

*Beiträge
zur
Thanatologie*

Heft 28, 2004

**Die Sterbestunde im Krankenhaus
Was können die Professionellen im Umkreis
des Todes tun?**

Erhard Weiher

**Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Interdisziplinärer Arbeitskreis Thanatologie**

Interdisziplinärer Arbeitskreis Thanatologie

Prof. Dr. Randolph Ochsmann
Psychologisches Institut
Johannes Gutenberg - Universität Mainz
Staudinger Weg 9
D - 55099 Mainz

Ochsmann@psych.Uni-Mainz.De
Telefon (06131) 39 23701
Telefax (06131) 39 25655

Die Sterbestunde im Krankenhaus

Was können die Professionellen im
Umkreis des Todes tun?

Ehrhard Weiher*

*Herr Ehrhard Weiher, Klinikseelsorger, Katholisches Pfarramt im Klinikum der Johannes Gutenberg – Universität Mainz, Langenbeckstrasse 1, 55101 Mainz.

Die Sterbestunde im Krankenhaus: Was können die Professionellen im Umkreis des Todes tun? *)

1. Zum heutigen Erleben von Sterben und Tod

Im Folgenden wird zwar aus der Perspektive der Seelsorge argumentiert. Aber der Erfahrung der Seelsorge nach und aus der Sicht der Trauerforschung brauchen im Umkreis des Todes die Betroffenen "Seelsorge" im weiteren Sinn also *Hilfe für die ‚Seele‘* sozusagen durch alle Helfer, denen sie im Umkreis des Todes begegnen. Nach klassischer Vorstellung macht die Seelsorge im Krankenhaus vorwiegend Sterbebegleitung. Das ist sozusagen ihre Königsdisziplin. Aber die Medizin der letzten 20/30 Jahre hat mit dem Verlauf des Sterbens auch das Erleben des Sterbens tiefgreifend verändert. Deshalb muß ich am Anfang kurz darauf eingehen, wie die äußere und sozusagen innere "Landschaft" aussieht, in der sich Sterben heute in großen Krankenhäusern vollzieht.

- Wenn früher ein Mensch schwer krank war, dann war er entweder bald gesund oder bald tot. Die Lungenentzündung war der "Freund des alten Mannes", die hat ihn von den Gebrechen des Alters erlöst.

- Heute ist das, was früher sozusagen ‚linear‘ war, in viele Teilphasen zerlegt - mit vielen Hoffnungen und Niederlagen. Es werden heute viele Behandlungsmöglichkeiten angeboten: Diagnose, Operation, Erholung von der Operation, Nachbehandlung, Chemotherapiezyklen, Bestrahlungszyklen - es gibt sozusagen viele ‚Seile‘, und Strohhalme, an denen sich Schwerkranke immer wieder festhalten können, Seile, sie sich später als Strohhalme herausstellen und Strohhalme, die sich als Seile erweisen. - So stirbt subjektiv heute kaum noch jemand in einer Klinik - das Sterben ist selten dramatisch-bewusst; objektiv sterben auf den Stationen natürlich dennoch Menschen.

Dadurch hat - über ein Jahrhundert hinweg - die Theologie ihren Einfluß am Sterbebett verloren, die Medizin dominiert. Und solange die Medizin ihre Rituale vollzieht, denkt niemand an die Rituale der Kirchen: solange die *Rituale der Medizin* laufen, braucht man (noch) keine *Rituale der Religion*. Aber in die letzten Stunden werden wir dann als Seelsorger doch häufig gerufen. Diese Veränderung hat noch eine weitere Dimension. Heute sind viele - auch schwere Krankheitsverläufe - über lange Zeit keine ‚Sterbeverläufe‘: Ist die Medizin erfolgreich, dann war das vorher nur eine vorübergehende Krise. Erst im Nachhinein, wenn die Maßnahmen versagt haben, dann war das ein Sterbeverlauf. Daher machen wir von der Seelsorge und die anderen Professionen auch weniger längere Sterbebegleitungen als früher, wo ein Mensch mehr oder weniger bewusst auf sein Sterben zuing. Diese Veränderung hat noch eine wichtigere Konsequenz: Menschen sterben heute vielfach - trotz der medizinischen Aufklärung - "plötzlich und unerwartet", zumindest im Erleben der Angehörigen. Denn bis kurz vor dem Tod hat die Medizin ja noch andere Signale gesetzt. Eine Tendenz ist: zwar ist das Sterben objektiv gesehen länger geworden, aber *der Tod tritt eher plötzlich ein*. Das verändert erheblich das Trauererleben der Zurückbleibenden. Und das stellt neue Aufgaben für die Professionellen. Auf diese Aufgaben komme ich weiter unten zurück - aber eine Bemerkung möchte ich hier schon machen: Wenn in Todesanzeigen steht "plötzlich und unerwartet" - "nach langer schwerer Krankheit" dann werden diese Angehörigen belächelt bis

heimlich der Verdrängung beschuldigt. Auf dem Hintergrund der heutigen Entwicklung müssen wir aber auf solche Bewertungen verzichten.

Eine weitere Konsequenz ergibt sich aus dieser Entwicklung: Seelsorge begleitet heute weniger Menschen im Längsschnitt ihres Sterbens, sondern sie macht mehr Querschnittsbegegnungen - es sind eher Kurzzeit-Begegnungen. Das ist eine interessante Herausforderung für die Professionellen - denn Arzt und Schwester kommen ja oft auch nur in Ausschnitten und ‚Querschnitten‘ zum Patienten: bei der Visite, beim Fiebermessen, bei der Nachuntersuchung und so weiter. - Wie aber geht das: Unterstützung der Patienten und der Angehörigen bei der Kurzzeit-Begegnung?

2. Unterstützung der Patienten und Angehörigen

Hier soll nicht allgemein das Thema "Sterbebegleitung" behandelt werden - das wäre eine andere Abhandlung -, sondern das Geschehen *im Umkreis der Sterbestunde und des Todes*, also dann, wenn medizinisch wirklich nichts mehr zu machen ist - auch wenn z.B. auf der Intensivstation noch alle Geräte laufen. Was ist dann zu tun?

2.1 Alltägliche und religiöse Rituale

Ein kleiner Vergleich: Was macht eine Mutter, ein Vater, wenn sie abends ihr Kind ins Bett bringen und alles getan ist, was zu tun ist? Sie machen noch etwas. Meine Mutter hat mir ein Kreuzzeichen auf die Stirn gemacht; oder ein Vater liest noch eine Geschichte vor: das sind Einschlaf-Rituale. Das braucht das Kind *und* das braucht die Mutter. Dann ist sozusagen die Welt in ‚Ordnung‘ - obwohl jetzt die Nacht kommt und das Kind alleine ist. *In* diese Geste legt die Mutter ihre Fürsorge hinein: "Es wird doch gut gehen - heute Nacht". Solche Rituale brauchen also *Patienten und Angehörige und auch die Helfer*: Dann können sie qualifiziert handeln auch im Angesicht des Ungewissen, der Nacht, der Reise, des Abschieds: die enthalten alle ihr ‚Geheimnis‘. Ich nenne das das ‚Begehen‘ des Sterbens und des Todes.

Sterben und Tod wurden zu allen Zeiten von der Menschheitsgemeinschaft ‚begangen‘. Also nicht: Jetzt ist für die Medizin nichts mehr zu tun - sondern: auch die Sterbezeit und der Todesstreifen wollen begangen werden. - Es gibt Wirklichkeiten im Leben, die kann man weder erklären, noch analysieren, noch sonst etwas mit ihnen machen, die kann man nur ‚begehen‘. Z.B. Übergangserfahrungen wie Geburt, Erwachsenwerden, Schuleintritt, Examen, 50. Geburtstag ... - aber auch Sterben und Tod - die kann man letztlich nur begehen. Die Menschheitsgemeinschaft hat dafür *Rituale* entwickelt. Rituale fassen und ‚sagen‘ etwas - einfach durch Tun. Sie be-gehen die Unsicherheit, das Unsagbare und über-gehen sie nicht oder weichen davor aus. Sie geben dem Leben und seinen Ereignissen eine Bedeutung: "Was du Sterbender, was Ihr Angehörige erlebt, das hat eine hohe Bedeutung, das ist nicht sinnlos und nicht belanglos“. Rituale selbst sind nicht in erster Linie eine Sache der Gefühle. Wohl tragen sie die Gefühle, die Gedanken und die Wahrheit dieses Augenblicks.

2.2 Berufliche Rituale

Rituale sind anthropologisch begründet, das sind nicht Spezialitäten der Kirchen und der Religion. Auch der Arzt hat Rituale: allein schon wie man einen Menschen begrüßt und verabschiedet. Das sind wichtige Rituale für den Patienten. Schwerkranke spüren, ob die Professionellen nur routiniert und funktionell handeln - oder ob hier das Leben und das Sterben auch begangen werden. Das ist keine Frage der Zeitdauer und nicht langes "Händchen halten am Sterbebett", sondern das ist die Aufgabe der qualifizierten Begegnung auch mit dem Sterbenden, dem Komatösen, dem Verwirrten und seinen Angehörigen. Wir Helfer tragen nämlich alle außer der Funktion auch *eine symbolische Rolle* für den Patienten. Wie wir uns

verhalten und die Situation und die Leistung der Betroffenen (z.B. der Angehörigen - die erbringen eine hohe Leistung) wahrnehmen und würdigen, das erspart der Gesellschaft später viel Geld an Beruhigungsmitteln und späterer erschwerter Trauerarbeit. Unterschätzen wir nicht die *Symbolkraft unserer Rolle!* Die Symbolkraft der Repräsentationsfiguren ist es, der sich die Patienten und Angehörigen im Wesentlichen angesichts des Sterbens und Todes anvertrauen, also in der Situation, in der „nichts mehr zu machen“ ist.

