

Begleitung von Menschen mit einer intellektuellen oder komplexen Beeinträchtigung

Warum erst jetzt?¹

Bereits Aristoteles, geb. 384 vor Christus begründete in seinem Gesetzentwurf die Tötung bzw. den Ausschluss von Kindern, die in der Zukunft sichtlich nicht zu einer Leistung in der Gesellschaft beitragen können.
Ende des 18. Jahrhunderts pädagogisches Interesse durch Pestalozzi und Itard.

Beginn des 19. Jahrhunderts:

Erste Schule durch Guggenmoos 1816 bis 1835 in Hallein.

1872: Anstalt für Menschen mit Epilepsie Bethel-Bodelschwingh;

1884: Ursberger Anstalten bei Krumbach.

1887: Erste Klasse für schwachbegabte Kinder (Dresdener Volksschule)

Ende des 19. Jahrhunderts, wieder wachsende Ausgliederungstendenzen:

Erwerbstätigkeit zum Nutzen der Gesellschaft.

Tendenzen zur biologischen Aussonderung.

Dieses Denken fand im Nationalsozialismus seinen Höhepunkt.

1958 Gründung des Vereins“ Lebenshilfe für das behinderte Kind e.V.“ in Marburg.

Gründer Tom Mutters, geb. 1917 in Amsterdam.

1995 Umbenennung in Bundesvereinigung Lebenshilfe

Im Jahr 2009 ist in Deutschland die UN Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) in Kraft getreten.

Das neue Bundesteilhabegesetz (BTHG) wurde 2016 in Kraft gesetzt und soll in 4 Reformstufen bis 2023 weiterentwickelt und mit dem Blick auf verschiedene Bereiche der Teilhabe konkretisiert werden. Das BTHG soll mit seinen umfangreichen Rechtsänderungen dazu beitragen, Menschen mit Behinderungen eine möglichst volle und wirksame Teilhabe in allen Bereichen für eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen.

Die Handlungsempfehlungen im Rahmen der Nationalen Strategie setzen als Ziel, dass Menschen in Wohnformen der Eingliederungshilfe in ihrem vertrauten Umfeld bis zum Lebensende bleiben können. Dazu werden Adressaten aus den Bereichen der Wohnformen, der Hospiz- und Palliativversorgung, der regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerke, Bildungseinrichtungen und die Politik auf allen Ebenen zur Umsetzung genannter Maßnahmen aufgefordert.²

Neue Begrifflichkeiten:

Assistentin/Assistent - Assistenznehmer: Macht die Grenze zwischen Selbstbestimmung und Fremdbestimmung deutlich. (Früher Betreuer – Betreute)

Menschen mit intellektueller oder komplexer Beeinträchtigung, statt Menschen mit geistiger Behinderung.

Ein Mensch hat zwar eine Beeinträchtigung. Ob er sich dadurch behindert fühlt, hängt von der Gestaltung des Umfeldes/der Gesellschaft ab.

Weiter zunehmend sind die Begriffe „Menschen mit Unterstützungsbedarf“, „Menschen mit Lernbeeinträchtigung“.

Was brauchen diese Menschen anderes?

Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung haben keine anderen bzw. genauso individuelle Bedürfnisse, wie Menschen ohne Beeinträchtigung:

- Symptomfreiheit
- Menschen die da sind, wenn sie gebraucht werden
- Menschen, die wahrhaftig sind
- Verstehen können, was geschieht um autonom sein bzw. sich entscheiden zu können
- Gleichzeitig sich vertrauensvoll in die Fürsorge anderer begeben könne

¹ Quelle:www.disability-history.de 07.11.2015

² Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie (2017). Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin und Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (S. 63-69 Menschen)

**Diese Menschen benötigen nichts anderes!
Wir brauchen etwas anderes!**

Kenntnisse

- über häufige Erkrankungen, Diagnose- und Therapiemöglichkeiten
- über die Strukturen der Wohnformen
- über Möglichkeiten der Kommunikation
- zur Erfassung von Schmerzen
- zu Werteeffassung und der vorausschauenden Planung in diesem Bereich

Reflexion der eigenen Haltung gegenüber Menschen mit intellektueller und komplexer Beeinträchtigung:

