

Und wo bleiben die Patienten...?

Eine Analyse von Arzt- und Krankenhausserien
im deutschen Fernsehen

Sabine Igersky, Norbert Schmacke

Einleitung

Arzt- und Krankenhausserien haben sich inzwischen fast epidemisch im Abend- und Vorabendprogramm privater wie öffentlich-rechtlicher Fernsehanstalten ausgebreitet. Ihre Einschaltquoten sind hoch, wie untenstehende Tabelle auszugsweise dokumentiert (Tabelle 1). Sie übertreffen zeitweise die Spitzenzuschauerzahlen von Tagesschau und Fußball. Andere, nicht diesem Genre zugehörige vielbeachtete Fernsehserien wie die *Lindenstraße* haben bereits brisante und aktuelle gesundheits- wie gesellschaftspolitische Themen (z.B. AIDS und Abtreibung) ins Bewußtsein der Bevölkerung gebracht und zum Teil erst hoffähig gemacht. Bei den auf den ersten Blick - so suggerieren zumindest die Titel - rein medizinisch daherkommenden Arzt- und Krankenhausserien stellt sich also die Frage: Reihn sie sich ein in die Liste der Seifenopern und sind damit reine 'Unterhaltungsdrogen' für den Feierabend oder transportieren sie gesundheitspezifische Botschaften in das Fernsehzimmer? Eine zusammenfassende Antwort auf diese schlichte Frage werden auch wir nicht liefern können, auf jeden Fall lohnt sich die Beschäftigung mit diesem Typ Fernsehunterhaltung auch und gerade für die Gesundheitswissenschaften. Wir werden durch unsere Studie zeigen, daß derartige Serien noch anderes transportieren als schlichte bis Ärger auslösende Klischees, so sehr diese tatsächlich auch in Form von heldenhaften Ärzten (Schmacke 1997) und dienenden Krankenschwestern, gewürzt mit sex and crime stories (Düperthal 1999), in das Wohnzimmer hineingetragen werden.

In Deutschland gibt es bislang nur wenige Untersuchungen zu diesem Thema. Weiderer beschreibt vielfältige Facetten der Arzttrollen in verschiedenen deutschen Serien, wobei nach ihrer Untersuchung "das positive MedizinerInnen-Klischee des/der helfenden, einfühlsamen Arztes/ Ärztin überwiegt" (Weiderer 1995: 63). Die weitgehend beschönigende Darstellung veranlaßt Weiderer zu der Befürchtung, daß bei den Zuschauern übersteigerte Erwartungen gegenüber den realen Ärzten und ihrer Einsatzbereitschaft geweckt werden könnten. Suchsland (1997) zeigt am Beispiel der amerikanischen Serie *Emergency Room (ER)*, daß mit ihr ein neuer Serientyp entwickelt wurde, der ein realistischeres Bild der Krankenhauswelt mit all ihren Widersprüchen zeichnet. Unsere Literaturrecherche ergab, daß die Welle an neuen Krankenhausserien insbesondere in den USA und England Anlaß zu umfangreichen wissenschaftlichen Betrachtungen gegeben hat. Aus den USA stammen die Arbeiten

von Turow, der sich mit dem Wandel der Serien im gesellschaftlichen Kontext seit den 50er Jahren beschäftigt hat (Turow 1989 und 1996). Turow wie Bury et al. (1994) stellen vor allem heraus, daß die neueren Serien nicht mehr von dem heroischen Arztbild ausgehen, sondern auch persönliche und soziale Probleme der Ärzte betonen. Während Bury et al. zu dem Ergebnis kommen, daß Politik und Ökonomie des Gesundheitswesens ins Blickfeld gerückt werden, resümiert Turow, daß die Zuschauer fehlgeleitet werden könnten, weil ihnen die wirklichen Konflikte im Gesundheitswesen nicht gezeigt werden. Zudem übertragen Bury et al. Giddens' These der "mediated experience" auch auf Arzt- und Krankenhausserien: Danach wird das Gesundheitsverhalten nicht nur per TV *widergespiegelt*, sondern durch das Betrachten derartiger Serien auch *ausgebildet* und *geprägt*.

Am Beispiel der Darstellung von Wiederbelebensmaßnahmen in TV-Filmen aus den USA (Diem et al. 1996) und Großbritannien (Gordon et al. 1998) wurde untersucht, ob Krankenhausserien ein unrealistisches Bild der Erfolgchancen der modernen Medizin zeichnen und insofern illusionäre Erwartungen bei den Zuschauern wecken können. Während die Analyse der US-Serien eine zu hohe Erfolgsrate der Wiederbelebensmaßnahmen und damit eine Fehlinformation der Zuschauer konstatiert, spiegeln die untersuchten britischen Serien die Leistungsfähigkeit der heutigen Intensivmedizin einigermaßen realistisch wider. Inwieweit die Erwartungen der Öffentlichkeit durch diese voneinander abweichenden Darstellungen eines wichtigen Bereichs der modernen Medizin tatsächlich auch je unterschiedlich beeinflusst werden, bleibt bei dem Ansatz dieser Studien offen. In der Untersuchung von Pfau et al. (1995) geht es um die Darstellung von Ärzten in TV-Serien und ihren Einfluß auf die öffentliche Wahrnehmung. Hierzu wurden parallel zur Inhaltsanalyse der Sendungen auch Zuschauer und niedergelassene Ärzte befragt. Die Ergebnisse bieten Anhaltspunkte für die Hypothese, daß die Serien neuen Typs durch die starke Betonung von Problemen in der Versorgung und von persönlichen Schwächen der handelnden Ärzte langfristig das Vertrauen der Öffentlichkeit in die Medizin untergraben könnten. Die Frage nach der Langzeitwirkung moderner Arzt- und Krankenhausserien ist allerdings bisher nicht schlüssig zu beantworten.

