

Hans J. Wulff

Das Geschichten-Erzählen und die Perspektivität therapeutischer Beziehungen

Eine erste Fassung dieses Artikels erschien in: Jahrbuch Literatur und Medizin 5, 2012, S. 199-217.

Bibliographische Angabe der Online-Fassung: <http://www.derwulff.de/2-182>.

Abstract: Erzählungen entfalten nicht nur die Welt der Geschichte, die sie exponieren, sondern reflektieren *ex negativo* auch die Vorstellungen von „Alltagwelt“, die der Zuschauer in die Rezeption einbringt, indem sie von Gefährdungen und Zusammenbrüchen derselben handelt. Darum sind Erzählungen Elemente fundamentaler Lern- und Versicherungsprozesse. Perspektivität ist eine der elementarsten Qualitäten des Erzählens, lagert sie doch die erzählte Geschichte meist einer der Figuren des Figurenensembles an, die selbst als Erzähler auftritt oder aber als Ankerfigur. Das Verfahren der Perspektivenvariation ermöglicht die gleiche Geschichte als Geschichte einer der anderen Figuren (aus der Konterperspektive). Handelt die Geschichte in einem Rollensystem wie dem der Medizin, so lassen sich die verschiedenen Wahrnehmungen des Geschehens aus der jeweiligen professionellen Sicht der Beteiligten darstellen. Wird das Verfahren im Rahmen der Medizinausbildung angewendet, entsteht ein komplexes Lernfeld, in dem man in die reziproken Wahrnehmungs-, Interpretations- und Beteiligungsperspektiven von Ärzten, Mitgliedern des Pflegepersonals, Patienten, Angehörigen und anderen eingeübt wird.

Stories do not only expose a story world but also reflect beliefs about the world of everyday life being viewerly imported to reception. Understanding stories is not only the interpretation of what's going on, but also a basic process of learning, evaluating, and stabilizing reality beliefs. Perspectivity is a basic quality of story telling, telling the story from the point of view of one of the agents or anchoring the story to a protagonist. Using the operation of variation of perspectives the same story changes to the story of another agent of the story (perspectivator). In a role system like that of medicine it is possible to recreate a story as seen by any of the participants of what's going on - doctors, nurses, patients, family members, and so on. If variation of perspectives is used as a technique in educating medical professionals, it may become part of learning the counter-perspectives and counter-interests of any role in medical processes.

Erzählen

Animal narrans - der Mensch ist das erzählende Tier. Das Erzählen ist - wie das Spielen und das Sprechen - eine genuin menschliche Tatsache. Das Leben besteht aus Geschichten, weil wir nur die Geschichten auffinden können. Nur Zustoßendes vergessen wir oder verdrängen es in die schlechten Träume. Wir

haben ein Sensorium für Geschichten. Lebensgeschichtliche Erinnerung ist in Geschichten aufbewahrt. Etwas Geschehenes wird nur dann wirklich gut und erinnerungswürdig, wenn es zur Geschichte wird. Etwas Zugestoßenes wird wieder und wieder erzählt, moduliert und verändert, bis es eine gute Geschichte ist. Erst dann kann sie bestehen bleiben.

In den Geschichten spiegelt sich das Feld des Wissens, über das wir verfügen können. Darum auch ist das Erzählen eine Technik, mit der wir uns unseres Wissens vergewissern. Wir können aber auch aus Geschichten lernen - wenn sie uns mit Möglichkeiten des So-Seins vertraut macht, die uns verborgen oder nicht zugänglich waren oder die wir ernsthaft nie durchspielen würden, weder in Gedanken noch in der Realität.

Das Wirkliche steht ebensowenig fest wie unser Wissen. Der gleiche Gegenstand kann sich uns in Geschichten ganz verschieden darstellen. Insbesondere kann die gleiche Figur - Figuren spielen in allen Formen des Erzählens eine zentrale Rolle, davon wird später mehr zu berichten sein - gut sein oder böse, naiv oder durchtrieben, eigennützig oder komunitaristisch gesinnt. Das Wissen ist in Stereotypen gegliedert, um die Unabsehbarkeit dessen abzumildern, was in Geschichten möglich werden kann. Geschichten haben das Potential, das zu verflüssigen, was uns fest schien. Das, was wir glauben, dass es wirklich sei, kann im Erzählen gewendet werden, kann sich als anders herausstellen als das, was wir angenommen hatten. Gemeinhin halten wir an dem fest, was wir glauben, dass es so oder so beschaffen sei. Aber in der Sicherheit der Fiktion, die uns die Erzählung anbietet, können wir diese konservative Tendenz unterlaufen, die uns eigentlich in den meisten Dingen des alltäglichen Lebens begleitet. Gerade darin liegt die Macht des Erzählens - in den Geschichten lassen wir uns auf Planspiele ein, in denen manche Sicherheit des Realität-Glaubens für die Zeit der Rezeption außer Kraft gesetzt werden kann.

Darum auch handeln Erzählungen vom Gegenalltag. Nur von ihm kann man überhaupt erzählen. Von den Brüchen kann man erzählen, von glücklichen Zufällen, von gelingenden biographischen Übergängen (oder auch von ihrem Mißlingen), von Gefährdungen - und von all dem Schlimmen, das zustoßen kann. Naturkatastrophen und Krieg, Krankheit und Verstümmelung, Verlust der Heimat oder der Nächsten. Es ist etwas tief Moralisches im Erzählen, weil es uns die Fiktion ermöglicht, in Sphären des Erlebens einzutauchen, die uns in der Realität (hoffentlich) erspart bleiben. Eines der wichtigsten Grundmuster, dem Erzählungen folgen, trägt dem Rechnung - am Ende ist die Welt wieder in Ordnung. In der Poetologie spricht man manchmal von Prinzip der „poetischen Gerechtigkeit“, und bis in die Hollywood-Konvention, Geschichten mit einem Happy-End ausklingen zu lassen, bleibt ein moderierendes und am Ende versöhnliches Moment spürbar, das sich der Wildheit entgegenstellt, das der Fiktion eignet. In diesem Sinne hatte ich seinerzeit als umgreifendes Klischee der narrativen Behandlung der Gewalt geschrieben: „Konventionen und Regeln, Recht und Tabu stehen am Beginn dieser Erzählungen der Gewalt. Befriedeter Alltag: das ist der Ausgangszustand und die Ausgangsbedingung. Die folgende Erzählung folgt einem immer wiederkehrenden Muster: Der Alltag gerät in Gefahr, leibliche und seelische und materielle Sicherheit des einzelnen sind nicht mehr sicher. Terror übernimmt die Herrschaft. - Am Ende steht dann wieder der Alltag, die schon zu Beginn gesetzte Fiktion von Frieden, Recht, Ordnung und Sicherheit“ (Wulff 1985, 11).

