

Hans J. Wulff

Fernsehen als Agentur einer naiven Medizin: Narrativisierung, Dramatisierung, Ideologisierung

Eine erste Fassung dieses Artikels erschien in: *Medienbilder. Dokumentation des 13. Film- und Fernsehwissenschaftlichen Kolloquiums an der Georg-August-Universität Göttingen, Oktober 2000*. Hrsg. v. Jörg Türschmann u. Annette Paatz. Hamburg: Kovacs 2001, S. 247-260 (= Schriften zur Medienwissenschaft. 2.).
Bibliographische Angabe der Online-Fassung: <http://www.derwulff.de/2-99>

Naive Medizin (oder auch *Populärmedizin*, *Laienmedizin*, *volkstümliche* oder *vorwissenschaftliche Medizin*) ist eine zusammenfassende Bezeichnung für alle nicht mit wissenschaftlichen Methoden, sondern allein aus der Alltagserfahrung gewonnenen, nicht gemäß den wissenschaftlichen Anforderungen überprüften medizinischen Anschauungen und Systeme. Natürlich interagiert naives Wissen über medizinische Sachverhalte in den modernen Industriegesellschaften mit der wissenschaftlichen Medizin - die Massenmedien bilden eine permanente Agentur, in der Themen der Medizin vorgestellt, exemplifiziert, übersetzt werden in die Sprache und die Vorstellungssysteme eines nicht wissenschaftlich gebildeten Publikums. Die *Information des Laienpublikums* ist nach wie vor die primäre Zielvorstellung von Redakteuren (Freund 1990), und entsprechend stellen sie den uninformierten Zuschauer dem wissenden Experten gegenüber.

Naives Wissen ist nun aber nicht als blankes Sachwissen über Krankheiten oder körperliche Tatsachen zu bestimmen, sondern bestimmt medizinische Gegenstände im Horizont der Erfahrung und der Alltagskommunikation. Naive Medizin ist pragmatisch ausgerichtet, bestimmt die Möglichkeiten der Behandlung im Horizont eigenen möglichen Handelns - und basiert darum auf einem Interesse, das nicht allein das Machbare, das Mögliche und das Wünschbare auszuloten versucht, sondern auch die Fragen nach Verbot und Tabu, nach moralischem Dilemma und nach den Wundern der einzelnen Heilung stellt. Naive Medizin ist affektiv belegt, enthält eine Reflexion über die Kräfte der Angst und der Hoffnung gleichzeitig. Das macht sie so unvergleichbar mit einer eng verstandenen Schulmedizin, das rückt sie in die Nähe mancher medizinethischer Diskussionen.

Medienmedizin bemißt sich nicht an der reinen Darstellung der Schulmedizin, sondern ist eine Diskursform der naiven Medizin, das ist ihr öffentlicher Auftrag und eine ihrer sozialen Leistungen.

Gegenstände der Medizin sind Gegenstände alltäglicher Erfahrung, hier berührt sich offensichtlich ein Erfahrungsfeld von Zuschauern mit einem thematischen Angebot der Medien. Darum gibt es auch eine hohe Affinität medizinischer Themen (und insbesondere von ethischen und Interessenkonflikten) zum Fernsehen. Naives Wissen wird vor allem erzählend weitergegeben, bekommt erst in der Erzählung seine Kontur. In der Darstellung medizinischer Themen neigt darum auch das Fernsehen dazu, das jeweilige Thema als *Fall* zu dramatisieren und ihn aus der Sicht des Kranken zu vermarkten, nicht aus der der Arzt. Die implizite Wirkungshypothese der Berichte-Erzählungen im Fernsehen besagt also, daß der Zuschauer sich als potentiell Kranker eher in der Sichtweise des Patienten wiederzufinden vermöge denn in der Sichtweise des Arztes. Nun ist es bemerkenswert, dass gerade diese Ausrichtung auf die Sichtweise des Patienten ein besonderes Charakteristikum auch der medizinethischen, -juristischen und -politischen Diskussionen der letzten Jahrzehnte gewesen ist. So war es auch und vor allem die Emanzipation des Patienten, es war das erwachte Selbstbewußtsein des mündigen Bürgers, das in den späten Sechzigerjahren einen "ethischen" Diskurs einforderte und eine Rekonzeptualisierung des medizinischen Handelns erzwang (Maio 1997). Die Zeit und die Kultur, in der die „neue Medizin“ als „Patientenmedizin“ aufkam, legte ihre Betonung auf die Rechte des Patienten, und gerade in der Ausrichtung auf die Interessen des Kranken ist eine wichtige Verbindungslinie zum Fernsehen zu sehen, die sich letztlich auch in der latenten Medizinkritik widerspiegelt, welche für die medizinethische Literatur genauso typisch und symptomatisch ist wie für die Medizinberichterstattung. Medizinberichterstattung handelt von Werten, von Wertkonflikten und Werthorizonten medizinischen Handelns, heißt das, und das macht ihre wesentlichste Qualität aus, eine *naive Medizin* als einen alltäglichen Diskurszusammenhang immer neu herauszufordern.

Das Drama des Wachkomas

Es gibt verschiedene Schichten des Sprechens über das Thema der Therapiebegrenzung beim Apallischen Syndrom (also einen besonderen Fall der *Sterbehilfe*), verschiedene rhetorische Register, verschiedene argumentative Strategien. Darum ist es nützlich, die verschiedenen Arten zu untersuchen, in denen es thematisiert wird. Arten des Sprechens über einen Gegenstand sind zugleich Arten, ihn zu aspektivieren, ihn in die Kommunikation einzugliedern, an Erfahrung und persönliche Betroffenheit anzubinden (oder ihn dagegen zu blockieren). Die rhetorischen Unterschiede im Sprechen über Sterbehilfe korrespondieren daher mit der Art und Weise, das Thema zu kontextualisieren. In unterschiedlichen Kontexten entstehen unterschiedliche Argumente. Der Gegenstand der Sterbehilfe wird als Gegenstand im gesellschaftlichen Diskurs angesehen, und die vielen einzelnen Thematisierungen des Themenkomplexes produzieren ihn als soziale Tatsache.