Interessant sind jedoch die scheinbar paradoxen Schlußfolgerungen der genannten Studien. Einerseits wird das *zu positive* Arztbild als Störfaktor für das Arzt-Patient-Verhältnis betrachtet, andererseits gilt die zu starke Betonung der *Schwächen* der ärztlichen Profession als Gefahr für eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung. Möglicherweise ist dies nicht nur der unterschiedlichen Datenlage geschuldet (alte versus neue TV-Serien), sondern auch den realiter vorhandenen Ambivalenzen in den Einstellungen gegenüber der Ärzteschaft. Die noch einmal gesondert zu stellende Frage, inwieweit die Rezeption derartiger Serien sich auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten auswirkt, ist nach unserem Kenntnisstand bislang empirisch nicht untersucht.

Methodik

Auswahl der Untersuchungseinheiten

Wir haben im Zeitraum vom 14. bis 20. März 1998 eine Woche lang für uns zu empfangende Folgen von (Vor-)Abendserien deutscher Produktion (mit Kabelanschluß wäre das Angebot noch größer!) aufgezeichnet. In dieser einen Woche, so ergab eine Sichtung unserer Fernsehzeitschrift, lag die Gesamtsendezeit der ausgestrahlten Serien, deren Hauptakteure entweder Ärzte oder Krankenschwestern, der Schauplatz das Krankenhaus oder die Arztpraxis waren, bei fast 40 Stunden, wobei Wiederholungen nicht mitgezählt wurden. Mehr als zwei Drittel dieser Sendezeit wurde von den privaten Sendeanstalten bestritten.

Auch wenn unsere Auswahl nicht im strengen Sinne repräsentativ ist, deckt sie doch ein breites Spektrum dieser Serien ab. So sind bei unserer Analyse sowohl der Aspekt der zeitlichen Entstehung (*Schwarzwaldklinik* bis *alphateam*), der unterschiedlichen Handlungsorte (Praxis, Ambulanz, Klinik), der Hauptakteure (Arzt, Ärztin, Krankenschwester) und der Zielgruppen (Kinder, Erwachsene) berücksichtigt worden. Wir wollen hier allerdings nicht den Eindruck erwecken, vollständige Serien oder gar das Gesamtbild dieses Genres systematisch analysieren zu können.

Kategorienbildung und quantitative Analyse

Bei einer ersten Durchsicht haben wir zunächst protokollartig aufgelistet, worum es in den Folgen geht, d.h. welche *Themen* auftauchen, welche *Schauplätze* vorkommen und welche *Berufsrollen* im Mittelpunkt stehen. Charakteristische *Dialogsequenzen* wurden festgehalten. Im nächsten Schritt haben wir eine erste Systematik vorgenommen, die unterschiedet nach nicht-medizinischen Themen und solchen, die unmittelbar mit der gesundheitlichen Versorgung im Zusammenhang stehen. Es entstand nämlich der Eindruck, daß die dargebotenen »Medizinthemen« zum Teil lediglich den Rahmen für reine Unterhaltung darstellten, da sie auch in anderen Serientypen auftreten könnten.

Im Laufe der Kategorienbildung verdichtete sich der Aspekt der *Kommunikation* als wesentliches Element für unsere Fragestellung. Zunächst haben wir wiederum eine quantitative Analyse erstellt, die die jeweiligen Zeitkontingente unterschiedlicher Kommunikationsbeziehungen darstellt.

Tab.1: Zuschauerzahlen gesamt und in Marktanteilen (Reihenfolge nach Wochenchronologie)

Sender/ Serie	Folge (Titel)	Uhrzeit	Zuschauer Mio./ MA%
RTL OP ruft Dr. Bruckner - die besten Ärzte Deutschlands Krankenhausserie: Leitfigur Chirurg Bruckner	Blackout	20.15- 21.15	3,73/ 11,3%
SAT.1 Für alle Fälle Stefanie Krankenhausserie: Leitfigur Stationschwester Stefanie	Ein Mutterherz weint [Serienspecial]	20.15- 22.15	3,84/ 12,1%
1 ARD Die Schwarzwaldklinik Der deutsche "Urtyp" des Genres: Leitfigur Chefarzt und Krankenhausleiter Brinkmann	Trennungen [Whlg.]	11.15- 12.00	0,63/ 13,9%
1 ARD Dr. Sommerfeld – Neues vom Bülowbogen Arztserie: Leitfigur Hausarzt Sommerfeld	Lennarts letztes Match	18.55- 19.52	3,35/ 12,8%
RTL Dr. Monika Lindt - Kinderärztin, Geliebte, Mutter Arztserie: Leitfigur niedergelassene Kinderärztin Lindt	Tauziehen um Melanie	20.15- 21.15	3,92/ 12,0%
SAT.1 alphateam - Die Lebensretter im OP Krankenhausserie: Leitfiguren Team der Notfallambulanz	Schwere Entscheidung	22.15- 23.15	4,30/ 23,3%
SAT.1 Der Bergdoktor Arztserie: Leitfigur Hausarzt Hallstein	Zwischen Himmel und Erde	20.15- 21.15	5,30/ 16,4%
SAT.1 Hallo Onkel Doc Krankenhausserie: Leitfigur Stationsarzt der Kinderklinik Kampmann	Frederics Puppe	20.15- 21.15	3,69/ 11,3%
SAT.1 Hallo Onkel Doc Krankenhausserie: (s.o.)	Extasy	21.15- 22.15	3,60/ 11,3%

Tab.2: Zeitdauer verschiedener Gesprächskonstellationen pro Serie

	Bruckner	Stefanie	Schwarz- waldklinik	Sommer- feld	Alphateam	Berg- dokter
Dauer der Sendung (min)	60	125	55	60	60	60
Kommunikation Arzt-Patient (min:sec)	01:05	11:06	03:33	06:33	07:54	09:34
Kommunikation Patient-Personal (min:sec)	01:17	13:53	01:12	-	00:35	-
Kommunikation Arzt-Angehörige (min:sec)	03:32	05:17	-	03:46	01:52	00:50
Gesamtdauer Kommunikation (min:sec)	05:54	30:16	04:45	10:19	10:29	10:24