Erzählungen begegnen der Gefahr, dass die Sicherheit des Alltagswissens in der Rezeption verlorengehen könnte, durch zahlreiche Stereotypen vor. Kein Gegenstand des Wissens ist eindimensional und feststehend. Eine Figur wie der Arzt kann als guter Mensch erscheinen oder einen Charakterdefekt haben; er kann unter eigenen Problemen und Konflikten leiden oder eine (meist patriarchalische) Helferfigur abgeben; er kann zynisch oder inkompetent sein, unverantwortlich handeln oder karrieristisch eingestellt sein; er kann seine Macht ausspielen oder sich mit dem Patienten verbünden (vgl. Shale 1990). Gleichwohl bleibt er Arzt, immer mit einer Idealvorstellung verbunden, die er mehr oder weniger erfüllen kann. Das Handeln der Figur steht in Spannung zu dem deontisch-ethischen Rahmen, in dem ihre Rolle auch gefasst ist. Der normative Hintergrund jeder Geschichte bleibt im Spiel - idealerweise wird er

selbst zum Thema, sei es propagandistisch (wenn die Tugenden des Arztberufes gefeiert werden), sei es kritisch (wenn es darum geht, ethische Widersprüche oder Konflikte selbst zum Gegenstand zu machen).

Ein ähnliches Muster, in dem der normative Unterboden und das besondere Geschehen, von dem eine Geschichte erzählt, miteinander in Beziehung gebracht werden, findet sich auch in allen narrativen Schemata der Krankheitsgeschichten, die man u.a. in Erfolgs-, Krisen-, Streitpunkt-, Katastrophen-, Skandal- und Wundergeschichten (vgl. Anne Karpfs kleine Typologie, Karpf 1988) und womöglich noch einige andere Typen mehr einteilen könnte. Auch hier geht es um einen Doppelzweck: zum einen gilt es, die Vielfalt der Geschichten durch Typifizierung einzugrenzen und sie damit beherrschbar zu machen, zum anderen, die Konfliktzonen, in denen Krankheit narrativ behandelt wird, auf gewisse Konflikttypen zu konzentrieren und dabei auch eine Konzeptualisierung der Krankheit selbst vorzunehmen. Es gibt in allen Medien und in allen Produktionsformaten des Erzählens eine konservative Tendenz, die durch Stereotypifizierung das Feld des Potentiellen einzugrenzen sucht und sich so einer möglichen freien Thematisierung des vorausliegenden Wissenshorizontes entzieht. Das so fundamental erscheinende reflexive Potential des Erzählens wird dadurch massiv eingeschränkt oder sogar unterdrückt.

Allerdings bleibt die Kraft der Erzählung, die Sicherheiten des wissenden Zuschauers in Frage zu stellen, immer spürbar, weil eine Erzählung, die nur das durchspielt, was der Zuschauer sowieso schon weiß, nur geringe Aufmerksamkeit auf sich ziehen könnte. Dem Moment der Standardisierung, den Stereotypen und Klischierungen steht immer das Moment der Innovation entgegen (alle Untersuchungen zur Geschichte des Stilistischen oder Generischen haben das herausgearbeitet); der Neuformulierung der Muster des Genres steht das ältere gewußte Muster entgegen, eine Differenz, die ein eigenes ästhetisches Faszinosum darstellt (Todorov 1971, 42f). Jede Geschichte bewegt sich das unbekannte und unkalkulierbare Territorium neuer Geschehnisse, denen sich der Rezipient ausliefert. Nur weil dabei die Geltung der Muster selbst immer wieder in Zweifel gezogen wird, wohnt dem Erzählen eine Unruhe inne, die den Zuschauer immer wieder zu einer abenteuerlichen Reise einlädt - für den begrenzten Zeitraum der Rezeption und in der Sicherheit der Fiktion.

Welche Lernprozesse in der Rezeption von Erzählungen möglich sein können, wie eindruckliche Reflexionsprozesse Dramen, Romane oder Filme auslösen können, darüber mag die biographische Erinnerung Auskunft und die fast immer identifizierbaren Schlüsseltexte geben. Man befrage auch Rezeptions-Schilderungen, die von „Erschütterungen“ berichten oder davon, dass eine Geschichte ein langes Nachleben gehabt habe. Natürlich verfahren die Erzählmodalitäten verschieden - der Komödie gehört die Karnevalisierung alltäglicher Verhältnisse ganz anders zu als dem Drama. Es bleibt aber die Beobachtung, dass der Leser oder Zuschauer in eine spezifische ästhetische Distanz zu dem gerät, wovon die Erzählung handelt - verbunden mit dem, was er an Wissen und Erwartungen in die Rezeption einbringt. Dass es zu reflexiven Prozessen kommt, oft genug auch zum spielerischen Einfinden in soziale Rollen, die ungewohnt sind, sind Funktionshorizonte, die für ein Verständnis der Bedeutung, die das Erzählen für medizinische Gegenstände hat, wichtig sind.

