

Imaginative Kompetenzen im Kontext des Sterbens

Eine philosophische Analyse für die medizinische Praxis

Alma K. Barner

1. Die instruktive Imagination

Was könnten wir als Familie am Wochenende unternehmen? Wie wird meine Schwester auf das Geschenk reagieren? Diese Fragen regen unsere Imagination an. Bei der Überlegung, was wir am Wochenende tun könnten, stelle ich mir daraufhin vielleicht unterschiedliche Szenarien vor: Wir könnten in den Zoo gehen, oder, bei schlechtem Wetter, ins Museum. So trägt meine Imagination zu einer Entscheidung bei.

Die Philosophie unterscheidet oft zwei grundlegend verschiedene Gebrauchsformen der Imagination: die *fantastische* und die *instruktive* Verwendungsweise.¹ Bei der fantastischen Verwendung zielt die Imagination darauf ab, über die Realität, in der wir leben, hinauszugehen. Paradigmatische Beispiele sind fantasievolles Spiel, Science-Fiction-Romane, Videospiele, Träume und Tagträume. Die instruktive Verwendungsweise zielt darauf ab, dass wir etwas über die Welt, in der wir leben, lernen. Wie im obigen Beispiel verwenden wir sie im Alltag häufig zur Planung und bei der Entscheidungsfindung. Sie hilft uns bei der Vorbereitung auf Herausforderungen, der Vorhersage von Ereignissen oder dem Verständnis anderer.²

1 Vgl. Kind, Amy/Kung, Peter: »Introduction: the puzzle of imaginative use«, in: Amy Kind/Peter Kung (Hg.), *Knowledge through imagination*, Oxford: Oxford University Press 2016, S. 1–37.

2 Vgl. Nanay, Bence: »The role of imagination in decision-making«, in: *Mind and Language* 31.1 (2016), S. 126–142, <https://doi.org/10.1111/mila.12097>; Byrne, Ruth M. J.: *The rational imagination. How people create alternatives to reality*, Cambridge, MA: MIT Press 2005.

In diesem Aufsatz richte ich mein Augenmerk auf die instruktive Verwendungsweise der Imagination. Meine Ausgangsfrage lautet: Wie können Ärzt*innen ihre Imaginationsfähigkeit instruktiv im Kontext des Sterbens gebrauchen, unter Berücksichtigung der Grenzen dieser Methode? Ich möchte dabei sowohl Ärzt*innen als auch Patient*innen als Sterbende betrachten. Zur Veranschaulichung der instruktiven Imagination im Kontext des Sterbens sind hier einige Anwendungsbeispiele: Die instruktive Imagination kann Ärzt*innen als Entscheidungshilfe zur besseren Planung des eigenen Lebensendes dienen. Wie wird es mir als Sterbendem gehen? Welche Vorkehrungen sind zu treffen? Möchte ich in meiner Arbeitsstätte medizinisch behandelt werden? Wie soll ich meine Patientenverfügung aufsetzen? Wenn sich Ärzt*innen ihren eigenen Tod vorstellen, malen sie sich vielleicht verschiedene Szenarien aus und entscheiden, welches sie für am wahrscheinlichsten halten. Als Ärztin kann ich mich in die Lage meines zukünftigen Selbst versetzen und hypothetische Szenarien nutzen, um meine zukünftigen Präferenzen als Sterbende zu bestimmen. Vor dem Hintergrund empirischer Studien, die die Präferenzen von Sterbenden darlegen, kann ich mich fragen, wer ich in der Statistik sein könnte.

Betrachten wir sterbende Patient*innen aus der ärztlichen Perspektive. *End-of-Life*-Situationen sind im klinischen Kontext oft komplexe und schwierige Entscheidungssituationen. Zwei Herausforderungen stellen sich dabei besonders: Erstens sind viele Patient*innen zu krank, um aktiv an Entscheidungsprozessen teilzunehmen.³ Zweitens haben viele ihre Wünsche und Präferenzen im Vorfeld nicht artikuliert oder festgehalten.⁴ Zugleich ist unbestritten, dass Patient*innen bei der Entscheidungsfindung mitzubeteiligen sind.⁵ Ärzt*innen können die instruktive Imagination nutzen, um ihre ster-

-
- 3 Vgl. Keij, Sascha M. et al.: »Patient-related characteristics considered to affect patient involvement in shared decision making about treatment: A scoping review of the qualitative literature«, in: *Patient Education and Counseling* 111 (2023), <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107677>.
 - 4 Vgl. Korsah, Emmanuel Kwame/Schmollgruber, Shelley: »Barriers and facilitators to end-of-life care in the adult intensive care unit: A scoping review«, in: *International Journal of Africa Nursing Sciences* 19 (2023), <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2023.100636>.
 - 5 Vgl. Sold, Markus/Schmidt, Kurt W.: »Therapiebegrenzung und Therapiereduktion – praktisch umgesetzt«, in: Nikola Biller-Adorno/Settimio Monteverde/Tanja Krones/Tobias Eichinger (Hg.), *Medizinethik*, Wiesbaden: Springer VS 2021, S. 347–393, hier S. 366, <https://doi.org/10.1007/978-3-658-27696-6>.

benden Patient*innen medizinisch und menschlich besser zu begleiten. Die instruktive Verwendungsweise der Imagination im Falle bewusstloser Patient*innen hat sich bereits etabliert. So schreiben der Ethiker Kurt W. Schmidt und der Intensivmediziner Markus Sold: »[d]ie regelmäßig im Behandlungsverlauf neu zu stellende Frage beim bewusstlosen Intensivpatienten lautet: *Stellen wir uns vor*, der Patient hätte alle aktuellen Angaben zu seiner Diagnose und Prognose gehört [...]: Was würde der Patient jetzt in Bezug auf die weitere Behandlung sagen?«⁶. Mithilfe hypothetischer Szenarien lassen sich mögliche Patient*innenwünsche und Bedürfnisse durchspielen und so die Entscheidungsfindung voranbringen. Unsere Vorstellungskraft ermöglicht es uns außerdem, Perspektiven zu wechseln.⁷ Mithilfe der Imagination können Ärzt*innen versuchen, sich in die Lage ihrer sterbenden Patient*innen zu versetzen: Stell Dir vor, wie es wäre, Deine sterbende Patientin zu sein! Wie ergeht es ihr? Wie fühlt es sich an, dort zu liegen? Welche Empfindungen hat sie? Die Hoffnung besteht, dass die instruktive Imagination die Kommunikation zwischen Ärzt*innen, Patient*innen und Angehörigen verbessert und zur Optimierung von Behandlung und Pflege beiträgt. Auch soll so ein empathischer Umgang mit Patient*innen gefördert werden. Man denke hier beispielhaft an die öffentliche Forderung dreier schwerkranker Ärzt*innen nach mehr Empathie von Seiten ihrer Behandler.⁸

