

Andreas Kruse

Den Tod verstehen

Seelisch-geistige Reifung im Sterben als Entwicklungspotenzial

Kranke und alte Menschen sind in besondere Weise mit ihrem Lebensende konfrontiert. Der Autor beschreibt die verschiedenen Ansätze, wie der Prozess hin zum Sterben erlebt und verarbeitet wird, und zeigt dies an dem Beispiel von Johann Sebastian Bach.

»We die, and cannot enjoy death, because we die in the torment of sickness; we are tormented with sickness, and cannot stay till the torment come, but pre-apprehensions and presages prophesy those torments which induce that death before either come; and our dissolution is conceived in these first changes, quickened in the sickness itself, and born in death, which bears date from these first changes.«¹

Im November/Dezember 1623 erkrankte John Donne schwer; es wird vermutet, dass er an Fieberrezidiven oder an einem Typhus litt. In dieser Zeit der schweren Erkrankung verfasste er die Schrift »Devotions upon Emergent Occasions«², die er in 23 »Stationen der Erkrankung« (»The Stations of the Sickness«) untergliedert.

Dieses Buch gibt Einblick in die seelisch-geistige Situation eines Patienten, der an einer lebensbedrohlichen Erkrankung leidet – um eine solche han-

delt es sich bei John Donne. Noch wichtiger allerdings ist der seelisch-geistige Entwicklungsprozess, der in der Auseinandersetzung mit der Erkrankung wie auch mit der eigenen Verletzlichkeit und Endlichkeit dominiert: Während zunächst die Beschreibung der Krankheit und des ärztlichen Verhaltens im Vordergrund steht, tritt schließlich mehr und mehr die grundlegende Bezogenheit des Menschen in das Zentrum des Bewusstseins und mit dieser Bezogenheit auch die Tatsache, dass alle Menschen auf »einen Autor« (»one author«) zurückgehen, ein »großes Buch« (»one volume«) bilden, in dem die Biografie eines jeden Individuums »ein Kapitel« darstellt, das mit dessen Tod nicht aus dem Buch herausgerissen (»not torn out«), sondern in einem neuen Kapitel, weil durch einen anderen Menschen weitergeführt (»translated«) wird. Es ist ein bemerkenswerter seelisch-geistiger Entwicklungsprozess, der durch die Grenzsituation der schweren, lebensbedrohlichen Erkrankung angestoßen wird – was uns zeigt, dass die Verletzlichkeit und Endlichkeit des Menschen als aktuelle, vom Individuum unmittelbar erlebte Daseinsthematik nicht allein aus der Perspektive der Belastung, der Krise, ja, der Traumatisierung

betrachtet werden darf, sondern durchaus auch aus der Perspektive möglicher seelisch-geistiger (und spiritueller) Entwicklung gedeutet werden kann. Dabei geht aus dem angeführten Zitat eine bemerkenswerte Interpretation des Todes hervor: Der Tod kann – vor allem wenn er subjektiv als »Übergang« interpretiert wird – eine ganz neue Qualität im Erleben des Menschen gewinnen. Wir assoziieren mit dem Tod primär schwere Krankheits-symptome und Funktionseinbußen, die aber – in der Sprache John Donnes – möglicherweise das Wesen des Todes eher *verdecken*. Eine solche Sicht auf den Tod, wie sie von John Donne angesprochen wird, sollte nicht leichtfertig übergangen werden. Da in unserer Wahrnehmung von Endlichkeit die körperlichen, nicht selten auch die kognitiven Verluste dominieren, bleibt uns möglicherweise eine bedeutsame Qualität des Todes verborgen.

