

Der Patient ist „evangelisch“ ... „katholisch“

Überlegungen und Hilfen zur Begleitung von Patienten in religiöser Hinsicht

Von Pfarrer Dr. theol. Hermann Eberhardt

Abdruck in: **Deutsche Krankenpflegezeitschrift 2/1981**,
(achtseitige grüne) Fortbildungsbeilage „Krankenhausseelsorge“
(Seitenumbruch dort durch [##] im Skript markiert.)

1. Einführende Überlegungen

Religion ist eine persönliche Sache; über kaum eine Feststellung können wir uns so schnell einig. Und doch, wenn Patienten bei der Aufnahme, bis auf wenige Ausnahmen, so bereitwillig ihre Konfession bzw. Religion angeben, dann ist das nicht nur für die von den Kirchen bestellten Seelsorger von Bedeutung. Der Patient gibt eine Information über sich selbst, die für alle, die ihn durch die Krankheit hindurch oder gar bis zu seinem Tode im Krankenhaus begleiten, wichtig werden kann. Sicherlich ist der Pflegedienst in erster Linie darauf ausgerichtet, die dem Patienten angemessene Pflege zu leisten. Doch Pflege hört ja nicht bei der leiblichen Besorgung auf. Sie geschieht auch auf der Ebene menschlichen Kontaktes. Und wie wichtig die Zuwendung zum Patienten und das Gespräch mit ihm sind, das erfährt jeder ganz von selbst, der mit offenen Sinnen im Krankenhaus arbeitet oder gar selbst einmal in der Rolle des Patienten war.

Jedem, der Pflegedienst nicht nur mechanisch tun will, wird es ein Anliegen sein, sich soweit wie möglich auch in die geistig-seelischen Bedürfnisse des Patienten hineinzudenken und einzufühlen, um ihm auch hier – im angemessenen Rahmen, versteht sich – gerecht zu werden.

Wie einer nun als Schwester oder Pfleger auch selbst immer zu Religion, Glaube oder Kirche stehen mag, im Patienten begegnet ihr/ihm u.U. ein Mitmensch, dem Religiöses bis in die Fragen der Kost (Muslime essen kein Schweinefleisch) und der medizinischen Maßnahmen (Zeugen Jehovas lehnen Bluttransfusionen ab) bedeutsam ist. Aber selbst dann, wenn Speisezettel und Therapieplan nicht betroffen sind, die religiöse Dimension des Lebensgefühls im Pflegekonzept gänzlich auszuklammern, wäre m.E. ähnlich fragwürdig, wie wenn z.B. Schwester Barbara in ihrem Pflegeverhalten nicht berücksichtigt, daß der Ehemann der Patientin Hoffmann vor zwei Tagen verstorben ist. Wie Frau Hoffmann erwarten darf, daß Schwester Barbara auf Ihre besondere Situation mit Verständnis eingeht – auch wenn diese persönlich mit einem Trauerfall nichts zu tun hat –, so darf der Patient Lange damit rechnen, vom Pfleger Moltmann in seinen religiösen Bedürf-

nissen ernstgenommen bzw. angenommen zu werden, selbst wenn jener mit Kirche und Religion „nichts am Hut hat“.

Was an Fragen auf uns zukommt

So selbstverständlich die zuletzt angeführten Prinzipien fachgerechter Pflege sind, so deutlich ist auf der anderen Seite, daß Patientenbegleitung in religiöser Hinsicht eine Menge praktischer Fragen aufwirft. Da ist zunächst ein ganzes Paket sachlichen Wissens, das auch der beste Pflegeunterricht nicht hat vermitteln können, weil es in den Bereich allgemeiner Kenntnisse und praktischer Erfahrung gehört. Da sind zweitens Fragen, die sich auf das Verstehen und Durchschauen der seelischen Seite der Religion beziehen. Und da ist drittens der Umstand, daß Religiöses mit Glauben und eigener Glaubenspraxis zu tun hat und wir hier vor sehr persönlichen Fragen stehen können, die Entscheidung und innere Sicherheit von uns verlangen. Was tue ich z.B., wenn eine sterbende Patientin dringend bittet: „Beten Sie mit mir!“? Wie reagiere ich, wenn mich ein an Krebs erkrankter Patient mit der Frage angeht: „Sagen Sie – glauben Sie an ein Leben nach dem Tode“? Wer könnte sagen, daß er in praxi immer klar und sicher mit sich wäre? Vielleicht habe ich in Diskussionen eine eindeutige Meinung, aber wenn mich die Patientin doch bittet, und ich ihr so gerne beistehen möchte? Wenn ich deutlich spüre, daß der Patient sich an letzte Hoffnungen klammert und ich ihm die nicht einfach nehmen kann...?

