

STERBEN ZUHAUSE

Hilflos am Sterbebett - Möglichkeiten der Begleitung in den letzten Stunden

Sterben gehörte früher "in die Familie", seit ca. 100 Jahren wird es mehr und mehr aus dem Alltag ausgeklammert. Üblicherweise werden Sterbende über den Ernst ihrer Erkrankung im unklaren gelassen und bei Zeichen der Verschlechterung ins Krankenhaus eingewiesen.

Aber auch zu früheren Zeiten bedeutete Sterben zuhause nicht immer auch aufgehoben sein in der Familie. Die Menschen haben oft bis ins hohe Alter (damals ca. 50 Jahre) gearbeitet, um dann die letzte Lebensphase in Armenhäusern und Hospizen (den Vorläufern der Krankenhäuser) zu verbringen.

Heute ist ca. ein Viertel der Menschen in westlichen Ländern über 65 Jahre alt. Dank der modernen Medizin werden wir älter und sterben langsamer, oft auch qualvoller. Dabei werden ca. 1,1 Mio. der ca. 1,6 Mio. "Pflegefälle" zuhause betreut. Zwei Drittel der über 90jährigen versorgen sich vollständig selbstständig.

Trotzdem sterben - zumindest in städtischen Gegenden - ca. 60% in Kliniken und ähnlichen Einrichtungen. Das Krankenhaus wurde zum Ort des normalen Todes. Wir können uns fast nicht mehr vorstellen, dem Sterben eines Menschen zuhause alleine gegenüberzustehen. Ebenso neigen auch die meisten niedergelassenen Ärzte dazu, die Verantwortung für einen sterbenden Menschen an ein Krankenhaus abzugeben.

Doch hat in den letzten Jahren ein Wandel stattgefunden. Immer mehr Palliativeinheiten werden gegründet, Brückenschwestern sorgen für Kontinuität der Betreuung nach einer Entlassung und Hospizinitiativen unterstützen die Arbeit in der Klinik und im ambulanten Bereich.

Parallel dazu entsteht wieder eine größere Bereitschaft bei allen Betroffenen (Sterbender, Angehörige, Freunde, Hausarzt, ambulante Pflegedienste), Sterbende zuhause zu begleiten.

Sterbende begleiten - Wann beginnt das Sterben?

Die Diagnose allein (z. B. Krebs) bedeutet ja noch lange nicht, dass der Betroffene jetzt "todkrank" sein muss. Selbst die ärztliche Einschätzung, dass der Tod bevor steht, bedeutet nicht, dass ein Kranker sich als Sterbenden sieht. Der Beginn des Sterbens kann nicht eindeutig festgelegt werden. Deshalb ist es richtiger, von einem "Sterbeprozess" zu sprechen, genauso wie die Krankheits-Verarbeitung einen Prozess darstellt.

Eine wichtige Rolle spielt dabei die Aufklärung aller Beteiligten. Auch hier handelt es sich um einen Prozess, der Voraussetzung für gemeinsame Entscheidungen über medizinische Maßnahmen ist. Das Selbstbestimmungsrecht kann nur ein ehrlich informierter Patient wahrnehmen.

Für den Arzt entstehen bei Schwerkranken oft Grenzsituationen. Eine Entscheidung über den Einsatz medizinischen Möglichkeiten kann und sollte er nicht alleine treffen. Nur gemeinsam mit einem mündigen Patienten und, wenn möglich dessen Angehörigen kann das Therapieziel (Lebensverlängerung oder Leidensminderung) definiert werden und eine Entscheidung über die Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen getroffen werden.

Falls ein Schwerkranker nicht mehr für sich selber sprechen kann, ist es hilfreich, früher getroffenen Entscheidungen - am besten schriftlich - vorliegen zu haben. (Patientenverfügung). Dem Sterbenden nahestehende Menschen können in dieser Situation für ihn sprechen, wenn sie zu früheren Zeiten gemeinsam mit ihm über solche Situationen nachgedacht haben. (Betreuer). Solche Gespräche sind oftmals auch gute Gelegenheiten, gemeinsam ein Stück Abschied und Trauer vorwegzunehmen.

