

Günter Giesenfeld (Hg.)

Augen-Blick. Marburger Hefte zur Medienwissenschaft. Heft 28: Die weiße Serie. Ärzte und Krankenhäuser im Fernsehen

1998

<https://doi.org/10.25969/mediarep/1241>

Veröffentlichungsversion / published version

Teil eines Periodikums / periodical part

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Giesenfeld, Günter (Hg.): *Augen-Blick. Marburger Hefte zur Medienwissenschaft. Heft 28: Die weiße Serie. Ärzte und Krankenhäuser im Fernsehen* (1998). DOI: <https://doi.org/10.25969/mediarep/1241>.

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

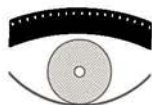
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under a Deposit License (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual, and limited right for using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute, or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the conditions of use stated above.

AUGENBLICK



**Die weiße Serie-
Ärzte und Krankenhäuser
im Fernsehen**

28

SCHÜREN

marburger

hefte

zur

medien-

wissenschaft

Die weiße Serie Ärzte und Krankenhäuser im Fernsehen

Augen-Blick 28

Marburg 1998

AUGEN-BLICK

MARBURGER HEFTE ZUR MEDIENWISSENSCHAFT

Eine Veröffentlichung des Instituts für Neuere deutsche Literatur und Medien
im Fachbereich 09 der Philipps-Universität-Marburg

Heft 28

Dezember 1998

Herausgegeben von

Jürgen Felix
Günter Giesenfeld
Heinz-B. Heller
Knut Hieckethier
Thomas Koebner
Karl Prümm
Wilhelm Solms
Guntram Vogt

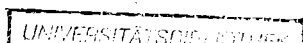
Redaktion: Günter Giesenfeld

Redaktionsanschrift: Institut für Neuere deutsche Literatur und Medien
Wilhelm-Röpke-Straße 6A, 35039 Marburg, Tel. 06421/284657

Verlag: Schüren-Presserverlag, Deutschhausstraße 31, 35037 Marburg
Einzelheft DM 10.00 (ÖS 73/SFr 10,-)
Jahresabonnement (2 Hefte) DM 20.-- (ÖS 146/SFr 19.--)
Bestellungen an den Verlag, Anzeigenverwaltung: Schüren Presseverlag
© Schüren Presseverlag, alle Rechte vorbehalten

Umschlaggestaltung: Uli Prugger, Gruppe GUT
Druck: WB-Druck, Rieden

ISSN 0179-2555
ISBN 3-89472-038-7



Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----|
| Vorwort | 5 |
| Doris Rosenstein: „Arzt- und Krankenhaus-Serien. Profil(e) eines Genres | 6 |
| Anja Einfeldt: „Ärzte, die ein wenig wie Kinder geblieben sind“ <i>Die Kinderklinik (Amico mio)</i> | 31 |
| Antje Grützmacher: „Wir sind nicht allmächtig“ Schimanski geht ins Krankenhaus – zum Konzept der ARD-Reihe <i>Ärzte</i> | 50 |
| Karsten Middeldorf: „So etwas ist hier noch nie gemacht worden...“ <i>OP ruft Dr. Bruckner</i> <i>Die besten Ärzte Deutschlands</i> | 61 |
| Doris Rosenstein: „Den meisten kann geholfen werden“ <i>alphateam - Die Lebensretter im OP</i> | 75 |
| Markus Burbach: „Ich hätte das überhaupt nie anfangen dürfen!“ <i>Geliebte Schwestern</i> | 92 |
| Literaturverzeichnis..... | 110 |
| Serienverzeichnis | 113 |

Redaktionelle Mitarbeit: Christina Bacher

Alle *Illustrationen* sind Videoaufzeichnungen der Serien durch Digitalisierung entnommen. Das Titelphoto ist bei einer realen Operation aufgenommen (Uni-Klinikum Marburg) von Günter Giesenfeld

Zu den Autorinnen und Autoren dieses Heftes:

Markus Burbach, geb. 1967, Studium der Neueren Deutschen Literatur und Medien in Marburg; seit 1997 wiss. Mitarbeiter am Teilprojekt B13 „Fernsehserie“ des DFG-Sonderforschungsbereichs 240 „Bildschirmmedien“

Anja Einfeldt, geb. 1972, studiert Neuere Deutsche Literatur und Medien, Italienisch und Anglistik an der Philipps-Universität Marburg; seit 1997 stud. Hilfskraft am Teilprojekt B 13 „Fernsehserie“.

Antje Grützmacher, geb. 1971, studiert Neuere Deutsche Literatur und Medien, Politik und Kunstgeschichte an der Philipps-Universität Marburg; seit 1996 stud. Hilfskraft am Teilprojekt B13 „Fernsehserie“.

Karsten Middeldorf, geb. 1971, studiert seit 1992 Neuere Deutsche Literatur und Medien an der Philipps-Universität Marburg.

Doris Rosenstein, geb. 1941, Studium der Germanistik und Kunst an der Universität-GH Siegen, Promotion über die Romane Irmgard Keuns, seit 1997 wiss. Mitarbeiterin am Teilprojekt B13 „Fernsehserie“.

Nachtrag aus dem letzten Heft:

Burkhard Röwekamp, geb. 1965, M.A., Redakteur von MEDIENwissenschaft, promoviert am Institut für Neuere Deutsche Literatur und Medien der Universität Marburg zum Thema Neo Film Noir.

Wir bitten unsere Leser auch um Entschuldigung für die Differenzen bei den Untertiteln zwischen Inhaltsverzeichnis und Artikeln im letzten Heft. Es wurden spätere Korrekturen der Autoren und Autorinnen nicht aktualisiert.

Vorwort

Die „Schwarze Serie“ von Filmen aus Hollywood in den vierziger und fünfziger Jahren beschrieb eine Welt, in der alles dunkel und undurchsichtig war: die Handlung, die Charaktere der Figuren, vor allem der Frauen und sogar die Bilder. Diese Merkmale wurden später als Zeichen einer allgemeinen Verunsicherung gedeutet, in die der Weltkrieg und die erneute Frage, ob die USA in ihn eingreifen sollten oder nicht, die Gesellschaft versetzt hatte.

Wenn wir mit dem Titel dieses Hefts an den *film noir* erinnern, dann ist dies eine Anspielung und nicht mehr, und trotzdem der Bezug zu einem grundlegenden Gegensatz. Denn die Welt der ‚Halbgötter in Weiß‘ ist nicht nur geprägt durch die Farbe der Arbeitskleidung des Personals und der Wände der Klinikräume. Klarheit der Geschichten, Durchsichtigkeit der Motive der Handelnden und Stabilität des Wertesystems sind ihre besonderen Merkmale. In den Beiträgen dieses Hefts wird das Bemühen der Autoren und ‚storyliner‘ beschrieben, von den Mystifikationen der dreißiger und fünfziger Jahre, vom, wie man es auch nennen könnte, Sauerbruch-Syndrom wegzukommen, eine weniger durch Führergestalten und Wissenschaftsgenie geprägte Krankenhauswelt zu zeigen. Trotzdem bleibt eine grundlegende Spezifik dieses fiktionalen Soziotops doch erhalten: Es gibt kaum einen Beruf für Serienhelden, der weniger angreifbar ist und leichter freizuhalten ist vom Verdacht der Kommerzialisierung und der Überhandnahme anderer Laster, wie der des Helfers in Krankheit und körperlicher Not.

Es könnte sein, daß der Ärzte- und Krankenhausserien-Boom doch indirekt etwas mit den Entwicklungen im Gesundheitssystem der Bundesrepublik der letzten Jahre zu tun hat: Wo lange gefestigte Geborgenheitsgefühle plötzlich in Frage gestellt werden durch eine Politik, die auf Abbau von Leistungen, Verlagerung in die private Verantwortung und Konkurrenz zielt, könnte das Bedürfnis nicht nach Halbgöttern, sondern nach menschlicher Zuwendung mit der Lizenz zum Heilen wachsen. Beschädigungen des Arztbildes in der Öffentlichkeit, die durch Aktionen der Standesvertreter entstanden sind, dürfen unter diesen Umständen nicht das Bild beeinträchtigen – in diese Richtung darf der ‚Realismus‘ nicht gehen. Sehr wohl aber in die der technischen Authentizität, während die Fiktion zugleich mit einem neuen Klischee oder durch die geduldige Arbeit an einer neuen (alten) Utopie die Defizite überspielt.

Oder vielleicht brandmarkt. – Zur Klärung solcher Fragen wollen die Beiträge dieses Hefts einen Anfang machen.

Günter Giesenfeld

Doris Rosenstein

Arzt- und Krankenhaus-Serien. Profil(e) eines Genres

Eine Programmwoche unter ‚medizinischem‘ Vorzeichen

Die ‚Momentaufnahme‘ einer einzigen Programmwoche kann schon ausreichen, um ein Phänomen zu veranschaulichen, das für die Serien-Angebotsstruktur im Fernsehen der Gegenwart charakteristisch ist: die quantitative wie qualitative Akkumulation von Arzt- und Krankenhausserien aus allen Phasen der Programmgeschichte und unterschiedlichsten Herkunftsländern. Dieses Phänomen wird von Giesenfeld/Prugger schon 1994 im Hinblick auf das gesamte Serienangebot konstatiert:

„Die Geschichte der fiktionalen Serie im deutschen Fernsehen (...) stellt sich für die Zuschauer nicht als Abfolge von Perioden dar, in denen Produkte immer neuer Art einander ablösen, sondern eher wie ein gewaltiger Akkumulationsprozeß. Denn nicht nur werden in der Regel alle alten Muster und Rezepte stets weiterverwendet, auch wenn Neues dazukommt - auch die meisten alten Serien sind durch Wiederholungen oder das Nachschieben neuer Staffeln nahezu ständig im Programm. Das bedeutet, daß (...) neue Serien immer in Konkurrenz stehen mit tendenziell allen vorher produzierten und auch dann nur vorübergehend aus dem Programm verschwinden, wenn die Produktion neuer Staffeln endgültig eingestellt wird.“¹

Eine Auswertung der Programmwoche vom 14.3. bis zum 20.3.1998 legt schon auf den ersten Blick nicht nur das große Angebotsvolumen offen, sondern auch das Nebeneinander unterschiedlicher Anbieter, Formate und Entstehungsphasen.

Sa. 14. 3. 1998

SAT.1 5.25 Uhr *Geliebte Schwestern* (Fünf Folgen der Daily soap)

SAT.1 3.00 Uhr *alphateam – Die Lebensretter im OP* (Wh.)

Nord 3 22.00 Uhr *Die Ehe des Dr. med. Danwitz* (Spielfilm BRD 1956)

1 Giesenfeld/Prugger, 1994, S. 382

So. 15.3.1998RTL2 19.00-20.00 Uhr *Dr. Quinn – Ärztin aus Leidenschaft* (USA 1992-96)WDR 20.15 Uhr *Die Ehe des Dr. med. Danwitz* (Spielfilm BRD 1956)MDR 22.30-23.25 Uhr *Bereitschaft Dr. Federau.* (DDR 1988)**Mo. 16.3.1998**ZDF 11.15-12.00 Uhr *Die Schwarzwaldklinik* (BRD 1985)RTL 20.15-21.15 Uhr *OP ruft Dr. Bruckner – Die besten Ärzte Deutschlands* (BRD 1998)SAT.1 19.00-19.30 Uhr *Geliebte Schwestern* (Daily soap BRD 1998)SAT.1 3.50-4.20 Uhr *Geliebte Schwestern* (Wh.)PRO 7 16.05-17.05 Uhr *Chicago Hope – Endstation Hoffnung* (USA 1996)PRO 7 1.30-2.25 Uhr *Chicago Hope – Endstation Hoffnung* (Wh.)RTL2 10.25-11.25 Uhr *Dr. Quinn – Ärztin aus Leidenschaft* (Wh.)WDR 20.15-21.05 Uhr *Happy Birthday* (BRD 1997)Südwest 3 15.35-16.00 Uhr *Landarzt Dr. Brock* (BRD)**Di. 17.3.1998**ARD 00.00-00.25 Uhr *Hallo, Schwester!* (USA 1990)ZDF 11.15-12.00 Uhr *Die Schwarzwaldklinik*SAT.1 19.00-19.30 Uhr *Geliebte Schwestern* (Daily soap BRD 1998)SAT.1 20.15-21.15 Uhr *Für alle Fälle Stefanie* (Serienspecial)SAT.1 4.30 Uhr *Geliebte Schwestern* (Wh.)PRO 7 16.05-17.05 Uhr *Chicago Hope – Endstation Hoffnung*PRO 7 4.00 Uhr *Chicago Hope - Endstation Hoffnung* (Wh.)Super RTL 21.05-22.00 und 23.40-00.25 (Wh.) Uhr *Dr. Quinn – Ärztin aus Leidenschaft*Südwest 3 15.35-16.00 Uhr *Landarzt Dr. Brock* (BRD 1967)**Mi. 18.3.1998**ZDF 11.15-12.00 Uhr *Die Schwarzwaldklinik*SAT.1 19.00-19.30 Uhr *Geliebte Schwestern*SAT.1 20.15-21.15 Uhr *Hallo, Onkel Doc* (BRD 1998)SAT.1 4.30 Uhr *Geliebte Schwestern* (Wh.)PRO 7 16.05-17.05 Uhr *Chicago Hope – Endstation Hoffnung*PRO 7 0.50-1.45 Uhr *Chicago Hope – Endstation Hoffnung* (Wh.)Kabel 1 13.05-14.05 Uhr *Die fliegenden Ärzte* (Australien 1989)**Do 19.3.1998**ARD 18.55-19.52 Uhr *Dr. Sommerfeld – Neues vom Bülowbogen* (BRD 1998)ZDF 11.15-12.00 Uhr *Die Schwarzwaldklinik*RTL 20.15-21.15 Uhr *Dr. Monika Lindt* (BRD 1998)SAT.1 19.00-19.30 Uhr *Geliebte Schwestern*SAT.1 21.15-22.15 Uhr *Für alle Fälle Stefanie* (BRD 1998)SAT.1 22.15-23.15 Uhr *alphateam – Die Lebensretter im OP* (BRD 1998)SAT.1 4.30 Uhr *Geliebte Schwestern* (Wh.)PRO 7 16.05-17.05 Uhr *Chicago Hope – Endstation Hoffnung* (USA 1996)PRO 7 1.30-2.30 Uhr *Chicago Hope – Endstation Hoffnung* (Wh.)Nord 3 17.00-17.25 Uhr *Schicht in Weiß* (BRD 1980/82)**Fr. 20.3.1998**ZDF 11.15-12.00 Uhr *Die Schwarzwaldklinik*ZDF 19.25-20.15 Uhr *Tierarzt Dr. Engel* (BRD 1998)SAT.1 19.00-19.30 Uhr *Geliebte Schwestern*PRO 7 16.05-17.05 Uhr *Chicago Hope - Endstation Hoffnung*PRO 7 03.40 Uhr *Chicago Hope - Endstation Hoffnung* (Wh.)Nord 3 11.30-12.00 Uhr *Schicht in Weiß* (Wh.)

Die kommerziellen Anbieter treten einerseits als Abspielstationen von überwiegend amerikanischen (vereinzelt auch australischen) Arzt- und Krankenhausserien in Erscheinung: *Chicago Hope – Endstation Hoffnung* (täglich nachmittags und nach Mitternacht in PRO 7); *Dr. Quinn – Ärztin aus Leidenschaft* (Super RTL und RTL2); *Fliegende Ärzte* (Kabel 1). Alle diese Serien wurden in dieser Woche bereits in mehrfacher Wiederholung gesendet.

Andererseits ist das kommerzielle Programmangebot auf dem Sektor der Arzt- und Krankenhausserie durch zahlreiche deutsche Auftragsproduktionen jüngeren und jüngsten Datums gekennzeichnet. An erster Stelle ist hier SAT.1 zu nennen, das mit der Daily soap *Geliebte Schwestern*, der zweimal wöchentlich ausgestrahlten Serie *Für alle Fälle Stefanie* und den wöchentlich gesendeten Serien *Hallo, Onkel Doc* und *alphateam – die Lebensretter im OP* den Genrevarianten eine besondere angebotsstrategische Bedeutung beizumessen scheint. Am deutlichsten zeigt sich das am Donnerstagabend, der bei SAT.1 überwiegend ‚medizinisch‘ geprägt ist.

Aber auch RTL ist mit zwei Auftragsproduktionen vertreten: *OP ruft Dr. Bruckner* wird in einer zweiten Staffel fortgesetzt. Außerdem startet mit *Dr. Monika Lindt – Geliebte, Ärztin, Mutter* eine neue, ebenfalls wöchentlich in der prime time ausgestrahlte Serie. Für beide Produktionen gilt, daß Romane des Bastei-Verlages als Anregung dienten, bzw. zeitgleich veröffentlicht wurden.

Die öffentlich-rechtlichen Anbieter partizipieren ebenfalls auf vielfältige Weise an dem Boom der Arzt- und Krankenhausserien. Das ZDF wiederholt an den werktäglichen Vormittagen *Die Schwarzwaldklinik* (1985) und präsentiert als Produktion des Jahres 1998 *Tierarzt Dr. Engel*; die ARD sendet im Vorabendprogramm eine weitere (in der Hauptrolle neu besetzte) Staffel von *Praxis Bülowbogen* und strahlt am Dienstag nach Mitternacht die amerikanische Comedy-Serie *Hallo, Schwester* (1990) aus. Die Dritten Programme beteiligen sich am Ärzte- und Krankenhaus-Boom durch die Ausstrahlung eines deutschen Ärztefilms aus dem Jahr 1956: *Die Ehe des Dr. med. Danwitz* (Nord 3 und WDR); sowie durch die Wiederholung von einer DDR-Produktion aus dem Jahr 1988: *Bereitschaft Dr. Federau* (MDR) und durch die Wiederholung von westdeutschen Serienproduktionen: *Landarzt Dr. Brock* (1967, Südwest 3), *Schicht in Weiß* (1980-1982, Nord 3), *Happy Birthday* (1997, WDR).

„Halbgötter in Weiß“ – Die Vorläufer in Film und Literatur

Zieht man zum Vergleich eine Übersicht über eine Programmwoche aus dem Jahr 1993 hinzu, wird der gegenwärtige Ärzte-Boom im Fernsehen besonders

augenfällig.² In der Woche vom 13.3. bis 19.3.1993 liefen 10 Serien(-Folgen) des Genres gegenüber 48 in der ausgewerteten Woche von 1998. Allerdings läßt sich dem chronologischen Verzeichnis der Arzt- und Krankenhausserien entnehmen, daß das Genre über eine bereits lang andauernde Erfolgsgeschichte verfügt³ und diese nicht auf Deutschland beschränkt ist. Arzt- und Krankenserien wurden auch produziert in: USA, Kanada, Australien, England, die Niederlande, Spanien, die Tschechoslowakei, Frankreich, Italien und Schottland.

Selbst was die Vorläufer der entsprechenden Fernsehserien anbelangt - die Arztfilme für das Kino - ist es keineswegs so, daß die fast schon sprichwörtlich gewordenen „Weißkittel-Epen“ mit den „Halbgöttern in Weiß“ ausschließlich als deutsche Erfindung gelten müssen. *Dr. Kildare* war bereits in den 30er Jahren der ‚medizinische Held‘ einer amerikanischen Kinoserie. Aber auch die allgemein verbreitete Annahme, daß die 50er Jahre als Beginn der deutschen Arztfilm-Produktion zu betrachten seien, muß revidiert werden. Eine „Filmographie zum deutschen Spielfilm medizinischen Inhalts“⁴ dokumentiert, daß bereits im nationalsozialistischen Deutschland Arztfilme in einer ähnlich großen Anzahl wie in den 50er Jahren gedreht wurden. Insgesamt für den Zeitraum zwischen 1949 und 1960 hat Martin Reuter in seiner Untersuchung über „Ärzte im bundesdeutschen Spielfilm der fünfziger Jahre“ 48 Arztfilme ermittelt, was rund 4% der gesamten westdeutschen Filmproduktion ausmachte.⁵

Nach der Einschätzung von Kreimeier

„verbinden die Arzt-Filme, die von der westdeutschen Filmindustrie bis tief in die sechziger Jahre hinein mit nachgerade ingrimmiger Beharrlichkeit produziert werden, die philanthropisch-humanitären Momente der Gattung mit der angeblich 'volkstümlichen' Vorstellung, daß der Arzt Vater und schlafwandlerisch sicherer Feldherr, Magier und wissenschaftliche Kapazität in einem sei: Heilung durch die Autorität schlechthin widerfährt in diesen Filmen nicht nur dem ein-

2 Zum Beispiel: Arzt- und Krankenhausserien in der Woche vom 13.3. bis zum 19.3.1993:

Samstag, 13.3.1993: keine

Sonntag, 14.3.1993: Nord 3 22.15-23.15 Uhr *Bereitschaft Dr. Federau*

Montag, 15.3.1993: Der Kabelkanal 18.45-19.30 Uhr *General Hospital*

Dienstag, 16.3.1993: Der Kabelkanal 18.45-19.30 Uhr *General Hospital*

Mittwoch, 17.3.1993: Der Kabelkanal 18.45-19.30 Uhr *General Hospital*

Donnerstag, 17.3.1993: ARD 00.00-00.45 Uhr *Die Texasklinik* (Wh. von 1988); Hessen 3 18.00-18.30 Uhr *Der Doktor und das liebe Vieh* (Engl. 1977); Der Kabelkanal 18.45-19.30 Uhr *General Hospital*

Freitag, 19.3.1993: ARD 23.00-23.25 Uhr *Hallo, Schwester!*; ZDF 19.25-20.15 Uhr *Der Landarzt*; Der Kabelkanal 18.45-19.30 Uhr *General Hospital*

³ Das im Anhang abgedruckte Verzeichnis der Arzt- und Krankenhausserien wurde unter Benutzung des Serien-Lexikons von Uwe Boll, Burscheid, o.J. erstellt.

³ Vgl. Heimig / Triebs, 1990

⁴ Reuter, 1997, S. 11-12

zelen Patienten, sondern einer ganzen, unergründlicher Weise an ihren eigenen Umständen erkrankten ‚Zeit‘“.⁶

Als prägnantes Exempel für ein solchermaßen überhöhtes Arztbild gilt die Figur des Professors Sauerbruch in dem Film *Sauerbruch - das war mein Leben* aus dem Jahr 1954. „Der Sauerbruch von 1954“ - so Gregor/Patalas - „ist das Musterbild der Autorität, wie der Untertan es sich wünscht: In schlafwandlerischer Sicherheit und auf Grund eines rätselhaften Geheimwissens wendet er jedes Leid zum Guten, wofern der Patient sich ihm nur vorbehaltlos anvertraut.“⁷ Von der als ‚Halbgott in Weiß‘ angelegten Figur des Protagonisten lassen sich nach Ansicht zeitgenössischer Kritiker Rückbezüge zu den Filmen rekonstruieren, die im nationalsozialistischen Deutschland große Führerpersönlichkeiten verherrlichten.

Reuters Analyse der Arztfilme aus den 50er Jahren gibt jedoch zu erkennen, daß die Konzeption des *Sauerbruch*-Films nicht als typisch für das gesamte Spektrum der Arzt-Filme aus diesem Zeitraum gelten kann. Auch Kreimeiers Charakterisierung beschreibt nur eine Tendenz. Die Protagonisten solcher Filme wie *Sauerbruch. Das war mein Leben* (1954), *Der Arzt von Stalingrad* (1958), *Frauenarzt Dr. Prätorius* (1949) und *El Hakim* (1957) sind zwar tatsächlich Figuren, „deren Autorität sich nicht nur auf das Gebiet der Medizin beschränkt, sondern die in vielfacher Hinsicht Vor- und Leitbilder sind“. In anderen Filmen wie *Dr. Holl* (1951), *Die große Versuchung* (1952), *Roman eines Frauenarztes* (1954) stehen jedoch Gewissenskonflikte und Liebesbeziehungen im Vordergrund. Die Protagonisten dieser Filme sind durchaus (noch) nicht durch den väterlich-autoritären Habitus gekennzeichnet, sie geraten vielmehr in schicksalhafte Verstrickungen, müssen sich bewähren und können erst nach mancherlei Prüfungen ihre „moralische Integrität“ unter Beweis stellen.⁸

Wie Reuter anhand der Besucherzahlen rekonstruiert, fanden Arztfilme dieses ambivalenten Typs beim zeitgenössischen Publikum nicht weniger Zuspruch wie die Filme, „in denen sich ungebrochen edelmütige, väterliche und autoritäre Persönlichkeiten kraft ihrer überragenden Eigenschaften auch in den kritischsten Situationen als Vorbilder erwiesen.“⁹ Filmen mit einem kritischen Anspruch wie u. a. *Die Ehe des Dr. med. Danwitz* (1956) oder *Weil du arm bist, mußt du eher sterben* (1956), die sich zu einem dritten Typus gruppieren lassen, brachte das Kinopublikum ein deutlich geringeres Interesse entgegen.

5 Kreimeier, 1973, S. 97

6 Gregor / Patalas, 1976, Band 2, S. 420

7 Reuter, S. 95

8 Ebda.

So haben sich schon beim Arztfilm fürs Kino Genre-Varianten bzw. Genre-Mischungen (z.B. zwischen Arzt- und Heimatfilm) und Vorlieben für bestimmte Entwürfe der ärztlichen Protagonisten entwickelt. Chirurgen und Frauenärzte gehören beispielsweise zu den bevorzugten Berufen. Frauen als Ärztinnen spielen nur am Rande eine Rolle. Leitende Ärzte und Assistenzärzte sind ungefähr gleich häufig, niedergelassene Ärzte am häufigsten vertreten. Aufschlußreich ist auch die Attraktivität der Arztfiguren (die von fast allen bekannten Schauspielern des deutschen Films dargestellt werden), und das Gewicht, das die Arzt-Patientin-Konstellation und die am Ende meist zu einer Ehe führenden Liebesbeziehungen für den Handlungsverlauf erhalten. Neben diesen vorrangig im Privaten verankerten Beziehungsgeschichten findet im Filmgeschehen, das überwiegend in der Gegenwart der 50er Jahre angesiedelt ist, auch eine Auseinandersetzung mit Problemen und Wertvorstellungen statt. Ein in vielen Arztfilmen anzutreffendes Problem ist etwa die ungewollte Schwangerschaft und die damit im Zusammenhang stehende Frage der Abtreibung. Auch der soziale und materielle Aufstieg wird thematisiert. Das Happy end der Arztfilme jener Jahre (rund 70% enden glücklich) bezieht sich nicht nur auf die Liebesbeziehung, sondern auch auf den sozialen Aufstieg und die geglückte Integration in die Nachkriegsgesellschaft.

Neben dem Arztfilm für das Kino kommt dem Arztroman eine besondere Bedeutung für die genregeschichtliche Entwicklung der Arzt- und Krankenhausserien und der Herausbildung der Genrekonventionen zu. Ohnehin basierten nicht wenige Arztfilme der 50er Jahre auf Romanen, Novellen, Theaterstücken und sogar Hörspielen. Für das Genreverständnis der breiten Öffentlichkeit war allerdings in den 50er und 60er Jahren wohl eher der Typ des Arztromans ausschlaggebend, wie er in Fortsetzungen in den Illustrierten und vor allem in Form der sogenannten „Heftchenliteratur“ angeboten wurde. Die Kioske waren (und sind bis heute) die Verkaufsstellen für diese Art der populären, in Serien herausgebrachten Literatur, auf die sich nach der Währungsreform mehrere Verlage spezialisierten. Der Arztroman im Heftchenformat bildete eine „Untergruppe des auf Frauen berechneten Liebesromans“ (neben Schicksals-, Gesellschafts-, Ehe-, Heimat- und Adelsroman).¹⁰

„Die in ihm auftretenden Chefchirurgen oder Stationsärzte sind meist edle Einzelkämpfer, die geradezu Unvorstellbares leisten, indem sie selbst Unheilbaren wieder auf die Beine helfen. Doch diese Ärzte sind nicht nur menschlich edel, sondern auch übermenschlich attraktiv. Die meisten treten wie die weißen Götter

9 Hermand, 1989, S. 370. Bei der eher auf männliche Leser zugeschnittenen Gruppe des Abenteuerromans unterscheidet Hermand den Wildwest-, Kriminal-, Zukunfts-, Kriegs- und Landseroman.

auf, das heißt als große, schlanke, souveräne Schicksalslenker, denen von allen Seiten ein ehrfürchtiges Wohlwollen, ja eine geradezu religiöse Reverenz entgegengebracht wird. Daß sie zudem Unsummen verdienen, wird zwar nicht völlig verschwiegen, aber als gerechtfertigt hingestellt. Kein Wunder also, daß sich alle Krankenschwestern und Patientinnen in solche Übermenschen willenlos verknallen, sich ihnen demütig unterordnen oder gar wonnevoll hingeben möchten. Doch auch hier siegt natürlich stets die bergende Ehe über die frevlerische Leidenschaft.“¹¹

Hatte schon der Arztfilm die zeitgenössischen Kritiker zu vernichtenden Stellungnahmen und zugleich zur Herausbildung eines bestimmten Vokabulars bei der Formulierung ihrer Kritik veranlaßt, für die stellvertretend das Statement „deutsche Kittel- und Skalpellschnulze mit den landesüblichen Ingredienzen“¹² stehen kann, so mußte das Urteil, das über die Arztserien im Heftchenformat gefällt wurde, zwangsläufig noch negativer ausfallen. Die sentimentalischen Liebesgeschichten im ärztlichen Milieu, die immer auf ein glückliches Ende und die Bestätigung des Heile-Welt-Konstrukts hinausliefen, wurden bis Ende der 60er Jahre von der Literaturkritik weitgehend mit Nichtbeachtung gestraft.

Gleichwohl sind der Arztfilm und der Arztroman nicht nur zwei Vorläufer der Arzt- und Krankenhausserien im Fernsehen, sie waren und sind auch heute noch auf unterschiedliche Weise ‚Zulieferer‘. Abgesehen von direkten Anknüpfungen (bei den Themen, dem plot, der Figuren- und der Handlungsgestaltung und der Inszenierung des spezifischen Milieus der Arzt- und Krankenhausgeschichten), wirkten sie immer auch bei anspruchsvolleren ‚Machern‘ und Kritikern als Negativfolie für die anzustrebende Produkt-Qualität.

Einzug der (Serien-)Ärzte ins westdeutsche Fernsehen der 60er Jahre

Bevor das westdeutsche Fernsehen im Jahr 1962 mit Dr. Hofer (*Alle meine Tiere*) und Dr. Frank (*Unser Vater, der Tierarzt*) zwei Tierärzte als Serienhelden ins Programm einführte,¹³ hatte das amerikanische Fernsehen schon zwölf Arzt- und Krankenhausserien ausgestrahlt. Australien war 1959 mit *Der fliegende Doktor* hinzugekommen. Parallel zur quantitativen Ausweitung vollzog sich (im ausländischen Serienangebot) eine Ausdifferenzierung in partiell ‚neue‘ Genre-Varianten: Neben den Arztserien im engeren Sinn entstanden vor allem in den USA Serien, die das Milieu des Krankenhauses in den Vorder-

¹⁰ Hermand, S. 373f

¹¹ Patalas über den Film *Nachtschwester Ingeborg*. Zit. nach Reuter, S. 94

¹² *Unser Vater, der Tierarzt* wurde 1962 in sechs Folgen im Vorabendprogramm (NDR regional) gesendet.

grund rückten, außerdem wurden Kombinationen aus Arztserie und Westernserie oder Arzt- und Krimi-Serie realisiert. Das westdeutsche Fernsehpublikum konnte 1964 zum erstenmal die Bekanntschaft mit einer amerikanischen Arztserie machen, nachdem das ZDF fünf Folgen von *Assistenzarzt Dr. Kildare* angekauft hatte und sie im monatlichen Turnus vom 23.4. 1964 an ausstrahlte.



Sorge um das liebe Tier: *Alle meine Tiere*

Auf die Konzepte der in Deutschland hergestellten Arztserien der 60er Jahre blieben die amerikanischen Produktionen (im Unterschied zu den nachfolgenden Jahrzehnten) noch ohne Einfluß; vielmehr lassen sich Anknüpfungen an das Genre der deutschen Familienserie, aber auch an das Arztfilm-Genre der 50er Jahre und den Musikfilm ausmachen.

Als modifizierte Fortschreibung der altbekannten Familienserie kann die in der Gegenwart der 60er Jahre angesiedelte Serie *Alle meine Tiere*¹⁴ gelten. In neun Folgen wird darin die Familie eines Tierarztes als Lebens- und Arbeitsgemeinschaft gezeigt. Nicht nur der Tierarzt, der sich selbst mit einem kleinen Augenzwinkern als „einen guten Menschen mit sozialem Empfinden“ kennzeichnet, auch seine Frau und seine beiden Kinder im jugendlichen Alter betrachten die Tätigkeit in der Tierarzt-Praxis als Berufung und setzen sich dementsprechend aufopfernd und engagiert ein. Daß ideellen Werten wie der Tierliebe eindeutig der Vorrang vor den materiellen Werten gegeben wird, steht im Kontrast zu den dominanten Wertorientierungen der Zeit, in der die Wirtschaftswunder-Mentalität vorherrschte. Andererseits paßt das geradezu vorbildliche berufliche und private Miteinander der Familienmitglieder in ein traditionelles Familienbild, das ganz im Sinne der Aufbruchsideologie zum „Familienbetrieb“ stilisiert wird.

1967 trat in der Serie *Landarzt Dr. Brock* zum erstenmal ein Humanmediziner in einer für das westdeutsche Fernsehen produzierten Serie in Erscheinung.¹⁵ Die 26 Folgen wurden im Auftrag der Berliner Werbefunk GmbH (als 35 mm-Film in schwarz/weiß) gedreht und umfaßten entsprechend dem vorgesehenen Programmplatz jeweils ca. 25 Minuten. Daß Rudolf Prack die Titelfi-

13 *Alle meine Tiere* wurde in 9 Folgen vom Oktober 1962 bis Dezember 1963 gesendet. (Wh. 1964 und 1971). Autor: Heinz-Oskar Wuttig; Regie: Otto Meyer

14 *Landarzt Dr. Brock*; Buch: Rolf Schulz; Produktion: H.B. von Dincklage; Regie: Ralph Lother; Hersteller: Chamier-Film Berlin im Auftrag der Berliner Werbefunk GmbH



Praxis im Grünen: *Landarzt Dr. Brock*

enarztes (1959) bereits Erfahrungen mit der Darstellung einer Arztfigur gesammelt.

Die Landarztpraxis und das dörfliche Milieu bilden in der Serie den Rahmen für Geschichten, die nicht nur die ärztliche Profession betreffen, sondern ebenso im mitmenschlichen und gesellschaftlichen Bereich angesiedelt sind. Der Protagonist Dr. Brock tritt in diesem Kontext weder als ‚medizinische Größe‘ noch als ‚moralische Instanz‘ auf, sondern eher als der ‚gute und verständige Mensch‘, der sich in der etwas rückständigen dörflichen Umwelt sowohl bei der medizinischen Versorgung wie bei der Lösung anstehender sozialer oder praktischer Probleme als kompetent und unentbehrlich erweist und so Autorität erlangt. Unterstützt wird er dabei von seiner gleichermaßen patienten wie robusten Sprechstundenhilfe, die eine – auch genretypische – humoristische Note in das Seriengeschehen bringt. Daß darüber hinaus eine sich anbahnende Liebesbeziehung über die Folgen hinweg Erwartungen evoziert, dafür sorgt die im Dorf ansässige Apothekerin. Angesichts der zahlreichen nachfolgenden im Ländlichen angesiedelten bzw. mit dem Heimat-Motiv operierenden Arztserien (z.B. *Der Landarzt* oder *Der Bergdoktor*) erweist sich *Landarzt Dr. Brock* gewissermaßen als Prototyp dieser Variante der deutschen Arztserie.¹⁶

Das Werberahmenprogramm der 60er Jahre wartete nicht nur mit dieser ersten Landarzt-Serie auf, sondern auch mit einer ersten Krankenhaus-Serie. Unter dem Titel *Hafenkrankenhaus* wurden 13 Folgen für die Norddeutsche Werbefernsehgesellschaft GmbH produziert¹⁷ und vom Februar 1968 bis September 1969 in den Regionalprogrammen ausgestrahlt. (SFB, SDR/SWF, NDR/RB, HR, BR). Der Hamburger Hafen, der immer wieder in langen Einstellungen

¹⁵ Das ZDF strahlte 1967 als Serienimport *Landärztin in den Pyrenäen* aus.

¹⁶ *Hafenkrankenhaus*; Regie: Erich Neureuther; Herstellung: Studio Hamburg; Atelierbetriebsgesellschaft; Gesamtleitung: Gyula Trebitsch.

gur spielte, ist ebenso symptomatisch für den Rückgriff auf den Arzt-Film der 50er Jahre wie die Wahl des dörflichen Milieus. Filmtitel wie *Der Bauern doktor von Bayrischzell* (1957) oder *Die Landärztin* (1958) geben zu erkennen, daß diese Genre-Variante schon entdeckt war und ‚nur noch‘ ins Serienformat transformiert werden mußte. Rudolf Prack hatte in dem Film *Aus dem Tagebuch eines Frauen-*

gezeigt wird, und die Großstadt liefern den Rahmen für kleine Geschichten, die meist einen relativ unspektakulären Unglücks- oder Konfliktfall als Ausgangspunkt haben, der einer guten Lösung zugeführt wird. Deshalb ist die freundliche Atmosphäre am Ende jeder Folge bereits vorprogrammiert. Es wird zwar versucht, das besondere Milieu eines Hafenkrankehauses ins Bild zu setzen und



Das sprechende Detail im Vorspann

den Eindruck von Realitätsnähe durch Vorkommnisse zu erzeugen, die für eine Hafenstadt charakteristisch sind. Die Außenaufnahmen vermitteln aber eher so etwas wie Lokalkolorit; die Akteure spielen ihre Rollen als eingelieferte Patienten mit einer volksstückähnlichen Treuherzigkeit, wozu der Dialekt wesentlich beiträgt, und die Arzt-Patient- und vor allem die Schwester-Patient-Konstellation wird in einer Weise gezeigt, die mitunter ans Idyllisch-Pittoreske grenzt. Trotz dieser Heile-Welt-Tendenz, die durch die Produktion der Serie für das Werberahmenprogramm mitbedingt ist, muß die Entdeckung des Handlungsortes „Hafenkrankenhaus“ als eine wichtige Station innerhalb der Gestaltungspraxis von Arzt- und Krankenhausserien gewürdigt werden.

Bei den skizzierten Serien zeichnete sich zumindest partiell das Anliegen ab, Realitätsbezüge herzustellen und alltagsweltliches Milieu zu zeigen. In der Serie *Unser Doktor ist der beste* aus dem Jahr 1969 kam dann eine gegenläufige Tendenz zum Tragen. *Unser Doktor ist der beste* erweist sich als eine Mischung aus Musikfilm, Liebesromanze und Arztserie (die aber als Genre-Kombination wenig Bedeutung hatte), innerhalb derer das Milieu einer Privatklinik mehr oder weniger im Sinne einer zusätzlichen Attraktion fungiert. Weitere publikumsattraktive Elemente sind ständig zu Streichen aufgelegte kindliche Akteure und komödiantisch angelegte Nebenrollen. Genau genommen gibt die Klinik, die mit adrett gekleideten Schwestern und blank geputzten Fluren (die vom Klappern der hohen Absätze widerhallen) ins Bild gesetzt wird, nur die Staffage für einige musikalische Auftritte ab. Abgesehen von dem Lied eines Kinderstars sind hier die Gesangseinlagen des Protagonisten Dr. Sommer zu nennen, bei dem es sich um den Schlagerstar Roy Black handelt.

Neue Akzente im Arzt- und Krankenhaus-Genre in den 70er Jahren

Während sich das Arzt- und Krankenhausgenre in den USA bereits in den 50er und 60er Jahren in eine Vielzahl von Varianten ausdifferenziert hatte, kam es im westdeutschen Fernsehen erst in den 70er Jahren allmählich zu einer ähnlichen Entwicklung. 1971 wurden nach einer literarischen Vorlage von Jürgen Thorwald 19 Folgen für die Reihe *Das Jahrhundert der Chirurgen* produziert und 1972 in jeweils 60-minütigen Folgen im Vorabendprogramm ausgestrahlt. Jede Folge vermittelt ein in sich abgeschlossenes Porträt von Medizinern, die sich im 19. Jahrhundert durch die Einführung neuer Erkenntnisse oder Operations-Methoden hervorgetan haben. Diese Rückschau auf Höhepunkte der Medizingeschichte beschränkte sich nicht auf eine dokumentarische Rekonstruktion, sondern präsentierte die Pioniere in fiktionalisierter Form. Die Entdeckung von Lachgas und Äther als Narkosemittel, die Entwicklung von Spezialhandschuhen für Operationen, der erste Kaiserschnitt, die erste Hornhautübertragung, die Anfänge der Gesichtschirurgie und vieles andere mehr sind die Themen, die im Rahmen von nacherlebbar, spannungsvollen und gleichzeitig informativen Geschichten den Zuschauern vermittelt werden.¹⁸

Die ebenfalls 1972 gesendete 5teilige Reihe *Ein Chirurg erinnert sich*, bei der Claus Biederstaedt die Hauptrolle spielte, bewegt sich, trotz des Anspruchs auf Authentizität und historische Treue, eher in traditionellen Bahnen, wie der Titel der Vorlage bereits andeutet: „Hinter uns steht nur der Herrgott“.