Der Arzt, der genauso liebevoll und regelmäßig zum Sterbenden geht, wie er zu anderen Patient geht, der begeht mit dem Sterbenden die Todeszone: Es wird nicht nur getan; beredet ist auch schon alles (man kann nicht ständig vom Sterben reden), sondern es wird mit kleinen Ritualen begangen. Damit kündigt der Arzt, die Schwester, der Pfleger von der 'guten Ordnung' des Lebens und der Schöpfung - auch angesichts des zerfallenden Lebens und angesichts des Sterbens. Man wartet nicht einfach bis das Sterben sozusagen gelaufen ist, bis die Natur es erledigt hat. Die Therapierenden stellen alle auch etwas vom Geheimnis des Lebens dar, nicht nur von seiner Physik oder Chemie.

Das klingt hochtrabend, ist aber ganz einfach. Einen Sterbenden gelegentlich nicht nur medizinisch anfassen, sondern ihn z.B. beim Abschied aus dem Zimmer noch mal ‚berühren‘ mit einem guten Blick, beide, Arzt und Patient, wissen, was das bedeutet. Es muss nicht besprochen werden, es wird begangen. Das kostet nicht viel Zeit und gar kein Geld. Was soll man auch sagen - die kleine Geste ‚sagt‘ alles, sie trägt Ermutigung und Hoffnung. - Das tut auch uns gut, den Professionellen: Wir bringen dadurch etwas mit von der guten Ordnung des Lebens - und haben auch selbst teil daran, sonst könnten wir diesen Dienst nicht durchhalten. Solche ‚Rituale‘ sind auch ein ‚Sprechen‘ mit dem Patienten im Koma - vor allen signalisieren sie den Angehörigen etwas Entscheidendes: nämlich *die Würde dieses Sterbens und dieses Sterbenden.*

Als SeesorgerInnen erleben wir oft, dass auch Sterbende, die angeblich nichts mehr mitkriegen, das Kreuzzeichen zu machen versuchen, die Lippen zum „Vater unser“ oder Psalm 23 („Der Herr ist mein Hirte...“) bewegen und spüren, dass jetzt ‚Religion‘ dran ist. Rituale wecken ein religiöses Ur-Wissen im Menschen und bringen es in Resonanz: "So geschieht das Leben an mir, auch im Sterben".

Auch und gerade alte Menschen, auch Verwirrte und Desorientierte bekommen diese Ordnung mit. Rituale und Gesten signalisieren: "Wir lassen Dich nicht allein. Jetzt kommt die Nacht für dich - den Übergang dahin begehen wir". Mit kleinen und großen Ritualen ‚regelt‘ die Gesellschaft die ungewissen Übergänge im Leben und gibt ihnen damit einen Ort und einen Sinn; so macht die Gemeinschaft die Übergänge des Lebens begehbar. Das ist auch ein wichtiges Signal für die Gesellschaft: Auch die weiterlebenden Menschen wollen wissen und sehen, wie die Gesellschaft damit umgeht, wenn man stirbt oder tot ist. Das ist nicht egal. Auch wenn der Sterbende selbst und erst recht der Verstorbene dann nichts mehr merken. Ein Ritual am Totenbett oder eine Beerdigung z.B. geben dem Toten einen würdigen Platz unter den Toten und den Weiterlebenden den Status von Trauernden. Das schafft Identität in Übergangszeiten, in denen die Identität zerfällt und neu gesucht werden muss.

Ein unscheinbares Beispiel: Nach dem Tod eines Patienten sagt ein Professioneller zu den Angehörigen: "Herzliches Beileid". - Eine Floskel? Nichtssagend? Nein, denn das sagt etwas: Der Angehörige erfährt hier ein erstes Mal, wer er jetzt ist: einer, zu dem man dieses Wort sagt - ein erstes Signal für die neu zu findende Identität ohne den Verstorbenen. Ein Ritual entlastet davon, sich komplizierte Gedanken machen zu müssen. Auch eine Formel ist ein

kleines Ritual. Oder bewußtes Schweigen, das keine reine Sprachlosigkeit ist. Was soll man außer zu schweigen auch sonst sagen?

3. Die Todesstunde als Beginn der Trauer

Warum ist das alles so wichtig und nicht nur ein Seelsorge-, sondern auch ein ethisches Thema? Man könnte ja meinen: Der Sterbende sei sowieso bald tot - das könne man doch im Krankenhaus ohne großen Aufwand hinter sich bringen.

Diese Frage leitet über zum zweiten Teil des Themas: Sterben und Trauer gehören zusammen. Das wird sicher am besten deutlich bei der Frage: *Was brauchen die Umstehenden* beim Eintritt des Todes?

Diese Fragestellung ist relativ neu. Einmal aus dem schon angedeuteten Grund: Bei der heutigen Medizin tritt der Tod oft plötzlich ein. Für die Umstehenden kippt die Hoffnung plötzlich um in totale Leere. Die Situation ist überraschend für sie - und wir alle sind ja in heutiger Zeit Tod-unerfahren. Da braucht es Unterstützung. - Wie kann die aussehen? In der Entwicklung der *Trauer-Unterstützung* mussten wir in den letzten Jahren umdenken. Die Trauerforschung hat bisher immer als erste Phase der Trauer den "Schock" genannt. D.h. wenn der Tod eintritt, dann gelten die Angehörigen sowieso als total betäubt, ‚wie in Watte‘, sie nehmen nichts wahr, können nicht gezielt denken und handeln. Davon wurde der Mythos abgeleitet, die Betroffenen seien sozusagen in Narkose und bräuchten gar keine Begleitung und Unterstützung. Diese hätte sowieso keine Wirkung und käme bei ihnen nicht an.

Untersuchungen zeigen aber, dass 92% der Betroffenen sagen, in der Zeit unmittelbar nach dem Tod sei ihre *Trauerreaktion am heftigsten* gewesen. 58% sagen, dass unmittelbar nach dem Tod der Tiefpunkt ihres Traumas war. Und Trauernde geben an, dass sie diese Zeit noch nach Jahren lebhaft in Erinnerung haben. Diese Zeit ist affektiv sehr stark besetzt und die Todesumstände, die Begegnung mit dem Notarzt, die Situation in der Klinik oder auf Intensivstation, der Eintritt des Sterbens im engeren Sinn – die sind ganz intensiv in Erinnerung und das geht *prägend mit in der Trauerzeit*. Qualitative Untersuchungen (z.B. an der Klinik in Augsburg) lassen darauf schließen, dass ein qualifiziertes Reagieren der Professionellen in der Zeit unmittelbar nach dem Tod die spätere Trauer erleichtert. Angehörige, die von Notfall-Helfern, Pathologie-Bediensteten, Seelsorgern usw. aufgefangen wurden, hatten ein deutlich geringeres Bedürfnis nach späterer externer Trauerbegleitung. In dieser ersten Phase gilt es also, sehr wohl zu reagieren von Seiten der Professionellen und der Begleiter und nicht: nicht zu reagieren, weil das angeblich sowieso nichts bringt.

Dieses Reagieren möchte ich in einer ersten Umschreibung nennen: *Zeit und Raum zur Verfügung stellen* für die Trauernden. Die Helfer dürfen und müssen davon ausgehen, dass die meisten Menschen von ihrer Grundausstattung, von der Schöpfung her, die Fähigkeit haben, zu sterben und zu trauern. Die Trauer gehört offensichtlich zur Ordnung des Lebens. Aber sie ist leidvoll. Auch die Helfer können die Trauer nicht erleichtern oder Umwege um die Trauer herum anbieten. Der Helfer kann den Verlust nicht wegmachen, das Loch nicht zuschütten. Die einzige Versöhnung, die dem Tod gerecht wird, ist die Trauer selbst. *Die Trauer gehört zum Trost*. Nicht der Versuch, sie wegzumachen ist Trost. (Deshalb ist es in der Regel nicht gut, dem Angehörigen gleich eine Beruhigungstablette anzubieten oder sogar zu verabreichen.) Und weil das heute vielfach nicht mehr geübt ist, braucht es Helfer bei der Trauer, Professionelle, die gut reagieren und Trauerbegleiter. - Es braucht eine hohe Präsenz der Helfer in dieser ersten Phase. Und nicht, was Gott sei Dank immer weniger geschieht, dass

der Arzt nach dem Tod wortlos ins Zimmer geht, den Puls fühlt und wortlos rausgeht, um den Tod zu dokumentieren - das darf heute nicht mehr vorkommen. Und wenn Ärzte und Schwestern keine Zeit haben, sollten sie die Seelsorge rufen.

4. Die Todes-Schleuse braucht Schleusen-Wärter

Ein wichtiges Modell, um die Zeit im Umkreis des Todes anschaulich zu machen, ist das von R. Smeding, einer holländischen Trauerforscherin. (2) Es hilft, die Zeit zwischen Tod und Beerdigung zu strukturieren: die sog. *Trauerschleuse* und die *Schleusenzeit*, also der Übergang vom Leben zum Tod und die erste Zeit nach dem Tod.

In unserer Kultur werden drei Tage bis fünf Tage für diesen Übergang eingeräumt. Das ist die Zeit, in der der ‚Fluss‘ des Lebens unterbrochen ist und einen ‚Katarakt‘ herunterfällt, so dass das ‚Boot‘ des Lebens auf ein anderes Niveau gesenkt oder gehoben werden muss. Das geht nicht plötzlich nach dem letzten Atemzug, dem Herzstillstand oder beim Hirntod. In vielen Gesellschaften - bei uns früher auch - gab und gibt es eine *Übergangszeit* bis zur Beerdigung, diese Zeit wurde durch Totenwache, Übergangsbräuche und Rituale gestaltet. Wenn ein Schiff durch eine Schleuse fährt, gibt es Menschen im Schiff und Personen, die oben auf der Schleusenmauer und an der Tür dafür sorgen, dass das Boot in der Schleuse gut durchkommt.

