

Fay Wray



Foto Cinetext

### Königin der Schreie

Wer erinnert sich noch an Penny Mac Lean? Sicher Disco-Fans, denen sie auch heute noch nach Mitternacht mit ihrem markerschütternden Schrei einheizt, der zu Beginn der achtziger Jahre den deutschen Soulverschnitt „Lady Bump“ in die internationalen Hitparaden katapultierte. Die Sängerin, fortan zur Kreischerin vom Dienst verdammt, gab bald auf. So vernünftig war die Schauspielerin Fay Wray gottlob nicht. Als sie 1933 mit der Rolle der blonden Ann in „King Kong und die weiße Frau“ durch ihre unentwegten spitzen Schreie weltberühmt wurde, wollte sie nicht glauben, daß fortan ihr Schicksal besiegelt sei. Tapfer kreischte sie sich durch mehrere Horror- und Abenteuerstreifen, unerschütterlich hoffend, daß Hollywood sich endlich an ihre „Mitzi“ erinnern werde.

Unter diesem Namen nämlich hatte sie 1928 in Erich von Stroheims „Hochzeitsmarsch“ die Kritik und das Publikum hingerrissen. Eine Art Horváth für die Masse, erzählte Stroheims Geschichte von einer Harfenistin, die sich in einen Prinzen verliebt, aber einen Metzger heiraten muß. So schmalztriefend sich das anhörte, der Regisseur und die Schauspielerinnen schufen nach dem Urteil des Internationalen Filmlexikons „einen der zärtlichsten Liebesfilme“ in der Geschichte Hollywoods.

Am wenigsten wunderte sich die damals neunzehnjährige Fay Wray darüber. Schließlich war sie schon mit sechzehn Jahren von dem schwedischen Meisterregisseur Mauritz Stiller für dessen „Straße der Sünden“ als Partnerin von Emil Jannings verpflichtet worden. Als der Produzent Merian Cooper ihr versprach, in King Kong werde sie „den größten dunkelhaarigen männlichen Star“ zum Partner haben, dachte sie nach eigenem Bekunden sofort an Cary Grant. An wen anders hätte sie denken sollen? Hatte sie doch zuvor mit der Hauptrolle in Josef von Sternbergs „Thunderbolt“ erfolgreich den Schritt in den Tonfilm getan und vor dem King-Kong-Vertrag für Michael Curtiz gespielt. „Schrei, schrei für dein Leben, Fay“, rief Cooper ihr beim Drehen der ersten Szene mit dem Riesenaffen zu. Sie tat es in Erinnerung daran, daß ihre beiden Schwestern als Sopranistinnen Enormes leisteten, und „so hoch, wie die sangen, konnte ich kreischen“. Womit sie denn auch ihr Schicksal beschrieb. Denn trotz insgesamt etwa sechzig folgender Filme ließ Hollywood Fay Wray nie mehr als ernst zu nehmende Charakterdarstellerin vor die Kamera, sondern dachte sich bei ihrem Namen nur: Schreie, wem Geschrihl gegeben!

Ob es ihr ein Trost war, daß später mit dem Namen „Scream-Queens“ ein ganzes weibliches Film-Genre nach ihr benannt wurde, bleibt unerfindlich. Sicher ist, daß die Schauspielerin sich im Lauf der Jahrzehnte mit ihrem Los abfand, bis sie sich schließlich mit ihrem Part und ihrem Partner identifizierte. Sie zog in die Nähe des Empire State Building, des Schauplatzes der atemberaubenden Schlusszene ihres Schicksalsfilms, und gedachte in zahllosen Interviews ihres treuen haarigen Entführers. Als sie 2004 mit sechsundneunzig Jahren starb, löschte man in dem Wolkenkratzer zum Gedenken an sie für eine Nacht das Licht.

