



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

**Der letzte Abschied:  
Seelsorgerische Implikationen von Sterbe-  
begleitung und evangelischer Bestattung**

Verfasserin:

**Mag.<sup>a</sup> Petra Elisabeth Grünfelder**

angestrebter akademischer Grad

**Magistra der Theologie (Mag. theol.)**

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt:  
Studienrichtung lt. Zulassungsbescheid:  
Betreuer:

A 041  
Evangelische Theologie  
Univ.-Prof. Dr. Wilfried Engemann

Ich weiß, dass ich gehen muss.  
Helft mir, darüber nachzudenken, wohin,  
überdeckt nicht, sondern reißt auf.

Reimer Gronemeyer

# Inhaltsverzeichnis

|                                                                                                                                   |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Vorwort.....                                                                                                                      | 5         |
| <b>1. Einleitung.....</b>                                                                                                         | <b>6</b>  |
| 1.1. Zentrale Fragestellung.....                                                                                                  | 6         |
| 1.2. Herangehensweise und Aufbau der Arbeit.....                                                                                  | 7         |
| <b>2. Tod und Vergänglichkeit im Spektrum der Wissenschaften.....</b>                                                             | <b>9</b>  |
| 2.1. Todesvorstellungen in Wissenschaft und Religion.....                                                                         | 9         |
| 2.1.1. Der Mensch und die objektive Realität des Todes.....                                                                       | 9         |
| 2.1.2. Kultur- und ideengeschichtliche Schlaglichter:<br>Tod und Vergänglichkeit bewältigen.....                                  | 11        |
| 2.1.3. Religion als Wissens- und Deutungssystem angesichts des Todes.....                                                         | 15        |
| <b>3. Tod und Vergänglichkeit in (Übergangs-)Ritualtheorien.....</b>                                                              | <b>17</b> |
| 3.1. Einführung in Theorie und Funktion des (Übergangs-)Rituals.....                                                              | 17        |
| 3.2. Lebenszyklische Übergänge und die Vorstellung vom Tod als letzter<br>Übergang.....                                           | 21        |
| 3.2.1. Die evangelische gottesdienstliche Feier zur Gestaltung<br>eines Übergangs – ein Ritual?.....                              | 22        |
| 3.2.2. Das Begehen lebenszyklischer Übergänge in evangelisch-<br>kirchlichem Rahmen.....                                          | 23        |
| <b>4. Individuelle Sterbeprozesse als seelsorgerische Herausforderung im<br/>    Handlungsfeld der Praktischen Theologie.....</b> | <b>27</b> |
| 4.1. Das Konzept Sterbebegleitung.....                                                                                            | 27        |
| 4.2. Der Mensch in Sterben und Abschied: Ars vivendi, ars moriendi.....                                                           | 29        |
| 4.3. Die fünf Phasen des Sterbens.....                                                                                            | 31        |
| 4.3.1. Exkurs: Kinder sterben anders.....                                                                                         | 32        |
| 4.4. Sterbende und deren Angehörige seelsorgerlich begleiten.....                                                                 | 34        |
| 4.5. Ausgewählte Ansätze der Sterbebegleitung.....                                                                                | 35        |
| 4.5.1. Lebensgeschichtliche Gespräche mit Sterbenden.....                                                                         | 36        |
| 4.5.2. Kommunikation als integraler Bestandteil.....                                                                              | 37        |
| 4.5.3. Der Ansatz der Idiolektik.....                                                                                             | 38        |
| 4.5.4. Der Stellenwert der Lebensgeschichte:<br>Argumentationslinien der christlichen Anthropologie.....                          | 39        |

|                                                                                                                                                      |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>5. Das gottesdienstliche Ritual der Bestattung – Funktion, seelsorgerische Implikation und die Auseinandersetzung mit Tod und Trauernden.....</b> | <b>41</b> |
| 5.1. Die anthropologische Universalie Bestattung aus religionswissenschaftlicher Perspektive.....                                                    | 42        |
| 5.2. Religionssoziologische Funktionen von Bestattungsfeierlichkeiten .....                                                                          | 44        |
| 5.3. Die geltende Bestattungspflicht in Österreich.....                                                                                              | 46        |
| 5.4. Amtskirchliches Handeln im Kontext von Sterben und Tod:<br>Das Beispiel der evangelischen Bestattung.....                                       | 48        |
| 5.4.1. Die evangelische Bestattung im Horizont der Praktischen Theologie....                                                                         | 49        |
| 5.4.2. Die evangelische Bestattung im Spiegel ihrer Genese:<br>Abriss zur Religionsgeschichte des gottesdienstlichen Rituals.....                    | 53        |
| <b>6. Praxiserkundungen im Feld des Diakonissenkrankenhauses Schladming....</b>                                                                      | <b>57</b> |
| 6.1. Vorbemerkungen.....                                                                                                                             | 57        |
| 6.1.1. Forschungsdesign und Methodenwahl.....                                                                                                        | 58        |
| 6.1.2. Konkrete Vorgehensweise.....                                                                                                                  | 60        |
| 6.2. Eintritt und Orientierung:<br>Im Feld des Diakonissenkrankenhauses Schladming.....                                                              | 62        |
| 6.2.1. Alltag und Routine im Diakonissenkrankenhaus Schladming.....                                                                                  | 63        |
| 6.2.2. Reflexionen zu Umfang und Breite der im Feld erhobenen<br>allgemeinen Daten.....                                                              | 65        |
| 6.3. Spezifische Gespräche und Beobachtungen im Feld.....                                                                                            | 68        |
| 6.4. Fünf ausgewählte Einzelbetrachtungen:<br>Dargestellt anhand des Leitfadens.....                                                                 | 69        |
| 6.5. Reflexionen und Analysen der Feldarbeit.....                                                                                                    | 74        |
| Conclusio.....                                                                                                                                       | 79        |
| <br>Anstelle eines Schlusswortes.....                                                                                                                | <br>81    |
| Literaturverzeichnis.....                                                                                                                            | 82        |
| Abstract (Deutsch).....                                                                                                                              | 93        |
| Abstract (English).....                                                                                                                              | 94        |
| Curriculum Vitae.....                                                                                                                                | 95        |

# **Vorwort**

Die akademische Beschäftigung mit dem Tod findet an Orten statt, an denen das Sterben nicht passiert. Für wenige aus unserer nächsten Umgebung aber ist es tägliche Realität: sie arbeiten in Gesundheitsberufen, als Ärztinnen und Ärzte, Diplom-Gesundheitskrankenschwestern, Diplom-Gesundheitskrankenpfleger, PflegehelferInnen, als SozialbetreuerInnen, Heil- und SonderpädagogInnen, als MitarbeiterInnen in Seniorenwohnheimen, Geriatriestationen, Hospizeinrichtungen ...

Meine Intention, die mich dieses Thema an der Schnittstelle von Seelsorge (den Tod begleiten) und Homiletik (den Tod kommunizieren) wählen ließ, war es, mich eine Zeitlang im Rahmen von Praxiserkundungen an die Seite von Menschen zu begeben, die sich mit den Themen Tod und Vergänglichkeit Tag für Tag konfrontiert sehen. Und mit jenen, die sich in der Grenzsituation des Sterbens in unmittelbarer Erwartung des Todes befinden. Wünschen sie sich Begleitung? Wer ist in ihrer Nähe? Wie und mit welchen Erwartungen verbringen sie die Tage des letzten Übergangs? Das Leben wird auch für denjenigen bzw. diejenige, die zurückbleibt, nicht mehr dasselbe sein, wird mühsam an die neue Situation angepasst werden müssen. Sind sich die Betroffenen dessen bewusst? Wie nähern sich enge Bezugspersonen den Sterbenden? Was wird wichtig? Wie verhalten sie sich angesichts des nahenden Todes ihres/ihrer Angehörigen? Ich wollte mich an die Seite dieser Menschen begeben, sehen, ob und worin sie sich in diesen letzten Stunden aufgehoben fühlen. Es war eine besondere Bereicherung für mich und ich bin außerordentlich dankbar für die Impulse, Eindrücke und die zahlreichen Momente, die sich mir tief eingebrannt haben.

Die Übergänge vom Leben hinein ins Sterben sind oftmals verschwommen, unscharf, kaum umrissen. Diesem Gedanken ist der Titel meiner Diplomarbeit entnommen. Es ist gänzlich unmöglich, abzuzirkeln, ab wann es nicht mehr das Leben ist, das man zu gestalten versucht, sondern der Abschied vom Leben. Für die Angehörigen bedeutet das das Zusteuern auf einen Zeitpunkt, der keine neuen Erlebnisse mehr mit dem/derjenigen zulässt, der/die sich auf den Tod vorzubereiten beginnt. Auf das Ende des gemeinsamen Schreibens von Lebensgeschichten.

# **1. Einleitung**

## **1.1. Zentrale Fragestellung**

Rainer Sörries ist der Leiter des Museums für Sepulkralkultur in Kassel. Von ihm habe ich die Worte aufgeschnappt, die mich nicht mehr loslassen sollten. Selbstbewusst hatte er verkündet, dass, wenn es um Tod, Trauer und Transzendenz gehe, vor allem die Kirche etwas zu sagen habe (nachzulesen bei BÄCHER 2002, S. 108). Ist es so? Sind die MitarbeiterInnen der Kirchen tatsächlich ExpertInnen in Sachen Tod und Sterben?

Ich wollte dieser These auf den Zahn fühlen. Zu diesem Zweck habe ich mich viel mit Fachliteratur aus den Themenbereichen Sterbe- und Trauerbegleitung auseinandergesetzt, verfasst mitunter von MedizinerInnen, PflegewissenschaftlerInnen, SoziologInnen, SozialpädagogInnen, BestatterInnen oder PsychotherapeutInnen. Mich hat verblüfft, wie wenig beispielsweise in Ratgebern für ProfessionalistInnen auf im kirchlichen Amt stehende Personen (Priester, PfarrerInnen, kirchliche MitarbeiterInnen u.a.) eingegangen wird: Handlungsanweisungen fehlen und ExpertInnen aus diesen Feldern werden kaum um Wortspenden und Stellungnahmen gebeten. Ich begann, mir eine provokante Frage zu stellen: Hat die Gesellschaft etwa verlernt, religiöse ExpertInnen um ihre Meinung(en) zu bitten? Denn es ist eine nicht kleinzuredende Tatsache, dass auch in Österreich Sterbebegleitung, Totenfürsorge und Beisetzungsrituale die längste Zeit allein in den Händen der Kirchen gelegen sind. Davon ließ ich mich aber nicht weiter beirren. Das Anliegen meiner Arbeit war ohnedies ein anderes. Mein Ziel war es, mir von meiner Warte als junge Theologiestudentin aus selbst einen Überblick über den Themenbereich Tod und Sterben in Theorie und Praxis zu verschaffen und in entsprechende interdisziplinäre Diskussionen miteinzusteigen.

„Der Tod ist – gewollt oder ungewollt – ein Teil des Lebens. Nicht, ihn zu verdrängen ist das Ziel, sondern zu lernen, mit ihm zu leben, ihn und seine tiefgreifenden Folgen zu verarbeiten. Am Toten bzw. an der Toten muss gehandelt werden, „um des/der Toten Willen“ – war etwa eine Formulierung, die ich in der Praxis ganz oft zu hören

bekommen habe. Manchmal war damit gemeint, dem/der Toten zuliebe nochmals eine kirchliche Trauerfeier zu besuchen. Manchmal, sein/ihr Zelt am Campingplatz nochmals aufzurichten. Manchmal, nun doch an sein/ihr Grab zu treten.

Am Toten bzw. an der Toten muss gehandelt werden. Zugleich jedoch geschieht dies auch, um den umstehenden Lebenden Genüge zu tun. Die Auseinandersetzung im Kulturvergleich hat gezeigt, dass dieses kulturelle Handeln am Leichnam in allen Kulturen, so auch im Christentum, mehrfach abgesichert ist. Und so entsteht aus einem Ereignis, das eigentlich ein biologisches, ein alltägliches Phänomen ist, das jeden Menschen und jede Gesellschaft betrifft, ein kulturelles Ereignis. Am Toten bzw. an einer Toten gesetzte Handlungen, ja, sämtliche Akte der Totenfürsorge, zeugen davon, dass der Mensch sich beharrlich dagegen wehrt, den Tod als das Ende menschlichen Daseins anzuerkennen.“ (GRÜNFELDER 2012, S. 85)

## **1.2. Herangehensweise und Aufbau der Arbeit**

In der vorliegenden Auseinandersetzung sollen die Themen Tod und Vergänglichkeit zunächst in forschenden Betrachtungen kritisch reflektiert werden. Der Tod ist der letzte lebenszyklische Übergang im Leben eines Menschen, das Sterben und der Tod eines Individuums reißen Fragen auf, verunsichern. Seit jeher, weshalb ich unter anderem kultur- und ideengeschichtlichen Überlegungen viel Raum gegeben habe.

Der Mensch ist sich seiner Sterblichkeit, seiner engen Grenzen bewusst und dementsprechend sieht er sich angehalten, nach Sinn und Bedeutung zu fragen. Nicht ausschließlich, aber ganz besonders angesichts der unmittelbaren Erwartung des Todes. Und er weiß, dass alle Menschen sterblich sind, und hat kulturelle Strategien im Umgang mit den Toten entwickelt. Auch darauf möchte ich ausführlich eingehen – in einer Art Standortbestimmung, die vor dem Hintergrund der Ritual- und Kasualtheorie stattfindet.

Ein weiterer Abschnitt ist dem Sterben als individuelles Sterben gewidmet, das in der Praktischen Theologie stark verankert ist. Vom Einzelnen nehmen wir etwa in der Bestattung Abschied, mit dem Einzelnen gestalten wir seinen individuellen Prozess des

Sterbens beziehungsweise des Abschiednehmens. Niemand soll im Erbeten und Anbieten von Unterstützung, Hilfestellung und Begleitung übersehen werden: Familie, enge Freunde, Multiplikatoren LehrerInnen/ArbeitgeberInnen des/der Sterbenden bzw. des/der Verstorbenen. Sterbender wie auch Angehörige sind auf den Ablebensfall vorzubereiten, die Realität des nahenden Verlustes gilt es zu kommunizieren, und dazu einzuladen, den Abschied miteinander bewusst zu gestalten. Verfügbarkeit, Kontinuität in der Begleitung. Es geht um Lebensqualität für den Sterbenden.

Eine einmonatige Praxiserkundung im Feld des Diakonissenkrankenhauses Schladming liegt dem letzten Abschnitt meiner Arbeit zugrunde. Es handelt sich dabei um eine empirische Studie an Sterbenden und deren Angehörigen, für die ich das kleine, ländliche Diakonissenkrankenhaus in Schladming als Forschungsfeld gewählt habe. Erstens, weil dort eine gute soziale Durchmischung gegeben war, zweitens, weil Sterben und Tod dort sich alltäglich ereignende Phänomene waren.

## **2. Tod und Vergänglichkeit im Spektrum der Wissenschaften**

### **2.1. Todesvorstellungen in Wissenschaft und Religion**

Der Tod ist eine menschliche Universalie, seine Unausweichlichkeit fordert uns Menschen seit jeher heraus. „Die Gewissheit des Todes macht, auch bzw. insbesondere außerhalb akuter Todeserwartung, das Leben zu etwas Einmaligem. Sie definiert uns Menschen, oder – wie der jüdische Kulturphilosoph Georg Simmel es ausdrückt:

*„Der Tod begrenzt, das heißt er formt unser Leben nicht erst in der Todesstunde, sondern er ist ein formales Moment unseres Lebens, das alle seine Inhalte färbt: die Begrenztheit des Lebensganzen durch den Tod wirkt auf jeden seiner Inhalte und Augenblicke vor.“ (SIMMEL 1957, S. 29-30).*

Unsere Haltungen, unsere Einstellungen und Vorstellungen zu Sterblichkeit und Tod wirken prägend auf unseren individuellen Lebensweg. In jedem einzelnen Moment sind wir solche, die sterben werden. So wenig wie wir in Geburtsstunde schon vollständig sind, so wenig nehmen wir erst in unserem letzten Augenblick von der Welt Abschied (vgl. SIMMEL 1957, S. 29-36).“ (GRÜNFELDER 2012, S. 26)

#### **2.1.1. Der Mensch und die objektive Realität des Todes**

Die moderne „wissenschaftliche Analyse begreift den Tod als pure Faktizität. Das ist exakt. Der Tod ist unumstößlich:

*„Zum Menschsein gehört das Wissen, sterben zu müssen, unter Umständen in einem längeren, mit Leiden verbundenen Prozeß. Darum gehört es zum Menschsein, die eigene Endlichkeit zu akzeptieren und am Ende der Lebenszeit das Sterben und den Tod bewußt annehmen zu können.“ (KOCH 2005, S. 442)*

In der gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Diskussion wurde das Sterben immer schon aus der Perspektive unterschiedlicher Disziplinen (Sozialgeschichte, Medizin, Philosophie, Ethik, Pflegewissenschaft, Recht, Sozialwissenschaft, Gesundheitsökonomie, Theologie, etc.) aus unterschiedlicher Perspektive in den Blick genommen (vgl. HELLER 1999, S. 17).“ (GRÜNFELDER 2012, S. 15.16) „Der wissenschaftliche Blick etwa der Biologie oder der Medizin schaut auf ein objektives Geschehen. Er mustert den (Zell-)Tod eines Organismus von außen als einen vorfindbaren Tatbestand, der vernünftig analysiert werden kann. Was aber gilt es zu tun, wie soll an einem Menschen gehandelt werden, wenn medizinisch nichts mehr für ihn getan werden kann?

*„Wenn erkannt worden ist, daß die Erkrankung nicht mehr kurativ behandelbar ist, richten sich alle Bemühungen eines koordinierten Versorgungssystems von ProfessionistInnen, Laien und Organisationen darauf, die Verbesserung der Lebensqualität und die Linderung von Schmerzen zu erreichen. Der Tod wird weder beschleunigt noch dethematisiert. Palliative care integriert psycho-soziale und spirituelle Aspekte in der Versorgung und bietet ein Unterstützungssystem an, um Bezugspersonen und Angehörigen zu helfen, mit der Situation von Abschied, Verlust und Trauer leben zu können.“ (HELLER 1999, S. 13)*

Die Medizin antwortet mit dem Konzept des Palliative Care, einem holistischen Ansatz, der die Lebensqualität „von Patienten und deren Familien“ verbessert, die im Alltag mit der Situation des Leidens eines bzw. mehrerer Familienmitglieder an lebensbedrohlicher Krankheit bzw. mit lebensbedrohlichen Krankheiten konfrontiert sind.

Durch Prävention wird versucht, Schmerzen bzw. etwaigen weiteren, zumeist im Zuge der Grunderkrankung einhergehenden Symptomen und Leiden mittels einer frühen Erkennung und einwandfreien Einschätzung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen entgegen zu wirken: Palliative Care umfasst die Sorge um physische, psycho-soziale und spirituelle Bedürfnisse des Menschen, heißt es explizit auch in einer Veröffentlichung der *World Health Organisation* aus dem Jahr 2007 (vgl. URL: [www.who.int/cancer/palliative/en/](http://www.who.int/cancer/palliative/en/), letzter Zugriff am 23. August 2012, 09:20).“ (GRÜNFELDER 2012, S. 16-17)

### **2.1.2. Kultur- und ideengeschichtliche Schlaglichter: Tod und Vergänglichkeit bewältigen**

„Angst bzw. die Furcht vor dem Tod ist nicht nur auf Schwerstkranke mit infauster Prognose und Sterbende zu beziehen, sondern auf den Menschen generell. Ausführliche psychologische Studien hierzu haben unter anderem Randolph Ochsmann (vgl. OCHSMANN 1993) und Bruno Pockrandt (vgl. POCKRANDT 2006) vorgelegt. (...) Der Tod ist eine das übliche Alltagsverständnis von Ordnung und Gesetzmäßigkeit übersteigende und Mensch und Gemeinschaft fordernde Grenzsituation.

Eine solche eben stellt der Tod eines Individuums dar, sei es nun der eigene oder der fremde, sei es der in Umfeld, Medien, Freundes- oder Familienkreis erlebte oder erwartete Tod. Der Gedanke an das Sterben schüchtert ein, fordert den Menschen heraus, macht Angst. Bei uns allen finden sich in unterschiedlichem Ausmaß und in unterschiedlicher Dimension Ängste vor dem Tod. Denn der Tod ist gesetzt und markiert den letzten Übergang im Leben jedes Menschen. Schon ehe er sich ankündigt bzw. einsetzt, bringt er die Konfrontation mit dem Bewusstsein der Zeitlichkeit mit sich, er kreierte in uns Wissen um die Begrenztheit des Lebens. „Alles, was ich weiß, ist, daß ich bald sterben werde, aber was der Tod selbst ist, den zu vermeiden ich nicht wissen werde, das weiß ich am wenigsten“, schreibt Blaise Pascal, hier zitiert nach KUNZE 2012, S. 30.“ (GRÜNFELDER 2012, S. 15-16).

„Der Mensch hat gelernt, sich mit Sterben und Tod auseinanderzusetzen. Er begibt sich auf die Suche nach Erklärungen für den Sinn des Lebens, bettet Sterben und Tod in Sinnzusammenhänge ein. Im Sterben vollzieht sich der individuelle lebenszyklische Übergang vom Leben in den Tod.“ (GRÜNFELDER 2012, S. 16) „In der neueren wissenschaftlichen Literatur zum Thema Tod werden oft, im Rahmen transkultureller Vergleiche, Rückgriffe auf die Todes- und Jenseitsvorstellungen archaischer und rezenter nicht-industrieller Gesellschaften unternommen. Dabei zeigt sich, dass für die Mehrheit dieser Gesellschaftsformen der Tod kein natürliches, selbstverständliches Ereignis, sondern ein Akt der Gewalt ist.

*„Im allgemeinen Abriss der Menschheitsgeschichte wird der Tod als nicht notwendig mit dem Leben Gesetztes angesehen. Davon zeugen die weltweit verbreiteten Mythen, die das Verscherzen der als ursprünglich und natürlich gedachter Unsterblichkeit zum Thema haben.“ (WISSMANN 1993, S. 731)*

Der Mensch stirbt nicht etwa an den Folgen einer tödlichen Erkrankung oder am Ende seines Lebens, sondern durch die außerordentliche Kraft eines Mitmenschen, eines Feindes bzw. einer Feindin, eines Hexenmeisters bzw. einer Hexenmeisterin, eines Gottes oder übelgesinnter Totengeister: Gelingt es dem Opfer nicht, rechtzeitig gegen entsprechende Zauberpraktiken zu intervenieren, so ist er der realen oder auch imaginären Macht und dem Tod hilflos ausgeliefert (vgl. WEISS 1987, S. 105). Der Tod wird vergegenständlicht als eine brutale Tatsache, die den Menschen eigentlich nicht ereilen *müsste*, es aber dennoch tut. Das verlangt nach einer Erklärung. Der Mensch vor dem Tod macht sich auf die Suche nach dem Ursprung des Todes.

Hans Abrahamsson, hier zitiert nach Wernhart (WERNHART 2004, S. 98-99), untersuchte im Jahre 1951 afrikanische Mythen und stellte acht Faktoren fest, die als den Tod auslösend in Frage kommen. Erstens: natürliche Bestimmung. Wird dieser Faktor in Betracht gezogen, so wird der Tod als (gott-)gewollt gesehen und verstanden. Zweitens: Der Tod erscheint als Ergebnis eines vormenschlichen göttlichen Todes, was bedeutet, dass der Tod eines Gottes oder eines anderen mythischen Wesens, beispielsweise eines Urahnen, die Existenz des Todes in der menschlichen Welt hervorgebracht hat. Drittens wird der Tod als das Ergebnis eines Konfliktes zwischen göttlichen Wesen in der Transzendenz gesehen. Viertens gilt der Faktor, der Tod sei das Ergebnis eines Betruges der Götter an den Menschen oder aber er resultiere aus der Sorglosigkeit wie auch Dummheit eines göttlichen oder mythischen Wesens als Erklärung für die Existenz des Todes in der Welt der Menschen. Fünftens kann der Tod als das Ergebnis menschlicher Unzulänglichkeit erachtet werden. Sechstens wird der Tod als das Ergebnis falscher Beurteilung, falscher Wahl oder Einschätzung gedacht. Siebtens ist es der entscheidende Faktor für die Existenz des Todes in der Welt, dass der Tod auf einer gewissen Schuld beruht, auf einer lässlichen Sünde, einer Neugierde oder auf einem Fehler. Achters, so lautet ein weiterer Faktor, verdiene der Mensch den Tod, weil er ihn sich selbst gewünscht hat.“ (GRÜNFELDER 2012, S. 14-15)

„Die Beschäftigung mit dem Tod hat in manchen Religionen, etwa in Buddhismus, Judentum, Christentum und Islam, zur Überzeugung geführt, dass das Leben nach dem Tod – so unterschiedlich die jeweiligen Jenseitsvorstellungen in den eben genannten Hochreligionen auch ausgestaltet sind –, von weit größerer Bedeutung ist als das Leben auf Erden, ja dass es sogar das eigentliche Leben ist. In der Glaubensvorstellung der Religionen ist sie keinerlei Zeitbeschränkung unterworfen und in Gegenüberstellung mit der oft tristen menschlichen Existenz auf Erden wird die Fortexistenz im Jenseits in bunten Farben gemalt (vgl. WERNHART 2004, S. 92-93 und 98).

*„In allen Gesellschaften und Kulturen kreisen um die Tatsache des Todes die Gedanken und Vorstellungen der Menschen. Der Tod wird in allen Religionen als ein Durchgangs- und Übergangsstadium, ein Tor zu einem neuen Raum bzw. in eine neue Dimension gesehen. Die Mehrzahl der Religionen, mit denen sich die Anthropologie und Ethnologie befassen, betont aber mehr das Leben in dieser Welt als das Leben im Jenseits.“ (WERNHART 2004, S. 97-98).*

Die menschliche Existenz auf Erden gilt ab dem Zeitpunkt des physischen Todes eines/einer Sterbenden als beendet, also nachdem er/sie das Übergangsstadium Tod passiert hat. Der Prozess der Loslösung der weiterexistierenden Seele vom Körper des/der Sterbenden hat somit eingesetzt, mitunter aber „bleibt die Seele in der Nähe des Leichnams, weil sich das Band zwischen beiden noch nicht ganz gelöst hat. Die Totenriten haben nun die Aufgabe, die Seele endgültig vom Körper zu trennen.“ (WEISS 1987, S. 124). Die Bestattung tut der Weiterexistenz der „Seele“ somit keinen Abbruch, im Gegenteil, sie hat unterstützende Funktion bei der Durchschneidung des Bandes zwischen Körper und Seele.

Religionsphänomenologisch ist die Bestattung damit der rituellen Dimension der Religion zuzuordnen. Der Übergang in die neue, die andere Welt vollzieht sich nicht einfach so. Am Toten bzw. an der Toten muss rituell gehandelt werden. Die Bestattung betrifft ausschließlich den Leichnam des/der Toten, der nach Ableben des Menschen versorgt, entsprechend der Wahl der Bestattungsform verwandelt und, zumeist im Zuge einer rituellen Zeremonie, an den Ort einer Erinnerungs- und Gedenkstätte gebracht wird. Das Totenritual im Ganzen hingegen ist auf Körper und Seele des Toten ausgerichtet. Zur Versorgung des/der Verstorbenen gehört die letzte Körperpflege, das

Waschen, Kämmen und das letzte Ankleiden des Verstorbenen. Transkulturell ist die klare Tendenz zu beobachten, dass der Mensch auf Weiterexistenz (und damit zusammenhängend auf Erlösung) seiner selbst hofft. Die Unterscheidung zwischen Lebenswelt und Totenwelt ist eine anthropologische Universalie: „Es hat sich (...) gezeigt, dass die Kulturen der Menschheit vielfältige rituelle Umgangsweisen mit dem Tod, den Toten und den damit einhergehenden Umständen ausgebildet haben. Zunächst werden, in Zusammenhang mit unterschiedlichen Konzepten vom Sein des Menschen nach dem Tod, Rituale ausgebildet, die den Übergang von der Welt der Lebenden zum Totenreich begleiten und regeln.“ (HÖDL 2007, S. 51)

Die verschiedenen kulturdeterminierten Religionen brachten unterschiedliche Lösungs- und Deutungsmodelle sowie Vorstellungen von Sterben und Tod bzw. eschatologisch-transzendente Zukunftsperspektiven hervor, die mit Weltbildkonzeptionen, Lokalisation von Totenland oder „Paradies“ umschrieben oder bildlich dargestellt werden (vgl. WERNHART 2004, S. 79; HELLER 2012).