Vor allem die historische Ärzte-Reihe läßt sich als Symptom für einen Trendwechsel in der Gestaltungspraxis von Arzt- und Krankenhausgeschichten im Fernsehen interpretieren. Sie entsprach bereits einer in den 70er Jahren immer wieder formulierten Forderung nach mehr Realitätsnähe und Problembezogenheit. Diese Forderung bezog sich zunächst auf das Serienangebot im Hauptprogramm, avancierte dann aber auch zu einem Qualitätskriterium für das gesamte Serienspektrum. Realitäts- und Alltagsnähe als Anspruch der Serienproduktion, im besten Fall mit sozialkritischer Tendenz, sollte die Gewähr dafür bieten, daß die Unterhaltungsserien nicht in der Heile-Welt-Ideologie verharren, sondern auch Anstöße zur Reflexion sozialer Realität gaben.¹⁹

Daß dieser Anspruch im Bereich der Arzt- und Krankenhausserien auch zu ‚plattem‘ Pädagogismus führen kann, belegt eine Produktion, die 1971 unter dem Titel *Mein Bruder, der Herr Doktor* für das Vorabendprogramm hergestellt wurde. Die 13 Folgen schildern Erlebnisse von zwei in einer Kleinstadt

17 Die Drehbücher verfaßten Werner Schneyder, Helmut Dietl und das Autorenduo Erika Molny und Thomas Pluch.

18 Vgl. Giesenfeld / Prugger, S. 378

lebenden Brüdern, von denen der eine Arzt und der andere Rechtsanwalt ist. Beide sind durch ihre Berufe prädestiniert, im sozialen Umfeld aktiv zu werden, im weitesten Sinn als Helfer in Erscheinung zu treten. Die Serie wurde unter Kostenbeteiligung der Bundesanstalt für Arbeit vom ZDF produziert und versprach unter diesem Blickwinkel ein besonderes Qualitätsniveau. Die zeitgenössischen Kritiker sahen das jedoch ganz anders:

„Um diese beiden Dr. Berger, Arzt und Rechtsanwalt, wird, wie um einen roten Faden sich rankend, Alltagsfernsehserienleben in wöchentlichen, episodischen Dosen abgewickelt und zur Abendfernsehserienproblembewältigung beigetragen. Überall ‚menschelt‘ es, allzeit moralisiert es, doch das Ganze scheint zu rechtgerückt mit Hilfe von Verschen wie ‚Heile, heile Segen ...‘, mit denen man bekanntlich Kindern schmerzliche Erfahrungen lindern hilft.“²⁰

Dem neuen, in den 70er Jahren geforderten Serientypus entsprach da viel eher die 1973 im Vorabendprogramm des ZDF ausgestrahlte siebenteilige Serie *Der schwarze Doktor*, die Erlebnisse, Probleme, Erfahrungen eines farbigen Medizinstudenten und späteren Arztes und einer koreanischen Krankenschwester in Deutschland schildert. Die Herstellung der Serie erfolgte im Auftrag des ZDF durch die von der Evangelischen Kirche mitgetragene Firma Eikon, zu deren herausragenden Serienproduktionen u.a. *Alles Gute*, *Köhler* und *Unser Walter* gehören. Mit ihnen wurde der Versuch unternommen, den scheinbar unvermeidlichen Widerspruch zwischen gemütvoller Unterhaltung und kritischer Aufklärung aufzuheben.

Auch im Kontext der katholischen Sendungen des ZDF entstand eine das sozialrelevante Potential des Arztgenres nutzende Produktion. *Patienten*, eine Fernsehserie in fünf Teilen von Karl Wittlinger, wurde 1972/73 in der Rubrik Katholische Sendungen am Sonntagvorabend präsentiert. Die Redaktion behandelte darin Entscheidungen im Grenzbereich von Medizin und Moral in Form von kleinen Fernsehspielen.

Die Mehrzahl der Arztserien, die in den 70er Jahren in Deutschland produziert wurden, sind nicht mehr in dem Maße mit der idyllisierenden Tendenz behaftet, wie sie in den 60er Jahren noch üblich war, ja sie werden unter der expliziten Prämisse ins Programm eingespeist, „mit den verlogenen Arztfilmen Schluß zu machen“.²¹ 1973 entstand *Der kleine Doktor* (nach Erzählungen von Georges Simenon), 1975 folgte *Der Notarztwagen*; als französisch-deutsche Koproduktion wurden ab 1979 26 Folgen der Serie *Nachtärzte* gedreht, 1981 entstand als deutsche Produktion die 13teilige Arztserie *Einfach Lamprecht*. Die Vorabendserie *Schicht in Weiß* (1980-82), bei der es sich um eine Kran-

19 Thieringer, 1971, S. 4.

20 Vgl. Erläuterungen zum Programminweis in: *Hörzu*, Nr. 6, 1972, S. 68

kenhausserie handelt, kann schließlich als eine Produktion genannt werden, die die Patientengeschichten u.a. auch mit sozial bedeutsamen Themenstellungen zu verknüpfen verstand.

Von den importierten Serienproduktionen muß unter dem Gesichtspunkt der realitätsnahen Gestaltungsprämisse, die die Seriendebatte der 70er Jahre dominiert, *Das Krankenhaus am Rande der Stadt* hervorgehoben werden.²² Diese Serie entstand 1978-80 in der Tschechoslowakei;²³ sie wurde 1979 in der DDR mit großem Erfolg ausgestrahlt und gelangte im April 1980 in der vom DDR-Fernsehen synchronisierten Fassung in das westdeutsche Fernsehen. „*Das Krankenhaus am Rande der Stadt* setzt sich mit menschlichen Problemen in einem Krankenhaus auseinander“ – so lautete der Programmhinweis der *HÖRZU* auf die erste Folge der 9teiligen Serie, die einen ausgezeichneten Platz im Abendprogramm der ARD jeweils in der Zeit zwischen 20.15 und 21.15 Uhr erhielt. Nachdem am 16.6.1980 die letzte Folge der Serie, deren Einschaltquoten-Durchschnitt bei 44 Prozent lag, zu sehen war, sprachen sich zahlreiche Zuschauer brieflich und telefonisch für eine Fortführung der Serie aus. Tatsächlich wurden sieben weitere Folgen unter Kostenbeteiligung des NDR Hamburg in Prag produziert,²⁴ vom DEFA-Studio für Synchronisation bearbeitet und vom 28.12.1981 an wiederum im abendlichen Hauptprogramm des westdeutschen Fernsehens und später auch im ostdeutschen Fernsehen gesendet.

Wenn es aus westdeutscher Sicht hieß, daß *Das Krankenhaus am Rande der Stadt* bei den Zuschauern auch deshalb soviel Resonanz fand, weil „die Episoden nachvollziehbar und die Charaktere so menschlich waren“,²⁵ so korrespondierte diese Einschätzung uneingeschränkt auch mit Stellungnahmen aus ostdeutscher Sicht. Der Fernsehkritiker Hans-Dieter Tok begründete sein in der *Leipziger Volkszeitung* abgedrucktes „Dankeschön für 13 Bildschirmabende“ beispielsweise folgendermaßen: „Dietl versteht es, den Alltag seiner Helden als kunstwürdig zu entdecken, mit Herzenswärme in ihr Leben zu schauen und bei aller Spezifik sozialer Begebenheiten und beruflichen Wirkens jene menschlichen Züge und verallgemeinerungswürdigen Besonderheiten bloßzulegen, die des Zuschauers Interesse finden (...).“²⁶ Bei der Gestaltung der

21 Aus England wurde die Tierarzt-Serie *Der Doktor und das liebe Vieh* übernommen; ebenfalls ein Qualitätsprodukt, das dem Anspruch auf Realitätsnähe – hier jedoch im historischen Kontext – entsprach.

22 Drehbuch: Jaroslav Dietl; Regie: Jaroslav Dudek

23 Die Kosten von rund 4 Millionen DM wurden geteilt.

24 Walter, 1981, S. 20

25 Tok, 1979

Krankenhausserie hatte man zwar auch Wert auf fachliche Stimmigkeit gelegt, für die Wirkung beim Publikum scheint aber die Stimmigkeit der Figuren ausschlaggebend gewesen zu sein. Zu diesem Eindruck trug nicht nur die Anlage der Figuren als ‚gemischte‘ Charaktere bei, sondern auch die Besetzung der Rollen mit ausgezeichneten Schauspielern. Daß die Thematisierung von Problemen im Berufsleben und im Gesundheitssystem dem Rezeptions-Interesse und -Vergnügen keineswegs hinderlich war, kann als ein weiterer Beleg für die Qualität dieser Serienproduktion gelten.



‚Gemischte‘ Charaktere: *Das Krankenhaus am Rande der Stadt*

Daß auch im Rahmen der wissenschaftlichen Forschung dem Anspruch auf Realitätsnähe und Problembezogenheit des Arztgenres nachgegangen wurde, belegt die von Maria Kurzeja 1976 durchgeführte inhaltsanalytische Untersuchung der amerikanischen Arztserie *Dr. med. Marcus Welby*, die das westdeutsche Fernsehen 1972/73 in 52 (von insgesamt 172) Folgen sendete. Die Ergebnisse dieser Untersuchung, die den medizinisch-informativen Gehalt der Serie durchaus ernst nahm, zeigten eine eher unerwartete, aber verallgemeinerbare Tendenz auf: Ein außerordentlich großes Gewicht erhielten im Kontext des Seriengeschehen nicht die medizinischen, sondern die psychologisch akzentuierten Problemlösungen, die der Seriendramaturgie geschuldet sind.

Bei den in den 70er Jahren ausgestrahlten Serien greift zumindest partiell das Motto „so viel Wirklichkeit wie möglich“, das seit der „Serienwerkstatt“²⁷ im Jahr 1973 immer wieder als Richtwert für die Serien-Produktion herausgestellt wurde. Im nachfolgenden Jahrzehnt setzte sich in diesem Bereich eine neue Tendenz durch, die dazu führte, daß dieses Motto abgewandelt werden mußte: „so viel Wirklichkeit wie nötig, soviel Traumwelt wie möglich“.²⁸

„Bunt und trivial“. „Die Schwarzwaldklinik“ und die Folgen

Eine markante Zäsur in der Geschichte der Arzt- und Krankenhausserie im westdeutschen Fernsehen setzte die ZDF-Produktion der *Schwarzwaldklinik* im

26 Vgl. Netenjakob, 1976

27 Fuchs, 1995, S. 354



Idyllisch im Tal: Die Schwarzwaldklinik

Jahr 1985. Daß die *Schwarzwaldklinik* für das Fernsehen gedreht wurde, hing nicht zuletzt mit der bevorstehenden Einführung des dualen Systems zusammen. Angesichts der sich anbahnenden grundlegenden Veränderung des Mediensystems und der Ergebnisse der Kabelpilotprojekte, die die Unterhaltungspräferenzen des Publikums offengelegt hatten, verfolgte das ZDF die Strategie, im Vorfeld durch

massenattraktive populäre Angebote die Zuschauer an das eigene Programm zu binden; eine Strategie, die eine Abkehr von den zuvor immer so nachdrücklich vertretenen bildungsbetonten Ausrichtung einschloß. Die vom 22.10.1985 bis 1989 in einem Pilotfilm und 70 Folgen ausgestrahlte Serie *Die Schwarzwaldklinik*, eine Kombination aus Arzt-, Krankenhaus-, Familien- und Heimatserien-Elementen, wurde mit einer durchschnittlichen Einschaltquote von 60% (ca. 25 Millionen Zuschauer) zum Quotenhit.²⁹ Sie ist nicht nur bis heute die erfolgreichste deutsche Krankenhausserie, sondern avancierte darüber hinaus im öffentlichen Wahrnehmungshorizont zum Inbegriff des Genres.

Ihr Erzähl- und Gestaltungskonzept wurzelt im „deutschen Heimat- und Arztroman“, zugleich setzt es durch die „Rückbezüge auf das Familien- und Betriebssoziotop“ und den Topos der „idyllischen Arbeitsalltagsharmonie“ Traditionslinien seriellen Erzählens fort, die in der „klassischen deutschen Familienserie“ ihren Ursprung haben.³⁰ Mit der „erhöhten Mittelpunktsgestalt“ Professor Brinkmann partizipiert die Serie zudem tendenziell an einer Figurenkonzeption, wie sie im Arztfilm der 50er Jahre anzutreffen war. Andererseits halten mit dem Emanzipationsanspruch der weiblichen Protagonistin, aber auch durch die im Rahmen der Patientengeschichten behandelten Themen aktuelle Problemaspekte Einzug in das Seriengeschehen.

Die Ausstrahlung der *Schwarzwaldklinik* setzte eine intensive Diskussion in Gang, die um so heftiger geführt wurde, als die Produktion dieser Serie einen Wendepunkt in der Programmpolitik des ZDF markierte. Kritiker sahen den öffentlich-rechtlicher Kulturauftrag in Frage gestellt und die Programmqualität bewußt aufs Spiel gesetzt. *Der Spiegel* attackierte in seinem Artikel vom 28.10.1985 den „hemmungslosen Kitsch“ der Serie und wies mit Besorgnis auf

28 Giesenfeld / Prugger, S. 378

29 Ebda.

die zunehmende Verdrängung von Terminen für anspruchsvolle Fernsehangebote hin.³¹ Statt auf Qualität setze das öffentlich-rechtliche Fernsehen zunehmend auf die Einschaltquoten.³² Ein geradezu vernichtendes Urteil fällt der Fernsehkritiker Dietrich Leder:

„Dumme Dialoge, plumpe Lebensweisheiten, bis hin zum Klischee typisierte Personen, simple Handlungsstränge, eine Friede-Freude-unser-Doktor-wirdschon-richten-Ideologie. Hinzu kommen die Bilderidyllen aus dem Schwarzwald, die eindeutig alles noch einmal verklärende Musik, das Schauspielereensemble, in dem jeder das spielt, was er schon immer spielt.“³³

Die Programmverantwortlichen nutzten alle publizistischen Möglichkeiten, um ihr Serienprodukt zu verteidigen. So befaßte sich u.a. das ZDF-Jahrbuch des Jahres 1985 ausführlich mit den Vorwürfen und führte Argumente in die Debatte ein, die von „Lebenshilfe“ bis hin zur „Vermittlung positiver Daseinsmuster“ reichen und zugleich eine erstaunlich offene Absage an die Qualitätsvorstellungen der 70er Jahre einschließen.

„In diesen Serien wurde der Tatsache Rechnung getragen, daß die lange Zeit übliche realistische Schilderung konkreter Lebensumstände vornehmlich negativer Prägung im Fernsehen zunehmend mit Recht auf Ablehnung stieß. Im Gegensatz dazu spielen die Serien der Unterhaltung zwar in einem begreifbaren heutigen Lebensraum, das heißt in einem realistischen Umfeld, sind aber von komödiantischer Überhöhung geprägt. Herz, Gefühl und Humor sind die wesentlichen Komponenten.“³⁴

Der Programmdirektor Alois Schardt bezeichnete die *Schwarzwaldklinik* als „ein fiktionales Jetztzeitmärchen, das die Realität nicht fotografisch darstellt, nicht pervertiert, sondern sie romantisch verfremdet, sie gefühlvoll abbildet und dem Medium entsprechend in Serienform anbietet.“³⁵ Und immer wieder wurde die These wiederholt, daß man „auch auf triviale Weise wesentlich sein“, „Ideen, Werte, Konzepte vermitteln“ könne und somit ein Publikum erreiche, das sich Serien mit einem dezidiert sozialkritischen Anspruch nicht anschau.

Der Kritiker Johannes Schrudi konzidiert den Machern der *Schwarzwaldklinik* (aus seiner Sicht „halb Weißkittel-Epos, halb Heimatschnulze“) einen „durch nichts verstellten Blick dafür, daß der Zuschauer eines unter keinen Umständen mag, wenn ihm nach Unterhaltung ist: einen sozialkritischen Grau-

30 Fernsehen: Der Schwarzwälder Schinken, 1985, S. 290

31 Ebda., S. 291f

32 Leder, 1985, S. P6

33 Bauer, 1986, S. 62

34 Schardt, 1986, S. 52.

schleier, wie er bei den Öffentlich-Rechtlichen immer wieder die Mattscheibe trübe. Bunt muß Fernsehen sein, bunt und trivial“.³⁶ In einer leicht ironischen Brechung greift er die Äußerung des Autors Rademann auf, daß es sich bei der Schwarzwaldklinik um „einen prima Umschlagplatz für Schicksale“ handele, die so reduziert aufbereitet werden, daß sie sich in die „allgemeine Verständnis- und (Nach-) Empfindungsebene“ ohne Probleme einfügen.

Unter der bereits oben erwähnten Prämisse „soviel Wirklichkeit wie nötig, soviel Traumwelt wie möglich“ wurde die Serie sogar zu einem erfolgreichen Serien-Export ins Ausland. Der Rezeption im Ausland ist es zu danken, daß wissenschaftliche Untersuchungen, wie die von Frey-Vor aus dem Jahr 1988/1990,³⁷ die die *Schwarzwaldklinik* mit englischen und amerikanischen Arzt- und Krankenhaus-Serien vergleichen, den Beweis erbrachten, daß Serien dieses Genres durchaus auch aufklärerisch-informative Funktionen erfüllen können. Allerdings wurde gerade das der *Schwarzwaldklinik* weitgehend abgesprochen. Amerikanische Arztserien seien demgegenüber in der Lage, „selbst komplizierte Krankheitsbilder dem Publikum nahezubringen“. Sie informierten bereits über „Alzheimer“ oder „Sichelzellenanämie“, wie der Fernsehkritiker Fuchs schreibt, als die deutschen Arztserien noch „melodramatisch durch die 80er Jahre dokterten“.³⁸

Die Einführung des dualen Systems hatte auf längere Sicht eine deutliche Expansion des Angebots an Arzt- und Krankenhausserien zur Folge. Zunächst zeigte sich das in erster Linie bei ARD und ZDF, die u.a. mit Eigenproduktionen wie *Der Landarzt* (ZDF 1986), *Praxis Bülowbogen* (ARD 1987), *Freunde fürs Leben* (ZDF 1992), *Ärzte* (ARD 1993 ff), *Drei Mann im Bett* (ARD 1994) ihre Genre-Palette erweiterten und durch den Ankauf von ausländischen Serien wie *Das Buschkrankenhaus* (Australien 1980) und *Texasklinik* (USA 1986/87) ergänzten. Mit *Drei Mann im Bett* (ARD 1994/95) wurde der Versuch unternommen, das Krankenhaus-Thema in Form einer deutschen Comedy zu gestalten – mit wenig Erfolg.

Die kommerziellen Anbieter begnügten sich bis Anfang der 90er Jahre mit der Ausstrahlung von importierten Arzt- und Krankenhausserien: *Doctor's Hospital* (SAT.1 1988), *General Hospital* (SAT.1 1988), *Chefarzt Dr. Westphall* (RTLplus 1991), *Dr. Kulani - Arzt auf Hawaii* (SAT.1 ab 1991). Viele dieser Serien wie z.B. *General Hospital*, die in den USA bereits seit 1963 lief, hatten sich bereits in ihren Herkunftsländern erfolgreich bewährt.

35 Schradi, 1986, S. 54

36 Frey-Vor / Svennevig, S. 566

37 Fuchs, 1995, S. 354

Die Einführung des dualen Systems wirkte sich indirekt auch auf die Serienproduktion des Fernsehens in der DDR aus. Im Unterschied zu den Jahrzehnten zuvor, in denen das Thema „Ärzte“ bzw. „Krankenhaus“ bei Eigenproduktionen auf Fernsehspiele und Theaterstücke beschränkt blieb und nur durch den Import der Serie *Das Krankenhaus am Rande der Stadt* Einzug ins Serienangebot fand, meldete sich das Fernsehen der DDR ab Mitte der 80er Jahre gleich mit mehreren „Arzt“-Serien zu Wort. Den Anfang machte am 17.5.1985 die zunächst auf 7 Folgen angelegte Serie *Zahn um Zahn*, die schließlich bis 1988 in 21 Folgen produziert wurde. Im Zentrum der Geschichten aus einer staatlichen Zahnarztpraxis stehen der unkonventionelle Zahnarzt Dr. Wittkogel und die Zahnarthelferin „Häppchen“. Wie der Titel *Zahn um Zahn* und der Untertitel „Die Praktiken des Dr. Wittkogel“ bereits signalisieren, ist das Gestaltungskonzept der Serie gleichermaßen durch Realitätsnähe wie durch komödienartige Akzente gekennzeichnet. Die Serie fand in der DDR sowohl bei den Zuschauern wie bei der Fernsehkritik viel Anklang:

„Abgesehen davon, daß sie manchen Zuschauers Schmunzelgeschmack traf, konterte sie auch den Hang unserer Bildschirmproduktion zu bläßlich-durchschnittlichen, desinfiziert wirkenden Standardtypen. Gerade in der klinischen Atmosphäre gediehen vielmehr zwei recht eigenwillige Hauptfiguren.“³⁹

Der vorwiegend heiteren Zahnarzt-Serie gesellte sich 1988 mit *Bereitschaft Dr. Federau* eine stärker problemorientierte Genre-Variante hinzu, die die Notfall-Thematik mit Geschichten aus dem Berufs- und Privatleben der Mitarbeiter des Kollektivs der „Schnellen Medizinischen Hilfe“ verknüpft. Ebenfalls 1988 entstanden die 9teilige Tierarztserie *Tiere machen Leute* und die im Ärztemilieu angesiedelte Familienserie *Barfuß ins Bett*. Für die vier genannten DDR-Produktionen gilt, daß sie zwar am internationalen Trend partizipierten, aber doch auf unterschiedliche Weise ein „eigenes Gesicht“ zu zeigen versuchten.

Im Hinblick auf den stetigen Zuwachs an Arzt- und Krankenhausserien im westdeutschen Fernsehen zeichnete sich für den Fernsehkritiker Karl-Otto Saur demgegenüber schon 1987 die Tendenz ab, „Unterhaltung (nur noch) als Fabrikware“ zu behandeln: „Es gibt im Grunde genommen immer wieder die gleichen Rezepte. Der Arztberuf ist jetzt entdeckt - und es wird nicht locker gelassen. Es muß operiert werden auf Teufel-komm-raus auf dem Bildschirm.“⁴⁰ Die Angst vor Experimenten, die sich in einer solchen Angebotsstrategie manifestiert, wird nicht nur von ihm vor allem den öffentlich-rechtlichen Anbietern zugeschrieben. Zunehmend geraten jedoch Ende der

38 Zimm, 1986.

39 Saur, 1987, S. 24

80er Jahre auch die kommerziellen Anbieter in das Blickfeld der Kritik, da der Zeitpunkt, sich mit Eigenproduktionen vom Image bloßer Wiederverwertungsanstalten zu lösen, als überfällig betrachtet wird.

„Leben am Rande der Katastrophe“ – Das Angebot der 90er Jahre

Von 1992 an begannen die kommerziellen Anbieter SAT.1, RTLplus und Pro7 in ihrem Auftrag hergestellte deutsche Arzt- und Krankenhausserien in ihr Programmangebot aufzunehmen. Den Anfang machte 1992 die Serie *Der Bergdoktor* (SAT.1), die sich bald zum Quotenbringer profilierte. PRO 7 rückte 1993 mit der Serie *Dr. Christiane B - Notärztin im Einsatz* nach, ebenfalls 1993 startete bei RTLplus die *Stadtklinik*. Am Beispiel des *Bergdoktors*, der nach Motiven der gleichnamigen Romanserie des Bastei-Verlages gedreht wurde und Elemente von Heimatfilmen, Familien- und Abenteuer-serien miteinander verknüpft, wird das Fortschreiben altbekannter Rezepturen deutlich.



Altbekannte Rezepte: *Der Bergdoktor*

Auf die Zunahme an Eigenproduktionen des Genres und an zusätzlichen Einkäufen reagierten die Fernsehkritiker mit zunehmendem Unbehagen. Den Import einer Kinderklinik-Serie aus den Niederlanden nimmt Walter Kurath zum Anlaß, die Beschaffenheit dieser jüngsten Seriengeneration kritisch zu beleuchten:

„Solche Geschichten wollen kaum über das Milieu und den Berufsstand informieren, sondern sie benutzen sie, um den Konsumenten in Rührung zu versetzen. Kurz: Arzt- und Krankenhaus in Serie im Fernsehen sind Rührgeschichten! Und davon wimmelt es in der Sparte Spiel-Familien und Unterhaltungs-serien. Das Ganze ist im übertragenen Sinne eine Verarztung des Herzens.“⁴¹

Nicht weniger symptomatisch ist die Forderung Walter Gauer's (1993), „frischen Wind in die OP-Säle des Fernsehens“ zu bringen, statt heiler Krankenhaus-Idylle „die Realität des Alltags.“⁴² „Eine Epidemie geht um im Fernsehen“ – so kommentiert die Programmzeitschrift *Prisma* (Nr. 24, 1995) den un-

40 Kurath, 1993, S. 5

41 Gauer, 1993, S. 15

übersehbaren Zuwachs an „weißgekleideten Serienhelden“, die inzwischen in zwölf deutschen Produktionen agierten. Ebenfalls 1995 rätselte der Verfasser eines Artikels in *TV-Spielfilm* über den Erfolg des Genres:

„Warum sich die immergleichen Allerwelts-Geschichten aus dem Privatleben der Kleinfamilie derzeit verschärft um Ärzte ranken, niemand weiß es. Vielleicht liegt es daran, daß andere angesehene Berufe abgewirtschaftet haben. Lehrer werden eher bemitleidet, Anwälte zunehmend beargwöhnt, Professoren des Schwätzerturns verdächtigt. Bleibt als letzter Akademiker, der das alte deutsche Bedürfnis nach Obrigkeiten, Autoritäten und all denen, die was Besseres sind, befriedigt: der Arzt. Nicht zu vergessen: der Mitleidsfaktor Patient. Allerdings nur beschränkt.“⁴³

Entgegen seiner weiteren Mutmaßung, daß das Überangebot schließlich Überdruß hervorrufen werde und die „Invasion der Serien-Ärzte“ damit beendet wäre, expandierte das Genre in der Folgezeit gewissermaßen unaufhaltsam weiter, wie die eingangs erläuterte Übersicht über eine Programmwoche ja nachdrücklich belegt. Am Ende der 90er Jahre erfreut sich das Genre weiterhin der Publikumsgunst. Die Fernsehkritiker haben sich inzwischen in besonderer Weise auf die deutschen Arzt- und Krankenhausserien ‚eingeschossen‘, während Serien amerikanischer Herkunft wie *Emergency Room* mit Qualitätsattributen wie „cool“, „dynamisch“ oder gar „modern“ bedacht werden. Wie sich in diesen Attributen bereits andeutet, wird der Gestaltungsdimension in zunehmendem Maße Gewicht beigemessen:

„ER. (*Emergency Room*, D.R.), die hektische Notaufnahme-Station aus Chicago, kann als Revolution der Fernsehtechnik gelten, weil sie von den Zuschauern neue Sehweisen verlangt. Die Attraktion der Bilder entstehen durch eine doppelte Verdichtung. Einmal einer räumlichen, weil alle Akteure, Ärzte, Patienten, Schwestern und Besucher, optisch in den Vordergrund geholt werden, und zum anderen durch eine zeitliche Raffung: Dramatische Ereignisse aus 24 Stunden werden zu einer einzigen Folge der Serie komprimiert. Extrem kurze Schnitte und viele Personen, die gleichzeitig durch das Bild hasten, verstärken den Eindruck vom Leben am Rande der Katastrophe.“⁴⁴

Ein solches Statement offenbart, daß die Krankenhaus-Serie (vor allem in ihrer Zuspitzung auf das Notaufnahme-Thema) im Gesamtzusammenhang einer Tendenz zur Videoclip-Ästhetik gesehen werden kann. Nachdem in den 70er Jahren apodiktisch die Forderung nach mehr Realitätsnähe gestellt und in zahlreichen Sendungskritiken bis in die 90er Jahre hinein fortgeschrieben wurde, scheint demgegenüber die inhaltliche Seite inzwischen eine zunehmend geringere Rolle zu spielen. Mitunter scheint es schon zu genügen, wenn sich das je-

42 Rolf, 1995, S. 10

43 Göbel, 1995, S. 15

weilige Serienprodukt durch eine bestimmte Nuance von den anderen Arzt- und Krankenhausserien unterscheidet. Anlässlich eines Serienimports aus den Niederlanden im Jahr 1993 wird beispielsweise konstatiert: „Endlich wird mal ein Krankenhaus gezeigt, in dem nicht nur Happy-Ends produziert werden“. Ein anderes symptomatisches Statement lautet: „Die Serie hob sich wohltuend von den üblichen Arzt- und Krankenhausserien ab.“⁴⁵

Arzt- und Krankenhausserien - eine unendliche Wiederholung?

Die Programmanbieter und die Produzenten werden in den 90er Jahren nicht müde, ihre jeweils aktuellen Serienprodukte mit Attributen zu offerieren, die von „neu“ bis hin zu „noch nie da gewesen“ reichen, und bringen Qualitätskomponenten ins Spiel, bei denen immer wieder die Stichworte „Authentizität“, „Wirklichkeitsnähe“, „intelligente Unterhaltung“ fallen. Demgegenüber gehört es schon zur Standard-Einschätzung der Fernsehpublizisten, daß dem Genre Arzt- und Krankenhausserie deutscher Herkunft jegliche Innovationsfähigkeit abzusprechen ist.

Sind es aber tatsächlich immer nur die gleichen Muster, die bei den Arzt- und Krankenhausserien zum Tragen kommen? Nimmt man die Definitionen zum Ausgangspunkt, die Uwe Boll für das Arzt- und Krankenhausgenre formuliert hat, scheint sich die Annahme zu bestätigen.

„In Arztserien ist der bürgerliche Mediziner Identifikationsfigur, der seine Fachkenntnisse und seine Lebenserfahrung gezielt einsetzt. Der Arzt hat oft einen jungen Gehilfen, der ihm nicht nur bei seiner Arbeit hilft, sondern auch Gesprächspartner und aufmerksamer Schüler ist. Obwohl der Arzt viele Menschen heilt (...), kann er doch auch manchmal nicht mehr helfen und muß in diesen Fällen dem hoffnungslos Erkrankten (und seinem verzweifelten Gehilfen) die Macht des Schicksals erklären und in weisen Worten für die Akzeptierung des unausweichlichen Todes eintreten.“⁴⁶

Auf einen ähnlich knappen Nenner bringt Boll das Spektrum der Krankenhausserien:

„In Krankenhausserien werden weniger Krankengeschichten aneinandergereiht, als die Beziehungen zwischen dem Personal dargestellt. Auch wenn in jeder Folge Verletzte und Kranke operiert und versorgt werden, geht es meist um folgende Handlungsschwerpunkte: Arzt und Schwester haben Verhältnis; Arzt oder Schwester hat Probleme in der Ehe; Bekannter des Arztes oder der Schwester ist

44 Kurath, 1993, S. 6

45 Boll, 1994, S. 86

krank oder verunglückt, manchmal mit Todesfolge; Arzt muß eine schwierige Operation machen, hat aber private Probleme; Personal macht einen Ausflug; Arzt oder Schwester verliebt sich in Patient(in) oder umgekehrt.⁴⁷

Die auf den ersten Blick durchaus einleuchtenden idealtypisch angelegten Definitionen erscheinen dann nicht mehr als ganz stichhaltig, wenn man sich das gesamte Spektrum des Arzt- und Krankenhausserienangebots vor Augen führt. Neben dem Immergleichen lassen sich doch auch zahlreiche, wenn mitunter auch nur graduelle Unterschiede ausmachen. Das gilt nicht nur für die fast unerschöpflich erscheinenden Möglichkeiten der Mischung von Themen und Genres (Stichworte sind „Heimat“ bzw. „Region“, „Familie“, „Kinder“, „Western“, „Krimi“, „exotische Welt“, „Abenteuer“) und die unterschiedlichen Spielräume der Formate (vom 25minütigen Daily-Format für den Vorabend bis zum 90minütigen Spielfilmformat für die Prime time). Das gilt auch für die stilistische Bandbreite, die von sozialkritischer und realitätsnaher Gestaltung bis hin zu comedyhaftem Ulk und zur Satire reichen kann. Den vorrangig auf Rührung setzenden Serien stehen solche gegenüber, die vom Reality-TV beeinflusst sind oder das Dokumentarische als Gestaltungsfaktor einsetzen. In der jüngsten ZDF-Produktion *OP. Schicksale im Klinikum* (1998), bei der es sich um eine zugespitzte Variante der schon länger in England erfolgreichen sogenannten „pop-docs“ handelt, wird sogar dem Dokumentarischen eindeutig der Vorrang eingeräumt.

Bei der Präsentation des medizinischen Serienpersonals lassen sich ohne Schwierigkeit unterschiedliche Tendenzen ausmachen. Da gibt es einmal den Arzttypus des Dr. Brinkmann in der *Schwarzwaldklinik*. Aus fernsehkritischer Perspektive wird dieser Typus gern ironisch mit den Prädikaten „Herr über Leben und Tod“, „Herr über alle Leiden und Apparaturen“ bedacht. Oder es ist die Rede von der „Majestät Brinkmann“, dem „Herkules an Edelmut und Tatkraft, genialisch am OP-Tisch und in der Kunst der Menschenführung“.⁴⁸ Tatsächlich wurden manche Arztfiguren so stark idealisiert, daß sie zu „Vater-Figuren“ und „Seelsorger-Figuren“ aufrückten, schlimmstenfalls zu „überlebensgroßen Autoritäten“ und zu „moralischen Instanzen“. Daß sie in ihrem Beruf fast völlig aufgehen, versteht sich beinahe von selbst. Aber schon auf die Protagonisten der Arztserien *Praxis Bülowbogen* oder *Der Landarzt* trifft diese Charakterisierung nur noch eingeschränkt zu.

Gegenüber den Arzttypen der in den 80er Jahren gestarteten Serien zeigen viele Arzt- und Krankenhausserien der 90er Jahre wie *alphateam*, *OP ruft Dr.*

47 Boll, S. 87

48 Vgl. Fernsehen: Der Schwarzwälder Schinken, S. 291

Bruckner, Emergency Room aber auch *Geliebte Schwestern* und schließlich auch die Reihe *Ärzte* einen anderen Arzttypus bzw. anders akzentuierte Arztfiguren. Den überhöhten Einzelfiguren folgt eine Generation nach, die stärker in ihrer Funktion als Mitglied eines Teams und/oder in ihrer menschlichen Widersprüchlichkeit gezeichnet ist. Eine Rolle spielt dabei auch, daß sich diese Serien um eine andere Zielgruppe bemühen und sich deshalb von dem älteren Ärztemodell absetzen. Auffällig ist auch, daß die ärztliche Seelsorger-Funktion zunehmend auf das weibliche Klinikpersonal überzugehen scheint, wofür die Serie *Für alle Fälle Stefanie* das beste Beispiel abgibt.

Während Serien mit einem Ärztetypus, wie ihn Professor Brinkmann aus der *Schwarzwaldklinik* repräsentiert, mit Vorliebe von weiblichen Zuschauerinnen über 50 Jahre eingeschaltet wurden und werden, wollen die Serien der 90er Jahre (vor allem der kommerziellen Anbieter) ein jüngeres und zugleich kaufkräftigeres Publikum erreichen und auch männliche Zuschauer hinzugewinnen. In den eher junge Leute ansprechenden Serien der 90er Jahre scheint das Moment der Überhöhung der Arztfigur oder gar die Stilisierung zum ‚Halbgott in Weiß‘ zugunsten der Überhöhung der medizinischen Behandlungsmethoden und des Vertrauens auf die Attraktivität moderner Technik gewichen zu sein. Dafür spricht unter anderem die medizinische Fachberatung, die bei fast keiner Serie fehlt, und die Betonung von spektakulären Operationen, wie sie mit Vorliebe Dr. Bruckner praktiziert. Daß auch die öffentlich-rechtlichen Anbieter in diese Richtung tendieren, dafür ist der Hinweis auf eine in der ARD-Reihe *Die Ärzte* gezeigte Zwillingsgeburt symptomatisch. Dabei werden Qualitätskriterien jüngerer Datums mit solchen kombiniert, die schon längere Zeit Gültigkeit haben, wie sich unschwer einer Erläuterung der Ärzte-Serie entnehmen läßt:

„Ihre Erlebnisse sind realitätsnah und gegenwartsbezogen, ohne dokumentarisch zu sein, präzise recherchiert, aber keine medizinischen Fallstudien. Vielmehr bietet sich dem Zuschauer-Patienten Gelegenheit, an Problemen und Konflikten Anteil zu nehmen, die ihn selbst jederzeit betreffen können. Dabei kann die dramatische Auseinandersetzung fallweise spannende, anrührende, amüsante oder tragische Komponenten enthalten.“⁴⁹

Überlegungen zum Profil des Genres „Krankenhausserie“

Trotz der skizzierten Unterschiede, Besonderheiten und historisch gewachsenen Veränderungen lassen sich Gemeinsamkeiten zwischen den verschiedenen

48 Struve, 1994, S. IV/2

Varianten des Genres Arzt- und Krankenhausserie konstatieren, die diesem eine spezifische Kontur verleihen. Dieses Gemeinsame aufzuspüren, d.h. das Genre in seinen zentralen Bestimmungsmerkmalen auszuloten, ist eines der Anliegen der Untersuchungen, die in diesem Band abgedruckt sind. Die Eingrenzung auf Serien und Reihen, die das Krankenhaus als dominanten Handlungsort haben, ergibt sich aus der naheliegenden Vermutung, daß der Handlungsort ein wichtiger – wenn auch keineswegs der einzige – Faktor ist, durch den das Serienmilieu, das soziale Klima, die Atmosphäre im Sinne eines sozialen Raums geprägt wird. Der Handlungsort wird in diesem Zusammenhang nicht ausschließlich unter einem räumlichen Aspekt, sondern in einem umfassenderen Sinn als „Soziotop“ aufgefaßt, das durch ein sowohl serientypisches wie genrespezifisches Arsenal an dramaturgischen und narrativen Gestaltungsmitteln ins Bild gesetzt wird.

Zu den Elementen, die den Arzt- und Krankenhausserien als Genre Profil geben und Bausteinen des Genrewissens bei Machern und Publikum wurden, gehören vor allem bestimmte Requisiten, die der Charakterisierung der Protagonisten und des ärztlichen Milieus dienen. Als ein Requisit „mit besonderer Symbolkraft“ hat Reuter bereits in den Arztfilmen der 50er Jahre das Stethoskop ermittelt:

„Am Stethoskop ist der Arzt einerseits als Angehöriger seiner Zunft erkennbar, andererseits ist es ein Gerät, das ihn in die Lage versetzt, sich über Unsichtbares Aufschluß zu verschaffen. Gerade seine Einfachheit macht den Erkenntnisgewinn so erstaunlich, es ist das Requisit eines Halbgottes in Weiß.“⁵⁰

Der Röntgenapparat, der ebenfalls zu typischen Requisiten der Arztfilme jener Zeit zählt, repräsentiert die moderne medizinische Technik. Auch er vermag „Verborgenes ans Tageslicht“ zu bringen, doch – so Reuter – „ist es hier nicht der Arzt, der fasziniert, sondern der apparative Aufwand und dessen Effizienz.“⁵¹ Als ein weiteres mehrfach gezeigtes Requisit nennt Reuter die „Scheinwerferbatterie über dem Operationstisch“. Abgesehen davon, daß sie „durch Aufleuchten bzw. Erlöschen den Beginn und das Ende einer Operation“ bezeichnet, erhält sie eine Bedeutung auch im übertragenen Sinn, da sie die entscheidenden Momente, in denen der Protagonist sein Können unter Beweis stellt, beleuchtet. Daß solche Requisiten wie die Scheinwerferbatterie und das Stethoskop auch in heutigen Arzt- und Krankenhausfilmen gewissermaßen zum Basisrepertoire genrespezifischer Signale zählen, vermittelt einen Eindruck von der schon über Jahrzehnte hinweg konventionalisierten Gestaltungspraxis.

49 Reuter, S. 55

50 Ebda., 1997, S. 55

In den Krankenhausserien der 90er Jahre sind solche genretypischen Signale in einer außerordentlichen Vielfalt anzutreffen: Krankenhausfassaden und Rettungswagen, EKG-Kurven und Röntgenbilder, Spritzen und Infusionsflaschen, das Geräusch der Beatmungsgeräte und das Weiß der Kittel und immer wieder Arztgesichter hinter Masken. Häufig präsentiert bereits der Vorspann ein Konzentrat dieser optischen und akustischen Impressionen. Sowohl im Vorspann wie im Seriengeschehen bleiben sie nicht auf die Rolle als konkrete Indikatoren des Krankenhaus-Milieus beschränkt, sondern zielen darüberhinaus auf emotionale und atmosphärische Effekte. Ähnliches gilt für das räumliche und szenische Arrangement, durch das der Mikrokosmos des Krankenhauses konturiert wird. Die in kaum einer Serie fehlenden langen Krankenhausflure, die chromblitzenden Operationsräume und die High-tech-Ausstattung der gezeigten Intensivstationen und anderes mehr erhalten in der fiktionierten Krankenhaus-Welt zeichenhaften Charakter.

Was in solchen Überlegungen zum Profil des Genres „Krankenhausserie“ nur angedeutet werden kann, wird in den Beiträgen des Bandes eingehender thematisiert. Die Krankenhausserien werden dabei nicht unter dem Trivialitätsverdacht untersucht, vielmehr in ihrer Beschaffenheit als „Sozialserien“ ernst genommen. Als „Sozialserien“ bezeichnet Prisca Prugger solche, „die in dem Rezipienten vertrauten Alltagswelten spielen, schwerpunktmäßig um eine familiäre oder soziale Gemeinschaft kreisen – etwa *Lindenstraße* und *Praxis Bülowbogen*. Unter Alltag ist die für Zuschauer potentiell erfahrbare Wirklichkeit“, in die sie sich ‚einschalten‘ können, gemeint.⁵²

Bei der Auswahl der Serienexempel ging es darum, möglichst unterschiedliche Varianten und Formate der Krankenhausserie zu berücksichtigen und sowohl öffentlich-rechtliche wie kommerzielle Anbieter einzubeziehen. Die Fragen nach dem Gebrauchswert des Krankenhaus-Genres für das Publikum, nach der ästhetischen Beschaffenheit der untersuchten Serien und nach angemessenen Qualitätskriterien schließt der in den Produktanalysen praktizierte Ansatz mit ein.

51 Prugger, 1994, S. 186

Anja Einfeldt

„Ärzte, die ein wenig wie Kinder geblieben sind“

Die Kinderklinik (Amico mio)

Deutsch-italienische Co-Produktion von 1993; Regie: Paolo Poeti; Drehbuch: Massimo De Rita, Patrizia Fassio, Domenico Matteucci, Giovanni Lombardo Radice, Marina Garroni; Kamera: Emilio Loffredo. Auftragsproduktion: Gruppo BEMA für RAI 2 in Zusammenarbeit mit ARD, ORF und Taurus Film; Darsteller: Katharina Böhm (Dr. Angela Mancinelli), Massimo Dapporto (Dr. Paolo Magri), Billie Zöckler (Schwester Platania), Adriano Pantaleo (Spillo) u. a.

Kurzbeschreibung

Dr. Paolo Magri ist ein Kinderarzt wie kaum ein anderer: In einer Kinderklinik in Rom arbeitet er seit Jahren mit dem größten Einsatz für die ihm anvertrauten kleinen Patienten - er ist regelrecht mit dem Krankenhaus verheiratet. Trotzdem bekommt nicht er die lang ersehnte Oberarztstelle, sondern die junge, in Deutschland ausgebildete Kinderärztin Dr. Angela Mancinelli. Nach einem anfänglichen Eklat kommen sich die beiden jedoch durch ihr gemeinsames Engagement für die kranken Kinder und durch die Mithilfe des gewitzten Waisenjungen Spillo näher ...

