

Wie sterben Ärzt*innen?

Ein Lehrprojekt aus der Medizinethik

Friederike Bock, Leonie Bohlinger, Yu Li, Hannah Merx, Melis Taş, Anna Siemens, Bettina Hitzer¹

1. Eine Einleitung aus Sicht der Medizinethik

Der Tod ist ein Tabu. Diese Aussage ist fast ein Gemeinplatz. Sie springt uns nur zu oft in großen Lettern entgegen – auf Zeitungstiteln, im Internet und mit imaginären Großbuchstaben in vielen Gesprächen. Damit führt sie sich selbst sehr schnell ad absurdum. Denn wo so viel über das (angebliche) Tabu Tod geredet wird, kann es mit dem Tabu nicht weit her sein. Darum folgt auf die Rede vom Tabu auch meist sehr schnell der Hinweis auf den nunmehr erfolgten Tabubruch: Endlich wird geredet. Ist das alles also nur eine rhetorische Strategie, die das Reden über den Tod interessanter, die Sprecher*innen wagemutiger, die Zeitung auflagenstärker machen soll?

Der Tod ist ein Grenzbegriff. Wir können zwar über ihn sprechen. Uns steht ein Begriff zur Verfügung – DER TOD – aber was das über den rein medizinischen Vorgang hinaus ist, entzieht sich uns. Eine Grenze des Erkennens ist erreicht. Dies fasste Epikur in den vielzitierten Satz, der dem Tod den Schrecken nehmen sollte: »solange wir da sind, ist der Tod nicht da, wenn aber der Tod da ist, sind wir nicht da«.² Die epikureische Angstbewältigung hat nur höchst unzureichend funktioniert. Allerdings stellt sich bei genauerem Hinsehen heraus, dass manches, was Todesangst genannt wird, etwas anderes zum Objekt hat: die Angst vor dem Sterbeprozess etwa oder die Angst vor dem Verlust liebgewonnener Menschen. Als ein solchermaßen vielfach angstbesetztes Unbekanntes tendiert der Tod womöglich immer wieder in

1 Die ersten fünf Autorinnen teilen sich die Erstautorschaft dieses Textes.
2 Epikur: Wege zum Glück, hg. u. übers. v. Rainer Nickel, Düsseldorf/Zürich: Artemis & Winkler 2005, S. 117.

Richtung Tabu, selbst wenn seine Zugehörigen – die Toten, die Trauernden, die Sterbegleiter*innen, die vielgestaltigen Formen des Gedenkens – in unserer Gesellschaft äußerst präsent sind.

Thomas Macho und Kristin Marek postulieren gar eine »neue Sichtbarkeit des Todes« in unserer heutigen Gesellschaft.³ Diese neue Sichtbarkeit kann auf einen reichen Fundus historischer Bilder zurückgreifen, eine »inflationäre Bilderflut«, die allerdings gegen Ende des 19. Jahrhunderts langsam zurückgegangen ist.⁴ Zumindest gehört die These von der Verdrängung des Todes seither zu den einflussreichen Selbstbeschreibungen der Moderne.⁵ Walter Benjamin ergänzte diese These 1936 um die Beobachtung einer anderen Form des Hinausdrängens des Todes mit weitreichenden Konsequenzen: »Ehemals kein Haus, kaum ein Zimmer, in dem nicht schon einmal gestorben war. [...] Heute sind die Bürger in Räumen, welche rein vom Sterben geblieben sind, Trockenwohner der Ewigkeit, und sie werden, wenn es mit ihnen zu Ende geht, von den Erben in Sanatorien oder in Krankenhäusern verstaut.«⁶ Benjamin machte damit bereits in den 1930er Jahren darauf aufmerksam, dass das Sterben immer seltener zuhause stattfindet. Zusammen mit der zunehmenden Mobilität der Gesellschaft führt dies dazu, dass heute viele Menschen bis weit in ihr Erwachsenenalter hinein keinen einzigen ihnen nahestehenden Menschen im Sterben aus der Nähe begleitet haben. Neben der neuen Sichtbarkeit des Todes und der Pluralisierung von Praktiken im Umgang mit Sterben und Tod im Allgemeinen steht also ein Verlust an individueller Naherfahrung von Sterben.

Das »unmenschliche« Sterben im Krankenhaus ist seit den 1960er Jahren zu einem wichtigen Topos der Gesellschafts- und vor allem der Medizinkritik geworden. Die Medikalisierung und Technisierung des Sterbens wurde ebenso beklagt wie die Verdrängung des Sterbens und der Toten ins Abseits marginalisierter Räume – mit Paravents umstellte Betten von Sterbenden, has-

3 Macho, Thomas/Marek, Kristin (Hg.): *Die neue Sichtbarkeit des Todes*, Paderborn: Fink 2007.

4 Macho, Thomas/Marek, Kristin: »Die neue Sichtbarkeit des Todes«, in: dies., *Die neue Sichtbarkeit des Todes*, S. 9–21, hier S. 9.

5 Besonders einflussreich war hier: Ariès, Philippe: *L'homme devant la mort*, Paris: Le Seuil 1977.

6 Benjamin, Walter: »Der Erzähler. Betrachtungen zum Werk Nikolai Lesskows«, in: Aufsätze, Essays, Vorträge. Gesammelte Schriften, Bd. II 2, hg. v. Rolf Tiedemann/Hermann Schweppenhäuser, Frankfurt a.M.: Suhrkamp 1977, S. 438–465, hier S. 449.

