Grenzgebiete der Wissenschaft 65 (2016) 4, 303 – 319 © Resch Verlag, Innsbruck

SIMON PENG-KELLER

VISIONÄRES ERLEBEN IN TODESNÄHE

Phänomenologische und hermeneutische Annäherungen[1]

Simon Peng-Keller, geb. 1969 in Chur, Professor für Spiritual Care an der Theologischen Fakultät der Universität Zürich; seit 2004 Dozent für Theologie des geistlichen Lebens an der Theologischen Hochschule Chur. Studium, Promotion und Habilitation in katholischer Theologie mit Schwerpunkt Fundamentaltheologie und Theologie der Spiritualität an der Theologischen Fakultät der Universität Freiburg / Schweiz. Mitherausgeber der Zeitschrift *Spiritual Care* und der Buchreihe *Studies in Spiritual Care* (De Gruyter). Forschungsschwerpunkte: Interprofessionelle Spiritual Care und Seelsorge, interdisziplinäre Vertrauensforschung, Gebet und Kontemplation.

Dass sich in Todesnähe ein intensives Bilderleben einstellen kann, ist ein seit der Antike durchgängig bezeugtes Phänomen. Oft handelt es sich um tröstliche Inhalte, doch auch von verstörendem Erleben wird berichtet. Das Wissen über unterschiedliche Formen visionären Erlebens in Todesnähe hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Es ist jedoch fragmentiert und auf unterschiedliche Forschungsbereiche verteilt, die sich jeweils nur mit einem Ausschnitt des Spektrums relevanter Phänomene beschäftigen. Dass visionäres Erleben in Todesnähe zu unterscheidende Erlebnisformen kennt, kam ebenso selten in den Blick wie die Vielfalt der Erlebnisinhalte. Vor dem Hintergrund dieser defizitären Forschungslage nähert sich der vorliegende Beitrag den fraglichen Phänomenen von zwei Seiten an: Auf der Grundlage jüngerer Studien soll zunächst das Erlebnisspektrum als Ganzes in den Blick genommen werden, um sowohl die Eigentümlichkeiten der einzelnen Formen als auch die Übergänge und Verschränkungen zwischen ihnen auszuloten. Danach wende ich mich einem ausführlicheren Erfahrungsbericht zu, der sich gegenüber gängigen Vorstellungen sperrig verhält und gerade deshalb aufschlussreich ist.

[1] Der vorliegende Beitrag basiert auf den Ergebnissen eines vom Schweizer Nationalfonds geförderten Forschungsprojekts, das zwischen 2013 und 2015 im Rahmen des Nationalen Forschungsschwerpunkts Lebensende (NFP 67) durchgeführt wurde. Das Projekt untersuchte das in Todesnähe auftretende visionäre Erleben hinsichtlich seiner Bedeutung für die Betroffenen selbst und für ihre spirituelle Begleitung. Eine ausführliche Darstellung des hier überblickhaft Dargestellten findet sich in: S. Peng-Keller, Sinnereignisse in Todesnähe (2017).

1 Das Spektrum visionären Erlebens in Todesnähe

Visionäres Erleben in Todesnähe tritt in mehreren Formen auf, die sich deutlich voneinander abheben. Zu unterscheiden ist zunächst zwischen finaler und episodischer Todesnähe bzw. zwischen jenen Erlebnisformen, die von *Sterbenden* berichtet werden, und solchen, die Menschen beschreiben, die sich *vorübergehend* in akuter Todesnähe befanden. Typisch für visionäres Erleben von Sterbenden sind *Traum-* und *Wachvisionen*. Die Erlebnisformen, die in episodischer Todesnähe auftreten, umfassen zum einen *Nahtoderfahrungen*, zum anderen das sogenannte *oneiroide Erleben*, das Menschen in komatösen Zuständen begegnet. Gemeinsam ist den vier genannten Erlebnisformen, dass sie mit einem besonderen Wirklichkeitsakzent verknüpft sind, der sie von gewöhnlichen Nacht- und Tagträumen unterscheidet. Das Erlebte erscheint als *hyperreal*. Wie zu zeigen sein wird, gibt es zwischen den genannten Phänomenen viele Überschneidungen. So berichten gelegentlich auch Sterbende von visionären Erlebnissen, die eher Nahtoderfahrungen oder oneiroiden Erlebnissen gleichen als den typischen Traum- und Wachvisionen. Im Folgenden sollen die typischen Merkmale der genannten Formen herausgearbeitet und der Forschungsstand zu ihnen resümiert werden.

Traum- und Wachvisionen

Seit William Barretts bahnbrechender Studie, die 1926 posthum publiziert wurde, konzentriert sich die Diskussion um besondere Lebensendphänomene auf sogenannte „Sterbebettvisionen“. Diese seit bald einem Jahrhundert eingespielte Fokussierung blendet manches aus. Sie lässt übersehen, dass sich visionäres Erleben nicht erst auf dem Sterbebett einstellt, sondern oft schon sehr viel früher. Zudem verdeckt diese Eingrenzung, dass visionäres Erleben weit häufiger im Schlaf als im Wachbewusstsein auftritt. In einer Studie von Christopher W. Kerr und Kollegen zum visionären Erleben von Hospizpatienten handelte es sich bei 45,3% der berichteten Fälle um Traumvisionen und nur bei 15,7% um reine Wachvisionen.[2] Dass in 39,1% der berichteten Ereignisse die Befragten *während* ihres visionären Erlebens erwachten und es im Wachzustand fortdauerte, dokumentiert den fließenden Übergang zwischen den beiden Formen visionären Erlebens am Lebensende. Ebenso fließend ist nach den zitierten Berichten der Übergang zum nicht-visionären Traumerleben.

[2] Ch. Kerr et al.: End-of-Life Dreams and Visions (2014).

Entgegen der allgemeinen Wahrnehmung treten Traum- und Wachvisionen am Lebensende in erstaunlicher Häufigkeit auf. In der Untersuchung von Kerr berichteten 88,1% der befragten Hospizpatienten von solchen Erlebnissen, wobei 60% als tröstlich, 19% als angsterregend und 21% als gleichzeitig tröstlich und angsterregend beschrieben wurden. Berücksichtigt man, dass solches Erleben kurz vor dem Tod zunimmt und damit in eine Zeitspanne fällt, in der viele Betroffene nicht mehr verbal zu kommunizieren vermögen, was ihnen widerfährt, dürfte die Zahl noch höher sein. Das widerspricht der verbreiteten Sicht, es handle sich hierbei um marginale und für die klinische Praxis vernachlässigbare Phänomene.

