

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin

der Universität Würzburg

Vorstand: Professor Dr. med. Dr. phil. Michael Stolberg

**„Hier treffe ich immer nur auf Krankheiten und wenn ich nach den Menschen frage,
störe ich den Betrieb“ – Krankenhaus- und Medizinkritik in den ZDF-Produktionen
*Patienten (1972/73) und Der schwarze Doktor (1975)***

Inauguraldissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der

Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von

Nina-Alena Frei

aus Roth

Würzburg, Juni 2022

Referent/innenblatt

Referentin: Priv.-Doz. Dr. phil. Sabine Schlegelmilch

Korreferent: Prof. Dr. med. Martin Krupinski

Dekan: Prof. Dr. med. Matthias Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 14.12.2022

Die Promovendin ist Ärztin.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	<i>Problemaufriss und Fragestellung</i>	1
1.2	<i>Forschungsstand</i>	4
1.3	<i>Quellen und Methoden</i>	7
2	Krankenhaus- sowie Medizinkritik in der Fernsehserie <i>Der schwarze Doktor</i> (1975)	12
2.1	<i>Aufbau, Inhalt und Botschaft</i>	13
2.2	<i>Pflegenotstand</i>	20
2.3	<i>Ärzt/innenmangel im stationären Bereich</i>	34
2.4	<i>Landarzt/innenproblematik</i>	43
2.5	<i>Berufsprestige der Ärzt/innenschaft</i>	54
2.6	<i>Degradierung der Patient/innen zu anonymen Objekten</i>	62
2.7	<i>Ärzt/innen-Patient/innen-Beziehung</i>	75
3	Patient/innenbewusstsein in der Fernsehserie <i>Patienten</i> (1972/73)	88
3.1	<i>Aufbau, Inhalt und Botschaft</i>	89
3.2	<i>Wandel im Umgang mit Gesundheit und Krankheit</i>	95
3.3	<i>Aktive Auseinandersetzung mit ethisch kontroversen Thematiken</i>	116
3.4	<i>Wunsch der Patient/innen nach mehr Mitsprache</i>	133
4	Fazit	145
5	Literaturverzeichnis	147

Appendix

- I **Abbildungsverzeichnis**
- II **Auszug aus der ZDF Programm-Datenbank**
- III **Sequenzprotokolle**
- IV **Lebenslauf**

1 Einleitung

1.1 Problemaufriss und Fragestellung

„Die Welt der Medizin: steril und perfekt. Sie weiß fast alles von der Krankheit, weniger vom Kranken. Sie hat den Fall im Blick, weniger den Menschen“.¹ Mit diesen Worten leitet der Erzähler in die ZDF-Produktion *Der schwarze Doktor* ein und spiegelt damit die Stimmung in der Bundesrepublik der 1970er Jahre treffend wider: Der Organisationsablauf im Krankenhausbetrieb musste aufgrund von Personalmangel möglichst kosten- und zeiteffizient ablaufen und damit blieb die Wertschätzung der Patientinnen und Patienten als eigenständige Individuen weitgehend auf der Strecke.² Unter diesem Zeitdruck litt vor allem die Ärzt/innen-Patient/innen-Beziehung, da für die Behandlung der oder des Einzelnen nur wenige Minuten Zeit blieben und somit der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehungsebene kaum möglich war. Dementsprechend wurde das Informationsbedürfnis des Patient/innenkollektivs oft übergangen, während das Berufsprestige der Ärzt/innen weiter gefestigt wurde. Doch nicht nur die Medizinerinnen und Mediziner konnten sich aufgrund der mangelhaften Strukturen im Krankenhausbetrieb nicht ausreichend Zeit für die Behandlungssuchenden nehmen: Auch in der Pflege gab es einen Notstand, weshalb die Krankenpfleger/innen an der Belastungsgrenze arbeiteten und der einzelnen Patientin bzw. dem einzelnen Patienten nicht gerecht werden konnten. Dazu schrieb die Autorin Jeanette Breddemann im Jahr 1980, dass vor dem Ziel, „Zeit und Personal zu sparen; die individuellen Ansprüche und Bedürfnisse des Patienten [...] als Störfaktor [erschieden]“³ und dass „[i]n der Hierarchie des sozialen Beziehungsgefüges im Krankenhaus [...] der Patient die unterste Stufe ein[nahm]“⁴. Nach Meinung von Breddemann wurden die Behandlungssuchenden also nicht mehr als wertschätzungswürdige Einzelpersonen wahrgenommen, sondern lediglich als Nummern in einem aus allen Nähten platzenden Krankenhausbetrieb. Die Misstände im Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland wurden in den 1970er Jahren immer deutlicher und folglich versammelten sich die Menschen im

¹ Vgl. Folge 1, Timecode 00:00:19-00:00:33.

² Vgl. zu dem Folgenden die Kritik bei Breddemann (1980), S. 155-156.

³ Ebd., S. 155.

⁴ Ebd.

Rahmen von Demonstrationen auf der Straße, um auf den Personalmangel sowie die fehlende Wertschätzung der Patient/innen aufmerksam zu machen.⁵ Diese beständig lauter werdende Krankenhauskritik mündete unter anderem im Jahr 1975 in der Gründung des *Allgemeinen Patientenverbandes e.V.*, welcher es sich seither zur Aufgabe macht, Mängel im Medizinbetrieb zu beheben und dadurch Nachteile für Patient/innen zu minimieren. Der Verband entstand aus einer Arbeitsgruppe, die sich im Jahr 1973 nach schweren, teils tödlich verlaufenden, Fehlern von Ärzt/innen am Marburger Universitätsklinikum bildete.⁶ Die Bereitschaft zum aktiven Handeln spiegelt sich auch in der Gründung des, als gemeinnützig anerkannten, Vereins *Gesundheitsladen Berlin e.V.* im Jahr 1978 wider. Diese Initiative wurde von kritischen Beschäftigten des Berliner Gesundheitswesens sowie von Medizinstudierenden ins Leben gerufen, um Alternativen im Gesundheits- und Sozialbereich zu diskutieren und durchzusetzen. Der initiierte *Gesundheitstag* im Jahr 1980 war ein bundesweites Treffen all jener, die sich für lebenspraktische, gesundheitsorientierte Alternativen zur bestehenden Schulmedizin interessierten und stieß mit 10.000 Besuchern auf erhebliche Resonanz.⁷ Die Formierung von Patient/innenverbänden ist ein besonderes Merkmal der 1970er Jahre: Neben der Gründung der *Vereinigung medizinisch-chirurgisch Geschädigter e.V.* 1973 und des *Deutschen Patienten Schutzbundes e.V.* 1974 fällt auch die Geburtsstunde der *Patienteninitiative e.V.* im Jahr 1977 in dieses, von Tatendrang geprägte, Jahrzehnt.⁸ Die Tatsache, dass die Gesellschaft demonstrierte und sich Patient/innenverbände gründeten, zeigt, dass die Mängel im Gesundheitssystem schließlich zum Erwachen eines Patient/innenbewusstseins führten.

Durch den enormen Mangel an Pflege- sowie Fachpersonal sahen sich die Verantwortlichen der Bundesrepublik Deutschland ab einem gewissen Punkt dazu gezwungen, Pflegekräfte aus dem Ausland zu rekrutieren. Ab 1966 wurden beispielsweise insgesamt 10.000 koreanische Krankenschwestern – zunächst für einen Zeitraum von drei Jahren – zum Dienst im westdeutschen Gesundheitswesen

⁵ Vgl. *Der Spiegel* 50 (1970). Artikel: Krankenhäuser. Die im Elend, S. 46-62.

⁶ Vgl. <https://www.patienten-verband.de/aktuelles-80/112-1975/194-der-allgemeine-patienten-verband-wird-gegruendet.html> [Stand 13.04.2020, 13:30 Uhr].

⁷ Vgl. <http://www.gesundheitsladen-berlin.de/wirueberuns.php> [Stand 13.04.2020, 14:30 Uhr].

⁸ Vgl. Buchholz (2010), S. 73-78.

verpflichtet.⁹ Das Thema Migration soll in der Arbeit nicht schwerpunktmäßig untersucht werden, jedoch sind Aspekte davon in Hinblick auf die Fragestellung von Relevanz. Denn der Import von medizinischem Personal aus dem Ausland macht deutlich, wie akut der Personalmangel tatsächlich war. Hinzu kommt, dass der wachsende Anteil an internationalen Krankenhausmitarbeiter/innen – aufgrund der damit meist einhergehenden Sprachbarriere – eine nicht zu vernachlässigende Auswirkung auf die zwischenmenschliche Interaktion mit den Patient/innen hatte.

Das ZDF zeigte in den 1970er Jahren gleich zwei Arztserien, in welchen die oben angesprochenen Missstände im Gesundheitssystem zum Gegenstand der Diskussion gemacht werden. Hierbei handelt es sich zum einen um die Produktion *Der schwarze Doktor*, in welcher der aus Westafrika stammende Dr. Claude Awala bei seiner Arbeit in einem deutschen Krankenhaus begleitet wird und zum anderen um die Serie *Patienten*, welche individuelle Geschichten rund um den Hausarzt Dr. Schaub erzählt. Neben dem Pflegenotstand sowie dem Mangel an Ärzt/innen, werden auch ethische Dilemmata in das Drehbuch eingeflochten. Des Weiteren wird dem Fernsehpublikum die Degradierung des Patient/innenkollektivs zu anonymen Objekten vor Augen geführt und die Mangelhaftigkeit der Beziehung zwischen Ärzt/innen und Patient/innen verbildlicht. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die Kritik an den Missständen des Gesundheitssystems der 1970er Jahre wie ein roter Faden durch die Folgen dieser Serien zieht.

Das Hauptaugenmerk der Untersuchung liegt auf der Betrachtung der Ärzt/innen-Patient/innen-Beziehung in den ZDF-Produktionen *Der schwarze Doktor* und *Patienten*. Hier gilt es zu untersuchen, wie die mangelnde Wertschätzung der Behandlungssuchenden sowie das Berufsprestige der Ärzt/innen gestalterisch dargestellt werden. Ebenfalls relevante Themen sind, neben dem Pflegenotstand, auch die Landärzt/innenproblematik sowie der Ärzt/innenmangel im stationären Bereich. Haben ebendiese Missstände im Gesundheitssystem zu dem Erwachen eines Patient/innenbewusstseins geführt?

⁹ Vgl. Fittkau, Ludger: Manche dachten, wir kommen aus dem Urwald. 50 Jahre koreanische Krankenschwestern in Deutschland. Deutschlandfunk Kultur – Studio 9, 03.02.2016 08:38 Uhr, https://www.deutschlandfunkkultur.de/50-jahre-koreanische-krankenschwestern-in-deutschland.2165.de.html?dram:article_id=344446 [Stand 14.04.2020, 14:00 Uhr].

Aufgrund der Vielfältigkeit der Themen, welche in den ZDF-Produktionen *Der schwarze Doktor* und *Patienten* angeschnitten werden, wird es nicht möglich sein, diese jeweils umfassend zu analysieren – obgleich das mit Sicherheit interessant wäre. Das Ziel der Arbeit ist, die wesentlichen Punkte der Krankenhaus- und Medizinkritik aus beiden TV-Produktionen herauszuarbeiten und zu untersuchen, inwieweit diese Serien das aufkommende Patient/innenbewusstsein in der Bundesrepublik der 1970er Jahre widerspiegeln.

1.2 Forschungsstand

In der medizingeschichtlichen Forschungsliteratur findet man nur wenige Beiträge, welche sich mit der aufkommenden Krankenhauskritik in der Bundesrepublik der 1970er Jahre auseinandersetzen.

Wesentlich ist hier die Publikation *Die 68er und die Medizin* von Ralf Forsbach, welche sich mit den Themen Gesundheitspolitik sowie Patient/innenverhalten in Deutschland ab 1960 befasst. Der Historiker untersucht, mit Blick auf ein sich wandelndes Arzt/innen-Patient/innen-Verhältnis, welche Folgen das Aufbegehren der damaligen Gesellschaft auf die Medizin hatte. Er betont, dass die Medizinkritiker/innen seinerzeit das Bild eines *Halbgottes in Weiß* strikt ablehnten. Zusätzlich legt er dar, welche Folgen die Opposition der neuen Arzt/innengeneration für die Medizin hatte. Forsbach analysiert grundlegende Entwicklungstendenzen wie die Stärkung vorbeugender Medizin sowie die zunehmende Medienpräsenz medizinischer Themen.¹⁰

Der medizinhistorische Kontext der Patient/innenbewegung ist Gegenstand der Publikation *Krankheit verbindet* von Ylva Sölderfeldt. Hier wird die Geschichte der deutschen Patient/innenvereine im 20. Jahrhundert untersucht und die Autorin skizziert, wie die Vernetzung dieser Verbände auf nationaler sowie internationaler Ebene vorstättenging. Besonders relevant für die Arbeit ist das Kapitel *Wege und Ziele der politischen Einflussnahme durch die Patientenverbände*, denn in diesem zeigt die Autorin auf, dass die Organisationen den Anspruch hatten, die Gesundheits- sowie

¹⁰ Vgl. Forsbach (2011), S. 13-16.

Sozialpolitik zu beeinflussen und politisch aktiv zu werden. Eine wesentliche Aufgabe der Patient/innenvereine war, Unmut und Unzufriedenheit öffentlichkeitswirksam zu äußern und sich somit politisches Gehör zu verschaffen. Die Hämophiliegesellschaft beispielsweise habe sich vor allem die Verbesserung von Versorgungsangelegenheiten auf die Fahne geschrieben.¹¹ Im Kapitel *Arzt und Patient im Verein* wird deutlich, dass Ärzt/innen bewusst ins Vereinsgeschehen einbezogen wurden, um fundierte medizinische Publikationen veröffentlichen zu können. Die Beteiligung von Patient/innen habe ermöglicht, das theoretische Wissen erlebbar zu machen und emotional einzufärben, um als Verein publikumswirksam in Erscheinung treten zu können.¹²

In der Veröffentlichung *Der (selbst-)geschützte Patient* von Edwin H. Buchholz wird im Kapitel „Alte“ und „neue“ Patientenschutzverbände auf verschiedene, in den 1970er Jahren gegründete, Patient/innenverbände eingegangen.¹³ Diese Arbeit kann während des Schreibprozesses als Nachschlagewerk für historische Eckdaten zur Dokumentation des erwachenden Patient/innenbewusstseins verwendet werden.

Für die historische Kontextualisierung im Allgemeinen ist zusätzlich das Informationsheft zur politischen Bildung zum Thema *Deutschland in den 70er/80er Jahren* von der Bundeszentrale für politische Bildung von Interesse.¹⁴

Eine systematische Einführung in das Format der Fernsehserie und ein Verständnis für sozialkritische Serien der 1970er Jahre vermittelt die Publikation *Fernsehserien: Geschichte, Theorie, Narration* von Jonas Nesselhauf und Markus Schleich. Hier sind insbesondere die Kapitel *Ansätze eines „Quality Television“* sowie *Das „andere“ Fernsehen* für die Arbeit relevant. Bereits seit 1996 werde in der Literatur- und Medientheorie mit dem Begriff der *Quality Television* gearbeitet. Diese Bezeichnung stehe für ein anderes Televisions-Erlebnis und schaffe einen klaren Gegensatz zum regulären Fernsehen. Konkrete Distinktionsmerkmale, welche die *Quality Television* für

¹¹ Vgl. Söderfeldt (2020), S. 65-76.

¹² Vgl. ebd., S. 77-86. An dieser Stelle sei der Hinweis gegeben, dass die Forschungsliteratur zu spezifischen Einzelthemen der 1970er Jahre (wie beispielsweise dem Import koreanischer Krankenschwestern) in den entsprechenden Kapiteln genannt wird.

¹³ Vgl. Buchholz (2010), S. 73-78.

¹⁴ Vgl. Informationen zur politischen Bildung Heft 270 (Deutschland in den 70er/80er Jahren).

sich beansprucht, seien die Vermittlung von Inhalten mit narrativer Komplexität sowie das Behandeln kontroverser, sozialkritischer Themen.¹⁵

Im *Reallexikon der deutschen Literaturwissenschaft: Neubearbeitung des Reallexikons der deutschen Literaturgeschichte* findet sich unter dem Schlagwort *Serie* zunächst eine Begriffserklärung des Genres der Fernsehserie und anschließend folgt ein kurzer Abschnitt zur Fernsehserie der 1970er Jahre.¹⁶ Der Autor hält fest, dass „[i]n den 1970er Jahren [...] versucht [wurde], das Potential des Serienformats für einen sozialkritischen Impetus zu nutzen“¹⁷.

Auf den Internetseiten der Bundeszentrale für politische Bildung findet man unter der Überschrift *Die 1970er Jahre: Der Weg zum Film und das Kino* einen Artikel, welcher sich mit den medialen Veränderungen dieser Zeit befasst. Während das Interesse der Zuschauer/innen an Literaturverfilmungen immer weiter abgenommen habe, sei der Ruf nach Unterhaltung deutlich lauter geworden. Utopie und fiktionale Darstellungen wurden aus Fernsehformaten verabschiedet und mussten Raum für neue Realismuskonzepte schaffen: Serien der 1970er Jahre bildeten nun vielmehr die Realität der damaligen Zeit ab, übten explizite Gesellschaftskritik und forderten soziale Veränderungen.¹⁸

Anhand der Veröffentlichung *Arzt- und Krankenhaus-Serien. Profil(e) eines Genres* von Doris Rosenstein wird deutlich, dass die idyllisierende Fernsehserie, wie sie in den 1960er Jahren auch für Formate mit medizinischer Thematik üblich war, im folgenden Jahrzehnt teilweise von sozialkritischen Fernsehinhalten abgelöst wurde. Die Autorin weist darauf hin, dass mit Serien wie *Der schwarze Doktor* oder *Patienten* der Versuch unternommen wurde, den scheinbaren Widerspruch zwischen kritischer Aufklärung und Unterhaltung aufzulösen.¹⁹

Um die Entwicklung der deutschen Fernsehärztin oder des deutschen Fernseharztes zu verstehen und die zu behandelnden Serien hier einordnen zu können, kann der Beitrag *Gute Ärzte, gute Quoten – die Genese des deutschen Film- und Fernseharztes* von Sabine

¹⁵ Vgl. Schleich/Nesselhauf (2016), S. 88-90.

¹⁶ Vgl. Krahl (2010), S. 433-435.

¹⁷ Ebd., S. 434.

¹⁸ Vgl. <https://www.bpb.de/gesellschaft/medien-und-sport/deutsche-fernsehggeschichte-in-ost-und-west/245199/die-1970er-jahre> [Stand 25.12.2020, 20:30 Uhr].

¹⁹ Vgl. Rosenstein (1998), S. 6-30.

Schlegelmilch herangezogen werden. Hier wird betont, dass die Gattung der deutschen Ärzt/innenserie oft dafür kritisiert wird, dass sie den Zuschauer/innen einen bzw. eine Heile Welt-Ärzt/in vorführt und damit eine realitätsferne Darstellung des Berufs etabliert.²⁰ Vor diesem Hintergrund ist insbesondere die Serie *Der schwarze Doktor* zu untersuchen, da sich der Hauptprotagonist Dr. Awala vom gängigen Fernseharzt abhebt, Medizin hier sozialkritisch hinterfragt und durch den Dokumentationsteil ein konkreter Bezug zur Realität geschaffen wird.

Zu den in dieser Arbeit behandelten Serien *Der schwarze Doktor* und *Patienten* gibt es bisher keine Forschungsliteratur, die Serien werden in den obengenannten Publikationen von Doris Rosenstein und Sabine Schlegelmilch lediglich als Beispiel für medizinkritische Unterhaltung aufgeführt. Ziel der Arbeit ist es, diese Lücke in der Forschung zu füllen und damit einen Beitrag zum Verständnis von Medizin und Gesellschaft in der BRD der 1970er Jahre zu leisten.

1.3 Quellen und Methoden

Die ZDF-Serien *Patienten* (1972/73) sowie *Der schwarze Doktor* (1975) stellen die wichtigsten Quellen der zu verfassenden Arbeit dar. Dass diese noch erhalten sind, war bis vor kurzem nicht bekannt, weshalb es umso interessanter ist, die beiden Serien, die unentdeckt im ZDF-Archiv verborgen lagen, nun genauestens unter die Lupe zu nehmen. Das Hauptaugenmerk der Untersuchung liegt auf der durch Bilder, Musik und Text transportierten Medizin- sowie Krankenhauskritik. Dabei darf jedoch nie ausgeblendet werden, dass es sich nicht um reine Dokumentarserien handelt, welche die Realität möglichst korrekt wiedergeben, sondern, dass die Serien mit zweierlei Absicht produziert wurden: als Unterhaltungsformat einerseits und als Medium der Meinungsbildung andererseits.

Die Produktion bedient sich gewisser dramaturgischer Werkzeuge wie der Verklärung oder Überspitzung, um einen Spannungsbogen aufzubauen und somit gute Einschaltquoten zu generieren. Außerdem werden die Protagonist/innen auch außerhalb des Klinikalltags mit der Kamera begleitet, damit die Zuschauer/innen die

²⁰ Vgl. Schlegelmilch (2017b), S. 219.

Möglichkeit bekommen, sich mit den Figuren zu identifizieren und eine persönliche Verbindung zu diesen aufzubauen. Das Einflechten von Nebenhandlungen, die sich oftmals auf das Privat- oder Liebesleben der Protagonist/innen beziehen und mit dem eigentlichen Thema nur bedingt verknüpft sind, fördert die emotionale Identifikation der Fernsehzuschauer/innen mit den Figuren und damit den Bezug zum Serieninhalt.²¹ Um eine möglichst breite Publikumsmasse anzusprechen, werden Themen aufgegriffen, welche viele Menschen betreffen sowie beschäftigen. Andernfalls würde die Gefahr bestehen, dass die Serien nur eine Nischenzielgruppe ansprechen und dem Sender somit nicht genug wirtschaftlichen Erfolg generieren würden. Zugunsten der besseren Verständlichkeit werden medizinische Abläufe zum Teil fachlich vereinfacht dargestellt und die Produktionen stellen grundsätzlich kein allumfassendes Realitätsbild der damaligen Zeit dar – die Grundstimmung der 1970er Jahre wird dennoch transportiert. Denn wenn die Thematik nicht den gesellschaftlichen Zeitgeist getroffen hätte, wäre das Risiko eines kommerziellen Misserfolges für das ZDF zu hoch gewesen. Der Anspruch an das Format war, mit der zeitgenössischen Stimmung zu resonieren und relevante Themen aufzugreifen. Dementsprechend geben die untersuchten Serien als Quellenmaterial die Gegebenheiten ihrer Entstehungszeit nicht eins zu eins wieder, jedoch finden Einflüsse derselben zwangsläufig Eingang in die Produktionen und müssen bei der Serienanalyse von der verzerrten Darstellung im Rahmen der filmischen Inszenierungspraxis zugunsten der Dramaturgie und des Kommerzes abgegrenzt werden.

Das Format der Vorabendserie mit seinen dramaturgischen Elementen lässt sich im Umkehrschluss sehr gut dazu instrumentalisieren, Einfluss auf die Meinungen der Fernsehzuschauer/innen zu nehmen. Es bietet sich an, um die Gesellschaft zum Hinterfragen ethisch kritischer Thematiken zu bewegen, ohne dass diese Auseinandersetzung als geistige Anstrengung wahrgenommen wird, da die emotional aufgeladene Serienthematik im Fokus steht und die Meinungsbildung somit unterbewusst abläuft.

²¹ Vgl. Schlegelmilch (2017a), S. 100-115.

Die Arztserie *Der schwarze Doktor* transportiert Kritik an den Zuständen im Gesundheitssystem und stellt durch einen kurzen Dokumentarteil am Ende jeder Folge einen konkreten Bezug zur Realität her. Hauptprotagonist ist der dunkelhäutige, aus dem westafrikanischen Gabun stammende Medizinstudent und spätere Arzt Dr. Claude Awala. Mit ihm erleben die Zuschauer/innen den Alltag im Krankenhaus hautnah mit und bekommen die dortigen Missstände wie beispielsweise den Personal- und Zeitmangel unbeschönigt vor Augen geführt. Nach dem gründlichen Sichten aller Folgen der Serie *Der schwarze Doktor* kristallisiert sich heraus, dass mit dem Hauptaugenmerk auf der Krankenhaus- sowie Medizinkritik, die zweite Folge *Awala enttäuscht Chong Hi* sowie die sechste Folge *Awala muß aufs Land* am aussagekräftigsten sind und deshalb besonders detailliert untersucht werden sollen.

In der Serie *Patienten* werden individuelle Patient/innengeschichten rund um den Hausarzt Dr. Schaub illustriert. Im Fokus stehen ethische Dilemmata, wie der Umgang mit Erbkrankheiten und Adoption oder auch das Treffen von selbstbestimmten Entscheidungen am Lebensende. Die Serie spiegelt das Erwachen des Patient/innenbewusstseins in der Bundesrepublik der 1970er Jahre wider, indem die Behandlungssuchenden als eigenständig denkende Protagonist/innen dargestellt werden. Dieses selbstbestimmte Denken wird besonders in der dritten Folge namens *Bettina Schaub's Wunschkind* deutlich, weswegen sie intensiv bearbeitet werden soll. Die schwangere Schülerin Bettina ist in Hinblick auf die Frage nach dem Erwachen des Patient/innenbewusstseins eine interessante Protagonistin: Sie bäumt sich gegen die Konventionen des Spießbürgertums auf, indem sie selbstbestimmt über ihre individuelle Vorstellung vom Leben nachdenkt.

Alle Folgen der beiden Serien wurden bei Sichtung verschlagwortet, sodass die Hauptthemen deutlich werden und auch Verbindungen zwischen beiden Serien hergestellt werden können. Die obengenannten Einzelfolgen, welche detaillierter darzustellen sind, wurden zudem jeweils in Form eines Sequenzprotokolls erschlossen. Neben den beiden TV-Serien sind Textquellen zur Kontextualisierung wichtig, dazu zählen vor allem Artikel aus Zeitschriften und Zeitungen. Diese haben ein hohes Potential, weil die darin teilweise scharfe Kritik die Zeitatmosphäre widerspiegelt. In solchen Artikeln äußerten Autor/innen ihre subjektive Auffassung der damaligen

Misstände und trugen somit zur Meinungsbildung innerhalb der Gesellschaft bei. Im Jahr 1970 erschien beispielsweise im *Spiegel* ein Beitrag, in welchem die Zustände in deutschen Krankenhäusern kritisch beleuchtet werden. Themen, die hier besonders in den Fokus rücken, sind die mangelhafte Ausbildung von jungen Ärzt/innen, die Überlastung des Krankenhauspersonals sowie die fehlende Wertschätzung der Patient/innen. Der Autor beanstandet vor allem das Fehlen von wirtschaftlichen Investitionen des Staates in das Gesundheitssystem.²²

Bei den Textquellen stellen neben Zeitungen und Zeitschriften die medizinkritischen Publikationen der 1970er Jahre eine wichtige Quelle dar. Jedoch müssen diese mit Vorsicht genossen werden, da die Gefahr besteht, dass sie subjektiv sowie polemisch geschrieben sind. Einen Überblick über die Misstände des damaligen Gesundheitssystems liefert die Veröffentlichung *Die Enteignung der Gesundheit*. Der Autor Ivan Illich kritisiert in ebendieser das Prestige des Ärzt/innenberufs und fordert unter anderem eine „[ö]ffentliche Kontrolle der Medizin-Mafia“²³. Eine weitere Publikation, welche Misstände im Gesundheitswesen der 1970er Jahre aufzeigt und damit für die angestrebte Arbeit von Interesse ist, trägt den Titel *Kritische Medizin*. Darin geht der Autor Paul Lüth unter anderem auf die Aufgaben sozialer Medizin ein und thematisiert auch den würdevollen Umgang mit dem Tod.²⁴ Mit den Themen der Sozialmedizin beschäftigen sich auch die Arbeiten *Krankheit und Gesellschaft* von Joachim Teschner²⁵ und *Vernachlässigte Gesundheit* von Hans-Ulrich Deppe²⁶.

Der Großteil der medizinkritischen Literatur der Bundesrepublik der 1970er Jahre stellt die mangelhafte Beziehung zwischen Ärzt/innen und Behandlungssuchenden in den Fokus. So wird in dem Artikel *Zur Dynamik des Arzt-Patient-Verhältnisses* von Fritz Hartmann untersucht, welche Stadien die Ärzt/innen-Patient/innen-Beziehung im Laufe einer Behandlung durchläuft und welche Unterschiede es hierbei zwischen Klinik- und Hausarzt/innen gibt. Interessant für die Fragestellung der zu verfassenden Arbeit ist

²² Vgl. *Der Spiegel* 50 (1970). Artikel: Krankenhäuser. Die im Elend, S. 46-62.

²³ Illich (1975), S. 80.

²⁴ Vgl. Lüth (1972).

²⁵ Vgl. Teschner (1969).

²⁶ Vgl. Deppe (1980).

ferner die Autorenkritik, die derzeitige Ärzt/innenausbildung würde nicht die nötigen sozialen Kompetenzen für den optimalen Umgang mit den Kranken vermitteln.²⁷

Einen groben Überblick über die Stellung der Patient/innen während der 1970er Jahre bietet der Sammelband *Der Kranke in der modernen Gesellschaft*. Hier gehen verschiedene Autor/innen in Artikeln wie *Persönlichkeit und chronische Krankheit* oder *Gesundheitsverhalten* auf das Selbstverständnis des Behandlungssuchenden ein.²⁸ Der Beitrag kann somit bei der Untersuchung des Erwachens des Patient/innenbewusstseins herangezogen werden.

Um einen Vergleich zwischen der in den Serien aufkommenden Medizinkritik und der Realität der 1970er Jahre zu ziehen, kann die Publikation *Soziologie des Krankenhauses* von Johann Jürgen Rohde aus dem Jahr 1974 ausgewertet werden, welche sowohl die Rolle der Patient/innen als auch der Krankenpfleger/innen sowie der Ärzt/innen beleuchtet.²⁹

Das Thema Migration soll nicht schwerpunktmäßig untersucht werden, jedoch ist es in Hinblick auf die Fragestellung von Relevanz, die medizin-gesellschaftlichen Auswirkungen des steigenden Anteils an ausländischen Beschäftigten während des Pflegenotstandes nachzuvollziehen. Hierzu eignet sich der Artikel *Koreas Not ist unser Nutzen. Koreanische Krankenschwestern in westdeutschen Krankenhäusern während der 1960er Jahre* von Ulrike Winkler. Die Autorin beleuchtet darin zusätzlich die ökonomischen und sozialen Motive von Pfleger/innen, welche die Entscheidung trafen, in ein besser situiertes Land auszuwandern.³⁰

²⁷ Vgl. Hartmann (1976), S. 101-106.

²⁸ Vgl. Mitscherlich/Brocher/von Mering/Horn (1967).

²⁹ Vgl. Rohde (1974).

³⁰ Vgl. Winkler (2009), S. 169-182.

2 Krankenhaus- sowie Medizinkritik in der Fernsehserie *Der schwarze Doktor* (1975)

Aus der ZDF-Schriftenreihe von 1975 geht hervor, dass der Sender das Ziel verfolgte, Serien zu produzieren, welche neben dem Unterhaltungsaspekt zusätzlich zur politischen sowie sozialen Bildung der Zuschauer/innen beitragen sollten. Der Sender wollte mehrschichtige Unterhaltung bieten, welche „für Entspannung ebenso sorgt wie für Orientierung“³¹. Der Anspruch war also, die Zuschauerin bzw. den Zuschauer durch ein kurzweiliges Serienangebot vor den Fernseher zu locken und dann durch die politisch oder gesellschaftlich relevanten Inhalte zur Weiterbildung während des Medienkonsums beizutragen. Hierbei sei dem ZDF sehr wohl bewusst gewesen, dass der Hauptgrund, weshalb der/die Zuschauer/in sich vor den Fernseher setzte, der Unterhaltungs- sowie Entspannungswert und nicht der Wunsch nach Wissensgewinn war. Man wollte den Bildungsanspruch folglich möglichst subtil ins TV-Programm einflechten, da ansonsten die Gefahr bestanden hätte, die Zuschauer/innen zu vergraulen.³² Mit der Serie *Der schwarze Doktor* kamen damals relevante Themen der Gesundheitspolitik wie der Ärzt/innenmangel, der Pflegenotstand und die Mangelhaftigkeit der Ärzt/innen-Patient/innen-Beziehung in die heimischen Wohnzimmer.

Der spezifische Quellenwert der Serie ist, dass es sich hierbei um ein Desiderat handelt, da eine geschichtswissenschaftliche Aufarbeitung zur jüngeren Geschichte des Krankenhaussystems der BRD bisher fehlt. Die Untersuchung von *Der schwarze Doktor* stellt eine wichtige Möglichkeit dar, zum Verständnis von Medizinkritik im Deutschland der 1970er Jahre beizutragen.

³¹ Prager (1975b), S. 25.

³² Vgl. ebd., S. 24-25.

2.1 Aufbau, Inhalt und Botschaft

Die deutsche Arztserie *Der schwarze Doktor* von Fritz Puhl und Helmut Kiesel wurde im Jahr 1975 im ZDF ausgestrahlt. Die Produktionsfirma war Eikon unter Beteiligung der evangelischen Kirche.³³ Die insgesamt sieben 45-Minuten-Folgen liefen montags um 19.30 Uhr, wobei die erste Folge am 04. August 1975 ausgestrahlt wurde. Jede Episode besteht aus vier Teilen: dem Vorspann (51 Sekunden), dem Rückblick in Awalas früheres Leben in Afrika (54 Sekunden), dem Hauptteil (variierend von 36:00 bis 37:35 Minuten) und schließlich dem Dokumentarteil (variierend von 5:40 bis 7:15 Minuten). Die beiden zuerst genannten Teile sind jeweils identisch und werden vor jeder Folge abgespielt.

Der Vorspann der Serie startet mit einem lauten sowie schrillen Piepen eines medizinischen Gerätes vor einem komplett schwarzen Bild und erst nach einigen Sekunden wird die Szenerie sichtbar. Dieser schwarze Bildschirm in Kombination mit dem Alarmsignal fordert direkt die Aufmerksamkeit der Zuschauerin bzw. des Zuschauers ein und versetzt diese/n in eine angespannte Grundhaltung. Im Gegensatz zu vielen anderen Serien wird bei *Der schwarze Doktor* im Vorspann also nicht mit einer „Heilewelt-Melodie“ und dem Bild vieler lachender Menschen gearbeitet.³⁴ Hierdurch wird schnell deutlich, dass die Serie einen starken Kontrast zu damals gängigen, idealisierenden Formaten darstellt, was auf einen hohen Realitätsanspruch hinweist. Im Auftakt operieren der Hauptdarsteller Claude Awala sowie zwei weitere Ärzte einen Patienten³⁵, welcher dem Alarmsignal des technischen Geräts zufolge auf dem Operationstisch ver stirbt. Dabei ist der auf dem OP-Tisch liegende Patient für die Fernseh Zuschauer/innen nicht sichtbar, da er von medizinischen Geräten verdeckt wird (siehe Abb. 1). Durch diese Szenerie kann sich bei der Zuschauerin bzw. dem Zuschauer

³³ Vgl. Bleicher (1994), S. 295.

³⁴ An dieser Stelle sei auf die offiziell erste deutsche Krankenhausserie *Hafenkrankenhaus* aus dem Jahr 1968 verwiesen. Inhaltlich ähnelt der Vorspann derselben dem der Serie *Der schwarze Doktor* insofern, als dass die Ärzteschaft als kompetente Retter in brenzligen Notsituationen dargestellt wird. Beim *Hafenkrankenhaus* wird das Bild allerdings mit fröhlicher Heilewelt-Musik unterlegt. Zu Beginn ertönt, ähnlich wie in *Der schwarze Doktor*, eine schrille Sirene. Direkt im Anschluss erklingt jedoch eine Heilewelt-Melodie und der/die Zuschauer/in wird somit, im starken Kontrast zur Serie *Der schwarze Doktor*, mit dem schrillen Ton nicht alleine gelassen. Trailer *Hafenkrankenhaus*: https://www.youtube.com/watch?v=ELb_9PXQX8c [Stand 16.01.2022, 10:00 Uhr].

³⁵ Wann immer ausschließlich die männliche Form verwendet wird, gibt dies die Faktenlage in der Serie (Männerstation) wieder. Dies gilt auch für die Verwendung der rein männlichen bzw. weiblichen Form von „Ärzt/innen“ und „Krankenpfleger/innen“.

bereits ein Bild von Krankenhaus einstellen, in welchem die Patient/innen hinter Maschinen verschwinden, damit zu Objekten degradiert und nicht als Individuen anerkannt werden. Die Ärzte verlassen nach dem Ableben des Patienten zügig den Operationssaal, wobei bis auf Awala alle kühl und abgeklärt wirken und sich bereits auf dem Weg aus dem Saal unbeteiligt miteinander unterhalten. Nur Awala scheint betroffen zu sein: Er wirkt bedrückt und muss tief durchatmen, als er sich den Mundschutz vom Gesicht zieht (siehe Abb. 2). Der Sprecher kommentiert dieses Geschehen mit den Worten: „Die Welt der Medizin: steril und perfekt. Sie weiß fast alles von der Krankheit, weniger vom Kranken. Sie hat den Fall im Blick, weniger den Menschen. In diese Welt gerät Claude Awala“.³⁶ Diese Aussage kann die Zuschauerin bzw. den Zuschauer vermuten lassen, dass Awala ursprünglich andere Erwartungen an die Arbeit im deutschen Gesundheitssystem hatte und er sich nun in einer Welt wiederfindet, in der er sich mit vielen Misständen konfrontiert sieht und in welcher er sich erst noch orientieren muss.

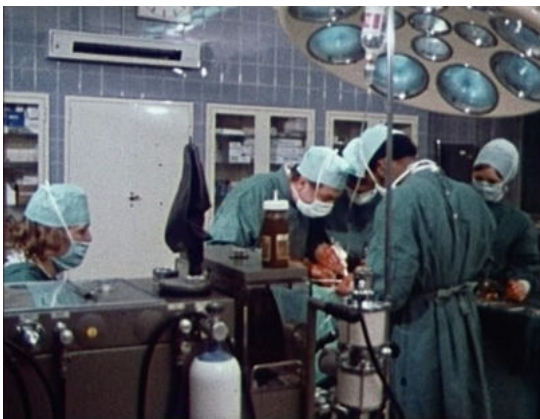


Abbildung 1: Ärzte operieren einen Patienten, welcher hinter medizinischen Geräten verschwindet, Folge 1, Timecode 00:00:08



Abbildung 2: Awala ist deutlich betroffen nachdem ein Patient auf dem OP-Tisch verstirbt, Folge 1, Timecode 00:00:36

Im Anschluss an den Vorspann folgt der Rückblick in Awalas frühere afrikanische Heimat und den Zuschauer/innen wird dargelegt, dass auf Awala große Hoffnungen ruhen, da seine Großfamilie (siehe Abb. 3) zurücksteckt, damit er in Deutschland Medizin studieren kann. Dieser Rückblick in Awalas Leben in Afrika wird in jeder Folge wiederholt, wodurch den Fernsehzuschauer/innen immer wieder verdeutlicht wird,

³⁶ Vgl. Folge 2, Sequenz 1. Im Folgenden wird bei allen im Sequenzprotokoll erschlossenen Szenen nur die Folge mit Sequenznummer, bei den anderen Folgen die volle Information, angegeben. Gleiches gilt auch für die Bildunterschriften.

dass Awala ursprünglich aus einer ganz anderen Welt kommt. Würde diese Repetition nicht stattfinden, könnten die Zuschauer/innen es irgendwann als selbstverständlich ansehen, dass Awala im Umfeld des deutschen Medizinsystems agiert. Doch durch den immer wiederkehrenden Rückblick wird die Diskrepanz zwischen der hoffnungsvollen Zukunftsvorstellung auf der einen Seite und der Realität auf der anderen Seite akzentuiert. Awalas Familie steckt große Hoffnungen und Erwartungen in das deutsche Gesundheitssystem, was die Zuschauer/innen daran erkennen können, dass der Vorspann mit folgenden Worten endet: „Afrika braucht dringend Ärzte: Millionen sind ohne medizinische Versorgung. Sie hoffen auf Europa und seine Medizin – darum kommt Awala nach Deutschland“.³⁷ Durch diese abschließenden Sätze voller „Vorschusslorbeeren“ für das deutsche Medizinwesen wird der Kontrast zwischen Awalas Hoffnungen und der Enttäuschung über die realen Zuständen im Versorgungssystem akzentuiert. Diese Diskrepanz wird in der ersten Folge auch mittels Bildsprache untermalt: Das erste Bild, welches von Deutschland gezeigt wird, ist nicht etwa ein moderner Hörsaal voller wissbegieriger angehender Ärzt/innen, sondern eine verregnete triste Straße (siehe Abb. 4). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Rückblende die Erwartungshaltung an die deutsche Medizin jedes Mal aufs Neue in die Höhe treibt, um für die Zuschauer/innen das Erwachen in der Realität danach noch schmerzhafter zu machen.



Abbildung 3: Awala mit seiner Großfamilie in Afrika, Folge 1, Timecode 00:01:18



Abbildung 4: Verregneter Tag in Deutschland, Folge 1, Timecode 00:01:48

³⁷ Vgl. Folge 1, Timecode 00:01:33-00:01:46.

Nach dem Vorspann sowie der Rückblende folgt der Einstieg in den Serieninhalt, welcher selbstverständlich von Folge zu Folge variiert.³⁸ An das Ende jeder Folge ist ein kurzer Dokumentarteil geschnitten, durch welchen ein Bezug zur Realität hergestellt wird. An dieser Stelle sei angemerkt, dass das Genre des Dokumentarfilms nicht den Anspruch erhebt, die Wirklichkeit realitätsgetreu wiederzugeben. Vielmehr werden Tatsachen auf einer künstlerischen Ebene reflektiert, wobei auch Methoden wie Suggestion oder Inszenierung angewandt werden können. Der Dokumentarfilm soll keinesfalls als Faktenübermittler missverstanden werden. Das Potenzial dieses Genres besteht darin, gesellschaftliche Einstellungen, Denkweisen und Entwicklungen festzuhalten.³⁹ In den Dokumentarteilen von *Der schwarze Doktor* kann das Fernsehpublikum feststellen, dass die Serie politisch eher links zu verorten ist, denn im Vergleich zum negativ dargestellten Deutschland wird der Tatsachenbericht aus anderen Ländern oft positiv verklärt sowie sozialutopisch dargestellt. An dieser Stelle sei daran erinnert, dass sich im Deutschland der 1970er Jahre die Jugend aufbäumte und die sogenannten „Hippies“ von einem ursprünglichen Leben träumten. Insgesamt war die Atmosphäre der Zeit vor allem durch Umbruch geprägt, wobei Unzufriedenheit mit dem bestehenden System die Hauptmotivation für die soziale Unruhe war. Die Gesellschaft forderte Veränderungen auf allgemein- sowie gesundheitspolitischer Ebene. Konkrete Forderungen waren hierbei eine Verbesserung des Ärzt/innen-Patient/innen-Verhältnisses, ein ethisch-vertretbarer Umgang mit psychisch Kranken sowie ein Überdenken des Ärzt/innenbildes als „Halbgott/göttin in Weiß“. Diesen Forderungen wurde auf verschiedenen Wegen Ausdruck verliehen: hierzu zählen unter anderem das Verteilen von Flugblättern sowie das Abhalten von Demonstrationen und Streiks.⁴⁰

Im Dokumentarteil der Serie wird es oftmals so dargestellt, als ob die Sozialutopie in anderen Ländern gelebte Realität sei, damit der Kontrast zu den Missständen in Deutschland noch deutlicher ins Auge springen kann. Der konkrete Realitätsbezug kann dazu führen, dass die Zuschauer/innen aufschrecken, da ihnen der akute Handlungsbedarf ins Auge fällt. So stellt die vierte Folge im Dokumentarteil

³⁸ Diese Inhalte werden in den nachstehenden Unterkapiteln themenzentriert behandelt.

³⁹ Vgl. Bräutigam (2019), S. 8-9.

⁴⁰ Vgl. Forsbach (2011), S. 13-16.

beispielsweise auf verklärte Weise das Berufsbild eines Mediziners in Afrika dar (siehe Abb. 5) und im Kontrast hierzu werden deutsche Ärzt/innen vom Erzähler als „unnahbare Respektperson[en]“ betitelt.⁴¹ Der „Tatsachenbericht“ ist thematisch auf den jeweiligen Folgeninhalt abgestimmt. Als Beispiel sei hier die zweite Folge *Awala enttäuscht Chong Hi* genannt: In dieser kommen viele koreanische Krankenschwestern am Flughafen an (siehe Abb. 6) und werden anschließend auf verschiedene Stationen verteilt, um den Personalmangel im pflegerischen Bereich des Krankenhauses abzufangen. Im Dokumentarteil geht es dann inhaltlich passend um den Import von koreanischem Gesundheitspersonal nach Deutschland sowie um die daraus resultierenden entwicklungspolitischen Probleme für Korea.⁴²



Abbildung 5: Ein afrikanischer Arzt wird in einem Dorf mit Applaus und Verbeugungen empfangen, Folge 4, Timecode 00:40:08



Abbildung 6: Die japanischen Krankenschwestern kommen am Flughafen in Düsseldorf an, Folge 2, Sequenz 8.

Der Hauptdarsteller der Serie ist der dunkelhäutige, aus dem westafrikanischen Gabun stammende Medizinstudent und spätere Arzt Dr. Claude Awala. Mit ihm erleben die Zuschauer/innen den Alltag im Krankenhaus hautnah mit und bekommen die dortigen Missstände wie beispielsweise den Personalmangel ungeschönt vor Augen geführt (siehe Abb. 7). Der Charakter Claude Awala durchläuft im Laufe der Serie eine enorme Entwicklung: Zunächst ist er Student an der Universität, dann fängt er frisch im Krankenhaus als Arzt an und bekommt gegen Ende die Aufgabe, als Vertretungsarzt in einer Landarztpraxis zu praktizieren. Die Zuschauer/innen begleiten Awala jedoch nicht nur im beruflichen Kontext, sondern auch sein Privatleben ist Teil der Serie. Awala lernt

⁴¹ Vgl. Folge 4, Timecode 00:40:26-00:40:28.

⁴² Vgl. Folge 2, Sequenz 41-45.

im Serienverlauf immer mehr dazu und verändert sich auch charakterlich: So ist er zu Beginn eher schüchtern und zurückhaltend und entwickelt sich dann hin zu einer Persönlichkeit, die, wenn es darauf ankommt, für die eigene Meinung geradesteht und aktiv agiert. Mit den größten Lerneffekt hat für Awala ein Gespräch mit Schwester Chong Hi (siehe Abb. 8): Als Awala während eines anstrengenden Dienstes bei einer Tasse Kaffee verschnauften möchte, eilt die ebengenannte Pflegekraft hinzu und macht Awala lautstark Vorwürfe, dass er einen Patienten mit dessen Ängsten alleine gelassen habe. Zusätzlich wirft sie Awala vor, wie die anderen Ärzte zu sein: keine Zeit für den Patienten zu haben und den Menschen zu vergessen. Nach ihrem Ausbruch entschuldigt sie sich zwar, Awala wirkt jedoch nachdenklich.⁴³ Chong Hi ist für Awala wie ein Korrektiv, denn sie wurde ebenfalls außerhalb Deutschlands kultiviert und sträubt sich dagegen, sich den Umständen im deutschen Gesundheitssystem anzupassen. So hat sie trotz des Zeitmangels stets ein offenes Ohr für ihre Patienten, nimmt deren Sorgen ernst und setzt sich für Kolleginnen ein, sobald diese von Vorgesetzten ungerecht behandelt werden. Die beiden Charaktere Awala und Chong Hi agieren im Serienverlauf immer wieder miteinander und werden dabei mit den Moralvorstellungen des jeweils anderen konfrontiert. Die Zuschauer/innen sympathisieren während dieser Auseinandersetzungen automatisch mit einem der beiden Charaktere und werden durch die Kollision von Wertvorstellungen dazu angeregt, selbst Position zu beziehen und zu hinterfragen, ob sie sich widerstandlos an ein System mit unübersehbaren Missständen anpassen würden, nur um den Betrieb am Laufen zu halten oder ob sie ein Sandkorn im Getriebe darstellen möchten.

⁴³ Vgl. Folge 2, Sequenz 35.



Abbildung 7: Schwester Inge maßregelt koreanische Pflegerinnen, dass sie aufgrund des Zeitmangels keine persönlichen Gespräche mit Patienten führen sollen, Folge 2, Sequenz 28



Abbildung 8: Schwester Chong Hi macht Awala zum Vorwurf, dass er sich keine Zeit für seine Patienten nimmt und den Aspekt der Menschlichkeit aus den Augen verliert, Folge 2, Sequenz 35

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es der Serie *Der schwarze Doktor* gelingt, Missstände im Gesundheitssystem aufzuzeigen und Medizinkritik zu transportieren, ohne dass der Unterhaltungswert der Serie darunter leidet: Den Zuschauer/innen wird nichts mit erhobenem Zeigefinger vorgeführt, stattdessen können sie sich ihr eigenes Bild machen. Sie erleben Dr. Claude Awalas Alltag mit und sehen dabei unter anderem, dass sowohl das ärztliche als auch das pflegerische Personal überlastet ist (siehe Abb. 9). Des Weiteren erleben die Zuschauer/innen, dass die Unterbesetzung des Personals dazu führt, dass die Patient/innen im profitorientierten Krankenhausbetrieb zunehmend zu anonymen Objekten degradiert werden (siehe Abb. 10). Anhand von Awalas oben beschriebener Entwicklung können die Zuschauer/innen nachvollziehen, wie es sich anfühlt, wenn die eigenen Erwartungshaltungen und Moralvorstellungen mit der Wirklichkeit kollidieren und kommen nicht umhin, sich die Frage zu stellen, wie sie selbst in einer ebensolchen Situation agieren würden und wie wichtig ihnen Werte wie soziale Wertschätzung und Menschenwürde sind.

Zusätzlich interessante Informationen liefert ein im Zentralarchiv des ZDFs aufbewahrter Artikel von 1971, welcher skizziert, wie das ZDF seinen Bildungsauftrag in den 1970er Jahren verstanden hat. Hieraus geht hervor, dass die 70er Jahre für das Fernsehen einen Wendepunkt darstellten, da sich neue audiovisuelle Medien wie der Kassettenrekorder sowie die Spielkonsole zu etablieren begannen. Da das Medium Fernsehen keinen Bedeutungsverlust durchleben sollte, erachtete es das ZDF als

angebracht, die Programmkonzeption zu überarbeiten. Anstelle der Präsentation einer Scheinwelt, sollten sich gesellschaftsrelevante Konfliktsituationen im Fernsehprogramm widerspiegeln und damit einen Nährboden für soziale Diskurse schaffen. Die Serie *Der schwarze Doktor* sei Vorreiter in Bezug auf ein realitätsnahes, gesellschaftskritisches Drehbuch und damit für die Zeit der 1970er Jahre anfangs eher atypisch.⁴⁴ Schließlich eröffnete sie jedoch den Wandel des Fernsehprogramms hin zur Präsentation sozialkritischer Sendungen.



Abbildung 9: Awala gibt nach einem anstrengenden Nachtdienst am Telefon übermüdet Therapieanweisungen an das ratsuchende Pflegepersonal, Folge 2, Sequenz 27.1



Abbildung 10: Im Vordergrund steht ein medizinisches Gerät und im Hintergrund liegt ein Patient, umgeben von Schläuchen, apathisch in seinem Bett, Folge 2, Sequenz 3

2.2 Pflegenotstand

Der Grund, warum bei der nun folgenden genaueren Analyse mit der Untersuchung des Mangels an Pflegekräften begonnen wird, ist, dass die Krankenschwester Chong Hi (siehe Abb. 11) neben Awala die zweite Protagonistin in *Der schwarze Doktor* ist und dem Arzt als wichtiges Handlungskorrektiv dient. Die beiden Seriencharaktere sind eng miteinander verbunden und Awala legt sowohl im beruflichen als auch im privaten Kontext viel Wert auf die Meinung sowie die moralische Einordnung von Chong Hi (siehe Abb. 12). Sie stellt also den zweiten wichtigen Charakter der Serie dar und Awala würde ohne die Pflegekraft nicht funktionieren. Es ist wohl kein Zufall, dass die zweite

⁴⁴ Vgl. Programmauftrag des Fernsehens in den 70er Jahren, in: Schriftenreihe des ZDF Heft 9. Fernsehen in den 70er Jahren. Analysen – Prognosen – Ziele, S. 37-47.