tig beiseitegeschaffte und in Abstellkammern »deponierte« Leichen.⁷ Immer stärker richtete sich die Aufmerksamkeit von Medizinsoziolog*innen, Psychiater*innen und Psycholog*innen auf die Frage, wie sich dieses Verstecken und die damit einhergehende Sprachlosigkeit auf den ärztlichen und pflegerischen Umgang mit Sterbenden auswirken. Als einflussreich erwies sich eine in Kalifornien durchgeführte Studie der Soziologen Barney G. Glaser und Anselm Strauss, die 1965 unter dem Titel *Awareness of Dying* publiziert wurde.⁸ Glaser und Strauss kamen hier zu dem Ergebnis, dass das implizite Sprechverbot dazu führte, dass sowohl Ärzt*innen als auch Pflegefachkräfte die Krankenzimmer der Sterbenden mieden und ihnen weniger Aufmerksamkeit schenkten. Hinter der Vermeidung verbarg sich mehr als nur das gutgemeinte Bemühen um Schonung der Sterbenden, wie wenige Jahre zuvor der Psychologe August M. Kasper auf einer Tagung der *American Psychological Association* meinte. Seines Erachtens war es die oft unbewusste Todesangst der Ärzt*innen, die diese überhaupt erst dazu veranlasste, ihren Beruf zu ergreifen – als Versuch, den Tod mit dem ausschließlichen Fokus auf Heilung abzuwehren.⁹

Angesichts der problematischen Folgen für die Sterbenden und ihre Familien, aber letztlich auch für Ärzt*innen und Pflegende, die die kognitive und emotionale Last der Verdrängung zu tragen hatten, formierte sich in den 1960er Jahren das *death awareness movement*, das einen neuen, möglichst angstfreien und unverstellten Umgang mit Tod und Sterben durch *death education* ermöglichen wollte.¹⁰ Vier Dimensionen des Wissens über Tod und Sterben stehen im Mittelpunkt des Unterrichts über Sterben, Tod und Trauer (USTT), wie das Konzept seit den 1970er Jahren im deutschen Sprachraum

7 Vgl. u.a. Sudnow, David: *Passing on: The social organization of death*, New Jersey: Prentice Hall 1967; Illich, Ivan: *Die Nemesis der Medizin. Von den Grenzen des Gesundheitswesens*, aus d. Amerikan. übers. v. Nils Thomas Lindquist, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt 1977 (amerikan. Original 1975); Elias, Norbert: *Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp 1982.

8 Vgl. Glaser, Barney G./Strauss, Anselm: *Interaktion mit Sterbenden. Beobachtungen für Ärzte, Schwestern, Seelsorger und Angehörige*, aus d. Amerikan. übers. v. Gisela Bischof-Elten, Göttingen: Sammlung Vandenhoeck 1974 (amerikan. Original 1965).

9 Vgl. Kasper, August M.: »The Doctor and Death«, in: Herman Feifel (Hg.): *The Meaning of Death*, New York/Toronto/London: McGraw-Hill Book Company 1959, S. 259–270.

10 Vgl. Wittkowski, Joachim/Paré, Pierre-Marc: »Unterrichtung über Sterben, Tod und Trauer (Death Education)«, in: Héctor Wittwer/Daniel Schäfer/Andreas Frewer (Hg.): *Sterben und Tod. Ein interdisziplinäres Handbuch*, Stuttgart: Metzler 2020, S. 361–364, hier S. 361.

genannt wird. Es geht um kognitives Wissen, um eine affektive Auseinandersetzung, um die Dimension des Verhaltens und Handelns sowie um eine Reflexion und Bewusstwerdung der eigenen Werte. Lange wurde keine dieser Dimensionen in den Lernzielen des Medizinstudiums explizit berücksichtigt. Erst 2009 wurde das Fach Palliativmedizin als Querschnittsbereich 13 in die ärztliche Approbationsordnung aufgenommen. Damit wurden erstmals in sehr begrenztem Maße kognitive und handlungsbezogene Aspekte der Sterbebegleitung in die ärztliche Ausbildung integriert.

Wertebezogene Aspekte der Sterbebegleitung werden im Rahmen des Faches Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin berücksichtigt, insbesondere in den Debatten um eine Neuregelung der Suizidassistenz. Die erfahrungsbezogene Dimension des Umgangs mit Sterben und Tod bleibt dagegen in der Regel außen vor. Das ist nicht nur Folge der eng getakteten Lehrpläne für Medizinstudierende, sondern auch der Unkenntnis und Unsicherheit darüber, wie eine solche Auseinandersetzung didaktisch sinnvoll gestaltet werden kann. Dabei unterstreicht eine Reihe von Studien die Wichtigkeit einer solchen Auseinandersetzung für (angehende) Ärzt*innen. Ärztliche Angst vor dem eigenen Tod und Sterben führt oft dazu, dass Aufklärungsgespräche über ein palliatives Therapieangebot und das herannahende Sterben hinausgezögert werden oder ganz unterbleiben.¹¹ Findet ein Aufklärungsgespräch dennoch statt, wird es von den Ärzt*innen als äußerst belastend empfunden.¹² Einige Studien deuten zudem darauf hin, dass Ärzt*innen mit starker eigener Todesangst eher dazu neigen, trotz fehlender Heilungsaussichten kurative Maßnahmen fortzuführen, weniger mit anderen Akteuren der Palliativversorgung zusammenzuarbeiten und schwer erkrankte Patient*innen ohne ausreichende Indikation länger im Krankenhaus zu behalten.¹³

11 Vgl. Rodenbach, Rachel A./Rodenbach, Kyle E./Tejani, Mohamedtaki A./Epstein, Ronald M.: »Relationships between personal attitudes about death and communication with terminally ill patients: How oncology clinicians grapple with mortality«, in: *Patient Education and Counseling* 99.3 (2016), S. 356–363; Black, Kathy: »Health care professionals' death attitudes, experiences, and advance directive communication behavior«, in: *Death Studies* 31.6 (2007), S. 563–572.

12 Vgl. Cochrane, Joyce B./Levy, Marvin R./Fryer, John E./Oglesby, Carole A.: »Death anxiety, disclosure behaviors, and attitudes of oncologists toward terminal care«, in: *Omega* 22.1 (1990), S. 1–12.

