

Der ärztliche Blick auf den eigenen Tod in Autobiografien

Christian Schütte

1. Einleitung

Alle Menschen müssen sterben, aber nicht alle Menschen müssen sich mit dem Sterben täglich auseinandersetzen. Denjenigen, die das berufsbedingt tun müssen, wird oft unterstellt, ein besonderes Verhältnis zum Tod und womöglich auch zur eigenen Sterblichkeit zu haben. Gerade Ärztinnen und Ärzten wird ein besonderes Wissen zugesprochen, wenn es um den Tod geht, wo doch sonst der menschliche Erkenntnishorizont an seine Grenzen stößt. Andererseits spricht etwa der Palliativmediziner Matthias Gockel von dem »Eindruck, dass der Tod auch innerhalb der Medizin ein Tabu ist«¹. Möglicherweise ist die Verdrängung des Gedankens an den eigenen Tod sogar bei denjenigen besonders ausgeprägt, die alltäglich mit dem Sterben anderer konfrontiert sind.² Immer wieder zeigt sich auch im Untersuchungskorpus dieser Studie das Konzept, das man das ›naive Paradoxon des kranken Arztes‹ nennen kann: Dieser Vorstellung zufolge heilen Ärzte, aber sie werden selbst nicht krank; Ärztinnen kämpfen gegen den Tod, aber ihr eigener Tod ist nicht vorgesehen.

Dieser Beitrag untersucht aus sprachwissenschaftlicher Perspektive anhand von zehn Monografien, die in den letzten 25 Jahren auf dem deutsch-

1 Zitiert nach Hanke, Stephanie: »Palliativmediziner Dr. Matthias Gockel über den Umgang mit dem Tod«, in: Ärztestellen – Der Stellenmarkt des Deutschen Ärzteblattes vom 24.8.2020.

2 Vgl. Stiel, Stefanie/Radbruch, Lukas: »Die Angst vor Sterben und Tod in der Palliativmedizin«, in: Michael Rosentreter/Dominik Groß/Stephanie Kaiser (Hg.), Sterbeprozesse – Annäherungen an den Tod, Kassel: Kassel University Press 2010, S. 231–239, hier S. 231.

sprachigen Buchmarkt erschienen sind, inwiefern sich Ärztinnen und Ärzte in autobiografischen Texten mit ihrer eigenen Sterblichkeit befassen. Es geht also um Imaginationen des eigenen Sterbens und die Haltung dazu, sofern diese in den Büchern dokumentiert sind. Im Fokus der Untersuchung, die sich an den Methoden der linguistischen Diskursanalyse³ orientiert, stehen außer der Metaphorik und den Bewertungshandlungen die Ursachenzuschreibungen im Zusammenhang mit Krankheit und Sterben sowie die Konstruktion von narrativer Identität.

Autobiografien werden dabei aufgefasst als narrative Texte, mit denen das erzählende Ich, das zugleich das erzählte Ich ist, immer Identitätsarbeit leistet. Hinsichtlich der sprachlichen Gestaltung steht besonders die Konzeptualisierung von Tod und Sterben in Form von Metaphern sowie die Bewertung des Todes im Fokus: Unter welchen Bedingungen wird ein Tod als weniger negativ bewertet? Formulieren die medizinischen Fachleute Vorstellungen von einer postmortalen Fortexistenz? Und wie vereinbaren die Ärztinnen und Ärzte, deren Aufgabe es zeitlebens ist, den Tod abzuwenden, dies mit der Unausweichlichkeit des eigenen Todes? In der gebotenen Kürze sollen einige Beispiele andeuten, welche Aufschlüsse linguistische Textanalysen über die ärztliche Sicht auf Sterblichkeit geben können.

2. Forschungsstand und Analysekörper

Analog zu bereits etablierten Forschungsbereichen wie der Thanatosoziologie oder Thanatopsychologie ist für die Linguistik die Bezeichnung ‚Thanatolinguistik‘ für die sprachwissenschaftliche Erforschung der Kommunikation über Tod und Sterben vorgeschlagen worden.⁴ Die Thanatolinguistik vereint verschiedene Forschungsansätze mit unterschiedlichen methodischen Zugängen für unterschiedliche Kommunikationsbereiche, in denen Sterblichkeit thematisiert ist. Damit zählen sämtliche Texte oder Diskurse mit Todesbezug dazu

3 Vgl. u.a. Niehr, Thomas: Einführung in die linguistische Diskursanalyse, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 2014.

4 Schütte, Christian: »Perspektiven der Thanatolinguistik. Vorschläge zur sprachwissenschaftlichen Analyse der Kommunikation über Tod und Sterben«, in: Christian Braun (Hg.), Sprache des Sterbens – Sprache des Todes. Linguistische und interdisziplinäre Perspektivierungen eines zentralen Aspekts menschlichen Daseins, Berlin u.a.: De Gruyter 2021, S. 229–247.

– wie auch Autobiografien von Ärztinnen und Ärzten, die allerdings bislang kaum Gegenstand sprachwissenschaftlicher Untersuchungen waren.

Autobiografische Monografien unterscheiden sich von anderen thanatolinguistisch relevanten Textsorten und kommunikativen Gattungen, die in letzter Zeit im Fokus sprachwissenschaftlicher Analysen standen, wie Erzählungen von lebensbedrohlichen Erlebnissen im Interview⁵ oder Sterbenarrativen in Blogs⁶ oder Vlogs⁷ von Krebspatientinnen und -patienten. Ärztliche Autobiografien, die in Buchform erscheinen, sind nämlich klassische massenmediale, narrative Texte, bei denen ein unmittelbarer Austausch mit der Leserschaft nicht möglich ist.

Die für das Analysekorpus dieser explorativen Studie ausgewählten zehn Autobiografien sollten eine möglichst große Bandbreite abdecken: Es finden sich darunter sowohl Bücher, die bei renommierten Verlagen in hoher Auflage⁸ erschienen sind, als auch Veröffentlichungen in kleinen Verlagen⁹. Wie eine erste Durchsicht der verfügbaren deutschsprachigen Bücher auf dem Markt der Neuveröffentlichungen wie der Antiquariate zeigte, ist der Anteil von ärztlichen Autobiografien, die eine eigene Erkrankung thematisieren, auffallend hoch. Auch die Hälfte der für diese Studie ausgewählten Exemplare lässt bereits durch Titel oder Klappentext erkennen, dass hier ein Arzt oder eine Ärztin selbst von einer lebensbedrohlichen Krankheit betroffen ist. Unter den zehn Texten handelt es sich bei zwei Fällen um aus dem Englischen übersetzte Autobiografien, die auch deshalb berücksichtigt wurden, da diese Titel als Spiegel-Bestseller auf dem deutschen Buchmarkt sehr präsent waren.¹⁰ Der Umfang