Einleitung

Kinder in Serien sind immer positiv konnotiert; jemand, der ‚wie ein Kind‘ geblieben ist, besitzt auch noch kindliche Unschuld und Naivität und ist damit als ‚guter Charakter‘ identifiziert. Der Ausspruch, den wir als Titel über diesem Aufsatz gesetzt haben¹, kann als Motto für die gesamte Serie gelten: Sie vermittelt dem Zuschauer ein sympathisches Bild der Ärzteschaft der *Kinderklinik* und insbesondere des Protagonisten, der nicht nur die Freundschaft sei-

¹ Dr. Magri in Folge 1 zu Elisabetta, seiner magersüchtigen Patientin

ner kleinen Patienten, sondern auch die Herzen der Zuschauer gewinnt, indem er sich auf eine Stufe mit seinen Schützlingen stellt.

Das Konzept ging auf: Über zehn Millionen italienische Zuschauer sahen die Erstausstrahlung von *Amico mio*.² Diese Resonanz übertraf sogar die Erwartungen der Produzenten, so daß der Sender RAI 2 sich noch während der letzten Folgen entschloß, die Ausstrahlung der deutsch-italienischen Co-Produktion gleich im Anschluß zu wiederholen³. Auch in Deutschland wiesen Einschaltquoten von durchschnittlich 10% (ca. 4 Millionen Zuschauer) eine zwar geringere, aber dennoch überdurchschnittlich hohe Resonanz auf.⁴ Das Geheimnis des Erfolges der *Kinderklinik* liegt in ihrem Profil begründet. Ihre Spezifika innerhalb des Krankenhausgenres treffen offensichtlich die Erwartungshaltung eines großen Zuschauersektors in beiden Ländern.

Unter dem Aspekt einer deutsch-italienischen Co-Produktion mit italienischem Regisseur, italienischen Drehbuchautoren und hauptsächlich italienischen Schauspielern muß die *Kinderklinik* in dieser Hinsicht sicherlich als Sonderfall in einer Untersuchung deutscher Krankenhausserien gelten. Die Dominanz der italienischen Macher führte zu einer Inszenierungsweise der *Kinderklinik*, die sich in einigen Punkten deutlich von einer deutschen Krankenhausserien-Produktion unterscheidet; andere Spezifika sind wiederum nicht nationaltypisch, sondern als individuelle Ausprägungen dieser Serie zu begreifen. Mittels einer Untersuchung, die sich auf detaillierte Analysen der Folgen 1, 3 und 4 bezieht, wird diesen Aspekten im Folgenden nachgegangen.

2 „Programm extra“, Pressedienst Erstes Deutsches Fernsehen/ARD 25/95, S.IV/7

3 RAI 2 strahlte die Serie vom 07.12.1993 bis zum 25.01.1994 jeweils am Dienstag um 20.40 Uhr aus und wiederholte sie erneut zur Primetime zwischen dem 03.02. - 31.03.1994. Die Protagonisten der Serie avancierten im Handumdrehen zu Serienstars.

Erstausstrahlung in Deutschland: ARD vom 01.07.95 bis 21.07.95 auf acht 20.15-Uhr-Terminen; Wiederholung in Deutschland vom 30.07.97 bis 15.08.97, ARD 20.15-21.45 jeweils mittwochs, freitags und samstags.

4 Einschaltquoten und Zuschauerzahlen (in Millionen) für die Erstausstrahlung in Deutschland laut GfK und media control:

| | | | |
|---------------|-----------------------------|-----|------|
| Sa., 01.07.95 | Keiner sieht meine Tränen | 7% | 2,87 |
| Mi., 05.07.95 | Mama, ich will leben | 10% | 4,16 |
| Fr., 07.07.95 | Ein Licht in dunkler Nacht | 9% | 3,68 |
| Mi., 12.07.95 | Bleib bei uns, Helen! | 10% | 4,09 |
| Fr., 14.07.95 | Gesetz des Schweigens | 9% | 3,37 |
| Sa., 15.07.95 | Angst in ihren Augen | 10% | 3,60 |
| Mi., 19.07.95 | Alle Kinder brauchen Liebe | 12% | 4,66 |
| Fr., 21.07.95 | Glück ist mehr als ein Wort | 10% | 4,11 |

1. Figurenkonzeption

In der Eingangssequenz der ersten Folge werden Dr. Magris Kollegen in für sie typischen Handlungsweisen eingeführt: Der stellvertretende Chefarzt Montebovi kämmt sich eitel im Rückspiegel seines Wagens die Haare, der Wildfang Spillo tobt mit den anderen Kindern auf dem Flur herum, die Lernschwester Susanna seufzt naiv ihrem Angebeteten (Montebovi) hinterher, worauf Pfleger Mimmo mit Spott und Oberschwester Platania mit strenger, aber dennoch gewitzter Zurechtweisung reagieren. Damit sind die Figuren bereits auf für sie spezifische Charakterzüge festgelegt, (so z.B. Montebovi als eitler Karrierist mit Machtallüren).

In der darauffolgenden Szene wird Dr. Paolo Magri gleich durch seine ärztliche Funktion und Kompetenz als Lebensretter eingeführt: Die Schülerin Elisabetta wird nach einem Zusammenbruch in der Schule bewußtlos in die Kinderklinik eingeliefert. Dr. Magri rettet ihr durch eine Insulinspritze das Leben. Er engagiert sich in ungewöhnlichem Maße für seine kleinen Patienten; sogar in seiner Freizeit beschäftigen ihn die jeweiligen Problemfälle noch. Dabei nimmt er immer die Position der Kinder und damit der Schwächeren wahr, zeigt aber durchaus auch Verständnis für die Eltern. Im Prinzip lebt er nur für die kranken Kinder und seine Tochter Serena - für etwas anderes bleibt nicht mehr viel Zeit übrig.

Obwohl Dr. Paolo Magri aufgrund seines Alters nicht die weise Vaterfigur darstellt⁵, muß berücksichtigt werden, daß alle seine Patienten Kinder sind, für die er ohne weiteres Vaterfunktionen übernimmt. Indem er seinen kleinen Patienten Freundschaft anbietet, fassen sie Vertrauen zu ihm. Durch die Gespräche mit beiden Parteien erkennt er, wie sehr die Kinder oft unter ihren Eltern leiden, denn diese sind oft Ursache für ihre Erkrankungen. Dr. Magri dehnt dementsprechend seine sozialtherapeutischen Bemühungen auch auf die Eltern der Kinder aus.

Paolo weiß immer Rat, tut stets instinktiv das Richtige, auch wenn er seine Diagnosen nicht immer schulmedizinisch begründen kann - nur im Bezug auf Frauen fehlt ihm so manchmal das richtige Gespür, aber das läßt ihn auch gleichzeitig wieder sympathisch und durchschnittlich erscheinen. Dr. Magri ist kein „Halbgott in Weiß“, sondern hat durchaus menschliche Schwächen (so z.B. Bindungsangst). Nach einer gescheiterten Ehe (Stereotyp für einen Serienkrankenhausesarzt⁶) kann er zunächst mit Frauen keine ernsthafte Bindung mehr eingehen, obwohl er zu seiner Ex-Frau ein freundschaftliches Verhältnis hat. Der Zuschauer wird dazu animiert, sich mit einem solch positiv besetzten,

5 Vgl. *Dr. med. Marcus Welby*

6 Vgl. *Dr. Vogt* aus der Reihe *Die Ärzte*



Angela und Paolo im Streit

Warmherzigkeit und Kompetenz tritt jedoch gleich zu Anfang in ihrem Umgang mit den kranken Kindern zutage.

Der Waisenjunge Spillo ist sozusagen das Maskottchen der *Kinderklinik*. Er betrachtet das Krankenhaus als sein Zuhause und tut alles, um seinen Aufenthalt in der Klinik zu verlängern. Auf keinen Fall will er ins Waisenhaus zurück. Sein Markenzeichen sind seine frechen Sprüche („Mein Gott, bist du blaß! Gehörst du zur ‚Addams Family‘?“⁷). Gewitzt und schlagfertig spielt er gerne den Boß und sorgt für komische Auflockerung (z.B. wenn er Dr. Magri gute Ratschläge für die Behandlung eines schwierigen Falls gibt). Aber Spillo fühlt gleichzeitig auch Verantwortung für die anderen Kinder und hilft ihnen, ihren Aufenthalt im Krankenhaus als weniger dramatisch zu begreifen, indem er ihnen entsprechend ihren Krankheiten Namen verpaßt. Spillo wird von den Ärzten und Pflegern in seiner Sonderrolle akzeptiert. Sehr bald wird aber schon deutlich, daß er sowohl zu Paolo als auch zu Angela ein ganz besonders inniges Verhältnis hat. Er hat sich die beiden als Adoptiveltern ausgesucht und sorgt letztlich auch für ein Happy end.

Nebenfiguren haben meist in stereotyper Manier nur wenige dominierende Eigenschaften (so z.B. die altkluge, mütterlich-besorgte Serena oder die etwas einfältige Susanna). Diese Stereotypen erscheinen akzeptabel⁸, da die drei Protagonisten weitaus komplexer gestaltet sind. Differenzierte Einsicht wird dem Zuschauer nur in die zentralen Charaktere, d.h. Paolo, Angela, Spillo und den/die Patient/in des jeweiligen Falles samt den dazugehörigen Eltern gewährt. Insofern kommt auch nur für diesen Personenkreis eine Figurenentwicklung in Frage. Das übrige Krankenhauspersonal bildet dazu das soziale Umfeld. Im Kontrast zu ihrer relativ eindimensionalen Zeichnung erscheinen

aber durchaus nicht unfehlbaren und humanen Protagonisten zu identifizieren.

Eine ähnliche Identifikation wird mit der Figur der Dr. Angela Mancinelli angestrebt, die als moderne Frau Karriere und Privatleben vereinbaren muß. Dr. Mancinelli steht zunächst als überlegt kühle, deutsche Karrierefrau deutlich im Kontrast zu dem zuweilen etwas hitzköpfigen Dr. Magri; ihre

⁷ Folge 1, zu Elisabetta

⁸ Nach der Theorie des Stereotyps von Irmela Schneider, nach der solche Modelle bzw. Vorstellungen von Verhalten entweder als „Wahrheit“ akzeptiert, oder als Klischee angenommen oder abgelehnt werden. In: Giesenfeld, Endlose Geschichten, 1994, S.69

insbesondere die Widersprüchlichkeiten der Protagonisten als vielschichtig.⁹ So markiert Spillo beispielsweise im *Kreise der anderen Kinder* den Boß, ist aber auf der anderen Seite auch das einsame Kind, das Liebe und Zuneigung sucht.



Spillo im Bett

Zum Teil handelt es sich um recht klassisch-klischeehafte Figuren: So ist beispielsweise der Chefarzt durchaus als weise Vaterfigur intendiert, der Dr. Magri zuweilen wie einen Sohn behandelt. Jedoch steht er hier nicht im Mittelpunkt des Geschehens, sondern ist innerhalb der Figurenkonstellation lediglich eine Randfigur. Die zentrale Gestalt hingegen ist ein einfacher Stationsarzt, der sich zudem nicht - wie in der klassischen Krankenhausserie üblich, in eine Krankenschwester verliebt - sondern quasi über seinen Position hinaus in die Oberärzten, seine direkte Vorgesetzte.

2. Struktur

Diese die Episodenserie prägenden Themen sind meist einem Grundthema subsumierbar, das sich in den Folgen jeweils variiert wiederholt. In der Episodenserie *Praxis Bülowbogen* (seit 1987) ist dieses variiert wiederholte Grundthema beispielsweise der hilfreiche Einsatz der Hauptfigur, eines Arztes, für in Not geratene Patienten. (...)

Parallel zum 'variieren Thema' verlaufen kontinuierliche 'Serien-Themen', die in der Regel den Verlauf der persönlichen, affektiven Beziehungen der Hauptfiguren betreffen (...). Folgenübergreifende 'Serien-Themen' und ihre Handlungen sind häufig (auf das Serienende bezogen) offen angelegt, sie kommen manchmal am Ende einer Staffel zu einem Abschluß (...).¹⁰

Die Struktur der *Kinderklinik* folgt dem episodischen Schema, d.h. in den einzelnen Folgen sind abgeschlossene Krankheitsfälle angelegt, während das Krankenhauspersonal inklusive Spillo über die einzelne Folge hinaus für Kontinuität sorgt. Diese altbewährte Struktur findet sich bereits in Krankenhausserien-Klassikern wie *Dr. Kildare*, *General Hospital*, *Das Krankenhaus am Rande der Stadt* oder *Die Schwarzwaldklinik*.

⁹ Mikunda, S. 68

¹⁰ Prugger, Wiederholung, Variation, Alltagsnähe. Zur Attraktivität der Sozialserie, S.98. In: Giesenfeld, S.104-105

Blicke und Klischees entwickeln gleich zu Beginn der Serie eine „Cognitive map“¹¹, d.h. die Eingangssequenz läßt bereits die Gesamtstruktur der Serie und Grundcharakteristika der Figuren erkennen. Der Vorspann etabliert somit das Grundgerüst für den Handlungsverlauf und setzt rezeptionsleitende Signale. Die Charaktereigenschaften und Beziehungsstrukturen werden immer wieder abgerufen. Schon nach der ersten Sequenz kann sich der Zuschauer nach dem Konzept der klassischen Krankenhausserie orientieren und diesem Handlungsschema vertrauen: Jedes Signal findet seinen Bezug; die Charaktere handeln ihrer Anlage gemäß.

Mit Ausnahme der ersten Folge, die als Exposition der gesamten Serie dient, d.h. zur Einführung des Krankenhauspersonals z.B., beginnt jede Folge bereits im Vorspann mit einem mehr oder weniger dramatischen Aufmacher, so z.B. einem Unfall. Dieser Aufmacher führt den Zuschauer gleichzeitig in den ersten Krankheitsfall ein: Außerhalb des Krankenhauses tragen sich schicksalsvolle Ereignisse zu, die dazu führen, daß das jeweilige Kind im Anschluß in die *Kinderklinik* eingeliefert werden muß. Der Krankenwagen, der mit heulenden Sirenen vor der Notaufnahme hält, bildet in einer Art Establishing shot den Abschluß des Vorspanns und damit der ersten Sequenz.

„In diesem Sinn funktionieren Titel, Vorspann, die meist im Anschluß unmittelbar auftretende Hauptfigur und der Abspann als leicht identifizierbare Gütesiegel mit werbendem Logocharakter.“¹²

Ein weiteres strukturierendes Element stellt die Musik dar: Immer wieder neue Variationen des selben Themas werden auf verschiedenen Instrumenten (Gitarre, Flöte, Klarinette) gleichsam als Einstimmung auf die Atmosphäre der jeweiligen Szene gespielt. Grundmotiv ist ein italienisches Kinderlied, daß im Abspann von hellen Kinderstimmen gesungen wird.

Auch die Dialoge sind charakteristisch für das Krankenhausmilieu, insbesondere das einer Kinderklinik, z.B. „Ist das zum ersten Mal passiert?“, „Ganz vorsichtig!“, „Später, ich muß zu einem Notfall!“, „Ein Blutzuckermeßgerät.“, „Susanna, Glukoselösung 20% ...“, „Sie können gerne im Wartezimmer Platz nehmen.“, „Ich will nach Hause, zu meiner Mama.“, „Es handelt sich um einen Notfall!“, „Erzählen Sie mir, wie es passiert ist.“

Ein derartig breitgefächertes Signalrepertoire und die rhythmische Strukturierung und Dramaturgie bilden „Form-Inhalts-Korrespondenzgitter“¹³ und dienen damit dem Zuschauer als Ordnungs- und Orientierungshilfe. Genre- und Serienkonventionen, Inszenierung und Bildsprache erleichtern ihre Re-

11 Mikunda S.67

12 Prugger. In: Giesenfeld, S.109

13 Mikunda, S.70

zeption und Interpretation. Wo sich Zuschauer auf Darstellungskonventionen verlassen können, festigen sie ihre Erwartungshaltungen.¹⁴

3. Ort & Zeit

Aus dem Ergebnis der Schauplatz-Analyse resultiert, daß der überwiegende Anteil einer Folgendauer dem Genre gemäß im Krankenhaus spielt, genaue genommen 56-80%. Dementsprechend beläuft sich der Anteil der Schauplätze außerhalb des Krankenhauses auf 20-44%¹⁵. Ortswechsel fungieren als zeitliche Zäsur oder um den Wechsel in einen anderen Handlungsstrang anzukündigen. Das großzügige Produktionsbudget ließ offensichtlich auch andere Handlungsorte sowie kostspielige Außenaufnahmen zu, jedoch ist und bleibt die Klinik der zentrale Ort, auf den die Protagonisten auch in ihrer Freizeit immer wieder Bezug nehmen (z.B. erzählt Dr. Magri zuhause seiner Tochter Serena von einem schwierigen Fall in der Klinik).

Das Geschehen erstreckt sich über 4-5 Tage, wodurch dem Zuschauer die Orientierung erleichtert wird. Außerdem bekommt er immer wieder zeitliche Anhaltspunkte, so z.B. wenn Dr. Magri seine Tochter zur Schule bringt, mittags in der Kantine, abends in der Pizzeria gegessen wird, und Dr. Magri schließlich todmüde im Dunkeln nach Hause fährt.

Im Gegensatz zu einer Notaufnahme-Serie (z.B. *Alphateam*) geht es aber in der *Kinderklinik* weit weniger hektisch und dramatisch zu - schließlich ist hier nahezu 90 Minuten Zeit, um einen Krankheitsfall darzustellen (im Maximalfall gibt es noch eine Nebenepisode um ein anderes Kind, z.B. in Folge 4 einen zuckerkranken Jungen). Insofern werden die Handlungsereignisse mit Ausnahme von einigen Spannungsmomenten (z.B. einer Operation) auf einem Niveau gedämpfter Dramatik gehalten. Über das Ende einer Episode hinaus verbindet die Liebesbeziehung der Hauptakteure die einzelnen Folgen mithilfe dramatischer Verknüpfungen, die 'Cliffhanger'-Charakter haben. Insgesamt sind aber anstelle von Action Rührung und Emotionen die wesentlich wichtigeren Faktoren für die Zuschauerbindung (siehe Atmosphäre, Kapitel 7.).

¹⁴ Prugger. In: Giesenfeld, S.107

¹⁵ Ergebnisse aus der Analyse von Folge 1, 3 und 4. Auffällig ist die eindeutige Dominanz des Schauplatzes Krankenhaus in Folge 1 (als das Soziotop Krankenhaus noch vorgestellt werden muß), im Gegensatz zu Folge 3, in der Schauplätze außerhalb des Hospitals nahezu den gleichen Anteil haben, da der Handlungsstrang der Liebesgeschichte hier an einem Höhepunkt angelangt ist und den Schwerpunkt der Folge dementsprechend verlagert.

4. Dramaturgie

„Die Zopfdramaturgie (...) ermöglicht ein perspektiviertes Erzählen, (...). Der Zuschauer wähnt sich in die Handlung 'einbezogen', den Figuren nahe und fühlt sich aufgefordert, einen eigenen Standpunkt einzunehmen.“¹⁶

Den Drehbüchern der *Kinderklinik* liegen drei inhaltliche Ideen zugrunde, die einer klassischen Zopfdramaturgie als Ausgangsbasis der einzelnen Episoden entsprechen: „Wir haben auf drei Stützpfählern gebaut: auf die Liebesgeschichte, das Universum der Kinder und auf brisante Themen wie Gewalt in der Familie, behinderte Kinder, etc.“¹⁷

Das Konfliktpotential liegt in der Figurenkonstellation der Liebespaare und ihrer Rivalen begründet: Der zentralen Liebeskonstellation Paolo und Angela (mit ihren jeweiligen „Rivalen“ Federica und Filippo) wird mit Beppe, der Susanna hinterherläuft, die wiederum für Montebovi schwärmt, ein humoristischer Subplot zugeordnet. Die emotionale Beziehung zwischen den beiden Hauptprotagonisten führt durch alle Folgen hindurch bis zum Happy end. Ihr wird der größte Zeitanteil gewidmet, oft tritt sie auch in Kombination mit einem Krankheitsfall oder im Bezug auf Spillo auf. In regelmäßigen Abständen wird sie immer wieder aufgegriffen.

Der dominante Handlungsstrang innerhalb einer Folge ist ein Krankheitsfall, der sich von der Exposition bzw. dem Vorspann an durch die Episode hindurchzieht und abgeschlossen wird. Ihm wird annähernd genauso viel Zeit gewidmet wie der Liebesgeschichte zwischen Angela und Paolo (abhängig von der jeweiligen Folge, teilweise auch etwas mehr). Häufig werden diese beiden Handlungsstränge auch miteinander verbunden: Angela und Paolo kämpfen gemeinsam für das Wohl der Kinder.

Das ‚Universum der Kinder‘ bietet den dritten Stützpfiler der Dramaturgie: hier wechseln sich allerdings die Protagonisten Spillo, Serena sowie ein weiterer ‚untergeordneter Krankheitsfall‘ (so vorhanden) ab. Gegen Ende der Serie wird der Handlungsstrang ‚Spillo‘ dominanter.

Da die einzelnen, fragmentarisierten Stränge in unterschiedlichem Tempo und mit variierender Länge erzählt werden, bilden sie ihren eigenen Rhythmus aus und sorgen für eine serienspezifische, innere Dramatik. Dementsprechend entstehen Spannungsbögen, die sich ablösen und / oder überlagern.

¹⁶ Prugger. In: Giesenfeld, S.106

¹⁷ Aussage des Drehbuchautors Massimo de Rita. In: „Programm extra“, 25/95, S.IV/13

5. *Format und Inszenierung: Charakteristika eines Spielfilms*

Gleich im Vorspann der ersten Folge weist sich die *Kinderklinik* als Krankenhausserie der klassischen Manier aus: Die Kamera begleitet Dr. Magri auf seinem Weg zur Arbeit. Der Zuschauer betritt mit ihm zusammen das Krankenhaus und seine Station; dabei wird sowohl von der subjektiven als auch von der objektiven Kamera Gebrauch gemacht. Auf diese Weise gewinnt der Zuschauer sofort einen ersten Blick auf Dr. Magri, als auch einen ersten Eindruck des speziellen Soziotops eines römischen Krankenhauses, in dem eine familiäre Atmosphäre bereits in dieser Eingangssequenz augenfällig wird.

Die *Kinderklinik* besitzt charakteristische Merkmale einer Hauptabendserie mit Spielfilmcharakter. Darauf weist allein schon die Folgenlänge der acht Teile von nahezu 90 Minuten hin, vor allem aber die sehr aufwendige Inszenierung mit häufigen Schauplatzwechseln (Kinderkrankenzimmer, Vorratskammer, Flure, Rezeption, OP, Ärztegarderobe, Ambulanz, Cafeteria, Paolos Wohnung, Angelas Haus, Pizzeria) und zahlreichen Außenaufnahmen (Terrasse des Krankenhauses, Parkplatz, Straßen und Plätze Roms, vor der Oper, Sportplatz, Schule, Kirche, Flughafen, Telefonzelle, Krankenhauspark, etc.). Hinzu kommt eine ausgefeilte, spielfilm-äquivalente Kameraarbeit, so z.B. komplizierte Kamerafahrten.

Abgesehen von den Kindern wurden die Rollen mit Schauspielern wie Katharina Böhm (Dr. Angela Mancinelli), Massimo Dapporto (Dr. Paolo Magri) und Billie Zöckler (Schwester Platania) besetzt, die bereits vorher schon Publikumslieblinge in ihrem jeweiligen Herkunftsland waren.¹⁸

6. *Themen*

Brisante Themen, (von den Machern) intendiert als Widerspiegelung sozialer Verhältnisse bzw. als Zeitspiegel, werden mit dem jeweiligen Krankheitsfall in die *Kinderklinik* getragen, so z.B. Magersucht, Leukämie, Behinderung, ebenso wie Kindesmißhandlung, Drogen und Mafia. Diese gesellschaftsproblematische Dimension ist oft auch mit der Elternthematik und dem Generationenverhältnis verknüpft. Durch die Eltern der Kinder werden die genannten gesellschaftlichen Probleme in die *Kinderklinik* gebracht. Nach einer Phase der Selbstvorwürfe werden sie durch die Krankheit ihrer Kinder und unter Mithilfe Dr. Magris (z.T. auch mit Angelas Unterstützung) von falschen Haltungen und Handlungen abgebracht.

¹⁸ So war Katharina Böhm dem deutschen TV-Zuschauer bereits aus der Serie *Das Erbe der Guldenburgs* (1986) bekannt; Massimo Dapporto arbeitete schon für italienischen Regiegrößen wie Franco Rossi, Ettore Scola und Marco Risi.

Mit der Situation kranker Kinder können sich viele Zuschauer identifizieren, besonders Eltern. Die *Kinderklinik* zeigt damit Werte wie Teamgeist, Engagement und Hilfeleistungen auf. Sie setzt sich dafür ein, daß Ärzte mehr Zeit und Engagement für ihre Patienten aufbringen. Gleichzeitig wirbt die Serie für mehr Verständnis der Eltern gegenüber ihren Kindern¹⁹. In diesem Sinne wird auch dem Bildungsauftrag der öffentlich-rechtlichen Sender Rechnung getragen. Die Altersstufen der Charaktere sind weit gefächert, um damit ein möglichst breites Publikumsspektrum anzusprechen. Zielgruppe ist die gesamte Familie, hauptsächlich aber Frauen mittleren oder fortgeschrittenen Alters, die als Mütter die Situation kranker Kinder besonders gut nachvollziehen können, aber auch Kinder selbst²⁰.

Als Krankenhausserie knüpft auch die *Kinderklinik* an eine „bestimmte Sektion (der) Alltagserfahrung“²¹ des Publikums an, denn nahezu jeder war schon einmal im Krankenhaus - wenn nicht als Patient, so zumindest als Besucher. Somit wird auch hier ein fiktiv angeglicher, paralleler Lebensraum zur Welt des Zuschauers geschaffen.

7. Positive Atmosphäre: Die Kinderklinik als Familienersatz

Eine römische *Kinderklinik* als Handlungsort, in der die Kinder gleich in der Eingangssequenz auf dem Flur toben, gibt dieser Krankenhausserie von vornherein einen lebhaften und sympathisch-familiären Anstrich. In dieser Serie sind die Kinder nicht nur passive Patienten, sondern auch Akteure, allen voran Spillo.

Die italienische Tageszeitung *La Repubblica* feiert *Die Kinderklinik* als einen „Triumph der positiven Gefühle“, in der beispielsweise schlechte Eltern ‚bekehrt‘ werden: „Vielleicht gefällt Dr. Magri so sehr, weil wir alle gerne so einen Arzt hätten, der sich Zeit zum Zuhören nimmt und der uns versteht ...“²². Durch die (nahezu) immerwährende freundliche Atmosphäre ist das Krankenhaus ein Ort zum Sichwohlfühlen, auch wenn es den neueingelieferten Kindern nicht gleich so scheint und sie zunächst Angst und Schmerzen haben. Besonders der Waisenjunge Spillo hilft ihnen, sich einzugewöhnen. Für ihn ist die Klinik sein Zuhause, eine Familie hat er nicht. Auch für Dr. Magri hat sie eine ähnliche Funktion. Selbst in seiner freien Zeit sieht er nach seinen Problem-

19 „Programm extra“, 25/95, S.IV/13

20 Laut Einschaltquoten der GfK und media control der Erstaussstrahlung der *Kinderklinik* in Deutschland sind pro Folge ca. 2% der Zuschauer Kinder im Alter von 3-13 Jahren.

21 Giesenfeld, S.68

22 *La Repubblica*. Nach: „Programm extra“, 25/95, S.IV/7

fallen²³. Seine Ehe ist nicht zuletzt auch an seinem Beruf zerbrochen.

Wirklich in Hektik gerät das Krankenhauspersonal der *Kinderklinik* jedoch fast nie: Zwar gibt es einige wenige Situationen, in denen es schnell gehen muß, denn es gilt ein Leben zu retten, doch generell bleibt immer genügend Zeit zum privaten, zwischenmenschlichen Gespräch. Im Vergleich zur realen Situation oder



Paolo mit Elisabetta

auch nur zu anderen Krankenhausserien wirkt diese familiäre ‚Wohnzimmeratmosphäre‘ zwar recht unrealistisch, wird aber dennoch vom Zuschauer offensichtlich akzeptiert, denn das Reden miteinander und das gegenseitige Zuhören trägt zur positiven Gesamtatmosphäre der Serie bei.

Nicht selten kommt es auch zu sentimental-rührseligen Szenen, so z.B. als Elisabetta sich von ihrer Mutter losmacht, die sie in eine andere Klinik bringen will, und in Zeitlupe in Dr. Magris offene Arme läuft, weil sie bei ihm in der *Kinderklinik* bleiben will²⁴; oder als alle Kinder um das Krankenbett der bewußtlosen Helen versammelt sind und ein Lied singen, damit sie aus dem Koma erwacht, was dann wie durch ein „Wunder“ (hier wird Bezug auf den Text des Motivliedes genommen!) auch tatsächlich geschieht.²⁵

8. Genre

8.1. Elemente einer Familien- bzw. Sozialserie

Die Kinderklinik ist keineswegs ausschließlich dem Krankenhausseriengenre zuzuordnen, sondern weist auch wesentliche Elemente einer Familienserie und damit einer Sozialserie auf.

Sozialserien dagegen sind Serien, die schwerpunktmäßig familiäre und soziale Gemeinschaften in ihren ‚Lebenswelten‘ thematisieren. Sie kreisen um Interessenkonflikte zwischen Individuum, Gruppe und Gesellschaft, zwischenmenschliche Beziehungen und greifen verzwickte, plötzlich eintretende biografische

23 Z.B. Folge 4, O-Ton Dr. Magri: „Ich habe morgen meinen freien Tag, aber ich komme trotzdem noch einmal vorbei, um nach ihr (Helen) zu sehen.“

24 Folge 1

25 Folge 4

Situationen in einer speziellen (meist aktuellen) deutschen Alltagswelt auf.²⁶

Zum einen beinhaltet der dominante Handlungsstrang der Serie die Beziehungsgeschichte der beiden Protagonisten, die am Schluß der ersten Staffel als Happy End mit einer 'Familiengründung' endet: Die deutsche Ärztin und der italienische Arzt adoptieren den kindlichen Protagonisten der Serie, den Waisenjungen Spillo. Zum anderen wird auch der familiäre Hintergrund des Kindes, das den zentralen Krankheitsfall einer Episode ausmacht, näher beleuchtet und elterliche Probleme gleich im Sinne einer 'ganzheitlichen Therapie' mitbehandelt.

In der *Kinderklinik* scheuen sich die Ärzte nicht, den Eltern ihrer Patienten auch in Bezug auf private Probleme offen die Meinung zu sagen, wenn es sein muß, auch mit lauter Stimme und erhobenem Zeigefinger²⁷. Diese Lösungsmodelle können für den Zuschauer zur Orientierungshilfe für den Alltag werden, die „optimistische Haltung der Figuren“ stillen sein „Bedürfnis nach einer zumindest medienvermittelten Geborgenheit“²⁸. Somit wird auch der ‚Lebenshilfefunktion‘ des Fernsehens Rechnung getragen. Die intensive, doch zwanglose Beschäftigung mit den Kindern läßt sogar (unschuldige) Zärtlichkeiten zwischen Arzt und Patienten zu, so bekommt eine kleine Patientin beispielsweise von Dr. Magri einen Gute-Nacht-Kuß auf die Stirn²⁹: Auch auf diese Weise wird eine Art Familienidylle suggeriert.

8.2. *Seelsorger Dr. Magri*

Entgegen dem derzeit amerikanisch beeinflussten Trend des serienimmanenten Teamgeistes innerhalb des Krankenhausgenres (z.B. *alphateam*) ist *Die Kinderklinik* dem traditionellen Erzählmuster verhaftet: ein Arzt steht im Mittelpunkt des Geschehens - so, wie es schon bei *Dr. med. Marcus Welby* oder *Dr. Kildare* der Fall war.

Im heutigen Spektrum des Krankenhausgenres weist *Die Kinderklinik* Aspekte der Seelsorger-Serie auf, zu denen nicht nur wie im klassischen Sinne kirchliche Vertreter (*Oh Gott, Herr Pfarrer, Pfarrerin Lenau, Wie gut, daß es*

26 Beispiele: *Lindenstraße, Praxis Bülowbogen, Traumschiff, Acht Stunden sind kein Tag*. Vgl. Prugger. In: Giesenfeld, S.98

27 Staffel 2, Folge 3: Dr. Magri beschuldigt die Eltern von Romina: "La bambina poteva anche morire per le Vostre crisi isteriche." („Das Mädchen hätte wegen Ihrer hysterischen Anfälle auch sterben können.“)

28 Prugger. In: Giesenfeld, S.110-111

29 Staffel 2, Folge 3

Maria gibt), sondern durchaus auch andere, „positiv besetzte Leitfiguren“³⁰ in sozialen Berufen, wie z.B. Lehrer (*Unser Lehrer Dr. Specht*) und Ärzte (Dr. Brockmann aus *Praxis Bülowbogen*) gehören³¹.

In seiner Seelsorger-Funktion ist Dr. Magri³² aber durchaus als Spezifikum innerhalb des Krankenhausgenres zu begreifen, denn der Großteil seiner ärztlichen Seelsorger-Kollegen praktiziert im klassischen Arztmilieu, d.h. einer Privatpraxis (so schon *Landarzt Dr. Brock* (1968)). Seelsorger im Krankenhaus sind eher eine Seltenheit³³. Die neuen Seelsorger sind „unerschütterliche Weltverbesserer“, so z.B. *Unser Lehrer Dr. Specht*:

Gegenüber dem Direktor, der stets Angst um das „Ansehen der Schule“ hat, versucht Specht dieses Ansehen wirklich zu retten, indem er die Probleme nicht verstecken, sondern grundsätzlich lösen will.³⁴

Diese Haltung erinnert stark an Dr. Magri, der in erster Linie um das Wohl seiner Patienten besorgt ist, während sein ‘Kontrahent’, der Oberarzt Montebovi, zunächst einmal an das Ansehen der Klinik denkt, das gefährdet wäre, würde ihnen ein Kind (unter der Hand weg-) sterben.³⁵ Der Aufopferungsgeist des Protagonisten ist eine Überhöhung, die nur in der seriellen Fiktion, nicht aber in der Realität ihren Platz findet. O-Ton Massimo Dapporto:

„Einige Freunde von mir sind Ärzte. Sie haben mir gesagt, sie wären schon längst krank, wenn sie sich so verhalten würden wie Dr. Magri. Wenn sie sich so intensiv um das Leiden ihrer Patienten kümmern würden, wäre das für sie das Ende.“

„Dr. Magri hat eine extreme, ja fast übertriebene Menschlichkeit. Die Arbeit nimmt ihn so in Beschlag, daß er keine Zeit mehr hat, an seine Karriere zu denken.“³⁶

30 Prugger. In: Giesenfeld 1994, S.100

31 Im derzeitigen Repertoire an ärztlichen Seelsorger-Figuren zeigt die neueste Entwicklung auf dem deutschen TV-Markt, daß diese Rolle immer öfter Frauen (z.B. *Für alle Fälle Stefanie*, SAT 1) zugewiesen wird, zumal, wenn es sich um Kinderärzte handelt (*Dr. Monika Lindt - Kinderärztin, Geliebte, Mutter*, RTL). Dieser Trend setzte sich jedoch bisher nur bei den kommerziellen Anbietern durch, während die öffentlich-rechtlichen Sendeanstalten immer noch auf männliche Protagonisten setzen, speziell auf solche, die bereits durch ihr äußeres Erscheinungsbild Vertrauen und Verantwortungsgefühl suggerieren (z.B. *Dr. Sommerfeld - Neues vom Bülowbogen*).

32 In Folge 4 nimmt selbst Schwester Platania ihn in seiner Rolle als Seelsorger in Anspruch, obwohl gerade sie als Nonne viel eher diese Stellung innehaben müßte.

33 Ausnahme: *Für alle Fälle Stefanie*

34 Giesenfeld, Günter / Prugger, Prisca, S. 386-387

35 Folge 1: *Keiner sieht meine Tränen*

36 Dapporto, Massimo. In: „Programm extra“, 25/95, S.IV/9

8.3. ‚Heile Welt‘ und Illusionen: Gesellschaftliche Sehnsüchte werden bedient

Die Charaktere und insbesondere Dr. Magri sind in ihrer Gutherzigkeit und ihrem seelsorgerischen Aufopferungsgestus oft klischeehaft und unglaubwürdig. Doch das stört den Zuschauer wenig: Er will mit Hilfe des Eintauchens in diese Krankenhausatmosphäre nicht nur ein Refugium der „heilen Welt“, sondern auch seine Realität in idealisierter Form wiederfinden. So gleicht *Die Kinderklinik* oft mehr einer „sentimentalen Komödie, einem Märchen“³⁷. Dieser Effekt wurde von den Machern geradezu intendiert:

„In einer Welt, in der die Bezugspunkte verlorengehen, erzählen wir von gegenseitiger Achtung, Opferbereitschaft, Großzügigkeit und Berufsethos. Das sind aufbauende und tröstliche Aspekte.“³⁸

Alltag soll dementsprechend zwar möglichst realitätsnah widergespiegelt werden (wie in allen Sozialserien üblich), aber dennoch in geschöner Form: Die *Kinderklinik* bietet die Möglichkeit, sich mit gesellschaftlichen Problemen zu befassen, die den Zuschauer täglich betreffen können, lädt ihn aber gleichzeitig ein, den Alltagsstreß für die Dauer einer Folge zu vergessen, quasi als „Kontrapunktierung zu seinem Alltag“³⁹.

Des weiteren darf die gesellschaftliche Funktion des Fernsehens nicht außer acht gelassen werden: Gegenüber der Realität haben selbstlose Verhaltensweisen in einer idealen Welt auch die Funktion, diese Ideale aufrechtzuerhalten und solcherlei Vorstellungen zu aktivieren. Diese gesellschaftliche Aufgabe korrespondiert wiederum mit der Intention der Macher.

Das Krankenhausmilieu ist besonders gut geeignet, Ideale dieser Art zu pflegen und die Illusion einer Problembewältigung mittels konventioneller bzw. traditioneller Ideale zu erzeugen: Moderne, d.h. aktuelle bzw. aktualisierte Probleme (z.B. Drogenkonsum etc.) werden in dieser fiktionalen Serienwelt mittels konventioneller Tugenden und Verhaltensweisen (wie z.B. Hilfsbereitschaft) gelöst, die in der heutigen Realität oft nicht mehr Fuß fassen. In der Serie aber wird das Werteproblem durch und mittels des Krankheitsfalls auf diese Art gelöst.

In diesem Sinne hat die Bezugnahme auf eine fiktionale Idealwelt in der Serie zwei Seiten: Einerseits werden dem Zuschauer zwar positive Werte vermittelt, andererseits besteht gleichzeitig die Gefahr, daß gesellschaftliche Mißstände verharmlost werden, indem die Serie dem Zuschauer eine falsche Illusi-

37 Aussage des Regisseurs Paolo Poeti. In: „Programm extra“, 25/95, S.IV/13

38 Poeti. In: „Programm extra“, 25/95, S.IV/2

39 Prugger. In: Giesenfeld, S.99

on einfacher Problembewältigung „à la Dr. Magri“ vermittelt.

9. Besonderheiten einer deutsch-italienischen Co-Produktion

Der Aspekt einer Co-Produktion bietet zunächst einmal eine gegenseitige Bereicherung im Zuge eines kulturellen Austauschs. Die Zuschauer beider



Beppe zu Mimmo: „Che ti ridi?“ – „Was lachst du so?“

Nationen erhalten Einblicke in andere Mentalitäten und Lebensweisen - auf diese Weise werden sie dazu animiert, ihre eigene nationale Identität gegenüber der fremden abzugrenzen und ihre eigene genauer zu definieren. Natürlich geschieht dies in einer Serie zum größten Teil nur auf der Basis von Klischees, trotzdem verstärkt dieses „Spiel“ mit nationalen Gegensätzen den Reiz für den Zuschauer, solange diese Stereotypisierung nicht allzu sehr strapaziert wird.

Für *Die Kinderklinik* muß insbesondere beachtet werden, daß es sich hier um eine innereuropäische Produktion handelt, so daß kulturelle Gegensätze nicht allzu weit auseinanderklaffen, und daß das Produktionsteam und der überwiegende Anteil der Schauspieler aus Italien stammen. Insofern gilt es, die unterschiedlichen Rezeptionsweisen italienischer und deutscher Zuschauer zu berücksichtigen.

Schauplatz der Handlung ist Rom. Damit wird der deutsche Zuschauer, sofern es sich um Außenaufnahmen handelt, in ein südländisches mit Urlaub assoziiertes Ambiente entführt, während für den Italiener schlichthin Normalität abgebildet wird. In Folge 5 kehrt sich dieser Effekt allerdings um, als die Handlung für kurze Zeit nach Deutschland verlagert wird. Sicherlich nicht zufällig wurde *die* deutsche Touristenattraktion, das malerische Heidelberg, dafür ausgewählt.

Abgesehen von den Außenaufnahmen kommt das italienische Flair für den deutschen Zuschauer insbesondere durch die Gestik und Mimik der italienischen Schauspieler zum Ausdruck, die sehr viel mehr als Deutsche „mit den Händen reden“ und auf diese Weise ihre Worte unterstreichen.

Besonders auffallend werden solche Unterschiede durch den Einfluß der Synchronisation: Durch die Übersetzung ins Deutsche werden dem deutschen Rezipienten die Worte des italienischen Schauspielers vertraut, während auf der Bildebene seine Gesten ihm fremd erscheinen; italienisches Lokalkolorit verbindet sich hier mit deutschem Umgangston.