Verschränkung von Leben und Tod

Die Notwendigkeit, sich dem Tod in einer ganz neuen Weise anzunähern, bildet auch ein bedeutsames Motiv der *Pathosophie* des Viktor von Weizsäcker; in dieser hat er zum einen dem Tod ein umfangreiches Kapitel gewid-



Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Kruse ist Professor für Gerontologie und Direktor des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg. Er hat Psychologie, Philosophie und Musik studiert. Andreas Kruse ist seit 2003 Vorsitzender der Altenberichtscommissionen der Bundesregierung. Er war Vorsitzender der Kommission »Altern« des Rates der EKD und ist Mitglied der Synode der EKD. Zudem war er Mitglied der vom Generalsekretär der Vereinten Nationen berufenen Expertenkommission zur Erstellung des Weltaltenplans der Vereinten Nationen.

met, zum anderen kommt er an zahlreichen Stellen seines Buches auf den Tod als eine »umfassende Ordnung« zu sprechen.³ Die Aussage von Weizsäcker aufgreifend, wonach der Tod umfassende Ordnung und nicht einzelnes Ereignis ist, haben wir den Versuch unternommen, das menschliche Leben als eine Verschränkung zweier Ordnungen zu deuten, der »Ordnung des Lebens« und der »Ordnung des Todes« – was bedeutet, dass wir uns schon lange vor Eintritt des Todes auf die Ordnung des Todes einstellen können.⁴ Mit dem Begriff der »Verschränkung« ist zugleich ausgedrückt: Wenn im Falle einer schweren, chronisch-progredienten Krankheit die »Ordnung des Todes« immer deutlicher hervortritt, so ist doch immer auch die »Ordnung des Lebens« erkennbar, selbst wenn sie nur noch andeutungsweise vernehmbar, spürbar ist.

Lebenswissen und Gerotranszendenz als Grundlagen der Akzeptanz eigener Endlichkeit

Die Theorie der *Gerotranszendenz*⁵ postuliert, dass im Alter die Bereitschaft zunehme, das eigene Leben in einen umfassenderen Bezug zu stellen, wobei diese Bereitschaft des »Über-sich-hinaus-Seins« zum einen das Aufgehen im Leben anderer Menschen, zum anderen die Einbettung der eigenen Existenz in einen kosmischen Kontext beschreibt. Zur Charakterisierung der Gerotranszendenz bietet sich auch die Differenzierung zwischen »Lebenszeit« (die individuelle Biografie) und »Weltzeit« (die Generationenfolge) an – eine auf Blumenberg⁶ zurückgehende Differenzierung, die deutlich machen soll, dass die Einbettung des eigenen Lebens in umfassendere Bezüge ein zentrales (»transzendentes«) Motiv des Menschen bildet. Dabei spiegelt sich in der Bereitschaft, die eigene Lebenszeit in eine Weltzeit zu integrieren (oder anders ausgedrückt: das eigene Leben in etwas Umfassenderem aufzugehen zu lassen), ein grundsätzliches Vertrauen des Menschen in das Leben wider, das sich positiv auf die Annahme der eigenen Endlichkeit auswirkt. Die Gerotrans-

zendenz wird auch im Kontext der Religiosität des Menschen diskutiert, wobei die Befunde übereinstimmend darauf hindeuten, dass im Falle einer vom Individuum positiv bewerteten religiösen Sozialisation die Bereitschaft, das eigene Leben in einen umfassenderen Zusammenhang einzubetten und vor diesem Hintergrund die eigene Endlichkeit anzunehmen, erkennbar zunimmt.⁷

Generativität und Ich-Integrität als Grundlagen der Akzeptanz eigener Endlichkeit

Drei Argumentationslinien sind wichtig, wenn es um ein tieferes Verständnis der Einstellung des älteren Menschen zur eigenen Endlichkeit geht. Die erste Argumentationslinie zentriert sich um die *Offenheit* des Menschen,

das heißt um dessen Fähigkeit und Bereitschaft, sich neuen Entwicklungsmöglichkeiten und Entwicklungsanforderungen gegenüber zu öffnen – und dies in allen Lebensaltern, in allen Lebenssituationen. Dynamische Persönlichkeits- und Entwicklungstheorien der *Offenheit*⁸ postulieren, dass die Offenheit des Menschen die Grundlage für die seelisch-geistige Entwicklung des Menschen bilde, und dies bis in das höchste Alter. Sie postulieren weiterhin, dass die Offenheit des Menschen das Erleben ganz neuer personaler Qualitäten fördere, wie sich diese auch im Alter oder im Vorfeld des Todes einstellen können. Das Erleben ganz neuer Qualitäten wirke sich positiv auf die Bereitschaft aus, die eigene Endlichkeit anzunehmen und bewusst zu gestalten. Die zweite Argumentati-