13 Vgl. Schulz, Richard/Aderman, David: »Physicians' death anxiety and patient outcomes«, in: *Omega* 9.4 (1978), S. 327–332; Cochrane, J.B. et al.: Death anxiety; Álvarez-del-Río, Asunción et al.: »Facing Death in Clinical Practice: a view from physicians in

Doch die Angst vor dem eigenen Sterben und Tod hat offenbar nicht nur Auswirkungen auf die ärztliche Kommunikation und Entscheidungsfindung, sondern auch auf das psychische Wohlbefinden der Ärzt*innen selbst. Viele werden rückblickend von Zweifeln und Schuldgefühlen belastet. Der Versuch, sich aus Selbstschutz von den eigenen Gefühlen zu distanzieren, kann sich langfristig als schädlich erweisen und schränkt zudem die Empathiefähigkeit im Patientengespräch ein.¹⁴ Erfahrungsbezogene Ausbildungsprogramme, die eigene Ängste und Abwehrhaltungen bewusst machen und Bewältigungsperspektiven aufzeigen, können die Ängste vor dem Sterben zwar nicht immer vermindern.¹⁵ Doch deuten neuere Forschungsergebnisse darauf hin, dass die bewusste Reflexion der eigenen Ängste den emotionalen und moralischen Stress der Ärzt*innen und Pflegenden reduziert und ihre Kommunikationsfähigkeit und Entscheidungsfindung verbessert.¹⁶

Wie aber lässt sich diese erfahrungsbezogene Auseinandersetzung in die medizinische Lehre integrieren? Das hier vorgestellte Lehrprojekt hat hierfür den Weg eines theaterpädagogisch begleiteten Rollentausches mit doppeltem Effekt gewählt. Die Studierenden wurden auf unterschiedlichen Ebenen mit der Frage nach der eigenen Sterblichkeit konfrontiert – und zwar mit Blick auf ein mögliches Spannungsverhältnis zum ärztlichen Selbstverständnis. Am Ende des Lehrprojektes ist ein Dokumentartheaterstück entstanden, das aus der Auseinandersetzung mit empirischem Material (Pathographien von Ärzten, Interviews) erwuchs. Durch das Entwerfen und Einüben von Rollen auf der Bühne wurde diese Auseinandersetzung näherungsweise zur verkörperlichen Erfahrung. Diese Erfahrung blieb naturgemäß bruchstückhaft, denn, wie

Mexico», in: Archives of Medical Research 44.5 (2013), S. 394–400; Busch, Holger: »Einstellungen zu Sterben und Tod», in: Héctor Wittwer/Daniel Schäfer/Andreas Frewer (Hg.): Sterben und Tod. Ein interdisziplinäres Handbuch, Stuttgart: Metzler ²2020, S. 233–240. Anders agierten die Ärzt*innen allerdings im Blick auf lebensbegrenzend erkrankte Neugeborene. Hier tendierten Neonatolog*innen mit einem höheren *death anxiety score* dazu, schneller Vorschläge zur Therapiebegrenzung zu akzeptieren, vgl. Draper, Emma J. et al.: »Relationship between physicians' death anxiety and medical communication and decision-making: A systematic review», in: Patient Communication and Counseling 102 (2019), S. 266–274.

14 Vgl. E.J. Draper et al.: Relationship, S. 272.

15 Vgl. J. Wittkowski/P.-M. Paré: Unterrichtung, S. 362.

16 Vgl. Clare, Emma/Elander, James/Baraniak, Amy: »How healthcare providers' own death anxiety influences their communication with patients in end-of-life care: A thematic attitude», in: Death Studies 46.7 (2022), S. 1773–1780, hier S. 1776.

auch Martin Heidegger herausstellt: »Wir erfahren nicht im genuinen Sinne das Sterben der Anderen, sondern sind höchstens immer nur ›dabei.‹«¹⁷

2. Das Lehrprojekt aus Studierendensicht

Die folgenden Abschnitte sind aus der Sicht der Teilnehmerinnen entstanden – wir sind fünf Studierende aus dem klinischen Abschnitt (d.h. 3.-5. Studienjahr). Wir konnten uns das Projekt als Wahlpflichtfach anrechnen lassen.

2.1 (Angehende) Ärzt*innen und der Tod

Die meisten Medizinstudierenden beginnen ihr Studium mit dem Ziel, andere zu retten und zu heilen. Held*innen in Weiß zu werden, und somit, scheinbar, klug, empathisch, souverän und prestigeträchtig. Zusätzlich geht das Berufsbild mit einer starken Romantisierung einher, die durch die Gesellschaft und mittlerweile auch durch die sozialen Medien gestützt wird. In der Realität geht der Arztberuf wie alle sozialen Berufe mit starker psychischer Belastung und Verantwortung einher. Anders als öffentlich vermittelt, können Ärzt*innen nun einmal nicht immer heilen. Sie begleiten auch schwere Krankheitsverläufe, wissen nicht immer die genauen Diagnosen, leiden unter Alltagsstress, sehen schwere (Familien-)Schicksale und erleben den Tod und das Sterben ihrer Patient*innen.

Das Medizinstudium dagegen sieht eine Beschäftigung mit dem Thema Tod erst spät im Curriculum vor und diese bleibt weitgehend abstrakt. Durch ergeben sich wenig Möglichkeiten, über diesbezügliche Ängste und Sorgen zu sprechen. Dabei ist es wichtig, sich darüber auszutauschen und auf den Umgang mit dem Thema Tod und Sterben vorzubereiten. Aus diesem Grund sind Lehrangebote, die bewusst ethisch und persönlich herausfordernde Themen aufgreifen und diskutieren, sehr wertvoll. Wir können Patient*innen nur adäquat behandeln, wenn wir den Sterbeprozess kennen. Wir können ihnen dann die nötige Empathie entgegenbringen, wenn wir ihr Leid sehen.