Im Unterschied zu typischen Nahtoderfahrungen beinhalten die Traum- und Wachvisionen von Sterbenden meist nicht das Erleben einer (Jenseits-)Reise. Typisch ist vielmehr das Motiv der „Visitation" in Gestalt von nahestehenden Menschen, die ihnen erscheinen und ihnen etwas mitteilen. Nach der Studie von Kerr und Kollegen finden sich solche Erscheinungen in 46% der Berichte. Cheryl L. Nosek, welche die in dieser Studie erhobenen Daten zusammen mit Kerr und weiteren Forschenden qualitativ untersuchte, unterscheidet zwischen sechs sich teilweise überschneidenden Hauptthemen:[3]

1. Tröstliche Präsenz
2. Vorbereitung für den Aufbruch
3. Kommunikation mit Verstorbenen
4. Erwartetwerden von Verstorbenen
5. Wiedererleben von traumatischen Erfahrungen
6. Unabgeschlossene Aufgaben

In dem unten zitierten Beispiel werden uns einige dieser Themen wiederbegegnen.

Nahtoderfahrungen

Auch Nahtoderfahrungen sind häufiger, als man es vermuten könnte. Nach der zuverlässigen Studie, die der Religionssoziologe Hubert Knoblauch gegen Ende der 90er-Jahre zusammen mit einem Konstanzer Forschungsteam durchführte, haben über 4% der Bevölkerung Deutschlands schon einmal eine solche Erfahrung gemacht.[4] Das entspricht einer Gesamtzahl von etwa 3,3 Millionen Deutschen. Die Konstanzer Studie belegte nicht nur die Verbreitung solcher Erfahrungen, die durch die Entwicklungen innerhalb der Medizin

[3] Ch. L. Nosek et al.: End-of-Life Dreams and Visions (2015), S. 271f.
[4] H. Knoblauch: Diesseits des Todes (2014).

noch zunehmen dürfte, sondern auch ihre in der Nahtoderfahrungsforschung bisher nur unzureichend wahrgenommene formale und inhaltliche Vielfalt. Damit korrigierte das Konstanzer Forschungsteam die Annahme einer feststehenden Sequenz des Erlebens, die seit RAYMOND MOODY die Nahtoderfahrungsforschung dominiert. Die faktische Heterogenität von Nahtoderfahrungen wird durch die Annahme einer solchen Standarderfahrung verschleiert. Die deutsche Studie belegt ebenso, dass Nahtoderfahrungen keineswegs immer beglückend sind. Sie können auch Ängste wecken und verwirren. So berichteten 28,6% der befragten Westdeutschen und 60% der Ostdeutschen davon, während ihrer Erfahrung ein schreckliches Gefühl gehabt zu haben. Die Vorstellung, man könne Nahtoderfahrungen ohne Schwierigkeiten in positive und negative, belastende und weniger belastende Varianten einteilen, ist allerdings ebenso fraglich wie die wertende Unterscheidung zwischen „tiefen" und „oberflächlichen" Erlebnissen, wie sie PIM VAN LOMMEL und andere vornehmen.[5] Zahlreiche Erfahrungsberichte belegen, dass die Auswirkungen von Nahtoderfahrungen selbst dann belastend sein können, wenn sie mit starken Glücksgefühlen verbunden waren. Viele Erlebnisse sind zudem in inhaltlicher und emotionaler Hinsicht äußerst komplex, wozu auch die Verflechtung von Erleben und spontaner Deutung beiträgt. Wie das visionär Geschaute erlebt und verarbeitet wird, hängt nicht zuletzt von den zur Verfügung stehenden Deutungsmöglichkeiten ab. Je nach Optik treten im Erleben selbst oder in der Erinnerung daran andere Akzente hervor. Trotz dieser Vielfalt ist es sinnvoll, Nahtoderfahrungen als einen eingrenzbaren visionären Erfahrungstypus zu betrachten. Er lässt sich durch die folgenden Merkmale charakterisieren, die in unterschiedlicher Ausprägung auftreten können:

1. *Bewusstsein der Todesnähe*: in reflexiver Gestalt („ich sterbe") oder symbolischer Vermittlung (offene Tür, Grenzzone etc.).
2. *Starker Wirklichkeitsakzent*: das visionär Erlebte hat einen hyperrealen Charakter, d.h. es scheint wirklicher zu sein als die Wirklichkeit alltäglichen Lebens.
3. *Bruch mit der Alltagswelt*: im Unterschied zu Schlaf- und Traumvisionen in Todesnähe werden die Betroffenen entweder schlagartig oder in einem mit einer Außerkörperlichkeitserfahrung verbundenen Prozess an einen anderen Ort versetzt, der als außeralltägliche „Sinnprovinz"[6] beschrieben werden kann.

[5] P. VAN LOMMEL: Endloses Bewusstsein (2011), S. 43f.
[6] Zu dieser von Alfred Schütz geprägten Metapher vgl. H. KNOBLAUCH/B. SCHNETTLER/H.-G. SOEFFNER: Die Sinnprovinz des Jenseits (1999), S. 274f.

4. *Luzidität des Bewusstseins*: die Denk- und Erinnerungsfähigkeit während des Erlebens werden intensiviert.
5. *Kontinuität des Ichs und seiner Handlungsmöglichkeiten*: die Betroffenen reflektieren und entscheiden bzw. werden vor Entscheidungen gestellt.
6. *Emotionale Tiefe und Intensität*: das Gefühl, etwas Außergewöhnliches und Wichtiges zu erleben.
7. *Hochgradige Erinnerbarkeit (Hypermnesie)*: Erfahrungen, die Jahrzehnte zurückliegen, können in der Regel noch in allen Details erinnert werden.