*„Dem Sterbenden wird auf Grund ideeller (religiöser) Orientierungsmuster die Möglichkeit geboten, in eine neue Daseinsform überzutreten. Wie das Jenseits und der Weg dorthin aussehen, hängt jeweils vom spezifischen Weltbild der Gemeinschaft ab. Tritt der Tod ein, wird er oft als Übergang von einer Lebensform in die andere begriffen.“ (WEISS 1987, S. 110-111)*

Vor allem Erklärungsmodelle aus der psychologischen, der ethnologischen, der religionswissenschaftlichen, der soziologischen, der volks- und völkerkundlichen, der prähistorischen, der archäologischen, der ökonomischen, der (human-)ökologischen, der politischen und ethnomedizinischen Forschung bieten sich für die Analyse der Todes- und Jenseitsvorstellungen an, weil „der Tod für die Menschen nicht nur ein biologisches, sondern auch ein kulturelles Ereignis ist. Dem natürlichen Vorgang des Sterbens entspricht ein Komplex von Institutionen und Handlungsmechanismen, der verdeutlichen will, daß wir den Tod nicht als das Ende unseres Daseins anerkennen wollen. Der Tod als konkretes biologisches Phänomen wird vielmehr zum spezifischen und kulturellen Charakteristikum einer Sozialeinheit.“ (GRÜNFELDER 2012, S. 36-38)

### **2.1.3. Religion als Wissens- und Deutungssystem angesichts des Todes**

„Der Tod ist festgesetzt, er markiert einen absoluten Übergang. Alles Leben sieht sich eines Tages mit dem Tod konfrontiert. Und es gibt keinerlei Sicherheiten dahingehend, was den Menschen im Tod erwartet. Wie so oft auch in anderen Lebensbereichen, zumal aber von großer Notwendigkeit, wenn Neuland betreten werden muss, sucht der Mensch nach tragfähigen Ordnungssysteme und Bewältigungsstrategien. Er begibt sich auf den Weg, forscht, beobachtet, ordnet sein Wissen, nimmt Werthaltungen an, erprobt Konzepte und Theorien zu entwickeln. Religion, ein Fremdwort eines Wortstamms („religio“) völlig unklarer Herkunft – es wurde im 16. Jahrhundert aus dem Lateinischen entlehnt (vgl. Drosdowski <sup>2</sup>1997, S. 586) – heißt „Nachdenklichkeit oder Gewissenhaftigkeit gegenüber einer wichtigen Sache oder Person; ebenso wie Scheu und Andacht, aber auch peinliche Pflichterfüllung gegenüber höheren Mächten“: Vom Wortstamm „religio“ her kann es entweder „sorgsam beachten“ bedeuten oder andererseits vom Wortstamm „religare“ her den Terminus „binden, wieder verbinden“ bezeichnen (vgl. WEISS 1987, S. 11). Nach der Begriffsklärung, die der Ritenforscher Axel Michaels gibt, umfasst „religio“ die transzendenterenden, auf eine jenseitige, höhere, geheiligte Welt bezogenen Intentionen (vgl. MICHAELS <sup>2</sup>2001, S. 36) – und erweist sich als besonders wirkungsvolle Art der Legitimation.

Tatsächlich nämlich stellt Religion „von jeher das am weitesten verbreitete und das bewährteste Medium für Legitimierung“ (BERGER 1978, S. 32) dar – sie rechtfertigt eine Art „heilige Ordnung“, die alle Sinn- und Ordnungssysteme einer Gesellschaft umfasst. Auf diese Weise wird Wirklichkeit, wenngleich mit menschlichen Möglichkeiten erfasst, an „letzte, universale, heilige Wirklichkeit“ gebunden, wodurch gesellschaftliche Institutionen eine Art „kosmischen Status“ erhalten (vgl. ROTH 2002, S. 44; vgl. BERGER 1978, S. 35).

Religion steht solcherart definiert für ein „Welterrichtungs- und Welterhaltungssystem“ (vgl. ROTH 2002, S. 45), sie stiftet einer Gemeinschaft und ihren Individuen ein kognitives wie auch normatives, zu allererst aber kohärentes Welt- und Selbstverständnis, das sich zunehmend verfestigt und institutionalisiert. „Auch die aus

Sedimentierungsprozessen religiöser Erfahrung entstandenen spezifisch religiösen Wissensbestände einer Gesellschaft erfahren – wie gesellschaftliches Wissen generell – eine Institutionalisierung sowie Spezifizierung des Wissens. Es bilden sich für Weitergabe und Vermittlung religiösen Wissens zuständige institutionalisierte Rollen heraus, die zur Unterscheidung von religiösem Allgemeinwissen und Spezialwissen führen, wobei auch in diesem Differenzierungsprozess das Wissen um die Verteilung dieses religiösen Wissensbestandes notwendig Element des Allgemeinwissens ist.“ (ROTH 2002, S. 45).

Das Fortbestehen religiöser Sinn- und Deutungssysteme ist allerdings auf eine klare Plausibilitätsstruktur und insbesondere auf die Vergegenwärtigung fundamentaler Wirklichkeitsbestimmungen angewiesen. Gerade religiösen Ritualen kommt hierbei gemäß der Ritualtheorie (vgl. BELL 1997, S. 93-137; CADUFF/PFAFF-CZARNECKA<sup>2</sup>2001) große Bedeutung zu. In Gemeinschaften besitzen und genießen religiöse rituelle Handlungen darum „hohen Stellenwert“ (ROTH 2002, S. 45), sie erinnern das übergeordnete Sinnsystem und legitimieren so gerade auch in Grenzsituationen, in denen „das Chaos (...) über den Menschen hereinzubrechen droht: an den Grenzen seiner analytischen Fähigkeiten, an den Grenzen seiner Leidensfähigkeit und an den Grenzen seiner ethischen Sicherheit“ (GEERTZ 1987, S. 61) ein Festhalten am bestehenden Ordnungsrahmen.

„Der Beobachtung ist Religion als ein integrierender Bestandteil von Kultur leider nicht zugänglich, denn das, was beobachtet wird, sind Handlungen und Verhaltensweisen“ (WEISS 1987, S. 8), Gespräche und Interaktionen zwischen Gruppenmitgliedern, und der Vorgang der Wahrnehmung bereits die Beobachtung prägt – Interpretationen und Deutungen passieren schon im Augenblick des Betrachtens. Oder aber sogar die Beobachtung im Feld ist eingeschränkt, weil das Geschehen handlungs- bzw. ritualgeprägt ist und Rituale, die für Außenstehende nicht erkennbar vollzogen werden, das gesprochene Wort ersetzen unter Menschen, die innerhalb desselben Wissens- und Deutungssystemkontextes stehen bzw. interagieren. „Das Ergebnis der Untersuchung ist daher leider in jedem Fall eine Abstraktion“, so Gabriele Weiß (WEISS 1987, S. 8).“ (GRÜNFELDER 2012, S. 19-20)

### **3. Tod und Vergänglichkeit in (Übergangs-) Ritualtheorien**

#### **3.1. Einführung in Theorie und Funktion des (Übergangs-)Rituals**

„Für die folgende Zusammenstellung von Funktionen des Rituals habe ich mich an die Entwürfe und Bezeichnungen von Werner Jetter (vgl. JETTER 1978, S. 94-98) gehalten. Die von ihm gewählten Ausdrücke zur Klassifizierung habe ich belassen und um dies anzuzeigen gesperrt gedruckt. Das Ritual *als Sprachgewähr und als Raum der Verschönerung* gewährt Sprache und Ausdruck und bindet zugleich daran. Es beinhaltet vorformulierte Erfahrungen, bringt sie zum Ausdruck und stellt sie den Teilnehmern zur Verfügung. Durch das Ritual wird von der Daueraufgabe entlastet, sich in jeder persönlichen Lebensschwierigkeit und in jeder neuen Lebenslage neu definieren zu müssen. Die umgekehrte Auswirkung ist freilich nicht von der Hand zu weisen: Auf der anderen Seite nämlich können Rituale ebenso die persönliche Entfaltung und freiere Ausdrucksmöglichkeit beschränken. Das Ritual *als Verhaltenshilfe* kann Menschen sowohl verhaltenssicherer wie auch unfreier machen und mitunter das Lebendige formalisieren. Verhalten wird durch Nachahmen gelernt, auch Sprachverhalten. Rituale stiften Zugehörigkeit und grenzen eine Gemeinschaft ab, sie üben in Rollen ein, die das Individuum, das sich als eigenständige Persönlichkeit versteht, aber auch wieder verlassen können muss. Diesen spannenden Aspekt gilt es zu berücksichtigen und zu reflektieren.

*Als Traditionsvermittler* fungiert das Ritual insofern, als es ans Alte bindet und es fortsetzt:

*„Wo Rituelles entsteht, ist vorher schon Rituelles gewesen. Die Ritualisierung muß niemand erfinden oder einführen wollen: es gibt immer schon Vorgänge auf allen Gebieten und Nachbargebieten. In allen neuen Gestaltungen spiegeln sich ältere wider. Rituale wollen Dauer und schließen sich gerne an etwas, das schon dauerhaft scheint.“ (JETTER, S. 96)*

Des Weiteren können Rituale *als Bürgen für Ordnung und Sinn* erachtet werden, und zwar in mehrfacher Hinsicht bzw. auf unterschiedlichen semantischen Ebenen. Rituale spiegeln Ordnungen wider, stellen sie her und dar und geben damit dem Gemeinschaftsleben eine tragfähige Basis sowie seinen nötigen, wohlgeordneten Ausdruck im Lebensganzen. Es muss aber auch verstanden werden, dass Rituale sich mit Autorität aufladen. Im Ritual geht das Gemeinsame dem Einsamen vor. Allzu strenge Ordnungen erinnern an zu enge Spielregeln, Ordnung kann gar zum Selbstzweck werden und einzwängen.

Rituale leben von Wiederholungen. Das kann sie ebenso stark wie ermüdend machen. Bei Ritualen handelt es sich um Handlungen, die weniger ein zweckrationales Ziel verfolgen, sondern vielmehr auf einen symbolischen Sinngehalt verweisen, fasst beispielsweise Thomas Luckmann (vgl. LUCKMANN 1999, S. 11 ff. und 20 f.) seine Ergebnisse aus phänomenologischen Untersuchungen zusammen. Rituale sind die Handlungsform von Symbolen. Mit Hilfe von Ritualen sollen Grenzen lebensweltlicher Erfahrung überschritten bzw. transzendiert werden: „Der Rückgriff auf (religiös-)symbolische Vorstellungswelten hat zum Ziel, Neues und Unbegreifliches mit Mitteln der Alltagspragmatik verstehbar zu machen. Der Zweck von Ritualen ist eine Überbrückung, Integration und sinnhafte Überwindung von Grenzsituationen und Transendenzen, wie es zum Beispiel der Tod ist.“ (LUCKMANN 1999, S. 11 ff. und 20 f.)

In der Literatur werden drei Charakteristika besonders oft genannt, die Rituale bestimmen. Als erstes Merkmal für rituelle symbolische Handlungen wird ihre Wiederholbarkeit ins Treffen geführt. Zugleich produzieren und transformieren sie durch ihre Wiederholungen aber auch Sinn (vgl. CADUFF/PFAFF-CZARNECKA<sup>2</sup>2001, S. 8; vgl. WULF 2001, S. 7 ff.; vgl. WULF/ZIRFASS 2001, S. 339 f.). Rituale beziehen sich zweitens auf besondere Situationen, grenzen sie sich damit von Alltagshandlungen ab, befinden sich jenseits des normalen Alltagsgeschehens und vollziehen sich im Rahmen eines ganz bestimmten Ordnungskontextes. Kein Ritual ist spontan, zufällig oder willkürlich, sondern formalisiert, kein Ritual erfolgt ohne ursächliche Veränderung, ohne Wechsel.

Darüber hinaus scheint kein Ritual ohne Anklänge des Außerprofanen auszukommen – wenngleich Diskurse dahingehend geführt werden, ob das Gepräge der Vorstellungswelten, auf denen das Ritual fußt bzw. aus denen es hervorgegangen ist,

immer, sprich notwendigerweise, als „religiös“ bezeichnet werden kann, und, wenn dies explizit nicht der Fall sein sollte, mit welchen Implikationen hinsichtlich Funktion und Begriffsfindung dies dann verknüpft wäre. Für Alois Hahn (vgl. HAHN 1968, S. 99) etwa sind Riten „normalerweise und ursprünglich religiöse Handlungen (im weitesten Sinne des Wortes)“, während Wolfgang Wendt den Forschungsstandpunkt vertritt, dass der Ritualbegriff eine religiöse Bedeutung haben kann, es aber nicht muss: Nichtreligiöse, rituelle Praktiken, sprich säkularisierte Riten, seien imstande, dieselbe Funktion zu erfüllen wie magisch-religiöse und könnten auch mit gleichem Recht als solche bezeichnet werden. Ausschlaggebend sei das Eingebundensein in gemeinsame Handlungsmuster (vgl. WENDT 1984, S. 355 ff.). Drittens wird das Ritual, wie es uns in der Ritualforschung klassisch begegnet bzw. den Forschungsgegenstand darstellt, kollektiv durchgeführt, wodurch sich „menschliche Emotionen verstärken“, „mit der Folge, daß das Individuum mitgerissen wird“ (DURKHEIM 1981, S. 536 ff. und S. 546).

Nicht nur der symbolische Gehalt von Interaktions- und Kommunikationsformen, sondern auch die performativen Prozesse ritueller Interaktionen seien sowohl für eine Bedeutungsgenerierung, als auch für die Konstituierung von Gemeinschaft bestimmend. Bezogen auf Rituale im Kontext von Sterben und Tod führt Appelt das Beispiel eines professionellen Diplom-Gesundheitskrankenpflegers bzw. einer professionellen Diplom-Gesundheitskrankenpflegerin ins Treffen, der/die durch das Anzünden einer Kerze nach Einsetzen des Todes die Angehörigen „durch diese kleine Geste anstupst“ (APPELT 2004, S. 357). Rituale geben „die Möglichkeit (...), sich in einer schwierigen und vielleicht verunsichernden Situation, „richtig“ zu verhalten“, sie erleichtern es wie im genannten Fallbeispiel skizziert, jemanden „mitzunehmen“ oder aber „durch kleine Gesten anzustupsen“, wo fehlende Erfahrung zu Schock und Ratlosigkeit führt, Situationen zu entschärfen, in denen sich Überforderung breit macht (vgl. APPELT 2004, S. 357).

Van Gennep war es, der den Begriff „Übergangsriten“ in die Ritualforschung einführte, auf ihn, den französischen Orientalisten, Volks- und Völkerkundler sowie Religionswissenschaftler, geht der Terminus, in der französischen Originalsprache „rites de passage“, zurück. „Übergangsriten“ stellen jene Kategorie von Riten dar, die den Übergang des Menschen von einem Daseinszustand, Status oder Lebensabschnitt zum anderen kennzeichnen. Den Ausgangspunkt der Analyse von Übergangsriten markiert

nach van Gennep die Feststellung, dass in jeder Gesellschaft verschiedene Gruppen existieren, etwa Familien, Altersgruppen, Berufsgruppen, politische Einheiten oder auch durch den sozialen Status bestimmte Gruppen.

Riten nun begleiten in allen Gesellschaften, so van Gennep (vgl. van GENNEP 1986), die Veränderungen hinsichtlich der Gruppenzugehörigkeiten der Menschen im Laufe ihrer Leben. Van Gennep zufolge, an dieser Stelle zitiert nach Wernhart (vgl. WERNHART 2004, S. 64-65), ist allen Übergangsriten folgender Ablauf gemein: Die Trennung (*séparation*), ein Übergangsstadium (*marge*), bei dem das Individuum besonders gefährdet erscheint und innerhalb dessen die Umwandlung erfolgt und letztlich die Angliederung bzw. Inkorporation (*agrégation*), bei der der Mensch in den neuen Stand versetzt wird, der mit einem neuen sozialen Status verbunden ist. Erst van Genneps klare Zergliederung, diese Dreiteilung von Riten, ließ den prozessualen Charakter des Übergangsrituals deutlich hervortreten. Rituale stehen mit zeitlichen oder räumlichen Veränderungen, lebenszyklische Rituale hingegen mit biologischen, körperlichen oder altersbedingten Veränderungen bzw. Wechseln in Beziehung (vgl. MICHAELS <sup>2</sup>2001, S. 30). Wo keine Grenzüberschreitung, keine Veränderung, kein Wechsel stattfindet, gibt es keine Rituale. Aber: Nicht jeder Wechsel ist ritualisiert, die ritualisierten Veränderungen markieren oft Wechsel zwischen Oppositionen oder Dichotomien wie beispielsweise alt – neu, rein – unrein, lebend – tot, jenseits – diesseits, geordnet – chaotisch etc.

Das Adjektiv „lebenszyklisch“ ist in der Ritualtheorie ein klassifikatorisches Kriterium, das bestimmte Rituale zusammenfasst, die in ritologischen Abhandlungen im Vordergrund stehen. Die Bedingung „Lebenszyklizität“ kann auch durch eine andere Veränderung erfüllt werden, etwa durch Krankheit, Gefahr, Verschmutzung – anstelle der Bezeichnung „lebenszyklisch“ tritt dann jeweils der entsprechende Terminus Heilungsritus, apotropäische Riten Reinigungsritus etc. Die Tatsache, dass Veränderungen der Anlass und damit eine Grundvoraussetzung für Übergangsrituale sind, legt die Vermutung nahe, dass Ritualhandlungen mit adaptivem Verhalten zu tun haben, Anpassungen oder Reaktionen an lebensweltliche Herausforderungen auf Krisen sind (vgl. MICHAELS <sup>2</sup>2001, S. 30).“ (GRÜNFELDER 2012, S. 41-45)

### **3.2. Lebenszyklische Übergänge und die Vorstellung vom Tod als letzter Übergang**

„Vom Standort des Individuums aus zusammengefasst sind Riten der Lebenskrisen Riten, in denen sich das Ritualsubjekt bzw. die Ritualsubjekte von, wie Lloyd Warner es ausdrückte, „einer fest verankerten plazentaren Lage im Schoß seiner Mutter auf den Tod und den letzten, durch seinen Grabstein fixierten Punkt zubewegt – ein Weg, der durch eine Reihe von in allen Gesellschaften ritualisierten und öffentlich durch bestimmte Vorschriften markierten kritischen Übergangsmoment akzentuiert wird, um den lebenden Mitgliedern der Gemeinschaft die Bedeutung des Einzelnen und der Gruppe vor Augen zu führen. Hierbei handelt es sich um die wichtigen Einschnitte Geburt, Pubertät, Heirat und Tod.“ (WARNER 1959, S. 303). In diesem Abschnitt fokussiere ich zunächst die Herausarbeitung allgemeiner und spezifischer Aspekte der Ritual- bzw. der Übergangsritualtheorie. Wie viel mehr Übergänge als die von Warner genannten wichtigen Einschnitte Geburt, Pubertät, Heirat und Tod allein die evangelische Kirche dem (glaubenden) Individuum gottesdienstlich zu gestalten anbietet, soll am Ende ausführlich in einem Unterabschnitt gezeigt werden.

„Rituale gelten zu Recht als interessante kulturanthropologische ‚Texte‘. Sie sind die Ursprache der Religion. Vermutlich hat aber die Unterscheidung von religiöser und nichtreligiöser Ritualisierung, wenn man die Ursprünge erwägt, höchstens einen behelfsmäßigen Sinn. Auch die – über arithmos? – ins Indogermanische zurückweisende etymologische Wurzel ‚rta‘, die auf ein vorschriftsmäßig geregeltes Verhalten hindeutet, läßt an ein sozusagen gemischtes, ungetrenntes Erfahrungsfeld denken, auf dem sich göttliche, im Spiegel der Welt abgelesene oder erahnte Lebensgesetze und menschliche Sitten im persönlichen Regelverhalten miteinander verknüpfen. ‚Ursprünglich‘ geht es ja doch immer darum, mit dem, was am Leben und Sterben unheimlich und furchterregend bleibt, besser fertig zu werden. Man sucht den düsteren, vielstimmigen Urwald oder die weiten Savannen des Lebens, wo man sich allseitig schutzlos vorfindet, bewohnbar, urbar zu machen, Vertrauensinseln und also Ordnunginseln herauszuroden und abzugrenzen.“ (JETTER 1978, S. 93).

In diesem Sinne kann auch überall mit annähernd gleichem Recht gesagt werden, dass alles, was dazu diene, von der Ahnung einer göttlichen Sinnordnung bis zur Geschicklichkeit des menschlichen Einzelverhaltens, irgendwie in einer „religiösen“ Dimension stehe, wie umgekehrt, nichts davon „spezifisch religiös“ wäre. Nur weil vermutlich bei allen Menschen die Furcht vor der Überfülle der unbewältigten Daseinsmöglichkeiten und vor dem überall darin lauernden Tod das Selbstgefühl des homo faber, der sich seine Werkzeuge schafft und sich mit ihrer Hilfe behaupten will, ursprünglich und immer wieder aufs Neue erschüttert und „weil jeder wissen und erfahren kann, dass er sein Leben und Überleben nie nur sich selber verdankt: nur deshalb wird man so etwas wie ein urtümliches Übergewicht der religiösen Dimension, oder, wie man wohl besser sagt, des Numinosen in der ursprünglichen menschlichen Lebenserfahrung“ annehmen und vermuten können (vgl. JETTER 1978, S. 93-94).“ (GRÜNFELDER 2012, S. 40-41)

### **3.2.1. Die evangelische gottesdienstliche Feier zur Gestaltung eines Übergangs – ein Ritual?**

„An dieser Stelle ist nun meines Erachtens an dieser Stelle die Frage gesondert herauszustellen und zu klären, ob es denn legitim sei, die Praktiken, die im Zusammenhang mit Hochreligionen im religiösen Feld vollzogen werden, ebenso als Rituale zu bezeichnen wie kirchenferne rituelle Praktiken sowie alte und neue außereuropäische (von RitenforscherInnen dokumentierte) Rituale im Kontext der Elementarreligionen – wenngleich ich mit den Darlegungen Werner Jetters und Wolfgang Wendts die Beantwortung der Frage bereits gestreift habe (...). Von Seiten der Kultur- und Sozialanthropologie eine Selbstverständlichkeit: Gleiches und als vergleichbares mit den Methoden aus Religions- und Bewusstseinsforschung bzw. Religionsphänomenologie Befundenes ist in einer Kategorie zu klassifizieren.

Doch wie denken die VertreterInnen der Großkirchen darüber, insbesondere die für religionspraktische Beispiele ausgewählte evangelische Kirche? Es war notwendig, die Literatur auf diese Frage hin aufmerksam zu studieren und Stimmen religiöser ExpertInnen zu hören. Denn Rituale sind älter als das Christentum, „alle uns bekannten Kulturen verfügen über ein dichtes Geflecht unterschiedlicher Rituale. Und auch wenn

die rituellen Abläufe in den einzelnen Gesellschaften oft sehr verschieden sind, ihre Funktionen sind erstaunlich ähnlich: Rituale begleiten den Menschen (...) und helfen ihm ebenso, die Anforderungen des Alltags zu meistern.“ (vgl. KUNZE/SALAMANDER 2000, S. 5).

Generisch und semantisch unbelastet wie im obigen Zitat der Pädagoginnen Kunze und Salamander wird der Begriff in sozialwissenschaftlichen, medizinischen, theologischen Fachliteraturen zumeist verwendet, gebraucht als Gattungsbezeichnung. So auch im evangelischen Bereich. Ganz selbstverständlich taucht hier der Begriff „Übergangsritual“ im Zusammenhang mit der evangelischen Bestattung auf, beispielsweise etwa in einem Beitrag der Pfarrerin Susanne Lechner-Masser:

*„Die evangelische Beerdigung gilt dem verstorbenen Mitglied einer evangelischen Gemeinde als Übergangsritus in den in Gott aufgehoben geglaubten Tod, also in Gottes Hand.“ (LECHNER-MASSER 2011, S. 1).*

Ein Ritual, das sich insbesondere als ein Akt der Krisenbewältigung verstanden wissen will. In ihr wird der Tod eines Menschen kommuniziert und öffentlich gemacht, der Verstorbene gewürdigt und symbolisch aus der Welt der Lebenden in die Welt der Toten überführt wird. Trost für die Zurückbleibenden soll gespendet werden, im Angesicht des Todes an die Sterblichkeit aller Menschen erinnert und die Gemeinschaft gestärkt werden (vgl. SCHWIKART 2005, S. 8).“ (GRÜNFELDER 2012, S. 45-46)

### **3.2.2. Das Begehen lebenszyklischer Übergänge in evangelisch-kirchlichem Rahmen**

„Nicht nur die evangelische Bestattung ist eine kirchliche Amtshandlung, die gemeinschaftlich-kulturell im Gottesdienst vollzogen wird, um individuelle, lebenszyklische Übergänge von Menschen einer Gemeinschaft für diese selbst und für das Kollektiv sichtbar darzustellen. Nach Verständnis der christlichen, so auch der evangelischen, Gemeinschaft, werden derartige Inszenierungen und Begleitungen von

lebenszyklischen Übergängen, also an hinsichtlich Lebensgeschichte bzw. Biografie der TeilnehmerInnen relevanten, weil definierbaren Umbrüchen im Leben der Menschen, die die Funktion übernehmen, dem mitwirkenden Menschen dabei zu helfen, seinen Übergang zu vollziehen und sich von da ab in die anstehenden, wie auch immer gearteten neuen Deutungsrahmen einzupassen (vgl. ALBRECHT 2006, S. 119), unter dem Begriff *Kasualien* zusammengefasst. Wissenschaftstheoretisch betrachtet handelt es sich beim religiösen Ordnungsbegriff Kasualie im engeren Sinne um eine Bezeichnung, die lediglich die klassisch-religiösen Übergangsriten Taufe, Konfirmation, Trauung und Bestattung beinhaltet, nicht aber das Begehungen weiterer gottesdienstlicher Feierlichkeiten an Eckpunkten im Ablauf des menschlichen Lebenszyklus. Davon abzugrenzen ist eine Definition von Kasualien im weiteren Sinne, denn dann subsumiert der Begriff Kasualien auch besondere gottesdienstliche Akte wie beispielsweise den Vollzug des Abendmahls aus individuellem Anlass oder aber verschiedenste, auf Personen zugeschnittene Weihehandlungen. Im heutigen Verständnis der evangelischen Praktischen Theologie repräsentiert der Begriff Kasualien generisch liturgisch geordnete kirchliche Handlungen, mit Ausnahme des sonntäglichen Gottesdienstes.