Márti Faber | Hospiz

onslinie akzentuiert die Generativität. Die Persönlichkeits- und Entwicklungstheorie der *Generativität*⁹ postuliert, dass auch im Alter das Motiv, sich für andere Menschen zu engagieren, in anderen Menschen fortzuleben, anderen Menschen eigenes Wissen weiterzugeben und sich mit deren Zukunft vermehrt zu identifizieren, großes Gewicht besitzt – dies allerdings unter der Voraussetzung, dass mitverantwortliches Leben auch in früheren Lebensaltern ein zentrales Daseinsthema des Individuums bildete («biografisches Skript») und sich im höheren Lebensalter entsprechende Gelegenheits- oder Ermöglichungsstrukturen zum Engagement für nachfolgende Generationen ergeben. Die in der Generativität aufscheinende »symbolische Immortalität« bildet dabei eine bedeutende Rahmenbedingung für die Deutung der eigenen Endlichkeit: Das Fortleben in anderen Menschen transzendiert in gewisser Hinsicht die eigene Endlichkeit und fördert damit deren Akzeptanz. Die dritte Argumentationslinie betont schließlich die Integrität des Menschen, die – den Arbeiten von

Erikson¹⁰ zufolge – ein bedeutsames Lebensthema des hohen Alters darstellt, und zwar in der Hinsicht, dass im Menschen vermehrt das Motiv wachse, einen Rückblick auf das eigene Leben vorzunehmen und dieses Leben mit seinen Entwicklungsmöglichkeiten wie auch mit seinen Beschränkungen und Grenzen als etwas Notwendiges, als etwas Gutes zu begreifen. In dem Maße, in dem das eigene Leben (mit seinen Höhen wie mit seinen Tiefen) angenommen werden kann, nimmt auch die Bereitschaft zu, die eigene Endlichkeit zu akzeptieren.

Palliativversorgung in der ambulanten und stationären Altenhilfe

Die Versorgung sterbender Menschen im hohen und höchsten Lebensalter stellt eine wachsende Herausforderung ambulanter und stationärer Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege wie auch der im ambulanten und stationären Bereich spezialisierten palliativen Versorgungsdienste dar. Dieses Thema gewinnt zunehmend an Aktualität, da durch den Einsatz intensivmedizinischer Maßnahmen jene Schwerstkran-

ken, die in vergangenen Jahrzehnten die bestehende Krankheit nicht überlebt hätten, nun über Monate oder Jahre mit der Krankheit leben können, wobei allerdings auch das Risiko gegeben ist, dass die Patienten viele Monate, wenn nicht sogar Jahre schwere körperliche und psychische Symptome wie auch stark ausgeprägte funktionelle Einschränkungen verarbeiten müssen – und dabei auf medizinische und umfassende pflegerische Hilfe angewiesen sind. Dieses Thema gewinnt aber noch aus anderen Gründen an Aktualität: Die Familien können vielfach die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen nicht leisten – sei es, weil aufgrund der gestiegenen Erwerbstätigkeit von Frauen in der Lebensmitte potenzielle pflegerische Ressourcen nicht mehr vorhanden sind, oder sei es, weil die Familien aufgrund gewachsener räumlicher Mobilität zunehmend multilokale Wohnformen zeigen, die sowohl die instrumentelle als auch die emotionale Unterstützung in Notfällen erschweren.¹¹ Und schließlich ist durch gesundheitsökonomische und versorgungspolitische Entscheidungen ein weiteres Problem gegeben: Die palliative Versorgung wird sich voraussichtlich mehr und mehr von der Klinik in pflegerische Einrichtungen verlagern. Entsprechend wird die Bedeutung professioneller Pflege, sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor, wachsen, um eine bedarfsgerechte, an den Bedürfnissen älterer Menschen und ihren Vorstellungen von Lebensqualität orientierte Betreuung am Lebensende zu gewährleisten.