Perspektivität

Der Zuschauer findet sich in einer normalen Rezeptionssituation in eine mögliche Welt ein, die nicht die seine ist und die er sich doch - für die Zeit der Rezeption - aneignet, die er „von innen her“ kennenlernt. Die wohl wichtigste Schnittstelle, durch die der Zuschauer in diese Als-ob-Realität sich einschleusen kann, sind die Figuren der Handlung. Sie gestatten es ihm, sich zu verankern, sie geben ihm im Extremfall Anlaß zu Identifikationen. Auf jeden Fall aber nähert er sich ihnen im Modus der Einfühlung an, er kann wie in einer Rollenübernahme ihre Handlungsperspektiven von innen her nachvollziehen, die Handlungssituationen aus dem Blick der Figuren taxieren, kennt ihre emotionalen Reaktionen (und vielleicht teilt er sie sogar). Das Empathisieren ist ein Sammelbegriff, der das Sich-Hineinversetzen von Zuschauern in das innere intentionale Feld der Handlung resp. der Handelnden bezeichnet. Wenn oben von der „Abenteuerlichkeit“ mancher Rezeptionen die Rede war, so hängt das wesentlich damit zusammen, dass Geschichten von Figuren handeln, deren Weltsicht, Wertsysteme und Handlungsinteressen zur Überwindung einer Fremdheit einladen, der man im Alltagsleben oft ausweicht. Am Beispiel von Figuren aus dem medizinischen Feld: Sich in die Handlungswelt einer Taubstummen oder eines Altenpflegers einzufinden, den Leidensweg eines

Krebserkrankten bis zum Tod zu verfolgen oder sich auf die Interpretationen eines Mannes einzulassen, dessen Frau an Alzheimer leidet, sind komplexe Aufgaben, die in der Realität - anders als in der reflexiven Distanz des Kinos - kaum so zu durchdringen wären.

Die Erfahrung jeden Geschehens ist perspektivisch durch das handelnde Subjekt mitgeprägt. Erfahrung ist nur möglich als perspektivische Teilhabe an Realität. Und keine Erzählung ist möglich, die nicht perspektivisch angelegt ist.

Im Film ist die Abhängigkeit des Geschehens von der Perspektivität des Wahrnehmenden resp. des Erzählenden mehrfach reflektiert und künstlerisch umgesetzt worden. Das wohl berühmteste Beispiel ist Akira Kurosawas *Rashomon* (Japan 1950), in dem ein Verbrechen vierfach aus der Sicht der Zeugen dargestellt wird - und es zeigt sich, dass es sich um vier ganz verschiedene Geschehensdarstellungen handelt. Der Stoff des Films wurde auch als Western adaptiert (THE OUTRAGE, dt. Titel: *Carrasco der Schänder*, USA 1964, Martin Ritt). Jeder Rechtspsychologe wird bestätigen, dass alle Zeugen lügen - eine Tatsache, die sich in der Perspektivität sowie in der Tatsache begründet, dass Vorgänge nicht photographisch im Gedächtnis repräsentiert werden, sondern in der Zeugen-Erzählung erst wieder zusammenhängend erfunden werden müssen, Erinnertes mit der Konsistenz und Kontinuität der Erzählung verbindend.

Doch von mindest der gleichen Bedeutung macht sich diese Tatsache auch in anderen Feldern bemerkbar - vor allem in der Wahrnehmung sozialer Beziehungen. Auch dazu gibt es filmische Versuche. Der vielleicht radikalste ist der französische Doppelfilm *La Vie conjugale* (Frankreich 1964) von André Cayatte (interessanterweise ein ausgebildeter Rechtsanwalt); die beiden Filme heißen *Meine Tage mit Pierre* und *Meine Nächte mit Jacqueline* - der erste ist die Geschichte der Beziehung aus Sicht der Frau, der andere aus der des Mannes; man erkennt die Gemeinsamkeit der Geschichten, aber man erkennt vor allem die Unterschiede. Eine Fingerübung in Beziehungspsychologie ist auch der amerikanische Film *The Marrying Kind* (USA 1952, George Cukor), in der die beiden Ehepartner vor dem Scheidungsrichter ihre Versionen der Ehegeschichte erzählen - auch hier ist die Differenz wichtiger als die Gemeinsamkeit. Ein höchst amüsantes Beispiel ist Jack Golds

Film *Man Friday* (*Freitag und Robinson*, Großbritannien 1975), der die allgemein bekannte Robinson-Geschichte aus dem Blickwinkel Freitags erzählt und so eine Fülle kolonialistischer Einstellungen zu Tage fördert, die das Original durchziehen und dort ihrerseits kaum reflektiert werden.

Auch für den Medizinfilm ist Perspektivität durchaus ein Thema gewesen, das Aufmerksamkeit auf sich gezogen hat. Ich erinnere an Rhanda Haines' *The Doctor* (USA 1991), in dem William Hurt einen Arzt spielt, der selbst an Krebs erkrankt und in gewisser Weise sich in die Gegenrolle des Doktors hineinfinden muß, hier alle Erfahrungen der Entmündigung, Handlungssohnmacht, Unrechtbehandlung etc. erfährt, denen er bislang nicht ausgesetzt war - aus dem Agenten ist ein Patient geworden, was ja auch Handlungsrollen in einer Handlungstheorie bezeichnet. Vor allem will ich aber Frederick Wisemans Dokumentarfilm *Near Death* (USA 1989) nennen; der sechsstündige Film ist in einer Bostoner Lungenklinik aufgenommen worden und macht den Titel zum Programm - die gleichen Fälle werden in den Gesprächen der Ärzte und Pfleger, der Ärzte mit den Patienten, der Patienten mit Angehörigen, der Angehörigen mit Ärzten und Pflegern immer wieder neu perspektiviert, so dass ein multiperspektivischer Blick auf das Geschehen im Beth Memorial möglich wird. Die Krankheit bildet das unzweifelhafte Zentrum allen Handelns, das der Film zeigt; aber sie kann sich immer nur in den Abschattungen der Perspektiven zeigen, in denen sich die verschiedenen Beteiligten mit ihr auseinandersetzen.

Es sind eine ganze Reihe unterschiedlicher Dinge, die bei genauerem Hinsehen durchgängig als „Perspektive“ bezeichnet werden. Der Begriff ist eng mit einer Metapher des Wahrnehmens verbunden. Vom lateinischen *perspicere* (= hindurchsehen, hindurchblicken) abstammend, modelliert er das Subjekt-Objekt-Verhältnis des Sehens. Das dabei die Verzerrungen der Wahrnehmung, die Überlagerung und Behinderung des unverstellten Schauens mitbezeichnet werden, ist evident. Wenn man das Bild des Wahrnehmens auf soziale Gegenstände ausweitet, zeigt sich schnell, dass der Begriff in eine ganze Reihe von „Schichten des Perspektivischen“ aufgespalten werden kann:

- Die *Wahrnehmungsperspektive* ist mit der Körperlichkeit des Erfahrenden gegeben - die Figur sieht und hört, manches bleibt ihr verborgen, manches nimmt sie falsch-verstehend auf etc.;

- er hat eine *situative Perspektive* (in den aktuellen Beziehungen zu den anderen Interagierenden); er steht z.B. möglicherweise in einem Loyalitätsverhältnis, muß dabei u.U. von eigenen Interessen absehen;

- er hat eine *volitionale Perspektive*, also (offene und verborgene) eigene Interessen (etwas zu erreichen, etwas zu verbergen), die manchmal mit Selbstüberzeugungen moralischer Art verbunden werden kann und muß;

- er hat eine *soziale Perspektive* (als Mitglied einer sozialen Schicht, Klasse, Subkultur, Altersgruppe etc.);

- er hat schließlich eine *repräsentationale Perspektive*, agiert also möglicherweise als Vertreter einer größeren Gruppe oder Institution, steht so in einem Mandatierungsverhältnis.