Im Gegensatz zur fantastischen Verwendungsweise müssen instruktive Imaginationen *realistisch* sein. Meine weiterführende Frage lautet: Sind Ärzt*innen überhaupt in der Lage, komplexe Situationen des Sterbens realistisch zu imaginieren? Im nächsten Abschnitt argumentiere ich gegen die These, dass sie dies aus bestimmten prinzipiellen Gründen nicht können. Aus meiner Sicht ist die Methode der instruktiven Imagination jedoch nur nutzbar, wenn ihre Grenzen berücksichtigt werden. In Abschnitt 3 zeige ich aus diesem Grund wesentliche Grenzen der ärztlichen Imagination im Kontext des Sterbens auf. Abschnitt 4 führt den Begriff des »kompetenten Imaginierers« ein: Medizinisches Personal kann seine Imaginationsfähigkeit

6 M. Sold/K. W. Schmidt: Therapiebegrenzung und Therapiereduktion – praktisch umgesetzt, S. 349 (Herv. AB).

7 Vgl. Stueber, Karsten, R.: »Empathy and the imagination«, in: Amy Kind (Hg.), The Routledge Handbook of Philosophy of Imagination, London/New York: Routledge Taylor & Francis Group 2016, S. 368–379.

8 Vgl. Apondo, Sandra/Bein, Thomas/Schönhofer, Bernd: »Diagnose Krebs: Wenn Ärzte schwer erkranken«, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 147.12 (2022), S. 807–811, <https://doi.org/10.1055/a-1816-4618>.

verbessern. Ich stelle Methoden vor, um die Imagination zu trainieren und einige dieser Grenzen zu überwinden.

2. Das Sterben als transformative Erfahrung

In ihrem viel zitierten Buch *Transformative Experience* (2014) führt Laurie Paul den Begriff der »transformativen Erfahrung« ein.⁹ Eine Erfahrung ist transformativ genau dann, wenn man durch sie etwas lernt, was man selbst im Prinzip nicht auf anderem Wege (zum Beispiel durch Erzählungen) lernen könnte, und wenn sich durch sie die eigene Sichtweise und persönliche Vorlieben grundlegend ändern.¹⁰ Transformative Erfahrungen sind tiefgreifend lebensverändernd. Pauls Beispiele sind, Eltern zu werden, eine schwere Krankheit durchzustehen, aber auch das eigene Sterben zu erleben.¹¹ Evan Thompson betrachtet den individuellen Sterbeprozess, der schließlich im Tod endet, als die ultimative transformative Erfahrung.¹² Nach ihm ist sie ultimat, weil der Tod endgültig, unvermeidlich und allumfassend ist, und weil diese Erfahrung einen selbst notwendigerweise fundamental verändert.¹³

Während die Imagination in alltäglichen Situationen zur Entscheidungshilfe und Planung sehr nützlich sein kann, vertritt Paul die pessimistische These, dass wir uns transformative Erfahrungen, wie das Sterben, grundsätzlich nicht realistisch vorstellen können. Transformative Erfahrungen sind so radikal neu, dass uns bei ihnen einfach der nötige Erfahrungsschatz fehlt, um sie auch nur ansatzweise realistisch vorstellen zu können. Unsere Imaginationen sind daher zur Planung und Entscheidungshilfe bei Angelegenheiten des Ster-

9 Vgl. Paul, Laurie A.: *Transformative Experience*, New York: Oxford University Press 2014, hier S. 15–17, <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198717959.001.0001>.

10 Vgl. ebd.

11 Vgl. ebd., S. 111.

12 Vgl. Thompson, Evan: »Death: The ultimate transformative experience«, in: Enoch Lambert/John Schwenkler (Hg.), *Becoming Someone New: Essays on Transformative Experience, Choice, and Change*, Oxford: Oxford University Press 2020, S. 269–288, <https://doi.org/10.1093/oso/9780198823735.003.0016>. Der Tod selbst ist keine Erfahrung, unter der Annahme, dass das Leben mit dem Tod endet. Ich möchte außerdem Nah-toderfahrungen ausschließen, die gewöhnlich transformativer Natur sind.

13 Vgl. ebd.

bens schlichtweg nutzlos.¹⁴ Wir müssen das Sterben selbst schon erlebt haben, um uns vorstellen zu können, wie es ist, zu sterben.