Unsere Untersuchung bestätigt nicht die Annahme, daß die TV-Serien Ärzte präsentieren, die unrealistisch viel Zeit für ihre Patienten haben. Passagen, in denen der Lebenskontext der Patienten berücksichtigt wird, sind die Ausnahme. Bei den hier untersuchten Serien schlägt *Stefanie* alle 'Kommunikationsrekorde', was die Interaktionen zwischen Patienten und ärztlichem wie auch nicht-ärztlichem Personal (hier: Pflegekräfte und Krankengymnastin) angeht, so daß man von einer Serie sprechen kann, in der das Krankenhaus mehr ist als eine bloße Kulisse für Alltagsdramen, die sich auch anderswo abspielen könnten (siehe auch Abb.1). Bei dem als Hausarzt agierenden *Bergdokter* nehmen die Kontakte mit den Patienten den weitest größten Raum ein. Deutlich wird der frappierende Unterschied in den Kommunikationsanteilen zur *Schwarzwaldklinik* - der extrem arztzentrierten Serie älteren Typs. Hier scheinen Patienten eine eher untergeordnete Rolle zu spielen, legt man die Kommunikationszeiten zugrunde. Auch die OP-Serie *Dr. Bruckner* weist nur geringe Anteile an Arzt-Patient-Kommunikation auf. Hier wird das spektakuläre Agieren der Ärzte mit der High-Tech Medizin ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt. Patienten wirken fast wie notwendiges 'Beiwerk'.¹

¹ Ein eigenes Sub-Genre stellen die »Kinderserien« dar (*Dr. Lindt, Hallo Onkel Doc*). Hier spielt die direkte Kommunikation der Ärzte mit ihren kleinen Patienten fast keine Rolle (im Gegensatz zu den Angehörigengesprächen); wir haben daher diese Serien für unsere weitere Fragestellung außer Betracht gelassen.

Abb.1: Szenenfoto "Für alle Fälle Stefanie": Die Pianistin Susanne Limprecht trifft eine schwerer Schicksalsschlag, als ihr Baby entführt wird. Als sie daraufhin ohnmächtig zusammenbricht, muß sie ins Krankenhaus gebracht werden. Kommissar Schiller und Stefanie versuchen zu helfen...



Quelle: SAT.1/ Flynn, Sendetermin 27.5.1999, 21.15 Uhr

Sicherlich könnten noch weitere Interpretationen aus der Tabelle entwickelt werden. Vielversprechender erschien es uns, Hypothesen auch qualitativ herzuleiten. Für die Intensivphase unserer Auswertung entwickelten wir daher folgende Leitfragen:

- Welche Themen tauchen in der Kommunikation auf?
- Lassen sich typische Kommunikationsmuster ableiten?

Detailanalyse

Angesichts der Fülle des Materials haben wir uns auf die Gespräche zwischen Ärzten und Patienten konzentriert. Bezüglich der Bedeutung von Kommunikation für die Arzt-Patient-Beziehung orientieren wir uns an den Einschätzungen von Roter und Hall (1992), die davon ausgehen, daß das Gespräch den Grundstein für eine gelingende medizinische Versorgung bildet. Der Wert aller medizinischen Bemühungen wie Diagnostik und Medikation wird demnach geschmälert ohne das Gespräch, welches die Lebens- und Krankheitsgeschichte für beide Seiten in ihrem Bedeutungszusammenhang erkennbar werden läßt. Wir haben uns bemüht, Beispie-

le für in diesem Sinne "gelungene" und "mißlungene" Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung auszuwählen. Sämtliche Dialoge wurden transkribiert und zur Grundlage der Detailanalyse und Interpretation gemacht. Aus dem Material stellen wir exemplarisch die acht nachfolgenden Sequenzen vor.²

Bruckner

Der Chirurg besucht die herztransplantierte Patientin, die operiert werden konnte, obwohl während der OP ein totaler Stromausfall eingetreten war.

A: Sie haben es uns ja nicht leicht gemacht bei dem Stromausfall.

P: Ich möchte mich bei Ihnen bedanken. Ich frage mich die ganze Zeit, wessen Herz hier drinnen schlägt.

A: Frau K., da drinnen schlägt Ihr Herz. Es gehört Ihnen und niemandem sonst.

P: Ich würde der Familie dieses Menschen gern etwas Gutes tun.

A: Ja, dann werden Sie mal ganz schnell gesund und freuen sich auf Ihre Kinder. (Sie lächelt)

Die Patientin äußert Gedanken und Gefühle nach einem für ihr Leben gravierenden Eingriff. Sie bringt sowohl ihre Freude wie ihre Zweifel zum Ausdruck, worauf der Chirurg nur vordergründig eingeht. Der Arzt weicht den Themen "fremdes Organ" und "Angehörige des Spenders" aus, möglicherweise aus Angst vor einem unvorhersehbaren Gesprächsverlauf. Den Fernsehzuschauern wird das Sachthema Transplantation zwar nahegebracht, die damit verbundenen emotionalen Aspekte kommen jedoch nur ansatzweise zur Sprache. Es bleibt ihnen überlassen, ob sie die Reaktion des Arztes als gelungene Beruhigung oder Beschwichtigung im negativen Sinne erleben. Insofern wird in dieser Folge der psychosozialen Dimension der Herztransplantation von Seiten des Drehbuchs wenig Raum gegeben.

Stefanie (1)

Ein Notfallpatient wird mit akuten Rückenschmerzen ins Krankenhaus eingeliefert. Nach der Computertomographie spricht der Arzt mit dem Patienten über den Befund.

A: Ein Diskusprolaps - Bandscheibenvorfall. (Untersucht den Patienten)

P: Ach, das mit dem Rücken geht schon ewig. Ich habe einen Haufen Unterlagen mit. Meine Frau bringt sie nachher mit. Eigentlich sollte ich ja schon vor ein paar Wochen operiert werden, aber Sie wissen ja, wie das ist. Immer kommt ir-

² Die Präsentation der Serien entspricht der Reihenfolge in Tabelle 2.

gend was dazw... Aber (stöhnt) diesmal scheint es mich wirklich voll erwischt zu haben.

A: Sind neben den Schmerzen denn auch Ausfallerscheinungen aufgetreten? Taubheitsgefühle oder daß Sie die Kontrolle über die Gliedmaßen verlieren?

P: Pfff, das fehlte noch, daß ich mich nur noch wie'n alter Mann bewegen kann.

A: Na, wir kriegen Sie schon wieder hin. Sie können sich anziehen.

P.: (Stöhnt) Am besten, Sie operieren mich so schnell wie möglich.