- Sie haben ein Lebenswissen
- Selbstbestimmung steht vor der gesetzlichen Betreuung
- Respektvoller Umgang auf einer persönlichen Ebene („Sie“ statt „Du“. Die Erlaubnis zum Du wird eingeholt. Oft „Sie“ + Vorname, da dieser geläufiger ist als der Nachname.)
- Eltern sind Übersetzer – gleichzeitig sind sie oft in großer Not. Dies gilt auch für langjährige Assistenzkräfte
- Assistenten sind Teammitglieder

Reflexion der Haltung gegenüber sich selbst:

- Ich stelle mich jeder Situation neu.
- Ich weiß, dass ich alleine nichts weiß.
- Der Erfolg bzw. das Vertraut werden hängt von meiner Zeit und meiner Geduld ab.

Besonderheiten:

Die Lebenserwartung ist bei Menschen mit einer Trisomie 21 von 18,5 Jahren (1930) auf 66 Jahren (1995) gestiegen.

Es bestehen immer noch zahlreiche Barrieren:

- Weniger Gesundheitsvorsorge
- Vorenthalt von Therapien
- Räumliche Barrieren
- Zu geringes Wissen der Gesundheitsprofessionen über Menschen mit geistiger Behinderung

Höhere Gesundheitsrisiken:

- Durch Übergewicht
- Herz- Kreislaufprobleme, z.B. hoher Blutdruck
- Osteoporose
- Hypothyreose
- Asthma- und Aspirationspneumonien
- Gastrischer Reflux
- Gastrointestinalerkrankungen
- Epilepsie
- Sehschwächen
- Hörschwächen
- Höhere Depressionsrate
- Demenz (ab 65 Jahren 4-5 mal so hoch als bei Menschen ohne geistiger Behinderung).

Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung sterben 15 Jahre früher, als Menschen ohne.
Die Lebenserwartung ist umso höher, je geringer der Unterstützungsbedarf ist.

* M. Hasseler; Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen als vulnerable Bevölkerungsgruppe in gesundheitlicher Versorgung; Dtsch Med Wochenschr 2014; 139: 2030 -2034; Georg Thieme Verlag KG; Stuttgart

Schmerz bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung – oft unerkannt und unbehandelt.

Breau und Mc Guire stellten fest, dass Pflegende denken, je schwerer die Intelligenzminderung ist, desto weniger hat diese Person Schmerzen. Somit wurde gleichzeitig eine Unterversorgung mit Schmerzmedikamenten festgestellt. (Studie von Breau et al. 2006 auf einer Säuglingsstation in der Befragung von Pflegekräften³ und Mc Guire et al. 2010⁴)

Weitere Erkenntnisse aus der Forschung:

Bis Ende der 80-iger Jahre wurden Frühgeborene ohne Sedierung operiert. Es wurde davon ausgegangen, dass diese Kinder keine Schmerzempfindung haben.

Mit den laufenden Erkenntnissen gab die Deutsche Ärztezeitschrift 1991 die Empfehlung, nach der 22. Schwangerschaftswoche eine Sedierung bereits bei intrauterinen Maßnahmen und bei Frühgeborenen vorzunehmen⁵.

Studie von Breivik 2006⁶: Chronisches Schmerzerleben in der deutschen Gesamtbevölkerung im Vergleich mit der eigenen Studie bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. (B. Hartmann; 2011⁷):

Breivik	Eigene
17 % chronisches Schmerzerleben	33 % chronisches Schmerzerleben Hinweis: 50 Prozent der Menschen waren über 60 Jahre alt. Schwere landwirtschaftliche Tätigkeit, Fehlbildungen.
Teilweise 6 und mehr Ärzte aufgesucht.	Hausarzt, Orthopäde
24 Prozent Rückenschmerzen	24 Prozent Rückenschmerzen
15 Prozent Kopf	13 Prozent Kopf
17 Prozent Schulter- und Nackenschmerzen	16 Prozent Schulter- und Nackenschmerzen
Keine Angaben	13 Prozent Füße
14 Prozent zwischen 40 und 50 Jahre alt	14 Prozent zwischen 40 und 50 Jahre alt

Eine spätere Studie von 2013⁸ erfasste 32,9 Prozent der allgemeinen Bevölkerung mit chronischen Schmerzen.

Was sind häufige Ursachen für Schmerzen?