-
- 5 Labov, William: *The Language of Life and Death. The Transformation of Experience in Oral Narrative*, Cambridge: Cambridge University Press 2013.
- 6 Meier-Vieracker, Simon: »immer noch chemo« – Zeitlichkeit in digitalen Krankheitserzählungen«, in: Marina Iakushevich/Yvonne Ilg/Theresa Schnedermann (Hg.), *Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*, Berlin u.a.: De Gruyter 2021, S. 295–314.
- 7 Deppermann, Arnulf: »Multimediale Narration im Angesicht des Todes. Zeugnisse terminaler KrebspatientInnen im Internet«, in: Simon Peng-Keller/Andreas Mauz (Hg.), *Sterbenarrative. Hermeneutische Erkundungen des Erzählens am und vom Lebensende*, Berlin u.a.: De Gruyter 2018, S. 115–137.
- 8 Zum Beispiel Pfau, Ruth: *Verrückter kann man gar nicht leben. Ärztin, Nonne, Powerfrau*, Freiburg i.Br.: Herder¹³ 2004.
- 9 Zum Beispiel Frenzel, Liselotte: *Den Tod überleben. Eine Ärztin besiegt ihren Lungenkrebs*, Jena u.a.: Verlag Neue Literatur 1999.
- 10 Kalanithi, Paul: *Bevor ich jetzt gehe. Die letzten Worte eines Arztes an seine Tochter*, übers. v. Gaby Wurster. München: Penguin 2017; Gössling, Wolfram: *Am Leben bleibt*

der Bücher variiert von 50 bis zu 255 Seiten, der Durchschnitt liegt bei 180 Seiten.

Einige der Autobiografien sind prototypisch, indem sie ein Leben oder eine Lebensphase in chronologischer Ordnung erzählen. Doch es gibt Grenzfälle: So präsentiert ein Autobiograf zwar – so der Untertitel – »echte Geschichten aus dem Krankenhaus«, greift aus diesem Grund aber als einziger Autor des Korpus zu einem Pseudonym.¹¹ Dr. Ulrike Koock hingegen verwendet selbst kein Pseudonym, anonymisiert aber alle anderen auftretenden Personen aus ihrem Alltag als Landärztin, aus dem sie in ihrer Autobiografie eine fiktive, aber repräsentative Woche erzählt, deren Verlauf von Montag bis Sonntag die Makrostruktur des Textes bildet.¹² Insofern handelt es sich hierbei um eine Grenzform der Autobiografie, da lediglich für den Berufsalltag typische Situationen geschildert werden.

3. Analyse der Autobiografien

3.1 Merkmale autobiografischen Schreibens: Selbstpositionierungen

Autobiografien gelten als »narrative Texte [...], die der Selberlebensbeschreibung eines Ichs in der Differenzerfahrung mit der Welt dienen«¹³. In aller Regel ist also das erzählende Ich zugleich das erzählte Ich. Autobiografische Texte können den kompletten Lebenslauf eines Menschen umfassen oder nur einzelne Lebensphasen (z.B. aus dem Berufsleben oder Krankheitsepisoden). Beides findet sich im Korpus dieser Studie. In jedem Fall kommt es beim autobiografischen Erzählen – sei es in mündlicher oder schriftlicher Form realisiert – zu

ben. Ein Onkologe bekämpft seinen Krebs, übers. v. Doris Mendlewitsch, Hamburg: Rowohlt Polaris 2023.

¹¹ Moor, Marco: Lesen Sie mich durch, ich bin Arzt! Echte Geschichten aus dem Krankenhaus, München: Heyne 2012.

¹² Koock, Ulrike: »Frau Doktor, wo ich Sie gerade treffe ...«. Warum ich mit Leib und Seele Landärztin bin, München: Knaur 2021.

¹³ Lasch, Alexander: »Autobiographie«, in: Stefan J. Schierholz/Laura Giacomini (Hg.), Wörterbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft (WSK) Online, Berlin/Boston: De Gruyter 2015, https://www.degruyter.com/database/WSK/entry/wsk_idba_10f9c8-629a-4a55-9f8c-77d3a5cf94b1/html [18.5.2024].

einer narrativen Konstruktion eines Selbst, einer »narrative Identität«¹⁴. Insofern ist autobiografisches Erzählen als »Identitätsarbeit«¹⁵ aufzufassen (vgl. Kap. 3.4).

Zu dieser Identitätsarbeit trägt beim Erzählen die soziale Verortung bei, die das erzählende Ich in der Interaktion mit seinem Lesepublikum vornimmt. Diese »räumliche«¹⁶ Dimension der Identität wird auch als ›Positionierung‹ bezeichnet. Positionierungen können als Praktiken verstanden werden, mit denen in der Kommunikation eine Zuschreibung von Eigenschaften vollzogen wird. Grundlegend zu unterscheiden sind Selbstpositionierung und Fremdpositionierung.¹⁷ Bei der *Selbstpositionierung* schreibt sich jemand selbst Eigenschaften zu – wie beispielsweise hier eine Ärztin aus dem Korpus: »Ich war noch nie eine von den Frauen, die sich jammernd und wehklagend in ihr Schicksal ergaben.«¹⁸ Deutlich wird bei dieser Selbstpositionierung zugleich die Abgrenzung von anderen – hier: von Frauen, die sich ›jammernd und wehklagend in ihr Schicksal ergeben‹. Bei einer *Fremdpositionierung* weist jemand einer anderen Person Eigenschaften zu – wie im Vorwort zu Paul Kalanithis Autobiografie der Arzt und Schriftsteller Abraham Verghese: »In Pauls Worten lag eine Aufrichtigkeit, eine Wahrheit, die mir den Atem raubte.«¹⁹ In einer indirekten Variante, die aber als Strategie häufig Verwendung findet, wird eine Selbstpositionierung mittels einer (z.B. zitierten) Fremdpositionierung vollzogen. Diese ›Selbst-durch-Fremd-Positionierung‹ liegt bei Kalanithi später im Text vor, wenn er selbst referiert, was andere zu ihm und über ihn gesagt haben: »Du bist Arzt und weißt, worüber du sprichst, es ist dein Leben.«²⁰ Der Autor positioniert sich hier selbst als jemanden, der ›weiß, worüber er spricht‹, indem er jemanden zitiert, der ihn so gesehen hat.

3.2 Legitimation autobiografischen Schreibens

Warum schreibt jemand eine Autobiografie? Warum sollte diese für eine Leserschaft von Interesse sein? Antworten auf diese Fragen geben ärztliche Au-

14 Lucius-Hoene, Gabriele/Deppermann, Arnulf: Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews, Wiesbaden: Springer VS² 2004, S. 47.

15 Ebd., S. 49.

16 Ebd., S. 62.

17 Vgl. ebd., S. 61–63.

18 L. Frenzel: Den Tod überleben, S. 78.

19 P. Kalanithi: Wenn ich jetzt gehe, S. 17.

20 Ebd., S. 169.

tobiografien nicht erst im Haupttext, sondern manchmal schon im Titel oder Klappentext, spätestens aber im Vorwort oder in der Einleitung.²¹ Ärztinnen und Ärzte tun schließlich etwas, was sie normalerweise nicht tun, sobald sie über sich schreiben und dies publizieren. Vier unterschiedliche Strategien der Legitimation lassen sich dem Korpus entnehmen.