Die Erkenntnis, dass ein Mensch bald sterben wird, ermöglicht es den Angehörigen oft erst, offen mit den behandelnden Ärzten zu reden. Sie müssen nicht mehr die Verantwortung tragen, dass "alles getan wird, um ihn zu retten". Jetzt können sie "alles tun", um den geliebten Menschen im letzten Lebensabschnitt zu begleiten. So kann die verbleibende Zeit sinnvoll genutzt werden und der Abschied wird erleichtert.

Dies ist die Voraussetzung dafür, dass der Sterbende den Wunsch, zuhause zu sterben äußern kann und die Angehörigen diese Möglichkeit offen und realistisch erwägen können.

Die Zeit des Sterbens

E. Kübler-Ross hat vor ca. 40 Jahren erstmals das Tabu gebrochen, offen über das Sterben zu reden. In vielen Gesprächen mit Sterbenden hat sie beobachtet, dass die Auseinandersetzung mit dem nahen Tod bei vielen Menschen in ähnlichen Phasen der psychischen Verarbeitung stattfindet. (Nicht-wahr-haben-wollen, Zorn, Verhandeln, Depression, Zustimmung).

Ähnliche "Trauerphasen" durchlaufen auch die Angehörigen. Diese Phasen sind nicht zwingend, nicht abgeschlossene Einheiten oder ein Gesetz, hier gibt es kein richtig oder falsch. Sie zeigen jedoch, dass das Annehmen des nahen Todes ein Prozess ist, den alle Beteiligten gemeinsam erleben können, wenn sie diese Zeit gemeinsam verbringen.

Viele Menschen bleiben bis kurz vor dem Tod bei vollem Bewusstsein und sind in der Lage, Gespräche zu führen. Anzeichen für den nahen Tod kann sein, dass der Sterbende kaum mehr isst und trinkt, viel schläft, der Atem sich verändert und vielleicht die Haut blass und kalt wird. Es kann zu langen Atempausen, Rasselatem kommen. Wenn der Tod eintritt, erlischt die Funktion der Organe nach und nach.

Manche Sterbende werden unmittelbar vor dem Tode sehr unruhig, reden Unverständliches oder mit Menschen, die Außenstehende nicht sehen können.

Auch wenn ein Sterbender tief bewusstlos erscheint, kann man nicht sagen, was und wie viel aus seiner Umgebung er wahrnimmt und wie lange nach Eintritt des Todes noch eine Verbindung zur Umwelt besteht.

Die letzten Tage

- Allgemeine Veränderungen: Zunehmende Schwäche, vermehrtes Schlafbedürfnis. Symptome wie Angst, Schmerzen, Atemnot, Verwirrtheit, Unruhezustand, Delir treten evtl. erneut auf
- Medizinische Komplikationen: Die Betreuung Sterbender in der Terminalphase wird erleichtert, wenn dem betreuenden Team klar ist, auf welche medizinischen Komplikationen es sich einstellen muss. Häufig fragen auch Angehörige und Betroffene nach dem, was noch alles auf sie zukommt. Jede Krankheit weist zwar ihre eigene Dynamik auf, es lassen sich aber je nach hauptsächlich betroffenem Organ typische Abläufe erkennen
- Ein plötzlicher Tod ist bei Tumorkranken die Ausnahme; etwa 1 bis 2 Tage vor dem Tod kommt es häufig zu einer deutlichen Veränderung, die letzten Stunden kündigen sich an.

Die letzten Stunden

Den größten Einfluss auf die letzten Stunden hat die Betreuung davor. Bei bisher ausreichender Symptomkontrolle ist eine dramatische Verschlimmerung der Beschwerden nicht mehr zu erwarten.

- Bei ca. 75% der Sterbenden besteht erst ab ca. 48 Stunden vor dem Tod eine Bewusstlosigkeit, bei über 90% in der letzten Stunde. Die **meisten Schwerverkranken** sind also bis wenige Stunden vor ihrem Tod ansprechbar und es gibt auch Sterbende, die bis zuletzt bewusstseinsklar bleiben
- Die zu erwartenden Veränderungen in den letzten Stunden müssen den anwesenden Angehörigen erklärt werden, um Ängste abzubauen.