Ursachen für Schmerzen sind u.a.:

- Druckgeschwüre
- Durchblutungsstörungen
- Spastiken, Kontrakturen
- Entzündungen der Magenschleimhaut
- „Verbrennungen“ der Speiseröhre
- Falsche Bewegung bei der Mobilisation
- Verspannungen
- Unbequeme Haltung
- Zahnschmerzen
- Ohrenscherzen
- Hydrocephalus
- Athetotische Bewegungen
- Brüche

³ Breau LM., McGrath PJ., Stevens B., Beyene J. et al. (2006): Judgments of pain in the neonatal intensive care setting: a survey of direct care staffs' perceptions of pain in infants at risk for neurological impairment. Clinical Journal of Pain; VOL 22, 122 – 129

⁴ Mc Guire BE., Daly P., Smyth F. (2010): Chronic pain in people with an intellectual disability: under-recognised and under-treated? Journal of Intellectual Disability Research; VOL 54 (3): 240-245

⁵ Dt. Ärztebl. 88, Heft 47, 21. November 1991 (107) A-4169

⁶ Breivik et al: European Journal of Pain 10 (2006) 287-333

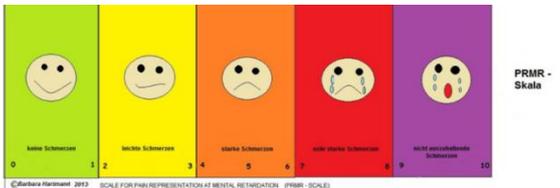
⁷ Unveröffentlichte Studie. Eine Zusammenfassung unter www.hospizkultur-und-palliative-care.de

⁸ Häuser Schmerz 2013 Feb;27(1):46-55. Prevalence of chronic pain in Germany. A representative survey of the general population]. Häuser W(1), Schmutzer G, Hinz A, Hilbert A, Brähler E.

Wie können wir Schmerzen erfassen?

- Bei Menschen, die verstehen und sich äußern können:

Fragen aus der Vorgehensweise zum akuten oder differenzierten Schmerzassessment – abgewandelt in einfacher Sprache, unterstützt z.B. mit der PRMR-Skala (kostenfreier download unter www.hospizkultur-und-palliative-care.de).



- Bei Menschen, die ihren Schmerz nicht einordnen und konkret darstellen können:

Die EDAAP-Skala. Dieses Instrument erfasst die vegetative sowie die motorische-emotionale Komponente:

Erhöhter Blutdruck und Puls, Schweißausbruch, schnelle Atmung, erweiterte Pupillen sind vegetative Anzeichen der Ausschüttung von „Stresshormonen“. Es folgt der Reflex der Abwehr oder Flucht mit Emotionen der Angst und Hilflosigkeit: Stirnfalte, Verziehen des Mundes, Verengung der Lidspalte + angespannter Muskeltonus.

Achtung: Bei Personen mit einer schwersten intellektuellen Beeinträchtigung sind diese Schmerzzeichen möglicherweise aufgrund des sog. „freezing“, einer Starre der Mimik nicht erkennbar.⁹

Folgende Komponenten zur Schmerzwahrnehmung fehlen häufig:

- Sensorisch-diskriminative Komponente: Wahrnehmung und Unterscheidungsfähigkeit nach Ort, Intensität, Dauer und Qualität.
- Kognitive Komponente: Menschen mit einer umfassenden, komplexen Beeinträchtigung haben oft keine Strategie, wie sie selbst etwas dagegen tun können. Das Gefühl des „Ausgeliefertseins“ und es nicht bewältigen zu können, kann zu Aggression, aber auch zur Depression und einem innerlichen Rückzug führen.

Selbstverletzendes Verhalten (SVV) zur Schmerzlinderung:

Ein Hirnareal, das der kognitiven Schmerzbewertung dient, zeigte unmittelbar nach der Hitzereizung bei den Betroffenen eine erhöhte Aktivität gegenüber Gesunden. Nachfolgend wurde in den Hirngebieten, die dafür bekannt sind, dass sie der affektiven Bewertung von Schmerzreizen dienen, die Aktivität deutlich reduziert. Dies legt den Schluss nahe, dass bei Patienten mit Borderline-Syndrom eine erhöhte kognitive Kontrolle zu einer niedrigeren Schmerzbewertung führt – und damit zu einer Schmerzunempfindlichkeit. Man kann vermuten, dass starke Schmerzreize zu einer Beruhigung von Hirnsystemen führen, die für die Verarbeitung von starken Emotionen verantwortlich sind. Selbstverletzungen bei Patienten mit Borderline-Syndrom können also in gewisser Weise als ein Selbstheilungsversuch angesehen werden. Offensichtlich verfügt das menschliche Gehirn über neuronale Netzwerke zur Unterdrückung von Schmerzen.¹⁰