Kausale Feiern sind nicht an regelmäßig wiederkehrende Daten des Kalender- oder Kirchenjahres gebunden, sondern werden aus konkretem, individuellem Anlass abgehalten, woraus sich die Vielfalt kausaler Feiern, ihre Anlassbezogenheit und das Faktum ihnen innewohnender geschichtlicher wie lebensgeschichtlicher Einmaligkeit ergibt (vgl. STECK 1993, S. 674). In den hier gelieferten Begriffsabsteckungen fehlt der Hinweis darauf, dass die Zahl der Kasualien in der Praktischen Theologie nicht fixiert ist:

*„Es stimmt, die vier Kasualien Taufe, Konfirmation, Trauung und Bestattung, können inzwischen als die klassischen Kasualien angesehen werden, dieser Kreis ist aber prinzipiell offen und erweiterbar. Aus diesem Grund und auch ob der Einmaligkeit jeder einzelnen kausalen Feier gestaltet sich die Formulierung einer umfassenden Theorie der Amtshandlungen als schwierig.“ (ALBRECHT 2006, S. 117)*

Es werden Versuche unternommen, den Themenbereich der sich in der kirchlichen Praxis durchsetzenden „neuen“ Kasualien zu bearbeiten, Albrecht beispielsweise klassifiziert diese „neuen“ Kasualien entsprechend ihrer Motivation bzw. Anlage in vier Tranchen (vgl. ALBRECHT 2006, S. 117): Tranche 1 beinhaltet diverse andere – neben Taufe, Konfirmation, Trauung und Bestattung – vom Lebenszyklus bestimmte und an den Einzelnen gerichtete Kasualgottesdienste mit den Themen Schwangerensegnung, Neugeborenensegnung, Tot- oder Fehlgeburt, Zusammenleben unverheirateter Paare (Verlobungsritus), Scheidung, Arbeitsplatzverlust, Neue Partnerschaft im Alter, Eintritt in den Ruhestand. Zu Tranche 2 werden dann weitere Kasualien subsumiert, die ebenfalls lebenszyklisch motiviert sind, sich aber an Gruppen wenden, so beispielsweise adressatenspezifischen Kasualgottesdienste, die rund um Neugeborene eines Jahrgangs, rund um Eintritt oder aber Abschied aus dem Kindergarten, rund um Einschulung, Volljährigkeit, Abitur, Zusammenleben unverheirateter Paare, Konfirmandeneltern-gottesdienst, silbernes und goldenes Konfirmationsjubiläum, silbernes und goldenes Ehejubiläum, Jahresgottesdienst für 50-Jährige, Leben mit altersbedingten Behinderungen, ferner Taufgedächtnis und Totengedächtnis zelebriert werden. Eine dritte „neue Kategorie“ Kasualie, Tranche 3, zeichnet sich darin aus, jahreszyklisch motiviert und an Gruppen gerichtet zu sein wie etwa jene Kasualgottesdienste, die zu Schulanfang sowie anlässlich des Ferienbeginns gefeiert werden. Tranche 4 rechnet Albrecht Themengottesdienste zu, die gelegentlich auch als neue Kasualgottesdienste empfohlen werden, und zwar zumindest zu den folgenden Themen, die in der Kasualliteratur einschlägig geworden sind: Umweltgefährdung allgemein, Umweltgefährdungen durch Straßenverkehr, Gefährdung durch Ozon, Knappheit an Arbeit, Kriegssituationen.

Wesentlich erscheint es mir auch, darauf hinzuweisen, dass etwa Mischke in einem Aufsatz gar die Kasualien als das „heutzutage wichtigste Angebot der Kirche hervorstreicht“ (MISCHKE 2000, S. 55-59). Er sieht sie als an die Stelle des Hauptgottesdienstes getreten. Ebenfalls auf der Spur dieses Gedankengangs äußert Preul folgende Mahnung:

*„Sofern die Kirche in ihrer begleitenden Funktion in Krisensituationen und bei lebensgeschichtlich bedeutsamen Ereignissen gefragt ist, muss sie alle Sorgfalt auf ihre Amtshandlungspraxis, auch eine erweiterte Amtshandlungspraxis, und die damit verbundene Seelsorge verwenden.“ (PREUL 1997, S. 196)*

Kasualien in ihrer vorliegenden neuzeitlich-modernen Gestalt stellen gewissermaßen das „Schanierstück zwischen Individuum, Kirche und Gesellschaft“ dar bzw. fungieren – zumindest potentiell, möchte ich vorsichtig ergänzen – als ein solches (vgl. PREUL 1997, S. 196).

In der evangelisch-theologischen Wissenschaft gilt die Theoriebildung zu den Kasualien im Grundriss der Praktischen Theologie als ein genuines Projekt einer Theologie der Moderne (vgl. RÖSSLER 1986, S. 198-237). Sie ist dabei eng verknüpft mit der Ausbildung der Praktischen Theologie als jüngste Disziplin theologischer Wissenschaft. Aus der Betrachtung des disziplinengeschichtlichen Aufrisses des Fachbereiches Praktische Theologie wird ersichtlich, dass die Theorie der Kasualien beginnend mit der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts von der Peripherie ins Zentrum wissenschaftlicher Wahrnehmung rückte. Zunächst, etwa im frühen Grundriss des Faches Praktische Theologie vom Systematischen Theologen Schleiermacher, noch unter verschiedenen klassischen kirchlichen Handlungsfeldern rubriziert – Taufe beispielsweise im Bereich „Cultus“, also Gottesdienst, Konfirmation dagegen im Feld des Religionsunterrichtes und Bestattung als Teil der Seelsorge – versammelt Schleiermacher die Predigt im öffentlichen Gottesdienst sowie „Casualreden“, kleinere Reden im geistlichen Amt, unter der Titulation „Übergang“ (vgl. FECHTNER 2003, S. 20-21). Inzwischen reagiert die evangelische Kasualtheorie als Praxistheorie gelebten Christentums auf kirchliche und soziale Veränderungen, wie bereits ausführlich gezeigt wurde, da diese die Ausübung von Religiosität prägen und umprägen. Der Praktische Theologe Tiemann zum Beispiel verweist darauf, dass es in jeglichem Gottesdienst, insbesondere aber im Kasualgottesdienst um mehr gehe als um Verknüpfung von Situationsbewältigung und Gottesdienstgestaltung: Idealerweise sollte ein Gottesdienst nicht nur einer Situation gemäß gestaltet werden, sich also aus dieser ergeben lassen, sondern auch den daran beteiligten Personen sowie den Umständen, aus denen heraus bzw. auf die hin der stattfindende Gottesdienst konzipiert wird, gerecht werden (vgl. TIEMANN 2009, S. 49).

Im Kontext moderner (und heute spätmoderner) Lebensverhältnisse gewinnt die Praktische Theologie ihre Themen und ist zugleich ein Kind ihrer Zeit (vgl. RÖSSLER 1986, S. 20), konstatierte Rössler in Hinblick auf die sich ab dem Anfang des 19. Jahrhunderts zunehmend verstärkende Tendenz zur Individualisierung. Heute gehen die Entwicklungs- und Anpassungsprozesse weiter.“ (GRÜNFELDER 2012, S. 46-50)

## **4. Individuelle Sterbeprozesse als seelsorgerische Herausforderung im Handlungsfeld der Praktischen Theologie**

### **4.1. Das Konzept Sterbebegleitung**

„Sterbebegleitung im Sinne von als Fürsorge am sterbenden Menschen verstanden steht in einem sehr alten religionsgeschichtlichen Kontext. Schon von Beginn des Christentums an sind die Pflicht der Fürsorge und die Tugend des Mitgefühls gegenüber anderen Menschen, besonders gegenüber jenen, die Not leiden, für christliches Leben wesentlich und bilden die Hauptbestandteile christlicher Moral nach neutestamentlichem Vorbild: „Auch im Leben Christi finden Gläubige ein Vorbild für ein Leben, das sich konkret aus Fürsorge und Mitgefühl Menschen in Not, der Armen, Kranken, Verwitweten und jener am Rande der Gesellschaft annimmt. Seine Fürsorge zielt direkt auf die verschiedenen Dimensionen menschlichen Lebens in Not ab: auf seine physische Dimension durch Speisung der Hungernden und Heilung der Kranken, auf seine Beziehungsdimension durch Einladen der Ausgeschlossenen und Marginalisierten in Gemeinschaft und Gesellschaft sowie auf seine spirituelle Dimension durch das Angebot von Trost für jene, die verzweifelt sind.“ (GEKE 2011, S. 40-41). Für die Kranken steht das unmittelbare, „durch und durch subjektive Erleben von Schwäche, Beeinträchtigung, Schmerzen und Hilfsbedürftigkeit“ (KLESSMANN 2007, S. 391) im Vordergrund. Kranke sind in der Regel behandlungs- und pflegebedürftig.

*„Familie und Freundschaft werden als Erste dafür in Anspruch genommen. Krank ist man also nie allein; das jeweilige System, in dem man lebt, ist immer mit betroffen.“ (KLESSMANN 2007, S. 391).*

Das kann konsequenterweise nur dazu führen, dass im Krankheitsfall eines Angehörigen Seelsorge, Mitgefühl und Fürsorge auch den Betreuenden und Pflegenden zuteilwerden sollten. Jedenfalls also gilt es gemäß dem christlichen Fürsorgeideal, diesbezügliche Unterstützung anzubieten.

Speziell die Fürsorge Sterbender betreffend heißt es weiter: „Pflege von Sterbenden schließt die Sorge um die physischen und körperlichen Bedürfnisse des Patienten ein, auch wenn Heilung nicht länger möglich ist und es keine Aussicht auf weitere medizinische Behandlung gibt, um die medizinische Situation zu verbessern (...) Doch es umfasst ebenso, auf andere Dimensionen aus dem Leben des Patienten zu achten, die Leid während einer schweren Krankheit und am Lebensende verursachen können: psychisches Leiden wie Seelenqual, Angst und Depression, Verlust von Sinn und Bedeutung, Schwierigkeiten, Beziehungen und Bindungen mit Familie, Verwandten und FreundInnen aufrecht zu erhalten sowie den eigenen Platz in der Gesellschaft zu finden; spirituelle Bedürfnisse [zu erfüllen, Anmerkung der Verfasserin], die den Umgang mit letztem Vertrauen und Hoffnung des Lebens betreffen.“ (GEKE 2011, S. 41-42) Reichhaltige liturgische und rituelle Sprache und Praxis, Gebete der christlichen Gemeinschaft, Bibellesungen, Singen oder Lesen der vertrauten Kirchenlieder werden als Vorschläge angeführt (vgl. GEKE 2011, S. 42; vgl. REINKE 2012, S. 25-52).

In der eben mehrmals zitierten evangelischen Wortmeldung wird ausdrücklich festgehalten, dass die Pflege Sterbender nicht nur in Hinblick auf die Sicherstellung von deren medizinischer Versorgung unbedingt gewährleistet sein muss, sondern dass Sterbebegleitung darüber hinaus auch auf die Ebenen des Mittragens von psychischem Leiden oder des Ergründens des Erlebens von Verlust von Sinn und Bedeutung, kurz auf Ebenen der Spiritualität, einzugehen hat. Es fehle oft an Erfahrung, an Wissen, an Mut, aber auch an unterstützender Begleitung, die dabei hilft, mit der endgültigsten aller Trennungen umzugehen. Die meisten Menschen sterben in Krankenhäusern, in Alten- und Pflegeheimen, halten die Autorinnen Christine Reitmeier und Waltraud Stubenhofer (vgl. REITMEIER/ STUBENHOFER 1998, S. 9) fest, und, ebenda: „Der letzte Weg im Leben eines Menschen, das Sterben, ist für viele ein einsamer Weg.“

Jede Glaubensgemeinschaft, aber auch säkulare Gesellschaften – sie alle verfügen über einen Kanon ethischer Kommunikationsregeln, die je nach Eingliederung in die Glaubenswelt als göttliche oder transzendente Gebote angesehen werden, stellt Karl Wernhart in seinen Überlegungen zu universalen Elementen des Religiösen explizit klar (vgl. WERNHART 2004, S. 16-17). Darunter fallen nicht nur die Achtung bzw. Hochachtung vor der Gottesvorstellung oder Kon-

zeption des Höchsten Wesens, der Götter, der Ahnen etc., sondern ebenso auch der Schutz des Lebens: im Allgemeinen, und der Schutz des Lebens der Frau, der Eltern und des alten Menschen im Besonderen.“ (GRÜNFELDER 2012, S. 22-24)

„Bisher hat sich in Österreichs öffentlichen Krankenhäusern und Hospizen in der Hauptsache seelsorgerisches Personal um Aufgaben wie Sterbebegleitung und Begleitung und Unterstützung Angehörigen Sterbender gekümmert – in der Regel von den christlichen Kirchen ausgebildete und eingesetzte TheologInnen und/oder Laien. Und zwar im rechtlichen Auftrag: „allein die großen Kirchen haben das Recht und den Auftrag, alle PatientInnen unterschiedslos zu besuchen“ (WEIHER <sup>2</sup>2001, S. 80). Das seelsorgerische Personal gilt als offiziell beauftragt und hatte dem Folge zu leisten, dass in Alltags- wie auch in Krisen- und Notfallsituationen, Menschen in *deren* tiefsten Überzeugungen begleitet wurden.“ (GRÜNFELDER 2012, S. 28)

*„Es geht in erster Linie darum, Menschen in ihrem innersten System zu helfen, aus der ihnen zugänglichen Quelle heraus Krankheit, Krisen, Sterben und Tod zu bewältigen (...) Die spirituelle Orientierung ist durchaus nicht vernachlässigbar. Denn sie beeinflusst geistige, emotionale und körperliche Reaktionen auf Krankheit, Sterben und Trauer. Deshalb muss sich die offizielle Seelsorge im Krankenhaus auf die jeweilige Spiritualität des Patienten, des Angehörigen, Therapierenden einlassen, wenn sie Menschen nicht in ihrem Innersten allein lassen will. In einem erweiterten Sinn muss Spiritualität heute definiert werden als Beziehung eines Menschen zu seinem Geheimnis, das in alle seine Lebensäußerungen hineinstrahlt.“ (WEIHER <sup>2</sup>2001, S. 81 und 92)*

## **4.2. Der Mensch in Sterben und Abschied:**

### **Ars vivendi, ars moriendi**

„Alter und Tod stellen gemäß der Übergangsritentheorie die letzten Übergänge dar. Sie sind sowohl mit Anerkennung der im Leben erbrachten Leistungen als auch mit der angstvollen Existenzfrage des Menschen verbunden. Die Frage, ob das Leben des Sterbenden nach seinem Tod ausgelöscht ist, oder er doch in einer veränderten

Form, zum Beispiel als Geistwesen in einer anderen Dimension, weiterlebt, ob er als lebender Leichnam in die Welt zurückkehrt oder auf Grund einer Metamorphose in einem anderen Menschen wiedergeboren wird, oder ob letztendlich eine Erlösung in unterschiedlicher sakral-spiritueller Art erfolgt, muss offen bleiben (vgl. WERNHART 2004, S. 79).

Der Philosoph, Psychologe, Theologe und Informatiker Eduard Zierlein bezieht sich auf seine Recherchen und Erfahrungen aus diesem Bereich, wenn er resümierend festhält, dass der/die Sterbende sich im Angesicht des Todes aufgefordert sieht, Abschied zu nehmen, das Leben zu verlassen, dabei vielleicht ein Schlusswort zu finden für sein Leben und die Hinterbliebenen, zu schauen, welche Spuren er hinterlassen wird, zu prüfen, „wo noch Heilung und Versöhnung möglich und nötig ist, wie er seiner Antwort auf die Sinnfrage von Leben und Tod näher kommen und den Übergang und Weggang für sich klären [kann]“ (ZIERLEIN 2004, S. 19). Der Theologe und Ethiker Heinz Rügger hat das Prinzip „Am Leben satt werden“ nach der klassischen antiken Kunst, der *Ars vivendi* definiert: „Lebenssatt werden bedeutet nicht, dass man des Lebens überdrüssig wird, sondern dass man das bisherige Leben als so reich an Erfahrungen und Eindrücken empfindet, dass das Verlangen nach immer noch mehr abnimmt und so etwas wie ein dankbares Genug-Haben im Sinne eines Gesättigt-Seins zunehmend das eigene Lebensgefühl bestimmt.“ (RÜEGGER 2006, S. 73). Für solche „Lebenssättigung“ (ebd.) gäbe es keine objektiven Kriterien und keinen eindeutigen Maßstab. Und es habe nur sehr begrenzt mit quantitativen Aspekten zu tun. Lebenssatt werden als ein Stück Lebenskunst. Für den Beobachter scheint das schwierig, für den Menschen, der sich in einer absoluten Ausnahmesituation seines Lebens befindet, vielleicht gar gänzlich unmöglich. Unpraktizierbar. Ideengeschichtlich (Seneca) aber ist der Konzeption schließlich der Sinn immanent, sich nicht erst auf den Tod vorzubereiten, wenn er unausweichlich scheint. In dieser Situation zwischen Welt der Lebenden und der Welt der Toten, in der Situation des Übergangs aus dem Leben in den Tod würden diese Sätze wohl eine klare Überforderung bedeuten. Die *Ars vivendi* sieht klassisch vor, das Leben in all seinen Widersprüchen und Widersprüchlichkeiten an sich herankommen zu lassen und auch schwierigen Erfahrungen nicht auszuweichen. Michel de Montaigne hat ihn in einem seiner Essays aufgegriffen:

*„Die Nützlichkeit des Lebens liegt nicht in der Länge, sie liegt im Gebrauch: Mancher hat lange gelebt, der doch wenig gelebt hat. Achtet darauf, so lange ihr da seid. Es liegt an eurem Willen, nicht an der Zahl der Jahre, dass ihr genug gelebt habt.“ (MONTAIGNE 2001, S. 143)*

Für die Ärztin Elisabeth Kübler-Ross, die diese Worte in ihrer Arbeit „Jedes Ende ist ein strahlender Anfang“ formuliert, hier zitiert nach Hermann Hold (vgl. HOLD 2007, S. 123), geht es beim gelingenden Sterben um Folgendes, nämlich darum, zu verstehen – und sie hofft, dass die Menschen das einst könnten –, dass ein Sinn in allem liegt, was dem Menschen zustößt, und dass die schmerzlichsten Augenblicke die größten Gaben nicht nur für sie selbst, sondern auch für ihre Mitwelt bergen können.“ (GRÜNFELDER 2012, S. 30-31)

### **4.3. Die fünf Phasen des Sterbens**

„Bezüglich des Aktes des Sterbens verständigt sich die Wissenschaft noch heute über seine Strukturiertheit in fünf Phasen, die die Ärztin Elisabeth Kübler-Ross anhand ihrer Arbeit mit über 200 PatientInnen in den USA konstatiert, betitelt, definiert und erstmals in ihrem Buch „Interviews mit Sterbenden“ (On Death and Dying, 1969) vorgelegt hat. Die Reihenfolge der fünf Phasen gilt nicht als definitiv gesetzt. Gewisse Phasen können auch übersprungen werden, manche sich wiederholen. Kübler-Ross fügt hinzu, dass die Bewältigung der fünf Phasen des Sterbens entscheidend vom Umfeld abhängig ist. Aufgeführt werden die fünf Phasen des Sterbens üblicherweise in der folgenden Reihenfolge: Nichtwahrhabenwollen und Isolierung als Phase 1, für die beispielsweise die Annahme charakteristisch ist, es könne eine Fehldiagnose gestellt worden sein. Phase 2, Zorn, ist geprägt von Neid, von Wutausbrüchen auf jene, die nicht an dieser Krankheit bzw. der schwierigen Situation der Todeserwartung leiden. In Phase 3 wird Verhandeln zum großen Thema, der Patient bzw. die Patientin zeigt sich beispielsweise außerordentlich kooperativ, ist bemüht, so seine/ihre Lebensspanne weit zu halten. In Phase 4 schließlich zeigen sich Depression, Verzweiflung und Sorgen, etwa in der Form, ob und wie das Umfeld, das zurückgelassen werden muss, wohl mit dem Verlust klarkäme. Ist Phase 5 erreicht, stellt sich Akzeptanz ein, der

Sterbende bzw. die Sterbende lässt Schmerz und Kampf hinter sich, zieht sich von der Außenwelt und ihren Problemen zurück, geht zunehmend auf Distanz zur Lebenswelt (vgl. KÜBLER-ROSS 2003, S. 49-73).

Die Publikation der Ärztin Kübler-Ross von 1969 rüttelte England und Amerika auf (vgl. ARIÈS <sup>10</sup>2002, S. 754-755): Diese neue Strömung, die aus dem Mitgefühl mit dem sich selbst entfremdeten Sterben hervorgegangen war, stand ein für eine Verbesserung der Bedingungen des Sterbens, „die dem Sterben seine mit Füßen getretene Würde zurückerstatten sollte“. Nur im Bereich der Gerichtsmedizin präsent, ansonsten aus der ärztlichen Kunst ausgeklammert und als (noch) andauernder, vorläufiger Misserfolg der Wissenschaft aufgefasst, war der Tod nicht um seiner selbst willen erforscht worden. Der Tod war beiseite gedrängt worden, beiseite gedrängt und abgetan als ein philosophisches Problem, das nicht in den Zuständigkeitsbereich der Medizin gehörte. Die neueren Untersuchungen bemühten sich nun darum, ihm erstens wieder Realität zu verleihen und ihn zweitens wieder in die medizinische Literatur einzuführen, in der er ab dem Ende des 19. Jahrhunderts keinen Platz mehr gehabt hatte. Waren ÄrztInnen einst zusammen mit Priestern lange vor Eintreten des Todes dessen Zeuge und Vorbote gewesen, sollten sie künftig ihre PatientInnen besser auf den Tod vorbereiten können und nicht länger versucht sein, sich auf bloßes Schweigen zurückzuziehen.“ (GRÜNFELDER 2012, S. 21-22)

#### **4.3.1. Exkurs: Kinder sterben anders**

„Dass das Leben auf einen Zeitraum begrenzt ist, wissen alle Menschen. Aber die Tatsache, dass der Tod uns schon morgen ereilen kann, verdrängen wir gerne. „Aus-dem-Leben-gerissenes“ Sterben zieht in der Regel besonders schmerzhaft, lange Trauerwege nach sich. Ganz besonders dann, wenn Kinder sterben, durch Suizid oder Unfälle, durch Gewaltverbrechen oder Krankheit ist „das gewohnte Leben (...) in seinen Grundfesten erschüttert, die Persönlichkeit und die Familienstruktur geraten aus dem Gleichgewicht und müssen neu gefunden werden. Plötzlich ist die Stunde null angebrochen.

Das Leben, wie es einmal war, ist beendet.“, konstatiert, selbst betroffen, Petra Hohn vom Bundesverband für Verwaiste Eltern in Deutschland e.V., Leipzig (HOHN 2008, S. 57). Für die Teile des pädiatrischen Mitarbeiterstabes, so der Onkologe Niethammer (vgl. NIETHAMMER 2010) sei es – im Gegensatz zu ihren Kollegen auf den regulären Stationen der Spitalsbetriebe – ganz besonders schwer, sich hinter Leitlinien, Schemata, Diagnosen und statistischen Prognosen zu verstecken. Zum einen, weil die Eltern kritischer als bei sich selbst seien, die ihre Kinder betreffenden Diagnosen und Therapien stark hinterfragen, und zum anderen, weil die Kinder sich in jeglicher Hinsicht verweigern oder in eine Konfrontation gehen, wenn man keine Beziehung zu ihnen aufbaut. Wegen dieser Beziehung trifft es ÄrztInnen, Diplom-Gesundheitskrankenschwestern, Diplom-Gesundheitskrankenpfleger, PflegehelferInnen und andere in der Kinderheilkunde immer wieder hart, wenn die Möglichkeiten, menschliches Leben zu erhalten, erschöpft sind. Aber vielleicht finden sich gerade deshalb Pflegende und Ärzte, die bereit sind, sich der Aufgabe der Sterbebegleitung bei Kindern zu stellen.

Denn die Arbeit ist mit dem Versagen der Therapien und dem Fehlen weiterer Behandlungs- bzw. Therapieoptionen nicht getan. Dann gilt es, einen Rahmen, Halt und Orientierung für das sterbende Kind und die Angehörigen zu bieten, was, so argumentiert Niethammer laufend in seiner Publikation, untrennbar zur Profession der pflegenden und ärztlichen Berufe gehört. Mit sterbenden Kindern zu arbeiten bedeutet, anwesend zu sein, den Angehörigen und dem betroffenen Kind das Gefühl zu geben, dass sie nicht allein sind (Erfahrungsberichte aus dem Kinder- und Jugendlichen-Hospizbereich: vgl. WIESE <sup>4</sup>2009; vgl. PAULS/SANNECK/WIESE 2003).

Was Kindern und deren Angehörigen beispielsweise Sicherheit vermitteln kann, ist: Da sind Menschen, die wissen, was es mit dem Sterben auf sich hat, die Sterben schon miterlebt haben. Die häufigsten Fragen, die Kinder angesichts ihres nahenden Todes stellen (vgl. NIETHAMMER 2010, S. 97-102; vgl. BURGHEIM 2004; vgl. REITMEIER/ STUBENHOFER 1998; vgl. PILGER/SCHWARZENBÖCK 2006; vgl. WIESE <sup>4</sup>2009), lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Wie geht das Sterben vor sich und wird es wehtun? (...)
2. Werde ich allein sein, wenn ich sterbe? (...)
3. Wann wird es geschehen? (...)

4. Was kommt nach dem Tod? (...)
5. Wird man mich vergessen? (...).

Der Akt des Sterbens ist nicht nur das Erleben eines physischen Übergangs, sondern auch eine psychische Herausforderung.“ (GRÜNFELDER 2012, S. 24-25)

#### **4.4. Sterbende und deren Angehörige begleiten**

*„Sterben ist immer und in jedem Moment einzigartig und individuell. Es lässt sich nur schwer der idealtypische Weg der Begleitung ausmachen und der Begleiter muss auch zulassen können, dass er nicht begleiten darf.“  
(ABRAMOWSKI 2004, S. 262)*

„Solange ein Mensch im Sterben liegt, hat er ein Leben (vgl. OTTERSTEDT 1999; THORBRIETZ 2007, S. 7), postulieren WissenschaftlerInnen wie betroffene Angehörige. Totkranke Menschen sind, solange sie leben, nicht nur Sterbende, sondern immer auch Lebende, mit spezifischen Bedürfnissen und Wünschen. Es gilt, über die lebensbedrohliche Krankheit, auf die die (medikamentöse, pflegerische) Versorgung primär fokussiert ist, nicht den Menschen zu vergessen (vgl. KELLEHAR 2001, S. 163-171). Dann nämlich bestünde die Gefahr, dass der/die Sterbende seine/ihre personale Identität einzubüßen beginnt. Gerade auch die PatientInnenpflicht zur Behandlungsbereitschaft wird in diesem Zusammenhang genannt, sie sei in dieser Hinsicht kein zugunsten von PatientInnen mit infauster Prognose implementiertes Instrument. Sie würde dem/der PatientIn abverlangen, Vieles mitzumachen, das eigentlich schon kontraindiziert ist.

Ein weiteres identitätsgefährdendes Moment liege vor, zum Beispiel die Pflegekräfte sich nicht um den Namen des/der Kranken bemühen, oder wenn Initiativen, die dazu dienen würden, Kontakte zu Familie, ArbeitskollegInnen und anderen Personen aus dem Umfeld des/der Kranken aufrecht zu erhalten als überflüssig abgetan werden. Darüber hinaus werde

Personalität insbesondere dann institutionell und kommunikativ getötet, wenn Pflegebedürftige „nur noch zurechtgemacht“ werden.“ (GRÜNFELDER 2012, S. 17-18)

*„Oft ist mit dem Verlust der personalen Identität auch ein Intimverlust verbunden, z. B. durch praktizierte öffentliche Nacktheit pflegebedürftiger Menschen, gegen die sich hospitalisierte Langzeitpatienten nicht mehr zur Wehr setzen. Intimität, Unversehrtheit und Wahrung der Individualität hängen eng zusammen; deshalb sind uniforme Betreuung und fehlende Akzeptation der persönlichen Eigenart oder Verschrobenheit in Todesnähe Beiträge zu Verwirrung und Persönlichkeitstod.“ (REST 2004, S. 82).*

#### **4.5. Ausgewählte Ansätze der Sterbebegleitung**

„Jeder Mensch ist mehr als seine Krankheit, lautet der Tenor der Verfechter der Palliative Care. Auch bei schwerster Krankheit und im Sterben hat der/die Sterbende viele gesunde Anteile in sich. Selbständigkeit, Unabhängigkeit, Würde, Willen und Gefühle gilt es unbedingt zu achten, dem Sterbenden sollen Respekt und Wertschätzung hinsichtlich seiner ethisch-moralischen-religiösen Vorstellungen ganz selbstverständlich (nach wie vor) entgegengebracht werden (vgl. ABRAMOWSKI 2004, S. 292).