Wie gleich zu zeigen sein wird, finden sich einige dieser Merkmale auch beim oneiroiden Erleben. Die inhaltlichen Parallelen und Unterschiede im Vergleich zum visionären Erleben am Lebensende lassen sich im Anschluss an Nosek folgendermaßen darstellen:

Traum- und Wachvisionen am Lebensende	**Nahtoderfahrungen**
1. Vorbereitung für den Aufbruch	1. Reise in andere Wirklichkeit
2. Erscheinung von Verstorbenen am Sterbeort	2. Begegnung mit Verstorbenen an einem anderen Ort
3. Wiedererleben von Schlüsselereignissen	3. Lebensrückblick
4. Unabgeschlossene Aufgaben	4. Wahrnehmen von noch zu erfüllenden Aufgaben

Oneiroides Erleben

Das oneiroide[7] Erleben, das in komatösen Zuständen auftritt, wurde 1924 vom deutschen Psychiater Wilhelm Mayer-Gross erstmals beschrieben[8] und in den letzten Jahrzehnten besonders durch Michael Schmidt-Degenhard[9] empirisch erforscht. Die medizinische und pflegewissenschaftliche Fachliteratur der Gegenwart schenkt dieser Erlebnisform als solcher bislang nur wenig Aufmerksamkeit. Als delirantes Moment des (Post-)Intensive-Care-Unit-Syndroms wird zwar die Phase der Verwirrtheit thematisiert, die meist auf das oneiroide Erleben folgt. Für ein angemessenes Verständnis des Phänomens ist es jedoch entscheidend, es nicht mit seinen unmittelbaren Nachwirkungen zu identifizieren. Wie in Nahtoderfahrungen kommt es im oneiroiden Erleben zum radikalen Bruch mit der Alltagswelt. Doch erscheint die visionäre Welt nicht als

[7] Von griech. *oneiroi* = Träume.
[8] W. Mayer-Gross: Selbstschilderungen der Verwirrtheit (1924).
[9] M. Schmidt-Degenhard: Die Wirklichkeit des Imaginären (2014).

jenseitige Wirklichkeit, sondern als merkwürdig verändertes Diesseits. Aus der Betroffenenperspektive wird die oneiroide Welt gerade *nicht* als Traum erlebt, der sich nach dem Erwachen schnell auflöst, sondern als Wirklichkeit, die sich nach dem Auftauchen aus dem komatösen Zustand nur schwer mit der intersubjektiven Alltagswelt vereinbaren lässt.

Trotz der Nähe zum Traum und zu anderen visionären Erlebnisformen zeichnet sich oneiroides Erleben durch wiederkehrende Merkmale aus, die es rechtfertigen, es als besonderen visionären Erlebnisstil zu betrachten. In einigen Aspekten überschneiden sich diese Charakteristika mit jenen von Nahtoderfahrungen:

1. *Bruch mit der Alltagswelt*: Wie in Nahtoderfahrungen bewegen sich die Betroffenen in einer außeralltäglichen „Sinnprovinz". Der Austritt aus der Alltagswelt geschieht durch eine „Irrealisierung des Realen"[10]
2. *Starker Wirklichkeitsakzent und hohe Luzidität*: Das Erlebte erscheint als hyperreal und ist für die Erlebenden nicht von der intersubjektiven Wirklichkeit alltäglichen Lebens zu unterscheiden.
3. *Emotionale Intensität und Tiefe*: Die Betroffenen haben das Gefühl, etwas absolut Außergewöhnliches und außerordentlich Wichtiges zu erleben.
4. *Kontinuität des Ichs und seiner Handlungsmöglichkeiten*: Zum Erleben gehören auch Denk- und Entscheidungsprozesse sowie das Gefühl, bestimmte Aktivitäten auszuführen, weshalb das oneiroide Erleben als „Garant der Kontinuität des individuellen Bewusstseinsstroms"[11] betrachtet werden kann.
5. *Hochgradige Erinnerbarkeit (Hypermnesie)*: Erfahrungen, die Jahrzehnte zurückliegen, können in der Regel noch in allen Details erinnert werden.
6. *Weltliche Erlebnisinhalte*: Im Unterschied zu Nahtoderfahrungen handelt es sich vorwiegend um Erlebnisinhalte mit einem „mundanen, also welthaften Charakter".[12] Im oneiroiden Erleben gehen Menschen ebenfalls auf „Reisen", doch sind es meist keine Jenseitsreisen.
7. *Narrative Integration der klinischen Welt und des eigenen Krankheitserlebens*: Unbewusst wahrgenommene Elemente der Umgebung und der Krankheitssituation werden in symbolischer Verschlüsselung in die erlebte Geschichte eingebaut.

[10] Ebd., S. 169.
[11] Ebd., S. 172.
[12] M. Schmidt-Degenhard: Die oneiroide Erlebnisform (1992), S. 216.

8. *Komplexe und oft rätselhafte narrative Struktur*: Die Erlebenden sind oft in verwirrende abenteuerliche Geschichten verstrickt, die häufig, aber nicht immer einen alptraumartigen Zug haben.
9. *Fragmentarische Unabgeschlossenheit des Erlebten*: dramatische Ereignissequenzen brechen nicht selten vor ihrem Höhepunkt ab und lassen die Betroffenen ratlos und irritiert zurück.[13]

Während die ersten fünf Merkmale das oneiroide Erleben mit Nahtoderfahrungen verbinden, markieren die letzten vier deutliche Differenzen. Die bisher durchgeführten Studien weisen darauf hin, dass das oneiroide Erleben in komatösen Zuständen häufiger auftreten dürfte, als gemeinhin angenommen wird. In der von Tamara Anbeh durchgeführten Untersuchung berichteten 19 von 25 beatmeten Langzeitpatienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern von oneiroiden Erlebnissen.[14] Das sind 76% der Befragten. In der Studie von Birgit Roberts und Wendy Chaboyer waren es 74%.[15] Damit haben wir es mit einem zentralen Phänomen heutiger Intensivmedizin zu tun, das aufgrund seiner starken Nachwirkungen eine professionelle Begleitung erfordert.