Wenn ich es recht sehe, dann haben unsere Fragen unterschiedlichen Charakter. Beim ersten Fragenkomplex geht es einfach um Bescheidwissen. Je mehr ich informiert bin, desto besser kann ich mich einstellen und hilfreiche Hinweise geben. Die zweite Fragengruppe betrifft meine Fähigkeit, innere (seelische) Zusammenhänge zu begreifen und angemessen zu reagieren. Beim dritten Fragenbereich geht es ganz wesentlich um meine eigene innere Haltung als Mensch und Mitmensch. Ich selbst bin angefragt und – wie auch immer meine religiöse Einstellung ist – um meiner selbst und um des Patienten willen zu aufrichtigem Ernst verpflichtet.

Vielleicht sagen Sie jetzt: „Nein, das gehört nicht zu meinem Beruf und ist ganz und gar meine Privatsache!“ Aber kann man das wirklich aufrechterhalten? Bringt nicht jeder, der sich dem ehrwürdigen Beruf der „Schwester“ (das Entsprechende ist für Männer ja sicher eher der „Bruder“ als der „Wärter“) verpflichtet weiß, auch etwas von der Ahnung mit, daß „Schwester“-Sein mehr bedeutet als im technischen Wort „Pflegepersonal“ zu fassen ist?

Im lateinischen Wort „religio“ steckt auch die Bedeutung: „Verpflichtung“ bzw. „Gewissenhaftigkeit“. Dem Patienten – zu deutsch: „Leidenden“ – gewissenhaft verpflichtet zu sein, soweit das möglich ist, macht die besondere Würde des Pflegeberufes aus. Wer an ihr teilhat, kann sich nicht guten Gewissens davon-

stehlen, wenn er in seiner tieferen menschlichen Verantwortung gefragt ist. Die menschliche Nähe, die der pflegerische Beruf unweigerlich mit sich bringt, schließt achtungsvollen Umgang mit den intimen Fragen der Religion ein. Daß keiner von uns darauf abonniert ist, alles richtig zu machen, daß es ein langer Weg ist, bis wir uns selbst gefunden haben, das ist auch wahr. Am Wege der Suche nach persönlicher Reife steht auch die Erfahrung, daß Versagen und Fehler zu mir gehören und zu mir gehören dürfen.

II. Was zu wissen sinnvoll ist, wenn Patienten den Geistlichen bzw. Seelsorger verlangen

Wenn Patienten angeben, sie seien „evangelisch“ bzw. „katholisch“, dann ist damit in der Regel die Zugehörigkeit zu einer Kirche oder Gemeinde angezeigt, die sich „evangelisch“ bzw. „katholisch“ nennt. Dies wird in der Mehrzahl die sogenannte Landeskirche oder Volkskirche mit ihrem umfassenden System der Ortsgemeinden sein. Es gibt aber in der evangelischen Kirche auch sog. Freikirchen. Das „Frei-“ meint hier u.a. formal, daß diese Gemeinden eine selbständige Organisation (und auch ein eigenes Kirchensteuersystem) haben. Patienten aus Freikirchen sind meist bewußtere Kirchenmitglieder und kennen ihre Leute. Bei Patienten aus [1|2] der Volkskirche ist es durchaus möglich, daß sie nicht wissen, wo der für sie zuständige Pastor zu erreichen ist und wie er heißt. Dies ist aber leicht ausfindig zu machen, wenn ich die Adresse habe. Zur Not läßt sich irgend ein Gemeindepfarrer der Heimatkommune (im Telefonbuch unter „Kirche“ zu finden) anrufen, der dann sagen wird, welche Gemeinde bzw. welcher Pastor zuständig ist. Gibt es einen Krankenhauseelsorger vor Ort, ist es gut, seine Telefonnummer griffbereit zu haben; zumindest an der Pforte müßte sie zu erfahren sein. Dort sollte man auch behilflich sein können, einen evangelischen bzw. katholischen Geistlichen aus der Nähe zu besorgen, wenn Not am Mann ist.