Bei der ersten Strategie verweist ein Autor auf seine *besondere Kompetenz*, die er durch seine Lebenserfahrung (z.B. eine lebensbedrohliche Erkrankung) erworben hat: »Möglichlicherweise bin ich nie zuvor qualifizierter gewesen, mich dem Thema Tod und Sterben zu stellen – medizinisch und menschlich.«²² Diese Art der Legitimation geht deshalb in aller Regel mit einer Selbstpositionierung einher. Hier positioniert sich der Arzt gegenüber seinem Lesepublikum als doppelt qualifiziert: als Fachmann und als Mensch.

Eine zweite Möglichkeit der Legitimation besteht darin, eine *Aufforderung durch andere* zu zitieren, wie bei Kock die Kontaktaufnahme durch eine Literaturagentin: »Laura Weber [...] fragte mich, ob ich nicht ein Buch schreiben wolle ...«²³ Wenn bei der Legitimation des eigenen Schreibens auf das Interesse anderer Personen verwiesen wird, vollzieht die Autorin hiermit eine Selbstpositionierung über eine Fremdpositionierung: Die Autorin weist mit dieser Sprechhandlung ihre Erzählung als relevant aus, weil ihre Autobiografie gefragt ist.

Eine dritte Option zur Legitimation von Autobiografien besteht in dem Hinweis auf das *Bedürfnis, anderen zu helfen*: »Ich schreibe das alles [...] aus dem Grunde, anderen Patienten einfach Mut zu machen.«²⁴ Damit rücken solche Erlebnisberichte nicht nur in die Nähe von Ratgeberliteratur, die Verfasserin positioniert sich zugleich als altruistisch motiviert. Offensichtlich bedarf es einer Legitimation, sich – auch als Privatperson – derart in den Mittelpunkt zu stellen. Diese Rechtfertigung soll den latenten Vorwurf der Eitelkeit von vornherein ausräumen.

Die vierte und letzte Legitimationsstrategie stellt die Zuschreibung der *Besonderheit des eigenen Erlebens* dar. Diese kommt in zwei Varianten im Korpus

21 Vgl. Genette, Gérard: Paratexte. Das Buch vom Beiwerk des Buches, übers. v. Dieter Horning, Frankfurt a.M.: Suhrkamp 2001, hier S. 190–217.

22 Heimann, Dierk: Wie ein Wunder. Mein Schlaganfall war unwahrscheinlich und kam überraschend – meine vollständige Heilung noch mehr, München: bene 2019, hier S. 158–159.

23 U. Kock: »Frau Doktor, wo ich Sie gerade treffe ...«, S. 256.

24 L. Frenzel: Den Tod überleben, S. 81.

vor. In der ersten Variante wird eine Krankengeschichte als etwas Außergewöhnliches gerahmt. Das bezieht sich zum einen auf das naive Paradoxon des kranken Arztes (siehe Einleitung: Ärztinnen und Ärzte stehen nicht für Krankheit, sondern für Heilung). Zum anderen kann der Krankheitsverlauf selbst als ungewöhnlich eingestuft werden. In einem Fall bezeichnet der Autor seine »vollständige Heilung« nach einem Schlaganfall gleich im Titel als »Wunder«.²⁵ Ähnlich beschreibt eine Kollegin ebenfalls schon im Titel die Konfrontation mit der Sterblichkeit in Form eines Oxymorons: »Den Tod überleben. Eine Ärztin besiegt ihren Lungenkrebs«.²⁶ Hier ist zugleich die Metapher von Kampf – und Sieg – eingeführt, die in Kap. 3.3 näher beleuchtet wird. Die zweite Variante der vierten Strategie autobiografischer Legitimation kommt in Fällen ohne zentrale Krankengeschichte zum Einsatz – schon die Bedingungen der Berufsausübung gelten dann als erzählwürdig. Die im Untertitel als »Ärztin, Nonne, Powerfrau« ausgewiesene Ruth Pfau legitimiert im Haupttitel ihre Autobiografie mit einem Maximum an Abweichung von der Norm: »Verrückter kann man gar nicht leben«.²⁷ Ein Leben als Lepraärztin und Nonne in patriarchalischen, nicht-christlichen Ländern wie Pakistan und Afghanistan zu führen, wird als äußerst ungewöhnlich und damit erzählenswert gerahmt. Diese vierte und letzte Legitimationsstrategie zielt somit auf diejenige Qualität von Erzählungen, die in der Narrationsforschung als *reportability*²⁸ bezeichnet wird: So wie jemand, der in einem Gespräch das Rederecht für längere Zeit beansprucht, um seine Erzählung zu präsentieren, seinem Publikum etwas Erzählenswertes bieten muss, sollten auch Autobiografinnen und Autobiografen etwas Besonderes in ihrem Leben vorweisen können, das ihre Publikation als lesenswert erscheinen lässt.

Somit trägt die Legitimation des autobiografischen Schreibens durch alle vier Strategien zugleich dazu bei, den Kauf- und Lektüreanreiz zu erhöhen. Die Verknüpfung von Schreibrechtfertigung und Selbstpositionierung ist überall unverkennbar: Die Autorinnen und Autoren der Autobiografien weisen sich als *kompetent, altruistisch* motiviert, als Erzählerinnen *gefragt* und als – sei es als Kranke oder als Ärztinnen – *besonders* aus.

25 D. Heimann: Wie ein Wunder.

26 L. Frenzel: Den Tod überleben.

27 R. Pfau: Verrückter kann man gar nicht leben.

28 Vgl. W. Labov: The Language of Life and Death, S. 21–22.

3.3 Metaphorik

Metaphernanalysen gelten als klassischer Bestandteil der Diskurslinguistik, da – wie etwa die kognitivistische Metapherntheorie argumentiert – die bildhafte Sprache mehr leistet, als nur für Variation im sprachlichen Ausdruck – etwa als ‚Redeschmuck‘ – zu sorgen. Vielmehr konstituiert und strukturiert die Metaphorik unser Denken und Verstehen.²⁹ Dies gilt nicht zuletzt in solchen Bereichen, die sich der unmittelbaren Anschauung entziehen, insbesondere mit Blick auf den Tod, für welchen schon seit der Antike vielfältige Formen von Metaphern überliefert sind.³⁰