Dass das oneiroide Erleben in der medizinischen Literatur nicht vom Delir unterschieden wird, ist problematisch. Sowohl aus psychopathologischer Perspektive[16] als auch von den Betroffenen selbst[17] lässt sich das oneiroide Erleben klar von deliranten Halluzinationen unterscheiden. Aufgrund ihrer Erlebnisintensität und der hochgradigen Erinnerbarkeit zeitigen oneiroide Erlebnisse viel stärkere Nachwirkungen als die flüchtigen Erlebnisse, die Menschen in einem deliranten Zustand machen. Dass in der medizinischen und pflegewissenschaftlichen Literatur diese Unterscheidung meist fehlt, dürfte nicht zuletzt damit zu tun haben, dass Mayer-Gross' Beitrag in der deutschsprachigen Literatur nur ansatzweise und in der englischsprachigen Medizin und Pflegewissenschaft nicht rezipiert wurde.

[13] W. Mayer-Gross, Selbstschilderungen der Verwirrtheit (1924), S. 113, bezeichnete dies als „Erlebnis des nicht erreichten Wendepunktes".
[14] T. Anbeh: Psychologische Aspekte einer Intensivstation (2002).
[15] B. Roberts / W. Chaboyer: Patients' dreams and unreal experiences following intensive care unit admission (2004).
[16] M. Schmidt-Degenhard: Die Wirklichkeit des Imaginären (2014).
[17] P. C. Claussen: Phänomenologie und Sinn oneiroiden Erlebens (2014).

Wahrnehmungsdefizite in Forschung, klinischer Praxis und medialer Öffentlichkeit

Die in den vorangehenden Abschnitten dargestellten Formen visionären Erlebens in Todesnähe werden sowohl in der Forschungsliteratur als auch in der klinischen Praxis und der medialen Öffentlichkeit in der Regel nur ausschnitthaft und teilweise verzerrt wahrgenommen. Zu nennen sind insbesondere die folgenden teilweise bereits erwähnten Wahrnehmungsdefizite:

1. Die bisherige Forschungsliteratur zu visionärem Erleben in Todesnähe verteilt sich auf verschiedene Forschungszweige, was die Integration der dabei gewonnenen Erkenntnisse erschwert.
2. Die Häufigkeit und Bedeutung solchen Erlebens wird allgemein unterschätzt. Es handelt sich nicht um marginale, sondern um sehr häufige Phänomene.
3. Traumvisionen in Todesnähe haben in den letzten Jahren nicht jene Aufmerksamkeit gefunden, die sie verdienen. Forschung und mediale Öffentlichkeit sind, was das Lebensende betrifft, tendenziell auf spektakuläre Phänomene fokussiert.
4. Visionäres Erleben im Wachzustand wird im klinischen Kontext oft vorschnell als (terminales) Delir klassifiziert, was dazu führt, dass diese Erlebnisform marginalisiert und tabuisiert wird.
5. Das Phänomen der Nahtoderfahrung zieht zwar seit Jahrzehnten die mediale Aufmerksamkeit auf sich. Doch leidet seine öffentliche und wissenschaftliche Wahrnehmung unter starken Stereotypisierungen und Ausblendungen. So wird die Heterogenität der Erlebnisse unterschätzt und belastenden Formen solchen Erlebens nur wenig Beachtung geschenkt.
6. Oneiroides Erleben wird in der klinischen Praxis nur unzureichend als solches erkannt. Wie Patienten mit solchem Erleben angemessen unterstützt werden können, wurde bisher noch kaum erforscht.
7. Die Diskussion um Nahtoderfahrung ist von der Frage nach der Erklärbarkeit dominiert. Die inhaltliche Qualität des Erlebten und seine Bedeutung für die Betroffenen selbst geraten dabei aus dem Blick.

Die hier aufgelisteten Wahrnehmungsdefizite beeinträchtigen nicht nur die Forschung, sondern sie bedeuten auch eine Belastung der Betroffenen, die oft ihre eigenen Wege suchen müssen, um das visionär Erlebte zu integrieren. Das Beispiel, das im folgenden Abschnitt zitiert wird, zeugt von einer

langjährigen Auseinandersetzung mit einem visionären Erleben, das sich nur schwer in die eben skizzierten Unterscheidungen fügt. Gerade deshalb ist es bedeutsam für die weitere Erforschung visionären Erlebens.

2 Erlebnisbericht

Das im Folgenden zitierte und analysierte Fallbeispiel steht im Rahmen des bereits genannten Forschungsprojektes (vgl. Fn. 1), das u.a. untersuchte, wie häufig Krankenhauseelsorger im Kontakt mit Sterbenden visionären Phänomenen begegnen und welche Bedeutung sie ihnen zumessen.[18] Ergänzend zu einer Fragebogenumfrage führten wir einige Stichproben-Interviews mit Betroffenen. In einigen Fällen erklärten sich diese bereit, ihre Erlebnisse selbst auch schriftlich aufzuzeichnen. So auch im vorliegenden Beispiel. Herr A., der bereits weit über 80 Jahre alt ist, zeichnete die Erlebnisse, die ihm in der Nacht auf Palmsonntag 2003 widerfuhren, gleich zweimal auf: Unmittelbar nach dem geschilderten Ereignis legte er sich noch auf dem Spitalbett ein Tagebuch an, in dem er das Erlebte nicht nur notierte, sondern auch – zusammen mit anderen Krankenhauserfahrungen – in farbigen Skizzen illustrierte und humorvoll kommentierte. Dass er zwölf Jahre später sein Erleben nochmals schriftlich zum Ausdruck brachte, war unserem Forschungsprojekt geschuldet. Anstatt seinen früheren Bericht abzutippen, verfasste er auf der Basis seiner Erinnerungen einen neuen. Ich zitiere im Folgenden zunächst diesen zweiten Bericht im Wortlaut. Die Gliederung wurde von Herrn A. selbst vorgenommen. Namensangaben wurden getilgt oder durch fiktive Abkürzungen ersetzt. Zur besseren Orientierung habe ich die visionären Erlebnisse in eckigen Klammern nummeriert.

