

Dr. med. Christopher Kerr
mit Carine Mardorossian

DIE
TRÄUME
DER
STERBEN
DEN

Warum wir den
Tod nicht
fürchten müssen

Ein Hospizarzt
berichtet



INTEGRAL

DR. MED. CHRISTOPHER KERR
CARINE MARDOROSSIAN
Die Träume der Sterbenden

Dr. med. Christopher Kerr

Carine Mardorossian

DIE TRÄÜME

Warum wir den
Tod nicht
fürchten müssen

DER

STERBEN

Ein Hospizarzt
berichtet

DEN

Aus dem amerikanischen Englisch übersetzt
von Karin Weingart

INTEGRAL

Die Originalausgabe erschien 2020 unter dem Titel
Death Is But A Dream bei Avery, an imprint of
Penguin Random House LLC.

Grateful acknowledgment is made to reprint from the following:

»A Change of Address« by Dónall Dempsey. Reprinted with
permission of Dónall Dempsey.

»Stiches«, words and music by Teddy Geiger, Danny Parker,
Daniel Kyriakides. Copyright © 2015 Music of Big Deal, TG WorldWide
Publishing, The Family Songbook, Danny Clementine Music,
Hold The Dog, and Megahouse Music. All rights administered by
Words & Music, a division of Big Deal Music, LLC. All rights reserved.
Used by permission. Reprinted by permission of Hal Leonard LLC.

Sollte diese Publikation Links auf Webseiten Dritter enthalten,
so übernehmen wir für deren Inhalte keine Haftung,
da wir uns diese nicht zu eigen machen, sondern
lediglich auf deren Stand zum Zeitpunkt der Erstveröffentlichung verweisen.



Penguin Random House Verlagsgruppe FSC® N001967

Zweite Auflage 2020

Copyright © 2020 by William Hudson LLC

All rights reserved including the right of reproduction
in whole or in part in any form.

This edition published by arrangement with Avery,
an imprint of Penguin Publishing Group,
a division of Penguin Random House LLC.

Copyright © der deutschsprachigen Ausgabe 2020
by Integral Verlag, München,

in der Penguin Random House Verlagsgruppe GmbH,
Neumarkter Straße 28, 81673 München

Alle Rechte sind vorbehalten. Printed in Germany.

Redaktion: Ralf Lay, Mönchengladbach

Umschlaggestaltung: Guter Punkt GmbH & Co. KG, München,
unter Verwendung eines Motivs von © Elinalee/gettyimages

Satz: Satzwerk Huber, Germering

Druck und Bindung: GGP Media GmbH, Pöbneck

ISBN 978-3-7787-9297-1

www.Integral-Lotos-Ansata.de

www.facebook.com/Integral.Lotos.Ansata

Schon immer sind Frauen die Stützen meines Lebens gewesen – eine geheime Verbindung alter und junger Frauen, die mich aufgezogen und die ich aufgezogen habe. Ihnen widme ich dieses Buch.

Meiner Großmutter Violet, die sich durch die Härten ihrer Zeit hindurchgekämpft hat und gestärkt daraus hervorging. Wenn sie etwas nicht ertragen konnte, und zwar weder zähneknirschend noch sonst irgendwie, dann waren das dämliche Männer. Im Umgang mit ihren Enkelkindern jedoch steckte sie voller Humor und Menschlichkeit.

Meiner Mutter Shirley, die die Bedürfnisse ihrer Mitmenschen partout nicht übersehen kann und genauso rebellisch wie erfolgreich ist. Ich danke dir dafür, dass du laut aufgelacht hast, als meine Lehrerin in der ersten Klasse über mich sagte: »Erwarten Sie sich mal nicht zu viel von dem Jungen.« Damals schon – und bis heute – hast du alles möglich und die Welt für mich zu einem einzigen großen Wunder gemacht.

Meiner Tochter Bobbie, die mit drei zum Mond hoch gedeutet und gefragt hat: »Hast du den da gemacht?« Als ich verneinte, warst du traurig. Dann zeigte ich dir etwas viel Besseres – ein Pferd. Und während du seine Mähne streicheltest, schlich es sich in dein Herz. Auf der Reise, zu der ihr gemeinsam aufgebrochen seid, bist du der Leidenschaft und dem Sinn deines Lebens begegnet. Bisweilen sehe ich dich am liebsten auf einem Pferd, immer aber – jetzt und bis ans Ende meiner Tage – werde ich dich lieben: bis zu »dem da« und wieder zurück.

*Meiner Tochter Maddie, die mir beigebracht hat, dass der eigentliche Preis nicht dem Sieger eines Rennens gebührt oder überhaupt dem Gewinner irgendeines Wettbewerbs. Für Güte gibt es keinen Preis. Aber die Guten werden zu unseren Held*innen. Und meine Heldin bist du.*

Mir musste nie jemand sagen, was für starke Frauen ihr wart beziehungsweise seid. Das war gar nicht nötig. Denn ich habe es immer gewusst.

Inhalt

Einführung	9
KAPITEL 1	
Von dort hierher	25
KAPITEL 2	
Ein eher holpriger Start	43
KAPITEL 3	
Vom Krankenbett aus betrachtet	57
KAPITEL 4	
Eine letzte Gnadenfrist	95
KAPITEL 5	
Wir sterben, wie wir gelebt haben	123
KAPITEL 6	
Die Liebe kennt keine Grenzen	155
KAPITEL 7	
Kindermund im Angesicht des Todes	181

KAPITEL 8	
Lernschwierigkeiten und kognitive Einschränkungen	207
KAPITEL 9	
Für die Hinterbliebenen	229
KAPITEL 10	
Jenseits der Traumdeutung	251
Epilog	269
<i>Dank</i>	277
<i>Anmerkungen</i>	281
<i>Register</i>	285

Einführung

Befassen wir uns mit einer Krankheit, erfahren wir etwas über Physiologie und Biologie. Befassen wir uns mit dem Menschen, der die Krankheit hat, erfahren wir etwas über das Leben.