Die Metaphorik in den untersuchten ärztlichen Autobiografien ist überwiegend konventionell gehalten. Es überwiegen gerade bei der Konfrontation mit lebensbedrohlichen Krankheiten Kampf-Metaphern, die als Konzept ‚Therapie ist Kampf‘ zusammengefasst werden können.³¹ Unter diese konzeptuelle Metapher, die unser Verständnis grundlegend strukturiert, fallen alle Sprachbilder, bei denen sich Patientinnen und Patienten oder auch die Ärzteschaft gegen eine Krankheit in oft kriegsähnlicher Form zur Wehr setzen. Dann wird eine Therapie zum »Schlachtplan«³², vor allem der Krebs wird als »Feind«³³ aufgefasst. Zur Konzeptualisierung von Therapie und Heilung gehört dagegen die Weg-Metaphorik (Therapie ist ein Weg), die heute allgemein in vielen gesellschaftlichen Bereichen anzutreffen ist, wo – oft abstrakte – Prozesse als ‚Wege‘ konzeptualisiert werden (Lösungsweg, ‚Bildungsweg‘ etc.). Bisweilen erhält diese Metaphorik aber eine besondere Bedeutung, wenn es um die ärztliche Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit geht. Denn gerade im Rahmen der Behandlung (im folgenden Beispiel: eines Gefäßtumors) ist die Therapie immerhin eine *planvolle* Bewegung auf ein Ziel hin, nämlich die Heilung. Hier »Schritt für Schritt«³⁴ vorgehen zu können, wird bereits als erleichternd beschrieben, auch wenn das Erreichen des Ziels mühsam zu werden droht:

29 Vgl. Lakoff, George/Johnson, Mark: Leben in Metaphern. Konstruktion und Gebrauch von Sprachbildern, übers. v. Astrid Hildenbrand, Heidelberg: Auer ⁹2018.

30 Vgl. Schwarz-Friesel, Monika: Sprache und Emotion, Tübingen/Basel: Francke/UTB ²2013, S. 247–288.

31 Vgl. Sontag, Susan: Krankheit als Metapher, übers v. Karin Kersten/Caroline Nebaur, Frankfurt a.M: Fischer 1989, S. 77–80.

32 Bein, Thomas: Ins Mark getroffen. Was meine Krebserkrankung für mich als Intensivmediziner bedeutet, München: Droemer 2021, S. 28.

33 Ebd., S. 65; W. Gössling: Am Leben bleiben, S. 16.

34 W. Gössling: Am Leben bleiben, S. 16.

»Mir stand ein steiniger Weg bevor. Mein Überleben war alles andere als gewiss.«³⁵ Der »Weg« löst einerseits Unsicherheit aus: »Wenn man nicht weiß, was los ist, schlottert man vor Angst, weil man den Weg, der vor einem liegt, nicht kennt.«³⁶ Andererseits wird gerade ein Therapiegespräch mit Fachkollegen wiederum mittels der Weg-Metaphorik als positiv gewertet, da ein »Plan« ein gewisses Maß an Kontrolle verschafft und auf das Ziel der Heilung verweist: »Der Patient geht mit *einer* Empfehlung und *einem* konkreten Plan nach Hause. Er ist essenziell, weil er Hoffnung gibt und Wegweiser ist.«³⁷ Über die Weg-Metaphern wird somit ein Kontrollgewinn versprachlicht.

3.4 Identitätskonstruktionen

Basierend auf den Selbstpositionierungen der untersuchten Autorinnen und Autoren (Kap. 3.1) ergibt sich ein umfassendes Bild ihrer Identitätskonstruktionen. Die »narrative Identität«, verstanden als »diejenigen Aspekte von Identität [...], die im Modus der autobiografischen Narration dargestellt und hergestellt werden«³⁸, ist insbesondere im Fall einer lebensbedrohlichen Erkrankung der schreibenden Ärztinnen und Ärzte gefährdet. Nachdem in den meisten Autobiografien zunächst eine Identität zum Zeitpunkt t_1 vor Ergreifen des Berufs dargestellt wird, folgt in jedem Fall eine Beschreibung der Identität *im* Beruf (t_2), wie man also als Ärztin bzw. Arzt ist. Durch die Krankheit kann es allerdings zum Bruch kommen: Der Arzt wird Patient, die Ärztin heilt nicht, sondern muss geheilt werden. Dort, wo jemand bisher aktiv war, sieht er sich krankheitsbedingt zur Passivität verurteilt. Diese Patienten-Identität (t_3) wird in einigen Büchern ausführlich problematisiert. Pointiert beschreibt der Onkologe Gössling diesen Identitätswechsel in einer Szene zu Beginn seiner Therapie:

»Ich betrat das Behandlungszentrum, die Heimat meiner klinischen Arbeit seit mehreren Jahren, zögernd, ängstlich, verschreckt, nicht wie sonst als Arzt zielgerichtet, fokussiert und in Gedanken schon bei den Patienten. Bei der Aufnahme überreichte mir eine Mitarbeiterin ein stahlblaues Plastikkärtchen, auf dem mein Name und einige weitere Informationen

35 Ebd., S. 18.

36 Ebd., S. 19.

37 Ebd., S. 41 (Herv. i.O.).

38 G. Lucius-Hoene/A. Deppermann: Rekonstruktion narrativer Identität, S. 47.

aufgeführt waren: meine neue Patientenkarte. Ich war nun gekennzeichnet, gebrandmarkt als Krebspatient.«³⁹

Was hier als Stigmatisierung empfunden wird und im Kontrast zu Verhalten, Einstellung und Emotionen aus der Zeit als aktiver Arzt steht, bezeichnet Gössling selbst als »Identitätsproblem«⁴⁰. Dieses wird noch einmal virulent, als der Onkologe in ein fremdes Krebszentrum aufgenommen werden soll – als dramatische Rekonstruktion wird ein Dialog in wörtlicher Rede inszeniert und durch einen Vergleich mit körperlicher Gewalt rhetorisch zugespitzt:

»Die erste Frage, die der Arzt mir stellte, war jedoch wie ein Schlag ins Gesicht: ›Was für ein Arzt waren Sie denn früher?‹ Ich war verletzt, verwirrt und vor allem unglaublich wütend. [...] Dieser Arzt sprach zu mir, als wäre mein Beruf für mich Vergangenheit, als würde ich niemals wieder einen Patienten behandeln können.«⁴¹

Den Identitätswechsel beschreibt der Neurochirurg Kalanithi ebenfalls als problematisch, da der Arztberuf für seine Selbstdefinition essentiell war. Diesem ist nun die Passivität der Patientenrolle entgegengesetzt, was auch grammatisch im Wechsel vom Aktiv zum Passiv realisiert ist: »Als Arzt war ich aktiv gewesen, hatte etwas gesteuert, als Patient war ich nur mehr jemand, mit dem etwas gemacht wurde.«⁴² Im Kontrast zur Metapher der aktiven, kontrollierten Bewegung (»steuern«) sieht er sich nun zu einem passiven »Jemand« herabgewürdigt. Zwar neigt Kalanithi in seinem Text von allen untersuchten Autobiografien am stärksten zur Selbstkritik, wenn er etwa einräumt, seine »Hybris als Chirurg«⁴³ sei enttarnt worden. Damit ist immerhin angedeutet, dass das Empfinden von »Macht über das Leben des Patienten«⁴⁴ auch ein Teil der eigenen beruflichen Praxis war. Allerdings gestehen die Autobiografien nur selten früheres Fehlverhalten ein. Selbst wenn nun aus der ungewohnten Patientenperspektive Kritik an der Ärzteschaft geübt wird, ist damit selten die eigene Rolle vor der Erkrankung gemeint. Vielmehr positionieren sich

39 W. Gössling: Am Leben bleiben, S. 28.

40 Ebd., S. 105.

41 Ebd., S. 106.

42 P. Kalanithi: Bevor ich jetzt gehe, S. 136.

43 Ebd., S. 156.

44 Ebd., S. 156.

die meisten Autorinnen und Autoren selbst als vorbildlich in ihrem sonst kritikwürdigen Berufsumfeld.