Unabhängig von der Grunderkrankung können bei vielen Sterbenden ähnliche Vorgänge beobachtet werden.

- Zu schwach zum Sprechen, zum Fixieren mit den Augen, zum Schlucken
- Evt. unruhig, fahrig (ständig Zupfen an Bettzeug, Abdecken), verwirrt, benommen
- Bewusstlosigkeit (fluktuierend), wechselnd in der Tiefe (Hörvermögen bleibt lange erhalten!)
- Schwächerwerden des Kreislaufs, kalte Extremitäten, blasse und marmorierte Haut

- Inkontinenz oder Harnverhalt; Versiegen der Nierenfunktion
- Versagen des Hustenreflexes, Rasselatmung
- Veränderung des Atemmusters; schnellere, tiefe Atmung oder unregelmäßige, langsamere Atmung, Schnappatmung
- Atem- und Kreislaufstillstand (klinischer Tod)
- Starre Pupillen, Ausfall des ZNS (biologischer Tod)
- Absterben der einzelnen Zellen
- Muskelzuckungen (Fibrillationen), „Schnappatmung“, Absetzen von Stuhlgang (Darmrelaxation) bis ca.. 30 Min. nach dem biologischen Tod
- Totenflecken, Totenstarre (sog. sichere Todeszeichen) ab ca.. 2 Stunden.

Zu Hause Sterben

Meist sind es Frauen (Mutter, Partnerin, Tochter, Schwiegertochter, Enkelin, ...), die Sterbende zuhause pflegen!

Was spricht für ein Sterben zu Hause?

- Der Patient behält seinen Platz in der Familie und ist nicht von geliebten Menschen getrennt
- Die Wahrung der Autonomie ist gewährt, da der Patient an den täglichen Entscheidungen, Ereignissen und Sorgen teilhaben kann
- Bei zunehmender Verwirrtheit kann die gewohnte Umgebung stabilisierend wirken
- Der Abschied von der vertrauten Umgebung, die ihn an Erlebtes erinnert, erleichtert ihm das Abschließen mit seinen persönlichen Dingen und das Akzeptieren des Sterbens
- Die Angehörigen können ihn auch während den Verrichtungen des häuslichen Alltages mit Blicken, Gesten, Worten, kleinen Hilfestellungen begleiten und haben insgesamt dennoch mehr Zeit für sich
- Der Sterbende hat vertraute Bezugspersonen und nicht mit jeder Schicht wechselndes Pflegepersonal
- Kommunikation ist „alltäglich“ möglich, schwelende Konflikte können so besser beseitigt werden
- Die Intimität ist gewahrt, erotische oder sexuelle Bedürfnisse können erfüllt werden
- Schuldgefühle dem Schwerkranken gegenüber werden vermindert („Abschieben ins Krankenhaus“)
- Die Angehörigen erleben ununterbrochen das Sterben mit und können einen Großteil der Trauerarbeit vorwegnehmen.

Was spricht gegen ein Sterben zu Hause?

Im Gegensatz zu den früher häufigen Großfamilien ist in Zeiten der Kleinfamilie oft kein Familienmitglied in der Lage oder bereit, die Verantwortung für die Betreuung eines Schwerkranken zu Hause zu übernehmen. Trotz Pflegeversicherung ist der Verdienstausfall im Falle einer häuslichen Pflege für viele nicht zu kompensieren.

Gründe, die gegen ein Sterben zu Hause sprechen, müssen berücksichtigt werden

- Es gibt keine Angehörigen oder Freunde, die für Grundpflege und nächtliche Betreuung zur Verfügung stehen, z.B. auch bei Krankheit oder Berufstätigkeit der Angehörigen
- Die räumlichen Voraussetzungen lassen eine aufwendige Pflege mit notwendigen Hilfsmitteln nicht zu, z.B. fehlendes Bad, Etagenklo, sehr kleine Räume, Dachwohnung
- Die ärztliche Versorgung kann nicht sichergestellt werden
- Um dem Patienten Symptomfreiheit und Wohlbefinden zu ermöglichen ist ein unverhältnismäßig hoher Aufwand erforderlich. z.B. stündliches Absaugen, häufige Lagerungswechsel.