Auch die Patient*innen können darunter leiden, dass das Thema in der Klinik gemieden wird. Sich aktiv und künstlerisch mit dem Tod und der eigenen Sterblichkeit zu beschäftigen, ermöglicht eine authentische Kommunikation mit Patient*innen, die den Behandlungsverlauf positiv beeinflussen kann. Das

¹⁷ Heidegger, Martin: *Sein und Zeit*, Tübingen: Niemeyer¹⁵1979, S. 253.

Thema Tod und Sterben bringt im Berufsalltag wichtige ethische Aspekte mit sich, mit denen sich Ärzt*innen beschäftigen müssen. Da ist eine Auseinandersetzung im Studium wichtig, um ein Verständnis für ethische Prinzipien zu entwickeln. Dabei fängt es mit alltäglichen Fragen an: Wann empfehle ich eine palliative Therapie? Wie viel Zeit soll ich mir für das Patientengespräch nehmen? Welche Therapieoptionen sind vertretbar? Aber auch auf Extremsituationen wie die Frage nach einer Organspende oder die Notwendigkeit der medizinischen Triage müssen zukünftige Ärzt*innen vorbereitet werden, Fragen, die in der Gesellschaft viel diskutiert werden.

Medizinstudierende machen während ihrer Studienzeit und davor bereits erste persönliche Erfahrungen. Innovative Lehrangebote könnten einen Raum bieten, um über eigene Erlebnisse zu reflektieren und diese in die neue ärztliche Rolle einzurichten. Sie könnten helfen, negative Glaubenssätze aufzulösen und eigene Bewältigungsstrategien zu entwickeln, um die Resilienz zu verbessern. Gerade im stressigen Berufsalltag ist es wichtig, einen geübten Umgang mit Belastungen zu besitzen.

2.2 Kreativität im Medizinstudium?

Es ist allgemein bekannt, dass das Medizinstudium mit einem vergleichsweise großen Lernaufwand verbunden ist. Studierende sollen Behandlungsleitlinien kennen, Fakten auswendig lernen und diese möglichst gut an die Patient*innen vermitteln können. Das Medizinstudium hat in Deutschland einen starken Rahmen. Es ist verschult, alle Studierenden müssen das Gleiche wissen und können. In vorgefertigten Lernplänen wird vorgegeben, welche Themen für das Examen an welchem Tag relevant sind. Kurzum: Es gibt wenig Spielraum für Kreativität, und wer das so möchte, kann das Studium hinter sich bringen, ohne eigene Perspektiven zu entwickeln und außerhalb der gewohnten linearen Denkmuster zu denken.

Aber ist es nicht trotzdem von Vorteil, bei manchen Themen noch genauer hinzuschauen, sich eine eigene Meinung zu bilden und sich kreativ damit auseinanderzusetzen? Als wir uns dem Thema auf kreative Art und Weise näherten, passierte es mehr oder weniger automatisch, dass wir eigene Perspektiven auf das Thema entwickelten und Haltungen festigten. Und stellt dies nicht eine gute Grundlage zur Auseinandersetzung mit schwierigen Entscheidungssituationen dar?

Darüber hinaus gibt es aber noch weitere Gründe, warum sich Medizinstudierende manchen Themen kreativ nähern sollten. So ist es im späteren

Berufsalltag keinesfalls so, dass Leitlinien oder auswendig gelernte Fakten in jeder Situation weiterhelfen. Auch hier ist oft Kreativität gefragt. Und Kreativität ist eine Fähigkeit, die man lernen und üben kann. Ebenfalls nicht zu unterschätzen ist, dass kreatives Arbeiten Abwechslung und neue Impulse in einen sonst eher monotonen Studienalltag bringt und so zum Wohlbefinden der Studierenden beitragen kann. Außerdem kann es hilfreich sein, eigene kreative Fähigkeiten zu schulen, um später schwierige Situationen im ärztlichen Alltag für sich selbst emotional zu verarbeiten. Die Beteiligung an einem kreativen Projekt und das Erschaffen von etwas Eigenem tragen auch dazu bei, das Selbstbewusstsein zu stärken. Besonders für Medizinstudierende, die normalerweise selten die Gelegenheit haben, ihre eigenen Ideen in ihre Arbeit einzubringen, kann kreatives Schaffen eine Form der Bestätigung bieten, die nicht durch das Bestehen einer Multiple-Choice-Klausur erreicht werden kann.

2.3 Unser Arbeitsprozess

Die Entwicklung des Stücks lässt sich in drei Phasen unterteilen. In der ersten Phase haben wir uns mit dem Thema vertraut gemacht. Dabei haben sich Fragen herauskristallisiert, die wir später adressiert haben. Für die zweite Phase wurden Personen aus dem Gesundheitssystem interviewt, die in ihrem Alltag besonders viel mit Trauer und Tod konfrontiert sind. Zum Abschluss, in der dritten Phase, haben wir das Stück niedergeschrieben und inszeniert.

Erste Phase

Um uns kennenzulernen und uns in das Thema einzufinden, haben wir eine *Creative Writing*-Aufgabe bekommen. Hierbei haben alle Teilnehmende des Wahlfachs einen Text zu dem Prompt geschrieben: »Sie sind der Tod. Heute beenden Sie das Leben eines Menschen. Wie sehen Ihre Gedanken und Gefühle aus?«. Beim Vergleich unserer Geschichten haben wir festgestellt, dass der Tod sehr unterschiedlich von uns charakterisiert wurde. Der Tod war in einigen Versionen neutral bis unbeteiligt, in anderen Versionen auch gehässig oder aber frustriert darüber, das Leben von Menschen nehmen zu müssen. Gleichzeitig haben die Geschichten unterschiedliche Interpretationsmöglichkeiten von Leben und Tod aufgezeigt. In manchen Versionen wurde der Tod als eine Art Erlösung dargestellt, in anderen als etwas, wovor viele sich fürchten, oder der Tod war lediglich ein Teil des Lebens.