Neben dem Wechsel in die Patienten-Passivität ist bei Gössling deutlich, dass für ihn der Identitätswechsel und die Rolle als Sterbender inakzeptabel sind, da er seine Sterblichkeit zuvor weder akzeptiert noch reflektiert hat. Hier klingt erneut das naive Paradoxon des kranken Arztes an, wenn es unmittelbar nach der Mitteilung der Diagnose in einer Mischung aus erlebter Rede und innerem Monolog heißt: »Krebs? Meine Gedanken rasten. Meine Aufgabe besteht darin, Krebs zu behandeln – aber doch nicht, selbst daran zu erkanken!«⁴⁵

Nach Durchlaufen der Patienten-Identität (t_3) kann es – im Falle des Überlebens – entweder zu einer Rückkehr in den Beruf mit neuer Identität nach der Krankheit (t_4') oder zum Wechsel in den Ruhestand (t_4'') kommen. In beiden Fällen wird diese neue Identität oft mit neuen Einsichten verbunden: Man ist nun ein anderer Arzt, oder sieht als Ärztin anders auf die berufliche Praxis zurück. Insofern kann die Konfrontation mit dem eigenen Tod zu einem veränderten Blick auf den medizinischen Betrieb, mithin zu Medizinkritik führen – und damit, sofern sich der Autor oder die Autorin noch als Teil dieses Betriebs versteht, zur Selbstkritik. Diese Kritik ist Bestandteil, manchmal sogar Kern der Autobiografien. Die Krankheit wird als ›Lehre‹ konstruiert, zu deren Verkündigung das jeweilige Buch dient. Aus der Konfrontation mit dem eigenen Tod und aus dem Erleben der Patientenrolle am eigenen Leib formuliert ein Autor wie Heimann Konsequenzen für das ärztliche Handeln: »Die persönliche – körperliche wie psychische – Situation eines einzelnen Patienten muss bei der Behandlung im Mittelpunkt stehen.«⁴⁶ Auch der Intensivmediziner Bein widmet wesentliche Teile seiner Autobiografie solchen Einsichten: »Nach meinem Verständnis braucht die Medizin ein Umdenken zu einer neuen Humanität.«⁴⁷ Hierbei handelt es sich um eine narrative Konstruktion von Sinn: Die eigene Erkrankung hat zu Erkenntnissen geführt, die eigenen Erlebnisse werden als wertvolle Einsichten gerahmt – und deren Publikation wird so zusätzlich legitimiert.

45 W. Gössling: Am Leben bleiben, S. 15.

46 D. Heimann: Wie ein Wunder, S. 85.

47 T. Bein: Ins Mark getroffen, S. 17–18.

3.5 Resultate der Konfrontation mit dem eigenen Tod

Zwar schildern die Autobiografien den Zustand nach der Überwindung einer lebensbedrohlichen Krankheit manchmal als *negativ*, sofern etwa »körperliche und seelische Narben«⁴⁸ bleiben. Oder sie beschreiben einen *neutralen* (weder positiven noch negativen) Endzustand, wenn es infolge der Behandlung lediglich gelingt, »zu einem normalen Leben zurückkehren«⁴⁹. Nicht selten werden der Konfrontation mit der Sterblichkeit aber auch dauerhaft *positive* Auswirkungen zugeschrieben. Die »Erfahrung des Es-schon-mal-überlebt-Habens«⁵⁰ lässt den Schlaganfallpatienten Heimann eine Persönlichkeitsveränderung zum Guten hin konstatieren: »Ich bin stärker geworden. Viel ruhiger. Ich habe heute weder Einsamkeitsängste noch Angst vor Stille, Sprachlosigkeit oder Tod.«⁵¹ Gerade der Rollenwechsel, die neue Identität des kranken Arztes führt zu einem Erkenntnisgewinn:

»Als Patient erhielt ich Eindrücke, die meine Erfahrungen als Arzt und Betreuer oft bestätigten oder vertieften. Ich gewann aber auch völlig neue Einsichten und korrigierte manche falsche Vorstellung. Mein Umgang mit Patienten hat sich dadurch verändert. Ich höre ihnen anders zu, ich beziehe ihre Familienangehörigen stärker ein und teile mit ihnen meine eigenen Erinnerungen an Angst, Furcht und Einsamkeit. So kann ich eine engere Verbindung zu ihnen aufbauen. Den größten Wert lege ich darauf, ihnen die Hoffnung nahezubringen.«⁵²

Hier wird die Konfrontation mit dem Tod geradezu als Prozess einer Läuterung gerahmt.

Gerade das, was hier als positive Auswirkungen der Konfrontation mit tödlicher Bedrohung bestimmt wird, ist in den Autobiografien zugleich die »Botschaft«, die die Publikation rechtfertigt. So bezeichnet es wiederum der Onkologe Gössling als »zentrale Aussage meiner Geschichte [...]: dass es sich lohnt, zu kämpfen, solange noch eine Chance existiert.«⁵³ Die Kampfmetaphorik verknüpft sich im Erfolgsfall mit einer Siegesrhetorik: »Es war der

⁴⁸ W. Gössling, Am Leben bleiben, S. 186.

⁴⁹ Ebd., S. 171.

⁵⁰ D. Heimann, Wie ein Wunder, S. 127.

⁵¹ Ebd., S. 126.

⁵² W. Gössling, Am Leben bleiben, S. 210.

⁵³ Ebd., S. 204.

beste Beweis dafür, dass Leben über Tod, Heilung über Krankheit, Hoffnung über Verzweiflung siegen kann.«⁵⁴ Gössling berichtet, dass ihm selbst die Lektüre eines Buchs über unwahrscheinliche Heilungserfolge bei Krebspatienten geholfen habe:

»Ich kann nur sagen, dass ich Hoffnung brauchte, um zu überleben. Ich brauchte Erzählungen über das nahezu Unmögliche, über den Erfolg, über die Möglichkeit einer Heilung gegen jede statistische Wahrscheinlichkeit. Und deshalb waren diese Geschichten von anderen Krebsüberlebenden so hilfreich und stärkend.«⁵⁵

Tatsächlich sieht der Autor neben seiner charakterlichen Disposition als »optimistischer Mensch«⁵⁶ in dieser Hoffnung durch Erzählungen mit Happy End eine Ursache für die eigene Heilung – und legt damit nahe, dass auch seine eigene Autobiografie zugunsten anderer ähnlich wirken kann.