Für die Inszenierung von Filmen und für die Ordnung der einzelnen Einstellungen in der Folge der Bilder ist das Wissen um die Wahrnehmungen der Figuren einer Szene zentral. Alle anderen Schichten der Teilnahme von Figuren an der Handlung müssen dagegen in der Erzählung selbst exponiert und am Ende vom Zuschauer imaginiert werden. Er muss lernen, wie die Figur beschaffen ist, wo sie herkommt, welche Befangenheiten sie hat, wie ihre Wünsche und Ängste beschaffen sind, wie sie mit moralischen Dingen umgeht. Manchmal sind die Entscheidungen, von denen das Drama erzählt, nur die Spitze eines Eisbergs von empathischen Nachbildungen, was denn wohl in den Figuren stattgefunden hat, bis sie an jenen dramatischen Punkt kommen, in dem die Geschichte gipfelt.

Wenn Helmut Käutners zutiefst humanistischer Spielfilm *Die letzte Brücke* (Österreich 1953/54) zur Zeit seiner Uraufführung Irritationen, ja sogar empörte Abwehrreaktionen hervorrief, hängt das am Ende unmittelbar mit der Nähe des Weltkrieges und der kaum reflektierten nationalistischen Bindungen der Zuschauer zusammen, die sich insbesondere gegen die Résistance-Bewegungen in den verschiedenen besetzten Gebieten richtete. Genaueres Hinsehen zeigt aber, dass es die Arbeit an der empathischen Nachbildung der Handlungsperspektiven der Hauptfigur ist, die es dem Zuschauer so schwer macht, mit ihr mitzugehen. Der Film erzählt die Geschichte der Oberschwester Helga (gespielt von Maria Schell), die zusammen mit einem Arzt das deutsche Lazarett Bjelo Jezero auf dem Balkan leitet. Sie wird eines Tages aus dem Lager gelockt und von den

Partisanen entführt: Sie soll dem einzigen Arzt, der auf der anderen Seite steht, das Leben retten, aber die Operation misslingt. In einer seinerzeit aberwitzig erscheinenden und für viele kaum nachvollziehbaren Entscheidung erklärt die junge Frau sich für die Partisanen verantwortlich - sie wird zum „Überläufer“. Die militaristische Beschreibung dessen, was geschieht, wird durch eine nur angedeutete Beziehung zu dem Partisanenführer Boro (gespielt von Bernhard Wicki) kaum verständlicher, zumal Boro schon äußerlich ein Männlichkeitsideal verkörpert, das im Deutschland der frühen 1950er als eher abstoßend empfunden wurde. Der Film reflektiert den Konflikt der Weltanschauungen und der Bedeung der Bindungen, in denen die Figur steht, am Ende in einer titelgebenden Szene: Als im Lager der Jugoslawen eine Typhus-Epidemie ausbricht, versucht sie trotz aller Gefahren, Medikamente aus dem deutschen Lager zu schmuggeln. Um diese den Partisanen zu übergeben, muss sie eine Brücke überqueren, die zwischen den feindlichen Linien liegt. Plötzlich wird das Feuer auf beiden Seiten eröffnet: Ein Querschläger trifft Helga; nur mit letzter Kraft kann sie den Partisanen die so dringend benötigten Medikamente übergeben. Nationale Zugehörigkeit, die Tatsache des Untergrund-Krieges, medizinisches Ethos, die Privatbeziehung zwischen Helga und Boro - eine ganze Reihe von Konflikten sind um die Figur gruppiert, in die es einzudringen gilt, will man ihr Handeln verstehen (und von dem aus es möglich ist, die letztlich pazifistische „Botschaft“ des Films abzuleiten). Das Volitionale, das Soziale und das Repräsentationale geraten in ungewohnte Spannung, darin besteht die Aufgabe, die der Zuschauer zu lösen hat.

Perspektivenvariation

Eines der wichtigsten Verfahren der Drehbuch-Ausbildung, manchmal auch der Entwicklung einzelner Drehbücher ist die Perspektivenvariation (vgl. Wulff 2005). Erzähl‘ die Geschichte noch einmal aus der Gegenperspektive, aus der Sicht des Gegners! Eine Geschichte, die in der Schule spielt, ist nicht nur eine Schüler-, sondern auch eine Lehrergeschichte.

Die *Kontextvariation* ist eine elementare semiotische Technik, mittels derer Sinnhorizonte von Geschichten ausgelotet werden können. Darum auch gehört sie zu den Techniken der Wissensanalyse, mit der nur implizit gewusste Wissensbestände - wie z.B. nur stillschweigend unterstellte Rollenerwartungen,

normative Bindungen etc. - sichtbar zu machen sind. In der qualitativen Sozialforschung ist sie ein Verfahren, mit dem man versucht, kulturelle Handlungsfelder aus ihren inneren Bestimmungen heraus verstehbar zu machen (Lueger 2000, 126ff). Und manchmal wird sie auch als Technik der Problemfeldanalyse in politischen Konfliktszenarien angewendet. In der Dramaturgie geht es darum, den dramatischen Potentialen einfacher Szenen nachzuspüren oder die Affinität von Szenarien zu genretypischen Kontexten zu erproben und dergleichen mehr. Will man an die relevanten Daten und Bestimmungen gelangen, die eine Szene spannend, irritierend, aufklärend usw. machen, so bringt die Veränderung der Perspektivität des Handlungsfeldes nicht nur Einsichten in das Arsenal der dramaturgischen Techniken, die dem Erzähler zur Verfügung stehen, den Zielaffect zu steuern, ihn zu stabilisieren, das Gefühl zu intensivieren oder auch zu irritieren, sondern einen eigenen Einblick in das Handlungsfeld selbst. Und man gewinnt Einsichten in die Stereotypen, die manche Konstellationen vereindeutigen und damit simplifizieren.