Auch haben wir die Autobiographie des amerikanischen Neurochirurgen Paul Kalanithi *Bevor ich jetzt gehe* (Original: *When breath becomes air*, 2016) be-

sprochen. Später haben wir das Buch als Inspiration für die Entwicklung des Theaterstücks benutzt. Kalanithi schildert hier seine Motivation, Neurochirurg zu werden, seine Erfahrungen seit seiner Krebsdiagnose (fast) bis zu seinem Tod. Auf seine letzten Seiten folgt ein Nachwort seiner Frau Lucy Kalanithi, in dem sie sein Sterben und ihren Umgang mit der Trauer schildert. Besonders eindrücklich für uns war es zu beobachten, wie Kalanithi nach und nach aus seiner Arztrolle heraustritt und die Patientenrolle annimmt und akzeptiert. Außerdem haben wir über das Bild diskutiert, das er wählte, um das Verhältnis von Arzt und Patient*innen zu beschreiben: der Arzt als »Schäfer« und die Patient*innen als »verlorene Schafe«. Ein wichtiger Gedankenanstöß war für uns auch seine Feststellung, dass er von sich erwartet hätte, seine Diagnose besser zu verkraften, weil er zuvor Patient*innen bei ähnlichen Schicksalsschlägen betreut hatte.

Begleitend haben wir mit der Theaterpädagogin Kerstin Reichelt (Magdeburg) erste Theaterübungen gemacht.

Zweite Phase

Jede Teilnehmerin des Wahlfachs hat eine Person interviewt, die von Berufs wegen viel mit dem Tod und dem Sterbeprozess konfrontiert ist. Wir entschieden uns dafür, einen Seelsorger, eine Palliativschwester, eine Psychoonkologin, einen Hausarzt und einen Medizinstudenten, der in der Intensivpflege arbeitet, zu interviewen. Die Interviews wurden aufgezeichnet und wir haben später uns bedeutsam erscheinende Passagen ausgewählt, um sie im Theaterstück als Tonspur einzuspielen. Gemeinsam haben wir vorab einen Fragenkatalog erarbeitet, der aus folgenden Fragen bestand:

- Gibt es Sterbeprozesse, die Sie miterlebt oder begleitet haben, die Ihnen besonders eindrücklich in Erinnerung geblieben sind oder Sie besonders berührt haben?
- Sind alle Menschen vor dem Tod gleich?
- Was macht einen würdevollen Tod aus?
- Sterben Ärzt*innen anders als andere Menschen?
- Hat sich durch Ihre Erfahrungen in der Arbeit Ihre persönliche Haltung zum Tod verändert?

Abgesehen von den Interviewfragmenten haben wir auch Charaktereigenschaften unserer Interviewpartner oder Schilderungen aus deren Berufsalltag in das Stück einfließen lassen. Zum Beispiel tröstet im Stück eine Ärztin ihre

Kollegin, indem sie sie an der Hand hält. Davon hat der Seelsorger uns erzählt. Auf diese Weise hat er versucht, einem zutiefst erschütterten Patienten Trost zu geben. Inspiriert vom Interview mit der Palliativschwester haben wir eine Szene in unser Stück hineingeschrieben, in der die Palliativärztin andeutet, dass sie sich im privaten Leben nur wenig mit dem Thema Tod auseinandersetzen möchte.

Zu der Frage »Sterben Ärzt*innen anders als andere Menschen?«, der Kernfrage unseres Stückes, kamen von allen Interviewpartner*innen ähnliche Antworten: Alle stellten fest, dass es keinen signifikanten Unterschied gebe, dass aber Ärzt*innen die Erwartungshaltung hätten, einen Weg zur Heilung zu finden, da sie wegen ihres Berufes darauf konditioniert seien. Dies könnte das »Loslassen« erschweren.

Dritte Phase

Wir alle haben die Gestaltung einer eigenen Rolle verantwortlich übernommen und uns gegenseitig Feedback gegeben. Dazu gehörte es, einen Monolog des eigenen Charakters zu verfassen sowie die daran geknüpften Interaktionen für das Stück zu gestalten.

2.4 Das Dokumentartheaterstück

Das Stück besteht aus sieben Szenen. Eine zentrale Rolle spielt der personifizierte Tod als beobachtende, sich aber auch zu Wort meldende Rahmenfigur. Daneben treten vier ärztliche Figuren auf, die durch eine lebensbegrenzende Diagnose abrupt aus ihrer ärztlichen Rolle gerissen werden und sich, konfrontiert mit der eigenen Endlichkeit, in der Patient*innenrolle wiederfinden. In der Auseinandersetzung mit der Textgrundlage von Kalanithi arbeiteten wir diesen Rollenwechsel als zentrales Element heraus, das durch die Diagnosestellung als plötzlich drohender Tod mitten im Leben besonders deutlich zutage tritt. Daher entschieden wir uns, unser Stück auf das Szenario der unerwarteten lebensbedrohlichen Diagnose zu fokussieren. Abgestimmt auf die Bilder auf der Bühne werden ausgewählte Fragmente aus den im Vorfeld geführten Interviews eingespielt. Die Texte der Figuren sind überwiegend direkte oder abgewandelte Zitate aus den Interviews oder aus dem Kalanithi-Buch.

Im kurzen Intro betritt der Tod die Bühne, nimmt seinen erhöhten Platz auf einem Hocker im hinteren seitlichen Bühnenbereich ein und bringt mit einer Fernbedienung eine Reihe elektrischer Kerzen zum Leuchten. Es folgt der Auftritt der übrigen vier Darstellerinnen in neutraler Alltagskleidung. Dabei

wird asynchron ein Zitat gesprochen: »Wieviel Mühsal und Schmerzen es uns kostet, auf die Welt zu kommen, wissen wir nicht, sie aber wieder zu verlassen, ist verbürgtermaßen keine Kleinigkeit.«¹⁸

Abb. 1: *Der Tod (Yu Li), Dokumentartheaterstück »Wie sterben Ärzt*innen?«, Aufführung in Rostock, 8. Dezember 2023*



18 Browne, Thomas; zitiert nach: Kalanithi, Paul: Bevor ich jetzt gehe. Die letzten Worte eines Arztes an seine Tochter, übers. v. Gaby Wurster, München: Albrecht Knaus Verlag⁴ 2016, S. 62.