Voraussetzungen für ein Sterben zu Hause

Einem Sterbenden den Wunsch erfüllen, zu Hause zu sein, kann für alle Beteiligten das größte Geschenk sein. Es kann aber auch eine große Belastung für die Familie bedeuten. Einige Voraussetzungen für eine Betreuung zuhause müssen erfüllt sein.

- Alle Beteiligten wissen von dem nahen Tod
- Der Patient hat den Wunsch, zu Hause zu sterben
- Die Angehörigen können und wollen die Pflege zu Hause übernehmen
- Die räumlichen Voraussetzungen sind gegeben (Krankenzimmer, Bad, Treppen)
- Hausarzt und ambulante Pflegedienste unterstützen die Familie, kommen regelmäßig, sind im 24-Stunden-Dienst erreichbar und haben in der Betreuung Sterbender Erfahrung
- Die notwendigen Pflegehilfsmittel stehen zur Verfügung
- Die Symptomkontrolle ist gewährleistet (auch nachts und am Wochenende).

Es ist kein Zeichen von Schwäche oder Versagen, wenn Angehörige die häusliche Pflege nicht durchführen können. Oftmals ist ein Sterben im Krankenhaus oder anderen stationären Einrichtungen für alle Beteiligten die beste Lösung.

Vorbereitung

Meist wird die Entscheidung, einen Menschen zuhause zu pflegen, während eines stationären Aufenthaltes getroffen. Wenn diese Entscheidung von allen Beteiligten gemeinsam getroffen wurde, muss die Entlassung nach Hause sorgfältig vorbereitet werden. Immer mehr Krankenhäuser haben dafür speziell geschulte „Brückenschwestern“ oder Sozialdienste. Diese helfen, die häuslichen Bedingungen für eine Pflege zu schaffen.

- Ausreichend großer Raum für den Kranken
- Mittelmaß zwischen "Krankenzimmer" und "Wohnzimmer" finden
- Bett (Spezialbett) von beiden Seiten begehbar
- Beistelltisch
- Bettisch/Aufsitzhilfe/Tablett
- Blumen/Bilder/Radio/TV .../Telefon
- Rufmöglichkeit (Glocke)
- Pflegehilfsmittel/Körperpflegemittel
- Bettwäsche/Nachtwäsche
- Wärmflasche
- Waschschüssel, Bettschüssel, Nierenschale
- Lagerungshilfen (Fell, Ring, Rollen, Kissen, Lagerungsmatratzen)
- Rollstuhl, Sauerstoffapparat, Hebelift
- Bedarfsmedikamente
- Kontaktaufnahme mit ambulanten Diensten
- Information des Hausarztes

Organisation

Meist sind viele verschiedene Berufsgruppen und Helfer bei der Betreuung eines Schwerkranken zuhause beteiligt. Je mehr, desto wichtiger sind klare Absprachen, regelmäßige Besprechungen und eine gute Dokumentation. Vorher geklärt werden muss:

- Wer kann/muss was tun
- Wo können Nachbarn, Freunde, Fremde helfen?
- Was müssen Fachleute tun?
- Welche Hilfe haben die Helfer?
- Wann/wer/wie viele Besucher?
- Hausarzt/Vertretung

- Liste wichtiger Telefonnummern
- Handlungsanweisungen für den "Notfall"

Begleitung

Neben den körperlichen Beschwerden und Bedürfnissen des Schwerkranken müssen auch seine psychischen, sozialen und spirituellen Probleme bedacht und beachtet werden. Daneben sind aber auch die Bedürfnisse der Begleitenden zu berücksichtigen.