Gibt es noch etwas, dem sich der sterbende Mensch voll Hingabe widmet bzw. sich widmen will bzw. kann? Dann sind Unterstützung und Hilfestellung geboten, um ihm/ihr dies zu ermöglichen. Pflegende benötigen nicht nur soziale Kompetenz und Empathie, um sich in einen Menschen einzufühlen, um sich seiner annehmen und ihn begleiten zu können, sondern darüber hinaus auch Kenntnis über den Lebensentwurf, die Werte, die Wünsche und die Bedürfnisse des auf Hilfe angewiesenen Menschen. In diesem Zusammenhang könne es außerdem sehr hilfreich sein, den Blick darauf zu richten, was der/die Sterbende „mitbringt“, etwa, welche biographischen Rahmenbedingungen und welches soziale Umfeld seine/ihre Situation in Versorgungs- und Pflegekontext mitbestimmend sein wird.“ (GRÜNFELDER 2012, S. 17-18)

#### 4.5.1. Lebensgeschichtliche Gespräche mit Sterbenden

„Mit der in unmittelbarer Erwartung des Todes zu verbringenden Zeitspanne hat sich unter anderem die Pflegewissenschaftlerin Specht-Toman intensiv befasst. Die Wissenschaftlerin hat erarbeitet, anhand welcher Themenbereiche das Eintreten in lebensgeschichtliche Gespräche mit Sterbenden sowie mit pflegebedürftigen Menschen mit infauster Prognose gefördert werden soll (vgl. SPECHT-TOMANN 2009a, S. 114-118):

- ... noch einmal auf die einzelnen Stationen des eigenen Lebens zu schauen und so das Gefühl der eigenen Bedeutsamkeit zu spüren („Ich habe viel erlebt!“),
- ... sich an wesentliche Menschen, Landschaften, Ereignisse u. a. zu erinnern („Ich kann mich noch gut erinnern“),
- ... sich an den schönsten Erlebnissen der Vergangenheit zu erfreuen („Wie gut ist es mir gegangen!“),
- ... an die negativen Erfahrungen zu denken und daran, wie man sie bewältigt hat („Wie ich das alles überstanden habe!“),
- ... Belastendes aus der Vergangenheit einmal noch an- und auszusprechen, um es dann loslassen zu können („Ich kann Altes ruhen lassen“),
- ... viele Geschichten zu erzählen, z. B.: Freundschaftsgeschichten, Angstgeschichten, „Heldengeschichten“, Familiengeschichten („Ich und mein Geschichtenschatz“),
- ... sich zu überlegen, welche Einstellungen und Werte das eigene Leben bestimmt haben („Diese Glaubenssätze haben mir geholfen“),
- ... Kraftquellen der Vergangenheit für die Gegenwart aufzubereiten („Was einmal geholfen hat, kann vielleicht auch heute helfen“),
- ... Kopf und Herz „zu beschäftigen“ („Ich habe eine sinnvolle Beschäftigung“),
- ... gegenwärtige Beschwerden und Schmerzen auszudrücken und zu benennen („Ich darf klagen!“),
- ... über kleine „Wünsche und große Hoffnungen“ laut nachzudenken („Was meinem Leben Sinn gegeben hat“),
- ... die „Ernte“ seines Lebens einzubringen („Das ist mein Leben“),
- ... die eigenen Erfahrungen, das eigene Wissen und Erinnerungen an längst vergangene Zeiten an andere weiterzugeben („Ich schenke dir meine Erinnerung“).

Die Gründe hierfür führt unter anderem Abramowski (vgl. ABRAMOWSKI 2004, S. 366) an: Wenn es den professionell Pflegenden möglich ist, sich an der Biografie des/der Sterbenden zu orientieren, können Reaktionen und Äußerungen der Sterbenden besser eingeordnet, zeitlich eher und klarer verstanden werden. Begleitung und Hilfestellung der Sterbenden könnten dann optimal darauf abgestellt werden (vgl. GEILHUF 2008, SPECHT-TOMANN 2000, S. 82-110; SPECHT-TOMANN/TROPPER 2009b; SPECHT-TOMANN/TROPPER 2002; PETZOLD 2003).“ (GRÜNFELDER 2012, S. 26-28)

#### **4.5.2. Kommunikation als integraler Bestandteil**

„Studienergebnisse des Pflegewissenschaftlers Gress-Heister, dessen Aufsatz in einem sozialwissenschaftlichen Kompendium veröffentlicht wurde (vgl. GRESS-HEISTER 2009, S. 179-199), machen einen eklatanten Mangel transparent: Im Handlungsfeld der Begleitung von Sterbenden gelte es, die Kommunikation als integralen Bestandteil der modernen Medizin massiv auszubauen bzw. zu stärken. Ingensiep/Rehbock legen diesbezüglich folgende Forderung vor:

*„Der Rahmen eines Gespräches ist ebenso wie die Wortwahl grundsätzlich Ausdruck eines Welt- und Menschenbildes. Nur ein reflektierter Umgang mit Sprache in existenzverunsichernden Situationen wird der Würde des Patienten gerecht. Nur wenn Ärzte, Pflegende und psychosoziale Mitarbeiter sich ihrer eigenen Werthaltungen bewusst sind und sich bemühen, diese dem Patienten nicht in paternalistischer Manier „überzustülpen“, kann sinnhafter Dialog auch an den Grenzen menschlicher Existenz gelingen.“*  
(INGENSIEP/REHBOCK 2009, S. 219)

Die medizinischen, bio-psycho-sozialen Zusammenhänge und Interdependenzen müssten offengelegt werden, um Klarheit zu schaffen. Gemeinsame Interaktion ist stets auch Deutung und Interpretation, jede Botschaft enthält einen Sachteil, einen Beziehungsteil, einen Selbstoffenbarungs- und einen Appellanteil (vgl. SCHULZ VON THUN 2008). Die Gewissheit des Todes macht,

auch bzw. insbesondere außerhalb akuter Todeserwartung, das Leben zu etwas Einmaligem. Sie definiert uns Menschen, oder – wie der jüdische Kulturphilosoph Georg Simmel es ausdrückt:

*„Der Tod begrenzt, das heißt er formt unser Leben nicht erst in der Todesstunde, sondern er ist ein formales Moment unseres Lebens, das alle seine Inhalte färbt: die Begrenztheit des Lebensganzen durch den Tod wirkt auf jeden seiner Inhalte und Augenblicke vor.“ (SIMMEL 1957, S. 29-30).*

Unsere Haltungen, unsere Einstellungen und Vorstellungen zu Sterblichkeit und Tod wirken prägend auf unseren individuellen Lebensweg. In jedem einzelnen Moment sind wir solche, die sterben werden. So wenig wie wir in Geburtsstunde schon vollständig sind, so wenig nehmen wir erst in unserem letzten Augenblick von der Welt Abschied (vgl. SIMMEL 1957, S. 29-36).“ (GRÜNFELDER 2012, S. 25-26)

#### **4.5.3. Der Ansatz der Idiolektik**

„Einen weiteren kommunikativen Ansatz stellt die „Idiolektik“ dar: „Der idiolektische (eigensprachliche) Zugang zum Patienten beschäftigt sich mit Möglichkeiten im Gespräch, in relativ kurzer Zeit einen Weg zum Patienten über das gezielte und achtsame Eingehen auf dessen individuelle Sprache zu schaffen. Im Vordergrund steht dabei der sorgsame Umgang in Diagnostik, Therapie und Beratung mit der Sprache des Gesprächspartners.“ (WINKLER 2009, S. 356). Doch die Neuheiten an Konzepten und Entwürfen, an denen gleich an mehreren Stellen gearbeitet wird – in den Pflegewissenschaften, wie eben besprochen, aber auch weiteren Wissenschaftszweigen, so etwa in Teildisziplinen der Soziologie, der Pädagogik und der Bildungswissenschaften – werden sicherlich befruchtende, spannende ins Feld übernommen werden, sei es nun von Diplom-Gesundheits-krankenschwestern, Diplom-Gesundheitskrankenpfleger, Pflege-helferInnen, RettungssanitäterInnen, ehrenamtlichen Sterbebegleitern oder kirchlichen SeelsorgerInnen.

Das erklärte Ziel dieser zuletzt genannten Methode, der „Idiolektik“ ist es (vgl. WINKLER 2009, S. 345-358), den/die PatientIn zum/zur ExpertIn für seine/ihre eigene Problematik zu machen. Explizites und implizites Wissen zur Problemstellung und Problemlösung werden dabei gezielt anhand der Sprache des/der PatientIn exploriert. Es wird wohl so sein, da aus der politischen Verwaltungsebene nicht verlautbart wurde, es befänden sich diesbezügliche Umstrukturierungen in Planung, dass der Versorgungsauftrag wie oben beschrieben noch eine Weile in dieser Art bestehen bleiben wird. Typisch für diese Art der Gesprächshaltung ist wiederum, dass der/die PatientIn in jeder Phase der Gesprächsgestaltung über verbale und nonverbale Feedbackprozesse Einfluss nimmt, in welche Richtung das Gespräch geht, welche Themen fokussiert werden sollen und welche nicht. Das ethische Prinzip der Autonomie des Patienten und des Respekts für dessen Selbstbestimmung steht dabei an oberster Stelle. In den 1960er/1970er Jahren wurde die idiolektische Psychotherapie als psychotherapeutisches Verfahren durch Jonas, einen amerikanischen Psychiater und Psychotherapeuten, begründet und durch ihn im deutschsprachigen Raum eingeführt.

Am/an der PatientIn sollen mit Hilfe der idiolektischen Psychotherapie Ressourcen aktiviert werden, der/die PatientIn erhält Denkanstöße und an ihn/sie werden Außenperspektiven herangetragen, die die Potenz zu (Verhaltens-)Veränderungen bergen sollen. In manchen Einrichtungen, in denen PflegewissenschaftlerInnen interessiertes Personal anlernen, hat die Beschäftigung mit Bibliographie und Lebensgeschichte, anders gesagt, mit den Stationen der Vergangenheit, mit dem Blick zurück auf die gelebten Jahre und das Eingehen auf Fragen nach bestimmten Lebensgewohnheiten oder vertrauten Ritualen oder Ähnlichem bereits Einzug in die Betreuung von pflegebedürftigen Menschen gefunden.“ (GRÜNFELDER 2012, S. 28-29)

#### **4.5.4. Der Stellenwert der Lebensgeschichte:**

##### **Argumentationslinien der christlichen Anthropologie**

Explizit auch „in der „christlichen Anthropologie kommt dem Begriff der Lebensgeschichte eine wesentliche Bedeutung zu. Der Mensch ist, was er ist, durch seine Lebensgeschichte und durch das, was sie vermittelt“ – denn: „Es ist dem

Menschen nicht von Natur aus schon mitgegeben, was er sein wird. Er muß seine Bestimmung erst suchen." (RÖSSLER 21994, S. 241). Der Grund dafür ist, dass es dem Menschen nicht von Natur aus mitgegeben ist, was er sein wird. Das Phänomen, das die Psychologie als Entfaltung von Persönlichkeit und Identität, von Selbstfindung beschreibt, nennt der Theologe Dietrich Rössler „seine Individualität als die Geschichte seines Lebens zu finden“: Wer ein Mensch ist, kann dadurch am sachgemähesten bezeichnet werden, dass man eine Geschichte von ihm erzählt (vgl. RÖSSLER 21994, S. 241). In der Lebensgeschichte offenbart sich die Grundsituation eines Menschen, hinsichtlich seiner Anschauungen etwa oder hinsichtlich dessen Art, Ereignisse wahrzunehmen. An diesem Ort offenbart sich, wie er mit seiner Endlichkeit umgeht.

Sinn und Ziel einer kasualen Handlung sollten sich dennoch nicht im Erzählen der Lebensgeschichte eines Menschen erschöpfen, idealiter werden Leben und Feier des Übergangs eines Menschen im Rahmen der Kasualie zueinander in Beziehung gesetzt und in einen übergeordneten Zusammenhang eingefügt. Im Rahmen der Bestattung erscheint diese Aufgabe sehr überschaubar, denn das Leben liegt nun ganz und abgeschlossen hinter dem/der Verstorbenen (vgl. RÖSSLER <sup>2</sup>1994, S. 262): Auf der Seite des/der Verstorbenen kann offen Bilanz gezogen werden. Doch umso mehr gerät das unabgeschlossene Leben der versammelten Trauergemeinde zum Thema, derer, die den Tod des/der Angehörigen bzw. FreundIn in ihre eigene Lebensgeschichte wird einarbeiten müssen (vgl. JANETZKY 2000, Heft 20, S. 25).“ (GRÜNFELDER 2012, S. 50)

## **5. Das gottesdienstliche Ritual der Bestattung – Funktion, seelsorgerische Implikation und die Auseinandersetzung mit Tod und Trauernden**

„Die Palette der Bestattungs- und Trauerkultur ist unkonventioneller, breiter und bunter geworden (vgl. FISCHER 2001, S. 41-53). Zu bemerken ist insbesondere, dass zunehmend neue Orte der Trauer und des Andenkens gestiftet werden, die immer häufiger abseits der Friedhöfe liegen, zunehmend neue materielle (Kult-)Gegenstände eine beispielsweise bei Bestattungs-, Trauer- oder Gedenkfeier eine tragende Rolle spielen. Beispielsweise sind im Internet virtuelle Formen und Orte des Totengedenkens gesucht und gefunden worden. Es gibt virtuelle Gedenkstätten, wie etwa die aufrufbare deutsche Homepage „Hall of Memory“ (vgl. URL: [www.hall-ofmemory.de](http://www.hall-ofmemory.de), letzter Zugriff am 13. September 2012, 17:40) oder die ebenfalls unter deutschem Host geladene Homepage „Ewiges Leben“ (vgl. URL: [www.ewigesleben.de](http://www.ewigesleben.de), letzter Zugriff am 13. September 2012, 18:05).

Eine Gruppe freier TheologInnen bietet via Internet ihre Dienste als freie TrauerrednerInnen an (auf Wunsch werden auch „kirchliche“ Feiern durchgeführt) – vgl. URL: [www.agft.net](http://www.agft.net), letzter Zugriff am 3. Juli 2012, 08:05. In Schweden bietet sich eine weitere Alternative Bestattungsform an, nämlich die Ökologische Bestattung durch Gefriertrocknen – vgl. URL: [www.promessa.se](http://www.promessa.se), letzter Zugriff am 15. Oktober 2012, 12:45 – und bis vor ein paar Monaten noch schneiderte eine junge deutsche Textildesignerin vollständig biologisch abbaubare Totenhemden und bot diese zum Verkauf an. Inzwischen jedoch ist die Domain nicht mehr vergeben und wir zurzeit von „Domain Profi GmbH“ verwaltet (vgl. URL: [www.totenhemd.de](http://www.totenhemd.de), letzter Zugriff am 10. September 2012, 07:20).

Andere wiederum raten zu einer offensiven Trauerkultur: Schon den nahenden Tod erkennen, den Tod schließlich sehen, fühlen und begreifen – diese Aspekte nennt der Friedhofspädagoge Michael Wolf als Voraussetzungen für die ersten Schritte, die hineinführen in einen gelingenden Prozess des Trauerns. Rituale können dabei entscheidende Hilfen bedeuten (vgl. WOLF 2010, S. 135; vgl. APPELT 2004; vgl.

ASSMANN <sup>2</sup>2007; vgl. BURGHEIM 2004; vgl. KÖSTER <sup>1</sup>2008), ganz gleich, ob es sich um Rituale handelt, die in Öffentlichkeit und Gemeinschaft praktiziert werden, wie beispielsweise das Ritual der Feier einer Bestattung oder das kollektive Totengedenken, wie es von ChristInnen an Allerheiligen begangen wird. Oder aber um private Rituale, individuell oder im kleinen Rahmen vollzogen, wie zum Beispiel das Ritual des individuellen Aufsuchens des Grabes eines Angehörigen, mitunter verknüpft mit dem Ablegen einer Kerzen- oder Blumenspende.“ (GRÜNFELDER 2012, S. 31-34)

## **5.1. Die anthropologische Universalie Bestattung aus religionswissenschaftlicher Perspektive**

„Nach religionswissenschaftlicher Lesart ist der Begriff „Bestattung“ traditionell mehrfach konnotiert. Erstens bezeichnet er den Umgang der Lebenden mit dem Leichnam des Verstorbenen, zweitens wird der Begriff sowohl für die darin implizit enthaltenen Vorstellungen wie auch für die explizit geäußerten Anschauungen, die dessen Existenzform im Tod oder jenseits des Todes, das Verhältnis des Toten zu den Lebenden oder dem Leben selbst betreffen, verwendet (vgl. WISSMANN 1993, S. 731).

Strenggenommen ist der Tod nämlich keine lebensweltliche Erfahrung einer Grenze. Der/die Sterbende weiß, dass er/sie stirbt, aber sobald er/sie verstorben ist, ist er/sie tot. Dennoch vollzieht sich ein Übergang am Sterbenden bzw. an der Sterbenden und erst danach handelt die Umwelt im Rahmen von Totenfürsorge und Bestattungstätigkeiten am Verstorbenen bzw. an der Verstorbenen. Und das seit jeher, solange es Menschen gibt. Davon zeugen Gräber, Grabformen, Grabbeigaben und Grabinschriften, die ArchäologInnen, HistorikerInnen und ReligionswissenschaftlerInnen Einblicke in Praxis und Brauchtum der Totenbestattung bieten, Auskunft geben und Interpretationen betreffend die unterschiedlichsten kulturellen Anschauungen beispielsweise über das weitere Geschick der Bestatteten zulassen. Funde sind diesbezüglich also beredte Zeugen: Abgelesen werden können die praktizierten Bestattungsformen und häufig lassen sie sogar Deutungen der diese Rituale begleitenden Vorstellungen der BestatterInnen zu.

*„Je nach den unterschiedlichen Anschauungen über das weitere Geschick des/der Bestatteten lassen sich die die eigentliche Bestattung begründenden und begleitenden Vorstellungen und Handlungen unterscheiden. So läßt sich v. a. aus den Bestattungsarten der vorgeschichtlichen Zeit die Anschauung rekonstruieren, der Tote existiere als „lebender Leichnam“ weiter im Grabe, als Schlafender oder in einer anderen geheimnisvollen Form der Existenz.“ (WISSMANN 1993, S. 733)*

Spätestens beim akuten Eintritt eines Todesfalls ist jedwede Gesellschaft aufgerufen, zu agieren – der/die Tote kann nicht unbehandelt in der Gesellschaft der Lebenden verbleiben. An ihm muss gehandelt werden. Der Religionswissenschaftler Georg Schwikart formuliert dies so: „Ein unbestatteter Toter befindet sich (...) in einem unbefriedigenden Zwischenstadium. Irgend etwas muß mit ihm geschehen, um der Pietät und Tradition genüge zu tun. Form und Ablauf der Bestattungszereemonien ist vom religiösen Hintergrund, aber auch von der jeweiligen Gesellschaft, der Geographie des Landes und dem sozialen Status des Verstorbenen abhängig.“ (SCHWIKART 1999, S. 19).

Die Bestattung – egal, in welcher Form sie erfolgt, ob als Erd-, Feuer-, Gruft-, See- oder Diamantbestattung, oder aber verknüpft mit besonderen Leistungen wie beispielsweise einer Urne für zu Hause, einem luftdicht verschlossenen Sarg, der Erstellung einer Totenmaske, einer Handplastik oder eines in einem Amulett in Silber oder Gold gefassten Fingerabdruckes des bzw. der Verstorbenen (vgl. KÖSTER <sup>1</sup>2008; vgl. WOLF 2010, S. 97-117; vgl. URL: [www.bestattungwien.at](http://www.bestattungwien.at), letzter Zugriff am 31. Oktober 2012, 08:35) – sämtliche Bestattungen in jeglicher Form und zu jeder Zeit, aber auch die heute anerkannten Formen der Bestattung, diesbezüglich gibt es ja unterschiedliche staatliche Verordnungen, haben zum Ziel, den Verstorbenen bzw. die Verstorbene sichtbar und hygienisch einwandfrei aus dem Beziehungsgeflecht, über das er/sie mit den Lebenden verbunden ist, herauszunehmen.

Der/die Verstorbene wird von den Lebenden erinnert, vor, in und auch noch nach dem Abschied durch den Tod, doch sein/ihr Leichnam kann nicht in der Welt der Lebenden bleiben. So setzt nach der Berührung eines Menschen mit dem Tod, nachdem der letzte Übergang im Leben eines Menschen vollzogen ist, eine neue Art der Fürsorgetätigkeit ein, die dem/der Verstorbenen zuteil wird: Der/die Verstorbene wird bestattet – einerseits zum Wohle des/der Verstorbenen, also zur

Bereitung seines/ihres Leichnams für den Eintritt in das Jenseits, wie auch andererseits zum Schutz der Lebenden (vgl. WISSMANN 1993, S. 733).“ (GRÜNFELDER 2012, S. 31-33)

## **5.2. Religionssoziologische Funktionen von Bestattungsfeierlichkeiten**

„Durch die Trauerfeier soll das Leben des/der Verstorbenen gewürdigt und den Hinterbliebenen Trost zugesprochen werden, wie bereits besprochen, doch hierbei ist wesentlich, hinzuzufügen, dass nicht alles gesagt werden muss, was gesagt werden könnte (SCHWIKART 2005, S. 21). Gefragt sei nicht eine exakte und ausführliche Personenbeschreibung, sondern Worte, die das Abschiednehmen erleichtern. Die Rede soll die Erfahrung berücksichtigen, die die Hinterbliebenen mit Ritualen haben, und auch deren gesellschaftlichen Hintergrund, an welchen die Diktion angepasst sein muss. Der Stil der Rede setzt sich von der Alltagssprache ab, ist aber dennoch nicht abgehoben und aufgesetzt. Der Redner müsse „echt“ bleiben und beim Hören eingängig sein, Bezug nehmen auf die Umstände des Todesfalles. Handelt es sich um den Tod eines alten oder jungen Menschen, war es ein nach langer Krankheit ersehnter oder ein überraschender Tod, ein Tod durch Unfall, nach langer Krankheit oder Suizid?

*„Bei der Biografie des Verstorbenen genügen beim Geburts- und Todestag die genauen Daten; bei Hochzeit, Geburten der Kinder, Umzügen und Ausscheiden aus dem Arbeitsleben genügt die Jahreszahl. Salbungsvolle Huldigungen sind ebenso zu vermeiden wie Abrechnungen für Fehlverhalten – in Trauerfeiern sind sie fehl am Platz.“ (SCHWIKART 2005, S. 21-22).*

Auch der freie Trauerredner Schwikart räumt der Trauerrede entscheidenden Platz im Rahmen der Trauerfeier ein. Idealerweise sollten die Ansprache, die in säkularisierten Formen der Bestattung unter Einbeziehung eines freien Redners bzw. einer freien Rednerin gehalten werden, ähnlich wie auch die kirchlichen, die auf das Evangelium der Auferstehung verweisen, einen überpersönlichen Sinnhorizont erkennen lassen (vgl. SCHOENER 2007, S. 212).

Idealerweise hat schon die Form und Art des Sprechens über den/die Tote/n funktionalistisches Gehalt. Üblicherweise wird der/die Tote nicht direkt angesprochen (vgl. SCHWIKART 2004, S. 36; vgl. SCHWIKART 2005, S. 28). Es wird vielmehr an ihn erinnert, er wird gewürdigt, die Eckpunkte seines Lebens werden herausgegriffen, in diesen Rückblick über das Leben des/der Verstorbenen ist die Trauergemeinde mithineinzunehmen. Der Trauer über den erlittenen Verlust gilt es Ausdruck zu verleihen, den Hinterbliebenen Trost zuzusprechen und Beistand zu erweisen. Entferntere Angehörige und FreundInnen fühlen sich in unmittelbarer Betroffenheit von einer Nachricht der Todeserwartung, von Sterben und Tod oft verunsichert, sie haben Angst und weichen der Konfrontation nicht nur mit dem sterbenden Menschen, sondern auch mit dessen Angehörigen bzw. FreundInnen, noch nach dessen Tod aus – in der zeitlichen Dauer des Vollzugs des Rituals der Besattungsfeierlichkeiten für den/die Verstorbene/n können solch schwierige Begegnungen beispielsweise mit einer sachten Handbewegung (Händeschütteln am Grab) gelingen (vgl. REITMEIER/STUBENHOFER 1998, S. 9).

Des Weiteren zählen zu den religionssoziologischen Funktionen, die das rituelle Geschehen der Begräbnisfeier hat (vgl. JANETZKY 2000, Heft 20):

(1) Klärende Funktion: Es klärt die Beziehung zum/zur Toten und den neuen Status der Angehörigen, etwa lautet die Bezeichnung des hinterbliebenen Mannes von da an nicht mehr „Ehemann“, sondern „Witwer“.

(2) Identitätssichernde Funktion: Es bestätigt alle Beteiligten in ihren Identitäten und bindet die Trennung in etwas Größeres ein. Zur Identität des/der Hinterbliebenen gehört es, noch nicht tot zu sein, in seiner/ihrer Biographie muss der Verlust aktiv verarbeitet werden, der/die Hinterbliebene ist es, der/die seine/ihre Beziehungen nun neu ausrichten bzw. neu ordnen muss.

(3) Rituell-entlastende Funktion: Das rituelle Geschehen der Begräbnisfeier stellt das persönliche Erleben der Hinterbliebenen in einen größeren Rahmen. Jeder spürt: Ich bin nicht der einzige Mensch, dem es schwer fällt, Abschied zu nehmen. Ich bin nicht allein, erfahre die Anteilnahme der Gemeinschaft.

(4) Rituell-mobilisierende Funktion: Ritueller Handeln bildet die Plattform für aktives Handeln (vgl. REITMEIER/STUBENHOFER 1998, S. 9). Die innere Bewegung kann sich im Ritual in äußerlichen Zeichen manifestieren. Der/die Trauernde muss nicht in seinem/ihrer Schmerz verharren und versteinern, sondern darf seinen/ihren Tränen bzw. ihrer/seiner Anteilnahme freien Lauf lassen. Dem Tod muss der Mensch sich beugen, dieser ist unbezwingbar. Aber Menschen sind auch fähig, Abschied zu nehmen, was gut war in ihr Herz zu nehmen. Das ist mehr, als einen Verlust passiv zu erleiden.

(5) Emotionale Funktion: Die Feierlichkeiten der Bestattung bilden den Rahmen, um Gefühle auszudrücken. Mit der Konfrontation mit dem Tod stößt der Mensch an eine Grenze, die das Verstehen übersteigt. Dies löst Angst aus. Im Ritual nun kann diese Grenze überschritten und die Erfahrung gemacht werden: Es gibt ein Zurück in die Alltagswirklichkeit für jene, die noch am Leben sind. Dem/der Verstorbenen wird notgedrungen ein neuer Platz zugewiesen, sei es ein Grab oder eine andere Beisetzungsstelle, an dem/der das Andenken an ihn/sie errichtet werden wird. Ein Ort des Gedenkens an den/die Verstorbene wird für ihn/sie freigehalten, ein Ort, auf den bzw. von dem sich die Lebenden von nun an physisch wie psychisch zu- bzw. davon wegbewegen werden.

(6) Konnektive Funktion: Es verbindet die teilnehmenden Menschen miteinander und lässt ihre Zugehörigkeit zu ihrer Familie, Sippe und Gruppe wieder spüren.“ (GRÜNFELDER 2012, 53-56)

### **5.3. Die geltende Bestattungspflicht in Österreich**

„Im Falle eines im Familien- bzw. Freundeskreis erlebten Ablebens kommen Hinterbliebene nach in Österreich geltendem Recht nicht umhin, eine Bestattung zu organisieren. Dies ist ob der geltenden Bestattungspflicht notwendig. Gegenwärtig erfahren Angehörige diesbezüglich zentrale Hilfestellung durch die Bestattungsunternehmen. In Österreich führen kommunale und private Bestattungsunternehmen Bestattungen durch. Die Bestattungsunternehmen übernehmen sowohl die Aufbahrung des/der Verstorbenen, wie auch die

organisatorische Vorbereitung der Bestattung und gehen dabei, je nachdem, wie es von den Hinterbliebenen gewünscht wird, mit oder ohne der Beteiligung der Angehörigen und FreundInnen vor. Über Ablauf der Trauerfeier, deren Ausrichtung und über die beigezogenen Trauerredner können Angehörige frei befinden.