DIETER BARTETZKO

## Zwei Leben und drei Geburten, bringt hundert Euro

Endzeit für Äskulaps Enkel: Wie der Arztberuf in Deutschland zugrunde gerichtet wurde / Von Michael Feld

Dr. med. Thomas Mertens ist drei- unddreißig Jahre alt und Assistenzarzt in Innerer Medizin in einem 450-Betten-Krankenhaus. Wenn er morgens um sieben in sein etwa sechs Quadratmeter großes Arztzimmer tritt, das er sich mit zwei weiteren Kollegen teilt, tippt er als erstes einen Stapel Entlassbriefe auf dem einzigen Computer der Station. Als nächstes, so gegen vier vor acht, muß Mertens eine ganze Batterie von Blutröhrchen abnehmen, weil die Krankenschwestern das in Deutschland nicht mehr dürfen und derweil Frühstück verteilen, weil das nun wiederum Hilfskräfte nicht dürfen.

Im Durchschnitt kommen täglich sieben bis acht Neuaufnahmen auf die Station, deren zehn Zimmer fast sämtlich mit vier statt drei Patienten belegt sind. „Zugeschoben“ nennt man das. Heute sind auf allen Stationen im Haus Patienten zugeschoben, und morgen auch, und nächste Woche ebenso. So wie in fast jedem anderen Krankenhaus in Deutschland im Winter. Angeblich haben wir im europäischen Vergleich mit 6,6 pro tausend Einwohnern immer noch zu viele Krankenhausbetten. 1991 waren es rechnerisch 8,3. Deshalb verschwinden Jahr für Jahr heimlich immer mehr Liegeplätze. Das einzige, was nicht verschwindet, ist der Strom der kranken Menschen. Diese werden aufgrund der demographischen Entwicklung nicht weniger, sondern mehr. 1991 betrug die „Fallzahl“ 14,5 Millionen, 2003 waren es schon 17,4 Millionen. Die Menschen werden nicht gesünder, sondern kränker, müssen aber bei immer kürzeren Liegezeiten immer schneller diagnostiziert, behandelt und von immer weniger Ärzten und Schwestern betreut werden.

Wenn Dr. Mertens gegen sechzehn Uhr fast alle seine Patienten endlich visitiert, behandelt, die Neuen aufgenommen und die anderen entlassen hat, wenn er, anstatt Gespräche zu führen oder Untersuchungen zu machen, Hunderte Zettel ausgefüllt und Dutzende Diagnosen verschlüsselt hat, dann beginnt sein Bereitschaftsdienst. Von nun an ist er der einzige zuständige Arzt für etwa hundertfünfzig internistische Patienten im Haus und für alle, die sich nun bis morgen früh um acht mit Luftnot, Brustschmerzen oder Magenbluten an die Notaufnahmetür schleppen, in desolatem Gesundheits- oder Pflegezustand vom Rettungsdienst gebracht oder aus anderen Abteilungen übernommen werden.

Sein Funker geht pausenlos. Wenn Mertens Glück hat, kann er sich irgendwann nachts hinlegen. In ein schäbiges Bett in einem noch schäbigeren Raum, Klo auf dem Flur und nur durch Rigipswände von den Dienstzimmern der Kollegen aus der Chirurgie, der Anästhesie und der Frauenheilkunde getrennt. Wenn einer der anderen Kollegen nachts um drei angefunkelt wird, wird Krause automatisch mit wach, denn so dünn wie Rigips ist Oxorapax nicht dick. Irgendwann ist es acht Uhr morgens, die Kollegen kommen. In der Zwischenzeit hat Mertens zweimal eine halbe Stunde gelegen. Für diesen „Bereitschaftsdienst“ bekommt er etwa hundert Euro brutto. In der gleichen Nacht hat sein Kollege auf der Intensivstation überhaupt nicht gelegen, sondern zwei Patienten reanimiert. Für hundert Euro brutto. Die Kollegin aus der Gynäkologie hat drei Babys auf die Welt geholt, eines davon per Not-Kaiserschnitt. Für hundert Euro brutto. Ihre Kollegin im Nachbar-Krankenhaus bekommt für den gleichen Nachtdienst gar kein Geld. Sie bekommt nur „Freizeitgleich“, den sie real nie nehmen kann. Medizin in Deutschland heute.