In der darauffolgenden ersten Szene werden als Hinleitung zur Frage, wie Ärzt*innen mit dem eigenen Tod umgehen, zunächst verschiedene Formen des Sterbens auf der Bühne dargestellt. Daran anknüpfend wird ein Fragment eines mit einem Arzt geführten Interviews eingespielt, in dem er sich an seine erste Erfahrung mit dem Tod einer Patientin erinnert: »[W]eil das jetzt so der erste Mensch war, der in meinem, in meiner Zuständigkeit gestorben ist, hatte ich vor allem Sorge, ob die wirklich tot war. [...] Und bin alle fünf Minuten den Raum hingegangen und hab geguckt, ob die jetzt wirklich gestorben war.«

Anschließend, in der zweiten Szene, stellt sich der Tod in einem kurzen Monolog vor, der mit den Worten beginnt: »Ich bin der Tod, der alle gleich macht.« Durch die Aussage des Todes, Ärzt*innen seien für seine Arbeit eine besonders herausfordernde Berufsgruppe, wird zur Fragestellung »Wie sterben Ärzt*innen?« übergeleitet.

In der dritten Szene stellen sich die vier ärztlichen Figuren vor. Weiße Kittel signalisieren ihren Beruf. Sie präsentieren sich sehr unterschiedlich in Auftreten, Haltung und später auch in ihren Reaktionen auf das Herannahen des Todes: Da ist zunächst eine siegesgewisse Figur, die überzeugt davon ist, sich durch auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierendes körperliches Training und ausgewogene Ernährung ein langes Leben verschaffen zu können. Danach folgt Frau Dr. Help, »einige Hausärztin im Umkreis von 15 km«, abgehetzte »Allesschafferin«, die dermaßen beschäftigt ist, dass sie weder an sich selbst noch an den Tod viel denkt. An dritter Stelle tritt eine Neurochirurgin nach vorne auf die Bühne, überzeugt von ihrer eigenen Überlegenheit sowie der ihrer Disziplin, der »Königsdisziplin in der Medizin«. Zuletzt erscheint Frau Dr. Michel, eine Palliativmedizinerin, die weiß, dass der Tod zum Leben dazugehört, aber dennoch keineswegs dazu bereit ist, sich mit ihrem eigenen Lebensende auseinanderzusetzen. Drei dieser Figuren greifen Eigenschaften, Haltungen und Verhaltensweisen von Menschen auf, von denen uns in den Interviews berichtet wurde. Die Rolle der Neurochirurgin geht dagegen auf Kalanithis Buch zurück. Wir haben die Figuren bewusst überzeichnet, um bestimmte Eigenschaften hervorzuheben und die Schwere des Theaterstücks etwas abzumildern.

»Der Tod beginnt mit der Diagnose«: Zentral für das Theaterstück ist die vierte Szene, in der der Tod einen weißen Kittel überzieht und damit selbst in die ärztliche Rolle schlüpft. Er teilt den Figuren die potentiell tödliche Diagnose mit und reißt sie so aus ihrem ärztlichen Arbeitsalltag. Mit dem Eintauschen des Arztkittels gegen ein Patientenhemd wird auf der Bühne der Wechsel zur Rolle der Patient*in symbolisch vollzogen. Das geschieht teils ängstlich, teils

widerwillig. Eine Figur ist wie erstarrt und bekommt das Patientenhemd vom Tod angelegt, eine andere schleudert ihren Arztkittel zunächst voller Wut zu Boden, bevor sie von der Bühne stürmt.

Abb. 2: Die Wut angesichts der Diagnose (Hannah Merx), Dokumentartheaterstück »Wie sterben Ärzt*innen?«, Aufführung in Rostock, 8. Dezember 2023



In der fünften Szene verharren die Figuren wie eingefroren in ihren Positionen vom Ende der vorigen Szene. Währenddessen wird *I am afraid* aus dem Oratorium *The Sacred Veil* (2020) von Eric Whitacre eingespielt, das dieser nach Texten eines Freundes komponiert hat, dessen Frau an Krebs verstor-

ben ist. Die Darstellerin, die zuvor die Bühne verlassen hat, spricht dazu den ins Deutsche übersetzten Text ins Mikrophon: »Ich fürchte, wir haben etwas gefunden...«, teilweise in schnellem Sprechtempo, um das überfordernde Einprasseln schlechter Nachrichten im Fachjargon zu veranschaulichen (»Fünfzehn Zentimeter große retroperitoneale zystische Masse mit komplexer interner Septierung«). Die Musik hat etwas Überwältigendes und zugleich Klagentragisches an sich. Währenddessen geht die Darstellerin, die den Tod spielt, herum und bietet den erstarrten Figuren Trost an, den diese teils ablehnen, teils akzeptieren.

Abb. 3: *Der tröstende Tod (Leonie Bohlinger, Yu Li), Dokumentartheaterstück »Wie sterben Ärzt*innen?«, Aufführung in Rostock, 8. Dezember 2023*



*Abb. 4: Bewältigung I (Leonie Bohlinger, Friederike Bock), Dokumentartheaterstück »Wie sterben Ärzt*innen?«, Aufführung in Rostock, 8. Dezember 2023*