- Seelische Unterstützung (Hospizhelfer)
- Sinnfrage (Pfarrer)
- Lebensbilanz (Tagebücher)
- Rückschau (Bilder, Erinnerungen)
- Bestätigung (Angehörige, Freunde)
- Unerledigte Geschäfte (Beichte, Streit klären)
- Trauer um nicht gelebtes
- Frage nach dem Warum, warum jetzt, was kommt danach?
- Angst vor dem Sterben (selten Angst vor dem Tod)
- Glaubensfragen
- Körperkontakt
- Freude am Rest des Lebens
- Begleitung der Begleitenden
- Da sein - d. h. auch Raum für das Alleinsein lassen
- Sterben nicht idealisieren
- Über mögliche Formen des Todes reden, vorbereiten.

*Beim Einschlafen denke ich manchmal:
Was wird mit mir sein, wenn ich nicht mehr aufwache?
Ich denke mir oft, dass ich vor der Geburt
von meiner Mutter umgeben war, in ihrem Leib, ohne sie zu kennen.
Dann brachte sie mich zur Welt,
und ich kenne sie nun und lebe mit ihr.
So, glaube ich, sind wir als Lebende von Gott umgeben, ohne ihn zu erkennen.
Wenn wir sterben, werden wir ihn erfahren,
so wie ein Kind seine Mutter, und mit ihm sein.
Warum soll ich den Tod fürchten?*

Sterben zu Hause

Der erkennbare Beginn des Sterbeprozesses ist kein Grund für eine überstürzte Einweisung ins Krankenhaus. Durch ausführliche und offene Information der Angehörigen und regelmäßige Absprachen mit dem Pflorgeteam können alle Maßnahmen auch zuhause durchgeführt werden. Voraussetzung ist die 24-Stunden-Erreichbarkeit eines Arztes oder einer speziell geschulten Pflegekraft.

Für die letzten Stunden in häuslicher Umgebung besonders wichtig

- Besprechen, wer was im Notfall tut bzw. wer verständigt wird (Hausarzt, Hospizschwester, ehrenamtliche Helfer, Seelsorger, Angehörige usw.)
- Telefonnummern aufschreiben und neben dem Telefon deponieren
- Polizei und Rettungsleitstelle sind mit einem derartigen Notfall überfordert - wenn ein Eingreifen nötig wird, entsprechende Anweisungen vom Hausarzt an die Angehörigen, was zu tun ist (schriftlich)
- Eine mit dem Patienten vorher besprochene und ausgefüllte Patientenverfügung kann Klarheit für einen herbeigerufenen Notarzt verschaffen

- Kurze Notiz des Hausarztes für den Notarzt über Diagnose und Prognose sowie vereinbarte ärztliche Maßnahmen
- Ggf. Information diensthabender Hausärzte (z.B. wegen Bedarfsmedikation)
- Ggf. Organisation einer Nachtwache
- Verordnung und Bevorratung der wichtigsten Bedarfsmedikamente (Morphin, Haloperidol, Midazolam, Butylscopolamin, Lorazepan)
- Anleitung der Angehörigen in die Technik der s.c.-Injektion, damit die Bedarfsmedikamente unabhängig vom Pflegepersonal gegeben werden können.

Typische Probleme

Trotz optimaler Vorbereitung bzw. Organisation des ambulanten Teams zur Betreuung eines Schwerkranken bzw. Sterbenden zu Hause treten immer wieder typische Probleme auf.

Hauptpflegekraft erschöpft

Die körperliche und psychische Erschöpfung des pflegenden Partners ist der häufigste Grund für die stationäre Einweisung sterbender Menschen in den letzten 24 h vor dem Tod.

- Bei der Planung bereits Pausen und Entlastungszeiten für die Hauptpflegekraft (meist Ehepartner oder Kinder) vorsehen
- Wenn möglich, immer mehrere Pflegende einteilen
- Notrufliste erstellen (24-h-Bereitschaft) für Pflegehilfen im Krankheitsfall und bei Erschöpfung
- Ehrenamtliche Hospizbegleitung zur Entlastung der pflegenden Angehörigen
- Anbinden an Selbsthilfegruppen wie z.B. „Pflegerische Angehörige“ vor allem, wenn eine Langzeitpflege wahrscheinlich ist (z.B. ALS)
- Rechtzeitig an Kurzzeitpflege (stationär), Tagespflegeeinrichtungen oder stationäre Einweisung (ultima ratio) denken

Mangelnde Symptomkontrolle bzw. dramatische medizinische Verschlechterung

Körperliche Symptome sind oft ein vorgeschobener Grund bei bestehenden psychischen Problemen (z.B. Angst vor dem Sterben).