3.6 Subjektive Theorien von Krankheit und Heilung

Wie schon das vorangegangene Beispiel zeigt, gibt es von ärztlicher Seite durchaus subjektive Krankheitstheorien⁵⁷ bei eigener Erkrankung, aber auch Ursachenzuschreibungen hinsichtlich der Heilung. Dabei deckt sich die individuelle Perspektive bei eigenen Krankheiten nicht unbedingt mit dem beruflichen Blick. Die subjektiven Krankheitstheorien gestalten sich zunächst einmal kaum anders als bei Laien-Patienten, wenn z.B. monokausale Ursachenzuschreibungen dominieren und etwa eine Allgemeinmedizinerin ihren Lungenkrebs auf psychische Belastungen zurückführt: »Auch bei meiner Erkrankung war sicherlich der traurige Tod meines Mannes die Ursache!«⁵⁸

An anderer Stelle divergieren die berufliche und die individuelle Sicht. Fast alle erkrankten ärztlichen Autobiografen beziffern Überlebenswahrscheinlichkeiten, was der beruflichen Perspektive entspricht – jedoch werden diese Statistiken immer wieder als irrelevant bewertet, und zwar aus der individuellen Sicht des Erkrankten: »Mein Verhältnis zur Statistik veränderte

54 Ebd., S. 199.

55 Ebd., S. 202.

56 Ebd., S. 200.

57 Vgl. Birkner, Karin: »Subjektive Krankheitstheorien im Gespräch«, in: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 7 (2006), S. 152–183.

58 L. Frenzel: Den Tod überleben, S. 79.

sich, sobald ich selbst Teil dieser Statistik war.⁵⁹ Die persönliche Perspektive des Betroffenen weicht also von der beruflichen ab: »Die Statistik ist – für den Einzelfall – nur eine Zahl ohne persönliche Aussagekraft.«⁶⁰

Die Auseinandersetzung mit Zahlen stellt bereits eine Form der Rationalisierung dar, um in der Konfrontation mit dem eigenen Tod die Angst zu bewältigen. Offenbar neigen einige der Autorinnen und Autoren in höherem Maße als Laien-Patienten dazu, sich selbst zu reflektieren – und nicht zuletzt ihre emotionalen Reaktionen. So beruhigt sich der Onkologe Gössling während einer nächtlichen Panikattacke damit, dass er deren mögliche Ursachen abwägt und so mit seinem »Arzt-Ich debattieren konnte«⁶¹. Dadurch vollzieht er wieder den Wechsel von Patienten- zur Fachmann-Perspektive und macht sich selbst zum Objekt seiner Analyse. Daraus ergibt sich ein Kontrollgewinn – selbst in einer von Atemnot und Angst beherrschten Situation.

Kontrolle spielt auch bei den Ursachenzuschreibungen für eine Heilung eine große Rolle, denn diese ist in den Autobiografien des Analysekorpus niemals Zufall. Vielmehr wird die Genesung gern auf stabile, interne Faktoren⁶² zurückgeführt: »Ich hatte und habe das Privileg, mit einem Charakter ausgestattet zu sein, der ein Scheitern nicht akzeptiert, der auch die Tiefen erfolgreich durchschritten hat.«⁶³ Das der Wegmetapher verwandte Bild des »Schreitens« weist dem Schlaganfallpatienten nach einem »totalen Kontrollverlust«⁶⁴ wieder die Position des autonom Handelnden zu, sofern die interne Kontrollüberzeugung⁶⁵ dominiert. Selbst wenn es an keiner Stelle explizit ausgeführt wird, bedeutet eine solche Sichtweise im Umkehrschluss allerdings, dass Patientinnen und Patienten, die keinen Heilungserfolg erzielen, an ihren charakterlichen Defiziten gescheitert sein müssen. Je stärker Fortschritte in der Therapie als individuell kontrollierbar dargestellt werden, desto eher kommt den Kranken eine (Mit-)Schuld zu, wenn es keine Fortschritte gibt.

59 P. Kalanithi: Bevor ich jetzt gehe, S. 129.

60 D. Heimann: Wie ein Wunder, S. 10.

61 W. Gössling: Am Leben bleiben, S. 73.

62 Vgl. zur Attributionstheorie Parkinson, Brian: »Soziale Wahrnehmung und Attribution«, in: Johannes Ullrich/Wolfgang Stroebe/Miles Hewstone (Hg.), Sozialpsychologie, Berlin: Springer ⁷2023, S. 73–110, hier S. 88–89.

63 D. Heimann: Wie ein Wunder, S. 184–185.

64 Ebd., S. 24.

65 Vgl. K. Birkner: Subjektive Krankheitstheorien im Gespräch, S. 159.

In einem anderen Fall führt eine Ärztin jedoch auch konkrete Behandlungsmaßnahmen (externe Faktoren) an, die zu ihrer Genesung geführt hätten. Ausführlich schildert Frenzel den erfolgreichen Einsatz einer Vitamintherapie gegen ihren Lungenkrebs, wobei sie weniger wissenschaftlich-fachlich argumentiert als bekenntnishaft verkündet: »Ich glaube an die Zukunft dieser Theorie und werde sie, wo auch immer, weiterverbreiten und unterstützen.«⁶⁶ Die Popularisierung dieser Therapie ist für sie ausdrücklich die Motivation, die eigene Geschichte niederzuschreiben und zu publizieren:

»Ich schreibe das alles mehr oder weniger ausführlich aus dem Grunde, anderen Patienten einfach Mut zu machen. Man kann das alles überleben, wenn man genügend diszipliniert ist, sich eisern an die Regeln hält mit der Medizin, mit dem Essen, keine Ausschweifungen mit dem Alkohol usw.«⁶⁷

Die altruistische Motivation (»anderen Mut machen«) wird umgesetzt, indem die Autorin mit dem generalisierenden Pronomen *man* Allgemeingültigkeit herstellt. Der eigene Fall wird zum Muster für alle anderen. Hier wird deutlich, was die Autobiografien von anderen, fachlich-medizinischen Publikationen abhebt, nämlich die Beglaubigung durch subjektives Erleben: »Ich möchte den Heilmethoden von Gaisbauer nur zustimmen, weil ich ähnliche Erfahrungen machte.«⁶⁸ So ergibt sich insgesamt ein kontrastreiches Bild des ärztlichen Umgangs mit eigener Krankheit: Von strikter Rationalität bis zu dezidierter Subjektivität im Urteil reichen die Einstellungen.