Wenn man beim Eintritt des Todes dabei ist, dann nimmt man wahr: Der gerade Verstorbene ist für die Angehörigen oft noch nicht tot: "er atmet doch noch", „er bewegt sich noch“... sagen Angehörige oft. Natürlich ist er tot, aber die Synapsen der Angehörigen, die Nervenverbindungen im Gehirn, *können* gar nicht so schnell umschalten auf „tot“. Ein Leben lang haben die Angehörigen ihn als Lebenden gesehen - und das gilt jetzt auch noch. Das hat selten etwas mit "Verleugnung" zu tun, sondern eher mit der Tatsache, dass die Angehörigen ihr inneres System gar nicht so schnell umstellen *können*, wie die medizinisch feststellbaren Tatsachen dies verlangen.

Hier braucht es das Handeln der Professionellen, um die Angehörigen für die spätere Trauer besser zu rüsten. Auf die Frage, wie das geschieht, soll später eingegangen werden.

Abb. Trauerschleuse



Abb. Die Todes- und Trauerschleuse

- * Beim Sterben zeichnet sich ab, dass die erste Tür bereits ‚offen‘ ist: Mediziner und Pflegende wissen oft um den baldigen Tod – sie sehen die Todestür schon offen. Die Angehörigen dagegen wollen so lange wie möglich die Hoffnung hochhalten und den Lebenden bei sich haben, sie ahnen, dass die Tür schon offen ist, können dies aber noch nicht bewußt realisieren.
- * Nach Eintritt des Todes ist die erste Tür (sterbeseitig) noch eine Zeit lang offen – im Bewußtsein der Angehörigen.
- * Für die Medizin dagegen ist die Tür mit dem Augenblick des Todes geschlossen. Objektiv, gesetzlich erfolgt jetzt die Todesfeststellung.
- * Die hintere Tür ist für alle noch nicht in Sicht (Beerdigung)
- * Für die Angehörigen ist der ‚Kommunikationsraum‘ mit dem Verstorbenen noch offen
Hier liegt "mein Mann", der Opa, die Mama,... nicht ein Toter. Eine Ehefrau z.B. deckt Stunden nach Eintritt des Todes ihren Mann sorgfältig zu, "damit er nicht friert, es ist doch so kalt".
- * Für die Betroffenen liegt hier keine Leiche (!). "Leiche" ist ein Sachwort, das nur die Professionellen benutzen, kein Beziehungswort. Eine Leiche ist das für den Pathologen, die Polizei, die Feuerwehr
- * Die medizinische Todesfeststellung ist wichtig. Aber sie muss nicht sofort erfolgen. Die Angehörigen und Helfer müssen sich nur den Todes-Zeitpunkt merken. Dafür braucht es Zeugen: Seelsorger, Pflegende Die Stille nach dem Eintritt des Todes ist oft zu wertvoll, als dass sie sofort durch Funktionshandlungen unterbrochen werden sollte.
- * Beim Eintritt des Todes beginnt später für die Angehörigen eine neue Zeitrechnung: die öffentliche Zeit draußen geht weiter, die persönliche Zeit aber ist hier stehengeblieben. Nach dem Tod wird ab dem Todestag die Zeit neu gerechnet: Weihnachten, der Hochzeitstag, Geburtstag ... bekommen eine neue Bedeutung.
- * Hier sind die Helfer *Schleusenwärter* am Übergang vom Leben zum Tod. Sie repräsentieren die Wirklichkeit des Todes, den die Angehörigen erst ganz langsam - oft erst nach Stunden realisieren. Sie bringen den Tod behutsam in Erinnerung. Die Angehörigen sind in dieser Zeit sehr unsicher und verletzlich.

5. Was ist ein „guter Tod“?

Hierhin gehört noch kurz ein Thema, das eine große Bedeutung am Beginn der Trauer hat:
Was ist eigentlich ein „guter Tod“?

Jeder von uns hat Bilder und Vorstellungen davon in sich, was ein "guter Tod" sein soll. Und jeder hat andere Bilder in sich - die Helfer, die Ärzte, die Pfleger, die Hospizhelfer, die Seelsorge - aber natürlich auch die Angehörigen - und die Sterbenden auch. Was für den Sterbenden oder gerade Verstorbenen ein guter Tod ist oder war, wissen wir oft nicht. Ist es der plötzliche Tod, der schnelle Übergang ohne bewusstes Zugehen auf das Sterben? Oder das begleitete, selbst durchlebte Abschiednehmen? - Dieses Thema ist heute neu, weil Sterben unter der Dominanz der Medizin geschieht. Früher hat das ‚die Natur erledigt‘. Die Frage ist nicht unwichtig für die Trauerbegleitung. Oft leiden Angehörige *an Bildern von einem schlimmen Tod*. Und das belastet sie in der Trauerzeit. Eine Art Therapie ist, sie zu fragen, was sie ihrem geliebten Verstorbenen gewünscht hätten. "Dass er nicht an so vielen Schläuchen hängt", oder „dass wir uns hätten richtig verabschieden können - aber dieses schnelle Koma" "dass er nichts mehr sagen konnte, das war schlimm..." - es gibt viele Wünsche und Phantasien für das Lebensende. Hier dürfen die Helfer nichts ausreden: "Aber wir mußten doch..." - da bittet der Arzt für sich um Verständnis - aber die Angehörigen sind es, die Verständnis brauchen.

Hier hilft nur das Gespräch, das Aussprechen dieser Vorstellungen. - Auch "als ich gerade mal draußen war - da ist mein Mann gestorben" - da gehen oft schwere Schuldgefühle mit in die Trauerzeit. Was sagen wir da - als Helfer? "Ihr Mann wollte sicher ohne Ihr Dabeisein sterben"? Das kann verletzend sein! Oder: "Vielleicht wollte er Ihnen diesen schlimmen Augenblick ersparen"? Aber wieso soll ich, die Ehefrau, so schwach sein? - Oder "Vielleicht war es zu schwer für ihn, Ihnen das anzutun"? Das sind alles Deutungen der Helfer. Der Helfer könnte sagen: "Vielleicht braucht das ein Mensch, wenn er stirbt. Wir (Pfleger, Ärzte, Seelsorgende) erleben das öfter, dass Menschen in dem Moment sterben, wenn sie alleine sind. Vielleicht ist dann das Hinübergehen leichter möglich." - So versuchen wir das zu erklären, was wir häufig erleben.

Professionelle können ihre Erfahrung ruhig an die Trauernden als Information weitergeben (aber nicht ohne weiteres die Deutung!). Besser wäre es, auf die Deutung der Angehörigen zu hören und diese behutsam zu begleiten und dabei mitzugehen.

Die Helfer sagen oft: "Das war sicher eine Erlösung für Ihre Frau, für den Opa..." .Vorsicht: es war vielleicht - objektiv gesehen - eine Erlösung. Für die Angehörigen beginnt aber jetzt die Trauer und Leere. Das Sterben der einen ist der Beginn der Trauer der anderen. Das Wort "Erlösung" ist da oft noch zu früh. - Aber einige Tage später, wenn noch mal ein Gespräch mit dem Arzt stattfindet, kann diese ‚Erlösung‘ als fachliche Bewertung durch den Arzt eine hilfreiche Bedeutung für die Angehörigen bekommen.

Aus diesen wenigen Hinweisen wird sicher deutlich, wie wichtig und zugleich verletzlich die Menschen in der Nähe des Todes sind. Und *wie wichtig Schleusenwärter sind*. Denn die Bilder und das Erleben in dieser Zeit sind sehr intensiv und sie beeinflussen oft stark die Trauerzeit (das sind 80.000 Stunden im Jahr; und Trauer kann Jahre dauern!).

Am Totenbett, in der Pathologie (also wohin der Verstorbene dann gebracht wird), am offenen Sarg, aber auch noch nach der Beerdigung kann durch aufmerksame Kommunikation und Zeichen vieles ‚geheilt‘ werden, was bei Sterben und Tod als schlimm erlebt wurde.

Ein kleines *Beispiel*: Wenn der Notarzt nach erfolgloser Reanimation im Haus oder auf der Straße nicht einfach seinen Koffer zumacht und eine Unterschrift von den Angehörigen verlangt, sondern dem Patienten mit einer liebevollen Geste die Augen schließt, dann geht das mit in die Trauerzeit. Da wird das Schlimme, so schlimm es ist, ‚gut‘. Solche guten Bilder gehen mit in die Trauer und machen den Anfang der Trauer gut. Das sind eine Minute mehr für den Arzt und das sind 1000de von Stunden, die durch ein gutes Bild für die Angehörigen getröstet sind. ‚Gut‘ heißt nicht: verklären oder schön reden, sondern das Geschehen angemessen begleiten und würdigen.

Hier ist die Gefahr der "tertiären Trauer", das ist die Trauer, die zu dem Primärverlust (durch Tod) und zu sekundären „Begleitverlusten“ durch die Professionellen (tertiär) unbedacht zugefügt wird und die Trauer zusätzlich belastet. An diesem Beispiel wird deutlich: Der Tod kann schlimm sein - und er ist es meistens auch, und dennoch kann er ‚gut‘ beginnen.

6. Stützpunkte der Trauer („Trittsteine“)

6.1 Den Übergang begehen

Die Aufgabe der Helfer ist, dafür zu sorgen, dass gute Bilder am Anfang entstehen können. Das sind Übergangshilfen für die Zeit der Trauer, eine Art Container, der all die Gefühle, Gedanken und Wünsche der Angehörigen auffangen kann, in den sie ihre Belastung ‚entsorgen‘ können. Die Zeit des Todes und des Sterbens, die kann man einfach vorbeigehen lassen und warten, bis der Patient endlich verstorben ist und die Angehörigen weggegangen sind – man kann das Sterben und den Tod aber auch bewusst ‚begehen‘.