Auch die Auswahl der Schauspieler bedient die Klischees deutsch-

italienischer Verhältnisse; so gibt es beispielsweise „typisch italienisch“ auch in der *Kinderklinik* den schmierigen, erpresserischen und gewalttätigen Mafioso⁴⁰. Bei den Protagonisten handelt es sich sogar um regelrechte „Prototypen“ ihres jeweiligen Landes: die kühle, blonde Deutsche und der temperamentvolle Italiener mit den feurigen Augen. Insofern werden in dieser Co-Produktion nicht nur zwei Seriengenres, sondern auch zwei nationale TV-Traditionen kombiniert. Daneben gibt es natürlich auch die klischeehaft-charakteristischen Verhaltensweisen, so z.B. die hysterische italienische Mamma, die stets übermäßig um ihr Kind besorgt ist. Ein weiteres Spezifikum beruht auf dem häufigeren Gebrauch von Bildern in der italienischen Originalsprache; Metaphern⁴¹ beispielsweise finden sich im Deutschen fast nur noch in der Literatur.

Eine andere Besonderheit ist die Differenz zwischen dem italienischen Original und der deutschen Fassung in bezug auf den Serien- und die Folgentitel: Während die deutsche Übersetzung *Die Kinderklinik* eindeutig als Krankenhausserie ausweist, ist der italienische Originaltitel *Amico mio* (zu deutsch: „Mein Freund“) sehr viel neutraler gehalten, viel mehr als an das Krankenhaus- wird zunächst an das Familienseriengenre appelliert. Damit wird die Vermutung nahegelegt, daß der Krankenhausserienboom auch in Italien erst nach 1993 stattfand.

Aber auch die Folgentitel wurden nicht wörtlich übersetzt; eine bewußte Bedeutungsverschiebung wurde in Kauf genommen bzw. regelrecht intendiert⁴²: Sowohl die italienischen als auch die deutschen Folgentitel wiesen zunächst nicht zwingend auf das Krankenhausseriengenre hin, sondern könnten auch durchaus zu einer Familienserie passen.

Besonders charakteristisch für den italienischen ‚Touch‘ ist schließlich ein Zitat, das der erfolgreichen italienischen Komödientradition der 50er Jahre entnommen ist: Ebenso wie Don Camillo aus der außerordentlich beliebten

40 Staffel 2, Folge 3

41 In Staffel 2, Folge 3 erklärt der Großvater seinem Enkel Andrea, daß er ihn nicht länger bei sich behalten könne, weil er selbst zu alt und somit zum Kind würde: „un’uomo anziano che cresce all’inverso“ (ein alter Mann, der andersherum wächst).

42 1. Keiner sieht meine Tränen (Per troppo amore) (=Wegen zuviel Liebe)

2. Mama, ich will leben (Fratelli) (=Brüder)

3. Ein Licht in dunkler Nacht (Sotto shock) (=Unter Schock)

4. Bleib bei uns, Helen (Non te ne andare) (=Geh’ nicht weg)

5. Das Gesetz des Schweigens (Il piccolo Cesare) (=Der kleine Cesare)

6. Angst in ihren Augen (Una profonda ferita) (=Eine tiefe Wunde)

7. Alle Kinder brauchen Liebe (Lieto evento) (=Frohes Ereignis)

8. Glück ist mehr als ein Wort (Ritrovarsi) (=Sich Wiederfinden)

Deutlich wird, daß der italienische Titel in einigen Fällen konkreter ist, so daß der Zuschauer sich bereits eine faktische Situation darunter vorstellen kann, während sich der deutsche Titel oft mit einer rührseligen Platitüde begnügt (vgl. Folge 7 und 8).

Don Camillo & Peppone-Reihe (1952) hält Schwester Platania Zwiegespräche mit Christus am Kreuz. Obwohl Billie Zöckler hier eine Nonne verkörpert, ist die ernste Situation (es handelt sich hier immer um Notfälle) dennoch komisch gebrochen: Schwester Platania redet zu Christus wie zu einem sterblichen Mann. Selbst die Kameraeinstellung, eine Vogelperspektive, wurde originalgetreu adaptiert. In besonders kritischen Krankheitsfällen ‚dealt‘ sie sogar regelrecht mit ihm: Sie verspricht, ihrem einzigen Laster, dem Rauchen, zu entsagen, wenn Christus im Gegenzug dafür sorgt, das jeweilige Problemkind gesund zu machen.



Platania betet

Die Existenz einer Nonne als Oberschwester und einer Hauskapelle, in der die Angehörigen für ihre kranken Kinder beten können, sind allein an sich schon spezifische Indizien für das katholisch geprägte Italien; in einer rein deutschen Krankenhausserie würden solche Elemente wohl kaum zu finden sein.

*Ausblick auf die 2. Staffel*⁴³

Auch die Folgentitel der zweiten Staffel weisen nicht zwingend auf das Krankenhausseriengenre hin, sondern vielmehr auf eine Familienserie. Der Genremix ist auch hier explizit beabsichtigt: Nie wird die Krankheit der Kinder iso-

43 Die sechs neuen Folgen der zweiten Staffel von Amico mio sind zu diesem Zeitpunkt (Dez. 1998) zwar noch nicht in Deutschland angelaufen, wurden aber bereits schon in Italien ausgestrahlt, im Gegensatz zur ersten Staffel aber nicht auf RAI 2, sondern von dem Privatsender CANALE 5, immer dienstags und donnerstags von 21-23 Uhr (d.h. mit einer halben Stunde Werbeunterbrechung, 6x5 Minuten!). Durch den Quotenerfolg der 1. Staffel wurde die Serie anscheinend auch für einen kommerziellen Kanal attraktiv. Siehe: <http://www.CANALE5.it>.

Folge 1: Do, 09/04/98; 2: Di, 14/04/98; 3: Do, 23/04/98; 4: Di, 28/04/98; 5: Do, 07/05/98; 6: Di, 12/05/98. Neubesetzungen: Desireè Nosbusch (Angela), Maria Amelia Monti (Ex-Frau Chiara), Marianna Cristofari (Serena); (außerdem: Susanna). Siehe: <http://www.cinecittà.it>.

Laut Auskunft der ARD wird die 2. Staffel ab dem 09.07.1999 in Deutschland ausgestrahlt.

1. Vivrà Ancora (Noch leben werden / Weiterleben)
2. Casa... Casa...(Zuhause / Haus / Heim)
3. Atto d'amore (Tat aus Liebe)
4. Ricordi del passato (Erinnerungen der Vergangenheit)
5. Segreti (Geheimnisse)
6. Il sogno di Lavinia (Lavinias Traum)

liert betrachtet, sondern stets wird die Beziehung der kleinen Patienten zu ihren Eltern und Angehörigen thematisiert. Zudem bleibt die Geschichte um Spillo als Adoptivkind von Angela und Paolo als weiterer familienspezifischer Handlungsstrang auch in den sechs neuen Episoden bestehen. Die drei Protagonisten müssen weiterhin um ihr Familienglück kämpfen, denn der leibliche Vater von Spillo, eine neueingeführte Figur, sträubt sich zunächst gegen eine Adoption ...

Des weiteren präsentiert sich die 2. Staffel von *Amico mio* zwar nach dem altbewährten dramaturgischen Konzept, jedoch sind Veränderungen hauptsächlich aufgrund von Neubesetzungen und (in Italien) des Wechsels zum Privatsender (von RAI 2 zu CANALE 5) zu verzeichnen. Dem Temperament der neuen Schauspieler entsprechend wurden die Charaktere der Figuren verändert (so ist z.B. die neue Serena sehr viel rücksichtsvoller und weicher gezeichnet als ihre fordernde und des öfteren beleidigte Vorgängerin; die „alte“ naive und schmachkende Susanna wird von einer resoluten Figur abgelöst, die weiß, was sie will).

Aber auch die bereits in der 1. Staffel etablierten Schauspieler haben sich im Laufe der vierjährigen Drehpause verändert, allen voran das Maskottchen Spillo, der zwar immer noch in jeder Lebenslage einen (frechen) Spruch auf den Lippen hat (selbst sterbenskrank auf der Bahre, als er in Staffel 2, Folge 3 mit dem Helikopter nach Siena geflogen wird, um dort operiert zu werden), jedoch merklich erwachsener und besonnener geworden ist.

Im Zuge der Modernisierung wird in der 2. Staffel eine größere Bandbreite an technisch-medizinischem Equipment gezeigt (insbesondere im OP), die Szenen sind in der Regel kürzer, die Schnitte schneller, Spannungs- bzw. Actionmomenten wird eine größere Bedeutung beigemessen (so z.B. in Folge 3 das Auftreten gewaltbereiter Mafiosi oder Spillos Rettung aus dem brennenden Haus nach einer Explosion). Auch die Musik wird von einem neuen Trend beeinflusst: So bleibt das Grundmotiv des Kinderliedes zwar bestehen, wird aber in einer Orchesterversion verfremdet.

Fazit: Die ideale Serienwelt als deutsch-italienischer Genremix aus Krankenhaus- und Familienserie

Zusammenfassend ist festzustellen, daß die *Kinderklinik* nicht nur ausschließlich dem Krankenhausserien-Genre zuzurechnen ist, sondern parallel dazu viele Merkmale einer Familienserie aufweist. Diese Genreverquickung wurde bewußt intendiert, denn die Mischung zweier überaus beliebter Genres stellt ein zusätzliches Argument für den Erfolg der Serie dar. Das Spiel mit national-

spezifischen und genreimmanenten Klischees erhöht zusätzlich die Attraktivität der Serie und trägt zur Identifikation des Zuschauers bei.

Die ideale Serienwelt ist demnach zusammengesetzt strukturiert: Die deutsch-italienische 'Hochzeit' (der Protagonisten und gleichzeitig die Co-Produktion!) geht (in einer Art Pirouette) einher mit der erfolgreichen Verknüpfung von Seelsorger- und Sozialserie.

Die *Kinderklinik* erweist sich somit als Konglomerat binationaler Traditionen, das innerhalb eines Krankenhausmilieus zwischenmenschlichen Beziehungen den Vorrang läßt. Eine Klinik als Familienersatz, in der selbst die Ärzte „ein wenig wie Kinder geblieben“ sind.

Antje Grützmacher

„Wir sind nicht allmächtig“

Schimanski geht ins Krankenhaus – zum Konzept der ARD-Reihe *Ärzte*

Dr. Vogt - Neuanfang: Buch: Beate Langmaack, Regie: Ines Anna Krämer, Kamera: Peter Pietrowski, Musik: Franz Wittenbrink, Bildtechnik: Winfried Staschau, Aufnahmeleitung: Thomas Rinow, Produktionsleitung: Jan Michael Herzog, Redaktion: Vera Kriegeskotte, Darsteller: Sven-Eric Bechtolf, Klaus Höhne, Michael Wittenborn, Nina Petri, Max Herbrechter, Werner Schnitzer
Dr. Vogt - Die Beförderung: Buch: Jürgen Dünwald, Stephan Meyer, Regie: Stephan Meyer, Kamera: Udo Franz, Musik: Franz Bartzsch, Bildtechnik: Winfried Staschau, Aufnahmeleitung: Thomas Rinow, Produktionsleitung: Jan Michael Herzog, Redaktion: Vera Kriegeskotte, Darsteller: Sven-Eric Bechtolf, Max Herbrechter, Werner Schnitzer, Friederike Tiefenbacher, Nina Seifert, Antje Hagen

Kinderärztin Leah - Die Entführung: Buch: Maria Brand, Regie: Hartmut Griesmayr, Kamera: Hans-Jörg Allgeier, Musik: Joe Mubare, Bildtechnik: Günther Zordick, Aufnahmeleitung: Jürgen Weissenrieder, Produktionsleitung: Peter Röthel, Redaktion: Carl Bergengruen, Produktion: Dietrich Mack, Darsteller: Simone Thomalla, Matthias Ponnier, Bernard Yerlès, Christine Reinhart, Gunda Ebert, Julia Steinhauser

Kinderärztin Leah - Am seidenen Faden: Buch: Maria Brand, Regie: Hartmut Griesmayr, Kamera: Hans-Jörg Allgeier, Musik: Joe Mubare, Bildtechnik: Günther Zordick, Aufnahmeleitung: Jürgen Weissenrieder, Produktionsleitung: Peter Röthel, Redaktion: Carl Bergengruen, Produktion: Dietrich Mack, Darsteller: Simone Thomalla, Matthias Ponnier, Bernard Yerlès, Christine Reinhart, Jahann J. Wurster, Tatjana Clasing

Vollnarkose: Buch: Peter Probst, Johannes Rotter, Regie: Bodo Fürneisen, Kamera: Dieter Chill, BVK, Musik: Rainer Oleak, Aufnahmeleitung: Gisela Gliewe, Produktionsleitung: Elke Lepke, Produzent: Hans-Werner Honert, Redaktion: Sven Döbler, Darsteller: Klausjürgen Wussow, Suzanne von Borsody, Julia Jäger, Rainer Strecker, Tim Bergmann, Gudrun Ritter, Gunter Schloß

Kurzbeschreibung:

Die fünfte Staffel der *Ärzte*-Reihe umfaßt jeweils zwei Teile mit dem Hamburger Internisten Dr. Vogt, der Kinderärztin Leah aus Karlsruhe und einen Teil mit der Dresdner Anästhesistin Katrin Klein.

Der frisch geschiedene, eigenwillige Dr. Vogt lebt in einer Pension. Trotz seiner kritischen Haltung gegenüber der medizinischen Forschung mit ihren inhumanen Methoden stellt sich am Ende des ersten Teils heraus, daß Dr. Vogt die Oberarztstelle bekommen wird. Im zweiten Teil ist das Ansehen des gerade

Beförderten durch die vermeintliche Liebe einer minderjährigen Patientin gefährdet.

Kinderärztin Leah tritt nach einer längeren Pause in der Klinik, in der ihr Mann Verwaltungsdirektor ist, eine neue Stelle an. Der spannende Entführungsfall eines kranken Kindes durch eine Sekte bringt sie ihrem französischen Kollegen Frédéric Jarry näher, und so geht es im zweiten Teil um die Rettung ihrer Ehe.

Die Anästhesistin Katrin Klein hilft in der Klinik des berühmten Professor Harrer als Schwangerschaftsvertretung aus, bald muß sie jedoch feststellen, daß der Professor alkoholabhängig ist und das Kollegium der Klinik dies totschweigen möchte. Nun wird Professor Harrer ihr wichtigster Patient.

Tatort Krankenhaus

Im Januar 1994 liefen die ersten Teile der Reihe, die unter der Aufsicht der ARD-Fernsehspielredaktion und mit der Beteiligung des ORF produziert wurde, über die Bildschirme. Der Erfolg von Arzt- und Krankenhausserien im Fernsehen, gekennzeichnet durch die massive Zunahme am Programmanteil, sollte mit dem bewährten Konzept der *Tatort*-Reihe gekoppelt werden. Deren „ungebrochene Vitalität“¹ durch die verschiedenen Produktionen der ARD-Anstalten wurde auf ein anderes Genre übertragen. Die Anstalten stellen nicht mehr nur ihre eigenen Kommissare, sondern auch ihre eigenen Ärzte: vom WDR kommt beispielsweise Sportarzt Conny Knipper, vom BR Dr. Schwarz und Dr. Martin, der NDR produzierte schon früher Filme um die Figur des Dr. Vogt. Wie die einzelnen *Tatort*-Filme zeigen auch die verschiedenen *Ärzte*-Teile mehr oder weniger einen regionalen Bezug hinsichtlich der Landschaft oder auch der Mentalität der Menschen. Die abgeschlossenen Spielfilme in 90-Minuten-Länge eint ebenfalls ein gemeinsamer Reihen-Vorspann, der sich mit dem *Tatort*-Vorspann vergleichen läßt: Über die Großaufnahme eines Auges verläuft eine EKG-Kurve, es folgen verschiedene Nahaufnahmen von Händen, die sich Gummihandschuhe überziehen, zum Skalpell greifen, ein Stethoskop ansetzen, aber auch einen Tennisschläger halten oder nach einer Zeitschrift greifen. Der Fluchtcharakter im *Tatort*-Vorspann, der durch die Reduktion der laufenden Beine entsteht, wird durch das Sicherheitsgefühl der zuverlässig zugreifenden Hände und ihren tadellosem Umgang mit medizinischen Geräten ersetzt.

1 Programmdirektor Dr. Günter Struve im Informationsheft der ARD zur *Ärzte*-Reihe

„Der schuftet ... wie ein Pferd“² – Dr. Vogt

Die beiden Folgen um Dr. Vogt (Sven-Eric Bechtolf) der 5. Staffel der *Ärzte-Reihe* wurden 1997 vom NDR produziert. Während das leitende Team sowohl in der Folge *Neuanfang* als auch in *Die Beförderung* gleich bleibt, liegt die Verantwortung für Buch und Regie in verschiedenen Händen. Dieser Wechsel wirkt sich auf die Konzeption der Figur des Dr. Vogt und auf die Atmosphäre in den beiden Filmen aus. Obwohl das dramaturgische Konzept gleich ist – die Handlung teilt sich in drei Hauptstränge, zusätzlich wird in jeder der zwei Folgen ein Intermezzo mit Massennotaufnahme-Charakter eingebaut –, so zeigen sich doch deutliche Unterschiede. Viele Themen aus dem Film *Neuanfang* werden in *Die Beförderung* nicht übernommen. Vogt wird nicht mehr mit Fahrrad gezeigt, das er im ersten Film noch mit ins Bett nahm, der Portier, der ihn jeden Morgen mit schlechten Arzttwitten empfängt, fällt weg. Vogts Zimmer in der Pension ist von einer Folge zur anderen ganz anders eingerichtet, und die Musik ist ebenfalls eine ganz andere. Diese Veränderungen zeigen, daß die Macher kaum auf ein ausgeprägtes serielles Moment festgelegt sind, jeder konnte weitestgehend seine Vorstellungen von der Figur Vogts umsetzen, und dem Erfolg der Vogt-Filme schadete es nicht: *Neuanfang* sahen 4 Millionen Zuschauer und *Die Beförderung* 4,4 Millionen.

Die Folge *Neuanfang* handelt von der Konkurrenz zwischen Karsten Vogt und seiner Kollegin Jana Kutter (Nina Petri) um die Oberarztstelle. Diese Situation ist die Prämisse, die alle anderen Handlungsstränge beeinflusst und auch den Film mit der nächsten Folge *Die Beförderung* verbindet. Die Konkurrenz wird nicht zugespitzt dargestellt, und Vogt nimmt Anteil am Schicksal seiner Kollegin, die am Ende auf die Beförderung verzichten muß, weil sie schwanger ist. Der zweite Handlungsstrang handelt von der unheilbaren Krebserkrankung des Fußballtrainers Breiner. Obwohl Breiner keine Chancen zum Überleben hat, wird er in eine Chemotherapie-Versuchsreihe aufgenommen. Vogt zeigt sich hier als Menschenfreund, der sich gegen das System auflehnt, das durch die Figuren des forschungstreibenden Chefarztes Prof. Hoffmann (Werner Schnitzer) und der ihm ergebenden Dr. Jana Kutter repräsentiert wird. Zu rührenden Szenen kommt es, wenn der Todkranke einem beinamputierten Jungen wieder das Laufen lehrt und dem am Gesundheitswesen verzweifelnden Dr. Vogt Mut zuspricht. Der dritte Handlungsstrang betrifft Dr. Vogts Vater (Klaus Höhne), der Krankenhäuser ablehnt, aber dringend seine Gallensteine entfernen lassen muß. Gleichzeitig wird der persönliche Vater-Sohn-Konflikt vorgeführt,

2 Witwe Ellabrink über Dr. Vogt in *Neuanfang*

der sich an dieser medizinischen Anforderung entzündet. Durch die Behandlung seines Vaters kann Dr. Vogt ihm seine Kompetenz beweisen und erntet schließlich den väterlichen Respekt. Unabhängig von diesen Handlungssträngen wird die Salmonellenvergiftung der Insassen eines Altenheimes als Intermezzo eingefügt. Der hektische Notaufnahme-Charakter reißt nicht nur Dr. Vogt aus seiner



Neuanfang

routinierten Stationsarbeit, sondern auch den Zuschauer aus dem Fluß der Handlungsstränge und erinnert ihn daran, daß Krankheiten zwar schicksalhafte Einzelfälle sein können, aber auch durchaus ein gesellschaftliches Problem darstellen und keiner vor Katastrophen gefeit ist.

Vogt entspricht in vielen Zügen dem Held der Serie *Unser Lehrer Dr. Specht*: er wohnt in einer Pension und erregt die Mutterinstinkte der ihn umgebenden Frauen. Zumindest im ersten Teil verbindet ihn auch die Begeisterung für das Fahrradfahren mit Specht. Obwohl er ähnlich störrisch und unkonventionell gezeichnet ist, steht Vogt nicht so erhaben über den Dingen – er zeigt mehr innere Zerrissenheit, wobei er nicht aus dem Soziotop des Krankenhauses heraus kommt. Sein ganzes Leben und Handeln bleiben dem Krankenhaus verhaftet: dort lernt er Frauen kennen, seine Kollegen sind seine Freunde, und wenn er seinen Vater besucht, dann nur, um in Ruhe über seine Profession nachzudenken.

Dies ändert sich nicht im zweiten Teil. Trotzdem herrscht hier eine andere Grundstimmung: Die Dramaturgie ist auf Spannungselemente hin konzipiert, während der erste Film Gefühle in den Mittelpunkt stellt. Dies liegt zum einen an dem Hauptstrang, in dem die minderjährige Katja Melchior (Nina Seifert) versucht, Dr. Vogt in den Verdacht des Mißbrauchs zu ziehen, weil er sich weigert, ihre Zuneigung zu erwidern. Die Vorbereitungen zu dieser Intrige trifft sie vornehmlich nachts, was den Anteil der Nachtszenen drastisch erhöht (von 7 : 1 auf 2 : 1). Zum anderen geht es auch um eine Patientin, die selbstmordgefährdet ist und die Vogt mit seiner neuen Kollegin Nina Kramberg (Friederike Tiefenbacher) davor bewahren möchte. Obwohl sich wieder alles aus dem Umfeld ‚Krankenhaus‘ ergibt, hängt nun mehr von dem Menschen Konrad Vogt ab als tatsächlich von dem kompetenten Arzt Dr. Vogt. Diese menschliche – ‚außerärztliche‘ – Komponente wird in der ersten Folge von den Patienten getragen, während in *Die Beförderung* kein Verhältnis unter den Patienten darge-

stellt wird, sondern das Klinikpersonal, vertreten durch die Figuren Schwester Karin (Antje Hagen) und Nina Kramberg, mehr in das Zentrum rückt. Den Patienten werden keine eigenständigen Stories mehr zugeschrieben.

„Das muß doch in den Griff zu kriegen sein“³ –
Kinderärztin Leah

Die ersten zwei Folgen (zwei weitere sind geplant) über die Kinderärztin Leah Schönfeld (Simone Thomalla) entstanden 1997 in einer Co-Produktion des Südwestfunk und der Telfrance/Intertel. Im Gegensatz zu den Dr. Vogt-Filmen wechselte hier nicht die Verantwortlichen für Buch und Regie nach einer Folge, dafür zeichnen sich diese durch die Mitwirkung des französischen Schauspielers Bernard Yerlès aus, der synchronisiert werden mußte. Im Film spielt Yerlès einen französischen Kollegen von Leah Schönfeld, d.h. er wird mit einem französischen Akzent synchronisiert.

Die Folgen haben jeweils zwei Haupthandlungsstränge, von denen einer sich auf die Protagonistin und ihre Ehe bezieht, und der andere auf einen Patienten. Sowohl die Kinder in der Klinik als auch das Klinikpersonal sorgen für die Themen der Subhandlungen. Die Figur Leah Schönfeld erscheint als einfühlsame und kompetente Kraft, die mutig und sympathisch ist. In *Die Entführung* scheut sie sich nicht, einen sektenangehörigen Vater, der seine Tochter aus dem Krankenhaus entführt hat, zu verfolgen. Die Verquickung mit den Genres „Krimi“ und „Familie“ führt dazu, daß in dieser Folge vierundvierzig Prozent der Szenen außerhalb des Krankenhausrahmens spielen.



„Das wird alles wieder gut“ (*Die Entführung*)

In der Klinik gehen zwar alle nett und einfühlsam mit den Kindern um, aber Leah Schönfeld besticht durch ihre unkonventionellen Einfälle, z.B. nimmt sie Kindern mittels einer Handpuppe die Angst vor einer Untersuchung oder inszeniert ein Spiel aus dem „Dschungelbuch“, um ein kleines Mädchen nach der Operation zum Essen zu bewegen.

Während sich der erste Film durch Spannung aufgrund der Themen ‘Ent-

3 Leah Schönfeld zu Frédéric Jarry in *Am seidenen Faden*

führung' und 'Sekte' auszeichnet, geht es in der Folge *Am seidenen Faden* um den Tod eines Frühchens, das ohne die medizinischen Apparaturen nicht leben kann. Das Problem der Sterbehilfe wird thematisiert. Einem drohenden Abfall in die Rührseligkeit wirken drastische Aufnahmen entgegen: zu Beginn der Folge wird der Sturz der hochschwangeren Frau, der die Handtasche gestohlen wird, gezeigt, und die folgende Notoperation besteht aus einer Montage mit Aufnahmen einer wirklichen Zwillingsgeburt durch Kaiserschnitt.

Anders als Dr. Vogt unterlaufen Leah Schönfeld weder Fehler in ihrer beruflichen Ausübung, noch wird sie von Zweifeln an ihrer Berufung gequält. Dieses Bild der Vollkommenheit wird durch den anderen Handlungsstrang, der die familiäre Seite erfaßt, relativiert. Die Heldin begeht einen Seitensprung mit ihrem französischen Kollegen, entscheidet sich aber am Ende der zweiten Folge für ihren Mann.⁴

Anders als bei Dr. Vogt sind die ersten zwei Folgen der Kinderärztin Leah stärker durch eine Rahmenhandlung miteinander verbunden. Während die Vogt-Teile auch als unabhängige Filme bestehen können, baut die Geschichte um die Ehe der Leah Schönfeld in den beiden Filmen aufeinander auf – ungeachtet dieses Umstands, steigerte sich der Zuschaueranteil von 4,92 Mio. auf 6,49 Mio.

„Sie war schon als Assistentin eine Spitzenkraft“⁵ – Katrin Klein

Dieser Einzelfilm um die Anästhesistin Katrin Klein (Suzanne von Borsody) wurde 1997 von der Saxonia Media für den MDR produziert. Der Verzicht auf die sonst übliche Namensnennung des Protagonisten im Titel könnte auf eine Umgehung der Festlegung auf eine Hauptperson zurückzuführen sein, da der bekannte Schauspieler Klausjürgen Wussow die Rolle des alkoholabhängigen Klinikchefs übernommen hat – er wird auch im Vorspann zuerst genannt; trotzdem erscheint es fraglich, ob er in weiteren Teilen der Reihe – sofern sie geplant sind – auftreten wird. Auch dieser Film besteht aus zwei Handlungssträngen, wobei sich die Alkoholabhängigkeit des Klinikchefs Prof. Harrer innerhalb der Welt des Krankenhauses abspielt, und ein anderer Handlungsstrang durch eine Patientin, die auf eine Spenderniere wartet, von außen in diese Welt hereingetragen wird.

4 Wohl auch weil die Telfrance für Bernard Yerlès eine größere Rolle verlangte, als der SWF ihm zugestehen wollte, worauf Yerlès aus der Produktion ausschied.

5 Prof. Harrer über Dr. Katrin Klein



Vollnarkose



„Katrin, bitte helfen Sie mir“ (Vollnarkose)

Nachdem sich Katrin Klein durchgesetzt und Harrer ihre Hilfe angenommen hat, zieht er zu ihr, um die Tage, bis ein Platz in einer Entzugsanstalt frei ist, zu überbrücken. Dramatische Szenen ereignen sich, und Wussow bricht sein eigenes „der strahlende Prof. Dr. Brinkmann“-Image. Parallel dazu spitzt sich in der Klinik der Handlungsstrang um die auf eine Spenderniere wartende Patientin zu, bis es zu der actionreichen Eskalation kommt und der Ehemann der Patientin mit Hilfe einer Pistole die Niere, die kurzfristig für eine bessergestellte Patientin umdisponiert wurde, einfordert. Grenzschutzbeamte stürmen das Krankenhaus, der Ehemann wird erschossen, während die Frau operiert wird. Inmitten dieser Turbulenzen wirkt die Protagonistin – gerade auch im Vergleich zu den anderen Ärzten in

dieser Reihe – ungewöhnlich kühl. Sie reagiert nur auf ihre Umwelt, bestimmt wird die Handlung von anderen. Insofern ist letztendlich die Figur des Professor Harrer die differenziertere Figur, die wirklich zu kämpfen hat.

„Ich wünsche mir auch ein anderes Krankenhaus“⁶

Aus dem Anspruch heraus: „realitätsnah und gegenwartsbezogen, ohne dokumentarisch sein zu wollen, präzise recherchiert, aber keine medizinischen Fallstudien“⁷ zu liefern, grenzt sich die Reihe *Ärzte* bewusst, kritisch und ironisch von den gewöhnlichen Krankenhausserien ab. In einer Szene wird dies sogar im Dialog thematisiert: Dr. Vogt reißt seine Wirtin aus einer Serienwelt in der Serie (sie sieht sich gerade eine Arztserie im Fernsehen an) heraus, um sie wieder in die ‚Wirklichkeit‘, so wie sie der Film zeigen will, zurückzuholen:

6 Dr. Vogt zu Breiner in *Neuanfang*

7 Programmdirektor Dr. Günter Struve, a.a.O.

Ellabrink: „Sagen Sie mal, was verdient denn so ein Mann im Monat?“
 Vogt: „Ich glaub' der kriegt pro Drehtag, oder?“⁸

Oder Prof. Harrer, der die Leidenschaft von Schwester Birthe für Serien ablehnt:

Schwester Birthe: „Ich brauche die Serien zum Einschlafen.“
 Harrer: „Ja? Das versteh' ich nicht.“⁹

In ihrem Wunsch, die Realität in einem günstigen Licht zu sehen, wie sie die konventionellen Serien darstellen, gibt Schwester Birthe Harrer die Gelegenheit, als ein Vertreter eines anderen (Krankenhaus-) Serienkonzepts zu erscheinen. Die immanente Herabsetzung anderer Serien im Zitat – „... zum Einschlafen.“ – erfährt noch eine Steigerung, indem ausgerechnet Klausjürgen „Brinkmann“ Wussow sich innerhalb einer Arztrolle von solchen Serien distanziiert, die er früher nachhaltig selbst geprägt hat. Dieses Spiel mit den Genrekonventionen ist nicht neu, doch bezeichnend scheint es, daß gerade dieses Spiel auch in *Tatort*-Filmen vorkommt: in dem Schimanski-*Tatort Mediziner* aus dem Jahr 1990 befragen Schimanski, Thanner und Hänchen in Rotterdam eine holländische Augenzeugin, die nicht versäumt, zu betonen, daß sie sehr gerne das deutsche Programm sehe, vor allem Sendungen mit Rudi Carrell und die *Tatort*-Filme.

Doch der Aspekt, daß sich die Hauptpersonen in den *Ärzte*-Filmen kritisch zu ihrem Genre äußern, paßt zu dem Konzept der Reihe, die Idee der Wirklichkeitsvorstellung über die Charaktere zu transportieren – ein Phänomen, das beim *Tatort* erst relativ spät auftrat, bei den *Ärzten* aber von Anfang an galt. Jörg Thomann bemerkt in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung, daß spätestens, seit Schimanski nicht mehr das Verbrechen im Mittelpunkt steht, „sondern die Person des Ermittlers und die Art, wie er damit umgeht.“¹⁰ Schimanski durchschaut das System, in dem er steckt und ist frustriert und auch die *Ärzte* können sich manchen kritischen Kommentar nicht verkneifen: z.B. wenn Tom Korbacher sich mit Dr. Vogt über die Neubesetzung der Oberarztstelle unterhält:

Korbacher: „Die Stelle ist schon seit Wochen vakant. Für die Verwaltung ist das natürlich schön - das Krankenhaus spart Kosten und die Fachärzte ackern noch mehr als sonst...“¹¹

8 Zitat aus *Neuanfang*.

9 Zitat aus *Vollnarkose*

10 Thomann, 1997

11 Zitat aus *Neuanfang*

Oder wenn Dr. Vogt zynisch seine Kollegin Jana Kutter fragt, was sie dem Krebspatienten Breiner bezüglich einer sinnlosen Chemotherapie sagen will:

Vogt: „Was willst Du denn dem Mann sagen? Daß er sich die Seele aus dem Leib kotzen wird? Daß ihn die Schmerzen rasend machen werden? Daß er Mundfäule kriegt? Haarausfall? Daß er sich nur noch eines wünschen wird: nämlich endlich in Ruhe zu sterben?“¹²

So wie Schimanski das Image des väterlichen, überlegenen Gesetzeshüter ablegt, so verabschieden sich die *Ärzte* von dem Bild der ‚Halbgötter in Weiß‘ – auch wenn Kinderärztin Leah erst noch von ihrem Kollegen Frédéric Jarry darauf hingewiesen werden muß: „Wir sind nicht allmächtig“.¹³ Egon Netenjakob schreibt zum Schimanski-Konzept: „Ein generationsnahes Vorbild wurde gesucht, nicht ein weiterer Vater, sondern ein Bruder. Eine Figur, die nicht so von der Vergangenheit festgelegt, die vielmehr frei genug ist, um heute spontan zu agieren. Die nicht verschlossen und einzelgängerisch ist, sondern offen und auf Kontakt, auf Freundschaften hin angelegt.“¹⁴ Das Neuland, das mit der Figur Schimanski im *Tatort* betreten wurde, ist in der *Ärzte*-Reihe der Ausgangspunkt – immer wieder geht es um Freundschaft und Vertrauen: ob nun Dr. Vogt von seinem Kollegen und Freund Tom Korbacher vor einem folgenschweren Fehler bewahrt wird, Kinderärztin Leah alles daran setzt, die Vorurteile ihrer Kollegen zu widerlegen, oder Katrin Klein von ihrem Kollegen und Freund im Stich gelassen wird – der Arzt, die Ärztin ist nicht mehr allein, sondern im Team zu sehen. Spontaneität, ein frisches Selbstbewußtsein und Freundlichkeit der Figuren wird auch über das Singen transportiert – da singt Dr. Vogt mit seiner Kollegin ein ironisches „oh, help me please doctor, I'm damaged“, Kinderärztin Leah „probier's mal mit Gemütlichkeit“ und der Kollege von Katrin Klein tanzt unter ihrer Dusche zu James Brown.

Netenjakob attestiert dem Schimanski-Konzept weiterhin den Versuch, „mit dem Publikum auf der Basis des gesunden Menschenverstandes übereinzustimmen“.¹⁵ Für Schimanski gilt, daß er glaubwürdig seine emotionalen Kommentare zu den Geschehnissen äußert, indem er sie nicht nur ohne Scheu artikuliert, sondern dann die entsprechenden Aktionen folgen. Bei den *Ärzten* finden sich ebenfalls eine Reihe von emotionalen Ausbrüchen, die spontan verständlich sind, deren Aggressivität aber anders als bei Schimanski zurückgenommen werden muß, bzw. psychologisch genauer motiviert werden müssen,

12 Zitat aus *Neuanfang*

13 Zitat aus *Am seidenen Faden*

14 Netenjakob, 1990, S.33

15 Ebda., S. 37

da es wohl schwer fallen dürfte, einem spontan aggressiven Arzt zu vertrauen. Nachdem ihm die Verantwortung für den Patienten Breiner entzogen wurde, läßt Dr. Vogt z.B. seine aufgestaute Wut an einem unbeteiligten Pfleger aus, der gerade ein leeres Bett durch den Gang schiebt:

Vogt: „Ja, Herrgott nochmal, laß mich doch mal durch. Das ist doch nicht zu glauben!“

Pfleger: „Meine Güte.“

Vogt: „Endschuldige, Du warst nicht gemeint.“¹⁶

Ein anderes Beispiel ist Kinderärztin Leah, die auf die Aggressivität des sektenangehörigen Vaters laut und ungehalten reagiert. Und sogar die ruhige Katrin Klein beschwert sich lautstark, wenn ihr Vorgesetzter Dr. Radke sie systematisch von den Operationen mit Prof. Harrer ausschließt.

Kirsten Villwock bemerkt, daß Schimanski des Spiegelbildes der Figur Thanner bedarf, um seiner Unkonventionalität und seinem impulsiven Verhalten Ausdruck zu geben.¹⁷ Sie bezweifelt, daß Schimanski ohne den konventionellen Gegenpol Thanner auskommen könnte.¹⁸ Im Hinblick auf die krasse Gegenüberstellung der Charaktereigenschaften der Figuren Schimanski und Thanner läßt sich in einem Vergleich mit den Protagonisten der *Ärzte*-Reihe keine dermaßen auf sich bezogene Zweierkonstellation ausmachen. Zwar ergeben sich Unterschiede der Ärzte im Vergleich zu den jeweils anderen Charakteren im Team – die ruhige, überlegene Katrin Klein wird ihrem unsicher wirkenden Geliebten, Dr. Vogt seinem angepaßten Freund Tom Korbacher und Kinderärztin Leah ihrem überlegten Ehemann gegenübergestellt, doch sind die Grenzen der gegensätzlichen Charaktereigenschaften nicht so scharf gezeichnet, wie bei dem Paar Schimanski/ Thanner.

Indessen findet sich jedoch sowohl in der Konzeption der *Ärzte*-Charaktere, als auch bei Schimanski ein Merkmal, das noch mehr zur Unkonventionalität der Figuren beiträgt, als der Vergleich mit anderen Charakteren. Villwock nennt es eine Anti-Establishment-Haltung: „Innerhalb einer starren Bürokratie verschafft er sich individuelle Freiräume und folgt konsequent seinem persönlichen Gerechtigkeitssinn und seiner Intuition.“¹⁹ Ihr hoher Gerechtigkeitsanspruch treibt auch die *Ärzte* dazu, sich gegen die Konventionen und Hierarchien des Krankenhaussystems aufzulehnen: Katrin Klein, die sich gegen Vorgesetzte und Kollegen behauptet, um Prof. Harrer zu helfen, Kinderärztin Leah,

¹⁶ Zitat aus *Neuanfang*.

¹⁷ Villwock, 1991, S. 113

¹⁸ Ein Vergleich der Schimanski-Folgen innerhalb der *Tatort*-Reihe und den mittlerweile produzierten Schimanski-Filmen der ARD ohne Thanner müßte noch unternommen werden.

¹⁹ Villwock, S. 98



Am seidenen Faden

die sich in der Frage, ob ein Frühchen operiert werden soll oder nicht, gegen ihre Kollegin durchsetzt, und Dr. Vogt, der sich gegen seinen Vorgesetzten auflehnt, weil er dessen Behandlungsmethode für falsch und menschenunwürdig hält. So gesehen können die *Ärzte* ebenso wie Schimanski für die Vorgesetzten ein Ärgernis darstellen, wobei auch sie nicht immer recht behalten. „Der Tatenmensch Schimanski macht vieles falsch und hat keine Angst davor, etwas falsch zu machen. Die in jedem Film wiederkehrende Lehre ist, daß er mutig seinem Gefühl folgend am Ende soviel erreicht, wie sich erreichen läßt, mehr jedenfalls als seine konventionellen Kollegen.“²⁰ Zumindest für Dr. Vogt und Kinderärztin Leah trifft dies auch zu, denn nicht alles, wofür sie sich einsetzen, wendet sich zum Guten: das Frühchen, dessen Operation Leah befürwortet, ist trotzdem nicht mehr zu retten, und Dr. Vogt wird nur knapp vor einer falschen Behandlungsmethode bewahrt – im Gegensatz zu seiner Kollegin Nina Kramberg, der eine Patientin aufgrund der Unverträglichkeit eines Medikamentes stirbt. Trotzdem sind die meisten Niederlagen der *Ärzte* eigentlich nur Auswirkungen höherer Gewalt, und es bleibt der Eindruck, daß sie alles versucht haben. Doch trotz dieser Anti-Establishment-Haltung und dem Rückhalt im Freundeskreis sind weder die *Ärzte* noch Schimanski Revolutionäre – sie arrangieren sich mit dem gesellschaftlichen System, in dem sie leben und arbeiten und bewahren sich den kleinen individuellen Freiraum. Netenjakob hat dies in bezug auf Schimanski so formuliert: „Ein Stückchen Utopie realisiert er zunächst einmal für sich.“²¹ Damit lernt auch Dr. Vogt sich abzufinden, nachdem er fast am System gescheitert wäre und so bleibt ihm auch nur die Utopie: „Ich wünsche mir auch ein anderes Krankenhaus.“

20 Netenjakob, S. 34

21 Ebda., S. 38

Karsten Middeldorf

„So etwas ist hier noch nie gemacht worden...“

OP ruft Dr. Bruckner - Die besten Ärzte Deutschlands

RTL 1996-98; Sendezeit: Montags, 20.15 - 21.15 Uhr¹. Produktion: Pantheon Film Berlin; Drehort: Potsdam-Babelsberg; Regie: Udo Witte, Jürgen Kaizig, Edzard Onneken, Michel Bielawa, Jürgen R. Weber; Kamera: Jörg Schalk, Valentin Kurz, u.a.; Redaktion RTL: Melanie Brozeit / Dramaturgie: Dr. Evita Haybäck / Herstellungsleitung: Christoph Moritz Hänska / Producer: Markus Grobecker / Produktionsleitung: Christian Dreßler / Aufnahmeleitung: Dieter Salzmann.

Kurzbeschreibung:

Das Medical-Center Berlin ist der Arbeitgeber von Dr. Thomas Bruckner, einem Ausnahmechirurgen mit Witz und Charakter. Um sich versammelt Dr. Bruckner eine Vielzahl von Kollegen, die abwechselnd im Mittelpunkt der Folgen stehen. So ist *OP ruft Dr. Bruckner* mehr eine Krankenhaus- als eine Arztserie. Im Mittelpunkt der episodisch abgeschlossenen Folgen stehen medizinische Grenzfälle, die den Ärzten höchstes Können und Courage abverlangen. Dennoch legen die Macher der Serie Wert auf realistische Darstellung.