Es war am Samstag vor dem Palmsonntag. Ich war während der Nacht aus dem Bett gefallen und am Nachttischchen mit dem Kiefer aufgeschlagen. Ich wurde ins nächste Spital gebracht. Außer einem gebrochenen Unterkiefer fand man nichts. Es war eine Ärztin, die dann nochmals das Gehirn mittels MRI ansehen wollte. Sie entdeckte nur einen Schatten im Hirnanhang und telefonierte mit dem diensttuenden Arzt in der Neurochirurgie. Zum Glück war dies PD Dr. M., bei dem die Alarmglocken klingelten. Er gab den Rat, mich mit dem Krankenwagen in die Neurologie des Universitätsspitals zu bringen. Nach einer eingehenden Untersuchung des Hirns stellte er einen Tumor in der Hypophyse fest, im sogenannten „Türkensattel“, und er entschloss sich zu einer sofortigen Operation. Adenom, 22 mm Durchmesser. Ich wurde am Samstag eingehend untersucht und auf die Operation vorbereitet. Nachdem ich ein Formular unterschrieben hatte, dass ich mich über eine solche Operation und ihre allfälligen

[18] Vgl. S. Peng-Keller: Lebensend-Phänomene im Arbeitsfeld klinischer Seelsorge (2016).

Folgen informiert habe und damit einverstanden sei, wurde ich in einen Raum gebracht, in dem ich mich ganz allein befand. Ringsum waren hochtechnische medizinische Apparate, viele Computer und Bildschirme. Ich war allein in diesem Raum und schlief bald ein.
[1] Bald einmal träumte ich, dass ich in einem Raum sei, in dem lauter Pelztiere sich tummelten. Die vielen technischen Apparate erhielten alle einen Pelzüberzug, auch die Wasserhähne waren bepelzt. Und die Pelze wurden immer dichter und ich hatte plötzlich das Gefühl, ich würde in diesen Pelzgebilden ersticken.
[2] Plötzlich sah ich an den großen hohen Fenstern des Raumes, wie schwarze Vögel – sie sahen aus wie Krähen – gegen die Fensterscheiben flogen, was jedes Mal ein starkes Geräusch zur Folge hatte. Einige Vögel setzten sich auf den Fenstersims und klopften mit ihren Schnäbeln gegen die Fensterscheiben. Es war, wie wenn sie mich rufen wollten.
[3] Und später hatte ich nochmals einen sonderbaren Traum. Mein Saal, in dem ich lag, muss in der Nähe des Helikopterlandeplatzes beim Unispital gelegen sein. Ich hörte, wie die Helis kamen, landeten und wieder starteten. Plötzlich stand ich auf diesem Platz. Es herrschte ein reges Treiben. Helikopter kamen, landeten, nahmen schwarzgekleidete Personen auf. Ich sah, dass sie Koffer hatten. Und ich erinnere mich noch, wie ich im Traum zu einem Uniformierten ging und ihn fragte, weshalb diese Reisenden Gepäck hätten. Auf dieser letzten Reise könne man doch kein Gepäck mitnehmen. Der Pilot schaute mich nur kurz an, sagte nichts und ging weg.
Ich weiß, dass ich weiterschlief. Es muss gegen Morgen des Palmsonntags gewesen sein, als ich nochmals träumte. [4] Ich hörte schöne Musik. Und ich sah in einen Tunnel, eine lange Röhre, in der alle Farben leuchteten. Weit hinten in der Röhre sah ich ein helles Licht durch eine kleine Öffnung eindringen, das die Farben überdeckte. Es kam eine große Ruhe und auch ein freudiges Gefühl über mich. Das ganze Bild erlosch langsam und es wurde dunkel.

In seinem ersten Bericht, den Herr A. unmittelbar nach seinem Erleben notierte und illustrierte, fehlen der Traum von den pelzigen Apparaten ebenso wie die Helikopter. Dafür ist von verwandten Motiven die Rede:

An einem wunderschönen Palmsonntag, es war der 13. April 2003, fand die Operation statt. An Vorbereitungen oder an die Operation selbst habe ich keine Erinnerung. Ich mag mich schwach an dunkle Träume erinnern, in denen der [2] Totenvogel und [5] ein kleines schwarzes Teufelchen vorkamen. In der Nacht zuvor war ich in einem Zimmer mit viel Computern und Überwachungsapparaten. Sie kamen mir aber eher als Totenfiguren vor. [6] Ich sah den Mann, der nicht spricht und immer nur über den Fluss fährt, von dem es keine Rückkehr gibt. [7] Auch andere Figuren sah ich, die mir alle so reisefertig vorkamen. Und dabei wollte ich gar nicht auf eine Reise.

Auf der diesen Notizen gegenüberliegenden Seite findet sich eine Zeichnung eines dreistufigen Fensters. In den oberen zwei Feldern erscheint der schwarze Vogel in vier Varianten, im untersten Feld sitzt ein gehörntes Männchen mit

ausgebreiteten Armen auf dem Fensterrahmen. Zuunterst steht der Kommentar: „Der Totenvogel und ein Tüfeli klopfen ans Fenster.“ Blättert man weiter, begegnet man der dunklen Zeichnung eines Fährmanns auf einem Boot, überschrieben mit: „Alles für die Reise bereit.“ Unterhalb der Zeichnung findet sich der Kommentar: „Wohin fährst Du, Fährmann? – Keine Antwort. Kann ich mitkommen? – Keine Antwort. Am Morgen beim Aufwachen erwiesen sich diese Figuren alle als Computer.“ Und daneben: „Ich denke, auf diese Reise geht man ohne Gepäck.“

Die Unterschiede springen ins Auge. Anders als man erwarten würde, enthält der spätere Bericht weit mehr Erinnerungen und fällt ausführlicher aus. Nur das Vogelmotiv, das im ersten Bericht als Todesbote gedeutet wird, findet sich in beiden Berichten. Allerdings erinnert der Mann, der nicht spricht und über den Fluss fährt, an den uniformierten Helikopterpilot im späteren Bericht, der ebenfalls nicht spricht. Die zum visionären Erleben selbst gehörende Reflexion, dass man auf diese Reise ohne Gepäck gehe, ist im Krankenhaustagebuch zwar nicht Teil des Berichts, doch taucht sie in der Illustration auf. Eindrücklich ist auch die Beschreibung der Aufwachphase, die im Krankenhaustagebuch ebenfalls in Wort und Bild dargestellt wird:

„Vielleicht den größten Schock meines Lebens erlebte ich, als ich nach der Operation die Augen aufschlug. Wo bin ich, fragte ich laut. Und irgendeiner sagte, dass ich in der Todeskapelle Nr. 7 sei. Dem sage man so. Der Lärm und die Hektik waren groß. Und dann bemerkte ich die vielen Schläuche und die Maske, unter der ich lag und die Tag und Nacht Sauerstoff zuführte. Und dann hätte ich Pipi machen sollen. Ich rief um Hilfe und erklärte das Problem. Wie denn? Einfach laufen lassen. Sie haben ein Rolls-Royce-Bett. Alles ist eingebaut. Und tatsächlich wurde nichts nass und nichts schmutzig. Ich konnte es nicht fassen. Wie spät ist es? Mittwoch, 14 Uhr. Irgendetwas begriff ich nicht. War ich wirklich auf einer langen Reise gewesen?“

Auf den folgenden Seiten finden sich Aufzeichnungen von weiteren teils skurrilen, teils dramatischen Erlebnissen aus der Welt des Krankenhauses, die insgesamt irreal wirken.