3.7 Ausweichen vor der Sterblichkeit: Imaginationen des Weiterlebens und andere Sinnzuschreibungen

Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod findet in den untersuchten ärztlichen Autobiografien gewissermaßen nur in einem »abgesicherten Modus« statt. Die Konfrontation mündet fast immer in einem Ausweichmanöver. Vier Ausweichstrategien sollen hier exemplarisch angeführt werden: Als Erstes (Strategie 1) ist die einfache Verdrängung in Form eines Nicht-mehr-daran-Denkens in den Büchern dokumentiert. Eine Variante davon (Strategie 2) ist die Abwendung von Gedanken an die eigene Sterblichkeit anlässlich

66 L. Frenzel: Den Tod überleben, S. 106.

67 Ebd., S. 81.

68 Ebd., S. 112.

der Rückkehr in den Zustand von Gesundheit, Normalität und Alltag nach Überwindung gesundheitlicher Krisen wie etwa Krebserkrankungen. Einen dritten Modus des Ausweichens (Strategie 3) stellt die Abwehr von Gedanken an den Tod durch die Hinwendung zu den nächsten Therapieschritten im Fall lebensbedrohlicher Krankheiten dar. Der letzte, seit Jahrtausenden erprobte Ausweg (Strategie 4) besteht in der tröstlichen Zuwendung zu Vorstellungen einer postmortalen Fortexistenz.

Beim Anblick einer sterbenden Patientin imaginiert eine junge Ärztin den eigenen Tod sowie den Tod ihrer Mutter – um diese Vorstellung sogleich wieder abzuwehren:

»Ich stellte mir vor, meine Mutter würde hier liegen [...]. Nein, daran durfte ich nicht denken. Diese Vorstellung war mir unerträglich. Dann dachte ich daran, dass auch ich irgendwann mal so liegen würde. Dieser Gedanke war nicht so schlimm wie der vorherige, aber ich wehrte mich mit ganzer Kraft dagegen. Ich wollte leben. Es wäre noch zu früh. Wer würde mich begleiten? Nein, nicht weiter in diese Richtung denken, bloß raus hier.«⁶⁹

Zum einen beschreibt die Autobiografin hier ihre Flucht vor existenziellen Fragen und das Bekenntnis zur Verdrängung (Strategie 1) aufgrund der Unerträglichkeit des Gedankens an den Tod. Dabei positioniert sie sich selbst als altruistisch, da sie den eigenen Tod als weniger »schlimm« bewertet als den der Mutter. Darüber hinaus wird eine Ordnung des Sterbens konstruiert, denn wenn der eigene Tod noch »zu früh« wäre, so impliziert dies, dass es auch einen richtigen, angemessenen Zeitpunkt gibt. Für den Fall der beobachteten Sterbenden gilt dies ohnehin, denn die Ärztin hatte schon zuvor festgestellt: »Ich konnte nichts gegen die Natur ausrichten. Die Zeit dieser Frau war abgelaufen.«⁷⁰ So entsteht zwar das Gefühl der Ohnmacht, allerdings bewegt sich der Sterbenvorgang aus Sicht der Ärztin in einer natürlichen Ordnung der Lebenszeit – nichts ist hier chaotisch oder zufällig.

Insgesamt sind ärztliche Autobiografien also nicht nur Zeugnisse der Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod, sondern dokumentieren genauso dessen Verdrängung. Abgesehen von dem eben angeführten Beispiel, findet in

⁶⁹ Olga Kogan: Diagnose: Empathie. Aus dem Alltag einer jungen Ärztin, Frankfurt a.M.: Mabuse 2015, S. 31.

⁷⁰ Ebd., S. 30.

Autobiografien, die von einem ärztlichen Leben ohne eigene lebensbedrohliche Krankheit erzählen, kaum eine Imagination des eigenen Todes statt. So- gar in den Fällen von Krebserkrankungen zeigen die Verfasser die Tendenz, den Gedanken an die Endlichkeit nicht zuzulassen. Dabei werden spezifische Denkmuster und persönliche Werthaltungen, mithin die grundsätzliche Ein- stellung zum Leben erkennbar: »Sollte mein Krebs wirklich unheilbar sein? Ich war in keiner Weise dazu bereit, das zu akzeptieren. Ich war jung, hatte vier Kinder und so viele Pläne mit ihnen, für mich und für meine Frau, für meine Forschungen, meine Karriere – für mein Leben!«⁷¹ Die Narration solcher Refle- xionen in Form von erlebter Rede lässt den Umkehrschluss zu, unter welchen Bedingungen der Tod als akzeptabel gilt, nämlich für Menschen, die a) alt, b) ohne Kinder, c) ohne familiäre oder berufliche Pläne und d) ohne Karriere sind. Es ist somit ablesbar, was für den Autor ein Leben lebenswert macht.

Der Onkologe, der als Krebspatient einen Rückfall erleidet, räumt sogar eine Diskrepanz ein zwischen seinen üblichen professionellen Empfehlungen und seinem eigenen Verhalten als Patient. Obwohl er aus beruflicher Per- spektive wisse, dass es »wichtig«⁷² sei, über den Tod zu sprechen, meidet er selbst dieses Thema gegenüber seiner Frau während seiner Behandlung. Und mit Eintreten eines als »Heilung« definierten Zustands bestehe keine »Not- wendigkeit«⁷³ mehr zur Thematisierung (Strategie 2). Die Konfrontation mit der Sterblichkeit führt also nicht zu einer dauerhaften Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit, sondern deren Verdrängung wird beibehalten. Für die Krebsbehandlung wie für den Tod überhaupt gilt die Tabuisierung bisweilen gar als hilfreich und die gedankliche Zuwendung zum Leben als notwendige Bedingung für eine Heilung:

»Der Patient muß mit seiner Krankheit leben. In dem Maße, in dem es dem Patienten nicht mehr wichtig ist, daß er Krebs hat, wenn seine Gedanken auf- hören, ständig um diesen Punkt zu kreisen, wenn er wieder Freude an den schönen Dingen des Lebens gewinnt, kann die Heilung beginnen.«⁷⁴

Zur Verdrängung von Gedanken an den Tod trägt auch die Therapie selbst bei (Strategie 3), deren neuer Alltag den alten ersetzt: »Diese Geschäftigkeit,

71 W. Gössling: Am Leben bleiben, S. 133.

72 Ebd., S. 110.

73 Ebd.

74 L. Frenzel, Den Tod überleben, S. 112.

dieses Beschäftigtsein, bewahrt mich vor den großen Sorgen und Fragen, die nach oben drängen, sobald ich zur Ruhe komme.«⁷⁵ Die Schritte auf dem Weg der Therapie (Weg-Metaphorik) dienen nicht zuletzt dazu, dem Thema Sterben möglichst aus dem Weg zu gehen, denn »es ging mir stets darum, dem Tod auszuweichen. Niemals sprach ich mit meinen Ärzten über den Tod selbst, immer nur über die Möglichkeiten, wie ich ihn abwenden könnte.«⁷⁶ Diese Fokussierung wird auch als Ursachenerklärung im Rahmen der subjektiven Theorie für den Heilungserfolg herangezogen: »Ich kann nur sagen, dass ich Hoffnung brauchte, um zu überleben. Ich brauchte Erzählungen über das nahezu Unmögliche, über den Erfolg, über die Möglichkeit einer Heilung gegen jede statistische Wahrscheinlichkeit.«⁷⁷ Offenbar soll die Publikation der eigenen autobiografischen Erzählung für ihre Leserschaft nun wiederum Ähnliches leisten, wodurch sie zusätzliche Legitimation erhält.