A: Ich werde mit dem Chefarzt reden.

P: Wann ich wieder fit sein kann und wieder richtig arbeiten kann.

A: Nach der OP ein paar Wochen Rehabilitation und Sie sind wieder auf dem Posten.

P: Was? Ein paar Wochen? Kann ich mir nicht leisten. Eine, höchstens zwei.

A: Jetzt konzentrieren Sie sich erst mal auf ihre Gesundheit. Sie werden ja sicher nicht gleich Konkurs anmelden müssen.

P: Wenn Sie wüßten, was ein Tag ausmacht. Gerade heute müßte ich in der Firma sein. Aber Sie wissen ja, wie das ist, jetzt. Also, morgen früh.

A: Ich denke, das wird sich machen lassen. Das hängt natürlich von Ihren Unterlagen mit ab.

Hier wird ein Patient gezeigt, der medizinisches Handeln forsch einfordert - mit ganz konkreten Erwartungen an den Arzt und mechanistischen Vorstellungen im Sinne von rascher 'Reparatur'. Er ist leistungsorientiert, das Erleiden von Krankheit möchte er aus seinem Leben ausklammern. Als Spiegelbild findet sich ein Arzt-Typ, der eine freundliche, aber ausschließlich am medizinischen Befund orientierte Gesprächsführung betreibt. Die erforderliche Anamnese bricht er unvollendet ab. Gesundheit wird nicht im Alltagskontext des Patienten (hier: Firma) thematisiert, wird also arztseitig von der Lebenswelt getrennt. Die Szene ist ein Beispiel für eine - von beiden Seiten unterstützte - mißlungene Kommunikation: ein "Einverständnis im Mißverständnis", wie Brucks et al. diesen reduktionistischen, organfixierten Kommunikationsstil beschrieben haben. Die Botschaft für die Zuschauer könnte in zwei Richtungen gehen. Entweder als Bestätigung des eigenen mechanistischen Weltbildes (Bandscheiben-OP und alles ist OK), oder als vorgehaltener Spiegel mit der Absicht, das eigene Patientenverhalten (und vielleicht auch die eigene Lebensweise) zu reflektieren.

Stefanie (2)

Der gleiche Arzt spricht mit einem anderen Patienten wegen einer aufgetretenen Komplikation nach seiner Blinddarm-Operation:

A: Na, Herr B, wie fühlen Sie sich?

P: Ich weiß nicht, ehrlich gesagt, schlechter als gestern.

A: Sie haben über 40 Fieber - Penicillin, schnell (Zum Pfleger).

P: 40 Fieber, das ist doch nicht normal, oder? Was ist denn mit mir?

A: Sie haben eine Peritonitis

Pfleger: Bauchfellentzündung

A: Eine operative Infektion, irgendwas ist da schiefgelaufen - Na los, los, los! Der OP soll fertig gemacht werden! (Zum Pfleger)

A: (Zum Patienten): Tut mir leid, aber das werden wir wohl noch mal aufmachen müssen.

P: Ne, ne, bevor Sie hier bei mir etwas aufmachen, will ich Doktor Stein sprechen.

A: Der ist noch nicht im Haus.

P: Dann den Chefarzt!

A: (Lächelt) Gute Idee.

Den Zuschauern wird gezeigt, daß der Patient auch in einer für ihn dramatischen Situation eine aktive Rolle übernehmen und das Urteil eines weiteren Arztes (hier: Chefarzt) einfordern kann. Der Arzt, der dominant auftritt und nähere Erläuterungen offenbar für unnötig hält, hat keine andere Wahl, als zuzustimmen, da der Patient für eine erneute Operation seine Einwilligung geben muß. Hier scheint das Drehbuch das Thema Selbstbestimmung und Entwicklung von Zivilcourage bei Patienten explizit vorgesehen zu haben.

Stefanie (3)

Ein Frauenarzt spricht mit einer langjährig tätigen Krankenschwester (S) über ihren Mammographie-Befund.

S: Ich weiß, es sind nur zwei Etagen mit dem Fahrstuhl von Ihrer Station zu meiner, ich hätte schon vor Monaten kommen müssen zur Routineuntersuchung, jetzt endlich habe ich es gepackt. Sie haben keine gute Nachricht für mich, nicht wahr?

Abb.2: Szenenfoto "Für alle Fälle Stefanie": Elisa Steinschütter möchte wieder zurück in Stefanies Fürsorge. Stefanie weiß, daß es der alten Frau viel schlechter geht, als sie behauptet...



Quelle: SAT.1/ Flynn, Sendetermin 20.5.1999, 21.15 Uhr

A: Ich kann Ihnen nichts vormachen, Sie sind eine erfahrene Krankenschwester.

S: Ich weiß nicht, vielleicht sollten Sie mir was vormachen, ich habe nämlich eine Scheißangst.

A: Bitte! Es besteht trotzdem kein Grund zur Panik. Warten wir's ab. Der Knoten ist etwa so groß. (Zeigt)

S: Aber er ist nicht frei beweglich... (A nickt)

S: Ja, und nu, wie gehts jetzt weiter?

A: Wir dürfen keine Zeit verlieren. Ich brauche den Gewebefund so schnell wie möglich, und deshalb schlage ich vor, Sie lassen sich jetzt gleich stationär aufnehmen.

(A spricht in die Sprechanlage, ohne die Reaktion der Patientin abzuwarten)

A: Ich brauche ein Einzelzimmer und zwar sofort. (Die Patientin ist völlig konsterniert)

A: Sie richten sich jetzt in aller Ruhe hier ein, ich besorge die Untersuchungstermine und morgen früh fangen wir mit den OP-Vorbereitungen an. Blut und so weiter.

S: Große OP-Vorbereitung für eine kleine Gewebsentnahme.

A: Sie kennen den Ablauf.

S: Ja, ich weiß. Sie entnehmen das Gewebe, und wenn es bösartig ist, dann nehmen Sie mir die rechte Brust ab.

A: Ja.

S: Tja.