In einem längeren Brief, den er uns als Antwort auf verschiedene Rückfragen schrieb, präzisierte Herr A. einige Aspekte seiner Erlebnisse. Unsere Fragen bezogen sich sowohl auf die Umstände des Erlebens als auch auf die Erlebnisinhalte selbst und die Nachwirkungen. Der Brief geht auf jede Frage einzeln ein.

– Ich wurde am Samstagabend auf die Operation vorbereitet. Ich erhielt kein Essen, aber irgendein Beruhigungsmittel. Ich war im Halbschlaf. Und dann sah ich die schwarzen Vögel und das schwarze Männchen am Fenster.

– Das Erlebnis mit den schwarzen Vögeln war so stark, dass ich der Meinung war, die Vögel seien wirklich am Fenster. Ich machte auch den Arzt auf die Vögel aufmerksam.
– Für mich war das keineswegs ein normaler Traum.
– Ich bin dann während der Nacht einmal kurz aufgewacht und konnte mir gar nicht erklären, weshalb ich hier allein in einem großen Saal war mit den pelzigen Tieren. Ich bin aber wieder eingeschlafen. Dann hatte ich den Traum, dass die Apparate alle Tiere und Vögel mit Pelz seien.
– Gegen Morgen hatte ich den Traum mit dem Fährmann. Ich weiß nicht, wann ich dann in Narkose fiel. Es kam der Traum mit dem Helikopterflugplatz, offenbar, weil ich immer wieder im Traum Helikopterlärm hörte.
– Die Vision mit dem Tunnel war vermutlich vor oder während der Operation, und sie war sehr intensiv. Ich erwachte dann aus dem künstlichen Koma am Mittwochvormittag. Ich hatte das Zeitgefühl verloren. Als ich wach war, hatte ich das Bedürfnis, diese Vision zu zeichnen. Aber das war dann erst über die Ostertage möglich.
– Ich habe dann meinem Schwiegersohn, der selbst Arzt ist, die Sache mit den pelzigen Tieren und von den Vögeln am Fenster erzählt. Aber nicht vom Tunnel. Er war ganz bestürzt und riet mir, niemandem davon zu erzählen. Die Ärzte könnten falsche Schlüsse daraus ziehen und mich allenfalls noch in die Psychiatrie einweisen.
– Dass ich noch im Spitalbett und auch am Pult im Zimmer das Skizzenbuch und die Geschichten schrieb, hat mir sehr geholfen, dies alles und die Operation zu verarbeiten. Das alles hat bei mir eine Wende ausgelöst. Der Tod ist für mich keine Bedrohung mehr. Ich habe das Gefühl, dass ich jeden Tag als ein Geschenk betrachte. Denn ich war dem Tod sehr nahe. Das hat mir auch PD Dr. M. bestätigt, der mich auch alle Jahre (oder mein Hirn) von neuem kontrolliert.
– Diese Visionen hatten für mich etwas Tröstliches. Ich bin auf den Tod vorbereitet. Ich weiß, dass man kein Gepäck mitnehmen kann auf diese letzte Reise. Persönlich habe ich nie versucht, diese Träume selbst zu deuten.

Herr A. beschreibt seine Erlebnisse als Träume und unterstreicht zugleich, dass sie für ihn einen außerordentlichen Charakter hatten. Das zeigt sich insbesondere am Kommentar, das Erlebnis mit den schwarzen Vögeln sei so stark gewesen, „dass ich der Meinung war, die Vögel seien wirklich am Fenster“. Die Grenzen zwischen äußerer Realität und innerem Erleben verschwimmen auch in weiteren Szenen: bei den bepelzten Apparaten, der Helikopter- und Fährmann-Episode, aber auch in den Erlebnissen während der Aufwachzeit nach dem operativen Eingriff. Versucht man diese Erlebnisse den weiter oben beschriebenen Erlebnisformen zuzuordnen, so kann man in ihnen die Kennzeichen des Oneiroids entdecken. Doch nicht für alle Erlebnisse passt diese Beschreibung. Das vierte Erlebnis trägt typische Züge einer Nahtoderfahrung: Tunnel, Lichterfahrung, große Ruhe und Freude. Wie andere von uns erhobene Berichte belegt auch jener von Herrn A., dass die oben beschriebenen

Erlebnistypen in Mischformen auftreten. Herr A.s Nahtoderfahrung steht in einer Sequenz von oneiroiden Erlebnissen, die nicht weniger sinnhaltig sind und sich ebenso nachhaltig ins Gedächtnis einprägen wie diese selbst.

Herrn A.s visionäre Erlebnisse phänomenologisch zu beschreiben und bestimmten Erlebnisformen zuzuordnen, ist aufschlussreich. Die hermeneutische Frage nach ihrem Sinn aufzuwerfen, ist es nicht weniger. Der folgende Abschnitt wendet sich dieser Frage zu.