Amy Kind, eine führende Philosophin auf dem Gebiet der Imagination, hält dieses Urteil für vorschnell, da es aus ihrer Sicht unserer Imaginationsfähigkeit nicht gerecht wird.¹⁵ Auch ich vertrete einen optimistischeren Ansatz. Sehen wir uns dafür etwas genauer an, wie Imagination funktioniert. Wenn wir die Imagination instruktiv verwenden, geht es uns nicht darum, dass die imaginierten Szenarien wahr sind oder wahr sein werden, sondern dass sie realistisch sind. Was bedeutet das konkret? Wenn ich mich frage, wie es sich für meine sterbende Patientin anfühlt, vor mir zu liegen, kann es für diesen Zweck relevant sein, mir ihre momentane Gefühlslage, ausgewählte Überzeugungen und Wünsche und ihre Schmerzen vorzustellen. Ob ich mir dabei realistisch vorstelle, wie sich ihre Kleidung auf der Haut anfühlt, oder wie das Zimmer aus ihrer Perspektive aussieht, ist dabei nicht relevant. Wenn ich mir hingegen vorstelle, wie es für meine Patientin ist, hier im Krankenhaus im Sterben zu liegen, anstatt zuhause, kann es durchaus relevant sein, mir vorzustellen, wie das Zimmer aus ihrer Perspektive erscheint. Wenn ich als junge Ärztin überlege, ob ich später als Sterbende in meiner Arbeitsstätte behandelt werden möchte, ist es wichtig, sich die Zustände dort vorzustellen, wie sie sein werden, und nicht, wie sie momentan sind. Und wenn sich Ärzt*innen überlegen, welche zukünftige Todesursache sie bei sich selbst für am wahrscheinlichsten halten, kann es richtig sein, sich eine große Bandbreite an unterschiedlichen Szenarien vorzustellen. Diese Beispiele illustrieren, dass eine große Vielzahl sehr unterschiedlicher Szenarien im Kontext des Sterbens nützlich für Entscheidungsfindung, Planung und empathische Kommunikation sind. Diese Szenarien müssen nur in bestimmten Aspekten realistisch sein. Der Zweck des Imaginierens bestimmt, welche Aspekte jeweils relevant sind.¹⁶

Paul bestreitet, dass die gegenwärtigen Ressourcen der Erfahrung von jemandem, der einen Sterbeprozess selbst nicht durchgemacht hat, ausreichen,

14 Vgl. L.A. Paul: Transformative Experience, S. 54–56.

15 Vgl. Kind, Amy: »What imagination teaches«, in: Lambert/Schwenkler, Becoming Someone New (2020), S. 133–146, <https://doi.org/10.1093/oso/9780198823735.003.0008>.

16 An anderer Stelle habe ich davon gesprochen, dass die Imagination *selektiv akkurat* sein muss. Vgl. Barner, Alma K.: »Imagining the Actual vs. Possible Future. An Argument for Discontinuism of Collective Mental Time Travel«, in: Anja Berninger/Ingrid Vendrell Ferran (Hg.), Philosophical Perspectives on Memory and Imagination, New York: Routledge 2022, S. 52–74, hier S. 55, <https://doi.org/10.4324/9781003153429>.

um die geeigneten Materialien für die Vorstellung davon, wie es ist zu sterben, bereitzustellen.¹⁷ Konzentrieren wir uns auf Erfahrungen des Sterbens aus der Innenperspektive. Dieser Begriff umfasst meiner Ansicht nach viele unterschiedliche Sterbeerfahrungen. Es ist davon auszugehen, dass Sterbeprozesse Personen auf unterschiedliche Weise beeinflussen. Bestimmte Einzelerfahrungen können transformativ sein. Laut Anand Vaidya ist ein gutes Beispiel dafür, die Nachricht von der todbringenden Krankheit zu erhalten.¹⁸ Sehr viele Einzelerfahrungen ähneln jedoch denen Nichtsterbender und sind nicht transformativ. Es ist auch davon auszugehen, dass nicht jede Gesamterfahrung des Sterbeprozesses transformativ ist.

Hindernisse beim Imaginieren des Sterbens aus der Innenperspektive sind zum einen die Komplexität und zum anderen die Neuartigkeit der Erfahrungen. Amy Kind empfiehlt hier, die komplexe Erfahrung in ihre Einzelteile zu zerlegen und diese zuerst zu imaginieren: das erste Mal eine Palliativstation zu sehen, auf einmal im Rollstuhl zu sitzen, Gefühle von Angst, Kontrollverlust und Ungewissheit. Sie schreibt: »Dennoch [...] müssen wir uns an den kleinen Dingen festhalten, die wir uns hier und da vorstellen können, und uns dann von dort aus den Weg nach oben bahnen.«¹⁹

Oben habe ich einige Beispiele für instruktive Imaginationen im Kontext des Sterbens angeführt. Diese verdeutlichen, dass das Imaginieren von Einzelerfahrungen für die instruktive Verwendungsweise der Imagination gewöhnlich ausreicht und die Gesamterfahrung nicht vorgestellt werden muss. Die Einzelerfahrungen, die denen Nichtsterbender ähneln, sind dabei leichter vorzustellen. Wir können Paul also recht geben, dass grundlegend neuartige Erfahrungen sich nicht realistisch imaginieren lassen, weil uns dafür der relevante Erfahrungsschatz fehlt. Es ist jedoch zugleich festzuhalten, dass radikal neuartige transformative Erfahrungen nicht in jedem Erleben des Sterbens auftreten müssen und dass es für den instruktiven Gebrauch der Imagination gewöhnlich ausreicht, sich einzelne Aspekte der komplexen Situation vorzustellen. Im nächsten Abschnitt betrachte ich weitere konkrete Grenzen der ärztlichen Imagination.

17 Vgl. L.A. Paul: *Transformative Experience*, S. 54–56, S. 111.

18 Vgl. Vaidya, Anand J.: »Terminal Illness and Transformative Experience«, in: *The Philosopher's Magazine* 04 (2024), <https://www.philosophersmag.com/essays/323-terminal-illness-and-transformative-experience> vom 04.06.2024 [28.6.2024].

19 A. Kind: *What Imagination Teaches*, S. 143 (Übers. AB).

3. Ärzt*innen mit Grenzen

Nur unter Berücksichtigung ihrer Grenzen lässt sich meiner Ansicht nach die Imagination als Methode nutzbar machen. Fehlendes Wissen über die Präferenzen, Bedürfnisse und das subjektive Erleben von Sterbenden ist allgegenwärtig. Ärztliche Imaginationen unterliegen zahlreichen Beschränkungen, die hier nicht alle behandelt werden können. Ich konzentriere mich im Folgenden auf erfahrungsbezogene Imaginationen. Dies sind Imaginationen, deren Ziel es ist, die subjektive Perspektive der sinnlichen und körperlichen Erfahrung der Sterbenden aus der Innenperspektive zu repräsentieren. Dabei stelle ich Grenzen vor, die sich aus der professionellen Identität als Ärzt*in ergeben und solche, die sich aus der kognitiven Architektur der Imagination und Erinnerung ergeben.