Oliver Sacks

Tom war erst vierzig, als er mit der Diagnose »Aids im Endstadium« ins Hospice Buffalo kam. Anders als die meisten meiner Patienten bekam er kaum Besuch. Genauer gesagt: gar keinen. Da er jedoch ziemlich gefasst und distanziert wirkte, fragte ich mich, ob sein Alleinsein womöglich kein Zeichen von Einsamkeit war, sondern einem Wunsch von ihm entsprach. Vielleicht war das ja seine Art, dem Tod den Zutritt zu verweigern.

Mich wunderte das zwar, da ich aber auch seine Privatsphäre respektieren wollte, fragte ich nicht weiter nach. Toms abgemagerter Körper ließ noch erkennen, dass er einmal recht muskulös gewesen sein musste. Er hatte sich fit gehalten und war ja auch noch ziemlich jung, was mich hoffnungsfroh stimmte. Und weil ich dachte, dass er wahrscheinlich positiv auf eine lebensverlängernde Therapie reagieren würde, ging ich kurz nach seiner Aufnahme ins Schwesternzimmer und erklärte: »Ich glaube, wir können Tom noch etwas Zeit verschaffen. Antibiotika und Volumenflüssigkeit, intravenös verabreicht, dürften reichen.«

Nancy, die Stationsschwester, arbeitete schon viel länger im Hospice Buffalo als ich. Sie war sehr gut in ihrem Beruf, und alle schauten zu ihr auf. Auch war sie bekannt dafür, nur selten ein Blatt vor den Mund zu nehmen. Trotzdem überraschte mich ihre Antwort: »Zu spät, er stirbt.«

»Ach ja?«, fragte ich zurück.

»Ja. Er träumt von seiner verstorbenen Mutter.«

Insgeheim amüsierte ich mich – teils weil ich verwirrt war, teils aus einer gewissen Abwehr heraus. »Ich kann mich an kein Medizinseminar erinnern, in dem wir das gelernt hätten.«

Wie aus der Pistole geschossen, gab Nancy zurück: »Jungen, Sie haben bestimmt noch mehr Seminare verpasst.«

Ich war ein dreißigjähriger Fellow vor dem Abschluss der Facharztausbildung zum Kardiologen, der sich am Wochenende im Hospice Buffalo etwas dazuverdiente, um seine Rechnungen bezahlen zu können. Nancy dagegen war eine außergewöhnliche, überaus erfahrene Krankenschwester mit beschränktem Verständnis für idealistische Jungärzte. Deshalb tat sie, was sie immer tat, wenn jemand unter Beweis stellte, dass er von Tuten und Blasen keine Ahnung hatte: Sie rollte mit den Augen.

Ich machte mich wieder an die Arbeit und ging gedanklich alle medizinischen Maßnahmen durch, die Toms Lebenszeit um Wochen, vielleicht sogar Monate verlängern konnten. Gegen die Infektionen, die er aufwies, verabreichten wir Antibiotika, und da er auch sehr dehydriert war, ordnete ich Infusionen mit Kochsalzlösung an. Ich tat alles, was in meiner Macht stand, um Tom mehr Zeit zu verschaffen, doch keine achtundvierzig Stunden später war er tot.

Nancys Vermutung, es gehe mit ihm bergab, hatte sich also als richtig herausgestellt. Aber woher hatte sie das wissen können? War Pessimismus der einzige Grund für ihre Prog-

nose? Ging ihre Einschätzung auf die betäubende Wirkung der vielen Sterbefälle zurück, die die Krankenschwester schon miterlebt hatte? Oder konnte sie die Lebenszeit, die den Patienten verblieb, womöglich wirklich anhand der Träume vorhersagen, die sie hatten? Nancy war zu dem Zeitpunkt bereits mehr als zwei Jahrzehnte im Hospiz beschäftigt und mit etwas vertraut, von dem ich keinen blassen Schimmer hatte: der subjektiven Dimension des Sterbens. Im Rahmen meiner medizinischen Ausbildung hatte die Frage, wie Menschen ihre Erkrankung erleben, praktisch nie eine Rolle gespielt – vom Sterben ganz zu schweigen.

Wie die meisten Ärzte wäre auch ich nicht auf die Idee gekommen, der Tod könne mehr sein als ein Feind, den es zu bekämpfen gilt. Ich wusste, was man alles tun konnte, um jemanden künstlich am Leben zu erhalten, doch vor Ideen wie einem selbstbestimmten Sterben oder der, dass der Tod letztlich unvermeidlich ist, hatte ich keinerlei Respekt. Da dergleichen während meiner Ausbildung nie thematisiert worden war, hätte ich auch nie gedacht, dass das subjektive Erleben des Sterbens für mich als Mediziner auf irgendeine Weise von Belang sein könnte.