Nicht immer bedeutet der Ruf nach einem Geistlichen oder Seelsorger, daß religiöser Zuspruch oder eine religiöse Handlung (Sakrament) gewünscht wird. Es kann auch darum gehen, einen Gesprächspartner zu bekommen, von dem man erwarten darf, daß er das Siegel der Verschwiegenheit achtet. Wie der Arzt, so untersteht jeder Geistliche oder offiziell in der Seelsorge Arbeitende der Schweigepflicht (sog. „Beichtgeheimnis“) und ist in ihr strafrechtlich geschützt. Desgleichen ist er gehalten, mit den dem Datenschutz unterliegenden Informationen entsprechend umzugehen. Dies ist nicht nur für Patienten zu wissen wichtig, es erleichtert – bei entsprechender Verständigung – auch die allgemeine Zusammenarbeit mit den Seelsorgern.

Religiöse Handlungen

Zur Praxis der evangelischen und der katholischen Kirche gehört der Brauch der sog. Sakramente. Im Krankenhaus kommen hier vor allem die „Heilige Kommunion“ (katholisch) bzw. das „Heilige Abendmahl“ (evangelisch), das „Bußsakrament“ bzw. die „Beichte“ (von evangelischen Christen nicht als Sakrament bezeichnet) und die „Krankensalbung“ (nur katholisch, früher unter dem Titel „letzte Ölung“ bekannt) in Frage. Sakramente können in der Regel nur von Geistlichen „gespendet“ werden und bedürfen in ihrem Vollzug eines Rahmens, wie er der Würde religiöser Handlungen entspricht. Praktisch heißt das: möglichst Ruhe im Umkreis und Vermeiden von Störungen. Doch es ist sicherlich hilfreich, auch inhaltlich etwas über die Sakramente zu wissen.

– Beichte („Bußsakrament“)

Beichte (daher das allgemeine Wort „beichten“) ist die Aussprache des Gewissens. Sicher kann eine solche Aussprache auch im Stillen zu Gott direkt geschehen. Die Erleichterung des Gewissens und der persönlich verantwortliche Umgang mit der ausgesprochenen Schuld werden aber nur gar zu schnell abstrakt, wenn das leibhaftig hörende und redende Gegenüber fehlt. Schließlich gehört zum ehrlichen Bekennen der Schuld auch die Antwort mit (der Aufforderung zur Umkehr und) dem Zuspruch der Vergebung und des verantwortlichen Neuanfangs („Absolution“). In der Praxis der Konfessionen zeigt sich eine unterschiedliche Nähe zum Brauch des Bußsakraments bzw. der Beichte unter vier Augen. Während die Mehrheit der Katholiken die Beichte zumindest in Zeiten persönlicher Krisen bewußt übt, gibt es nur selten evangelische Christen, die ausgesprochen nach der Beichte verlangen. Ja, viele wissen gar nicht mehr, daß es die sog. „Ohrenbeichte“ auch in der evangelischen Kirche gibt. Was die Beichte leistet, geht beim „Normalprotestanten“ sozusagen im seelsorgerlichen Gespräch auf. Für den Umgang mit dem Seelsorgegespräch bedeutet dies, daß der evangelische Seelsorger kaum vorher sicher sagen kann, ob sein Gespräch mit dem Patienten stöempfindlich ist oder nicht. Absprachen zur Rücksichtnahme im Stationsbetrieb sind daher lange nicht so gut möglich, wie wenn der katholische Priester kommt, um „die Beichte zu hören“.

– Kommunion bzw. Abendmahl

Dieses Sakrament stellt die Gemeinschaft mit Jesus Christus im Verzehr der Christus vergegenwärtigenden Elemente von Brot („Hostie“ = „Leib Christi“) und Wein („Kelch“ = „Blut Christi“) dar. Es ist hier nicht der Ort, auf Einzelheiten einzugehen; diese mögen in einem Erwachsenenkatechismus nachgelesen werden. Wir finden uns jedenfalls bei diesem Sakrament in einem Zentrum christ-

lichen Brauches, und hier verdichtet sich auch gefühlsmäßig soviel, daß achtungsvolle Haltung in jedem Fall angebracht ist.