Die spontanen Inhalte unserer Imaginationen des Sterbens basieren auf unserem Wissen und unseren Erinnerungen, die aus der Wahrnehmung gespeist sind. Wie bereits vom Philosophen Thomas Nagel an prominenter Stelle erläutert und von Laurie Paul aufgegriffen, ist unsere Vorstellungskraft durch unsere persönlichen Erfahrungen begrenzt.²⁰ Ärztliche Fachrichtungen unterscheiden sich erheblich in ihrem direkten Kontakt mit Tod und Sterben. Palliativmediziner*innen haben umfassende berufliche Erfahrungen und spezifisches Wissen über Sterbeprozesse, während Augenärzt*innen typischerweise weniger damit konfrontiert sind. Dies führt zu berufsgruppenspezifischen Unterschieden in der Imagination. Palliativmediziner*innen konzipieren ihnen bereits gut bekannte Sterbeprozesse deutlich realistischer als ihre Kolleg*innen anderer Fachrichtungen.

In anderer Hinsicht können berufliche Erfahrungen die Imagination systematisch verzerren. Ein Beispiel hierfür ist die fundamentale Wissenslücke zwischen der Außen- und der Innenperspektive. Während Fachrichtungen mit umfangreicher Sterbeerfahrung den Sterbeprozess aus der Außenperspektive betrachten, erleben Sterbende ihn subjektiv. Die Herausforderung, diese Wissenslücke zu überbrücken, ist zentral in der philosophischen Debatte, wobei kontrovers diskutiert wird, ob und inwieweit die Imagination hier erfolgreich sein kann.²¹ Ein Konsens besteht darin, dass sog. *Qualia*, also subjektive Sin-

20 Vgl. Nagel, Thomas: »What is it like to be a bat?«, in: The Philosophical Review 83 (1974), S. 435–450, hier S. 439.

21 Vgl. Maibom, Heidi L.: »Limits of Perspective Taking«, in: Procedia – Social and Behavioral Sciences 97 (2013), S. 511–516, <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.10.266>.

nenerfahrungen wie die des Schmerzgefühls, die man nicht aus erster Hand kennt, auch nicht durch bloße Imagination erschlossen werden können, sondern nur durch direkte Erfahrung. Ein gutes Beispiel sind chronische Schmerzen. Ohne persönliche Erfahrungen von chronischem Schmerz ist es unmöglich, ihre subjektive Qualität zu kennen und demnach realistisch vorzustellen, wie sich diese für eine*n Patient*in oder mich selbst anfühlen. Ein weiteres Hindernis besteht darin, dass Ärzt*innen mit umfangreicher Sterbeerfahrung dazu neigen können, ihre Imaginationen stark von ihren eigenen Erfahrungen aus der Außenperspektive leiten zu lassen. Dabei mögen ihnen ihre persönlichen Schmerzerfahrungen zunächst nicht als Bausteine für imaginierte Szenarien einfallen. Wenn ich beispielsweise über detailliertes Wissen zu den Pathomechanismen verfüge, vermag ich mir spontan vorstellen, wie aufgrund meiner eigenen Krebserkrankung vermehrt Glykoproteine im Blut zirkulieren. Diese Vorstellung mag zwar bildhaft sein, aber sie ist keine erfahrungsbezogene Imagination, da sie keine subjektive Erfahrung widerspiegelt.

Wissen, Erfahrungsschatz und professionelles Selbstverständnis können zu kognitiven Verzerrungen führen, die die ärztlichen Imaginationen des Sterbens beeinflussen. Ärzt*innen neigen dazu, sich unwahrscheinliche, aber bedrohliche Nebenwirkungen von Behandlungen eher vorzustellen als nicht-ärztliche Patient*innen, was zu erhöhter Ängstlichkeit führen kann.²² Auch könnten sie die Wirksamkeit ihrer bevorzugten Behandlungsmethoden bei unheilbaren Krankheiten überschätzen. Die professionelle Identität kann ebenfalls eine präzise Darstellung des Sterbens erschweren, indem sie diskriminierende Erfahrungen, wie *Medical Gaslighting* (also die Praxis, bei der medizinisches Personal Symptome oder Erfahrungen von Patient*innen systematisch in Frage stellt, bagatellisiert oder ignoriert) oder andere psychosoziale Belastungen von Patient*innen vernachlässigt.

Neben den Grenzen, die sich aus der professionellen Identität ergeben können, sind auch die kognitiven Grenzen unserer Imagination zu berücksichtigen.

22 Bei einer von Medscape 2023 durchgeführten Umfrage zum Thema, wie sich Ärzt*innen als Patient*innen fühlen, gaben 47 % der befragten Ärzt*innen an, dass ihr medizinisches Wissen Ängste vor Therapien verstärke. Vgl. Gottschling, Claudia/van den Heuvel, Michael: »Report: So fühlen Ärzte, wenn sie zu Patienten werden. Behandelt man sie wirklich bevorzugt?« In: Medscape (29. November 2023), https://deutsch.medscape.com/diashow/49005013?ecd=ban_ret_0112_dedoctorsaspatients_mscpad_demkt [28.06.2024]. Über gesteigerte Ängstlichkeit aufgrund von Fachwissen im Rahmen ihrer Krebsbehandlung berichten auch S. Apondo/T. Bein/B. Schönhofer: Diagnose Krebs: Wenn Ärzte schwer erkranken, S. 807–811.

sichtigen. Oben habe ich bereits erwähnt, dass die spontanen Inhalte unserer Imagination auf unseren Erinnerungen beruhen. Erinnerungen sind stark selektiv und können systematisch verzerrt werden, abhängig von Persönlichkeitsmerkmalen, psychischer Konstitution und unbewusst konstruierten Narrativen über uns selbst.²³ Kognitive Verzerrungen können durch das Selbstverständnis als Ärzt*in verstärkt werden und beeinflussen, was in der Imagination vorgestellt werden kann. Ein*e Ärzt*in, der sich als äußerst kompetent wahrnimmt, neigt beispielsweise dazu, sich eher an Erfolge als an Misserfolge zu erinnern. Folglich werden spontan auftretende Schwierigkeiten bei Behandlungen möglicherweise vergessen und tauchen daher nicht in seinen Imaginationen des Sterbens auf.