Man sieht schon nach flüchtiger Durchsicht von Beispielen, daß die Fernsehbeiträge zum Thema immer wieder mit *Fallbeispielen* arbeiten. *Ein Beispiel zu geben* ist eine der Königsmethoden der Rhetorik, die *Kasuistik* eine ihrer größten Disziplinen. Aber Beispiele haben Haken und Ösen. Nicht immer belegen sie, was sie scheinbar belegen. Sie entfalten eine eigene Dynamik, artikulieren eine eigene Stimme zum Gegenstand. Und sie enthalten eine Wertdimension, die das Sprechen mit Beispielen immer auch zu einem Sprechen mit Werthorizonten macht.

Eine Episode aus der Dokumentation *LEBEN ODER STERBEN LASSEN* von Silvia Matthies, die im Rahmen eines Arte-Abends zum Thema "Todesschmerz: Sterbegleitung kontra Todesspritze" am 11. September 1997 ausgestrahlt wurde, soll das Problem verdeutlichen. In diesem Beitrag wird eine Fallgeschichte in mehreren Schritten erzählt:

(Erster Akt: Exposition)

[*Kreischendes Geräusch von Bremsen und quietschenden Reifen*]

Sprecherin:

August 1989. Ein junger Motorradfahrer verunglückt. Mit einem Schädelhirntrauma wird er ins nächste Krankenhaus eingeliefert. Schon am zweiten Tag werden die Angehörigen vor eine höchst befremdende Alternative gestellt.

Mutter:

Er hat zu uns gesagt [...], Ihr Sohn ist schwer krank, und er ist gehirntot, wir haben das festgestellt, daß er gehirntot ist, und daß das alles nichts mehr wird, und stellen

Sie sich vor, Sie sehen im Wald einen Affen, und er kommt wieder zu sich, genauso, hat er gesagt, dann macht er hhh-hhh-hhh, denn mehr kann er nicht mehr. Und wir sollen uns entscheiden, wegen seiner Niere, die haben wir schon untersucht, die ist einwandfrei. Und da waren wir im Moment natürlich geschockt. Man weiss in so einer Situation und zwei Tage nach dem Unfall sowieso nicht, was man machen soll, da ist man sowieso kopflos. Äh. Und dann sind wir heimgefahren, voller Sorge, was zu tun, was ist richtig, was nicht.

Sprecherin:

Bei dem Gespräch mit dem Oberarzt waren auch Ulrike Eismanns jetziger Mann und Herberts Vater anwesend. Sie sollten sofort die Zustimmung zur Organ-Entnahme unterschreiben. Der Oberarzt spricht immer wieder von dem "Volldepp", der zu erwarten sei, wenn Herbert wieder zu Bewußtsein käme. Die Angehörigen sind geschockt. Sie lehnen eine Organentnahme ab.

(Zweiter Akt: Konfrontation)

Mutter:

Und dann sind wir heruntergefahren und haben das dem Doktor [Name unkenntlich gemacht] gesagt, da hat er uns wieder in ein Extrazimmer kommen lassen, und von da an hat er mich ganz schlecht behandelt. Da hat er nur noch schriftlich - da war hinten, da war so ein Tisch, und da hat er nur schriftlich alle Tage, was so anfällt, so hingelegt. Und in der dritten Woche, wo der Herbert unten gelegen ist, in dem Intensiv-Zimmer, da hab ich gefragt: Na, was ist jetzt, was meinen Sie zum Herbert? Das hab ich Ihnen doch schon gesagt, da brauchen Sie mich doch gar nicht mehr fragen! Sie wissen's doch schon! Ich hab Ihnen die Antwort doch schon am zweiten Tag gegeben.

Interviewerin:

Ist er denn bei der Prognose geblieben, daß nichts mehr wird?

Mutter:

Ja, da ist er hundertprozentig bei geblieben, das einzige, was wir gehört haben von diesem Tag an ist, was das denn kostet!

Sprecherin:

Immer wieder weist der Oberarzt darauf hin, wie unverantwortlich teuer die nutzlose Behandlung des Jungen sei. Eine diagnostische Prognose, die sich als fatale Fehleinschätzung erweisen sollte.

Heute, acht Jahre nach dem Unfall, ist Herbert fast vollständig rehabilitiert. Außer einer Gehbehinderung und einem schlechten Kurzzeitgedächtnis ist bei dem jetzt Dreißigjährigen nichts zurückgeblieben.

In der Klinik hatte die Mutter mit Argusaugen darüber wachen müssen, daß ihr im Koma befindlicher Sohn nicht als lebendiger Leichnam behandelt wurde, bei dem jede Therapie vergeblich ist - erst wurde eine Lungenentzündung unzureichend behandelt, dann ein gebrochener Arm.

Mutter:

Der Herbert hatte den Arm bei seinem Unfall gebrochen, aber - ein kleiner Bruch war das nur, und - als ich eines Tages wieder die Treppen hochkam und klingelte, da ka-

men mir zwei Pflegerinnen entgegen, und da hab ich mir gedacht: Mei, warum kommen die mir heute alle beide so schleichend entgegen, vielleicht ist jetzt der Herbert doch gestorben. Nein, da haben sie dem Herbert den Arm noch einmal gebrochen.

Interviewerin:

Und warum?