Die *Technik der Variation und Expansion* von Kontexten bietet sich also als eine durchaus geeignete Methode an, um sich in das Handlungsfeld der Medizin einzufinden. Hören wir zunächst José und Brewer mit einem sehr simplen Beispiel:

We claim that suspense is not merely uncertainty about the outcome. A story may describe someone discovering a damp book of matches in a forest. The uncertainty of whether a match will strike does not by itself cause suspense, but if the discoverer is a hiker lost in a blizzard, then uncertainty would be likely to cause suspense. The difference is that in the second case the outcome constitutes a significant consequence for the character (1984, 912).

Das Beispiel zeigt, daß die Szenenbeschreibung „Eine Person im Wald“ kein Spannungsszenario exponiert, die Beschreibung „Eine Person, die sich im Schneesturm verirrt hat“ dagegen wohl. Noch aufschlussreicher ist eine Veränderung der Perspektiven, bei der die gleiche Grundkonstellation aus dem Blickwinkel von zwei oder mehr Figuren der Handlung aus erzählt wird. Selbst in Experimenten, in denen es um die Wiedergabe von Geschichten ging, zeigte es sich, dass Versuchspersonen das Geschehen auch aus der Perspektive von Figuren rekonstruieren

und erzählend wiedergeben konnten, die nicht im Zentrum der Geschichte gestanden hatten (Anderson/Pitchert 1978; Black/Turner/Bower 1979). Der *shift of perspective* förderte dabei oft auch Um- oder Neubewertungen des Berichteten zutage, die in den ersten Wiedergaben in großer Selbstverständlichkeit vorgenommen worden waren. Ganz offensichtlich ist das Verfahren der Perspektivenvariation eine Technik, mit der das jeweils darzustellende Handlungsfeld sich als ganz verschiedene Bedingung der Situations- und Handlungswahrnehmung von Beteiligten herausstellt, die von Zuschauern aber alle gleichermaßen beherrscht werden.

Ich habe das Verfahren in einem sehr viel komplexeren Verständnis oft spielerisch in Seminaren zur Drehbuchentwicklung angewendet. Ausgangspunkt war z.B. eine Notiz in der *Berliner Zeitung*. Ein junger Kaufhausdetektiv, der Kunden Waren in die Taschen geschmuggelt hatte und sie Kunden als Kaufhausdiebe gestellt hatte, wurde vom Neukölner Amtsgericht verurteilt. Eine Notiz von vier Zeilen Umfang. Sie wird zum *Kern* von Geschichten, die aus ihr herausentwickelt werden sollen. Die Geschichten hängen an Figuren, die jeweils den *perspektivischen Rahmen* hergeben müssen:

- der junge Mann, bei seiner Mutter wohnend, ein *looser*, der sich, der Mutter und der Welt etwas unter Beweis stellen sollte,
- oder der der Kaufhauschefin imponieren wollte;
- man kann aber auch die Geschichte der Bestohlenen erzählen - einer Rentnerin, die in großer Armut lebt,
- oder einer 14jährigen, bei der man Reizwäsche im Rucksack fand.

Dann werden aus Geschichten des Sich-Beweisen-Wollens Geschichten der Scham, der sozialen Ausgrenzung.

Das gleiche Verfahren erweist sich auch als höchst produktiv, wenn man es auf Konstellationen der medizinisch-therapeutischen Begegnung anwendet. In dem Film *Sauerbruch - Das war mein Leben* (BRD 1954, Rolf Hansen) findet sich eine kleine Szene, in der der Titelheld einem Patienten, der mit gebrochenem Bein eingeliefert wurde, apodiktisch: „Das Bein muss ab!“ mitteilt. Den Einwand, dass er dann aber nicht mehr arbeiten und seine Familie ernähren könne - der Mann ist Waldarbeiter -, weist Sauerbruch ebenso scharf zurück, die Alternative sei der Tod. Der Arbeitstitel des Films war *HINTER UNS STEHT NUR DER HERRGOTT* - er gibt einen deutlichen Hinweis dar-

auf, 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 als richtig. Konsequenterweise ist der Film einzig aus der Sicht Sauerbruchs erzählt, alle anderen Figuren und deren Umgehen mit dem Geschehen sind dem nachgeordnet.

Von dieser kleinen Szene ausgehend, die den Kern des semiotischen Experiments bilden soll, sollen nun aber Konterperspektiven entwickelt werden, durch Modulation der Handlungsrollen der Beteiligten selbst, aber auch durch die Ausarbeitung der Rollen von Beteiligten, die in der Ausgangsszene keine Rolle spielen.

- Die Geschichte aus dem Blickwinkel des Waldarbeiters (er soll zur Hauptfigur werden);
- das gleiche aus der Wahrnehmung seiner Frau (oder aus der eines der Kinder);
- die Geschichte einer Krankenschwester, die sich in den Arbeiter verliebt hat
- oder die ihn eigentlich heiraten wollte, ihn aber verließ und nun zu ihm zurückkehrt;
- die Geschichte eines Pflegers, der sieht, dass Kasenpatienten anders behandelt werden als Höhergestellte;
- die Geschichte des Waldarbeiterkollektivs, in dem der Kranke mitarbeitet;
- usw.

Die kleine Szene bildet dann nur eine spezifische Realisierung eines Szenarios, eines umfassenderen Zusammenhangs von Figuren, Lebenspraktiken und interpersonellen Stilen. Die Amputation des Beines ist ein Eingriff nicht so sehr in den Körper des Patienten, sondern in das Gefüge sozialer Bindungen, Routinen des Alltagslebens, individueller Selbstbilder und Lebensentwürfe. Die Kontextvariation erweitert die Szene zur Repräsentation nur einer Version eines Ereignisses in einem umfassenderen *Handlungsfeld*. Das kleine semiotische Experiment öffnet die Szene, sie wird zum Spielmaterial, an dem sich auch über die Arzt-Patient-Beziehung nachdenken lässt.