Die Qualität unserer Vorstellungen hängt maßgeblich von der Qualität der damit verbundenen mentalen Bilder ab. Die Fähigkeit, mentale Bilder zu formen, variiert beträchtlich zwischen Individuen. Empirische Forschung zeigt ungefähr eine Gaußsche Glockenkurve in Bezug auf diese Fähigkeit.²⁴ Auf der einen Seite des Spektrums befinden sich Personen mit Aphantasie, die nicht in der Lage sind, mentale Bilder zu generieren. Auf der anderen Seite stehen Personen mit Hyperphantasie, die äußerst detaillierte und sogar photographische mentale Bilder erzeugen können.²⁵ Unter der Annahme, dass Ärzt*innen dieses Spektrum abbilden, ist damit zu rechnen, dass etwa 25 bis 50 Prozent von ihnen eine weniger ausgeprägte Fähigkeit zur bildhaften Imagination haben.²⁶

Beim bildhaften Imaginieren ist entscheidend, wie gut die mentalen Bilder das darstellen können, was sie repräsentieren sollen. Ein weiteres Hindernis, sich in die Innenperspektive eines Sterbenden hineinzusetzen, ist

23 Vgl. Dings, Roy/Newen, Albert: »Constructing the Past: the Relevance of the Narrative Self in Modulating Episodic Memory«, in: *Review of Philosophy and Psychology* 14 (2023), S. 87–112; Schacter, Daniel L./Guerin, Scott A./St. Jacques, Peggy L.: »Memory distortion: an adaptive perspective«, in: *Trends in Cognitive Sciences* 15.10 (2011), S. 467–474, <https://doi.org/10.1016/j.tics.2011.08.004>.

24 Vgl. McKelvie, Stuart J.: »The VVIQ as a Psychometric Test of Individual Differences in Visual Imagery Vividness: A Critical Quantitative Review and Plea for Direction«, in: *Journal of Mental Imagery* 19.3 (1995), S. 1–106, hier S. 11–17.

25 Vgl. Zeman Adam: »Aphantasia and hyperphantasia: exploring imagery vividness extremes«, in: *Trends in Cognitive Sciences* 28.5 (2024), S. 467–480, <https://doi.org/10.1016/j.tics.2024.02.007>.

26 Vgl. S. McKelvie: *The VVIQ as a Psychometric Test of Individual Differences in Visual Imagery Vividness*, S. 11–17.

ein Merkmal, das ich *Primat des Visuellen* nenne. Unsere Fähigkeit zur visuellen Imagination ist signifikant besser entwickelt als die Imagination anderer Sinnesmodalitäten.²⁷ Um sich die Situation einer sterbenden Person realistisch vorzustellen, müssten wir jedoch ein breites Spektrum teils komplexer Körper- und Schmerzempfindungen simulieren.

Unsere Vorstellungskraft bezüglich des Schmerzgefühls ist begrenzt, da unser Schmerzgedächtnis unzureichend entwickelt ist; selbst wenn wir Schmerzen erleben, können wir uns später oft nicht mehr daran erinnern, wie sie sich angefühlt haben.²⁸ Auch das Imaginieren von Bewegungsabläufen ist in der Tendenz nur gut entwickelt für habituelle oder trainierte Bewegungsabläufe.²⁹ Die Imagination des Körpergefühls ist im Allgemeinen schlecht ausgeprägt. Die Vorherrschaft des Visuellen wird auch deutlich, wenn wir die kombinatorische Fähigkeit der Imagination betrachten. Es fällt uns relativ leicht, visuelle Inhalte zu kombinieren, um neue Inhalte zu schaffen. Hingegen ist es erheblich schwieriger, Erfahrungen in anderen Sinnesmodalitäten zu kombinieren.

Betrachten wir abschließend Grenzen, die sich daraus ergeben, dass Ärzt*innen meist körperlich gesund sind. Medizinisches Personal mit eigenen Erfahrungen als (schwer) chronisch Kranke kann sich leichter vorstellen, wie es ihren Patient*innen geht und welche Herausforderungen das eigene Sterben mit sich bringen kann. Studien zeigen, dass bestimmte Grenzen der Imagination allein durch ihre Abhängigkeit von individuellen körperlichen Fähigkeiten des Imaginierenden erklärt werden können. Rucińska und Gallagher demonstrieren, dass jede erfahrungsbezogene Imagination auf impliziten körperschematischen und sensomotorischen Prozessen beruht, d.h. auf vorbewussten, subpersonalen, sensomotorischen Prozessen, die eine dynamische Rolle bei der Steuerung und Regulierung der Körperhaltung und

27 Dies wird in der Forschung zur Imagination im Allgemeinen als gegeben vorausgesetzt.

28 Vgl. Waisman, Anna/Joel Katz, Joel: »The autobiographical memory system and chronic pain: A neurocognitive framework for the initiation and maintenance of chronic pain«, in: *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 162 (2024), <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105736>.

29 Vgl. Guillot, Aymeric: »Neurophysiological Foundations and Practical Applications of Motor Imagery«, in: Anna Abraham (Hg.), *The Cambridge Handbook of the Imagination*, Cambridge Handbooks in Psychology, Cambridge MA: Cambridge University Press 2020, S. 207–226, hier S. 208–210.

-bewegung spielen.³⁰ Sie weisen auch auf die Beteiligung expliziter motorischer Prozesse in der Imagination hin.³¹ Maria Jimena Clavel Vazquez und Adriana Clavel-Vazquez schlussfolgern daraus, dass es daher für nichtbehinderte Personen schwer bis unmöglich ist, sich annähernd realistisch die Erfahrung vorzustellen, wie es ist, körperlich behindert zu sein.³² Catriona Mackenzie und Jackie Leach Scully argumentieren ähnlich, dass falschen Vorhersagen über die Lebensqualität von Menschen mit Behinderungen durch die Abhängigkeit der Imagination von den körperlichen Fähigkeiten der Imaginierenden verursacht werden.³³ Auf unser Thema bezogen bedeutet dies, dass sich körperlich nicht beeinträchtigte Ärzt*innen nur Erfahrungen des Sterbens realistisch vorstellen können, bei denen keine großen körperlichen Einschränkungen vorkommen. Dies schließt eine große Bandbreite von typischen Sterbeerfahrungen aus.