Mutter:

Und - äh - das, weil sie Spastik haben, und in dem Moment, wo die Spastik kam, das haben mir alle erzählt, da ziehen sie die Arme so hoch, die haben das wahrscheinlich nicht gewußt und wollten den Arm mit Gewalt wieder runterreißen - und haben sie ihn gebrochen. Und dann haben sie den Herbert aber nicht gleich in den OP, zum Operieren, sondern haben ihn im Bett liegen lassen, und dann haben sie ihn wieder raus in den Stuhl, und der Herbert, der war ja da noch im Koma, und er hat da aber immer gejammt, gejammt, gejammt, und da hab ich gesagt "Ja operiert's ihn doch endlich - der hat doch wahnsinnige Schmerzen" - "nein, der hat keine Schmerzen, der ist gehirntot, der merkt nichts, der merkt überhaupt nichts". Nein hab ich gesagt, der ist bis jetzt immer ganz still im Bett gelegen, und seit ihr ihm den Arm gebrochen habt, seitdem jammert er doch, also muß er doch Schmerzen haben, er muß sie doch spüren.

[Musik]

(Dritter Akt: Auflösung)

Sprecherin:

Die Mutter sollte Recht behalten. Nach sechs Wochen fängt Herbert, zur Verblüffung des Klinikpersonals, wieder selbständig an zu atmen. Doch weiterhin läßt ihm der Oberarzt hohe Dosen von Valium verabreichen, damit er keine spastischen Krämpfe bekommt, wie es heißt.

Auf Betreiben der Angehörigen kommt Herbert schließlich in eine Spezialklinik für Komapatienten. Dort schlägt man wegen der hohen Valium-Dosierungen bei einem Apalliker die Hände über dem Kopf zusammen. Herbert muß erst einmal von Valium entzogen werden. Der Junge ist auf 37 Kilogramm abgemagert und in einem erbarmungswürdigen Zustand. Doch mit der richtigen Pflege geht es langsam bergauf. Nach drei Monaten im Wachkoma kommt Herbert langsam wieder zu Bewußtsein. Sein Zustand bessert sich von Tag zu Tag. Er kann noch sprechen, schreiben, rechnen und lesen. Nach fünf Jahren Klinikaufenthalt kommt er endlich wieder nach Hause. Jetzt wohnt er in einer eigenen Wohnung.

[Ende der Musik]

(Epilog: Implikation)

Interviewerin:

Wie ist das jetzt eigentlich für Sie, freuen Sie sich an Ihrem Leben, obwohl sie noch leicht gehbehindert sind, macht es Ihnen Spaß?

Herbert:

Na klar, ja, es macht mir Spaß, ich war sogar im Urlaub schon, letztes Jahr, in Frankreich. Es macht mir Spaß, ich gehe fort ins Kino mit den Kumpels. Essen geh ich

manchmal, chinesisches Essen. Also das Leben macht mir Spaß, muß ich sagen.

Sprecherin:

Seine Mutter glaubt fest daran, daß Herbert mit einer richtigen Therapie bald wieder alleine laufen kann. Gibt es heute noch Situationen, in denen Herbert mit seinem Schicksal hadert?

Herbert:

Na klar, das hat ja wohl jeder. Wieso gerade ich? Das hätte ja jedem anderem passieren können, aber das ist schlecht, daß das einem anderen passieren könnte, das wünscht man keinem.

Interviewerin:

Meinen Sie, daß Sie überlebt hätten, wenn sich Ihre Mutter und Ihr Vater nicht so für Sie eingesetzt hätten?

Herbert:

Nein, dann hätte ich gewiß nicht überlebt. Wenn niemand zu einem hält, dann ist man verloren.

Betrachtet man diesen Filmbeitrag allein im Hinblick auf seine narrative resp. dramatische Struktur, so läßt sich unschwer eine klassische Handlungsabfolge erkennen, eine Anordnung der Erzähleinheiten, wie sie sonst in der Theater- oder Spielfilmdramaturgie üblich ist. Der Drehbuchautor Syd Field (1996, 14) hat für den Bereich der Spielfilmnarrationen ein etabliertes Schema dramaturgischer Abfolge beschrieben, das sich in Anlehnung an den antiken Dreierakt aus den drei Komponenten (1) Exposition (2) Konfrontation (3) Auflösung zusammensetzt. Genau dieses standardisierte Grundmuster läßt auch die dargelegte Geschichte erkennen.

(1) In der **Exposition** werden Handlung, Zeit und Ort festgelegt und das Personengefüge etabliert. Konkret wird in diesem ersten Akt nach dem Unfall als auslösendes Ereignis der Konflikt zwischen dem Protagonisten - der Mutter - und dem Antagonisten - der Klinik bzw. dem Oberarzt - aufgebaut. Die Mutter ist *Protagonist*, nicht der Kranke. Er ist aktionsunfähig, wird in die Position des Kindes gerückt (Stichwort „Junge“). Der Konflikt zwischen Mutter und Klinik dreht sich um das *wertvolle Gut* des komatösen Patienten, er selbst ist narrativ entmachteter. Das *Motiv*, das die Handlung bündelt und perspektiviert, ist prot- und die antagonale Prognose, die miteinander unvereinbar sind: Die eine ist an die Handlungsrolle der Klinik gebunden; sie ist statistisch motiviert, geht möglicherweise einher mit ökonomischen Interessen der Klinik; die andere ist dagegen für die Mutter verbindlich und trägt den Charakter einer Prophezeiung - angesichts der Krankheit des Sohnes sogar einer verzweifelten Prophezeiung gegen alle Hoffnung. Auffällig an diesem ersten Akt ist die Verwendung des rhetorischen Stilmittels der *insinuatio*, die sich darin ausdrückt,

dass am Texteingang Informationen gegeben werden, die die Emotionen des Rezipienten in die Richtung lenken, die der beabsichtigten Meinungsbildung entsprechen (Kanzog 1997, 90). Die Entscheidung der Mutter gegen den groben Oberarzt wird in dieser Strategie als nachvollziehbare Ablehnung präsentiert. Damit sichert sich der Erzähler die Sympathie des Rezipienten für die Mutter und verstärkt die Glaubwürdigkeit der zugrundeliegenden Botschaft, die darin besteht, dass die Medizin kein guter Anwalt des Patienten sei.