Am deutlichsten werden Übergänge durch Rituale begangen. Auch für Sterben und Tod gibt es Rituale. Rituale-Haben ist eine im Menschen angelegte Fähigkeit, nicht eine seltsame Erfindung von Kirchen und Religion. Das ‚rituelle Begehen‘ ist heute wenig vertraut. Früher hatte die Gemeinschaft hilfreiche Bräuche und Begehungen. Heute hat das leider fast nur noch die Religion. - Rituale sind ein Schutzmantel, eine Wegzehrung für den dunklen Weg, ein Schutzschild für die gefährliche Zone des Todes. Denn Trauer ist auch gefährlich: Kein Mensch weiß vorher, wie die Trauer ihn fordert und verändert - auch gesundheitlich - und wie man dabei nach Jahren herauskommt.

Ein Ritus - z.B. der Kirche - sagt: Du fällst auch durch den Tod oder den Verlust nicht heraus aus dem vollen Leben. Du bist auch in so gefährlichen Lebensphasen angeschlossen an das ‚Geheimnis‘ des Lebens, du stehst im Horizont Gottes und du stehst unter der Verheißung der Hoffnung. Auch jetzt, auch wenn du als nach dem Tod Zurückbleibender das jetzt nicht alles realisieren und dir gleich bewusst machen kannst.

So ein Ritual ist nur eine *Modell-Runde*. Wir Helfer können nichts vorwegnehmen, nicht die ganze Trauer begleiten - die Schlaflosigkeit, die Tage und Stunden der Leere, das Würgen beim Essen, weil die Witwe am Frühstückstisch nichts runter bringt - da sind wir Helfer *nicht* dabei. Wir können *nur exemplarisch* eine ‚Runde‘ mit den Betroffenen gehen. Trauernde machen hunderte/tausende Spiralwindungen, Umkreisungen um den Tod - angefangen mit dem Erzählen der Todesgeschichte - immer und immer wieder; über das Grübeln "hätte ich doch nur", bis zu den Friedhofsbesuchen und dem Betrachten von Foto-Alben und Erinnerungen. Die medizinischen und pflegerischen Fachleute gehen am Anfang einen *Modelldurchgang* mit, dann z.B. die Seelsorge beim Beerdigungsgespräch. Die Beerdigung ist dann wieder eine Runde, und bei jeder Trauerbegegnung wird auch eine Runde begangen. Auch das Arztgespräch nach dem Tod oder eine Woche später im Krankenhaus kann eine Modell-Runde werden: auch eine Trauer-Begegnung im Rahmen der ärztlichen Profession, in

der ärztlichen Rolle ist ein Beitrag zum Trost. Dann können die Angehörigen ihre Fragen stellen, ihre Phantasien über Behandlung und Tod äußern, ja sogar anklagen. Meistens ist letzteres ein Ausdruck der Verzweiflung angesichts des Todes. Arzt und Ärztin trösten am meisten, wenn sie fachgerecht darauf eingehen, ohne sich zu verteidigen oder falsch zu trösten. – Das Gespräch wird zu einer ‚Runde‘, wenn es mit einer Würdigung der Leistung der Angehörigen und der/des Verstorbenen in der Zeit des Sterbens endet. Zumindest sollte ein anerkennendes Wort darin vorkommen z.B. „er hat es tapfer ertragen“, oder „er hat gekämpft bis zuletzt“, oder „es war sicher nicht einfach für Sie in den letzten Wochen“, oder „es war kein leichtes Sterben“, oder „Sie haben Ihren ... gut begleitet“. Also nichts verklären, sondern die Wirklichkeit und damit den Verstorbenen und die Trauernden ‚anerkennen‘.

Eine solche Trauerbegegnung ist ein wichtiger Stützpunkt in der Trauer, jetzt und für die noch kommende Zeit der Trauer, weil das Reden und Tun der Helfer Gewicht hat und weil sie die ‚Ordnung des Lebens‘ repräsentieren - trotz der Grausamkeit des Todes.

Den Tod und die Trauer begehen, das tun die Helfer, wenn sie sich einen Augenblick Zeit nehmen für die Angehörigen und ihnen ihre Trauer bestätigen: "Frau K., Sie haben zur Zeit Schweres zu tragen". Oder "Sie haben viel geleistet, als Sie Ihren Mann gepflegt haben“, oder "...hier immer besucht," oder "die zu Hause weiter versorgt haben ...". Die Helfer spenden *einen Segen*, wenn sie so reden und zuhören und die Leistung der Betroffenen würdigen. Das sind ‚minimal-invasive Maßnahmen‘ - die Trauer weg operieren können sie sowieso nicht.

Dieses ‚Segnen‘ ist kein formelles Ritual - wie wenn der Pfarrer den Segen spendet - aber in der Art, wie wir die Trauer der Betroffenen als ‚Arbeit‘ würdigen, geben wir ihnen Ansehen - einfach in der Art, wie wir ihre Geschichte und Geschichten gelten lassen und zwar in unserer Rolle. Wir sind als Helfer auch Repräsentanten der Gesellschaft: der Arzt im weißen Kittel, die Hospizhelferin, die dafür ausgebildet ist, sie alle ‚segnen‘. Durch die Anwesenheit der Symbolfiguren - das sind die Helfer - wird die Trauer dieses Augenblickes getröstet. Unterschätzen wir nicht dieses *indirekte Trösten*: nicht, indem wir etwas wegmachen oder treffende Worte finden (man denkt als Helfer: was sage ich denn dann?), sondern der Trauer Raum und einen Augenblick Aufmerksamkeit geben.

6.2 Symbolische Handlungen

Es gibt noch andere Gesten und rituelle Elemente: Hier verfügt die Seelsorge über ein reichhaltiges Repertoire:

- Eine Kerze anzuzünden, das muss man nicht erklären und doch hat es eine Bedeutung.
- Die Photos auf dem Nachttisch ansprechen mit den Kindern oder Enkeln, das Bild vom Fensterbrett an das Totenbett holen, "damit die auch dabei sind, wenn wir jetzt den Abschied begehen".
- Beim stark entstellten Patienten schon vor dem Tod oder beim Verstorbenen ein Photo aus guten Tagen übers Bett hängen: "Das ist er auch".
- Handauflegen und Kreuzzeichen auf die Stirn, das können alle Helfer, nicht nur Seelsorger, oder z.B. die Augen nach dem Versterben schließen, das Bett herrichten (nicht sofort nach Eintritt des Todes, sondern wenn eine ‚Pause‘ eingetreten ist) - also ein gutes Bild gestalten, nicht als Verklärung, sondern damit gute Bilder in die Trauerzeit mitgehen können.
- Eine Mutter z.B. gibt ihrem hirntoten Sohn den Rosenkranz mit zur Organentnahme, "damit du nicht so nackt bist".
- Der Seelsorger/Helfer kann den Eltern eines gerade verstorbenen Kindes ein schönes Herbstblatt geben oder im Frühling ein erstes Gänseblümchen.

- "Ich denke an Sie" - wenn das der Professionelle sagt, bestärkt er das Gute im Schlimmen über den Augenblick hinaus. – Das kann auch als Gebet verstanden werden.

Es gibt also für viele Situationen kreative Möglichkeiten, die Trauer fließen zu lassen und ihr sinnlich, anschaulich Zeit und Raum zu geben. Dazu gehört auch die bereits erwähnte liebevolle Geste des Notarztes, in dessen Beisein der Patient stirbt.

6.3 Rituelle Handlungen, Ritual, Ritus

Es gibt aber auch *Rituale im spezifischen Sinn*, nämlich die Riten der Religion und der Kirchen. Wenn die hier skizziert werden, dann nicht, weil damit signalisiert werden soll: "Die sind das Eigentliche" - sondern weil ich Beispiele aus meiner beruflichen Praxis aufgreifen möchte, um deutlich zu machen, was wichtig für den Beginn der Trauer ist, und um die anderen Professionen in ihrer Kreativität anzuregen und sich dazu ein eigenes Repertoire anzulegen.

Um das Handeln der nicht-seelsorglichen Professionen besser verorten zu können, ist eine Unterscheidung hilfreich:

- Es gibt *ritualisierte Handlungen* (die liegen zwischen "Gewohnheit" und "Ritual") wie z.B.:
 - * Aufsteh-, Frühstücks-, zu-Bett-geh- Rituale,
 - * Begrüßungs-, Abschieds-, Wochenend-, Urlaubsrituale,
 - * der Gang ans Grab, Anzünden einer Kerze am Todestag, Hochzeitstag, Geburtstag des Verstorbenen ...

Im Unterschied zu Gewohnheiten tragen diese einen damit verbundenen persönlichen Sinn.

- Die zweite Kategorie sind *alltagsweltliche und öffentliche Rituale* wie z.B.:
 - * im Fußballstadion, im Theater, im Fernsehen
 - * gemeinschaftliche Wochenendrituale, Schulanfang, Beerdigung (z.B. mit weltlichen Liedern).
- *Der Begriff Ritus dagegen ist der Religion vorbehalten.* Dabei geht es jedoch nicht nur um eine Verfahrensweise für unvertraute Situationen, sondern es wird Bezug genommen auf das ‚Heilige‘, auf den höchsten transzendenten Sinn allen Lebens, in dessen Verheißung der Mensch den unvertrauten, gefährlichen Übergang macht.