Hauptfigur einer Fernsehserie der 1970er Jahre eine Krankenschwester ist, denn der Begriff „Pflegenotstand“ kommt aus dieser Zeit und der Mangel an Pflegepersonal war von großer gesellschaftlicher Relevanz.⁴⁵ Aufgrund der tragenden Rolle der Krankenschwester wurde die zweite Folge namens *Awala enttäuscht Chong Hi* als Sequenzprotokoll verschlagwortet und dieses befindet sich im Anhang der Arbeit.



Abbildung 11: Chong Hi nimmt sich während des morgendlichen Waschens Zeit für ein nettes Gespräch mit Patienten, Folge 2, Sequenz 26.2



Abbildung 12: Chong Hi bringt Awala zum Nachdenken, indem sie ihm vorwirft, dass er sich keine Zeit für die Ängste eines Patienten genommen und diesen alleine gelassen habe, Folge 2, Sequenz 35

Der Mangel an Pflegekräften zeichnete sich in Westdeutschland bereits seit Beginn der 1960er Jahre ab und stellte das Gesundheitssystem vor große Herausforderungen. Die Ursachen für den Notstand waren mannigfaltig: Neben unattraktiven Arbeitsbedingungen, verbunden mit fehlenden Aufstiegschancen und geringen Verdienstmöglichkeiten, hielt auch das geringe Sozialprestige des Pflegeberufs viele davon ab, sich für eine Ausbildung in der Krankenpflege zu entscheiden. Der Personalmangel in den Gesundheitseinrichtungen Westdeutschlands konnte bis 1961 durch die Einwanderung von Krankenschwestern aus der DDR aufgefangen werden. Durch den Mauerbau wurde dieser Zustrom jedoch gestoppt. Auch für das Gesundheitswesen der DDR war der stetige Verlust von qualifizierten Schwestern zum Problem geworden und damit sah sich in den 1960er sowie 1970er Jahren die gesamte Bundesrepublik mit einem Personalmangel in der Pflege konfrontiert.⁴⁶

⁴⁵ Genauere Erläuterung siehe unten.

⁴⁶ Vgl. Winkler (2009), S. 169-182.

Eine weitere Ursache für den Pflegenotstand war, dass für viele junge Frauen ein zölibatärer Lebenswandel in den sich kulturell und politisch aufladenden 1960er Jahren unvorstellbar geworden war. Ein solches Lebensmodell in einer christlichen Gemeinschaft war jedoch Voraussetzung für die Arbeit in evangelischen und diakonischen Krankenhäusern. Aufgrund der gesellschaftlichen Entwicklung wurden diese Stellen unattraktiv und ihre Beschäftigtenzahlen gingen zurück. Somit brach nun auch die personelle Abdeckung durch ebendiese Einrichtungen weg. Im Jahr 1965 gab es in der Krankenpflege 30.000 Stellen, welche aufgrund von Personalmangel nicht besetzt werden konnten. Dass sich daraus negative Konsequenzen für das Gesundheitssystem ergaben, liegt auf der Hand: Die Krankenschwestern arbeiteten an der Grenze zur Überlastung und durch diesen Umstand wurde eine Ausbildung in der Pflege noch unattraktiver als sie ohnehin schon war, wodurch sich der Personalmangel weiter verschärfte.⁴⁷

Dass der Pflegenotstand in der Bundesrepublik in den 1970er Jahren immer akuter wurde, lässt sich unter anderem daran erkennen, dass es mehrere Zeitschriftenartikel aus dieser Zeit gibt, welche den Personalmangel im Gesundheitswesen thematisieren. Einer davon hält den Stand der Zahlen des deutschen Krankenhauswesens zum 31.12.1970 fest: Zu diesem Zeitpunkt fehlten etwa 35.000 bis 40.000 examinierte Krankenpflegekräfte und im Durchschnitt blieben 15% der Ausbildungsplätze an Krankenpflegeschulen unbesetzt.⁴⁸ Der Begriff des Pflegenotstands taucht auch in einem Artikel aus dem Frühjahr 1976 auf, in welchem die Frage „Wird die Krankenpflege zum Notstandsgebiet?“ vom Autor bejaht wird. Seiner Ansicht nach war die Hauptursache für die Verschärfung des Pflegenotstands die starke und nicht mehr tragbare Belastung im Arbeitsalltag. Diese habe zu einer Verschlechterung des Betriebsklimas sowie einer negativen Einstellung gegenüber dem Beruf geführt, was wiederum eine erhöhte Krankheitsquote und eine Verschlechterung der Pflegequalität

⁴⁷ Vgl. ebd.

⁴⁸ Vgl. *Die Schwester/Der Pfleger. Zeitschrift für Krankenpflege* 5 (1976). Artikel: Das deutsche Krankenhauswesen in Zahlen Stand: 31.12.1970, S. 48. Vielen Dank an Herrn Pascal Niemann, der die im folgenden zitierten Artikel aus *Die Schwester/Der Pfleger. Zeitschrift für Krankenpflege* zur Verfügung gestellt hat. An diesem Punkt möchte ich auch gerne auf seine Arbeit *Darstellung von Pflegenden in Unterhaltungsformaten der letzten 60 Jahre. Historische Entwicklung und Darstellung des Berufsbildes Pflege. Bedeutung und Beeinflussung des Berufsbildes Pflege bis heute* verweisen.

für die Patient/innen zur Folge hatte.⁴⁹ In einem Artikel von 1979 mahnt ein Autor an, dass nach bedarfsgerechten Kriterien ermittelt, in Deutschland ein Bedarf von 290.000 Pflegepersonen bestehen würde. Diesem Bedarf stünde ein gegenwärtiger Bestand in Höhe von 262.000 Krankenpflegekräften gegenüber. Aus Autorensicht wären bis 1985 60.000 zusätzliche Schwestern und Pfleger erforderlich gewesen.⁵⁰ In einem weiteren Artikel zum Thema Personalmangel im Krankenhaus aus dem Jahr 1979 vertritt der Autor die Ansicht, dass jede Patientin und jeder Patient während eines Krankenhausaufenthalts gut gepflegt werden möchte und einen gewissen humanitären Anspruch an den Krankenhausbetrieb stelle. Der Artikel wirft jedoch die Befürchtung auf, dass diese Ansprüche nicht erfüllt werden können, da sich der Pflegenotstand, aufgrund des fehlenden Nachwuchses in der Pflege, in den Folgejahren weiter verschärfen werde.⁵¹

Im Jahr 1970 erschien im *Spiegel* ein Artikel, welcher auf die negativen Folgen der Arbeitsüberlastung des Krankenhauspersonals eingeht: Die Mitarbeiter/innen, seien durch die langen Arbeitszeiten, während des Patient/innenkontakts, oft „mürrisch [und] demonstrativ müde“⁵². Es ist augenfällig, wie sehr der dort beschriebene Zustand, dem in *Der schwarze Doktor* ähnelt: Der Effizienzdruck und die Arbeitsüberlastung schlagen sich auch auf die Stimmung der Pflegerinnen der Serie nieder. Sie wirken erschöpft sowie deprimiert und sind aufgrund der Überlastung oft schnippisch gegenüber den Patienten. So macht sich in der zweiten Folge eine Schwester über die Empfindlichkeit eines Patienten gegenüber kaltem Wasser lustig und Oberschwester Inge nennt einen Patienten abwertend „Opa“. Zusätzlich erkundigt sie sich nicht nach dessen Befinden, sondern nimmt ohne ihn zu fragen an, dass „wir uns doch schon viel besser fühlen“.⁵³ Aus Sicht des oben zitierten *Spiegel*-Autors kam es durch den Pflegenotstand leicht zu Fehlern, da aufgrund der Überforderung wichtige Informationen nicht weitergegeben wurden. Hierzu wird der Fall eines Asthma-Patienten angeführt: „[N]achts versorgte ihn

⁴⁹ Vgl. *Die Schwester/Der Pfleger. Zeitschrift für Krankenpflege* 3 (1976). Artikel: Wird die Krankenpflege zum Notstandsgebiet?, S. 48.

⁵⁰ Vgl. *Die Schwester/Der Pfleger. Zeitschrift für Krankenpflege* 7 (1979). Artikel: Fehlbedarf an Krankenpflegekräften in Krankenhäusern. Jede 10. Stelle ist nicht besetzt, S. 512.

⁵¹ Vgl. *Die Schwester/Der Pfleger. Zeitschrift für Krankenpflege* 8 (1979). Artikel: Verschärft sich der Personalmangel in den Krankenhäusern in den 80er Jahren?, S. 562-563.

⁵² *Der Spiegel* 50 (1970). Artikel: Krankenhäuser. Die im Elend, S. 46.

⁵³ Vgl. Folge 2, Sequenz 11.

die Schwester mit Asthmamitteln. Dann wechselte die Nachtwache. Drei Tage später erstickte der Patient. So starb ein Mensch⁵⁴. Nach Meinung des Autors sind „[d]ie Nöte des Pflegepersonals, vor denen die Kranken kaum abgeschirmt werden können, [...] mit Gotteslohn nicht mehr zu lindern“⁵⁵. An dieser Stelle sei auf die Parallelen zum Inhalt von *Der schwarze Doktor* aufmerksam gemacht. Das Fernsehpublikum erlebt hier mehrfach, dass neben dem überforderten Personal auch die Patienten unter dem Pflegenotstand leiden: So beispielsweise in der zweiten Folge, als sich ein Patient mit den Worten „Nicht einmal daran können sie denken“ darüber echauffiert, dass die Krankenschwestern vergessen haben, eine Nierenschale, für den nach dem Erwachen aus der Narkose oftmals einsetzenden Brechreiz, bereitzustellen.⁵⁶ Den Zuschauer/innen kann an dieser Stelle auffallen, an wie viele Kleinigkeiten das Pflegepersonal täglich denken muss und dass es aufgrund der Arbeitsüberlastung leicht zu Fehlern zu Lasten der Patient/innenschaft kommen kann (siehe Abb. 13). Ein weiteres Serienbeispiel hierfür ist, dass ein Patient, welcher aufgrund einer Operation eigentlich nüchtern sein müsste, vom Servicepersonal Essen erhält, da die Pflege vergessen hat, diese notwendige Information weiterzugeben.⁵⁷

Dass der schlechte Pflegeschlüssel eine Vernachlässigung der Patient/innenbedürfnisse nach sich ziehen kann, wird in der Serie unter anderem deutlich, als Schwester Chong Hi von ihrer Vorgesetzten barsch darauf hingewiesen wird, dass sie nicht so lange mit einem Rollstuhlpatienten „Spazierenfahren“ solle, da es nicht für jeden Patienten eine eigene Krankenschwester geben würde.⁵⁸ Anhand dessen kann sich bei den Zuschauer/innen das Bild festigen, dass für Patient/innenbedürfnisse, welche über die reine Pflegeleistung hinausgehen, aufgrund des Mangels an Pflegepersonal und des daraus resultierenden Zeitdrucks, kein Raum ist.

Dass den Schwestern keine Zeit für die Auseinandersetzung mit den Kranken bleibt, wird auch deutlich, als Awala sich bei Schwester Inge erkundigt, ob ein nicht ansprechbarer Patient Verwandte habe. Ihre Antwort „Da müsste man sich in der Verwaltung

⁵⁴ *Der Spiegel* 50 (1970). Artikel: Krankenhäuser. Die im Elend, S. 46.

⁵⁵ Ebd., S. 47.

⁵⁶ Vgl. Folge 3, Timecode 00:10:40-00:10:59.

⁵⁷ Vgl. Folge 3, Timecode 00:33:50-00:34:37.

⁵⁸ Vgl. Folge 2, Sequenz 5.

erkundigen“ zeigt, dass sie kein Wissen über das soziale Umfeld des Patienten hat und keine Zeit für die Inkenntnissetzung der Verwandtschaft über den Krankenhausaufenthalt geblieben ist.⁵⁹ Dazu passt auch, dass sich ein Patient bei Awala beschwert, dass „die Schwester [...] sich auch nicht blicken [lässt]“⁶⁰ und erzählt, dass er eigentlich gerne gebadet werden würde, aber von der Pflege immer auf den nächsten Tag vertröstet werde, was in ihm ein ungutes Gefühl auslöse (siehe Abb. 14).⁶¹

Die fehlende Wertschätzung des Patient/innenkollektivs, aufgrund der Überforderung der Pflege, spiegelt sich auch in einer Sequenz wider, in der Schwester Inge einen Patienten fragt, ob ein Eingriff schmerzhaft gewesen sei, dessen Antwort jedoch nicht abwartet, sondern direkt ihrer weiteren Arbeit nachgeht.⁶² Dass die Patient/innenbedürfnisse aufgrund des Personalmangels zurückgestellt werden müssen, wird außerdem dadurch deutlich, dass Inge die ihr untergeordneten Krankenschwestern immer wieder von Gesprächen mit den Patienten abhält und zur Eile antreibt. Die Stationsleitung betont, dass das Krankenhaus kein Privatsanatorium sei und man sich nicht zehn Minuten Zeit pro Patient nehmen könne.⁶³



Abbildung 13: Der Bettnachbar von Awala (Awala ist hier selbst Patient) eilt mit einer Nierenschale zu ihm und versorgt ihn, da die Pflege zu dem Zeitpunkt anderweitig beschäftigt ist, Folge 3, Timecode 00:10:56



Abbildung 14: Ein Patient erzählt Awala, dass er auf seine Bitte nach einem Bad, von der Pflege stets die Antwort „morgen vielleicht“ erhalte, Folge 5, Timecode 00:21:08

⁵⁹ Vgl. Folge 5, Timecode 00:15:17-00:15:22.

⁶⁰ Vgl. Folge 5, Timecode 00:05:23-00:05:25.

⁶¹ Vgl. Folge 5, Timecode 00:21:01-00:21:09.

⁶² Vgl. Folge 2, Sequenz 5.

⁶³ Vgl. Folge 2, Sequenz 28.

Das Ausmaß des Pflegenotstands wird in dem bereits erwähnten *Spiegel*-Artikel durch das Zitat einer Stationsleitung akzentuiert, welche berichtet, dass es des Öfteren vorgekommen sei, dass Krankenschwestern „geheult haben, weil sie einfach nicht mehr konnten“⁶⁴. In *Der schwarze Doktor* können die Zuschauer/innen die Überlastung des Pflegepersonals unter anderem daran erkennen, dass Chong Hi nach der Arbeit oft niedergeschlagen ist (siehe Abb. 15) und weint. Schließlich gipfelt die seelische und körperliche Überforderung der Pflege in dem Zusammenbruch von Schwester Ute (siehe Abb. 16). Diese kollabiert, da sie sich psychisch stark in einen Patientenfall hineingesteigert hat. Dabei sagt sie verzweifelt und unter Tränen Sätze wie: „Ich kann nicht mehr“, „Ich kann das nicht mehr mitansehen“, „Warum gibt man sich denn dann die ganze Mühe? Hätten sie ihn doch gleich kaputt gehen lassen können“⁶⁵, „Ich kann das nicht mehr aushalten, ich muss hier raus“.⁶⁶ Durch diesen emotionalen Ausbruch kann sich eine empathische Zuschauerin bzw. ein empathischer Zuschauer in die Lage der Pflege hineinversetzen und der Überlastung nachspüren.



Abbildung 15: Chong Hi verlässt am Abend niedergeschlagen das Krankenhaus und der Erzähler berichtet, dass sie nach Feierabend oft weint, Folge 2, Sequenz 17



Abbildung 16: Schwester Ute erleidet auf dem Krankenhausflur einen Zusammenbruch und wird von Oberschwester Inge ins Stationszimmer getragen, Folge 7, Timecode 00:15:13

In den 1970er Jahren mussten bei einem Ausfall von Pflegepersonal wegen Krankheit oder Urlaub komplette Stationen geschlossen werden und dennoch wurden „die Zurückbleibenden körperlich wie psychisch über die Grenzen der Zumutbarkeit“⁶⁷

⁶⁴ *Der Spiegel* 50 (1970). Artikel: Krankenhäuser. Die im Elend, S. 47.

⁶⁵ Diese Aussage bezieht sich auf einen Patienten, welcher nach einem Verkehrsunfall grundlegende menschliche Fähigkeiten neu erlernen muss.

⁶⁶ Vgl. Folge 7, Timecode 00:14:30-00:17:44.

⁶⁷ *Der Spiegel* 50 (1970). Artikel: Krankenhäuser. Die im Elend, S. 47.

belastet. Der Personalmangel war damals so akut, dass die Bonner Chirurgie zweitweise nicht genug Kapazitäten für die Pflege von Frischoperierten hatte und das Operationsprogramm deshalb auf die Notfälle reduziert werden musste. Die OP-Pflege eines Bielefelder Krankenhauses war wegen Personalknappheit am Bestecktisch über Wochen auf die Unterstützung von Putzkräften angewiesen.⁶⁸ Es fällt ins Auge, wie sehr diese, aus der Realität stammenden, Situationen denen aus der Serie ähneln: Als Schwester Inge einen Telefonanruf erhält (siehe Abb. 17), in welchem ihr mitgeteilt wird, dass Krankenschwestern von ihrer Station abgezogen werden sollen, erklärt sie, dass dies aktuell unmöglich tragbar sei und sie gar nicht daran denke, dieser Anweisung nachzukommen.⁶⁹ In einem anderen Telefonat, in welchem es um das weitere Prozedere eines Patienten geht, muss sie erklären, dass eine vorzeitige Entlassung allein aufgrund dessen nicht möglich sei, da kein Personal für das Desinfizieren und Beziehen des Bettes zur Verfügung steht.⁷⁰

Der Pflegenotstand sticht in der Serie *Der schwarze Doktor* mehrfach ins Auge. Verkörpert wird er durch den Charakter von Oberschwester Inge (siehe Abb. 18): Diese hat den Posten der Stationsleitung der chirurgischen Männerstation inne und damit lasten die direkten Folgen des Personalmangels auf ihren Schultern. Sie hat kaum Zeit für die Patienten, nimmt deren Bedürfnisse als zeitraubende Störfaktoren wahr und ist durch den mangelhaften Personalschlüssel und den daraus resultierenden Effizienzdruck größtenteils angespannt, barsch und unempathisch. Die Stationsleitung übt viel Druck auf die ihr untergeordneten Krankenschwestern aus und ermahnt diese mehrfach, möglichst effizient zu arbeiten.⁷¹

⁶⁸ Vgl. ebd., S. 46-62.

⁶⁹ Vgl. Folge 2, Sequenz 5.

⁷⁰ Vgl. Folge 2, Sequenz 14.1.

⁷¹ Vgl. Folge 2, Sequenz 28.



Abbildung 17: Stationsleitung Inge macht am Telefon nachdrücklich deutlich, dass sie aufgrund des Personalmangels auf keine Pflegerin ihrer Station verzichten könne, Folge 2, Sequenz 5



Abbildung 18: Schwester Inge ermahnt Pflegerinnen ihrer Station, dass während der Arbeitszeit für persönliche Gespräche mit Patienten kein Raum sei, Folge 2, Sequenz 28

Es gibt eine Sequenz, welche in Bezug auf Schwester Inge aus dem Raster fällt: Trotz des Personalmangels schafft die, ansonsten auf Effizienz getrimmte, Stationsleitung Raum für Menschlichkeit, indem sie einen Krankenpfleger anweist, sich die Zeit zu nehmen, einem im Sterben liegenden Patienten Gesellschaft zu leisten (siehe Abb. 19). Der Pfleger reagiert hierauf sichtlich verwirrt und geht der Anordnung entgeistert nach.⁷² Als Zuschauer/in kann man dadurch vermuten, dass der Pflegenotstand dazu geführt hat, dass er eine solche Anweisung zuvor wohl noch nie erhalten hat.

Schwester Chong Hi ist der Seriencharakter, welcher sich, trotz des Effizienzdrucks, stets bestmöglich Zeit für die Patienten nimmt. Sie setzt sich auch in ihrer Freizeit mit Patientenfällen auseinander, da diese sie nachhaltig beschäftigen (siehe Abb. 20). So erzählt Chong Hi Awala beim gemeinsamen Kochen, dass sie sich während der Abwesenheit der Stationsleitung intensiv mit einem Patienten unterhalten habe. Dass dieses menschliche Vorgehen im, durch den Pflegenotstand gezeichneten, Krankenhausalltag nicht gutgeheißen wird, macht ihre Aussage „Schwester Inge war in der Röntgenabteilung, da konnte ich [den Erzählungen von Herrn Heiland] zuhören“ deutlich.⁷³

In der Serie stellt Chong Hi ein moralisches Korrektiv dar, indem sie sich immer wieder bewusst dazu entscheidet, ein Sandkorn in der von Effizienz geprägten

⁷² Vgl. Folge 5, Timecode 00:15:34-00:15:54.

⁷³ Vgl. Folge 5, Timecode 00:11:33-00:11:54.

Krankenhausmaschinerie zu sein. Trotz des Pflegenotstands stellt sie Patientenbedürfnisse und Empathie vor Arbeitseffizienz.



Abbildung 19: Ein Pfleger wirkt mitgenommen und überfordert während er einem im Sterben liegenden Patienten Gesellschaft leistet, Folge 5, Timecode 00:16:34



Abbildung 20: Chong Hi lässt das Schicksal eines Patienten auch in ihrer Freizeit nicht los und sie unterhält sich mit Awala über Hilfsansätze, Folge 5, Timecode 00:11:38

Als in *Der schwarze Doktor* der Bedarf an Pflegekräften immer größer wird und es vor Ort nicht genug Personal gibt, um diesen Mangel auszugleichen, beschließt die Klinikleitung, Pflegerinnen aus Südkorea zu importieren.⁷⁴

Diese Konsequenz wird nicht nur in der Serie gezogen, sondern deckt sich mit der damaligen Realität: Die 30.000 unbesetzten Stellen in der Krankenpflege im Jahr 1965 konnten nicht mehr mit deutschem Personal gefüllt werden.⁷⁵ Deshalb rekrutierte Westdeutschland in den 1960er und 1970er Jahren Zehntausende von Krankenschwestern aus Asien. Der größte Anteil der Einwanderinnen stammte hierbei aus Südkorea. Die asiatischen Krankenschwestern reisten mit großen Hoffnungen nach Deutschland: Sie wollten mit diesem Schritt vor allem der patriarchalischen Bevormundung sowie den materiellen Entbehrungen in ihrer Heimat entkommen.⁷⁶

Das Ausmaß des Imports von Pflegepersonal spiegelt sich unter anderem darin wider, dass sich deutsche Reisebüros auf Charterflüge für Krankenschwestern aus Ostasien als lukrative Einnahmequelle spezialisierten. Die negativen Folgen dieser globalen

⁷⁴ Vgl. Folge 2, Sequenz 5.

⁷⁵ Vgl. Winkler (2009), S. 169-182.

⁷⁶ Vgl. Hong (2009), S. 183-200.

Migration reichten von sozialer Isolation der Koreanerinnen in Deutschland bis hin zu mangelhafter medizinischer Versorgung der Patient/innen in Korea.⁷⁷

In *Der schwarze Doktor* soll Chong Hi die neu eingetroffenen koreanischen Krankenschwestern vom Flughafen abholen. Davon ist Oberschwester Inge nicht begeistert, da ihre Station sowieso schon unterbesetzt ist und somit bereits der Arbeitsausfall von einer Fahrt zum Flughafen und zurück einer personellen Katastrophe gleichkommt.⁷⁸ Die erwartungsfreudigen koreanischen Krankenschwestern werden in der Bundesrepublik auf deutsch in Empfang genommen und die Begrüßungsworte werden von Chong Hi übersetzt.⁷⁹ Die gesamte Busfahrt vom Flughafen zum Krankenhaus wirkt durch den Kontrast zwischen Bild und Ton grotesk: Das Fahren durch eine Stadt voller Leuchtreklamen wird mit langsamer, deutscher Volksmusik unterlegt. Die Disharmonie von Bild und Ton kann als Metapher für die Divergenz der Hoffnungen der Koreanerinnen und der vorherrschenden Realität in Deutschland angesehen werden. Außerdem kann durch diese seltsam anmutenden Szenen der Kulturschock der Koreanerinnen für die Zuschauer/innen erlebbar gemacht werden. Während der Busfahrt werfen die Pflegerinnen viele interessierte Blicke aus den Fenstern, wirken neugierig und voller Tatendrang (siehe Abb. 21). Durch die Darstellung dieser freudigen Erwartungshaltung wird der Kontrast zum Erwachen in der harten Realität akzentuiert: Die Koreanerinnen fangen scheinbar direkt mit der Arbeit im Krankenhaus an und der Klinikleiter, welcher sie auf die verschiedenen Stationen aufteilt, kennt ihre Namen nicht (siehe Abb. 22). Dadurch kann dem Fernsehpublikum die Abwertung der Pflegerinnen zu reinen Arbeitskräften mit hohem Effizienzdruck offenbart werden. Die Atmosphäre der gesamten Sequenz wirkt unpersönlich, kühl und von Zeitmangel geprägt.⁸⁰

⁷⁷ Vgl. Winkler (2009), S. 169-182.

⁷⁸ Vgl. Folge 2, Sequenz 5.

⁷⁹ Vgl. Folge 2, Sequenz 9.

⁸⁰ Vgl. Folge 2, Sequenz 10.



Abbildung 21: Die soeben in Deutschland gelandeten koreanischen Krankenschwestern werfen fröhliche sowie erwartungsvolle Blicke aus dem Bus, Folge 2, Sequenz 9



Abbildung 22: Der Klinikleiter teilt die ernüchtert wirkenden Koreanerinnen auf unpersönliche und wenig wertschätzende Weise auf die Stationen auf, Folge 2, Sequenz 10

Der Dokumentarteil am Ende der zweiten Folge befasst sich mit der moralischen Vertretbarkeit des thematisierten Imports von Gesundheitspersonal aus dem Ausland. Nach Aussage der Serie waren die Koreanerinnen ob der Zustände im deutschen Gesundheitssystem häufig ernüchtert. Die Krankenpflegeausbildung in Korea sei sehr gut und der hierarchische Abstand zwischen Schwestern und Ärzt/innen geringer als in der Bundesrepublik (siehe Abb. 23). Die meisten koreanischen Pflegerinnen hätten darauf gehofft, in einer christlichen Gemeinde in Deutschland Anschluss zu finden, was jedoch selten der Fall gewesen sei und folglich habe sich das importierte Gesundheitspersonal oft mit sozialer Vereinsamung konfrontiert gesehen.⁸¹

Diese Informationen decken sich mit der Realität der 1970er Jahre, denn viele Koreanerinnen mussten nach der Auswanderung feststellen, dass ihr hochqualifizierter und international anerkannter Berufsabschluss in Deutschland wenig wertgeschätzt wurde. Aus ihrer Heimat waren sie daran gewöhnt, eng mit den ärztlichen Kolleg/innen zusammenzuarbeiten, was ihnen nun verwehrt wurde.⁸² Die hohe Qualifikation der koreanischen Schwestern können die Zuschauer/innen in der Serie wiederfinden: Chong Hi antwortet auf die Frage eines Patienten mit bestem Pflegewissen. In einem selbstsicheren Tonfall erklärt sie, wann es nötig sei, den Rücken mit Alkohol einzureiben, und zeigt damit, dass sie durchaus eigenständig und fachkundig arbeiten könnte und

⁸¹ Vgl. Folge 2, Sequenz 41-45.

⁸² Vgl. Winkler (2009), S. 169-182.

nicht nur als bessere Hilfsarbeiterin, wozu das Krankenhauswesen ihrer neuen Heimat sie herabstufte.⁸³ Laut dem Dokumentarteil der zweiten Folge wurde in Deutschland auf die besonderen Fertigkeiten der koreanischen Pflegerinnen kein Wert gelegt: Sie sollten sich nun, statt mit medizinischen Unterstützungstätigkeiten, mit der Grundpflege von Patient/innen befassen. Statt intravenöse Spritzen zu injizieren, mussten sie nun Betten machen, Blumen wässern und Nachttische abwischen. Außerdem litten viele dieser Schwestern unter Heimweh und erlebten im täglichen Umgang Missverständnisse, welche aus der bestehenden Sprachbarriere resultierten.⁸⁴

Aus Sicht des Dokumentarteils der Folge *Awala enttäuscht Chong Hi* ist der Import von Gesundheitspersonal aus anderen Ländern entwicklungspolitisch nicht zu verantworten, weil der Abzug von Pfleger/innen zu einer mangelhaften medizinischen Versorgung der Bevölkerung des betreffenden Landes führt (siehe Abb. 24).⁸⁵



Abbildung 23: Krankenschwestern dürfen in Korea intravenöse Spritzen geben, was in Deutschland Aufgabe der Ärzt/innen ist, Folge 2, Sequenz 44



Abbildung 24: Korea bildet seine Krankenschwestern zu Gewissenhaftigkeit und behutsamer Zuwendung aus, was den Kranken Koreas bei einem Export des Personals nicht zugutekommt, Folge 2, Sequenz 44

Ein Abgleich mit der Realität der 1970er Jahre zeigt, dass die Situation der Koreanerinnen in Deutschland die Öffentlichkeit stark beschäftigte und die „Entwicklungshilfe für Westdeutschland“⁸⁶ in die Kritik geriet. In der koreanischen Presse wurde das Vorgehen mit Menschenhandel gleichgesetzt und auch in Deutschland brodelten die Diskussionen. Es wurde die grundsätzliche Frage debattiert, ob die

⁸³ Vgl. Folge 2, Sequenz 26.2.

⁸⁴ Vgl. Winkler (2009), S. 169-182.

⁸⁵ Vgl. Folge 2, Sequenz 41-45.

⁸⁶ Winkler (2009), S. 178.

Anwerbung von Pflegepersonal aus asiatischen Schwellenländern angesichts der prekären Pflegesituation vor Ort weiterhin zu verantworten sei. Zusätzlich wurde die mangelhafte Betreuung der Koreanerinnen moniert: Die Frauen würden nach ihrer Ankunft häufig einen regelrechten Kulturschock erleiden und die Verantwortlichen würden kaum Hilfestellungen anbieten. Es wurden immer mehr Stimmen laut, dass auf den „Sklavenhandel[...] in moderner Form“⁸⁷, aufgrund der gravierenden Folgen für das Gesundheitswesen der Anwerbeländer, ganz verzichtet werden sollte. Von 11.003 in Korea ausgebildeten Krankenschwestern waren im Juni 1966 2.209 im Ausland beschäftigt, davon über die Hälfte (1.656) in Westdeutschland. Trotz des weiterhin bestehenden Personalmangels beschloss der *Arbeitskreis der Bundesregierung zur Beschäftigung ausländischer Arbeitnehmer* im Juli 1967, keine weiteren Genehmigungen zur gruppenweisen Anwerbung von ausländischem Pflegepersonal mehr zu erteilen. Stattdessen wurde eine neue Strategie zur Minderung des Personalmangels verfolgt: Deutschen Frauen sollte der Pflegeberuf durch neue Werbekampagnen, welche geregelte Arbeitszeiten und ein gutes Einkommen versprachen, schmackhaft gemacht werden.⁸⁸

Wie oben bereits dargelegt, wird im Dokumentarteil der zweiten Folge die moralische Verwerflichkeit des Imports von Pflegepersonal diskutiert. Gleichzeitig werden in der Serie koreanische Frauen als Pflegekräfte für deutsche Krankenhäuser eingeflogen. Dass dieses Vorgehen trotz der moralischen Vorbehalte praktiziert wurde, kann den Zuschauer/innen die bedrohlichen Ausmaße des Pflegenotstands verdeutlichen.

⁸⁷ Ebd., S. 179.

⁸⁸ Vgl. ebd., S. 169-182.

2.3 Ärzt/innenmangel im stationären Bereich

Der Grund, warum der stationäre und der ambulante Bereich separat betrachtet werden, ist, dass das Ausmaß des Ärzt/innenmangels in diesen beiden Feldern im Deutschland der 1970er Jahre verschieden groß war und, dass sich die Konsequenzen desselben sowohl für die Ärzt/innen als auch für die Patient/innen in den verschiedenen Bereichen unterschieden.

Von einer Ärzt/innenknappheit spricht man, wenn ein bestimmtes Einwohner/innen-Ärzt/innen-Verhältnis unterschritten wird. Im Fachärzt/innenbereich liegt dieses Verhältnis bei 50%, im Hausärzt/innenbereich bei 75% der Sollquote. Bei einem Mediziner/innenmangel können die im Bedarfsplan vorgesehenen Sitze nicht besetzt werden und dadurch wird der Gesellschaft die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen unzumutbar erschwert.⁸⁹ Man spricht also von einem Ärzt/innenmangel, wenn die Verfügbarkeit der Mediziner/innen in einem bestimmten geografischen Bereich nicht ausreicht, um den Bedarf der ansässigen Bevölkerung an medizinischer Leistung zu decken. Zur Feststellung der Knappheit muss demnach sowohl die Anzahl der Ärzt/innen als auch der Bedarf der Bevölkerung berücksichtigt werden.

Die Entwicklung der Anzahl an Mediziner/innen seit 1960 kann anhand einer Tabelle der Bundesärztekammer nachvollzogen werden. Aus dieser geht hervor, dass es im Jahr 1970 circa 133.000 berufstätige Ärzt/innen gab und damit ungefähr 860 Einwohner/innen je Mediziner/in. Im Vergleich dazu waren es im Jahr 2009 circa 326.000 berufstätige Ärzt/innen und knapp 250 Einwohner/innen je Mediziner/in.⁹⁰ Anhand dieser Zahlen lässt sich erkennen, dass das Verhältnis der Anzahl an Ärzt/innen zur Zahl der Patient/innen im zu untersuchenden Zeitraum deutlich schlechter war als nach der Jahrtausendwende. Im Jahr 2009 war eine Ärztin bzw. ein Arzt für 250 Patient/innen verantwortlich. Im Jahr 1970 waren es noch mehr als dreimal so viele.

Der Ärzt/innenmangel der 1970er Jahre fußt, nach Meinung des Autors des Artikels *Ärztmangel – Ärztebedarf. Erfahrungen des Arztes* aus dem Jahr 1971, auf der nicht

⁸⁹ Vgl. Hochheim (2015), S. 2-3.

⁹⁰ Vgl. Abbildungen und Tabellen zur Ärztestatistik der Bundesärztekammer zum 31.12.2009. Tabelle 1: Entwicklung der Arztzahlen nach ärztlichen Tätigkeitsbereichen seit 1960. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Stat09Abbildungsteil.pdf [Stand 26.01.2022, 11:00 Uhr].

ausreichend hohen Zahl an Medizinstudierenden. Die Ursache für die Dysbalance zwischen Angebot an Studierenden und Bedarf an Absolvent/innen begründete sich darauf, dass staatliche Institute vom Medizinstudium abrieten. Dies hätten sie einzig und allein deswegen gemacht, weil sie sich nicht auf den zunehmenden Bedarf an Ärzt/innen vorbereitet und ihre Laboratorien nicht entsprechend ausgebaut haben. Der Autor erachtet die Überlastung der Mediziner/innen im Krankenhausbetrieb als untragbar und stuft eine Reduktion der Arbeitszeit als erstrebenswerte Entlastung ein. Diese Forderung lasse sich jedoch in der Realität aufgrund des Personalmangels kaum umsetzen, da eine Reduktion der durchschnittlichen ärztlichen Arbeitszeit von 65 auf 44 Stunden pro Woche eine Erhöhung des Ärzt/innenbedarfs um 48% bedingen würde.⁹¹ Im Jahr 1973 hielt ein Facharzt für Innere Medizin fest, dass die weitreichenden strukturellen Engpässe in der stationären ärztlichen Versorgung beispielsweise im Bereich Chirurgie durch das Tätigwerden von mehr als 5.000 ausländischen Ärzt/innen an deutschen Krankenhäusern ausgeglichen wurden. Dabei füllten diese vor allem Personallücken in Assistenz- und Oberärzt/innenpositionen.⁹² Es ist augenfällig, wie sehr der dort beschriebene Zustand dem in der Serie ähnelt: Auf der chirurgischen Männerstation in *Der schwarze Doktor* gibt es gleich zwei Ärzte, welche nicht aus Deutschland stammen. Neben dem Assistenzarzt Awala arbeitet ein griechischer Arzt als Oberarzt auf der Station, welche von einem deutschen Chefarzt geleitet wird. Eine Konsequenz des Mangels an Ärzt/innen in der Bundesrepublik der 1970er Jahre war, dass das vorhandene Personal eine hohe Anzahl an Überstunden leisten musste, um den Krankenhausbetrieb am Laufen zu halten. Unter der Überschrift *Arbeitskampf im Krankenhaus* erschien im Juli 1971 in der *Sozialistischen Krankenhaus Presse* ein Leitartikel zum Ärzt/innenstreik. Darin wird betont, dass die Arbeitsüberlastung nicht mehr tolerierbar sei und die Krankenhausärzt/innen ihrem resultierenden Unmut nun durch Streiks Gehör verschaffen wollten. Nach Aussage des Artikels haben sich in einer ersten Urabstimmung in Berlin 500 der 750 abstimmungsberechtigten Ärzt/innen geäußert und mit 96% für das Abhalten einer Demonstration gestimmt. Der Grund für die Streikbereitschaft sei, dass die Ärzt/innen bemerkt hätten „wie skrupellos sie

⁹¹ Vgl. Marti (2021), S. 396-399.

⁹² Vgl. Stockhausen (1973), S.93.

ausgebeutet werden: 70 Stunden wöchentliche Arbeit und Anwesenheit im Krankenhaus, Wochenenddienst von oft 60 Stunden Dauer, durch Tarifvertrag vorgeschrieben 12 bis 16 mal Nachtdienst pro Monat⁹³. Die Auswirkungen dieser Bedingungen seien übermüdete Ärzt/innen, welche sich am Morgen nach der Nachtschicht mit einem vollen OP-Programm konfrontiert sehen würden und dieses mit „unsicher werdenden Händen“⁹⁴ abarbeiten müssten.⁹⁵ Die Meinung, dass es nicht verantwortbar sei, dass Assistenzärzt/innen nach einem durchwachten Bereitschaftsdienst direkt wieder in die hektische Tagesarbeit integriert werden, wird auch im Artikel *Krankenhausärzte wehren sich gegen katastrophale Arbeitsbedingungen* vertreten. Der Autor desselben schrieb im Jahr 1971, dass die ärztliche Überarbeitung mit einer großen Gefahr für die Patient/innen einherging: Die Übernächtigung führte zu falschen Diagnosen und mangelhaften Operationen.⁹⁶ Die beschriebenen Missstände finden sich in der Serie mehrfach wieder: In der zweiten Folge begleiten die Zuschauer/innen den chronisch überarbeiteten Assistenzarzt Awala bei seinem ersten Nachtdienst und erleben dabei die Überlastung der Ärzteschaft sowie den auf ihren Schultern lastenden Effizienzdruck aktiv mit. Awala eilt während der Nachtschicht von einem Patienten zum nächsten: Er führt Untersuchungen durch, schaut sich Wunden an, befundet Röntgenbilder und näht im Operationssaal. Dabei kann er sich, aufgrund der Fülle an Arbeit, nicht viel Zeit für den Einzelnen nehmen und ist sichtlich übernächtigt. Als Awala sich endlich, vollkommen erschöpft, auf seine Liege fallen lässt (siehe Abb. 25), kommt direkt eine Krankenschwester ins Zimmer und verkündet, dass er nach einem weiteren Patienten sehen müsse. Dem Arzt bleibt keinerlei Zeit für eine kurze Verschnaufpause.⁹⁷ Direkt im Anschluss an die anstrengende Nachtschicht assistiert Awala dem Chefarzt bei einer Ulkusoperation und währenddessen fallen ihm beinahe die Augen zu (siehe Abb. 26). Wegen der vielen Arbeit kommt Awalas Privatleben viel zu kurz und es ist keine Seltenheit, dass der Assistenzarzt pro Nachtdienst nur rund drei

⁹³ *Sozialistische Krankenhaus Presse 6* (1971). Artikel: Arbeitskampf im Krankenhaus, S. 1.

⁹⁴ Ebd.

⁹⁵ Vgl. ebd., S. 1-5.

⁹⁶ Vgl. *Rotes Signal 9* (1971). Artikel: Krankenhausärzte wehren sich gegen katastrophale Arbeitsbedingungen, S. 6.

⁹⁷ Vgl. Folge 2, Sequenz 18-22.2.

Stunden Schlaf bekommt, am nächsten Tag jedoch trotzdem arbeiten muss.⁹⁸ Durch das Begleiten von Awala bei seiner Arbeit im Krankenhaus können die Zuschauer/innen die Arbeitsüberlastung der Ärzte aus *Der schwarze Doktor* hautnah miterleben.

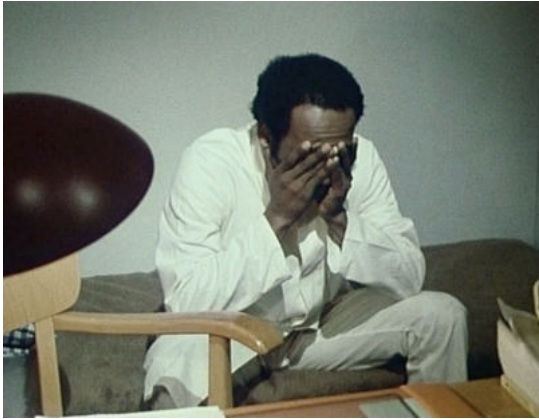


Abbildung 25: Awala ist während seines Nachtdienstes deutlich übermüdet und erschöpft, Folge 2, Sequenz 20



Abbildung 26: Awala hat während einer Operation sichtlich Mühe, sich wach zu halten, Folge 2, Sequenz 31.2

Ein Artikel des *Roten Morgen* aus dem Jahr 1971 hält die Autorenmeinung, dass es in deutschen Krankenhäusern zu wenig Ärzt/innen gibt, fest. Durch die fortwährende Überforderung und Anspannung aufgrund des Arbeitens an der Überlastungsgrenze seien die Mediziner/innen „einfach nicht mehr zu einer gründlichen Behandlung der Patienten in der Lage“.⁹⁹ Vor dem Hintergrund dieser Misstände wird 1971 in einem Zeitungsartikel zu einer Demonstration im weißen Kittel am 30. Juli desselben Jahres aufgerufen. Die konkreten Forderungen sind hierbei unter anderem: „Auf jeder Station zwei approbierte Ärzte!“, „100%ige Vergütung des Bereitschaftsdienstes!“ und „Schluss mit der Ausbeutung aller Arbeitenden!“. Das öffentlichkeitswirksame Erregen von Aufmerksamkeit sei dringend nötig, da „präzises ärztliches Handeln nicht mehr möglich ist, weil man nicht mehr voll leistungsfähig ist“.¹⁰⁰ Die hier beschriebene Überarbeitung und die daraus resultierende mangelhafte Konzentration können die Zuschauer/innen in *Der schwarze Doktor* wiederfinden, als ein Arzt äußert: „Jetzt noch so eine komplizierte Sache nach 14 Stunden Dienst! So viel Kaffee kann ich überhaupt nicht trinken, um dabei noch wach zu bleiben“. Noch deutlicher werden der Personalnotstand

⁹⁸ Vgl. Folge 2, Sequenz 30-31.2.

⁹⁹ Vgl. *Roter Morgen 11* (1971). Artikel: Ärztestreik, S. 1-2, Zitat hier auf S. 1.

¹⁰⁰ Vgl. *Sozialistische Krankenhaus Presse 6* (1971). Artikel: Arbeitskampf im Krankenhaus, S. 1-5, Zitat hier auf S. 2.

und die daraus resultierende Überlastung, als eine Krankenschwester dem Arzt ein Aufputzmittel anbietet (siehe Abb. 27), damit dieser nach seiner anstrengenden Nachtschicht weiterhin arbeitsfähig bleibt.¹⁰¹ Auch während der Visiten in *Der schwarze Doktor* können die Zuschauer/innen die erwähnten negativen Konsequenzen für die Patienten erkennen: Die Ärzte eilen zügig von Bett zu Bett, ohne auf die Bedürfnisse des Einzelnen einzugehen. Für anamnestische Fragen bleibt nicht viel Zeit und schlafende Patienten werden von den abgehetzten Medizinerinnen gar nicht erst aufgeweckt (siehe Abb. 28). Im Anschluss eilt die Visite ohne Verabschiedung aus dem Zimmer.¹⁰² Wenn sich ein Arzt, trotz des Effizienzdrucks, einmal Zeit für die Behandlungssuchenden nimmt, dann fällt dies den Patienten direkt positiv auf. So äußert ein Patient in der siebten Folge: „Der Awala, der ist ein Kumpel, mit dem kannst du reden“.¹⁰³ Aufmerksame Zuschauer/innen können an dieser Stelle schlussfolgern, dass sich die anderen Ärzte wohl keine Zeit für Gespräche mit den Patienten nehmen.



Abbildung 27: Eine Krankenschwester bietet einem übermüdeten Arzt ein Aufputzmittel an, Folge 3, Timecode 00:07:04

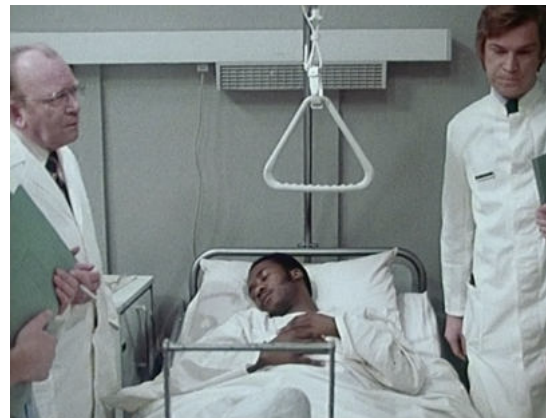


Abbildung 28: Die Ärzte nehmen sich nicht die Zeit, den schlafenden Patienten zur Visite aufzuwecken, Folge 3, Timecode 00:19:10

Die allgemeine Arbeitsüberlastung der Klinikärzt/innen führte dazu, dass im Februar des Jahres 1970 vierhundert Hamburger Hochschulärzt/innen in Form eines Streiks für mehr Rechte, mehr Geld und eine 43-Stunden-Woche kämpften. Im selben Jahr versammelten sich außerdem rund tausend bayrische Assistenzärzt/innen auf dem Königsplatz in München zu einem Tag gemeinsamen Freizeitausgleichs.¹⁰⁴ In der Serie

¹⁰¹ Vgl. Folge 3, Timecode 00:06:54-00:07:07.

¹⁰² Vgl. Folge 3, Timecode 00:17:50-00:19:25.

¹⁰³ Vgl. Folge 7, Timecode 00:04:29-00:04:34.

¹⁰⁴ Vgl. *Der Spiegel* 50 (1970). Artikel: Krankenhäuser. Die im Elend, S. 47.

kann man den ärztlichen Unmut sowie die Abneigung gegenüber der Belastung im beruflichen Umfeld wiederfinden, als ein Arzt am letzten Arbeitstag vor seinem Urlaub sagt: „So, jetzt geht’s mir viel besser: Ich werde 14 Tage lang dieses Gebäude nicht mehr sehen“.¹⁰⁵ Der stationäre Ärztemangel und die daraus resultierende Überlastung werden außerdem deutlich, als der Chefarzt betont, dass er „selbst jeden Mann [braucht]“¹⁰⁶ oder, als er während eines Gesprächs mit einem Vertreter einen Anruf erhält und zum Gesprächspartner sagt, dass dieser sich um sein Anliegen eigenständig kümmern müsse, da ihm selbst der Beruf als Klinikarzt keine Zeit lasse.¹⁰⁷ In einer anderen Sequenz äußert ein Arzt, dass er keinen Kaffee mehr sehen könne, da er während seines arbeitsintensiven Nachtdienstes mindestens 15 Tassen getrunken habe (siehe Abb. 29).¹⁰⁸

In dem oben erwähnten Zeitungsartikel *Arbeitskampf im Krankenhaus* wird auf mehrere Eskalationsstufen im Streben nach besseren Arbeitsbedingungen für Klinikärzt/innen hingewiesen: Die aufgezählten Möglichkeiten reichen von befristeten lokalen Warnstreiks über unbefristete Teilstreiks bis hin zum totalen Streik. Auch eine Massenkündigung von Ärzt/innen zum 01. Oktober 1971 wurde als Druckmittel in Erwägung gezogen. Im Artikel wird betont, dass ein Kampf der Ärzt/innen nur erfolgreich sein könne, wenn er mit den Demonstrationen der Pfleger/innen verbunden werde. Nur eine Verbesserung der Personalsituation in allen medizinischen Bereichen könne zu einer Verbesserung der Krankenversorgung in der Klinik führen.¹⁰⁹

Durch die oben erwähnten zahlreichen Demonstrationen der Klinikärzt/innen wurde zwar offiziell eine Verkürzung der Arbeitszeiten durchgesetzt, laut einer Arztaussage aus dem Jahr 1973 fanden diese sozialen Verbesserungen „teilweise allerdings nur auf dem Papier“¹¹⁰ und nicht in der Realität statt. Außerdem führten die Reduktion der Arbeitsstunden und die Einführung der Bezahlung geleisteter Überstunden zu einem weiteren Anstieg des Ärzt/innenbedarfs an Krankenhäusern.¹¹¹ Auch in der Serie reicht

¹⁰⁵ Vgl. Folge 5, Timecode 00:09:52-00:09:58.

¹⁰⁶ Vgl. Folge 6, Sequenz 11.

¹⁰⁷ Vgl. Folge 5, Timecode 00:06:09-00:06:13.

¹⁰⁸ Vgl. Folge 5, Timecode 00:08:45-00:09:02.

¹⁰⁹ Vgl. *Sozialistische Krankenhaus Presse* 6 (1971). Artikel: *Arbeitskampf im Krankenhaus*, S. 4.

¹¹⁰ Stockhausen (1973), S.93.

¹¹¹ Vgl. ebd.

die Zahl der angestellten Ärzte bei weitem nicht aus, um den vorhandenen Bedarf zu decken. So ermahnt der Chefarzt Awala, dass er als Klinikarzt nicht die Zeit habe, sich den Sorgen und Problemen der Patienten ganzheitlich zu widmen (siehe Abb. 30). Er erkennt zwar an, dass Awalas Bemühungen um die soziale Seite schätzenswert seien, betont aber nachdrücklich, dass dies ein Krankenhausbetrieb und ein Arzt kein Sozialarbeiter ist. Der Chefarzt erklärt: „Ich kann eben nicht wie Sie anscheinend dem Herrn Heiland geholfen haben, 10.000 Menschen helfen. Und außerdem: Ein Leistenbruch bleibt ein Leistenbruch und ein Blinddarm ein Blinddarm“.¹¹² Die Zuschauer/innen können anhand dieser Sequenz feststellen, dass aufgrund des Personalmangels und des daraus resultierenden Effizienzdrucks, der Fokus der Klinikärzt/innen rein auf den medizinischen Tätigkeit liegen soll und die Menschlichkeit dabei ausgeklammert werden muss.



Abbildung 29: Ein Arzt stellt eine Kaffeekanne zur Seite, da er während seines anstrengenden Nachtdienstes bereits Unmengen an Koffein zu sich genommen hat, Folge 5, Timecode 00:08:49



Abbildung 30: Der Chefarzt ermahnt Awala streng, dass man sich als Klinikarzt nicht zu viel Zeit für die Patienten nehmen könne, Folge 5, Timecode 00:38:18

Laut eines Artikels aus dem Jahr 1971 führten, neben dem Personalmangel, auch die in den ärztlichen Tätigkeitsbereich fallenden, zeitraubenden Verwaltungsaufgaben zu einer Überforderung der Berufsgruppe der Ärzt/innen. Vor diesem Hintergrund wurde am 2. August 1971 in Berlin ein Streik durchgeführt, bei dem alle Schreivarbeiten für die Verwaltung verweigert wurden. Hierzu zählten unter anderem das Ausstellen von Versicherungsgutachten, Aufnahmebescheinigungen oder Kostenübernahmen.¹¹³ Diese

¹¹² Vgl. Folge 5, Timecode 00:36:56-00:38:35.

¹¹³ Vgl. *Sozialistische Krankenhaus Presse* 6 (1971). Artikel: Arbeitskampf im Krankenhaus, S. 1-5.