(2) Auf die Exposition folgt die **Konfrontation** als Charakteristikum des zweiten Aktes. Die dramaturgische Einheit der Konfrontation funktioniert meist nach dem Schema, dass das Ziel der Hauptfigur bekannt ist und nun Hindernisse aufgebaut werden, die den Protagonisten davon abhalten sollen, sein Ziel zu erreichen. *Spannung* entsteht, wenn es unwahrscheinlich ist, daß der Sympathieträger einer bösen Lage entkommen kann. Die Episode mit dem Armbruch und die Intensivierung des Schmerzes dienen gerade diesem dramaturgischen Zweck, die Hürde zu erhöhen und die Betonung von Widerständen und Machtansprüchen zu erreichen. Vor dieser Erzähleinheit wird in dem Filmbericht die Chronologie der Erzählung aufgegeben. Der *outcome* der Geschichte ist erzählt, das Ende also rhetorisch abgesichert. Von dieser Position aus ist kein Einwand mehr formulierbar. Darum geht es: um den Status der Geschichte als *Beweismittel* für die Entmündigung des Patienten in der Klinik und für die Mißachtung der Pflicht der Medizin zur Hilfe. Die folgende Rückkehr zum Konflikt zwischen Klinik und Mutter/Komapatient intensiviert die thematische Orientierung auf diesen Konflikt. Er bildet die Grundlage der dramatischen Struktur. Natürlich vereinnahmt der Erzähler den Zuschauer für das hilflose Opfer. Selbst die unzulängliche Flüssigkeit im Umgang mit der Fachsprache authentifiziert die Position der Mutter als Anwältin und Sprecherin ihres hilflosen Sohns, weil sie die Differenz von Laien-Patienten und Profi-Doktoren verschärft und radikalisiert.

(3) Die dritte Erzähleinheit, die **Auflösung** der Geschichte ist die wohl augenfälligste Anpassung an konventionelle narrative Strukturen, wie sie in den Mythenerzählungen genauso repräsentativ sind wie in der Dramaturgie gängiger Spielfilme. Die Auflösung der Geschichte ist hier nichts anderes als das *Motiv des wundersamen Umbruchs*. Mit diesem Wunder als *happy ending* wird der hohe Einsatz der Mutter legitimiert und zugleich die Inkompetenz des Oberarztes unterstrichen. „Die Geschichte des Films ist die Geschichte des Helden, der allen Widrigkeiten zum Trotz sein Ziel

erreicht“, so hat Syd Field das Grundmuster dramatischer Struktur beschrieben (1996, 105), und genau dies liefert der dritte Akt des Filmbeispiels.

(4) Im Anschluß an die Auflösung hat der Erzähler einen **Epilog** eingebaut. Diese abschließende dramaturgische Einheit entspricht der klassischen *Moral von der Geschichte*, der rhetorischen *implicatio*. Der Epilog lenkt signifikanterweise von der Konkretheit des Falles ab und formuliert eine ganz unspezifische Feier der Bedeutung familiärer Nähe. Mit dieser Anstimmung auf das Hohelied der elterlichen Liebe wird eine idealisierte Sicht der Familie als Wiege allen Glücks vermittelt. Eine Geschichte wie die, die der Film enthält, wird kaum jemand ablehnen - der Sieg der Mutter über die Klinik und die Rettung des Sohnes, das ist ein Liebesbeweis, wie er intensiver kaum ausgestaltet werden könnte. Für den rhetorischen Wert der Erzählung ist dieser Ausgang allerdings wichtig. Was würde das Beispiel sagen, wenn Herbert nicht wieder zu Bewußtsein gekommen wäre? Allein durch diese Veränderung des Endes würde die Geschichte ihren kommunikativen Wert verlieren. Hierauf wird noch zurückzukommen sein.

Charakteristiken des Fernsehens als moralischer Diskursform

Die wiedergegebene Fallgeschichte mag zwar eine zufällig herausgegriffene sein, doch angesichts der verblüffenden Ähnlichkeit dieser Dokumentation mit den anderen gesichteten Dokumentationen zu diesem Thema erscheint es gerechtfertigt, diese Fallgeschichte als ein Beispiel für viele zu nehmen und danach zu fragen, welche charakteristischen Merkmale der fernsehmédialen Darstellung medizinischer und medizinethischer Themen hier erkennbar werden, charakteristische Merkmale, die in ihrer Gültigkeit über diese eine Fallgeschichte hinausgehen. So ließen sich insgesamt mindestens fünf Darstellungsmerkmale herausarbeiten, die alle mehr oder weniger miteinander in Zusammenhang stehen.