Einleitung

Bereits Anfang 1996 war der Boom der Krankenhaus-Serien, wenn auch nicht im ganzen Ausmaß, den dieser annehmen sollte, zu spüren. So begann der Kölner Sender RTL mit einem aufwendigen Projekt. Eine unter eigener Aufsicht produzierte Serie sollte einerseits dem Trend der großen Beliebtheit Rechnung tragen, andererseits neue Wege auf dem Gebiet des Krankenhaus-Genres in Deutschland beschreiten. Der große Aufwand der Vor-Produktion läßt auf eine langfristig angelegte Perspektive der Serie, die zuerst nur *Dr. Thomas Bruckner*

¹ Die erste Staffel im Herbst - Frühjahr 96/97 lief donnerstags zur selben Zeit. – Im Folgenden wird die Serie ohne den Untertitel zitiert.

heißen sollte, schließen. Die Vorbilder stammten aus den Vereinigten Staaten. Ähnlich wie beispielsweise *Emergency Room* (ER, PRO 7), sollten ein ansprechendes Ensemble von Schauspielern, eine aufwendige Kulisse, ein hoher filmtechnischer Standard und nicht zuletzt spektakuläre, starke und vor allem realistische Stories den Erfolg garantieren. Auch sollten aktuelle gesellschaftliche Probleme nicht aus dem Auge verloren werden. Hinzu kommt eine nicht zu übersehende „Amerikanisierung“ der Serie. Das Krankenhaus heißt „Medical Center Berlin“, die Eingangshalle „Lobby“, die Schwesternküche „Pantry“. Auch die Gestaltung der Interieurs erinnert eher an das Bild, das die Zuschauer aus amerikanischen Serien und Filmen, als aus deutschen Krankenhäusern kennen. Doch auch Berlin, das als kommende Hauptstadt der BRD im Fernsehen zunehmend thematisiert wird, steht im Mittelpunkt dieser Serie. Angefangen bei dem Namen des Krankenhauses, über die Nennung der Stadt in Dialogen, Bauten und Requisiten bis hin zu Figuren, die „Berliner Schnauze“ reden und der multikulturellen Gesellschaft, die sich in Personal und Publikum des Krankenhauses wiederfindet, verleiht die Stadt Berlin, oder besser ein klischeehaftes Bild von ihr, der Serie einen Teil ihres Erscheinungsbildes.

Geschaffen werden sollte also ein neuer, ganz eigener Ort, der seinen festen Platz in der deutschen Serienlandschaft findet und dennoch das Genre der Krankenhaus-Serie bedient.

Struktur und Atmosphäre

OP ruft Dr. Bruckner spielt fast ausschließlich im Krankenhaus, dem *Medical Center Berlin*. Im Mittelpunkt steht der Chirurg Dr. Thomas Bruckner (Bernard Schir), der ein fachliches Genie ist. Doch ist *OP ruft Dr. Bruckner* keine Arzt-, sondern eine Krankenhausserie. Neben Dr. Bruckner versammelt das *Medical Center Berlin* ein Ensemble von Ärztinnen, Ärzten und Schwestern, die immer wieder in den Mittelpunkt der Stories gestellt werden: der choleriche Direktor Dr. Schwemmler (Paul Faßnacht), der Chefarzt Prof. Bergmann (Michael Degen), der Pathologe Dr. Seibt (Erwin Leder), die Schwester Maria-Ines (Carolina Squella), die Kinderärztin Dr. Malenka (Olga Konkaja) usw. Private Konflikte, Liebesbeziehungen usw. finden nur innerhalb des Kollegen- und Patientenumfeldes statt. Einzige Ausnahme ist die Anfangsepisode der Pilotfolge, die in einem Flugzeug spielt. Eine Reihe von festen Nebenfiguren vervollständigt das Personal. Es fällt auf, daß klassische Krankenhausserien-Figuren, wie die autoritäre, aber herzengute Oberschwester oder der freche Pfleger oder Zivildienstleistende fehlen.

Gezeigt wird der Krankenhausalltag, der allerdings durch spektakuläre medizinische Fälle, an denen das Personal sein Können beweisen kann, geprägt ist. Zwar arbeiten die Kollegen Hand in Hand, dennoch entsteht nicht der Eindruck eines Teams. Jeder einzelne beherrscht sein Fach und meistert große Herausforderungen. Im Vordergrund stehen die medizinischen Fälle und ihre menschliche Dimensi-



Action in der Notaufnahme

on. Oftmals sind private oder gesellschaftliche Konflikte Auslöser der Krankheiten, die im Krankenhaus gelöst werden. Eine Hauptepisode, die den Titel gibt, steht im Mittelpunkt. Einer weiteren wird viel, einer dritten weniger Platz eingeräumt. Neben diesen abgeschlossenen Episoden werden die folgenübergreifenden Konflikte und Geschichten erzählt.

Produktion

Die Pantheon-Film Berlin drehte *OP ruft Dr. Bruckner* für RTL in Potsdam-Babelsberg, wo eigens für die Serie ein umfangreiches Atelier (Architekt: Jan Schlubach) gebaut wurde. Die Kosten betragen ca. 1 Mio DM. Zusätzlich wurde das leerstehende ehemalige Krankenhaus der Britischen Besatzung in Berlin für die OP-, Röntgen- und Pathologie-Szenen in echtem Ambiente genutzt. Die Außenaufnahmen und vor allem die Establishing Shots wurden vor einem Gebäude der Technischen Universität am Berliner Spreebogen gedreht. In ca. 8 Monaten Drehzeit (pro Folge ca. 10 Drehtage / ca. 5 Minuten täglich) im Jahr 1996 entstanden 16 Folgen inklusive eines 90minütigen Pilotfilms. Ab dem 16. März 1998 sendete RTL eine neue Staffel mit acht Folgen, die 1997 gedreht wurden. Gedreht wurde auf 35mm Kodak-Eastman-Material. Dies ist für eine solche Produktion ungewöhnlich, da das Drehen „nach Filmmethode“ mit einer 35mm-Kamera teuer und zeitaufwendig ist. Dennoch dachte man sich bei RTL wohl, nur eine so anspruchsvolle ästhetische Gestaltung könnte dem angestrebten Qualitätskonzept entsprechen.

Sendung, Rezeption und Publicity

Mit *Dr. Bruckner* hat RTL eine breite Zielgruppe anvisiert. Neben der klassischen Krankenhausserien-Zielgruppe (Frauen mittleren Alters) sollten auch zunehmend jüngere Zuschauer erreicht werden. Man versprach sich, dies durch

eine rasantere und drastischere Gestaltung zu erreichen. Die Clip-Ästhetik in den Notfallszenen und im Vorspann sind ein Indiz hierfür. *OP ruft Dr. Bruckner – die besten Ärzte Deutschlands* lief von November 96 bis April 97 in 16 Folgen am Donnerstag um 20.15 Uhr auf RTL. Damit löste sie die Serie *Flughafenklinik* ab. Am selben Abend lief auch die Serie *Stadtklinik*. Die Sendezeit betrug 60 Minuten inklusive Werbung (reine Zeit: ca. 52 Minuten). Die neue Staffel lief ab dem 16. März 1998 mit acht Folgen. Der Sendeplatz Montag um 20.15 Uhr wird zu diesem Zeitpunkt der einzige Arzt- oder Krankenhaus-Serienplatz im RTL-Abendprogramm und löst somit den lange Zeit belegten „Ärzte-Donnerstag“ ab. Den Platz nimmt nach den acht *Dr.-Bruckner*-Folgen die Krankenhausserie *Stadtklinik* mit neuen Folgen ein.

Die Serie startete mit recht guten Einschaltquoten von durchschnittlich 14 bis 15 Prozent Marktanteil der Haushalte, was knapp sieben Millionen Zuschauern entspricht. Allerdings bröckelten die Quoten bis zum Schluß der ersten Ausstrahlungsstaffel auf durchschnittlich elf Prozent ab (etwa 3,5 Millionen Zuschauer). Dieses Ergebnis konnte auch mit der zweiten Staffel nicht wesentlich verbessert werden.²

Die Produzenten nennen die Arzt-Roman-Reihe *Dr. Thomas Bruckner - Die berühmten Artromane eines Chirurgen* als Vorlage. Aus der 14tägig im Bastei-Lübbe erscheinenden Heftchenroman-Serie stammt die Figur des Thomas Bruckner in ihren Grundzügen. Auch die genaue, teilweise drastische Darstellungsweise der medizinischen Vorgänge, wie sie in der TV-Serie geschildert werden, findet sich schon in den Heftchenromanen:

„Ich durchtrenne jetzt die Harnröhre.“ Wieder nahm er eine Klemme vom Instrumententisch, legte sie an das röhrenförmige Gebilde und schnitt es durch. Die Blase ließ sich jetzt ohne Mühe aus dem Bett herausheben (...) Mit einem klatschenden Geräusch fiel das Organ in das Gefäß.³

Auch hier stehen dramatische und ungewöhnliche Fälle im Vordergrund. Mit ihnen kann sich Dr. Bruckner als Ausnahmechirurg beweisen. Die TV-Serie übernimmt allerdings weder die konkreten Geschichten, noch, mit Ausnahme der Figur des Chefarztes Dr. Bergmann, das Ensemble des Heftchenromans. Das Krankenhaus heißt hier „Bergmann-Klinik“.

Zusätzlich ist im Bastei-Lübbe-Verlag (RTL-Buchedition, 1997) auch ein Begleitbuch zur Fernsehserie erschienen. Der von Cora Felten verfaßte Roman orientiert sich stärker an der Serie und übernimmt das Personal und ihre Charakterzüge vollständig. Er nennt auch die Darsteller der Serie. Der Schreibstil

2 Quelle: GfK-TV-Rating-Report der jeweiligen Wochen

3 Band 134, *Rettung in letzter Sekunde*, S. 58

ist allerdings derselbe wie im Heftchenromanen. Der Inhalt setzt sich aus einigen, nicht allen Geschichten zusammen, lehnt sich aber an die Drehbücher an.

Diese Begleitbücher und -heftchen stehen für ein breit angelegtes Publicity-Programm im Umfeld der Serie. Solche Werbe- und Verkaufsstrategien sind allgemein üblich und werden für fast alle RTL-Arztserien angewendet (so erscheinen im Bastei-Lübbe-Verlag auch die Bücher zu den Serien *Dr. Stefan Franck*, *Dr. Monika Lind* oder *Der Bergdoktor*). Zusätzlich hat sich der Sender ein eher ungewöhnliches Publicity-Konzept ausgedacht. Auf Einsatzwagen der Johanniter-Unfallhilfe wird für *OP ruft Dr. Bruckner* Werbung gemacht. Dies ist auch ein Schritt weiter in der Vermischung von Alltagserfahrungen und Serienwelten. Für die Unfallhilfe ergeben sich damit nicht nur Werbeeinnahmen, sondern auch eine effektive Eigenwerbung.⁴ RTL profitiert hingegen von dem positiven Image der Johanniter-Unfallhilfe.

Dr. Thomas Bruckner - ein Arzt gegen die Klischees?

Dr. Bruckner wird gespielt von dem österreichischen Theater- und Filmschauspieler Bernhard Schir. Die Titelfigur ist von den Autoren in Zusammenarbeit mit der Redaktion als eine vielschichtige, vielleicht auch widersprüchliche Figur angelegt. Einerseits entspricht sie den Klischees, die für einen (Fernseh)Arzt gelten, andererseits wird dieses Bild systematisch dementiert.

Wie fast alle Serienärzte ist Dr. Bruckner geschieden. In Folge 14 (*Ein schwarzer Tag*) der ersten Staffel taucht seine geschiedene Frau Susan (Cay Helmich) mit der gemeinsamen Tochter Cindy auf. Beide hat Dr. Bruckner in New York, wo er vorher als Chirurg gearbeitet hat, zurückgelassen. In dieser Folge wird der Beziehungs-Konflikt als Klischee-Dilemma deutlich: er bringt zuwenig Zeit für die Familie auf, weil er beruflich überlastet ist. Er liebt seine Familie, vor allem seine Tochter, doch letztendlich ist ihm die Karriere wichtiger. Dieser biographische Hintergrund prägt den Alltag Dr. Bruckners. Er ist Junggeselle, auch wenn er zwischenzeitlich eine Beziehung zu der Kinderärztin Dr. Malenka hat. Die beiden sehen sich allerdings nur im Krankenhaus. Bruckner ist buchstäblich „mit der Klinik verheiratet“. Er arbeitet ununterbrochen, Pausen scheint es nicht zu geben, denn oft sieht man ihn notdürftig Mahlzeiten zu sich nehmen. Dr. Bruckner ist zu allen kollegial, freundlich, hilfsbereit. Und er ist ein „Frauentyp“. Überflüssig zu erwähnen, daß sich eine Schwester in ihn verliebt.

⁴ *Süddeutsche Zeitung* vom 4./5. April 1998

Dennoch ist eine Strategie, diesem Klischee entgegenzuarbeiten, klar erkennbar. Bruckner ist nicht perfekt. Er zeigt menschliche Schwächen und ist verletzlich. Auch er ist nicht immer Herr der Lage und hadert schonmal mit sich, wenn er mit seiner Kunst am Ende ist. Besonders deutlich wird dies in Folge 14, als er der schwerverletzten Sekretärin Dr. Schwemmes nicht mehr helfen kann. Verzweifelt hockt er am Boden zusammengekauert vor dem OP. Auch die kleine Carolin aus Folge 11 kann nicht mehr gerettet werden. Bruckner reagiert zynisch: „Keine toten Kinder heute“. Ein Zynismus, der Serienärzten normalerweise fremd ist, im wirklichen Krankenhaus-Alltag nur allzu häufig vorkommt.

Doch Bruckner ist ein überwiegend fröhlicher Mensch. Er ist cool. Bei Operationen hört er Elvis-Songs und macht Witzchen. Hin und wieder ist eine ironische Distanz zu seiner Tätigkeit erkennbar. Manchmal werden Klischees demonstrativ durchbrochen: In einer Szene bittet ein Patient, der nachts mit einem Becher Kaffee auf dem Flur sitzt, Dr. Bruckner um Feuer für seine Zigarette. Dr. Bruckner gibt ihm Feuer und fügt hinzu: „Lassen sie sich aber nicht erwischen, hier ist Rauchverbot“.

Bruckner ist bei aller Kollegialität auch ein Querdenker, der seine Meinung auch gegen Konventionen vertritt. Er geht immer aufs Ganze, wagt ungewöhnliche medizinische Verfahrensweisen, ist vielleicht sogar ein Abenteurer. Der ständige Drei-Tage-Bart paßt dazu. Oft verschwindet Bruckner im Hintergrund. Er gibt den anderen Ärzten Tips, sie suchen seinen Rat. Aber die notwendigen Schritte führen sie selber aus. So gibt Bruckner in Folge 6 (*Von Liebe und Tod*) der zweiten Staffel den entscheidenden Hinweis auf die Lösung eines großen Problems. Er ist nicht Vaterfigur, sonder guter Freund. Er ist aber auch nicht die allwissende Eminenz, denn auch er sucht Rat bei seinen Kollegen. So läßt die Struktur, die immer wieder andere Figuren bewußt in den Vordergrund stellt, Bruckner als einen, wenn auch besonderen, unter vielen erscheinen. Der Untertitel „Die besten Ärzte Deutschlands“ weist hierauf hin. Als in den ersten Folgen der zweiten Staffel klar wird, daß Chefarzt Prof. Bergmann (Michael Degen) aus seinem Urlaub nicht wieder in die Klinik kommen wird, muß ein Nachfolger her. Klar, daß Bruckner vorgeschlagen wird. Den Serien-Konventionen würde es auch entsprechen, doch schließlich erhält Dr. Weinroth den Zuschlag. Bruckner ist enttäuscht, gratuliert aber ehrlich.

Aus dieser Strategie der Gestaltung der Hauptfigur in der Absicht, ein wirklichkeitsnahes Bild eines Arztes zu vermitteln, entsteht aber eigentlich nur ein neues Klischee, auf ‚höherer Ebene‘ sozusagen: Der gute Arzt mit seinem Ecken und Kanten. Bruckner ist nicht perfekt. Die Zuschauer schätzen Bruckner als eine in sich schlüssige, nicht aber als authentische Figur. Er ist glaubwürdig, aber nicht realistisch.

Kamera-Arbeit

Die Serie besticht durch eine ausgefeilte, aufwendige Kamera-Arbeit. Das Konzept einer ständig bewegten Kamera wird konsequent umgesetzt. Die Szenen sind stets in eine Fülle von Einstellungen aufgelöst. Wo Dialoge in Serien diesen Formates in der Regel aus drei Grundeinstellungen bestehen (Mastershot, Schuß-Gegenschuß), sehen wir hier nicht selten fünf und mehr Einstellungen. Das schafft ein lebhaftes Bild. Die Kamera fährt an den Akteuren entlang, wechselt die Perspektiven und nimmt immer wieder auch ungewöhnliche Positionen ein. So wird z.B. der Gang des Dr. Bruckner am Abend durch den fast leeren Krankenhaus-Flur (Folge 11, Bild 10) zunächst in einer starken Untersicht auf die Neon-Röhren der Decke gezeigt, dann schwenkt die Kamera vertikal abwärts und folgt den Füßen Bruckners, wird in der Fahrt langsamer, um wieder die im übrigen raffiniert ausgeleuchtete Szene zu zeigen: Dr. Bruckner gibt trotz Rauchverbots einem Patienten Feuer. Diese Szene, in der Bruckner als Mensch mit Fehlern vorgeführt werden soll, ist wie ein Thriller inszeniert. Solche Versuche, Serienästhetik zu durchbrechen, verleihen *OP ruft Dr. Bruckner* vom Bild her Spiefilmqualität. Die Lichtgestaltung ist bunt und kontrastreich und erinnert an amerikanische Serien wie *Emergency Room*. In den Notfall-Szenen herrscht Video-Clip-Ästhetik vor: schnelle Schnitte, wacklige Handkamera, Großaufnahmen. Die Hektik, das Kämpfen um wichtige Sekunden wird in der Kameraarbeit nachvollzogen. Wenn es die Szene erfordert (z.B. wenn der Affe Bibo in Folge 11,1 durch die gesamte Lobby rennt) kommt die Steadycam zum Einsatz. Um der zweistöckigen, offengestalteten Lobby Wirkung zu verleihen, wurde auch der Kamera-Kran genutzt.

Dramaturgie der Höhepunkte

In der Hauptepisode von Folge 1 der ersten Staffel (*Das Herz des Clowns*) soll dem berühmten Clown Bobo (Eddi Arent) ein Spenderherz eingesetzt werden. Hier werden zwei Konflikte gezeigt: erstens hat Bobo einen „Kollegen“, den Affen Bibo, der ihm sehr ans – kranke – Herz gewachsen ist. Bibo muß bei Bobo bleiben, da er ohne ihn nicht leben könne, sagt Bobo. Bruckner hat ein großes Herz und läßt einen modernen Acrylkäfig anfertigen, damit Bibo bei Bobo bleiben kann. Anstatt sich nun auf den Konflikt Bobo/Bibo zu konzentrieren, um die menschlich/tierische Dimension zu beleuchten, wird diese Story nicht weiter verfolgt, dafür tritt der medizinische Konflikt in den Vordergrund: Bobo ist allergisch auf alle Narkosemittel und würde die OP nicht überleben.

Kurzerhand greifen Bruckner und Beroz in die Trickkiste: Bobo wird mittels Akupunktur örtlich betäubt. Die OP gelingt problemlos. Auch wenn der Fall recherchiert ist, klingt er sehr unglaubwürdig. Die Gründe hierfür liegen vor allem in der Erzählweise. Die schwierige Herztransplantation wird wie nebenbei erzählt, und kaum hat Bobo die OP überstanden, sieht man ihn schon wieder in der Lobby eine Aufführung für das Krankenhauspersonal und die Patienten veranstalten.

Parallel zur Bobo/Bibo-Geschichte wird die Geschichte der kleinen Carolin erzählt. Dr. Malenka (Olga Konskaja) möchte sie „ein paar Tage zur Beobachtung da lassen“. Zu dem Zeitpunkt, an dem Bobo und Bibo ihre Show machen, wird Carolin wieder entlassen. Zeitlich sind beide Fälle überhaupt nicht verbunden, da sie unterschiedliche Zeiträume beanspruchen müssten, dennoch werden sie parallel erzählt. Die zeitliche Orientierung durch den Zuschauer ist nicht gegeben. Dies wirkt sich auch auf das Realitätsempfinden der Zuschauer



Ein Affe im Krankenhaus. Rechts Dr. Bruckner

aus. Zudem kann weder der eine, noch der andere Aspekt der Bobo/Bibo-Geschichte plausibel, d.h. ausführlich erzählt werden. Das scheint ein Grundmuster von *OP ruft Dr. Bruckner* zu sein. Alle Neben-Geschichten werden nur „an erzählt“. Da ist die Story des Bernie, Sohn des Stadtrates, ausgerechnet für Jugend und Kultur zuständig, der einen Einbruch begeht und dabei seinen Fuß verliert, der von einer herunterstürzenden Glasscheibe

abgetrennt wurde. Wir erfahren nur ansatzweise, warum Bernie, der alles hat und nichts klauen müsste, einen Einbruch begeht: der Vater hat keine Zeit für ihn, weil ihm seine Karriere wichtiger ist. Der Sohn begeht einen Einbruch, um auf sich aufmerksam zu machen. Diese Vater-Sohn-Geschichte bleibt regelrecht in einer Fülle von Side-Stories stecken: zunächst taucht der Fuß auf. Ein pensionierter Arzt des *Medical Center* hat ihn gefunden und fachgerecht verpackt ins Krankenhaus gebracht. Der Fuß wird präpariert und in einem Kühlschrank der Pathologie verstaut. Eine Putzkraft sucht währenddessen einen Ort, um Champagner zu kühlen und stellt deswegen den Behälter mit dem abgetrennten Fuß auf den Boden. Als Bernie eingeliefert wird, kann der Pathologe den Fuß nicht finden. In letzter Sekunde wird er allerdings gefunden und wieder angenäht. Nach diesem spektakulären Intermezzo wird die Vater-Sohn-Geschichte kurz zu Ende erzählt. Ein kurzer Dialog („Danke Vater, daß du jetzt Zeit für mich hast“) muß hierzu reichen. Zuungunsten einer plausiblen,

wenn auch wenig originellen, psychologisch-differenzierten Geschichte, wird der effektvollen Der-Fuß-ist-weg-Geschichte Vorrang gegeben. Auf der Bobo/Bibo-Show kann Bernie schon wieder mit dem Fuß wackeln. An Realismus mag man nun nicht mehr denken. Das Drehbuch sah einen ausführlicheren Dialog vor, doch mußte stark gekürzt werden.

Diese beiden Hauptstories stehen einander nicht nur im Weg, zahlreiche Nebenstories und episodенübergreifende Geschichten werden noch in die Folge gepackt: die völlig überflüssige und nichtssagende Geschichte der Malenka, die Kopfschmerzen hat, zunächst eine Behandlung durch Beroz ablehnt. Als er eine Entzündung feststellt, will sie nicht, daß jemand davon erfährt. Doch kurze Zeit später weiß es jeder und sie ist geheilt. Wie das geschehen ist, bleibt im Dunkeln. Welchen Sinn die Story haben soll, ebenfalls. Die Geschichte der kleinen Carolin, die als Vollwaise in einem Heim lebt und von Dr. Malenka behandelt wird, soll lediglich den sich anbahnenden Konflikt der Malenka und ihrer Tochter im Waisenhaus einleiten. Als sie entlassen wird, wird sie von einem LKW angefahren und stirbt. Mit der erzählten Geschichte hat dies nichts zu tun. Der Regisseur, dem das allgemeine Happy-End zu unrealistisch vorkam, wollte hiermit Realismus erzeugen. Denn schließlich ist auch der Tod realistischer Alltag eines Krankenhauses. Der eigentliche Sinn der Story, Malenka an ihr eigenes Kind zu erinnern, geht damit unter.

Zusätzlich enthält die Folge noch: Eine Dreiecksbeziehung wird weitergeführt, Bergmann hat Arthritis, Virginia Moll kümmert sich rührend um ihn und ihr Freund Beroz wird eifersüchtig. Dann gibt es noch die Schwester Martina Kahnweiler, die psychische Probleme hat und Tabletten nimmt. Das alles ist zuviel, um es in 52 Minuten differenziert, spannend und plausibel zu erzählen.

Nun ist kaum anzunehmen, daß ein Sender wie RTL sein Konzept nicht im Griff hat. Hinter der beschriebenen Unzulänglichkeit der Erzählung eines Konfliktes scheint vielmehr eine Methode zu stecken. Worin besteht diese?

Schaut man sich die Struktur der Erzählstränge an, fällt, wie beschrieben, auf, daß nicht in klassischer Manier die Höhepunkte vor- und nachbereitet werden. Vielmehr bestehen die Erzählstränge im wesentlichen aus den Höhepunkten selber. Ich möchte deshalb hier von einer „Dramaturgie der Höhepunkte“ sprechen. Dramaturgisches Ziel ist es demnach, die Spannung permanent auf einem hohen Level zu halten, den Zuschauer kaum zur Ruhe kommen zu lassen. Schnelligkeit ist ein Markenzeichen der Serie, mit dem besonders durch junge Zuschauer eine für die Krankenhaus-Serie neue Zielgruppe erreicht werden soll. Das Konzept ist Teil einer generellen Tendenz des (Privat)fernsehens: die immer dichter werdende Programmstruktur, die kaum noch Zeit zum Luftholen läßt; die zunehmende, durch das Musikfernsehen beeinflusste Clip-Ästhetik der schnellen Schnitte, welche besonders in den Vorspä-



Realistische Darstellung im OP

nen und der Werbung zum Tragen kommt, die strukturelle Ausrichtung der Nachrichten-, Show- und Spielsendungen auf starke Meldungen und große Pointen. Daß hiermit der Überblick verloren geht, scheint Kalkül zu sein oder mindestens nicht zu stören. Die unübersichtliche Zeitstruktur scheint ebenso beabsichtigt. Nicht die Inhalte sind Programm, sondern die möglichst dichte Aneinanderreihung

von Höhepunkten, damit die Fernbedienung unberührt bleibt.

Für *OP ruft Dr. Bruckner* heißt das, daß die Geschichten besonders stark auf die Pointen zugeschnitten sind, ja tendenziell nur aus Pointen bestehen. Deshalb werden ihnen Nebeneffekte beigelegt. Die Figuren stolpern von Katastrophe zu Katastrophe. Diese Holzschnittartigkeit der Dramaturgie läßt die Lösung der Probleme oft unglaublich wirken. Kaum hat sich Dr. Beroz entschieden, die Akupunktur zur Narkose zu nutzen, liegt der Patient schon auf dem OP-Tisch, kurze Zeit später ist der Clown schon wieder munter und erfreut die Zuschauer mit der Darbietung seiner Kunst.

Der Eindruck von Wirklichkeitsnähe kann so nicht entstehen in einer Serie, die den Anspruch hat, „spannend und realistisch“ (so die Programm-Ankündigung im Vorabendprogramm) zu sein. Das Versprechen, mit dieser Dramaturgie ein zeitgemäßes Format zu schaffen, kann nicht als eingelöst gelten und bleibt eine PR-Phrase.

Wirklichkeitsnähe

„Ich frage die Ärzte immer wieder, gibt es das wirklich, oder ist das nur für's Fernsehen?“⁵

Seit jeher macht die Erwähnung, daß die dargestellten Geschichten wirklich geschehen sind, für die Zuschauer einen besonderen Reiz aus. So wird in Serien oder Filmen immer wieder darauf hingewiesen, daß die Geschichten wirklich geschehen seien, so auch bei *OP ruft Dr. Bruckner*.... Das Eingangszitat dieses Kapitels gehört zu dieser Strategie. Der Schauspieler bestätigt den Zuschauern, daß die Fälle, die nun erzählt werden, echt sind.

⁵ Bernhard Schir in einem Kurz-Interview vor Folge 11 der ersten Staffel.

Die Macher der Serie legen besonderen Wert auf Wirklichkeitsnähe in der Darstellung der medizinischen Fälle und des Krankenhausalltags. Um dies zu verwirklichen, wurde ein großer, kostenintensiver Aufwand betrieben. So wurden für die Ausstattung fast nur echte medizinische Geräte geliehen und sogar gekauft. Ultraschallgeräte, der Computertomograph, das Lasergerät, die Herz-Lungen Maschine, OP-Gerät, Anästhesie-Überwachung usw. sind stets echt. Die Drehbucharbeit fand unter medizinischer Betreuung statt. Bei der Erarbeitung der Bücher in bezug auf Ausstattung, Kostüm, Spezialmaske und schließlich Regie stand eine medizinische Fachkraft zur Verfügung. Auch während der Dreharbeiten war sie ständig anwesend. Für die OP-Szenen stand zusätzlich ein echter Chirurg, eine Anästhesistin sowie eine OP-Schwester und weiteres Fachpersonal eines Berliner Krankenhauses zur Verfügung. Diese ‚Beraterinnen‘ wurden sogar als Darstellerinnen eingesetzt. Die ‚Ausbildung‘ der Schauspieler ging soweit, daß sie nach einiger Zeit leichte medizinische Fähigkeiten, wie Nähetechniken, erlernt hatten. Für die visuelle Darstellung der Verletzungen, Notfallbehandlungen und Operationen arbeitete ein SFX-Masken-Team (Christiane Rüdebusch, Dennis Penkov) ständig an Dummies, Organen, Gliedmaßen usw., die im Bild täuschend echt aussehen. Teilweise wurden auch Aufzeichnungen von echten Operationen (z.B. die Herz-OP aus Folge 11) genutzt.

Die Gesellschaft krankt - Dr. Bruckner hilft

Ein weiteres Merkmal und ein Schwerpunkt der Serie ist die permanente Thematisierung von gesellschaftlichen Problemen. Oft sind Krankheiten nur Auslöser für viele Figuren, sich ihrer Probleme bewußt zu werden und deren Lösung anzugehen. So erleidet ein selbständiger KFZ-Meister in Folge 12 der ersten Staffel (*Die Verwechslung*) einen Schlaganfall infolge völliger Überanstrengung und Stress. Erst jetzt wird ihm bewußt, daß er sich auf wichtigere Dinge als den Beruf konzentrieren sollte und beschließt, sich mehr um seine Frau zu kümmern und mit ihr ein Kind zu bekommen. Solch karrieristisches, allzu materielles Denken ist häufig Thema der Episoden. In Folge 7 der zweiten Staffel (*Von Liebe und Tod*) erkennt ein Model, daß sie nur einem falschen Schönheitsideal hinterhergelaufen ist. Bei einem Autounfall platzt ihr ein Silikon-Implantat. Da ein wichtiger Termin bevorsteht, will sie schnell wieder gesund werden und übergeht alle Risiken. Als ihr bewußt wird, daß ihre Agentin nur für ihren „Warenwert“ interessiert, ist es schon zu spät. Sie stirbt an den Folgen einer Infektion.

Die chronische Finanzmisere des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik ist Dauerthema in *OP ruft Dr. Bruckner*: Überbelegte Zimmer, überlastete

Ärzte und fehlende medizinische Geräte sind nicht selten Grund für Konflikte und manchmal sogar eine Gefährdung für Menschenleben. In der ersten Folge der zweiten Staffel (*Blackout*) ist die veraltete Hauselektrik nicht in der Lage, einen Stromausfall zu überbrücken. Eine Herztransplantations-Patientin gerät in Lebensgefahr, weil der Notstrom auszufallen droht. Aus Finanzschwäche wurde die Erneuerung der Elektrik immer wieder verschoben. Aufgrund der Überlastung der Ärzte, springt in Folge 12 der ersten Staffel ein völlig unerfahrener Arzt für eine Operation ein, und nimmt dem falschen Patienten die Hoden heraus. All diese Zustände, die manchmal versteckt, manchmal aber auch offen auf die Gesundheitsmisere in Deutschland anspielen, werden auf die Figur Dr. Schwemmler projiziert, der als ewiger Knauser agiert, aber auch nur ein Opfer der äußeren Umstände ist.

Weiterhin will die Serie auch für Toleranz und Solidarität mit Minderheiten und Verständigung zwischen Kulturen plädieren. Dies geschieht nur sehr plakativ. Das Personal des Medical Center Berlin ist vielfältig. Dr. Beroz ist türkischer Abstammung und hat damit keine Probleme, bis seine Familie auftaucht und seine Beziehung zu Dr. Virginia Moll damit auf eine harte Probe gestellt wird. Sie hat kein Verständnis für seine übertriebene Fixierung auf die Familie und fühlt sich vernachlässigt. Erst Beroz' Schwester weckt in ihr Verständnis für die kulturellen Hintergründe der großen Bedeutung der Familie in ihrem Land.

Auch in Folge 2 der zweiten Staffel (*Die zugenähte Frau*) werden fremde Kulturen thematisiert. Eine nigerianische Frau wird eingeliefert. Bei der Untersuchung erkennt Dr. Virginia Moll, daß die Geschlechtsteile der Frau zugenäht sind. Sie versucht die Frau zu überreden, sich einer Operation zu unterziehen, um diesen Zustand wieder rückgängig zu machen, scheitert aber an dem patriarchalischen Ehemann. Virginias Motivation zu ihrem Engagement ist nicht das Unverständnis der fremden Kultur, in der solche Praktiken üblich sind, sondern das Eintreten für Selbstbestimmung der Frau.

Mit dieser gesellschaftskritischen, aufklärerischen Komponente versucht die Serie, ein weiteres Merkmal des Qualitätsfernsehens zu integrieren.

Fazit: Ein Qualitätskonzept scheitert

In einer Zeit, in der Krankenhaus-Serien boomen, will RTL eine Serie anbieten, die das Genre bedient, aber ungewöhnlich ist. Die Serie sollte realistisch, spannend, schnell und doch gefühlvoll sein, große Schicksale darstellen. Hierzu dachte man sich ein Qualitäts- und Realismuskonzept aus, das es in diesem Umfang noch nicht gab. Ästhetisch sollte die Sendung ansprechend sein. Aus-

stattung und Kamera-Arbeit hatten hohe Bedeutung. Für die Rollen wurden stets professionelle Schauspieler ausgewählt, auch hier wollte man nichts dem Zufall überlassen. Als Episodendarsteller wurden Stars wie Martin Semmelrogge, Ivan Desny, Rolf Zacher oder Eddy Arent verpflichtet.

Die aufwendige Herstellung hätte ihr übriges tun müssen, aber gut wurde die Serie nicht. Denn entgegen diesem großen Ziel steht ein dramaturgisches Konzept, das überladen, schwerfällig und undurchsichtig ist. Insgesamt entsteht der Eindruck, daß hier eine ambitionierte ästhetische Idee, eine gute schauspielerische Gesamtleistung und ein realistisches Konzept in einer ungeschickten dramaturgischen Gestaltung untergehen. Es ist zu fragen, ob die Zuschauer die Serie als realistisch wahrnehmen, wenn die Geschichten aufgrund dramaturgischer Überlastung nicht plausibel durchgezählt werden können. Das Dilemma ist klar: man wollte zuviel und erreichte nur wenig.

Nur stellt sich die Frage, wie denn der hier propagierte Realismus-Begriff zu definieren ist. RTL definiert ihn vor allem als ein realistisches Verhältnis der Serie zur Alltagsrealität eines Krankenhauses. So betreibt der Sender, wie beschrieben, einen großen Aufwand, um in Drehbüchern, Dialogen, Ausstattung und Darstellung der Krankheitsfälle der klinischen Realität möglichst nahe zu kommen. Der Hinweis auf die „Echtheit“ der Geschichten in den Programmankündigungen unterstreicht dies.

Wie gezeigt, ist es aber für die Zuschauer schwierig, diese Fälle tatsächlich nachzuvollziehen. Ihre Vorstellung von Realität liegt vor allem in einer psychologischen Glaubwürdigkeit. Als Zuschauer nimmt man eine Story als realistisch wahr, wenn – neben der Wiedererkennbarkeit der gesellschaftlichen Situation – die Handlung und die Figuren in sich schlüssig sind. Eine Dramaturgie, die bewußt auf eine Verwirrung in den zeitlichen Abfolgen zielt und Handlungsverläufe auf ihre Höhepunkte beschränkt, verfehlt dieses Bedürfnis. Der bloße Hinweis, es hier mit Fällen zu tun zu haben, die „tatsächlich so passiert sind“, reicht also nicht aus. Darüber hinaus ist für die Zuschauer überhaupt nicht erkennbar – und auch in der Regel nicht relevant –, ob die dargestellten medizinischen Geräte nun echt sind oder nicht.

Desweiteren läßt sich an *OP ruft Dr. Bruckner* der Versuch ablesen, einem seriösen und aufklärerischen Anspruch zu genügen. Einem Anspruch also, den besonders der öffentlich-rechtliche Rundfunk erhebt. Dies versucht RTL einerseits durch die wirklichkeitstreuere Darstellung, andererseits durch eine Strategie, gezielt den gängigen Klischees, die für eine Krankenhausserie gelten, entgegenzuarbeiten. Wie beschrieben, betrifft dies vor allem die Hauptfigur. Es läßt sich der Versuch erkennen, stereotype Figuren des Krankenhaus-Genres zu modifizieren. Doch auch in den erzählten Geschichten wird immer wieder mit

gängigen Strukturen gebrochen. Ärzte scheitern, machen große Fehler, Patienten sterben. Ärzte geraten in Selbstzweifel. Es findet eine Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle als vermeintlicher ‚Halbgott in Weiß‘ statt. Und es bleibt der Eindruck: Ärzte sind auch nur Menschen. Die Thematisierung gesellschaftlicher Probleme geht in dieselbe Richtung.

Begriffe wie „Realismus“, „echt“ oder „sozialkritisch“ sind Sender-Jargon, der als Verkaufsargument angeführt wird. Der Realismus ist nur Attitüde. All diese Argumente werden genutzt, um auf das öffentlich-rechtliche Fernsehen zu reagieren. Die ansprechende ästhetische Gestaltung der Serie ist ein weiteres Element, das vor allem für öffentlich-rechtliche Sendungen gilt. Die Serie *Für alle Fälle Stefanie* (SAT1) steht beispielsweise für einen gewohnten „privaten Standard“ mit Video-Ästhetik (Beta-SP, Digital Betacam u.a.). Nun stellt sich die Frage, ob ein solches Konzept in den Sendestrukturen der Privaten funktionieren kann.

Das heutige Programm von RTL und SAT1 ist in höchstem Maße standardisiert. Alle Sendungen der verschiedenen Sparten haben mittlerweile ihren festen Platz. Das Abendprogramm beginnt mit den täglichen Serien und Infotainment-Sendungen. Die Hauptsendezeit von 20 bis 23 Uhr ist fast ausschließlich den Familien-, Krimi- und Krankenhausserien vorbehalten. Der stündliche Wechsel der Sendungen dominiert. Zwar sind auch öffentlich-rechtliche Programme standardisiert, Sendungen haben ihre festen Plätze, dennoch läßt sich nicht in dem Maße, wie es bei den Privaten erkennbar ist, eine Unterordnung der Sendungen, also der Inhalte, unter das Programmschema feststellen. Ein in Ansätzen öffentlich-rechtliches Konzept kann also in dieser Struktur kaum funktionieren. So wäre ein wichtiges Moment einer seriös-aufklärerischen Haltung, daß die Sendungen auch über ihren Sendeplatz hinaus wirkten. Vielmehr findet aber die Abhandlung beispielsweise gesellschaftlicher Probleme nur folgenimmanent statt: kaum ist die Sendung beendet, ist das Problem auch schon gelöst. Die Zuschauer haben keinen Raum zur Reflexion. Ganz abgesehen davon, daß die begrenzte Zeit und die massiven Werbeunterbrechungen die Entwicklung einer differenzierten Erzähl- und Argumentationslinie nicht zulassen.

Eine Serienkonzeption für das RTL-Abendprogramm muß also von vornherein anderen Vorzeichen gehorchen. Sie muß sich in das Sendekonzept einfügen. Es ist unverständlich, wie der Sender ein solches Konzept überhaupt annehmen konnte. Die negative Zuschauerquoten-Entwicklung, die Marktanteilsverluste von bis zu 30 Prozent aufweist, unterstreicht, daß hier ein Qualitäts- und Realitätskonzept gescheitert ist.

Doris Rosenstein

„Den meisten kann geholfen werden“

alphateam - Die Lebensretter im OP

SAT.1 1997/1998. Ausstrahlungsbeginn: 9.1.1997; wöchentlich; Folgenanzahl (Stand 26.3.1998): 55. Produktion: Multimedia Gesellschaft für audiovisuelle Information (Wolfgang Esters); Produzent: Ulrich Lenze; Autoren: Christoph Busch, Ernst Kleemann, Neithardt Riedel; Regie: Frank Strecker; Musik: R. Schulte-Hemming, Jens Langbein; Szenenbild: Toni Lüdi; Bildgestaltung: Erich Krenek; Kamera: Christoph Roth, Rainer Nolte
Darsteller und Rollen: Franz-Hermann Hanfstingl (Dr. Schirmer, Chefarzt), Oliver Hermann (Dr. Carstens, Oberarzt), Wolfgang Wagner (Dr. Brotesser Assistenzarzt), Heike Schroeter (Dr. Gassner, Chefin der Notaufnahme), Marlies Engel (Oberschwester Gisela), Nicole Boguth (Dr. Dehning, Notärztin), Simone Ritscher (OP-Schwester Marion), Karen Böhne (Dr. Schaller, Internistin), Hermann Toelke (Dr. Scheu, Anästesist), Uwe Karpa (Oberpfleger Helmut Brennecke), Moritz Lindbergh (Dr. Pacek, Assistenzarzt), Joana Adu-Gyanfi (Röntgenassistentin Hannah), Chiara Schoras (Lernschwester Katja), Ilknur Boyraz (Schwester Yasmin) u. a.

Kurzbeschreibung:

Die Serie *alphateam – Die Lebensretter im OP* (künftig *alphateam*) schildert die Arbeit von Ärztinnen, Ärzten, Schwestern und Pflegern in der Notaufnahme-Station einer fiktiven Klinik in Hamburg. Einmal wöchentlich wird die „Notaufnahme Hansa-Klinik“ zum alleinigen Schauplatz eines Seriengeschehens, für das die wechselnden Notfälle und die Hintergrundgeschichten der eingelieferten Patienten, das Privatleben des Personals und die Beziehungen zwischen den Team-Mitgliedern den Stoff liefern.