Belastung der Mediziner/innen durch bürokratische Aufgaben findet in *Der schwarze Doktor* Raum: Ein Arzt beschwert sich über den maßlosen „Papierkrieg“ und äußert, dass ein Krankenhaus seinerzeit wie ein Hotel geführt werde und „möglichst hohe Rentabilität das Stichwort“ sei (siehe Abb. 31).¹¹⁴

Der Autor des ebenerwähnten Artikels machte darauf aufmerksam, dass die ärztliche Überlastung aufgrund des Personalmangels negative Auswirkungen auf die Atmosphäre im Krankenhaus hatte: „Schwestern werden angeschnauzt und die Patienten müssen es aushalten“¹¹⁵. Diese negativen Folgen für Pfleger/innen und Patient/innen werden in *Der schwarze Doktor* gezeigt: In einer Sequenz ist Awala so überlastet und erschöpft (siehe Abb. 32), dass er sich für einen Patienten mit Schmerzen am Herzen keine Zeit nimmt. Er betritt das Patientenzimmer nicht vollständig und stellt keine anamnestischen Fragen. Im Türrahmen stehend und mit dem Türgriff in der Hand, verordnet er lediglich Baldrian und eilt weiter. Daraufhin wirft Schwester Chong Hi Awala entrüstet vor, sich keine Zeit für seine Patienten zu nehmen und den Menschen zu vergessen. Awala geht nicht auf ihre Kritik ein, fragt sie nach dem Gefühlsausbruch lediglich kühl, ob sie ihm Kaffee einschenken könne und sie bittet ihn um Verzeihung.¹¹⁶



Abbildung 31: Ein Arzt echauffiert sich über die viele Papierarbeit und Bürokratie im Krankenhausbetrieb, Folge 2, Sequenz 16.



Abbildung 32: Awala ist sichtlich übermüdet, als Chong Hi ihn bittet, nach einem Patienten zu sehen, Folge 2, Sequenz 33.

Der in den 1970er Jahren an Kliniken bestehende ärztliche Personalmangel führte nicht nur zu einer stetigen Überarbeitung, sondern auch zur mangelhaften Weiterbildung

¹¹⁴ Vgl. Folge 2, Sequenz 16.

¹¹⁵ *Sozialistische Krankenhaus Presse* 6 (1971). Artikel: Arbeitskampf im Krankenhaus, S. 1.

¹¹⁶ Vgl. Folge 2, Sequenz 33-35.

junger Ärzt/innen. Aufgrund der Personalknappheit blieb kaum Zeit für Wissensvermittlung und Fortbildungen.¹¹⁷ Diese Konsequenz des Ärzt/innenmangels akzentuierte ein *Spiegel*-Autor im Jahr 1970 anhand einer Karikatur: Diese bildet zwei junge Ärzte ab, welche neben einem Sarg stehen. Die Bildunterschrift lautet: „Das ist schon unser dritter Blinddarm – bis der Chef wiederkommt, können wir's“ (siehe Abb. 33).¹¹⁸ Die Kritik an der mangelhaften Fortbildung junger Ärzt/innen können die Zuschauer/innen in *Der schwarze Doktor* entdecken. In der siebten Folge sagt der Chefarzt, welcher sich gegenüber einem anderen Arzt profilieren möchte, an seinen Assistenzarzt gewandt: „Wir haben eine gute Teamarbeit und bieten unseren jungen Leuten eine erstklassige Ausbildung: Ich lasse Sie ran wo ich kann, nicht wahr Herr Awala?“. Dieser antwortet darauf nur mit den Worten: „Ja, ja“. Dabei schaut er zu Boden und seine Hand zuckt nervös. Der Chefarzt legt mit den folgenden Worten nach: „Und jeder hat das Recht, seine Meinung frei herauszusagen“. Awala schaut daraufhin ausweichend und nachdenklich zu Boden (siehe Abb. 34).¹¹⁹ Die Zuschauer/innen können anhand von Awalas Verhalten ableiten, dass zwischen den Worten des Chefarztes und der Realität im Krankenhausalltag eine Diskrepanz zu bestehen scheint.

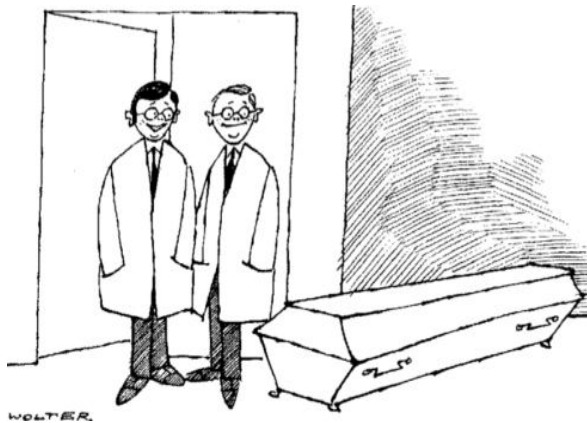


Abbildung 33: Karikatur mit der Bildunterschrift: „Das ist schon unser dritter Blinddarm – bis der Chef wiederkommt, können wir's“



Abbildung 34: Ärzte stoßen, während des Berichts des Chefarztes über die erstklassige Ausbildung seiner Assistenzärzte, an. Awala schaut dabei ausweichend zu Boden und protestiert nicht mit, Folge 7, Timecode 00:28:08

¹¹⁷ Vgl. *Sozialistische Krankenhaus Presse* 6 (1971). Artikel: Arbeitskampf im Krankenhaus, S. 1-5.

¹¹⁸ Vgl. *Der Spiegel* 50 (1970). Artikel: Krankenhäuser. Die im Elend, S. 62.

¹¹⁹ Vgl. Folge 7, Timecode 00:27:55-00:28:10.

2.4 Landärzt/innenproblematik

Die unzureichende ärztliche Versorgung im ländlichen Raum ist ein in den Medien oft diskutiertes Thema. Unter anderem aufgrund der Gegenwärtigkeit dieser Problematik wurde Ende März 2017 der *Masterplan 2020* für das deutsche Medizinstudium verabschiedet. Dieser verfolgt das Ziel, die Diskrepanz zwischen dem Stellenwert der Allgemeinmedizin in der Versorgung und ihrer Sichtbarkeit an den Universitäten zu verringern. Mit der Stärkung des Fachs in der ärztlichen Ausbildung soll das Interesse an der Allgemeinmedizin erhöht und mehr qualifizierter ärztlicher Nachwuchs für eine flächendeckende ambulante Versorgung gewonnen werden.¹²⁰

Der Mangel an Hausärzt/innen im Allgemeinen und insbesondere in ländlichen Regionen ist jedoch kein neu aufgetretenes Problem, sondern stellte die Gesellschaft bereits in den 1970er Jahren vor Herausforderungen. Der Autor Udo Schagen schrieb 1980, unter der Kapitelüberschrift *Ambulante medizinische Versorgung*, dass in der Zeit zwischen 1960 und 1979 die Anzahl an Allgemeinmediziner/innen zurückgegangen sei, während sich die Zahl der Fachärzt/innen mehr als verdoppelt habe.¹²¹ Passend dazu äußerte Paul Lüth 1972: „Für welche Epoche wir auch die Medizingeschichte durchmustern, stets erkennen wir, da[ss] allenfalls in den großen Städten Ärzte einigermaßen ausreichend zur Verfügung standen, während das Land immer unterversorgt war (und weiterhin ist)“¹²². Die medizinische Versorgung ruraler Gebiete scheint seit Jahrzehnten mangelhaft zu sein. Doch was genau sind die Gründe, die dazu führen, dass es seit jeher zu wenig Landärzt/innen gibt?

Die Ungleichverteilung von Mediziner/innen im städtischen und ländlichen Raum resultiert aus dem Zusammenwirken unterschiedlicher Faktoren, wobei folgende Entwicklungen besonders ins Gewicht fallen: Seit Jahrzehnten sinken in ruralen Gebieten die Geburten- und Bevölkerungszahlen und der Anteil an alten Menschen steigt. Diese Tendenzen verstärkten den Abwanderungswunsch junger und qualifizierter

¹²⁰ Vgl. Neustrukturierung des Medizinstudiums und Änderung der Approbationsordnung für Ärzte. Empfehlungen der Expertenkommission zum Masterplan Medizinstudium 2020. https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/7271-18.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [Stand 02.02.2022, 10:40 Uhr].

¹²¹ Vgl. Schagen (1980), S. 214-215.

¹²² Lüth (1972), S. 27.

Personen aus den ländlichen Regionen in die Ballungszentren. In der Folge lichten sich die sozialen, ökonomischen und kulturellen Infrastrukturen in diesen Gebieten, wodurch es zunehmend schwerfällt, junge Ärzt/innen für die Arbeit und das Leben auf dem Land zu gewinnen. Zusätzlich wird der Mangel an Mediziner/innen auf dem Land durch ausbleibende weiche Standortfaktoren, wie eine adäquate Beschäftigung für Lebenspartner/innen, Kinderbetreuung und Kulturangebote, verstärkt.¹²³

In den 1970er Jahren war die Niederlassung als Allgemeinmediziner/in in einem ruralen Gebiet für viele junge Ärzt/innen unattraktiv, da die Verdienstmöglichkeiten unzureichend waren. Nach Aussage des Autors Ulf Böge von 1973 benötigte ein/e Landarzt/in zur Erzielung des gleichen Einkommens wie ein/e Kolleg/in in einer Stadtpraxis ein Mehrfaches an Zeit, da die Patient/innen hauptsächlich in deren häuslicher Umgebung behandelt wurden und nicht in den Praxisräumen. Dabei ist die „Abgeltung der ärztlichen Hausbesuche durch Wegegebühren [...] nach anerkannter Auffassung unzureichend und verzerrt das Leistungsgefüge zu Ungunsten des Landarztes“.¹²⁴ Aus einer Tabelle aus dem Jahr 1979 geht hervor, dass zwischen den Einkommen verschiedener ärztlicher Fachdisziplinen erhebliche Unterschiede bestanden. Während das Bruttoeinkommen einer Laborärztin bzw. eines Laborarztes 339.123 DM betrug, lag das Bruttoeinkommen einer Allgemeinmedizinerin bzw. eines Allgemeinmediziners bei 129.100 DM jährlich. Auch das Jahresbruttogehalt von Orthopäd/innen, Radiolog/innen, Internist/innen und Urolog/innen lag mit zum Teil weit über 160.000 DM beträchtlich über dem einer Allgemeinmedizinerin bzw. eines Allgemeinmediziners.¹²⁵ Udo Schagen schrieb dazu im Jahr 1980: „Durch die Höhe der möglichen Einkommen bei Niederlassung in eigener Praxis auch in den ohnedies bevorzugten Großstadtzentren werden [...] ärztliche Tätigkeitsfelder, [...] die in weniger attraktiven Gebieten liegen, konkurrenzunfähig“¹²⁶. Daraus ergab sich „der bekannte Ärztemangel [...] auf dem Lande und in den Stadtrandgebieten“¹²⁷. Wie später unter anderem im Vorspann der Serie *Patienten* zu sehen sein wird, führte dieser Mangel an

¹²³ Vgl. Arentz (2017), S. 26-28.

¹²⁴ Vgl. Böge (1973), S. 60-61, Zitat hier auf S. 60.

¹²⁵ Vgl. Schagen (1980), S. 207.

¹²⁶ Ebd., S. 221.

¹²⁷ Ebd.

Landärzt/innen zu stets überfüllten Wartezimmern der vorhandenen Praxen. Daraus resultierten für die Behandlungssuchenden neben langen Wartezeiten auch enge Zeitfenster für den Mediziner/innenkontakt (siehe Kapitel 3.1).

Nach Aussage des 2017 im Bayerischen Rundfunk ausgestrahlten Beitrags *Ärztmangel 1973. Schon damals gab es zu wenig Landärzte* stand im Jahr 1973 in Großstädten für 500 Einwohner/innen ein/e frei praktizierende/r Ärzt/in zur Verfügung, in Bayern dagegen kam ein/e Ärzt/in auf 1147 Einwohner/innen. Das war jedoch ein Durchschnittswert und so habe es auch entlegene Gebiete gegeben, wo ein/e Ärzt/in für 1600 Einwohner/innen verantwortlich gewesen sei. Laut des Fernsehbeitrags war in den 1970er Jahren der Gesundheitszustand der Landbevölkerung schlechter als jener der Stadtbewohner, da sie „den Besuch beim Arzt [...] so lange wie möglich hinaus[schieben], weil sie die lange Anfahrt scheuen und das stundenlange Warten in meist überfüllten Wartezimmern“.¹²⁸ In *Der schwarze Doktor* kann die Problematik des Landarztmangels besonders in der Folge *Awala muß aufs Land* sichtbar werden. Hier bekommt Awala die Überlastung der Landärzteschaft am eigenen Leib zu spüren, da der Schwager des Chefarztes, Landarzt Dr. Göttgen (siehe Abb. 35), vollkommen überarbeitet und physisch so ausgelaugt ist, dass Awala ihn vertreten muss. Nach Aussage der Serie ist die Anzahl der Patient/innen pro Landarzt nicht tragbar und so sagt der Chefarzt über seinen Schwager: „Der schuftet sich nochmal zu Tode“¹²⁹ und die Chefarztschwester sagt über ihren Ehemann: „Er ist am Ende“¹³⁰. Auch Dr. Göttgen selbst nimmt sein Arbeitspensum als Landarzt als sehr belastend wahr und bedauert, dass „einem die Dinge über den Kopf wachsen“. Seine Ehefrau und sein Schwager reden ihm bezüglich seiner enorm hohen Arbeitsauslastung heftig ins Gewissen und der Chefarzt mahnt: „Du kannst auch nicht so weitermachen und warten bis du zusammengebrochen bist“. Außerdem fragt er ihn nachdrücklich: „Wie lange willst du eigentlich noch so weitermachen?“. Daraufhin antwortet zunächst die Landarztehefrau, an dessen Stelle, mit den Worten: „Bis er endgültig auf der Nase liegt“. Der

¹²⁸ Vgl. Beitrag des *BR Fernsehen*: *Ärztmangel 1973. Schon damals gab es zu wenig Landärzte*, in: *Unser Land*. <https://www.br.de/mediathek/video/aerztmangel-1973-schon-damals-gab-es-zu-wenig-landaerzte-av:59b2b68f7f8b1300120acfc0> [Stand 02.02.2022, 13:30 Uhr].

¹²⁹ Vgl. Folge 6, Sequenz 5.

¹³⁰ Vgl. Folge 6, Sequenz 8.

Allgemeinmediziner selbst geht nicht auf die Sorgen bezüglich seiner Überarbeitung ein, sondern erklärt lediglich: „Ich hab 4000 Patienten, die brauchen mich“.¹³¹ Durch diese Aussage können die Zuschauer/innen nachvollziehen, dass die Anzahl an Patient/innen sehr hoch ist (siehe Abb. 36) und Dr. Göttgen gleichzeitig ein starkes Verantwortungsgefühl gegenüber den Behandlungssuchenden verspürt. Die psychische Belastung durch das ärztliche Verantwortungsgefühl kann den Zuschauer/innen auch während eines Gesprächs unter Allgemeinmediziner, auf einer vom Chefarzt ausgerichteten Feier, ersichtlich werden. Hier erklärt ein Landarzt: „Eigentlich hat man immer ein schlechtes Gewissen, wenn man mal weggeht. Überhaupt bei uns in der Provinz: Wir sind viel zu wenige. Man kann den Leuten einfach nicht so gerecht werden, wie man es gerne möchte“.¹³² Diese Überlastung der Hausarzt/innen durch einen, aufgrund des Mangels an Allgemeinmediziner/innen, viel zu großen Patient/innenstamm wird später auch noch in der Serie *Patienten* zu sehen sein (siehe Kapitel 3.1).



Abbildung 35: Der überarbeitete Landarzt Dr. Göttgen muss eine Pause einlegen, da er frische Luft braucht. Sein Schwager hilft ihm beim Aussteigen aus dem Auto, Folge 6, Sequenz 6



Abbildung 36: Im überfüllten Wartezimmer der Landarztpraxis gibt es nicht genug Sitzplätze für die große Menge an Behandlungssuchenden, Folge 6, Sequenz 13

Der Beitrag des *BR Fernsehen* namens *Ärztmangel 1973* betont außerdem, dass, aufgrund der geringeren Einwohner/innendichte auf den Dörfern, ein Landarzt „bei seinen Krankenbesuchen [...] oft abenteuerliche Wege machen [musste], um auch die

¹³¹ Vgl. ebd.

¹³² Vgl. Folge 7, Timecode 00:26:00-00:26:12.

abgelegensten Höfe zu erreichen“.¹³³ Es ist augenfällig, wie sehr sich diese Beschreibung mit dem Serieninhalt deckt, denn es gibt mehrere Sequenzen, in denen Awala, auf dem Weg zu Hausbesuchen, auf unbefestigten Straßen fahren muss (siehe Abb. 37). Dabei kommt er hauptsächlich an Wäldern und Wiesen vorbei und ihm begegnen gleich mehrere Traktoren, was die Ländlichkeit der Region untermauert (siehe Abb. 38).¹³⁴



Abbildung 37: Awala fährt von einem Hausbesuch zum nächsten und bleibt beim Wenden mit seinem Auto im Schlamm stecken, Folge 6, Sequenz 25



Abbildung 38: Awala hat sich auf dem Weg zu einem Hausbesuch verfahren. Er betrachtet eine Landkarte während im Hintergrund ein Traktor vorbeifährt, Folge 6, Sequenz 15

Laut des Beitrags des *BR Fernsehen* regelte bis 1960 die Reichsversicherungsordnung, was unter „ausreichend medizinisch versorgt“ zu verstehen war. Sie schrieb für je 500 Sozialversicherte eine/n Ärzt/in vor. Seit das Bundesverfassungsgericht jedoch entschieden hat, dass sich Mediziner/innen, ohne Rücksicht auf die Zahl der Sozialversicherten, niederlassen können wo sie wollen, ziehe es die meisten Ärzt/innen unaufhaltsam in die Stadt. Der Beitrag beleuchtet auch das Problem, dass der Altersdurchschnitt der Landärzt/innen sehr hoch ist: „Die meisten Landärzte sind über 55 Jahre alt. In den nächsten 10 Jahren werden 25.000 Allgemeinärzte aus Altersgründen in den Ruhestand treten. Das sind Dreiviertel aller Haus- und Landärzte“.¹³⁵ Die Thematik des Nachwuchsproblems findet sich in *Der schwarze Doktor* mehrfach wieder. So fällt in der siebten Folge, in einem Gespräch über die medizinische

¹³³ Vgl. Beitrag des *BR Fernsehen*: Ärztemangel 1973. Schon damals gab es zu wenig Landärzte, in: Unser Land. <https://www.br.de/mediathek/video/aerztemangel-1973-schon-damals-gab-es-zu-wenig-landaerzte-av:59b2b68f7f8b1300120acfc0> [Stand 02.02.2022, 13:30 Uhr].

¹³⁴ Vgl. Folge 6, Sequenz 15 und 25.

¹³⁵ Vgl. Beitrag des *BR Fernsehen*: Ärztemangel 1973. Schon damals gab es zu wenig Landärzte, in: Unser Land. <https://www.br.de/mediathek/video/aerztemangel-1973-schon-damals-gab-es-zu-wenig-landaerzte-av:59b2b68f7f8b1300120acfc0> [Stand 02.02.2022, 13:30 Uhr].

Versorgung auf dem Land, der Satz: „Viele Ärzte arbeiten da hart an der Altersgrenze“.¹³⁶ In Folge sechs fragt der Landarzt Dr. Göttgen Awala, ob er Lust hätte, nach der Klinik zu ihm aufs Land zurückzukommen (siehe Abb. 39): „Sie haben doch gesehen: In meiner Praxis gibt es Arbeit für zwei“. Die Dringlichkeit seines Wunsches nach Entlastung durch einen jungen Kollegen bzw. Nachfolger unterstreicht er mit den Worten: „Ich sage das aus purem Egoismus“.¹³⁷

Um den Mangel an Hausärzt/innen auf dem Land auszugleichen wurden in den 1970er Jahren Ausländer/innen in ländlichen, strukturschwachen Gegenden Arbeitsmöglichkeiten angeboten. Man versuchte, es den Einwander/innen möglichst schmackhaft zu machen, als Ärzt/in in einer kleinen Gemeinden tätig zu werden, eine bestehende Hausärzt/innenpraxis zu übernehmen oder eine eigene neu zu etablieren.¹³⁸ Laut dem *BR Fernsehen* praktizierten im Jahr 1973 zahlreiche ausländische Ärzt/innen in deutschen Dörfern, diese kamen vor allem aus Ägypten, Indien und Griechenland. Viele Dörfer versuchten, Ärzt/innen mit der Aussicht auf günstige Gemeindegrundstücke anzuwerben. Laut des Berichts hat das „Feilschen um den Arzt [...] in manchen Gemeinden geradezu groteske Formen angenommen“. In dem Beitrag wird ein Bürgermeister interviewt, welcher betont, dass er bereit sei, viel Geld zur Verfügung zu stellen, um eine/n Ärzt/in für seine Gemeinde zu gewinnen. Er erklärt: „Für uns ist es ja das Wichtigste, einen Arzt zu bekommen“.¹³⁹ Auch in der Serie scheint es zunächst unmöglich, eine Vertretung für den überarbeiteten Landarzt Dr. Göttgen zu finden, bis der Chefarzt beschließt, den aus Afrika stammenden Assistenzarzt Awala zu schicken, um seinen Schwager zu entlasten (siehe Abb. 40). Als die Chefarztschwester sich daraufhin erkundigt, ob er ein „Neger“ sei, erklärt ihr Bruder: „Ihr werdet euch da draußen sowieso daran gewöhnen müssen, dass die Ärzte demnächst aus Afrika, Persien, Pakistan, der Türkei oder sonst woher kommen“.¹⁴⁰

¹³⁶ Vgl. Folge 7, Timecode 00:26:18-00:26:22.

¹³⁷ Vgl. Folge 6, Sequenz 28.

¹³⁸ Vgl. Moser-Weithmann (2013), S. 313.

¹³⁹ Vgl. Beitrag des *BR Fernsehen*: Ärztemangel 1973. Schon damals gab es zu wenig Landärzte, in: Unser Land. <https://www.br.de/mediathek/video/aerztemangel-1973-schon-damals-gab-es-zu-wenig-landaerzte-av:59b2b68f7f8b1300120acfc0> [Stand 02.02.2022, 13:30 Uhr].

¹⁴⁰ Vgl. Folge 6, Sequenz 11.



Abbildung 39: Awala fühlt sich sehr geschmeichelt, als Dr. Götting ihm anbietet, nach der Ausbildung zu ihm in die Landarztpraxis zurückzukommen, Folge 6, Sequenz 28



Abbildung 40: Awala wird von Anne Götting in der Hausarztpraxis begrüßt, bekommt einen weißen Kittel und beginnt direkt mit der Arbeit, Folge 6, Sequenz 14

Ein weiterer Grund für den Landarzt/innenmangel der 1970er Jahre war, dass eine Niederlassung auf dem Land für viele junge Mediziner/innen unattraktiv war, da von Hausarzt/innen eine ständige Einsatzbereitschaft erwartet wurde. Wie später noch in einer Folge der Serie *Patienten* zu sehen sein wird, mussten Allgemeinmediziner/innen durchaus auch mitten in der Nacht zu ihren Patient/innen nach Hause fahren, wenn diese medizinische Hilfe benötigten (siehe Kapitel 3.1). Dazu schrieb der Autor Ulf Böge im Jahr 1973, dass viele Landarzt/innen psychisch ausgelaugt waren, da es zu wenige ärztliche Vertreter/innen gab und die Mediziner/innen deshalb ständige Bereitschaft „auch nachts und am Wochenende“¹⁴¹ leisten mussten. Viele Allgemeinmediziner/innen bedauerten, dass ihnen aufgrund des hohen Arbeitspensums nicht viel Zeit für die einzelnen Patient/innen zur Verfügung stand.¹⁴² Im Jahr 1972 betrug die durchschnittliche Fallzahl pro Allgemeinmediziner/in in Deutschland allein in einem Quartal 1.114. Im Zeitraum von drei Monaten führte ein/e Hausarzt/in im Durchschnitt 2.902 Beratungen und 435 Hausbesuche durch. Bei 65 Sprechstundentagen im Quartal bedeutete das 44,7 Beratungen und 6,7 Hausbesuche täglich.¹⁴³ Diese ständige Einsatzbereitschaft eines Landarztes, auch in dessen Freizeit, wird in der Serie unter anderem deutlich, als Dr. Götting, während eines Spaziergangs mit seinem Schwager, zu einem dringenden Hausbesuch gerufen wird (siehe Abb. 41). Per Autofunk erhält er

¹⁴¹ Böge (1973), S. 60.

¹⁴² Vgl. ebd., S. 54-61.

¹⁴³ Vgl. Schagen (1980), S. 203.

die Nachricht, dass sich ein Patient ins Bein gehackt habe und umgehend ärztliche Hilfe benötige. Der Landarzt muss den gemeinsamen Spaziergang sofort unterbrechen und sich auf den Weg zu seinem Patienten machen.¹⁴⁴ Auch die Familie des Landarztes leidet unter dessen hohem Arbeitspensum und der ständigen Rufbereitschaft. Seine Ehefrau sagt zu diesem Thema: „Ich bin ja schon froh, wenn wir mal alle gleichzeitig am Tisch sitzen können“. Wenige Sekunden nachdem sie diesen Satz ausgesprochen hat, muss Dr. Göttgen allerdings vom gemeinsamen Kaffeetrinken aufstehen, da er zu einem Hausbesuch gerufen wird (siehe Abb. 42).¹⁴⁵



Abbildung 41: Dr. Göttgen erhält, während eines Spaziergangs, per Autofunk die Information, dass er sofort zu einem Patienten nach Hause fahren müsse, da dieser schwer verletzt sei, Folge 6, Sequenz 6



Abbildung 42: Dr. Göttgen muss vom gemeinsamen Kaffeetrinken mit der Familie aufstehen, da er zu einem Hausbesuch gerufen wird, Folge 6, Sequenz 8

Die fehlende Abgrenzung zwischen Beruf und Freizeit aufgrund der ständigen Einsatzbereitschaft eines Hausarztes wird in *Der schwarze Doktor* erkennbar, als Chong Hi Awala auf dem Land besucht und er nahezu keine Zeit für sie hat. Kaum ist Chong Hi angekommen, empfängt Anne Göttgen die beiden bereits am Gartentor mit den Worten „aber jetzt kommt wieder der schreckliche Beruf“ (siehe Abb. 43). Sie erzählt, dass eine Hebamme Awalas Hilfe bei einer Geburt benötige, woraufhin sich der Arzt direkt auf den Weg zum Haus der gebärenden Patientin macht.¹⁴⁶ Letztlich reist Chong Hi ab, ohne wirklich Zeit mit Awala verbracht zu haben, da viele Patient/innen dessen Hilfe auch

¹⁴⁴ Vgl. Folge 6, Sequenz 6.

¹⁴⁵ Vgl. Folge 6, Sequenz 8.

¹⁴⁶ Vgl. Folge 6, Sequenz 20.

außerhalb der Praxiszeiten beanspruchen. Häufig wird er nach Feierabend noch zu Hausbesuchen gerufen (siehe Abb. 44) und muss generell ständig einsatzbereit sein.¹⁴⁷



Abbildung 43: Chong Hi wird von Anne Göttgen in Empfang genommen, da Awala zu einer Geburt gerufen wird, Folge 6, Sequenz 20



Abbildung 44: Anne Göttgen blickt nach Feierabend verwundert auf die Uhr, da Awala noch nicht von einem Hausbesuch zurückgekommen ist, Folge 6, Sequenz 21.3

Die Niederlassung als Allgemeinärzt/in auf dem Land war und ist für viele junge Mediziner/innen nicht attraktiv, da an den Beruf der Hausärztin bzw. des Hausarztes ein hohes Anforderungsspektrum gestellt wird. Ein Teil der Patient/innen kommt mit gastrointestinalen Störungen oder leichten Erkrankungen der oberen Atemwege in die Allgemeinarztpraxis. Andere Behandlungssuchende konsultieren ihren Arzt wegen chronischer Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparates oder Hypertonie. Wieder andere leiden unter Anämie oder psychischen Problemen. An den/die Hausärzt/in wird der Anspruch gestellt, lapidare Befindlichkeitsstörungen von lebensgefährlichen Zuständen wie einer Appendizitis, einer Lungenentzündung oder einem Herzinfarkt unterscheiden zu können. Das Leistungsspektrum reicht von Beratungen, Untersuchungen und Injektionen über Elektrokardiogramm bis hin zu klinisch-chemischen Analysen. Nach Untersuchungen von Udo Schagen aus dem Jahr 1980 erbringt „die jeweils gleiche Anzahl von 30 Ärzten auf dem Land fast doppelt so viele Leistungen [...] wie in der Großstadt“¹⁴⁸. Dies liege daran, dass in den Städten mehr Fachärzt/innen ansässig seien und die urbanen Hausärzt/innen ihre Patient/innen im Zweifelsfall schneller an eine/n nahegelegene/n Fachärzt/in überweisen würden. Im ländlichen Raum jedoch sei die Dichte an Fachärzt/innen deutlich niedriger und deshalb

¹⁴⁷ Vgl. Folge 6, Sequenz 27.

¹⁴⁸ Schagen (1980), S. 202.

würden viele Hausärzt/innen die Patient/innen eher selbst behandeln, anstatt sie zu einer weit entfernten Spezialistin bzw. zu einem weitentfernten Spezialisten zu schicken. Dadurch steige nicht nur ihr Arbeitspensum, sondern auch die Notwendigkeit an Fachwissen in verschiedenen medizinischen Bereichen.¹⁴⁹ Das hohe Anforderungsspektrum an den Beruf der Hausärztin bzw. des Hausarztes wird in *Der schwarze Doktor* ersichtlich: Die medizinischen Fähigkeiten, welche Dr. Göttgen und Awala täglich abverlangt werden, decken ein breites Spektrum ab. Beispielsweise versorgt Dr. Göttgen die schwere offene Beinverletzung eines Patienten¹⁵⁰ (siehe Abb. 45) und Awala untersucht den ausgeprägten Dekubitus eines verwirrten Mannes (siehe Abb. 46). Die Angehörigen des Patienten sind mit der Pflege überfordert und wissen nicht, wie sie mit der wundgelegenen Verletzung umgehen sollen.¹⁵¹ Außerdem näht Awala nach einer Hausgeburt den Dammriss einer Patientin in häuslicher Umgebung (siehe Abb. 47), weil die Frau nicht ins Krankenhaus möchte, da sie sich um ihre Kinder kümmern muss.¹⁵² Auch das Feststellen des Ablebens von Patient/innen fällt in Awalas Tätigkeitsbereich (siehe Abb. 48).¹⁵³



Abbildung 45: Dr. Göttgen versorgt das schwer verletzte Bein eines Patienten, Folge 6, Sequenz 7



Abbildung 46: Awala kümmert sich um einen alten und verwirrten Patienten mit ausgeprägtem Dekubitus, Folge 6, Sequenz 16

¹⁴⁹ Vgl. ebd., S. 200-204.

¹⁵⁰ Vgl. Folge 6, Sequenz 7.

¹⁵¹ Vgl. Folge 6, Sequenz 16.

¹⁵² Vgl. Folge 6, Sequenz 22.1-22.2.

¹⁵³ Vgl. Folge 6, Sequenz 26.



Abbildung 47: Awala näht den Dammriss einer Patientin in häuslicher Umgebung, Folge 6, Sequenz 22.2



Abbildung 48: Awala stellt während eines Hausbesuchs den Tod eines Patienten fest, Folge 6, Sequenz 26

Besonders betont werden soll an dieser Stelle, dass die sechste Folge, welche sich rund um die medizinische Unterversorgung ruraler Gebiete in Deutschland dreht, die einzige Folge von *Der schwarze Doktor* darstellt, welche nicht mit einem Dokumentationsteil endet. Normalerweise folgt, wie in Kapitel 2.1 bereits erläutert, auf jeden Hauptteil der Serie eine kurze Dokumentation, die immer mit den Worten „Dazu ein Blick nach Afrika“ beginnt. Bei der Landarztthematik scheint dieser Realitätsabgleich mit Afrika nicht nötig, um die Problematik zu untermauern, da die Lage in Deutschland bereits dramatisch genug zu sein scheint. Noch deutlicher hervorgehoben wird die Gegenwärtigkeit der Landarztproblematik in Deutschland durch Awalas Worte: „Ich habe auch gemerkt, dass hier in Deutschland manches sehr schlimm ist, manches ist schlimmer als bei mir zu Hause: Hier in Deutschland geht die ganze ärztliche Versorgung auf dem Lande kaputt“. Dr. Göttgen bekräftigt diese Aussage mit den Worten: „Ja, wir haben wirklich Gegenden, die ärztlich überhaupt nicht versorgt sind“.¹⁵⁴

¹⁵⁴ Vgl. Folge 6, Sequenz 28.

2.5 Berufsprestige der Ärzt/innenschaft

Laut Untersuchungen und Meinungsumfragen genossen Ärzt/innen während der 1970er Jahre ein sehr hohes Ansehen in der Bevölkerung.¹⁵⁵ Im Jahr 1967 schrieb der Autor Heinz-Dietrich Ortlieb, dass hinter dieser besonderen gesellschaftlichen Wertschätzung unter anderem die Annahme stehe, die Berufsgruppe der Mediziner/innen verfüge über ein allumfassendes Wissen. Diese Vermutung fuße darauf, dass die Ärzt/innen ein geistig sehr anspruchsvolles Studium absolvierten und „schiefer unbegrenzt schwierig erscheinende[...] Examina“¹⁵⁶ bestehen mussten.¹⁵⁷ Der hohe Schwierigkeitsgrad der ärztlichen Ausbildung wird in *Der schwarze Doktor* abgebildet. Zu Beginn der Serie steht Awala kurz vor dem Abschluss seines Medizinstudiums und befindet sich somit inmitten der Lernphase für das Staatsexamen. Der Druck, der auf dem Studenten lastet, ist groß und wird der Zuschauer/innenschaft durch die angespannte Grundhaltung Awalas erfahrbar gemacht: Der angehende Arzt wirkt nervös und durchgehend angespannt. So vergisst er, aufgrund des Lernstressses, eine Verabredung mit seiner Freundin Elisabeth. Als diese bei ihm auftaucht, während er gerade lernt, reagiert er übermäßig gereizt: „Wolltest du heute kommen? [...] Elisabeth, ich habe bald Prüfung!“. Er schlägt sich gegen den Kopf und sagt verzweifelt: „Hier: alles leer! Bitte lass mich alleine, ich MUSS lernen“. Dass er trotz der intensiven Vorbereitung (siehe Abb. 49) großen Respekt vor dem fordernden Examen hat, können die Zuschauer/innen erkennen, als er über seine Versagensängste spricht: „Ich weiß nichts mehr, gar nichts mehr!“. Noch deutlicher wird der auf den Schultern des späteren Arztes lastende Druck, als Awala in Bezug auf sein Staatsexamen äußert: „Ich habe Angst“ (siehe Abb. 50).¹⁵⁸

¹⁵⁵ Vgl. Stockhausen (1973), S. 89.

¹⁵⁶ Ortlieb (1967), S. 437.

¹⁵⁷ Vgl. ebd.

¹⁵⁸ Vgl. Folge 1, Timecode 00:17:56-00:20:26.



Abbildung 49: Awala verbringt viele Stunden an seinem Schreibtisch, um sich intensiv auf das anspruchsvolle Staatsexamen vorzubereiten, Folge 1, Timecode 00:16:39



Abbildung 50: Aufgrund der Fülle an Lernstoff ist Awala verzweifelt. Seine Freundin Elisabeth versucht, ihn zu ermutigen, Folge 1, Timecode 00:20:16

Gefestigt habe sich das Berufsprestige der Ärzt/innen auch durch das Verwenden „einer Sprache, die für einen gewöhnlichen Sterblichen kaum verständlich“¹⁵⁹ war. Falls die Mediziner/innen das „Schweigen de[r] Weisen“¹⁶⁰ überhaupt einmal brachen, dann mit diagnostischen Äußerungen in abgehobener Fachsprache. Die Berufsgruppe drückte sich sprachlich so gewählt aus, dass der Inhalt für die Patient/innen meist nicht zu verstehen war. Dabei gelang es den Ärzt/innen oft, „den höchsten Grad sprachlicher Geheimnisstufe zu erreichen“¹⁶¹ und sich dadurch von den Patient/innen abzugrenzen sowie ihr Berufsprestige weiter zu festigen.¹⁶² Die hier dargelegte sprachliche Abgrenzung der Mediziner/innen von den Behandlungssuchenden wird später auch noch in der zweiten Folge der Serie *Patienten* zu sehen sein (siehe Kapitel 3.4). In *Der schwarze Doktor* findet man sie unter anderem wieder, als der Chefarzt, in Anwesenheit eines Patienten, äußert, dass es sich bei diesem seiner Meinung nach um einen typischen Fall von „Aggravation“ handeln würde (siehe Abb. 51).¹⁶³ Dass er die Unterstellung, der Behandlungssuchende würde in Bezug auf die Schwere seiner Krankheitssymptome übertreiben, vor dem Patienten äußert, macht deutlich, dass er davon ausgeht, dass der Behandlungssuchende den von ihm gewählten Fachterminus „Aggravation“ sowieso nicht versteht. Er nutzt seinen Wissensvorsprung gegenüber

¹⁵⁹ Ortlieb (1967), S. 437.

¹⁶⁰ Ebd.

¹⁶¹ Ebd.

¹⁶² Vgl. ebd.

¹⁶³ Vgl. Folge 3, Timecode 00:17:51-00:18:18.

dem Patienten also aus, um in dessen Anwesenheit abwertend über ihn sprechen zu können und stellt durch das Verwenden der Fachsprache eine Distanz zum Behandlungssuchenden her.

Auch das gesellschaftliche Gefühl, im täglichen Leben existenziell von der Berufsgruppe abhängig zu sein, habe das Prestige der Mediziner/innen bedingt.¹⁶⁴ In der Serie wird diese Abhängigkeit ersichtlich, als Awala selbst Patient im Krankenhaus ist: Sein Zimmernachbar Herr Nehmetz, der zu diesem Zeitpunkt noch nicht weiß, welchen Beruf Awala ausübt, rät ihm, sich mit den Ärzten gut zu stellen (siehe Abb. 52), da man als Patient auf deren Gunst angewiesen sei.¹⁶⁵



Abbildung 51: Der Chefarzt sagt in Anwesenheit des Patienten über diesen: „Typischer Fall von Aggravation, milde ausgedrückt“, Folge 3, Timecode 00:18:10



Abbildung 52: Herr Nehmetz erklärt Awala, dass man im Krankenhaus stark von der Gunst der behandelnden Ärzte abhängig sei, Folge 3, Timecode 00:16:09

Aus der Publikation *Die 68er und die Medizin* von Ralf Forsbach geht hervor, dass Mediziner/innen zur damaligen Zeit als „Halbgött/innen in Weiß“ galten und ein hohes gesellschaftliches Ansehen genossen. Seinerzeit hätten die Medizinkritiker das allgemeingültige Bild der Ärzt/innen als unnahbare Respektspersonen strikt abgelehnt und ein gesellschaftliches Umdenken in Bezug auf das Berufsprestige gefordert.¹⁶⁶ Die Ansicht, dass die Mediziner/innenschaft in den 1970er Jahren eine hohe soziale Achtung genoss, vertrat auch der Autor Paul Lüth: Im Jahr 1972 schrieb er, dass Ärzt/innen ein „nicht selten ins Wahnhafte“¹⁶⁷ ausuferndes Selbstbewusstsein hatten, dessen Wurzeln man bis in die Antike zurückverfolgen konnte. Das Elitedenken sowie die hohe

¹⁶⁴ Vgl. Ortlieb (1967), S. 437.

¹⁶⁵ Vgl. Folge 3, Timecode 00:16:07-00:17:01.

¹⁶⁶ Vgl. Forsbach (2011), S. 13-16.

¹⁶⁷ Lüth (1972), S. 20.

gesellschaftliche Achtung der Mediziner/innenschaft habe sich im Laufe der Zeit immer weiter gefestigt.¹⁶⁸ Wie hoch das Berufsprestige der Behandelnden in *Der schwarze Doktor* ist, wird unter anderem daran ersichtlich, dass Awalas Zimmernachbar, Herr Nehmetz, seinen Mitpatienten sofort siezt, als er erfährt, dass Awala Arzt ist (siehe Abb. 53). Plötzlich spricht er nicht mehr in der dritten Person über ihn und bezeichnet ihn dabei als „Lumumba“, sondern spricht ihn mit „Herr Doktor“ an und erkundigt sich nach seinem richtigen Namen. Außerdem sagt er: „Jessas, Maria! Das ist ein Doktor! Also mit einem Doktor habe ich noch nie zusammengelegt. [...] Na, das wird einen Wirbel geben, wenn sie das erfahren, die Herrn Kollegen“.¹⁶⁹ Daran können die Zuschauer/innen erkennen, dass Awalas soziales Ansehen allein durch die Tatsache, dass er den prestigeträchtigen Beruf des Arztes ausübt, um ein Vielfaches steigt. Dieser Eindruck kann sich weiter festigen, als eine Krankenschwester Herrn Nehmetz nicht glauben möchte, dass Awala wirklich Arzt ist.¹⁷⁰ Genau wie Herr Nehmetz schwenkt auch der Chefarzt umgehend vom Duzen aufs Siezen um, als er mitbekommt, dass Awala Mediziner ist. Er schüttelt ihm sogleich die Hand (siehe Abb. 54), nennt ihn von nun an „Herr Kollege“ und stellt ihm sein ärztliches Team vor. Ab dem Moment, indem bekannt wird, dass Awala Arzt ist, nehmen sich die Mediziner deutlich mehr Zeit für Awala als für die anderen Patienten: Ihm wird erläutert, was er für Brüche hat und er bekommt die Röntgenaufnahmen erklärt. Der Chefarzt fragt Awala, wieso er sich nicht früher gemeldet habe und verkündet: „Wir legen Sie natürlich in ein Einzelzimmer“.¹⁷¹ Die Zuschauer/innen können hieran erkennen, dass das hohe soziale Ansehen des Ärzt/innenberufs dazu führt, dass Awala im Vergleich zu den anderen Patienten deutlich privilegiert behandelt wird.

¹⁶⁸ Vgl. ebd.

¹⁶⁹ Vgl. Folge 3, Timecode 00:23:08-00:23:27.

¹⁷⁰ Vgl. Folge 3, Timecode 00:25:03-00:25:10.

¹⁷¹ Vgl. Folge 3, Timecode 00:29:03-00:30:00.



Abbildung 53: Die Information, dass Awala Arzt ist, erstaunt Herrn Nehmetz sichtlich, Folge 3, Timecode 00:23:10



Abbildung 54: Der Chefarzt streckt Awala seine Hand entgegen, als er erfährt, dass dieser Arzt ist und spricht ihn mit „Herr Kollege“ an, Folge 3, Timecode 00:29:28

Das Berufsprestige der Ärzte aus *Der schwarze Doktor* wird außerdem durch eine prunkvolle, vom Chefarzt für seine Kollegen ausgerichtete, Feier verbildlicht. Auf dieser tragen alle Anwesenden feinste Kleider bzw. Anzüge (siehe Abb. 55) und es gibt ein üppiges Büffet mit teuren Speisen (siehe Abb. 56). Die Prestigeträchtigkeit der Veranstaltung wird durch die Aussage des Chefarztsohns, der von der Feierlichkeit wenig zu halten scheint, verbalisiert. Er sagt: „Wo wollen wir hin? In die Küche? Da draußen sind so viele bedeutende Menschen“. Awala wirkt in der Gesamtszenarie eher deplatziert und fühlt sich sichtlich unwohl. Auch seine Mimik untermalt, dass er das Ausmaß der Veranstaltung als übertrieben wahrnimmt: Die Kamera fängt eine Nahaufnahme seines Gesichts ein, als er, beim Anblick des üppigen Buffets, die Stirn irritiert in Falten legt.¹⁷² Awala scheint, als nicht in Deutschland kultivierter Arzt, noch den nötigen Abstand zu haben, um zu erkennen, dass ein solcher Überfluss an Maßlosigkeit grenzt, während sich die anderen Ärzte schon an ihren komfortablen sozialen Stand und die damit verbundenen Annehmlichkeiten im Alltag gewöhnt zu haben scheinen.

¹⁷² Vgl. Folge 7, Timecode 00:24:03-00:34:42.



Abbildung 55: Die Gäste des Chefarztes tragen ausnahmslos teure Kleider und feine Anzüge, Folge 7, Timecode 00:30:31



Abbildung 56: Auf der Feierlichkeit gibt es erstklassiges Essen wie Fasanenbraten sowie alkoholische Getränke im Überfluss, Folge 7, Timecode 00:25:14

Laut der Dokumentation am Ende der vierten Folge sei das Ärztebild in Deutschland um ein Vielfaches prestigebefahreter als in Afrika. Ein Arzt in Afrika sei nicht Spezialist, sondern „Ausbilder vieler Helfer“ (siehe Abb. 57). Im Kontrast dazu trete ein Arzt in Deutschland als „unnahbare Respektsperson“ auf (siehe Abb. 58).¹⁷³ Auch der an Folge sieben angehängte „Blick nach Afrika“ betont, dass zwischen dem Berufsprestige der Ärzteschaft in Afrika und in Deutschland ein großer Unterschied bestehe. Über den afrikanischen Mediziner wird gesagt: „Auch im eigenen Leben muss der Arzt auf allen Glanz verzichten: Arzteinkommen wie in der Bundesrepublik sind unter afrikanischen Bedingungen undenkbar“. Schließlich beendet der Erzähler den Dokumentarteil mit den Worten: „Rückkehr nach Afrika heißt für Awala auch Abschied nehmen von den Wertvorstellungen und dem Prestigedenken der weißen Medizin“.¹⁷⁴

¹⁷³ Vgl. Folge 4, Timecode 00:38:27-00:41:56.

¹⁷⁴ Vgl. Folge 7, Timecode 00:36:58-00:41:55.



Abbildung 57: Ein afrikanischer Arzt besucht ein Dorf, um den Menschen beizubringen, wie sie Krankheiten in Zukunft selbst heilen können, Folge 4, Timecode 00:40:37



Abbildung 58: Drei Ärzte stehen in einer deutschen Klinik wie „Halbgötter in Weiß“ am Patientenbett und schauen auf den Kranken hinunter, Folge 5, Timecode 00:07:46

Das in der deutschen Bevölkerung der 1970er Jahre vorherrschende Bild der Ärzt/innen als „Halbgött/innen in Weiß“ sei laut Sabine Schlegelmilch unter anderem durch die Darstellung der Behandler/innenschaft in den damaligen Medien geprägt gewesen. Sowohl die Arztfilme als auch -romane der 1950er und 1960er Jahre transportierten ein prestigebehaftetes Bild der Mediziner/innen. Diese idealisierte ärztliche Darstellung in der Unterhaltungsbranche habe das in der Bevölkerung vorherrschende Bild der Ärzt/innen als „Heilerpersönlichkeiten“ geprägt. Laut der Autorin habe die Serie *Der schwarze Doktor* dem grundlegenden Wandel in der Beziehung zwischen Ärzt/innen und Patient/innen in den 1970er Jahren Rechnung getragen, indem sie den deutschen Klinikalltag aus der Perspektive des kritisch hinterfragenden Arztes Awala beleuchtet.¹⁷⁵ Der Protagonist aus *Der schwarze Doktor* gerät immer wieder in Konflikte mit seinen ärztlichen Kollegen, welche das gängige Medizinerbild der „Halbgötter in Weiß“ verkörpern und hebt sich durch seine differenzierte Sicht auf das ärztliche Berufsprestige vom typischen Fernseharzt ab. Die vielen Arztfilme sowie -romane der vorherigen Jahrzehnte hatten jedoch im Gedächtnis der Menschen bleibende Spuren hinterlassen und somit war das Bild der Ärzt/innenschaft als prestigeträchtige Respektspersonen in der Gesellschaft weiterhin dominierend. Auch die Autorin Andrea Futterer äußerte sich zur damaligen medialen Darstellung der Mediziner/innen: Im Kontext des Zeitungsbooms und der Abbildung im Fernsehen sei der ärztliche Beruf

¹⁷⁵ Vgl. Schlegelmilch (2017b), S. 219.

gegen Ende der 1960er Jahre, und noch stärker in den Folgejahrzehnten, oftmals „sensationell porträtiert und teilweise verherrlicht“¹⁷⁶ worden. Immer wieder sei in der Darstellung von Fernsehärzt/innen das Attribut der Unfehlbarkeit aufgetaucht, wodurch sich das prestigeträchtige Bild des Ärzt/innenberufs in der Gesellschaft weiter gefestigt habe.¹⁷⁷

Bei der Auseinandersetzung mit dem Mediziner/innenstand in den 1970er Jahren ist es außerdem wichtig zu untersuchen, weshalb der Beruf zu dieser Zeit stark männlich dominiert war. Warum gab es weibliches Personal scheinbar nur unter den Pflegenden und nicht innerhalb der Ärzt/innenschaft? In den 1970er Jahren war es, anders als heute, nicht selbstverständlich, dass eine Frau trotz Ehe und Familie weiterhin erwerbstätig blieb. Zur damaligen Zeit war es üblich, und von vielen Männern ausdrücklich erwünscht, dass Frauen nach der Heirat ihren Beruf aufgaben. Dies hatte zur Folge, dass der Frauenanteil gerade in prestigeträchtigen Gewerben, wie dem der Ärzt/innenschaft, auffallend gering war. In der Pflege dagegen arbeiteten viele Frauen. Ein Grund dafür sei, dass Krankenschwestern auf dem Heiratsmarkt sehr gefragt waren, weil viele Männer davon ausgingen, dass sie sich besonders für die Kinderpflege qualifizierten.¹⁷⁸ In *Der schwarze Doktor* ist der Anteil weiblicher Pflegerinnen sehr hoch, wohingegen es keine einzige Ärztin gibt: Von der Assistenzarzt- bis zur Chefarztebene findet man ausschließlich männliches Personal vor. In der sechsten Folge fällt zwar mehrmals die Anrede „Frau Doktor“, diese gilt dann jedoch Anne Göttgen, der Frau des Landarztes Dr. Göttgen. Sie hat kein Medizinstudium absolviert, ist Hausfrau und unterstützt ihren Mann in der Arztpraxis lediglich bei organisatorischen Tätigkeiten.¹⁷⁹ Dennoch sprechen die medizinische Fachangestellte sowie einige Patient/innen sie mit „Frau Doktor“ an, da die soziale Achtung ihres Mannes offenbar so hoch ist, dass diese auch auf sie als dessen Ehefrau abstrahlt.

¹⁷⁶ Futterer (2020), S. 15.

¹⁷⁷ Vgl. ebd.

¹⁷⁸ Vgl. Saalmüller (2019), S. 22-33 und S. 56-80.

¹⁷⁹ Vgl. Folge 6, Timecode 00:13:23-00:20:40.

2.6 Degradierung der Patient/innen zu anonymen Objekten

Im Jahr 1980 schrieb die Autorin Jeanette Breddemann, dass für die meisten Patient/innen Krankheit nicht nur eine körperliche Bedrohung darstellte: Mit der Einschränkung der physischen Leistungsfähigkeit sei oftmals eine Infragestellung der gesamten individuellen Existenz einhergegangen. Zu den Belastungen durch die Erkrankung an sich und den damit häufig verbundenen Schmerzen hätten sich Ängste sowie Verunsicherungen in Bezug auf die Zukunft addiert. Die/Der Kranke habe sich damit auseinandersetzen müssen, dass sie/er den alltäglichen Anforderungen auf familiärer, gesellschaftlicher oder beruflicher Ebene nicht mehr gerecht werden konnte und habe sich daher oftmals mit Selbstzweifeln sowie einem Identitätsverlust konfrontiert gesehen. Folgerichtig hätte der psychosozialen Betreuung der Patient/innen eine besondere Bedeutung beigemessen werden müssen, stattdessen sei diese jedoch im Gesundheitssystem der 1970er Jahre stark vernachlässigt worden. Man habe sich auf den naturwissenschaftlich verkürzten Leidensbegriff fokussiert: „Krankheit wird reduziert auf erkrankte Organe oder Regelstörungen im Organismus, die es nach naturwissenschaftlichen Gesetzen wiederherzustellen gilt“¹⁸⁰. Vor diesem Hintergrund sei das psychosoziale Wohlbefinden der Behandlungssuchenden weitgehend übergangen worden: Die Patient/innen als individuelle Subjekte seien ausgeblendet und die rein medizinische Behandlung in den Fokus gestellt worden.¹⁸¹ Dieser Ansicht war auch der Autor Horst Baier, welcher im Jahr 1967 schrieb, dass die klassische Medizin „eine distanzierte und entsubjektivierte Position zum kranken Menschen eingenommen“¹⁸² habe und ihn als „exemplarischen »Fall« für ihre objektive [...] und an Gesetzen orientierte Erkenntnis und für ihre technische Behandlung“¹⁸³ heranziehen würde. Diese Degradierung der Patient/innen zu anonymen Fällen im technisierten Krankenhausbetrieb wird im Vorspann von *Der schwarze Doktor* verbildlicht: Die Zuschauer/innen werden zunächst mit einem schwarzen Bild und dem Piepen eines medizinischen Geräts konfrontiert. Der Ton wird immer hochfrequenter und das Gerät

¹⁸⁰ Breddemann (1980), S. 154.

¹⁸¹ Vgl. ebd., S. 153-159.

¹⁸² Baier (1967), S. 37.