Kehren wir nun zurück zu unserer zentralen Frage: Können Ärzt*innen die komplexe Situation des Sterbens realistisch imaginieren, d.h. also akkurat in den relevanten Hinsichten? In Abschnitt 2 habe ich argumentiert, dass es zumindest im Prinzip möglich ist, sich Erlebnisse des Sterbens aus der Innenperspektive vorzustellen. Dieser Abschnitt sollte verdeutlichen, dass es unwahrscheinlich ist, dass sie beim spontanen Imaginieren die subjektive Perspektive des Sterbenden in Bezug auf ihre sinnlichen und körperlichen Qualitäten realistisch erfassen.

4. Imagination als Kompetenz

In der Philosophie der Imagination gilt es als unkontrovers, dass die Vorstellungskraft trainierbar ist.³⁴ Sie ist nicht nur eine mentale Fähigkeit, sondern

30 Vgl. Rucińska, Zuzanna/Gallagher, Shaun: »Making imagination even more embodied: imagination, constraint and epistemic relevance«, in: *Synthese* 199 (2021), S. 8143–8170, <https://doi.org/10.1007/s11229-021-03156-x>.

31 Vgl. ebd., S. 8152.

32 Vgl. ebd., S. 1396.

33 Vgl. Mackenzie, Catriona/Scully, Jackie L.: »Moral imagination, disability and embodiment«, in: *Journal of Applied Philosophy* 24.4 (2007), S. 335–351, <https://doi.org/10.1111/j.1468-5930.2007.00388.x>.

34 Vgl. Kind, Amy: »Learning to Imagine«, in: *British Journal of Aesthetics* 62.1 (2022), S. 33–48, hier S. 33, <https://doi.org/10.1093/aesthj/ayab037>.

vermag eine Kompetenz zu sein. Amy Kind hat insbesondere einen kompetenzbasierten Ansatz der Imagination entwickelt.³⁵ Das bedeutet, dass Ärzt*innen ihre Imaginationen durch Training verbessern können. Je kompetenter sie sich das Sterben vorstellen, desto erfolgreicher können sie die Imagination zur Planung, Entscheidungsfindung und dem empathischen Umgang mit Patient*innen einsetzen. Im Folgenden stelle ich eine Auswahl von Techniken und Trainingsmöglichkeiten vor, die es Ärzt*innen ermöglichen, ihre Vorstellungen des Sterbens zu verbessern. Auf diese Weise soll auch das bisher noch kleine Forschungsfeld zum ›Training der Imagination‹ vorangebracht werden.

Mit einigen Ausnahmen, wie Schriftsteller-Ärzt*innen, ist davon auszugehen, dass medizinisches Personal sich im Alltag nicht bewusst Zeit zum Imaginieren nimmt und daher ungeübte Imaginierer sind. Wie bei jedem Training sollten zunächst die Hintergrundbedingungen angemessen sein. So konnte gezeigt werden, dass Entspannungstechniken sowie erhöhte Aufmerksamkeit und Konzentration die Imaginationsfähigkeit verbessern.³⁶ Die Augen zu schließen ist eine weitere effektive Methode, die Qualität der Bilder zu erhöhen. Imaginationsübungen, die in einer Umgebung durchgeführt werden, die der imaginierten sehr nahekommt, ermöglichen außerdem genauere und detailreichere mentale Repräsentationen.³⁷ Ein grundlegendes Problem ist jedoch, dass Imaginieren nicht einfach durch vermehrtes Imaginieren alleine verbessert werden kann. Die von mir skizzierten Methoden haben eines gemeinsam: Sie stimulieren und regen die Imagination auf neue Weise mithilfe externer Materialien an.

35 Vgl. Kind, Amy: »The Skill of Imagination«, in: Ellen Fridland/Carlotta Pavese (Hg.), *The Routledge Handbook of Philosophy of Skill and Expertise*, New York, NY: Routledge 2020, S. 335–346; A. Kind: *What Imagination Teaches*, S. 133–146.

36 Vgl. Janssen, Jeffrey J./Sheikh, Anees A.: »Enhancing athletic performance through imagery: An overview«, in: Anees A. Sheikh/Errol R. Korn (Hg.), *Imagery in Sports and Physical Performance*, Amityville, NY: Baywood Publishing Company 1994, S. 1–22.

37 Vgl. Guillot, Aymeric/Collet, Christian/Dittmar, André: »Influence of Environmental Context on Motor Imagery Quality«, in: *Biology of Sport* 22 (2005), S. 215–226.

4.1 Faktenbasiertes Wissen als begriffliche Imagination

Betrachten wir die philosophische Unterscheidung zwischen Wissen-wie (*knowledge-how*) und Wissen-dass (*knowledge-that*)³⁸: Wenn ich nicht weiß, wie sich eine Erfahrung anfühlt, kann ich dennoch sog. Wissen-dass über diese Erfahrung haben. Wenn ich nicht weiß, wie sich Neuropathien anfühlen, kann ich dennoch wissen, dass sie sehr unangenehm sind und dass sie einen am Schlaf hindern können. Wissen-dass ist faktenbasiert, nicht erfahrungsbasiert. Als Ärztin kann ich mein faktenbasiertes Wissen darüber, wie es ist zu sterben, vergrößern, ohne meine direkten sinnlichen Erfahrungen darüber erweitern zu müssen. Faktenbasiertes Wissen kann dann in imaginierten Szenarien als wahr festgelegt werden und so instruktive Imaginationen signifikant verbessern. Wenn ich weiß, dass Sterbende sich häufig besonders schwach fühlen, kann ich in der Imagination stipulieren, dass ich mich schwach fühle. Dies nennt man auch die begriffliche Imagination im Gegensatz zur bildhaften oder erfahrungsbezogenen Imagination.³⁹ Dieser Mechanismus erklärt, warum medizinisches Personal mit viel beruflicher Erfahrung mit Tod und Sterben in bestimmten Hinsichten besonders realistisch imaginieren kann, ohne die Innenperspektive zu kennen. Die begriffliche Imagination ist so in gewisser Weise in der Lage, die Grenzen der sinnlichen Erfahrung, die der Erinnerung und die der bildhaften Imagination (man denke an das *Primat des Visuellen*) zu überwinden. Wünsche, Überzeugungen und Präferenzen von Sterbenden sind typischerweise wesentliche Bestandteile instruktiver Imaginationen des Sterbens. Diese werden paradigmatisch mithilfe der begrifflichen Imagination vorgestellt.

