**Die fünf Sterbephasen eines Menschen (nach E. Kübler-Ross)**

# Phase 1

Sie war eine achtundzwanzigjährige Katholikin, Mutter zweier noch nicht schulpflichtiger Kinder, und wurde mit einer bösartigen Lebererkrankung eingeliefert; nur überaus genaue Diät und tägliche Laboratoriumsuntersuchungen konnten sie noch am Leben erhalten.

Zwei Tage, bevor sie in die Klinik kam, erfuhr sie die Diagnose ihrer unheilbaren Krankheit. Nach Auskunft der Familie "spielte sie verrückt", bis sich eine Nachbarin ihrer annahm und ihr versicherte, dass es doch immer noch Hoffnung gäbe. Sie riet ihr, zu einem Gesundbeter zu gehen, doch ihr Priester, den sie um Rat fragte, untersagte es ihr.

Trotzdem suchte sie am nächsten Tag den Gesundbeter auf und "fühlte sich sofort wunderbar", wie sie sagte. Ihre Schwiegermutter fand sie am Tage darauf in einer Art Trancezustand auf; der Ehemann ging seiner Arbeit nach, die beiden kleinen Kinder wurden nicht versorgt. Ehemann und Schwiegermutter brachten Frau K. ins Krankenhaus, verschwanden aber wieder, ehe der Arzt mit ihnen sprechen konnte.

Die Patientin fragte sofort nach dem Kaplan des Krankenhauses, um ihm die „frohe Botschaft" zu überbringen. Als er ins Zimmer trat, begrüßte sie ihn mit überschwänglicher Begeisterung: "Herr Pfarrer, es war so wunderbar. Mir ist geholfen worden. Ich werde den Ärzten jetzt zeigen, dass Gott mich heilt. Es geht mir jetzt schon gut." Sie bedauerte, "dass nicht einmal meine eigene Kirche versteht, wie Gott wirkt", da man ihr ja nicht erlaubt habe, zum Gesundbeter zu gehen.

Die Patientin war schwierig zu behandeln, weil sie ihre Krankheit zu leugnen versuchte und sich nicht an die Diät hielt. Gelegentlich stopfte sie sich so voll, dass sie in eine Art Koma fiel; dann wieder hielt sie sich gehorsam an die Vorschriften. Eben wegen dieser Unzuverlässigkeit rief man den Psychiater zu Hilfe.

Als wir die Patientin zum erstenmal aufsuchten, war sie erstaunlich lustig, lachte und kicherte und versicherte uns, es gehe ihr ausgezeichnet. Sie machte Besuche in anderen Krankenzimmern und versuchte, Geld zu einem Geschenk für einen Arzt zu sammeln, in den sie unbegrenztes Vertrauen setzte - was ja immerhin darauf schließen ließ, dass sie sich doch der Einsicht in ihren wahren Zustand nicht ganz entziehen konnte. Aber ihr Glaube an ihr gutes Befinden schien unerschütterlich, und sie verlangte, dass man ihn bestätigte; da sie sich weder an Diät noch an Medikamente hielt, "benahm sie sich nicht wie eine Patientin". Wir unterhielten uns mit ihrem Mann, der einen sehr einfachen und gefühlsarmen Eindruck machte und tatsächlich anzunehmen schien, es sei für seine Frau besser, wenn sie die kurze Frist ihres Lebens zu Hause mit ihren kleinen Kinder verbringen könnte, statt im Krankenhaus nur noch länger gequält zu werden, bei wachsenden finanziellen Kosten und Aufregungen durch das Auf und Ab ihres Zustandes. Er zeigte wenig Mitgefühl mit seiner Frau und verstand es, seine Gefühle säuberlich aus seinen Überlegungen auszuklammern. Nach seiner Meinung, die er kurz und bündig darlegte, sei kein geregeltes Zuhause möglich, da er arbeiten müsse und die Kinder anderswo versorgt werden sollten. Als wir ihm zuhörten und uns an seine Stelle zu versetzen versuchten, wurde uns klar, dass er mit dieser Situation nur auf diese unpersönliche Art fertig werden konnte. Wir hofften vergeblich, sein Mitgefühl für seine Frau zu wecken. Seine Anteilnahme hätte ihr wahrscheinlich geholfen, die ausweichende Haltung fallenzulassen, so dass sie wirksamer zu behandeln gewesen wäre. Der Mann verließ die Klinik, als habe er eine unangenehme Pflicht erledigt, und war offenbar nicht imstande, sein Verhalten zu ändern.