¹⁸³ Ebd.

schlägt Alarm. Daraufhin sieht man, dass sich die Ärzte, welche gerade noch inmitten einer Operation am eröffneten Bauchsitus waren, unsteril machen und den Saal zügig verlassen (siehe Abb. 59). Anhand dieser Szene lässt sich vermuten, dass auf dem Operationstisch soeben ein Mensch verstorben ist. Jener wird jedoch nicht in den Fokus gestellt: Der Patient wird weder gezeigt, noch wird über ihn gesprochen und bis auf Awala wirken alle Anwesenden kühl und abgeklärt.¹⁸⁴ Bei den Zuschauer/innen kann anhand dieses Vorspanns das Gefühl entstehen, dass im Krankenhausbetrieb eine soziale Distanz vorherrscht und die Behandlungssuchenden zu anonymen Objekten degradiert werden. Ebendiesen Eindruck verbalisiert auch der Erzähler: „Die Welt der Medizin: steril und perfekt. Sie weiß fast alles von der Krankheit, weniger vom Kranken. Sie hat den Fall im Blick, weniger den Menschen. In diese Welt gerät Claude Awala“.¹⁸⁵ Laut diesen Worten stehen die Behandlungssuchenden nicht als individuelle Menschen im Fokus, sondern werden lediglich als Krankheitsfälle wahrgenommen und entsubjektiviert. Jene Entmenschlichung wird in mehreren Sequenzen untermalt, indem die Patienten vom Krankenhauspersonal nicht namentlich benannt, sondern als „der Ulkus“¹⁸⁶, „der CA“¹⁸⁷ oder „der Alte mit dem Leistenbruch“¹⁸⁸ betitelt werden. Damit wird ihnen ihre Individualität aberkannt, sie werden in Schubladen einsortiert und zu anonymen Fällen degradiert. Dass die Namen der Behandlungssuchenden in der Klinik keine große Rolle spielen, wird später auch noch in der zweiten Folge der Serie *Patienten* zu sehen sein, als ein Patient von einem Arzt mit falschem Namen angesprochen wird und dies nur müde abnickt (siehe Kapitel 3.4). In *Der schwarze Doktor* wird die Objektivierung der Behandlungssuchenden besonders deutlich, als ein kleines Kind oberkörperfrei in einem Hörsaal voller Medizinstudierenden als Fallbeispiel präsentiert wird (siehe Abb. 60). Dabei wird vor allem über und nicht mit dem Kind kommuniziert und am Ende der Demonstration lässt der Professor es, ohne sich zu verabschieden, mit den Worten „Der nächste Fall bitte“ wieder aus dem Saal schieben.¹⁸⁹ Hieran können die Zuschauer/innen erkennen, dass das Kind nicht als

¹⁸⁴ Vgl. Folge 2, Sequenz 1.

¹⁸⁵ Vgl. ebd.

¹⁸⁶ Vgl. Folge 2, Sequenz 21.

¹⁸⁷ Vgl. Folge 2, Sequenz 20.

¹⁸⁸ Vgl. Folge 5, Timecode 00:09:14-00:09:17.

¹⁸⁹ Vgl. Folge 1, Timecode 00:28:18-00:30:23.

Subjekt wertgeschätzt, sondern lediglich als Beispiel für einen Krankheitsfall vergegenständlicht wird.



Abbildung 59: Auf dem Operationstisch scheint soeben ein Mensch verstorben zu sein. Der Patient selbst ist nicht sichtbar. Die Ärzte wirken abgeklärt und verlassen zügig den Saal, Folge 2, Sequenz 1



Abbildung 60: Ein Kleinkind wird halbnackt in einem Hörsaal voller Medizinstudierenden als Fallbeispiel präsentiert, Folge 1, Timecode 00:28:27

Im Jahr 1974 schrieb der Autor Johann Jürgen Rohde, dass der/die Patient/in im Krankenhausbetrieb entmündigt und auf den Status eines Kindes zurückgeworfen worden sei. Die/Der Behandlungssuchende habe sich, wie ein Kind, an Anweisungen wie „Sie müssen jetzt dies“ und „Sie dürfen aber doch nicht jenes“ halten und sich den Vorschriften des Klinikpersonals vollständig unterwerfen müssen.¹⁹⁰ Ein solches vormundschaftliches Arzt/innen-Patient/innen-Verhältnis bezeichnet man als paternalistisch: Die Handlungen sind auf das vermeintliche Wohl der Behandlungssuchenden ausgerichtet, werden von diesen jedoch häufig als Bevormundung wahrgenommen. Die Rückversetzung auf den Status eines unmündigen Kindes sei laut Johann Jürgen Rohde dadurch versinnbildlicht worden, dass Krankenhauspatient/innen generell im Bett zu liegen hatten, ungeachtet dessen, ob dies medizinisch indiziert war oder nicht. Dadurch sei zwischen dem Klinikpersonal und den Patient/innen die gleiche Größenrelation hergestellt worden wie zwischen einem Erwachsenen und einem Kind, womit die entmündigte Stellung des Behandlungssuchenden bereits von außen sichtbar wurde.¹⁹¹ Der Autor schrieb:

„Schon rein äußerlich zeichnet sich die Stellung des Krankenhauspatienten dadurch aus, daß sie keine ist – sondern vielmehr: *Lage*. Kaum denkbar, einen

¹⁹⁰ Vgl. Rohde (1974), S. 396-397.

¹⁹¹ Vgl. ebd.

längst wieder gehfähigen Patienten bei der Visite, freundlich lächelnd, neben seinem Bette stehen zu sehen, um dem Chefarzt (den er womöglich noch um zwei Köpfe überragt) in normaler Relation Rede und Antwort zu stehen. Im Krankenhaus „muß“ man „ins Bett“ – und man „darf“ allenfalls aufstehen.“¹⁹²

In einem *Spiegel*-Artikel aus dem Jahr 1977 wird die Entmündigung der Patient/innen anhand eines Beispiels veranschaulicht: Während des Transports eines alten Mannes in die Klinik seien dessen Brille sowie die Zahnprothese in eine Plastiktüte gesteckt worden. Damit sei er für die Dauer des Krankenhausaufenthalts „blind gemacht [worden] und ziemlich stumm dazu“¹⁹³. Von nun an sei er nur noch als „Opa“ betitelt worden und was er sagen wollte, sei ungehört geblieben. Aufgrund der Diagnose „Schlaganfall“ auf dem Einweisungsschein habe das Krankenhauspersonal gar nicht erst versucht, mit dem Mann zu kommunizieren. Ein Arzt erklärte dies wie folgt: „Wenn jemand einen Schlaganfall hat und halbseitig gelähmt ist, dann bringt uns eine Unterhaltung mit dem Patienten ja nicht weiter“¹⁹⁴. Also sei ohne Erklärung an dem wehrlosen Patienten herumhantiert worden: Kommentarlos sei er mit Kanülen, Elektroden, Blutdruckmanschette, Magensonde und Dauerkatheter ausgestattet worden.¹⁹⁵ Noch deutlicher wird die Auslieferung der Patient/innenschaft, als der Autor den Zustand des Mannes auf der Intensivstation beschreibt:

„Der linke Arm gelähmt, der rechte festgebunden, damit er die Kanülen und Sonden, die elektronischen Fühler an Brust und Kopf nicht abreiße. Und außerdem: Auf einer Intensivstation wird es nicht Tag noch Nacht, gibt es kein Morgenrot und keine Abenddämmerung, nur Neonlicht, weiße Wände und undurchsichtige Scheiben, die nicht zu öffnen sind, weil die Klimaanlage das nicht verträgt.“¹⁹⁶

Die Entmündigung der Behandlungssuchenden wird in der Serie vielfach abgebildet. So möchte der Patient Herr König gerne über seinen Gesundheitszustand informiert werden. Er wird jedoch vom Krankenhauspersonal nicht beachtet und beschwert sich, dass einem niemand sagt, „was wirklich los ist“.¹⁹⁷ Auch, als Awala selbst im Krankenhaus liegt, wird seine Patientenautonomie übergangen, als er gegen seinen

¹⁹² Ebd., S. 397.

¹⁹³ *Der Spiegel* 27 (1977). Artikel: Die neue Weise vom Tod des Jedermann. Mediziner erforschen die fünf Stationen des Sterbens, S. 158.

¹⁹⁴ Ebd.

¹⁹⁵ Vgl. ebd.

¹⁹⁶ Ebd.

¹⁹⁷ Vgl. Folge 3, Timecode 00:20:47-00:20:50.

Willen auf ein Einzelzimmer verlegt wird (siehe Abb. 61). Er betont unmissverständlich: „Aber ich habe doch ausdrücklich gewünscht, hier zu bleiben“, woraufhin die Krankenschwester antwortet: „Der Chefarzt ist jetzt völlig mit Ihrer Verlegung einverstanden. [...] Es muss schließlich alles mal wieder seine Ordnung haben“.¹⁹⁸ In Bezug auf den Missstand, dass die Patienten als mündige Subjekte übergangen werden, kann der außerhalb Deutschlands kultivierte Awala den Zuschauer/innen als Korrektiv dienen. Er erkennt die Individualität der einzelnen Behandlungssuchenden an, indem er sagt: „Die Krankheiten sind anders, wenn man sie hier im Zimmer sieht“. Was er während dem Studium gelernt habe, sei seiner Ansicht nach „die Krankheit im Reagenzglas, im Buch – ohne Störung“ gewesen. Weiter erklärt er: „Aber hier: Hier ist der Herr König, Herr Nehmetz, Jose aus Spanien. Das ist ganz anders“.¹⁹⁹ Mit dieser Aussage macht er deutlich, dass er die Menschen hinter den Krankenakten sieht und deren Individualität sowie Autonomie anerkennt. In einer anderen Sequenz hält ein Pfarrer im Krankenhaus eine Rede über das Fehlen der ganzheitlichen Behandlung von Kranken als mündige Individuen. Er betont, dass es nicht genüge, „in unseren Krankenhäusern den Menschen zu reparieren wie ein kaputtes Auto, ohne nach seinem sonstigen Leben zu fragen“. Während der Rede fängt die Kamera wiederholt Nahaufnahmen von Awalas Gesicht ein: In diesem können die Zuschauer/innen Zustimmung sowie emotionale Ergriffenheit ablesen (siehe Abb. 62). Als der Pfarrer thematisiert, dass es wichtig sei, nach den sozialen Verhältnissen, in denen die Menschen leben, zu fragen und sie als autonome Individuen anzuerkennen, füllen sich Awalas Augen mit Tränen. Diese gefühlvolle Reaktion unterstreicht, wie sehr Awala die Entmündigung der Patient/innenschaft seelisch belastet. Die Sequenz wird wohl auch die Mehrheit der Zuschauer/innen emotional berühren und zum Nachdenken über den Umgang mit den Behandlungssuchenden im Krankenhausbetrieb anregen.²⁰⁰

¹⁹⁸ Vgl. Folge 3, Timecode 00:37:40-00:38:12.

¹⁹⁹ Vgl. Folge 3, Timecode 00:37:13-00:37:32.

²⁰⁰ Vgl. Folge 7, Timecode 00:23:40-00:24:03.

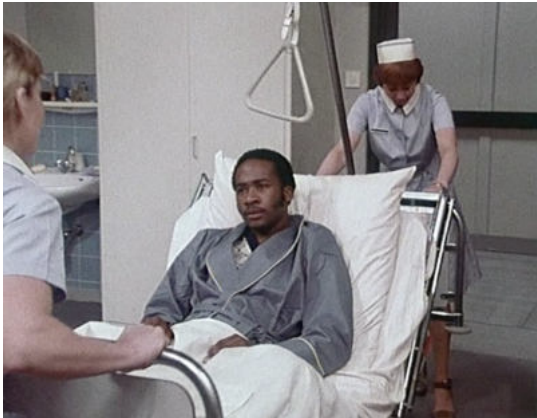


Abbildung 61: Awala ist wütend, da er gegen seinen Willen einfach aus dem Zimmer geschoben und in ein Einzelzimmer verlegt wird, Folge 3, Timecode 00:38:01



Abbildung 62: Die Entmündigung der Behandlungssuchenden im Krankenhaus berührt Awala emotional stark, Folge 7, Timecode 00:24:03

Die Behandlungssuchenden aus *Der schwarze Doktor* stellen jedoch keinesfalls Einzelfälle dar, denn im deutschen Klinikbetrieb der 1970er Jahre wurden die Patient/innen oft überhört. Hierzu führte der Autor Paul Lüth im Jahr 1972 einen tragischen Beispielfall an: Eine Frau sei mit der Verdachtsdiagnose einer akut zu behandelnden Subpectoralphlegmone in eine Klinik eingewiesen worden. Vor Ort sei die Schwellung im Brust- und Schulterbereich jedoch fälschlicherweise als harmloses Sarkom eingestuft worden. Die Patientin habe mehrfach betont, dass die Verdickung erst seit 24 Stunden bestehe und sie zuvor vollkommen beschwerdefrei gewesen sei. Die wiederholten Beteuerungen der Patientin, dass es sich um eine akute Zustandsverschlechterung handle, seien unbeachtet geblieben und sie sei demnach so therapiert worden, als ob sie lediglich ein harmloses Sarkom hätte. Somit habe die Sepsis ungehindert fortschreiten können bis es für einen chirurgischen Eingriff zu spät war: Die verhältnismäßig junge Frau verstarb. Durch ein Ernstnehmen der Patientin hätte dieser Tod leicht verhindert werden können.²⁰¹ Im medizinischen Kontext bestehe laut dem Autor außerdem die Tendenz, „den Menschen so weitgehend wie möglich zu entsubjektivieren, aus ihm ein Objekt zu machen, das durch individuelle und individualistische Regungen und Strebungen den reibungslosen Ablauf des Betriebs nicht mehr zu stören vermag“²⁰². Auch Jeanette Breddemann schrieb im Jahr 1980, dass die Behandlungssuchenden in der sozialen Hierarchie des Krankenhauses die unterste

²⁰¹ Vgl. Lüth (1972), S. 75-76.

²⁰² Ebd., S. 34.

Stufe einnahmen. Sie seien in die Passivität sowie Unmündigkeit gedrängt und damit degradiert worden. Ferner seien die Patient/innen nicht als mündige Subjekte mit Kompetenz zur Teilhabe am Genesungsprozess betrachtet worden, sondern als anonyme Objekte, welche ihre persönlichen Bedürfnisse zurückstellen mussten. Laut der Autorin wurden in den 1970er Jahren „die individuellen Ansprüche und Bedürfnisse des Patienten [...] als Störfaktor“²⁰³ wahrgenommen.²⁰⁴ In *Der schwarze Doktor* werden die Anliegen der Patienten oft als störend empfunden, was beispielsweise in der dritten Folge, in welcher Awala selbst Patient in einem Krankenhaus ist, deutlich wird. In der Nacht klingelt er nach der Schwester, da er einen harten Gegenstand unter sich spürt und aufgrund dessen nicht schlafen kann. Als die Pflegerin ins Zimmer kommt, fragt sie ihn genervt und mit barschem, anklagendem Tonfall „Was ist denn?“, „Haben Sie denn nichts für die Nacht gekriegt?“ und „Wollen Sie, dass die anderen alle aufwachen?“. Sein Anliegen bezeichnet sie als „so eine Lappalie“ (siehe Abb. 63). Nachdem sie Awala grob aufgerichtet und tatsächlich einen Gegenstand in seinem Bett gefunden hat, zischt sie: „Jetzt zufrieden? Aber jetzt schön schlafen!“²⁰⁵ Daran können die Zuschauer/innen ableiten, dass die Probleme und Befindlichkeitsstörungen der Patienten als lästig wahrgenommen werden. Außerdem scheinen die Behandlungssuchenden während der Nacht mit Medikamenten ruhig gestellt zu werden. Die Patienten der Serie müssen sich jedoch nicht nur damit arrangieren, dass ihre Bedürfnisse offenkundig als Störfaktoren eingestuft und oftmals übergangen werden: Zusätzlich sehen sie sich mit respektlosem Umgang von Seiten des Klinikpersonals konfrontiert. So macht sich in der zweiten Folge eine Pflegerin über die Empfindlichkeit eines Patienten gegenüber kaltem Wasser lustig (siehe Abb. 64) und sagt: „Ach, nun machen Sie mal halblang! So ein junger Mann und kann kein kaltes Wasser vertragen. Aber Rennfahrer! Mit 180 Sachen über die Kurt-Schumacher-Allee: Das kann er“.²⁰⁶ In einer anderen Sequenz schieben zwei Pfleger einen Verstorbenen durch die Klinikgänge und sind dabei ungehalten, unterhalten sich unbedarft und spaßen mit Krankenschwestern herum.²⁰⁷ Die geringe Wertschätzung der

²⁰³ Breddemann (1980), S. 155.

²⁰⁴ Vgl. ebd., S. 155-156.

²⁰⁵ Vgl. Folge 3, Timecode 00:25:29-00:27:14.

²⁰⁶ Vgl. Folge 2, Sequenz 11.

²⁰⁷ Vgl. Folge 2, Sequenz 25.

Behandlungssuchenden im Krankenhausbetrieb können die Zuschauer/innen außerdem erkennen, als Schwester Inge zu einem Patienten sagt: „Na lassen Sie mal, Sie sind selber so ein Würstchen“.²⁰⁸



Abbildung 63: Eine Pflegerin reagiert grob sowie genervt auf Awalas Problem, dass er aufgrund eines in seinem Bett liegenden Gegenstands nicht schlafen kann, Folge 3, Timecode 00:26:44



Abbildung 64: Eine Krankenschwester macht sich über die Empfindlichkeit eines Patienten lustig und spricht abwertend sowie in der dritten Person über ihn, Folge 2, Sequenz 11

In den 1970er Jahren sei die Eigeninitiative der Patient/innen auf ein Minimum beschränkt worden und sie „hat[ten] sich den Regeln des Organisationsablaufs anzupassen und [den] Anweisungen unterzuordnen“²⁰⁹. So seien die Behandlungssuchenden für die Zeit des Krankenhausaufenthalts von ihrem gewohnten sozialen Umfeld isoliert worden und Kontakte mit Angehörigen reduzierten sich auf vorgegebene Besuchszeiten sowie Telefonate.²¹⁰ In der Serie können die Zuschauer/innen die soziale Isolation unter anderem erkennen, als ein Oberarzt mit den Worten „Ich möchte vorschlagen, ihn für einige Zeit ruhig zu stellen: Einzelzimmer. Nichts von außen an ihn heranlassen, möglichst also auch keinen Besuch“ für die Abschottung eines Patienten plädiert.²¹¹ Hierbei sei erwähnt, dass der besagte Patient in der folgenden Woche Geburtstag hat und sich bereits sehr auf die Gratulanten freut. Die individuellen Patientenwünsche scheinen hier jedoch keine Beachtung zu finden und die Isolation wird als vorrangig eingestuft. Dass die Einbeziehung des sozialen Umfelds in der Klinik vernachlässigt wird, kann auch anhand des folgenden tragischen Vorfalls

²⁰⁸ Vgl. Folge 7, Timecode 00:15:06-00:15:09.

²⁰⁹ Breddemann (1980), S. 155.

²¹⁰ Vgl. ebd.

²¹¹ Vgl. Folge 5, Timecode 00:08:12-00:08:21.

deutlich werden: Der Kanarienvogel eines Patienten verhungert in der Wohnung, weil die Angehörigen nicht darüber in Kenntnis gesetzt wurden, dass sich der Patient in stationärer Behandlung befindet.²¹² In einer anderen Sequenz wird die Familie eines spanischen Patienten am Klinikeingang abgewiesen, ohne dass ihnen verständlich erklärt wird, aus welchem Grund sie ihren Angehörigen nicht besuchen dürfen. Der Portier stellt sich der Familie in den Weg und weist sie unfreundlich mit den Worten „Verdammt nochmal, Vater geht es gut“ ab. Als die Angehörigen dennoch auf den Stationseingang zusteuern, stellt er sich ihnen bestimmt in den Weg und schiebt sie beinahe aus dem Krankenhaus hinaus (siehe Abb. 65).²¹³ Die Vernachlässigung der sozialen Komponente im Genesungsprozess ist außerdem Gegenstand der Dokumentation am Ende der dritten Folge. Hier wird kritisiert, dass in Europa die Isolation von Behandlungssuchenden in der Klinik immer selbstverständlicher werde. Dies gehe mit schweren seelischen sowie sozialen Schäden auf Seiten der Patient/innen einher. Im Kontrast dazu wird die Situation in Afrika abgebildet: Hier gäbe es auch im Krankenhaus keinerlei gesellschaftliche Isolation. Der regelmäßige Besuch vieler vertrauter Menschen sei selbstverständlich und die Angehörigen kämen täglich, um für die/den Kranke/n zu kochen, sie/ihn zu waschen und für Unterhaltung zu sorgen. Folgende Fragen werden vom Erzähler in den Raum gestellt und regen die Zuschauer/innen hoffentlich zum Nachdenken an: „Ist es zu verantworten, dass Kranke isoliert werden? Dass sogar Kleinkinder über Wochen von ihren Müttern getrennt werden und so körperliche Gesundheit mit seelischem Schaden erkaufte wird?“. Die Folge endet mit der Kameraaufnahme eines Patienten in Afrika, welcher in seinem Krankenhausbett liegt und dabei von vielen Angehörigen umgeben ist (siehe Abb. 66).²¹⁴ Damit akzentuiert die Dokumentation den starken Kontrast zum deutschen Gesundheitssystem, in welchem Kranke in der Klinik weitestgehend sozial isoliert werden.

²¹² Vgl. Folge 3, Timecode 00:35:09-00:35:18.

²¹³ Vgl. Folge 3, Timecode 00:17:13-00:17:49.

²¹⁴ Vgl. Folge 3, Timecode 00:38:15-00:41:59.



Abbildung 65: Der Klinikportier schiebt die Angehörigen eines Patienten grob vom Stationseingang weg und verweist sie des Gebäudes, Folge 3, Timecode 00:17:42



Abbildung 66: Ein afrikanischer Patient liegt umgeben von zahlreichen Angehörigen in seinem Klinikbett, Folge 3, Timecode 00:41:59

Mitte der 1970er Jahre trug der Philosoph und Theologe Ivan Illich in einer metaphernreichen, polarisierenden und mitunter auch polemischen Sprache die These vor, dass der medizinische Fortschritt in seiner Gesamtbilanz für die Behandlungssuchenden nicht zu besseren Gesundheitsverhältnissen führe. Die Technisierung untergrabe die Fähigkeit des Menschen, mit Krankheit selbstverantwortlich umzugehen.²¹⁵ Die moderne Medizin löse Leid aus dem Kontext subjektiver Erfahrung und aktiven Handelns von Kranken heraus, um es technischen Prozessen zugänglich zu machen. Den Kranken werde durch die Technisierung der Medizin eine passive Rolle zugewiesen und dadurch geraten sie in eine Abhängigkeit von technischen Verfahren. Illichs Kritik richtete sich gegen den Versuch des Gesundheitssystems, „alle Krankheiten mit Hilfe von technischen Erfindungen in den Griff zu bekommen“²¹⁶. Er monierte, dass den Patient/innen durch die technischen Fortschritte in der Medizin immer mehr die Autonomie genommen und der Mensch aus dem Fokus gedrängt werde. Durch die zunehmende Technisierung könne der Behandlungssuchende nicht mal mehr die Umstände seines Sterbens selbst bestimmen und der Epoche des natürlichen Todes sei ein Ende gesetzt worden. Der „westliche Mensch [habe] das Recht verloren, beim Akt seines Sterbens selbst Regie zu führen“²¹⁷, da Gesundheit durch die fortschreitende Technisierung „bis zum letzten Atemzug

²¹⁵ Vgl. Illich (1975), S. 91-98.

²¹⁶ Ebd., S. 56.

²¹⁷ Ebd., S. 161.

enteignet“²¹⁸ worden sei. Illich kam zu folgender Konklusion: „Der technische Tod hat den Sieg über das Sterben davongetragen“²¹⁹. Er sah die technischen Fortschritte in der Medizin kritisch und plädierte dafür, sich wieder auf das Ursprüngliche zu besinnen:

„Häufig ist es das Beste, was ein gewissenhafter Arzt tun kann, wenn er seinen Patienten tröstet, daß er mit seiner Schwäche leben kann, ihm vielleicht schließliche Heilung verspricht, für ihn das tut, was auch seine Großmutter für ihn hätte tun können und sich im übrigen der Natur beugt.“²²⁰

Auch der Autor Paul Lüth diskutierte im Jahr 1972 unter der Überschrift *Das Unbehagen in der perfektionierten Medizin*, dass die medizinisch-technischen Fortschritte seit dem Zweiten Weltkrieg mit beinahe unvorstellbar hoher Geschwindigkeit triumphierten. Dabei betonte er, dass dieser „unvergleichliche Siegeszug indes [...] seit vielen Jahren von einem Chor begleitet [wurde], der nichts weniger als zustimmend“²²¹ war. Auch er stufte die Technisierung der Medizin als bedenklich ein und vertrat die Ansicht, dass „die perfektionierte Medizin unserer Tage, die so vieler glanzvoller Leistungen mächtig ist, nicht befriedigt“²²². Aus einem im Jahr 1977 im *Spiegel* veröffentlichten Artikel geht hervor, dass die Technisierung des Gesundheitssystems immer weiter vorangeschritten sei und die eigentlich wichtigen psychosozialen Aspekte der Medizin dabei vernachlässigt wurden. So seien „[v]ier von sieben Sterbenden [...] in den letzten Stunden allein, umgeben nur noch von inhumaner Technik“²²³. Viele Patient/innen wurden auf Intensivstationen, welche im Artikel als „Mekka der Apparatemedizin“²²⁴ betitelt werden, durch Maschinen künstlich länger am Leben gehalten. Dabei würden die Beatmungsgeräte ihre Lungen zwar mit Luft füllen und somit das Überleben gewährleisten, gleichzeitig machten sie viele Patient/innen jedoch „für immer stumm“²²⁵, denn auf Intensivstationen spielte das Selbstbestimmungsrecht der Behandlungssuchenden keine Rolle. Stattdessen sei die moderne Technik im Krankenhausalltag der 1970er Jahre immer mehr in den Fokus gerückt und habe die

²¹⁸ Ebd.

²¹⁹ Ebd.

²²⁰ Ebd., S. 46.

²²¹ Lüth (1972), S. 33.

²²² Ebd.

²²³ *Der Spiegel* 27 (1977). Artikel: Die neue Weise vom Tod des Jedermann. Mediziner erforschen die fünf Stationen des Sterbens, S. 158.

²²⁴ Ebd., S. 159.

²²⁵ Ebd.

Patient/innen dabei aus dem Zentrum der Aufmerksamkeit gedrängt.²²⁶ In Bezug auf diese Thematik ist insbesondere die erste Sequenz der zweiten Folge von *Der schwarze Doktor* aussagekräftig: Hier ist die Kamera auf eine Krankenschwester gerichtet, welche von medizinischen Gerätschaften umgeben Papierarbeit erledigt. Anschließend folgt eine Nahaufnahme des neben ihr stehenden technischen Geräts und erst dann zoomt die Kamera langsam auf einen Patienten, der von Schläuchen umgeben apathisch in seinem Bett liegt (siehe Abb. 67).²²⁷ Bei den Zuschauer/innen kann somit der Eindruck entstehen, dass die Technisierung im Krankenhausbetrieb viel Raum einnimmt und die Patient/innen dahinter, wie in der ebenbeschriebenen Szene bildlich dargestellt, nahezu verschwinden. Die Wahrnehmung, dass technische Geräte die Behandlungssuchenden aus dem Fokus drängen, kann sich anhand der folgenden Sequenz festigen: Awala geht während einer Visite auf der Intensivstation von Bett zu Bett, wobei er die Patient/innen zwar begrüßt, dann jedoch keinerlei anamnestische Fragen stellt, sondern direkt die Geräte neben den Krankenbetten studiert (siehe Abb. 68). Diese Fokussierung auf die Maschinen wird auch durch die Kameraführung unterstrichen: Vom Patientengesicht, welches nur kurz gefilmt wird, wechselt die Perspektive umgehend auf die technischen Gerätschaften.²²⁸ Den subjektiven Befindlichkeiten der Behandlungssuchenden wird kaum Beachtung geschenkt, wodurch sie zunehmend objektifiziert werden. Der starken Präsenz der Technik im Klinikalltag wird in der Serie auch auf akustischem Wege Ausdruck verliehen: In der sechsten Folge ertönen über mehrere Sekunden unangenehm laute und schrille Geräusche eines medizinischen Apparates. Awala nimmt die Warnsignale der Maschine zur Kenntnis und die Kamera zoomt auf das Gerät. Erst im Anschluss an die Nahaufnahme der Maschine sieht die Zuschauer/innenschaft einen an Schläuche angeschlossenen Patienten regungslos und mit geschlossenen Augen im Bett liegen.²²⁹ In einer Sequenz der vierten Folge ist die Kamera zunächst lange auf ein Beatmungsgerät gerichtet (siehe Abb. 69) und fokussiert anschließend direkt auf eine Unterschenkelverletzung. Das Gesicht des dazugehörigen Patienten, welches als Metapher für seine Individualität angesehen werden kann, wird nur im

²²⁶ Vgl. ebd., S. 158-160.

²²⁷ Vgl. Folge 2, Sequenz 3.

²²⁸ Vgl. Folge 2, Sequenz 4.

²²⁹ Vgl. Folge 6, Sequenz 9.

Vorbeischwenken kurz gefilmt.²³⁰ Auch in der sechsten Folge wird den Zuschauer/innen die Nahaufnahme eines verängstigten Patientengesichts nur kurz gezeigt, dann wechselt die Kameraeinstellung auf Awala und schließlich wird auf ein medizinisches Gerät gezoomt (siehe Abb. 70). Zum wiederholten Male konzentriert sich der Behandler lediglich auf das medizinische Gerät und dem verunsicherten Patienten wird keine Aufmerksamkeit gewidmet: Zwischen den beiden Parteien findet keinerlei Kommunikation statt. Bei den Zuschauer/innen kann somit der Eindruck entstehen, dass Awala den Patienten, aufgrund seiner Konzentration auf die Maschine, vergisst beziehungsweise vollkommen ausblendet.²³¹ Das Augenmerk scheint auf der Technik und nicht auf dem individuellen Menschen zu liegen. Awala verbalisiert diese Unpersönlichkeit des Krankenhausbetriebs, als er feststellt: „Hier in der Klinik: die Apparate, die Intensivstation – das alles kann ich, aber ich will eigentlich was anderes. Hier treffe ich immer nur auf Krankheiten und wenn ich nach den Menschen frage, störe ich den Betrieb“. Dass im technisierten Klinikalltag der Fokus nicht auf dem Behandlungssuchenden zu liegen scheint, bekräftigt Chong Hi mit den Worten: „Was du brauchst für den Menschen, das kann man hier nicht lernen“.²³²



Abbildung 67: Im Vordergrund steht ein technisches Gerät und im Hintergrund liegt ein Patient, welcher hinter den Maschinen nahezu verschwindet, Folge 2, Sequenz 3

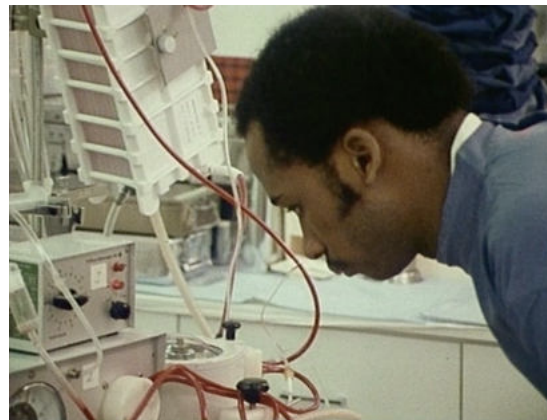


Abbildung 68: Awala studiert die technischen Gerätschaften neben dem Krankenbett, anstatt mit dem Patienten selbst zu kommunizieren, Folge 2, Sequenz 4

²³⁰ Vgl. Folge 4, Timecode 00:03:24-00:03:51.

²³¹ Vgl. Folge 6, Sequenz 3.

²³² Vgl. Folge 6, Sequenz 30.



Abbildung 69: Das Beatmungsgerät wird über zehn Sekunden lang gefilmt, während der dazugehörige Patient nur sehr kurz im Bild auftaucht, Folge 4, Timecode 00:03:26



Abbildung 70: Es findet keine Kommunikation mit dem verängstigt blickenden Patienten statt, denn das Augenmerk liegt auf dem nahestehenden Gerät, Folge 6, Sequenz 3

2.7 Ärzt/innen-Patient/innen-Beziehung

In der Medizinethik der 1970er Jahre rückte die Reflexion über das Ungleichgewicht innerhalb der Ärzt/innen-Patient/innen-Beziehung zunehmend in den Vordergrund und die Interaktion zwischen den beiden Parteien wurde kritisch hinterfragt. Laut der Autorin Petra Steffen wollten sich die Behandlungssuchenden aus ihrer unterlegenen Rolle in der paternalistischen Beziehung zu den Ärzt/innen befreien und forderten eine Emanzipation von traditionellen Rollenmustern sowie eine stärkere Patient/innenorientierung. Es seien vermehrt Stimmen laut geworden, die sich dafür aussprachen, dass das Bild des passiven, unmündigen Behandlungssuchenden an Bedeutung verlieren und sie/er als ernstzunehmende/r Akteur/in im Genesungsprozess anerkannt werden sollte.²³³ Zur damals vorherrschenden durch Paternalismus geprägten Ärzt/innen-Patient/innen-Beziehung schrieb Jeanette Breddemann im Jahr 1980:

„Diese Beziehung stellt ein Verhältnis extremer Ungleichheit dar: Der Arzt kann über Unsicherheit und Unwissenheit des Patienten verfügen, da nur er Ursache, Charakter und Verlauf der Krankheit kennt. Es liegt in seiner Macht, inwieweit er den Patienten an diesem Wissen teilhaben lässt, das für jenen existenzielle Bedeutung hat.“²³⁴

²³³ Vgl. Steffen (2009), S. 24-30.

²³⁴ Breddemann (1980), S. 155.

In den 1970er Jahren erhielten die Behandlungssuchenden laut des Autors Johann Jürgen Rohde von den Ärzt/innen kaum Auskünfte von medizinischer Relevanz und zwischen den beiden Parteien habe eine „Mauer des Schweigens“²³⁵ bestanden. Die mangelhafte Aufklärung der Patient/innen habe Unsicherheiten und Misstrauen gegenüber den Ärzt/innen hervorgerufen.²³⁶ 1972 ordnete Paul Lüth die fehlende Informationsweitergabe an die Behandlungssuchenden wie folgt ein:

„Das Schweigen ist nicht ausnahmslos, aber generell. Immer wieder spricht ein Arzt der Klinik, und knappe Informationen setzen Lichter in der dunklen Ausweglosigkeit. Aber grundsätzlich sind alle Kliniken stumm, die großen sowohl wie die kleinen, in sämtlichen entschuldigt mit dem Hinweis, überlastet zu sein, keine Zeit zu haben.“²³⁷

Hierzu gab die Autorin Jeanette Breddemann zu bedenken, dass die ärztliche Aufklärung eigentlich eine wesentliche Rolle für die psychosoziale Situation des Behandlungssuchenden und auch für den Therapieerfolg gespielt hätte. Die Information über den therapeutischen Sinn einer medikamentösen Behandlung beispielsweise hätte die Mitarbeit der Patient/innen gefördert und zur regelmäßigen Einnahme der Präparate nach der stationären Behandlung beigetragen. Die Ärzt/innen erwarteten jedoch meist, dass die Patient/innen ihre Anordnungen befolgten ohne nach dem medizinischen Sinn zu fragen. Sie drängten die Behandlungssuchenden in die Passivität und erkannten dabei nicht an, dass das Wissen um den Zusammenhang der Erkrankung mit zum Beispiel der Ernährungs- und Lebensweise eine wichtige Voraussetzung für eine nachhaltige Rehabilitation gewesen wäre. Die ärztliche Visite hätte laut der Autorin eine zentrale Bedeutung für die Information und Aufklärung der Patient/innen haben sollen. In der Realität habe sie jedoch eher eine Besprechung unter den beteiligten Ärzt/innen und Pflegepersonen dargestellt als ein Gespräch mit den Behandlungssuchenden. Oft seien die unzureichend weitergegebenen Auskünfte durch den zusätzlichen Gebrauch von medizinischen Fachtermini für die Patient/innen unverständlich und verwirrend gewesen. Folglich sei die Situation der Behandlungssuchenden durch Unwissenheit und Informationsmangel charakterisiert gewesen, obwohl die Bedeutung von Aufklärung für

²³⁵ Rohde (1974), S. 410.

²³⁶ Vgl. ebd., S. 395-412.

²³⁷ Lüth (1972), S. 39.

den medizinischen Erfolg bekannt war.²³⁸ Medizinkritiker der 1970er Jahre bemängelten die aus der stark hierarchischen Beziehung resultierende Unmündigkeit kranker Menschen und es wurden vermehrt Forderungen nach einer Stärkung der patient/innenseitigen Position laut. Es sollte eine intensivere Berücksichtigung ihrer individuellen Bedürfnisse in der Therapie stattfinden.²³⁹

Die mangelnde Anerkennung der Behandlungssuchenden als mündige Teilhabende im Genesungsprozess wird sowohl in *Patienten* (siehe Kapitel 3.4) als auch in *Der schwarze Doktor* mehrfach deutlich. In der zuletzt genannten Serie wird die Autonomie der Patienten häufig missachtet und die Beziehung zwischen den Ärzten und den Behandlungssuchenden ist vorwiegend paternalistisch. Dies lässt sich beispielsweise anhand folgender Aussage von Dr. Papadakis über die Patienten der chirurgischen Männerstation erkennen:

„Das sind ziemlich einfache Leute. In einer Woche hab ich hier drin Ordnung gehabt. [...] Ich bin immer freundlich, aber wenn nötig: Einmal kurz gebrüllt und es läuft. Die sind von Beruf nichts anderes gewöhnt.“²⁴⁰

Zusätzlich wird in der Serie der Wunsch der Behandlungssuchenden nach Informationen sowie Aufklärung häufig übergangen und damit werden sie aus dem Heilungsprozess ausgeschlossen. Teilweise bekommen sie nicht gesagt, unter welcher Krankheit sie überhaupt leiden, ob eine Histologie gut- oder bösartig ausgefallen ist oder für wann die Ärzte ihre Entlassung geplant haben. Beispielsweise gibt es eine Sequenz, in welcher sich der Patient Herr König beschwert, dass die Ärzte ihm nicht sagen, was ihm fehlt. Er ist verzweifelt (siehe Abb. 71), da er sich vorkomme „wie ein Idiot, keiner sagt einem, was genau ist“. Das Einzige, was die Ärzte ihm raten würden, sei: „Tee trinken, das ist alles“. Awala, welcher in dieser Folge ebenfalls Patient und der Bettnachbar von Herrn König ist, zeigt sich ob der fehlenden Aufklärung seines Mitpatienten stark irritiert (siehe Abb. 72): „Hat Ihnen der Arzt hier auf der Station nicht gesagt, was Ihnen fehlt?“²⁴¹

²³⁸ Vgl. Breddemann (1980), S. 156-158.

²³⁹ Vgl. Dehn-Hindenberg (2008), S. 84-88.

²⁴⁰ Vgl. Folge 2, Sequenz 12.2.

²⁴¹ Vgl. Folge 3, Timecode 00:21:23-00:22:55.



Abbildung 71: Ein Patient ist verzweifelt, da er sich aufgrund der fehlenden Aufklärung vonseiten der Ärzte vorkommt „wie ein Idiot“, Folge 3, Timecode 00:21:46

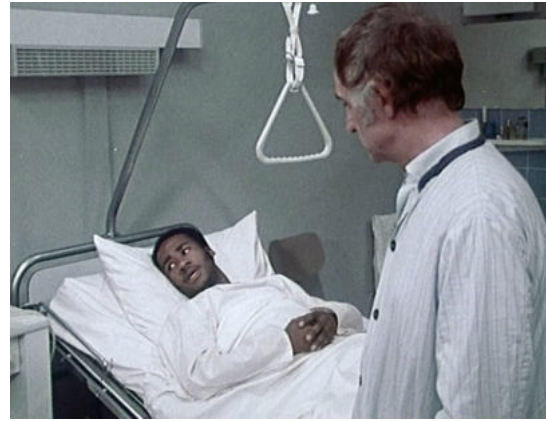


Abbildung 72: Awala zeigt sich verwundert, dass sein Mitpatient von den Ärzten nicht über seinen Gesundheitszustand aufgeklärt wird, Folge 3, Timecode 00:22:52

Dass sich die Behandlungssuchenden in *Der schwarze Doktor* in Hinblick auf ihre gesundheitliche Verfassung oftmals nicht ausreichend informiert und mit ihren Ängsten nicht ernst genommen fühlen, wird auch anhand des Falls von Herrn Lemmertz deutlich: Der Patient erzählt seinen Zimmernachbarn, dass er bereits seit 14 Tagen im Krankenhaus sei und ihm bisher keiner der Ärzte gesagt habe, was ihm eigentlich fehlt.²⁴² Dass die Mediziner den Behandlungssuchenden in der Serie eine aktive Partizipation am Genesungsprozess absprechen, kann außerdem während einer Visite deutlich werden. Als ein Patient auf sein Bein deutet und sagt: „Ja, ich mein, das wär schon jetzt ganz gut so“, dreht sich der Chefarzt nur lachend zu seinen Kollegen um (siehe Abb. 73) und erwidert höhnisch: „So, das meinen Sie“.²⁴³ Anhand dieser abwertenden Reaktion können die Zuschauer/innen erkennen, dass der Mediziner die Selbsteinschätzung des Patienten bezüglich seines Gesundheitszustands nicht ernstnimmt und dessen subjektive Empfindung nicht als wegweisend erachtet. Im weiteren Verlauf der Visite wird vor allem über und nicht mit den Patienten gesprochen (siehe Abb. 74) und die Ärzte nehmen sich für jeden Behandlungssuchenden nur wenige Sekunden Zeit. Beispielsweise möchte ein Patient von den Ärzten gerne Auskunft über den Schweregrad seiner Verbrennungen erhalten. Sie antworten ihm jedoch nicht auf seine Fragen, fallen ihm stattdessen mehrfach ins Wort und einer der Behandler ermahnt ihn streng: „Nun beruhigen Sie sich doch mal, Herr Heiland! Das kriegen wir

²⁴² Vgl. Folge 2, Sequenz 12.1.

²⁴³ Vgl. Folge 5, Timecode 00:07:21-00:07:28.

alles schon wieder hin“. Mehrmals wechselt der Chefarzt ohne Abschiedsgruß und nur mit einem „Naja“ zum nächsten Patienten und auch, als der Pulk an Pflegerinnen und Ärzten das Mehrbettzimmer verlässt, verabschieden sie sich nicht. Lediglich Schwester Chong Hi lächelt den Behandlungssuchenden beim Gehen nickend zu. Insgesamt können die Zuschauer/innen feststellen, dass während der Visite kaum eine Informationsweitergabe an die Patienten stattfindet und sie von den Ärzten nicht als mündige Individuen, welche über ihren Gesundheitszustand in Kenntnis gesetzt werden sollten, anerkannt werden.²⁴⁴ Diese mangelhafte Kommunikation mit den Behandlungssuchenden sowie die Vorenthaltung einer Partizipation an der Therapieplanung wird später auch noch in einer Folge der Serie *Patienten* zu sehen sein (siehe Kapitel 3.4).



Abbildung 73: Der Chefarzt dreht sich höhnisch lachend zu seinen Kollegen um, nachdem ein Patient eine Selbsteinschätzung bezüglich seiner gesundheitlichen Verfassung abgegeben hat, Folge 5, Timecode 00:07:28



Abbildung 74: Während der Chefarzt die Wunde eines Patienten begutachtet, spricht er nicht mit diesem, sondern mit seinen ärztlichen Kollegen, Folge 5, Timecode 00:07:37

Laut der Autorin Jeanette Breddemann habe das professionell distanzierte Verhalten der Ärzt/innen eine wichtige legitimierende Funktion innerhalb der beruflichen Sozialisation von Mediziner/innen erfüllt: Es habe als Selbstschutz vor der emotionalen Auseinandersetzung mit den Sorgen und Nöten der Behandlungssuchenden fungiert. Im Laufe ihrer Krankenhaustätigkeit erlebten Ärzt/innen viele Unsicherheiten im Umgang mit den Patient/innen, welche sie mithilfe von Distanzierungstechniken zu kompensieren versucht hätten. Diese Flucht in die Professionalität sei nötig gewesen, da viele Ärzt/innen grundlegende Verständigungstechniken nicht beherrschten: Eine

²⁴⁴ Vgl. Folge 5, Timecode 00:07:31-00:08:44.

Anleitung zur Herstellung gleichberechtigter Kommunikationsbeziehungen habe sowohl in der Ausbildung, besonders aber in der Weiter- und Fortbildung von Mediziner/innen gefehlt. Empirische Untersuchungen über die Interaktionsmuster der Kommunikation zwischen Ärzt/innen und Patient/innen während der Visite hätten ergeben, dass die Mediziner/innen dem Informationswunsch der Behandlungssuchenden häufig ausgewichen seien, insbesondere dann, wenn es sich um schwerkranke Patient/innen handelte.²⁴⁵ Diese Aussage untermauert auch ein im Jahr 1977 veröffentlichter *Spiegel*-Artikel, laut welchem nur 11,2% der Ärzt/innen dazu bereit gewesen seien, ihre Patient/innen bei unheilbarer Krankheit aufzuklären. Sie hätten die Diagnosemitteilung so lange wie irgend möglich hinausgezögert und die Patient/innen bezüglich ihres Gesundheitszustandes teilweise sogar belogen, um der negativen Konfrontation auszuweichen. Laut einer Umfrage wären 94% der Todkranken gerne früher von den Behandler/innen über ihre Diagnose in Kenntnis gesetzt worden.²⁴⁶ Zu dieser mangelhaften Kommunikationsfähigkeit der Ärzt/innenschaft in Bezug auf die Diagnosemitteilung gibt es in der Serie ein gutes Äquivalent: Der Patient Herr Lemmertz wird von den Ärzten bezüglich seines gesundheitlichen Zustandes vollkommen im Unklaren gelassen und leidet deshalb unter starken Angstzuständen. Er fragt die Behandler mehrfach, was ihm denn nun fehle, wird jedoch immer wieder vertröstet. So sagt ihm Dr. Papadakis beispielsweise, dass er warten solle, bis der Chefarzt wieder im Haus sei und Zeit für ihn habe.²⁴⁷ Im Verlauf erfahren die Zuschauer/innen durch ein Gespräch unter den Ärzten, dass der Patient an Krebs erkrankt ist, welcher bereits metastasiert hat. Dem Patienten bleibt voraussichtlich nur noch ein halbes Jahr an Lebenszeit, was er jedoch nicht weiß, da die Mediziner einem Gespräch über die Diagnose immer wieder ausweichen.²⁴⁸ Während eines Nachtdienstes von Awala hält Herr Lemmertz die Ungewissheit bezüglich seines Gesundheitszustandes nicht mehr aus und betätigt deshalb die Notfallklingel. Als Awala zu ihm kommt, misst er den Puls des

²⁴⁵ Vgl. Breddemann (1980), S. 156-158.

²⁴⁶ Vgl. *Der Spiegel* 27 (1977). Artikel: Die neue Weise vom Tod des Jedermann. Mediziner erforschen die fünf Stationen des Sterbens, S. 165.

²⁴⁷ Vgl. Folge 2, Sequenz 12.2.

²⁴⁸ Vgl. Folge 2, Sequenz 13.2.

Mannes und versichert ihm, dass alles in Ordnung sei. Als er gerade wieder aufbrechen möchte, hält der Patient ihn auf (siehe Abb. 75) und sagt:

„Gehen Sie noch nicht weg, Herr Doktor. Bleiben Sie noch ein bisschen! Ich muss mal mit wem reden können. [...] Wenn die mir bloß sagen würden, was mit mir ist! Haben mich aufgemacht und wieder zugemacht und sagen tun die einem nichts. Habe ich nun was an der Leber oder was am Magen? Was ist?“

Herr Lemmertz betont wiederholt, dass er sich Klarheit über seinen Gesundheitszustand wünschen würde, Awala muss jedoch weiter zu einem anderen Patienten. Zum Abschied lächelt er dem Behandlungssuchenden nur zu, klopf ihm auf die Schulter und lässt ihn verängstigt sowie weiterhin unwissend in seinem Krankenbett zurück.²⁴⁹ Als schließlich Weihnachten ansteht, freut sich Herr Lemmertz darüber, dass er noch vor den Feiertagen entlassen wird, bedankt sich mit Geschenken überschwänglich bei der Ärzte- sowie Pflegerschaft und wünscht allen ein frohes Fest (siehe Abb. 76). Chong Hi und Awala sehen es kritisch, dass er noch immer nichts von seiner Krebsdiagnose weiß und unterhalten sich darüber, dass Awala die grundlegendsten Kommunikationsfähigkeiten für ein solches Patientengespräch fehlten. Während er wütend mit der Faust in die Luft schlägt, sagt Awala: „Ich weiß nicht, wie man das in Deutschland macht. Das haben wir nicht auf der Universität gelernt“.²⁵⁰



Abbildung 75: Herr Lemmertz bedeutet Awala, dass er noch nicht gehen solle, da er „mal mit wem reden“ müsse, Folge 2, Sequenz 21



Abbildung 76: Herr Lemmertz freut sich sehr, dass er vor Weihnachten entlassen wird. Über seine stark lebensverkürzende Krebsdiagnose haben ihn die Ärzte nicht aufgeklärt, Folge 2, Sequenz 39

²⁴⁹ Vgl. Folge 2, Sequenz 21.

²⁵⁰ Vgl. Folge 2, Sequenz 39.

Die Inhumanität in der Beziehung zwischen Ärzt/innen und Patient/innen geriet während der 1970er Jahre zunehmend in Kritik und es wurde eine fürsorgendere Haltung der Mediziner/innen gefordert. Dazu schrieb der Autor Horst Baier im Jahr 1967, dass es „in Medizin und Soziologie unumstritten sei[...], daß für Erkenntnis und Behandlung von Krankheiten soziale Faktoren in einem erheblichen Maße relevant“²⁵¹ seien. Aufgrund dessen müsse es zu einem „prinzipiellen Wandel in der Beziehung von Medizin und Krankheit, von Arzt und Patient“²⁵² kommen. Es sei erstrebenswert, dass die Ärzt/innen nicht als unpersönliche Gesundheitstechniker agierten, sondern als psychische Partner/innen, welche auf die Bedürfnisse der Behandlungssuchenden aktiv reagierten.²⁵³ Hierzu sagte der Chirurg Dr. Hans Graf von Lehndorff im Jahr 1974:

„Wenn wir im Umgang mit unseren Patienten auf das Wort verzichten, dann sinken unsere Krankenhäuser zu Reparaturwerkstätten, dann sinken wir selber zu Monteuren, Installateuren und Handlangern ab.“²⁵⁴

Die Unpersönlichkeit in der Beziehung zwischen Ärzt/innen und Patient/innen sei unter anderem durch den im Deutschland der 1970er Jahre bestehenden Mediziner/innenmangel verstärkt worden, denn infolgedessen habe die Patient/innenversorgung möglichst effizient ablaufen müssen und für die Behandlung der/des Einzelnen seien nur wenige Minuten Zeit geblieben. Aufgrund des Effizienzdrucks sei der Aufbau eines vertrauensvollen Verhältnisses kaum möglich gewesen, wodurch es zu einer Entindividualisierung der Beziehung zwischen den Ärzt/innen und den Behandlungssuchenden gekommen sei. Während der/die Patient/in seine/ihre Erkrankung als einzigartig erlebt und besondere Zuwendung erwartet habe, hätten die Ärzt/innen in beruflicher Routine gehandelt. Für sie habe jedes Individuum zunächst nur ein bestimmtes Krankheitsbild repräsentiert.²⁵⁵ Laut dem Autor Paul Lüth sei „in Vergessenheit geraten, daß der Arzt im Grunde nicht Krankheiten, sondern kranken Menschen zugeordnet ist“²⁵⁶. Einen großen Anteil an der fehlenden

²⁵¹ Baier (1967), S. 37.

²⁵² Ebd.

²⁵³ Vgl. ebd., S. 38.

²⁵⁴ Schluchter (1974), S. 375.

²⁵⁵ Vgl. Breddemann (1980), S. 155-156.

²⁵⁶ Lüth (1972), S. 34.