Es wird deutlich, daß die Patientin trotz ihrer Professionalität in eine Abhängigenrolle gedrängt wird. Der Arzt bezieht sich auf ihr Fachwissen, um die Ängste der Patientin zu verdrängen. Die Kommunikation, die geprägt ist vom Nicht-Ernstnehmen und Ausblenden der Gefühle, findet fast in einem Telegrammstil statt. Es geht um scheinbar neutrale Fakten und Anweisungen, der Beziehungsaspekt zwischen den beiden Beteiligten bleibt unberücksichtigt. Anstelle einer an sich erforderlichen Aufklärung und Beratung über verschiedene therapeutische Verfahren entscheidet der Arzt über den Kopf der Patientin hinweg. Das Drehbuch zeigt eine klassische Beziehung zwischen Patientin und Arzt, die bei den Zuschauern entweder Wut oder Resignation über das so dokumentierte Ausgeliefertsein auslösen kann.

Schwarzwaldklinik

In der Schlußszene dieser Folge spricht ein junger Patient im Rollstuhl, der in Begleitung seiner Freundin am Sommerfest der Klinik teilnimmt, die anwesenden Ärzte an:

P: Na, was sagen die Mediziner? Kann ich meine Bretter bald wieder anschnallen?

A: Ja, als Skilangläufer. Das mit dem Wasserskifahren war nicht so Deine Stärke.

P: Sie haben mich ja auch so provoziert, damals.

Freundin: Ja, das kann ich bestätigen. Er hat Sie gesehen, ganz schneidig, und dann wollte er mir beweisen, daß er es auch kann.

(Der Patient wird von seiner Freundin weggefahren. Sein Stationsarzt und der Chefarzt tauschen sich jetzt über die ungewisse Prognose des Patienten aus.)

Während der Patient die Frage nach seiner Zukunft ernst meint, geht sein Stationsarzt flapsig über sein Anliegen hinweg. Der scheinbar lockere Umgangston verbirgt, daß eine Kommunikation, welche das Anliegen des Patienten (seine Zukunftsperspektive) berücksichtigt, nicht stattfindet. Die Botschaft zumindest dieser Folge der

ersten Generation deutscher Arztserien an die Zuschauer könnte lauten: Wenn Patienten überhaupt zu Wort kommen, sind sie nicht mehr als Stichwortgeber.

Sommerfeld

Der Hausarzt hat erfahren, daß sein junger, an Multiple Sklerose erkrankter Patient auf ein Dach geklettert ist, um Selbstmord zu verüben. Er kann zu dem Patienten vordringen und ein Gespräch mit ihm beginnen. Während er bislang mit dem Patienten nicht über die Erkrankung gesprochen hat, beginnt er jetzt (!) den Dialog:

A: Was weißt Du eigentlich über Multiple Sklerose?

P: Daß man daran krepieri!

A: Irgendwann sterben wir alle, Lennart.

P: Ja, aber bei manchen dauert es nicht so lange.

A: Die Therapiechancen haben sich verbessert. Ich will nicht behaupten, daß Du wieder gesund wirst, natürlich nicht, aber Du sollst und kannst zwischen den Schüben ein normales Leben führen.

P: Ha, und vom Rollstuhl aus Wimbledon gewinnen, was?

A: Lennart, Deine - eine durchschnittliche Tenniskarriere dauert vielleicht zehn Jahre. Du hättest Dir also auch ohne Deine Krankheit etwas anderes ausdenken müssen

P: Ich will nicht als gelähmter Krüppel enden.

A: Dann lieber mit einem Kopfsprung in die Tiefe? Das ist dumm, Lennart, sehr dumm. Lennart, Dein Vater ist da.

P: Er hat mich angelogen! (Schreit) - So wie Sie!

A: Nein Lennart, Dein Vater hat Dich nicht angelogen, er wollte es Dir heute Abend sagen, dann kam dieses Tennisspiel dazwischen. Er wollte Dich ein letztes Mal völlig unbeschwert spielen lassen, Lennart komm, Lennart! (Er entfernt sich, nachdem der Vater Lennart in seine Arme geschlossen hat)

Abgesehen davon, daß es sich um eine unglaublich heldenhafte Inszenierung handelt, werden die vielfältigen Gefühle des Jungen deutlich. Der Arzt nimmt die Ängste des Patienten ernst. Er versucht Trost zu spenden, ohne zu beschönigen oder die Einbußen an Lebensqualität durch die Krankheit zu ignorieren. Die Zuschauer erfahren durch diese Art der Dramaturgie etwas über wichtige Aspekte des Krankheitsbildes Multiple Sklerose. Der Arzt wird in seiner Hilflosigkeit, gleichzeitig aber auch als Helfer in der Krise gezeigt. Insofern kann dieser Folge bezogen auf die Zuschauer auch ein pädagogischer Wert beigemessen werden, da Ansätze von nicht-direktiver Gesprächsführung zu erkennen sind.

alphateam

In der Notfallambulanz des Krankenhauses stehen Ärztin und Arzt vor dem Röntgenbild einer alten Dame, die sich den Oberschenkelhals gebrochen hat. Die Patientin nimmt den Dialog auf:

P: Was ist denn?

A: Ich bereite mich schon mal auf die OP vor. (Zur Ärztin)

A: Frau R, wir werden Sie operieren müssen. Sie brauchen keine Angst zu haben, meine Kollegin erklärt Ihnen gleich, was wir machen werden. (Zur Patientin; faßt ihre Hand an.)

P: Werden Sie das Bein nicht schienen? (Zur Ärztin)

Ä: Nein, mit Schienen ist es leider nicht getan, sehen Sie hier Ihr Röntgenbild. Der Oberschenkelhals ist durch den Unfall gebrochen. Und die Gelenkpfanne ist eingestaucht. (Zeigt ihr das anhand des Bildes) Wir werden das operativ beseitigen müssen.

P: (Ängstlich) Wie, was meinen Sie?

Ä: Wir werden Ihnen ein neues Hüftgelenk einsetzen.

P: Oh mein Gott, nein. (Weint)

Ä: Es ist leider unumgänglich.

P: Werde ich je wieder laufen können?

Ä: (Lächelt) Natürlich, genauso gut wie vorher.

P: Mit einem Stück Metall im Körper.

Schwester: Na, immer noch besser als im Rollstuhl! (Zur Patientin)

(Die Ärztin ist sichtbar verärgert über die Schwester.)