Im Gegensatz zur erfahrungsbezogenen Imagination, sind die Grenzen der begrifflichen Imagination die des Denkens selbst; alles, was ich mir ausdenken kann, selbst wenn es unmöglich ist, kann ich so imaginieren. Ich kann in der Imagination stipulieren, dass meine sterbende Patientin eine wiedergeborene Audrey Hepburn ist. Im Rahmen unseres Interesses an instruktiver

38 Vgl. Pavese, Carlotta: »Knowledge How«, in: Edward N. Zalta/Uri Nodelman (Hg.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (2022), <https://plato.stanford.edu/archives/fall2022/entries/knowledge-how/> [28.06.2024].

39 Vgl. Van Leeuwen, Neil: »The Meanings of ›Imagine‹ Part I: Constructive Imagination«, in: *Philosophy Compass* 8 (2013), S. 220–230, <https://doi.org/10.1111/j.1747-9991.2012.00508.x>.

Imagination des Sterbens, ist es deshalb entscheidend, die begriffliche Imagination mit fundierten Quellen zu leiten. Dies erfordert aus ärztlicher Sicht eine sorgfältige Erweiterung des eigenen Wissens über die Sterbesituation mittels realistischer Darstellungen, empirischer Daten und anderer geeigneter Quellen. In der Praxis sollten eine sorgfältige Anamnese, Gespräche mit Angehörigen und die Berücksichtigung sozialer und psychologischer Faktoren dabei selbstverständlich sein.⁴⁰ Es ist ebenso wichtig, eigene Annahmen kritisch zu hinterfragen. Die Kenntnis der Grenzen der Imagination, wie in Abschnitt 3 erläutert, kann dabei helfen, potenzielle kognitive Verzerrungen zu identifizieren und imaginierte Szenarien entsprechend anzupassen und zu korrigieren.

4.2 Phänomenologische Berichte von Krankheit

Eine Einschränkung der vorherigen Methode besteht darin, dass sie Imaginationen des sinnlichen Erlebens aus der subjektiven Perspektive des Sterbenden nicht unmittelbar verbessern kann. Die nachfolgende Methode zielt darauf ab, Imaginationen der Innenperspektive mittels phänomenologischer Ansätze zu fördern.⁴¹ Insbesondere die Arbeiten von Havi Carel und Kay Toombs haben das Forschungsfeld der Phänomenologie der Krankheit geprägt, indem sie detaillierte Beschreibungen der sinnlichen Erfahrungen schwer kranker Menschen liefern.⁴² Die Auseinandersetzung mit phänomenologischen Berichten von chronisch Kranken und Sterbenden kann so die erfahrungsbezogene Imagination von Ärzt*innen direkt verbessern. Diese Berichte sind besonders wertvoll, da sie eine hohe introspektive Genauigkeit bieten und aus erster Hand erlebte Erfahrungen darstellen.⁴³

40 Vgl. Della Santina Christopher/Bernstein Richard H.: »Whole-patient assessment, goal planning, and inflection points: their role in achieving quality end-of-life care«, in: *Clinics in Geriatric Medicine* 20 (2004), S. 595–620, <https://doi.org/10.1016/j.cger.2004.07.010>.

41 Die Phänomenologie ist eine deskriptive Wissenschaft, die sich auf die Erfassung der Strukturen sinnlicher Erfahrungen aus der Innenperspektive konzentriert.

42 Vgl. Toombs, S. Kay: »The meaning of illness: a phenomenological approach to the patient-physician relationship«, in: *The Journal of Medicine and Philosophy* 12 (1987), S. 219–240, <https://doi.org/10.1093/jmp/12.3.219>; Carel, Havi: *The Phenomenology of Illness*, Oxford: Oxford University Press 2016, <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199669653.001.0001>.

43 Als alternative Methode gilt die Beschäftigung mit Literatur. Martha Nussbaum argumentiert, dass Literatur besonders gut geeignet ist, uns Einblicke in die Gedanken-

Carel beschreibt im Kontext ihrer chronischen Krankheit zum Beispiel den Verlust des Grundvertrauens in den eigenen Körper.⁴⁴ Das Vertrauen, dass unser Körper auf reguläre Weise funktioniert, selbst wenn alles andere um uns herum ins Wanken gerät, ist laut ihr tief in uns verankert.⁴⁵ Ein kranker Körper jedoch entwickelt ein Eigenleben, das chaotisch und abgekoppelt vom Selbst erscheint, was zu tiefer Verunsicherung führen kann.⁴⁶ Auch das Gefühl der persönlichen Unzerstörbarkeit geht verloren.⁴⁷ Unkontrollierbare Vorgänge im eigenen Körper werden plötzlich Realität. Alltägliche Aktivitäten werden zu anspruchsvollen Aufgaben, die Aufmerksamkeit und Planung erfordern.