Kommunikation zwischen Ärzt/innen und Patient/innen habe unter anderem der technische Fortschritt in der Medizin getragen:

„Indem die moderne Medizin die physiologischen wie die pathologischen Funktionen in einen Datenfluß überführte, in welchem es lediglich darum geht, bestimmte Grenzen und Aberrationen zu erfassen, sagte sie sich von der monadisch verstandenen Individualität der großen Philosophie los. Damit wurde sie zunehmend uninteressierter an der Sprache, die zwischen Individuen einen Aktionskreis schließt, denn sie konnte deren Unschärfe entbehren, indem sie sie durch die Orientierung an den Meßdaten ersetzte. [...] Menschliche Sprache ist damit, auch wenn sie noch immer angewendet wird, prinzipiell überflüssig.“²⁵⁷

Die Unpersönlichkeit sowie die mangelhafte Kommunikation in der Ärzt/innen-Patient/innen-Beziehung kann den Zuschauer/innen beim Anschauen von *Der schwarze Doktor* mehrfach ins Auge fallen. Oft fehlt den Medizinern grundlegendes Wissen über die Behandlungssuchenden: So weiß der Chefarzt bei einer Visite beispielsweise nicht, um welchen Patienten es sich handelt, weshalb er am Krankenbett stehend seine Kollegen fragen muss: „Das ist eh?“ (siehe Abb. 77). An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass es in *Patienten* eine ähnliche Situation gibt: Auch hier kennt ein Arzt den Namen eines Behandlungssuchenden nicht und spricht ihn fälschlicherweise mit einem anderen Nachnamen an (siehe Kapitel 3.4). In der ebenbeschriebenen Sequenz in *Der schwarze Doktor* sagt der Patient schließlich selbst seinen Namen und ansonsten findet keine weitere Kommunikation mit dem Mann statt. Die behandelnden Ärzte berichten dem Chefarzt lediglich, was für Medikamente der Patient bekommen habe und dass sein Kreislauf stabil sei. Der Chefarzt nimmt dies zur Kenntnis, nickt dem Mann zum Abschied kurz zu und geht direkt weiter zum nächsten Krankenbett.²⁵⁸ Dass die persönliche Beziehung zwischen Behandler und Patient nicht als wichtiger Baustein der Genesung anerkannt wird, zeigt sich zusätzlich in einer Sequenz, in welcher sich ein Arzt daran stört, dass es Awala wichtig ist, eine Verbindung zu seinen Patienten aufzubauen. Der Mediziner sagt mit abwertendem Tonfall: „Jedem Patienten den eigenen Psychotherapeuten“.²⁵⁹ Dass der Chefarzt den Fokus rein auf die medizinische Tätigkeit legt und die Menschlichkeit aus dem Heilungsprozess ausklammert, können die

²⁵⁷ Ebd., S. 38.

²⁵⁸ Vgl. Folge 5, Timecode 00:06:56-00:07:10.

²⁵⁹ Vgl. Folge 5, Timecode 00:37:40-00:37:45.

Zuschauer/innen unter anderem feststellen, als er Awala darauf hinweist, dass dieser daran denke solle, dass er Arzt in einem Krankenhausbetrieb und „kein Sozialarbeiter“ sei. Weiter erklärt er: „Ein Leistenbruch bleibt ein Leistenbruch und ein Blinddarm ein Blinddarm“.²⁶⁰ In Bezug auf die Unpersönlichkeit im Klinikalltag kann die Krankenschwester Chong Hi den Zuschauer/innen als moralisches Korrektiv dienen: Sie äußert Kritik an der fehlenden Empathie der Ärzteschaft gegenüber den Behandlungssuchenden, als sie Awala in einem emotionalen Ausbruch vorwirft, dass er sich keine Zeit für die Patienten nehme und den Menschen hinter der Krankenakte vergesse.²⁶¹ Nicht nur den Klinikärzten der Serie misslingt es, eine persönliche Beziehung zu ihren Patienten aufzubauen: Auch die Landarztehefrau Anne Göttgen stellt eine zunehmende Unpersönlichkeit in der Beziehung zu den Patient/innen fest. Sie erklärt Awala, dass ihr Mann für jede/n Patient/in nur drei Minuten Zeit habe und es bedauere, sich aufgrund dessen nicht in Ruhe mit den Behandlungssuchenden zusammensetzen zu können, um einen nachhaltigen Lösungsansatz auszuarbeiten. Weiter erzählt sie, dass ihr Schwiegervater, seinerzeit Landarzt, während seiner aktiven Berufsjahre zweimal pro Woche im Wirtshaus gewesen sei und so über viele seiner Patient/innen bestens Bescheid gewusst habe. In Bezug auf die aktuelle Arbeitssituation von Landärzt/innen wirft sie folgende Frage auf: „Aber heute, wer kommt heute noch dazu mit den Leuten zu reden?“²⁶² Awala erkennt während seiner Vertretungstätigkeit als Landarzt, wie wichtig ihm die zwischenmenschliche Komponente seines Berufs ist. Er möchte nicht, dass das Augenmerk im Arbeitsalltag auf technischen Apparaten liegt, stattdessen möchte er die Menschen in den Fokus stellen.²⁶³ Da Awala die Unpersönlichkeit in der Klinik kritisch einstuft, kann er sich vorstellen, zukünftig als Landarzt zu praktizieren. Seiner Meinung nach hat man als Allgemeinmediziner im ruralen Raum noch eine engere persönliche Beziehung zu den Patient/innen. Dazu sagt er: „Hier auf dem Lande hat man mit den Menschen viel engeren Kontakt, in der Klinik herrschen die Apparate“.²⁶⁴ Laut der Dokumentation am Ende der fünften Folge werde in Afrika der

²⁶⁰ Vgl. Folge 5, Timecode 00:38:00-00:38:35.

²⁶¹ Vgl. Folge 2, Sequenz 35.

²⁶² Vgl. Folge 6, Sequenz 21.3.

²⁶³ Vgl. Folge 6, Sequenz 30.

²⁶⁴ Vgl. Folge 6, Sequenz 28.

sozialen Komponente in der Ärzt/innen-Patient/innen-Beziehung ein deutlich höherer Stellenwert beigemessen als in Deutschland. Ein afrikanischer Mediziner (siehe Abb. 78) arbeite nicht mit Angst und isoliere die Behandlungssuchenden nicht. Er therapiere sie innerhalb ihrer vertrauten Dorfgemeinschaft und lege Wert auf den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehungsebene. Dank dieser traditionellen Behandlung seien die Patient/innen „fröhlich und gelöst“. Der Erzähler erklärt, dass afrikanische Heiler oftmals sogar bei Behandlungssuchenden, bei welchen die europäische Medizin bereits versagt hat, noch Therapieerfolge erzielen, da sie die psychische Wurzel der Erkrankung erreichen.²⁶⁵



Abbildung 77: Der Chefarzt weiß nicht, um welchen Patienten es sich handelt und erkundigt sich bei seinen Kollegen nach dessen Namen, Folge 5, Timecode 00:07:00



Abbildung 78: Ein afrikanischer Mediziner behandelt einen Patienten innerhalb der Dorfgemeinschaft mit traditionellen Methoden, Folge 5, Timecode 00:42:09

Resümee

Wie in den vorangegangenen Kapiteln dargelegt, finden sich viele Punkte der Medizin- und Krankenhauskritik der 1970er Jahre in *Der schwarze Doktor* wieder. Themen wie der Personalmangel im Krankenhausbetrieb, die Degradierung der Behandlungssuchenden oder die Mangelhaftigkeit der Ärzt/innen-Patient/innen-Beziehung ziehen sich durch die gesamte Serie und bleiben den Zuschauer/innen somit am stärksten im Gedächtnis. Das Berufsprestige der Mediziner/innen wird eher am Rande behandelt und die Landärzt/innen-Problematik taucht nur in einer Folge auf. Bei letzterer muss jedoch

²⁶⁵ Vgl. Folge 5, Timecode 00:38:36-00:42:10.

bedacht werden, dass die Serie eigentlich in der Klinik spielt. Dass dem Mangel an Hausärzt/innen dennoch eine komplette Folge gewidmet wird, lässt darauf schließen, dass der Mediziner/innenmangel auf dem Land zur damaligen Zeit eine hohe gesellschaftliche Brisanz hatte und die Produktion jene Problematik deshalb nicht ausklammern wollte.

Viele Quellen der 1970er Jahre thematisieren den finanziellen Aspekt der Krankenhausversorgung. In der Serie findet man diesen jedoch allenfalls am Rande oder indirekt in Form des Effizienzgedankens im Klinikalltag. Am deutlichsten wird der Geldmangel im Krankenhauswesen, als sich der Chefarzt gegenüber dem Klinikvorstand für die Neuanschaffung einer Herz-Lungen-Maschine einsetzen muss oder, als die Kamera auf veraltete Bettgestelle mit abgeplatzttem Lack fokussiert. Dass dem finanziellen Aspekt in der Serie wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird, könnte daran liegen, dass die Thematik eher trocken ist und es dementsprechend als herausfordernd eingestuft wurde, sie in einem Unterhaltsformat zu platzieren.

In *Der schwarze Doktor* wird auch die zunehmende Technisierung der Medizin abgebildet. Mit dem technischen Fortschritt im Krankenhausbetrieb ging eine Entindividualisierung der Patient/innen einher, welcher in der Serie auf visueller sowie auf auditiver Ebene Ausdruck verliehen wird: Die Kamera fokussiert immer wieder, anstatt auf die Behandlungssuchenden, auf die nebenstehenden technischen Apparate und zusätzlich wird die Bildsprache mehrfach durch unangenehm schrille Töne der Maschinen unterlegt. Darüber hinaus wird die kühle Atmosphäre in der Klinik durch die beiden Protagonist/innen Awala und Chong Hi akzentuiert: Beide stoßen sich des Öfteren an den automatisierten, entmenschlichten Abläufen im Krankenhausalltag und geraten deshalb wiederholt in Konflikte mit ihren Kolleg/innen. Durch die Sozialisierung außerhalb Deutschlands können sie die Zustände im Gesundheitssystem mit einem objektiveren Blick bewerten und die Zuschauer/innen erhalten im Serienverlauf die Möglichkeit, die Welt durch die Augen der beiden genannten Protagonist/innen zu sehen. Dadurch können die eigenen Moral- und Wertvorstellungen mit denen der beiden Seriencharaktere abgeglichen und im besten Fall kritisch hinterfragt werden. Durch die Überlastung der im Krankenhaus angestellten Akteur/innen wird sowohl der Pflege- als auch der Ärzt/innenmangel sichtbar. Die resultierenden negativen

Konsequenzen durchleben die Zuschauer/innen gemeinsam mit den Serienpatient/innen: So ist beispielsweise der Aufbau einer persönlichen Beziehungsebene aufgrund des Zeitmangels kaum möglich. Die Klinikangestellten sind einem enormen Effizienzdruck ausgesetzt und haben nicht die Kapazitäten, sich intensiv mit den Patient/innen auseinanderzusetzen. Dadurch werden die Behandlungssuchenden im Krankenhausbetrieb zunehmend zu anonymen Objekten degradiert und für die Wertschätzung der Patient/innen als Subjekte mit individuellen Wünschen und Bedürfnissen bleibt kein Raum.

Wie oben bereits erwähnt, wird der Landarzt/innenproblematik in der Krankenhausserie *Der schwarze Doktor* eine ganze Folge gewidmet. Beim Begleiten des Landarztes Dr. Göttgen durch seinen Berufsalltag können die Zuschauer/innen erkennen, dass das Verhältnis zu den Behandlungssuchenden auch im ambulanten Bereich zunehmend unpersönlich wird. Die Anzahl an Patient/innen pro Praxis ist enorm hoch und Dr. Göttgen kann sich aufgrund seines stets überfüllten Wartezimmers nur wenige Minuten Zeit für die Behandlungssuchenden nehmen.

Die Mangelhaftigkeit der Arzt/innen-Patient/innen-Beziehung zieht sich wie ein roter Faden durch die Serie: Die Zuschauer/innen erleben mehrfach, dass zwischen den Ärzten und den Behandlungssuchenden eine soziale Distanz vorherrscht. Zwischen den beiden Parteien besteht ein starkes Machtgefälle, welches unter anderem auf das Berufsprestige der Arzt/innenschaft zurückzuführen ist. Die Patienten der Serie beschwerten sich wiederholt, dass die Mediziner sie nicht über ihren Gesundheitszustand in Kenntnis setzen und ihnen keine aktive Partizipation am Genesungsprozess zugestehen. Aus dieser Passivität würden die Behandlungssuchenden gerne ausbrechen und mehr Wertschätzung vonseiten der Ärzte- sowie Pflegschaft erfahren.

3 Patient/innenbewusstsein in der Fernsehserie *Patienten* (1972/73)

Wie zu Beginn des zweiten Kapitels schon ausgeführt, war der Anspruch des ZDFs an Serienformate, mit der zeitgenössischen Stimmung zu resonieren und relevante Themen aufzugreifen. Es sollten Serien produziert werden, welche den gesellschaftlichen Zeitgeist trafen und damit möglichst viele Zuschauer/innen vor den Bildschirm lockten.²⁶⁶ Natürlich wurde an *Patienten* nicht der Anspruch gestellt, die Gegebenheiten der Entstehungszeit eins zu eins wiederzugeben, jedoch fanden Einflüsse derselben Eingang in die Produktion: So werden Themen wie die fehlende Wertschätzung der Behandlungssuchenden sowie das daraus erwachende Patient/innenbewusstsein beleuchtet.

Das Aufbegehren des Kollektivs der Behandlungssuchenden entstand aus großer Unzufriedenheit heraus. Der problematische Zustand des deutschen Gesundheitssystems geht unter anderem aus einem Beitrag des *Spiegels* aus dem Jahr 1970 hervor: Die Kranken seien mit ihren Ängsten und Bedürfnissen vom medizinischen Personal nicht ausreichend gehört worden. Aufgrund des Personal- und des daraus resultierenden Zeitmangels seien die individuellen Bedürfnisse der Patient/innenschaft oft auf der Strecke geblieben und „viele Kranke [seien] nur eben verarztet, nicht versorgt“²⁶⁷ worden. Die Missstände des Gesundheitssystems der Bundesrepublik seien immer deutlicher geworden, weshalb sich die Menschen in den 1970er Jahren im Rahmen von Demonstrationen auf den Straßen versammelten. Sie wollten auf den Personalmangel sowie die fehlende Wertschätzung der Behandlungssuchenden aufmerksam machen.²⁶⁸ Die beständig lauter werdende Medizinkritik mündete unter anderem in der Gründung des *Allgemeinen Patientenverbandes e.V.* im Jahr 1975.²⁶⁹ Jene Stimmung des Aufbegehrens des Patient/innenkollektivs flocht das ZDF in die Serie *Patienten* ein und bot den Zuschauer/innen damit die Möglichkeit, sich während des Fernsehens mit dem aktuellen Zeitgeschehen auseinanderzusetzen und weiterzubilden.

²⁶⁶ Vgl. Prager (1975a), S. 30-32.

²⁶⁷ *Der Spiegel* 50 (1970). Artikel: Krankenhäuser. Die im Elend, S. 47.

²⁶⁸ Vgl. ebd., S. 46-62.

²⁶⁹ Vgl. <https://www.patienten-verband.de/aktuelles-80/112-1975/194-der-allgemeine-patienten-verband-wird-gegruendet.html> [Stand 13.04.2020, 13:30 Uhr].

Die Serie hat einen spezifischen Quellenwert, da der Fokus auf Patient/innengeschichten gelegt wird. An dieser Stelle sei betont, dass in der medizinhistorischen Forschung Behandlungssuchende als Untersuchungsgegenstand die längste Zeit ausgeklammert wurden. Der Hauptgrund für die eklatante Vernachlässigung der Untersuchung des Patient/innenkollektivs war, dass die medizinhistorische Forschung unter dem Begriff „Medizin“ häufig lediglich ärztliches Handeln verstand. Folglich interessierte sich die Wissenschaft hauptsächlich für akademisch-medizinische Entdeckungen sowie die dahinterstehenden ärztlichen Persönlichkeiten und unternahm keine Bemühungen in Bezug auf Patient/innengeschichtsschreibung.²⁷⁰ *Patienten* rückt jedoch genau dieses Kollektiv in den Fokus und somit kann anhand der Untersuchung der Serie ein wertvoller Beitrag zum Verständnis der Patient/innenperspektive während der 1970er Jahre geleistet werden.

3.1 Aufbau, Inhalt und Botschaft

Die ZDF-Serie *Patienten* besteht aus fünf Folgen, in welchen individuelle Patient/innengeschichten rund um den Hausarzt Dr. Schaub illustriert werden. Die verantwortlichen Produzent/innen waren Bruno Michalk sowie Roswitha Frankenhauser und die beauftragte Produktionsfirma trug den Namen *TELLUX*. Ausgestrahlt wurde die Serie in den Jahren 1972 sowie 1973 am Sonntagvorabend im ZDF.²⁷¹ Es handelt sich um fünf in sich geschlossene Einzelfolgen, welche jeweils eine Länge von knapp 30 Minuten umfassen und nur durch den Vorspann sowie die Figur des Hausarztes Dr. Schaub zu einer Miniserie zusammengebunden werden. Serientypisch wäre, dass die selben Protagonist/innen in jeder Folge auftauchen. *Patienten* jedoch dreht sich zwar inhaltlich durchweg um das Kollektiv der Behandlungssuchenden, die konkreten Menschen dieses Kollektivs variieren jedoch. Dabei repräsentieren die einzelnen Folgen jeweils eine bestimmte Patient/innengruppe oder Krankheit.

²⁷⁰ Vgl. Wolff (1998), S. 311-334.

²⁷¹ Diese Informationen stammen aus einem Auszug aus der ZDF Programm-Datenbank, welcher von Herrn Veit Scheller zur Verfügung gestellt wurde. Die Angaben aus dem Unternehmensarchiv befinden sich im Appendix der Arbeit.

Im Vorspann (circa 45 Sekunden) sieht man eine Einkaufsstraße mit verschiedenen Geschäften sowie regem gesellschaftlichen Treiben und im Anschluss erfolgt der Zoom auf ein Schild an einer Hauswand, auf welchem zu lesen ist: „Dr. med. B. Schaub prakt. Arzt ALLE KASSEN“ (siehe Abb. 79).²⁷² Der Serienvorspann bietet den Zuschauer/innen die Möglichkeit, sich in das Geschehen hineinziehen zu lassen: Durch den Blick auf die Einkaufsstraße und die anschließende Nahaufnahme des Praxisschildes fühlt es sich an, als ob man selbst zunächst die Straße entlanglaufen und dann in die Arztpraxis eintreten würde. Die Hintergrundmusik ist dabei, anders als bei *Der schwarze Doktor*, nicht das Produkt medizinischer Geräte, sondern ein fröhlicher Jingle. Somit stehen bei *Patienten* bereits im Vorspann nicht die medizinischen Geräte im Fokus, sondern die gezeigten Menschen. Die Titelmelodie sowie die Einkaufsmeile sind immer dieselben, alles andere variiert jedoch von Folge zu Folge: Es laufen andere Menschen die Straße entlang, die Tageszeit und auch die Kameraperspektive variieren. Das Einzige, was sich fortwährend wiederholt, ist der letztendliche Zoom auf das Schild der Praxis von Dr. Schaub.²⁷³ Bei den Zuschauer/innen kann sich so bereits die Erkenntnis einstellen, dass, trotz sich stetig ändernder Lebensumstände, der Hausarzt eine Konstante im Leben vieler Patient/innen darstellt und dieser, egal zu welcher Tageszeit, die verlässliche Instanz ist, welche immer erreichbar ist. Die Auffassung des Hausarztes als feste Größe kann sich außerdem dadurch setzen, dass Dr. Schaub (siehe Abb. 80) als verbindendes Element der Einzelfolgen fungiert. Anders als in älteren an die Arztfilme der UFA-Zeit angelehnten Serien (wie beispielsweise *Landarzt Dr. Brock*) ist er aber nicht der alleinige Mittelpunkt der Serie.²⁷⁴ Die Zuschauer/innen können es bereits anhand des Titels vermuten und sollten spätestens während des Fernsehens erkennen: Diese Serie stellt nicht die Ärzt/innenschaft, sondern das Kollektiv der Patient/innen in den Fokus.

²⁷² Vgl. Folge 3, Sequenz 1.

²⁷³ Vgl. ebd.

²⁷⁴ Vgl. Schlegelmilch (2017b), S. 219-251.



Abbildung 79: Schild der Hausarztpraxis von Dr. Schaub, Folge 1, Timecode 00:00:42



Abbildung 80: Dr. Schaub sichtet in seiner Praxis zahlreiche Unterlagen, Folge 2, Timecode 00:01:39

Die Zuschauer/innen erleben durch Dr. Schaub den Alltag eines Hausarztes im Deutschland der 1970er Jahre hautnah mit und bekommen die damaligen Probleme, wie beispielsweise die mangelnde Zeit für den Patient/innenkontakt aufgrund eines überfüllten Wartezimmers, ungeschönt vor Augen geführt (siehe Abb. 81). Dr. Schaub wird nicht nur im beruflichen Kontext gezeigt, sondern auch sein Privatleben ist Teil der Serie: Man lernt im Verlauf das familiäre Umfeld des Mediziners kennen und erlebt mit, dass der Beruf des Hausarztes mit negativen Aspekten wie ständiger Rufbereitschaft und Überarbeitung aufgrund eines zu großen Patient/innenstammes einhergeht. Die ständige Abrufbarkeit des Hausarztes wird in der Serie mehrfach sichtbar: In der ersten Folge beispielsweise wird Dr. Schaub nachts durch den Anruf einer Patientin geweckt (siehe Abb. 82). Auch die hausärztliche Aufopferungsbereitschaft spiegelt sich in multiplen Sequenzen wider. So setzt sich der Mediziner beispielsweise in der ersten Folge vor Gericht für Behandlungssuchende ein und nimmt sich in der zweiten Folge außerordentlich viel Zeit für Gespräche mit den Familienangehörigen eines Patienten. Wie oben bereits erwähnt, drehen sich die Einzelfolgen jeweils um eine andere Patient/innengruppe. In der ersten Folge *An Kindes statt* geht es um ein Ehepaar, welches mit dem Vorliegen von vererbaren Krankheiten in der Familie konfrontiert wird und sich deshalb mit dem Thema Adoption sowie dem Umgang mit Erbkrankheiten auseinandersetzen muss. In Folge zwei namens *Kein hoffnungsloser Fall* geht es um das Treffen selbstbestimmter Entscheidungen am Lebensende: Der Hauptcharakter dieser Folge ist lebensmüde und wägt zwischen dem Leben und dem Recht auf Sterben ab. Die

Abtreibungsdebatte und der Umgang mit Teenagerschwangerschaft sind zentrale Themen der dritten Folge *Bettina Schaub's Wunschkind*. Diese Folge gibt tiefe Einblicke in das familiäre Umfeld von Dr. Schaub, da seine eigene Tochter Bettina die zentrale Figur der Folge ist. Sie verspürte kurz vor ihrem Abitur den Wunsch nach einem Kind und hat deshalb bewusst die Pille abgesetzt, ohne ihren Freund oder andere Vertraute darüber in Kenntnis zu setzen. Die anschließende Folge *Die Pensionierung* behandelt das Thema Neuorientierung im Zuge der Berentung und die damit verbundene Suche nach einem Lebensinhalt. Die Zuschauer/innen erleben hier mit, wie dem Protagonisten alle gewohnten Strukturen und damit auch sein Lebenssinn wegbrechen und er sich mit der Angst vor Entmündigung und Abschiebung ins Altersheim auseinandersetzen muss. In der finalen Folge *Kuballas Angst* geht es um die Selbstbestimmung des Patienten in Bezug auf medizinische Operationen: Herr Kuballa hat epileptische Anfälle, welche sowohl eigen- als auch fremdgefährdend sind. Eine neurologische Operation lehnt er jedoch aus Angst vor Komplikationen ab. Er hat Bedenken, als Testobjekt der Neurochirurgie zu fungieren und sieht Ärzt/innen generell als Gegner/innen an. Kuballa unterstellt ihnen, medizinische Beschlüsse über seinen Kopf hinweg zu fällen und seine individuellen Ansichten nicht in den Entscheidungsprozess miteinzubeziehen. Folglich fühlt er sich als Patient nicht ausreichend mitspracheberechtigt und wertgeschätzt. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Einzelfolgen inhaltlich sichtbar divergieren. Allen gemeinsam ist jedoch, dass es um Patient/innen geht, welche sich mit schwierigen Problematiken auseinandersetzen und an einer medizinischen Entscheidungsfindung aktiv teilhaben möchten.



Abbildung 81: Das Wartezimmer der Hausarztpraxis von Dr. Schaub ist sichtlich überfüllt, Folge 2, Timecode 00:00:44



Abbildung 82: Dr. Schaub telefoniert nachts, im Bett liegend, mit einer Patientin, deren Anruf ihn aus dem Schlaf gerissen hat, Folge 1, Timecode 00:06:06

Der Titel der Serie lautet *Patienten* und rückt damit die Behandlungssuchenden ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Die Protagonist/innen setzen sich mit unterschiedlichsten ethischen Dilemmata auseinander, wobei sie als eigenständig denkende Patient/innen auftreten (siehe Abb. 83). Oft erkennt das Fachpersonal sie jedoch nicht ausreichend an (siehe Abb. 84) und empfindet den Wunsch der Behandlungssuchenden nach aktiver Mitbestimmung in Bezug auf medizinische Entscheidungen als lästig. Damit spiegelt die Serie den Unmut und das daraus erwachende Patient/innenbewusstsein in der Bundesrepublik der 1970er Jahre wider, denn aus der Perspektive vieler Behandlungssuchender wurden die Patient/innen nicht als mitspracheberechtigte Subjekte anerkannt und „die individuellen Ansprüche und Bedürfnisse des Patienten [erschieden] als Störfaktor“²⁷⁵.

Den Zuschauer/innen werden all jene Missstände in der Serie *Patienten* nicht auf trockene Art und Weise dargelegt, sondern sie erleben diese mit den Charakteren aktiv mit. Während des Fernsehens sympathisieren sie automatisch mit einzelnen Protagonist/innen der Serie, welche durchweg hohe Wertvorstellungen und einen starken Drang zum selbstständigen Denken haben. Damit können sie als Vorbilder fungieren und dem Fernsehpublikum als Projektionsfläche zur Weiterentwicklung des eigenen Charakters dienen.

²⁷⁵ Breddemann (1980), S. 155.

Durch die Kollision persönlicher Wertvorstellungen mit den in der Serie abgebildeten Problematiken wird das Fernsehpublikum dazu angeregt, sich aktiv mit den dargestellten Misständen auseinanderzusetzen. Dazu passend wurde 1975 in der ZDF-Schriftenreihe postuliert, dass „Unterhaltung [...], die zu dumm oder zu feige ist für die Realität und zu unbegabt oder zu phantasielos für den schönen Schein der Dinge [niemandem] taugt und [...] daher im Fernsehen nichts zu suchen [hat]“²⁷⁶. Unterhaltung sollte also einerseits einen glaubhaften Realitätsanspruch haben und dabei andererseits trotzdem künstlerisch ansprechend sein.²⁷⁷ Durch das Anschauen der Serie *Patienten* konnten die Zuschauer/innen zum Hinterfragen ethisch kritischer Thematiken bewegt werden, ohne dass diese Auseinandersetzung als geistige Anstrengung wahrgenommen wurde: Die emotional aufgeladene Serienthematik stand im Fokus und die Meinungsbildung konnte unterbewusst ablaufen.



Abbildung 83: Bettina liegt auf dem Sofa und ihr Freund versucht mit einem Stethoskop, die Herztöne des ungeborenen Babys abzuhören, Folge 3, Sequenz 20



Abbildung 84: Ärzte fachsimpeln während einer Visite über den Kopf des Patienten hinweg und schenken ihm dabei kaum Beachtung, Folge 2, Timecode 00:05:52

²⁷⁶ Prager (1975a), S. 32.

²⁷⁷ Vgl. ebd., S. 30-32.

3.2 Wandel im Umgang mit Gesundheit und Krankheit

Der Umgang mit den Themen Gesundheit und Krankheit hat sich in den 1970er Jahren stark verändert. Die Gesellschaft wurde zunehmend aufgeklärter und das Interesse an einem gesundheitsbewussten Lebensstil wuchs. Vor dem heutigen Wissensstand erscheint es beinahe grotesk, dass die Nachricht, zwischen dem Rauchen von Zigaretten und Lungenkrebs bestehe ein kausaler Zusammenhang, im Jahr 1964 noch für großes Aufsehen sorgte.²⁷⁸ Zur damaligen Zeit war das Wissen über Zusammenhänge zwischen bestimmten gesundheitsschädigenden Lebensweisen und Krankheiten wenig verbreitet und die Gesellschaft in Bezug auf medizinische Themen unzureichend unterrichtet. Zu Beginn der 1960er Jahre entwickelte sich das Fernsehen zum Massenmedium und die bis dato auf der Kinoleinwand gezeigten Filme über Ärzt/innen wurden ins Fernsehen transportiert und dadurch einem größeren Publikum zugänglich gemacht.²⁷⁹ Durch die Einführung des ZDFs als zweiten Sender im Jahr 1963 verbreiterte sich das Medienangebot weiter und es konnte eine zunehmende Zuschauer/innenzahl angesprochen werden. Die Medien versorgten die Öffentlichkeit vermehrt mit gesundheitsrelevanten Informationen: So strahlte das ZDF seit dem 5. Januar 1964 regelmäßig das *Gesundheitsmagazin Praxis* aus²⁸⁰ und die ARD sendete ab dem 24. Januar 1971 ein wöchentliches Ratgeber-Format zum Thema Gesundheit²⁸¹. In Fernsehsendungen wurde medizinisches Wissen für die breite Masse aufbereitet und über bestimmte Themen wie beispielsweise Gesundheitsvorsorge oder Erste Hilfe aufgeklärt. Dies regte viele Menschen dazu an, sich aktiv mit medizinischen Thematiken auseinanderzusetzen und führte zur Aktivierung der Eigeninitiative. Somit trug die mediale Aufklärung wesentlich zum Wandel im Umgang mit Gesundheit und Krankheit bei: Die öffentliche Informationsbereitstellung unterstützte den Entwicklungsprozess der Patient/innen zu mündigen, selbstbestimmten Akteur/innen im Gesundheitssystem, da nur informierte sowie aufgeklärte Menschen eigenständig Entscheidungen treffen konnten.²⁸²

²⁷⁸ Vgl. *Der Spiegel* 4 (1964). Artikel: Rauchen. Sind Zigaretten gefährlich?, S. 20-26.

²⁷⁹ Vgl. Schlegelmilch (2017b), S. 229-234.

²⁸⁰ Vgl. https://de.wikipedia.org/wiki/Hans_Mohl [Stand 16.03.2022, 11:00 Uhr].

²⁸¹ Vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/ARD-Ratgeber> [Stand 16.03.2022, 11:30 Uhr].

²⁸² Vgl. Retzlaff (2008), S. 121-126.

In einem *Spiegel*-Artikel aus dem Jahr 1965 wird der damalige Umgang der Gesellschaft mit Krankheit beleuchtet. Laut des Autors sprachen viele Menschen überaus ungerne über Erkrankungen und das Motiv der Verdrängung habe eine wichtige Rolle gespielt. In dem Artikel werden mehrere Beispiele bekannter Persönlichkeiten angeführt, welche alle probiert hätten, ihre Erkrankung auszublenden. So habe Sigmund Freud zwar gewusst, dass das Geschwür an seiner Lippe Krebs war, habe es jedoch immer nur als „das Ding“ bezeichnet und seine Erkrankung jahrzehntelang totgeschwiegen. Der Arzt und Psychologe, der eigentlich dafür bekannt war, Tabus zu brechen, erlegte sich selbst also ein Tabu bezüglich seines eigenen Gesundheitszustands auf. Ferner habe Papst Johannes XXIII. vor seinem Tod 1963 „Anzeichen gewisser Störungen“ verspürt. Statt sich mit seinen Symptomen auseinanderzusetzen, habe er jedoch den Standpunkt vertreten, dass es nicht gut sei, über körperliche Beschwerden zu viel nachzudenken. Besonders hoch sei die Tabuisierung von Krebsleiden gewesen und so hätte die deutsche Presse 1964 beim Krebstod des Politikers Heinrich von Brentano die Ursache strikt verschwiegen. In Trauerreden und Sterbeanzeigen sei die Todesursache mit „schweren, unheilbaren Leiden“ umschrieben worden, wodurch sich das Tabu rund um Krebskrankheiten weiter gefestigt habe.²⁸³

Die erst beginnende öffentliche Gesundheitskommunikation traf noch auf eine Patient/innenschaft, die aufgrund der Abschottung der medizinischen Welt von ihrer Alltagswelt diffuse Ängste pflegte. In den 1970er Jahren hatten viele Menschen kaum Ahnung von Krankheiten und den Fantasien waren wenig Grenzen gesetzt. Die Uninformiertheit konnte auf irrationale Sorgen wie ein Katalysator wirken und habe dazu geführt, dass Menschen große Ängste in Bezug auf Krankheiten entwickelten. Als Ausweg aus dem Gedankenkarussell sei häufig die Verdrängung gewählt worden.²⁸⁴ Hinzu kommt, dass sich beim Thematisieren von Krankheit oftmals einer hyperbelreichen, stigmatisierenden Sprache bedient wurde, was die Ängste verstärken konnte. Beispielsweise wurde die Entstehung von Krebs in einem Zeitungsartikel aus dem Jahr 1965 wie folgt beschrieben:

„Schleichend, ohne ein spürbares Anzeichen, nimmt die Krankheit ihren Anfang. In einer einzigen der 300 Billionen Zellen des menschlichen

²⁸³ Vgl. *Der Spiegel* 7 (1965). Artikel: Krebs. Die letzte Seuche, S. 74-86.

²⁸⁴ Vgl. Berndt (2014), S. 47-66.

Organismus gerät das biochemische Bauschema in Unordnung - und die organisierte, rhythmisch pulsierende Ur-Einheit des Lebens wandelt sich in ein lebensbedrohendes Monstrum: die Krebszelle.“²⁸⁵

Viele Patient/innen der 1970er Jahre verdrängten Krankheitssymptome und zögerten Ärzt/innenbesuche trotz vorhandener Beschwerden lange hinaus: Das Fachblatt *Ärztliche Praxis* berichtete im Jahr 1964, dass von 100 Frauen, die Krebsknoten in ihrer Brust entdeckt hatten, nur 20 innerhalb des darauffolgenden Monats ihre Ärztin beziehungsweise ihren Arzt kontaktierten. 60 der 100 Frauen ließen mehr als ein Vierteljahr verstreichen, ehe sie sich in Behandlung begaben. Damals gab es in der Bundesrepublik nur wenige Krebsberatungsstellen und die Aufklärung der Bevölkerung über die Bedeutung der Frühwarnzeichen von Krankheiten war unzureichend.²⁸⁶

In der Serie *Patienten* gibt es gleich mehrere unaufgeklärte Behandlungssuchende, welche ihre Krankheit zunächst verdrängen und irrationale Ängste entwickeln, welche sie in ihrem alltäglichen Leben stark belasten. Ein Beispiel hierfür ist der an Epilepsie erkrankte Protagonist der fünften Folge, welche den Titel *Kuballas Angst* trägt. Der Patient namens Herr Kuballa (siehe Abb. 85) versucht jeglicher Konfrontation mit seiner Erkrankung auszuweichen und leidet stark unter seinen epileptischen Anfällen, welche in der Vergangenheit bereits dazu geführt haben, dass er sich selbst sowie Familienangehörige verletzt hat (siehe Abb. 86).



Abbildung 85: Herr Kuballa liegt nach einem epileptischen Anfall regungslos auf dem Boden seiner Wohnung, Folge 5, Timecode 00:03:05



Abbildung 86: Dr. Schaub betrachtet Frau Kuballas Handverletzung, welche ihr Mann ihr während eines Anfalls zugefügt hat, Folge 5, Timecode 00:02:11

²⁸⁵ *Der Spiegel* 7 (1965). Artikel: Krebs. Die letzte Seuche, S. 74.

²⁸⁶ Vgl. ebd., S. 74-86.

Zu Folgenbeginn setzt sich Herr Kuballa so wenig wie möglich mit seiner Epilepsie auseinander, ist unglücklich sowie verängstigt und lehnt eine neurochirurgische Operation strikt ab. Er hadert mit seiner Erkrankung und würde sie am liebsten vor der Außenwelt verstecken. So schiebt er beispielsweise bei einer Röntgenuntersuchung (siehe Abb. 87) einen Treppensturz als Ursache für seine anfallsbedingten Verletzungen vor.²⁸⁷ Die aktive Konfrontation mit seiner Krankheit vermeidet er, „jeder Diskussion [über die Möglichkeit einer Operation weicht er] aus“²⁸⁸ und für seine epileptischen Anfälle schämt er sich. Dies spüren auch seine Angehörigen und spielen ihm gegenüber das Gefahrenausmaß seiner Epilepsie herunter: Um ihn zu schützen, verschweigen sie ihm, dass er während vergangener Anfälle seine Frau mit einer Schere an der Hand verletzt hat und seine 10-jährige Tochter beinahe erwürgt hätte. Herr Kuballa schöpft jedoch Verdacht und spricht seine Frau auf ihre Handverletzung an (siehe Abb. 88), woraufhin sie ihm die wahre Entstehungsweise der Verletzung offenbart.²⁸⁹ An dieser Stelle sei angemerkt, dass die Verbindung von Epilepsie und Gewalt nicht das typische Epilepsiebild darstellt. Man unterscheidet zwischen generalisierter und fokaler Epilepsie. Erstere ist mit generalisierten Anfällen verbunden, die nicht auf eine bestimmte Hirnregion beschränkt sind. Epileptische Anfälle, die nur in bestimmten Hirnregionen auftreten, werden als fokale Anfälle bezeichnet. Bei beiden Formen lässt sich eine Kausalität mit Gewalttaten während der Anfälle weder beweisen noch widerlegen. Statt von einer Verursachung durch die Epilepsie zu sprechen, geht man davon aus, dass Epilepsiekranken für gewalttätige Handlungen eine vulnerable Gruppe darstellen: Menschen mit Epilepsie leiden vermehrt unter komorbiden psychiatrischen Krankheiten einschließlich Psychosen, welche das Risiko für Gewalthandlungen verstärken können.²⁹⁰

²⁸⁷ Vgl. Folge 5, Timecode 00:04:38-00:05:17.

²⁸⁸ Vgl. Folge 5, Timecode 00:06:58-00:07:20.

²⁸⁹ Vgl. Folge 5, Timecode 00:14:41-00:15:18.

²⁹⁰ Vgl. <https://www.neuro-depesche.de/nachrichten/fallserie-eltern-die-ihre-kinder-verletzen/> [Stand 04.05.2022, 11:00].



Abbildung 87: Herr Kuballa antwortet auf die Frage nach der Ursache seiner Verletzung, dass er beim Treppenlaufen gestürzt sei, Folge 5, Timecode 00:04:50



Abbildung 88: Herr Kuballa ahnt, dass er Schuld an der Verletzung seiner Frau trägt und spricht sie darauf an, Folge 5, Timecode 00:15:05

Im Gegensatz zu Herrn Kuballas Familie entscheidet sich der Amtsarzt direkt für eine offene Kommunikation mit dem Patienten über dessen Erkrankung und betont nachdrücklich: „Leider wissen Sie nicht, was Sie tun und wozu Sie fähig sind während einer solchen Attacke und es sagt Ihnen auch niemand hinterher. [...] Erinnern Sie sich, dass Ihre Tochter nach Ihrem vorletzten Anfall einen Schal um den Hals trug?“. Auf Herrn Kuballas Antwort, dass sie erkältet gewesen sei, erklärt der Arzt: „Nein, sie hatte Eindrücke am Hals. Von Ihren Fingernägeln“. Der Patient reagiert auf diese Aussage sehr gereizt (siehe Abb. 89) und schreit: „Das ist nicht wahr!“.²⁹¹ Bei nächster Gelegenheit spricht er seine Tochter auf den Vorfall an. Diese erzählt ihm zwar nicht die ganze Geschichte, anhand ihrer panischen Flucht in die Arme der Mutter (siehe Abb. 90) merkt er jedoch, dass die Aussage des Arztes der Wahrheit entspricht.²⁹²

²⁹¹ Vgl. Folge 5, Timecode 00:16:43-00:18:16.

²⁹² Vgl. Folge 5, Timecode 00:18:17-00:18:42.



Abbildung 89: Herr Kuballa reagiert gereizt auf die Aussage des Arztes, dass er seine Tochter während eines Anfalls gewürgt haben soll, Folge 5, Timecode 00:18:15



Abbildung 90: An der Reaktion seiner Tochter merkt Herr Kuballa, dass die Offenbarung des Mediziners der Wahrheit entspricht, Folge 5, Timecode 00:18:31

Im Folgenverlauf begreift Herr Kuballa, dass er die Auseinandersetzung mit seiner Epilepsie und der Möglichkeit einer neurochirurgischen Operation nicht mehr länger vor sich herschieben kann, da er durch die Nichtbehandlung sowohl sich selbst als auch seine Familie gefährdet. Deshalb beginnt er, sich über seine Krankheit sowie deren Behandlung zu informieren. Vor einer Operation hat er jedoch große Angst, da er diese für noch nicht praxisgeprüft genug hält. Ein Kollege rät ihm, dem medizinischen Fortschritt mehr zu vertrauen und merkt an, dass Herr Kuballa übertrieben kritisch sei und so spreche „als ist diese Operation der sichere Tod“.²⁹³ Als es dazu kommt, dass Herr Kuballa an seinem Arbeitsplatz mit einem Sprengstab in der Hand einen Anfall erleidet (siehe Abb. 91), konfrontiert ihn sein Kollege mit dem Gefahrenausmaß seiner Krankheitsverdrängung. Dabei hüllt er ihn, anders als die Familie es bisher getan hat, nicht in Watte, sondern beschreibt ungeschönt, wie verheerend der Anfall ausgehen hätte können. Er redet ihm bezüglich des Nichtbehandelns seiner Epilepsie ins Gewissen (siehe Abb. 92) und stellt unter anderem Fragen wie: „Warum kannst du dich nicht endlich zu dieser Operation entschließen?“.²⁹⁴

²⁹³ Vgl. Folge 5, Timecode 00:18:43-00:19:30.

²⁹⁴ Vgl. Folge 5, Timecode 00:24:55-00:26:30.



Abbildung 91: Herr Kuballa erleidet an seinem Arbeitsplatz einen Anfall während er einen Sprengstab in der Hand hält, Folge 5, Timecode 00:22:20



Abbildung 92: Sein Kollege konfrontiert Herrn Kuballa mit dem hohen Gefahrenausmaß seines Anfalls mit dem Sprengstab in Händen, Folge 5, Timecode 00:25:54

Während des Gesprächs mit seinem Kollegen trifft Herr Kuballa schließlich den Entschluss, sich operieren zu lassen und sagt dann zu seinem Hausarzt Dr. Schaub: „Aber Sie könnten mir einen Gefallen tun, Doktor: Rufen Sie die Neurologie an wegen der Überweisung“ (siehe Abb. 93).²⁹⁵ Im Abspann der Folge sieht man, dass der Patient mit einem Kopfverband in einem Krankenhausbett liegend ein Buch liest (siehe Abb. 94).²⁹⁶ Daraus können die Zuschauer/innen ableiten, dass die Operation komplikationslos verlaufen ist.

An dieser Stelle sollte bedacht werden, dass *Patienten* durch filmische Inszenierung implizit eine bestimmte Position vermitteln kann. Dabei müssen die Serieninhalte zwar weitgehend mit der damaligen medizinischen Lehrmeinung übereinstimmen, da die Serie ansonsten als nicht authentisch beurteilt werden könnte, durch die Art der Erzählung kann jedoch eine Beeinflussung der Zuschauer/innenmeinungen beispielsweise zu bestimmten Behandlungsoptionen stattfinden. In der Folge rund um Herrn Kuballa wird der operative Therapieansatz der Epilepsie als eine äußerst innovative und erfolgsversprechende Entwicklung der Medizin präsentiert. So zeigt sich der Amtsarzt vollkommen überzeugt davon, dass „bei einer Operation die Chance weit größer wäre als das Risiko“.²⁹⁷ Die Möglichkeit eines negativen Ausgangs wird kaum thematisiert, wodurch die Komplikationen des Eingriffs verharmlost werden. Mit Herrn

²⁹⁵ Vgl. Folge 5, Timecode 00:26:44-00:27:21.

²⁹⁶ Vgl. Folge 5, Timecode 00:28:04-00:28:32.

²⁹⁷ Vgl. Folge 5, Timecode 00:06:58-00:07:53.

Kuballas komplikationslose Operationsverlauf wird dem Fernsehpublikum ein eindrucksvoller Therapieerfolg der Neurochirurgie vor Augen geführt: Die Zuschauer/innen lernen ihn anfangs als Patienten kennen, für den ein normaler Alltag nahezu unmöglich ist und am Folgenden erleben sie Herrn Kuballa frisch operiert und ohne erkennbare Einschränkungen. Dadurch kann eine positive Einstellung gegenüber der neurochirurgischen Therapie entstehen und die Operationsmöglichkeit kann den Zuschauer/innen als vielversprechender und effektiver Behandlungsweg in Erinnerung bleiben.

Außerdem erleben die Zuschauer/innen in der Folge rund um Herrn Kuballa, dass der Behandlungssuchende sich aktiv Informationen einholt, um dann selbstbestimmt eine Entscheidung zu treffen: Das Fernsehpublikum begleitet den Patienten auf seinem Weg vom uninformierten, vermeidenden Behandlungssuchenden hin zu einem autonomen Akteur, der sich aktiv mit seinem Gesundheitszustand auseinandersetzt. Der Serie gelingt es anhand des Falls von Herrn Kuballa darzustellen, dass eine aktive Auseinandersetzung mit dem eigenen Gesundheitszustand und eine selbstbestimmte Lösungsfindung zu einem glücklichen Ausgang führen können. Durch die positive Auflösung kann die Serie dazu beitragen, dass das Fernsehpublikum die Auseinandersetzung mit dem eigenen Gesundheitszustand unterbewusst mit einem angenehmen Gefühl verknüpft und, dass das Vertrauen in die Neurochirurgie gestärkt wird.



Abbildung 93: Herr Kuballa verkündet Dr. Schaub seinen Entschluss, sich in der Neurochirurgie vorzustellen, Folge 5, Timecode 00:27:20



Abbildung 94: Im Abspann ist zu sehen, dass Herr Kuballa mit einem Kopfverband in einem Krankenhausbett liegt und ein Buch liest, Folge 5, Timecode 00:28:05

Im Laufe der 1970er Jahre wuchs der gesellschaftliche Drang, sich aktiv mit dem eigenen Gesundheitszustand auseinanderzusetzen und ärztliche Handlungsempfehlungen nicht mehr einfach ungefragt auszuführen. Aus diesen Tendenzen heraus entwickelte sich gegen Ende des Jahrzehnts eine weitreichende Gesundheitsbewegung, welche ihren Ausgangspunkt in West-Berlin hatte. Im Verlauf kam es auch in anderen Städten zum Aufbau von Gesundheitszentren und zur Gründung von zahlreichen alternativen Gesundheitsprojekten. Im Rahmen der Bewegung wurde unter anderem die Initiative *Gesundheitsladen* ins Leben gerufen. Sie bietet bis heute ein Dach für gesundheitspolitische Aktivitäten und Projekte zu Themen wie Ethik, Naturheilkunde, Patientenrechte und Gesundheitspolitik. Ab dem Jahr 1980 etablierte sich der *Berliner Gesundheitstag*: Ein Treffen für Menschen, die sich für lebenspraktische, gesundheitsorientierte Alternativen zur bestehenden Schulmedizin interessierten. Im ersten Jahr konnten bereits 12.000 Teilnehmer/innen verzeichnet werden und der zweite *Gesundheitstag* 1981 versammelte bereits mehr als 18.000 Menschen. Es entwickelte sich eine Gesundheitsbewegung, die das Denken und Handeln im Gesundheitswesen tiefgreifend verändern sollte.²⁹⁸ Die Bewegung vereinte Patient/innen, welche gegen die ihnen zugeschriebenen Rollenmuster in der Krankenversorgung aufbegehrten. In Zuge dessen entstanden im Jahr 1976 zusätzlich zum ersten feministischen Frauengesundheitszentrum *FFGZ* in Europa auch mehrere Selbsthilfe- sowie Therapiegruppen. Viele Patientinnen forderten gynäkologische Beratungsangebote und Selbstuntersuchungskurse: Sie kritisierten, dass zur damaligen Zeit mehr als 80% der Frauenärzt/innen in der BRD männlich waren. Im Rahmen der Gesundheitsbewegung wurden Kurse organisiert, in welchen Patientinnen sich unter anderem über eigene Erfahrungen austauschen und Abtasttechniken zur Brustkrebsfrüherkennung erlernen konnten. Mit der Herausgabe der Selbsthilfezeitschrift *Clio* erarbeiteten sich Frauen gemeinsam neue Perspektiven auf ihre Körper, ihre reproduktiven Rechte sowie ihre Sexualität.²⁹⁹

Darüber hinaus formierten sich im Kontext dieser Gesundheitsbewegung zahlreiche Vereine, welche die Unzulänglichkeiten sowie die autoritären Züge des bestehenden

²⁹⁸ Vgl. Söderfeldt (2020), S. 12-14 und S. 65-76.

²⁹⁹ Vgl. Richter (2018), S. 1-18.

Gesundheitssystem kritisierten und Alternativen entwickelten. Dazu schrieb die Autorin Ylva Söderfeldt:

„Patientenvereine wurden während des 20. Jahrhunderts nicht nur selbstverständlich – sie machten auch das Selbst verständlich. Wenn sie Informationen verbreiteten, Ratschläge erteilten und Kontakte zwischen Patienten vermittelten, halfen die Patientenvereine den kranken Menschen, sich selbst zu verstehen.“³⁰⁰

Um medizinische Informationen zugänglich zu machen, wurden autonome Telefondienste eingerichtet und zahlreiche Beratungsangebote etabliert. Erstmals entstanden ambulante Pflegedienste und Projekte wie der *Berliner Krisendienst* oder *SEKIS (Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle)*. Im Jahr 1983 erschien außerdem ein Gesundheitsbuch, in welchem auf über 1.000 Seiten Tipps zur Krankheitsbehandlung und -vorbeugung abgedruckt waren, wodurch die Selbstwirksamkeit der Patient/innen gestärkt werden sollte. Insgesamt hatte die Gesundheitsbewegung der 1970er und 1980er Jahre das Ziel, die Basis für einen selbstbestimmten Umgang mit der eigenen Gesundheit beziehungsweise Krankheit zu schaffen.³⁰¹

Die Entwicklung der Behandlungssuchenden hin zur aktiven, aufgeklärten Auseinandersetzung mit dem eigenen Gesundheitszustand wird in der Serie *Patienten* mehrfach abgebildet. So gibt es Protagonist/innen, welche sich zunächst wenig mit ihrer eigenen beziehungsweise mit der Erkrankung von Personen ihres näheren Umfelds auseinandersetzen. Krankheit wird von einigen Seriencharakteren zunächst als Schwäche eingestuft und der/die Betroffene wird stigmatisiert beziehungsweise erlegt sich das Stigma selbst auf. Erst die aktive Auseinandersetzung mit dem eigenen gesundheitlichen Zustand und den individuellen Handlungsmöglichkeiten führt die Patient/innen der Serie wieder auf einen erfüllten Lebensweg zurück. Einen Beispielfall für diese Entwicklung stellt Herr Oberland aus der ersten Folge namens *An Kindes statt* dar: Er leidet anfangs sehr darunter, eine Erbkrankheit in sich zu tragen, welche er potentiell an seine Nachkommen weitergeben kann. Bei ihm selbst ist die Krankheit nicht ausgeprägt, aber sein Sohn Hansi (siehe Abb. 95) ist betroffen. An dieser Stelle sei erwähnt, dass das durch die Nationalsozialist/innen eingeführte *Gesetz zur Verhütung*

³⁰⁰ Söderfeldt (2020), S. 7.