Damit werden auch Stereotypen des Wissens reflexiv. Manchmal - davon war oben schon die Rede - gehen Geschichten selbst in Differenz zu dem, was wir als „normal“ ansehen. *Mi vida sin mí / My Life Without Me* (Mein Leben ohne mich, Kanada/Spanien 2003, Isabel Coixet) ist einer der wenigen Filme, die Therapieerzählungen dramatisieren - in einer radikalen und konsequent durchgeführten Vereindeutigung der Erzählperspektive auf die Sicht der Heldin. Der Film erzählt die Geschichte einer jungen Arbeiterin, zwei kleine Kinder, verheiratet mit einem kaum erwachsenen Mann; sie hat Krebs, nur noch wenige Monate verbleiben ihr - und sie entscheidet sich dafür, den Befund zu verschweigen, ihr Leben selbstbestimmt zu Ende zu leben. Von besonderer Bedeutung ist die Arzt-Patient-Beziehung in diesem Film. Der Arzt wird eingeführt als einer, der unsicher ist und der seiner Patientin den schlimmen Befund kaum mitzuteilen wagt. Sie muss ihn trösten, nicht er sie - in einer aberwitzigen Drehung wird das Problem des Wissens um die schlimme Zukunft eingeführt. Der Arzt, für den das Sterben der Patientin eine schlimmere Tatsache ist als für diese selbst; und eine Patientin, die als fast zu junge Mutter darauf eingestellt ist, ihre Nächsten zu trösten, dem Schlimmen, was zustoßen mag, die Spitze zu nehmen, das Bedrohliche abzumildern - sie ergreift auch in dieser Situation die Position der Stärke, lässt sich selbst nicht fallen, sondern sucht souverän umzugehen mit dem, was ihr geschieht. Der Arzt wandelt sich zum eigentlichen Vertrauten seiner Patientin, die sich dennoch bis zum Ende gegen seine professionelle Hilfe sperrt. Ein Arzt, der die so selbstverständlich erscheinende Autorität im Arzt-Patienten-Verhältnis aufgibt, zu einer egalitären Beziehung findet und sogar zum Verbündeten des Patienten wird, der den therapeutischen Kontrakt verweigert - das steht in klarem Kontrast zu den Selbstverständlichkeiten alltäglichen Wissens, kontextualisiert die Krankheit in einem Wert-Zusammenhang, der unvertraut erscheint und der in dem Film Ausgangspunkt eines existentiellen Diskurses über die Dinge wird, die den inneren Wert eines Lebens ausmachen können.

Das Rollensystem der Medizin

Auch die therapeutische Beziehung ist in allen diesen Beispielen eine soziale Beziehung. Auch zu ihr gehören die Gegenperspektiven. Der Arzt muss vielleicht eine schlimme Diagnose mitteilen. Wie macht er das? Stehen ihm Strategien zur Verfügung, sich

auf das Gegenüber einzulassen, es zu berücksichtigen, zu respektieren? Oder greift er auf das ältere Modell des autoritären Arztes zurück, der die Beziehung zum Patienten formalisiert und damit routiniert beherrschbar macht?

Das therapeutische Setting ist ein Gefüge einer ganzen Reihe von Rollen:

- der Arzt, das ärztliche Personal;
- die Pfleger, das pflegerische Personal;
- die Kranken;
- die Angehörigen und Freunde der Kranken.

Andere Rollen treten unter Umständen dazu - Rechtsanwälte, technisches Personal usw. Man trifft auf ein ganzes *Rollensystem*, das eine ganze Reihe sehr unterschiedlicher Rollen umfasst. Zwar steht wohl die Begegnung von Medizin und Patient im praktischen Zentrum des Handlungssystems „Medizin“, doch ist es auch durch eine ganze Reihe anderer Bezüge bestimmt und hat eine komplexe innere Form. Für eine detaillierte Untersuchung des Gefüges von Perspektiven, die in den Geschichten des Korpus, um das es hier geht, in der einen oder anderen Version ausgearbeitet werden, liegt es nahe, auf Modelle und Kategorien der Medizinsoziologie zurückzugreifen. Damit gewinnt man ein Beschreibungsmittel für die dargestellten Medizininstitutionen in Film und Fernsehen, das realistisch motiviert ist. Natürlich könnte man einwenden, dass Geschichten eigene soziale Modellwelten aufbauen und dass es darum nötig sein könnte, sie jeweils eigen zu modellieren. Aber es erscheint auch plausibel zu sein, dass die Konzeptualisierungen des Wissensfeldes „Medizin und Krankheit“ umfassend sind und nicht nur die hohe Variabilität der jeweiligen Ausprägungen vorsehen, sondern auch ungleichzeitige und eigentlich widersprüchliche Modellvorstellungen (wie z.B. Ausprägungen der Arztrolle) umfassen (Wulff 1985, 15ff; zur Vielfalt der Krankheitskonzepte in Medizin- und Ratgebersendungen vgl. Appel 2000).

Einer der wichtigsten Modell-Lieferanten der Medizinsoziologie ist Talcott Parsons, dessen „Struktur und Funktion der modernen Medizin“ 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 (vgl. Parsons 1958, 1981). Sein Einfluss ist bis heute spürbar (vgl. Gerhhard 1991).

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

- (1) Befreiung von normalen sozialen Rollenverpflichtungen, die nicht nur Rechte, sondern auch Pflichten aufgibt;
- (2) institutionalisierte Vorstellung, dass man vom Kranken nicht erwarten kann, er solle gesund werden, indem er sich zusammennimmt; also Befreiung von Verantwortlichkeit;
- (3) Verpflichtung zu dem Willen, gesund zu werden;
- (4) Verpflichtung, fachkundige Hilfe zu suchen und mit dem Arzt zu korrespondieren. Zu diesem Aspekt gehört auch die Erwartung, sich von laienmedizinischen Ansichten zu lösen und sich der Interpretation des Arztes zu überantworten.

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 orientiert.

Die Leitsätze, denen in einer medizinsoziologischen Betrachtung die Arztrolle unterliegt, spiegelt sich auch in populären Konzeptionen der Rolle, wird hier sogar noch um tiefere und vorrationalistische Bestimmungselemente des (schamanischen) „Heilers“ ergänzt (Sellmer/Wulff 2003).

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 formalen und informellen Organisationsplans, der einerseits die verschiedenen Funktionskreise, andererseits die verschiedenen Statuspositionen zu berücksichtigen hat.

