



**GUIDO SPRENGER**

# **NEUE RITUALE IN DER BEGLEITUNG STERBENDER**

Eine ethnologische Perspektive



[https://doi.org/10.11588/  
fmk.2024.24.103695](https://doi.org/10.11588/fmk.2024.24.103695)

**MARSILIUS-  
KOLLEG**

2022 / 2023



# NEUE RITUALE IN DER BEGLEITUNG STERBENDER

## Eine ethnologische Perspektive

### I.

Welche Rituale des Sterbens sind in der heutigen Zeit in Deutschland angemessen und möglich? Diese Frage beschäftigte für ein Jahr lang unser Marsilius-Team, bestehend aus dem Palliativmediziner Bernd Alt-Epping, dem evangelischen Theologen Johannes Eurich und mir als Ethnologen. Unser Plan, die Ritualisierung des Sterbens in Deutschland zu erforschen und den Sterbenden Hilfe beim Entwurf eines Rituals anzubieten, konnte in dem Jahr der Marsilius-Förderung noch nicht realisiert werden. Einige Grundlagen jedoch haben wir geschaffen, und der Weg für künftige Zusammenarbeit steht nun offen. Ohne die lebhaften und konstruktiven, von genuiner Neugier getriebenen Gespräche, die wir wöchentlich im Kolleg geführt haben, wäre das nicht möglich gewesen.

Unser Vorhaben war von Zweideutigkeiten gekennzeichnet. Die Moderne gilt vielen als ritualfern, wenn nicht gar ritualfeindlich. Dennoch hat sich unsere anfängliche Intuition, dass die Menschen das Bedürfnis nach Ritualen im Sterbeprozess haben, durch die Umfrage von Bernd Alt-Epping bewahrheitet (s. dazu seinen Beitrag). Eine weitere Zweideutigkeit bezieht sich auf den Anlass der Rituale. Totenrituale sind oft aufwändig, bedeutsam und entsprechend gut erforscht; aber Rituale des Sterbens sind, im Kulturvergleich betrachtet, auffallend selten. Die Krankensalbung des Christentums, früher oft ‚Letzte Ölung‘ genannt, ist geradezu eine Ausnahme – und selbst sie wird heute nicht mehr für die breite Masse der Bevölkerung praktiziert.

Rituale richten gesonderte Räume und Zeiten ein, in denen der Alltag für eine Zeit lang ausgesetzt wird. Das macht es möglich, Veränderungen herbeizuführen und

Menschen von einem Daseinszustand in einen anderen überzuleiten. Daher sind viele der wichtigsten Rituale solche des Übergangs. Totenrituale sind dafür besonders auffallende Beispiele. Warum sollte es keine für das Sterben geben?

Der Frage, wie Rituale des Sterbens in der Moderne zu gestalten sind, gingen wir mit den Mitteln unserer jeweiligen Wissenschaft auf unterschiedliche Weise nach. Das Mittel der meinen ist die teilnehmende Beobachtung – das aufmerksame Eintauchen in eine mir fremde Lebenswelt, begleitet von Gesprächen und Fragen an jene Menschen, die mehr über diese Lebenswelt wissen als ich.

Für eine kurze Periode während unseres Projektes war diese Lebenswelt die palliativmedizinische Station des St. Vincentius-Krankenhauses in Heidelberg, die Bernd Alt-Epping leitet. Ich bin ihm und vor allem dem Team dort zutiefst dankbar, dass sie mich neugierig und offen aufnahmen. Sie waren auch offen für die kurzen Forschungsübungen, die ich mit einigen Master-Studierenden im Rahmen des Seminars „Observing Ritual and Death“ im Wintersemester 2022/2023 durchführte, und sie haben meine Studierenden durch Hospitationsangebote und Gespräche großartig unterstützt.

## II.

Um 7.00 morgens erschien ich am ersten Tag meiner Forschung im weißen Pflegeranzug auf der Station. Es war mir ermöglicht worden, eine Hospitation durchzuführen, in der ich das Pflegepersonal begleiten und zwischendurch – wenn es die Zeit erlaubte – Gespräche führen konnte.

Die Palliativstation des St. Vincentius-Krankenhauses erschien mir als ein friedlicher Ort. Die Schwestern und Pfleger schauten zunächst nur, ob die einzelnen Patient:innen wach sind. Wenn ja, machten sie Vorschläge: Möchten Sie sich waschen? Was brauchen Sie? Später gaben sie das Frühstück aus und unterstützten die, die nicht allein essen konnten. Alle Patient:innen hatten ein eigenes Zimmer, in dem aber ein zweites Bett für Angehörige steht.