Obligatorisches kann an den/die BestatterIn delegiert oder aber selbst initiiert werden. Das gilt selbstverständlich nur unter der Voraussetzung, dass der/die Tote keine Bestattungsvorsorge oder aber Vorausverfügung, die der Form nach eine Willenserklärung ist, hinterlassen, bzw. unter der Voraussetzung, dass in solcherlei Unterlagen irrtümlicherweise nicht dokumentiert sein sollte, wer im Falle seines Ablebens die Trauerfeier wie gestalten möge, oder aber es sich um den Fall einer anonymen Bestattung handelt. Üblicherweise leiten BestattungsunternehmerInnen sämtliche Behördengänge für die Angehörigen des/der Verstorbenen in die Wege, arrangieren Buchungen von Räumlichkeiten, die Begegnungen mit den angefragten Trauerrednern und anderes, wie beispielsweise Totenkleidung, Musik(-gruppen) zur Umrahmung der Trauerfeierlichkeiten, die Beschaffung eines Grabplatzes etc. (vgl. KÖSTER <sup>1</sup>2008, S. 180 ff.).

Betrachtet man die moderne Gesellschaft systemtheoretisch, dann besteht sie vor allem aus teilautonomen Subsystemen (vgl. LUHMANN 1984). Sterben und Tod werden in dem jeweiligen Subsystem oder Feld codiert und verarbeitet, beispielsweise werden im Subsystem Recht im Rahmen des Strafrechts Todesstrafe und Tötung auf Verlangen diskutiert, im Subsystem Medizin die Themen Lebensverlängerung, Dauerkoma, Reproduktionsmedizin, während das Subsystem Psychologie über Einstellungen zum Sterben und Todesangst forscht.

Das Subsystem Politik regelt aktuell die Formen des Zusammenlebens, ist im speziellen Bereich Sterben und Tod für die Festschreibung der Aufgabenverteilung bezüglich Totenfürsorge, Bestattung, Einbeziehung der Kirchen, Hinzuziehung nicht-religiöser Bestattungsredner verantwortlich etc. Ebenso sind arbeitsrechtliche Grundlagen vom Gesetzgeber vorgegeben, wie etwa die Möglichkeit, Dienstfreistellungen im Falle des Ablebens von engen Angehörigen in Anspruch zu nehmen. Gemäß politischen Vorgaben herrscht Bestattungspflicht. Wie

eine Bestattung jedoch konkret ablaufen soll, ist nicht verfügt. In der Wahl der Bestattungsform wie auch in der Gestaltung des Rituals des Abschiednehmens bzw. des Bestattens sind die Angehörigen völlig frei. Kritisch weist Wenzel Müller (vgl. MÜLLER 2008, S. 26) darauf hin, dass damit auch „ein gewisser Halt verloren gegangen“ sei, zumal der Gesetzgeber zur Eile aufruft.

*„Drei freie Tage erhält man als Arbeitnehmer beim Tod des Ehepartners, zwei Tage beim Tod der Eltern oder unmündigen Kinder.“ (MÜLLER 2008, S. 26).*

Seit 1. Jänner 2006 gibt es die ÖNORM EN 15017 (zitiert nach MÜLLER 2008, S. 58), die grundlegende Verhaltensregeln für Bestatter festlegt. Beispielsweise enthält sie die Vorgabe, Glaubensvorstellungen und Gebräuchen der von einem Todesfall betroffenen Familien- und Freundeskreise aufrichtige Achtung und Respekt entgegenzubringen, absolute Verschwiegenheit zu jeder Zeit sicherzustellen, sowie alle einschlägigen Gesetze, Verordnungen und Vorschriften strikt einzuhalten. Den Unternehmen ist es auch untersagt, Privatpersonen zur Erlangung eines Bestattungsauftrages ohne an sie gerichtete Aufforderung zu kontaktieren. Beim Bestatter bzw. bei der Bestatterin laufen alle Fäden zusammen. In Absprache mit den Angehörigen, der Verwaltung, den Friedhofsangestellten, dem/der LeiterIn der Feier, den MusikerInnen etc. setzt es/sie den Termin für die Trauerfeier fest. Die wesentlichste Akteurin einer Trauerfeier aber ist die Trauergemeinde: „Sie nimmt Abschied von einem Verstorbenen. Die Feier muss auf die Angehörigen ‚zugeschnitten‘ sein.“ (SCHWIKART 2005, S. 12).“ (GRÜNFELDER 2012, S. 34-36)

## **5.4. Amtskirchliches Handeln im Kontext von Sterben und Tod – das Beispiel der evangelischen Bestattung**

„Den nahenden Tod erkennen, den Tod schließlich sehen, fühlen und begreifen, nennt der Friedhofspädagoge Michael Wolf als Voraussetzungen für die ersten Schritte, die hineinführen in einen Prozess des Trauerns. Rituale sind dabei entscheidende Hilfen (vgl. WOLF 2010, S. 135; vgl. APPELT 2004; vgl. ASSMANN <sup>2</sup>2007; vgl. BURGHEIM 2004; vgl. KÖSTER <sup>1</sup>2008). Ganz gleich, ob es sich um Rituale handelt,

die in Öffentlichkeit und Gemeinschaft praktiziert werden, wie beispielsweise das Ritual der Feier einer Bestattung oder das kollektive Totengedenken, wie es von ChristInnen an Allerheiligen begangen wird. Oder aber um private Rituale, individuell oder im kleinen Rahmen vollzogen, wie zum Beispiel das Ritual des individuellen Aufsuchens des Grabes eines Angehörigen, mitunter verknüpft mit dem Ablegen einer Kerzen- oder Blumenspende.“ (GRÜNFELDER 2012, S. 40) Die Amtskirchen geben in ihren Ritualen Raum für die Trauer. Sie bieten Trauernden darüber hinaus Räume an, in denen diese ausleben und mitteilen können, was sie bewegt.

#### **5.4.1. Die evangelische Bestattung im Horizont der Praktischen Theologie**

„Geistes- und kulturwissenschaftliche, psychologische und religionswissenschaftliche Theorien über den Trauerprozess und das Beerdigungsritual beeinflussen die innerhalb der gegenwärtigen Praktischen Theologie entwickelten Theorien über die kirchliche Beerdigung. Vor allem die vor etwa dreißig Jahren innerhalb der Praktischen Theologie vollzogene Wende zur Empirie führte im Rahmen einer generellen Neubestimmung der Kasualien zu einem neuen Verständnis der Beerdigung, das auch außertheologische Theorien zu berücksichtigen vermochte. So wurde beispielsweise die Befassung mit funktionalen Fragestellungen zu einem wesentlichen Forschungsgegenstand, was im Bereich der Reflexion kirchlicher Praxis zu einer Weitung des Blickwinkels führte und zu einer verstärkten Orientierung an den Bedürfnissen der Menschen beitrug (vgl. ENGEMANN 2007, S. 137-232).

Die empirische Situation der Menschen stellt seit dieser Öffnung das Fundament für das praktisch-theologische Verständnis der Amtshandlungen und damit auch der Bestattung dar. Waren Kasualien zuvor vorrangig unter dem Aspekt der Verkündigung thematisiert worden, so stellen nun die Funktionsbereiche Seelsorge und Diakonie die zentrale Perspektive dar, anhand welcher kirchliche Kasualpraxis verhandelt wird. Ausdifferenziert gilt Seelsorge – im Unterschied zur Diakonie – als jener Funktionsbereich, der die Darstellung und Vermittlung von grundlegenden Deutungs- und Wertsystemen zum Ziel hat, während Diakonie darauf fokussiert,

helfende Begleitung in Krisensituationen und an Knotenpunkten des Lebens anzubieten (vgl. ROTH 2002, S. 81-82).

Die evangelische Bestattung nach heutigem praktisch-theologischem Verständnis ist ein öffentlicher Gottesdienst, in dem die christliche Gemeinde ihre Verstorbenen auf ihrem letzten Weg begleitet. Sie ist eine

*„gottesdienstliche Handlung, bei der die Gemeinde ihre verstorbenen Glieder zur letzten Ruhe geleitet, sie der Gnade Gottes befiehlt und bezeugt, dass Gottes Macht größer ist als der Tod (...) Die Gemeinde begleitet die Sterbenden und trauert mit den Hinterbliebenen. Sie tröstet sie mit Gottes Wort und begleitet sie mit Seelsorge und Fürbitte (...)“ (UNION EVANGELISCHER KIRCHEN IN DER EKD 2004, S. 19)*

Das Ritual der Bestattung erfüllt somit drei Funktionen. Erstens erweist die Gemeinde im Rahmen der Bestattung den verstorbenen Gliedern am Leibe Christi Liebe und Achtung, zweitens offeriert sie die Plattform, auf der sich angesichts des Todes eines bestimmten Menschen Trauernde des Rückhalts der Gemeinde versichert wissen können und drittens, zuletzt genannt, erweist darin die Kirche ihre Präsenz und tätige Sorge um Heil und Wohl der Hinterbliebenen, indem sie diese mit der Verkündigung des Evangeliums tröstet (MERKEL 1993, S. 749). Der als soziale Funktion erkannte Aspekt der Bestattung, nämlich die Feier des erfolgreichen Lebens eines Ahnen bzw. einer Ahnin, ist seit jeher auch im Christentum von Bedeutung. Diese Tradition wurde auch im evangelischen Christentum aufrechterhalten. Im Rahmen eines kausalen Trauergottesdienstes soll der/die Tote geehrt werden, er hilft den Hinterbliebenen, in Worten und sinnfälligen Handlungen den letzten lebenszyklischen Übergang ihrer/ihrer Angehörigen, und für sich selbst den letzten Abschied zu gestalten und die Hinterbliebenen „zurück ins Leben“ zu begleiten (vgl. LECHNER-MASSER 2011, S. 4). Dadurch wird das Begräbnis zu einem Akt, in dem ein gesamtes Leben geehrt wird (vgl. HÖDL 2007, S. 48).

Zeitgenössisch definiert die Union der Evangelischen Kirchen in der EKD die kirchliche Bestattung in ihren kirchlichen Richtlinien und Regelungen für Bestattung, Sterbe- und Trauerbegleitung als eine „gottesdienstliche Handlung, bei der die Gemeinde ihre verstorbenen Glieder zur letzten Ruhe geleitet, sie der Gnade Gottes

befiehlt und bezeugt, dass Gottes Macht größer ist als der Tod (...) Die Gemeinde begleitet die Sterbenden und trauert mit den Hinterbliebenen. Sie tröstet sie mit Gottes Wort und begleitet sie mit Seelsorge und Fürbitte (...).“ (UNION EVANGELISCHER KIRCHEN IN DER EKD 2004, S. 19). Im Vorfeld der Bestattung führen Hinterbliebene und der/die evangelische PfarrerIn ein seelsorgerisches Gespräch, bei dem auch Inhalt und Ablauf des Gottesdienstes zur Sprache kommen. Einige geprägte Formeln der christlichen Tradition sind im Todes- und Trauerfall auch heute noch in Gebrauch – sowohl in perimortal-begleitender Seelsorge, als auch in den evangelischen Gottesdiensten: Etwa das Sprechen und Hören tradierter oder freier Gebete und spezieller Bibeltexte, das Singen bestimmter Kirchenlieder bzw. das Hören von Kirchenmusik, der Gebrauch von Zeichenhandlungen wie Kerzenanzünden, Bekreuzigen, Salbung, Segnung, gegebenenfalls die Feier der Sakramente Taufe und Abendmahl am Sterbebett (vgl. LAMMER 2003, S. 255).

Zum „rituellen Kern“ einer evangelischen Bestattung zählen laut Agende ein wortgeprägter Teil mit der Situation der Trauernden im Blick, *der Trauergottesdienst*, und ein so genannter handlungsgeprägter Teil, *der Bestattungsakt am Grab*, mit eröffnendem biblischem Votum, einem Bestattungswort, fakultativem Abschieds-segen, Auferstehungswort, Vaterunser und Segen. Durch den Ortswechsel bedingt also kommt die grobe Zweigliedrigkeit von Bestattungen zustande. „Üblicherweise findet der erste Teil in der Kapelle statt, im Zentrum steht die Ansprache. Der zweite Teil beginnt mit der Prozession zur Grabstelle, am Grab wird der Sarg versenkt, und es finden bestimmte Rituale in Wort und Tat statt.“ (KIRSCH <sup>2</sup>2009, S. 180). In der evangelischen Theologie und Kirche ist der liturgisch-rituelle Bereich nicht nur grundsätzlich, sondern auch im Todes- und Trauerfall, sprich im Rahmen der Feierlichkeiten einer Bestattung, weniger zentral als beispielsweise im Katholizismus. Viele Formen und Formeln, Handgriffe und letzte Dienste an Sterbenden und an den Leichnamen werden im evangelischen Ritual der Bestattung nicht mehr ausgeführt.

Was die konkreten Durchführungs- und Gestaltungsmöglichkeiten einer Bestattung angeht, so werden in der Agende insgesamt sechs Standardformulare unterschieden (vgl. UNION EVANGELISCHER KIRCHEN IN DER EKD 2004, S. 24):

Form I für die Durchführung eines Trauergottesdienstes mit Grablegung zum Abschluss – diese Form ist die gegenwärtig verbreitetste Form einer Erdbestattung; Form II für die Durchführung eines Trauergottesdienstes mit Grablegung zu Beginn – diese Form ist in manchen, vor allem ländlichen Gebieten üblich. Im Trauergottesdienst kann das Abendmahl gefeiert werden; Form III für die Durchführung eines Trauergottesdienstes und später folgende Urnenbeisetzung – diese Form hat sich vor allem in städtischen Gebieten verbreitet; Form IV für die Durchführung eines Trauergottesdienstes mit unmittelbar anschließender Urnenbestattung oder Urnenbeisetzung – diese Form setzt voraus, dass die Kremation bereits erfolgt ist; Form V für die Durchführung eines Trauergottesdienstes ohne Bestattung – diese Form ist ein Gedenk- und Abschiedsgottesdienst für den Fall, dass eine eingesargte Leiche oder eine Aschurne nicht vorhanden ist. Im Trauergottesdienst kann das Abendmahl gefeiert werden [weil die evangelische Abendmahlstheologie aber keine Wandlung der Elemente kennt, kann das Abendmahl nicht einfach ausgeteilt werden, sondern wird mit Einsetzungsworten, Gebet und Lied gefeiert werden; Anmerkung der Verfasserin, vgl. LECHNER-MASSER 2011, S. 1]. Form VI für die Durchführung eines Trauergottesdienstes ohne Angehörige – diese Form ist vorgesehen für den Fall, dass ein Trauergottesdienst nicht gefeiert werden kann, weil Teilnehmende fehlen.

Zwar werden die Standardformulare benutzt, dennoch ist hinsichtlich voreiliger Generalisierungen Vorsicht geboten. Denn das Genre „Kasualgottesdienst“ ist stärker als der Hauptgottesdienst durch lokale Überlieferungen und Gewohnheiten geprägt: Das gilt für seine liturgischen Stücke, aber auch für begleitende Abläufe und Handlungsformen im Vorfeld der jeweiligen Kasualgottesdienste (vgl. ALBRECHT 2006, S. 257). Die Offenheit der Agende betreffend Integration oder aber auch Ausklammerung ritueller Handlungen in die evangelische gottesdienstliche Feier der Bestattung ist aber groß, betonen die Kasualtheoretikerinnen (vgl. LAMMER 2003, S. 255; vgl. WAGNER-RAU 2000).

Wirft man einen Blick auf die historische Entwicklung der einzelnen christlichen Kausalien, fällt auf, dass sich etwa die Rituale Taufe und Eheschließung im Christentum zunehmend vereinheitlicht haben. Demgegenüber jedoch steht das Ritual der Bestattungsfeierlichkeiten, das ein Ritual ist, das in besonders vielen verschiedenen Gestaltungsvarianten und Formen in Erscheinung tritt. Herausgebildet haben sich nicht

nur neue Arten und Formen der Bestattung, die auch im evangelischen Bereich Anwendung finden. Entstanden sind auch neue Orte, Modi und Medien der Erinnerung an Verstorbene, die auf deponierten Wunsch der Verstorbenen oder aber gemäß der Handhabe durch die Hinterbliebenen mitunter bereits in der gottesdienstlichen Feier der Bestattung erstmals vorgestellt werden (vgl. ALBRECHT 2006, S. 257).

Angeichts der neuen Implementierungen im Sektor der Bestattungs- und Trauerformen ist von zunehmender Ausdifferenzierung und Individualisierung die Rede, von Schaffung neuer bzw. der Ausgestaltung bereits konzeptionalisierter Erinnerungsstätten sowie einer Erweiterung des bestehenden Spektrums um neue Formen der Erinnerungsarbeit, zum Teil unter Anleitung von „TrauertrainerInnen“, „TherapeutInnen“, „LebensstilberaterInnen“ oder mithilfe der Unterstützung von Selbsthilfegruppen (u. a. bei FELDMANN 2004, S. 286-287 und 291-292; BURGHEIM 2004; GRESS-HEISTER 2009; GRONEMEYER 2007; KÖSTER 2008). In der Realität des Alltags seien solche Anfragen noch relativ selten. So spricht Religionswissenschaftler und Trauerredner Schwikart beispielsweise gar von einer „standardisierten“ Bestattungs- und Trauerkultur: „So und nicht anders hat das heute auszusehen; Abweichungen vom Üblichen fallen auf.“ (SCHWIKART 2004, S. 50). Aufbrüche jedoch würden sich sehr wohl bereits abzeichnen.“ (GRÜNFELDER 2012, S. 56-60)

#### **5.4.2. Die evangelische Bestattung im Spiegel ihrer Genese:**

##### **Abriss zur Religionsgeschichte des gottesdienstlichen Rituals**

„Der Tod nimmt die Lebenden in die Pflicht. Seit jeher. Menschliche Existenz ist „auf individueller wie auf kollektiver Ebene von unserer Beziehung zum Tod und zu den Toten zutiefst mitbestimmt“, konstatiert Jan Assmann (ASSMANN <sup>2</sup>2007, S. 18), der Trauerrituale im Kulturvergleich und damit zusammenhängend die menschliche Universalie Tod untersucht hat. Der Tod will kommunikativ und rituell begangen werden.

Die rituelle Begleitung von Übergängen hat eine lange Tradition, die gerade in Europa über Jahrhunderte vom Christentum geprägt worden ist. Dies gilt insbesondere auch für das Ende des Lebens (vgl. POCK 2011, S. 6; vgl. Stählin 1941). Es ist sogar so, dass die christliche Kirche in Europa jahrhundertlang allein für die Gestaltung von Abschiedsritualen und auch für das Begräbniswesen zuständig war:

*„Erst seit dem 19. Jahrhundert hat sich überhaupt eine Bestattungskultur außerhalb des kirchlichen Rahmens herausgebildet. Daher besitzt die christliche Kirche im Rahmen ihrer Glaubensvorstellungen eine lange Tradition. Die Ermöglichung der Trauer gilt in ihr als eine wesentliche Aufgabe.“ (LEISNER 1998, S. 86)*

Der religiösen Form nach zählt die Bestattung im katholischen wie auch im evangelischen Glauben zu den Werken der Barmherzigkeit, wie bereits im Eingehen auf das christliche Fürsorgeideal erörtert wurde. Von ihren Anfängen an haben die christlichen Gemeinden ihre Toten zur letzten Ruhe geleitet. In der Alten Kirche wurde der Tod „als Aufbruch zu Christus (vgl. Phil 1,23) aufgefasst. Der Christ hatte den Tod als letzten Akt seines „Pascha“ zu vollziehen, seiner Teilnahme an Jesu Tod und Auferstehung und somit als Vollendung dessen, was im sakramentalen Zeichen der Taufe begonnen hatte. Dennoch hielten sich die Christen, was die rituelle Gestalt der Bestattung anging im Wesentlichen an die Bräuche ihrer jeweiligen Umwelt, reinigten sie freilich von Gepflogenheiten, die sie als „heidnisch“ empfanden. Doch noch heute finden sich außerchristliche Symbole, die ihre feste Verankerung im Ritual der Feier der Bestattung haben. Beispielsweise sind Blumen, traditionelle Fruchtbarkeitssymbole, aus Ablauf und Ritual einer Trauerfeierlichkeit nicht wegzudenken – es sei nur an Kranzniederlegungen erinnert.

Mit der Reformation veränderte sich das Erscheinungsbild der Bestattungen in dieser Hinsicht entscheidend. Vorbildgebend dafür waren Luthers Leichenpredigten (vgl. JENSSEN 1974; BIERITZ 2004; BREDEHORN/ DICKHAUT/LENZ 2004; ZENTRALINSTITUT FÜR SEPULKRALKULTUR 2002, S. 128 und S. 200-201) für die Kurfürsten Friedrich und Johann von Sachsen in den Jahren 1525 und 1532. Sich zur Trauergemeinde hinwendend, stellte Luther Trost und Belehrung für die Hinterbliebenen in den Vordergrund. Wenngleich er es aber auch an einer

entsprechenden Würdigung für die Verstorbenen nicht fehlen ließ, wurde doch diese neue Ausrichtung hin auf den letzten Abschnitt, die Predigt, vorherrschend: Der Aufbau der angeführten Leichenpredigten aus den Jahren 1525 und 1532 gliederte sich in *Dedikation*, persönliche Widmung, *Leichensermon*, Predigt bzw. Verkündigung des Evangeliums, den insbesondere Auferstehungstexte, Gottes Wort und das Gebet prägten, welche noch heute die wichtigsten Bestandteile eines elementarisierten evangelischen Begräbnisgottesdienste darstellen (vgl. UNION DER EVANGELISCHEN KIRCHEN IN DER EKD 2004, S. 17 und 71-166). Es folgten *Vita*, eine Betrachtung des Lebenslaufes der Verstorbenen, *Parentation*, Abdankung bzw. Totenrede, sowie eine *Standrede*, welche dem heutigen Nachruf gleichkam. Die Standrede sollte von einer Person gleichen Standes gehalten werden.

Seit der Reformationszeit soll im evangelischen Gottesdienst „jeder Gedanke daran ausgeschlossen werden, menschliches Tun könne das Geschick der Toten beeinflussen. Denn was Verstorbene zeit ihres Lebens verfehlt haben mögen, können wir nicht mehr für sie rückgängig machen, auch nicht durch Gottesdienste für Tote oder durch inständige Fürbitte, die den Verstorbenen Entlastung verschaffen möchte. Wir können ihre Versäumnisse nicht nachholen. Vor Gott ist jede Person unvertretbar, sie hat für alles einzustehen, was sie getan oder unterlassen hat.“ (SAUTER <sup>2</sup>2003, S. 295).

Das Grundschema dieser Leichenpredigten blieb formal im katholischen wie im protestantischen Bereich erhalten, inhaltlich wandelte sich das Hauptstück eines Begräbnisses in der Folgezeit der Reformation und im Speziellen mit dem Aufkommen des Bürgertums aber erneut, auch im evangelischen Bereich. Unter der Bezeichnung der Leichen- bzw. Grabrede, für deren Abhaltung Pfarrpersonen oder Personen des Lehrkörpers zu bezahlen waren, etablierte sich eine die Verstorbenen wieder zum bestimmenden Thema und Subjekt der Bestattungsrede erhebende rhetorische Praxis. Gegenwärtig verstehen sich sowohl das evangelische Ritual zur Bestattung wie auch der katholische Ritus (vgl. QUARTIER 2007) auf biblisch-theologische Grundlagen situiert.

*„Im Mittelpunkt des Gottesdienstes zur Bestattung steht das Evangelium von Jesus Christus (...) Wir sind mit Christus gestorben; und: Wir werden mit ihm auferstehen.“ (UNION EVANGELISCHER KIRCHEN IN DER EKD 2004, S. 15)*

Seit der Artikel von der Auferstehung im Mittelpunkt des evangelischen Glaubens steht, also seit der Reformation, wurde eine Vielzahl von Riten und ritualisierten Abläufen, die auf das Geschick der Menschen nach ihrem Tod einwirken sollten, aus den evangelischen Kirchenordnungen entfernt. Umso erstaunlicher ist, dass sich ein Pendant zur katholischen Prozession im Rahmen der Bestattung erhalten hat (vgl. RÖSSLER<sup>2</sup>1994, S. 259). In den Amtshandlungen der evangelischen Kirche kommt die Prozession an keiner anderen Stelle mehr liturgisch bzw. rituell vor, weder in jahreszyklisch gefeierten Gottesdiensten, wie beispielsweise Erntedank, wo dies ebenfalls naheliegend wäre, noch in anderen Gottesdiensten, die den Übergängen im Lebenszyklus der Gemeindeglieder gewidmet sind.“ (GRÜNFELDER 2012, S. 51-53)

## **6. Praxiserkundungen im Feld des Diakonissenkrankenhauses Schladming**

### **6.1. Vorbemerkungen**

In der Zeit der Vorbereitung auf mein Praktikum musste ich mich einer nicht aufschiebbaren Kieferoperation unterziehen – im Rückblick handelte es sich dabei um eine sehr bereichernde Erfahrung, denn die Zahnarzthelferin dort wurde mir in ihrer Art zum Vorbild: Sie ging äußerst liebevoll, doch unaufdringlich mit mir um, redete beruhigend auf mich ein („Das Herzrasen ist normal, das kommt von der Narkosespritze, das vergeht gleich wieder!“). Dazu berührte sie flüchtig und sanft meine Hand, was mir a) kurzfristig spürbar die Angst vor der bevorstehenden Operation und b) längerfristig zu Gute kam: In Bezug auf die spätere Gestaltung meines persönlichen Kontakts mit PatientInnen im Laufe meines diakoniewissenschaftlichen Praktikums im Diakonissenkrankenhaus Schladming – gerade bei der Beruhigung nervöser, hektischer PatientInnen oder aber bei PatientInnen, die unter chronischen Schmerzen litten, bei PatientInnen im Aufwachraum oder bei der Auseinandersetzung mit Sterbenden – nahm mir diese Selbsterfahrung die Scheu vor Berührungen.

Als ich mich selten hilflos und ausgeliefert fühlte, wobei ich mich bloß, möchte ich betonen, in einer geradezu absurd harmlosen Situation befand, verglichen mit jenen PatientInnen, denen ich später Beistand schenken durfte, war es schön, jemanden zu haben, der mir Nähe, Trost, Erleichterung, Zuwendung und Mitgefühl zukommen ließ, unaufgefordert, unbedingt. Jemanden, der die Lasten zu teilen anbot, die in Momenten der Schwachheit, der Unsicherheit, der Verzweiflung, des beklemmenden Schmerzes oder des Todes, über die PatientInnen kamen (Gal. 6,1). Ich habe die berauschende Wirkung dieser Hilfestellung und sensiblen Unterstützung am eigenen Leib erlebt und schließlich persönlich oft praktiziert, wobei ich noch hinzufügen möchte, dass meines Erachtens ohnehin legitimiert bzw. vorgesehen war, dass ich PatientInnen berühren sollte: Vor Ort im Diakonissenkrankenhaus Schladming war ich mit täglich frischer steriler Kleidung und Gummihandschuhen ausgestattet worden. Ich habe im Obigen versucht, darzustellen, dass mir dies nach der beschriebenen Selbsterfahrung um ein

Vielfaches leichter gefallen ist, als zuvor, wo es mir möglicherweise vor der medizinischen Belegschaft peinlich gewesen wäre. Nach dieser besonderen Erfahrung jedoch, wage ich mich abschließend klar und selbstbewusst zu positionieren, wusste ich und konnte ermessen, von welcher wesentlicher Bedeutung diese kleine, zuvor möglicherweise, jedenfalls aber fälschlicherweise, als lächerlich abgetane Geste gewesen war und für andere sein würde bzw. könnte.