Arzt, Seelsorger, Hospiz-Helfer sind auch Todesengel. Sie stehen an dieser Stelle auch für den Tod ein. Die Angehörigen gehen unmittelbar nach Eintritt des Todes noch zwischen Leben und Tod hin und her - "ist er wirklich tot oder lebt er noch?" Die Schleusenwärter vertreten behutsam den Tod und halten ihn als Projektionsfläche hin. Das ist eine menschliche Wahrheit: Jeder Mensch muss sterben. An dieser Stelle stehen Schleusenwärter, weil hier jemand von der Gesellschaft stehen muss, im Chaos, beim Einbruch des ganzen ‚Daches‘, unter dem die Betroffenen bisher gewohnt haben. Die Angehörigen stehen schutzlos da, oft wie gelähmt, erschüttert, fassungslos. - Die Situation der Angehörigen wird heute in der Fachliteratur Gott sei Dank gewürdigt: Sie gelten als "Betroffene 2. Ordnung". Die Helfer geben daher einen Rahmen, damit nicht alles ins Chaos stürzt. Sie stehen auch für die Härte dieser Wahrheit.

7. Rituale in der Schleusenzeit

Warum ist das anthropologisch wichtig und sogar lebensnotwendig (- also nicht nur von der Religion her, aber die ist ja auch ein anthropologisches Grunddatum)?

Es geht hier um die Trauer der Zurückbleibenden. Und die steht heutzutage unter anderen Bedingungen als früher. - Hier seien noch mal die Stichworte genannt:

- der plötzliche Tod (trotz langer und schwerer Krankheit), der Weg zum Sterben fehlt oft,
- die Ablenkung von der Auseinandersetzung mit dem Tod und seiner Dramatik,
- die fehlenden Deutungen und Rituale, die früher von Religion und Gesellschaft zur Verfügung standen - auch für die Professionellen übrigens waren die eine Hilfe.

Ich beziehe mich wieder auf das Modell der Trauerschleuse von R. Smeding, also auf die Zeit rund um den Tod. Da gibt es mehrere Situationen, bei denen die Professionellen als Schleusenwärter gebraucht werden.

7.1. Die Situation kurz vor dem Tod, also wenn alle medizinischen Maßnahmen außer der Basisversorgung eingestellt sind, wenn nichts mehr zu ‚tun‘ ist.

Da machen Rituale der Kirchen den Übergang in den Tod, die Schwelle zum Tod, begehbar. Ich möchte hier nicht auf die „Letzte Ölung“ der kath. Kirche als einzige Möglichkeit verweisen - aber da sollte ein Ritual stehen, das für den Durchgang in den Tod alles vorbereitet. Damit die Angehörigen den Sterbenden ‚gut‘ gehen lassen können, solange man noch etwas ‚tun‘ kann.

Die Tür zur Todesschleuse steht bereits offen, die Angehörigen trauen sich oft noch nicht so richtig, das anzuerkennen. Hier sagt ein Ritual durch das Tun angesichts des Todes noch ein Letztes. Eine letzte geistige und spirituelle Fürsorge ist hier möglich. Und zwar noch vor dem Tod solange der Angehörige unter uns ist. Er wird in den Tod eingeweiht. Am Anfang des Lebens wird ein Mensch ins Leben eingeweiht, am Ende in den Tod.

Im Bild gesprochen: Der Sterbende ist zwar schon im Zug des Todes aber das Fenster ist noch offen, die Angehörigen können ihm noch bis zur Abfahrt des Zuges „alles Gute“ sagen und ihn begleiten, bis die Türen endgültig geschlossen werden und der Zug anfährt. Man kann es dem Lebenden noch sagen. Auf diese Bilder, diese Rituale können die Angehörigen später in der Trauerzeit zurückgreifen. Wenn hier ein guter Samen gelegt wird, vor der Schleuse, dann kann der später in der Zeit der Trauer aufgehen. (Gute Bilder und Rituale in dieser Zeit können zu jetzigen und späteren ‚Trittsteinen‘ für die Trauer werden).

Zu den *spezifischen Riten der Religion und der Kirchen* gehören:

- Die *Taufe* des Frühgeborenen oder nur kurz lebenden Kindes auch kurz vor dem Tod. Auch dieser ‚Hauch von Leben‘ wird getauft und für immer in die Handfläche Gottes eingeschrieben.
- Die Nottaufe kann jeder Christ spenden. Und: Taufe ist mehr als die Aufnahme in die Kirche!
- Katholische und evangelische Kirche haben das *Abendmahl* („das letzte Abendmahl“) und die *Wegzehrung* als Riten am Ende des Lebens. Aber immer weniger Sterbende können das empfangen, weil sie unter Medikamenteneinfluß stehen, sehr schwach sind oder bewußtlos. Dass sie die Hostie empfangen, ist vielfach unrealistisch.
- Die katholische Kirche hat die *Letzte Ölung* beim Sterben – dazu könnte ich vieles sagen, weil es meine häufige Praxis ist. Nur ein Wort: das II. Vatikanische Konzil und viele

Theologen wollten sie abschaffen und *nur* noch die *Krankensalbung* gelten lassen. Die Letzte Ölung ist aber ein ‚starkes Sakrament‘ wie die Taufe, das über viele Jahrhunderte die Todes- und Sterbeprojektion tragen konnte. So etwas kann man nicht einfach abschaffen.- Beide Kirchen werden zu einem Großteil der Sterbenden gerufen – und das in einem säkularen Krankenhaus!

Wenn es so ein letztes Sakrament nicht gäbe, müßte man es erfinden. Auch in der evangelischen Kirche wird wieder die Salbung entdeckt. - Es könnte also eine Salbung für die Kranken und eine Salbung für die Sterbenden geben.

„Jetzt ist alles gut getan. Jetzt haben wir unserem Sterbenden ein Letztes gesagt und mitgegeben“, sagen die Angehörigen oft.

- Die *Beichte* eines Sterbenden, oder eine „*Lebensbilanz*“ im Angesichts des Todes.
- Die *Krankensalbung* in der Zeit schwerer Krankheit, auch wenn das Sterben (noch) nicht im Blick ist.

Nach dem Ritual sagt der Patient den Angehörigen oft: „Jetzt kann es kommen, wie es will“. Das tut beiden gut, der Sterbende ist gut versorgt (nicht nur in einem Enggefassten religiösen Sinn) und die Angehörigen können all ihre Gedanken und Gefühle und das Geheimnis des Abschieds in dieses Ritual hineinlegen; dann ist der Anfang des Weges in die ‚andere Welt‘ gut grundgelegt!

7.2. Die zweite Situation: nach Eintritt des Todes

Durch ein Handeln der Professionellen wird der ‚Todesstreifen‘ begehbar gemacht, nicht gemieden. Hier wird die „Todesgeschichte“ eröffnet und begangen. Seelsorger sind hier nicht die einzigen Schleusenwärter.

Der geliebte Angehörige ist bereits auf dem Weg in die andere Welt und doch auch noch leiblich hier. Für die Angehörigen ist der gerade Verstorbene mal noch hier und mal schon drüben, zwischen Leben und Tod: solange er ‚noch warm‘ ist, reden sie noch mit ihm, sie küssen ihnDer Kommunikationsraum ist noch offen. Die Angehörigen sind zwar wie betäubt, aber sehr der Unterstützung bedürftig. Die Angehörigen können oft den Tod nicht sofort realisieren. Dafür brauchen sie Stunden (und letztlich Tage). Professionelle reden viel zu schnell von Verdrängung („die wollen das nur nicht wahr haben“) statt zu sehen, dass sie es *noch nicht können*. Heute ist wieder ein hohes Bewusstsein bei den Pflegekräften zu beobachten: "Sie haben alle Zeit der Welt" hört man sie oft sagen. Wichtig ist, dass der Abschied noch im Kranken- und Sterbebett möglich ist, dass also der Verstorbene nicht sofort in einen Abschiedsraum oder in die Pathologie gebracht wird (Natürlich müssen sich die Möglichkeiten auch an der Situation einer Station orientieren, z.B. wenn der Patient nicht allein in einem Zimmer liegen konnte oder bei Vollbelegung – da ist das Arzt- oder Behandlungszimmer als Abschiedsraum immer noch besser als ein 4-Bett-Zimmer). Für dieses höchst intime und nie mehr wiederholbare Ereignis muss Zeit und Raum sein. Wenn der Verstorbene in die Pathologie verlegt werden muss, dann ist zwar dort mehr Zeit (z.B. für die Tochter, die von weiter her anreisen muss) aber das erste Fenster ist dann bereits geschlossen, die intimste Stunde ist vorbei.

Vielleicht hilft auch hier das Bild: Wenn der Patient gerade gestorben ist, dann sitzt er sozusagen schon im Zug des Todes, der ist bereits angefahren, das Fenster aber ist noch offen. Man kann noch ein Stück weit am Zug entlanglaufen und noch gute Worte zurufen, bis man selbst zurückkehren muß zum Bahnhof, von dem aus der Zug in den Tod und Züge in das Leben (Trauer) fahren. Ein anderes Bild: Das Schiff hat schon von der Kaimauer abgelegt, der

Spalt ist physisch unüberbrückbar – wohl aber psychisch, geistig, kommunikativ. Die Seelsorge hat ein gutes Repertoire – auch bei weniger religiösen Menschen – um diese Situation zu gestalten und ein gutes ‚Geleit‘ zu geben.

7.3. Die dritte Situation: In der Pathologie oder nach Organentnahme

Hier wird die *Todeszeit* begehbar gemacht, der Raum des Todes begangen. Die vordere (sterbeseitige) Tür der Todesschleuse ist endgültig geschlossen, die Kommunikation ist geringer, "der Verstorbene schon so kalt". Hier ist die Leere, Kälte und Distanz schon deutlich spürbar.