³⁰¹ Vgl. ebd., S. 12-14 und S. 65-76.

erbkranken Nachwuchses in der Bundesrepublik erst im Jahr 1974 aufgehoben wurde. 1945 wurde es in der amerikanischen und sowjetischen Besatzungszone zwar förmlich außer Kraft gesetzt, war aber somit zum Zeitpunkt der Serienausstrahlung 1972/73 noch nicht offiziell aufgehoben. Da sich Frau Oberland ein Geschwisterkind für ihren Nachwuchs wünscht, muss sich das Ehepaar mit dem Risiko einer Weitergabe der Erbkrankheit beziehungsweise mit alternativen Optionen wie einer Adoption auseinandersetzen. Während des Anschauens der Folge können die Zuschauer/innen erkennen, dass einige Seriencharaktere Hansis Erkrankung als ein Stigma oder Tabuthema einordnen, denn teilweise wird nur hinter vorgehaltener Hand über die Krankheit gesprochen. Eine offene Kommunikation über den Gesundheitszustand des Kindes scheint nicht stattzufinden, denn nachdem ein befreundetes Ehepaar der Oberlands deren Wohnung nach einem gemeinsamen Abendessen verlässt, fragt der Mann seine Frau unter vier Augen: „Du sag mal: Weiß man eigentlich genau was Hansi hat?“. Beide sind der Ansicht, dass sich Franz Oberland seit der Geburt seines Sohnes verändert hat. Sie stellen fest, dass er sehr unter der Tatsache, einen kranken Sohn zu haben, leidet und der Mann sagt: „Franz macht das fertig. [...] Heute Abend ging es ja noch, da nimmt er sich zusammen. Aber im Dienst: Stundenlang überhaupt nicht ansprechbar“.³⁰²

Die oben erwähnte mediale Gesundheitsaufklärung, welche für die Veränderungen in den 1970er Jahren entscheidend war, wird in die Serie *Patienten* hineingeholt: Das Ehepaar Oberland sitzt vor dem Fernseher und schaut sich eine Dokumentation über Insemination an (siehe Abb. 96). Es wird erklärt, dass dabei Samen eines Spenders sowie Samen des Partners in den Genitaltrakt der Frau appliziert werden. Dadurch soll die Wahrscheinlichkeit, dass ein Spermium des Mannes zu der befruchtungsfähigen Eizelle der Frau gelangt, erhöht werden. Die Serienzuschauer/innen können feststellen, dass Herr Oberland in Bezug auf medizinische Themen wie künstliche Befruchtung bisher wenig aufgeklärt ist: Seine Uninformiertheit spiegelt sich unter anderem in Aussagen wie „Künstliche Befruchtung? Meinetwegen bei ner Kuh“ wider. Seine Einstellung zu Insemination und auch zu Adoption scheint wenig differenziert zu sein, denn er äußert:

³⁰² Vgl. Folge 1, Timecode 00:02:05-00:02:34.

„Aber solange du meine Frau bist, wird dir nicht mit einer Spritze ... Das ist ja zum Kotzen, wenn man nur dran denkt. Und irgendein Baby, das irgendeiner zu viel wird, kommt mir auch nicht ins Haus“.³⁰³



Abbildung 95: Hansi liegt nach einem Anfall in seinem Kinderbett und wird von Dr. Schaub versorgt, Folge 1, Timecode 00:06:55



Abbildung 96: Das Ehepaar Oberland schaut sich eine Dokumentation über künstliche Befruchtung an, Folge 1, Timecode 00:03:55

Das Risiko, ein weiteres krankes Kind zu bekommen, belastet das Ehepaar stark, und Herr Oberland sagt: „Wir haben unser Fett weg! Noch einen Hansi?“ und nimmt daraufhin einen großen Schluck von seinem Bier. Frau Oberlands Wunsch nach einem zweiten Kind wächst jedoch, und sie scheint, ob der ablehnenden Haltung ihres Mannes zu künstlicher Befruchtung und Adoption, zunehmend verzweifelt zu sein (siehe Abb. 97). Ihr Ehemann zeigt sich wenig lösungsorientiert und versteift sich darauf, dass die Erbkrankheit eine große persönliche Schwäche seinerseits darstelle und suhlt sich in Selbstmitleid: „Ich habe nicht gewusst, dass ich krank bin, keine gesunden Kinder zustande bringe“. Besonders deutlich wird die ausgeprägte Selbststigmatisierung, als er seiner Ehefrau erklärt: „Ich hab dir schon mal gesagt: Erbkrankheit, die erst später erkannt wird, ist ein Scheidungsgrund. Wenn du also gesunde Kinder haben willst, Kinder von einem gesunden Mann, bei dem nicht irgendwo der Wurm drin ist: Bitte“.³⁰⁴ Obwohl die Erbkrankheit bei ihm nicht ausgeprägt ist, betont er mehrfach, dass er krank sei. Er steigert sich in den Glaubenssatz hinein, dass er keine gesunden Kinder zeugen könne und damit weniger wert sei als ein gesunder Mann. So sagt er: „Ich bin krank! So schwerkrank, dass ich nicht nur keine gesunden Kinder machen kann. Nein, ich mache

³⁰³ Vgl. Folge 1, Timecode 00:03:24-00:05:45.

³⁰⁴ Vgl. Folge 1, Timecode 00:04:47-00:05:45.

gesunde Kinder sogar krank“. Als seine Frau ihn trösten will, warnt er: „Weg, ich bin ansteckend!“ und stößt sie grob zur Seite (siehe Abb. 98).³⁰⁵ An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die wiederholte Betonung durch Herrn Oberland, dass er krank sei, die Zuschauer/innen zu der Ansicht verleiten könnte, dass er der Behandlungssuchende in der *Patienten*-Folge sei. Doch da man unter einem Patienten beziehungsweise einer Patientin einen Menschen versteht, der sich in ärztlicher Behandlung befindet, ist Hansi, das Kind der Oberlands, der eigentliche Patient der Folge. Dass diese Tatsache beinahe in Vergessenheit gerät, zeigt wie ausgeprägt und wirkungsvoll Herrn Oberlands Selbststigmatisierung ist.



Abbildung 97: Frau Oberland leidet unter der ablehnenden Einstellung ihres Mannes zu Themen wie künstlicher Befruchtung und Adoption, Folge1, Timecode 00:05:11



Abbildung 98: Herr Oberland stößt seine Ehefrau grob von sich, als diese versucht, ihn während eines Anfalls von Selbstmitleid zu trösten, Folge 1, Timecode 00:22:12

Frau Oberland scheint im Vergleich zu ihrem Mann weitaus offener und aufgeklärter zu sein: Sie beschäftigt sich aktiv mit dem aktuellen Stand der Wissenschaft und holt über verschiedenste Medien Informationen ein, um eine fundierte Diskussionsgrundlage zu haben. Sie macht sich eigenständig Gedanken über ihre Handlungsoptionen (siehe Abb. 99), spricht mit der *Caritas* über die familiäre Situation und geht zu einer Adoptionsbehörde, um sich vom dortigen Rechtspfleger die nötigen Auskünfte einzuholen (siehe Abb. 100). Unterstützt wird sie auf ihrem Weg der aktiven Auseinandersetzung mit ihren Handlungsoptionen von Dr. Schaub, welcher sie in ihrer Selbstwirksamkeit bestärkt: „Frau Oberland, denken Sie noch einmal ganz genau darüber nach und dann setzen Sie sich mit aller Energie dafür ein, was Sie wirklich

³⁰⁵ Vgl. Folge 1, Timecode 00:21:48-00:22:34.

wollen“.³⁰⁶ Im Gegensatz zu ihrem Mann steigert sie sich nicht in negative Gedanken hinein, sondern argumentiert auf fundiertem Wissen basierend: So widerspricht sie seiner Aussage, dass er keine gesunden Kinder zeugen könne, mit den Worten „Ach, das stimmt doch gar nicht! Mit 90% Wahrscheinlichkeit wäre ein zweites Kind gesund“.³⁰⁷



Abbildung 99: Frau Oberland macht sich intensiv Gedanken und wägt alle Handlungsoptionen ab, Folge 1, Timecode 00:24:18



Abbildung 100: Frau Oberland informiert sich bei einer Adoptionsbehörde über ihre Möglichkeiten, Folge 1, Timecode 00:14:29

Herr Oberland setzt Krankheit weiterhin mit Schwäche gleich und die Vorstellung, dass ein Adoptivkind, das „von irgendeinem Halbdepp im Suff fabriziert“ wurde, neben Hansi „mit seinen Anfällen“ gesünder dastehen würde, zermürbt ihn.³⁰⁸ Die stetige Selbstabwertung und der daraus resultierende schlechte psychische Zustand ihres Ehemannes belasten Frau Oberland und so vertraut sie sich Dr. Schaub an (siehe Abb. 101). Sie erzählt ihm, dass ihr Mann psychisch sehr unter der Erbkrankheit leide und glaube, dass ein Mann, der keine gesunden Kinder zeugen kann, einen geringeren Wert habe. Sie erzählt: „Er ist völlig verändert: Sitzt zuhause rum, will niemanden mehr sehen. Er ist richtig krank, Herr Doktor. Und das alles, weil er glaubt, ein Mann, der keine gesunden Kinder in die Welt setzen kann, der sei minderwertig“.³⁰⁹ Die Stigmatisierung erfolgt jedoch nicht ausschließlich durch den Betroffenen selbst, sondern auch von außen. So sagt beispielsweise der Rechtspfleger in der Adoptionsbehörde zu Frau Oberland: „Ein erbliches Leiden? [...] Da war es aber eigentlich kaum zu verantworten von Ihrem Mann“.³¹⁰

³⁰⁶ Vgl. Folge 1, Timecode 00:10:28-00:10:37.

³⁰⁷ Vgl. Folge 1, Timecode 00:04:51-00:04:57.

³⁰⁸ Vgl. Folge 1, Timecode 00:04:47-00:05:45.

³⁰⁹ Vgl. Folge 1, Timecode 00:07:35-00:08:30.

³¹⁰ Vgl. Folge 1, Timecode 00:13:12-00:13:23.

Im Folgenverlauf muss eine Bekannte des Ehepaars Oberland für längere Zeit ins Krankenhaus und die Oberlands nehmen deren zwei Kinder für die Dauer des stationären Aufenthalts bei sich auf. Dabei stellen alle Betroffenen fest, dass das Paar die Herausforderung, sich um weitere Kinder zu kümmern, gut meistert und Hansi die Anwesenheit weiterer Kinder im Haushalt sehr gut tut. Mitunter durch diese bestärkende Erfahrung gelingt es Herrn Oberland, sich aus seiner unzufriedenen Opferrolle zu befreien und er beginnt, sich aktiv mit seinen Handlungsoptionen und der Zukunft auseinanderzusetzen. Er ist ernsthaft an einer Adoption interessiert, hört sich nach einer größeren Wohnung für den Familienzuwachs um und erkundigt sich bei einem Kollegen, welcher selbst einen adoptierten Sohn hat, wie der Adoptionsprozess bei ihm abgelaufen ist (siehe Abb. 102).

Die Folge rund um Herrn Oberland führt dem Fernsehpublikum vor Augen, dass es dem anfangs unglücklichen Patienten durch die aktive Auseinandersetzung mit seiner Situation gelingt, sich aus der Opferrolle zu befreien und einen positiven Umgang mit der Gesamtsituation zu finden.



Abbildung 101: Frau Oberland vertraut Dr. Schaub ihre Verzweiflung bezüglich der Selbststigmatisierung ihres Mannes an, Folge 1, Timecode 00:08:22



Abbildung 102: Herr Oberland erkundigt sich bei einem Kollegen nach dem Ablauf der Adoption von dessen Adoptivsohn, Folge 1, Timecode 00:19:00

Der Untersuchung von Gesundheit und Krankheit wurde sich, laut des Autors Toni Faltermaier, lange Zeit überwiegend aus einer naturwissenschaftlichen Sicht genähert und die psychischen und sozialen Prozesse seien nicht ausreichend miteinbezogen worden. Das „Erleben und Handeln des kranken und gesunden Menschen wurde als

Gegenstand der Forschung vernachlässigt³¹¹ und der alltägliche und soziale Umgang mit Gesundheit und Krankheit sei lange Zeit sekundär gewesen. In den 1970er Jahren entstanden dann neue wissenschaftliche Disziplinen wie die Gesundheitspsychologie oder die Medizinsoziologie und psychische sowie soziale Phänomene von Gesundheit und Krankheit seien zunehmend untersucht worden. Diese Entwicklung der Gesundheitswissenschaften und das Denken in einem biopsychosozialen Modell machten es möglich, Gesundheit und Krankheit aus der Perspektive des betroffenen Individuums zu sehen. In den 1970er und 1980er Jahren habe sich ein Paradigmenwandel im Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung vollzogen: Von nun an sollte in der Behandlung die konkrete Lebenswirklichkeit der Patient/innen mit all den psychosozialen und soziokulturellen Determinanten mitberücksichtigt werden. Das Ziel war eine erfolgreiche Gesundheitsförderung in einem menschengerechten System.³¹² Auf die Wichtigkeit der sozialen Komponenten sowie der Menschlichkeit in der Therapie macht auch der Pfarrer aus *Der schwarze Doktor* in einer Rede an das Klinikpersonal aufmerksam (siehe Kapitel 2.6).

Die zunehmende Relevanz von Gesundheits- und Sozialpolitik und der Wunsch nach psychosozialer Unterstützung führten dazu, dass dem Prinzip der Selbsthilfe seit Mitte der 1970er Jahre zunehmend größere Bedeutung beigemessen wurde. Menschen schlossen sich auf Basis einer Krankheit zu gesundheitsbezogenen Selbsthilfeinitiativen zusammen und wurden damit Ansprechpartner für andere Akteur/innen im Gesundheitssektor. Zu den Kernaufgaben der Selbsthilfegruppen zählten neben der Aufklärungsarbeit und der Beratung der Mitglieder auch die Interessensvertretung der Patient/innen im *Gemeinsamen Bundesausschuss*. Selbsthilfeszusammenschlüsse hatten also nicht nur für die individuelle Bewältigung von Krankheit eine große Bedeutung, sondern auch für die Patient/innenpartizipation im Gesundheitswesen. Selbsthilfeszusammenschlüsse traten beispielsweise für die Verbesserung von Gesundheitsdiensten ein, engagierten sich in der sozialen Beratung und setzen sich für Patient/innenrechte ein. Die gesundheitsbezogene Selbsthilfe wurde als Grundlage für neue Ansätze in der besseren Bewältigung von Krankheiten, der Selbstbestimmung des

³¹¹ Faltermaier (2016), S. 230.

³¹² Vgl. ebd., S. 229-242.

Individuums sowie in der Humanisierung der medizinischen Versorgung betrachtet. Die in den 1970er Jahren vorgetragene Kritik an der Vernachlässigung von psychosozialen Aspekten führte dazu, dass der Zusammenhang zwischen Krankheitsbewältigung und der Unterstützung des sozialen Umfelds sowie der Selbstwirksamkeit mehr in den Fokus rückte.³¹³ Letztere beschreibt die subjektive Gewissheit, herausfordernde Situationen aufgrund eigener Kompetenzen bewältigen zu können. Erstellt wurde das Konzept der Selbstwirksamkeit vom kanadischen Psychologen Albert Bandura Ende der 1970er Jahre. Zu dieser Zeit entwickelte sich die Überzeugung, dass der Umgang mit einer schwierigen und belastenden Situation, wie etwa einer Krankheit, durch die Stärkung der Selbstwirksamkeit der Patient/innen positiv beeinflusst werden konnte.³¹⁴

In der Serie kann die Relevanz der Selbstwirksamkeit unter anderem am Beispiel des auf den Rollstuhl angewiesenen Patienten Herrn Bucher aus der zweiten Folge namens *Kein hoffnungsloser Fall* nachvollzogen werden: Er ist am Schluss der Folge endlich glücklich, da er seine Selbstwirksamkeit wiederentdeckt. Der Behandlungssuchende befindet sich zunächst in einer passiven Opferposition, ist durchgehend missmutig (siehe Abb. 103 und Abb. 104) und schließt mit seinem Leben ab. Er geht nicht davon aus, dass sein Geschwür am Fuß jemals verschwinden wird und sagt: „Das Geschwür? Das geht nicht mehr weg. Ne, ne, ne, ne. Ich bin lang genug hier: Ich hab schon zu viel gesehen. [...] Warum soll ich mir was vormachen? Ich bin dran“. Seine Passivität sowie Hoffnungslosigkeit wird durch Bildsprache akzentuiert, als er seine negativen Gedanken missgelaunt mit einem Mitpatienten teilt während andere Rollstuhlfahrer Tricks mit ihren Rollstühlen vollführen und fröhlich Basketball spielen (siehe Abb. 105 und Abb. 106).³¹⁵

³¹³ Vgl. Gerlinger (2016), S. 89-106.

³¹⁴ Vgl. Freudiger / Gerber (2016), S. 11.

³¹⁵ Vgl. Folge 2, Timecode 00:01:40-00:02:48.



Abbildung 103: Herr Bucher ist nahezu durchgehend pessimistisch gestimmt und sein Gesichtsausdruck wirkt meist abwesend sowie traurig, Folge 2, Timecode 00:06:23



Abbildung 104: Herr Bucher ist wieder einmal sehr schlecht gelaunt und ein Mitpatient merkt ironisch an: „Bist aber heute sehr munter“, Folge 2, Timecode 00:09:06



Abbildung 105: Herr Bucher (im Hintergrund) äußert pessimistische Gedanken. Gleichzeitig vollführt ein Mitpatient Kunststücke mit seinem Rollstuhl, Folge 2, Timecode 00:01:50



Abbildung 106: Einige Rollstuhlpatienten spielen trotz ihrer Handicaps ausgelassen Basketball und machen das Beste aus ihrer Situation, Folge 2, Timecode 00:02:26

Herr Buchers Angehörige verstärken dessen Passivität, indem sie versuchen, ihn gegen alles Negative abzuschildern. So erzählen sie ihm nicht, dass der Familienbetrieb kurz vor der Pleite steht: Das Geschäft schreibt rote Zahlen und die Angehörigen arbeiten sich zu Grunde, doch Herrn Bucher zu Liebe wird durch Lügen eine heile Welt aufrechterhalten. Der Schwiegersohn des Patienten erzählt Dr. Schaub: „Sie müssten mal dabei sein, Doktor: Sonntags, wenn wir ihn besuchen, da wird glänzend verdient, investiert, da werden Pläne gemacht. Ein einziger Schwindel!“³¹⁶ Herr Buchers Tochter rechtfertigt diese Lügen wie folgt: „Er muss immer glauben bei uns, ich meine im

³¹⁶ Vgl. Folge 2, Timecode 00:15:59-00:17:55.

Geschäft, sei alles in Ordnung. Wie soll er sonst weiterleben?“³¹⁷ Die Aufopferungsbereitschaft der Familie zum Schutz des Kranken wird besonders deutlich, als Dr. Schaub an dem Geschäft der Buchers vorbeifährt und die Kamera einfängt, wie die rüschenschmerzgeplagte Ehefrau sowie die schwangere Tochter des Patienten schwere Kisten und Säcke schleppen (siehe Abb. 107).³¹⁸ Hier können die Zuschauer/innen durch das Anschauen der Serie *Patienten* über falsches Verhalten von Angehörigen aufgeklärt werden: Sie können erkennen, dass die Familie dem Patienten durch die Überbehütung seine Eigenverantwortlichkeit und damit seinen Lebenssinn nimmt.

Herr Bucher ist zunehmend genervt von seiner Krankheit und davon, dass ihm die Ärzte Woche für Woche sagen, dass es eine leichte Besserung geben würde. Seiner Ungeduld macht er Luft, indem er äußert: „Seit zwei Jahren jede Woche zweimal: „leichte Besserung“. Da müsste ich längst olympiareif sein bei so viel Besserung. Ach, ich hab die Schnauze so voll!“³¹⁹ Herr Buchers Entwicklung aus der Passivität heraus beginnt, als er sich mit einem Pfleger unterhält (siehe Abb. 108) und diesen bezüglich seiner Motivation interviewt: „Wenn einer das 30 Jahre macht, dann ist er entweder behämmert oder er glaubt an was“. Der Pfleger erklärt ihm, dass das Prinzip der Hoffnung für ihn eine wichtige Rolle spiele, er an etwas glaube und auch für die Patient/innen bete. Darauf antwortet Herr Bucher: „Ich stell mir das ziemlich schwierig vor. Was betest du denn zum Beispiel für mich? Dass er mir wieder auf die Beine hilft oder dass er mich abkratzen lässt? Erlöst? Weil ja doch nichts mehr bei mir drin ist?“³²⁰

³¹⁷ Vgl. Folge 2, Timecode 00:07:36-00:07:42.

³¹⁸ Vgl. Folge 2, Timecode 00:14:12-00:14:37.

³¹⁹ Vgl. Folge 2, Timecode 00:13:09-00:13:19.

³²⁰ Vgl. Folge 2, Timecode 00:11:00-00:14:06.



Abbildung 107: Dr. Schaub sieht, dass Herr Buchers Ehefrau sowie dessen schwangere Tochter schwere Säcke und Kisten tragen, Folge 2, Timecode 00:14:21



Abbildung 108: Herr Bucher und ein Pfleger unterhalten sich über die Relevanz der Hoffnung im Genesungsprozess, Folge 2, Timecode 00:11:43

Während eines Besuchs von seinem Hausarzt Dr. Schaub (siehe Abb. 109) fragt Herr Bucher den Arzt: „Glauben Sie im Ernst, dass es nochmal so weit kommt, dass ich entlassen werden kann?“. Dr. Schaub bestärkt die Selbstwirksamkeit des Patienten, indem er antwortet: „Nach der Amputation. Warum nicht? Das ist dann Ihr Risiko. [...] In der Medizin gehen Prognosen manchmal daneben, weil sie das psychologische Moment so wenig berücksichtigen“.³²¹ Ein Pfleger bestärkt den Patienten darin, eigenverantwortlich eine Entscheidung zu treffen, indem er sagt: „Sie geht nur dich an. Dich allein!“.³²² Die Gespräche scheinen Herrn Buchers Eigeninitiative gestärkt zu haben, denn während einer Wundversorgung (siehe Abb. 110) erkundigt er sich: „Wie lange dauert es denn nach so einer Amputation bis die Wunde ambulant behandelt werden kann?“. Auf die Auskunft von mindestens acht Wochen sagt er, mehr zu sich selbst: „Es kann aber auch sein, dass die Wunde überhaupt nicht zugeht und dann müsste ich hier bleiben ... bis zuletzt“.³²³

³²¹ Vgl. Folge 2, Timecode 00:18:47-00:20:22.

³²² Vgl. Folge 2, Timecode 00:13:58-00:14:04.

³²³ Vgl. Folge 2, Timecode 00:20:23-00:21:13.



Abbildung 109: Dr. Schaub besucht Herrn Bucher in der Klinik, um ihm nahezu legen, sein Geschäft zu schließen, Folge 2, Timecode 00:19:10



Abbildung 110: Während einer Wundversorgung erkundigt sich Herr Bucher nach seinen konkreten Heilungsaussichten, Folge 2, Timecode 00:20:59

Im Verlauf der Folge entwickelt Herr Bucher den Wunsch, endlich wieder Glück zu empfinden und beschließt deshalb, sich eigenverantwortlich nach Hause zu entlassen. Seine Entscheidung erklärt er wie folgt:

„Ich weiß jetzt, was ich will: Mich freuen dürfen. Mich einmal wieder freuen dürfen! Seit zwei Jahren hab ich mich nicht mehr gefreut. Ich hab auch nicht mehr gedacht, dass das jemals wiederkommen könnte, aber jetzt ist es soweit. Ich will nach Hause! Ich will ihre Gesichter sehen und sehen, wie sie sich auch freuen“.³²⁴

Die Chance, neue Lebenslust zu gewinnen, ist Herrn Bucher eine Einbuße an Lebenszeit wert, weshalb er sich selbstwirksam gegen die Amputation entscheidet. Seine Familie ist ob der baldigen Rückkehr nach Hause sehr euphorisch (siehe Abb. 111). Herr Bucher erzählt ihnen nicht, dass seine Entlassung höchstwahrscheinlich mit einer verkürzten Lebenszeit einhergehen wird und setzt Dr. Schaub's Rat, das Geschäft zu schließen, in die Tat um. Der Entschluss zur Entlassung nach Hause scheint den Patienten sehr zu erleichtern und es gelingt ihm, neue Lebensfreude zu schöpfen: Der zuvor sehr passive, nahezu depressive Herr Bucher schmiedet nun wieder Zukunftspläne.³²⁵ Die Folge endet mit einem Gespräch zwischen einer Pflegerin und einem Pfleger (siehe Abb. 112), welches offen legt, wie die beiden mit Krankheit am Lebensende umgehen würden. Die Schwester vertritt den Standpunkt, dass Herr Bucher sein Leben durch die Entscheidung gegen eine potentiell lebensverlängernde Behandlung aufgeben und man Krankheit bis

³²⁴ Vgl. Folge 2, Timecode 00:22:28-00:22:52.

³²⁵ Vgl. Folge 2, Timecode 00:24:51-00:25:58.

zuletzt therapieren sollte: „Ich finde das war nicht richtig! So schwer ein Leben auch sein mag, man darf es nicht wegwerfen“. Der Pfleger antwortet auf ihre Aussage zufrieden lächelnd und mit Nachdruck: „Er wirft es nicht weg!“.³²⁶ Durch die Kollision dieser gegensätzlichen Ansichten werden die Zuschauer/innen dazu angeregt, sich mit einem der beiden Standpunkte zu solidarisieren. Dadurch können sie sich ihrer eigenen Einstellung zu lebensverlängernder Therapie von Krankheit bewusst werden und überlegen, wie sie selbst in der Situation von Herrn Bucher agieren würden: Liegt die eigene Priorität auf der reinen Quantität oder auf der Qualität des Lebens?



Abbildung 111: Herr Buchers Familie freut sich sehr auf dessen Rückkehr nach Hause und bereitet alles vor, Folge 2, Timecode 00:25:08



Abbildung 112: Ein Pfleger und eine Pflegerin unterhalten sich über ihre unterschiedlichen Ansichten bzgl. Herrn Buchers eigenmächtiger Entlassung, Folge 2, Timecode 00:26:38

3.3 Aktive Auseinandersetzung mit ethisch kontroversen Thematiken

Das Erwachen des Patient/innenbewusstseins spiegelt sich unter anderem darin wider, dass die Gesellschaft in den 1970er Jahren vermehrt Debatten über ethisch kontroverse Themengebiete der Medizin führte. Die Öffentlichkeit setzte sich beispielsweise mit strittigen Fragestellungen rund um Sterbehilfe, künstliche Befruchtung sowie Abtreibung auseinander.

Auslöser der öffentlichen Sterbehilfediskussion war ein Vorfall in den Niederlanden: Im Jahr 1973 verabreichte eine Ärztin ihrer todkranken Mutter auf deren Bitte hin 200mg Morphin und tötete sie damit. Dieser Fall von aktiver Sterbehilfe erregte nicht nur in

³²⁶ Vgl. Folge 2, Timecode 00:25:59-00:26:50.

den Niederlanden großes Aufsehen, sondern wurde auch in der deutschen Presse ausführlich besprochen. Laut des Autors Marvin Jung war jener Vorfall der Auslöser für die Enttabuisierung der Sterbehilfethematik in der Bundesrepublik: Er habe dazu geführt, dass Menschen ihre Forderungen nach einer Legalisierung der Sterbehilfe öffentlich kundtaten. Viele vertraten die Meinung, dass die Möglichkeit zur Inanspruchnahme von Sterbehilfe eine nötige Alternative darstellte, da der medizinische Fortschritt zu einer Verlängerung des Leidens geführt habe. Der ersten offiziellen Meinungsumfrage im Jahr 1973 zufolge, plädierten 52% der deutschen Bevölkerung für die Legalisierung von Sterbehilfe.³²⁷ Auch Ärzt/innen äußerten die Ansicht, das Ziel aller medizinischen Bemühungen müsse ein „menschenwürdiges, dem Menschen adäquates Leben“³²⁸ sein. Viele sprachen sich dafür aus, dass Patient/innen, welche ohne Bewusstsein unrettbar vor sich hinvegetierten, „das Recht zu sterben“³²⁹ verdient hätten.

Auf der anderen Seite befürchteten die Kritiker/innen von Sterbehilfe eine menschenverachtende Degradierung der Patient/innen, sprachen von Euthanasie und argumentierten, dass die Achtung vor dem Menschenleben unantastbar sei. Sie betonten, dass es keine ärztlich assistierte Tötung geben dürfe, da ansonsten einer „Lawine der Unmenschlichkeit“³³⁰ der Weg geebnet werden würde. Im Jahr 1973 nahmen die Ängste um eine Entwürdigung des menschlichen Lebens ein so erhebliches Ausmaß an, dass das Thema in einer Diskussionsrunde des ZDF besprochen wurde.³³¹

In der Serie *Patienten* wird die Sterbehilfethematik abgebildet, als Herr Bucher in der bereits in Kapitel 3.2 untersuchten Folge namens *Kein hoffnungsloser Fall* gegenüber einem Pfleger andeutet, dass er den Tod seinem Leben im Rollstuhl vorziehen würde. Besonders deutlich wird die Ablehnung des Patienten gegenüber eines von Krankheit geprägten Lebens, als er sagt: „Das einzig Richtige ist Leben. Leben und Gesundsein“.³³² In einer anderen Sequenz sitzt Herr Bucher apathisch in der Badewanne und spricht seine Gedanken laut aus (siehe Abb. 113): „Ich bin jetzt so weit, dass ich mir überlege,

³²⁷ Vgl. Jung (2019), S. 25-26.

³²⁸ *Der Spiegel* 6 (1973). Artikel: Euthanasie. Recht zu sterben, S. 23.

³²⁹ Ebd.

³³⁰ Retzlaff (2008), S. 88.

³³¹ Vgl. ebd., S. 87-105.

³³² Vgl. Folge 2, Timecode 00:12:41-00:12:46.

ob ich nicht das gleiche Recht zu sterben habe wie zu leben“.³³³ Darüber hinaus kommt die Thematik des selbstbestimmten Sterbens in einem Gespräch zwischen einem Pfleger und einem Arzt auf (siehe Abb. 114): Letzterer ist der Ansicht, dass ein Nichtausschöpfen der Therapiemöglichkeiten einem „Selbstmord“ gleichkomme und „unchristlich“ sei. Der Pfleger dagegen argumentiert: „Ich glaube nicht, dass es unsere Bestimmung ist, um jeden Preis lange zu leben“.³³⁴

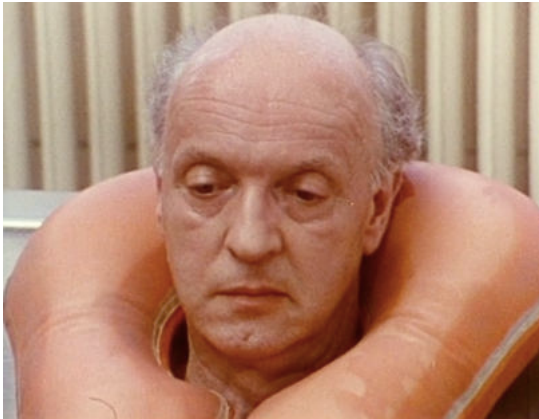


Abbildung 113: Herr Bucher sitzt abgeschlagen sowie apathisch in der Badewanne und denkt über sein Recht zu sterben nach, Folge 2, Timecode 00:15:23



Abbildung 114: Ein Arzt und ein Pfleger unterhalten sich über ihre verschiedenen Ansichten zum Ausschöpfen der Therapiemöglichkeiten am Lebensende, Folge 2, Timecode 00:18:25

In der Serie bleiben die Aussagen zum Thema Sterbehilfe zum Teil einfach unkommentiert im Raum stehen, wodurch die Zuschauer/innen dazu angeregt werden können, sich eigenständig Gedanken zu der Materie zu machen und die ethischen Gesichtspunkte für sich persönlich abzuwägen. Die Thematik der Sterbehilfe wird auch in einem *Spiegel*-Artikel aus dem Jahr 1977 zur Diskussion gestellt. Der Autor beschreibt zunächst die damals gegenwärtige Menschenunwürdigkeit des Sterbens: Er kritisiert, dass in deutschen Kliniken das Leid vieler Kranker durch Maschinen künstlich in die Länge gezogen wurde. In den USA und Großbritannien dagegen konnten Patient/innen sich dank dort legaler Sterbehilfe gegen ein qualvolles Leiden entscheiden. Allein in London gab es damals fünf sogenannte „Sterbekliniken“, in welchen Schwerstkranke nicht mehr therapiert wurden. Lediglich die Schmerzen sowie Ängste wurden ihnen genommen, wenn nötig auch mit Hilfe von Drogen wie LSD und Heroin.³³⁵

³³³ Vgl. Folge 2, Timecode 00:15:27-00:15:33.

³³⁴ Vgl. Folge 2, Timecode 00:17:56-00:18:46.

³³⁵ Vgl. *Der Spiegel* 27 (1977). Artikel: Die neue Weise vom Tod des Jedermann. Mediziner erforschen die fünf Stationen des Sterbens, S. 158-166.

Trotz reger Diskussionen in Zeitschriften und zahlreicher öffentlicher Stellungnahmen während der 1970er Jahre fand in Deutschland keine Legalisierung der Sterbehilfe statt. Allerdings wurde die Thematik im Jahr 1976 in der Europäischen Union debattiert, woraus die Empfehlung resultierte, dass der Behandlungsfokus nicht auf einer reinen Verlängerung der Existenz liegen sollte, sondern vielmehr auf einer Verbesserung der Lebensqualität. Eine aktive Beschleunigung des natürlichen Sterbeprozesses dürfe dabei jedoch kein Inhalt der medizinischen Handlungen sein.³³⁶

Nicht nur die Sterbehilfethematik wurde während der 1970er Jahre oft diskutiert, auch das Thema der künstlichen Befruchtung war Gegenstand vieler gesellschaftlicher Debatten. In den 1960ern und 1970ern wurde die Forschung zu den Methoden der künstlichen Befruchtung intensiv vorangetrieben und die In-vitro-Fertilisation entwickelt. Bei letzterer werden die ersten Schritte der Entstehung menschlichen Lebens in die Petrischale verlegt und die befruchtete Eizelle wird später in den Uterus eingepflanzt. Die Belastungen für die Frau sind keinesfalls unerheblich: Es gibt häufiger Fehl-, Mehrlings- und Frühgeburten als bei natürlichen Schwangerschaften und das Verfahren bedarf Hormonbehandlungen, Narkosen sowie Bauchpunktionen. In den 1970er Jahren waren die Methoden der assistierten Reproduktion umstritten und viele Menschen hatten ethische Bedenken. Die römisch-katholische Kirche nahm eine sehr ablehnende Haltung ein: Die Institution untersagte jegliche Form der künstlichen Befruchtung ausdrücklich. Das strikte Verbot fußte auf der Begründung, jedes Kind müsse innerhalb der Ehe in einem natürlichen, leiblich vollzogenen Akt gezeugt werden.³³⁷

Befürworter/innen der Reproduktionsmedizin beriefen sich auf das Selbstbestimmungsrecht und die Persönlichkeitsrechte der/des Einzelnen. Sie plädierten für eine sexuelle Selbstbestimmung, reproduktive Autonomie und das Recht auf Fortpflanzung: Jedes Paar sollte die Möglichkeit haben, eine selbstbestimmte Entscheidung für oder gegen eigene Kinder zu fällen. Ferner sollte das Grundrecht auf Achtung des Privat- und Familienlebens geschützt werden. Die Befürworter/innen wiesen darauf hin, dass ein unerfüllter Kinderwunsch bei den Betroffenen häufig

³³⁶ Vgl. Jung (2019), S. 25-26.

³³⁷ Vgl. Diedrich/Griesinger/Ludwig (2013), S. 14 und S. 662.

psychisches Leiden auslöste und Krankheitswert besaß. Daher lag es für sie nahe, die seit den 1970er Jahren verfügbaren Verfahren der Reproduktionsmedizin uneingeschränkt zu nutzen.³³⁸

Die verstärkten Forderungen nach einer endgültigen Legalisierung der künstlichen Befruchtung führten dazu, dass sich die Bundesregierung im Jahr 1970 für eine Straffreiheit der heterologen Insemination aussprach. Fortan war also die Applikation von Spendersamen in den weiblichen Genitaltrakt erlaubt. Ein weiteres bedeutendes Jahr für die Geschichte der Kinderwunschbehandlung war 1978, denn in diesem erblickte das erste durch In-vitro-Fertilisation gezeugte Baby das Licht der Welt. Im folgenden Jahrzehnt wurde die Präimplantationsdiagnostik entwickelt und damit kamen neue ethische Bedenken auf: Gendefekte konnten nun bereits bei einem im Reagenzglas gezeugten Keimling erkannt werden und es bestand die Möglichkeit, einen erbkranken oder behinderten Embryo absterben zu lassen bevor dieser in die Gebärmutter eingesetzt wurde.³³⁹

Die ethische Kontroverse zu künstlicher Befruchtung wird in *Patienten* in der bereits in Kapitel 3.2 besprochenen ersten Folge rund um das Ehepaar Oberland und deren erbkranken Sohn Hansi thematisiert. Frau Oberland sucht aufgrund der Kinderwunschproblematik Rat bei Dr. Schaub (siehe Abb. 115) und antwortet auf dessen Frage nach ihrem persönlichen Wunsch: „Noch ein Kind. Aber nicht durch diese künstliche Befruchtung. Entschuldigen Sie, Herr Doktor, aber mir ist diese Sache ... zuwider“.³⁴⁰ Herr Oberland äußert diesbezüglich (siehe Abb. 116): „Künstliche Befruchtung? Meinetwegen bei ner Kuh“. Außerdem sagt er: „Aber solange du meine Frau bist, wird dir nicht mit einer Spritze ... Das ist ja zum Kotzen wenn man nur dran denkt“.³⁴¹ Obwohl das Ehepaar zu dem Entschluss kommt, dass eine künstliche Befruchtung für sie persönlich keine Option darstellt, kann die Thematisierung der Materie das Fernsehpublikum dazu anregen, sich selbst Gedanken zu machen. Insbesondere bei Zuschauer/innen, welche in der Vergangenheit bereits mit der Thematik in Berührung gekommen sind, kann die ablehnende Einstellung der Oberlands

³³⁸ Vgl. ebd., S. 655.

³³⁹ Vgl. Retzlaff (2008), S. 56-87.

³⁴⁰ Vgl. Folge 1, Timecode 00:09:17-00:09:30.

³⁴¹ Vgl. Folge 1, Timecode 00:03:23-00:05:45.

zu einem innerlichen oder aktiven Kopfschütteln beziehungsweise -nicken führen woraus vor dem Fernseher eine Diskussion über die ethischen Aspekte künstlicher Befruchtung entstehen kann.



Abbildung 115: Frau Oberland und Dr. Schaub setzen sich gemeinsam mit der Option der künstlichen Befruchtung auseinander, Folge 1, Timecode 00:08:57



Abbildung 116: Das Ehepaar Oberland führt eine hitzige Diskussion über künstliche Befruchtung, Folge 1, Timecode 00:04:52

Nicht nur die erste Folge von *Patienten* thematisiert die Themen Kinderwunsch und Schwangerschaft, auch in der dritten Folge namens *Bettina Schaub's Wunschkind* geht es um Schwangerschaft sowie die Sehnsucht nach Nachwuchs. Darüber hinaus wird die Abtreibungsthematik ausführlich debattiert. Es werden umfassende Gespräche über das ethisch kontroverse Thema geführt und die involvierten Protagonist/innen machen sich intensiv Gedanken über Vor- und Nachteile für die Mutter sowie für das ungeborene Kind. Dabei denkt die schwangere Schülerin Bettina selbstbestimmt über ihre individuelle Vorstellung vom Leben nach und setzt sich umfassend mit ihrer eigenen Einstellung sowie mit der möglichen Zukunft ihres Babys auseinander. Ferner bäumt sie sich gegen bestehende Konventionen auf und ist somit in Hinblick auf das Erwachen des Patient/innenbewusstseins eine interessante Protagonistin.

Bettina, die kurz vor dem Abitur steht, hat ohne Absprache mit ihrem Freund die Antibabypille abgesetzt, da sie einen Kinderwunsch verspürte. Bereits zu Beginn der Folge macht die Schülerin Andeutungen, die darauf hinweisen, dass sie schwanger ist (siehe Abb. 117): So erklärt Bettina ihrem Freund Hannes, dass sie ihre Eltern gerade in nächster Zeit brauchen werde.³⁴² Sie lässt ihn zunächst jedoch nicht an ihrem Wissen

³⁴² Vgl. Folge 3, Sequenz 3.

um die Schwangerschaft teilhaben und vertraut sich nur ihrer Schulfreundin Christa an (siehe Abb. 118).³⁴³



Abbildung 117: Bettina deutet Hannes gegenüber an, dass sie schwanger ist, Folge 3, Sequenz 3



Abbildung 118: Bettina erzählt ihrer Freundin Christa auf dem Schulhof, dass sie ein Baby erwartet, Folge 3, Sequenz 5

Bettina bittet Christa um Stillschweigen und lässt ihr während des Unterrichts einen Zettel (siehe Abb. 119) zukommen, auf welchem steht: „Er darf nichts erfahren, niemand darf was erfahren“.³⁴⁴ Jedoch weiht Christa Hannes ein, welcher daraufhin zu Bettinas Vater Dr. Schaub in die Praxis geht, um diesem von der Schwangerschaft zu berichten. Während des Gesprächs wird deutlich, dass Hannes, welcher selbst ja auch noch ein Kind ist, mit der Gesamtsituation überfordert ist: Es fällt ihm schwer, den Blickkontakt zu Dr. Schaub zu halten, er dreht sich während des Gesprächs sogar weg und spielt nervös an seinen Fingern herum (siehe Abb. 120).³⁴⁵

³⁴³ Vgl. Folge 3, Sequenz 5.

³⁴⁴ Vgl. Folge 3, Sequenz 7.

³⁴⁵ Vgl. Folge 3, Sequenz 8.

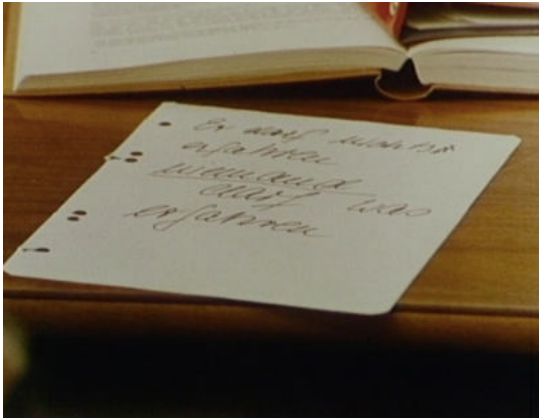


Abbildung 119: Bettina schiebt Christa während des Unterrichts eine Notiz zu: „Er darf nichts erfahren, niemand darf was erfahren“, Folge 3, Sequenz 7



Abbildung 120: Hannes schaut Dr. Schaub während des Gesprächs über Bettinas Schwangerschaft nicht in die Augen und spielt nervös mit seinen Händen, Folge 3, Sequenz 8

Dr. Schaub spricht seine Tochter auf deren Schwangerschaft und ihr Stillschweigen an, woraufhin ein sehr intensives Gespräch zwischen Vater und Tochter folgt (siehe Abb. 121). Dabei wird Dr. Schaub's Angespanntheit mittels Bildsprache untermalt: Im Verlauf zündet er sich eine Zigarette an (siehe Abb. 122) und versucht, sich durch das Rauchen zu entspannen. Bettina erklärt ihrem Vater, dass sie sich ein Baby gewünscht und die Pille deshalb bewusst abgesetzt habe. Dazu sagt sie:

„Du hast doch vorhin selber gesagt: Ein Kind ist etwas ungeheuer Wichtiges. Vielleicht das Wichtigste im Leben. Genau das denke ich auch und ich finde deshalb, dass man ein Kind nur bekommen soll, wenn man es will und wenn man den Mann hat von dem man es will. Vor ungefähr acht Wochen wollte ich es unbedingt und ich hatte den Mann. Weiß ich, ob ich es nochmal will und ob Hannes dann noch bei mir ist? Deshalb war mir alles egal.“³⁴⁶

Im Verlauf korrigiert sie sich und erläutert:

„Naja, egal ist es mir ja auch nicht. Nur für euch ist es ja selbstverständlich wie unnatürlich dieses vielleicht Wichtigste im Leben zustande kommt: Vor der Pille in 90% aller Fälle aus Versehen. Man hat sich verrechnet oder nicht aufgepasst. Und jetzt mit der Pille werden sie ja bestellt. Aus Berechnung heraus, die mit allem anderen mehr zu tun hat als mit ... als mit dem natürlichen Trieb. Genau wie mit der Ehe: Damit fängt der ganze Schwindel überhaupt an. Bestandenes Examen, Standesamt, es darf geliebt werden, Betten nebeneinander, es muss geliebt werden. Aber bitte, bitte noch kein Kind. Papi, deine erste Frage vorhin war: Was hast du dir dabei gedacht? Jetzt weißt du es: Ich dachte, ich will ein Kind. Aber weißt du: Ein Kind nicht als Produkt aus Gewohnheit und Kalkulation und deshalb muss es jetzt sein. Denn das andere, das kommt dann auch noch für mich und ist stärker als ich. Von

³⁴⁶ Vgl. Folge 3, Sequenz 9.

dem werde ich genauso untergebuttert wie ihr alle. Aber dann hab ich mein Kind. Wenigstens eins, was nicht so wie die meisten auf die Welt gekommen ist und so wie ich selber.“³⁴⁷

Das von Bettina thematisierte Selbstbestimmungsrecht der Frau in Bezug auf die Entscheidung für oder gegen ein Kind, war in den 1970er Jahren ein sehr aktuelles Thema und wurde in den Medien oft diskutiert. Das Magazin *Der Stern* erschien am 6. Juni 1971 mit der Schlagzeile „Wir haben abgetrieben!“. Auf dem Titelbild der Ausgabe waren Fotos von Frauen abgedruckt, welche sich öffentlich zu einem Schwangerschaftsabbruch bekannten. Es handelte sich um eine Aktion, bei der 374 prominente und nicht prominente Frauen öffentlich zugaben, abgetrieben und damit gegen geltendes Recht verstoßen zu haben. Initiiert wurde die Aktion von der Journalistin und Frauenrechtlerin Alice Schwarzer und unter den teilnehmenden Frauen befanden sich bekannte Persönlichkeiten wie die Schauspielerinnen Senta Berger und Romy Schneider. Die Frauen kämpften gegen den Paragraphen 218 des Strafgesetzbuchs, welcher das Verbot von Schwangerschaftsabbrüchen beinhaltete. Sie sprachen sich für eine straffreie Abtreibung in den ersten drei Monaten und damit für das Recht auf Selbstbestimmung über den eigenen Körper und den eigenen Lebensentwurf aus. Die Aktion erregte großes Aufsehen, weil sie das Tabuthema Schwangerschaftsabbruch erstmals öffentlich ansprach und gilt bis heute als Meilenstein in der Abtreibungsliberalisierung in Deutschland: Es wurde eine breite und emotional geführte gesellschaftliche Debatte über die Frage, ob und unter welchen Umständen eine Frau abtreiben darf, ausgelöst. Die Geständnisse in *Der Stern* waren die Grundlage für eine weitreichende Bewegung: Tausende gingen für die Abtreibungslegalisierung auf die Straße und demonstrierten gegen die Entmündigung.³⁴⁸

Die Protagonistin Bettina verurteilt eine Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch keinesfalls, fühlt sich zunächst jedoch dazu in der Lage, ihr Kind großzuziehen. Als sie ihr ungeborenes Baby während eines Gesprächs mit ihrem Vater als „Angelegenheit, die nur mich angeht“ bezeichnet, argumentiert Dr. Schaub:

„Siehst du? Das ist dein erster Irrtum: Du bezeichnest dieses Kind als
Angelegenheit und degradierst es zum Objekt. Zum Objekt deines Verlangens

³⁴⁷ Vgl. ebd.

³⁴⁸ Vgl. Theuke (2019), S. 42-50.

nach einem Baby. Aber dein Kind ist eben nicht dein Eigentum. Mit jeder Zeugung entsteht ein Mensch, der das Recht hat, an seine Umwelt Forderungen zu stellen und als erstes fordert er von seiner Mutter optimale Lebensbedingungen. Das ist ihre spezifische Verantwortung und diese Verantwortung ist – wenn du so willst – ihre Angelegenheit.“³⁴⁹

Bettina betont, dass sie bereit sei, diese Verantwortung für ihr Baby zu übernehmen. Ihr Vater hat jedoch Bedenken, dass sie aufgrund ihres jungen Alters dazu noch nicht in der Lage sei und sagt: „Kannst du ja gar nicht“. Dennoch gibt er sich Mühe, Verständnis für die Situation seiner Tochter aufzubringen und leitet ein beschwichtigendes Ende der Diskussion ein: „Na schön, dann wollen wir das erstmal festhalten: dass du, aus einer mir sehr verständlichen Stimmung heraus, einen Fehler gemacht hast – wahrscheinlich“.³⁵⁰



Abbildung 121: Dr. Schaub und Bettina unterhalten sich ausführlich über Bettinas Motive, ein Kind haben zu wollen, Folge 3, Sequenz 9



Abbildung 122: Dr. Schaub belastet die Thematik sichtlich und er versucht, sich durch das Rauchen einer Zigarette zu entspannen, Folge 3, Sequenz 9

Die Schwangerschaft beschäftigt nicht nur Bettina und deren Familie, sondern auch Hannes als Erzeuger setzt sich intensiv mit der für ihn ungeplanten Schwangerschaft auseinander.³⁵¹ Die Besonderheit, dass eine Schwangerschaft ausschließlich den weiblichen Körper betrifft, dabei aber als Teil der menschlichen Reproduktion von Interesse für die gesamte Menschheit ist, bringt viele Herausforderungen mit sich. Diese Problematik diskutiert die Autorin Emma Budde unter der Überschrift *Zwei Geschlechter, doch nur eines wird schwanger*: Die „ungleiche Verteilung von

³⁴⁹ Vgl. ebd.

³⁵⁰ Vgl. ebd.

³⁵¹ Vgl. Folge 3, Sequenz 11.

Reproduktionskapazität zugunsten bzw. zu Lasten der Frau“³⁵² habe ein hohes Konfliktpotential und werfe viele ethische Fragen auf. Welche Rolle sollte der Erzeuger bei der Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch spielen? Ferner stellt die Autorin infrage, ob es vertretbar sei, dass mehrheitlich männliche Jurist/innen und Politiker/innen über die Legalität von Abtreibungen entscheiden. Die Legalität von Abtreibungen bedeute für Frauen nicht nur ein Selbstbestimmungsrecht über den eigenen Körper, sondern auch über den eigenen Lebensweg. Denn nicht nur die Schwangerschaft, sondern auch der Großteil der Erziehungs- und Hausarbeit werde von Frauen übernommen. Es sei kein Zufall, dass sich die Abtreibungsdebatte und die Forderung zur Streichung des Paragraphen 218 zum Symbol des Konflikts über die sich wandelnde Rolle der Frau in Familie und Gesellschaft entwickelte.³⁵³ In *Patienten* zeigt sich Hannes Bettina gegenüber stets verständnisvoll und unterstützt sie in ihren Handlungsintentionen, ohne ihr hineinzureden oder sie in eine bestimmte Richtung zu lenken. Gegenüber seinem konservativen Vater erklärt er:

„Ich fürchte, du wirst es als Unfall bezeichnen: Ich hab ein Mädchen, das ein Baby bekommt. [...] Und um gleich Missverständnissen vorzubeugen: Ich werde sie heiraten. [...] Und zwar nicht, weil das jetzt passiert ist, sondern weil ich sie sowieso gern heiraten möchte. Die Frage ist nur, ob man unter diesen Umständen die Sache nicht doch einfach vorverlegen sollte. Für Bettina würde dadurch manches weniger schwierig.“³⁵⁴

Daraufhin lacht Hannes Vater abschätzig sowie gehässig (siehe Abb. 123). Für ihn ist eine Abtreibung die einzige Lösung und er meint, da Bettinas Vater Arzt ist, sollte das ja kein Problem darstellen. Als Hannes betont, dass ein Schwangerschaftsabbruch für ihn nicht zur Diskussion stehe, rechnet ihm sein Vater die möglichen Unterhaltskosten vor:

„Mich kostet es, wenn man dabei halbwegs anständig bleiben will, 25 Jahre à 3.000. Das ist eine Zugmaschine mit Hänger. Hannes, du kriegst einen Scheck über sagen wir 3.000. Dafür wird das überall bestens gemacht. In 14 Tagen seid ihr wieder zurück.“³⁵⁵

Hannes reagiert auf die diktatorischen Anweisungen seines Vaters sehr gereizt und äußert ironisch salutierend (siehe Abb. 124): „Mit der Vollzugsmeldung: Befehl

³⁵² Budde (2015), S. 5.

³⁵³ Vgl. ebd., S. 5-6.

³⁵⁴ Vgl. Folge 3, Sequenz 11.