### **6.1.1. Forschungsdesign und Methodenwahl**

„Meine Praxiserkundung inklusive Feldarbeit und Dokumentation war ein Eintauchen in ein Feld jener professionellen Praxis, bei der die menschliche Grenzerfahrung „Tod“ nicht zum Außeralltäglichen gehört, sondern zur beruflichen Aufgabe und somit zum alltäglichen Gegenstand physischer und psychischer Bewältigung. Davor galt auch für mich, was der Religionswissenschaftler und freie Trauerredner Georg Schwikart (SCHWIKART 2004, S. 50) ausgedrückt hat: „Was zum Alltag von Altenpflegerinnen, Krankenschwestern, Pfarrern und Sterbebegleiterinnen gehört, steht mir noch bevor: Mit eigenen Augen sehen, wie das ist, wenn ein Mensch jene Schwelle überschreitet, über die ihn niemand begleiten kann.“

Insgesamt stütze ich mich im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit auf ausgedehnte Feldbeobachtungen im Diakonissenkrankenhaus Schladming, im ländlichen Bereich der Obersteiermark, genauer gesagt im Ennstal, wenige Minuten entfernt von der Bundeslandgrenze zu Salzburg. Was das Forschungsdesign anbelangt, so ist die Untersuchung Teil einer größeren Studie meinerseits, die mich unter anderem auch in Palliativ- und Geriatriestationen in Wien (darunter Floridsdorf, AKH), Linz, Gmunden und Vöcklabruck geführt hat. Mit großem Interesse habe ich auch die Arbeit von MitarbeiterInnen von zum Teil ambulanten, zum Teil mobilen Hospizdiensten in der Steiermark (Pürgg-Trautenfels, Bad Mitterndorf), in Oberösterreich (Linz, Bad Ischl), in Niederösterreich (Melk) und Tirol (Innsbruck) in ihren Handlungsfeldern besucht und zu ihren Aufgabenbereichen befragt. Ganz besonders hervorheben möchte ich in diesem Zusammenhang ein Treffen mit Frau Mag.<sup>a</sup> Ulrike Pribil MSc, der Geschäftsführerin und Initiatorin des Kinderpalliativnetzwerkes für Oberösterreich mit Sitz in der Steingasse in Linz.

Ich habe mich dafür entschieden, aus der Summe der Daten, die ich im Zuge der einmonatigen Feldbeobachtungen im A. Ö. Diakonissenkrankenhaus Schladming, einer diakonisch-sozialen Einrichtung, als deren Rechtsträger das Diakoniewerk Gallneukirchen (Oberösterreich) auftritt, erheben konnte, jene rund um fünf Personen aus dem Forschungsfeld auszuwählen, für diese Arbeit heranzuziehen, in der Reihenfolge der Begegnungen (bei Überlappungen erfolgte die Einordnung nach Termin des Erstkontaktes mit dem/der jeweiligen PatientIn) darzustellen und zu analysieren.

Bei der Auswahl habe ich mich nach Art des jeweils gegebenen „Bewusstheitskontextes“ – die Theoriebildung und Idee hinter diesem Konzept erfolgte durch die beiden Soziologen Glaser/Strauss, vorgestellt habe die beiden ihre Konzeptionalisierung beispielsweise in der Publikation „Interaktion mit Sterbenden. Beobachtungen für Ärzte, Schwestern, Seelsorger und Angehörige“, vgl. GLASER/STRAUSS 1974 – entschieden. Wenngleich Interaktion sich entfaltet und entwickelt und nicht statisch ist, ist es, so das Konzept von Glaser und Strauss, doch als wesentliche Kategorie zu handeln, wer (Glaser und Strauss, vgl. GLASER/STRAUSS 1974, beziehen diesbezüglich exklusiv die beiden Parteien PatientIn und Personal mit ein) was (Informationsgrade) woher (Quelle) weiß.

*„Was jeder Interagierende über einen bestimmten Zustand des Patienten weiß, sowie sein Wissen darum, daß die anderen sich dessen bewußt sind, was er weiß – also das Gesamtbild, wie ein Soziologe es zeichnen würde -, werden wir Bewußtheits-Kontext nennen. Es ist der Bereich, in dem diese Menschen interagieren, während sie ihn ständig beobachten. Der Kontext ist komplex und kann sich im Lauf der Zeit verändern, vor allem, wenn der Zustand des Patienten sich verschlechtert und wenn der Totkranke mehr oder minder deutliche Hinweise versteht.“ (GLASER/STRAUSS 1974, S. 16-17)*

Der Terminus „geschlossene Bewusstheit“ drückt nach Glaser/Strauss aus: „der Patient ist ahnungslos“, „argwöhnische Bewusstheit: der Patient verfolgt einen Verdacht“, „Bewusstheit der wechselseitigen Täuschung: alle Beteiligten wissen Bescheid, gestehen es aber nicht ein“, „offene Bewusstheit: der Patient kennt seinen Zustand und gibt es zu“ (GLASER/STRAUSS 1974, S. 17-18). In adaptierter Form bediene ich mich dieses Konzepts bei der Analyse meiner Gespräche. Es geht mir darum, aufzudecken,

wie ein/e PatientIn bzw. ein/e Angehörige/r vor mir als neutraler Person über ihre Krankheit bzw. der seines/ihrer Angehörigen spricht, von wem sie in Sachen Diagnose aufgeklärt wurde. Das Konzept der Stadien des In-Etwas-Unterrichtet-Seins habe ich mitunter in Stadien des Wahrnehmens von Leiden, Krankheit und Diagnose abgewandelt, welche bei der Analyse der Gespräche als Cluster fungieren werden. Auf diesem Weg soll eine nachvollziehbare Kategoriebildung erfolgen. Die operationalisierten Fragen, um die Stadien des Wahrnehmens bzw. der Bewusstseinsbildung und die Konsequenzen, die tiefer dringendes Tatsachenwissen mit sich bringen, aufzudröseln, lauten: Sind es strukturelle Voraussetzungen, die über Existenz und Fortdauer eines Bewusstseitskontextes entscheiden? Individuelle? Und wie verändern sich die Bewusstseitskontexte im Laufe eines Krankenhausaufenthaltes? Worauf begründen sich die Veränderungen? War Wahrnehmung oder Diagnose dafür bestimmend? Von wem wurde der Patient/die Patientin hinsichtlich seines/ihrer Befindlichkeit ins Bild gesetzt? Wie geht es dem Patienten/der Patientin damit? Kann er/sie Hilfe hinzuziehen? (...)

Was die Auswertung der Interviews betrifft, so habe ich mich an Mayring/Gläser-Zikuda gehalten (vgl. MAYRING/GLÄSER-ZIKUDA 2008, S. 180-182): Entsprechend der Methode der beiden Forscher habe auch ich die Aussagen und Beobachtungen zuerst geordnet, gebündelt und sequenziert, auf Widersprüche hin untersucht und die Aussagen und Beobachtungen schließlich zu Komplexen zusammengefasst. In einem weiteren Schritt deren Explikation und schließlich deren Strukturierung vorgenommen. Ich habe darüber reflektiert, welche Vorstellungen dem Gesagten zugrunde liegen könnten und wie die Aussagen im Einzelnen gegliedert sind, ob sie sprachliche Besonderheiten aufweisen, ob eventuell diverse Brüche zwischen Aussage und Beobachtung erkennbar sind.“ (GRÜNFELDER 2012, S. 61-64)

### **6.1.2. Konkrete Vorgehensweise im Feld**

„In den obigen Abschnitten zur Methode konnte geklärt werden, dass es sich um eine deskriptive Untersuchung, eine qualitativ durchgeführte Erhebung handelt. Bezüglich der Vorgehensweise möchte ich gerne noch etwas konkreter werden. Die Erhebungsgespräche führte ich nicht anhand eines halbstandardisierten oder eines standardisierten Fragebogens, doch ging ich stets auf gleiche Art und Weise an die

Gespräche heran (strukturierte Beobachtung, vgl. BAUMANN 2008, S. 54): Ob meiner Kleidung identifizierbar als ein aktiver Teilnehmer im Forschungsfeld (offene Beobachtung, vgl. BAUMANN 2008, S. 54) trat ich an die übrigen Personen im Forschungsfeld heran, still oder ein unverfängliches Thema anscheinend. Gelegentlich verblieben wir so. Mit welcher Forschungsfrage ich ins Feld gegangen bin, blieb für die gesamte Dauer der Feldforschung unausgesprochen. Ich habe mit keinem Wort erwähnt, dass mein Interesse bevorzugt dem Themenbereich Sterben und Tod gilt, entwickelten sich die Gespräche zumeist in diese Richtung.

War es so, kam mein Leitfaden zum Tragen, der für die Analyse der Daten in drei Blöcken gebündelt werden kann, genauer in drei Blöcken zu je drei Fragen:

**(1) Wer ist der/die PatientIn?**

**Aus welchem Kontext hat die Todeserwartung ihn/sie gerissen?**

**Wie verhält er/sie sich, worüber steigen wir ins Gespräch ein, wer ist außer uns beiden anwesend?**

**(2) Wie spricht er/sie über Diagnose und Prognose?**

**Wie lange schon ist er/sie informiert?**

**Wer weiß wie viel in der Gruppe der Angehörigen und Freunde bzw. Freundinnen, die den/die PatientIn im Krankenhaus besuchen?**

**(3) Wie geht sein/ihr soziales Umfeld mit der Todeserwartung um?**

**Wie verläuft individuell der Akt seines/ihres Sterbens?**

**Wer ist bzw. wer tut was an seinem/ihrem Sterbe- bzw. Totenbett?**

Nicht nur PatientInnen, auch Angehörige und viele der MitarbeiterInnen trugen mir ihre Erfahrungen mit Sterben und Tod vor. Beispielsweise lautet eine meiner ersten Notizen im Feldtagebuch: „PatientInnen häufig hierher zum Sterben überstellt. Aus den Pflegeheimen in Gröbming und Schladming ebenso wie von dem zu Hause, wo sie zuvor gepflegt wurden.“ (7. 9. 2010)

Im September sind Schiunfälle noch nicht an der Tagesordnung, die Zahl der Bergunfälle sinkt und aus diesem Grund sind, da diese Zeit praktisch als „Nebensaison“

gehandelt wird, die Betten bevorzugt mit internistischen PatientInnen mit infauster Diagnose belegt, ließen mich die Diplom-Gesundheitskrankenschwestern in einer der ersten Begegnungen wissen. Das Thema Tod war allgegenwärtig. Ein Patient lag bei meiner allerersten Betretung des Feldes auf einer der Stationen in den letzten Zügen. Am Nachmittag ist er verstorben. Im Anschluss an die Gespräche zog ich mich in einen geschützten Bereich zurück, den ich nutzen durfte, machte Einträge und Notizen, erstellte mitunter Gesprächsprotokolle.“ (GRÜNFELDER 2012, S. 64-65)

## **6.2. Eintritt und Orientierung im Feld des Diakonissenkrankenhauses Schladming**

„Im Rahmen meiner Feldarbeit wurden mit Angehörigen und Mitarbeiterstab des Diakonissenkrankenhauses Schladming nicht nur aktuelle Fälle behandelt, also nicht nur PatientInnen, die ich persönlich kennenlernen konnte, sondern gelegentlich kam auch Zurückliegendes zur Sprache. Wenn Sterben und Tod etwa Kinder betroffen hatte oder aber bei besonders fordernden PatientInnen, die sich in ihrem Übergang allein sahen. Ich hatte durchwegs den Eindruck, als neues Gesicht, als offene Gesprächspartnerin wahrgenommen zu werden. Von PatientInnen, Angehörigen und ÄrztInnen ebenso wie vom Pflegepersonal.

Im Mai 2010 habe ich bei der Pflegedienstleiterin des Diakonissenkrankenhauses Schladming, Frau Diplom-Gesundheitskrankenschwester Schrempf, angefragt, ob ich in ihrem Haus vier Wochen lang als Praktikantin speziell im seelsorgerischen Feld arbeiten dürfte. Wenige Tage später hatte ich die ihrerseitige Zusage in der Tasche. Bei meinem Eintreten in das zu erkundende Praxisfeld wurde mir sterile Kleidung zur Verfügung gestellt, wie sie auch die Diplom-Gesundheitskrankenschwestern, die Diplom-Gesundheitskrankenschwestern und die PflegehelferInnen trugen, sowie ein Spindschlüssel. Als Praktikantin war ich der Pflegedienstleitung unterstellt, deren Aufsicht und Verantwortung ich für die Dauer meines Aufenthaltes im Feld unterstand. Mir wurde eine Schlüsselkarte für sämtliche Bereiche des Krankenhauses anvertraut. Auch jene Bereiche waren mir damit zugänglich, die dem technischen und medizinischen Personal des Diakonissenkrankenhauses Schladming vorbehalten waren.

Frau Diplom-Gesundheitskrankenschwester Schrempf führte mich mit dem Hinweis, ich dürfe mich selbstverständlich auch in allen anderen Stationen und Leistungsbereichen des Krankenhauses aufhalten, auf „Station a“ ein. Nachdem sie sich wieder ihren Tätigkeiten im Verwaltungsbereich des Hauses zugewandt hatte, nicht aber, ohne mir zu versichern, dass ich mich bei Fragen jederzeit an sie wenden dürfe, machte ich meine ersten Schritte im Feld. Die „Station a“, in die mich Frau Diplom-Gesundheitskrankenschwester Schrempf zuerst eingeführt hatte, sollte mir für die nächsten Wochen zum Refugium werden, mit den MitarbeiterInnen des Pflegebereichs teilte ich mittags den Sozialraum. Aber auch untertags hielt ich mich gelegentlich hier für Reflexionen, Terminabklärungen und Vorbereitungen auf. Da ich an keinen Dienstplan gebunden war, blieb ich gern ganze Tage im Krankenhaus. Bewährt hat sich für mich ein Dienstantritt um 7:15, da Diplom-Gesundheitskrankenschwestern, Diplom-Gesundheitskrankenpfleger und PflegehelferInnen davor Morgenbesprechung hielten und erst gegen 7:00 begannen, die PatientInnen zu wecken und anschließend Frühstück zu verteilen.

Die neue, ungewohnte Umgebung erkundete ich zunächst mithilfe der „Patientenmappen“, die in den Zimmern zur Information auflagen. Ich wollte sehen, wie die medizinischen Schwerpunkte verteilt sind, mit welchen PatientInnen ich zu tun haben würde, aber auch über organisatorische Informationen, wie etwa die Visiten- oder Besuchszeiten, Tagesabläufe, die Beginnzeiten seelsorgerischer Angebote etc. versuchte ich mir einen ersten Eindruck zu verschaffen. Mir wichtig erscheinende Fakten, wie zum Beispiel Termine, die zeitliche Strukturiertheit des Tagesablaufs und Informationen zum räumlichen Aufriss des Krankenhauses (Was befindet sich wo?) übertrug ich in mein Notizbuch, nicht zuletzt, um bei an mich gerichteten Fragen als kompetenter Ansprechpartner Hilfestellung geben zu können.“ (GRÜNFELDER 2012, S. 66-67)

### **6.2.1. Alltag und Routine im Diakonissenkrankenhaus Schladming**

„Im Allgemeinen Öffentlichen Diakonissenkrankenhaus Schladming, das über 108 Betten verfügt, ist es nicht üblich, zum Beispiel jene PatientInnen mit inneren Erkrankungen in spezifischen Stationen („Internen Stationen“) unterzubringen, hier liegt ein/eine PatientIn der Unfallchirurgie neben einem/r PatientIn, der vorwiegend von NeurologInnen betreut wird.

Meine Tage nutzte ich insbesondere dazu, das Tätigkeitsfeld der Diplom-Gesundheitskrankenschwestern, der Diplom-Gesundheitskrankenpfleger und der PflegehelferInnen auszuloten, mich in ihre Lage hineinzusetzen, zu beobachten, wie sie mit den PatientInnen und Sterbenden umgingen, worauf sie individuell Wert legten und wie sich der „Dienst nach Vorschrift“ gestaltete. Die Arbeitsaufgaben der Diplom-Gesundheitskrankenschwestern, der Diplom-Gesundheitskrankenpfleger und der PflegehelferInnen betrafen Körperpflege, Mobilisation und Therapien, sowie die Kontrolle von Puls, Blutdruck und Körpertemperatur, das Versorgen von Zugängen und Abgängen, Lagerung für die Nacht, die Versorgung mit Tabletten sowie die Essensverteilung auf den Stationen wie auch individuelle Essenseingabe, soweit diese an einem Patienten bzw. an einer Patientin erforderlich war.

Im täglichen Getriebe des Alltags kommen Achtung und Wertschätzung in so vielen Bereichen zu kurz. Sei es am Arbeitsplatz, in Bildungs- oder Sportstätten, in Freizeit- und Familienräumen. Unter Stress und Zeitdruck verkümmert respektvoller Dialog allzu schnell zu einem schnell hin geblafften Befehl. Diesbezüglich stellte die Betriebskommunikation im Diakonissenkrankenhaus Schladming eine wohltuende Ausnahme dar. Selbstverständlich wurden die Hierarchien klar eingehalten und manifestierten sich auch im zwischenmenschlichen Miteinander, doch ich hatte den Eindruck, dass die Arbeit aller MitarbeiterInnen – vom Keller, über die erste Etage, bis hin zum Hubschrauberlandeplatz – als bedeutungsvoll wertgeschätzt wurde. Auch ich persönlich handelte im Rahmen meiner teilnehmenden Beobachtung, was spürbar auf Resonanz stieß. Die ÄrztInnen waren dankbar, wenn ich auf PatientInnen auf der Intensivstation beruhigend einredete, Diplom-Gesundheitskrankenschwestern, Diplom-Gesundheitskrankenpfleger und PflegehelferInnen freuten sich über Anteilnahme und Lob nach auslaugenden, an die Substanz gehenden Auseinandersetzungen. Sie teilten ausführlich ihre Erfahrungen mit mir und besprachen ihre Situationen und Stimmungslagen, ihre Auseinandersetzungen mit der Tatsache, tagtägliche mit Krankheit, Sterben und Tod konfrontiert zu sein. Es war so, dass gerade ich es mir „leisten“ durfte, mich aufhalten zu lassen, als Gesprächspartnerin in diversen Belangen zur Verfügung zu stehen.

Ich war Beobachterin, insofern ein abgehobener Teil und doch – erkennbar durch die idente Bekleidung, durch Schlüsselkarte und Namensschild – ins System integriert und verbrachte mit den professionell Pflegenden wie auch mit den PatientInnen ganz selbstverständlich Zeit. Bei vielen PatientInnen etwa war ich einfach nur da, beobachtete unstrukturiert, griff mitunter teilnehmend ins Geschehen ein, beispielsweise um die Hektik zu nehmen, wenn PatientIn oder Personal vor Nervosität zitterten, wenn großer Andrang einen Umschlag im Akkord notwendig machte oder Ähnliches. Es ist verständlich und auch sehr beruhigend in Hinblick auf Notfälle, wie routiniert und zügig es im Krankenhaus zugeht, doch auf der Strecke bleiben manchmal, wie ich beobachten konnte, (stille) Begleitung, Ruhe und Gelassenheit, Unterstützung und Beistand, wenn PatientInnen, und Angehörige sich hilflos, überfordert und ausgeliefert fühlen. Gerade auch im Ambulanzbereich sind Unruhe und Nervosität vorherrschend, sodass ich mich hin und wieder einfach zwischen die im Ungewissen wartenden PatientInnen und deren Angehörige gesetzt habe, um zu hören, was an diesem Ort bewegt, oder aber, um, so mein Nachbar/meine Nachbarin darauf einsteigen wollte, ein Gespräch in Gang zu bringen.“ (GRÜNFELDER 2012, S. 67-69)

### **6.2.2. Reflexionen zu Umfang und Breite der im Feld erhobenen allgemeinen Daten**

„Ich habe Menschen beraten und getröstet, sie gelegentlich aber auch bloß abzulenken versucht von ihren Schmerzen, ihren Nöten, ihren Ängsten. Ich habe versucht, mir vorzustellen, wie es ist, lange Tage, ja manchmal gar Wochen und Monate, zum Beispiel nach Amputationen, in einem Krankenzimmer zu verbringen. Ob kurz oder lang, es ist ein unangenehmes Faktum, dass die „ZimmerkollegInnen“ viel über ihre „Mitpatienten/ihr Mitpatientin“ erfahren – in den Augen mancher NachbarInnen sieht man die Bewertungen förmlich, manche werden ganz schreckenstarr ... Das hilft nicht. Wie kann diskret miteinander umgegangen werden, trotz aller Deprivatisierung? Wem gelingt es, zu vermitteln: „Es ist zwar gesagt, doch war es nicht für meine Ohren bestimmt, und so verhalte ich mich nun auch im Umgang mit Ihnen.“

In den Mehrbettzimmern habe ich noch eine weitere Dynamik beobachtet: Es gab auch immer wieder Menschen, die sich lange ausgeschlossen gefühlt hatten – beispielsweise ein Deutscher, der der schnellen Mundart, die in der Obersteiermark gesprochen wird, nicht folgen konnte – ohne darauf hinzuweisen. Seine „Zimmerkollegen“ nahmen nach der Verkündung seines Anliegen: „Bitte spricht etwas langsamer, mir zuliebe.“, mit einem Schmunzeln viel Rücksicht. Manchmal reichte es, anzuleiten. Das machte oft den Charme eines Mehrbettzimmers aus. Die Gegenseite war, dass es in einem Zimmer mit Belegungsstärke fünf, noch dazu mitunter vollbesetzt mit Männern, die sich zum Teil kennen, viel, viel Selbstbewusstsein braucht, um nach einer psychischen Stütze zu fragen oder aber ein heikles Gespräch unter Patienten zu initiieren. Die Menschen, die es trotzdem wagten, haben meinen tiefsten Respekt.

Den Fokus meines Interesses habe ich im Feld ganz allgemein auf die Gesprächsführung mit Patientinnen und Patienten gelegt, insgesamt aber konnte ich eine sehr breite Praxisfelderkundung durchführen:

In einer Aufstellung habe ich die Handlungsfelder meiner (teilnehmenden) Beobachtung kategorisiert, um einen Überblick zu geben, welche Daten ich in der Zeit zwischen dem 6. September und September und dem 3. Oktober 2010 insgesamt gewinnen konnte, selbst wenn diese nicht sämtlich, sondern wie besprochen nur in Auszügen, in diese Arbeit einfließen werden.

(a) Kontaktsuche bzw. Gespräche und Beobachtungen von PatientInnen in allen Leistungsbereichen des Diakonissenkrankenhauses Schladming (inklusive Intensivstation, Ambulanz, Physiotherapie).

(b) Vertrauensvolle Gespräche mit ärztlichen MitarbeiterInnen und Mitarbeitern, sowie mit MitarbeiterInnen des Pflegebereiches (Umgang mit dem Tod von Angehörigen oder PatientInnen, Krankheit, Schmerz, Trauer, Unsicherheit, Grenzbereiche).

(c) Ich beobachtete Diplom-Gesundheitskrankenschwestern, Diplom-Gesundheitskrankenpfleger und PflegehelferInnen, sowie PhysiotherapeutInnen, Ärztinnen und Ärzte bei der Ausführung von Tätigkeiten am Patienten/an der Patientin (Visite, Mobilisation, Therapie, ...) und die MitarbeiterInnen des psycho-sozialen Dienstes bei

ihrer Arbeit am Patienten/an der Patientin (wobei die Teilnahme an Gesprächssitzungen jedoch stets nur auf nachdrückliche und mehrfache Rücksprache sowohl mit dem/der PsychologIn wie auch mit dem/der PatientIn erfolgte, um Berufswürde und Persönlichkeitsrechte nicht zu verletzen).

(d) Ich sprach mit Angehörigen, die verzweifelt waren, überfordert, ich stand Sterbenden bei und suchte das Gespräch zu allen. Die Menschen drängten angesichts von Leiden, Sterben und Tod im Krankenhaus darauf, Fragen zu stellen, weitläufig zu diskutieren – darunter befanden sich ChristInnen, AgnostikerInnen, AtheistInnen, Muslimen und Muslima, Zeugen Jehovas. Mir blieb in Erinnerung, dass sich einer der „Atheisten“ (er bezeichnete sich bewusst so, legte mir diesen Terminus vor) ganz besonders fürs Ernstnehmen seiner Ängste und fürs unvoreingenommene Zuhören.

(e) Ich handelte auch selbst nach Anweisung durch Diplom-Gesundheitskrankenschwestern und Diplom-Gesundheitskrankenschwestern an PatientInnen (Essen schneiden und eingeben, zu trinken geben, Spaziergänge etc.), nahm ihr Schicksal wichtig, achtete ihre Würde, versuchte, ihnen das Zutrauen in ihren Körper wiedererlangen zu helfen (nach Amputationen, Operationen, schwerwiegenden Erkrankungen).

(f) Ich besuchte und beobachtete sämtliche bestehende seelsorgerischen Angebote des Diakonissen-Krankenhauses Schladming: Messen, Krankensalbungen, Abendmahl am Zimmer, evangelische Gottesdienste, wöchentlicher Taizé-Singkreis.

(g) In regelmäßigen Abständen kamen kirchliche BesucherInnen, teils Laien (BesuchsdienstmitarbeiterInnen) und teils religiöse Experten, nämlich (ein katholischer) Priester und (mehrere evangelische) Pfarrer. Ich hatte meine Telefonnummer an der Rezeption hinterlegt, um zu erfahren, wann etwa die Pfarrer (sic gender) zu ihren seelsorgerischen Tätigkeiten ins Haus kamen und begleitete sie und die BesuchsdienstmitarbeiterInnen um zu beobachten und suchte im Anschluss daran Erfahrungsaustausch und Gespräch.

(h) Ich begleitete die evangelischen und katholischen Besuchsdienstmitarbeiterinnen und Pfarrer (sic gender) und suchte hinterher den Erfahrungsaustausch mit ihnen.

(i) Ich führte auch ausführliche Gespräche über Interna mit dem aktuellen sowie mit dem ehemaligen Betriebsratsvorsitzenden und mit der Diätologin. Außerdem gewährte mir die Verwaltung einen tiefen Einblick in die Vorstellungen der Leitungsebene des Diakoniewerks Gallneukirchen hinsichtlich laufender Planungen betreffend die Ausgestaltung und Implementierung von weiteren seelsorgerlichen Angeboten im Diakonissenkrankenhaus Schladming.“ (GRÜNFELDER 2012, S. 69-71)

### **6.3. Spezifische Beobachtungen und Gespräche im Feld**

„So unangebracht salopp es auch klingen mag, Krankenhäuser sind Sterbeorte, Orte, an denen öfter als anderswo Menschen in Ausnahmesituationen des Alltags anzutreffen sind. Auch jene/r, die/der auf den ersten Blick gesund und munter aussieht, hat möglicherweise psychisch Belastendes erlebt, ist nur knapp dem Tod entkommen, er/sie leidet vielleicht chronisch oder aber im Augenblick heftige körperliche Schmerzen, sucht das Gespräch. Es lohnte immer, nachzufragen. Ich nahm für vier Wochen Teil und Anteil am Handeln im Diakonissenkrankenhaus Schladming, war als Beobachterin vor Ort, Zeugin alltäglicher Konfrontation mit Leiden, Sterben und Tod.

Nach dem unmittelbaren Ableben von PatientInnen blieb ich bei den Angehörigen der Verstorbenen. Meist still, die ersten Minuten waren merklich eine leise Zeit, eine Zeit des Abschiednehmens, letzter Berührungen. Es war eine Zeit, in der man eines der letzten Male das Gesicht des geliebten Menschen vor Augen haben darf. Es brauchte hier nicht viele Worte: Der Schock überwog und machte sprachlos, die Trauer hatte noch nicht eingesetzt, es galt, die Realität des Todes zu begreifen. Das habe ich schnell verstanden. Ich blieb bei den Angehörigen der Verstorbenen, sofern diese anwesend waren. Am Bett von Sterbenden konnte ich unheimlich viel Dankbarkeit spüren. Dafür, dass da jemand ist. Dafür, dass da ein Mensch Anteil nimmt. Dafür, dass da jemand Begleitung anbietet. Ich bin glücklich, die Erfahrung beobachtet zu haben, wie sehr es alle Anwesenden vor Ort in jenen Situation angerührt hat, wenn jemand zugunsten der in dem Moment bedürftigeren Menschen Stolz und Hochmut, die eigenen Prioritäten und Befindlichkeiten außen vor zu lassen beschließt, und sich des Bedürftigeren

herzlich annimmt. Dass ich beobachten konnte, wie sehr solche Grenzsituationen menschlichen Lebens die Beteiligten bewegen.