Gerade neuere Filme weiten die traditionelle Klarheit der Rollen der am Medizinischen beteiligten Rollenfiguren aus, nehmen Themen auf, die in einem allzu simplen Genremodell strikt vernachlässigt wurden. Der *therapeutische Kontrakt* umfaßt in einer ersten Annäherung und in den meisten älteren Filmen 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 (und Grundlage einer Unzahl von Filmen des Stoffkreises, von *Hills of Home / Lassies Heimat*, USA 1948, Fred M. Wilcox, über *Die Landärztin vom Tegernsee*, BRD 1958, Paul May, bis hin zu dem falschen Arzt in *Die grosse Versuchung*, BRD 1952, Rolf Hansen). 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* (USA 1994-2009) das Problem intensiv. Wie z.B. mit Überstunden umgegangen werden soll, ist hier Thema, könnte es in einem älteren Verständnis der Arztrolle 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“ auf. Die Patientensphäre und die Sphäre des medizinischen Personals sind auch räumlich getrennt, es bilden sich zwei unterschiedliche Kommunikationsgemeinschaften und -register heraus.

Nochmals andere Filme zeigen, wie sich Angehörige von Patienten gegen die verordneten Therapien zur Wehr setzen, das Recht auf Mitsprache manchmal sogar vor Gericht einklagend (man denke an Filme wie *Mein Kind muss leben*, BRD/Schweiz 1998, Diethard Klante, über die Therapie einer Koma-

Patientin, oder *Fight for Life /An einem Freitagabend*; aka: *Mein Kind darf nicht sterben*, USA 1987, Elliot Silverstein, der die Geschichte eines epilepsiekranken Mädchens erzählt, dessen Adoptivvater eine Medikamententherapie gegen die Ärzte durchzusetzen sucht). Das Feld ist in Bewegung, es verändert sich genauso wie die Realität der Medizin.

Uausweichlich 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 kann diese Ansicht als trügerisch angesehen werden. Es wird vom Kranken ein Sozialisierungs- und Anpassungsprozess erwartet, dass 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. Dass damit auch die Folie gegeben ist, auf der Potentiale von Geschichten als polyperspektivische Sets möglicher Geschichten durchgespielt werden können, ist unmittelbar evident.

Perspektivität und Professionalität

Das Verfahren der Perspektivenvariation, das wir in der Drehbuchausbildung anwenden, findet sich auch in Konzepten zur moralischen Erziehung, weil die Fähigkeit, ein Geschehen aus der Gegenperspektive erfahren zu können, Teil der fundamentalen sozialen Fähigkeit zur Empathie, zur Einfühlung ist, die eben

nicht nur in der Rezeption fiktionaler Geschichten, sondern im sozialen Leben selbst ihren Ursprung und ihren Sinn hat. Die Rolle des anderen in sozialen Prozessen übernehmen zu können, ist eine Grundfähigkeit, soziale Austauschprozesse von innen her verstehen zu können und Aggressivität einzugrenzen. Friedensfähigkeit hängt auch mit der Möglichkeit zusammen, die Konterperspektiven einzunehmen und eigenes Verhalten darauf auszurichten.

In der *Soziologie* wird heute in der Regel weniger von *Empathie* als vielmehr vom Prinzip der *Rollenübernahme* gesprochen. Die Basis dieser Redeweise ist George Herbert Meads Redeweise vom *generalized other* (der generalisierte Andere, der verallgemeinerte Andere), worunter er die verallgemeinerten Vorstellungen verstand, die eine Person von den Erwartungen und Haltungen der anderen Mitglieder ihrer Gruppe besitzt und ihr eigenes Verhalten bestimmt, bzw. vom *phenomenal other*, den auf eine konkrete einzelne Person und Situation bezogenen bildhaften Vorstellungen.

Für das Kino sind empathische Prozesse von höchstem Belang, weil der Zuschauer ja nie in einem wirklichen Handlungsfeld den Figuren entgegengestellt ist. Trotzdem fühlt er sich ihnen oft sehr nahe. Die These ist, dass in der Rezeption ein imaginierter, innerer sozialer Raum konstruiert wird, der durch die Handlungsintentionen und -perspektiven der Figuren intern konturiert ist. Der Zuschauer muß nach dieser Annahme Modelle der Figuren aufbauen (nicht nur der einen Identifikationsfigur, sondern des gesamten sozialen Feldes, das ein Film darbietet), die es ihm gestatten, die Sicht der jeweiligen Szene zu simulieren, wie sie sich der Figur darbietet. Diese Prozesse laufen weitgehend automatisiert und vorbeußt ab. Man kann allerdings auf sie zugreifen, wenn man die Zuschauer bittet, die Szene aus der Sicht einer der beteiligten Figuren nachzuerzählen - dann stößt man auf Spuren einer kognitiven Leistung, die während der Rezeption immer erbracht und doch nur selten bewusst wird.

Weil sich der Zuschauer im Kino oder vor dem Fernseher in der Sicherheit der Fiktion befindet, ist es ihm möglich, in einer Art imaginären Rollenspiels die Innenperspektive ganz unterschiedlicher Rollen zu simulieren und zu erproben, die ihm in der Realität nie zugänglich wären. In einem positiven Sinne hat das eine folgenreiche Konsequenz: Filme über

Themen der körperlichen und psychischen Krankheit, der Verstümmelung, des Todes bilden so ein Forum des erprobenden Rollenspiels, das auf Rollen, die dem zuschauenden Subjekt einmal zufallen könnten. Darum sind es vor allem die Helferrollen, die so eingeübt werden können. Kino und Fernsehen sind *Lernfelder*, die zur Konturierung der sozialen Handlungswirklichkeit beitragen. Das Bild der Begegnung mit dem Arzt oder der medizinischen Institution, das Patienten im Kopf haben, entsteht auch aus diesen Prozessen der Teilhabe am Fiktiven. Nicht nur aus ihnen - eigene Erfahrung, die Erfahrungen, die andere im sozialen Nahfeld mitteilen, das Wissen über Therapien und Apparate, manche medizin-ökonomischen und -politischen Diskurse wirken ebenso in die alltagswissenschaftlichen Konzeptionen des Medizinischen hinein. In der Intimität der Begegnung mit der Krankheit und der Medizin spielen aber Literatur, Theater Film, Fernsehen eine Sonderrolle (und vielleicht gehört es zu den Aufgaben der Kunst auch in einer postindustriellen Gesellschaft, den Zuschauer mit den existentiellen Themen vertraut zu halten, die der Krankheit assoziiert sind).