³⁵⁵ Vgl. ebd.

ausgeführt. Embryo zerstört. Zugmaschine gerettet“. Hannes Vater unterstellt Bettina, dass sie „primitiv“ sei und seinem Sohn das Kind vornehmlich untergejubelt habe, genau wie seine Ehefrau das bei ihm mit Hannes gemacht habe. An seine Frau gewandt sagt er: „So seid ihr halt“.³⁵⁶



Abbildung 123: Hannes Vater lacht gehässig nachdem er von der Vaterschaft sowie den Hochzeitsplänen seines Sohnes erfährt, Folge 3, Sequenz 11



Abbildung 124: Hannes ist ob der diktatorischen Anweisung seines Vaters zu einer Abtreibung wütend und salutiert ironisch, Folge 3, Sequenz 11

Mit der Parole „Mein Bauch gehört mir!“ forderte die neuentstandene Frauenbewegung Anfang der 1970er Jahre, dass jede Frau das Recht haben sollte, sich ohne Strafandrohung gegen ihr Kind entscheiden zu dürfen. Ferner sollte die Gesellschaft besser aufgeklärt werden, denn es kursierten viele Horrorlegenden darüber, was eine Abtreibung alles verursachen könne: Die Erzählungen reichten von ewiger Unfruchtbarkeit über unstillbare Blutungen bis hin zu schlimmeren bleibenden Folgen.³⁵⁷ Die Frauen, welche in den 1970er Jahren, trotz des bestehenden Verbots, eine Abtreibung vornehmen ließen, mussten mit einer Gefängnisstrafe von bis zu fünf Jahren rechnen. Auch den Ärzt/innen war die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen untersagt und die Verpflichtung zum Schutz von ungeborenem menschlichen Leben war in der Berufsordnung explizit verankert. Da die Forderungen nach einer liberaleren Haltung der Bundesrepublik sowie nach einer Stärkung der weiblichen Autonomie immer lauter wurden, erfolgte im Jahr 1972 eine Entschärfung des Paragraphen 218: Abtreibungen wurden bis zum dritten Schwangerschaftsmonat freigegeben. Daraufhin

³⁵⁶ Vgl. ebd.

³⁵⁷ Vgl. *Spiegel Online* (2011). Artikel: Schwangerschaftsabbruch. Wir haben damals abgetrieben, abrufbar über: <https://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/schwangerschaftsabbruch-wir-haben-damals-abgetrieben-a-767364.html> [Stand 20.03.2022, 14:00].

wurden zahlreiche Beratungsstellen eingerichtet, die das Ziel verfolgten, Frauen in Konfliktsituationen zu unterstützen und gemeinsam mit ihnen die Motive der eigenen Entscheidung zu erörtern. Dadurch sollte ein Entschluss aus tiefer Überzeugung ermöglicht werden, um spätere Schuldgefühle und Reue weitgehend zu vermeiden.³⁵⁸ Um vorzubeugen, dass Bettina ihre Entscheidung im Nachhinein bedauert, besprechen die Eltern die Situation ausführlich mit ihrer Tochter (siehe Abb. 125). Als Bettinas Mutter äußert: „An die Möglichkeit einer Unterbrechung ...“, fällt Dr. Schaub ihr ins Wort und sagt: „Auf keinen Fall“. Er fasst den Abtreibungskonflikt wie folgt zusammen:

„Die lieben Kollegen und der liebe Berufsethos. Da sitzt an dem einen Ende der römische Theologe, der gut reden hat, weil er nie in eine solche Situation kommt und am anderen Ende sitzt der englische Privatarzt, der als cleverer Geschäftsmann seine Prospekte per Drucksache an alle Welt verschickt: Abtreibung in herrlicher Lage, 300 Pfund, Minigolf und Segeln eingeschlossen. Und irgendwo in der Mitte kommt dann die Resolution zustande: nicht allzu rückständig, nicht allzu progressiv, aber natürlich von EntschlieÙung zu EntschlieÙung immer etwas fortschrittlicher. Das nennt man Trend.“³⁵⁹

Der Hintergrund dieser Aussage ist, dass ab Ende der 1960er Jahre viele Frauen extra nach Großbritannien reisten, um sich dort einer Abtreibung zu unterziehen. Der Ansturm von Hilfesuchenden war groß, wobei die Patientinnen vornehmlich aus Deutschland, Amerika und Skandinavien stammten. In ihren Heimatländern hätten die Frauen nach einer solchen Operation mit einer Gefängnisstrafe rechnen müssen. Das britische Parlament jedoch legalisierte Abtreibungen ab dem 27. April 1968 praktisch ohne Einschränkungen. Dadurch wurde England zum heimlichen Treffpunkt von Frauen aus der westlichen Welt, welche ihre ungewollte Schwangerschaft beenden lassen wollten. Ab 1968 wurden dort pro Jahr etwa 67.000 legale Abtreibungen durchgeführt, wobei nur drei Fünftel der Patientinnen aus England stammten. Die restlichen 27.000 Abtreibungen wurden zum „Big Business für rund 50 Privatkliniken auf der Insel“³⁶⁰. Der Chefoperateur einer Londoner Klinik äußerte: „mein Rekord: 26 Eingriffe am Tag“³⁶¹. Die britischen Ärzt/innen kassierten pro Abtreibung 1.600 bis 2.000 Mark und verdienten somit mehrere Millionen Mark im Jahr mit Schwangerschaftsabbrüchen. Ferner

³⁵⁸ Vgl. Retzlaff (2008), S. 56-75.

³⁵⁹ Vgl. Folge 3, Sequenz 13.

³⁶⁰ *Der Spiegel* 5 (1970). Artikel: England / Abtreibung. Touts und Taxler, S. 17.

³⁶¹ Ebd.

verleitete der unverhoffte Boom Taxifahrer/innen am Londoner Flughafen dazu, absurd hohe Fahrtkosten zu den Abtreibungskliniken zu veranschlagen: Teilweise verlangten sie, sobald Kundinnen einschlägige Adressen nannten, für Anfahrten, welche normalerweise 25 Mark kosteten, bis zu 200 Mark. Dass viele Frauen bereit waren, diese Preise zu zahlen, zeigt wie groß deren Not und Hilflosigkeit war. Manche Taxifahrer/innen gingen sogar so weit, dass sie den Frauen die Kliniken, in welchen sie bereits vorgemerkt waren, wieder ausredeten, um sie dann zu anderen Häusern zu bringen, von welchen sie für jede vermittelte Patientin 100 bis 200 Mark Provision erhielten.³⁶²

Neben den Gedanken zur Kommerzialisierung der Abtreibung, machen sich Bettinas Eltern vor allem Sorgen um die Zukunft ihrer Tochter: Sie befürchten, dass Bettina und ihr Kind es aufgrund gesellschaftlicher Vorurteile und Konventionen schwer haben werden. Dazu äußert Dr. Schaub: „Und in dieser Welt, in der es von Spießern nur so wimmelt, sind die Vorraussetzungen für dieses Kind denkbar miserabel. Aber darüber hast du wohl noch nicht nachgedacht?“.³⁶³ Über die negativen gesellschaftlichen Konsequenzen berichtete auch eine der Frauen, welche 1971 bei der Aktion in *Der Stern* ein öffentliches Geständnis abgelegt hatte. Jahre später sagte sie über ihren damaligen Verstoß gegen den Paragraphen 218: „Ein uneheliches Kind, so gefühllos das klingen mag, konnte ich mir nicht erlauben“. Da Singlesein damals bedeutete, keusch zu bleiben, habe die Schwangerschaft für sie als unverheiratete Frau eine große Schmach dargestellt. Sie habe den ganzen Lebensplan der jungen Frau zerstört: Damals war sie 21 Jahre alt, stammte aus einem kleinen Dorf in Bayern und studierte Pharmazie. Die Situation, unverheiratet schwanger und damit sozial geächtet zu sein, sei ihr so ausweglos erschienen, dass sie sich zu einer illegalen Abtreibung entschlossen habe.³⁶⁴ In der Serie spricht sich Dr. Schaub jedoch letztlich gegen eine Abtreibung aus, da er seine Tochter „für vital und für intelligent genug [hält], mit den Schwierigkeiten, die [sie] zu erwarten ha[t] fertig zu werden. Vielleicht sogar besser als mit dem Gedanken, kapituliert zu

³⁶² Vgl. ebd., S. 17-18.

³⁶³ Vgl. Folge 3, Sequenz 13.

³⁶⁴ Vgl. *Spiegel Online* (2011). Artikel: Schwangerschaftsabbruch. Wir haben damals abgetrieben, abrufbar über: <https://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/schwangerschaftsabbruch-wir-haben-damals-abgetrieben-a-767364.html> [Stand 20.03.2022, 14:00].

haben“.³⁶⁵ Bettina bezweifelt mittlerweile jedoch, dass sie in der Lage sei, dem Kind eine gute Zukunft zu ermöglichen und stuft ihren spontanen Wunsch nach einem Baby rückblickend als „Fehler“ ein, den sie aus egoistischen Motiven heraus begangen habe (siehe Abb. 126).³⁶⁶



Abbildung 125: Die Familie Schaub unterhält sich am Frühstückstisch über Bettinas Zukunft, Folge 3, Sequenz 13



Abbildung 126: Bettina möchte das Baby nun doch nicht mehr behalten und erklärt: „weil ich eingesehen habe, dass es ein Fehler war“, Folge 3, Sequenz 14

Dr. Schaub versucht, seine Tochter zu bestärken:

„Was befürchtest du? Für ein Kind, dessen Mutter es gewollt hat? Aus durchaus vertretbaren Motiven. Für eine Mutter, die konsequent blieb und sich mit ihrem Kind durchsetzte, allen Konventionen zum Trotz? Um die Lebensfähigkeit eines solchen durchgeboxten Kindes mache ich mir keine Sorgen.“³⁶⁷

Bettinas Zweifel lassen sich jedoch nicht schmälern. Außerdem befürchtet sie, dass sie als berechnendes und missgünstiges „Aas“ eingestuft werden könnte, da sie die Verhütung pausiert hat, ohne Hannes einzuweihen.³⁶⁸ Schließlich geht sie zu Hannes Vater (siehe Abb. 127) und bittet ihn um einen Kredit für die Abtreibungskosten. Dieser nimmt Bettinas Entscheidung gegen das Baby mit Freuden auf, sichert ihr das Geld zu und bietet an, sich nach einem beziehungsweise einer in Frage kommenden Ärzt/in umzuhören.³⁶⁹ Bettinas Entschluss zur Abtreibung fußt auf Zukunftssorgen sowie auf der Angst vor gesellschaftlicher Ächtung. Die Motive für eine Abtreibung konnten natürlich mannigfaltig sein. Eine der Frauen, welche sich 1971 öffentlich dazu bekannte,

³⁶⁵ Vgl. Folge 3, Sequenz 13.

³⁶⁶ Vgl. Folge 3, Sequenz 14.

³⁶⁷ Vgl. Folge 3, Sequenz 13.

³⁶⁸ Vgl. Folge 3, Sequenz 14.

³⁶⁹ Vgl. Folge 3, Sequenz 16.

abgetrieben zu haben, sagte zu den Hintergründen ihrer Entscheidung Jahre später: „Ich hatte gerade begonnen, ins Leben zu blicken“. Sie war zum Zeitpunkt der ungewollten Schwangerschaft Anfang 20, gerade mit ihrer Ausbildung als medizinisch-technische Assistentin fertig und verdiente zum ersten Mal eigenes Geld. Die junge Frau entschied sich für einen Abbruch, da die Schwangerschaft für sie nichts mit dem Gefühl „Ich bekomme ein Kind“ zu tun gehabt habe. Ihr Körper habe sich zwar spürbar verändert und sie habe sich durchaus schwanger, aber keinesfalls wie eine werdende Mutter gefühlt.³⁷⁰ Der Protagonistin Bettina aus *Patienten* geht es diesbezüglich anders: Als das junge Paar das Geld für eine Abtreibung hat, gesteht Bettina Hannes, dass sie inzwischen eine Bindung zu ihrem ungeborenen Kind verspürt und es nun doch behalten möchte (siehe Abb. 128).³⁷¹



Abbildung 127: Bettina besucht Hannes Vater, um ihn um einen Kredit für die Abtreibungskosten zu bitten, Folge 3, Sequenz 16



Abbildung 128: Bettina erzählt Hannes, dass sie mittlerweile eine Bindung zu ihrem ungeborenen Kind verspürt, Folge 3, Sequenz 18

Dr. Schaub macht sich gegenüber dem Schulleiter für seine Tochter stark: Er bittet darum, dass sie den Unterricht trotz Schwangerschaft weiterhin besuchen darf und betont, dass es „auf eine menschliche, auf eine praktische Entscheidung“ ankomme.³⁷² Obwohl der Schulleiter eine Missbilligung von Teilen der Elternschaft sowie von der Öffentlichkeit fürchtet, erklärt er schließlich gegenüber der Klasse (siehe Abb. 129): „Ich finde es ist nicht Sache der Gesellschaft, dem Betroffenen seine, sei es auch

³⁷⁰ Vgl. *Spiegel Online* (2011). Artikel: Schwangerschaftsabbruch. Wir haben damals abgetrieben, abrufbar über: <https://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/schwangerschaftsabbruch-wir-haben-damals-abgetrieben-a-767364.html> [Stand 20.03.2022, 14:00].

³⁷¹ Vgl. Folge 3, Sequenz 18.

³⁷² Vgl. Folge 3, Sequenz 17.

selbstverschuldete, Situation noch zu erschweren. Aus diesem Grund muss Bettina Schaub die Schule, entgegen den Vorschriften, nicht quittieren“.³⁷³

Die Folge endet mit einer Sequenz, in welcher Bettina auf dem Sofa liegt und Hannes mit einem Stethoskop versucht, die Herztöne des ungeborenen Babys zu hören. Dabei wirkt das junge Paar verliebt sowie euphorisch und scheint sich darauf zu freuen, Eltern zu werden (siehe Abb. 130).³⁷⁴ Durch das Gespräch der beiden erfährt man, dass Bettina bereits im vierten Schwangerschaftsmonat ist. Hieraus kann das Fernsehpublikum schließen, dass sie sich final gegen eine Abtreibung entschieden haben, da das Zeitfenster von drei Monaten nach Empfängnis bereits verstrichen ist.

Dadurch, dass in *Patienten* die Abtreibungsdebatte zum Gegenstand der Diskussion gemacht wird, werden die Zuschauer/innen dazu angeregt, selbst Stellung zu der strittigen Thematik zu beziehen. Dank Bettinas mehrfacher Hin- und Herüberlegung werden dem Fernsehpublikum viele Aspekte für sowie gegen eine Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch vorgelegt, wodurch eine Festlegung des eigenen Standpunkts erleichtert werden kann.



Abbildung 129: Der Schulleiter verkündet, dass Bettina den Unterricht weiterhin besuchen darf und bittet die Mitschüler/innen um Solidarität, Folge 3, Sequenz 19



Abbildung 130: Hannes versucht, den Herzschlag des Babys zu hören. Das Paar albert glücklich herum, Folge 3, Sequenz 20

³⁷³ Vgl. Folge 3, Sequenz 19.

³⁷⁴ Vgl. Folge 3, Sequenz 20.

3.4 Wunsch der Patient/innen nach mehr Mitsprache

In Kapitel 2.7 wurde bereits herausgearbeitet, dass die Patienten der Serie *Der schwarze Doktor* von den zuständigen Medizinerinnen kaum Informationen bezüglich ihres gesundheitlichen Zustandes erhalten. Die Ärzte klären die Mehrheit der Behandlungssuchenden unzureichend auf oder, wie im Fall von Herrn Lemmert, werden Diagnosen teilweise sogar vollkommen verschwiegen. Zur Erinnerung: Die Mediziner finden bei dem Patienten Herrn Lemmert Metastasen im gesamten Körper, informieren ihn jedoch nicht über den Krebsbefund sowie über seine verbleibende Lebenserwartung von nur wenigen Monaten. Herr Lemmert leidet stark unter der Ungewissheit bezüglich seines Gesundheitszustandes und wertet die Entlassung vor den Weihnachtsfeiertagen als positives Zeichen (siehe Kapitel 2.7). Dass Krebsdiagnosen den Patient/innen verschwiegen wurden, war in Deutschland bis in die 1960er Jahre durchaus üblich, denn die ärztliche Bevormundung war allgegenwärtig. So durften die Behandlungssuchenden Briefe mit Krankenhausberichten, welche für den oder die Hausarzt/in vorgesehen waren, nicht öffnen. Ende der 1960er Jahre begann diesbezüglich ein Wandel: Das Bewusstsein der Patient/innen als mitspracheberechtigte Subjekte wuchs und sie wollten in medizinische Entscheidungsprozesse involviert werden. Die Behandlungssuchenden forderten eine detaillierte Aufklärung über Art, Umfang und Konsequenzen ihrer Krankheit und es entwickelte sich ein verstärktes Interesse an einer aktiven Partizipation an der Therapieplanung.³⁷⁵

Wie in Kapitel 3.2 bereits dargelegt, wurden in den 1970er Jahren vermehrt Patient/innenvereine gegründet. Dieser Umstand spiegelt neben dem Wandel im Umgang mit Gesundheit und Krankheit auch den Wunsch der Behandlungssuchenden nach mehr Mitsprache im Gesundheitssystem wider: Die Vereine setzten sich für gesundheitliche Selbstverantwortung ein und machten sich für die Rechte ihrer Mitglieder stark. Laut der Autorin Ylva Söderfeldt verbreiteten die Patient/innenvereine in den 1970er Jahren gezielt medizinisches Wissen und leisteten Aufklärungsarbeit, um ein Fundament zu schaffen, auf welchem die Behandlungssuchenden eigenständig Therapieentscheidungen treffen konnten. Die zunehmend gesundheitsbewusste

³⁷⁵ Vgl. Teschner (1969), S. 41-66.

Bevölkerung der 1970er Jahre fühlte sich den Ärzt/innen dank medizinischer Aufklärung nicht mehr gänzlich unterlegen und war in der Lage, die Behandlung kritisch zu hinterfragen. Sie forderte mehr Mitspracherecht, eine stärkere Teilhabe an medizinischen Entscheidungen und ein höheres Maß an gesundheitlicher Selbstverantwortung.³⁷⁶

Diese zunehmende Eigenverantwortung ebnete den Weg für einen Wandel in der Ärzt/innen-Patient/innen-Beziehung: Die Begegnung der beiden Parteien fand immer mehr auf einer partnerschaftlichen Ebene statt.³⁷⁷ In einer Ausgabe des *Deutschen Ärzteblattes* von 1970 wurde in gleich zwei Artikeln darauf eingegangen, dass die übergeordnete Rolle der Behandler/innen zu schwinden begann. Den Ärzt/innen war es nicht länger möglich, eigenmächtig Entscheidungen für die Patient/innen zu treffen, da das Verhältnis zunehmend kooperative Züge annahm:

„Aber es ist notwendig, dass der Arzt sich künftig stärker bemühen muß, neue Beziehungen zum Patienten – einem mündigen Partner und nicht nur Objekt – herzustellen.“³⁷⁸

„Ich halte indes sehr viel von dem mündigen Patienten, der mit seinem Arzt sozusagen als gleichberechtigter Partner in ein Zwiegespräch über seine Krankheit eintritt und damit nach einer alten hippokratischen Metapher der Bundesgenosse im Kampf gegen die Krankheit wird.“³⁷⁹

Die Patient/innen entwickelten den Anspruch, an Therapieentscheidungen teilzuhaben und den Behandlungsverlauf mitzubestimmen. Das Ziel der damaligen Bemühungen war ein ausgeglicheneres Verhältnis zum bzw. zur Behandler/in. Das veränderte Selbstverständnis der Patient/innen wirkte sich, laut eines Beitrags des *Deutschen Ärzteblattes* aus dem Jahr 1976, positiv auf den Therapieverlauf aus:

„Der Patient sei kritischer, selbstbewußter geworden, sich seiner Rechte vollauf bewußt. In die Entscheidung um das gesundheitliche Wohlbefinden sei heute der Patient miteinzubeziehen, und dies komme, heutigem Erkenntnisstand zufolge, der Behandlung sehr entgegen.“³⁸⁰

³⁷⁶ Vgl. Söderfeldt (2020), S. 7-14.

³⁷⁷ Vgl. Retzlaff (2008), S. 126-143.

³⁷⁸ *Deutsches Ärzteblatt* 67 (1970). Artikel: Die Zukunft beginnt in diesem Augenblick. Der ärztliche Berufsstand muß sich aktiv anpassen, S. 427.

³⁷⁹ *Deutsches Ärzteblatt* 67 (1970). Artikel: Freiheit im Krankenhaus – Freiheit fürs Krankenhaus. Themen der Zeit, S. 3020.

³⁸⁰ *Deutsches Ärzteblatt* 73 (1976). Artikel: Der informierte Patient spart Kosten. Erster Internationaler Kongreß über Patientenberatung, S. 1832.

Der Wunsch der Patient/innen nach Mitsprache im Behandlungsprozess wird unter anderem in der fünften Folge von *Patienten* sichtbar: Der an Epilepsie erkrankte Herr Kuballa fühlt sich in die Enge getrieben, da er das Gefühl hat, dass über seinen Kopf hinweg Entscheidungen getroffen werden. Wie in Kapitel 3.2 bereits erwähnt, wird ihm von ärztlicher Seite aus zu einer neurochirurgischen Operation geraten. Er hat jedoch große Angst vor einem solchen Eingriff und fühlt sich entmündigt (siehe Abb. 131). Seines Empfindens nach wird ihm nur die Wahl zwischen einem freiwilligen Entschluss zu der neurochirurgischen Operation oder einer verpflichtenden Einweisung bei Verweigerung des Eingriffs gelassen. Diesbezüglich sagt er zu Dr. Schaub: „Ich verstehe. Mir bleibt also nur eine Wahl: entweder Operation oder Zwangseinweisung“.³⁸¹ Er fürchtet, gegen seinen Willen behandelt zu werden und bezeichnet die mögliche Einweisung in einem Gespräch mit einem Kollegen als „Haftbefehl“. Dieser merkt an: „Ah, das gibt es doch nicht: einfach abholen! Nicht in Deutschland, nicht in Italien. Sogar für Verbrecher braucht man [ein] Verhaftungsdokument“. Daraufhin erwidert Herr Kuballa: „Genau dasselbe gibt es auch bei gefährlich Verrückten, wird auch vom Amtsrichter ausgestellt auf Antrag des Amtsarztes und dann von der Polizei vollstreckt. Wie bei Schwerverbrechern. Hab mich genau erkundigt“. Er leidet ob der drohenden Klinikeinweisung unter großer Angst (siehe Abb. 132), welche seinen Alltag in Form von dauerhafter Nervosität sowie Angespanntheit belastet.³⁸² An dieser Stelle sei zum historischen Kontext angemerkt, dass Herr Kuballa in der Serie wohl in seinen Vierzigern oder Fünfzigern ist und die Schrecken der NS-Vergangenheit somit für ihn noch sehr präsent sein könnten. Damals durften Ärzt/innen auf der Grundlage des *Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* Sterilisationen von Patient/innen, die an bestimmten Erkrankungen litten, beantragen. Die meisten dieser Sterilisationen waren im neurologisch-psychiatrischen Krankheitssektor zu verzeichnen und fußten auf der Idee, bestimmte Krankheiten durch Sterilisation einzudämmen. Auch Epilepsiekranken mussten damals befürchten, unfruchtbar gemacht zu werden.³⁸³ Vor diesem Hintergrund wird Herrn Kuballas Misstrauen gegenüber der Epilepsitherapie sowie

³⁸¹ Vgl. Folge 5, Timecode 00:07:55-00:11:35.

³⁸² Vgl. Folge 5, Timecode 00:11:36-00:13:56.

³⁸³ Vgl. Martin / Fangerau / Karenberg (2016), S. 1-4.

seine Panik, abgeholt und für Forschungszwecke missbraucht zu werden, nachvollziehbarer.



Abbildung 131: Herr Kuballa reagiert sehr gereizt, als Dr. Schaub andeutet, dass ihm Konsequenzen durch den Amtsarzt drohen könnten, Folge 5, Timecode 00:11:33



Abbildung 132: Herr Kuballa vertraut sich einem Kollegen an und erzählt ihm von seiner allgegenwärtigen Angst vor einer Zwangseinweisung, Folge 5, Timecode 00:13:44

Der Kollege rät ihm, sich im Falle einer Zwangseinweisung rechtlichen Beistand zu holen, woraufhin Herr Kuballa antwortet: „Dazu kommt’s gar nicht mehr. Dabei rege ich mich so auf, dass ich garantiert einen Anfall bekomme. In der Klinik! Na, und dann haben sie mich im OP“. Als sein Kollege anmerkt, dass es dafür das Patient/inneneinverständnis brauche, erwidert Herr Kuballa: „Geht doch gar nicht, bin doch weggetreten. Kurzer Anruf beim Hausarzt, der läuft rüber zu meiner Frau: „Es muss sein. Sofort. Akute Lebensgefahr“. Die sagt natürlich „Ja“. Diese Schweine sind verdammt clever!“.³⁸⁴ Anhand dieser Sequenz können die Zuschauer/innen ableiten, dass Herr Kuballa ein tiefes Misstrauen gegenüber der Ärzt/innenschaft zu haben scheint. Dies wird untermauert, als er sagt: „Morgen früh muss ich zum Amtsarzt. Damit haben sie mich vielleicht. Dr. Schaub hat es ihnen pflichtgemäß gemeldet: Gefahr für Frau und Kinder, natürlich auch für die Öffentlichkeit. Jetzt können sie endlich schneiden, sägen, sezieren, unters Mikroskop legen, veröffentlichen, etwas für den Fortschritt tun“. Seine Ehefrau versucht ihn zu beruhigen: „Ach Max, was redest du jetzt wieder? Vor 25 Jahren warst du vielleicht ein interessanter Fall, aber jetzt doch nicht mehr“. Herr Kuballa lässt sich jedoch nicht von seinem Standpunkt abbringen und betont: „Jedenfalls wenn sie hier herkommen, die Polizei, auch in Zivil, man kennt ja die Typen: Ich bin nicht zu Hause. Ich

³⁸⁴ Vgl. Folge 5, Timecode 00:11:36-00:13:56.

lass mich von denen nicht wie Vieh auseinandernehmen“. Er lebt mit der ständigen Angst, jeden Moment abgeholt und zwangsoperiert zu werden (siehe Abb. 133).³⁸⁵ Diese Befürchtung dominiert das Leben des Patienten, was besonders anhand folgender Sequenz deutlich wird: Zwei Männer steigen bei Herrn Kuballas Arbeitsstelle aus einem Auto und nach einem kurzen Gespräch bedeutet ein Mitarbeiter ihnen mit einer Handbewegung den Weg in Herrn Kuballas Richtung (siehe Abb. 134). Dieser beobachtet die Szenerie und denkt sofort, dass die Männer gekommen sind, um die gefürchtete Zwangseinweisung zu vollziehen.³⁸⁶



Abbildung 133: Herr Kuballa ist sehr besorgt, als er erfährt, dass er zu einem Termin beim Amtsarzt geladen wurde, Folge 5, Timecode 00:15:42



Abbildung 134: Ein Mitarbeiter (links im Bild) zeigt, auf Nachfrage von zwei Männern, mit der Hand in Herrn Kuballas Richtung, Folge 5, Timecode 00:21:47

Aus Angst rennt Herr Kuballa weg und holt einen Sprengstab, um sich verteidigen zu können (siehe Abb. 135). Während er den Sprengstab in der Hand hält, erleidet er einen epileptischen Anfall. Glücklicherweise eilt ihm ein Arbeitskollege zu Hilfe (siehe Abb. 136) und entschärft die Situation. Letztlich stellt sich heraus, dass die Männer (vermutlich Architekten) nicht wegen Herrn Kuballa gekommen waren.³⁸⁷ Nach diesem Vorfall antwortet Herr Kuballa auf die Frage seines Kollegen, warum er sich nicht zu der Operation durchringen könne: „Sag freiwillig ja oder wir zwingen dich dazu“. Darauf erwidert der Kollege: „Sie können dich nicht zwingen. Der Einzige der es jetzt könnte, wäre ich“. Er versichert jedoch, dass er nicht vorhabe, ihn ans Messer zu liefern. Dem Kollegen gelingt es, Herrn Kuballa das Gefahrenaussmaß seines jüngsten Anfalls bewusst

³⁸⁵ Vgl. Folge 5, Timecode 00:14:22-00:16:42.

³⁸⁶ Vgl. Folge 5, Timecode 00:21:36-00:21:55.

³⁸⁷ Vgl. Folge 5, Timecode 00:21:56-00:22:40.

zu machen, woraufhin dieser sich dazu entschließt, die neurochirurgische Operation vornehmen zu lassen.³⁸⁸



Abbildung 135: Herr Kuballa holt einen Sprengstab aus einer abgeriegelten Kiste, um sich verteidigen zu können, Folge 5, Timecode 00:22:11



Abbildung 136: Mit dem Sprengstab in der Hand erleidet Herr Kuballa einen epileptischen Anfall. Sein Kollege eilt ihm zu Hilfe, Folge 5, Timecode 00:22:16

Analog zu Herrn Kuballa in der Serie entwickelten sich auch die realen Patient/innen der 1970er Jahre zunehmend zu informierten Akteur/innen, welche ein erhöhtes Maß an Mitsprache einforderten. Sie wollten aktiv zur Verbesserung ihres persönlichen Gesundheitszustandes beitragen und strebten mehr Eigenverantwortung an. Im Verlauf lockerte sich das paternalistische Ärzt/innen-Patient/innen-Verhältnis zunehmend auf und entwickelte sich zugunsten der Mündigkeit der Behandlungssuchenden.³⁸⁹ In einem Beitrag des *Deutschen Ärzteblattes* aus dem Jahr 1977 wurde die gestärkte Rolle der Patient/innen betont:

„Der Arzt steht nicht mehr dem „Hinterwäldler“ gegenüber, der sich mit blindem, absolutem kritiklosen Vertrauen dem Arzt unterwirft, sondern dem emanzipierten, gesundheitlich aufgeklärten mündigen Bürger, der ein gesteigertes Informationsbedürfnis zeigt.“³⁹⁰

Die zunehmende Selbstverantwortung der Behandlungssuchenden führte dazu, dass die Patient/innenaufklärung sowie -einwilligung Voraussetzung für jegliche medizinische Behandlung wurde. Um eine autonome Entscheidung treffen zu können, waren verschiedene Bedingungen zu erfüllen, welche unter dem Begriff des *Informierten Einverständnisses* zusammengefasst wurden. Dazu zählten: Kompetenz, Freiwilligkeit,

³⁸⁸ Vgl. Folge 5, Timecode 00:24:47-00:27:21.

³⁸⁹ Vgl. Retzlaff (2008), S. 121-126.

³⁹⁰ *Deutsches Ärzteblatt* 74 (1977). Artikel: Arzt und Gesellschaft, S. 1815.

Informiertheit und Zustimmung. Die Behandlungssuchenden sollten eigenständig Entscheidungen bezüglich ihrer Therapie treffen können. Hierfür war es notwendig, dass sie genau wussten, worauf sie sich einließen und welche Alternativen bestanden. Fortan sollten die Patient/innen von den Ärzt/innen also alle notwendigen Informationen bezüglich der Behandlungsoptionen erhalten. Die Mediziner/innen sollten die Informationen dabei so vermitteln, dass sie verstanden und bewertet werden konnten. Insbesondere eine angemessene Aufklärung über Risiken ist seit den 1970er Jahren zwingend erforderlich. Dabei müssen statistische Zahlen in den individuellen Kontext eingebettet werden, sodass die Patient/innen ihre persönlichen Chancen und Risiken abwägen und dann eigenverantwortlich eine Entscheidung treffen können.³⁹¹

Die bereits in Kapitel 3.2 sowie 3.3 thematisierte zweite Folge *Kein hoffnungsloser Fall* beinhaltet eine Sequenz, in welcher die Zuschauer/innen während einer Krankenhausvisite miterleben, wie wenig die Behandlungssuchenden von den Ärzten in die Therapieplanung involviert werden: Die Mediziner unterhalten sich über den Kopf des Patienten Herrn Bucher hinweg und beachten ihn dabei kaum (siehe Abb. 137). Ein Arzt informiert seine Kollegen in Fachsprache über den Zustand des Patienten: Hierbei dient dieser in erster Linie als Anschauungsobjekt (siehe Abb. 138) und es wird nicht mit ihm, sondern vielmehr über ihn, gesprochen. Lediglich bei Unklarheiten wird Herr Bucher einsilbig nach konkreten Fakten, wie dem Datum seines Unfalls, gefragt. Seine eigene Einschätzung bezüglich des Heilungsfortschritts, geschweige denn sein subjektives Befinden, scheinen bei der Visite keine Rolle zu spielen.³⁹² An dieser Stelle sei daran erinnert, dass die Patienten in der Serie *Der schwarze Doktor* eine sehr ähnliche Behandlung von Seiten der Ärzteschaft erfahren. Beispielsweise in der Sequenz, in welcher Awala selbst im Krankenhaus liegt und zur Visite nicht einmal aufgeweckt wird (siehe Kapitel 2.3). Oder auch, als ein Patient eine Selbsteinschätzung bezüglich seines Gesundheitszustandes äußert und sich der Chefarzt daraufhin höhnisch lachend zu seinen Kollegen umdreht (siehe Kapitel 2.7).

³⁹¹ Vgl. Schramme (2002), S. 31-34.

³⁹² Vgl. Folge 2, Timecode 00:05:01-00:06:25.



Abbildung 137: Während der Visite fachsimpeln die Ärzte untereinander ohne den Patienten zu involvieren, Folge 2, Timecode 00:05:33



Abbildung 138: Die Ärzte schenken Herrn Bucher kaum Beachtung, sondern betrachten nur seine Wundheilungsstörung, Folge 2, Timecode 00:06:09

Während die Ärzte am Patientenbett stehen, werfen sie mit Fachbegriffen um sich und es scheint sie nicht zu interessieren, ob der Behandlungssuchende ihnen folgen und das Gesprochene einordnen kann. Außerdem wird Herr Bucher nicht mit seinem Namen benannt, sondern es wird als „der Patient“ über ihn gesprochen. Als der Behandlungssuchende das ärztliche Fachsimpeln schließlich mit den Worten „Nun sagen Sie schon: Es muss amputiert werden?“ unterbricht (siehe Abb. 139), antwortet ein Arzt mit der Frage: „Sie machen sich also auch Gedanken darüber?“. Er zeigt sich erstaunt, dass Herr Bucher eigenständig über den zukünftigen Therapieablauf nachdenkt und scheint dem Behandlungssuchenden diesbezüglich keine selbstständige Meinungsbildung zuzutrauen. Auf Herrn Buchers Frage antwortet er nicht, vertröstet ihn lediglich auf eine Besprechung der Situation am Folgetag und spricht ihn dabei mit „Herr Buchland“ an, woraufhin der Patient nur müde nickt (siehe Abb. 140).³⁹³ Als Zuschauer/in lässt sich vermuten, dass eine solche Situation für den Behandlungssuchenden nichts Außergewöhnliches darstellt und er sich bereits daran gewöhnt hat, sich den ärztlichen Anweisungen unterzuordnen und kein Mitspracherecht bezüglich der Therapieplanung zu erhalten. Die Mediziner trauen Herrn Bucher anscheinend keine Kompetenz zur aktiven Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit und eine daraus resultierende Mitsprachefähigkeit im

³⁹³ Vgl. ebd.

Behandlungsprozess zu. Der Patient wird lediglich über die finalen Beschlüsse der Ärzte in Kenntnis gesetzt und vor vollendete Tatsachen gestellt.



Abbildung 139: Während die Ärzte untereinander fachsimpeln, fällt Herr Bucher ihnen ins Wort, Folge 2, Timecode 00:06:11



Abbildung 140: Der Patient nimmt die Ansprache mit „Herr Buchland“ sowie die Vertröstung auf den Folgetag nur müde nickend zur Kenntnis, Folge 2, Timecode 00:06:23

Ein Klinikarzt macht Herrn Bucher deutlich, dass er eine Amputation als einzige Behandlungsoption einstuft und nicht nachvollziehen könne, weshalb der Patient zögert. Dieses Gespräch findet nicht auf Augenhöhe statt, was durch die Bildsprache untermauert wird (siehe Abb. 141): Herr Bucher sitzt in der Badewanne und der Arzt läuft während des Gesprächs um die Wanne herum und steht zeitweise sogar hinter dem Patienten. Dadurch ist es für diesen unmöglich, Blickkontakt mit dem Arzt aufzunehmen. Auch im Gesprächsverlauf geht der Mediziner nicht in die Hocke, um dem Patienten auf Augenhöhe zu begegnen, sondern bleibt stehen. Folglich muss der Patient seinen Kopf weit neigen und das Aufbauen von Augenkontakt wird ihm unnötig erschwert (siehe Abb. 142).³⁹⁴

³⁹⁴ Vgl. Folge 2, Timecode 00:14:39-00:15:57.



Abbildung 141: Das Gespräch zwischen Arzt und Patient findet nicht auf Augenhöhe statt. Der Arzt läuft sogar aus Herrn Buchers Blickfeld hinaus, Folge 2, Timecode 00:14:47



Abbildung 142: Der Arzt macht es dem Patienten unnötig schwer, ihm in die Augen zu schauen, Folge 2, Timecode 00:15:16

Letztendlich entscheidet sich Herr Bucher selbstbestimmt gegen eine Amputation und für eine Entlassung nach Hause, da ihm die Aussicht, in vertrauter Umgebung Zeit mit seiner Familie verbringen zu können, eine Einbuße an Lebenszeit wert ist. Der Patient wirkt mit dieser selbstständig getroffenen Entscheidung sehr glücklich, wodurch die Zuschauer/innen dazu angeregt werden können, ihn als Vorbild zu nehmen und zukünftig auch aktiv für ihr Mitspracherecht im Behandlungsprozess einzustehen.

Resümee

Wie in den vorangegangenen Kapiteln herausgearbeitet, wird das Erwachen des Patient/innenbewusstseins in der Serie *Patienten* auf vielerlei Weise sichtbar: Die Protagonist/innen setzen sich mit ihrem Verständnis von Gesundheit und Krankheit auseinander und holen sich aktiv Informationen zu ihrer Erkrankung ein. Sie machen sich Gedanken über ethisch kontroverse Thematiken und treffen selbstbestimmte Entscheidungen bezüglich des weiteren Therapieverlaufs. So setzt sich das Ehepaar Oberland mit künstlicher Befruchtung sowie Adoption auseinander und Herr Kuballa wägt die Chancen und Risiken einer neurochirurgischen Operation für sich persönlich ab. Herr Oberland beschließt eigenverantwortlich, keine Amputation vornehmen zu lassen und entlässt sich stattdessen gegen ärztlichen Rat in die heimische Umgebung. Die schwangere Schülerin Bettina setzt sich mit der Option einer Abtreibung auseinander und entscheidet sich trotz der befürchteten gesellschaftlichen Verurteilung letztendlich für ihr Kind. *Patienten* porträtiert mündige Behandlungssuchende, welche den Zuschauer/innen als Vorbilder für das eigene Verhalten im Krankheitsfall dienen können und klärt das Fernsehpublikum in Bezug auf medizinische Themengebiete auf. Die Serie bildet jedoch nicht nur das Erwachen des Patient/innenbewusstseins ab, sondern ist auch darauf ausgelegt, das Vertrauen des Fernsehpublikums in das Kollektiv der Hausärzt/innen zu stärken. Die Behandler/innen stehen zwar nicht im Mittelpunkt der Serie, dennoch wird, wie in älteren Ärzt/innen-Spielfilmen auch, Werbung für die Allgemeinmedizin gemacht. Das Vertrauen der Zuschauer/innen in das Hausärzt/innenkollektiv kann durch das Anschauen von *Patienten* gestärkt werden, da alle Serienpatient/innen auf ihrem individuellen Weg von dem verlässlichen und aufopferungsvollen Allgemeinmediziner Dr. Schaub begleitet werden. Dieser hat immer ein offenes Ohr für sie, steht ihnen beratend zur Seite und bestärkt sie darin, auf sich selbst und auf ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse zu hören. Der Hausarzt Dr. Schaub steht natürlich nicht für alle Behandler/innen und gerade die Klinikärzt/innen kommen in *Patienten* nicht gut weg. Anhand dessen wird deutlich, dass die Hausärzt/innenpraxis und die Klinik zwei verschiedene Sphären darstellen und, dass ein Kontrast zwischen dem Verhältnis der Patient/innen zu den Haus- bzw. zu den Klinikärzt/innen besteht. Wie anhand der Serie *Der schwarze Doktor* herausgearbeitet wurde, stand der

Gesundheitssektor in den 1970er Jahren in der Kritik. Durch das Abbilden von vorbildlichen und vertrauenswürdigen Ärzt/innen wie dem Hausarzt Dr. Schaub kann die Sympathie der Zuschauer/innen für den Berufsstand der Allgemeinmediziner/innen wieder wachsen. Ferner kann durch das Anschauen der Serie das Vertrauen in den medizinischen Fortschritt gestärkt werden, denn es werden einige Erfolge der Medizin abgebildet: Beispielsweise wird dargelegt, dass bei unerfülltem Kinderwunsch die Möglichkeit der künstlichen Befruchtung besteht oder, dass die Neurochirurgie in der Lage ist, die konservative Therapie der Epilepsie durch eine operative Behandlung zu erweitern.³⁹⁵

Zu Folgenbeginn sind die Protagonist/innen der Serie meist verzweifelt, unglücklich sowie hilflos und befinden sich in einer passiven Opferrolle. Im Verlauf setzen sie sich jedoch aktiv mit ihrer Erkrankung auseinander, treten dadurch aus ihrer Unmündigkeit heraus und gehen in die Selbstwirksamkeit hinein. In Zuge dessen erlernen sie einen positiveren Umgang mit ihrer Krankheit. Das Ende der Folgen wird teilweise offen gelassen, wodurch die Zuschauer/innen dazu angeregt werden können, sich aktiv mit den Situationen der Patient/innen auseinanderzusetzen und sich selbstständig Gedanken über deren mögliche Zukunft zu machen.

³⁹⁵ An dieser Stelle sei auf die Arbeit *Die Popularisierung medizinischer Themen im bundesdeutschen Spielfilm der 1950er-Jahre – Die Sicht auf Krankheit, Heilung und Medizin im ersten Nachkriegsjahrzehnt* von Greta Hörnig verwiesen. In den drei dort untersuchten Filmen wird, ähnlich wie in *Patienten*, für die Möglichkeiten der Medizin geworben und es werden auch Themen wie künstliche Befruchtung bzw. neurochirurgische Eingriffe (dort wurde für Lobotomie geworben) behandelt. Daran sieht man, dass solche Diskussionen vor der Verbreitung des Fernsehens Mitte/Ende der 1960er Jahre im (ebenfalls fiktionalen) Kinofilm vorgeführt wurden. Dabei wurde, anders als bei *Patienten*, das paternalistische Ärzt/innenbild jedoch noch idealisiert.

4 Fazit

In dieser Arbeit wurden die zwei Kurzserien *Patienten* und *Der schwarze Doktor* untersucht, welche das ZDF in den Jahren 1972/73 beziehungsweise 1975 im Abendprogramm ausstrahlte. Wie gezeigt werden konnte, thematisieren die beiden Serien wesentliche Aspekte der Medizinkritik der 1970er Jahre und bilden Missstände des damaligen Gesundheitssystems ab. Dazu zählen unter anderem der seinerzeit vorherrschende eklatante Mangel an Ärzt/innen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich (siehe Kapitel 2.3 und 2.4). Es wird deutlich, dass die Beziehung zu den Patient/innen unter der Personalknappheit litt, da den Mediziner/innen nicht genug Zeit blieb, um sich umfassend mit den Anliegen der Behandlungssuchenden zu beschäftigen (siehe Kapitel 2.7). Außerdem wird dargestellt, dass die Unterbesetzung nicht nur auf ärztlicher, sondern auch auf pflegerischer Ebene bestand und, dass aus diesem Pflegenotstand negative Konsequenzen für die Behandlungssuchenden resultierten: Aufgrund des Effizienzdrucks im Krankenhausalltag wurden die Patient/innenbedürfnisse häufig übergangen (siehe Kapitel 2.2). Ferner wird den Zuschauer/innen demonstriert, dass die Beziehung zwischen den Ärzt/innen und den Patient/innen von Paternalismus geprägt war (siehe Kapitel 2.5 und 3.4): Die Behandlungssuchenden der Serien werden zu anonymen Objekten degradiert, erhalten kein Mitspracherecht in der Therapie und sollen sich den ärztlichen Anweisungen ungefragt fügen. Viele Patient/innen der 1970er Jahre litten unter ebensolcher Herabstufung zu namenlosen Akteur/innen, weshalb die Unzufriedenheit mit dem damaligen Gesundheitssystem wuchs (siehe Kapitel 2.6 und 3.2). In *Der schwarze Doktor* und *Patienten* wird deutlich, dass dieser zunehmende Unmut zu einer aktiven Auseinandersetzung der Behandlungssuchenden mit der eigenen Rolle im Gesundheitssystem führte. Ferner wird das Erwachen des Bewusstseins als mitspracheberechtigte Subjekte in der ärztlichen Therapie dargestellt (siehe Kapitel 2.7 und 3.4). Dies gelingt, indem die beiden Serien mündige Patient/innen porträtieren, welche sich mit dem eigenen Verständnis von Gesundheit und Krankheit beschäftigen und ärztliche Entscheidungen hinterfragen. Darüber hinaus diskutieren die Behandlungssuchenden ethisch kontroverse Thematiken und fordern eine Partizipation an Therapieentscheidungen ein (siehe Kapitel 3.3 und 3.4).

Der augenfälligste Unterschied zwischen den beiden Serien ist, dass die Protagonist/innen von *Der schwarze Doktor* ein Arzt und eine Krankenschwester sind und, dass die Serie größtenteils in der Klinik spielt, während *Patienten* die Behandlungssuchenden in den Vordergrund stellt und diese im ambulanten Umfeld begleitet.

Die beiden ZDF-Produktionen mögen inhaltlich verschieden fokussiert sein, aber zwischen *Der schwarze Doktor* und *Patienten* gibt es viele verbindende Elemente: Hierzu zählen unter anderem die Abbildung des Zeitmangels im Gesundheitssystem sowie die Darstellung der Klinikärzt/innen als „Halbgött/innen in Weiß“. Letztere erfüllen in beiden Serien ein paternalistisches Rollenbild und lassen die Patient/innen während den Visiten kaum zu Wort kommen. Eine weitere Gemeinsamkeit ist, dass die Behandlungssuchenden als eigenständig denkende Subjekte mit ausgeprägtem Wunsch nach Aufklärung sowie nach aktiver Beteiligung an medizinischen Entscheidungsprozessen abgebildet werden. Ebendiese Punkte, welche sich in beiden Serien wiederfinden, gelten vermutlich flächendeckend als Hauptwahrnehmung der Behandlungssuchenden in der alltäglichen Medizinerfahrung während der 1970er Jahre. Sowohl *Der schwarze Doktor* als auch *Patienten* spiegeln die medizingeschichtlichen Hintergründe ihrer Entstehungszeit wider und beinhalten viel Medizin- sowie Sozialkritik. Dadurch konnten sie zur Weiterbildung sowie Aufklärung der Fernsehzuschauer/innen beitragen. Da das Hauptaugenmerk der Serien dabei jedoch auf den emotional aufgeladenen Handlungsinhalten liegt, wurde diese Weiterbildung nicht als geistige Anstrengung empfunden: Das Publikum identifizierte sich während des Serienschauens automatisch mit einzelnen gezeigten Protagonist/innen und positionierte sich in Zuge dessen unterbewusst zu strittigen Fragestellungen sowie zu medizinethischen Kontroversen.

Die beiden untersuchten Serien sind insofern typisch für die 1970er Jahre, als dass sie das Kollektiv der Ärzt/innen als kompetente Retter/innen in brenzligen Notsituationen porträtieren. In Bezug auf ein realitätsnahes, gesellschaftskritisches Drehbuch waren *Der schwarze Doktor* und *Patienten* jedoch Vorreiter und eröffneten einen Wandel des Fernsehprogramms hin zur Präsentation sozialkritischer Sendungen.

5 Literaturverzeichnis

QUELLEN:

Baier, Horst: Die Wirklichkeit der Industriegesellschaft als Krankheitsfaktor, in: Mitscherlich, Alexander / Brocher, Tobias / von Mering, Otto / Horn, Klaus (Hg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Köln und Berlin 1967, S. 37-50.

Böge, Ulf: Kassenpraxis und Privatpraxis. Eine wirtschaftswissenschaftliche Studie über freiberufliche ärztliche Leistungen. Berlin 1973.

Breddemann, Jeanette: Das Krankenhaus zwischen humanitärem Anspruch und ökonomischer Realität, in: Deppe, Hans-Ulrich (Hg.): Vernachlässigte Gesundheit. Zum Verhältnis von Gesundheit, Staat, Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland. Köln 1980, S. 141-173.

Deppe, Hans-Ulrich: Vernachlässigte Gesundheit. Zum Verhältnis von Gesundheit, Staat, Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland. Köln 1980.

Deutsches Ärzteblatt 67 (1970). Artikel: Die Zukunft beginnt in diesem Augenblick. Der ärztliche Berufsstand muß sich aktiv anpassen, S. 426-429.

Deutsches Ärzteblatt 67 (1970). Artikel: Freiheit im Krankenhaus – Freiheit fürs Krankenhaus. Themen der Zeit, S. 3017-3022.

Deutsches Ärzteblatt 73 (1976). Artikel: Der informierte Patient spart Kosten. Erster Internationaler Kongreß über Patientenberatung, S. 1832-1835.

Deutsches Ärzteblatt 74 (1977). Artikel: Arzt und Gesellschaft, S. 1813-1817.

Hartmann, Fritz: Zur Dynamik des Arzt-Patient-Verhältnisses, in: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften. Hamburg 1976, S. 101-106.

Illich, Ivan: Die Enteignung der Gesundheit. Medical Nemesis. Aus dem Englischen von Nils Thomas Lindquist. Reinbek bei Hamburg 1975.

Lüth, Paul: Kritische Medizin. Zur Theorie-Praxis-Problematik der Medizin und der Gesundheitssysteme. Reinbek bei Hamburg 1972.

Mitscherlich, Alexander / Brocher, Tobias / von Mering, Otto / Horn, Klaus: Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Köln und Berlin 1967.

Ortlieb, Heinz-Dietrich: Das Unbehagen an der Wissenschaft. Wirtschaftsdienst. Hamburg 1967.

Prager, Gerhard: Unterhaltung im Fernsehen – Lamento und Credo, in: Reden und Aufsätze. ZDF Schriftenreihe. Heft 16. Materialien zum Programm. Mainz 1975, S. 30-32. [= Prager (1975a)]

Prager, Gerhard: Unterhaltung und Unterhaltendes im Fernsehen, in: Reden und Aufsätze. ZDF Schriftenreihe. Heft 16. Materialien zum Programm. Mainz 1975, S. 25. [= Prager (1975b)]

Programmauftrag des Fernsehens in den 70er Jahren, in: Schriftenreihe des ZDF Heft 9. Fernsehen in den 70er Jahren. Analysen – Prognosen – Ziele, S. 37-47.

Rohde, Johann Jürgen: Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin. Stuttgart 1974.

Roter Morgen 11 (1971). Artikel: Ärztestreik, S. 1-2.

Rotes Signal 9 (1971). Artikel: Krankenhausärzte wehren sich gegen katastrophale Arbeitsbedingungen, S. 6.

Schagen, Udo: Ambulante medizinische Versorgung, in: Deppe, Hans-Ulrich (Hg.): Vernachlässigte Gesundheit. Zum Verhältnis von Gesundheit, Staat, Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland. Köln 1980, S. 192-221.

Schluchter, Wolfgang: Legitimationsprobleme der Medizin, in: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 3, Heft 4. Stuttgart 1974, S. 375-396.

Die Schwester/Der Pfleger. Zeitschrift für Krankenpflege 3 (1976). Artikel: Wird die Krankenpflege zum Notstandsgebiet?, S. 48.

Die Schwester/Der Pfleger. Zeitschrift für Krankenpflege 5 (1976). Artikel: Das deutsche Krankenhauswesen in Zahlen Stand: 31.12.1970, S. 48.

Die Schwester/Der Pfleger. Zeitschrift für Krankenpflege 7 (1979). Artikel: Fehlbedarf an Krankenpflegekräften in Krankenhäusern. Jede 10. Stelle ist nicht besetzt, S. 512.

Die Schwester/Der Pfleger. Zeitschrift für Krankenpflege 8 (1979). Artikel: Verschärft sich der Personalmangel in den Krankenhäusern in den 80er Jahren?, S. 562-563.

Sozialistische Krankenhaus Presse 6 (1971). Artikel: Arbeitskampf im Krankenhaus, S. 1-5.

Der Spiegel 4 (1964). Artikel: Rauchen. Sind Zigaretten gefährlich?, S. 20-26.

Der Spiegel 7 (1965). Artikel: Krebs. Die letzte Seuche, S. 74-86.

Der Spiegel 5 (1970). Artikel: England / Abtreibung. Touts und Taxler, S. 17-18.

Der Spiegel 50 (1970). Artikel: Krankenhäuser. Die im Elend, S. 46-62.