Doch nicht nur des zu wenigen Geldes und der viel zu vielen Überstunden wegen werden Äskulaps Enkel in Deutschland depressiv, gehen auf die Straße, streiken und wandern ins Ausland ab. Der Frust der Weißkittel speist sich noch aus anderen Quellen, die viel tiefer in Hippokrates' Hinterland reichen als nur bis in die rechten Hintertaschen seiner Adepten. Bei

ständig steigender Arbeitsverdichtung wird eine stetige dirigistische Verplanung und Durchökonomisierung sämtlicher medizinischer sowie menschlicher „Abläufe“ unter den nach außen hin wohlklingenden Schlagwörtern Transparenz und Qualitätssicherung politisch implementiert. Man zerstört die Humanität des Berufes, indem man durch hohen „Patienten-Durchsatz“ zwischenmenschliche Beziehungen verhindert und im Mahlstrom der Säkularisierung und Verwissenschaftlichung alles Intuitive und Numinose dieses einst so hehren Berufes verbrämt. Unter Paracelsus' Erben grassiert Perspektivlosigkeit. War es vor fünfzehn Jahren selbstverständlich, daß man als junger Arzt während seiner Klinikjahre auch adäquat ausgebildet wurde, so ist dies durch die strukturellen Veränderungen heute kaum noch gegeben. Unter dem Primat der Ökonomie in Gestalt der Fallpauschalen, sogenannter „Diagnosis-Related-Groups“ (gesprochen „Di-A-Tschies“), zählt hoher Durchsatz an Patienten, die möglichst von den – bereits fertig ausgebildeten – Oberärzten zügig untersucht und behandelt werden, damit sie schnell wieder nach Hause können. Dies führt dazu, daß für Aus- und Weiterbildung keine Zeit mehr bleibt und die jungen Ärzte auf den Stationen mit ihrer Bürokratieflut versauern und außer Blutabnahmen, Neuaufnahmen, Visiten und Entlassungen nichts mehr machen können. Für das Krankenhaus zählt jetzt nicht mehr, wie lange ein Patient im Krankenhaus liegt, sondern nur noch, wie hoch die Pauschale für seine Diagnosen ist. Das medikal-merkanile Abrakadabra unserer

aber nicht. Der Chirurg spricht nicht mit dem Internisten und der Oberarzt nicht mit dem Assistenten. Hierdurch ist es selbst für wohlgesinnte Klinikverwaltungen schwer, auch akzeptable Umstrukturierungen durchzusetzen. Doch durch das Aufbrechen der ärztlichen Machtstrukturen entstehen neue Schwierigkeiten. Nun bestimmen die Geschäftsführer auch die medizinischen Leistungsvorgaben, auch jene der drei neuen „Chefärzte light“, die sich den alten Kuchen nun untereinander aufteilen müssen. Schon gibt es Chefarztposten, die nicht mehr besetzt werden, weil sie keiner haben will. Divide et impera.

Auch im ambulanten Bereich der Praxen ist Schluß mit lustig. Wenn früher nach den fünf, sieben oder vielleicht auch zehn Klinikjahren eine eigene Praxis mit fachlicher und menschlicher Selbstbestimmung sowie angemessener Bezahlung winkte, ist dies heute bei den Fachärzten aufgrund gesperrter Niederlassungsbezirke in vielen Bundesländern faktisch gar nicht mehr möglich und bei den Hausärzten aufgrund der finanziellen Einbußen und der Planungsunsicherheit völlig unattraktiv. Die Politik hat, nahezu fraktionübergreifend, ein gemeinsames Ziel: Sie will die in Deutschland einmalige sogenannte doppelte Facharztschiene kappen. Derzeit gibt es den Kardiologen und den Urologen in der Praxis und in der Klinik. Der Vorteil dieses Modells ist die gute und immer noch schnelle Versorgung der Bevölkerung, der Nacht liegt in der zweifachen Vorhaltung von Personal, Gebäuden und Geräten, die sich finanzieren müssen. Die niedergelassenen Fachärzte zwingt man jetzt