Auch die Imagination von Formen des Weiterlebens nach dem Tod (Strategie 4) kann man zur Verdrängung des Gedankens an die Endlichkeit des menschlichen Daseins zählen.⁷⁸ In vier der zehn Autobiografien des Korpus werden Formen postmortaler Fortexistenz zumindest angedeutet. Es ist kaum überraschend, dass dies am ausführlichsten geschieht bei der Lepräärztin und Nonne Ruth Pfau, die ihren Tod als Vereinigung mit Jesus imaginiert. Insofern ist für sie der Tod »die endgültige Faszination, die Faszination, jemand endlich in die Arme zu fallen, um den ich ein Leben lang geweint habe.«⁷⁹ Nicht erst im Tod wird jedoch dem Leben als Ganzen ein Sinn zugewiesen. Sinnzuschreibungen können sich auch auf Episoden, etwa der Krankheit oder Heilung, richten oder auf bestimmte Situationen, wenn z.B. die Rettung aus Todesgefahr während ihrer Tätigkeit in Pakistan von der christlichen Lepräärztin Pfau so beschrieben wird:

»da sagte das Dorf, keiner wäre da durchgekommen, aber das Leprateam, mit dem habe es schon was auf sich, dem passiere nichts, der Herrgott könne es sich nicht leisten, die zu verlieren –. [...] Es ist zu oft und zu wundersam

75 W. Gössling, Am Leben bleiben, S. 25.

76 Ebd., S. 183.

77 Ebd., S. 202.

78 Vgl. De Marchi, Luigi: Der Urschock. Unsere Psyche, die Kultur und der Tod, Darmstadt: Luchterhand 1988, S. 25–59; Solomon, Sheldon/Greenberg, Jeff/Pyszczynski, Tom: Der Wurm in unserem Herzen. Wie das Wissen um die Sterblichkeit unser Leben beeinflusst, München: DVA 2016, S. 127.

79 R. Pfau: Verrückter kann man gar nicht leben, S. 57.

gutgegangen, als daß wir nicht hätten die Überzeugung entwickeln müssen: daß es mit dem Leprateam etwas Besonderes auf sich habe –.«⁸⁰

Das vermeintlich zweckrationale Handeln des »Herrgotts« nährt hier die Vorstellung eines besonderen Schutzes – und eines besonderen Werts des eigenen Lebens. Andere lebensbedrohlich erkrankte Ärzte lehnen jedoch eine Sinnzuschreibung ausdrücklich ab, wie etwa Heimann im Hinblick auf seinen Schlaganfall: »Ich höre auf, einen Sinn hinter alldem zu suchen. Es hat mich halt erwischt.«⁸¹ Auch der Onkologe Gössling verweigert sich jeder weiteren Ausdeutung seiner Krebserkrankung: »Es gibt meiner Ansicht nach kein ›Warum‹, keine Begründung, keinen höheren Sinn in der Krankheit. Es gibt keine Absicht, nur eine statistische Abweichung, die zufällige Mutation eines Gens [...].«⁸² Gleichwohl zeigen selbst solche Negationen, dass die Frage nach einem »Sinn« für relevant gehalten wird und zumindest von der Leserschaft erwartet werden könnte, sonst würde die Möglichkeit einer solchen Sinnzuschreibung überhaupt nicht thematisiert.

4. Fazit

Die Konfrontation von Ärztinnen und Ärzten mit ihrem eigenen Tod unterscheidet sich in den untersuchten Autobiografien in mancher Hinsicht nicht allzu sehr von Nicht-Fachleuten. Anders ist allerdings die Art und Weise des Umgangs mit den medizinischen Aspekten bedrohlicher Krankheiten, die immer auch eine fachliche Perspektive erkennen lässt, wie z.B. in der Erwähnung von Statistiken und Überlebenswahrscheinlichkeiten. Gleichwohl weisen selbst erkrankte Medizinerinnen und Mediziner die Relevanz dieser Zahlen für den eigenen, individuellen Krankheitsfall zurück. Wer nicht selbst erkrankt ist, setzt sich in einer Autobiografie kaum mit der eigenen Sterblichkeit auseinander. Und diejenigen, die aufgrund von Krankheit dazu gezwungen werden, zeigen sich in ihrer narrativen Rückschau von der Möglichkeit ihres Todes überrascht. Auch sie wenden sich in den Texten meist schnell wieder von ihrer eigenen Endlichkeit ab. Das Vermeiden einer Konfrontation mit dem

80 Ebd., S. 87–88.

81 D. Heimann: Wie ein Wunder, S. 58.

82 W. Gössling: Am Leben bleiben, S. 226.

unausweichlichen Ende des Lebens wird bisweilen geradezu als gesundheitsfördernd eingeschätzt.

Insgesamt zeigt sich im Untersuchungskorpus ein enger Zusammenhang zwischen der Konstruktion einer narrativen, autobiografischen Identität und der Ursachenzuschreibung für Krankheit oder Heilung. Diese Aspekte dienen neben der hervorgehobenen Besonderheit der individuellen Erlebnisse zugleich als Legitimation der autobiografischen Publikationen. Oft erfüllt die Narration des eigenen Lebens die Funktion eines Vorbilds (in Fällen erfolgreicher Heilung) oder (seltener) eines mahnenden Beispiels, so dass in jedem Fall eine Nähe zur Ratgeberliteratur festzustellen ist.

Ein Rat, der sich den meisten Autobiografien entnehmen lässt, lautet, sich zwar mit der eigenen Gesundheit auseinanderzusetzen, jedoch nicht so sehr mit dem eigenen Tod. Selbst diejenigen Autorinnen und Autoren, die sich ihrer Endlichkeit stellen (müssen), zeigen, wie schnell sie sich davon wieder abwenden. Es gibt Hinweise darauf, dass eine solche ›Konfrontation im abgesicherten Modus‹ nicht nur ein Merkmal des ärztlichen Umgangs mit lebensbedrohlichen Situationen darstellt, sondern in ähnlicher Form z.B. auch in Massenmedien vorliegt, die tagtäglich erst über alle möglichen Quellen der Lebensgefahr durch Unfälle, Verbrechen, Katastrophen oder gesundheitsschädliche Lebensführung berichten und bei der Leserschaft den Gedanken an die Sterblichkeit wachrufen, um dann sogleich Maßnahmen zu präsentieren, mit denen sich diese Gefahren eindämmen lassen.⁸³ Es wäre deshalb eine Aufgabe für die weitere Forschung zu prüfen, ob sich ähnliche Strategien bei der Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod auch in der – öffentlichen wie privaten – Kommunikation anderer gesellschaftlicher Gruppen nachweisen lassen.

83 Für die Boulevardpresse vgl. Schütte, Christian: »Tod und Sterblichkeit im Weltbild der Boulevardpresse«, in Christian Kreuz/Robert Mroczynski (Hg.), Sprache, Kultur, Mentalität. Sprach- und kulturwissenschaftliche Beiträge zur Analyse von Mentalitäten, Münster: Lit 2016, S. 175–206, hier S. 194–196.