Ä: Der Anästhesist wird gleich zu Ihnen kommen und sich über die Narkose unterhalten. Und dann müssen Sie uns vor der Operation noch Ihre Einverständniserklärung unterschreiben.

Die Szene enthält ein Beispiel für eine aktive, die Beratung suchende und ihre Ängste artikulierende Patientin. Nachdem der Arzt sich bereits wortlos zur Operation entschieden hat, gelingt es der Patientin zunächst, die Ärztin zu einem Aufklärungsgespräch zu bewegen. Die Ärztin übernimmt damit die ihr von ihrem männlichen Kollegen wie selbstverständlich zugewiesene Rolle der Beraterin, ist dieser Aufgabe jedoch nicht gänzlich gewachsen. Sie weicht in übertriebenen Optimismus aus, anstatt die Patientin von dem Vorteil der vorgeschlagenen Operationsmethode mit der erforderlichen Geduld zu überzeugen, und fällt damit in ein klassisch dominantes Verhaltensmuster zurück. Die Zuschauer erfahren zunächst, daß Fragenstel-

len auch in kritischen Situationen lohnt und daß auch alte Menschen dazu in der Lage sind. Offen muß bleiben, ob diese positive Botschaft nicht durch die abrupte Beendigung des Dialogs konterkariert wird. (Im weiteren Verlauf erhält die Patientin dann doch die von ihr gewünschte ausführliche Erläuterung zur endoprothetischen Versorgung, gibt ihr Einverständnis zur OP und sagt: "Ich glaube, ich bin bei Ihnen in guten Händen.")

Bergdokter

Die Patientin wird während ihres Urlaubs beim *Bergdokter*, einem Arzt für Allgemeinmedizin, nach einem Kollaps mit heftigen Bauchschmerzen untersucht. Nachdem er eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt hat, fragt der Arzt:

A: Haben Sie öfter Kopfschmerzen überm rechten Auge?

P: Ja, warum? (Ängstlich)

A: Sind häufige Symptome bei Gallenleiden. Ja, ist so wie ich vermutet habe. Sie haben Gallensteine. So... (Wischt Gel ab)

P: Ach lassen Sie, ich mach schon, danke.

A: Sie können sich dann anziehen....

A (Am Schreibtisch): Die Kolik ist dadurch entstanden, daß sich ein Stein in den Gallenwegen eingezwängt hat. Dadurch kommt es dann in Folge zu Krämpfen und die Galle kann sich nicht mehr entleeren. (Patientin sitzt im Hemd auf dem Untersuchungstisch)

P: Ich habe gedacht, die Schmerzen bringen mich um. Sonst bin ich an und für sich nicht wehleidig.

A: Ja, diese Schmerzen gehören zu den schlimmsten.

P: Und was kann man dagegen tun? (Patientin zieht sich an)

A: Ich kann da im Augenblick leider nicht sehr viel für Sie tun. Sie müssen alles vermeiden, was die Galle weiterhin reizt. Da geb' ich Ihnen noch eine Liste mit. Aber auf jeden Fall sollten Sie die Steine so schnell wie möglich entfernen lassen.

P: Muß ich operiert werden?

A: Nein! Das ist nicht mehr nötig, da gibt es andere Möglichkeiten, z.B. die sogenannte extracorporale Stoßwellentherapie. Da werden die Steine mit Stoßwellen pulverisiert, so können sie leichter abfließen. Wir haben das an der Uniklinik in Innsbruck angewandt. Wenn Sie wollen, mache ich Ihnen da einen Termin.

Die Patientin wird defensiv gezeigt, wobei dieses Verhalten möglicherweise Gründe in ihrer schwierigen privaten Situation hat (sie lebt heimlich mit einem Geistlichen

zusammen und vermeidet daher Kontakte im Dorf). Der Arzt geht zwar auf die Beschwerden ein, legt aber letztlich ein sehr dominantes Gebaren an den Tag. Seine Erläuterungen zum therapeutischen Vorgehen sind einseitig bis fragwürdig. Es wird der Eindruck erweckt, daß es nur einen "richtigen" Weg der Behandlung gibt. Der Patientin wird ein schlechtes Gewissen bereitet für den Fall, daß sie den ärztlichen Rat nicht befolgen sollte.

Bringt man die hier gezeigten Kommunikationstypen in eine Systematik, so ergibt sich eine große Vielfalt von Umgangsformen, die nicht einem einheitlichen Muster zuzuordnen sind. Es lassen sich folgende Typen unterscheiden:

- Klassisch dominante Ärzte, die ihre Patienten kaum zu Wort kommen lassen (*Stefanie 3* und *Bergdoktor*).
- Ärzte, die den Versuch einer ernsthaften Kommunikation überhaupt nicht erkennen lassen (*Bruckner* und *Schwarzwaldklinik*).
- Ärzte und Patienten, deren Kommunikation durch beiderseitige Fixierung auf Organ- bzw. Reparaturmedizin verengt ist (*Stefanie 1*: "Einverständnis im Mißverständnis" nach Brucks et al. 1987).
- Ärzte, die um einen patientenorientierten Kommunikationsstil sichtlich bemüht sind (*Sommerfeld*).
- Patienten, die sich aktiv verhalten und eine dialogorientierte Kommunikation einfordern (*Stefanie 2* und *alphateam*).

Schlußfolgerungen und Ausblick

Die schrittweise Analyse, die sich auf die Interaktion zwischen Ärzten und Patienten konzentrierte, zeigt auf, daß sich auch die deutschen Arzt- und Krankenhausserien - der amerikanischen Entwicklung folgend - von dem "Urtyp" der Schwarzwaldklinik entfernt haben. Ärzte sind nicht mehr ausschließlich die unangreifbaren Halbgötter in Weiß. In vielen Sequenzen findet sich zwar nach wie vor der klassisch dominante Kommunikationsstil der Ärzte. Zugleich beginnen aber in den neuen Serien Patienten ihre Interessen zu artikulieren. Dies korrespondiert mit dem sichtlichen Bemühen von Ärzten um einen symmetrischen, patientenorientierten Kommunikationsstil. Der Teamaspekt der Arbeit im Gesundheitswesen findet Beachtung. Politik und Ökonomie tauchen in ihrer Bedeutung für die Patientenversorgung als Größen auf.