sein Geld, bis auf eine Abschlagszahlung, erst sechs bis neun Monate später und kürzt ihm ständig einen Teil seiner Einkünfte weg – in Nordrhein für das letzte Quartal bis zu zwanzig Prozent. Anders ist die Vergütung für die Privatpatienten. Hier weiß der Arzt durch eine amtliche Gebührenordnung genau, was er für eine Bauchultraschalluntersuchung bekommt. In Deutschland gibt es zehn Prozent Privatversicherte, neunzig Prozent gesetzlich Versicherte. Paradox, aber wahr, daß die Privatpatienten für einen niedergelassenen Arzt existentiell nötig sind, um auch die Kassenpatienten vernünftig behandeln zu können. Eine Praxis ist eine Mischkalkulation, in der die private die gesetzliche Krankenversicherung subventioniert.

Die sechziger, siebziger und die achtziger waren die „fetten“ Jahre. Spätestens in den neunziger Jahren änderten sich die Zeiten aber drastisch und verkehrten die Situation für die Ärzte. Die hohe Arbeitslosigkeit im Zusammenspiel mit dem demographischen Wandel, die rigiden und sich selbst beschaffenden Verwaltungen bei Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, die Eingriffe in die Arzthonorare sowie die immer besseren, aber damit auch immer teureren Diagnose- und Therapieverfahren führen in der Summe zu einem Schachmatt des Gesundheitssystems in seiner jetzigen Form.

Zu dessen Bauernopfern sind die jungen Ärzte auserkoren worden. Durch ihren täglichen Kontakt mit den Kranken ethisch, moralisch und nicht zuletzt juristisch gebunden, zerreißen sie als erste in der klaffenden Schere aus theoretisch Mög-



Tage heißt „Mittlere Grenzverweildauer“ und bezeichnet den Zeitraum an Liegetagen, in dem das Krankenhaus bei einer bestimmten Diagnose den größten Gewinn macht.

Der unabänderlichen Anpassung an den ökonomischen Druck stehen gewachsene Traditionen und Sozialisierungen entgegen, die schwierig aufzubrechen sind. Innerärztlich regiert in vielen Häusern noch immer das im neunzehnten Jahrhundert durch die Preußische Militärakademie „Pépinière“ geprägte Militär- und Chefarztssystem mit pyramidalen Befehlsstruktur. Noch immer prägen Hierarchie, Konkurrenzdenken und Angst den zwischenmenschlichen Umgang der Ärzte untereinander. Man trägt zwar Grün, ist es sich

durch ständige Honorarkürzungen in die Knie, langfristig will man statt dessen Polikliniken etablieren. Das Ende eines freien Berufes.

Freie Hausarztpraxen gibt es in Deutschland bald wie Sandkörner auf Hindensee. In Ostdeutschland stehen schon jetzt etliche Praxen leer. Die Ausgabenseite einer Kassenarztpraxis unterliegt vollem marktwirtschaftlichem Risiko, aber die Einnahmeseite ist planwirtschaftlich reguliert und durch eine staatliche Gewinnbeschränkung mit ständig variablen Obergrenzen gänzlich undurchschaubar. Ein Allgemeinarzt kann im Januar nicht wissen, wieviel er für eine Ultraschalluntersuchung des Bauches bezahlt bekommt. Seine zuständige Kassenärztliche Vereinigung zahlt ihm

lichem und praktisch Zugelassenem.

Deutsche Ärzte fliegen jetzt an den Wochenenden nach England, um dort britische Patienten für gutes Geld zu behandeln. Die englischen Doktoren haben dazu keine Lust; sie arbeiten und verdienen bereits unter der Woche genug. Die medizinische Ost-West-Drift boomt. Russen gehen nach Polen, Polen, Tschechen und Rumänen kommen nach Deutschland, Deutsche gehen nach England und Skandinavien. Warum auch nicht? Eine Gesellschaft bekommt am Ende immer die, die sie sich aussucht und damit auch verdient.