Was mir schließlich die Bedeutung der Träume und Visionen meiner sterbenden Patienten vor Augen führte, und zwar sowohl allgemein für uns Menschen als auch speziell für mich als Arzt, war deren auffällige Häufigkeit. Im Hospiz habe ich schon am Sterbebett Hunderter von Patienten gesessen, die kurz vor ihrem Tod noch von Liebe, Erfüllung und Güte sprachen. Dabei ist mir wiederholt aufgefallen, dass auch dann noch Anlass für Hoffnung besteht, wenn keine Heilung mehr möglich ist, und zwar immer dann, wenn nicht mehr Therapien und Behandlungen im Mittelpunkt des Interesses stehen, sondern die Dinge, die für den Einzel-

nen von persönlicher Bedeutung sind. Sobald mit fortschreitender Erkrankung Akzeptanz und Widerstand in Konflikt miteinander geraten, ergeben sich daraus merkwürdigerweise nicht nur für den Patienten, sondern auch für seine Angehörigen neue, oft lebensbejahende Einsichten. Besagte Sterbebetträume und -visionen sind Ausdruck dieser Integration und des Zu-sich-Findens in den letzten Tagen oder Stunden des Lebens: machtvolle, bewegende Erfahrungen, Momente wahrer Erkenntnis und Neuzentrierung. Oft markieren sie einen deutlichen Umschwung von Not, Elend und Kummer hin zu Bejahung, ruhiger Gelassenheit und neu gewonnener Integrität. Patienten beschreiben diese Erfahrungen, die so individuell sind wie die Menschen selbst, immer wieder mit den Worten »realer als real«.

Diese Lebensenderfahrungen beruhen auf der Biografie des Betroffenen, auf seinen Selbstreflexionen, Beziehungen und bestimmten Erlebnissen, die er hatte. Die Bilder und Episoden, aus denen sie sich zusammensetzen, entstammen weniger der Beschäftigung mit so etwas wie dem Himmelreich beziehungsweise Jenseits als aus den Erfahrungen, die der jeweilige Mensch in seinem Leben gemacht hat. Zum Inhalt haben sie vielleicht einen Waldspaziergang an der Hand von Vater oder Mutter, eine Autofahrt, einen Angelausflug mit engen Angehörigen oder aber auch so scheinbar unbedeutende Details wie Struktur und Farbe des Kleides, das eine geliebte Person getragen hat, ein samtig weiches Pferdemaul oder das Blätterrascheln eines Busches im Garten der Kindheit. Vor langer Zeit verstorbene Angehörige kehren zurück, alte Wunden verheilen, Unvollendetes kommt zum Abschluss, jahrzehntealte Konflikte werden beigelegt, Entschuldigungen angenommen.

Diese Lebensenderfahrungen ihrer Patienten müssten die Ärzte dringend in ihre Praxis integrieren, das sind sie ihnen

einfach schuldig. Sie sollten sie als Beleg für die lebensbejahende, inspirierende Kraft des menschlichen Geistes betrachten, auf dem sie beruhen. Sie sind ein Beweis für die angeborene, natürliche und zutiefst spirituelle Befähigung zu Autonomie, Selbstheilung, Mitgefühl und Hoffnung. Am Lebensende machen sie allen Beteiligten klar, dass das Sterben keineswegs ein Prozess ist, zu dem der Patient nichts beizutragen hätte. Von diesen Träumen und Visionen können auch die Angehörigen profitieren, für die es eine Erleichterung darstellt, zu sehen, dass der Kranke zur Ruhe kommt und sein Leben einen friedvollen Abschluss findet.

Darüber hinaus ist die subjektive Sterbeerfahrung auch eine gute Erinnerung daran, dass sich Schönheit und Liebe oft gerade dann zeigen, wenn man am wenigsten mit ihnen rechnet. Die Patienten, die am Ende ihres Lebens in den Genuss solcher trostreicher Prozesse kommen, werden von Symptomen eines geschwächten Körpers geplagt, über den sie nur noch beschränkte Kontrolle haben. Sie sind gebrechlich und verwundbar, manchem tut jeder einzelne Knochen weh, viele bekommen nur schwer Luft. Der Alltag wird oft von Kathetern, Infusionen und Medikamenten bestimmt. Vielfach beobachtet man auch das Auftreten einer kognitiven Dissonanz in verschiedenen Abstufungen. Doch selbst in dieser Phase des Lebens, in der die Zeit Körper und Geist schwer zusetzt, zeugen die Träume und Visionen vieler Patienten auf dem Sterbebett noch von bemerkenswerten Wahrnehmungsfähigkeiten und großer geistiger Klarheit.

Hier zeigt sich das Paradoxon des Sterbens: Trotz eines sich rapide verschlechternden körperlichen Zustands sind viele Patienten emotional und seelisch-spirituell hellwach, ja beinahe schon erleuchtet. Dass das Sterben seinen Tribut fordert, nicht nur körperlich, sondern auch psychisch, lässt sich nicht

bestreiten, aber genau das ist es ja, was die emotionalen und seelisch-spirituellen Veränderungen, die von den Erfahrungen am Lebensende hervorgerufen werden, zu etwas so Besonderem macht. Wer diesen Erfahrungen gerecht werden möchte, muss das Paradox einkalkulieren und begreifen, dass Tod und Sterben nicht bloß in der Lage sind, Verfall und Traurigkeit zu transzendieren, sondern dass dieser Prozess auch mit spirituellem Erwachen, mit Schönheit, Wachstum und Leichtigkeit einhergeht. Das trifft auch auf den Prozess des Sterbens zu, der oft als eine Art Zusammenfassung, Höhepunkt oder Schlussstein wirkt, als Gelegenheit, an der Stelle eines einfachen Endes die eigene Menschlichkeit in ihrer gesamten Würde und Komplexität zu erkennen und zu feiern.

Mit diesem Buch verbinde ich die Hoffnung, sowohl Schwerstkranke als auch ihre Angehörigen und Pflegekräfte inspirieren und ihnen Mut machen zu können. Es erzählt die Geschichten außergewöhnlicher Menschen, die in der Nähe des Todes bereit waren, über ihre Träume, ihre Gedanken und ihre Gefühle zu sprechen. Es ist für jeden gedacht, der oder die über kurz oder lang die »Schwelle zur Ewigkeit« übertreten wird, also für uns alle. Denn es handelt vom Leben und wurde für die Lebenden geschrieben.