Ungefähr 90 Prozent aller Patientinnen und Patienten spezialisierter palliativer Einrichtungen und Hospize leiden unter Krebserkrankungen im Endstadium.¹² Angesichts der Tatsache, dass auch ein erheblicher Teil der nicht unter bösartigen, inkurablen Erkrankungen leidenden Patienten Belastungen durch Schmerz- und Stresszustände aufweist, die jenen von Krebspatienten im Endstadium vergleichbar sind, und somit einen ganz ähnlichen Bedarf an ganzheitlicher, nicht zuletzt auch sozial-kommunikativer und emotionaler



Márti Faber | Hospiz

Unterstützung zeigt, wird eine Ausweitung von Palliative Care auf geriatrische Patienten seit längerer Zeit diskutiert.¹³ Diese Forderung liegt nicht zuletzt auch wegen der gemeinsamen Wurzeln von Geriatrie und Palliativmedizin nahe, die insbesondere in einem umfassenden, auf die Abbildung von individuellen Problemen, Ressourcen, Zielen, Werten und Unterstützungsmöglichkeiten zielenden Assessment sowie in dem Bemühen um die Förderung von Selbstständigkeit durch die Integration von kurativen, rehabilitativen und palliativen Behandlungsanteilen zu sehen sind.

Einstellung zur eigenen Verletzlichkeit und Endlichkeit: Das Beispiel Johann Sebastian Bachs

Wenn wir nach einem Beispiel suchen, das für seelische und geistige Entwicklungspotenziale bei hoher körperlicher Verletzlichkeit spricht, so fällt der Blick auf den Komponisten Johann Sebastian Bach (1685–1750). In dem Buch *Die Grenzgänge des Johann Sebastian Bach – Psychologische Einblicke*¹⁴ habe ich die körperliche, die seelische und die geistige Entwicklung dieses Komponisten in den letzten Jahren seines Lebens ausführlich dargestellt. Johann Sebastian Bach litt in diesen Jahren an einem Diabetes mellitus Typ II, der seinerseits mit Schädigungen der Nervenzellen und Sinneszellen einherging; weiterhin waren bei ihm stark ausgeprägte motorische Läsionen erkennbar, die ihn mehr und mehr daran hinderten, seine Kompositionen selbst aufzusetzen (hier war er auf die Unterstützung durch seine Schüler angewiesen); schließlich traten eine Erblindung sowie ein Schlaganfall hinzu. Trotz dieser körperlichen Verletzlichkeit unterrichtete Johann Sebastian Bach Schüler (was damals hieß, diese bei sich aufzunehmen) und arbeitete an zwei Werken, die mit zu den größten gehören, die in der europäischen Kompositionsgeschichte je geschaffen wurden: der *Kunst der Fuge* (BWV 1080) und der *Missa in h-Moll* (BWV 232). Die h-Moll-Messe führte er zum Abschluss, die Kunst der Fuge blieb un-

vollendet, da sich Bach am Ende seines Lebens intensiv mit der h-Moll-Messe befasste und nicht mehr die Zeit fand, den 14. Kontrapunkt in Gänze niederzuschreiben (bzw. niederschreiben zu lassen). Die Kunst der Fuge wird in der Musikwissenschaft auch aufgrund ihres »experimentellen« Charakters als ein außergewöhnliches Werk eingestuft (Johann Sebastian Bach entfaltet in diesem Werk die unterschiedlichsten Fugentechniken, er entwickelt in diesem Werk geradezu eine »Fugenlehre« für nachfolgende Musikergenerationen), die h-Moll-Messe erfährt ihrer umfassenden Gesamtanlage, der Vielfalt der Kompositionsformen, der eindrucksvollen Passung von Wort und Musik und ihrer ästhetischen Wirkung wegen eine derartige Bewertung. Nun muss man wissen, dass sich Johann Sebastian Bach am Ende seines Lebens vor allem mit dem *Credo in unum deum* und dem *Confiteor in unum baptisma* beschäftigt hat, also mit zwei Teilen der Missa, die in besonderer Weise auf seinen Glauben an den Großen Gott verweisen. In beiden Sätzen baut er über das jeweilige Cantus-firmus-Motiv eine Fuge auf, die jeden Hörer in ihren Bann zieht: Hier wird das *Ich glaube* (*credo*), hier wird das *Ich bekenne* (*confiteor*) mit einer musikalischen Kraft deklamiert, dass man nie glauben würde, ein körperlich hochverletzlicher, die Endlichkeit schon sehr deutlich spürender Mensch hätte diese Sätze geschrieben. Die darin zum Ausdruck kommende seelisch-geistige Energie kontrastiert mit der immer schwächer werdenden körperlichen Leistungsfähigkeit. Dies zeigt, dass selbst im Angesicht des eigenen Todes Entwicklungsschritte vollzogen werden können – so bei Johann Sebastian Bach die Bekräftigung seines Glaubens an den Großen Gott bei zunehmender Gewissheit, bald zu sterben.