7.4. Die vierte Situation: Abschied am Sarg/in der Leichenhalle (z.B. nach plötzlichem Tod, beim Tod eines Kindes)

7.5. Die Beerdigung: Hier wird einerseits die Todesgeschichte des Patienten abgeschlossen und andererseits die Trauergeschichte offiziell eröffnet und damit der Übergang ins Weiterleben „ohne dich“ begehbar gemacht. Die Situationen (4) und (5) sind meist nicht mehr in der Reichweite der Professionellen der Klinik

8. Abschied am Totenbett

Im Folgenden soll der *Abschied am Totenbett* exemplarisch skizzieren werden als eine Art Grammatik für Abschiedssituationen. Grundsätzlich gilt: Bei jedem Ritual gibt es drei Phasen:

- das Hineinführen
- das Hindurchführen
- das Hinausführen.

Diese Phasen wurden an Ritualen der Naturvölker untersucht, die an Schwellen des Lebens die Übergänge deutlich und ausdrücklich begehen.

8.1 Das Hineinführen

Das Hineinführen hat den Sinn, den Durchgang der Verabschiedung vorzubereiten, so dass alle im Raum das Ritual auch als Abschied erfahren können und einbezogen sind. Folgende Fragen stellen sich:

- *Was* ist im Raum des Todes?

Der da liegt, ist noch keine 'Leiche' (dieses Sachwort gilt für die Verwaltung, die Feuerwehr, den Pathologen). Für die Angehörigen braucht es Beziehungsworte: "Ihr Mann", der Opa, der Josef Die Ehefrau ist noch keine ‚Witwe‘ - das ist sie erst nach der Beerdigung.

- *Wer* ist noch im Raum? Wer ist die Leitperson: die das Wort führt, aber nicht der nächste Angehörige ist (Ex-Mann, Freunde, Nachbarn, Nichte)?

Wer ist die Bezugsperson - die "näher" dran ist, aber sich vielleicht nicht traut, zu reden oder aktiv zu werden. Der Helfer wendet sich auch an sie und bezieht sie mit ein (Ehefrau, Tochter, Sohn ..., homosexuelle Partner, Lebensgefährtin ...).

Als Seelsorger lasse ich mir daher die Angehörigen vorstellen:

- * das ermöglicht den Umstehenden, im Chaos sich ihrer Identität zu versichern („Ich bin noch wer“)
- * das schafft Identität für den Verstorbenen. Wichtig ist, für wen er was bedeutet hat und wer er „alles“ ist und war.
- Ich frage auch: „*Wer ist nicht da?* Wer wäre gerne noch da? Wer gehört noch dazu?“
Dann können auch die zu Hause (nicht alle können kommen), die im Urlaub, auf Reisen, noch unterwegs Befindlichen durch die Anwesenden vertreten werden und sie sind und

waren beim Abschied ‚virtuell‘ mit dabei („Wir haben Dich/Euch auch mit einbezogen“). Außerdem gilt: der Tod öffnet Seelentüren, die lange verschlossen waren (Ex-Ehefrau, der verstorbene Sohn, die Schwester aus Frankfurt, die mit dem Verstorbenen im Streit gelegen hat...).

- Womit der Helfer noch konfrontiert ist:
Scham, Hilflosigkeit, Ausbruch von Gefühlen
- Was für einen Ort haben Jugendliche und Kinder – kommen die auch vor?
- Oft stellen Ärzte und Helfer gleich nach dem Tod die Frage: Möchten sie ein Beruhigungsmittel? Hier gilt: nicht gleich verabreichen, höchstens eine Tablette *mitgeben*. Medikamente sind keine normale Trauerhilfe (nur bei Depression): „Die beste Valium ist die, die man nicht nehmen muß. Die Betroffenen können sich sagen: „Ich habe einen ersten Schritt auch ohne Medikamente geschafft“, das gibt Selbstbewußtsein für die Trauernden.
- Berühren des Verstorbenen oder nicht? Hier wirkt das Verhalten der Professionellen als Modell.
- Noch zur Hinführung gehört: die Identität des Verstorbenen erzählen und bekräftigen. Hier wird die Lebens-, Krankheits- und Sterbgeschichte erinnert und eingesammelt. Weil das Zeit kostet, ist es sinnvoll die Seelsorge einzuschalten.
- Wichtig ist, die anwesenden Angehörigen als Stellvertreter für die anderen Familienmitglieder zu würdigen, ihre Leistung zu bekräftigen, den Selbstwert der Angehörigen zu stützen, in einem Augenblick, in dem ihr Selbstwert abzustürzen droht („wer bin ich noch ohne meine Frau/meinen Mann?“).

Wichtig: Die Professionellen können hier nicht die Trauer erleichtern oder etwas davon wegnehmen – z.B. mit Versuchen wie "Sie müssen aber jetzt an Ihre Kinder denken, die brauchen Sie jetzt ganz besonders". Solche Aussagen helfen *den Helfern*, nicht den Betroffenen. Daher: *Nichts* verklären oder *wegreden* - *nur gelten lassen*.

8.2 Das Hindurchführen mit einem Ritual

Zunächst sei kurz ein *Modell* des seelsorglichen Rituals skizziert, um es transparent zu machen für die anderen Dienste.

- Heute steht nicht mehr wie früher die Reinigung von Sünden und die Verfehlungen des Menschen im Vordergrund, sondern die Würdigung und das Ansehen dieser Person vor den Menschen und vor Gott.
- Die Seelsorge hat *Zeichen*, um das über den Augenblick Hinausgehende deutlich zu machen: Kerze, Kreuz, Wasser (Weihwasser), Abendmahl und Kommunion für die Umstehenden („das letzte Abendmahl“), Gesten wie Kreuzzeichen auf die Stirn des Verstorbenen, Berührung (dabei können auch die Umstehenden erfahren, daß man einen Toten berühren kann und Zärtlichkeiten und Verbundenheit über den Tod hinausgehen: bei äußerer Trennung kann die innere Liebe weitergehen), Ermutigung der Angehörigen zur Berührung, Kinder können die Oma kämmen... .
- Einbeziehen der *Zeichen im Patientenzimmer* (Bilder, Photos, persönliche Gegenstände, Blumen, Literatur auf dem Nachtsch, Reiseführer, religiöse Symbole).
- Das *Gebet* ‚trägt‘ all das, was im Raum ist und übergibt es an den „Herrn über Leben und Tod“:
 - * Fürbitte für den Verstorbenen und die Angehörigen („ was wir ihm wünschen und für ihn erbitten“),
 - * Dank für gemeinsame Lebenszeit,
 - * Klage über die Unbegreiflichkeit des Schicksals und dass Gott so etwas zuläßt,
 - * Schuld und Vorwürfe: die können am Totenbett versöhnt werden; hier können letzte Dinge gesagt werden, die man auf dem Herzen hat („das verzeihe ich dir jetzt“)

- * Wichtige Gedanken dem Verstorbenen mitgeben: „Was man in einer solchen Stunde sagt/ noch sagen möchte“.
- * Kinder sagen dem Opa, dem Bruder ... noch etwas ins Ohr – oft tun das danach die Erwachsenen auch, weil hier die Kinder zeigen, wie es geht.
- Ein ‚*Vermächtnis*‘ des Verstorbenen: was er mir immer (oder am Ende noch) gesagt hat ..., eine zusammenfassende Würdigung z.B. „er war immer so gut“.
- Am Ende des Ritus stehen das Vater unser und der *Segen*. Danach können die Angehörigen hinzutreten und dem Verstorbenen ein Abschiedszeichen geben (Kuß, liebevolle Geste, Kreuzzeichen).

Die Seelsorge kommt auch, wenn keine Angehörigen (mehr) da oder sie schon weg sind. Sie vertritt eine menschheitliche und spirituelle Wahrheit – auch bei Menschen die nicht der Kirche angehören – wenn es vorher Signale des Patienten oder der Angehörigen gegeben hat dafür, dass das in ihrem und seinem Sinn wäre. Am Sterbe- und Totenbett sind viele Menschen offen für eine Transzendenz.

Vieles von dem eben Skizzierten kann sicher nicht ohne weiteres vom medizinischen und therapeutischen Personal übernommen werden. Aber es muss ‚Schleusenwärter‘ geben, die an dieser Stelle für die Menschheitsgemeinschaft stehen und Zeugen beim Tod eines Menschen sind (und nicht nur Verwalter von Daten). Sie bieten den Angehörigen einen Rahmen, damit nicht alles vom Tod mitgerissen wird und ins Chaos stürzt.

Rituale schaffen Ordnung und Sicherheit mit Tiefgang. Es kommt weniger darauf an, *was wir machen*, sondern *wie wir es machen*: eine Kerze anzünden oder löschen, einen Verstorbenen berühren (waschen oder herrichten ...) – wir können dieselben alltäglichen Handlungen durch Aufmerksamkeit und als Symbol genommen zum rituellen Akt erheben, (vgl. M. Alsheimer: (8)). Das Einfache wirkt.

Rituale sind nicht dazu da, das Sterben oder den Tod wegzuzaubern, sondern zu ‚begehen‘, nicht das Sterben wegzuthrapieren, sondern das Sterben zu heilen. Es geht nicht um eine Erleichterung der Trauer für alle Zeit, sondern um Gestaltung des Augenblicks, damit die Trauer dieses Augenblicks fließen kann: Frieden für jetzt, nicht für die ganze Trauerzeit. Am Ende dieses Artikels ist ein Ritual als Möglichkeit für nicht-seelsorgliche Helfer skizziert, das in der Rolle z.B. der Pflegenden, Ärzte gestaltet werden kann.

8.3. Das Hinausführen

Nochmals grundsätzlich zum Sinn dieses Rituals:

Hier, am Sterbe- oder Totenbett müssen ‚gute‘ Bilder und ‚gute‘ Rituale stehen. Hier werden *Erinnerungen für die spätere Trauer* kreierte. Das sind ‚Trittsteine‘ (R. Smeding) für die Angehörigen, damit sie jetzt, wo ihnen der Boden entzogen zu sein scheint, einen festen Boden unter sich spüren, und für die Trauerzeit, wenn die Hinterbliebenen durch den breiten und tiefen ‚Fluss‘ der Trauer gehen müssen.