# Phase 2

Auf unsere erste Reaktion "Nein, nein, mit mir kann es nichts zu tun haben!" folgt die zweite, in der uns aufgeht: "0 doch, es betrifft mich, ich bin es selbst." Zum Glück oder Unglück sind nur wenige Patienten imstande, bis zu ihrem Tode die Illusion von Gesundheit und Wohlbefinden aufrechtzuerhalten. Auf das Nichtwahrhaben wollen folgen meistens Zorn, Groll, Wut, Neid. Dahinter steht die Frage: "Warum denn gerade ich?"

In dieser Phase haben es die Familien und das Krankenhauspersonal sehr schwer mit dem Kranken, denn sein Zorn ergießt sich ohne sichtbaren Anlass in alle Richtungen: Die Ärzte taugen einfach nichts, sie wissen nicht, welche Untersuchungen sie vornehmen und welche Diät sie verschreiben sollen; sie halten die Patienten im Krankenhaus fest und nehmen keine Rücksicht auf Sonderwünsche; sie lassen es zu, dass man einen hinfälligen Zimmergenossen bekommt, obwohl man so viel Geld für ein klein wenig Ruhe und Ungestörtheit ausgibt - und so geht es weiter. Die Schwestern werden erst recht zum Ziel des Zorns; was sie nur anfassen, ist falsch. Sobald sie das Zimmer verlassen haben, schrillt die Klingel schon wieder; das Signallicht flammt gerade dann auf, wenn die Schwester ihre Freizeit antreten und ihrer Nachfolgerin noch ein paar Instruktionen übermitteln will. Will sie die Kissen aufschütteln und die Laken glatt streichen, heißt es, dass sie aber auch niemals Ruhe gibt; lässt sie den Kranken allein, wird sie sofort wieder alarmiert: das Bett soll gemacht werden ...

Die Besuche der Familie, ohne Vorfreude und Begeisterung entgegengenommen, werden zu einem Alpdruck, auf den die Angehörigen mit Tränen, mit Schuld- und Schamgefühlen reagieren, den sie nach Möglichkeit vermeiden, so dass sie Unbehagen und Groll des Patienten noch vermehren.

# Phase 3

Die dritte, meist nur flüchtige Phase ist weniger bekannt, für den Patienten aber oft sehr hilfreich. Wenn wir in der ersten nicht imstande sind, die Tatsachen anzuerkennen, und in der zweiten mit Gott und der Welt hadern, versuchen wir in der dritten vielleicht, das Unvermeidliche durch eine Art Handel hinauszuschieben: "Wenn Gott beschlossen hat, uns Menschen von der Erde zu nehmen, und all mein zorniges Flehen ihn nicht umstimmen kann - vielleicht gewährt er mir eine freundliche Bitte." Jeder von uns kennt ja die Reaktion von Kindern, die erst fordern, dann artig bitten. Unser "Nein" quittieren sie mit Auflehnung, mit Füßestampfen und Einschließen im eigenen Zimmer -jedenfalls lehnen sie uns vorübergehend ab. Dann aber kommt die Besinnung - ob man es nicht auf andere Weise versuchen sollte? Das Kind taucht wieder auf, übernimmt freiwillig Arbeiten, zu denen wir es unter normalen Umständen nie bewegen können, und schlägt schließlich vor: "Wenn ich die ganze Woche artig bin und jeden Abend das Geschirr spüle - darf ich dann?" Natürlich besteht die Aussicht, dass wir auf den Handel eingehen, das Kind erhält, was wir zunächst verweigert hatten.

Der todkranke Patient wendet dieselbe Taktik an und hofft, für sein Wohlverhalten belohnt zu werden. Sein Hauptwunsch ist fast immer eine längere Lebensspanne, dann aber auch ein paar Tage ohne Schmerzen und Beschwerden.

Eine andere Patientin war wegen unerträglicher Schmerzen und Beschwerden auf schmerzstillende Spritzen angewiesen und deshalb an die Klinik gebunden. Trotz ihrer Krankheit bereitete einer ihrer Söhne auf ihren Wunsch seine Hochzeit vor, und sie bangte darum, diesen Tag trotz allem miterleben zu dürfen. Unseren vereinten Bemühungen gelang es, ihr so viel Selbsthypnose beizubringen, daß sie einige Stunden einigermaßen schmerzfrei überstehen konnte, und am Tage vorher verließ sie tatsächlich die Klinik, eine elegante, strahlende Frau, "der glücklichste Mensch der Welt", dem man den wahren Zustand nicht anmerkte. Ich fragte mich, was sie wohl hinterher sagen würde, nach dem Tag, um den sie so gefeilscht hatte. Ich werde den Augenblick nicht vergessen, an dem sie wieder in der Klinik eintraf, etwas müde und erschöpft. Bevor ich ein Wort hervorbrachte, rief sie schon: "Denken Sie daran: Ich habe noch einen Sohn!"