Mögliche neue Beschwerden vorher besprechen und Notfallmedikamente bereitstellen

- Vorgehen bei Verschlechterung bestehender Beschwerden immer wieder besprechen
- 24-h-Bereitschaft zur Symptomkontrolle organisieren
- Ständiger Kontakt zwischen Hausarzt, Pflegenden und Hospizteam
- Notdienste und Wochenenddienste informieren (bzw. Hausarzt kann Information am Bett hinterlegen)
- Pflegekräfte und Angehörige mit Notfallmedikamenten vertraut machen und die Anwendungen besprechen (z.B. Schmerzmittelbedarf, Medikation bereitstellen)
- Überprüfen des medizinischen Konzept
- Stationäre Einweisung als ultima ratio.

Probleme mit Behörden und Formalitäten

Formalitäten sollten kein Hindernis für eine Betreuung zu Hause sein - im Zweifelsfall kann alles in Ruhe nach dem Tod geklärt werden.

- Früh genug planen (Lieber zu früh!)
- Zuständigkeiten klären und ggf. eine Person aus dem Team mit der Erledigung beauftragen
- Klären, welche Dinge (z.B. Pflegehilfsmittel) unbürokratisch zu organisieren sind

Einweisung eines Schwerkranken in eine Palliativstation/ein Krankenhaus

Der nahe Tod bzw. der unmittelbare Beginn des Sterbens ist kein Grund für eine Verlegung ins Krankenhaus. Leider kommt es trotzdem immer wieder vor, dass Menschen in den letzten Lebensstunden verlegt werden. Die Gründe hierfür sind vielfältig

- Verkennen der Situation
- Unvorbereitete, überforderte Angehörige
- Unvorhergesehene Notsituation (z.B. akute Blutung)
- Nichtausreichende Symptomkontrolle

Wenn die Entscheidung für eine Einweisung getroffen ist, sollte diese vorbereitet werden. Bis zum Eintreffen des Arztes bzw. Transportes können die Angehörigen einige Dinge vorbereiten.

- Kleidung, Toilettenartikel
- Evtl. eigenes Kopfkissen und Decke
- Foto für den Nachttisch
- Musikkassetten, Bücher (für Patient und Angehörige)
- Persönliche Dokumente: Patientenverfügung, Medikamentenplan, Pflegedokumentation
- Medikamente (für 2 - 3 Tage, bis die Klinik alle notwendigen Medikamente bestellt hat)
- Andere wichtige persönliche Dinge, die der Patient gerne bei sich hat (z.B. Talisman, Kreuz, Rosenkranz, Parfüm, Bilder der Kinder ...)

Anmeldung durch den einweisenden Arzt

- Anfrage beim zuständigen Aufnahmearzt nach einem freien Bett
- Information über medizinische Vorgeschichte
- Information über pflegerische Besonderheiten, damit z.B. entsprechende Antidekubitusmatratze bereitgestellt wird
- Information über das soziale Umfeld
- Information über den Wissensstand von Patient und Angehörigen in bezug auf Diagnose und Prognose
- Information über die Erwartungen von Patient und Angehörigen an den stationären Aufenthalt (z.B. Patientenverfügung)
- Information über derzeit durchgeführte Therapien.

Einleitung notwendiger ärztlicher Maßnahmen vor der Einweisung

- Schmerzmittelbedarfsgabe vor dem Transport, Bedarfsmedikamente mitgeben
- Sichern von Kathetern, Infusionssystemen und anderen „Zugängen“, um Gefahren beim Umlagern zu verringern
- Evtl. Sedieren vor dem Transport
- Evtl. Sichern einer kontinuierlichen Sauerstoffgabe
- Mitgabe von Patientenunterlagen und Röntgenbildern sowie Medikamentenplan, wenn vorhanden, um unnötige Doppeluntersuchungen zu vermeiden
- Mitgabe von ausgefallenen Medikamenten, um lückenlose Gabe in den ersten Tagen des stationären Aufenthaltes zu sichern
- Mitgabe von Dokumenten wie Patientenverfügung, Anleitung für Infusionspumpen o. ä.