Auf den folgenden Seiten kommen tapfere Individuen zu Wort wie beispielsweise Kenny, der Inhaber eines Bestattungsinstituts und Vater von fünf Kindern, der kurz vor seinem Tod mit sechsundsiebzig Jahren noch Besuch von seiner geliebten Mutter bekam, die den Tod gefunden hatte, als er gerade einmal sechs war. In seinen Träumen erschien er sich selbst als kleiner Junge, der hörte, wie ihm seine Mutter mit sanfter Stimme wieder und wieder beruhigend zuflüsterte: »Ich liebe dich.« Und dabei hatte er, wie er sagte, sogar den Duft ihres Parfums noch in der Nase.

Oder die einundneunzigjährige Deb, die früher als Verkäuferin in einem Warenhaus tätig war: Acht Tage, bevor sie einer koronaren Herzerkrankung zum Opfer fiel, hatte sie »extrem trostreiche« Visionen von sechs verstorbenen Familienangehörigen, unter anderem von ihrem Vater, der »schon auf mich wartete«. Am nächsten Tag sah sie, wie ihr Kinderfreund Leonard sie wegfuhr, während sie von ihrer verstorbenen Tante Martha dringend zum »Loslassen« aufgefordert wurde.

Eine andere Patientin von uns, die achtundzwanzigjährige Sierra, Mutter eines vierjährigen Jungen, verschloss angesichts des unerträglichen Gedankens, ihr Kind könnte ohne sie aufwachsen müssen, verständlicherweise die Augen vor der Schwere ihrer Erkrankung. Die onkologische Klinik hatte sie ans Hospiz verwiesen, weil sie es bei uns »bequemer« hätte – eine metaphorische Redewendung, die sie mit jugendlicher Leichtigkeit wörtlich interpretiert hatte. »Ich schaff das schon«, flüsterte sie einem Mitglied unseres Pflegepersonals noch wenige Tage vor ihrem Tod zu. Erst eine Vision ihres verstorbenen Großvaters – der ihr sagte, er wolle sie nicht mehr leiden sehen – half ihr, das Unausweichliche zu akzeptieren, und gab ihrer Familie die Kraft loszulassen. Von da an bereitete ihr das Verlöschen ihrer Existenz keine Angst mehr, und sie konnte friedlich in den Armen ihrer Mutter einschlafen.

Und schließlich war da auch noch die dreizehnjährige Jessica, die mir beibrachte, mit dem Unfassbaren klarzukommen, dem Tod eines Kindes. Als ich sie nach der Bedeutung fragte, die ihre Träume für sie hatten, antwortete sie einfach: »Dass mit mir alles okay ist und ich nicht allein bin.« Um mit dem Unerträglichen fertigwerden zu können, bedarf es eben manchmal der Unschuld eines Kindes.

★ ★ ★

Die Verfasstheit der heutigen medizinischen Ausbildung hat zur Folge, dass das Sterben im Wesentlichen als Scheitern betrachtet und die beruhigende Wirkung kleingeredet wird, die die Lebensenderfahrungen auf die Kranken haben. Einfach ausgedrückt: Ärzte halten die Träume und Visionen ihrer Patienten auf dem Sterbebett für vollkommen irrelevant. Medizinstudenten und Ärzte sind angehalten, alles auszublenden, was nicht gemessen, mittels bildgebender Verfahren erfasst, biopsiert oder entfernt werden kann.

Hinzu kommt: Da der Medizin Fragen zum Hirn genehmer sind als solche zum menschlichen Geist, werden Äußerungen und Erfahrungen der Sterbenden schnell als Gerede von Leuten abgetan, die unter kognitiven Störungen oder unerwünschten Wirkungen ihrer Medikation leiden. Alles in allem muss man also leider sagen, dass unsere gegenwärtige Medizin das Sterbe geschehen nicht in seiner Totalität abbildet.

Auf dem Weg, der von der Behandlung einer Erkrankung zur Fürsorge für den Sterbenden führt, sollte das medizinische Personal vorangehen und die Erfahrungen des Patienten am Ende seines Lebens nicht einfach leugnen oder versuchen, sie irgendwie medizinisch erklären zu wollen. Die Kranken und ihre Familien ihrerseits sollten ermutigt werden, offen mit den Pflegekräften darüber zu sprechen. Dies hilft, das psychische Wohlbefinden der Leidenden zu verbessern, und unterstützt zugleich die Ärzte dabei, ihrer Aufgabe besser gerecht zu werden. Das medizinische Symptommanagement sollte sich auch auf die Förderung des psychischen und seelischen Wohlbefindens der sterbenden Patienten erstrecken. Und dazu gehört es nicht zuletzt, deren Würde auch am Lebensende noch zu schützen.

Wie ein so empfindliches Gleichgewicht zu erreichen ist? Nun, ich glaube, diese Frage kann oder sollte niemand an-

ders als der Patient selbst beantworten. Und da bleibt noch viel zu tun. Denn erst wenige Forscher haben Menschen an der Schwelle zum Tod direkt nach ihren Erfahrungen befragt: sich erkundigt, welche Bedeutungen ihre Träume und Visionen für sie haben und wie sie sich auf ihren körperlichen und psychischen Zustand auswirken.