Es hat nicht viel mit Macht zu tun, im Umgang mit den PatientInnen die stärkere Person zu sein, wie in Fachliteratur und Lehre mitunter suggeriert wird, sondern rein mit Verantwortung, habe ich gelernt. Unsicherheiten und Sorgen kranker Menschen abzutun ist keine Option, ebenso wenig wie auf Verdacht bzw. auf den aus dem flüchtigen Blickkontakt gewonnenen Eindruck hin vorschnell zu urteilen. Auch jener/jene, der/die auf den ersten Blick gesund und munter aussieht, hat möglicherweise psychisch enorm Belastendes erlebt, leidet vielleicht chronisch oder aber sogar im Augenblick heftig körperliche Schmerzen. Es lohnt, nachzufragen, wie in einem der folgenden Gesprächsprotokolle noch gezeigt werden wird. Und außerdem lohnt es, nachzufragen, weil gerade solche stillen, unscheinbaren PatientInnen oft „übersehen“ werden oder aber es als zu großen Aufwand erachten, für sich einen Termin beim psychosozialen Dienst vereinbaren zu lassen, der dann „auf Krankenschein“ (Verschreibung) vorbeikommt.“ (GRÜNFELDER 2012, S. 72-73)

#### **6.4. Fünf ausgewählte Einzelbetrachtungen:**

##### **Dargestellt anhand der Fragen des Leitfadens**

„Patientin A:

(1 A) Eine etwa 55-jährige Patientin A ist im Urlaub mit ihrem Mann in der Nähe der Talstation der Planai (Wander- und Schigebiet) in Schladming auf Schotter ausgerutscht, liegt nun mit einem gebrochenen Rückenwirbel unter intensiver Beobachtung im Diakonissenkrankenhaus Schladming. Bei Erstkontakt wartet Patientin A gerade auf ihren Mann, der ihr Toilettartikel vorbeibringen will. Sie ist bei vollem Bewusstsein, spricht fröhlich. Der Unfall ist ihr nicht anzumerken, obwohl dieser sie in akute Lebensgefahr gebracht hat.

(2 A) Seit den Aufnahmeuntersuchungen (Computertomographie) kennt Patientin A den Schweregrad ihrer Verletzung, weiß, dass sie in Lebensgefahr ist. Auch ich weiß darum,

denn ein Famulant hat mich über das geplante Procedere der Operation informiert. Die Operation muss geplant werden, soll aber so rasch als möglich stattfinden. Ein Facharzt für Neurochirurgie aus Salzburg wird das Operationsteam unterstützen, da Patientin A nicht transportfähig ist. In den wenigen Tagen vor der Operation spricht Patientin A nicht über ihre Prognose.

(3 A) Im Umfeld von Patientin A, die sich auf Auslandsurlaub befindet, gibt es einen Sohn mit eigener Familie. Eine eMail kommt an, die mir die Patientin stolz vorliest: „Gute Besserung, freundliche Grüße.“ Der Sohn wird nicht anreisen. Am Krankenbett sitzt ihr Mann, der sich auch außerhalb des eigentlichen Krankenbesuches im Krankenhaus aufhält, um Formalitäten und Krankenversicherungsangelegenheiten zu klären und den Rücktransport in die Heimat der Urlauberin zu organisieren. Regelmäßig überbringt er Grüße von der Zimmervermieterin, in deren Pension der Urlauber nun allein untergebracht ist. Auch er spricht am Krankenbett in Erwartung der Operation nicht über die Prognose seiner Frau. Die Operation ist gut verlaufen, der MitarbeiterInnenstab ist erleichtert, freut sich, kümmert sich auch im Nachfeld der Operation sehr intensiv um Patientin A. Patientin A lacht, strickt, spricht übers Wandern.

Patient B:

(1 B) Als ich den um die 25-jährigen Patienten B kennenlerne, hält er sich im Ambulanzbereich des Diakonissenkrankenhauses Schladming auf. Er sitzt am Boden in der Wartezone, die Beine angewinkelt. „Na, ist es gemütlich da unten?“, sage ich und lasse mich neben ihn fallen.

(2 B) Patient B spricht offen über Diagnose und Prognose. Zwei Wochen zuvor hatte er einen Verkehrsunfall, bei dem er mit 80 km/h auf einen stehenden Lastkraftwagen aufgefahren und so unter ihn geraten war. Eine Woche war er auf der Intensivstation gelegen, zwei Mal fast gestorben, erzählt er mir: Erst wegen des Milzrisses, der beim Verkehrsunfall entstanden war, dann aufgrund einer schwerwiegenden Komplikation (Nachblutung der Operationsnaht). Nun war er hier, um eine Flüssigkeitsansammlung am Handrücken mit Ultraschall untersuchen zu lassen.

(3 B) Patient B ist Single, spricht von seinen FreundInnen, mit denen er noch zusammen gewesen war, ehe er verunfallte. Sie wissen Bescheid. Er hätte sich ohnehin nicht zurückhalten können, sagt er: „Mir loch des Glick ausn Oasch aussa, i hob überlebt.“ Und setzt nach, dass er damit seinen FreundInnen „gonz schen auf d’Nervn“ gehe, froh ist, jemandem, der es hören möchte, seine Geschichte zu erzählen.

#### Patient C:

(1 C) Patient C ist Familienvater, ca. 60 Jahre alt, mit Frau und zwei Kindern (19 und 26). Am Wochenende hat er noch einen Ausflug gemacht, erzählt er, eines seiner Kinder besucht. Am Dienstag kamen dann „Symptome wie bei einem Herzinfarkt“, auf Anraten seines Sohnes geht er zum Hausarzt. Der schickt ihn weg. Als das Unwohlsein am nächsten Tag noch nicht verschwunden ist, fährt ihn seine Frau ins Krankenhaus.

(2 C) Im Krankenhaus entdeckt man: Der Infarkt war schlimm, die erforderlichen Bypässe können nicht mehr gelegt werden. Die Prognose ist schlecht, das jüngere Kind, die Tochter, soll aber noch nicht informiert werden. Schon im Alter von 21 hat Patient C seinen ersten Herzinfarkt erlitten, seither ist er in regelmäßigen Abständen zu Vorsorgeuntersuchungen erschienen, war nach außen hin beschwerdefrei, wie mir die Angehörigen im Wartebereich vor der Intensivstation anvertrauen. Diesmal ist es anders. Die Blutversorgung ist nicht mehr gewährleistet, die ÄrztInnen können nichts tun: Nach und nach versagen sämtliche Organe von Patient C, zwischenzeitlich ist er bei vollem Bewusstsein. Er weiß um seinen Zustand, seine Prognose.

(3 C) Am Sonntag nimmt er Abschied von Familie und engsten FreundInnen. In immer kürzeren Intervallen flimmert sein Herz, Patient C wird defibriert. Sein Tod ist absehbar, für ihn, für die Familie. Der Todeskampf ist heftig, der Akt des Sterbens unsagbar kurz. Patient C, der davor noch mitten im Leben gestanden hatte, wird nach kurzer, schwerer Krankheit nur zehn Tage nach seiner stationären Aufnahme im Krankenhaus bestattet. „Vegetieren halb im Bett, halb im Rollstuhl – das hätte er ohnehin nicht gewollt.“, spricht die Tochter sich und ihrer bestürzten Familie Trost zu.

#### Patient D:

(1 D) Patient D ist knapp 80 Jahre alt, er ist seit 5 Jahren pflegebedürftig, wird in häuslicher Pflege versorgt, nun aber möchten seine Angehörigen ihn in den Händen des Krankenhauspersonals wissen.

(2 D) Ich spreche mit dem Krankenhauspersonal über den Zustand von Patient C. Sein Blutdruck ist niedrig, über seine Blutwerte, konkret über das Ablesen der den Salzhushalt bestimmenden Werte, kündigt sich ein Nierenversagen an. Ein Gespräch mit ihm ist nicht möglich, er reagiert nicht auf Händedruck und Berührung.

(3 D) Patient D röchelt, hat permanent geöffnete Augen, starrt zur Decke. Der Lebensabschnittspartnerin von Patient D „war es gestern zu viel“, sie hat angekündigt, nicht zu kommen, ist nun aber doch da, zusammen mit ihrer Tochter. Am Nachmittag verstirbt Patient D. Die Angehörigen werden gebeten, kurz das Zimmer zu verlassen. Ein Arzt stellt den Tod fest, ein Diplom-Gesundheitskrankenpfleger übernimmt die Totenfürsorge: Er entfernt Pflaster und Zugang, wischt letzte Tränen aus den Augen des Verstorbenen, drückt ihm die Augen zu, schließt seinen Mund. Der Leichnam soll erst am nächsten Morgen vom Bestatter abgeholt werden. Den beiden Angehörigen bleibt somit Zeit, sich zu verabschieden. Lange sitzen sie am Totenbett, sprechen über ihre Vorstellungen vom Tod, vom Sterben an sich, davon, wie sich dieser letzte Übergang beim Patienten gestaltet hat, welche Eindrücke ihnen bleiben, welche Erlebnisse sie in ihrem gemeinsamen Leben geteilt haben, über Hochbett und Schreibtisch, die er für die Tochter einst gezimmert hatte, von der Lücke, die er hinterlassen wird. Es kommen keine weiteren Personen hinzu, die beiden Frauen bleiben allein. Sie sprechen noch zu ihm, streicheln ihn, beziehen den Verstorbenen ins Gespräch ein und sprechen über ihn. Gemeinsam erinnern sie sich. Ich beobachte bis zum Schluss, wie sie sich vom Toten verabschieden, verfolge ihre Gespräche, reiche ihnen Taschentücher und ein Glas Wasser.

#### Patientin E:

(1 E) Patientin E ist rund 75 Jahre alt. Ich lerne sie in einer der regulären Stationen kennen. Sie hat wenig Besuch, ich plaudere mit ihr, sie schenkt mir ein Kaugummi. Es ist ihr anzumerken, dass sie sich über meine Besuche an ihrem Krankenbett freut, doch

sagt sie nie, ich möge doch bitte wiederkommen. Geduldig lässt sie die kurzen Visiten und die Tätigkeiten von Diplom-Gesundheitskrankenschwestern, Diplom-Gesundheitskrankenpflegern und PflegehelferInnen über sich ergehen. Sie stellt keine Fragen.

(2 E) Patientin E ist Diabetikerin, schon vor Jahren wurde ihr ein Bein abgenommen. Nun macht ihr Stumpf Probleme und ihr Herz wird schlechter. Die ÄrztInnen-Patientin-Interaktion ist minimal. Sie spricht nicht über ihre Prognose.

(3 E) Da Patientin E Mitglied der evangelischen Pfarrgemeinde A. B. Ramsau am Dachstein ist, kommt wöchentlich der kirchliche Besuchsdienst bei ihr vorbei. Ansonsten erhält die Angehörige während der Zeit, die sie auf der regulären Station verbringt, keinen Besuch. Nach etwa einer Woche des stationären Aufenthaltes erleidet Patientin E einen Herzinfarkt, wird auf die Intensivstation des Diakonissenkrankenhauses Schladming verlegt. Anfangs ist sie nicht ansprechbar, ihr Blutdruck sehr, sehr schwach. Ein Neurologe begutachtet sie. Zwei Freundinnen kommen zu Besuch, sehen, dass sie schläft und verabschieden sich wieder. Weitere drei Tage später scheint sie sich erholt zu haben, wenngleich ich von der Intensivschwester erfahren habe, dass beginnendes Nierenversagen zu beobachten ist. Sie wacht auf, reagiert auf meine Worte, tritt mit mir in ein intensives Gespräch über den Tod. Tags darauf verstirbt sie in ihrem Zimmer auf der Intensivstation. Sie ist allein. Ein Intensivpfleger übernimmt die Totenfürsorge, schiebt die Geräte beiseite, schließt ihre Augen. Zwei Angehörige mittleren Alters betreten den Raum, der Mann erkundigt sich nach einer Toilette und entfernt sich wieder. Dem Intensivpfleger ist es ein Bedürfnis, eine Kerze anzuzünden und das Fenster zu öffnen. Der Mann kommt zurück. Während der Intensivpfleger die Kerze holt, verabschieden sich die beiden Angehörigen von der Verstorbenen und verlassen die Intensivstation. Die Kerze brennt, der Intensivpfleger ist anwesend.“ (GRÜNFELDER 2012, S. 73-77)

## **6.5. Reflexionen und Analysen zur Feldarbeit**

„Offenheit und Bereitschaft zu Vier- oder Mehr-Augen-Gesprächen waren sehr groß, unter den professionell Pflegenden wie unter PatientInnen und Angehörigen. Viel Vertrauen wurde mir in dieser bereichernden Zeit entgegengebracht. Ich sammelte die Ergebnisse aus vertrauensvoll geführten Gesprächen mit ärztlichen MitarbeiterInnen sowie mit MitarbeiterInnen des Pflegebereiches über die Themen Umgang mit dem Tod von Angehörigen oder PatientInnen, Krankheit, Schmerz, Trauer, Unsicherheit und andere menschliche Grenzbereiche, beobachtete Diplom-Gesundheitskrankenschwestern, Diplom-Gesundheitskrankenpfleger und PflegehelferInnen, PhysiotherapeutInnen, PsychologInnen und ÄrztInnen bei der Ausführung von Tätigkeiten am Patienten/an der Patientin und bei ihrer Gesprächsführung.

Ich traf auf Menschen, die mir und denen ich neugierig und wertneutral entgegentrat, Menschen unterschiedlichster Backgrounds und unterschiedlichster Altersstufen, AgnostikerInnen, AtheistInnen, Muslimen und Muslima, Zeugen Jehovas. Mir blieb in Erinnerung, dass sich einer der „Atheisten“ (er bezeichnete sich bewusst so) ganz besonders fürs Ernstnehmen seiner Sorgen, fürs Zuhören und für die Darstellung meiner Sicht der Dinge bedankte, die ich gar nicht intendiert hatte, auf die er aber bestand. PatientInnen am Ende ihrer Leben standen im Fokus meines Interesses. Wer handelt wie an Sterbenden? Wer übernimmt die Totenfürsorge? Wie? Wer ist von den Angehörigen anwesend und wer fehlt? Sind die Gründe dafür bekannt? Wie gehen professionell Pflegende mit Menschen in akuten Belastungssituationen um? Was lösen akute Belastungssituationen bei den professionell Pflegenden aus? Welche sind zwischenmenschlich die dringendsten Anliegen, die bohrendsten Fragen? Wer kümmert sich darum? Wo können Einzelgespräche geführt werden? Wie begegnen sich Pflegende und zu Pflegende im täglichen Kontakt? Wie gestaltet sich die Hinwendung zum/r PatientIn, hinsichtlich der Tätigkeitsbereiche Mobilisation, Lagerung, Therapie und Hygiene? Wie erfolgt die Begrüßung, wie werden Gespräche beendet? Nach welchen Kriterien bestimmt sich der Zeitaufwand pro PatientIn? Gibt es etwaige Aggressoren, die die Beziehung zwischen Diplom-Gesundheitskrankenschwestern bzw. Diplom-Gesundheitskrankenpflegern sowie PflegehelferInnen und PatientIn mehr oder weniger empfindlich stören können, wie kann ich solche ausmachen bzw. erkennen? Wie gehen

die ProfessionistInnen im Bereich des Gesundheitswesens selbst mit solchen Störungen, seien es Reibungen, Unstimmigkeiten oder Missverständnisse, um? Alldem habe ich Aufmerksamkeit beimessen können. Die Beobachtungen sind sehr vielfältig. Ganz herzlich darf ich mich für die gewährten tiefen Einblicke bedanken, ganz besonders aber bei den MitarbeiterInnen des Diakonissenkrankenhauses Schladming.

Durch aktive Einbringung (bei Unsicherheiten, ob die Übernahme einer Tätigkeit durch mich als zu risikoreich einzustufen sei, wandte ich mich an die StationssekretärInnen) und aufgrund der Einbeziehung, die ich von Seiten der MitarbeiterInnen im Diakonissenkrankenhaus Schladming erfahren durfte, war ich auf Zeit gewissermaßen zu einem selbstverständlichen Teil des Mitarbeiterstabes geworden: meine Verschwiegenheit war unumstößlich, wurde stets akzeptiert und nie hinterfragt. Beispielsweise dann, wenn ich etwa einen Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin bat, einen Patienten oder aber eine Patientin kurz auf den Gang zu bitten, wenn mit ihm oder ihr solches vereinbart war, wurde meiner Bitte ohne Umschweife und Nachfragen nachgekommen, darf ich voll Dankbarkeit sagen, denn dies hat viel zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen.

Im Rahmen von Analyse und Auswertung der erhobenen qualitativen Daten aus den Einzelbetrachtungen, dargestellt in Komplexen sollen diese nun weiter verknüpft und nebeneinandergestellt werden, um das Querlesen der Daten zu ermöglichen. Leitfragecluster 1 (1) gibt an, wer der/die PatientIn ist, aus welchem Kontext sie/ihn die Todeserwartung gerissen hat und wie er/sie sich in der Situation unseres Gegenübertretens verhält bzw. worüber sich bei unseren Zusammentreffen die Gespräche entwickelt haben.

A (1) ergibt: 55-jährige Frau – Unfall im Urlaub – wartet auf Ehemann.

B (1) ergibt: 25-jähriger Mann – Unfall nach Party – wartet im Ambulanzbereich auf Untersuchung.

C (1) ergibt: 60-jähriger Mann – Herzinfarkt unterbricht Alltag des Pensionisten.

D (1) ergibt: 80-jähriger Mann – nach Atemproblemen aus häuslicher Pflege überstellt.

E (1) ergibt: 75-jährige Frau – leidet seit Jahrzehnten an Diabetes (Grundkrankheit), ins Krankenhaus zwecks Wundversorgung des Amputats.

Leitfragencluster 2 (2) gibt an, wie der/die PatientIn über Diagnose, Prognose und Krankheitsverlauf sprechen, wie lange er/sie bereits informiert ist (soweit dies nicht aus dem Aspekt hervorgeht, aus welchem Kontext den/die PatientIn die Todeserwartung gerissen hat) bzw. wie entwickelt sich das Wissen um die (infauste) Prognose im Laufe der Vermehrung der Untersuchungsergebnisse. Und: Wer weiß – und warum? – wie viel in der Gruppe der Angehörigen und Freunde bzw. Freundinnen, die den/die PatientIn im Krankenhaus besuchen?

A (2) ergibt: Belangloses eröffnet die Gespräche – aufgeklärt über, doch spricht sie nicht über ihre Prognose.

B (2) ergibt: Belangloses eröffnet die Gespräche – aufgeklärt, spricht über davor und trennt das danach davon ab – FreundInnen wissen um die Tragweite seiner Gefährdung Bescheid. Für sie ist es aber nun Fakt, dass er den Unfall überstanden hat („ich nerve sie mit meiner Freude“).

C (2) ergibt: Belangloses eröffnet die Gespräche – wenn Familie und ÄrztInnen hoffnungsvoll sprechen, bleibt er still; als sich die Informationslage verändert, die infauste Prognose steht, möchte er, dass seine Tochter davon ferngehalten wird.

D (2) ergibt: Patient reagiert nicht auf sein Umfeld – spricht nicht.

E (2) ergibt: Belangloses eröffnet die Gespräche – spricht nicht über ihre Krankheit bzw. über ihren Zustand.

Im dritten Block der Leitfragen (3) wurde erhoben, wie das soziale Umfeld des/der PatientIn, konfrontiert mit der Todeserwartung, reagiert. Wer ist und wer tut was am Sterbebett des/der PatientIn? Wie verläuft individuell der Akt des Sterbens?

A (3) ergibt: Der Ehemann besucht seine Frau, gibt sich oft organisatorischen Handlungen hin, ist da, wieder weg, wieder da ... – Sohn und Zimmervermieterin bestellen Grüße – ein Facharzt für Neurochirurgie reist für die Operation an – auf der Intensivstation bereitet man akribisch das Vorgehen während ihrer Operation vor.

B 1 ergibt: FreundInnen des Verunfallten haben ihn nach seiner Verlegung von der Intensivstation besucht.

C 1 ergibt: Vater möchte seine Kinder sehen. Mutter geht raus. Sohn und Tochter verbringen Zeit mit ihm, bis der Sohn weinend zusammenbricht. Die Tochter bleibt allein bei ihm.

D 1 ergibt: Lebensabschnittspartnerin und Tochter stellen sich auf den Tod des Patienten gemeinsam ein, dankbar Erinnerungen reflektierend.

E 1 ergibt: Kirchlicher Besuchsdienst und Freundinnen sehen nach der Patientin, nachdem sie verstorben ist, treten Sohn und Schwiegertochter an ihr Totenbett.

Betrachtet man diese Ergebnisse, wird zunächst deutlich, dass sich meine Gespräche mit PatientInnen durchgängig mit Hilfe eines Einstiegs über Belangloses entwickelt haben. Das ist kein Zufall. Zwar hatte ich die Informationen teils schon zuvor erhalten (aus teilnehmender Beobachtung und/oder Gesprächen mit dem Mitarbeiterstab des Krankenhauses), doch um die jeweilige Privatsphäre der PatientInnen zu wahren, setzte ich nichts voraus und ließ die PatientInnen berichten, erzählen, sie und gegebenenfalls auch ihre Angehörigen ihre/deren Einschätzungen schildern, dazu, wer sie waren und aus welchem Kontext sie das Einsetzen bzw. die Nachricht von Todesnähe bzw. Todesgefahr gerissen hatte.

Bezüglich der „Bewusstheitskontexte“ (vgl. GLASER/STRAUSS 1974, S. 16-18) ist im Fall der Patientin E von „argwöhnischer Bewusstheit“ auszugehen. Vonseiten der ÄrztInnen wurde verkürzend über ihre Prognose gesprochen, skizzierend, mit Umschweifen, davon ausgehend, die Patientin wüsste ohnedies, was nun auf sie zukommen werde. Zugleich muss die medizinische Versorgung als geradezu „sehr liebevoll“ eingestuft werden („Das braucht sie jetzt.“ 24. 10. 2012). Patient D erhielt die Befunde im Kreis seiner Angehörigen. Es war nicht ersichtlich und bleibt unklar, ob er sie erfassen konnte. Im Fall von Patientin A und Patient B hatte ich mit „offener Bewusstheit“ zu tun: Sowohl Patientin A wie auch Patient B kannten ihren medizinischen Zustand, wurden möglichst zu jeder Zeit auf dem Laufenden gehalten. Jedoch differiert, was an das soziale Umfeld weitergegeben wurde: Patient B gab Informationen uneingeschränkt weiter, Patientin A zog ausschließlich ihren Mann ins Vertrauen. Im Fall von Patient C sah ich mich mit der „Bewusstheit der wechselseitigen Täuschung“ konfrontiert: alle Patient, Angehörige und ÄrztInnen gewannen zunehmend und jeder für sich die Erkenntnis, Zeugen der letzten Züge seiner selbst bzw. eines Mitmenschen zu sein, gestanden es aber so lange als möglich nicht ein.

Was Reaktionen und Beistand seitens der Angehörigen betrifft, möchte ich von Bewertungen der besonderen Situationen, die ich im Rahmen der Einzelbetrachtungen nachgezeichnet habe, absehen, und stattdessen ein allgemeines Fazit vorlegen. In den

konkreten Fällen, mit denen ich zu tun hatte, war es so, dass PatientInnen im Beisein ihrer Angehörigen verstarben, und dass PatientInnen verstarben, mit denen Diplom-Gesundheitskrankenschwestern, Diplom-Gesundheitskrankenpfleger, PflegehelferInnen und ÄrztInnen über viele Tage und Stunden weitgehend allein waren. Ich habe Verständnis dafür. Zu vielfältig waren, wie ich herausarbeiten konnte, die Gründe für die Abwesenheit der Angehörigen, als dass ich mir ein diesbezügliches Urteil darüber erlauben könnte: Schwierigkeiten im Umgang mit der eigenen Sterblichkeit, tiefe Brüche, zerrüttete Beziehungen, aber auch berufliche Verhinderung. In vielen Fällen wissen Angehörige ihre Lieben zum Sterben gern in der Obhut professionell Pflegender im Krankenhaus, erfuhr ich von langjährigen MitarbeiterInnen, sei es, um sie gut versorgt zu wissen, um sich selbst nicht zu überfordern, um beiden Seiten gute Begleitung zuteilwerden zu lassen. Und gelegentlich kommt der Tod dann unvorhersehbar plötzlich, außerhalb der Präsenzzeiten von Angehörigen.“ (GRÜNFELDER 2012, S. 78-82)

## Conclusio

„Der letzte lebenszyklische Übergang im Leben eines Menschen, das Sterben und der Tod eines Individuums, stellt die Wissenschaft in ihren theoretischen wie praktischen Feldern vor ganz besondere Herausforderungen und Aufgaben. Dieser Themenbereich fordert und beschäftigt uns Menschen sowohl individuell wie auch gesellschaftlich. Was ich mir für diese Arbeit vorgenommen habe und wofür sie stehen soll, ist, eine intensive kultur- und sozialanthropologische Auseinandersetzung mit dem Deutungssystem Religion angesichts der Themenbereiche Sterben und Tod zu schaffen. Die Ergebnisse liegen in dieser Arbeit deskriptiv vor.

Ich wollte mit Hilfe eines Leitfadens, der die zu stellenden drei mal drei Clusterfragen enthielt, aber ansonsten unstrukturiert, eine qualitative Datenerhebung durchführen und mich dafür in ein öffentliches Feld begeben, in dem über diese erste Voraussetzung hinaus, zweitens, eine gute soziale Durchmischung gewährleistet sein würde und drittens, Tod und Sterben sich alltäglich ereignende Phänomene darstellten.

Doch ehe ich ins Feld des Diakonissenkrankenhauses in Schladming zu Feldforschung, Gesprächsführung und teilnehmender Beobachtung eintrat, begann ich, mich mit Konzepten rund um den Vollzug des Sterbens als der Passierung des letzten lebenszyklischen Übergangs im Leben eines Menschen, mit Ritualtheorien und mit Methoden aus dem Bereich der Sterbebegleitung und Interaktion mit Sterbenden vertraut zu machen, erlaubte mir ausgedehnte kultur- und sozialanthropologische Streifzüge im Feld von Tod, Ritual, Trauerbewältigung und Bestattung. In den einzelnen Aufsätzen kommen unterschiedliche Akzentsetzungen zum Vorschein. Todesverständnis, Todes- bzw. Sterbekonzepte und Aspekte des Bestattungsrituals werden insbesondere im Spiegel der religiös-kulturellen Traditionen des (evangelischen) Christentums thematisiert.“ (GRÜNFELDER 2012, S. 83-84)

Viele vor mir, darunter MedizinerInnen, PflegewissenschaftlerInnen, SoziologInnen, SozialpädagogInnen, BestatterInnen oder PsychotherapeutInnen, haben sich mit den Themen Übergang, Sterben, Tod und Vergänglichkeit befasst, Viele haben sich auf die

Suche nach den kulturellen Bewältigungsmustern von Sterben und Tod begeben. Wie, in welcher Form, Art oder Weise, vom Tod gesprochen wird, ist sehr stark kontextabhängig. Um auf Rainer Sörrie zurückzukommen: Ja, tatsächlich, kirchliche MitarbeiterInnen sind ExpertInnen in Sachen Sterben und Tod. Ihr christlicher Glaube bietet ihnen Schutz und Halt, die Hoffnung auf ein Weiterleben nach dem Tod und auf ein Wiedersehen mit seinen Liebsten prägt ungemein. In einer sich wandelnden Welt ist tut es gut, um sein Fundament zu wissen. Daneben aber gibt es viele weitere Expertinnen und Experten – aus so vielen Bereichen. Ich sehe nicht, dass wir uns darum streiten, uns in Institutionen wie Krankenhäusern oder Geriatriezentren in der ersten Reihe für Sterbende und deren Angehörige einzusetzen. Im Gegenteil. Ich mache das nicht oft, aber an dieser Stelle möchte ich einen Appell loswerden, nämlich den, die Menschen, die täglich um ihr Leben oder aber das Leben anderer kämpfen nicht zu vergessen. Sie leisten Außergewöhnliches – stehen wir ihnen zur Verfügung, mit Rat und Tat, als ExpertInnen.