⁸ Martin P. in Bienstein P., Klaufuß T. (Hrsg) ; 2015: Herausforderung Schmerzen – Ausgewählte Aspekte. Materialien der DGSGB; Band 32; Berlin; S. 18 u. 20

¹⁰ <https://www.borderlinesyndrom.net/de/wissenswertes> (Zugriff am 11.03.2019)

Todesverständnis:

Um den Tod in seinem gesamten Ausmaß begreifen zu können, ist folgendes Verstehen notwendig.

Universalität – jeder wird einmal sterben.

Unvermeidbarkeit – Tod und Verlust können letztendlich nicht vermieden werden.

Unvorhersagbarkeit - Tod oder Verlust können unerwartet geschehen.

Nonfunktionalität - die vermisste Person „funktioniert“ nicht länger in der bekannten Weise.

Irreversibilität- der Tod kann nicht ungeschehen gemacht werden.

Kausalzusammenhang – das was geschehen ist, wurde durch etwas anderes verursacht.

Fortdauer – jemand der tot ist, bleibt auch tot.

(H.Young, B. Garrad, et al. in Leben bis zuletzt – Sterben, Tod und Trauer bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen; N. Maier-Michalitsch und G. Grunick (Hrsg.);Verlag selbstbestimmtes Leben; Düsseldorf. S. 122)

Es ist vom abstrakten Denkvermögen und dem erworbenem Lebenswissen der Person abhängig, ob diese oben genannten Punkte verstanden werden können: Siehe Beiblatt „Modell TOVIB“ - Todesverständnis von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung“.

Auswirkungen der Trauer bei Menschen mit und ohne intellektueller Beeinträchtigung

auf den Körper:

- Kopfschmerzen
- Muskel- und Gelenkschmerzen
- Brustschmerzen
- Erschöpfung und Müdigkeit

auf das Verhalten:

- „Schockzustand“ – die Reaktion ist verlangsamt, sind geistig abwesend.
- Die Frage nach der eigenen Identität. Was habe ich jetzt für einen Sinn? Für was lohnt sich das Weiterleben?
- Trauernde suchen Trost und Nähe, weinen viel.
- Andere ziehen sich von Menschen und gewohnten Aktivitäten zurück.
- Angst, Depression
- Aufsuchen von Erinnerungen z.B. durch Orte, Alben.
- Einbeziehen der fehlenden Person in das tägliche Leben, z.B. Tisch mit decken.
- Veränderungen des Appetits. Mehr – oder Appetitverlust.
- Veränderungen im Schlafverhalten. (Weniger oder mehr – Depression?)
- Aggression gegenüber anderen
- Gegenüber sich selbst – „Selbstverletzendes Verhalten“. (*Ich bin mir egal* - Verletzungen spielen keine Rolle, Übermäßiger Sport.)

zusätzlich bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung:

- Reaktionsverzögerung.
- Stereotype Bewegungen.
- Zunahme des sexuellen Verhaltens.
- Vermehrte Anfallsneigung.

Ausdrucksformen der Emotionen:

- Körpersprache
- Gesichtsausdruck
- Vokalisation

Quelle:

(H.Young, B. Garrad, et al. in Leben bis zuletzt – Sterben, Tod und Trauer bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen; N. Maier-Michalitsch und G. Grunick (Hrsg.);Verlag selbstbestimmtes Leben; Düsseldorf. S. 123-124)

Wie können wir Informationen überbringen? Wie gehen wir mit der Wahrheit um?

Je nach Ausmaß der Einschränkung in der Intelligenz und der psychischen Stabilität benötigt es eine angepasste Form im Ausdruck (siehe auch www.leichtesprache.org oder www.leichte-sprache.de.)

Die Überbringung ist abhängig von vorhandenen

- a. Basiswissen durch Bildung und Lebenserfahrungen
- b. Fähigkeiten im abstrakten Denken
- c. Fähigkeit Zusammenhänge zu erkennen
- d. Zeitverständnis

Die Menschen haben das Recht auf die Wahrheit, um Entscheidungen treffen zu können.