Diese Beobachtungen veranlassen uns zu der Schlußfolgerung, daß die Wissenschaft sich keinesfalls damit begnügen sollte, Cassandra zu spielen und es gewissermaßen als gegeben anzunehmen, daß derartige Massenproduktionen - wenn überhaupt - nur Schaden anrichten können. Es kommt vielmehr darauf an, zunächst einmal die Aufmerksamkeit der Forschung auf diese Serien zu lenken. Nichts spricht dafür, ein solch weit verbreitetes Freizeitverhalten wie den Fernsehkonsum

und die mit ihm verbundenen neuen Sehgewohnheiten aus der Public Health-Perspektive auszuklammern. Gerbner et al. (1981) haben unter einem anderen Fokus (risikobehaftetes Verhalten) bereits auf das Problem hingewiesen, daß möglicherweise gerade die weniger gebildeten und einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen gesundheitsbezogene Kernbotschaften aus der zeitintensiven Rezeption von Fernsehsendungen beziehen.

Was liegt näher als darüber nachzudenken, wie dieses Medium genutzt werden kann, um möglicherweise die einzig effektiven Zugangswege zu Bevölkerungsgruppen zu finden, die mit herkömmlichen Gesundheitsprogrammen schwer zu erreichen sind? Wenn Experten tatsächlich befürchten, daß die Inhalte derartiger Serien überwiegend problematische Effekte haben, stellt sich die Frage, wie Einfluß auf die Drehbücher genommen werden kann. Hughes (1996) und Rice (1996) beschreiben für die englische Serie *Casualty* sowie die amerikanische Serie *Emergency Room*, daß dies keine theoretische Überlegung bleiben muß, sondern daß Fernsehproduzenten durchaus Interesse an kompetenter Beratung haben. TV-Serien könnten weit stärker als heute so konzipiert sein, daß den Zuschauern Patienten gezeigt werden, die den Mut haben, Fragen zu stellen, und damit zugleich den Ärzten Diagnostik und Therapie erleichtern. Auf diese Weise könnten Serien möglicherweise sogar zur Entwicklung einer patientenorientierten und weniger paternalistischen Medizin beitragen. Eine solche Entwicklung setzt allerdings voraus, daß die Gesundheitsforschung überhaupt zur Kenntnis nimmt, daß Fernsehserien genauso zu den Informationsquellen der Bevölkerung gehören wie die unmittelbaren Erfahrungen im Gesundheitssystem selbst. Bury und Gabe (1994: 81) schreiben hierzu unter Berufung auf Giddens Klassiker "Modernity and Self Identity": "Mediated experience is no less important in health and medicine than in other areas of late modern culture. Thus the media not only reflect changes and conflicts in the social relations of health care but also influence more powerfully agendas being set".

Wir schlagen vor, den Serien noch eine andere positive Seite abzugewinnen. Die zweite Wirklichkeit dieser Inszenierungen könnte, wie unsere Kernstellen nahelegen, treffliches Material für die Aus- und Fortbildung der Fachberufe des Gesundheitswesens abgeben. Bewährt hat sich der Einsatz von ER-Folgen offenbar in Trainingseinheiten für nichtmedizinisch vorgebildete Epidemiologen und Biostatistiker (Østbye 1997). Professionelle Beratungsfirmen sind, wie der Bericht von Kruse-Keirath (1997) unter Beweis stellt, frei von der Überheblichkeit gegenüber den neuen Arztserien; die Autorin geht davon aus, daß niedergelassene Ärzte künftig ohne ein gezieltes Praxismanagement Probleme bekommen werden, Patienten an ihre Praxis zu binden. Manche verständnisvollen Arztfiguren der Fernsehserien könnten, so Kruse-Keirath "vielleicht doch Vorbild für die richtige Richtung sein". Wenn davon ausgegangen werden muß, daß einstweilen in der Mediziner Ausbildung ein Training in Arzt-Patienten-Kommunikation fast nicht vorkommt, dann wäre vermutlich ein gezielter, pädagogisch begleiteter Videoeinsatz von ausgewählten Serienpassagen ein erfolgversprechender und ohne großen Aufwand realisierbarer Ansatz: Das Material muß nicht erst noch gedreht oder erfunden werden.

Die Gesundheitswissenschaften finden also mit den neuen Arzt- und Krankenhausserien eine Fülle von Themen vor, die - so unsere abschließende Anregung - in die Überlegungen zur weiteren Forschungsförderung im Bereich Public Health angemessen einbezogen werden sollten, z.B.:

- Inwieweit transportieren die Serien die Botschaft, daß Kranke keine 'Fälle' sondern Menschen mit biographischem Hintergrund und sozialem Kontext sind?
- Wovon sind die Einschaltquoten abhängig?
- Gibt es verschiedene Zuschauertypen und verschiedene Wahrnehmungsmuster?
- Prägen die Serien tatsächlich das Gesundheits- und Krankheitsverhalten?
- Wie stark können die Aufklärungseffekte derartiger Serien sein?
- Gewinnen die Serien Einfluß auf die Realität des Gesundheitswesens selbst (z.B. auf das Selbstbild der Ärzte und Pflegekräfte)?
- Lassen sich die Serien sinnvoll in der Aus- und Fortbildung einsetzen, v.a. unter dem Aspekt gelungener oder mißratener Kommunikation zwischen Experten und Laien?