Hauptsächlich – und ich wiederhole es gern noch einmal – liegt das daran, dass die Abwehr des Todes Dreh- und Angelpunkt der medizinischen Ausbildung ist. Da ich mich Schwester Nancy und unserem Patienten Tom gegenüber selbst so ignorant verhalten hatte, wusste ich, dass wir, wollten wir die Einstellung meiner Kollegen verändern, die Lebensenderfahrungen in eine Sprache übertragen mussten, die sie verstanden: die der evidenzbasierten Forschung. Also führten wir strukturierte Interviews, um besagte Belege und Beweise zu beschaffen. Wir beförderten eine Menge quantifizierbarer Daten zutage, so richtig viele! Doch wusste ich damals noch nicht, was ich heute weiß, nämlich vor allem, dass weit mehr als Daten und Statistiken nötig sind, um eine Revolution im Umgang mit den Sterbenden in die Wege zu leiten, die den Patienten und ihren Familien wirklich helfen kann.

Daher ist dieses Buch auch als Appell gemeint:¹ Wir müssen die Ärzte wieder an die Krankenbetten bringen, sie zu ihren Wurzeln zurückführen – das heißt, dass sie nicht länger nur Techniker sein dürfen, die um jeden Preis versuchen, Leben zu verlängern, sondern alles tun, um den Patienten Trost zu spenden. Dazu gehören auch die Einbeziehung von Lebensenderfahrungen in die Pflege und die Akzeptanz ihrer medizinischen Bedeutung. Wie Studien zeigen, sind Patienten trotz der positiven Wirkung dieser Erfahrungen nur widerstrebend bereit, über sie zu sprechen, und zwar, weil sie fürchten, sie könnten ausgelacht werden oder die medizini-

sche Legitimation ihrer Träume würde angezweifelt. Und das fehlende Interesse, das die meisten Ärzte an den Tag legen, isoliert die Sterbenden nur noch mehr. Den Patienten sind ihre inneren Erfahrungen wichtig, und schon allein deshalb sollten die Mediziner Anteil daran nehmen.² Die bewusste Anerkennung ihrer universellen klinischen Bedeutung würde die Kluft, die in Sachen Pflege zwischen Anspruch und Wirklichkeit besteht, endlich überbrücken.

Die Kunst des Heilens wird von der Betonung des wissenschaftlichen Aspekts der Gesundheitslehre überlagert, und die Medizin, die sich mit dem Subjektiven immer etwas schwerer tut, müht sich eher, das Unsichtbare zu widerlegen, als dass sie es würdigt. Will man Zugang zu den menschlichen Emotionen finden, die für die Naturwissenschaft nicht greifbar sind, wendet man sich deshalb anderen Disziplinen zu. Das gilt besonders fürs Sterben, jene Zeit also, in der sich die Natur ihr Recht verschafft und die Medizin dem Tod nicht länger trotzen kann. Vorausschauend schrieb der französische Philosoph Michel de Montaigne im 16. Jahrhundert: »Wenn du nicht weißt, wie du mit dem Tod fertigwerden sollst, so braucht dir das keinen Kummer zu machen; die Natur wird es dich zur rechten Zeit lehren, vollständig und ausreichend.« Recht hatte er. Sobald wir aufhören, den Prozess des Sterbens übermäßig zu medikalisieren, und stattdessen die Erfahrungen in der Nähe des Todes mit all ihren sowohl körperlichen als auch seelisch-spirituellen Facetten würdigen und anerkennen, dreht es sich beim Sterben gar nicht mehr so sehr um den Tod als vielmehr um die Widerstandskraft des Lebens.

Die produktivsten, weitsichtigsten und einfühlsamsten Diskussionen gehen auf die Geisteswissenschaften zurück – stammen also von Schriftstellern, Poeten und Philosophen seit der Antike – sowie auf buddhistische und islamische Texte

beziehungsweise Berichte aus China, Sibirien, Bolivien, Argentinien, Indien und Finnland. Träume und Visionen von Sterbenden werden nicht nur in den religiösen und sakralen Traditionen der Ureinwohner Amerikas anerkannt, sondern von indigenen Völkern überall auf der Welt. Sie finden sowohl in der Bibel Erwähnung als auch in Platons *Staat* und in mittelalterlichen Schriften wie etwa Juliana von Norwichts *Offenbarungen der göttlichen Liebe*. Sie tauchen auf Bildern der Renaissance auf und in Shakespeares *König Lear*, in amerikanischen und britischen Romanen des 19. Jahrhunderts, T. S. Eliots Lyrik und nicht zuletzt in den Meditationen des Dalai Lama über den Tod. Eigentlich, muss man sagen, hat erst die Medikalisierung des Todes zur Vernebelung der Sprache geführt. Denn früher hat sie den Menschen immer geholfen, ihre Sterblichkeit zu verstehen, und war stets Ausdruck des kulturellen Bedürfnisses nach Verbundenheit mit den Vorfahren.

Im Unterschied zu den humanistischen Denkern, die sich schon sehr lange für die subjektiven Aspekte des Sterbens interessieren, beschäftigen sich Anthropologen, Soziologen, Psychoanalytiker, Naturwissenschaftler und Mediziner erst seit Beginn des 20. Jahrhunderts mit dem Ende des Lebens. Diese Fachrichtungen zielen hauptsächlich darauf ab, bestimmte Thesen mehr oder weniger objektiv darzulegen und Beweise dafür zu erbringen. In unseren Diskursen über das Sterben haben diese Ansätze zweifellos alle ihre Berechtigung. Wollen wir aber die heutige Übermedikalisierung des Sterbens rückgängig machen, müssen wir uns des Unterschieds zwischen geistes- und naturwissenschaftlichem Denken bewusst sein. Denn der erklärt, warum bei der Sinnsuche in der letzten Phase der Lebensreise sowohl die Patienten selbst als auch ihre pflegenden Bezugspersonen Zuflucht in der Fantasie und den kreativen Künsten suchen.