1. Hollywoodisierung der Moral: Das Beispiel weist eine einfache Erzählstruktur auf: Der Held gerät - auf Hilfe angewiesen - in eine Institution, die ihn zu verschlingen droht; doch es gelingt ihm, sich zu wehren und am Ende der Gefahr zu entkommen. Das Beispiel folgt dem Muster einer einfachen Alltagserzählung. Es ist die Geschichte einer Mutter, die sich heldisch gegen die Institution der Klinik und die Autorität eines bösen Oberarztes gestellt und gewonnen hat. Die Geschichte handelt so eigentlich nur mittelbar von der

Frage der Behandlung von Wachkoma-Patienten. Im Grunde ist es eine *success story*, in der der Helfer sich durchsetzt, die Objekt-Person gerettet wird und der Opponent (Klinik resp. Oberarzt) unterliegt. Am Ende wird die bedingungslose Liebe des Helfers, sein Schutz und seine Fürsorge belohnt. Anne Karpf hat für diese Form den treffenden Begriff des *romantic-little-person-against-the-state stories* geprägt (1988, 60). Im Gegensatz zur Philosophie kann das Fernsehen abstrakte Ideen nicht diskursiv darstellen - es ist darauf angewiesen, Ideen zu visualisieren und vor allem zu dramatisieren. So ist es zu erklären, dass nicht nur fiktionale Sendungen, sondern auch Fernsehdokumentationen im Vermittlungsprozeß dramaturgische und inszenatorische Mittel des Dramas verwendend, die ihren Ursprung im antiken Theater oder zumindest in den Gebrauchsdramaturgien der letzten beiden Jahrhunderte haben. Medizinethische Themen werden im Fernsehen durch Krisen und Konflikte, Spannung und Lösung verdichtet und vertieft, jeweils nach dem dramaturgischen Diktat von „active, intense and immediate“ (Karpf 1988, 113) oder - um beim antiken Theater zu bleiben - durch das Setzen auf die Affekte der Rührung (*eleos*) und der Furcht (*phobos*). Das Fernsehen *hollywoodisiert* auf diese Weise die Konflikte, es interpretiert sie im affektbelegten Horizont des Kinos und eben nicht im rationalen Horizont eines medizinischen oder ethischen Diskurses.

Hieraus wäre zu folgern, dass die fernsehmedial vermittelte Medizin nur ein Teilspektrum der Gesamtmedizin sein kann, da das Fernsehen vornehmlich Themen aufgreift, die auch dramaturgisch zugänglich und vermittelbar sind. Die medizinischen Themen, die nicht inszeniert werden können, fallen somit aus dem Fernsehraaster heraus.

2. Moralische Entscheidung durch mythische Erzählungsstrukturen: Gerade der Film von Silvia Matthies weist einige narrative Strukturen auf, die eine deutliche Motivbindung an antike Mythen erkennen lassen. Da ist unübersehbar das Motiv des *David gegen Goliath* auszumachen, das Bestehen des „kleinen“ Patienten gegen die Macht der Medizin und gegen die Wahrscheinlichkeit des Sterbens. Und da ist das mythische Motiv *Orpheus und Eurydike*, des Beweises der Liebe und der Wiedererweckung des oder der toten Geliebten. Die Verbindung der Fallgeschichte mit dem Mythos kommt schon in der dargelegten Handlungsstruktur zum Ausdruck, denn die erwähnte 3-Akt-Abfolge des Dramas korrespondiert der mythischen Handlungsstruktur, die nach Joseph Campbell in der Abfolge von *Aufbruch*, *Initiation* und *Rückkehr* besteht (1999).

Die Funktion des Mythos besteht vor allem darin, Sinn zu stiften. Sinnstiftende Geschichten bedienen sich nicht der Sprache der Differenzierung, der Argumentation, der Begründung. Vielmehr setzen mythische Grundmodelle darauf, beim Zuschauer Erinnerung und Identifikation auszulösen. Sie müssen eine Brücke zur Alltagssicht schlagen, knüpfen daher an prototypische Geschichten, an individuelle Erfahrungen an und sprechen den Menschen eher auf der unbewusst assoziativen Ebene denn auf der rationalen Ebene an (Campbell 1999; Bleicher 1999). Die Moral, die durch den Mythos verkündet wird, ist eine symbolisch vermittelte Moral. Im oben genannten Film von Silvia Matthies bekommt der Zuschauer wenig über den moralischen Konflikt vermittelt; dafür aber wird ihm über den Symbolcharakter bestimmter Handlungs- und Bildmotive (z.B. die fürsorgende Mutter; das im Stich gelassene Kind; Industrieschlote; Neonlicht) ein bestimmtes Weltdeutungsmodell angeboten, dem er sich kaum entziehen kann. Dem Zuschauer werden auf diese Weise zwar Eindrücke, aber keine Hintergründe vermittelt, denn die Fallgeschichte dient vorrangig als Ausdruck einer bestimmten Sinnstiftung (vgl. Bourgeois 1993, 166). Der Fernsehbeitrag steht also *in einem diskursiven Horizont*. Er setzt ihn voraus, ist die Folie für seine Bedeutung. Der Beitrag ist in Beziehung zum diskursiven Feld positioniert und perspektiviert, er gehört einem *locus* der Rede zu. Und er interagiert mit Werthaltungen, die oft nur angespielt werden müssen - weil die Beiträge auf einer affirmativen Beziehung zwischen eingenommenen *locus* und Voreinstellung des Adressaten fußen.

Schon die standardisierte Handlungsstruktur des Mythos gibt bereits vor, dass das Ziel des Mythos als überzeitliche Erzählung nur in der *Erlösung* oder in der *Versöhnung* liegen kann. Diese Zielrichtung kommt auch in Matthies' Film sehr deutlich zum Ausdruck, stand doch am Ende die Versöhnung mit der Familie im Mittelpunkt. Solange Fernsehennarrationen an mythische Erzählstrukturen anknüpfen, vermitteln sie damit unwillkürlich kollektive Vorstellungen und Wertestrukturen (Newcomb/Hirsch 1983). Die Funktion des Mythos ist daher weniger die kritische Infragestellung als vielmehr die Bestätigung etablierter Weltdeutungen (Haberer 1993, 131) - und gerade diese Scheu vor der grundsätzlichen Problematisierung des scheinbar Selbstverständlichen ist vielleicht der markanteste Unterschied zwischen der gegebenen Darstellung und der Ethik als wissenschaftlicher resp. philosophischer Disziplin. Genau diese Differenz markiert den Unterschied zwischen einer naiven und einer wissenschaftlichen Medizin: Ist die erste im Umgang mit

Werthaltungen oft apodiktisch und selbstgewiß, unterwirft sich die andere dem Zwang der Rationalität und der skeptischen Infragestellung. Fernsehmedizin gehört der naiven Medizin zu, liefert ihr Material und Formen.