Es geht nicht um Informationsvermittlung und auch nicht um die Schulung pflegerischer Tätigkeiten. Geschichten sind keine Lehr- und auch keine Informationsfilme. Am Ende stehen nicht Fertigkeiten (auch wenn es als sicher gelten kann, dass eine ungeklärte Menge von Sachinformationen in der Besichtigung von fiktionalen Filmen gelernt werden). Vielmehr geht es um die Reflexion von Werten, die sich in der Beziehung aller Beteiligten an den medizinischen Prozessen manifestieren. Es geht um Fragen der Selbstbestimmung, der Würde, des gegenseitigen Respekts, und auch die Frage der Macht, die ohne Zweifel in der therapeutischen Begegnung anwesend ist, stellt sich, wie man damit umgehen kann, ohne zu entmündigen oder zu betrügen, ohne dabei aber auch Verantwortung aufzugeben.

Die Chance zur Aufklärung haben Geschichten darum allemal. Aufklärung ist Lernen, Lernen in einem Feld von Konflikten. Ökonomischen Konflikten, Anspruchskonflikten, Rollenkonflikten, Interpretationskonflikten etc. Nicht zuletzt auch: Medizinkonflikten. Verschiedene Therapien. Nicht übereinstimmende Vorstellungen davon, wie Patienten aufgeklärt werden sollten. Asymmetrische Autoritätserwartungen. Unterschiedliche Konzepte vom Helfen. Es geht am Ende um die soziale Praxis, um den kommunikativen Vertrag, der zwischen Ärzten und Pati-

enten gilt. Es ist nicht mehr allein die Autorität der institutionalisierten Medizin, die die Kontrolle über diese soziale und kommunikative Beziehung hat, sondern zunehmend ist die medizinische Begegnung als ein Gegenübertreten Gleichberechtigter gefaßt. Gebunden ist diese Veränderung an Lernen. Geschichten sind Agenturen des Lernens, sie stellen modellhaft und meist exemplarisch das medizinische Handlungsfeld vor, ermöglichen modellhaftes Lernen, die imaginierende Teilnahme an Situationen, die in der Realität auch auftreten könnten. Eine vereinfachte Sicht, die medial vermittelte Geschichten in ein Feld von gesellschaftlichen Lernprozessen hineindenkt und die Lernen als eine komplexere und sensiblere Form von „Wirkung“ denkt, sicherlich nicht in abfragbares Wissen einmündet.

Eine Frage schließt sich an: Die Reziprozität der Verhaltenserwartungen, die zahllosen Verhaltens-, Interpretations- und Rollenkonflikte, die in der therapeutischen Begegnung auftreten können, all dieses spielt bis heute in der Ausbildung von Medizinern keine nennenswerte Rolle. Ist es nun sinnvoll, das Geschichtenerzählen als Technik schon in die Ausbildung einzubeziehen, um die Sensibilität für die verschiedenen Wahrnehmungen des gleichen Geschehens zu schulen, um das Kompetenzprofil der Ärzte um kommunikative Fertigkeiten zu erweitern und sie zudem zur Reflexion der Arzt-Patient-Begegnung als sozialem Geschehen zu ermutigen?

Literatur

Anderson, Richard C. / Pitchert, James W. (1978) Recall of previously unrecallable information following a shift in perspective. In: *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior* 17, S. 1-12.

Appel, Andrea J. (2000) Patentrezepte per TV. Die Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen in einschlägigen Informations- und Ratgebersendungen. In: *Gesundheitskommunikation*. Hrsg. v. Dietmar Jazbinsek. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 96-114.

Black, John B. / Turner, Terence J. / Bower, Gordon H. (1979) Point of view in narrative comprehension, memory, and recall. In: *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior* 18, S. 187-198.

Gerhard, Uta (1991) Rollentheorie und gesundheitsbezogene Interaktion in der Medizinsoziologie Talcott Parsons'. In ihrem: *Gesellschaft und Gesundheit. Begründung der Medizinsoziologie*. Frankfurt: Suhrkamp, S.162-202 (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft. 970.).

- José, P.E. / Brewer, F.W. (1984) Development of a story liking: Character identification, suspense, and outcome resolution. In: *Developmental Psychology* 20, 5, S. 911-924.
- Karpf, Anne (1988) *Doctoring the media. The reporting of health and medicine*. London: Routledge.
- Lueger, Manfred (2000) *Grundlagen qualitativer Feldforschung. Methodologie - Organisation - Materialanalyse*. Wien: WUV (UTB. 2148: Sozialwissenschaften, Wirtschaftswissenschaften.).
- Parsons, Talcott (1958) Struktur und Funktion der modernen Medizin. In: *Probleme der Medizin-Soziologie*. Hrsg. von René König und Margret Tönnemann. Köln [...]: Westdeutscher Verlag, S. 10-42 (Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderheft. 3.).
- Parsons, Talcott (1981) Einige theoretische Betrachtungen zum Bereich der Medizinsoziologie. In seinem: *Sozialstruktur und Persönlichkeit*. 4. Aufl. Frankfurt: Europäische Verlagsanstalt, S. 408-449.
- 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, 2003, S. 17-32.
- Shale, Rick (1990) Images of the medical profession in popular film. In: *Beyond the stars. Studies in American popular film. 1. Stock characters in American popular film*. Ed. by Paul Loukides & Linda K. Fuller. Bowling Green, Ohio: Bowling Green University Press, pp. 156-169.
- Todorov, Tzvetan (1972) *The Poetics of Prose*. Ithaca: Cornell University Press.
- Wulff, Hans J. (1985) *Die Erzählung der Gewalt. Untersuchungen zu den Konventionen der Darstellung gewalttätiger Interaktion*. Münster: MAKS Publikationen (Studien zur Populärkultur. 1.).
- Wulff, Hans J. (1995) *Psychiatrie im Film*. Münster: MAKS Publikationen (Film- und Fernsehwissenschaftliche Arbeiten.).
- Wulff, Hans J. (2005) Die Frau auf den Schienen. Eine Etüde. In: *Online-Festschrift für Thomas Kuchenbuch*. Hrsg. v. Stephen Lowry u. Hans J. Wulff. Stuttgart: Hochschule für Medien.