Im Grunde feilscht der Patient immer um einen Aufschub, verspricht Wohlverhalten und setzt selbst eine Frist, nach der er - wie er verspricht - nichts mehr erbitten will. Und doch hat keiner unserer Patienten "sein Versprechen gehalten".

## Phase 4

Wenn der Todkranke seine Krankheit nicht länger verleugnen kann, wenn neue Eingriffe, neuer Krankenhausaufenthalt notwendig werden, wenn immer neue Symptome auftreten und er schwächer und elender wird, dann kann er seinen Zustand nicht immer mit einem Lächeln abtun. Erstarrung, Zorn und Wut weichen bald dem Gefühl eines schrecklichen Verlustes. Das Verlorene hat viele Facetten: Die Patientin mit Brustkrebs grämt sich über das veränderte Äußere, die Patientin mit Uteruskrebs fühlt sich vielleicht nicht mehr als Frau. Unsere Opernsängerin reagierte mit Schock und tiefster Verzweiflung auf die Aussicht, dass ihr Gesicht unvermeidlich entstellt würde. Und doch war auch das nur einer der Verluste, die jeder Patient in solcher Lage hinnehmen muss. Behandlungen und Krankenhausaufenthalt führen zu großer finanzieller Belastung; oft fallen erst die kleinen Extrafreuden fort, dann auch notwendige Dinge. Die ungeheuren Kosten haben in den vergangenen Jahren viele Patienten gezwungen, alles zu verkaufen, die Kinder von der höheren Schule zu nehmen. Oft verliert der Patient den Arbeitsplatz, weil er ihn nicht mehr ausfüllen kann oder zu viele Tage versäumt. Dann müssen Mütter und Ehefrauen die Familie ernähren, gleichgültig, welche Folgen ihre berufliche Tätigkeit für das Familienleben hat. Ist die Mutter selbst krank und müssen die Kinder anderswo untergebracht werden, dann trägt das zum Kummer und zum Schuldgefühl der Patientin wesentlich bei. Alle diese Ursachen der Depressionen kennt jeder, der mit Kranken zu tun hat-, doch wir vergessen zu leicht, dass sich der Patient ja außerdem mit dem großen Schmerz der Vorbereitung auf seinen endgültigen Abschied von der Welt auseinandersetzen muss. Man könnte sagen, dass die erste Art der Depression reaktiv, die zweite sozusagen vorbereitend ist und beide sind so verschieden, dass sie auch ganz unterschiedlich behandelt werden müssen.

Mit etwas Einfühlungsvermögen erkennt man die Ursachen der Verzweiflung und kann unrealistische Scham- und Schuldgefühle, wie sie oft die erste Folge der Depression begleiten, verständnisvoll mildern. Dabei hilft etwa ein Kompliment für die Patientin, die sich nach einem Eingriff nicht mehr als Frau fühlt, oder der Hinweis auf die Möglichkeiten, die Brustoperation zu verdecken. Psychiater, Fürsorger und Geistliche sollten dem Ehemann klarmachen, wie viel er zum Selbstbewusstsein der Patientin beitragen kann. Große Hilfe bedeutet es auch, wenn sich jemand um die Umstellung des Haushalts kümmert, vor allem dann, wenn Kinder oder hilflose alte Leute versorgt werden müssen. Wir stellen immer wieder fest, wie rasch sich die Depression der Patienten bessert, wenn solche lebenswichtigen Fragen gelöst werden können.

## Phase 5

Wenn der Kranke Zeit genug hat und nicht plötzlich stirbt, wenn er Hilfe zur Überwindung der ersten Phasen fand, erreicht er ein Stadium, in dem er sein "Schicksal" nicht mehr niedergeschlagen oder zornig hinnimmt. Er hat seine Emotionen aussprechen dürfen, Neid auf die Lebenden und Gesunden, Zorn auf alle, die ihren Tod nicht so nahe vor sich sehen. Er hat den drohenden Verlust so vieler geliebter Menschen und Orte betrauert, und nun sieht er seinem Ende mit mehr oder weniger ruhiger Erwartung entgegen. Er ist müde, meistens sehr schwach und hat das Bedürfnis, oft und in kurzen Intervallen zu dösen oder zu schlafen.