3. Verengung der Moral auf kontrastierende Charakterisierungen: Die *kontrastierende Figurengestaltung* ist ein altes Konzept der Theaterdramaturgie. Mit der Kontrastierung ist insbesondere die Stereotypisierung und Schematisierung verknüpft, die letztlich dazu dienen, die Verständlichkeit visueller Codierungen zu unterstützen. Dies hat nicht zuletzt mit dramaturgischen Notwendigkeiten zu tun, denn Spannung wird gerade durch den groben Widerspruch der Charaktere und die dadurch evozierte Reizverstärkung erzeugt. Die Überzeichnungs- und Vergrößerungstendenzen des Fernsehens implizieren eine Einbuße an Differenziertheit. In Matthies' Film kommt die kontrastierende Charakterisierung deutlich zum Ausdruck (vor allem in der Dichotomie von: „Oberarzt lässt sterben“ kontra „Familie lässt leben“).

Aber auch auf der visuellen Ebene fällt das rhetorische Stilmittel der *Kontrastierung* auf. So ist die Kontrastierung der Bildthemenkomplexe *Natur/Blumen* und *Industrie/Technik* für die Argumentation Matthies' geradezu zentral. Die Kommentare über die Klinik werden mit Metaphern unterlegt wie *Industriearchitektur*, *Neonlicht* und *rauchende Schloten*, die ein Klinik-Bild transportieren, das in den Ikonographien der Industrieproduktion gefaßt ist. Dem gegenüber stehen Bilder von Blumen und Wiesen, mit einem Aufschwung auf den so wundersam Geretteten. Ähnlich verfährt auch die visuelle Rhetorik in der Gegenüberstellung vom kalten Kliniksetting mit viel technischem Gerät und der durch die Nahaufnahme vermittelten, intimen und warmen Atmosphäre der häuslichen Pflege. Eine *kalte* Klinik-Patient-Beziehung hier opponiert einer *heißen* Mutter-Kind-Beziehung dort. Diese Kontrastierung wird noch verstärkt durch den Einsatz der Musik: Musik der Ruhe und der Entspannung zu den Naturaufnahmen, Musik der Spannung und der Drohung zu den Klinik- und Industriebildern. Durch den Einsatz all dieser Stilmittel wird die Neigung des Fernsehens erkennbar, ethische Probleme vorzugsweise in der *Dichotomie von Pro und Kontra* darzustellen (vgl. Bourgeois 1993, 166).

4. Transportierung von Werten durch Personenbindung: Die Dramaturgie verlangt, dass die zu erzählende Geschichte nicht an abstrakten Theorien festgemacht, sondern dass sie anhand der *Erlebniswelt* der Protagonisten vermittelt werde. Diese Vermittlung der

Inhalte in Form von personengebunden Handlungsverläufen hat mehrere weitreichende Implikationen für die fernsehmediale Darstellung medizinischer Sachverhalte:

Eine entscheidende Konsequenz besteht darin, dass durch die Personenbindung dem Zuschauer eine sachlich begründbare eigene Meinungsbildung verwehrt wird, da die Entscheidung des Zuschauers vor allem durch die Identifikation mit den Protagonisten zustande kommt und nicht durch die Abwägung von Argumenten. Die Protagonisten personifizieren bestimmte Lebensmodelle und Handlungsideale. Sie dienen oft als Projektionsfläche für die Wünsche der Zuschauer (Bleicher 1999, 245), sie haben dadurch Vorbildcharakter, und dieser Vorbildcharakter hat Einfluss auf das moralische Urteil des Zuschauers (Merscheid 1984, 461). Über diese Vorbild-Protagonisten werden Empfindungen transportiert, die je nach Intensität so „über-tölpelnd“ wirksam werden können, dass sie allein durch ihren Erlebnischarakter den Zuschauer für die intendierte Wirkungsabsicht vereinnahmen. Genau dies geschieht ja auch in Matthies' Film, bei dem das Wertgefüge, nach dem die Mutter sich verhält, mit dem Wertgefüge, das der Beitrag vorträgt, korrespondiert. Die „intuitive“ Entscheidung des Zuschauers gegen eine Therapiebegrenzung wird nur auf dem Boden des Identifikationsappells mit Herberts Mutter gefällt, dem sich der Zuschauer kaum entziehen kann. Gerade die kasuistische Argumentation ist jedoch eine höchst fragile, denn dem einen Beispiel stehen andere entgegen. Darum ist die Argumentation mit Beispielen oft darauf angewiesen, das *Einverständnis des Adressaten* implizit herzustellen. Das kann geschehen, indem Vorurteile durch das Beispiel bestätigt oder moralische oder politische Positionen für den Adressaten angeboten werden, die er kaum ablehnen kann. Die fernsehmedial vermittelte Moral ist also immer eine Moral für ganz spezifische Konstellationen, nie eine Moral, die einen über die gewählte Kasuistik hinaus Gültigkeit beanspruchen könnte. Hier liegt eine weitere Differenz zur philosophischen Ethik, die ja gerade nach allgemeingültigen Prinzipien sucht.