Hier zeigt sich einer der zentralen Werte der Palliativmedizin. Ihr zentrales Anliegen ist nicht, den Patienten oder die Patientin möglichst effizient zu heilen. Vielmehr geht es um die Frage: Wie kann die Lebensqualität eines Menschen, der unheilbar erkrankt ist und dem Tode nahe, verbessert werden? Jede Maßnahme, die ergriffen

wird, muss sich an dieser Frage messen lassen. Von der Umsetzung dieser Idee erhielt ich in der kurzen Zeit meiner Forschung einen intensiven Einblick.

Wie so oft, wenn Werte umgesetzt werden, entstehen Widersprüche. Die Palliativstation endet in einem geräumigen Wintergarten, hell und einladend, mit Polstermöbeln, einem Klavier und einem Aquarium. Türen führen auf zwei Balkone hinaus. Die Balkone, so sagte man mir, seien sehr nützlich, denn dort könne gelegentlich geraucht werden. Nun sind rauchende Patient:innen kein Bild der Gesundheit und passen nicht recht in das Image eines Krankenhauses. Deswegen stehen auf den Türen deutlich sichtbar die Vermerke, dass das Rauchen auf den Balkonen verboten sei. Aber im Kern geht es um die Verbesserung der Lebensqualität – und gewohnheitsmäßige Raucher:innen fühlen sich besser, wenn sie gelegentlich rauchen. Diskret sieht man davon ab, das Verbot durchzusetzen.

Eine andere Form, mit der Komplexität des Sterbens umzugehen, zeigt sich in den Indikationen und verordneten Maßnahmen. Ich begleitete den Stationsarzt bei der morgendlichen Visite und wurde Zeuge seiner vorsichtigen und offenen Fragen an die Patient:innen. In der Palliativmedizin wird nichts aus medizinischer Neugier untersucht, wenn es nicht der Lebensqualität dient. Deswegen sind manche Maßnahmen unkonventionell und berücksichtigen die Wünsche der Sterbenden stärker, als das bei manch anderen Behandlungen der Fall ist. Gerade deswegen, so der Arzt, müssen sie „wasserdicht dokumentiert“ werden.

Das Sterben, so wird deutlich, ist eine soziale Angelegenheit. Als ich eine der Schwestern fragte, ob die Patient:innen oder die Angehörigen mehr Angst vor dem Tod hätten, antwortete sie mit Bestimmtheit: „Die Angehörigen“ – die nämlich haben Angst vor dem Verlust.

Die Sozialarbeiterin der Station und der Arzt führen daher Aufnahmegespräche mit den Angehörigen. Familienbeziehungen, sagte die Sozialarbeiterin mir, sind entscheidend. Nur sehr selten, erzählte sie, würden sich Freunde oder Freundinnen um Sterbende kümmern; Familien fühlen sich auch dann zuständig, wenn sie sonst wenig vorbildlich oder harmonisch sind.

Wichtig sind daher Tandemgespräche zwischen den Angehörigen, dem Arzt oder der Ärztin und der Sozialarbeiterin. Diese emotional mitunter schwierigen Gespräche

bereiten die Angehörigen auf die Möglichkeiten des Kommenden vor. Zugleich beginnen sie mit Fragen an die Angehörigen: Was brauchen sie? Das, und das ärztliche Wissen – so die Erfahrung – führt zu einem Gefühl der Ermächtigung. Nicht zu verstehen, sagte mir die Sozialarbeiterin, kann die Angehörigen traumatisieren und eine gute Trauerarbeit behindern.

Näher an meinem Thema verlief das Gespräch mit dem Seelsorger, der den Patient:innen zweimal in der Woche Unterstützung anbietet. Auch er tut das, meinem Verständnis nach, in einem Spannungsfeld: Die Mehrzahl der Patient:innen zeigt wenig Bedürfnis nach einer spezifisch religiösen Unterstützung; die Krankensalbung verabreicht er hier, in der Universitätsstadt Heidelberg, nur selten. So bewegt er sich ständig zwischen der Möglichkeit, seinem Glauben aufrichtigen Ausdruck zu verleihen, und der respektvollen Anerkennung, dass viele derer, denen er hier hilft, diesen nicht teilen. Die Idee eines nicht religiös gebundenen Rituals erscheint ihm daher durchaus plausibel. Denn Seelsorge, sagt er mit Bezug auf Luther, ist eine „Begegnung von Geschwistern, die sich in ihrer Endlichkeit als verwandt erkennen.“