3 Spontandeutung und kreative Verarbeitung

Im Nachgang zu seinem Erleben empfand Herr A. zwar das Bedürfnis, es für sich aufzuzeichnen und auf diese Weise zu ordnen, nicht jedoch jenes, es zu deuten. Schaut man seinen Bericht näher an, finden sich darin allerdings Spuren von spontanen Deutungsprozessen. So wird der schwarze Vogel im früheren Bericht *als Todesbote* wahrgenommen oder gedeutet. Ob diese Spontandeutungen Teil des Erlebens waren oder eher der Kreativität des nachträglichen Ausdrucks zuzurechnen sind, lässt sich aufgrund der vorliegenden Berichte nicht entscheiden. In gewisser Hinsicht kann das oneiroide Erleben selbst als Deutungsprozess verstanden werden, in dem die intersubjektive Wirklichkeit umgedeutet und symbolisiert wird: aus den technischen Geräten wird ein Fährmann, aus den Helikoptern des Universitätsspitals Jenseitstransporter, aus der Intensivstation die Todeskapelle Nr. 7. Offenkundig handelt es sich bei Herrn A.s oneiroidem Erleben nicht um wirre Phantasien, sondern um ein sinnträchtiges Geschehen. Nach seiner Bedeutung zu fragen, ist nicht weniger sinnvoll als bei dem uns vertrauteren Traumerleben. In beiden Fällen geht es um spontane Symbolisierungsprozesse. Die Welten, in denen wir uns im Wachbewusstsein bewegen, treten in veränderter Form auf. Das kann mit einem Erkenntnisgewinn verbunden sein: Die träumerische Transformation des Bekannten kann dieses in ein neues Licht stellen.

Gilt das auch für das oneiroide Erleben? Inwiefern sind die von Herrn A. geschilderten visionären Erlebnisse für seine Situation erhellend? In Aufnahme einer von H. Knoblauch mit Blick auf Nahtoderfahrungen geprägten Kategorie könnte man sie als „gelebte Allegorien“ beschreiben. Welche Instanz auch immer für diese Allegorisierung verantwortlich zu machen ist: die Welt des Krankenhauses mit ihren technischen Geräten, Räumen und Transportmitteln wird phantasievoll ins Bild gesetzt. In einer eigenen Bildsprache vermittelt das oneiroide Erleben das existenzielle Drama, das Herr A. während dieser lebensbedrohlichen Situation widerfuhr. Das Oneiroid erscheint als Medium, in

der die lebensbedrohliche Situation psychisch verarbeitet werden kann. Trotz der krankheitsbedingten Entmächtigung bleibt Herr A. „innerlich“ lebendig. In der oneiroiden Wirklichkeit spricht er (bzw. das geträumte Selbst) den Helikopterpiloten bzw. den Fährmann an, macht sich Gedanken über das Gepäck, das man auf die letzte Reise nicht mitnehmen kann, über die Todesboten, die nach ihm rufen usw.

Herrn A.s kreative Verarbeitung des Erlebten, die sich wenige Tage später an diese spontane innere Verarbeitung anschloss, kann als eine Form der Selbsttherapie betrachtet werden. Da uns eine ähnliche Form der „Schreibtherapie“ nicht nur bei einem anderen von uns interviewten Betroffenen begegnete, sondern ebenso bei dem Zürcher Kunsthistoriker Peter C. Claussen, der sein Erleben in Buchform veröffentlichte, legt es sich nahe, sie als besonders geeignete Form zu betrachten, oneiroide Erlebnisse zu verarbeiten. Das könnte auch der Grund sein, weshalb das Nahtoderlebnis im Tagebuch, das Herr A. noch während seines Spitalaufenthalts begann, nicht auftaucht (wenigstens nicht als schriftlicher Bericht, findet sich doch eine farbige Skizze einer Sonne, die mit ihrem hellen Licht fast die ganze Seite füllt und eine kleine rote Gestalt überflutet). Während Herr A. für die Nahtoderfahrung noch die Worte fehlen mochten, drängen die oneiroiden Erlebnisse ins Wort. Was diesen auch von Claussen bezeugten Artikulationsdrang erzeugt, dürfte es der bedrängende und mitunter auch bizarre Charakters des Erlebten selbst sein, das mit einem Wirklichkeitsanspruch verbunden ist. Wer etwas Abenteuerliches und Bedrängendes erlebt, das er selbst nicht recht versteht, hat normalerweise den Drang, das Erlebte mitzuteilen, um sich auf diese Weise davon distanzieren und in ein biografisches Kontinuum einordnen zu können.

4 Ausblick

Wie viele Selbstzeugnisse belegen, gerät visionäres Erleben, das Menschen am Lebensende oder in episodischer Todesnähe zuteil wird, leicht unter Verdacht, in den Bereich des Pathologischen zu gehören. Dass Herr A.s Schwiegersohn als Arzt ganz bestürzt ist, als dieser ihm „die Sache mit den pelzigen Tieren und von den Vögeln am Fenster erzählt“, und ihm aus Angst vor einer Psychiatrisierung durch ärztliche Kollegen rät, niemandem davon zu erzählen, dürfte nach wie vor eine typische Reaktion von medizinischer Seite sein. Umso mehr bedarf es weiterer Studien, die nicht nur das *ganze* Spektrum visionären Erlebens in Todesnähe in den Blick nehmen, sondern auch nach der Bedeutung fragen, die es für die Betroffenen selbst hat. Die Umstellung von

der Frage nach (medizinischen, psychologischen, parapsychologischen oder theologischen) Ursachen zur Frage nach dem Sinn des Erlebten ist insofern entlastend, als es die Diskussion weltanschaulich entkrampft und den Blick auf die Selbstdeutungen und Bedürfnisse der Betroffenen lenkt. Dem Oneiroid kommt in dieser Neubewertung visionären Erlebens in Todesnähe insofern eine besondere Bedeutung zu, als es sich dabei nicht nur um eine bisher kaum bekannte Erlebnisform handelt, sondern der Unterstützungsbedarf im Nachgang solchen Erlebens besonders groß ist.

Zusammenfassung

PENG-KELLER, SIMON: **Visionäres Erleben in Todesnähe. Phänomenologische und hermeneutische Annäherungen.** Grenzgebiete der Wissenschaft (GW) 65 (2016) 4, 303–319

Das Wissen über visionäres Erleben in Todesnähe hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Es ist jedoch auf unterschiedliche Forschungsbereiche verteilt, die sich in der Regel nur mit einem Ausschnitt des ganzen Formspektrums beschäftigen. Dass solches Erleben in Todesnähe sehr unterschiedliche, wenn auch miteinander verwandte Erlebnisformen kennt, kommt dabei ebenso selten in den Blick wie die Vielfalt der Erlebnisinhalte. Auf der Grundlage jüngerer Studien beschreibt der Beitrag die vier Hauptformen solchen Erlebens (Traum- und Wachvisionen von Sterbenden, Nahtoderfahrungen und oneiroide Erlebnisse) und lotet die Übergänge und Verschränkungen zwischen ihnen aus. Am Beispiel eines Erfahrungsberichts wird zum einen gezeigt, dass in derselben Erlebnissequenz unterschiedliche Erlebnisformen auftreten können. Zum anderen wird mit Blick auf die geschilderten Inhalte nach dem Sinn des Erlebten gefragt und die Bedeutung einer kreativen Verarbeitung herausgestellt.