Die Phase der Einwilligung darf nicht als ein glücklicher Zustand verstanden werden: Sie ist fast frei von Gefühlen. Der Schmerz scheint vergangen, der Kampf ist vorbei, nun kommt die Zeit der letzten Ruhe vor der langen Reise", wie es ein Patient ausdrückte. In dieser Periode braucht die Familie meistens mehr Hilfe, Unterstützung und Verständnis als der Patient selbst. Er hat ein gewisses Maß von Frieden und Einverständnis erreicht, und nun verengt sich sein Interessenkreis immer mehr; er möchte in Ruhe gelassen und wenigstens nicht durch Nachrichten und Probleme der Außenwelt aufgestört werden. Besucher sind oft nicht willkommen und treffen den Kranken in wenig gesprächiger Stimmung. Der Fernsehapparat schweigt. Unsere Kommunikation beschränkt sich mehr auf Gesten als auf Worte, oft ist es nur eine Handbewegung, die zum Bleiben auffordert. Der Kranke hält unsere Hand und bittet schweigend, bei ihm zu sitzen. Solche Augenblicke des Schweigens können für Menschen, die sich in der Gegenwart Sterbender nicht unbehaglich fühlen, zur sinnvollsten Art der Kommunikation werden. Vielleicht horchen wir gemeinsam auf einen singenden Vogel. Unsere Anwesenheit sagt dem Kranken, dass wir ihm bis zum Ende zur Verfügung stehen werden. Er soll wissen, dass er nicht zu reden braucht, wenn alle wichtigen Angelegenheiten erörtert und geregelt sind und es nur noch eine Frage der Zeit ist, bis sich seine Augen für immer schließen. Er erkennt beruhigt, dass er nicht alleingelassen wird, auch wenn er nicht mehr spricht; sein Blick, ein Zurücksinken in die Kissen sagen oft mehr als alle "lauten" Worte.

Für solche Visiten ist die Abendstunde besonders günstig, wenn die Krankenhausroutine abebbt und für den Patienten wie für den Arzt der Tag zu Ende geht. Der Arzt braucht nicht zu befürchten, dass dieser fast schon private Augenblick am Krankenbett unterbrochen wird. Der Besuch darf kurz sein, denn der Trost für den Patienten liegt vor allem in dem Gefühl, dass er nicht vergessen wird, obwohl man medizinisch kaum noch etwas für ihn tun kann. Der Besucher selbst erkennt, dass das Sterben nicht so entsetzlich ist, wie alle Menschen glauben, die seinem Anblick möglichst aus dem Wege gehen.

Die wenigen Patienten, die bis zum Schluss kämpfen und sich so an die Hoffnung klammern, dass sie kaum die Phase der Zustimmung erreichen, sagen dann eines Tages: "Ich kann einfach nicht mehr." In diesem Augenblick ist der Kampf beendet; je mehr sie sich bemüht haben, dem unvermeidlichen Tod zu entkommen, um so mehr haben sie sich die endgültige Akzeptierung in Frieden und Würde erschwert. Vermutlich halten aber die Familie und die Umgebung im Krankenhaus gerade diese Patienten für besonders zäh und stark und geben zu verstehen, dass sie die Bereitschaft zum Sterben für feige Ergebung halten, für eine Art Betrug, für die Ablehnung der Angehörigen.

Wir haben zwei Wege gefunden, dieses Stadium leichter zu erreichen. Es gibt Patienten, die mit wenig oder keiner Hilfe der Umgebung - es sei denn schweigendes Verständnis ohne Intervention - dahin gelangen: Es sind die älteren Kranken, die sich am Ende des Lebens wissen, die gearbeitet und gelitten, Kinder aufgezogen und alle Aufgaben erfüllt haben; sie erkennen einen Sinn in ihrem Leben und blicken befriedigt auf die Jahre der Arbeit zurück.

Weniger Glückliche können eine ähnliche Phase im Körperlichen und Seelischen erreichen, wenn sie genügend Zeit zur Vorbereitung auf den Tod finden. Sie werden mehr auf Hilfe und Verständnis ihrer Umgebung angewiesen sein, während sie sich durch die einzelnen Phasen hindurchkämpfen. Wir haben aber doch die meisten Patienten im Stadium der Zustimmung und ohne Angst und Verzweiflung sterben sehen.

|  |  |
| --- | --- |
| **Phase** | Gefühle / Verhalten |
| **Phase 1** |  |
| **Phase 2** |  |
| **Phase 3** |  |
| **Phase 4** |  |
| **Phase 5** |  |