Diese Fragen sollten im Vorfeld im Team geklärt werden:

1. Ist ein ausreichendes Auffassungsvermögen vorhanden?

Ja: Überprüfen Sie seine Fähigkeit zur Aufnahmefähigkeit der Information. Sagen Sie ihm die Diagnose und einen Teil der damit verbundenen Auswirkung.

Nein: Bevor Sie gegenüber der betroffenen Person zu reden beginnen, überlegen Sie zuerst mit weiteren Unterstützungspersonen verschiedener Professionen, wie Sie am besten ein Verstehen wachsen lassen können.

Nicht sicher: Beraten Sie sich mit anderen Professionen, wie das Auffassungsvermögen der Betroffenen/ des Betroffenen erfasst werden kann.

2. Welche Kenntnisse besitzt er/sie bereits?

Sammeln Sie Informationen von der betroffenen Person selbst, von dessen Begleiter, Eltern, Kollegen und Freunden, sowie in Ihrem Kollegenkreis.

3. Welches Maß an Informationen kann sie/er bewältigen?

Je nach geistiger Leistungsfähigkeit benötigen Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung eine gewisse Zeit, um einen Satz mit neuen Information verarbeiten zu können.

Somit benötigt es viele einzelne kleine Schritte der Informationsweitergabe in individuellen Zeitabständen. Um diese Zeitabstände abklären zu können, beraten Sie sich auch hier mit Angehörigen und Unterstützungspersonen, welche in der Begleitung tätig sind.

4. Wie viel Wissen ist notwendig?

So viel, dass der Betroffene/die Betroffene körperliche und alltägliche Veränderungen verstehen kann.

Veränderungen machen Unsicher. Unsicherheit macht Angst.

Lassen Sie sich mehr von den Kenntnissen der Begleitenden leiten, als von deren Wünschen. Manche von ihnen möchten gerne beschützen: Wägen Sie ab, welches Maß an Schutz und Offenlegung zum Besten der/des Betroffenen ist.

5. Kann er/sie es zum jetzigen Zeitpunkt erfassen und begreifen?

Ist bereits ein Wissen im Bereich „Krankheit, Sterben und Tod“ vorhanden, so kann jede neue Information hierzu ein Gefühl auslösen.

Ist im Moment kein Wissen in diesem Bereich vorhanden, so kann ein Verstehen erst mit der Zeit – in der Begleitung der einzelnen Schritte, durch Benennung einzelner Fakten - eintreten.

6. Ist es wichtig, dass er/sie sofort alle Einzelheiten weiß?

Menschen mit einer leichten geistigen Beeinträchtigung sollten in Entscheidungsfindungen mit einbezogen werden. Sie müssen das Vorgehen von Behandlungen und deren Auswirkungen nachvollziehen können. Erfordert die Situation eine Umstellung im alltäglichen Leben, so benötigt die Betroffene/der Betroffene so schnell als möglich eine Hilfe, um das Geschehen verstehen zu können.

7. Was ist der beste Weg, der beste Ort und die beste Zeit um verstehen zu können?

Der Untersuchungsraum beim Arzt kann der erste Ort sein, wo er/sie „hört“. Es muss aber nicht zugleich der erste Ort sein, wo er/sie „versteht“.

Die meisten Menschen mit einer geistigen Behinderung verstehen die Information erst durch das Erleben der Auswirkung. Dies geschieht im Alltagsleben.

Begleitende müssen selbst gut informiert sein, um in der jeweiligen Situation zum Verstehen beitragen zu können.

8. Wer kann am besten helfen um zu verstehen?

Menschen, denen er/sie vertraut.

Menschen, die gut mit ihr/ihm kommunizieren können.

Arbeiten Sie als Team zusammen: Professionen aus dem Gesundheitswesen, Sprachtherapeuten, Familienmitglieder, Unterstützungspersonen in der alltäglichen Begleitung. Jeder von ihnen hat die Möglichkeit, zur gegebenen Zeit Informationen zur Wissensbildung mitzuteilen oder zu verstärken.

9. Was kann am besten helfen um zu verstehen?

Ermöglichen Sie ein Verstehen mit Hilfe von unterschiedlichem Material, z.B. Bildern, Informationen in leichter Sprache, Medien und das Vorlesen von themenbezogenen Geschichten.