1. Zum Erfolg des Notaufnahme-Sujets

Im ständig expandierenden Spektrum der Krankenhausserien zeichnet sich in den letzten Jahren eine Variante ab, die das Notaufnahme-Sujet zum Ausgangspunkt seriellen Erzählens nimmt. Darüber hinaus gibt es zahlreiche Produktionen, die dieses Sujet als ein Element neben anderen Elementen aufgreifen oder zumindest die Notfall-Situation verarbeiten. Als Beispiele lassen sich

u.a. Arzt- und Krankenhausserien wie *OP ruft Dr. Bruckner*, *Für alle Fälle Stefanie*, *Die fliegenden Ärzte*, Bergserien oder Action-Serien wie *Medicopter 117* (RTL) und *Rettungsflieger* (ZDF) anführen. Die amerikanische Serie *ER* (*Emergency Room*) (1994) wird von Fernsehpublizisten zwar als Initialzündung für den Notaufnahme-Trend der 90er Jahre eingeschätzt; der Erfolg dieses Serien-Produkts reicht allein jedoch nicht als Erklärungsmoment aus; vielmehr sind die Eigendynamik des genre-bezogenen Ausdifferenzierungsprozesses und die Anbieterkonstellation mit in den Blick zu nehmen. Nicht umsonst hatte die Vorläuferserie *Emergency* aus dem Jahre 1976 keineswegs diesen Effekt, sie wurde nicht einmal für das öffentlich-rechtliche Programmangebot angekauft. Und die von der ARD 1975 bis 1976 ausgestrahlte Serie *Notarztwagen 7* blieb eine singuläre Erscheinung. Wie die generelle Zunahme von Arzt- und Krankenhausserien ist auch der Notaufnahme-Trend ein typisches Phänomen der Anbieter-Konstellation im dualen System.

Nichtfiktionale Sendereihen wie u.a. *Notruf* und das sogenannte Reality-TV mögen dazu beitragen haben, diesen Trend vorzubereiten; zumindest sind sie Belege für eine bereits langjährige Präsenz der Notfall-Thematik im kommerziellen Programmangebot. Kommerzielle Sender sind auch in den 90er Jahren die Anbieter, die in besonderer Weise auf die Attraktivität des Notaufnahme-Sujets setzen. SAT.1, Kabel 1, RTL, Pro 7, die hier in erster Linie zu nennen sind, haben dafür triftige programmpolitische Gründe: Das unter dem Vorzeichen des Notrufs bzw. der Notaufnahme stehende fiktionale Programmangebot dient u.a. zur Senderprofilierung (im Sinne einer Programm-,Farbe', die durch Spannung, Dynamik, Realitätsnähe gekennzeichnet ist) und korrespondiert mit Vorstellungen über die werbestrategisch zu bevorzugende Zielgruppe: Es handelt sich um ein jüngeres (angeblich kauffreudiges) Publikum. Diese Zielgruppe – so wird vermutet – ist tendenziell action-orientiert, umfaßt auch Thriller- und Katastrophenfilm-Anhänger, ist fasziniert von Grenzsituationen, liebt Spannungseffekte, goutiert Unterhaltung in Kombination mit Schaudern und Nervenkitzel. Angesichts solcher (hier verkürzt dargestellter) Präferenzen kann es nicht verwundern, daß das furiose, ästhetisch ambitionierte Erzähl- und Gestaltungskonzept von *ER* diese Serie zu einer sogenannten ‚Kultserie‘ werden ließ.

2.1 Perspektiven der Untersuchung

Während die öffentlich-rechtlichen Anbieter bisher noch Zurückhaltung bei der Produktion von Serien übten, die die Notaufnahme-Thematik als zentralen Er-

zählunlaß aufgriffen,¹ steht mit der Serie *alphateam* ein Programmangebot kommerzieller Anbieter zur Diskussion, das genau diesen Ansatz realisiert. Diese Notaufnahme-Serie gehört zur Zeit mit zu den profiliertesten Varianten des Genres Krankenhaus-Serie; profiliert im Hinblick auf ihr Erzähl- und Gestaltungskonzept, das traditionelle dramaturgische und narrative Verfahren mit genrespezifischen Möglichkeiten seriellen Erzählens und aktuellen Gestaltungstrends kombiniert. Zu den Resultaten dieses Erzählansatzes gehört ein atmosphärisch verdichtetes Gesamtbild des Schauplatzes Notaufnahme-Station.

Obwohl das Notaufnahme-Sujet ja nur ein Segment des Krankenhaus-Sujets darstellt, scheint die Serie *alphateam* für die Frage nach dem Spezifischen von Krankenhausserien besonders ergiebig zu sein. Bei ihrer Untersuchung wird neben dem Konzept, dem realisierten Produkt und der Präsentation der Serie ein besonderer Schwerpunkt bei der Erschließung von Charakteristika des Krankenhausgenres liegen. Genauer untersucht wurden ausgewählte Aufzeichnungen von Serienfolgen der ersten drei Staffeln. Ein Großteil der weiteren bis Mitte 1998 ausgestrahlten Folgen der dritten Staffel wurden gesichtet und im Hinblick auf spezifische Gestaltungsmerkmale ausgewertet.

2.2 Informationen zur Serie

Die Serie *alphateam* wird von der *Multimedia Gesellschaft für audiovisuelle Information* als Auftragsproduktion für SAT.1 hergestellt. Zur Stammbesetzung der Serie gehören ca. 20 Schauspielerinnen und Schauspieler. Während die Stammbesetzung aus relativ unbekanntem Akteuren besteht, treten in den Rollen der Notfallopfer oder ihrer Angehöriger mitunter auch bekanntere Fernsehdarsteller auf; so z. B. Doris Kunstmann, Christoph Eichborn, Evelyn Opela, Wilfried Baasner, Marie-Luise Marjan, Rolf Becker, Monika Peitsch, Rainer Basedow, Andreas Elsholz, Rolf Becker, Uwe Friedrichsen.

Wie dem Abspann zu entnehmen ist, wird die Produktion der Serie durch die Unternehmen Siemens AG (Bereich medizinische Technik) und Ethikon (Nahtmaterial und Transplantate) unterstützt. Dieser Sachverhalt und der Hinweis auf die Fachberatung (durch Uschi Mierzowsky und Stefan Kayser) sind Indizien für einen Qualitätsanspruch, der sich an dem Prinzip der Genauigkeit bei der Darstellung medizinisch-technischer Details orientiert.

Auf die erste Staffel, die am 9.1.1997 mit der Folge *Herzsprünge* startete und 26 Folgen umfaßte, folgte nach einer Wiederholungsphase die zweite Staf-

¹ Nicht das Notaufnahme-Sujet im engeren Sinn, aber doch das Notfall-Thema greift die vom ZDF ausgestrahlte Action-Serie *Rettungsflieger* auf.



Motiv aus dem Vorspann

fel. Seit Januar 1998 werden weitere Folgen im wöchentlichen Turnus ausgestrahlt. Der Programmplatz für die jeweils 60 Minuten dauernden Folgen ist das Abendprogramm am Donnerstag in der Zeit von 22.15 bis 23.15 Uhr. Die Serie ist demnach am Rande der prime time angesiedelt und in einen Programmablauf von SAT.1 eingebunden, der auch sonst im Zeichen der Ärzte steht: Auf die *Geliebten*

Schwestern (19.00-19.30 Uhr) folgt donnerstags gegenwärtig (d.h. Anfang April 1998) nach der Gewinnshow *Glücksrad* und dem Krimi *Kommissar Rex* die Krankenhausserie *Für alle Fälle Stephanie* (21.15-22.15 Uhr).²

Die Ausstrahlung der Serie *alphateam* wird durch jeweils drei Werbeinseln unterbrochen, die pro Folge insgesamt ca. 15 Minuten beanspruchen. Zwei kleinere Werbeblöcke sind kurz nach Beginn (nach der Einlieferung des ersten Notfalls) und kurz vor dem Ende (nach dem letzten Höhepunkt) plaziert. Der erste Block dauert bis zu drei Minuten, der letzte bis zu fünf Minuten. Ein längerer Werbeblock, der meist ungefähr sieben Minuten umfaßt, befindet sich in der Mitte jeder Folge.

Wie die (von der GfK erhobenen) Zuschauerdaten zeigen, wurde die Serie von Beginn an von rund 4 Millionen Zuschauern eingeschaltet.³ Eine ähnliche und damit weitgehend konstante Zuschauerresonanz (gekoppelt mit relativ hohen Marktanteilen) fanden auch die Wiederholungen im Dezember 1997⁴ und die Folgen der dritten Staffel.⁵

2 RTL strahlt donnerstags zwischen 20.15 und 21.15 Uhr die Ärztinnenserie *Dr. Monika Lindt - Kinderärztin, Geliebte, Mutter* aus, das ergibt ein fast lückenloses ‚Weißkittelprogramm‘.

3 09.01.1997: (1) 4,12 Mill. Zuschauer, 5,8%, 17,8% Marktanteil
 16.01.1997: (2) 3,80 Mill. Zuschauer, 5,3%, 11,5% Marktanteil
 23.01.1997: (3) 4,22 Mill. Zuschauer, 5,9%, 19,7% Marktanteil
 20.02.1997: (7) 4,50 Mill. Zuschauer, 6,3%, 22,3% Marktanteil
 27.02.1997: (8) 4,47 Mill. Zuschauer, 6,3%, 21,5% Marktanteil

4 04.12.1997: (6) 4,42 Mill. Zuschauer, 22,3% Marktanteil
 11.12.1997: (9) 4,24 Mill. Zuschauer, 21,0% Marktanteil
 18.12.1997: (10) 3,87 Mill. Zuschauer, 19,0% Marktanteil

5 05.03.1998 (52): 4,38 Mill. Zuschauer, 6,1%, 22,1% Marktanteil
 12.03.1998 (53) 4,70 Mill. Zuschauer, 6,6%, 25,1% Marktanteil
 19.03.1998 (54): 4,22 Mill. Zuschauer, 5,9%; 22,9% Marktanteil

2.3 Zum dramaturgischen und narrativen Grundkonzept der Serie

Der bei jeder Folge gleichbleibende Vorspann präsentiert in rascher Schnittfolge charakteristische visuelle Partikel – vom Stadtpanorama, einer Krankenhausfassade, Aufnahmen eines Hubschraubers und eines Krankenwagens bis hin zu Großaufnahmen von medizinischen Geräten, Meßinstrumenten und Akteuren im Operationssaal. Diese Bilderfolge, die mit akustischen Signalen und einer sich steigernden Musik unterlegt ist, vermittelt in metaphernähnlicher Verdichtung einen Eindruck von der Atmosphäre des Schauplatzes, der im Zentrum der Serie steht. Der Vorspann geht am Ende in ein aus dem Off gesprochenes Statement über: „Was ist noch wichtig auf dieser Welt, wenn man ein Leben retten kann?! Nichts, gar nichts!“ Mit dieser pathetisch wirkenden Äußerung wird neben dem atmosphärischen Gesamtbild ein zweites wichtiges Element der Serie gleich am Anfang zur Kenntnis gebracht: die ethische Fundierung, mit der das Geschehen in der Notaufnahme verknüpft ist. Der Vorspann gibt demnach in Form einer Exposition rezeptionsleitende Signale für das Seriengeschehen, das zumindest nach den Intentionen der Macher nicht vorrangig als nur spannungsreich und action-orientiert, sondern auch als wertvoll und sozial relevant wahrgenommen werden soll.

Die dramaturgische Struktur der Serie reproduziert eine faktische Notaufnahme-Situation. Geschehensabläufe, wie sie in einer Notaufnahme-Station vorkommen könnten, bilden das Grundgerüst für den Handlungsverlauf. Das heißt, die eingelieferten Notfälle diktieren das Geschehen, bestimmen den Wechsel zwischen Phasen höchster Aktivität und Phasen relativer Entspannung.

Es entsteht der Eindruck, als verlaufe das Seriengeschehen (annähernd) parallel zur realen Zeit, als blende sich die Serie einmal pro Woche in die Nachtschicht einer realen Notaufnahme-Station ein. Wenn Mitglieder des *alphateams* bei ihrem Dienstantritt die bereits Anwesenden mit „Guten Abend“ begrüßen oder auf Anzeigen im *Hamburger Abendblatt* anspielen, so ist das symptomatisch für eine Rezeptionsvorgabe, die den Zuschauer beim abendlichen Fernsehen unmittelbar einzubeziehen versucht. Da die Akteure in ihren Dialogen häufig auf die (Serien-)Ereignisse der vorangegangenen Woche Bezug nehmen und in diesem Kontext konkret von der „letzten Woche“ sprechen, wird auch in dieser Hinsicht der Eindruck der ‚parallelen Welt‘ geradezu verstärkt.

Der Handlungsort, die Notaufnahme-Station einer fiktiven Klinik in der Großstadt Hamburg, wird niemals verlassen. Innerhalb dieses Handlungsortes vollzieht sich ein permanenter Wechsel zwischen folgenden Örtlichkeiten: Ein-

gangs- und Empfangsbereich (Terminal mit Warteplätzen und einer Schiebetür nach draußen und mehreren Fluren, die davon abzweigen), Schockraum, mehreren Behandlungsräumen, OP-Räumen, Labor, Aufenthaltsraum. Der Verzicht auf andere Handlungsorte führt zu einer konzentrierten Evokation der Krankenhaus- bzw. der Notaufnahme-Atmosphäre. Das heißt jedoch nicht, daß die Binnenwelt der Notaufnahme-Station völlig von der Außenwelt abgeschottet wäre. Allein schon durch die eingelieferten Notfälle wird das Soziotop Notaufnahme-Station mit der Außenwelt in Beziehung gesetzt.

Das Serienpersonal setzt sich aus dem in allen Folgen (weitgehend) gleichbleibenden Notaufnahme-Team und den wechselnden Akteuren zusammen, die in jeder einzelnen Folge als Notaufnahme-Fälle auftreten. Es steht kein einzelner Arzt im Zentrum der Serienhandlungen, vielmehr wird der Team-Charakter betont, wie ja bereits der Titel *alphateam* signalisiert. Die Bezeichnung „Lebensretter im OP“ verleiht den Akteuren einen fast schon heroischen Nimbus, der noch durch das bereits erwähnte Statement im Vorspann verstärkt wird. Trotz dieser ein wenig aufgesetzt wirkenden Akzentuierung sind die Akteure recht alltagsnah und vor allem differenziert gezeichnet.

Das Figurenensemble und die Figurenkonstellation sind so angelegt, daß einerseits den Tätigkeitsfeldern einer Notaufnahme-Station sachgemäß Rechnung getragen wird, andererseits aber auch ausreichend Ansatzpunkte für im Privaten angesiedelte Probleme und für Beziehungs- und Konfliktgeschichten gegeben sind. Das Team besteht aus Ärztinnen und Ärzten, Arzt-Praktikanten, einer Oberschwester, einem Oberpfleger, OP-Schwestern, Lernschwestern und einer Chefin. Bei bestimmten Ausnahme-Situationen werden Experten aus dem Haupthaus der Klinik hinzugezogen.

Zu den Gesichtspunkten, die bei der Figurenkonstellation wirksam werden, gehören unterschiedliche fachliche Qualifikationen, hierarchisch-organisatorische Funktionen, unterschiedliche Charaktere, Geschlechter und Altersstufen. Von der etwas ‚flippigen‘ Lernschwester, die in ihrer Freizeit in einer Band auftritt, bis hin zur Oberschwester, die ehrenamtlich in einer Anlaufstelle für Drogenabhängige tätig ist, erhalten alle Figuren durch lebensgeschichtliche Attribute Kontur. Hier ist auch die nationale Zugehörigkeit anzuführen – die Röntgenassistentin kommt aus Afrika, eine Schwester ist türkischer Herkunft – und nicht zuletzt der Sachverhalt, daß nicht wenige der Figuren eine Scheidung hinter sich haben oder von ihrem Partner getrennt leben.

Für das – auf das Team bezogene – Seriengeschehen werden zudem unterschiedliche Rollenvorgaben bedeutsam, die teilweise auch aus anderen Krankenhausserien bekannt sind: So gibt es z. B. immer wieder die intrigante Schwester, die besonders mitfühlende Ärztin oder Schwester, den an erotischen

Abenteuern nicht uninteressierten Jung-Arzt. Diese klischeehaften Figurenmerkmale kommen jedoch recht sparsam zur Geltung, vielmehr überwiegen die individualisierten Figuren, die psychologisch weitgehend abgerundet und auch im Hinblick auf ihr berufliches Engagement glaubwürdig erscheinen. Zur Glaubwürdigkeit trägt bei, daß sich die Figuren im Laufe des Seriengeschehens verändern und daß sich diese Veränderungen wohl dosiert vollziehen.

Geschichten, die die berufliche und die private Sphäre der Team-Mitglieder betreffen, ergeben eine Handlungsebene; sie wird dominiert von der zweiten Handlungsebene: den eingelieferten Notfällen mit den jeweils thematisierten Hintergrundgeschichten, den Rettungs- und Hilfsaktivitäten und den generellen Abläufen der Notaufnahme-Station. Pro Folge werden meist vier, manchmal auch nur drei Notfälle behandelt und abgeschlossen. Obwohl von der einstündigen Serienfolge ungefähr 15 Minuten Werbezeit abzurechnen sind, bleibt mit 45 Minuten reiner Handlungszeit ausreichend Raum, um die zentralen Geschichten in ausführlichen Handlungssträngen zu gestalten.

Die Behandlung der Patienten wird mit dem Anspruch der Realitätsnähe gezeigt. Sowohl medizinisch-technisch wie behandlungsstrategisch wird versucht, glaubwürdig zu agieren. Wie das medizinische Basisrepertoire (Spritze setzen, Lunge abhören, Röntgenaufnahmen anfertigen, CT veranlassen, Blutdruck messen, Infusion verabreichen, EKG anfertigen, Blutbild untersuchen usw.) wirken auch die Ausstattung, die Apparate und das Vokabular authentisch. Obwohl schockierende Bilder vermieden werden, enden die Bildsequenzen, die operative Eingriffe zeigen, keineswegs immer mit dem Ansetzen des Skalpells. Mitunter sind auch drastische (Groß-)Aufnahmen der Verletzungen zu sehen.

Die Handlungsgestaltung orientiert sich zum einen an der Situation, wie sie in einer Notaufnahme-Station gegeben ist. Der permanente Wechsel von Spannung und Entspannung, von Dynamik und Ruhe, von Zuspitzung und Entwarnung ist bis zu einem gewissen Grade dem der Wirklichkeit entnommenen Sujet geschuldet. Auch ohne gezielten spannungsdramaturgischen Aufwand ist ein Spannungsmoment vorgegeben, das – so könnte man behaupten – auch bei einer Reportage über eine Notaufnahme-Station vorhanden wäre.

Zum andern kann man bei der Handlungsgestaltung leicht erkennen, daß das Geschehen selbstverständlich inszeniert, ästhetisch gesteigert und inhaltlich komponiert ist. Dafür erscheinen allein schon die beiden folgenden Phänomene symptomatisch: Die mögliche große Bandbreite der Notfall-Begebenheiten wird bewußt reduziert und in jeder Folge in einer durchkomponierten Form präsentiert. Die Ärzte und Schwestern erweisen sich nicht nur als Fachpersonal, sondern leisten zusätzliche sozialtherapeutische Dienste.

2.4 Zur dramaturgischen und narrativen Realisation

Zu den charakteristischen Merkmalen der Konzeption gehört, daß bei ihr sowohl Prinzipien der offenen wie der geschlossenen Form Anwendung finden. Die oben angesprochene Einheit des Ortes und der Zeit sind Merkmale der geschlossenen Form. Im Hinblick auf den Komplex der Handlung läßt sich von der Kombination beider Modelle sprechen, die sich auf dem Sektor der Serie als Episodenserie und potentielle Endlos-Serie manifestieren. Die Notfälle werden in jeder einzelnen Folge abgeschlossen (und in späteren Folgen auch dann nicht wieder aufgegriffen, wenn sie medizinisch noch weiterlaufen müßten). Dieser (nach dem Prinzip der Finalität gestaltete) Handlungsbereich folgt dem episodischen Serienmodell. Demgegenüber übergreifen sowohl das Notaufnahme-Geschehen wie die Geschichten aus der privaten und der beruflichen Sphäre des Personals die einzelnen Folgen und sind somit potentiell endlos fortsetzbar. Das hierin realisierte Prinzip der Offenheit, das sich schlagwortartig mit *open ending* charakterisieren läßt, ist nicht nur unter narratologischem, sondern auch unter produktionsstrategischem Blickwinkel von Bedeutung, eröffnet es doch auf ausgesprochen ‚elegante Weise‘ die Möglichkeit, die Produktion der Serie je nach Publikumsresonanz in weiteren Staffeln fortzusetzen.



Empfangsbereich

Auch in anderer Hinsicht sind Anlehnungen an eingespielte, den Darstellungstraditionen anderer Medien entlehnte dramaturgische Verfahren zu registrieren. Die Telefonate, durch die handlungsrelevante Aspekte in das Geschehen vor Ort integriert werden, lassen an die theatrale (Not-) Lösung der ‚Mauerschau‘ denken, die Einlieferungsinformationen der Notärztin erinnern an das Hilfsmittel des ‚Botenberichts‘, der Eingangsbereich

der Notaufnahme wirkt wie eine Bühne mit Zu- und Abgängen. Als Kreuzungspunkt der Aktivitäten und des kommunikativen Austausches sowie als Verbindung von Innen und Außen übernimmt er vergleichbare Funktionen wie das Proszenium des Bühnentheaters.

Wie unschwer festzustellen ist, finden sich auch für die Beschränkung auf einen klar umgrenzten sozialen Raum als alleinigen Schauplatz Vorbilder bei älteren wie bei jüngeren Darstellungsformen und Medien. Abgesehen vom bereits erwähnten Bühnentheater, vom Fernsehspiel und von den Fernsehserien,

die u.a. ein Hotel, ein Schiff, eine Schule, ein Krankenhaus, eine Straße, ein Mietshaus zum Ort des fiktiven Geschehens machen, wurde dieser Ansatz schon lange zuvor im Film und in der Literatur praktiziert. Sowohl der Film *Menschen im Hotel* als auch die Romane *Die Mietskaserne* und *Chronik der Sperlingsgasse*, um nur einige Beispiele zu nennen, arbeiten mit der Vorstellung, daß sich in dem gewählten Weltausschnitt der gesellschaftliche Kosmos exemplarisch widerspiegelt.

Neben solchen Anverwandlungen traditioneller Darstellungs- und Erzählmuster und der konsequenten Umsetzung der Möglichkeiten, wie sie durch das Regelset der Gattung Fernsehserie und die Konventionen des Genres Krankenhausserie gegeben sind, lassen sich bei der Serie *alphateam* spezifische Gestaltungsaspekte erschließen, die der Konturierung des Gesamtbildes der fiktiven Notaufnahme-Station dienen und das Soziotop „Notaufnahme“ in seiner spezifischen Atmosphäre illustrieren. Das betrifft zunächst einmal die inhaltlich-thematische Komposition.

Die Notfall-Zusammenstellung erfolgt unter bestimmten Prämissen. Dazu zählt das Prinzip der Glaubwürdigkeit, das von vornherein bestimmte Grenzen setzt. In eine Notaufnahme-Station werden in der Regel nur bestimmte Fälle eingeliefert. Außerdem ist diese Abteilung vorrangig als Durchgangsstation zu betrachten. Beides findet auch in der Serie Berücksichtigung. Dadurch erübrigt sich einerseits, eine Notfall-Geschichte länger auszuführen oder gar den Heilungsprozeß darzustellen. Verbrennungsoffer werden z.B. in der Serie konsequenterweise nach der Erstversorgung in Spezialkliniken überführt, operative Eingriffe, die das *alphateam* regelmäßig durchführt, müssen als akute Notfälle legitimiert sein. Spektakuläre Herztransplantationen, wie sie der Protagonist der RTL-Serie *OP ruft Dr. Bruckner* mehr oder weniger beiläufig absolviert, kommen deshalb nicht in Betracht.

Andererseits würden die Notfälle allein nicht allzu viel hergeben, wenn sich damit nicht in irgendeiner Weise interessante, bewegende, tragische, spannende Momente verknüpfen ließen. Das geschieht durch die Thematisierung der Hintergrundgeschichten, die zwar nicht szenisch dargestellt (oder gar in Rückblenden erzählt), jedoch im Gespräch mit den Angehörigen, den Patienten, den Ärzten und dem übrigen Personal erschlossen und zumindest ‚im letzten Akt‘ veranschaulicht werden. Damit ist zugleich eine Entfernung vom Prinzip der Realitätsnähe gegeben. Wollte man dieses auf die fiktive Notaufnahme-Welt strikt anwenden, so würde sofort der Vorbehalt greifen, daß eine derartig intensive, häufig sogar seelsorgerisch anmutende Beschäftigung mit den Patienten den Gepflogenheiten einer realen Notaufnahme-Station widerspräche. Der Anspruch auf Realitätsnähe bedeutet hier nicht die exakte Reproduktion des Fak-

tisch-Authentischen. Dort, wo es erzählstrategisch erforderlich oder angebracht ist, werden die Spielräume fiktionalen Erzählens ganz selbstverständlich genutzt.

Für jede Folge wird ein bestimmtes Notfall-Ensemble zusammengestellt, das durch unterschiedliche ‚Erzählfarben‘ gekennzeichnet ist - vergleichbar einem ‚Thema in Variationen‘; das heißt die Gestaltung der Notfall-Geschichten kann skurrile oder kuriose Komponenten ebenso einschließen wie tragische, humoristische oder gesellschaftskritische. Bei jeder Folge gibt ein markanter Fall das Stichwort für den Folgentitel ab, tatsächlich enthalten die Folgen häufig aber auch zwei Fälle von gleichem Gewicht, jedoch unterschiedlicher dramatischer Substanz. Meist dienen zwei weitere Notfälle in Form von Nebenhandlungen zur atmosphärischen Verdichtung und thematischen Bereicherung.

Die Kombination der Notfall-Vorfälle mit Hintergrundgeschichten bietet die Chance zu größerer erzählerischer Vielfalt (angefangen von Krimi- bis hin zu Komödien-Elementen) und zur Integration von Themen-Aspekten, die über individuelle Schicksalsschläge hinaus auch aktuelle gesellschaftsbezogene Fragen betreffen können. Auf diese Weise finden Themen und Probleme wie Umweltschutz, Aids, Sterbehilfe, Schwangerschaftsabbruch, Vergewaltigung, Vorbehalte gegenüber Homosexualität, Fremdenfeindlichkeit, Drogenabhängigkeit, Wirtschaftskriminalität Eingang in das Seriengeschehen.

Die Zusammenstellung der Notfall-Geschichten aus zwei Serienfolgen kann das Gesagte veranschaulichen. In der Folge mit der Titel *Gefährliche Fracht*⁶ sind zwei der eingelieferten Notfälle im eher privaten Bereich angesiedelt: Ein kleines Kind wird mit Nasenbluten in die Notaufnahme gebracht, weil es unzureichend gesicherte Medikamente geschluckt hat. Bei einer jungen Frau, die am Vortag geheiratet hat, besteht Verdacht auf eine akute Blinddarmentzündung; tatsächlich stellt sich dann eine Eileiterschwangerschaft heraus. Da ihr Mann erst wenige Tage zuvor von einem mehrmonatigen Auslandsaufenthalt zurückgekommen ist, führt diese Diagnose zu einer ersten großen Krise in der Beziehung des Paares. Bei dem eingelieferten Punker, der Möbelpolitur geschnüffelt hat, werden demgegenüber gesellschaftliche Bezüge thematisiert. Im Fall eines Fuhrunternehmers, der Opfer einer massiven Körperverletzung geworden ist, greifen kriminalistische Sachverhalte und das Thema Umweltschutz ineinander. Wie im Laufe der Serienfolge allmählich herauskommt, wurde er zusammengeschlagen, weil er sich weigerte, weiterhin als Gartenabfall deklarierten Sondermüll zu transportieren. Die „gefährlichen Frachten“ hatte er übernommen, um sein Unternehmen finanziell ‚über Wasser halten‘ zu können.

6 Folge 9; Erstausstrahlung 6.3.1997 (Wh. 11.12.1997)

Der Titel der Folge *Unter Verdacht*⁷, die als zweites Exempel skizziert werden soll, bezieht sich auf einen Taxifahrer mit dunkler Hautfarbe, der ein verletztes junges Mädchen in die Notaufnahme bringt. Als sich herausstellt, daß das Mädchen vergewaltigt worden ist, gerät er selber unter Verdacht. Dabei spielt nicht zuletzt auch seine Hautfarbe eine Rolle. Während diese Notfallgeschichte sowohl kriminalistische wie gesellschaftskritische Akzente aufweist, klingen bei den beiden anderen Fällen auf unterschiedliche Weise komödienthafte Töne mit an. Ein alkoholisierter junger Mann hat sich eine nicht allzu schwere Kopfverletzung durch einen Sturz zugezogen und wird von seiner Freundin, die gerade von einem Lehrgang in die gemeinsame Wohnung zurückgekehrt ist, in die Notaufnahme begleitet. Im Gespräch mit der behandelnden Ärztin wird allmählich deutlich, daß er sich in ein anderes Mädchen verliebt und angesichts der auf ihn zukommenden Probleme zum Alkohol gegriffen hat. Eine komisch-humoristische Note erhält diese Geschichte dadurch, daß sich seine Freundin in fast derselben Situation befindet. Auch sie ist eine neue Liebesbeziehung eingegangen und scheut wie ihr Freund – von Gewissensbissen geplagt – die Aussprache.

Für den dritten Notfall ist kennzeichnend, daß sein humoristisches Potential nicht auf den konkreten Fall beschränkt bleibt, sondern darüber hinaus zu einem dramaturgischen Überraschungseffekt genutzt wird. Ein Chinese, der im Asia-Grill auf der Reeperbahn arbeitet, wird mit Schnittwunden an den Händen und Verletzungen am Knie in die Notaufnahme gebracht. Jedermann geht davon aus, daß er kein Deutsch versteht. Deshalb erscheint es einigermaßen plausibel, daß er nach beendeter Behandlung auf die Frage, wie er die Rechnung zu begleichen gedenke, ‚Nichtverstehen‘ signalisiert. Statt eines Versicherungsausweises oder Bargeld zückt er nur die Speisekarte des Restaurants. Die Kosten für die Behandlung – so die Folgerung der beteiligten Akteure des Notaufnahme-Teams – werden zwangsläufig als ein Negativ-Posten zu verbuchen sein. Die gleichermaßen vergnügliche wie überraschende Lösung des Problems präsentiert die Serienfolge (nach dem letzten Werbeblock) im Rahmen eines Schlußtableaus. Es zeigt das gesamte Team vor einem umfangreichen Buffet mit chinesischen Speisen, die der chinesische Patient in die Notaufnahme gebracht hat und mit dem Statement anbietet: „Konfuzius sagt: ‚Muß Arzt gut essen, kann Arzt gut arbeiten““.

Die (fiktive) Großstadt, als Bezugsrahmen der Notfall-Geschichten, bietet ein großes Spektrum an entsprechenden Vorkommnissen – Unglücksfälle im weitesten Sinn, kriminell bedingte Verletzungen, akute Erkrankungen –, die

7 Folge 48; Erstaussstrahlung 5.2.1998

Relevanz für viele haben können und vor allem dann, wenn sie Kinder betreffen, emotionale Wirkungen zeitigen. Die Serie nutzt das Wirkungspotential der universellen human-interest-Thematik, ohne jedoch Tendenzen zu erliegen, die manche Krankenhausserien aus der Sicht von kritischen Beobachtern zu einem „Karussell der Schicksale“ werden lassen.⁸ Im Notaufnahme-Geschehen der Serie *alphateam* ist das Moment des Schicksalhaften nur eine Komponente unter anderen Komponenten.

Gleichwohl gehören Lebensgefahr, dramatische Zuspitzung, unverhoffte Komplikationen, Rettung in letzter Sekunde zu den immer wiederkehrenden Motiven; das Risiko des Scheiterns und damit des Todes ist vor allem bei schwierigen Notfällen unterschwellig immer präsent. Allerdings besteht wohl eine Art Übereinkunft, die durch die Titelgebung präfiguriert ist, daß Todesfälle weitestgehend ausgespart bleiben. Symptomatisch dafür erscheint eine Äußerung der Oberschwester: „Den meisten kann geholfen werden.“ Das heißt, die Serie tendiert bei der Gestaltung der Notfall-Geschichten zu Lösungen, die sich als ‚Glück im Unglück‘ charakterisieren lassen und einem den Situationen angepaßten partiellen happy end nicht unähnlich sind. Den relativ seltenen Fällen, bei denen der Tod konkret einbezogen wurde, ist die Geschichte eines Aidskranken zuzurechnen. Dieser wird auf eigenen Wunsch nicht in eine Klinik überführt, sondern kehrt begleitet von seinem Freund, der ihn nach einem Schwächeanfall in die Notaufnahme gebracht hatte, zum Sterben nach Hause zurück.

Ein anderer Fall schildert den Tod eines mit dem Motorrad Verunglückten, der aufgrund eines mitgeführten Organspendeausweises an die Hauptklinik überführt wird. Diese szenisch gestaltete Auseinandersetzung mit dem Problem der Organspende ist eines der markantesten Exempel dafür, daß das erzählerische Konzept der Serie auch aufklärerische Intentionen und die Thematisierung von Wertvorstellungen einschließt. Die ethische Fundierung, die bereits der Vorspann signalisierte, wird im Seriengeschehen immer wieder herausgestellt oder zumindest indirekt angesprochen. In diesem Zusammenhang fällt auf, daß das Retten von Menschenleben weder als nur spannende Serien-action inszeniert wird, noch als heroische Großtat eines einzelnen Arztes, sondern als ein sowohl human motiviertes wie beruflich abgestecktes Handeln von Fachkräften, die als Team arbeiten. Das Selbstverständnis der Teammitglieder, ihre beruflichen Ambitionen und Pläne und die Arbeitsprozesse im Team kommen mehrfach in den Blick, auch ärztliches Versagen und nachlässiges Verhalten bleiben nicht ausgespart. Insgesamt vermittelt das Seriengeschehen den Ein-

8 Vgl. Eb, 1985

druck, daß die Serien-Figuren mit einem recht hohen Berufsethos ausgestattet sind. Die besondere Beanspruchung, die bis an den Rand der Erschöpfung geht, gehört zu den wiederkehrenden Elementen, die zum Anlaß für kritische Bemerkungen zur Gesundheitspolitik werden und zu Kontroversen mit der Verwaltung wegen drohender Stellen- und Mittelkürzung führen.

Noch entschiedener als die bisher aufgeführten inhaltlich-thematischen Aspekte tragen besondere dramaturgische und ästhetisch-narrative Gestaltungsaspekte dazu bei, eine spezifische Atmosphäre der Notaufnahme-Station zu imaginieren. Die Notfallgeschichten und alle übrigen Handlungsverläufe werden in kleinsten Segmenten präsentiert. Die Sequenzprotokolle ergaben, daß kaum eines der Segmente mehr als 1,4 Minuten umfaßt. Selbst die Gespräche zwischen den Teammitgliedern werden in Gesprächsfragmente aufgeteilt. Parallel dazu vollzieht sich eine Segmentarisierung des Zeitstruktur. Vor dem Hintergrund der Suggestion, daß die ‚erzählte Zeit‘ parallel zur ‚Erzählzeit‘ verläuft, geschieht eine Diffusion des zeitlichen Verlaufs.

Die Inszenierung der Abläufe steht unter dem Vorzeichen der Bewegung. Personenbewegungen, Kamerabewegungen, Schnitte, Ortswechsel wirken zusammen und erzeugen den Eindruck von Dynamik, Hektik, Aktivität. Ein tendenziell unsichtbarer Schnitt und geschickt genutzte Bewegungsabläufe nivellieren die Übergänge zwischen den einzelnen Segmenten. Neue Einstellungen beginnen häufig nicht aus einer Ruheposition heraus, selbst Gespräche werden vielfach im Gehen geführt. Personen laufen durchs Bild, Türen werden geöffnet, Flure mit wehenden Kitteln besritten. Insgesamt kann man fast von einer choreographischen Gestaltung der Notaufnahme-Situation sprechen.

Dazu paßt auch, daß das Notaufnahme-Geschehen in einer ritualisierten, in kleinen Punkten jedoch auch immer wieder abgewandelten Form in Szene gesetzt wird. Im unmittelbaren Umfeld des Terminals steigt der Grad der Aufmerksamkeit und der Beanspruchung. Das Kreuz und Quer der Akteure, das Durcheinander der Stimmen, das Telefon, die aufgeregten Angehörigen fügen sich zu einem atmosphärischen Gesamtbild zusammen, das durch bestimmte sprachliche Rituale und Farbsignale noch gesteigert wird. Das Rot der Notärzte-Kleidung, das Aufgehen der doppelflügeligen Notaufnahme-Tür, das Hinzueilen des Personals, die Übermittlung der Daten bei der Übergabe der Notfälle, die 1-2-3-Formel beim Umbetten sind hier ebenso zu nennen wie das Grün des OP, das als immer wiederkehrendes Signal auftritt und auf höchste Konzentration hinweist. Die maskierten Gesichter der Akteure, ihre bedeutungsvollen Blicke gehören gewissermaßen zum Basis-Repertoire der Notaufnahme-Dramatik.



Einlieferungsritual



Erstversorgung



Die Lebensretter im OP

Gespräche haben ein besonderes handlungsrelevantes Gewicht, weil sie zur Erschließung der Hintergrundgeschichten notwendig sind und die Beziehungen zwischen den Teammitgliedern ins Bild setzen, sowie ihre Privatsphäre ausschnittshaft ins Geschehen vor Ort einblenden. Konflikte, Neid, Ehrgeiz, Konkurrenzdenken, Freundschaft oder Liebe werden in erster Linie verbalisiert und nicht eigentlich ausgespielt. Daß die Dialoge zugleich auch atmosphärische Qualitäten transportieren, wird angesichts der Dialoggestaltung deutlich. Dabei fallen immer wiederkehrende Informationsrituale auf (wie die Einlieferungsformeln), außerdem fachsprachliche Verständigungspartikel. Die typischen Notaufnahme-Dialoge erweisen sich einerseits als sprachlich verknüpft, rudimentär, formelhaft, wie sich anhand einiger Exempel illustrieren läßt: „Schnell, ein Arzt!“, „So tun Sie doch was!“, „Was ist passiert?“, „Nun beruhigen Sie sich doch erst einmal“, „Darüber informiert Sie der behandelnde Arzt“, „Haben Sie doch etwas Geduld!“, „Ist was mit meinem Vater?“, „Können wir?“. Andererseits sind die Dialoge zwischen Akteuren dieser fiktiven Notaufnahme-Station

und einzelnen Notfall-Patienten häufig durch eine intensive Anteilnahme gekennzeichnet, so daß die sprachliche Zuwendung zugleich eine seelsorgerische Dimension erhält. Die skizzierten Sachverhalte tragen ebenso wie spezifische akustische Signale (z.B. Operationsgeräusche und Geräusche von medizinischen Meßgeräten) oder wie die musikalische Gestaltung dazu bei, eine Atmosphäre zu imaginieren, in der existentiell bedeutsame Momente mit Phasen einer eher alltäglich geprägten Routine abwechseln.

3. Zum Profil der Serie

Die Untersuchungsergebnisse berechtigen zu der Einschätzung, daß sich von einem stimmigen Gesamtkonzept der Serie *alphateam* sprechen läßt. Die Verzahnung von zwei Gattungstypen ist ebenso gelungen, wie das Aufgreifen unterschiedlicher Erzähltraditionen und die selektive Anverwandlung von eingespielten Standards seriellen Erzählens. Daß aber nicht nur von einem geschickten Kombinieren eingespielter narrativer und dramaturgischer Muster gesprochen werden muß, gilt es doch noch hervorzuheben. Die konsequente Beschränkung auf nur einen Schauplatz,⁹ das Herausstellen des Team-Aspekts, die Figuren-Gestaltung, die Kombination von Notfall-Mini-Dramen mit eher alltäglichen Notfällen, aber auch der Sachverhalt, daß durch die Einbindung mancher Notfallgeschichten in gesellschaftliche Zusammenhänge ein aufklärerisches Moment Einzug in das Seriengeschehen erhält, summieren sich zu einem Merkmalskatalog, bei dem sich neben dem Bekannten und variiierend Wiederholten doch auch neu gesetzte Akzente abzeichnen. Auch im Hinblick darauf, daß die ‚Macher‘ der Serie sowohl am Trend zu Alltagsgeschichten wie an stilistischen Vorbildern der amerikanischen Serien partizipieren, muß nicht von einer ‚platten‘ Imitation gesprochen werden. Die Verknüpfung von relativ undramatischem Alltagsgeschehen und dramatischen Ausnahmesituationen und die oben skizzierte bildästhetische Umsetzung zeigen Ansätze zu eigenständigen Lösungen. Die Serie *alphateam* verfügt über Qualitäten, die sonst meist für das öffentlich-rechtliche Fernsehen reklamiert werden. Trotzdem kann natürlich nicht ausgeblendet werden, daß bei *alphateam* vor allem auf der inhaltlich-thematischen Ebene vieles von dem anzutreffen ist, was auch andere Krankenhaus-Serien mit Vorliebe zeigen. So gesehen gehen die ‚Macher‘ und die Auftraggeber der Serie einen wenig risikoreichen Weg. Angesichts von rund 50 Programmplätzen, die dem Genre Arzt- und Krankenhausserie in einer Woche vorbehalten sind, könnte es doch angebracht erscheinen, sich zur Entdeckung einer neuen ‚Serienwelt‘ aufzuraffen. Stattdessen verfolgt SAT.1 die Strategie, das Erfolgsrezept ‚Arzt und Krankenhausserie‘ im Rahmen einer abgerundeten Produktpalette so lange wie möglich fortzuschreiben. ‚Wir haben sie alle‘ – so könnte man diese Tendenz charakterisieren, die sich an dem von SAT.1 produzierten ‚Krankenhaus-Quartett‘ ablesen läßt: *Für alle Fälle Stefanie* (das zeit-

⁹ Statt der Konzentration auf die Notaufnahme-Station finden sich bei anderen Krankenhausserien meist Kombinationen mit anderen Handlungskomplexen, die außerhalb des Krankenhauses angesiedelt sind. Familien- und Liebesgeschichten mit ‚Herz- und Schmerz-Melodramatik‘ sind hier ebenso gang und gäbe wie die Verlagerung des Krankenhausgeschehens ins exotische Ausland oder die Verknüpfung mit der Kinder-, Heimat- oder der regionalen Thematik.

weise sogar zweimal wöchentlich ausgestrahlte Highlight von SAT.1), *Hallo, Onkel Doc*, *Geliebte Schwestern* und schließlich *alphateam*.

Wenn zur abschließenden Charakterisierung des Serienprofils von *alphateam* das Stichwort ‚moderat‘ herangezogen wird, so geschieht das keineswegs in Verbindung mit einem generellen Vorbehalt. Als ‚moderat‘ läßt sich eine Seite der Grundstimmung von *alphateam* bezeichnen, die im Sinne einer Rezeptionsvorgabe wirksam wird. Sie ist mit bedingt durch die Tendenz zu halbwegs positiven Lösungen, aber auch dadurch, daß sowohl die inszenierten Kurz-Geschichten wie die Geschichten, die das Personal betreffen, insgesamt betrachtet relativ unspektakulär angelegt sind, und das Erzählkonzept nicht vorrangig auf melodramatische oder gar voyeuristische Effekte setzt. Die Serie läßt sich zwar nicht beiläufig rezipieren, sperrt sich aber nicht gegen einen Seiteneinstieg; sie ist spannend und interessant, aber nicht in dem Sinne fesselnd, daß das regelmäßige Einschalten der Serie zwingend erscheint.