Abschließend möchten wir auf einen weiteren Aspekt in Sachen Patientenaufklärung und -beratung aufmerksam machen. Das Office of Public Affairs der Johns Hopkins School of Public Health hat im Internet eine Seite eingerichtet, in der Schlüsselsequenzen der aktuellen Folge von *Emergency Room (ER)* kurz vorgestellt und im Sinne von gesundheitlicher Aufklärung kommentiert werden. Die "Topics" reichen von der Frage, ob Kondome die HIV-Übertragung verhindern bis zur Beratung in Versicherungsfragen. Bemerkenswert ist für den Zusammenhang dieser Untersuchung z.B. ein Interview mit Debra Roter, Koautorin einer bahnbrechenden Publikation zur Arzt-Patient-Kommunikation (Roter und Hall 1992), in dem erläutert wird, warum eine offene Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten als Schlüssel des Therapieerfolges zu werten ist. Über das Internet liefert die Johns Hopkins School of Public Health somit regelmäßig handfeste Patientenberatung. Hat *ER* in einer Folge vorgeführt, daß ein Arzt vergessen hat, eine vollständige Anamnese zu erheben und ein Patient deshalb einen allergischen Schock erleiden mußte, so erfahren die Zuschauer anschließend im Internet, welche Fragen sie selber ihrem Arzt unbedingt in welchen Situationen stellen sollten. Wird das Thema "Einholen einer ärztlichen Zweitmeinung" in *ER* behandelt, liefert die Internetseite konkrete Hilfestellungen, in welchen Situationen die Zuschauer heute auf der Einholung einer Zweitmeinung bestehen sollten. "Und wo bleiben die Patienten?" ist bezogen auf Fernsehserien längst keine Frage mehr, bei der Wissenschaft und Bildungseinrichtungen untätig beiseite stehen dürfen.

Literatur

- Brucks, Ursula/ Salisch, Erdmann, von/ Wahl, Wulf-Bodo (1987): Soziale Lage und ärztliche Sprechstunde. Hamburg
- Buresh, Bernice (1996): Nurses don't Fight Stereotypes on TV. A Loss for all Nurses. In: Revolution. The Journal of Nurse Empowerment (Spring): 82-85
- Bury, Michael/ Gabe, Jonathan (1994): Television and Medicine. Medical Dominance or Trail by Media? In: Gabe et al. (1994): 65-83
- Diem, S. J./ Lantos, J. D./ Tulsky, J. A. (1996): Cardiopulmonary Resuscitation on Television. Miracles and Misinformation. In: New England Journal of Medicine 334: 1578-1583
- Düperthal, Gitta (1999): Liebe und Triebe in der Notaufnahme. Arzt- und Krankenhausserien im Fernsehen. In: Dr. Med. Mabuse (24): 24-27
- Gabe J./ Kelleher, D./ Williams, G. (Hrsg.) (1994): Challenging Medicine. London/ New York
- Gerbner, George/ Gross, Larry/ Morgan, Michael/ Signorielli, Nancy (1981): Health and Medicine on Television. In: New England Journal of Medicine 305: 901-904
- Gordon, Patrick N./ Williamson, Sean/ Lawler, Paul (1998): As Seen on TV: Observational Study of Cardiopulmonary Resuscitation in British Television Medical Dramas. In: British Medical Journal 317: 780-783
- Hughes, Geoff (1996): Casualty: The BBC Series - The Role of the Medical Adviser. In: Journal of Accident and Emergency Medicine 13: 299-301
- Johns Hopkins University School of Public Health: "Following ER" - Communication between Doctor and Patient. <http://er.jhsph.edu/previous.htm> (August 28, 1997)
- Johns Hopkins University School of Public Health: "Following ER" - Second Opinions Are an Important Part of Health Care. <http://er.jhsph.edu/previous.htm> (February 5, 1998)
- Kalisch, Philip A./ Kalisch, Beatrice J./ Scobey, Margaret (1983): Images of Nurses on Television. New York
- Kasper, Hartmut (Hrsg.) (1997): Deutsche Helden! Luis Trenker, Perry Rhodan, Steffi Graf und viele andere. Leipzig
- Kruse-Keirath, Annette: Patientenorientiertes Praxismanagement - die eigene Praxis mit den Augen der Patienten sehen. Mitteilungen der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Rhein-Ruhr GmbH. <http://www.pvs-rr.de>
- Østbye, Truls/ Miller, Bill/ Keller, Heather (1997): Throw that Epidemiologist Out of the Emergency Room! Using the Television Series ER as a Vehicle for Teaching Methodologists about Medical Issues. In: Journal of Clinical Epidemiology 50: 1183-1186
- Pfau, Michael/ Mullen, Lawrence J./ Garrow, Kirsten (1995): The Influence of Television Viewing on Public Perceptions of Physicians. In: Journal of Broadcasting & Electronic Media 39: 441-458
- Rice, Marilyn (1996): Nurses Fight Stereotypes on TV. A Win for all Nurses. In: Revolution. The Journal of Nurse Empowerment (Spring): 76-81
- Ross, Alan D./ Gibbs, Harlan (1996): The Medicine of ER. New York
- Roter, Deborah L./ Frankel, R. (1992): Quantitative and Qualitative Approaches to the Evaluation of the Medical Dialogue. In: Social Science and Medicine 34: 1097-1103

- Roter, Deborah L./ Hall, J. L. (1992): *Doctors Talking With Patients - Patients Talking With Doctors. Improving Communication in Medical Visits*. London
- Sancho-Aldridge, Jane/ Gunter, Barrie (1994): Effects of a TV-Drama Series upon Public Impressions about Psychiatrists. In: *Psychological Reports* 74: 163-178
- Scherler, Monika (1997): TV-Serien und Wirklichkeit. *Krankenpflege/ Soins Infirmiers* 8: 22-23
- Schmacke, Norbert (1997): Ärzte. In: *Kasper* (1997): 16-20
- Smith, Pete: Zehn Stunden am Tag Geschichten aus der weiten Welt der Medizin. In: *Ärzte-Zeitung*, 2. Februar 1998
- Suchsland, Rüdiger (1997): Die Arztserie der neuen Generation. Zur Geschichte der Arztserien 2/ 1997. <http://www.digitalmirror.de/cosmo/er/er.htm>
- Turow, Joseph (1989): *Playing Doctor. Television, Storytelling and Medical Power*. New York/ Oxford
- Turow, Joseph (1996): Television Entertainment and the US Health-Care Debate. In: *Lancet* 347: 1240-1243
- Weiderer, Monika (1995): Mensch oder Mythos? Befunde zum Berufsbild MedizinerIn in Arztserien und Spielfilmen des Deutschen Fernsehens. In: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 137: 633-635
- Weiss, Sabine (1996): Wo Medizin und Mull in Serie gehen. In: *Berliner Illustrierte Zeitung* (Wochenendbeilage der Berliner Morgenpost), 29. Dezember 1996