10. Kann es sein, dass der/die Betroffene(n) mit dem Geschehen überfordert ist?

Ja, so wie jeder Mensch mit der Tatsache der Endlichkeit überfordert sein kann.

Menschen können ein Geschehen am besten bewältigen, wenn Sie es verstehen können. Wenn sie das Gefühl haben handlungsfähig zu sein oder sich sicher fühlen, weil sie das weitere Geschehen vertrauensvoll in die Hände von Unterstützungspersonen legen.

Beraten Sie sich mit anderen Unterstützungspersonen im Vorfeld, wie Sie mit dem vermutlich auslösenden Verhalten umgehen und darin begleiten.

Quelle: Irene Tuffrey-Wijne; 2013: How to break bad news to people with intellectual disabilities. Jessica Kingsley Publishers; London

Begleitung am Totenbett:

Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung benötigen für ein Verstehen:

Visualisierung: Der Tod muss ein Gesicht haben: Ansehen, offener Sarg, Bild aufstellen.

Konkretisieren: begreifbar werden durch angreifen des kalten Körpers und Zeit für ein bewusstes Wahrnehmen. Angebot des Anfassen-lassen, Bett und Raum sichtlich als Aufbahrungsort. Wenn möglich, noch einmal im Sarg sehen lassen. Leeres Bett im Zimmer stehen lassen.

Symbolisierung: Bildchen oder Gegenstand (Schmetterling als Lieblingstier der Verstorbenen) zum Andenken, Kerze am Totenbett, an dem Essensplatz, am Gedenkplatz.

Ritualisierung: Gemeinsam im Kreis um das Totenbett, um den Sarg stehen. Weihwasser als Abschiedszeichen, gemeinsam singen, den Sarg begleiten, winken.

Vergleiche: A. Gissel (2015): Das letzte Hemd hat keine Taschen – oder vielleicht doch? Menschen mit Behinderung in ihrer Trauer begleiten. Lebenshilfe Verlag Marburg.

Gedenkfeier mit der Gestaltung eines Abschiedsrituals:

3 Phasen in Folge bilden den Aufbau eines Rituals:

1. Loslösung
2. Wandlung; Übergang
3. Die Neuanbindung

Beispiel:

Eingeladen sind alle Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige, Freunde und Mitarbeitende
Großer Stuhlkreis, inkl. Platz für Rollstühle. Gestaltete Mitte mit Bild des Verstorbenen

Eingangslied und Eingangsworte in einfacher Sprache.

.... ist gestorben.

Wir sind alle da.

Wir denken an.....

Es ist sehr traurig, dass nicht mehr da ist.

Viele Dinge erinnern uns.

Erinnerung:

Gegenstände, die ausgemacht haben, von TN in die Mitte legen lassen (Schuhe, Fußball, Tasse, Kuscheltier, Instrument, Jacke, Mütze,...) Im Vorfeld wurde ein Satz dazu überlegt und evtl. aufgeschrieben.

Wandlung:

Kurzer Satz: ist nun nicht mehr da. Wir werden nicht mehr mitEssen, auf das Volksfest fahren, Zigarette rauchen.....

Der Reihe nach werden Kerzen angezündet oder Weihrauch (nur im Freien) auf Kohle gelegt, in einen Pflanzentopf - mit z.B. einen Rosenstock - Erde hinzugegeben.....

Wer mag, kann Abschiedsworte dazu sprechen.

Neuanbindung:

Gebet, Text. Gerade bei Angehörigen, die in ihrer Betroffenheit nichts sagen können, lässt oft ein gemeinsam gesprochenes Gebet Trost empfinden. Durch das gemeinsame Sprechen eines Gebetes, Textes oder das Singen eines Liedes wird spürbar, dass keiner alleine zurückbleibt.

Anschließend: Gemeinsames Trinken und Essen der Lieblingsspeise des/der Verstorbenen.

Allgemein gilt: Keine langen Texte und Lieder. Die Menschen mit einbeziehen. Langsames Sprechen, bewusste, ruhige und langsame Handlungen während des Rituals – und es darf auch gelacht werden. Die Leitung des Rituals muss sich im Vorfeld klar sein, dass auch über den Verstorbenen kritische Worte fallen können. Dieser Ehrlichkeit kann mit Ernsthaftigkeit und gleichzeitig mit Humor einen guten Platz bekommen.