Vermittlung eines geeigneten Transports

- In der Regel liegend
- Information des Begleitpersonals über die Prognose und mögliche Komplikationen auf dem Transport und geeignete Notfallmaßnahmen
- Genaue Wegbeschreibung zur aufnehmenden Klinik und Angabe des zuständigen Arztes, um unnötige Umwege und Wartezeiten zu vermeiden.

Nach dem Tod

Nach dem Tod erliegen sämtliche Körperfunktionen (Muskelerschlaffung, Todesseufzer, Stuhl- und Urinabgang). Nach einigen Stunden entwickelt sich die Totenstarre die nach einigen Tagen in Verwesung übergeht. Was wir jetzt sehen und berühren ist die Hülle, der Leichnam eines geliebten Menschen, der unwiderruflich von dieser Welt gegangen ist.

Unmittelbar nach dem Tod verspüren Angehörige oft eine innere Leere und bleierne Schwere. Dies ist zum einen der großen Erschöpfung, aber auch Erleichterung nach der anstrengenden Pflege zuzuschreiben, zum anderen der „Endgültigkeit“ des Verlustes der erst jetzt bewusst wird (unabhängig davon, wie erwartet und vielleicht sogar erhofft der Tod war). Viele Menschen wissen jetzt nicht, was zu tun ist.

- Tun, was für die Lebenden richtig erscheint, für den Toten kann nichts falsch getan werden
- Ruhe bewahren, nichts muss sofort geschehen
- Zeit lassen, der Sterbeprozess geht über mehrere Minuten bis Stunden (zwischen dem biologischen Tod und dem endgültigen Tod liegt eine Zeitspanne, in der „die Seele noch im Raume ist“ - wahrscheinlich „hört“ der Tote noch)
- Kerze anzünden (eines der geläufigsten „Rituale“, die meist den Hintergrund haben, der Seele den Weg zu weisen)
- Gebet oder andere Texte sprechen - vielleicht gibt es einen Lieblingstext des Verstorbenen, den er sich für diesen Zeitpunkt ausgesucht hat
- Mit bzw. zu dem Toten reden - er kann noch „hören“
- Den Toten anfassen, umarmen, küssen - ein Toter ist nicht giftig, ansteckend oder unappetitlich, es ist der selbe Leib, der Minuten vorher noch gepflegt wurde
- Sterberituale (Fenster auf, Uhr anhalten, Blumen auf die Brust legen, Kerze anzünden), soweit sie in der Familie tradiert sind (je nach Religion gibt es gewisse „Vorschriften“, wie der Leichnam behandelt werden soll)
- Freunde informieren, damit diese Gelegenheit zum Abschied nehmen haben
- Über den Toten mit anderen reden
- Schlafen, Aufräumen, Essen und Trinken
- Trauern
- Den Toten waschen und anziehen
- Arzt verständigen (hat Zeit, sichere Todeszeichen als Voraussetzung für den „Totenschein“ sind erst nach 2 - 4 Stunden zu sehen)
- Beerdigungsinstitut benachrichtigen (hat noch mehr Zeit, der Tote kann bis zu 72 Stunden im Hause aufgebahrt bleiben, das Bestattungsinstitut muss allerdings innerhalb 12 Stunden reagieren)
- Formalitäten erledigen (kann auch am nächsten Tag geschehen)

Vielleicht hilft das gemeinsame Gebet, so wie Rilke es formulierte

*Oh Herr, gib jedem seinen eigenen Tod
Das Sterben, das aus jenem Leben geht,
darin er Liebe hatte, Sinn und Not.*

*Denn wir sind nur die Schale und das Blatt.
Der Große Tod, den jeder in sich hat,
das ist die Frucht, um die sich alles dreht.*