Das vermutlich erste wissenschaftliche Buch zum Thema stammt von William Barrett, einem Physiker am Royal College of Science for Ireland in Dublin, und erschien 1926, ein Jahr nach seinem Tod. *Deathbed Visions* beruhte auf den Beobachtungen seiner Gattin, einer Geburtshelferin, die die Visionen einer Frau beschrieb, die während der Entbindung gestorben war.³ Aber auch hier konzentriert sich die Beschäftigung mit dem Phänomen auf den Versuch, eine These zu beweisen, und zwar die, ob die Visionen dem Jenseits zuzuordnen oder eher paranormalen Natur sind – auf Kosten der Patientenperspektive, die doch als Einzige von Bedeutung wäre. Im Westen werden die Lebensendträume und -visionen in jüngerer Zeit als Beweis für verschiedenerelei Phänomene herangezogen, beispielsweise die neuronalen Funktionen eines sterbenden Gehirns oder die Folgen eines Sauerstoffmangels. Die wirklichen Erfahrungen der Patienten lassen allerdings auch diese Ansätze unberücksichtigt.

Angesichts der wissenschaftlichen Blindheit gegenüber der subjektiven Dimension des Sterbens verwundert es nicht weiter, dass der Arzt und Autor Atul Gawande seiner meisterhaften Abhandlung über das Altern, den Tod und die Medizin einen literarischen Text voranstellt. Am Anfang von *Sterblich sein: Was am Ende wirklich zählt*⁴ erinnert sich Gawande an ein Gespräch über Leo Tolstois Novelle *Der Tod des Iwan Iljitsch*, das in einem von ihm besuchten Seminar zum Thema »Verhältnis von Arzt und Patient« geführt worden war. Die englischsprachige Originalausgabe des posthum erschienenen Memoirs des Neurochirurgen Paul Kalanithi über seine Krebserkrankung verdankt ihren englischen Titel – *When Breath Becomes Air* – einer (»Caelica 83« entnommenen) Gedichtzeile des elisabethanischen Schriftstellers Fulke Greville, 1. Baron Brooke.⁵ Und auch die Lyrikerin und zwei-

fache Mutter Nina Riggs wandte sich, als sie die Diagnose »Brustkrebs im Endstadium« erhielt, der Literatur zu, um, wie sie sagte, die Erfahrung des engen Zusammenlebens mit dem Tod zu etwas zu machen, womit alle etwas anfangen können.

Nicht nur die Patienten, sondern auch ihre Angehörigen greifen zu Gedichten, Dramen oder Romanen, wenn sie versuchen, dem Tod einen Sinn abzutrotzen, eine Bedeutung. Zu einer Zeit, in der körperliche Symptomatik und Verfall alles andere in den Hintergrund zu drängen scheinen, fühlen sich unheilbar Kranke von Literatur und sonstigen kreativen Schöpfungen oft mehr, intensiver oder nachhaltiger angesprochen als von Sach- beziehungsweise Fachbüchern und Dokumentationen. Gerade unmittelbar vor dem Sterben sehnen wir Menschen uns offenbar am meisten nach Erkenntnissen über das Leben und den Tod, die dem rationalen, logischen Denken zunächst vielleicht unzugänglich sind, letztlich aber eine ganz neue Qualität des Begreifens erschließen.

Im Jahr 2015 hielt ich im Rahmen der TEDxBuffalo-Talks einen Vortrag, der sich mit den Äußerungen unserer sterbenden Patienten über ihre Erfahrungen und deren Bedeutung befasste. Anschließend berichteten *New York Times*, *Huffington Post*, *Psychology Today*, *American Mind* und *Atlantic Monthly* über unsere Arbeit. Dann kam ein Dokumentarteam auf uns zu, und der Trailer des von ihm geplanten Films erreichte schon in der ersten Woche mehr als sechshunderttausend Views auf Facebook. Schnell wurde klar, dass sich das allgemeine Publikum von dem Thema weit mehr angesprochen fühlte als die Ärzte. Diese Diskrepanz war typisch für die Kluft zwischen

vermeintlichen und realen Bedürfnissen sowohl der Patienten als auch deren Angehörigen.

Die Resonanz war überwältigend: Das Zeugnis, das Verwandte und Freunde sterbenskranker Patienten von deren Lebensendträumen und -visionen ablegten, war ein eindeutiger Beleg für die Notwendigkeit, diese Erfahrungen im Rahmen der Pflege zu berücksichtigen und anzusprechen.

Eines zeigt die Hospizarbeit immer wieder: Solange gewährleistet ist, dass der Patient es möglichst behaglich hat und ansonsten dem natürlichen Gang der Dinge überlassen bleibt, wird der Prozess des Sterbens zu etwas, was viel größer ist als ein bloßes Zuziehen des Vorhangs. Die Tragik der menschlichen Existenz besteht nicht im Sterben, im Leiden oder in der Unfähigkeit, etwas dagegen zu unternehmen. Vielmehr wird sie durch das Unvermögen gekennzeichnet, im Sterben mehr zu sehen als bloß ein »Verlöschen der Lichter«. Mit den Worten des Philosophen Alan Watts ausgedrückt, wäre es so, dass wir, wenn solche Fakten vorlägen, mit den Flügeln schlüßgen, summten, uns krümmten, um das »Ich« aus der Erfahrung herauszubekommen.⁶ Für mich bedeutet das Wiederhineinschreiben des Patienten-Ichs in die geheimnisumwobene Geschichte der menschlichen Endlichkeit, das subjektive Erleben des Sterbens zu einem ganz entscheidenden Teil meiner medizinischen Praxis zu machen.