Die Serie *alphateam* wird bei SAT.1 in der Senderubrik *Herzklopfen* ausgestrahlt und mit dem Hinweis offeriert, daß den Zuschauer „spannende Unterhaltung und der eine oder andere Schauer“ erwarte. Darin deutet sich etwas von der Rolle an, die die Serie im Rahmen des SAT.1-Programms übernimmt. Spannende und interessante Unterhaltung ist – so könnte man zugespitzt sagen – ein besonders geeignetes Umfeld für Werbung. Inwieweit damit auch die oben skizzierte Vorliebe für ‚positive Lösungen‘ zu erklären ist, drängt sich immerhin als Frage auf.

Daß *alphateam* mit den Programmstrategien von SAT.1 korrespondiert und sowohl im Hinblick auf den Sendeplatz, Ausstrahlungsturnus, die Marktanteile und Zuschauerzahlen als erfolgreich zu kennzeichnen ist, dafür spricht die Tatsache, daß bereits die 3. Staffel produziert worden ist. Die nach Altersgruppen aufgedichteten Zuschauerzahlen zeigen allerdings ein aufschlußreiches Phänomen: Entgegen der von SAT.1 proklamierten Absicht, vorrangig die Gruppe der 14 bis 49jährigen (d. h. besonders Konsumorientierten) zu erreichen, hat *alphateam* gerade bei den über 50jährigen die höchsten Zuschaueranteile. Die ermittelten Daten zur 55. Folge können das exemplarisch veranschaulichen. Von den insgesamt 4, 47 Millionen Zuschauern (Marktanteil 25,9%), die sich diese Folge am 26.3.1998 ansahen, gehörten (laut SAT.1-Tele-Text) 25% zur Gruppe „ab 14 Jahre“, 20,9% zur Gruppe „14-29 Jahre“, 25,2% zur Gruppe „30-49 Jahre“ und 25,7% zur Gruppe „ab 50 Jahre“. (Dem Anteil von 24% bezogen auf die Gesamtgruppe der „14-49jährigen“ stand ein Anteil von 25,7% der über 50jährigen gegenüber.)

Im Zusammenhang mit solchen angebots- und werbestrategischen Zahlenspielen rückt zwangsläufig die von Pro 7 ausgestrahlte Serie *Emergency Room*

noch einmal ins Blickfeld des Interesses. *ER* gilt zwar als Vorbild für die Serie *alphateam*, es sind jedoch recht erhebliche Unterschiede festzustellen. Die Handlungsebenen sind bei *ER* eingeschränkter, weil die Notfälle nicht im Zusammenhang mit Hintergrundgeschichten geschildert werden. Außerdem sind die Notfälle erheblich spektakulärer angelegt. Die Akteure arbeiten zwar ebenfalls bis zur Erschöpfung, stehen ebenfalls unter großer Belastung, sie wirken zuweilen aber eher wie medizinische Technokraten (z.B. bei einem Suizid-Opfer, das mit viel Mühe wieder zusammengeflickt wird) und wie medizinische Abenteurer, die es als einen besonderen ‚Kick‘ betrachten, Leben zu retten. *ER* setzt die Grenzsituationen wie ein extrem gesteigertes Leben ins Bild, d. h. die Notaufnahme-Atmosphäre ist zu einem erlebnisintensiven Extrakt komprimiert. Ästhetische und inszenatorische Effekte stehen im Vordergrund und zielen auf eine Zuschauerdisposition, bei der Schauer, Action, Schock als genußvolle Unterhaltungsmischung empfunden werden.

Die Ärzte des *alphateam* bewegen sich sozusagen noch ein paar Schritte weg von der Katastrophe. Sie können noch manchmal zur Besinnung kommen, das dramaturgische Konzept erlaubt ihnen, Gefühle zu zeigen und gibt Raum für melodramatische Situationen. Der Arzt ist nicht nur Service-Techniker, sondern auch ein mitfühlender Mensch.

Markus Burbach

„Ich hätte das überhaupt nie anfangen dürfen!“

Geliebte Schwestern

Seriendaten (Personendaten zu Beginn der Serie): Produzent: Ludwig zu Salm; Producer: Malcolm Thomson; Chefautor: Jörg Reiter; Leitender Kameramann: Manfred Scheer; Leitender Regisseur: Rainer Ficklscherer; Darsteller: Annette Schreiber (Ronnie Fritz), Xenia Seeberg (Angie Wilhelm), Florentine Lahme (Karen Stember), Mareike Fell (Michaela Beck), Jaqueline Kiskerie (Nadine Kramer), Ludwig Schütze (Georg Steinfeld), Franziska Grasshoff (Sarah Steinfeld), Ingo Schmoll (Markus Steinfeld), Patrick Gräser (Janosch Steinfeld), Ivonne Schönherr (Raffaela Steinfeld), Doris Plenert (Frieda Beck), Wolfgang Müller (Anton Beck), Daniel Hartwig (Tommy Beck), Johnny Müller (Paolo Vicari), Lilia Lehner (Lara Zapf), u.a.; Szenenbild: Bernd Gaebler; Kostümbild: Manuela Nierzwicki; Redaktion SAT.1: Bettina Pfändner, Dirk Eisfeld; Eine Produktion der Columbia TriStar Film und Fernsehen Produktions GmbH für SAT.1 Fernsehen. Folgenanzahl: 240 (2. Juni 1997 – 15. Mai 1998).

Kurzbeschreibung:

„Ronnie, Micki, Angie, Karen und Nadine sind Schwesternschülerinnen in einem Krankenhaus in Berlin und ihr Job ist es, anderen Menschen zu helfen. Die High-Stress-Kulisse der Klinik macht die Freundinnen stark. Dort lernen sie das „wahre“ Leben von seinen alltäglichen und unmöglichen Seiten kennen: Wo Menschen Tag und Nacht zusammenarbeiten, kommt es zwangsläufig zu Beziehungen, die weit über das Berufliche hinausgehen. Ehrgeiz und Neid, erotische Abenteuer, gefährliche Leidenschaften, Fun und Frust – die Dramen der Berufswelt erlebt die Clique hautnah – manchmal sogar mit der intensiven Erfahrung, an eigene Grenzen zu stoßen. Für die eine ist das Akademische Hospital Sprungbrett für ein Leben als Arztgattin, für die anderen ist es Zwischenstation auf dem Weg zum Medizinstudium oder fast schon das Ziel. Doch mitten in der Metropole Berlin gibt es nicht nur den Krankenhausalltag. Wenn nach dem harten Dienst die weißen Kittel auf den Bügeln hängen, stürzen sich die fünf lebenslustigen Girls ins Großstadtleben – jede auf ihre Art...“¹

¹ Inhaltsangabe aus dem SAT.1-Press-Info zur Serie.

1. Deutsche Daily soap Operas

Als jüngste Daily soap des deutschen Fernsehens startete SAT.1 am 2. Juni 1997 *Geliebte Schwestern*.² Diese Serie ist, nach den erfolglosen *Wagenfelds*, der zweite Versuch des kommerziellen Senders, eine eigenproduzierte Endlos-Serie zu etablieren. Gerade für das werbestrategisch umkämpfte sogenannte „Vorabendprogramm“ (bis 20 Uhr) scheint die Daily soap aus ökonomischen Gründen besonders wichtig: In einer Zeit, in der Fernsehsendungen, unter anderem auch Serien, aus den Programmen der kommerziellen Sender entfernt werden, weil sie ein zu ‚altes‘ Publikum ansprechen, das für die Produktwerbung wenig gewinnbringend zu sein scheint,³ ist die Daily soap ein Format, das dauerhaft ein „junges“ Publikum zu binden vermag.⁴ Fragen nach der ästhetischen Qualität treten dabei zunächst in den Hintergrund. Die Serie erfüllt ihren Zweck, wenn sie möglichst viele Zuschauer (der angepeilten Zielgruppe) an bestenfalls allen Ausstrahlungsterminen zum Einschalten veranlaßt. Der von den Programmverantwortlichen erwartete Marktanteil für *Geliebte Schwestern* lag bei mindestens 13 Prozent, erreicht wurden jedoch durchschnittlich zwischen 6 und 8 Prozent.⁵ Das primäre Ziel wurde also nicht erreicht. Das erscheint bei oberflächlicher Betrachtung unverständlich, da sowohl Daily soaps, die einen auf junge Menschen zugeschnittenen Lifestyle präsentieren und ihre Themen aus dem nahezu unerschöpflichen Reservoir zwischenmenschlicher Emotionen schöpfen, als auch Krankenhaus- oder Arztgeschichten meistens recht erfolgreich sind. Die Gründe für das schlechte Abschneiden der *Geliebten Schwestern* in der Zuschauergunst mögen vielfältig sein, von der Darsteller(innen)leistung bis hin zu Konkurrenzangeboten anderer Sender zur gleichen Sendezeit. Doch auch bei einer Serie, der ein „Mangel an Tiefgang“⁶ attestiert wird, ist es m. E. wichtig, sich zunächst die Struktur, ihren Aufbau, die Themen und möglichen Wechselwirkungen von Format und Inhalt vor Augen führen,

2 Die weiteren deutschen Daily soaps: *Gute Zeiten, Schlechte Zeiten* (RTL), *Verbotene Liebe* (ARD), *Marienhof* (ARD), *Unter uns* (RTL), *Alle zusammen, jeder für sich* (RTL2, abgesetzt), *Jede Menge Leben* (ZDF) (abgesetzt), *Die Wagenfelds* (SAT.1) (abgesetzt).

3 Z.B. setzte SAT.1 aus eben diesen Gründen die Serie *Bergdoktor*, die Spiel- und Dauerwerbeshow *Glücksrad* und die Sendung *Bitte, melde Dich!*, in der vermißte Personen gesucht wurden, ab.

4 *Gute Zeiten, Schlechte Zeiten* konnte seit Mai 1992 (bisher über 1500 Folgen) die Zuschauerzahlen kontinuierlich steigern (Quotenrekord: 6,25 Mio. Zuschauer am 26.01.1998). Auch *Marienhof* (3,44 Mio./16,5% Marktanteil), *Unter uns* (2,38 Mio./15,7%) und *Verbotene Liebe* (3,23 Mio./18,1%) sind Quotenerfolge. (Zahlen laut *TV-Movie*, Nr. 11/98, S. 20).

5 Vgl. „Tic-Tac-Tussis in Karbol“ in: *Der Spiegel*, 26/1997, S. 182

6 Vgl. Arnu, Titus „Sex und Spaß allein reichen nicht“ in: *Süddeutsche Zeitung* v. 12.01.1998

um verstehen zu können, wie sie funktioniert und worin ihre Eigenart besteht. Im Fall der *Geliebten Schwestern* kann durch eine solche Analyse gezeigt werden, daß möglicherweise bereits die Vorgabe, eine Daily soap Opera im Krankenhausmilieu anzusiedeln, ein wesentlicher Aspekt ihres Scheiterns ist.

Geliebte Schwestern findet Eingang in eine Überblicksdarstellung zu Krankenhausserien im deutschen Fernsehen, weil sie die einzige täglich ausgestrahlte Serie ist, die in diesem Milieu spielt und sich sowohl in der Figurenkonstellation als auch durch die Hauptprotagonisten als solche ausweist. Anhand einer genauen Analyse von fünf Folgen⁷ und ihrer Einbettung in den gesamten Serienfluß soll gezeigt werden, inwiefern die charakteristischen Elemente der Krankenhausserie in dieser Daily soap eine Rolle spielen und worin sie sich von anderen Krankenhausserien unterscheidet. Neben der Interpretation der Analyseergebnisse in serientheoretischer Hinsicht, können dann auch Schlüsse über die Gründe der nicht allzu großen Akzeptanz der *Geliebten Schwestern* beim Publikum gezogen werden.

2. Lifestyle-Soap und Krankenhausserie

2.1 Lifestyle-Soap

Die täglichen Serien weisen Gemeinsamkeiten auf, die sie als Daily soaps unverkennbar machen. Dazu zählen nicht nur ihre typische Struktur mit der zopfartigen Verflechtung der Handlungsstränge, die immer wiederkehrenden, wenigen Schauplätze, der weitgehende Verzicht auf Aufnahmen außerhalb der Kulisse oder die spezifische Farb- und Kontrastästhetik, die aus der videotecnischen Herstellung und den damit verbundenen Zwängen der Ausleuchtung herrührt. Auch die aus Kostengründen spärliche Requisite, die einfach gestalteten Szenenbilder und die Besetzung der Rollen mit weitgehend unbekanntem Darstellern (oftmals Laien) sowie die vorherrschende Verwendung von Halbnahe- bis Großaufstellungen mit zumeist unbewegter Kamera können als Merkmale der schnell produzierten und potentiell endlosen Seifenoper angesehen werden.⁸ Die Auswahl der Themen einer Soap Opera ist letztendlich den Re-

⁷ Untersucht wurden die Folgen 137 bis 141, die von Donnerstag, 11.12. bis Mittwoch, 17.12.1997 jeweils um 19.00 Uhr ausgestrahlt wurden.

⁸ Eine solche Aufstellung evoziert beim Leser zumeist den Eindruck, ihr liege eine negative Wertung zugrunde. Der Verfasser legt Wert darauf, daß diese Aufzählung lediglich eine kurze Beschreibung der Charakteristik einer Daily soap ist, woraus ohne Ansehen des konkreten Produkts keine qualitative Wertung abzuleiten ist.

geln des Melodrams verpflichtet: Sie sollten sowohl der Erfahrungswelt des Zuschauers angenähert sein als auch zur vereinfachenden Emotionalisierung taugen. Dem Melodram ist zudem eine Schicksalsgläubigkeit inhärent, die die Fülle von Ereignissen und die Verquickung von Personen und Geschehnissen möglich, wenn auch nicht immer plausibel macht und sich in der immer wieder beim Zuschauer aufkommenden Verwunderung ausdrückt, wie einem Menschen, also einer Daily soap-Figur, so viel in so kurzer Zeit widerfahren kann. Mit dem Verweis auf „das Schicksal“ ist es möglich, diese Anhäufung von Ereignissen für den Rezipienten akzeptabel zu machen.

Die deutschen Daily soaps haben über die eben beschriebenen Elemente hinaus die Präsentation eines bestimmten Lebensstils und -gefühls gemeinsam. Die Hauptfiguren sind zumeist junge Frauen und Männer, die ihr Leben selbst gestalten, nur für sich selbst verantwortlich scheinen, sozusagen auf eigenes Risiko leben. Für ihr oftmals junges Alter erscheinen sie sehr selbständig, weltgewandt, manchmal auch altklug. Obwohl die Figuren etlichen Schicksalsschlägen ausgesetzt sind, so ist dennoch stets eine grundsätzliche Lebensfreude spürbar, die sich in der Fähigkeit ausdrückt, trotz allen Unbill des Lebens den Augenblick zu genießen.

Sie sind von ihren Berufen nie übermäßig stark belastet und haben zuweilen erstaunlich viel Zeit. Ebenso ist die finanzielle Situation der Protagonisten nie wirklich existenziell bedrohlich, denn obwohl die Figuren ab und an betonen, sie wären pleite, so tragen sie dennoch Markenkleidung und müssen auf den Drink in ihrer Diskothek oder ihrem Club nicht verzichten.

In dem auf diese Weise weit aufgespannten Rahmen kann sich dann die melodramatische Handlung voll entfalten. Dazu behelligen und belasten sich die Figuren ständig und ohne jede Umschweife gegenseitig mit ihren Emotionen und Ängsten. Sie kehren ihr Innerstes nach außen, ohne letztlich wirklich länger als zwei oder drei Handlungstage durch die jeweilige Problematik in ihrer Lebensführung beeinträchtigt zu sein. Der nächste Moment des puren Lebens, der ausgekostet sein will, läßt nicht lange auf sich warten. Es geht also weniger um die Darstellung konkreter Probleme, vielmehr wird dem Zuschauer ein Lifestyle präsentiert, der aus dem Spannungsverhältnis zwischen dem Ausleben glücklicher Momente, die ungeachtet der momentanen schicksalshaften Verquickungen genossen werden, und einer extravertierten Innerlichkeit, die die eigenen emotionalen Bedürfnisse permanent betont, entsteht. Man könnte also sagen, daß das Format „Daily soap“ in den Rezeptionserwartungen mit einer bestimmten Szenerie, oder besser: einer bestimmten Atmosphäre verbunden ist. Wir haben es bei einer Daily soap gleichsam mit einer Verquickung von Format und Inhalt zu tun: Das Format trägt bereits ein narratives Element

in sich. Entscheidet man sich für das Daily soap-Format, so entscheidet man sich auch für eine bestimmte *Atmosphäre*. Da die Lifestyle-Präsentation im Vordergrund steht, soll hier von einer „Lifestyle-Atmosphäre“ gesprochen werden.

Wie sind in diesem Zusammenhang die *Geliebten Schwestern* einzuordnen? Die im Mittelpunkt der Darstellung stehenden Schwesternschülerinnen praktizieren unverkennbar den oben beschriebenen Lifestyle. Sowohl ihre äußere Erscheinung als auch das sie umgebende Ambiente in den privaten Unterkünften und die Musik-Bar „Tiefental“, in der die außerklinischen öffentlichen Kontakte stattfinden, sind diesem Lebensgefühl entsprechend: Bunte Kleidung mit groß aufgedruckten Produktlogos, Plateauschuhe, Frisuren aus den 70er Jahren, Fransen-Mäntel usw. Und auch bestimmte Verhaltensgrundzüge gehören zu diesem Lifestyle des „Jung-Glücklich-Spaßhaben-Aktivsein“: Es wird fast ausschließlich Cola getrunken, Rauchen ist verpönt, Streetball dagegen angesagt und anderes mehr.

Die Handlung der Serie spielt in den untersuchten Folgen zu 54,8% außerhalb der Klinik, wo Probleme mit der Arbeit, mit Patienten, Vorgesetzten u.ä. keine Rolle spielen. Und selbst im Hospital handeln die Geschichten zumeist von den privaten Sorgen und Nöten der Figuren. Ja mehr noch, auf den Klinikalltag mit Schichtwechsel o.ä. müssen die Figuren so gut wie nie Rücksicht nehmen, denn sie können, so hat es den Anschein, gehen, wann sie wollen. In ihren Gesprächen kommen die Protagonistinnen schnell auf den Punkt. Sie sagen, wie sie sich fühlen und was sie voneinander halten. Dabei werden Zweideutigkeiten vermieden, klare Aussagen und kurze Sätze dominieren. Weder der Ort noch die aktuelle Szenerie haben auf den Gesprächsinhalt einen Einfluß. Der explizite und offene Ausdruck von Freude, Angst oder Zweifel scheint nie am falschen Ort oder zur falschen Zeit stattfinden zu können. Immer und überall sind verbale Emotionsbeschreibungen und -äußerungen möglich und auch anzutreffen. Primär handelt es sich bei *Geliebte Schwestern* vor allem um eine typische Daily soap mit Lifestyle-Atmosphäre.

2.2 Krankenhausserie

Die Elemente, die charakteristisch für eine Krankenhausserie sind, wurden bereits im Einführungstext dieses Bandes dargestellt und sollen hier nicht wiederholt werden. Es stellt sich vielmehr die Frage, ob die Serie *Geliebte Schwestern*, die, wie oben gezeigt, durch ihr Format und ihre Gestaltung eine Lifestyle-Atmosphäre besitzt, ebenfalls Elemente des Genres Krankenhausserie

aufweist und wenn ja, welche Wechselwirkung diese Elemente mit einer Lifestyle-Atmosphäre haben.

Zunächst fällt auf, daß die Protagonisten nach Klischees gestaltet sind, die den Zuschauern aus anderen Arzt- oder Krankenhausgeschichten vertraut sind: Die Oberschwester (hier: Schulschwester Melanie Kraft) ist streng und unfreundlich, hat aber letztlich ein gutes Herz; der Chefarzt (Georg Steinfeld) ist ein graumelierter Mann von Welt mit einer großen Wirkung auf Frauen und natürlich ein unumstrittener Fachmann in medizinischen Fragen; ein Sohn des Chefs (Jannosch Steinfeld) ist ebenfalls ein tüchtiger Arzt im gleichen Hospital; der einzige männliche Krankenpfleger ist Robert, den alle gern haben. Wer denkt bei dieser Konstellation nicht an die *Schwarzwaldklinik*?⁹

Auch das Zeichen- und Symbolrepertoire der Krankenhausserie wird in *Geliebte Schwestern* genutzt, so daß neben den weißen Kitteln der Schwestern und Ärzte auch medizinisches Gerät zu sehen ist. Jedoch ist die Ausstattung des Akademischen Hospitals eher spartanisch, hat vielmehr verweisenden Charakter. Ein einsames Mikroskop auf einem Schreibtisch wird zum Forschungsplatz eines Arztes und der Operationssaal weist außer der vierstrahligen Deckenleuchte, einer hängenden Infusionsflasche und einem Oszillographen keine weitere Technik auf. Kranke, die nicht unmittelbar in einen Handlungsstrang involviert sind, erscheinen so gut wie nie und hektisches Treiben auf den Klinikfluren, wie es aus anderen Krankenhausserien bekannt ist, wird hier nicht gezeigt. Ein *Krankenhausleben*, so ist zu schlußfolgern, gibt es in *Geliebte Schwestern* nicht, und auch der Tod, immer mitschwingendes Motiv einer Krankenhausserie, wird in der Darstellung weitgehend vermieden. Dennoch suggerieren das Ambiente und die Berufe der Protagonisten dem Zuschauer, er bekäme ein Stück Krankenhausalltag geboten.

Fernsehserien sind oftmals um einen abgegrenzten sozialen Ort angelegt, in dessen Mittelpunkt die Hauptakteure stehen. Diese zentralen Figuren sind zu meist Personen, die sich im Blickpunkt des öffentlichen Interesses befinden oder Positionen bekleiden, die sie von der Masse der anderen Figuren abheben: Pfarrer, Lehrer, Bürgermeister, Tier- und Humanärzte, Wirte, aber auch Polizisten, Staatsanwälte oder Industrielle. Um diese Figuren herum lassen sich etliche andere Charaktere gruppieren und die unterschiedlichsten Geschichten erzählen. Obwohl sich manche Themen in einer bestimmten sozialen Umgebung

⁹ Diese Personenkonstellation ist übrigens so alt wie die Krankenhausserie selbst: Der Chefarzt der Klinik des tüchtigen „Assistenzarztes Dr. Kildare“ ist fachlich über jeden Zweifel erhaben; Kildares Vater ist ebenfalls Arzt; die Oberschwester ist eine ältere, mißgelaunte Frau, alle weiteren Schwestern sind hübsch und liebenswert, der einzige Mann in niederer Position ist ein Sanitäter, den alle recht gern haben...

schlüssiger und glaubhafter erzählen lassen als in anderen, so haben diese Serien doch eines gemeinsam: In ihnen wird ein Ort der Handlung mit entsprechenden Hauptfiguren gesetzt, an dem sich wahrscheinlicherweise Menschen unterschiedlicher Art treffen können. So entstehen „Soziotope“ unterschiedlicher Art, und das wohl am breitesten angelegte Soziotop ist das Krankenhaus. Jeder Mensch, ob arm oder reich, jung oder alt, ob mehr oder weniger intelligent, wie auch immer, jeder Mensch wird einmal krank, könnte es zumindest werden. Auf eine zu konstruierende Erzählung bezogen heißt das, eine geradezu unbegrenzte Variationsbreite der Gestaltung zu haben. Kein Mietshaus, kein Pfarr- oder Bürgermeisteramt und keine Schule bieten solche Möglichkeiten.

Der oben eingeführte Begriff der Atmosphäre läßt sich auch auf diese Seriengenres anwenden: man kann zwischen Kirchenserien-Atmosphäre, Schulserien-Atmosphäre, Wirtshausserien-Atmosphäre usw. unterscheiden. Diese Atmosphären entstehen vor allem durch die immer wieder verwendeten Symbole und Zeichen, die uns mit geringsten Mitteln zu verstehen geben, wo wir uns befinden, und somit auch das Verhalten der Figuren untereinander plausibel machen. Die Krankenhausserien-Atmosphäre entsteht nicht nur durch die Gestaltung des Handlungsortes als Klinik mit langen Fluren, funktioneller Einrichtung, Infusionsflaschen, Notarztwagen und rollbaren Krankenbetten und die Präsenz von Menschen in weißer Dienstkleidung, sondern ebenso z.B. durch hektisches Treiben in den Fluren oder die stete Anwesenheit von Patienten in Morgenmänteln. Eine so gestaltete Serie ruft nun beim Zuschauer eine ganz bestimmte Rezeptionshaltung hervor, die sich dadurch auszeichnet, daß alles zu jeder Zeit geschehen kann. Die schrecklichsten Folgen eines Unfalls sind ebenso möglich wie das glückliche Ereignis einer Geburt oder die plötzliche Heilung eines Schwerkranken. Es gibt keinen anderen überschaubaren Ort mit überschaubarem Personal, an dem so viel Unterschiedliches mit allen denkbaren extremen Auswirkungen, insbesondere emotionaler Natur geschehen kann, wie im Krankenhaus. Gerade diese Unvorhersagbarkeit eines plötzlich eintretenden Ereignisses, die Möglichkeit, prinzipiell jede denkbare Situation überraschend und dennoch plausibel zu jedem Zeitpunkt einführen zu können, macht das Element der Krankenhausserien-Atmosphäre aus, das sie von allen anderen Serienatmosphären unterscheidet. Aufgrund dieser atmosphäre-immanenten ‚Potentialität‘ ist das Setzen verschiedenster Themen möglich, deren weitere Verarbeitung dann wieder den Regeln der Glaubwürdigkeit der Handlungsführung und -gestaltung unterliegt.

Geliebte Schwestern bedient sich wesentlicher Elemente der Krankenhausserie, von der Klinikpersonalgestaltung, die an die *Schwarzwaldklinik* erinnert, bis hin zur Ausstattung mit medizinisch-technischem Gerät. Dadurch

ruft diese Serie beim Zuschauer ein spezifisches Rezeptionsmuster¹⁰ auf, das nicht nur die allgemeinen Elemente der Serienkonvention beinhaltet, sondern die spezielle Erwartungshaltung gegenüber einer Krankenhausserie evoziert.

2.3 Geliebte Schwestern – *der Versuch einer Genre-Mischung*

Geliebte Schwestern kann als Versuch betrachtet werden, zwei erfolgreiche Genres der Fernsehserie miteinander zu verbinden. Das eine, die Lifestyle-Soap, hängt mit dem Format der Daily soap zusammen, das andere, die Krankenhausserie, beinhaltet neben der typischen Ausstattung wesentlich das Element der Potentialität. Aus dem bisher Gesagten ergibt sich folgende These: In der Daily soap *Geliebte Schwestern* treffen zwei Serienatmosphären aufeinander, die in einem Kontrast zueinander stehen, sich also nur schwer miteinander vereinbaren lassen.

Die Krankenhausserien-Atmosphäre entsteht in *Geliebte Schwestern* vordergründig im Ambiente und den Professionen der Figuren. Da aber inhaltlich sowohl auf der medizinisch-technischen als auch auf der existentiell-gesundheitlichen Ebene kein Schwerpunkt liegt, tritt das Krankenhaus mit seinen Möglichkeiten der Handlungsgestaltung (z.B. als Soziotop mit der Möglichkeit der Gestaltung unterschiedlichster Geschichten) in den Hintergrund. Verstärkt wird dieser Verzicht durch das Hervorheben der zweiten Atmosphäre, der Darstellung des Lifestyles von Teens und Twens, die die gesamte Serie prägt. Hierin unterscheidet sich *Geliebte Schwestern* nicht von anderen Daily soaps wie *Marienhof*, *Verbotene Liebe*, *Gute Zeiten*, *Schlechte Zeiten* oder *Unter uns*. Es geht eben nicht um Krankheiten, die Bergung und Versorgung von Verletzten und erst recht nicht um Heroen des Alltags. Hier setzt niemand sein Leben aufs Spiel, um anderen zu helfen und Überstunden werden nicht aus Menschenfreundlichkeit, sondern, wenn überhaupt, aus Zwängen des Dienstplans gemacht. Und letztlich spielt über die Hälfte der Serienhandlung ohnehin nicht im Krankenhaus, sondern in der privaten Umgebung der Figuren.

Es ist zu vermuten, daß sich die beiden Serienatmosphären, wenn auch nicht ausschließen, so aber zumindest schwer vereinbaren lassen: Die „normalen“ jungen Leute und der harte, aufopferungsvolle Krankenhausalltag, der Helden hervorbringen kann; Spaß und Lust am Leben auf der einen Seite, Krankheit und Not auf der anderen; junge, gestylte Frauen in immerweißen

¹⁰ Christian Mikunda beschreibt, wie der Zuschauer bei der Rezeption eines Films auf Scripts zurückgreift, die er durch frühere Rezeptionen gelernt hat. Auch auf Seiten der Produzenten finden sich diese Scripts, die intuitiv gehandhabt werden. Vgl. Mikunda 1992, S. 64-71.

Kitteln und der blutige Alltag eines Großstadt-Krankenhauses; die existenzbedrohenden Sorgen und Nöte kranker Menschen und die pubertäre Übertreibung von Allerweltsproblemen stellen Kontraste dar, die die erzählten Geschichten um die jungen Frauen in ihrer Dramatik und ihrer Ernsthaftigkeit relativieren.

Zugleich wird auch die für eine Daily soap konstituierende Möglichkeit der Übertragbarkeit der Ereignisse auf das Leben der Rezipienten eingeschränkt. Die Handlung wird einem klar umrissenen Handlungsrahmen, eben dem des Krankenhauses und seines Umfelds, unterworfen. Die Schauplätze sind zu einem großen Teil von vornherein auf den Bereich Krankenhaus festgelegt. Jedoch den Regeln einer Daily soap verpflichtet, müssen auch innerhalb der Klinik vornehmlich die Probleme der Hauptfiguren behandelt werden, die wenig mit dem Leid und den Ängsten von Kranken zu tun haben. Doch erwartet man in einem Hospital das Elend eher bei den Patienten als bei den Krankenschwestern. Die Probleme der Schwestern nehmen sich vor der vorhandenen Kulisse, auch wenn man keine Patienten, Blut oder gar Schlimmeres zu Gesicht bekommt, sondern sich vielmehr in einem sterilen Raum bewegt, eher geringfügig aus. Vor dem Hintergrund von Schmerzen eines Herzkranken muß der Herzschmerz einer Zwanzigjährigen zwangsläufig kleinlich, überzogen, egozentrisch und unglaublich wirken. Es fällt schwer, sie ernst zu nehmen.

Das oben angesprochene Element der Krankenhausserien-Atmosphäre, die Potentialität, wird in *Geliebte Schwestern* nicht genutzt. Die Handlung beschränkt sich auf die wenigen Protagonisten und die in einen Handlungsstrang involvierten Patienten sind Figuren, die zum Figurenstamm der Serie gehören. Durch Viren, Stürze von Treppen oder Klippen werden sie zu Patienten, jedoch spielt die Krankheit und ihre Behandlung nur eine untergeordnete Rolle in der Serienhandlung. Die privaten Konflikte bleiben im Mittelpunkt der Darstellung. Ein Beispiel: Die Figur Bianca Kirchner stürzt in Folge 137 eine Treppe hinab, und trotz einer komplizierten Operation, die Prof. Steinfeld all sein Können abverlangt, bleibt Bianca (vorerst) gelähmt. Doch die Geschichte, die im Vordergrund steht, ist nicht ihre Verletzung und deren Heilung, sondern die Problematik um Raffaella Steinfeld, die nicht weiß, daß Bianca ihre leibliche Mutter ist. Prof. Steinfeld (Raffaelas Vater) und Bianca wollen Raffaella nicht die Wahrheit sagen, wenn auch aus unterschiedlichen Gründen. Durch den Unfall



Bianca erwacht aus der Narkose

Biancas wurde jedoch erreicht, daß die Figuren räumlich zusammenrücken, da Bianca nun im Akademischen Hospital liegt. Bianca und Prof. Steinfeld haben jetzt zwangsläufig miteinander zu tun. Die Geschichte kann schneller erzählt werden, da die Kommunikation zwischen beiden nun zu jedem Zeitpunkt möglich ist. Der Konflikt, der im Zentrum der Handlung steht, hat mit der Verletzung Biancas nur insofern etwas zu tun, als daß sowohl Bianca als auch die eingeweihte Frieda Beck dem Professor eine Mitschuld an Biancas Unfall geben. Im weiteren Verlauf jedoch tritt dieser Aspekt zurück. Die Krankheit dient dramaturgisch der Beschleunigung und der Verschärfung des zwischenmenschlichen Konflikts.

Das Zurückdrängen medizinischer und klinischer Inhalte, die spärliche Ausstattung des Akademischen Hospitals und die Beschränkung auf wenige typische Elemente einer Krankenhausserie erscheint unter diesem Blickwinkel als der Versuch, *Geliebte Schwestern* eher als Lifestyle-Soap denn als Krankenhausserie erscheinen zu lassen. Alles, was in einer Sequenz von der eigentlichen, zumeist verbal vermittelten Handlung ablenken könnte, wird ausgelassen. Gerade darum sieht man z.B. so gut wie keine Kranken auf den Fluren der Klinik. Die Folge der Genre-Mischung wäre dann, zugespitzt formuliert, ein Paradoxon: eine Serie, die zu einem guten Teil in einem Krankenhaus spielt, aber nicht durch kliniktypische Elemente von dem ablenken darf, was nichts mit der Klinik zu tun hat.

Wie es scheint, resultiert aus der Zusammenführung der Lifestyle-Soap- und der Krankenhausserien-Atmosphäre eine Daily soap, die nicht die Verknüpfung der Elemente, die den Erfolg der beiden Genres ausmachen, erreicht. Das Kalkül der Akkumulation geht nicht auf, vielmehr wird die Konstruiertheit und Oberflächlichkeit dieser Seifenoper durch den Einfluß der Krankenhausserien-Atmosphäre nur noch deutlicher spürbar. Man kann in der fehlenden Bedeutungstiefe der in Soap Operas erzählten Geschichten ein Charakteristikum solcher Serien sehen, das die Rezeption erleichtert und den präsentierten schicksalshaften Ereignissen ihre dramatischen Spitzen nimmt. Durch die Verquickung mit anderen Seriengenre-Elementen jedoch wird diese fehlende Bedeutungstiefe als Oberflächlichkeit oder Seichtheit spürbar, die dem Rezeptionsvergnügen wenig zuträglich ist.

3. Serienstrukturanalyse

3.1 Rezeptions-Irritationen

Die Analyse der Serie *Geliebte Schwestern* bestand zunächst, vor jeder Interpretation und Einordnung, in der möglichst exakten schriftlichen Erfassung des Handlungsverlaufs und der Folengestaltung. Das Geschehen, die auftretenden Figuren und der Schauplatz wurden in einem Sequenzprotokoll ebenso festgehalten, wie die vergangene Zeit. Während dieses Analyseschritts fiel auf, daß die zeitliche Gestaltung der *Geliebten Schwestern* nicht leicht zu durchschauen ist. Es ist nicht ohne weiteres möglich, auf die Tageszeit der Handlung oder auf die vergangene erzählte Zeit zu schließen. Obwohl die Kulissen Fenster haben, wird dem Zuschauer kein Blick nach draußen gewährt, denn meistens sind Jalousien heruntergelassen oder die Perspektive wurde so gewählt, daß lediglich diffuses Licht zu erahnen ist bzw. künstliches dominiert. Ähnliches gilt für die Auswahl der Requisite, die nur selten Hinweise auf die Handlungszeit gibt.¹¹

Die Gestaltung von Zeitverläufen ist ebenso schwierig zu erfassen: Augenfällig wird diese Form der gleichsam zeitlosen oder zeitenthobenen Erzählweise an dem oben bereits eingeführten Beispiel: In Sequenz 138/3¹² wird Bianca, die leibliche Mutter Raffaelas, operiert. Der Eingriff ist sehr kompliziert und endet schließlich (und doch vorläufig) mit einer Querschnittslähmung der Patientin. In 139/19 erwacht Bianca aus der Narkose, es ist der Abend nach dem Eingriff, der nachts zuvor vorgenommen wurde. In 141/10, der Handlung nach zu schließen zwei Tage nach Erwachen aus der Narkose, hat Bianca bereits das enorme Selbstbewußtsein eines behinderten Menschen, der sich gegen die Rollenzuteilung zwischen „Behinderten“ und „Nicht-Behinderten“ wehrt, sich selbst als „Krüppel“ bezeichnet und von Nicht-Behinderten in der zweiten Person plural spricht. Und es dauert nur noch einen Handlungstag bis sie allein mit dem Rollstuhl durch die Cafeteria des



Raffaela und Prof. Steinfeld an Biancas Bett

11 Auf die in den Strukturgrafiken angegebenen Tageszeiten wurde nachträglich geschlossen. Sie waren zumeist während der ersten Rezeption nicht erkennbar.

12 138/3 bedeutet: Folge 138, Sequenz 3

Krankenhauses fährt, drei Tage nach der Wiedererlangung des Bewußtseins.

Es gilt hier nicht zu beurteilen, ob die Handlung durch eine solche Erzählweise unrealistisch wird oder ob es sich vielleicht um eine spezifische Form der Handlungsverdichtung handelt. Vielmehr wird an diesem Beispiel deutlich, daß objektive Zeitverläufe in der Handlung keine große Rolle spielen. Es kommt offensichtlich nicht darauf an, dem Zuschauer eine zeitliche Orientierung zu bieten. Mit einer solchen Handlungsgestaltung geht die konsequente Ausblendung von Uhr- bzw. Tageszeiten konform.

Diese Erkenntnis wird gestützt durch einen während der ersten Rezeption der untersuchten Folgen aufgetretenen Eindruck von Beliebigkeit der Sequenzgestaltung, nicht nur in zeitlicher, sondern auch in räumlicher Hinsicht. In Krankenhausserien bezieht sich in der Regel ein erheblicher Teil der Handlung unmittelbar auf den Handlungsort, also auf das Hospital. Wie erwähnt, haben in *Geliebte Schwestern* auch die Sequenzen, die in der Klinik spielen, oftmals nichts mit dem Handlungsort zu tun, sondern sind in jeder anderen Kulisse ebenso gut denkbar. Aus dieser spezifischen Zeit- und Raumgestaltung entsteht der Eindruck einer gewissen Beliebigkeit der Handlung und einer Zeitlosigkeit oder Gleichzeitigkeit des Geschehens.

3.2 Strukturgrafiken

Um die Entstehung dieses Eindrucks während der Rezeption zu verstehen, wurde versucht, die handlungsimmanente Zeitgestaltung, den Wechsel der Handlungsstränge und die dramatischen Höhepunkte zueinander in Beziehung zu setzen. Daraus ergab sich letztlich eine grafische Darstellung (s. Abb. 1 bis 5), die zweidimensional entlang einer Zeitachse die Struktur der Serie wiedergibt. Solche Strukturgrafiken können m.E. hilfreich sein, wenn man sich die Verquickung von Handlungszeit, Spielzeit, Montagetechnik und Spannungsbögen deutlich machen will. Um einen vollständigen Eindruck der Seriengestaltung zu bekommen, kann man das zuerst angefertigte Sequenzprotokoll hinzunehmen, denn zu jedem Feld der grafischen Darstellung gehört eine Sequenz des Protokolls. Durch diese zweidimensional-grafische Darstellung offenbart sich sowohl die Verwobenheit der Handlungsstränge als auch die zeitliche Gestaltung und die angewandte Montagetechnik. Eine solche Darstellung kann bei der Untersuchung der Serienstruktur also wesentlich mehr leisten als ein rein textuelles Sequenzprotokoll. Das Formale des Produkts tritt hier optisch in den Vordergrund und kann leicht durch das Heranziehen des Filmprotokolls mit dem Handlungsinhalt gefüllt werden.

Gerade langlaufende, nicht-episodische Serien können m.E durch diese Technik in ihrer Struktur über einzelne Folgen hinaus überschaubar werden, denn die Grafiken lassen sich für beliebig viele Folgen anfertigen und hintereinander stellen.