Mit der Personenbindung ist schließlich eine weitere Konsequenz für die fernsehmediale Vermittlung medizinischer (insbesondere medizinethischer) Themen verbunden, nämlich die Tendenz zur *Personalisierung und Psychologisierung der Konflikte*. Ethische Probleme werden dadurch zum einen nur im Horizont individueller Konflikt- und Dilemmaerlebnisse dargestellt, zum andern liegen auch die fernsehmedialen Lösungsvorschläge meist eher im Bereich des Privaten als im Bereich des Sozialen oder Politischen. Wenn gerade in

Dokumentationen der letzten Jahre die Tendenz zur Individualisierung und Psychologisierung sich deutlich verstärkt hat, so liegt dies freilich nicht allein an den Dramaturgien eines spezifisch fernsehmedialen Zugangs zu Themenfeldern der Medizin, sondern hängt zusammen mit einer allgemeinen Tendenz zur Betonung innerer Erlebniswelten, einer Tendenz, die eindeutig die ehemals gesellschaftskritische Post-68er-Haltung abgelöst hat (Maio 2000).

In dem Beispiel kommt gerade diese Individualisierung und Psychologisierung deutlich zum Ausdruck, denn ganz offensichtlich wird hier das Problem der Sterbehilfe zu einem Kommunikationsproblem stilisiert. Gerade im Umgang mit der Sterbehilfe ist die fernsehmediale Zentrierung auf individuelle Erfahrungen von besonderer Bedeutung, denn auf diese Weise werden nur die Argumente vermittelbar, denen ein positiver *Ausgang des Geschehens* zugrundegelegt werden kann. Wie z.B. sollte man eine Geschichte erzählen, deren Ende nicht wundersam wäre, sondern in Siechtum und Tod bestünde? In *LEBEN ODER STERBEN LASSEN* ist daher die Mutter Erzählerin der Geschichte, ihre Perspektive dominiert die Geschichte - und zugleich ist sie die Sympathieträgerin und die Ankerfigur, durch die der Zuschauer in die Geschichte eindringen kann. Das ist wichtig, weil das Handeln der Ankerfigur nur Sinn bekommt, wenn es von Erfolg gekrönt ist und sich darin zeigt, dass sie eigentlich von Anfang an Recht hatte und im Recht war. Wäre der Patient nicht wieder genesen, so hätte die Geschichte ihren Sinn verloren, weil das Handeln der Ankerfigur sinnlos geworden wäre. Der Patient ist passiv, kann als handelnde und das Geschehen beeinflussende Figur nicht auftreten. Darum muß es die Geschichte eines *Helfers* sein, die eigentlich erzählt wird. (Dies gilt allerdings nur für den bewusstlosen Patienten. Der *Tod auf Verlangen* hingegen ist ein in der Filmgeschichte sehr verbreiteter Topos; er gehört geradezu zu den beliebtesten Motiven im Horizont der Sterbehilfe.)

5. Das private Glück als globaler Werthorizont:

Welche Werte werden denn nun durch die erarbeiteten Charakteristika des fernsehmedialen Medizindiskurses vorrangig vermittelt? Sicherlich - es gibt eine breite Vielfalt verschiedener Formen des Sprechens. Hier geht es um kasuistische Argumentation. Gerade an den Berichte zum Apallischen Syndrom zeigt sich, dass sich die für die Fernsehberichterstattung ausgesuchten Geschichten auffällig ähneln:

- (1) das immer gleiche Ende der „wundersamen Heilung“;
- (2) die latente Medizinkritik,

(3) die Glorifizierung familiärer Fürsorge - und gerade letztere ist von besonderer Bedeutung für den normativen Charakter der Fernsehberichte.

Einen Hinweis darauf, welche Wertvorstellung der Geschichte implizit zugrunde liegt, liefert beispielsweise das Ende des dritten Aktes von *LEBEN ODER STERBEN LASSEN*, der Aufschluß über die *Grundannahmen eines gegliückten Lebens* gibt. Die Interviewerin fragt Herbert, ob das Leben ihm auch Spaß mache. Der Befragte bestätigt dies in doppelter Weise und liefert zwei persönliche Definitionsmodelle von persönlichem Glück an. Mit ihrer Frage verweist die Interviewerin implizit darauf, daß für die Filmautorin nicht die Frage nach dem „Was soll ich tun?“ im Vordergrund steht, sondern vielmehr die Frage „Wie kann ich glücklich werden?“. Der Akzent liegt auf dem individuell definierten Glück, und die Geschichten entstehen durch die Bedrohung dieses Glücks. Deswegen sind ja Krankheiten ein beliebtes Motiv der Dramen, weil die Krankheit gut in die Rolle der Gefährderin des privaten Glücks paßt.

Gerade in der Gegenüberstellung von *privatem Glück* und der *Tragik der Krankheit* wird im Beispiel das ethische Problem konstruiert. Und die Lösung des „ethischen“ Problems liegt in der Wiederherstellung des verlorenen Glücks, wobei für diese Wiederherstellung wiederum - wie bereits erwähnt - vor allem die individuell-private Lösung vom Fernsehen (wie vom Kino und antiken Drama gleichermassen) präferiert wird. Dadurch nun, dass die Lösungsvorschläge des Fernsehens für ethische Probleme im Bereich des Privaten liegen, beziehen sich die moralischen Appelle, die das Fernsehen kultiviert, insbesondere auf die persönliche *Aufopferung* und auf die *gegenseitige Hilfe*, auf *Caritas* und *Empathie*. „La culture médiatique insiste en ce sens sur la générosité ou la charité“, so hat der Medienwissenschaftler Bourgeois diesen Umstand treffend ausgedrückt (Bourgeois 1993, 178).