Länger zu leben ist leichter geworden, gut zu sterben leider nicht. Irgendwie wissen wir nicht mehr so recht, wie wir mit den Todgeweihten und dem Ableben umgehen sollen. Die meisten Amerikaner wollen zu Hause sterben, im Kreis ihrer Lieben, landen letztlich aber dennoch in einer Einrichtung, oft allein gelassen oder in der Obhut von Fremden. So tritt statt des Todes, den sich die Menschen wünschen, oft genau der ein, vor dem sie Angst haben: überhygienisch und unter

aller Würde. Inmitten des gegenwärtigen Irrsinns medizinischer Exzesse gibt es ein Bedürfnis nach seelisch-spirituellem Erneuerung, auf das die Medizin allein keine Antwort weiß. Die Untersuchung der nicht physischen Erfahrungsaspekte des Sterbens bietet die Gelegenheit, den Prozess des Ablebens neu zu betrachten und zu humanisieren. Aus einer hoffnungslos grausigen Wirklichkeit etwas sowohl für die Patienten selbst als auch für die Angehörigen Sinn- und Bedeutungsvolles zu machen. Dieses Buch zeigt einen alternativen Ansatz der Pflege von Sterbenden auf, einen, der sich einfach dadurch auszeichnet, dass dabei der Patient an erster Stelle steht.

Die Prozesse am Ende des Lebens lassen sich dadurch menschlicher gestalten, dass wir die Patienten selbst zu Wort kommen, sie erzählen lassen, was sie am dringendsten brauchen und was ihnen am wichtigsten ist. In den Worten Rainer Maria Rilkes: »Ich will nicht sagen, dass man den Tod lieben soll; aber man soll das Leben so großmütig, so ohne Rechnen und Auswählen lieben, dass man unwillkürlich ihn (des Lebens abgekehrte Hälfte) immerfort mit einbezieht – was ja auch tatsächlich in den großen Bewegungen der Liebe, die unaufhaltsam sind und unabgrenzbar, jedes Mal geschieht! Nur weil wir den Tod ausschließen in einer plötzlichen Besinnung, ist er mehr und mehr zum Fremden geworden, und da wir ihn im Fremden hielten, ein Feindliches.«⁷

Und wirklich, am meisten fürchten die Sterbenden nicht das Aussetzen der Atemtätigkeit, sondern das Ende eines Lebens, das sie als das eigene erkennen und deshalb für lebenswert halten können.

Lebensenderfahrungen künden von unseren größten Bedürfnissen – nach Liebe, Schutz, Verbundenheit, Vergebung und danach, nicht vergessen zu werden. Sie stellen Kontinuität her, sowohl biografisch als auch zwischen den Dimensio-

nen von Leben und Tod. Und der Inhalt dieser Träume zeigt ganz deutlich, dass Vergebung und Liebe vonseiten der Familie am meisten zählen. Als Ärzte sind wir es unseren Patienten schuldig, ihre Befähigung zur Selbstheilung und Eigenliebe zu unterstützen. Und dazu gehört eben auch, dass wir sie in aller Ruhe wieder mit der lange zuvor verstorbenen Mutter zusammenkommen und Trost bei ihr finden lassen. Oder dass eine Trauernde wie Mary, die ich Ihnen im folgenden Kapitel vorstellen werde, ihr totes Kind noch ein letztes Mal im Arm halten darf.

Ich bin Arzt, und alle Patienten, die ich habe, sterben. Doch so traurig mich diese vielen Verluste machen, gibt es doch auch Licht im Dunkel des Sterbens. Denn den meisten Patienten gelingt es, die Liebe, die sie einst empfanden, ihre früheren Beziehungen und das Leben, das sie hatten, noch einmal zu erleben. In diesem Buch erzähle ich einige ihrer Geschichten.

Von dort hierher

Glauben Sie nicht, daß *der*, welcher Sie zu trösten versucht, mühelos unter den einfachen und stillen Worten lebt, die Ihnen manchmal wohltun. [...] Wäre es aber anders, so hätte er jene Worte nie finden können.

Rainer Maria Rilke

Der Prozess, in dem Ärzte »entstehen«, hat einen Anfang, eine Mitte, nie aber ein Ende. Nach dem Studienabschluss brennen die angehenden Mediziner darauf, ihr neu erworbenes Wissen schnellstmöglich in der Praxis anzuwenden. Während der nächsten Etappe ihrer Ausbildung, im Klinikalltag, wissen die werdenden Ärzte dann zwar schon einiges über Erkrankungen, aber immer noch viel zu wenig über das Kranksein. Erstere betreffen Organe, Letzteres hat mit Menschen zu tun.

Die darauf folgende wichtigste Phase in der beruflichen Entwicklung der Damen und Herren Doktoren schließlich kommt nie zum Abschluss. Von nun an sind die Patienten ihre Lehrmeister und sie selbst hoffentlich nicht nur bereit, sondern auch klug beziehungsweise bescheiden genug, auf sie zu hören. Denn so erfahren sie, dass es auf der Suche nach der

richtigen Diagnose oft viel hilfreicher sein kann, das Stethoskop auch einmal beiseitezulegen und sich zu erkundigen, was der Mensch auf dem Herzen hat, statt ihm bloß den Brustkorb abzuhorchen. Und eines Tages, wenn sie sich längst für ausgebuffte Weißkittel halten, treffen sie auf einen Patienten, der sie veranlasst, sich auch der Seele anzunehmen. Dieser Moment birgt eine Lektion in Sachen Empathie, die sie nie vergessen werden, die erste von vielen, die ihnen die ganze Tragweite ihres Berufes zu Bewusstsein führen. Mir persönlich wies eine Frau namens Mary den Weg durch die erste Erfahrung dieser Art.