Eine Besonderheit, die uns bei Ärzt*innen in einer solchen Situation im Unterschied zu nicht-ärztlichen Patient*innen in unserer Textarbeit auffiel, ist die Nutzung von Fachliteratur. In der sechsten Szene beginnt deshalb auf der Bühne eine angespannte Recherche, die immer verzweifelter und chaotischer wird. Das Blättern wird hektischer, Bücher und Zeitschriften werden frustriert zu Boden geworfen. Zwischendurch sind immer wieder Ausrufe der Figuren zu hören: »Ich hatte noch so viel vor!«, »Ich bin nun selbst das verlorene, verwirrte Schaf«. Es herrscht Orientierungslosigkeit in Anbetracht der auf einmal verlorenen Zukunft, in deren Erreichen man so viel Arbeit, Energie, Verzicht

und Hoffnung investiert hat: »Ich habe im Leben eine Zukunft aufgebaut, die ich nun nicht mehr erleben werde. [...] mit der körperlichen Schwächung brechen die Träume und meine Identität in sich zusammen.« Es gibt keinen erkennbaren Weg mehr, nur eine »schroffe, gleißend weiße Wüste, als hätte ein Sandsturm die Spuren alles Bekannten ausgelöscht.«¹⁹

Abb. 5: *Bewältigung II* (Melis Taş), Dokumentartheaterstück »Wie sterben Ärzt*innen?«, Aufführung in Rostock, 8. Dezember 2023



19 Alle Zitate aus: P. Kalanithi: Bevor ich jetzt gehe, S. 118.

Nach einem Moment des Innehalten beginnen die Figuren in der siebten Szene langsam, die auf der Bühne verteilten Bücher und Zeitschriften wieder aufzuräumen. Dies ist unser Bild für die beginnende Bewältigung der Situation. Zwei der ärztlichen Figuren ziehen sogar den Kittel wieder über das Patientenhemd. Jede der Figuren bekommt vom Tod nacheinander eine der elektrischen Kerzen in die Hand gedrückt, macht eine kurze Aussage über ihren aktuellen Umgang mit der Situation und verharrt anschließend in einer Körperlhaltung, die die Aussage unterstreicht, sodass ein Standbild entsteht.

*Abb. 6: Schlusszene (Hannah Merx, Leonie Bohlinger, Friederike Bock, Yu Li, Melis Taş), Dokumentartheaterstück »Wie sterben Ärzt*innen?«, Aufführung in Rostock, 8. Dezember 2023*



Es wird deutlich, dass die Bewältigung einer terminalen Krankheitsdiagnose ein Prozess ist, der individuell unterschiedlich verläuft und an jedem Punkt auch stagnieren kann – zum Ende des Stückes stehen die Figuren an unterschiedlichen Positionen auf der Bühne. Das Verhältnis der Figuren zu ihrer Kerze im Standbild veranschaulicht dabei jeweils, wie sie mit der ihnen verbleibenden Zeit umgehen: Die kämpferische Figur ist nicht in der Lage, die eigene Endlichkeit anzuerkennen, steht trotzig mit verschränkten Armen da, das Licht achtlos neben sich auf dem Boden abgestellt. Die Figur der Neurochirurgin trägt wieder den Kittel, hat das Licht in die Kitteltasche gesteckt: In

ihrem Leben spielt die Arbeit wieder die Hauptrolle, solange es eben geht. Die Palliativmedizinerin betrachtet ihr Licht vorsichtig-distanziert mit Unsicherheit und Ambivalenz. Die Figur, die zu Beginn als überlastete Hausärztin in Erscheinung trat, hält ihr Licht nahe vor sich wie etwas Kostbares, Zerbrechliches. Sie hat es geschafft, sich umzuorientieren hin zur bestmöglichen Ausschöpfung der verbleibenden Zeit in Akzeptanz der Tatsache, dass das Leben ein absehbares Ende hat.

2.5 Rezeption des Stücks

In unserem Stück geht es um den Rollenwechsel von Ärzt*innen zu Patient*innen aus der Perspektive von Medizinstudierenden. Folglich kommen alle drei Gruppen als Rezipient*innen in Frage. Insgesamt traten wir zweimal mit unserem Stück auf, einmal vor Kommiliton*innen, das zweite Mal vor Expert*innen zum Thema Tod und Sterben aus dem Bereich Medizin und Geisteswissenschaften.

Erster Auftritt (Generalprobe): Dienstagabend 18 Uhr, Magdeburg, im Studentenclub »Kiste« vor ca. 40 Medizinstudierenden

Nach dem Ende des Stücks wurde nicht geklatscht. Auch als das Licht ausging, wir alle abgegangen und hinter dem Vorhang verschwunden waren, kam nur schwacher Applaus. War das Ende nicht als solches erkennbar gewesen? Hat niemand verstanden, dass es vorbei ist? Dachten die Zuschauenden, unsere Figuren müssten sterben, damit es vorbei ist, so wie in unserem Anfangsbild? Oder haben wir so viele Fragen und Emotionen produziert, dass sie auf das Ende nicht reagieren konnten?

Auch in der Fragerunde im Anschluss war die Reaktion zurückhaltend: Zwei Zuschauer*innen berichteten über Gefühle und Gänsehaut. Es gab zwei nicht direkt inhaltsbezogene Nachfragen und sonst wenig Lob oder Kritik. Erst mit denjenigen, die nach dem Stück für ein Getränk noch blieben, entstand ein Gespräch darüber, was in ihnen vorging. Die meisten berichteten, dass sie viele Gedanken mit nach Hause nehmen würden. Viele hatten Mühe, die vom Stück hervorgerufenen Gefühle einzuordnen. Dennoch fiel das Feedback positiv aus.

Wir vermuten, dass die Zuschauenden zunächst von ihren Emotionen überwältigt waren: Die meisten von uns sind weder lebensbedrohlich erkrankte Patient*innen noch fertig ausgebildete Ärzt*innen. Und dennoch werden wir vielleicht beide Rollen zu unterschiedlichen Zeitpunkten unse-

res Lebens ausfüllen. Susan Sontag beschreibt dieses Gefühl in ihrem Essay *Krankheit als Metapher* so:

»Krankheit ist die Nachtseite des Lebens, eine eher lästige Staatsbürger-schaft. Jeder, der geboren wird, besitzt zwei Staatsbürgerschaften, eine im Reich der Gesunden und eine im Reich der Kranken. Und wenn wir alle es auch vorziehen, nur den guten Ruf zu benutzen, früher oder später ist doch jeder von uns gezwungen, wenigstens für eine Weile, sich als Bürger jenes anderen Ortes auszuweisen.«²⁰

So konfrontierte unser Stück unsere Kommilitoninnen zum einen mit der Angst davor, in wenigen Jahren beruflich Überbringer*innen schlechter Nachrichten zu sein, und gleichzeitig mit der eigenen Sterblichkeit.