Intensive-Care-Unit-Syndrom
Koma
Lebensende
Nahtoderfahrungen

Summary

PENG-KELLER, SIMON: **Visionary near-death experiences. Phenomenological and hermeneutic approaches.** Grenzgebiete der Wissenschaft (GW) 65 (2016) 4, 303–319

In the last few years the knowledge on visionary near-death experiences has significantly increased. However, this knowledge is spread out over different fields of research which, usually, deal with only one part of the whole form spectrum. The fact that this kind of experience may occur in very different, even though related, forms is almost ignored as also is the variety of its contents. On the basis of recent studies the author describes the four main forms of such experiences (visions of the dying while dreaming or being awake, near-death experiences as well as oneroid experiences) and fathoms out the transitions and interrelations between them. By one experience, which is taken as an example, it is shown that, on the one hand, various forms may occur in the same flow of experiences. On the other hand it is asked – in view of the otlined contents – what sense this particular experience had, and the significance of a creative assimiliation is emphasized.

Coma
death-bed visions
dream visions
end of life
intensive-care-unit-syndrome
near-death experiences

Oneiroides Erleben
Sterbebettvisionen
Todesnähe
Traumvisionen
Wachvisionen

nearness to death
oneroid experiences
wakeful visions

Literatur

Anbeh, Tamara: Psychologische Aspekte einer Intensivstation. Studie über beatmete Langzeitpatienten. Augsburg: HeWeTra-Verlag, [2]2002.

Barrett, William: Deathbed Visions. How the Dead Talk to the Dying. Introduction by M. Tymn. Guildford: White Crow Books, 2011 [Erstausgabe 1926].

Claussen, Peter Cornelius: Phänomenologie und Sinn oneiroiden Erlebens. Ein Bericht, in: P. Bühler / S. Peng-Keller (Hrsg.): Bildhaftes Erleben in Todesnähe. Hermeneutische Erkundungen einer heutigen *ars moriendi*. Zürich: TVZ, 2014, S. 135–150.

Kerr, C. W. / Donnelly, J. P. / Wright, S. T. / Kuszczak, S. M. / Banas, A. / Grant, P. C. / Luczkiewicz, D. L.: End-of-life dreams and visions. A longitudinal study of hospice patients' experiences. *Journal of Palliative Medicine* 17 (2014) 3, 296–303 (doi:10.1089/jpm.2013.0371).

Knoblauch, Hubert: Diesseits des Todes. Transzendenz, Imagination und kommunikative Konstruktion der Nahtoderfahrung, in: P. Bühler / S. Peng-Keller (Hrsg.): Bildhaftes Erleben in Todesnähe. Hermeneutische Erkundungen einer heutigen *ars moriendi*. Zürich: TVZ, 2014, S. 187–208.

Knoblauch, Hubert / Schnettler, Bernt / Soeffner, Hans-Georg: Die Sinnprovinz des Jenseits, in: H. Knoblauch, H.-G. Soeffner (Hrsg.): Todesnähe. Interdisziplinäre Zugänge zu einem außergewöhnlichen Phänomen. Konstanz: UVK, Univ.-Verl. Konstanz, 1999, S. 271–292.

Mayer-Gross, Wilhelm: Selbstschilderungen der Verwirrtheit. Die oneiroide Erlebnisform, Berlin: Springer, 1924.

Nosek, Cheryl / Kerr, Christopher W. / Woodworth, Julie / Wright, Scott T. / Grant, Pei C. / Kuszczak, Sarah M. / Banas, Anne / Luczkiewicz, Debra L. / Depner, Rachel M.: End-of-life dreams and visions. A qualitative perspective from hospice patients. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 32 (2015) 3, 269–274.

Peng-Keller, Simon: Imaginatives Erleben in Todesnähe. Ein Forschungs- und Diskussionsüberblick, in: P. Bühler / S. Peng-Keller (Hrsg.): Bildhaftes Erleben in Todesnähe. Hermeneutische Erkundungen einer heutigen *ars moriendi*. Zürich: TVZ, 2014, S. 19–43.

— Lebensend-Phänomene im Arbeitsfeld klinischer Seelsorge. Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung zu symbolischer Kommunikation und visionärem Erleben in Todesnähe. *Spiritual Care* 5 (2016), 113–120 (zus. mit S. Köster u. R. Rodenkirch).

— Sinnereignisse in Todesnähe. Traum- und Wachvisionen Sterbender, Nahtoderfahrungen und oneroides Erleben im Horizont interprofessioneller Spiritual Care. Berlin: De Gruyter, 2017 (Reihe: Studies in Spiritual Care; in Vorbereitung).

Roberts, Birgit / Chaboyer, Wendy: Patients' dreams and unreal experiences following intensive care unit admission. *Nursing in Critical Care* 9 (2004), 173–180.

Schmidt-Degenhard, Michael: Die Wirklichkeit des Imaginären. Psychopathologische

und anthropologische Aspekte der oneiroiden Erlebnisform, Phänomenologie und Sinn oneiroiden Erlebens. Ein Bericht, in: P. Bühler / S. Peng-Keller (Hrsg.): Bildhaftes Erleben in Todesnähe. Hermeneutische Erkundungen einer heutigen *ars moriendi*. Zürich: TVZ, 2014, S. 151–172.

Schmidt-Degenhard, Michael: Die oneiroide Erlebnisform. Zur Problemgeschichte und Psychopathologie des Erlebens fiktiver Wirklichkeiten. Berlin u.a.: Springer, 1992.

Van Lommel, Pim: Endloses Bewusstsein. Neue medizinische Fakten zur Nahtoderfahrung, Düsseldorf: Patmos, [5]2011.

Prof. Dr. Simon Peng-Keller, Universität Zürich, Professur für Spiritual Care,
Kirchgasse 9, CH-8001 Zürich
simon.peng-keller@theol.uzh.ch