Die siebzigjährige Mary, Malerin und vierfache Mutter, war eine meiner ersten Hospiz-Patient*innen. Als ich sie in ihrem Zimmer besuchte, hatte sich die ganze »Rasselbande«, wie sie ihre Verwandtschaft nannte, bei einer Flasche Wein um ihr Bett versammelt. Auch wenn sie hin und wieder wegdämmerte, schien Mary das zwanglose Familientreffen doch sehr zu genießen. Und dann geschah etwas Merkwürdiges: Aus heiterem Himmel begann sie, ein nur für sie sichtbares Baby im Arm zu wiegen. Wie sie so dalag in ihrem Krankenbett, wirkte es, als spiele sie eine Rolle in einem Bühnenstück und hätte jeglichen Kontakt mit dem Hier und Jetzt verloren. Sie küsste den imaginären Säugling, den sie Danny nannte, streichelte ihm übers Köpfchen und flüsterte ihm zärtliche Worte zu. Was mich jedoch am meisten verblüffte, war die schiere Glückseligkeit, mit der diese für uns unbegreiflichen Augenblicke mütterlicher Zuwendung Mary erfüllten. Ihre Söhne und Töchter guckten mich an und fragten: »Was ist denn da los? Hat Mutter etwa Hallus? Die hängen bestimmt mit den Medikamenten zusammen, die sie bekommt, oder?«

Was da geschah und warum, konnte ich mir zwar auch nicht erklären, eines aber lag für mich auf der Hand: Die einzig an-

gemessene Reaktion darauf bestand im Verzicht auf jede Art medizinischer Intervention. Mary hatte ja keine Schmerzen, die es zu lindern galt. Und auch sonst gab es keinerlei Grund für mich, als Arzt aktiv zu werden. Was ich hier vor mir sah, war eine Frau, die ohne jeden Zweifel und deutlich spürbar einen Moment großer Liebe erlebte, auch wenn sich dieser meinem beruflichen Verständnis entzog.

Die Traumerfahrungen unseres Patienten Tom waren mir nur aus Schwester Nancys Erzählungen bekannt gewesen. Persönlich von ihnen überzeugt hatte ich mich nicht und konnte sie deshalb auch nicht bestätigen. Ganz anders bei Mary: Ich hatte selbst miterlebt, wie zuversichtlich und unbeschwert sie ihrem Lebensende nun entgegensah. Und so unerklärlich mir diese Erfahrung auch war, hätte ich sie doch beim besten Willen nicht bestreiten können.

Ich beobachtete Mary voller Ehrfurcht, genau wie ihre vier Kinder. An die Stelle ihrer ursprünglichen Verwirrung war inzwischen eine Vielzahl von Emotionen getreten, nicht zuletzt die Erleichterung, ihre Mutter so heiter und gelassen zu sehen. Mary brauchte sie nicht, ebenso wenig, wie sie darauf angewiesen war, dass ich etwas tat, eine Entscheidung traf oder etwas sagte, was ihre letzten Momente hätte verändern können. Nein, Mary erschloss sich eine innere Ressource, von der wir gar nicht gewusst hatten, dass sie ihr zur Verfügung stand. Ein großartiges Gefühl der Dankbarkeit und Ruhe überkam uns.

Als Marys Schwester am nächsten Tag aus der Stadt zu Besuch kam, konnte sie das Rätsel lösen, vor dem wir standen: Lange bevor ihr erstes Kind auf die Welt kam, hatte Mary eine Totgeburt gehabt, einen Jungen, den sie Danny nannte. Ihre Trauer um den Verlust war unermesslich, da sie aber nie darüber sprach, hatten ihre anderen vier Kinder nie von Dan-

ny erfahren. Doch in diesem Moment, in dem ihr Tod unmittelbar bevorstand, schien sich etwas in Mary so an das Erlebnis jener Geburt zu erinnern, dass es sie mit Wärme und Liebe erfüllte und sie nach all der Zeit vielleicht sogar ein wenig für ihren schweren Verlust entschädigte. An der Schwelle zum Tod konnte sie sich mit dem Trauma versöhnen. Wie deutlich zu spüren war, hatte sie sich mit diesem Aspekt ihrer Vergangenheit arrangiert und sah jetzt sogar irgendwie jünger aus. Gegen Marys körperliche Leiden war kein Kraut gewachsen. Ihre seelischen Wunden aber heilten allem Anschein nach ab. Kurz nach der geschilderten Episode starb Mary einen friedlichen Tod. Nicht aber, ohne mein Verständnis von einem »friedlichen Tod« ein für alle Mal zu verändern. Dem Prozess ihres Sterbens haftete etwas an, das nicht nur von therapeutischer Bedeutung war, sondern auch ganz autonom ablief, völlig unabhängig von den Bemühungen ihrer Pfleger – auch denen ihres Arztes.

Dass ich mich heute um Patienten kümmere, die seelisch mindestens genauso viel Unterstützung brauchen wie medizinisch, entbehrt nicht einer gewissen Ironie. Denn während meiner gesamten Studienzeit hatte ich eine tiefe Abneigung gegen die nicht körperlichen Aspekte des Sterbens empfunden. Und die rührte daher, dass ich bereits als Kind einen Elternteil verloren hatte.

Zum letzten Mal habe ich meinen Vater mit zwölf gesehen. Ich weiß noch: Meine Mutter ging raus, um mit meinem Onkel zu sprechen, und ich blieb mit meinem Dad in seinem Krankenzimmer allein. Mit einem Mal griff er nach den Knöpfen meiner Jacke und fing an, daran herumzufummeln.