Solche ‚Trittsteine‘ sind auch wir, die *Professionellen selbst*. Wir sind im Sinn der neueren Psychotherapie Übergangsobjekte: „Der Dr. X war damals dabei, die Schwester Y hat uns verstanden“. Die Professionellen sind nämlich hier Symbolfiguren angesichts des Geheimnisses Tod und Repräsentanten der menschlichen Gemeinschaft.

a) Mit *welchen Bildern* also können die Angehörigen ‚hinausgehen‘?

Die Gesten und Symbole, die jetzt erlebt werden, gehen mit in die Trauerzeit:

die Seelsorge, z.B. bringt eine Osterkerze mit, die die Angehörigen mitnehmen können: "die hat am Sterbe-/Totenbett gestanden", ein solches Symbol hilft beim Übergang von der Klinik nach Hause - beim Übergang vom Leben zum Tod und zum weiteren Leben (Trauer), es ist eine Brücke von Jetzt zum Später. Oft erzählen Angehörige, dass sie diese später an Gedenktagen anzünden.

Ebenso kann der Professionelle jetzt wichtige *Bilder verankern* (vgl. das Beispiel Notarzt), z.B. nach einem Ritual der Blick auf den Verstorbenen: "Es ist Frieden in seinem Gesicht", oder, „er strahlt sehr viel Frieden aus“ oder „er hat wohl seinen Frieden gefunden – nach dieser langen Zeit des Kampfes ...“. – Der Helfer darf natürlich nur das sagen, was wirklich zu sehen ist und nichts künstlich wegreden. So kann er auch sagen: „Er hat viel kämpfen müssen“, wenn der Verstorbene nicht entspannt ist

Oder ein Sonnenstrahl fällt ins Zimmer oder auf das Bett oder „es ist draußen so grau (das Wetter) – wie es jetzt in uns ist“, oder: mit Blick auf die Photos auf dem Nachttisch: „Die Enkel waren auch dabei, als wir den Opa verabschiedet haben“, oder: „er hat seine Reise jetzt in eine andere Welt angetreten“ (mit Blick auf den Reiseführer), oder ein Brief, den man ihm noch vorlesen will

Das alles sind ‚last-minute-Objekte‘, Symbole, die den letzten Augenblick repräsentieren. Davon gilt es etwas zu validieren und zu bekräftigen. Wenn die Professionellen darauf aufmerksam machen, kann das alles zur verankerten Erinnerung und damit zum Trittstein für die Trauer werden. Deshalb ist ein ‚letztes Sakrament‘, bzw. eine Aussegnung durch die Seelsorge so wichtig. Wir legen dem Verstorbenen z.B. ein Kreuz aus Holz auf die Bettdecke; aber auch Gesten/Rituale bleiben in Erinnerung (ein Duftöl, eine Musik, ein Lied, eine Zärtlichkeit...). In Erinnerung bleibt auch das Angebot, gemeinsam zum Verstorbenen zu gehen, wenn die Angehörigen kommen. Professionelle zeigen durch ihr Verhalten, wie dieser Augenblick gestaltet und begangen werden kann. Wie sie berühren, sprechen, achten, würdigen den Verstorbenen aufdecken, zudecken ... : Durch die Art, wie sie es tun, geben sie auch dem Tod eine Bedeutung.

Für die Abschiedsorte ‚Pathologie‘ und nach Organentnahme gilt: Wenn der Verstorbene nicht (mehr) in seinem Kranken- /Sterbebett ist oder sein kann, dann sollte es einen Abschied möglichst noch in der Klinik geben. Hier wird der erste Teil der ‚Todesreise‘ begleitet. – Auch wenn erst wenige Stunden nach dem Tod verstrichen sind, ist jedoch die Situation bereits eine andere: der andere Ort in der Trauerschleuse ist weniger ‚intim‘, die Kommunikationsdichte ist geringer, aber immer noch größer als z.B. bei der Beerdigung. Dafür haben sich oft die Gesichtszüge des Verstorbenen mehr entspannt. – Wichtig ist auf jeden Fall, daß die Angehörigen den Verstorbenen wirklich als Toten sehen und diese Wirklichkeit nicht der Phantasie überlassen bleibt. Daher sollten die Professionellen darauf aufmerksam machen, dass das auch für Kinder gut und hilfreich für ihre spätere Erinnerung ist.

b) Zum Hinausführen gehört aber auch noch der *Anschluß an die Welt draußen* und an die unmittelbar folgende Zeit:

- So können die Helfer z.B. die Angehörigen wenn alles ‚getan‘ ist, fragen:
 - * Wie geht es jetzt für Sie weiter?
 - * Wer ist für Sie da, wenn Sie jetzt nach Hause kommen?
 - * Wie werden Sie es der alten Mutter im Altenheim, dem verwirrten Ehemann, den Kindern sagen? Wer wird es sagen und wann?

- * Hier ist auch der Ort für behutsame Korrekturen, wenn Angehörige den Kindern sagen wollen „Der Papas schläft nur“ oder „Wen Gott lieb hat, den holt er zu sich“.
 - Zur Aufgabe der Professionellen gehört es, auch die *Risikotrauer* im Blick zu haben. Risikotrauer bedeutet: die Trauer kann durch bestimmte Umstände erschwert und zusätzlich belastet sein, sie muss es nicht; es gibt aber ein erhöhtes Risiko.
 - * z.B. Trauer nach Suizid, oder wenn ein Kind verstorben ist, oder wenn jemand sehr plötzlich und völlig unerwartet zu Tode kommt, oder bei Organentnahme nach einem Tod unter sehr dramatischen Umständen, oder wenn der Überlebende den Tod verschuldet hat, z.B. durch Autounfall
 - * Bei Vorerkrankungen der Trauernden (Depression, Herzkrankheiten....)
 - * Wenn der jetzige Verlust zu anderen noch nicht lange zurückliegenden dazukommt, wenn er auf schwere Lebensumstände trifft (Scheidung, schwere finanzielle Einbußen, Streit in der Familie...).
- Solche (und noch andere) Umstände können die Trauer kompliziert machen. Die „Risikotrauer“ ist die einzige Trauerform (außer dem PTS-Syndrom), die ein Nachgehen und Aktivwerden der Professionellen erfordert z.B.:
- Wer sorgt weiter für die Trauernden, wer hält Kontakt oder nimmt Beziehungen außerhalb des Krankenhauses auf (mit der Schule, dem Kindergarten, der Pfarrgemeinde, dem Sozialamt, der Sozialarbeit)? Welches Netz muss aktiviert werden?
 - Welche Trauerangebote gibt es (Trauernde Eltern, Selbsthilfe-Gruppen, Gottesdienst für Angehörige)?
 - Angebot des Arztes zum Nachgespräch, Verweis auf Hausarzt (bei Vorerkrankungen). Welche therapeutische Hilfe ist nötig (z.B. bei PTS, nach Suizid, Tod durch Gewalttat ...)?

Wann muss der Helfer, der Pfleger, die SeelsorgerIn, der Arzt wieder gehen? Denn das Ereignis gehört in die Intimität der Familie, es ist ihr ‚Geheimnis‘. Es kann aber auch sein, dass der Helfer behutsam die Umstehenden fragt, ob sie noch eine Zeitlang bleiben wollen; oder ob man gemeinsam hinaus geht; manchmal brauchen sie auch eine solche Intervention von außen als Bewusstmachung oder Erlaubnis, sich vom Totenbett zu lösen und nach Hause zu gehen.

9. Zusammenfassung

Hier wurde vieles aufgezeigt, was alles möglich ist. Nicht alles kann im konkreten Fall umgesetzt werden – oft genügen wenige Worte, Gesten oder Handlungen. Wichtig ist, dass die Helfer ihre Rolle einnehmen. Meist genügen minimal invasive Maßnahmen. Die Trauer kann sowieso nicht weggemacht werden; es geht darum, die Angehörigen so zu unterstützen, dass sie trauern können und dass ihre Trauer schon hier am Totenbett beginnen kann und später hier rückgebunden ist.

*) Überarbeiteter Vortrag, gehalten am 05.02.2001 im Interdisziplinären Arbeitskreis Thanatologie der Johannes-Gutenberg Universität Mainz

Anhang (vgl. auch: (8))

Ritual: Abschied nehmen von Verstorbenen - eine Skizze für nichtseelsorgliche Helfer –

Schleusenwärter: Bezugspflege, Stationspflege, Stationsarzt, Hospizhelfer ...

1. Vorbemerkungen:

- 1.1 Bevor Sie die Aufgabe übernehmen, machen Sie sich bitte bewusst, dass die Zeit, die Sie sich dienstlich nehmen, angemessen ist: erstens geht beim Tod eine ganze Welt und ein (oft langes) Leben zu Ende – zweitens sind die ersten Minuten nach dem Tod für die Trauerverarbeitung der Angehörigen wichtig und drittens tun Sie hier einen Dienst, den früher die menschliche Gemeinschaft übernommen hat – das rechtfertigt den notwendigen ‚Aufwand‘.
- 1.2 Selbstverständlich ist vor einem Abschiedsritus zu klären, in welchem kulturellen und religiösen Kontext dieser Abschied steht, ob evt. ein Verantwortlicher einer Religionsgemeinschaft hinzuzuziehen ist usw.