ANMERKUNGEN

- 1 Wir sterben und wir können dem Tod nicht mit Freude begegnen, da wir im Prozess des Sterbens den Qualen der Krankheit ausgesetzt sind; wir sind von der Krankheit gepeinigt. Wir können nicht gefasst warten, bis die Qualen schließlich kommen, sondern Vorahnungen und Befürchtungen nehmen diese Qualen bereits vorweg, die ihrerseits darauf deuten, dass der Tod bevorsteht. Unsere Auflösung nehmen wir bereits in diesen ersten Veränderungen wahr, doch wird die erlebte Auflösung im Prozess der Krankheit nur noch beschleunigt. Die Auflösung, die eigentlich erst mit dem Tode beginnt, ist bereits vom Zeitpunkt dieser ersten Veränderungen gezeichnet (Übersetzung durch den Verfasser), Donne, 1624/2008.
- 2 Ebda.
- 3 Weizsäcker 2005, S. 304–328.
- 4 Kruse 2007.
- 5 Tornstam 1989.
- 6 Blumenberg 1986.
- 7 Kruse 2007.
- 8 Thomae 1968.
- 9 Coleman 2010.
- 10 Erikson 1969.
- 11 Siehe dazu die Beiträge in Doblhammer/Scholz 2010.
- 12 Schneider 2006.
- 13 Sandgathe Husebø/Husebø 2001.
- 14 Kruse 2013.

LITERATUR

- Blumenberg, H. (1986): *Lebenszeit und Weltzeit*. Frankfurt.
- Coleman, P. (2010): *Generativity and Reconciliation in the Second Half of Life*. In: Kruse, A. (Hg.): *Leben im Alter. Eigen- und Mitverantwortlichkeit in Gesellschaft, Kultur und Politik*. Heidelberg, S. 159–166.
- Doblhammer, G.; Scholz, R. (Hg.) (2010): *Ageing, Care Need and Quality of Life*. Wiesbaden.
- Donne, J. ([1624] 2008): *Devotions upon Emergent Occasions*. Middlesex.
- Erikson, E. H. (1969): *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt.
- Kruse, A. (2005): *Zur Religiosität und Spiritualität im Alter*. In: Bäurle, P.; Förstl, H.; Riedel, D.; Radebold, H. (Hg.): *Kreativität, Spiritualität und Psychotherapie*. Bern, S. 30–45.
- Kruse, A. (2007): *Das letzte Lebensjahr. Die körperliche, psychische und soziale Situation des alten Menschen am Ende seines Lebens*. Stuttgart.
- Kruse, A. (2013): *Die Grenzgänge des Johann Sebastian Bach. Psychologische Einblicke*. Heidelberg.
- Sandgathe Husebø, B.; Husebø, S. (2001): *Palliativmedizin – auch im hohen Alter? Der Schmerz* 15, S. 350–356.
- Schneider, N. (2006): *Health care in seniority: crucial questions and challenges from the perspective of health services research*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39, S. 331–335.
- Thomae, H. (1968): *Das Individuum und seine Welt*. Göttingen.
- Tornstam, L. (1989): *Gero-Transcendence: A Meta-theoretical Reformulation of the Disengagement Theory*. *Aging: Clinical and Experimental Research* 1, S. 55–63.
- Weizsäcker, V.v. (2005): *Pathosophie*. Frankfurt.