## Anstelle eines Schlusswortes

„Der Religionswissenschaftler und freie Trauerredner Georg Schwikart hat in seinem Jugendbuch zum Thema „Der Tod ist ein Teil des Lebens“ (vgl. SCHWIKART 2003, S. 62) zehn Rechte für Kinder zusammengetragen, die um einen Menschen trauern. Diesen zehn Regeln möchte ich in meiner Arbeit gerne noch Platz einräumen. Weil ich gelernt habe, dass das Trauern und das auf Sterbende zugehen Mut erfordert. Und dass Menschen, egal, in welchem Alter sie auch mit Sterben und Tod konfrontiert sein mögen, eigentlich zu jung dafür sind.

### *Zehn Rechte für trauernde Kinder:*

1. Du hast das Recht, traurig zu sein. Trauer ist ein ganz normales Gefühl.
2. Du hast das Recht, dich nicht schuldig zu fühlen. Du hast keine Schuld am Tod des Menschen, um den du trauerst!
3. Du hast das Recht, zu weinen. Weine, wenn dir danach ist! Dafür muss sich niemand schämen.
4. Du hast das Recht, zornig zu sein. Vielleicht bist zu zornig – auch das ist in Ordnung. Schreie deine Wut heraus!
5. Du hast das Recht, zu schweigen. Wenn du magst, dann schweige. Wenn du reden möchtest, rede.
6. Du hast das Recht, allein sein zu wollen. Brauchst du Zeit zum Alleinsein, so nimm sie dir.
7. Du hast das Recht, Angst zu haben. Manchmal macht der Tod Angst. Sprich darüber mit einem Menschen, dem du vertraust.
8. Du hast das Recht, Fragen zu stellen. Hast du Fragen? Es gibt keine falschen Fragen zum Tod. Darum frage.
9. Du hast das Recht, dich zu erinnern. Deine Erinnerungen kann dir niemand nehmen! Hüte sie wie einen Schatz.
10. Du hast das Recht, zu lachen. Sei fröhlich und lache, wenn dir danach ist – du darfst dich über das Leben freuen!“ (GRÜNFELDER 2012, S. 86)

## Literaturverzeichnis

Abramowski, Claudia, 2004. ...wenn ein Leben zu Ende geht..., in: *Handbuch Integrierte Sterbebegleitung* (Hg. Lilie/Zierlein). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus GmbH, S. 359-366.

Albrecht, Christian, 2006. *Kasualtheorie. Geschichte, Bedeutung und Gestaltung kirchlicher Amtshandlungen*. Tübingen: Mohr Siebeck.

Appelt, Wolfgang Bernhard, 2004. Erfahrungen in der Sterbebegleitung schwerstbehinderter Menschen, in: *Handbuch Integrierte Sterbebegleitung* (Hg. Lilie/Zierlein). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus GmbH, S. 339-358.

Ariès, Philippe, <sup>10</sup>2002. *Geschichte des Todes*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG.

Assmann, Jan, <sup>2</sup>2007. Die Lebenden und die Toten, in: *Der Abschied von den Toten. Trauerrituale im Kulturvergleich* (Hg. Assmann, Jan/Maciejewski, Franz/Michaels, Axel). Göttingen. S. 16-36.

Bächer, Susanne, 2002. *Für Sterbliche. Hinweise und Gedanken zum Tod*. Stuttgart: Hirzel Verlag.

Baumann, Martin, 2008. Qualitative Religionsforschung, in: *Praktische Religionswissenschaft* (Hg. Klöcker/Tworuschka). Köln/Weimar/Wien: Böhlau Verlag GmbH & Cie, S. 48-62.

Bell, Catherine, 1997. *Perspectives and Dimensions*. New York: Oxford University Press.

Bieritz, Klaus-Heinrich, 2004. *Liturgik*. Berlin/New York: Walter de Gruyter.

Bredehorn, Uwe/Dickhaut, Eva-Maria/Lenz, Rudolf, 2004. Die Ausstellung „Deß einen Todt, deß andern Brod“. 25 Jahre Leichenpredigten-Forschung. Ergebnisse und Perspektiven, in: *Leichenpredigten als Quelle historischer Wissenschaften*. Bd. 4, S. 525-625.

Burgheim, Werner (Hg.), 2004. *Qualifizierte Begleitung von Sterbenden und Trauernden. Medizinische, rechtliche, psycho-soziale und spirituelle Hilfestellungen*. Mering: Forum Verlag.

Caduff, Corina/Pfaff-Czarnecka, Joanna (Hg.), <sup>2</sup>2001. *Rituale heute – Theorien – Kontroversen – Entwürfe*. Berlin: Dietrich Reimer Verlag GmbH.

Denner, Liselotte, <sup>2</sup>2008. Qualitative Inhaltsanalyse am Beispiel schulischer Beratungsforschung. Voraussetzungen, Variationen und Triangulation, in: *Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse* (Hg. Mayring/Gläser-Zikuda). Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

Drosdowski, Günther, <sup>2</sup>1997. Religion, in: Duden – das Herkunftswörterbuch. Etymologie der deutschen Sprache (Hg. Klosa/Scholze-Stubenrecht/Wermke). Mannheim/Leipzig/Wien/Zürich: Dudenverlag.

Durkheim, Emile, 1981. *Die elementaren Formen des religiösen Lebens*. Frankfurt am Main: Verlag Suhrkamp.

Engemann, Wilfried, 2007. Kommunikation des Evangeliums – ein interdisziplinäres Projekt. Praktische Theologie im Dialog mit außertheologischen Wissenschaften, in: *Praktische Theorie- und Problemgeschichte* (Hg. Grethlein/Schwier). Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt.

Fechtner, Kristian, 2003. *Kirche von Fall zu Fall. Kasualpraxis in der Gegenwart – eine Orientierung*. Gütersloh: Chr. Kaiser/Gütersloher Verlagshaus GmbH.

Feldmann, Klaus, 2004. *Tod und Gesellschaft – Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Fincke, Andreas, 2004. Freie Theologen, freie Redner, freie Ritendesigner. Der neue Markt kirchenferner Riten, in: *Materialdienst Evangelische Zentralstelle für Weltanschauungsfragen* (67. Jg., 4/04). Hannover: EKD Verlag, S. 123-134.

Fischer, Norbert, 2001. Zur Geschichte der Trauerkultur in der Neuzeit, in: *Totengedenken und Trauerkultur. Geschichte und Zukunft des Umgangs mit Verstorbenen* (Hg. Herzog). Stuttgart/Berlin/Köln: Verlag W. Kohlhammer, 41-57.

Geertz, Clifford, 1987. Religion als kulturelles System, in: *Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme* (Hg. Geertz). Frankfurt am Main: Verlag Suhrkamp.

Geilhufe, Wolfgang, 2008. Offenheit für spirituelle Erfahrung. Sterbende begleiten – in ihrer gelebten atheistischen Prägung – in ihrem bewusst gelebten Glauben, in: *Sterben. Natürlicher Prozess und professionelle Herausforderung* (Hg. Liedke/Oehmichen). Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt GmbH, S. 187-209.

GEKE [Akronym für: Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa, Anmerkung der Verfasserin] (Hg.), 2011. *Leben hat seine Zeit, Sterben hat seine Zeit. Eine Orientierungshilfe des Rates der GEKE zu lebensverkürzenden Maßnahmen und zur Sorge um Sterbende*. Wien: Evangelischer Presseverband.

Gennep, Arnold van, <sup>3</sup>2005. *Übergangsriten (Les rites de passage)*. Frankfurt am Main/New York: Campus Verlag.

Glaser, Barney/Strauss, Anselm, 1974. *Interaktion mit Sterbenden. Beobachtungen für Ärzte, Schwestern, Seelsorger und Angehörige*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Gress-Heister, Markus, 2009, Worüber man nicht schweigen darf, muss man reden ..., in: *Die rechten Worte finden...“. Sprache und Sinn in Grenzsituationen des Lebens* (Hg. Ingensiep/Rehbock). Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann GmbH, S. 179-199.

Grethlein, Christian, 2007. *Grundinformation Kasualien. Kommunikation des Evangeliums an Übergängen des Lebens*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Gronemeyer, Reimer, 2007. *Sterben in Deutschland. Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können*. Frankfurt am Main: S. Fischer.

Hahn, Alois, 1968. *Einstellungen zum Tod und ihre soziale Bedingtheit. Eine soziologische Untersuchung*. Stuttgart: Verlag Enke.

Grünfelder, Petra, 2012. *Kultur- und sozialanthropologischer Streifzug durch den Themenbereich Tod und Ritual: Reflexionen anhand des Beispiels kirchlich-evangelischen Handelns am Ende eines Lebens*. Diplomarbeit.

Heller, Andreas, 1999. Die Einmaligkeit von Menschen verstehen und bis zuletzt bedienen. Palliative Versorgung und ihre Prinzipien, in: *Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können* (Hg. Heller/Heimerl/Husebö). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, S. 9-24.

Heller, Birgit, 2012. *Wie Religionen mit dem Tod umgehen. Grundlagen für die interkulturelle Sterbebegleitung*. Breisgau: Lambertus-Verlag.

Hödl, Hans Gerald, 2007. Dancing on the Corpses' Ashes. Zur Typologie von Ritualen in Zusammenhang mit dem Tod, in: *Tod und Ritual. Interkulturelle Perspektiven zwischen Tradition und Moderne* (Hg. Heller/Winter). Wien: LIT Verlag GmbH & Co. KG, S. 27-57.

Hold, Hermann, 2007. Gern zu sterben?, in: *und Ritual. Interkulturelle Perspektiven zwischen Tradition und Moderne* (Hg. Heller/Winter). Wien: LIT Verlag GmbH & Co. KG, S. 117-137.

Ingensiep, Hans-Werner/Rehbock, Theda, 2009, Ethische Implikationen, in: *Die rechten Worte finden...". Sprache und Sinn in Grenzsituationen des Lebens* (Hg. Ingensiep/Rehbock). Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann GmbH, S. 211-221.

Janetzky, Birgit, 2000. Du bist tot, ich lebe noch ein bisschen. Funktion und Gestaltung der Trauerfeier im Hinblick auf das Familiensystem, in: *Beiträge zur Thanatologie (Heft 20)*. Mainz: Johannes Gutenberg Universität.

Jenssen, Hans-Heinrich, 1974. Die Bestattung, in: *Handbuch der Praktischen Theologie 3 (Hg. Ammer)*, S. 176-191.

Jetter, Werner, 1978. *Symbol und Ritual. Anthropologische Elemente im Gottesdienst*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Kellehar, Allan, 2001. Gesundheitsfördernde Palliativmedizin. Erreichtes überprüfen und ausbauen, in: *Neue Wege in der Trauer- und Sterbebegleitung. Hintergründe und Erfahrungsberichte für die Praxis (Hg. Paul)*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, S. 163-171.

Kellehar, Allan, 2007. *A social history of dying*. Cambridge: Engrs International Biographical Centre.

Kirsch, Anja, <sup>2</sup>2009. Bestattungskultur im Wandel. Einige diskursanalytische Beobachtungen, in: *Tod und Ritual. Interkulturelle Perspektiven zwischen Tradition und Moderne (Heller/Winter)*. Berlin/Wien: LIT Verlag GmbH & Co. KG/LIT Verlag Dr. W. Hopf, S. 175-187.

Klessmann, Michael, 2007. Seelsorge im Krankheitsfall, in: *Handbuch der Seelsorge. Grundlagen und Profile*. Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, S. 390-410.

Koch, Traugott, 2005. Tod. VIII. Ethisch, in: *Religion in Geschichte und Gegenwart<sup>4</sup>/Band 8*, S. 441-443. Tübingen: Mohr Siebeck.

Köster, Magdalena, <sup>1</sup>2008. *Den letzten Abschied selbst gestalten. Alternative Bestattungsformen*. Berlin: Christoph Links Verlag.

Kübler-Ross, Elisabeth, 2003. Die fünf Phasen des Sterbens, in: *Elisabeth Kübler-Ross. Das Lesebuch (Hg. Schaup)*. Stuttgart: Kreuz Verlag GmbH & Co. KG, S. 49-73.

Kunze, Jens, 2010. Sicht der Wissenschaften und Religionen, in: *Sterben und Tod. Ein interdisziplinäres Handbuch*. Stuttgart/Weimar: Verlag J. B. Metzler.

Kunze, Petra/Salamander, Catharina, 2000. *Die schönsten Rituale für Kinder*. München: Gräfe und Unzer Verlag GmbH.

Lechner-Masser, Susanne, 2011. Ein Beitrag von Pfarrerin Susanne Lechner-Masser, in: [www.sichtbar-evangelisch.at/template1/x/catnr/53/catid/92/artid/811/navart/nav1/template1.htm](http://www.sichtbar-evangelisch.at/template1/x/catnr/53/catid/92/artid/811/navart/nav1/template1.htm), letzter Zugriff am 25. September 2012, S. 1-7.

Leisner, Barbara, 1998. *Abschied nehmen. Praktischer Rat und Hilfe in den Tagen der Trauer*. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder.

Lilie, Ulrich/Zwierlein, Eduard (Hg.), 2004. *Handbuch Integrierte Sterbebegleitung*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus GmbH.

Luckmann, Thomas, 1999. Phänomenologische Überlegungen zu Ritual und Symbol, in: *Rituale. Zugänge zu einem Phänomen* (Hg. Uhl/Boederl). Bonn/Düsseldorf: Parerga, S. 11-28.

Luhmann, Niklas, 1984. *Soziale Systeme*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag.

Merkel, Friedemann, 1993. Bestattung V, in: *Theologische Realenzyklopädie* (Hg. Balz/Krause/Müller). Berlin: Walter de Gruyter GmbH, S. 749-757.

Michaels, Axel, <sup>2</sup>2001. „Le rituel pour le rituel“ oder wie sinnlos sind Rituale?, in: *Rituale heute – Theorien – Kontroversen – Entwürfe* (Hg. Caduff/Pfaff-Czarnecka). Berlin: Dietrich Reimer Verlag GmbH, S. 23-47.

Michaels, Axel, <sup>2</sup>2009. Den Tod in die Hand nehmen. Todesbewältigung im Hinduismus, in: *Tod und Ritual. Interkulturelle Perspektiven zwischen Tradition und Moderne* (Heller/Winter). Berlin/Wien: LIT Verlag GmbH & Co. KG/LIT Verlag Dr. W. Hopf, S. 75-89.

Mischke, Rainer, 2000. Nie waren sie so wertvoll wie heute: die Kasualien. Nicht der Haupt-Gottesdienst, die Kasualien sind heutzutage das wichtigste Angebot der Kirche, in: *Lernort Gemeinde 18*, Weinheim/Basel: Beltz Verlag, S. 55-59.

Montaigne, Michel de, 2001. Chapitre 19, in: *Les Essais* (Hg. Céard). Paris: L.G.F. Le Livre de poche – Classiques Modernes.

Müller, Wenzel, 2008. *Was tun, wenn jemand stirbt?* Wien: Holzhausen Druck & Medien GesmbH.

Niethammer, Dietrich, 2010. *Wenn ein Kind schwer krank ist*. Berlin: Suhrkamp Verlag.

Nüssel, Friederike, 2005. Unionen, kirchliche, in: *Religion in Geschichte und Gegenwart*<sup>4</sup>/Band 8, S. 749-752. Tübingen: Mohr Siebeck.

Ochsmann, Randolph, 1993. *Angst vor Tod und Sterben. Beiträge zur Thanatopsychologie*. Göttingen: Verlag für Psychologie.

Otterstedt, Carola, 1999. *Leben gestalten bis zuletzt. Kreative und einfühlsame Begleitung sterbender Menschen*. Freiburg/Basel/Wien: Verlag Herder.

Pauls, Christa/Sanneck, Uwe/Wiese, Anja, 2003. *Rituale in der Trauer*. Hamburg: Ellert & Richter.

Petzold, Hilarion G., 2003. *Lebensgeschichten erzählen. Biographiearbeit – Narrative Therapie – Identität*. Paderborn: Verlag Junfermann.

Pilger, Marille/Schwarzenböck, Monika, 2006. Fehl-, Früh- und Totgeburt: Erfahrungen Professioneller, in: *Du hast kaum gelebt. Trauerbegleitung für Eltern, die ihre Kinder vor, während oder kurz nach der Geburt verloren haben* (Hg. Fleck-Bohaumilitzky/Fleck). Stuttgart: Kreuz Verlag, S. 72-78.

Pock, Johann, 2011. „Sterben, Tod und Trauer als Herausforderung für die Verkündigung der Kirche“, in: *Trauerrede in postmoderner Trauerkultur. Band 18, Werkstatt Theologie*. Wien: LIT Verlag GmbH & Co. KG.

Pockrandt, Bruno, 2006. *Grenzgänge im Angesicht des Todes. Biographische Narrationsanalysen zur Kontingenzverarbeitung im onkologischen Feld*. Kassel: Kassel University Press GmbH.

Quartier, Thomas, 2007. *Bridging the Gaps. An empirical Study of Catholic Funeral Rites*. Berlin/Wien/Zürich: LIT Verlag GmbH & Co. KG/LIT Verlag Dr. W. Hopf.

Reinke, Stephan A., 2010. *Musik im Kasualgottesdienst. Funktion und Bedeutung am Beispiel von Trauung und Bestattung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

Reitmeier, Christine/Stubenhofer, Waltraud, 1998. *Bist du jetzt für immer weg? Mit Kindern Tod und Trauer bewältigen*. Freiburg im Breisgau: Christophorus-Verlag GmbH.

Renz, Monika, 2008. *Zeugnisse Sterbender. Todesnähe als Wandlung und letzte Reifung*. Paderborn: Junfermann Verlag.

Rest, Franco, 2004. Den Sterbenden beistehen, in: *Handbuch Integrierte Sterbebegleitung* (Hg. Lilie/Zwierlein). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus GmbH.

Roth, Ursula, 2002. *Die Beerdigungsansprache: Argumente gegen den Tod im Kontext der modernen Gesellschaft*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus GmbH.

Rössler, Dietrich, 1986/<sup>2</sup>1994. *Grundriss der Praktischen Theologie*. Berlin/New York: Verlag Walter de Gruyter.

Rüegger, Heinz, 2006. *Das eigene Sterben. Auf der Suche nach einer neuen Lebenskunst*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Sauter, Gerhard, <sup>2</sup>2003. Himmel, Hölle, Fegefeuer, in: *Typisch katholisch – Typisch evangelisch. Ein Leitfaden für die Ökumene im Alltag*. Weimar: CMZ-Verlag Winrich C.-W. Clasen, S. 295-301.

Schaller-Kurmann, Bernadette, 2007. Spiritualität in einem kostenbewussten Spitalumfeld, in: *Spitalseelsorge im Wandel*. (Hg. Albisser/Loretan). Wien/Zürich/Berlin: LIT Verlag GmbH & Co. KG, S. 33-37.

Schoener, Gustav-Adolf, <sup>2</sup>2009. Theorie und Praxis säkularer Ansprachen im Rahmen von Bestattungsfeiern in Deutschland, in: *Tod und Ritual. Interkulturelle Perspektiven zwischen Tradition und Moderne* (Heller/Winter). Berlin/Wien: LIT Verlag GmbH & Co. KG/LIT Verlag Dr. W. Hopf, S. 211-227.

Schwikart, Georg, 1999. *Tod und Trauer in den Weltreligionen*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

Schwikart, Georg, 2003. *Der Tod ist ein Teil des Lebens*. Düsseldorf: Patmos Verlag GmbH.

Schwikart, Georg, 2004. *Niemand geht ohne Spuren. Mit dem Tod leben*. Würzburg: Echter Verlag GmbH.

Simmel, Georg, 1957. Zur Metaphysik des Todes, in: *Brücke und Tür* (Hg. Simmel). Stuttgart: Verlag Köhler, S. 29-36.

Smart, Ninian, 1993. *The World's Religions*. Cambridge: Cambridge University Press.

Specht-Tomann, Monika, 2009a. *Biografiearbeit in der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege*. Heidelberg: Axel Springer Verlag.]

Specht-Tomann, Monika, 2009b. *Ich bleibe bei dir bis zuletzt. Hilfestellung für pflegende Angehörige*. Freiburg: Verlag Kreuz GmbH.

Specht-Tomann, Monika/Tropper, Doris, 2000. *Wir nehmen jetzt Abschied. Kinder und Jugendliche begegnen Sterben und Tod*. Düsseldorf: Patmos Verlag GmbH.

Specht-Tomann, Monika/Tropper, Doris, <sup>4</sup>2002. *Zeit des Abschieds. Sterbe- und Trauerbegleitung*. Düsseldorf: Patmos Verlag GmbH.

Stählin, Wilhelm, 1941. Die christliche Bestattung der Toten, in: *EvJ* 6, S. 45-50.

Steck, Wolfgang, 1993. Kasualien, in: *Theologische Realenzyklopädie* (Hg. Balz/Krause/Müller). Berlin: Walter de Gruyter GmbH, S. 673-686.

Thorbrietz, Petra, 2007. *Leben bis zum Schluß. Abschiednehmen und würdevolles Sterben – eine persönliche Streitschrift*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Tiemann, Hans-Hermann. Einführung – Ausführliche Beschreibung des Projekts, in: *Situationsgerecht Gottesdienst feiern. Zur Verbesserung liturgischen Handelns*. Bielefeld: Luther-Verlag, S. 5-68.

Union Evangelischer Kirchen in der EKD (Hg.), 2004. *Bestattung. Agende für die Union Evangelischer Kirchen in der EKD*. Bielefeld: Luther-Verlag.

URL: [www.agft.net](http://www.agft.net), letzter Zugriff am 3. Juli 2012, 08:05.

URL: [www.bestattungwien.at](http://www.bestattungwien.at), letzter Zugriff am 31. Oktober 2012, 08:35.

URL: [www.ewigesleben.de](http://www.ewigesleben.de), letzter Zugriff am 13. September 2012, 18:05.

URL: [www.hall-of-memory.de](http://www.hall-of-memory.de), letzter Zugriff am 13. September 2012, 17:40.

URL: [www.leuenberg.eu](http://www.leuenberg.eu), letzter Zugriff am 16. Juli 2012, 17:10.

URL: [www.promessa.se](http://www.promessa.se), letzter Zugriff am 15. Oktober 2012, 12:45.

URL: [www.totenheim.de](http://www.totenheim.de), letzter Zugriff am 10. September 2012, 07:20.

URL: [www.who.int/cancer/palliative/en/](http://www.who.int/cancer/palliative/en/), letzter Zugriff am 23. August 2012, 09:20.

Voort, Annet van der, 2005. *Menschen im Hospiz*. Freiburg/Basel/Wien: Herder Verlag.  
Erfahrungsberichte

Wagner-Rau, Ute, 2000. *Segensraum. Kasualpraxis in der modernen Gesellschaft*.  
Stuttgart: Verlag Kohlhammer.

Warner, William Lloyd, 1959. *The living and the dead*. New Haven: Yale Univ. Pr.  
Weiss, Gabriele, 1987. *Elementarreligionen. Eine Einführung in die Religionsethnologie*. Wien/New York: SpringerVerlag.

Wendt, Wolfgang, 1984. Trauerarbeit. Zur Bedeutung des Rituals in der modernen Gesellschaft als Unterstützung für das trauernde Individuum, in: *Bericht über die 1. Tagung zur Thanato-Psychologie von 4.-6. November 1982 in Vechta* (Hg. Howe), S. 352-357.

Wiese, Anja, <sup>4</sup>2009. *Um Kinder trauern. Eltern und Geschwister begegnen dem Tod*.  
Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

Winkler, Peter, 2009. Den leidenden Menschen systematisch zu Wort kommen lassen, in: *Die rechten Worte finden...". Sprache und Sinn in Grenzsituationen des Lebens* (Hg. Ingsiep/Rehbock). Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann GmbH, S. 345-358.

Wißmann, Hans, 1993. Bestattung I, in: *Theologische Realenzyklopädie* (Hg. Balz/Krause/Müller). Berlin: Walter de Gruyter GmbH, S. 730-734.

Wolf, Michael, 2010. *Friedhofspädagogik. Eine Untersuchung im Kontext der Fragen nach erfülltem Leben, Tod und Ewigkeit*. Berlin/Wien: LIT Verlag GmbH & Co. KG/LIT Verlag Dr. W. Hopf.

Zentralinstitut für Sepulkralkultur Kassel (Hg.), 2002. *Großes Lexikon der Bestattungs- und Friedhofskultur. Wörterbuch zur Sepulkralkultur*. Kassel: Verlag Thalacker Medien.

## **Abstract (Deutsch)**

Im Zentrum der vorliegenden Arbeit steht die Auseinandersetzung mit den Themenbereichen Sterbebegleitung und Bestattung. Tod und Vergänglichkeit sollen im Horizont der Praktischen Theologie reflektiert und die Individualität von Sterbeprozessen, von Sterben und Abschied, sowie das gottesdienstliche Ritual der (evangelischen) Bestattung in Zusammenhang mit daran geknüpften Erwartungshaltungen herausgearbeitet werden. Konzepte aus Theorie und Praxis von Sterbebegleitung und Thanatologie werden kritisch beleuchtet und hinsichtlich ihres Gehaltes an seelsorgerischen Implikationen befragt. Beispielsweise wird die Vorstellung vom Tod als letzter Übergang in den Kontext der Ritual- und Kasualtheorie eingebettet und in seiner Verflochtenheit dargestellt. In einem breit angelegten praktischen Forschungsteil basierend auf einmonatigen Praxiserkundungen im Feld eines österreichischen Krankenhauses sollen Gespräche und Beobachtungen, teils allgemeiner Art, teils spezifisch die Themenkreise Tod, Vergänglichkeit und Abschied berührend, nachgezeichnet und ebenfalls entsprechend der Fragestellung ausgewertet werden.

## **Abstract (English)**

Talking about the last things, death and dying, has a long tradition among human beings. I wanted to show and discuss some main concepts and theories dealing with death and mortality and if they may have a positive impact on a man or woman standing in the need of passing this very last “rite de passage” in one’s lifetime. What makes for example rituals, such as funerals, successful? Is there a sort of toolkit of interventions and ideas? Another main interest was to discover where dying happens today and who cares: certain concepts of palliative care and accomplished dying sound theoretically very well, but what about the implementation? Professionals of which disciplines work together in everyday life? In order to find some answers I conducted an empirical study, a four week field research, in a small hospital in Styria (Austria). We can’t run death, it affects us all.

# Curriculum Vitae

Grünfelder Petra Elisabeth

Geboren am: 26. Juni 1983 in Bad Ischl (OÖ)

Staatsbürgerschaft: Österreich

Wohnort: Jägerstraße 25/11, 1200 Wien

## *Ausbildung*

|                   |                                                                                                              |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1989-1993         | Volksschule Bad Goisern                                                                                      |
| 1993-1997         | Hauptschule Bad Goisern                                                                                      |
| 1997-2002         | Höhere Lehranstalt für Tourismus Bad Ischl                                                                   |
| 1. Oktober 2002   | Beginn des Studiums der Evangelischen Fachtheologie und des Französischstudiums an der Universität Wien      |
| 1. März 2003      | Beginn des Studiums der Kultur- und Sozialanthropologie an der Universität Wien                              |
| 29. November 2012 | Abschluss des Studiums der Kultur- und Sozialanthropologie an der Universität Wien (Mag. <sup>a</sup> phil.) |

## *Sprachen*

Deutsch, Englisch, Französisch, Italienisch, Spanisch

Latein, Altgriechisch, Hebräisch