Phänomenologische Berichte können Ärzt*innen als Vorgaben für ihre Imaginationen dienen. Dies ist jedoch nicht ihr einzig möglicher Einsatz. Erfahrungen Sterbender weisen strukturelle Ähnlichkeiten zu eigenen Erfahrungen auf. Durch die Beschäftigung mit phänomenologischen Berichten können Ärzt*innen lernen, welche eigenen Erfahrungen sie in ihre Imaginationen einfließen lassen können. Universelle Empfindungen wie Scham, Verletzlichkeit oder Verlust der Körperkontrolle (z.B. bei Niesen oder Erbrechen) können identifiziert und verglichen werden. Eine weitere Übung besteht darin, gemeinsame phänomenologische Merkmale in unterschiedlichen Erfahrungen zu finden, wie die soziale Isolation während des Corona-Lockdowns und die Isolation Schwerstkranker. Ebenso lassen sich gemeinsame Erfahrungen herausarbeiten, die Gesunde und Schwerstkranke teilen, die jedoch in unterschiedlichen Kontexten auftreten, wie starke Erschöpfung nach einem Sprint oder bereits nach wenigen Treppenstufen.

welt anderer Menschen zu gewähren. Vgl. Nussbaum, Martha: *Cultivating Humanity: A Classical Defense of Reform in Liberal Education*, Cambridge, MA: Harvard University Press 1997. Für meine Zwecke soll die begriffliche Grenze zwischen Literatur und Phänomenologie fließend sein. Solange literarische Texte oder Textbestandteile die Kriterien i) introspektive Genauigkeit und ii) Realitätsbezogenheit erfüllen, können sie unmittelbar zur Verbesserung der ärztlichen Imagination herangezogen werden. Eine ausführliche Diskussion über die verschiedenen Wege, auf denen literarische Texte die Imagination fördern können, würde den Rahmen dieses Artikels sprengen.

44 Vgl. H. Carel: *The Phenomenology of Illness*, S. 92–93.

45 Vgl. ebd., S. 92.

46 Vgl. ebd., S. 92–93.

47 Vgl. ebd., S. 42. Vgl. S.K. Toombs: *The meaning of illness: a phenomenological approach to the patient-physician relationship*, S. 230–231.

4.3 Imaginatives Spiel mit Requisiten

Vazquez und Vazquez argumentieren, dass jeder, der seine Imaginationskompetenz verbessern möchte, dafür sein Repertoire an *tatsächlichen* Erfahrungen erweitern muss.⁴⁸ Zum Abschluss möchte ich deshalb einige Beispiele nennen, wie Ärzt*innen ihre eigenen Erfahrungen, auch die ihrer Körperlichkeit, mithilfe von Requisiten im imaginativen Spiel erweitern können.

Eine Möglichkeit ist die Verwendung von Hilfsmitteln, um körperliche Einschränkungen zu simulieren, die denen chronisch oder schwerstkranker Menschen entsprechen. Unter dem Konzept des *Instant Aging* wurden spezielle Anzüge entwickelt, die es ermöglichen, körperliche Schwächen des Alters direkt zu erleben.⁴⁹ Zum Einsatz kommen dabei spezielle Bandagen, Gewichte und Rückenpanzer, um Bewegungseinschränkungen erlebbar zu machen. Übungen könnten das Tragen dieser Anzüge während eines Arbeitstages oder das Nutzen eines Rollstuhls während des Urlaubs sein. Derartige Übungen zielen darauf ab, die Grenzen der individuellen Körperlichkeit zu überwinden. Es ist empirisch belegt, dass sie die Empathie erhöhen können.⁵⁰ Das vorliegende Kapitel thematisierte bisher die Imagination als ausschließlich mentale Fähigkeit. Der Philosoph Kendall Walton entwickelte eine prominente Theorie der Imagination, der zufolge das Als-ob-Spiel mit Requisiten unter Erwachsenen auch eine klassische Form der Imagination darstellt.⁵¹

Andere Übungen könnten weitere subjektive Aspekte des Krankseins erlebbar machen, wie sie von Carel beschrieben werden. Durch das Tragen eines kontinuierlichen Glukose-Monitors über die Weihnachtsfeiertage, mit dem Ziel, den Blutzuckerspiegel im Bereich 70 bis 120 mg/dl zu halten, lassen sich

48 Vgl. Clavel Vázquez, María Jimena/Clavel-Vázquez, Adriana: »Robustly embodied imagination and the limits of perspective-taking«, in: *Philosophical Studies* 180 (2023), S. 1395–1420, hier S. 1414, <https://doi.org/10.1007/s11098-023-01936-4>.

49 Vgl. Hibbeler, Birgit: »Medizinstudium: In 30 Sekunden 60 Jahre älter«, in: *Deutsches Ärzteblatt International* 108 (2011), A-1218.

50 Vgl. Filz, Sascha A.: *Instant Aging. Selbsterfahrung des Alterns*, London: Südwest-deutscher Verlag für Hochschulschriften 2015; Varkey Prathibha/Chutka Darryl S./Lesnick Timothy G.: »The Aging Game: improving medical students' attitudes toward caring for the elderly«, in: *Journal of the American Medical Directors Association* 7 (2006), S. 224–229, <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2005.07.009>.

51 Vgl. Walton, Kendall. L.: *Mimesis as Make-Believe. On the Foundations of the Representational Arts*, Cambridge, MA: Harvard University Press 1990.

krankheitsbedingte Einschränkungen des Alltags erfahren. Schauspielübungen mit anschließender Reflexion können ebenfalls hilfreich sein. In Abschnitt 2 habe ich die transformative Erfahrung vorgestellt, die Nachricht zu erhalten, dass man an einer todbringenden Krankheit leidet. Dieses Szenario kann im improvisierten Rollenspiel aus Patientensicht dargestellt werden.

5. Fazit

Der vorliegende Aufsatz setzte sich philosophisch mit der ärztlichen Imagination des Sterbens unter Berücksichtigung seiner Grenzen auseinander. Mein Interesse galt dabei ausschließlich der instruktiven Verwendungsweise der Imagination. Auf den ersten Blick scheint die Aufgabe, sich die Erfahrungen des Sterbens realistisch vorzustellen, besonders herausfordernd zu sein. Der spontanen Imaginationsfähigkeit von Ärzt*innen sind eine Reihe von Grenzen gesetzt. In der Philosophie wird die Imagination jedoch als trainierbar verstanden. Eine kompetente Verwendung der Imagination kann meiner Ansicht nach bei der Entscheidungshilfe und Planung wertvolle Dienste leisten und die Empathie fördern. In diesem optimistischen Sinne schlug ich im letzten Teil des Aufsatzes Methoden vor, um ärztliche Imaginationen des Sterbens zu verbessern. Ob derartige Übungen im Rahmen von ärztlichen Weiterbildungen zur Förderung der Empathie angeboten werden sollten, muss sich in der Folge empirisch zeigen.