2. Vorbereiten: Schild an der Tür „Bitte nicht stören“.

- * eine Kerze sollte auf Station für solche Situationen deponiert sein (kann sicher auch von der Seelsorge besorgt werden),
und/oder ein Kreuz, Blumen, Duftöl, Lieblingsmusik des Verstorbenen (vor allem im Alten- und Pflegeheim, Hospiz)

3. Das Hineinführen:

- * Der Helfer fragt: „Ist es Ihnen recht, wenn ich mit Ihnen gehe oder wollen Sie lieber alleine sein?“
- * HelferIn läßt sich die Angehörigen **vorstellen** (wenn nicht schon geschehen) und gibt dadurch den Anwesenden Bedeutung. - Herausspüren, wer die Hauptperson ist.
- * HelferIn **begleitet** die Angehörigen ans Totenbett oder bietet im Zimmer an, „ein paar Minuten innehalten und Abschied zu nehmen – Sie können danach noch so lange bei ... bleiben, wie Sie das wollen“.
- * „Vielleicht sind wir einfach ein paar Minuten **still**...“ Dann eröffnet der Helfer ein **Gespräch über den Verstorbenen** (falls es die Umstehenden nicht von sich aus beginnen).
HelferIn kann z.B. sagen:
 - „Dass es jetzt so schnell ging...“
 - „Sie haben anstrengende/schwere Tage hinter sich ...“
 - „Er hat nicht mehr kämpfen müssen ...“
 - „Sie hat lange gekämpft...“und fragen: „Wie haben Sie es in den letzten Tagen erlebt?“, so dass die Angehörigen erzählen können, was ihnen durch den Kopf geht.
- * Danach **Kerze aufstellen** und anzünden (oder: „die dürfen wir leider nicht anzünden, weil ...“ – oder die Blumen vom Fensterbrett holen oder auf dem Nachttisch zurechtrücken – oder eine Blume dem Verstorbenen in die Hand legen ... – oder am besten: die Angehörigen dazu anregen, dies selbst zu tun.
- * HelferIn: „Es geht Ihnen jetzt sicher vieles durch den Kopf und durch das Herz Wir haben ein bisschen Zeit zum **Erzählen**“ (mögl. ‚Fragen‘: „Was hatte

Herr/Frau... eigentlich für einen Beruf?“ „Wann hat die Krankheit eigentlich angefangen?“ „Wer gehört eigentlich noch zu Ihrer Familie?“ „Hatten Sie gute Jahre miteinander?“ ...) - auch wenn manches von der Anamnese her schon bekannt ist, will hier erzählt werden.

4. Das Durchführen:

- * „Jeder hier verbindet sicher andere Erinnerungen und Gedanken mit Herrn/Frau Vielleicht können Sie die Gott sagen – laut oder ganz still für sich – und ihm/ihr alle **guten Wünsche** und Gedanken **mitgeben**, die in Ihnen sind.“
- * Oder: „Es gibt sicher unendlich viel zu **danken** für das gemeinsame Leben und wie Herr/Frau ... gelebt hat“.
- * „Vielleicht möchten Sie aber auch – ganz still für sich Herrn/Frau ... um Verzeihung bitten für etwas, was Ihnen leid tut, vielleicht möchten Sie aber auch ihm/ihr etwas vergeben, was Sie noch schmerzt.“
- * Oder: „Möchten Sie Ihrem Mann, Ihrer Mutter ... **noch etwas sagen**, was man in einer solchen Stunde sagt? Wenn ein Mensch gerade verstorben ist, ist seine Seele noch in der Nähe, er/sie hört Sie sicher und versteht, was wir ihm sagen wollen.“
- * „Bitten wir Gott auch für die, die jetzt bald die Nachricht von seinem/ihrer Tod erhalten werden...“, „die jetzt auf dem Weg hier her sind“
- * Einladung zu einer **Geste für den Verstorbenen** (Kreuzzeichen auf die Stirn, Berührung ...) „wie es für Sie gut ist“.
- * Wenn es angebracht ist, können Sie eine bewußte Überleitung zur religiösen Dimension vornehmen: „Ich möchte Ihren Angehörigen gerne auch Gott anvertrauen, sind Sie damit einverstanden?“
- * **Gebet:** „Vater unser ...“
(Das „Vater-unser“ ist ein ‚Menschheitsgebet‘, in das beim Sprechen der vertrauten Worte wie in ein altes ‚Gefäß‘ all das hineinfließen kann, was Menschen in dieser Situation bewegt an Trauer und Schmerz, an Erinnerung und Verbundenheit, Hoffnung und Sehnsucht Deshalb ist es gut, diese Gebetsworte unabhängig vom eigenen Glauben im Namen der Anwesenden und des Verstorbenen zu sprechen – wenn das möglich ist und paßt.)
- * Den Übergang ansprechen: „Wir geben Herrn/Frau ... in die Hände Gottes.“
(In einem katholischen Haus: Besprengen mit Weihwasser (ohne Worte) und die Umstehenden einladen, dies auch zu tun (falls das angebracht ist)).
- * Oder: „Herr/Frau ...ist in eine andere Welt gegangen, dort ist ewiger Friede.“
- * Danach auf die brennende **Kerze** verweisen und/oder die Kerze bewusst mitgeben: „die hat an seinem Totenbett gestanden und kann Sie über diese Stunde hinaus begleiten“.
- * Danach: **Kerze ausblasen.**
- * Verstorbenen zudecken oder die Angehörigen einladen, es zu tun – wenn Sie zusammen hinausgehen wollen.
- * Bevor Sie endgültig gehen, vielleicht noch auf ein letztes Zeichen, letztes Bild aufmerksam machen: „Er/sie hat ein friedliches Gesicht ...“ Oder: Verweis auf Photos auf dem Nachttisch („die waren auch dabei, als Herr/Frau ... gestorben ist“), auf ein Herbstblatt, auf das Wetter ...

5. Das Hinausführen

- * Helfer verabschiedet sich mit dem Angebot: „wenn Sie noch Fragen haben, ich bin draußen erreichbar“.

- * „Wenn Sie noch einen **Wunsch** haben (zu telefonieren ...)“...?
- * „Ich mache einen Kaffee, dabei können wir noch ein wenig reden...“.
- * Fragen, wie sie **nach Hause kommen**, darauf aufmerksam machen, wenn es für die Betroffenen nicht gut ist, selbst zu fahren..., ein Taxi bestellen
- * Den Angehörigen anbieten, beim Einpacken der persönlichen Dinge zu helfen – oder dieses anregen („Wollen Sie seine/ihre Sachen jetzt mitnehmen, oder später noch einmal vorbeikommen...“).

6. Schlußbemerkung:

- 6.1 In den ersten Stunden (und Tagen) nach dem Tod wird die Trauer eher als Hinwendung zur geliebten verstorbenen Person ausgedrückt, damit steht der/die **Verstorbene im Mittelpunkt** (ihm/ihr möge es gut gehen). Eher im Hintergrund bleibt meist die eigene Trauer der Angehörigen und Gedanken an die kommende Trauerzeit. Das rückt oft erst nach Tagen oder Wochen in den Vordergrund und wird von anderen Helfern begleitet.
- 6.2 Die Helfer müssen nach ihrem Empfinden entscheiden, was von all diesen Möglichkeiten im konkreten Fall angebracht ist.

Kurzform für eine Verabschiedung von Verstorbenen *

- nur für Pflegende/Mediziner/Helfer, die sich von einer Person verabschieden, die sie betreut haben.

- * Wir sind hier zusammengekommen, um von Frau/Herrn ... Abschied zu nehmen und für sie/ihn und für uns Gottes Segen zu erbitten.
- * Frau/Herr ... war Gast auf unserer Station.
Wir hatten sie/ihn in ihrer/seiner Krankheit begleitet, so gut wir konnten.
Wir vertrauen darauf, daß Gott sie/ihn begleitet, auch im Tod, wenn wir ihr/ihm nicht mehr beistehen können.
- * Wir bitten um Verzeihung für alles, was wir ihr/ihm, auch bei bestem Bemühen, schuldig geblieben sind.
- * Und wir danken für alles Gute, das wir durch sie/ihn erfahren haben:
für jeden Augenblick geglückten Kontaktes,
für Anstöße zum Verstehen ihrer/seiner Ängste und Hoffnungen,
für das Erleben von Sinn in unserer Arbeit,
für ...
- * Wir nehmen uns einige Augenblicke Zeit, um in Stille noch einmal zu bedenken, was Frau/Herr ... uns bedeutet hat.

-Stille –

* aus: Handeln an der Grenze zwischen Leben und Tod (Hrsg. Vorstand der von Bodelschwingschen Anstalten, Bethel 1994)

Literatur

1. Arbeitsgemeinschaft christlicher Kirchen in Baden-Württemberg (Hg.) (1995) Krankheit, Leiden, Sterben, Tod – eine Handreichung für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in sozialen Einrichtungen.
2. Smeding, R., Weiher, E. (2004) Tot und begraben? In: Weiher, E. Die Religion, die Trauer und der Trost. Seelsorge an den Grenzen des Lebens, Mainz, Grünewald 2. Aufl.
3. Fiedler, A. (2001) Ich war tot und ihr habt meinen Leichnam geehrt. Mainz, Grünewald
4. Lammer, K. (2000) Den Tod begreifen – Trauerbegleitung am Totenbett. In: Wege zum Menschen 52. Jg., 400 ff.
5. Smeding, R., Aulbert, E. (1997) Trauer und Trauerbegleitung in der Palliativmedizin. In: Aulbert, E., Zech, D. (Hg.) Lehrbuch der Palliativmedizin, Stuttgart, 866-878
6. Tausch-Flammer, D., Bickel, L. (1995) Wenn ein Mensch gestorben ist – wie gehen wir mit dem Toten um? Freiburg, Herder
7. Weiher, E. (1999). Die Religion, die Trauer und der Trost. Seelsorge an den Grenzen des Lebens. Mainz, Grünewald, 2. Aufl. 2004
8. Alsheimer, M. Die Kraft der Rituale. Unveröff. Manuskript