Medienmedizin

Das Fernsehen konstruiert „Medizin“, weil sie eine eigene Fernseh-Medizin schafft, die als Produkt der eigenen Darstellungskonventionen betrachtet werden muss. Das Primum ist das Geschichtenerzählen, zu dem die Medizin lediglich den Konfliktstoff liefert. Das Fernsehen ist darauf angewiesen, Geschichten zu erzählen, aber der narrative Fokus ist auf andere Werte gerichtet als diejenigen, von denen vorgeblich gehandelt wird. Eine Geschichte wie die des jungen Motorradfahrers zeigt, daß das *Thema* einer Geschichte nicht

unbedingt mit seiner *Moral* übereinstimmen muß. Die Therapiebegrenzung beim Apallischen Syndrom ist nur scheinbar das Thema; im Grunde geht es um eine *success story*. Nicht nur der Spielfilm, auch die Fernsehdokumentation interpretiert die Konflikte im Horizont des Kinos und nicht im Horizont des ethischen Diskurses, und die *Moral*, die durch die Kino-Geschichte verkündet wird, ist nur eine implizite *Moral*, eine *Moral*, die von der Abstraktheit spezifischer Konflikte ablenkt und dafür an bestimmte Archetypen von Vorstellungen und Normen anknüpft. So berichtet Silvia Matthies nicht wirklich über das Apallische Syndrom, sondern über die Bedeutung der familiären Fürsorge, über den Glauben, über die Hoffnung, über die Liebe zu einem Menschen.

Das Fernsehen ist darauf angewiesen, das *docere* mit dem *delectare* zu verbinden, und es tut dies selbst bei Nachrichtensendungen. Daher ist auch die Reportage, das Feature oder der (Fernseh-)Dokumentarfilm letztlich immer nur eine Mischung von Belehrung und Unterhaltung. Diese Grundbedingung des Fernsehens bei der Bewertung von Medizin-Sendungen außer Acht zu lassen und dem Fernsehen eine „sachlichere“ Berichterstattung anzupfehlen, käme einem wissenschaftsrationalen Imperialismus gleich. Die Methoden der wissenschaftlichen Experten auf das System Fernsehen zu übertragen, würde einer Expertokratie Vorschub leisten, und vor allem würde damit eine elementare soziale Funktion des Fernsehens verspielt. Medienmedizin gehört zur naiven Medizin, und sie entfaltet sich in narrativen und dramatischen Formen. Hier treten das persönliche Interesse, interpersonelle Bindungen, Vorstellungen privaten Glücks in Beziehung zur Praxis der Schul- und manchmal auch der Volksmedizin, bestimmen einen Horizont der medizinischen Wissenschaft, der im wissenschaftsmedizinischen Diskurs so kaum berührt wird. Darum ist auch die naive Medizin institutionskritisch - weil sie Kranksein als individuelles Unglück und als Krise der Sinn Dimensionen des Alltags definiert. Fernsehen ist eine Agentur, in der die Beziehung zwischen Patienten und medizinischen Institutionen und Apparaten verhandelt wird - und darum ist es eine Institution des Alltags, die Alltagswissen operationalisiert und bereitstellt. Fernsehen steht nicht im Dienste der medizinischen Institutionen, sondern ist eigenständig, es läßt sich nicht funktionalisieren und auch nicht kontrollieren. Eine Kritik der Medienmedizin muß an den Sinnhorizonten ansetzen,

die sie vorschlägt, nicht am sachlichen Gehalt - denn nur dann kritisiert sie die Verstehens- und Wirkungsvoraussetzungen, auf denen die Berichte der Medienmedizin aufsitzen.

Literatur:

- Bleicher, Joan Kristin (1999) *Fernsehen als Mythos. Poetik eines narrativen Erkenntnisystems*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Bourgeois, H. (1993) *La télévision nous fait-elle la morale?* Paris: Centurion.
- Campbell, Joseph (1999) *Der Heros in tausend Gestalten*. Frankfurt: Insel.
- Field, Syd (1996) Das Drehbuch. In: *Drehbuchschreiben für Fernsehen und Film*. Syd Field, Peter Märtzheimer u. Wolfgang Längsfeld. Leipzig: List, pp. 11-120.
- Freund, Bärbel (1990) Verständlichkeit und Attraktivität von Wissenschaftssendungen im Fernsehen: Die subjektiven Theorien der Macher. In: *Fernsehjournalismus und die Wissenschaften*. Hrsg. V. Dietrich Meutsch u. Bärbel Freund. Opladen: Westdeutscher Vlg. 89-123.
- Haberer, Johanna (1993) Die verborgene Botschaft. Fernsehmythen – Fernsehreligion. In: *Medienkult – Medienkultur*. S. von Kortzfleisch & P. Cornehl. Hamburg: Reimer, pp. 104-124.
- Kanzog, Klaus (1997) *Einführung in die Filmphilologie*. München: Diskurs Film.
- Karpf, Anne (1988) *Doctoring the media. The reporting of health and medicine*. London: Routledge.
- Maio, Giovanni (2000) Reanimieren oder nicht? Metaethische Überlegungen zur deutschen Diskussion um den Therapieverzicht. In: *Medizinethik und Kultur. Grenzen medizinischen Handelns in Deutschland und den Niederlanden*. Hrsg. v. H. ten Have u. B. Gordjin. Stuttgart: Frommann-Holzboog, pp. 105-140.
- Maio, Giovanni (2000) Die Deutungsmuster von Krankheit in der Geschichte des Films. In: *Nervenarzt* (im Druck)
- Merscheid, Horst (1984) *Medizin im Fernsehen. Probleme massenmedial vermittelter Gesundheitsberichterstattung - eine empirisch-analytische Studie*. Bochum: Brockmeyer (Bochumer Studien zur Publizistik- und Kommunikationswissenschaft. 39.).
- Newcomb, Horace / Hirsch, Paul M. (1983) Television as a cultural forum: Implications for research. In: *Quarterly Review of Film Studies* 8,3, pp. 45-55.