Folge 137

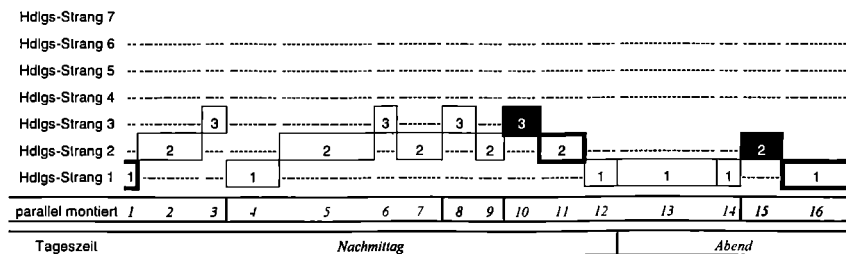


Abb. 1

Folge 138

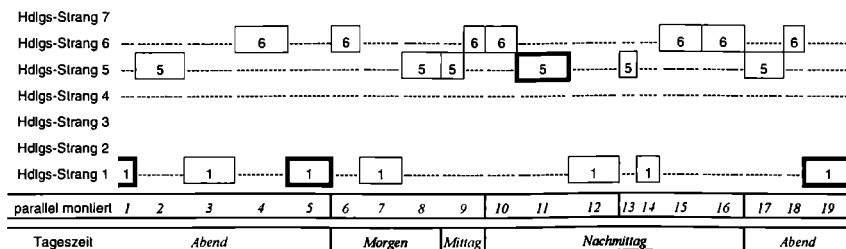


Abb. 2

Folge 139

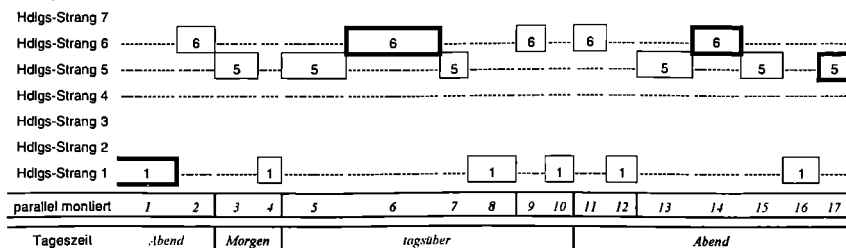


Abb. 3

Folge 140

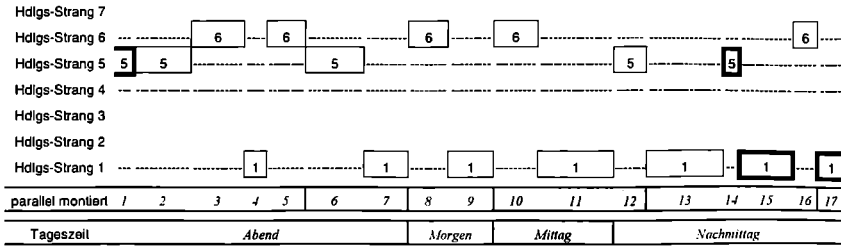


Abb. 4

Folge 141

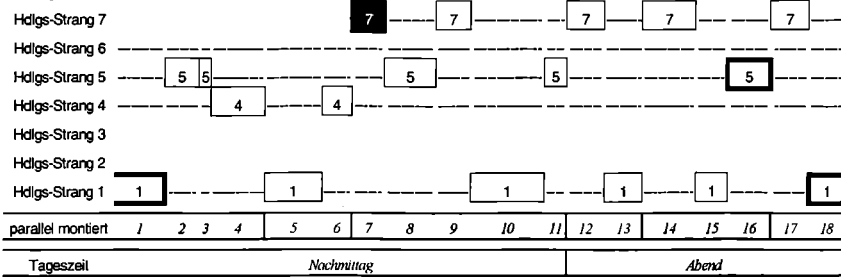


Abb. 5

Legende zu den Strukturgrafiken der Folgen 138-141:

- „Tageszeit“: Tageszeit der Handlung
- „parallel montiert“: Sequenzen, die in einer Art Parallelmontage erscheinen; die Zahlen in dieser Reihe bezeichnen die Sequenznummern der Folge.
- „Hdigs-Strang 1-7“: In den Folgen 137 bis 141 wurden sieben verschiedene Handlungsstränge ausgemacht. Die Zahlen in den Feldern dienen der Übersichtlichkeit und verweisen auf die Nummer des Handlungsstrangs.
- Länge der Sequenzen: Die Breite der einzelnen Felder verweisen auf die verhältnismäßige Länge der Sequenzen.
- : Der Handlungsstrang läuft weiter, auch wenn er zur Zeit nicht in die Darstellung Eingang findet.

dramatische Höhepunkte

Ende bzw. Beginn eines Handlungsstrangs

3.3 Diagnose: Strukturschwächen

Die Strukturgrafiken machen zunächst einmal deutlich, wie sich die Handlungsstränge über eine Folge hinweg abwechseln. Nur selten folgen zwei oder gar drei Sequenzen, die zu einem Strang gehören, unmittelbar aufeinander. Diese Verflechtung der Stränge ermöglicht es, mehrere Geschichten in der begrenzten Spielzeit von etwa 22 Minuten zu erzählen. Zeitsprünge in einem Handlungsstrang werden immer dann möglich, wenn dieser gerade nicht vorgeführt wird.¹³ Warum aber werden die Zeitsprünge in *Geliebte Schwestern*, die ja ohne Zweifel vorhanden sind, nur selten erkennbar? Zwei Gründe mögen hier eine Rolle spielen: Zum einen werden, wie bereits erwähnt, Hinweise auf die konkrete Zeit der Handlung vermieden. Zum anderen sind die Handlungsstränge nahezu hermetisch voneinander getrennt. Es gibt in einem Strang keine Verweise auf einen anderen und es treten nur die Figuren auf, die in diesen Strang als Handelnde involviert sind. Das hat zur Folge, daß die Sequenzen, die unmittelbar aufeinanderfolgen, als zeitlich parallel „gelesen“ werden können. Ein Beispiel: In einer Sequenz 1, die zum Handlungsstrang A gehört, verläßt die Figur X ein Haus. Die folgende Sequenz 2 gehört zum Handlungsstrang B und wir sehen zwei weitere Figuren Y und Z auf der Straße stehen und miteinander reden. Diese beiden Sequenzen laufen in ihrer Gestaltung parallel, denn es gibt keine Hinweise, daß zwischen den beiden Sequenzen Zeit vergangen ist bzw. daß sie zeitlich hintereinander folgen. Wenn aber nun in Sequenz 2 im Hintergrund des Gesprächs der Figuren Y und Z die Figur X aus der Sequenz 1 zu sehen wäre, wie sie gerade die Straße überquert, so erkennen wir die zeitliche Gestaltung: Sequenz 2 spielt nach Sequenz 1. Der Verzicht auf solche oder ähnliche Gestaltungsmöglichkeiten läßt etliche aufeinanderfolgende Sequenzen als gleichzeitig erscheinen. Von einer Parallelmontage zu sprechen ist in diesem Zusammenhang nicht ganz richtig, denn zu einer solchen gehört, daß die im Kreuzschnitt ineinandermontierten Handlungen inhaltlich zusammenhängen, wie z.B. bei einer Verfolgungsjagd Jäger und Gejagte. Dennoch wurde in den Strukturgrafiken der Begriff „parallel montiert“ verwendet, um den Eindruck der Gleichzeitigkeit des Geschehens deutlich zu machen. Diese Begriffswahl ist gerechtfertigt, wenn man bedenkt, daß die Montagechnik „Parallelmontage“ an sich schon einen narrativen Inhalt hat. Erkennt der Zuschauer eine Parallelmontage als solche, stellt sich aufgrund des in vorangegangenen Rezeptionen erlernten Deutungsmusters unwillkürlich der Ein-

¹³ Durchbrochen wird diese Regel in den untersuchten Folgen nur ein Mal: In 137/13 verläßt Prof. Steinfeld die Musik-Bar „Tiefentals“ und ist in 137/14 von Beginn an in grüner OP-Bekleidung im Waschraum des Krankenhauses zu sehen.

druck der „Gleichzeitigkeit“ ein.

Wie bereits dargestellt, sind die Inhalte der einzelnen Sequenzen weitgehend unabhängig vom Handlungsort, da der Großteil der erzählten Geschichten um die Gefühlswelt der Protagonistinnen kreist. Gepaart mit einer nicht erkennbaren Handlungszeit und der potentiellen Gleichzeitigkeit des Geschehens, ist eine Orientierung im Handlungsverlauf, die sich nicht zuletzt an zeitlichen und räumlichen Fixpunkten festmacht, nur noch schwer möglich. Auf der Suche nach einer Struktur, die den Zuschauer führt, nach einem serienspezifischen Rhythmus, sollen nun die Handlungsentwicklung und die Gestaltung von Spannungsbögen hinzugenommen werden.

Die Handlungsstränge 2 und 3 werden in Folge 137 abgeschlossen, dementsprechend finden sich Erzählhöhepunkte an ihrem Ende, in 137/10 bzw. 137/11. Der Strang 7 wird in Folge 141 mit einem Überraschungsmoment, einem Unfall, eingeführt. Daher wurde 141/7 ebenfalls als narrativer Höhepunkt gekennzeichnet. Am Ende der Folge einer Endlos-Serie wird ein Handlungsstrang während eines Spannungshöhepunktes abgebrochen, dem sogenannten „Cliffhanger“, um dem Zuschauer einen Anreiz zum Einschalten der nächsten Folge zu geben. Die Folgen einer Daily soap beginnen zumeist mit der Fortführung der letzten Sequenz der vorherigen Folge und lösen so die Spannung des Cliffhangers auf. Somit sind zwei dramaturgische Höhepunkte festgelegt, eben zu Beginn und am Ende einer Serienfolge. In den untersuchten Folgen bleiben nach Abzug dieser „Standard-Höhepunkte“ pro Folge zwei „echte“ Erzählhöhepunkte, die entweder den Spannungsgipfel einer Geschichte bilden (z.B. 138/5: Prof. Steinfeld äußert sich skeptisch über die Überlebenschancen Biancas. Wird sie sterben?), die Eruption eines schwelenden Konflikts darstellen (z.B. 140/14: Karen, die sich immer wieder mit Paolo gestritten hat, besteigt ihren Wagen und fährt davon. Wo will sie hin? Wird sie ihren Liebhaber Max treffen?) oder endgültige Entscheidungen beinhalten und somit Ungewißheiten beseitigen (z.B. 139/14: Uwe erklärt May, sie könne den gemeinsamen Sohn Zack mit in die USA nehmen.).

Diese Höhepunkte, die sich aus der Analyse des Sequenzprotokolls und *nicht* der einmaligen Rezeption ergaben, heben sich aufgrund der Beliebigkeit der Handlungsentwicklung der Handlungsstränge, die in vielen Sequenzen mit einer Art „Minicliff“ enden, nicht von den anderen Sequenzen des Strangs ab. Ob es sich in einer Sequenz um einen Erzählhöhepunkt handelt, ist erst erkennbar, wenn man den weiteren Verlauf der Geschichte kennt. Alles, was geschieht, ist vorläufig, sei es, daß ein Heiratsversprechen, das bis vor den Traualtar führt, dann doch nicht eingelöst wird, sei es die „irreversible“ (O-Ton) Querschnittslähmung, die natürlich nicht unheilbar ist. Da wird die zarte

Tochter des Chefarztes abrupt zur Punkerin mit blauer Perücke und gibt ebenso schnell diese Lebensweise wieder auf.

Ein Aspekt des Vergnügens bei der Serienrezeption besteht darin, daß der Text leicht zu durchschauen und zu einem guten Teil, wenn auch nicht in allen Einzelheiten, so doch zumindest in groben Zügen, voraussagbar ist. Ist jedoch umgekehrt der Rezipient dem Text ausgeliefert und muß immer wieder nicht vermutete Überraschungen hinnehmen, so wird er irgendwann die Geschichten als unglaublich betrachten.

Was für die Krankenhausserie an Möglichkeiten der Einführung von Themen und der Zusammenführung von Figuren gilt und oben als ‚Potentialität‘ bezeichnet wurde, funktioniert in der Erzählung von Lebensläufen anscheinend nicht. Die Überraschung ist *ein* Moment einer Serienerzählung, aber eben nur eines unter anderen. Als Standardelement der Dramaturgie zerstört es die Plausibilität der Handlungsführung.

Hier zeigt sich ein weiterer Aspekt der nur bedingten Vereinbarkeit von Lifestyle-Soap- und Krankenhausserien-Atmosphäre: Offenbar unterscheiden sich Daily soaps und Klinikserien sowohl in der Gestaltung von Spannungsbögen als auch in der Entwicklung der Figuren. Die oben beschriebene Schwierigkeit bei der Identifizierung dramatischer Höhepunkte könnte man ebenfalls als ein Wesensmerkmal der Daily soap beschreiben. Die stete Vorläufigkeit des Seriengeschehens und der Umstand, daß sich die Charaktere nicht wirklich weiterentwickeln, sondern ihren Wesenszügen treu bleiben, sich ihre Verhaltensmuster also ständig wiederholen, ergeben zusammen genommen eine Struktur, die die Präsentation überraschender Ereignisse und gleichzeitig die Voraussagbarkeit des Verhaltens der Figuren ermöglicht. Der Verlauf der Soap Opera besteht weniger aus auf- und absteigenden Spannungsbögen, sondern vielmehr aus einem gleichbleibenden Niveau an Aufregtheit. In episodischen Krankenhausserien, und die bis dato existierenden hatten ausnahmslos episodischen Charakter, ist die dramatische Entwicklung an die des medizinischen Falls der jeweiligen Folge geknüpft. Die Entwicklung der Figuren, wie z.B. des Krankenhauspersonals, ist entweder Rahmenhandlung oder das die einzelnen Folgen verbindende serielle Element. So betrachtet, ergibt sich in *Geliebte Schwestern* eine Divergenz zwischen erwarteter und formateigener Spannungsstruktur.

Letztlich bleibt als strukturgebendes Moment der rein formale Aufbau, der *Geliebte Schwestern* unverkennbar zu einer Endlos-Serie macht. Die zopfartige Verflechtung der Handlungsstränge ermöglicht das Erzählen verschiedener Geschichten und das immer wiederkehrende Personal und die immer gleichen

Schauplätze haben aufgrund ihres Wiedererkennungswerts orientierenden Charakter. Bei einmaliger Rezeption jedoch wird *Geliebte Schwestern* durch die diffuse Zeitgestaltung, die Unabhängigkeit des Handlungsinhalts vom Handlungsort und die nur schwer erkennbaren Handlungshöhepunkte bzw. die Überladung des Serientextes mit überraschenden Ereignissen zu einem nicht differenzierbaren, kaum gewürzten Emotionskompott.

4. *Das Ende*

Der Versuch einer Zusammenführung des Formats „Daily soap“ in der Art einer Lifestyle-Soap mit dem Genre der Krankenhausserie hat die oben beschriebenen Auswirkungen zur Folge. Obwohl *Geliebte Schwestern* das Krankenhausmilieu lediglich als Möglichkeit der Zusammenführung der Stammfiguren nutzt und die spärlich eingesetzten genretypischen Elemente (technisches Gerät usw.) nur auf den Handlungsort hinweisen, ohne Bedeutung zu erlangen, da die dargestellten Themen fast nichts mit ihren Schauplätzen zu tun haben, so muß sich diese Serie doch mit den Erwartungen an eine Krankenhausserie auseinandersetzen. Diese werden aber nicht erfüllt. Das Experiment eines solchen Kompositums macht deutlich, daß es auch unter den Fernsehserien Typologien und Genres gibt, die sich klar voneinander unterscheiden und die nicht beliebig verknüpfbar sind.

Micki, die eigentlich zur Polizei wollte, dann aber doch Krankenschwester wurde, meinte schon in der ersten Folge, gesendet am 2. Juni 1997: „Das war ein Riesenfehler. Ich hätte das überhaupt nie anfangen dürfen.“ Hat da eine unbewußte Vorahnung die Feder geführt? Letztlich haben wohl auch die Macher der Serie *Geliebte Schwestern* erkannt, daß das Krankenhausmilieu kein günstiger Hintergrund einer Daily soap ist. Die untersuchten Folgen wurden Mitte Dezember 1997 gesendet. Zu Beginn des Jahres 1998 entfernte sich die Serienhandlung zunehmend vom Akademischen Hospital und einige männliche Darsteller kamen hinzu. Aufgrund des anhaltenden Quoten-Mißerfolgs wurde *Geliebte Schwestern* mit der Ausstrahlung der 240. Folge am 15. Mai 1998 aus dem Programm genommen. Damit erlebte diese „Endlos-Serie“ noch nicht einmal ihren ersten Geburtstag.

In der letzten Szene der letzten Folge wird Lara aus Versehen von ihrem Bruder Paolo, der von Beginn an zum Personal der Serie gehörte, erschossen. So also enden „geliebte Schwestern“....

Literaturverzeichnis

- Ärzte. In: *Erstes deutsches Fernsehen / ARD*. Programmfahren, Nr. 2, 1994, S. IV/1-IV/21
- Arnu, Titus: Sex und Spaß allein reichen nicht. In: *Süddeutsche Zeitung* vom 12.1.1998
- Bauer, Gerd: Das Handwerk der Unterhaltung. In: ZDF Jahrbuch 1985. Mainz 1986, S. 60-65
- bb / S.U.: Deutschland deine Fernsehärzte. Mußt du mal zum Arzt, sieh fern! Arztserien des deutschen TV im PRISMA-Test. In: *Prisma. Wochenmagazin zur Zeitung*, Nr. 24, 1995, S. 4-5
- Benzenhöfer, Udo / Eckart Wolfgang (Hrsg.): *Medizin im Spielfilm des Nationalsozialismus*. Tecklenburg 1991
- Bitala, Michael: Was soll das? Schwarzwaldklinik, aber mit echten Patienten: die neue ZDF-Reihe „OP“. In: *Süddeutsche Zeitung* vom 30.4. / 1.5.1998, S. 22
- Böker, Alexander: Die Serie zur Schuppenflechte. Jeden Donnerstag gibt's jetzt „Neues vom Bülowbogen“ mit einem neuen Arzt. In: *Süddeutsche Zeitung* vom 16.10.1997
- Boll, Uwe: *Die Gattung Serie und ihre Genres*. Aachen 1994.
- „... daß Krankheit und Tod schließlich zum Leben dazugehören“. Zehn Fragen von Thomas Neuhauer an Simone Thomalla alias „Kinderärztin Leah“. In: *Südwestfunk Journal*, Nr. 5, 1997, S. 7-8
- Eb: Schwarzwaldklinik: Karussell der Schicksale. In: *Ärzte-Zeitung* vom 22.10.1985
- Erste Visite der Kinderärztin Leah Schönfeld. In: *Abendzeitung* vom 14.11.1997
- Fernsehen: Der Schwarzwälder Schinken. In: *Der Spiegel*, Nr. 44, 1985, S. 290-304
- Frey-Vor, Gerlinde / Michael Sevenning: Die Resonanz deutscher Fernsehserien in Großbritannien. In: *Rundfunk und Fernsehen*, Nr. 4, 1990, S. 565-577
- Fuchs, Wolfgang, J.: „Bitte machen Sie sich frei!“ Arztserien als TV-Dauerbrenner. In: *Medien und Erziehung*, Nr. 6, 1995, S. 352-354
- Gauer, Walter: OP-Saal um Mitternacht. Krankenhaus-Spielerie „Die Texas-Klinik“. In: *Fernseh-Dienst*, Nr. 8, 1993, S. 6
- Giesenfeld, Günter (Hrsg.): *Endlose Geschichten. Serialität in den Medien*. Hildesheim 1994
- Giesenfeld, Günter: Die Entdramatisierung der Fiktionalität in der Fernsehserie. In: Helmut Schanze / Helmut Kreuzer (Hrsg.): *Bausteine IV. Beiträge zur Ästhetik, Pragmatik und Geschichte der Bildschirmmedien*. Arbeitshefte Bildschirmmedien 65, Universität-GH Siegen 1997, S. 67-70
- Giesenfeld, Günter / Prisca Prugger: Serien im Vorabend- und im Hauptprogramm. In: Helmut Schanze / Bernhard Zimmermann (Hrsg.): *Das Fernsehen und die Künste. Geschichte des Fernsehens in der Bundesrepublik Deutschland*. Band 2, München 1994, S. 349-387
- Göbbel, Heide-Marie: Kurklinik Rosenau. Kurschatten. Pilotfilm zur Arzt- und Familienserie. In: *Fernseh-Dienst*, Nr. 23, 1996, S. 18
- Göbbel, Heide-Marie: Sekunden der Entscheidung. Emergency room: Der erste Tag. Pilotfilm zur Serie, USA 1994. In: *Fernseh-Dienst*, Nr. 44, 1995, S. 14-15
- Gregor, Ulrich / Enno Patalas: *Geschichte des Films*. Band 2, Reinbek 1976 (Zuerst München 1973)
- Heiming, Ralf / Michaela Trieb: Filmographie zum deutschen Spielfilm medizinischen Inhalts. In: Udo Benzenhöfer / Wolfgang Eckart (Hrsg.): *Medizin im Spielfilm des Nationalsozialismus*. Tecklenburg 1991, S. 83-109
- Heintze, Dorothea: Viel Schweinebauch. Auf allen Kanälen schnippelt der Doktor – warum Arztserien so beliebt sind. In: *Das Sonntagsblatt*, Nr. 2, 10.1.1997, S. 34
- Hermand, Jost: *Kultur im Wiederaufbau. Die Bundesrepublik Deutschland 1945-1965*. Frankfurt a. Main 1989. (Zuerst München 1986)
- Hickethier, Knut: *Serienunterhaltung durch Unterhaltungsserien. Fernsehspielserien im Wer-*

- berahmenprogramm. In: Reent Schwarz (Hrsg.): Materialien zum Fernsehunterricht. Didaktik der Massenkommunikation, Band 2, Stuttgart 1976, S. 173-222
- Hickethier, Knut: Die Fernsehserie und das Serielle des Fernsehens. Lüneburger Beiträge zur Kulturwissenschaft 2, Lüneburg 1991
- Illies, Florian: Dr. Steinfeld, bitte kommen. Wenn der Arztkittel zweimal raschelt: „Geliebte Schwestern“ (SAT.1). In: *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, Nr. 129, 7.6.1997, S. 34
- Keller, Harald: Kultserien und ihre Stars. Berlin 1997
- Keller, Harald: Die Unermüdliche. „Dr. Monika Lindt – Kinderärztin, Geliebte, Mutter“. In: *epd medien*, Nr. 21, 21.3.1998, S. 22
- Kreimeier, Klaus: Kino und Filmindustrie in der BRD. Ideologieproduktion und Klassenwirklichkeit nach 1945. Kronberg / Ts 1973
- Küspert, Ulla: Die Fachärzte werden neidisch sein. Eine echte Pop-Dok aus dem Krankenhaus: „OP. Schicksale im Klinikum“. In: *TAZ* vom 29.4.1998, S. 7
- Kurath, Peter: „Medisch Centrum West, Amsterdam“. Holländische Arztserie wird auf Eins Plus wiederholt. In: *Fernseh-Dienst*, Nr. 11, 1993, S. 6
- Kurath, Peter: Kinderstation. Krankenhausserie nun auch im Kinderprogramm (ARD / SWF) In: *Fernseh-Dienst*, Nr. 6, 19.1.1993
- Kurzeja, Maria: Inhaltsanalytischer Beitrag zur Untersuchung der TV-Arzt-Serie „Dr. med. Marcus Welby“. In: Helmut Kreuzer (Hrsg.): Literatur für viele. Studien zur Trivilliteratur und Massenkommunikation im 19. und 20. Jahrhundert. Göttingen 1976, S. 237-261
- Kurzeja, Maria: *Dr. med. Markus Welby und seine Kollegen*. Eine empirische Untersuchung zur Arztserie im Fernsehen der Bundesrepublik Deutschland. Frankfurt a. Main 1984
- Leder, Dietrich: Die Super-Serie. Ganz in weiß oder: Ein Arzt kommt selten allein. In: *Funk-Korrespondenz*, Nr. 42, 1987, S. 1-3
- Leder, Dietrich: Massenkonsum unter Vorbehalt des Unwahren? Herbert Lichtenfeld: Die Schwarzwaldklinik. In: *Funk-Korrespondenz*, Nr. 44, 1985, S. P6
- Lüke, Reinhard: Druide im weißen Kittel. In: *Funk-Korrespondenz*, Nr. 24, 1986, S. 29
- Mack, Dietrich: Abenteuer des Lebens. In: *Erstes deutsches Fernsehen /ARD*. Programmfahren, Nr. 2, 1994, S. IV/21
- Mauersberger, Helga: Eine Fernsehsparte sucht ihr Selbstverständnis. Zur Kritik am vorabendlichen Serienprogramm. In: *ARD Jahrbuch 77*. Hamburg, 1977, S. 74-79
- Mikos, Lothar: Trivialität und Dünkel. Zum Umgang mit Fernsehserien. In: *Funk-Korrespondenz*, Nr. 33, 1986, S. P1-P5
- Mikunda, Christian: Die Drehbücher im Kopf. Wie wir Städte, Romane und Filme „lesen“. In: *Psychologie heute*, Nr. 3, 1992, S. 64-71
- Netenjakob, Egon: Anatomie der Fernsehserie. Mainz 1976
- Netenjakob, Egon: Das Vergnügen, aggressiv zu sein. In: Tatort: Normalität als Abenteuer. *AugenBlick* Nr. 9, Marburger Hefte zur Medienwissenschaft, hrsg. vom Institut für Neuere deutsche Literatur, Philipps-Universität Marburg, 1990, S. 32-39
- Neuhauser, Thomas: Kein Melodram in Mull. „Kinderärztin Leah“ – ein neuer Impuls für das Genre. In: *Südwestfunk Journal*, Nr. 5, 1997, S. 6
- Novotny, Ehrentraud: Familiengeschichte im Ärzte-Milieu. In: *Berliner Zeitung* vom 16. / 17.1.1988
- Penk, Wolfgang: Unterhaltung im Fernsehen. Wirkungen und Möglichkeiten. In: *ZDF Jahrbuch 1985*, Mainz 1986, S. 55-59
- Programm extra*. Pressedienst Erstes Deutsches Fernsehen / ARD, Nr. 25, 1995, S. IV/13
- Prugger, Prisca: Wiederholung, Variation, Alltagsnähe. Zur Attraktivität der Sozialserie. In: Günter Giesenfeld (Hrsg.): Endlose Geschichten. Serialität in den Medien. Hildesheim 1994, S. 90-113

- Prugger, Prisca: Die unwiderstehliche Spiegelung des Alltags – Zur Faszination der Fernsehserie. In: Louis Bosshart / Wolfgang Hoffmann-Riem (Hrsg.): *Medienlust und Mediennutz. Unterhaltung als öffentliche Kommunikation*. München 1994, S. 186-195
- Reuter, Martin: Ärzte im Bundesdeutschen Spielfilm der Fünfziger Jahre. Alfeld / Leine 1997
- Riepe, Manfred: TV-Klinik: Schön krank. In: *Das Erste*, Nr. 1, 1993, S. 47-49
- Riepe, Manfred: Doktorspiele. In: *Das Erste*, Nr. 1, 1994, S. 10-15
- Rolf, Andreas: Kommt'n Arzt im Fernsehen ... In: *TV-Spielfilm*, Nr. 13, 1995, S. 10-14
- Sanitäter singen nicht. Und trotzdem: Die Johanniter rufen Dr. Bruckner. Interview von Barbara Nolte. In: *Süddeutsche Zeitung* vom 4. / 5.4.1998,
- Saur, Karl-Otto: Unterhaltung als Fabrikware. In: *Weiterbildung und Medien*, Nr.3, 1987, S. 23-24
- Schardt, Alois: Trivialität im Fernsehen – Versuch einer Einordnung. In: *ZDF Jahrbuch 1985*, Mainz 1986, S. 51-54
- Schmidt, Joachim: Pralles Leben nach Dr. Oetker. Zum Start der ZDF / ORF-Serie „Die Schwarzwaldklinik“. In: *epd / Kirche und Rundfunk*, Nr. 86, 1985, S. 10-11
- Schneider, Irmela / Andreas Novak / Christian W. Thomsen (Hrsg.): *Lexikon der britischen und amerikanischen Serien, Fernsehfilme und Mehrteiler in den Fernsehprogrammen der Bundesrepublik Deutschland 1953-1985*, Band 1-3, Berlin 1991.
- Schneider, Irmela: Transkulturelle Wirklichkeiten. Zu US-amerikanischen Serien im deutschen Fernsehprogramm. In: Günter Giesenfeld (Hrsg.): *Endlose Geschichten. Serialität in den Medien*. Hildesheim 1994, S. 114-128
- Schradi, Johannes: „Man kann auch auf triviale Weise wesentlich sein ...“. Die Schwarzwaldklinik und der öffentlich-rechtliche Kulturauftrag. In: *Medium*, Nr. 1, 1986, S. 54-56
- Simon-Zülch, Sybille: Nichts mehr zu machen. „alphateam – Die Lebensretter im OP“. In: *epd medien*, Nr. 6, 1997, S. 18-19
- Simon-Zülch, Sybille: Unter dem Kittel halbnaakt. Klischees zu Tode gequält: die neue Seifenoper „Geliebte Schwestern“. In: *Das Sonntagsblatt*, Nr. 23, 6.6.1997, S. 54-56
- Struve, Günter: Ärzte, Ärzte und kein Ende ...? Aus einem fernsehmedizinischen Gutachten. In: *Erstes deutsches Fernsehen ARD. Programmfahnen*, Nr. 2, 1994, S. IV/2
- Thieringer, Thomas: Akademiker, Alltag, Arbeitsamt. Zur ZDF-Serie „Mein Bruder, der Herr Doktor Berger“. In: *epd / Kirche und Rundfunk*, Nr. 32, 1972, S. 4-5
- Thomann, Jörg: Schranke zu und Schranke offen. Nachwuchs bei Ärzten: „Kinderärztin Leah“ (ARD / SWF) In: *Frankfurter Zeitung* vom 19.11.1997
- Tic-Tac-Tussis in Karbol. In: *Der Spiegel*, Nr. 26, 1997, S. 182
- Tok, Dieter: Ein Dankeschön für 13 Bildschirmabende. Jaroslav Dietl und „Das Krankenhaus am Rande der Stadt“. In: *Leipziger Volkszeitung* vom 3.4.1979
- Villwock, Kirsten: *Schimanski – in der Fernsehserie, im Kinofilm, im Roman*. Bardowick 1991
- Walter, Armin: Lauter gute Bekannte im Krankenhaus am Rande der Stadt. In: *Hörzu*, Nr. 52, 1981, S. 19-20
- Zimm, Irma: Endlich schluckte Häppchen ihn ... „Zahn um Zahn“ – Für und Wider der Fernsehserie von Gerhard Jäckel. In: *BZ am Abend* vom 30.9.1986

Chronologisches Verzeichnis von Arzt- und Krankenhausserien

- RAMAR OF THE JUNGLE (Abenteurer/Arzt) USA 1951-52, 52 F. à 25'
- DR. HUDSONS SECRET JOURNAL (Arzt) USA 1954-55, 39 F. à 25'
- MEDIC (Arzt/Krankenhaus/Familie) USA 1954-55, NBC, 59 F. à 25'
- NOAH'S ARCHE (Tierarzt) USA 1956, NBC, 23 F. à 25'
- FRONTIER DOCTOR (Western/Arzt) USA 1957-58, 39 F. à 25'
- YOUNG DR. MALONE (Arzt/Krankenhaus) USA 1958-63, 177 F. à 25'
- CRIME DOCTOR (Krimi/Arzt) USA 1958, 24 F. à 25'
- DER FLIEGENDE DOKTOR (Arzt/Abenteurer) Australien 1959, 39 F. à 25'
- HENNESSY (Arzt/Komödie) USA 1959-62, CBS, 96 F. à 25'
- BEN CASEY (Arzt/Krankenhaus) USA 1960-66, ABC, 153 F. à 50'
- ASSISTENZARZT DR. KILDARE (Arzt) USA 1961-66, NBC, 190 F. à 55' + à 30'
- DOCTOR KILDARE (Arzt) USA 1961-66, NBC, 132 F. à 50' + 58 F. à 25'
- YOUNG DR. KILDARE USA (Arzt) 1972, 24 F. à 25'
- THE NURSES (DIE KRANKENSCHWESTERN) (Krankenhaus/Familie) USA 1962-66, CBS, 128 F. à 25 + 45'
- ALLE MEINE TIERE (Tierarzt/Familie) BRD 1962, 12 F. à 45'
- BREAKING POINT (Arzt/Psychiater) USA 1963-64, ABC, 30 F. à 50'
- THE DOCTORS (Arzt/Krankenhaus) USA 1963-82, NBC, 920 F. à 25'
- GENERAL HOSPITAL (Krankenhaus) USA 1963-80, ABC, 880 F. à 30, 45 + 60'
- KENTUCKY JONES (Tierarzt/Familie) USA 1964, NBC, 26 F. à 25'
- DAKTARI (Abenteurer/Tierarzt) USA 1966-68, CBS, 89 F. à 50'
- LANDARZT DR. BROCK (Arzt) BRD 1967, 26 F. à 25'
- EINE ZUVIEL IN TOURLEZANNE. LANDÄRZTIN IN DEN PYRENÄEN (Arzt) Frankreich 1967, 10 F. à 30'
- HAFENKRANKENHAUS (Krankenhaus) BRD 1968, 13 F. à 25'
- THE DOCTORS (Arzt) USA 1969-73, 98 F. à 50'
- DR. MED. MARCUS WELBY (Arzt) USA 1969-76, ABC, 174 F. à 45'
- MEDICAL CENTER (Krankenhaus) USA 1969-76, CBS, 144 F. à 50'
- UNSER DOKTOR IST DER BESTE (Arzt) BRD 1969, 12 F. à 25'
- THE INTERNS (DIE ASSISTENZÄRZTE) (Arzt) USA 1970-71, CBS, 24 F. à 50'
- DOCTOR IN THE HOUSE (Arzt/Komödie) England 1970-71, 52 F. à 25'
- DOCTOR SIMON LOCKE (Arzt) USA 1970-71, 39 F. à 25'
- DAS JAHRHUNDERT DER CHIRURGEN (Arzt/Beruf) BRD 1971, ARD, 19 F. à 60'
- MEIN BRUDER, DER HERR DOKTOR BERGER (Arzt/Familie) BRD 1971, 13 F. à 45'
- POLIZEIARZT (Arzt/Krimi) Kanada 1971, 76 F. à 25'
- THE LITTLE PEOPLE (DER NÄCHSTE BITTE) (Arzt/Familie) USA 1972-73, NBC, 48 F. à 25'
- TEMPERATURES RISING (Arzt/Komödie) USA 1972, ABC, 24 F. à 25'
- EIN CHIRURG ERINNERT SICH (Arzt) BRD 1972, ARD, 5 F. à 55'
- DR. MED. MARK WEDMANN – DETEKTIV INBEGRIFFEN (Krimi/Arzt) BRD 1973, 13 F. à 25'
- DER KLEINE DOKTOR (Krimi/Arzt) BRD 1973, ZDF, 13 F. à 60'
- HALLO DOC (Arzt/Familie) USA 1974, 24 F. à 25'

- DER SCHWARZE DOKTOR (Arzt) BRD 1974, 7 F. à 45'
 DOKTORS HOSPITAL (Arzt) USA 1975-76, NBC, 13 F. à 45'
 NOTARZTWAGEN 7 (Arzt/Notdienst) BRD 1975-76, ARD, 13 F. à 25'
 THE PRACTICE (Arzt/Komödie) USA 1976, NBC, 27 F. à 25'
 EMERGENCY (Notaufnahme/Arzt) USA 1976-78, 139 F. à 50'
 QUINCY (Krimi/Arzt) USA 1976-83, NBC, 96 F. à 50 + 90'
 DER DOKTOR UND DAS LIEBE VIEH (Tierarzt) England 1977-80,87, BBC, 39 F. à 45'
 HIGH HOPES (Arzt/Familie) Kanada 1977-78, 65 F. à 25'
 DAS KRANKENHAUS AM RANDE DER STADT (Krankenhaus) CSSR 1978-80, 21 F. à 55'
 POLIZEIARZT SIMON LARK (Arzt/Krimi) USA 1978-79, 25 F. à 45'
 WOOBINDA – ANIMAL DOCTOR (Tierarzt/Abenteurer) Australien 1978, 39 F. à 25'
 NACHTÄRZTE (Arzt/Krankenhaus) Frankreich/BRD 1979, 83, 85, 26 F. à 50'
 HOUSE CALLS (HAUSBESUCHE) (Arzt/Komödie) USA 1979-82, CBS, 34 F. à 25'
 TRAPPER JOHN, M.D. (Arzt/Krankenhaus) USA 1979-86, CBS, 150 F. à 50'
 DAS BUSCHKRANKENHAUS (Arzt/Familie) Australien ab 1980, ca. 180 F. à 50'
 SCHICHT IN WEISS (Krankenhaus) BRD 1980-82, 13 F. à 25'
 EINFACH LAMPRECHT (Arzt/Familie) BRD 1981, ARD, 13 F. à 25'
 NURSE (KRANKENSCHWESTER) (Familie/Beruf) USA 1981, CBS, 24 F. à 50'
 DR. MED. ERIKA WERNER (Arzt) Frankreich 1982, 15 F. à 35'
 PATIENTEN GIBT'S! (Arzt/Komödie) BRD 1982, ZDF, 10 F. à 30'
 ST. ELSEWHERE (CHEFARZT DR. WESTPHALL) (Krankenhaus/Komödie) USA 1982-88, 85 F. à 45'
 TRAUMA CENTER (Krankenhaus) USA 1983, ABC, 10 F. à 50'
 DER NÄCHSTE, BITTE! (Arzt) BRD 1983, 6 F. à 30'
 AFTERMASH (Krankenhaus) USA 1983-84, CBS, 28 F. à 25'
 DR. PETER RAMSAY - TIERARZT (Tierarzt) Australien 1983, 22 F. à 37'
 AUTSCH ! (Krankenhaus/Komödie) USA 1984, 8 F. à 25'
 E/R (Arzt/Komödie) USA 1984, CBS, 13 F. à 25'
 DIE SCHWARZWALDKLINIK (Krankenhaus/Familie) BRD 1984-88, 70 F. à 45' + 1 F. à 80'
 ZAHN UM ZAHN (Zahnarztpraxis/Familie/Komödie) DDR 1984/85, 21 F. à 55'
 EIN HEIM FÜR TIERE (Tierarzt/Familie) BRD 1985-91, ZDF, 52 F. à 45'
 DIE CAMPBELLS (Arzt/Familie) Schottland/Kanada 1986/87, 76 F. à 30'
 DER LANDARZT (Arzt/Familie) BRD 1986-93, 78 F. à 50'
 DIE TEXAS-KLINIK (Krankenhaus) USA 1986-87, 26 F. à 45'
 BUCK JAMES (Arzt/Familie) USA 1987, 19 F. à 45'
 BEREITSCHAFT DR. FEDERAU (Arzt/Familie) DDR 1987/1988, 7 F. à 60'
 TIERE MACHEN LEUTE (Tierarzt) DDR 1987/1988, 9 F. à 60'
 HERZSCHLAG DES LEBENS (Arzt) USA 1988, 18 F. à 50'
 BARFUSS INS BETT (Familie/Arzt) DDR 1988, 14 F. à 60'
 ISLAND SON (DR. KULANI – ARZT AUF HAWAII) (Arzt/Familie) USA 1989/90, 18 F. à 50' + 23 F. à 45'
 MEDISCH CENTRUM WEST, AMSTERDAM (Krankenhaus) Niederlande 1989-92, 78 F. à 30'
 PRAXIS BÜLOWBOGEN (Arzt) BRD 1990/91, ARD, 106 F. à 50'
 AUSGERECHNET ALASKA! (Arzt/Abenteurer/Komödie) USA 1990-91,1993/94, 97 F. à 45'

- HALLO SCHWESTER (Sitcom) USA 1990, 37 F. à 25'
KINDERSTATION (Krankenhaus) England 1990, 13 F. à 25'
NORTHERN EXPOSURE (Familie/Arzt/Phantasy) USA 1991-92, 24 F. à 45'
HUMAN FACTOR (DER FAKTOR MENSCH) (Arzt/Krankenhaus) USA 1991/92, 8 F. à 60'
TROPICAL DOCTORS (Arzt/Exotik) USA 1992/93, 17 F. à 25'
AUF MESSERS SCHNEIDE (Arzt/Krimi/Familie) BRD/Italien 1992, SAT 1, 6 F. à 100-110'
DER BERGDOKTOR (Arzt/Familie/Heimat) BRD 1992-95, 1996, SAT 1, 43 F. à 45' + 4 Filme à 90', + 13 F.*
FREUNDE FÜRS LEBEN (Arzt/Familie) BRD 1992-96, ZDF, 78 F. à 45'
ÄRZTE (Arzt/Familie) BRD 1993/1994, 1995, 1996, 1997, 1998, ARD, jeweils Mehrteiler à 60'
DIAGNOSE: MORD (Polizei/Arzt) USA 1993/94, Kabel 1, PRO 7 (95) 42 F. à 50'
DR. CHRISTIANE B. – NOTÄRZTIN IM EINSATZ (Arzt) BRD 1993, Pro 7, 24 F. à 50'
DR. QUINN – ÄRZTIN AUS LEIDENSCHAFT (Arzt/Western) USA 1993-94, 26 F. à 50' + Pilotfilm von 90'
DIE KINDERKLINIK (Krankenhaus) BRD/Italien 1993, ARD, 8 F. à 55' + Pilotfilm von 90', 1998 weitere 6 F.
POLICE RESCUE (GEFÄHRLICHER EINSATZ) (Krimi/Polizei/Arzt) Australien 1993, 41 F. à 50' + Pilotfilm von 100'
STADTKLINIK (Krankenhaus) BRD 1993-95/96, RTL PLUS, 79 + 14 F. à 50'
DIE TIERKLINIK AM RANDE DER STADT (Tierarzt) CSFR/BRD 1993/94, 13 F. à 50'
CHICAGO HOPE (Krankenhaus) USA 1994, 1995, 1996, 42 + 26 F. à 50' + Pilotfilm von 100'
DREI MANN IM BETT (Sitcom/Krankenhaus) BRD 1994-95, ARD, 22 F. à 25'
EMERGENCY ROOM (Krankenhaus/Notaufnahme) USA 1994, PRO 7, 24 F. à 50' + Pilotfilm von 95'
FRAUENARZT DR. MARKUS MERTHIN (Arzt/Familie) BRD 1994-95, ZDF, 18 F. à 55' + Pilotfilm von 90'
HALLO, ONKEL DOC! (Arzt/Krankenhaus) BRD 1994-95, 96, SAT 1, 26 F. + 13 à 50' + Pilotfilm von 90'
IMMER IM EINSATZ - DIE NOTÄRZTIN (Arzt) BRD 1994, 12 F. à 50'*
KURKLINIK ROSENAU (Arzt/Familie) BRD 1995, 1996, SAT.1, 13 + 13 F. à 60'
DR. STEFAN FRANK (Arzt) BRD 1995, RTL, 33 F. à 55' + Pilotfilm von 90 Min
FÜR ALLE FÄLLE STEFANIE (Krankenhaus) BRD 1995/1996, SAT 1, 77 F. à 50' + Pilotfilm von 95', 1997/1998 weitere F.
NOTAUFNAHME (Krankenhaus) BRD 1995, RTL PLUS, 13 F. à 50'
OP RUFT DR. BRUCKNER (Krankenhaus) BRD 1996-98, RTL, 16 F. à 50' + Pilotfilm 115', 1998 weitere F.
ADRENALIN - NOTÄRZTE IM EINSATZ (Arzt/Abenteuer) Australien 1996/1997, RTL2, 35 F. à 50'
ALPHATEAM - DIE LEBENSRETTER IM OP (Krankenhaus/Notaufnahme) BRD 1996-98, SAT.1, 52 F. à 60' 1998 weitere F.
DR. SOMMERFELD – NEUES VOM BÜLOWBOGEN (Arzt/Familie) BRD 1997/98, 21 F. à 50'
GELIEBTE SCHWESTERN (Familie/Krankenhaus) BRD 1997-98, Sat 1, 240 F. à 30'
DR. MONIKA LINDT – GELIEBTE, ÄRZTIN, MUTTER (Arzt/Familie) BRD 1998, RTL, 8 F. à 60'
OP – SCHICKSALE IM KLINIKUM (Krankenhaus/Doku-Serie) BRD 1998, ZDF; 6 F. à 45'