Der Autor ist praktizierender Arzt für Allgemeinmedizin in Köln und nebenberuflich als Medizinpublizist tätig.

Bayerischer Sprachatlas



### Das Mensch darf nicht aussterben

Je seltener er wird, desto vernehmlicher werden die „Rettet ihn!“-Rufe:

Der bairische Dialekt ist vom Aussterben bedroht. In München beherrscht ihn bald keiner mehr, bei der Jugend regiert das globalisierte Neusprech mit SMS-Volapük. Gerade mal zwei Prozent der Bevölkerung sollen noch befähigt sein, münchenerisch zu reden. Karl Valentin (sprich: Fällentin) rotiert in seinem Planegger Grab. Auf dem flachen Land sieht es dialektal noch besser aus, aber zur Rettung reicht es auch dort nicht mehr, sonst hätte nicht der neue Schulminister Siegfried Schneider unlängst einen Dialektwettbewerb für die siebten Klassen angekündigt. Sein Ressortkollege Thomas Goppel näherte sich am gestrigen Montag dem Thema auf anderem Weg. Als Wissenschaftsminister hatte er die schöne Aufgabe, einen „Kleinen Bayerischen Sprachatlas“ vorstellen zu können – mithin einen angenehmen, weil publikumsträchtigen Seiteneffekt eines Forschungsprojekts, das auf das Jahr 1984 zurückgeht. Seit dieser Zeit arbeiten nämlich nicht weniger als sechs Gruppen an fünf Standorten am „Bayerischen Sprachatlas“ – an einer Landkarte der Dialekte im Freistaat. Beteiligt sind die Universitäten Augsburg (für Bayerisch-Schwaben), Erlangen (Mittelfranken), Passau (Ober- und Niederbayern), Bayreuth (Nordostbayern) und Würzburg (Unterfranken). Daß „Bayerisch“ im Titel nicht mit dem in der Sprachwissenschaft üblichen „ai“ geschrieben wird, hat, wie Goppel ausführte, „politisch-territoriale“ Gründe. „Die Pflege der bayerischen Dialekte ist eine wichtige Aufgabe unserer Kulturpolitik“, sprach der Minister, mehr als eine Million Euro sei schon zugefüttert worden. Der Ende kommender Woche im Deutschen Taschenbuchverlag erscheinende „Kleine Bayerische Sprachatlas“ ist nun ein Extrakt aus dem großen Bruder, der bereits auf zwanzig Bände angewachsen ist und dem noch weitere fünfzehn folgen werden – am Ende sollen rund sechstausend Symbolkarten stehen. Diese dokumentieren mit Hilfe von Farbfeldern die geographische Verbreitung bestimmter Wörter. Man nehme etwa einen Gebrauchsgegenstand wie den Spüllappen. Der heißt in Aschaffenburg „Spüllumbe“, östlich von Schweinfurt „Spüalhuud“, rund um Bayreuth entweder „Aufwäschheeda“, „Oospöhadal“ oder „Spöhhäadan“, in Straubing „Speihoodan“, in Passau „Ospoihoodan“, im Rottal „Owoschhoodan“, am Walchensee „Gschurrhooda“ und in Kempten „Spiallumpe“. Wer dort sich nach einem „Feel“ umdreht, ist keiner Duschgelwerbung aufgefressen, sondern hat ein „Määdle“ erblickt, das, je weiter nach Osten und Norden man ihm folgt, ein „Maadl“, dann ein „Deandl“, in Franken ein „Moidl“, auch „Maadla“ oder „Määdle“ wird, bevor er sich in Unterfranken in ein „Määdsche“ verliebt. Eine metaphysische Fundgrube für Gender-Studies tut sich im südlichen Bayerwald auf, wo das Diandl standhaft „das Mensch“ genannt wird, was allerdings abschätzig gemeint ist. Aber eine Rettung der Dialektvielfalt wäre auch in diesem Fall jederzeit willkommen. HANNES HINTERMEIER