Der Spiegel 6 (1973). Artikel: Euthanasie. Recht zu sterben, S. 20-24.

Der Spiegel 27 (1977). Artikel: Die neue Weise vom Tod des Jedermann. Mediziner erforschen die fünf Stationen des Sterbens, S. 158-166.

Stockhausen, Josef: Der ärztliche Beruf in der Bundesrepublik Deutschland 1973. Zahlen, Fakten und Tendenzen. Löwenich/Krs. Köln 1973.

Teschner, Joachim: Krankheit und Gesellschaft. Erkenntnisse der Sozialmedizin. Reinbek bei Hamburg 1969.

ZDF-Produktion *Der schwarze Doktor* (Erstausstrahlung 04. August 1975).

ZDF-Produktion *Patienten* (Erstausstrahlung 10. Dezember 1972).

SEKUNDÄRLITERATUR:

Arentz, Christine: Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern, in: WIP-Diskussionspapier 2. Köln 2017, S. 1-45.

Berndt, Ute: Empathie und Tabu(bruch) in der ärztlichen Kommunikation mit Karzinompatienten, in: Johannsmeyer, Karl-Dieter / Lehmann-Carli, Gabriela / Preuß, Hilmar (Hg.): Empathie im Umgang mit dem Tabu(bruch). Kommunikative und narrative Strategien. Berlin 2014, S. 47-66.

Bleicher, Joan: Die Entwicklung kirchlich-religiöser Sendungen im Fernsehprogramm, in: Erlinger, Hans Dieter / Foltin, Hans-Friedrich (Hg.): Unterhaltung, Werbung und Zielgruppenprogramme. München 1994, S. 290-299.

Bräutigam, Thomas: Vorwort, in: Bräutigam, Thomas (Hg.): Klassiker des deutschsprachigen Dokumentarfilms. Marburg 2019, S. 7-9.

Buchholz, Edwin H.: „Alte“ und „neue“ Patientenschutzverbände, in: Buchholz, Edwin H. (Hg.): Der (selbst-) geschützte Patient. Eine gesundheitswissenschaftliche Studie. Baden-Baden 2010, S. 73-78.

Budde, Emma: Abtreibungspolitik in Deutschland. Ein Überblick. Wiesbaden 2015.

Dehn-Hindenberg, Andrea: Patientenbedürfnisse in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Idstein 2008.

Diedrich, Klaus / Griesinger, Georg / Ludwig, Michael: Reproduktionsmedizin. Berlin 2013.

Faltermaier, Toni: Laienperspektiven auf Gesundheit und Krankheit, in: Richter, Matthias / Hurrelmann, Klaus (Hg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden 2016, S. 229-242.

Forsbach, Ralf: Die 68er und die Medizin. Gesundheitspolitik und Patientenverhalten in der Bundesrepublik Deutschland (1960-2010). Göttingen 2011.

Freudiger, Katinka / Gerber, Carina: Förderung der Selbstwirksamkeit bei Querschnittlähmung. Bern 2016.

Futterer, Andrea: Gesundheitspolitische Patentrezepte stoßen beim „Landarztmangel“ an ihre Grenzen. Eine strukturelle Bestandsaufnahme der ambulanten Versorgungsgeschichte Deutschlands. Tübingen 2020.

Gerlinger, Thomas: Geschichte der Soziologie von Gesundheit und Krankheit, in: Richter, Matthias / Hurrelmann, Klaus (Hg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden 2016, S. 89-106.

Hochheim, Martin: Deutschland - ein Land ohne Ärzte? Über den Ärztemangel und dessen Auswirkungen. Hamburg 2015.

Hong, Young-Sun: Germany's Forgotten Guestworkers: Korean Nurses and the Transnational (Re)production of the German Nursing Force, in: Hähner-Rombach, Sylvelyn (Hg.): Alltag in der Krankenpflege: Geschichte und Gegenwart. Everyday Nursing Life, Past and Present. Stuttgart 2009, S. 183-200.

Informationen zur politischen Bildung Heft 270 (Deutschland in den 70er/80er Jahren).

Jung, Marvin: Die Sterbehilfe in der Diskussion. Rechtliche Grundlagen und ethische Aspekte nach dem zweiten Weltkrieg. Hamburg 2019.

Krah, Hans: Serie, in: Weimar, Klaus (Hg.): Reallexikon der deutschen Literaturwissenschaft. Neubearbeitung des Reallexikons der deutschen Literaturgeschichte. Berlin / New York 2010, S. 433-435.

Marti, Kurt: Ärztemangel – Ärztebedarf, in: Notizen und Details 1964-2007: Kolumnen aus der Zeitschrift Reformatio. Göttingen 2021, S. 396-400.

Martin, Michael / Fangerau, Heiner / Karenberg, Axel: Neurologie und Neurologen in der NS-Zeit: Das Beispiel der Epilepsieforschung. Berlin/Heidelberg 2016.

Moser-Weithmann, Brigitte: Transkulturalität und Transnationalität türkeistämmiger AkademikerInnen in Niederbayern, in: Pusch, Barbara (Hg.): Transnationale Migration am Beispiel Deutschland und Türkei. Wiesbaden 2013, S. 311-322.

Retzlaff, Beatrice: Das Arzt-Patienten-Verhältnis im Spiegel des Deutschen Ärzteblattes von der Gründung der Bundesrepublik Deutschland bis heute (1949-2005) [Diss., München 2008].

Richter, Michaela: Praktiken radikaler Gesundheitsfürsorge, in: Zeitschrift für Medienwissenschaft. Heft 19: Faktizitäten / Klasse. Jg. 10 (2018). Nr. 2, S. 1-18.

Rosenstein, Doris: Arzt- und Krankenhaus-Serien. Profil(e) eines Genres, in: Augen-Blick. Marburger Hefte zur Medienwissenschaft. Heft 28: Die weiße Serie. Ärzte und Krankenhäuser im Fernsehen (1998), S. 6-30.

Saalmüller, Kristina: Ärztinnen in der Nachkriegszeit und den Folgejahren in West- und Ostdeutschland (URN: urn:nbn:de:bvb:20-opus-185603) [Diss., Würzburg 2019].

Schlegelmilch, Sabine: Film als medizinhistorische Quelle. Ein Forschungsüberblick, in: Schlegelmilch, Sabine (Hg.): Film als medizinhistorische Quelle (= Themenheft, Medizinhistorisches Journal 52/3 [2017]), S. 100-115. [= Schlegelmilch (2017a)]

Schlegelmilch, Sabine: Gute Ärzte, gute Quoten. Die Genese des deutschen Film- und Fernseharztes, in: Schlegelmilch, Sabine (Hg.): Film als medizinhistorische Quelle (= Themenheft, Medizinhistorisches Journal 52/3 [2017]), S. 219-251. [= Schlegelmilch (2017b)]

Schleich, Markus / Nesselhauf, Jonas: Fernsehserien. Geschichte, Theorie, Narration. Tübingen 2016.

Schramme, Thomas: Bioethik. Herausgegeben von Bonacker, Thorsten / Lohmann, Hans-Martin. Frankfurt/New York 2002.

Söderfeldt, Ylva: Krankheit verbindet. Strategien und Strukturen deutscher Patientenvereine im 20. Jahrhundert. Stuttgart 2020.

Steffen, Petra: Anspruchsniveaureduktion und Entschuldigungstendenz bei Krankenhauspatienten. Berlin 2009.

Theuke, Theresia: Der Embryo und die Menschenwürde. Der Wandel des Menschenwürdebegriffes im Kontext bioethischer Debatten. Berlin/Boston 2019.

Winkler, Ulrike: Koreas Not ist unser Nutzen. Koreanische Krankenschwestern in westdeutschen Krankenhäusern während der 1960er Jahre, in: Hähner-Rombach, Sylvelyn (Hg.): Alltag in der Krankenpflege: Geschichte und Gegenwart. Everyday Nursing Life, Past and Present. Stuttgart 2009, S. 169-182.

Wolff, Eberhard: Perspektiven der Patientengeschichtsschreibung, in: Paul, Norbert / Schlich, Thomas (Hg.): Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven. Frankfurt/New York 1998, S. 311-334.

INTERNET:

Abbildungen und Tabellen zur Ärztestatistik der Bundesärztekammer zum 31.12.2009. Tabelle 1: Entwicklung der Arztzahlen nach ärztlichen Tätigkeitsbereichen seit 1960. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Stat09Abbildungsteil.pdf [Stand 26.01.2022, 11:00 Uhr]

Beitrag des *BR Fernsehen*: Ärztemangel 1973. Schon damals gab es zu wenig Landärzte, in: Unser Land. <https://www.br.de/mediathek/video/aerztemangel-1973-schon-damals-gab-es-zu-wenig-landaerzte-av:59b2b68f7f8b1300120acfc0> [Stand 02.02.2022, 13:30 Uhr]

Fittkau, Ludger: Manche dachten, wir kommen aus dem Urwald. 50 Jahre koreanische Krankenschwestern in Deutschland. Deutschlandfunk Kultur – Studio 9, 03.02.2016 08:38 Uhr. <https://www.deutschlandfunkkultur.de/50-jahre-koreanische->

krankenschwestern-in-deutschland.2165.de.html?dram:article_id=344446 [Stand 13.03.2020, 12:30 Uhr]

<https://www.bpb.de/gesellschaft/medien-und-sport/deutsche-fernsehgeschichte-in-ost-und-west/245199/die-1970er-jahre> [Stand 25.12.2020, 20:30 Uhr]

<http://www.gesundheitsladen-berlin.de/wirueberuns.php> [Stand 13.04.2020, 14:30 Uhr]

<https://www.neuro-depesche.de/nachrichten/fallserie-eltern-die-ihre-kinder-verletzen/> [Stand 04.05.2022, 11:00]

<https://www.patienten-verband.de/aktuelles-80/112-1975/194-der-allgemeine-patienten-verband-wird-gegruendet.html> [Stand 13.04.2020, 13:30 Uhr]

<https://de.wikipedia.org/wiki/ARD-Ratgeber> [Stand 16.03.2022, 11:30 Uhr]

https://de.wikipedia.org/wiki/Hans_Mohl [Stand 16.03.2022, 11:00 Uhr]

https://www.youtube.com/watch?v=ELb_9PXQX8c [Stand 25.01.2022, 10:30 Uhr]

Neustrukturierung des Medizinstudiums und Änderung der Approbationsordnung für Ärzte. Empfehlungen der Expertenkommission zum Masterplan Medizinstudium 2020. https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/7271-18.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [Stand 02.02.2022, 10:40 Uhr]

Spiegel Online (2011). Artikel: Schwangerschaftsabbruch. Wir haben damals abgetrieben, abrufbar über:

<https://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/schwangerschaftsabbruch-wir-haben-damals-abgetrieben-a-767364.html> [Stand 20.03.2022, 14:00]

Appendix

I **Abbildungsverzeichnis**

Alle in dieser Arbeit verwendeten Abbildungen (mit Ausnahme von Abb. 33) wurden aus Digitalisaten der Serien *Der schwarze Doktor* und *Patienten* erstellt, die das Archiv des ZDFs dem Institut für Geschichte der Medizin der Universität Würzburg zu Forschungszwecken angefertigt hat.

Quelle der Abb. 33: *Der Spiegel* 50 (1970). Artikel: Krankenhäuser. Die im Elend, S. 62.

II Auszug aus der ZDF Programm-Datenbank

Anfrage Sabine Schlegelmilch

Thema: ZDF-Serien mit medizingeschichtlich interessanter Thematik

Scheller, Veit / ABD / Übergreifende Funktionen
+49 6131 70-14706

ZDF Programm-Datenbank

Sendedatum / Publikation	Dauer	Prod-Nr Sendung	Programm
08.12.1975	43'14	06358/00847	ZDF

Serientitel Der schwarze Doktor

Sendetitel Awala muß sich entscheiden

Sendedatum / Publikation	Dauer	Prod-Nr Sendung	Programm
17.11.1975	43'20	06358/00846	ZDF

Serientitel Der schwarze Doktor

Sendetitel Awala muß aufs Land

Sendedatum / Publikation	Dauer	Prod-Nr Sendung	Programm
20.10.1975	43'30	06358/00845	ZDF

Serientitel Der schwarze Doktor

Sendetitel Awala mischt sich ein

Sendedatum / Publikation	Dauer	Prod-Nr Sendung	Programm
06.10.1975	43'14	06358/00844	ZDF

Serientitel Der schwarze Doktor

Sendetitel Awalas Freunde werden bedroht

Sendedatum / Publikation	Dauer	Prod-Nr Sendung	Programm
15.09.1975	43'18	06358/00843	ZDF

Serientitel Der schwarze Doktor

Sendetitel Awala hat einen Unfall

Sendedatum / Publikation	Dauer	Prod-Nr Sendung	Programm
18.08.1975	43'12	06358/00842	ZDF

Serientitel Der schwarze Doktor

Sendetitel Awala enttäuscht Chong-Hi

Sendedatum / Publikation	Dauer	Prod-Nr Sendung	Programm
04.08.1975	43'35	06358/00841	ZDF

Serientitel Der schwarze Doktor

Sendetitel Awala darf nicht scheitern

Sendedatum / Publikation	Dauer	Prod-Nr Sendung	Programm
10.12.1972	28'29	06358/00651	ZDF

Serientitel Patienten

Sendetitel An Kindes Statt

Sendedatum / Publikation	Dauer	Prod-Nr Sendung	Programm
17.12.1972	28'07	06358/00647	ZDF

Serientitel Patienten

Sendetitel Kein hoffnungsloser Fall

Sendedatum / Publikation	Dauer	Prod-Nr Sendung	Programm
25.12.1972	28'31	06358/00649	ZDF

Serientitel Patienten

Sendetitel Bettina Schaub's Wunschkind

Sendedatum / Publikation	Dauer	Prod-Nr Sendung	Programm
07.01.1973	28'12	06358/00652	ZDF

Serientitel Patienten

Sendetitel Die Pensionierung

Sendedatum / Publikation	Dauer	Prod-Nr Sendung	Programm
21.01.1973	28'31	06358/00648	ZDF

Serientitel Patienten

Sendetitel Kubalias Angst

III Sequenzprotokolle

Der schwarze Doktor Folge 2 – Awala enttäuscht Chong Hi

Uraufführung 18.08.1975 | **Produktion** EIKON unter der Redaktion von Heiner Michel | **Regie** Helmut Kessel | **Buch** Helmut Kessel, Fritz Puhl | **Kamera** Alfred Tichawsky, Klaus Bartels | **Originalton** Hayo von Zündt, Simon Buchner | **Darsteller** Jimmy Ondo (Dr. Claude Awala), Chong Hi Kim (Krankenschwester Chong Hi Kim), Hermann Lenschau (Chefarzt Dr. Kessler), Willi Leyrer (Patient Lemmert), Thomas Braut, Erika Wackernagel, Margit Nefen, Wolfgang Grönebaum, Norbert Kollakowsky | **Länge** 43:12 min.

1.	Drei Ärzte operieren einen Patienten. Nachdem ein technisches Gerät Alarm schlägt, brechen die Ärzte die Operation ab und verlassen zügig den Saal. Bis auf Awala wirken alle kühl und abgeklärt. Sprecher: „Die Welt der Medizin: steril und perfekt. Sie weiß fast alles von der Krankheit, weniger vom Kranken. Sie hat den Fall im Blick, weniger den Menschen. In diese Welt gerät Claude Awala.“	00:00- 00:51
2.	Rückblick in Awalas frühere afrikanische Heimat: Auf Awala ruhen große Hoffnungen, da seine Großfamilie zurücksteckt, damit er in Deutschland Medizin studieren kann. Der Ärztemangel stellt für Afrika ein großes Problem dar, da Millionen von Menschen ohne medizinische Versorgung sind.	00:52- 01:46
3.	Kamera ist auf eine Krankenschwester gerichtet, welche Papierarbeit erledigt. Nahaufnahme eines neben ihr stehenden technischen Geräts, dann Zoom auf einen Patienten, der – umgeben von Schläuchen – apathisch in seinem Bett liegt.	01:47- 02:03
4.	Awala läuft von einem Patientenbett zum nächsten, er begrüßt die Patienten zwar, dann stellt er jedoch keinerlei anamnestische Fragen, sondern studiert die Geräte neben den Patientenbetten. Die Kamera	02:04- 02:41

	schwenkt immer vom Patientengesicht direkt auf die technischen Gerätschaften.	
5.	Oberschwester Inge maßregelt Schwester Chong Hi, da der Oberarzt bereits zur Visite da ist und sie erst jetzt mit einem Patienten von einer Untersuchung zurückkommt. Schwester Inge erhält einen Anruf, bei dem es darum geht, dass sie Chong Hi für einige Stunden entbehren soll. Die Ärzte unterhalten sich darüber, wann der Chefarzt von seiner Tagung zurückkommen werde. Der Verwaltungschef erklärt dem Oberarzt, Schwester Inge sowie Chong Hi, dass neue koreanische Krankenschwestern am Flughafen ankommen werden und Chong Hi die einzige sei, die als Dolmetscherin in Frage kommt. Schwester Ute stößt dazu und erklärt sich dazu bereit, für Chong Hi einzuspringen.	02:42- 04:22
6.	Chong Hi sitzt im Bus auf dem Weg zum Flughafen, am Fenster ziehen qualmende Fabrikschornsteine vorbei.	04:23- 04:34
7.	Ein Flugzeug rollt ein.	04:35- 04:43
8.	Die neuen koreanischen Krankenschwestern laufen in Richtung der Rolltreppe, über ihnen der Leuchtschriftzug „Willkommen in Düsseldorf“.	04:44- 05:18
9.	Während der Busfahrt werden sie in ihrer „neuen Heimat“ willkommen geheißen und Chong Hi übersetzt die Begrüßungsworte. Durch die Busfenster sieht man Leuchtanzeigen von BOSCH, AEG, der Deutschen Pfandbriefanstalt sowie Weihnachtsdekoration und im Hintergrund läuft deutsche Volksmusik.	05:19- 06:19
10.	Die Koreanerinnen werden auf die Stationen aufgeteilt. Die deutschen Schwestern dürfen zum Teil auswählen, welche Pflegerin sie gerne für ihre Station hätten.	06:20- 07:01
11.	Deutsche sowie koreanische Krankenschwestern waschen Patienten und schütteln die Betten auf.	07:02- 07:32

12.1	Drei Patienten unterhalten sich beim Kartenspielen darüber, dass das Krankenhaus sie so lange wie möglich dort behalte, da die Tagessätze sehr hoch seien. Außerdem erzählt ein Patient, dass er nun 14 Tage im Krankenhaus sei und ihn niemand darüber informiert habe, was ihm eigentlich fehlt.	07:33- 09:07
13.1	Dr. Papadakis läuft mit Awala im Arm den Flur entlang und erklärt ihm, dass er am besten alles so machen solle wie seine Vorgesetzten, weil dann funktioniere der Betrieb.	09:08- 09:18
12.2	Kamera auf die kartenspielenden Patienten. Dr. Papadakis erklärt Awala, dass dies einfache Leute seien und man bei diesen zum Teil einen härteren Ton anschlagen müsse. Als die Patienten die beiden Ärzte bemerken, fragt der eine nach, was ihm denn nun fehle. Dr. Papadakis tröstet ihn, indem er erklärt, dass er warten soll bis der Chefarzt wieder zurückkommt und Zeit für ihn hat.	09:19- 10:11
13.2	Dr. Papadakis erzählt Awala, dass der Patient Krebs habe, welcher bereits metastasiert hat. Der Mann hat voraussichtlich nur noch circa ein halbes Jahr zum Leben.	10:12- 10:19
14.1	Schwester Inge erhält im Stationszimmer einen Anruf, in dem es um die Entlassung eines Patienten geht. Sie erklärt, dass eine vorzeitige Entlassung nicht möglich sei, da sie nicht genug Personal habe, um das Bett neu zu beziehen und zu desinfizieren. Chong Hi kommt ins Zimmer und teilt mit, dass sie sich Sorgen um einen Patienten mache, da dieser sehr traurig wirke.	10:20- 11:26
15.	Schwester Ute schaut nach dem Mann. Er stammelt verwirrt vor sich hin, dass er seine Tochter vermisse.	11:27- 11:51
14.2	Schwester Inge sagt Schwester Chong Hi, dass die koreanischen Krankenpflegerinnen zu langsam arbeiten würden. Sie rechnet ihr vor, dass man sich pro Patient keine 10 Minuten für Waschen und Anziehen erlauben könne. Chong Hi erwidert, dass die Patienten keine schnellen Schwestern, welche sich keine Zeit nehmen, haben wollen.	11:52- 13:33

16.	Awala und Dr. Papadakis sitzen an einem Tisch, der mit Mappen überhäuft ist. Dr. Papadakis erklärt, dass er diesen immensen „Papierkrieg“ als sehr belastend wahrnehme. Außerdem werde ein Krankenhaus geführt wie ein Hotel und Rentabilität stehe im Zentrum. Er erzählt Awala, dass er sich freue, dass Awala nun da ist, denn er selbst habe letzte Nacht nur drei Stunden geschlafen und auch sein Privatleben komme wegen der Arbeit viel zu kurz. Außerdem erwähnt er, dass es für Ausländer sehr schwer sei, Chefarzt zu werden.	13:34- 14:49
17.	Mehrere Krankenschwestern – darunter auch Chong Hi – verlassen die Klinik, es ist bereits dunkel. Der Erzähler berichtet, dass Chong Hi nach Feierabend oft niedergeschlagen ist und weint.	14:50- 15:40
18.	Awala hat seinen ersten Nachtdienst und während er sich auf dem Bett entspannt, erhält er den ersten Anruf.	15:41- 15:52
19.	Awala läuft von einem Patientenfall zum nächsten: Er hört Behandlungssuchende ab, schaut sich Wunden an, befundet Röntgenbilder und näht im Operationsaal.	15:53- 16:44
20.	Awala lässt sich, deutlich übermüdet, auf seine Liege fallen. Kurz darauf kommt eine Schwester ins Zimmer und berichtet, dass der Krebspatient Herr Lemmertz (nach wie vor in Unkenntnis über seinen Gesundheitszustand) unter Angstzuständen leide.	16:45- 17:02
21.	Awala sitzt am Bett von Herrn Lemmertz, misst dessen Puls und versichert ihm, dass alles in Ordnung sei. Der Patient bittet ihn, bei ihm zu bleiben, da er jemanden zum Reden brauche. Ein Zimmergenosse beklagt sich über die nächtliche Ruhestörung und Awala entgegnet daraufhin, dass es überhaupt nicht komisch sei, wenn ein Mensch Angst vor dem Sterben habe. Herr Lemmertz betont, dass er sich Klarheit über seinen Gesundheitszustand wünschen würde. Eine Schwester eilt ins Zimmer, um Awala mitzuteilen, dass er schnell zu einem Patienten mit Ulkusleiden kommen solle. Awala lächelt Herrn Lemmertz zu, klopf ihm auf die Schulter und verlässt das Zimmer.	17:03- 18:49

22.1	Der Ulkuspatient liegt in seinem Bett und erbricht in eine Schale, die ihm eine Pflegerin hinhält. Awala weist die Schwester an, alles für eine Bluttransfusion vorzubereiten und den Oberarzt zu informieren.	18:50- 19:25
23.	Oberarzt Wilke läuft zum klingelnden Telefon und fragt nach, ob der Patient viel Blut verloren habe. Da er vermutet, dass der Magen durchgebrochen ist, sagt er, dass er sofort kommen werde.	19:26- 19:51
22.2	Awala kümmert sich um den sich übergebenden Patienten und die Schwester richtet die Bluttransfusion. Der Oberarzt kommt ins Zimmer, setzt eine Operation für spätestens sieben Uhr des kommenden Morgens an und legt die Infusion.	19:52- 21:34
24.1	Zwei Pfleger schieben ein abgedecktes Bett durch den Flur. Herr Lemmertz tritt im Morgenmantel auf den Flur und drei Krankenschwestern eilen zum Morgenrundgang in die Patientenzimmer.	21:35- 21:53
25.	Zwei koreanische Krankenschwestern unterhalten sich lachend im Aufzug. Als die beiden Pfleger mit dem abgedeckten Bett in den Fahrstuhl steigen, verstummen sie betreten und verlassen den Aufzug wenig später. Die Pfleger unterhalten sich darüber, dass dies der vierte Todesfall innerhalb von zwei Tagen sei.	21:54- 22:49
26.1	Der Zimmergenosse von Herrn Lemmertz beschwert sich bei diesem, da er wegen dessen „Zirkus“ nicht schlafen konnte. Vier Krankenschwestern betreten zum morgendlichen Waschen das Zimmer.	22:50- 24:07
27.1	Awala liegt schlafend auf seiner Liege, wird jedoch vom Telefonklingeln aufgeweckt. Übermüdet gibt er am Telefon Therapieanweisungen an das Pflegepersonal.	24:08- 24:36
24.2	Die Kamera ist auf einen Hof hinunter gerichtet, über welchen die beiden Pfleger das Bett mit dem Verstorbenen schieben.	24:37- 24:45
27.2	Awala sagt am Telefon, dass er gleich kommen werde und die Schwester die Spritze bereits aufziehen solle.	24:46- 24:54

24.3	Die Kamera filmt erneut in den Hof mit den zwei Pflegern, die das Bett schieben.	24:55- 25:02
26.2	Während die drei koreanischen Krankenschwestern einigen Patienten beim Waschen helfen und die Betten aufschütteln, kommt Schwester Inge ins Zimmer und weist sie an, in einem anderen Zimmer Urinflaschen zu leeren. An Herrn Lemmertz gewandt merkt sie an, dass jemand, der alleine auf dem Flur herumlaufen könne, sicher keine Waschhilfe von der sowieso überlasteten Pflugschaft benötige.	25:03- 26:29
28.	Schwester Inge maßregelt die drei Koreanerinnen auf dem Flur, dass sie keine persönlichen Gespräche mit Patienten während ihrer Dienstzeit führen sollen, da dafür keine Zeit sei.	26:30- 27:01
29.	Der Chefarzt kehrt auf das Klinikgelände zurück und der Pförtner meldet dies telefonisch.	27:02- 27:30
30.	Awala entspannt sich auf seiner Liege. Dann kommt Oberarzt Wilke ins Zimmer, um den Chefarzt anzurufen. Der Chefarzt fragt Awala, ob er ihm bei der Ulkusoperation assistieren möchte. Der Oberarzt rät ihm, sich Wasser ins Gesicht zu spritzen oder Kaffee zu trinken, damit er trotz des ermüdenden Nachdienstes während der Operation nicht einschlafe.	27:31- 29:01
31.1	Der Chefarzt und Awala waschen sich, werden eingekleidet und treten dann an den OP-Tisch.	29:02- 30:04
32.	Ein Patient äußert gegenüber Schwester Inge seine Verwunderung darüber, dass sein Bettnachbar weggebracht wurde. Diese wimmelt ihn ab und empfiehlt dem „Opa“, zu schlafen.	30:05- 30:51
31.2	Die Ulkusoperation verläuft zufriedenstellend. Awala hat jedoch große Mühe, sich wach zu halten.	30:52- 31:22
33.	Awala sitzt erschöpft auf seiner Liege, als Chong Hi klopft, um ihn zu bitten, nach einem Patienten zu sehen. Nachdem Awala sich Wasser ins Gesicht gespritzt hat, macht er sich auf den Weg.	31:23- 32:08

34.	Der Patient hat Schmerzen am Herz und Chong Hi macht sich große Sorgen um den Mann. Awala schaut den Patienten lediglich aus der Ferne an, verordnet Baldrian und verlässt das Zimmer.	32:09- 32:34
35.	Awala sucht im Stationszimmer nach Kaffee. Also Chong Hi das Zimmer betritt macht sie Awala lautstark Vorwürfe, da er den Mann mit seiner Angst alleine gelassen habe und wirft Awala vor, wie die anderen Ärzte zu sein: keine Zeit für den Patienten zu haben und den Menschen zu vergessen. Nach ihrem Ausbruch entschuldigt sie sich. Awala wirkt nachdenklich.	32:35- 33:33
36.	Chong Hi schlendert an weihnachtlichen Schaufenstern entlang, als sie auf Awala trifft. Sie unterhalten sich über Musik und darüber, dass sie an Weihnachten beide zum Arbeiten eingeteilt sind, da sie keine Familie in Deutschland haben.	33:34- 34:31
37.	Einige Krankenschwestern verlassen beschwingt die Station, vermutlich um die Feiertage einzuläuten.	34:32- 34:45
38.	Koreanische Krankenschwestern schmücken einen Christbaum mit Lametta.	34:46- 35:03
39.	Herr Lemmertz freut sich, dass er noch vor Weihnachten entlassen wird und bedankt sich mit einem Geschenk bei Schwester Chong Hi für die gute Pflege. Auch Awala, Oberschwester Inge sowie Dr. Papadakis überreicht er ein Präsent und wünscht ihnen ein frohes Fest. Chong Hi und Awala unterhalten sich darüber, dass der Patient noch immer nichts von seiner Diagnose wisse und Awala auch nicht gelernt habe, wie man eine solche Nachricht in Deutschland angemessen übermittelt.	35:04- 36:00
40.	Einige Patienten und Krankenschwestern sitzen in einem Raum, in welchem ein Christbaum steht, und lauschen Weihnachtsliedern, die von einem Kinderchor vorgetragen werden.	36:01- 36:40
	Dokumentation („dazu ein Blick nach Südkorea“):	

41.	Die koreanische Krankenschwesternausbildung findet auf einem hohen Niveau statt. Seit 1971 werden jährlich etwa 500 Schwestern in die Bundesrepublik abgeworben. Der Pflegepersonalmangel in Korea ist um ein Vielfaches gravierender als in Deutschland.	36:41- 37:30
42.	Die Ausbildung ist sehr kostspielig und kann deshalb nur von der Oberschicht absolviert werden. Im Allgemeinen ist die Schere zwischen Arm und Reich in Korea sehr groß.	37:31- 39:07
43.	Die meisten koreanischen Schwesternschülerinnen hoffen darauf, in einer christlichen Gemeinde in Deutschland Anschluss zu finden, doch meistens werden sie enttäuscht.	39:08- 40:03
44.	Der hierarchische Abstand zwischen Schwestern und Ärzten ist in Korea geringer als in Deutschland, da die Ausbildung auf einem besonders hohen Niveau stattfindet. In Korea ist die Pflege für Behandlungssuchende sehr teuer und somit kann sich die Mehrheit der Bevölkerung diese nicht leisten.	40:04- 41:20
45.	Das Importieren von Gesundheitspersonal ist entwicklungspolitisch nicht zu verantworten, da die koreanische Bevölkerung infolgedessen unter mangelnder medizinischer Versorgung leidet.	41:21- 43:12

Der schwarze Doktor Folge 6 – Awala muß aufs Land

Uraufführung 17.11.1975 | **Produktion** EIKON unter der Redaktion von Heiner Michel | **Regie** Helmut Kessel | **Buch** Helmut Kessel, Fritz Puhl | **Kamera** Alfred Tichawsky, Klaus Bartels | **Originalton** Hayo von Zündt, Simon Buchner | **Darsteller** Jimmy Ondo (Dr. Claude Awala), Chong Hi Kim (Krankenschwester Chong Hi Kim), Liselotte Köster (Frau Dr. Göttgen), Jochen Giese, Hermann Lenschau (Chefarzt Dr. Kessling), Maria Weeding de Salbach, Renate Dissel | **Länge** 43:20 min.

1.	Drei Ärzte operieren einen Patienten. Nachdem ein technisches Gerät Alarm schlägt, brechen die Ärzte die Operation ab und verlassen zügig den Saal. Bis auf Awala wirken alle kühl und abgeklärt. Sprecher: „Die Welt der Medizin: steril und perfekt. Sie weiß fast alles von der Krankheit, weniger vom Kranken. Sie hat den Fall im Blick, weniger den Menschen. In diese Welt gerät Claude Awala.“	00:00- 00:51
2.	Rückblick in Awalas frühere afrikanische Heimat: Auf Awala ruhen viele Hoffnungen, da seine Großfamilie zurücksteckt, damit er in Deutschland Medizin studieren kann. Der Ärztemangel stellt für Afrika ein großes Problem dar, da Millionen von Menschen ohne medizinische Versorgung sind.	00:52- 01:46
3.	Nahaufnahme auf ein verängstigtes Patientengesicht, dann auf Awala und schließlich auf ein medizinisches Gerät. Es findet keine Kommunikation zwischen dem Arzt und dem Patienten statt.	01:47- 02:03
4.	Awala defibrilliert einen alten Mann.	02:04- 02:15
5.	Der Chefarzt hastet aus dem Operationssaal und wird von einer Krankenschwester aufgehalten, da seine Schwester Anne Göttgen am Telefon ist. Anne berichtet, dass ihr Mann, der Landarzt Dr. Göttgen, einen Kollaps erlitten habe. Der Chefarzt verspricht ihr, am Wochenende zu Besuch zu kommen.	02:16- 02:54

6.	Der Chefarzt und sein Schwager fahren zusammen im Auto, dann halten sie am Straßenrand an, da der Landarzt einen Spaziergang an der frischen Luft braucht, weil er unter niedrigem Blutdruck leidet. Per Autofunk werden sie darüber informiert, dass sie zu einem Patienten nach Hause fahren müssen, da dieser sich das halbe Bein abgehackt habe. Sie machen sich direkt auf den Weg.	02:55- 05:14
7.	Der Landarzt versorgt das verletzte Bein und lobt die Ehefrau des Patienten, da sie es bereits sauber abgebunden habe. Daraufhin erwidert diese, dass sie das so von ihm gelernt habe. Der Chefarzt zieht eine Tetanusspritze auf. Auf die Frage seines Schwagers, wann er zuletzt gespritzt habe, antwortet er lachend, dass er Angestellte habe, die das besser könnten. Der Landarzt impft den Patienten gegen Tetanus. Dann bekommen beide Ärzte von der Ehefrau des Verletzten noch ein Glas Schnaps.	05:15- 07:20
8.	Der Landarzt und seine Familie sitzen bei Kaffee und Kuchen gemeinsam am Tisch. Der Chefarzt äußert, dass sein Schwager seiner Meinung nach unter primitiven Umständen arbeiten müsse. Der Landarzt winkt bei der Vorstellung, sein Sohn werde später auch einmal Medizin studieren, mit den Worten „Um Gottes Willen“ ab. Dr. Göttgen bedauert, dass ihm die Arbeit als Landarzt aufgrund der Menge an Behandlungssuchenden über den Kopf wachse. Anne Göttgen raunt ihrem Bruder zu, dass ihr Mann am Ende sei. Der Landarzt muss vom gemeinsamen Essen aufstehen, da er noch einmal zu einem Patienten muss. Die Ehefrau und der Schwager reden dem Allgemeinmediziner ins Gewissen, wie lange er sich noch so abarbeiten wolle. Dieser antwortet darauf, dass er 4.000 Patienten habe, die ihn brauchen.	07:21- 10:15
9.	Awala steht neben einem Patienten am Bett, während Maschinen laute Töne von sich geben.	10:16- 10:33
10.	Chong Hi dreht bei einem alten Mann die Infusion auf.	10:34- 10:46

11.	Der Chefarzt muss vor dem Verwaltungschef die Notwendigkeit einer Herz-Lungen-Maschine rechtfertigen, da die finanziellen Mittel im Krankenhaus knapp sind. Während des Gesprächs erhält er einen Anruf von seiner Schwester, weil sie eine Vertretung für ihren Mann sucht. Trotz der dünnen Personaldecke möchte er seiner Schwester gerne helfen und beschließt, Awala zu schicken. Anne Göttgen erkundigt sich, ob er ein „Neger“ sei. Der Chefarzt antwortet daraufhin: „Ihr werdet euch da draußen sowieso daran gewöhnen müssen, dass die Ärzte demnächst aus Afrika, Persien, Pakistan, der Türkei oder sonst woher kommen. Unsere eigenen sind doch fürs Land völlig verdorben.“	10:47- 12:02
12.	Ein Zug fährt auf dem ländlichem Bahnhof ein und Awala steigt aus. Die Menschen am Bahnhof drehen sich nach Awala um, da sie wahrscheinlich selten einen dunkelhäutigen Menschen zu Gesicht bekommen.	12:03- 12:52
13.	Im überfüllten Wartezimmer werden die Behandlungssuchenden langsam ungeduldig. Awala betritt das Wartezimmer und darf direkt zur – von der Arzthelferin als „Frau Doktor“ betitelten – Ehefrau des überarbeiteten Landarztes. Eine Patientin wundert sich, weshalb er umgehend drangenommen wird und nicht auch warten muss. Eine andere Frau vermutet bereits, dass er die Vertretung sein könnte.	12:53- 13:35
14.	Awala wird von Anne Göttgen begrüßt, bekommt einen weißen Kittel und beschließt, direkt mit der Arbeit zu beginnen. Ein Patient leidet unter hohem Blutdruck und Awala rät ihm, weniger zu essen und seinen Alkoholkonsum einzuschränken. Der Behandlungssuchende zeigt daran wenig Interesse und verabschiedet sich mit der Aussage, dass die Medikamente das seien, wofür er bezahle. Eine Patientin mit Rückenschmerzen betritt das Behandlungszimmer. Nach der körperlichen Untersuchung verschreibt Awala ein neues, teures Medikament. Anne Göttgen weist Awala darauf hin, dass er nicht ohne weiteres teure Präparate verschreiben könne, da sie sonst Ärger bei	13:36- 22:09

	<p>der Quartalsabrechnung bekomme und regresspflichtig gemacht werde. Sie erzählt außerdem, dass ihr Mann es sehr bedauert, sich aufgrund des engen Zeitfensters von ungefähr drei Minuten, nicht mit den Behandlungssuchenden zusammensetzen zu können, um eine nachhaltige Lösung für deren Leiden zu eruieren.</p>	
15.	<p>Awala steht mit seinem Wagen am Rand eines Feldes, über welches ein Traktor fährt. Da er sich auf dem Weg zu einem Hausbesuch verfahren hat, erhält er Richtungsanweisungen via Autofunk.</p>	22:10- 22:43
16.	<p>Awala kommt zu einem alten und verwirrten Patienten namens Herr Beneke nach Hause. Die Angehörigen des Mannes berichten, dass sie mit der Pflege und mit der Versorgung der wundgelegenen Stellen überfordert seien, da sie berufstätig sind. Awala meint, dass man auf jeden Fall handeln müsse und kündigt einen erneuten Besuch für den gleichen Abend an.</p>	22:44- 24:37
17.	<p>Awala teilt seine Überforderung bezüglich des Vorgehens bei Herrn Beneke mit Anne Göttgen. Sie ist der Ansicht, dass der Patient eigentlich ins Krankenhaus müsse. Dieses würde ihn jedoch nicht aufnehmen, da er nur ein sogenannter „Pflegefall“ sei. Sie meint, dass das ein Fall für die Gemeindegeschwester gewesen wäre, diese sei jedoch an Krebs erkrankt. Die beiden kommen auf die Idee, dass die Gemeindegeschwester den Angehörigen von Herrn Beneke Hilfestellungen in Bezug auf die richtige Pflege geben könnte.</p>	24:38- 25:40
18.	<p>Awala ist bei der Gemeindegeschwester zu Hause: Sie unterhalten sich über angemessene Wundversorgung und trinken gemeinsam Kaffee.</p>	25:41- 28:23
19.	<p>Chong Hi reist mit dem Zug an und Awala holt sie vom Bahnhof ab.</p>	28:24- 29:15
20.	<p>Awala und Chong Hi kommen beim Haus von Anne Göttgen an und werden von ihr begrüßt. Sie erzählt Awala, dass eine Hebamme angerufen habe und er nochmal zu einem Hausbesuch müsse. Sie nimmt Chong Hi in den Arm, um sie ins Haus zu führen und Awala fährt los.</p>	29:16- 30:21

21.1	Die Kinder von Anne Göttgen begrüßen Chong Hi und erkundigen sich, wo Awala sei.	30:22- 30:37
22.1	Die Hebamme kümmert sich um eine geschwächte, im Bett liegende Frau. Im Hintergrund ist Babyweinen hörbar. Awala kommt herein und die Hebamme erklärt der Frau, dass er nun eine Krankenhausüberweisung schreiben werde. Die Patientin betont jedoch, dass sie nicht ins Krankenhaus möchte, da ihr Mann auf Montage sei und sie sich um ihre Kinder kümmern müsse.	30:38- 31:26
23.	Ein Mädchen läuft über den Hof und hört über den Autofunk aus Awalas Auto: „Dr. Awala bitte kommen! Dr. Awala bitte kommen! Dr. Awala bitte kommen!“.	31:27- 31:39
22.2	Awala und die Hebamme unterhalten sich darüber, dass die Frau genäht werden müsse, aber Awala kein Medikament zur Betäubung dabei habe. Die Patientin sagt daraufhin, dass sie es auch ohne Betäubung aushalten würde.	31:40- 31:58
21.2	Chong Hi und Anne Göttgen unterhalten sich über die Vor- und Nachteile des Lebens auf dem Land und in der Stadt. Anne Göttgen erzählt, dass sie es sehr schätze, mit ihrem Mann zusammen arbeiten zu können.	31:59- 32:36
24.	Awala sitzt im Auto und erhält per Funk die Nachricht, dass er des Öfteren vergeblich angefunkt worden sei. Er erklärt, dass er einen Dammriss genäht habe. Nun muss er zu einem dringenden Hausbesuch, der in 15 km Entfernung liegt.	32:37- 32:57
25.	Awala will sein Auto wenden, bleibt dabei jedoch im Schlamm stecken und die Reifen drehen durch. Er nimmt seine Arzttasche aus dem Wagen und signalisiert vorbeifahrenden Autos, dass er mitfahren möchte. Der dritte Wagen hält an und nimmt ihn mit.	32:58- 34:31
21.3	Anne Göttgen erzählt Chong Hi, dass ihr Schwiegervater (ehemaliger Landarzt) zweimal pro Woche im Wirtshaus gewesen sei und so bestens über viele Behandlungssuchende Bescheid gewusst habe. Sie	34:32- 35:03

	bedauert es sehr, dass mittlerweile die Zeit fehle, um wirklich mit den Menschen zu reden. Außerdem wundert sie sich, dass Awala sich noch nicht über Funk gemeldet hat.	
26.	Awala hört auf das Herz eines im Bett liegenden Mannes und stellt den Tod fest. Dessen Ehefrau erklärt, dass sie das schon wisse und Awala ein paar Minuten zu spät gekommen sei. Awala sagt, dass er dem Patienten bei seinem akuten Herzversagen wahrscheinlich auch nicht helfen hätte können. Die Ehefrau erwidert, dass sie ihm auch keine Vorwürfe mache, sie habe nur Sorgen bezüglich der Zukunft.	35:04- 37:17
27.	Chong Hi und Awala stehen am Bahnsteig und der Zug fährt ein. Sie verabschieden sich und Chong Hi fährt winkend ab.	37:18- 38:17
28.	Die komplette Familie Göttgen sowie Awala sitzen am Wohnzimmertisch und stoßen an. Die beiden Kinder stehen vom Tisch auf und verabschieden sich von Awala. Dr. Göttgen stellt fest, dass seine beiden Kinder Awala ins Herz geschlossen haben und seine Frau verkündet daraufhin, dass es noch ein paar mehr Menschen gebe, die Awala sehr zu schätzen wissen. Dr. Göttgen lobt Awala, dass er überall nur Gutes von ihm gehört habe. Awala merkt an, dass er in der kurzen Zeit sehr viel gelernt habe. Er habe aber auch gemerkt, dass die Zustände in Deutschland zum Teil sehr schlimm seien, da die ärztliche Versorgung auf dem Land kaputt gehe. Herr Göttgen fragt Awala, ob er – wenn er mit der Klinik fertig ist – Lust hätte, zu ihm aufs Land zurückzukommen, da es genug Arbeit für zwei Ärzte geben würde. Awala fühlt sich sehr geehrt und hebt die Vorzüge, dass man auf dem Land einen viel engeren Kontakt zu den Behandlungssuchenden habe und, dass nicht wie in der Klinik die Apparate herrschen, positiv hervor. Er müsse es sich überlegen.	38:18- 40:41
29.	Awala misst im Krankenhaus den Blutdruck einer beatmeten Patientin, welche apathisch im Bett liegt.	40:42- 41:03

30.	Chong Hi und Awala sitzen im Stationszimmer. Sie erkundigt sich, ob er zu Dr. Göttgen aufs Land gehen möchte. Awala erklärt, dass er sich noch nicht sicher sei. Er wisse nur, dass er den Wunsch habe, dass bei seiner Arbeit der Mensch im Fokus steht. Dies sehe er in der Klinik nicht.	41:04- 43:20
-----	---	-----------------

Patienten Folge 3 – Bettina Schaub's Wunschkind

Uraufführung 25.12.1972 | **Produktion** Bruno Michalk, Roswitha Frankenhauser, TELLUX-Produktion im Auftrag des ZDF | **Regie** Bernd Grote | **Buch** Karl Wittlinger | **Kamera** Jürgen Grundmann, Ulrich Urbanski | **Musik** Solution-Band, Haarlem | **Originalton** Eduard Kessel, Hans Joachim Dietrich | **Darsteller** Giulia Follina (Bettina Schaub), Rainer Delventhal (Hannes Wiegand), Wolfgang Stumpf (Dr. Berthold Schaub), Katharina Mayberg (Margot Schaub), Siegmund Schneider (Erich Wiegand), Christine Mylius (Eveline Wiegand), Karl Ulrich Meves (Gymnasialdirektor), Monica Kaufmann, Jutta Bryde, Horst G. Fleck, u.a. | **Länge** 28:31 min.

1.	Kameraaufnahme einer Einkaufsstraße mit verschiedenen Geschäften. Dann Nahaufnahme des Schilds „Dr. med. B. Schaub prakt. Arzt ALLE KASSEN“.	00:00- 00:43
2.	Aufnahmen der Praxisräumlichkeiten nach Feierabend.	00:44- 01:19
3.	Bettina Schaub und ihr Freund Hannes liegen auf dem Sofa und unterhalten sich darüber, dass sie sich bald voneinander verabschieden müssen, da Hannes wegziehen werde. Bettina macht Andeutungen, dass sie ihre Eltern gerade in der nächsten Zeit, wenn Hannes weg ist, brauchen werde.	01:20- 03:52
4.	Hannes fährt Bettina nach Hause.	03:53- 04:26
5.	Vogelperspektive auf den Schulhof: Bettinas Freundin Christa legt ihr nahe, dass Hannes es nicht wert sei, durchzudrehen. Er selbst habe die Entscheidung getroffen, zum Studieren in eine andere Stadt zu ziehen. Bettina erzählt ihr daraufhin, dass sie ein Kind von ihm erwarte.	04:27- 05:14
6.	Christa erzählt Hannes am Telefon, dass Bettina von ihm schwanger sei.	05:15- 05:48

7.	Während einer Unterrichtsstunde schiebt Bettina Christa einen Zettel zu: „Er darf nichts erfahren, <u>niemand</u> darf was erfahren“.	05:49- 06:26
8.	Hannes ist bei Dr. Schaub in der Praxis, um ihm von Bettinas Schwangerschaft zu berichten. Er könne sich die Schwangerschaft nicht erklären, da er Bettina die Pille besorgt habe. Aus Bettinas Stillschweigen ihm gegenüber schlussfolgere er, dass sie seine Entscheidung, in einer anderen Stadt zu studieren, nicht ins Wanken bringen möchte.	06:27- 08:06
9.	Dr. Schaub unterhält sich im Wohnzimmer mit seiner Tochter. Bettina erklärt, dass ihrer Vorstellung nach weder Hannes noch ihre Eltern etwas mit dem Kind zu tun haben sollten, da sie sich alleine um alles kümmern wollte. Sie erklärt ihrem Vater, dass sie sich ein Baby von Hannes gewünscht und die Pille deshalb bewusst abgesetzt habe. Sie habe ihrem natürlichen Fortpflanzungstrieb folgen wollen. Die junge Frau habe nicht den verkopften, konventionellen Weg gehen wollen, bei dem man ein Kind genau dann zeugt, wenn es in das kalkulierte Leben hineinpasst. Bettina betont, dass ihr Kind eine Angelegenheit sei, die nur sie etwas angeht. Dr. Schaub redet ihr ins Gewissen, da sie das Kind, indem sie es als Angelegenheit bezeichne, zum Objekt ihres Verlangens nach einem Baby degradiere. Er habe Sorge, dass Bettina nicht in der Lage sei, die Verantwortung, die mit einem Kind einhergeht, zu übernehmen. Er merkt außerdem an, dass die Voraussetzungen für ein Kind, das unter solchen Umständen entstanden ist, in einer Welt voller Spießer denkbar schlecht seien.	08:07- 14:12
10.	Kameraaufnahme auf den Hof der Speditionsfirma von Hannes Vater.	14:13- 14:22
11.	Hannes besucht seine Eltern, um ihnen davon zu berichten, dass er eine Freundin habe, die ein Kind von ihm erwartet, und er sie heiraten möchte. Für Hannes Vater ist eine Abtreibung die einzige Lösung, doch für Hannes selbst ist das keine Option. Der Vater rechnet vor, welche Unterhaltskosten auf Hannes zukommen werden. Er sichert seinem	14:23- 17:48

	Sohn Geld zu, um baldmöglichst eine Abtreibung durchführen zu können. Hannes Vater vermutet, dass Bettina seinem Sohn das Kind vornehmlich untergejubelt habe. Genauso habe es seine Frau bei ihm mit Hannes gemacht. Hannes verlässt zornig sein Elternhaus.	
12.	Hannes fährt weinend Auto.	17:49- 17:58
13.	Am Frühstückstisch unterhalten sich Bettinas Eltern über die Schwangerschaft. Der Zeitpunkt sei denkbar schlecht, da Bettina in einem halben Jahr ihr Abitur gemacht hätte. Frau Schaub erwähnt die Möglichkeit einer Schwangerschaftsunterbrechung, doch Dr. Schaub ist strikt dagegen. Er echauffiert sich über die Kommerzialisierung von Abtreibungen. Bettinas Eltern befürchten, dass ihre Tochter sowie deren Kind in der derzeitigen Gesellschaft mit vielen Vorurteilen und Konventionen konfrontiert werden könnten. Dr. Schaub spricht sich gegen eine Abtreibung aus, da er seine Tochter für stark genug hält, mit den Schwierigkeiten, die als Mutter auf sie zukommen werden, klar zu kommen. Seiner Meinung nach vielleicht sogar besser, als mit dem Gedanken, kapituliert zu haben. Bettina zweifelt jedoch mittlerweile an ihrer Entscheidung und ist sich nicht mehr sicher, ob es für das Kind wirklich das Beste wäre, wenn sie es behält.	17:59- 22:42
14.	Bettina gesteht Hannes, dass sie die Pille ganz bewusst abgesetzt habe, da sie einen Kinderwunsch verspürt hat. Hannes unterbreitet Bettina seine Idee, dass sie heiraten könnten. Bettina spricht sich jedoch gegen eine Hochzeit aus, da sie nicht als „Aas“, welches berechnend und missgünstig handelt, dastehen möchte. Außerdem erklärt sie Hannes, dass sie das Baby nun doch nicht mehr behalten möchte, da sie eingesehen habe, dass es ein Fehler war.	22:43- 24:23
15.	Hannes verkauft sein Auto, um an Geld zu kommen.	24:24- 24:46
16.	Bettina besucht Hannes Vater in dessen Spedition. Sie bittet ihn um einen Kredit für die Abtreibungskosten, welchen sie baldmöglichst	24:47- 25:42

	zurückzahlen will. Herr Wiegand sagt ihr zu, sich nach einem Arzt umzuhören.	
17.	Dr. Schaub unterhält sich mit dem Schulleiter über Möglichkeiten in Bezug auf Bettinas weitere schulische Laufbahn.	25:43- 26:06
18.	Hannes und Bettina haben inzwischen die Adresse von einem Arzt sowie das Geld für eine Abtreibung. Doch Bettina erklärt Hannes, dass sie mittlerweile eine Bindung zu ihrem ungeborenen Kind verspüre.	26:07- 26:38
19.	Der Schulleiter verkündet vor der Klasse, dass Bettina – entgegen der Vorschriften – den Schuldienst nicht quittieren muss. Er bittet um den Rückhalt der Mitschüler/innen, da er die Missbilligung von Teilen der Elternschaft sowie der Öffentlichkeit fürchtet.	26:39- 27:06
20.	Bettina liegt auf dem Sofa und Hannes versucht mit einem Stethoskop, die Herztöne des ungeborenen Babys zu hören. Zu diesem Zeitpunkt ist Bettina bereits im vierten Schwangerschaftsmonat und das Paar wirkt verliebt sowie euphorisch.	27:07- 27:38
21.	Im Abspann laufen Bettina und Hannes Arm in Arm eine Straße entlang.	27:39- 28:31