Jede dieser Personen betont also einen anderen Aspekt der Patient:innen. Für den Seelsorger ist der oder die Sterbende ein einzelner Mensch, aber mit ihm verwandt durch die Bedingungen, unter denen Gott sie geschaffen hat, und dadurch der Liebe wert. Für die Sozialarbeiterin ist der oder die Sterbende Teil eines Systems von Beziehungen zwischen Verwandten und Freunden, aber auch jemand, dem bei der Verwaltung seines Lebens geholfen werden muss. Für das medizinische Personal steht der Körper im Vordergrund – aber ein Körper, der Teil einer komplexen Persönlichkeit ist. Eine Musiktherapeutin spricht den Menschen als jemanden an, der Kreativität und Ästhetik genießen kann. Die Pflegekräfte sehen vor allem die Grundbedürfnisse wie Ansprache, Nahrung, Sauberkeit und die Einnahme der Medikamente.

Alle koordinieren ihre Arbeit, so dass der Mensch wie ein Puzzle erscheint: zusammengesetzt aus den verschiedenen Aspekten, auf die sich die einzelnen Expertinnen und Experten beziehen.

Zugleich herrscht ein klares Verständnis vor, dass es damit nicht getan ist. Was das Beste für eine:n unheilbar Kranke:n ist, lässt sich nur annähernd und vorsichtig abschätzend eruieren. Mein Eindruck war, dass alle, die auf dieser Station arbeiten, das im Bewusstsein der Grenzen ihres Wissens tun.



### III.

Warum zählen Todesrituale zu den aufwändigsten und wichtigsten Ritualen, und nicht solche der Geburt? Eine kurze Antwort könnte lauten: weil Menschen Trauer und Verlust verarbeiten müssen, und dafür sind Rituale nützlich. Diese Antwort ist nicht falsch, erfasst aber nur ein Teil dessen, was es zu verstehen gilt. Sie erklärt nicht, warum für etwas so Individuelles wie Gefühle Rituale eingerichtet werden, die oft hochgradig standardisiert sind.

Einer umfassenderen Antwort steht der moderne Individualismus im Weg. Die Idee eines in sich geschlossenen, eigenständigen und ganz für sich selbst verantwortlichen Individuums, also eines Menschen, der vor der Gesellschaft existiert, ist eine Eigentümlichkeit der westlich-modernen Kultur.

Aus Gesellschaften in Asien und dem Pazifik kennen wir eine andere, hier aber hilfreiche Perspektive. Dort gilt der Mensch als Beziehungswesen. Durch ihre Beziehungen zu Verwandten, zu Geistern, Göttern oder Vorfahren gleichen Menschen Knoten

in einem Netz, unterscheidbar von den Fäden, aber ohne sie nicht existent. Der moderne Individualismus überdeckt diese Einsicht, ist aber womöglich nur eine ihrer Sonderformen.

Der Tod zerschlägt den Knoten, und das Netz reißt. Beziehungen, die im Lauf eines Lebens geknüpft wurden, müssen nun auf eine neue Basis gestellt werden. Der oder die Tote wird verwandelt, weil die Beziehungen verwandelt werden. Das erfordert Arbeit, die auch tief und schmerzhaft in andere Menschen einschneidet; Rituale sind Formen dieser Arbeit.

Wenn das die Grundlage des Rituals ist, erscheinen die Beziehungen, die in der Palliativmedizin angesprochen werden, in einem anderen Licht. Eine Schar von Expert:innen arbeitet zusammen, alle in ihrer besonderen Funktion, um den Kranken und Sterbenden die letzte Lebensphase so erträglich wie möglich zu gestalten. Einerseits beruht das auf der modernen Idee der Arbeitsteilung und der funktionalen Differenzierung. Andererseits aber setzt es voraus, dass die Patient:innen aus verschiedenen Aspekten bestehen, von denen jeder einzelne von einer anderen Art von Person angesprochen wird – von Angehörigen, Pflegekräften, ärztlichem Personal, Sozialarbeiter:innen oder Seelsorgenden. Die zahlreichen Freiwilligen, die in der Hospizbewegung tätig sind, habe ich hier nicht einmal berücksichtigt.

Aus dieser Art von Netzwerken heraus, mit dieser Vorstellung eines Menschen als Beziehungswesen, werden neue Rituale, flexibel und personenbezogen, denkbar. Rituale für das Sterben richten die Aufmerksamkeit auf diese Netzwerke und bereiten ihre Auflösung vor. Anders als Totenrituale können sie den noch Lebenden ermöglichen, diesen Prozess zu gestalten und zu erleben. Das macht sie in einer Moderne, in der Gestaltungsmöglichkeiten hochgeschätzt werden, der Tod sie aber beendet, besonders wertvoll.