Zweiter Auftritt: Freitagmittag 13 Uhr, Rostock, auf der Tagung »Ärztliche Imaginationen des Lebensendes. Faktuale und fiktionale Konzeptionen des eigenen Alter(n)s, Sterbens und Todes« vor ca. 15 Expert*innen, die aus unterschiedlichen Fachdisziplinen zum Thema Tod und Sterben forschen.

Die Reaktion des Publikums fiel auch hier etwas verzögert, aber deutlich weniger zurückhaltend aus. In der anschließenden Fragerunde wurde viel diskutiert und es wurden direkte Bezüge zu Szenen und vorangegangenen Beiträgen hergestellt.

Insgesamt fand die Auswertung des Stücks eher auf Metaebene statt: Welches Arztbild ist erstrebenswert? Müssen Ärzt*innen Krankheit selbst erleben, um gute Ärzt*innen zu sein? »Der Tod beginnt mit der Diagnose« – stimmt das? Welche Ängste sind damit verbunden, zu Patient*innen zu werden? Sind Ärzt*innen wirklich »die schlimmsten Patient*innen«? Und wenn ja – wieso fällt der Rollenwechsel vom »Pastor zum Schaf«²¹ so schwer? Sollten alle Ärzt*innen sich ihrer eigenen Sterblichkeit bewusst werden, da es – so ein Ausspruch, der in unserer Auseinandersetzung fiel – mehr kranke Ärzt*innen als mordende Staatsanwält*innen gibt?

Das Publikum in Rostock war gefasster, hatte bereits eine Haltung zum präsentierten Thema entwickelt und eine Sprache gefunden, um die damit verbundenen Gefühle auszudrücken. Auch für Palliativmediziner*innen gehört der Tod zum Alltag – damit verschwinden scheinbar die Berührungsängste.

20 Sontag, Susan: »Krankheit als Metapher«, in: Susan Sontag: *Krankheit als Metapher. Aids und seine Metaphern*, Frankfurt a.M.: Fischer 2009, S. 5–74, hier S. 9.

21 Dieses Bild verwendet Kalanithi in: P. Kalanithi: *Bevor ich jetzt gehe*, S. 118.

Die Palliativmedizinerin in unserem Theaterstück hatte eine bereits feststehende Haltung zum Tod, war aber als persönlich Betroffene trotzdem verloren. In welcher Beziehung stehen die ärztliche und persönliche Haltung zueinander? Diese Frage wurde von unseren Zuschauenden nicht aufgegriffen. Haben wir sie damit nicht erreicht, nicht berührt?

Und was ist mit Patient*innen?

Patient*innen suchen Hilfe und Halt, vielleicht auch Rettung bei Ärzt*innen. Diese Erwartung muss aber häufig enttäuscht werden: In der Realität ermahnen Ärzt*innen zum gesünderen Lebensstil. Für Haltgeben ist keine Zeit und durch den Ärztemangel kostet es Patient*innen viel Kraft, Hilfe einzufordern. Könnte unser Stück bei Patient*innen Verständnis für die »Götter in Weiß« erzeugen, sie vermenschlichen? Könnte dadurch die Kluft zwischen Ärzt*in und Patient*in, zwischen Helfenden und Bedürftigen, zwischen »Pastor« und »Schaf« verringert werden? Und würde dadurch die Arzt-Patienten-Beziehung verbessert werden?

Die »Vermenschlichung« von Ärzt*innen verbessert die moderne Arzt-Patienten-Beziehung auf zwei Weisen: Zum einen bietet sie einen Ausweg aus dem paternalistischen Arztbild, das eine gewisse Hilflosigkeit und Abhängigkeit für den Patienten bedeutet, hin zum *shared decision making*, bei dem Ärzt*innen die Rolle von Berater*innen einnehmen. Zum anderen könnte gegenseitiges Verständnis und gegenseitige Empathie dem Dienstleister-Modell vorbeugen, das ohne emotionale Bindung in vielen medizinischen Bereichen von Ärzt*innen und Patient*innen als unpersönlich empfunden wird.

Ärztliches Leben und Leiden wird in vielen Soaps, Fernsehsendungen und Groschenromanen popkulturell aufgegriffen – unsere etwas andere Auseinandersetzung könnte also möglicherweise auf breiteres Interesse stoßen. Und vielleicht sollten wir wirklich eines Tages mit dem Stück auf Tournee gehen, wie uns die Zuschauenden in Rostock geraten haben.

2.6 Und was nehmen wir jetzt mit?

Wir haben uns konkret mit dem Thema Tod und Sterben beschäftigt und dazu ein Theaterstück geschrieben und es aufgeführt. Noch nie zuvor haben wir uns im Rahmen unseres Studiums mit solch einer Intensität mit dem Thema Tod auseinandergesetzt. Nun sind wir dafür in besonderer Weise sensibilisiert.

Außerdem haben wir eine freundschaftliche Verbindung untereinander mitgenommen. Kreativ an einem Projekt zu arbeiten hat uns die Möglichkeit gegeben, uns schnell besser kennenzulernen. Wir haben uns zugestanden, Fehler zu machen, Ideen zu äußern, und uns gegenseitig dabei zugesehen, wie wir auf der Bühne als Anfängerinnen erste Schauspielerfahrungen machten. Wir mussten Mut beweisen, uns voreinander verletzlich zu zeigen. Wir hoffen, dass wir diesen Mut und das gewonnene Selbstbewusstsein uns auch in unserem beruflichen Alltag erhalten können.

Abb.7: QR-Code zu Einblicken in die Theateraufführung des Wahlfaches »Wie sterben Ärzt:innen?«