Jeder Patient, der das Abendmahl bzw. die Kommunion wünscht, wird dankbar sein, wenn er einfühlsames Bemühen um einen würdigen Rahmen spürt. Daß Patienten wünschen, für die Feier würdig hergerichtet zu werden, ist nichts Außergewöhnliches. In der Regel bringt der Geistliche das Gerät mit, das er zur Feier braucht. Er wird aber auch dankbar vermerken, wenn er ein sauberes weißes Deckchen vorfindet, das als Serviette oder Tischdecke ausgebreitet werden kann. Auf manchen Stationen wird es auch Standkruzifixe und Kerzenleuchter geben. Ihr Gebrauch sollte abgesprochen werden. Ob angezündete Kerzen dem religiösen Wohlbefinden zugute kommen oder möglicher Atemenge des Patienten Vorschub leisten, ist vor Ort abzuwägen.

Die Konfessionen handhaben die Kommunion bzw. das Abendmahl unterschiedlich. Die evangelischen Christen empfangen grundsätzlich Brot und Wein. Katholische Tradition ist weithin noch davon geprägt, daß nur das Brot gereicht wird. Die evangelische Krankenabendmahlsfeier ist – als kleiner Gottesdienst – liturgisch aufwendiger und nimmt daher mehr Zeit in Anspruch. Neuerdings bürgert sich allerdings auch bei den Katholiken die Krankenkommunion als kurzer Wortgottesdienst am Bett des Kranken ein. Wünschen mehrere Patienten einer Station das Abendmahl, ist es ratsam, zu überlegen, wie man diese Patienten möglichst für die Feier zusammenbringen kann. Nicht nur, daß dies dem Gemeinschaftscharakter der Feier entgegenkommt, auch die Station wird dann schneller wieder ihren gewohnten Rhythmus aufnehmen können.

Daß Katholiken häufiger – mitunter regelmäßig in der Woche – nach der Kommunion verlangen, während evangelische Patienten hier vergleichsweise zurückhaltend sind, wird jedem, der Pflegedienst tut, schon aufgefallen sein. Kirchenpraxis und konfessionsverschiedene Einschätzung des Abendmahls spielen hier eine bedeutsame Rolle. So kann es gut sein, daß der katholische Krankenseelsorger allwöchentlich mit der Kommunion über die Stationen geht, im Gegensatz dazu der evangelische Geistliche aber nur zwei bis dreimal im Jahr (z.B. Advent, Karfreitag, Bußtag). Dies hat nicht etwa nur die praktischen Gründe des traditionell größeren Aufwands. Vielmehr dürfte hier eine Rolle spielen, daß die protestantische Tradition das Abendmahl mit zuviel letztem Ernst befrachtet hat. So liegt für viele evangelische Christen Abendmahl und Sterbensbereitung im Bewußtsein dicht beieinander. (Die Katholiken kennen das Abendmahl speziell in dieser Funktion unter dem Titel „Wegzehrung“.) Und damit tauchen für evangelische Christen beim Angebot des Abendmahls am Krankenbett ähnliche Probleme auf wie für Katholiken bei der angemessenen Einschätzung des Sakraments der Krankensalbung, das im Volksmund ja immer noch gern „letzte Ölung“ genannt wird.

– Krankensalbung („Letzte Ölung“)

Lange Zeit stand das Stichwort „Letzte Ölung“ volkstümlich für die sakramentalen Handlungen, die die katholische Kirche ihren Gläubigen an der Schwelle des Todes als Hilfe anbietet. Wenn davon gesprochen wird, daß ein Patient vom Priester „versehen“ wurde, dann geht es hier aber nur im äußersten Notfall allein um den Empfang der Krankensalbung. Das Bußsakrament (Beichte) und die „Wegzehrung“ (Kommunion im Angesicht des Todes) gehören dazu. Deshalb auch die Redewendung: „...starb, versehen mit den Sakramenten der Kirche.“ Wird auf diese Weise anschaulich, wie wichtig für den Katholiken die Sterbesakramente sind, dann steht eines außer Frage: Wo immer abzusehen ist, daß ein Patient stirbt, wenn er katholisch ist, sollte – in Absprache mit den Angehörigen – ein Priester benachrichtigt werden.

Was hat es nun mit dem Sakrament der Krankensalbung auf sich? Der Brauch der Salbung eines Kranken mit (heiligem) Salböl hat seine Wurzeln in einer Zeit, in der Medizin, Religion und Glaube an die Wirkkraft von Symbolen noch untrennbar ineinander greifen. Salböl ist ein uraltes Heilmittel. (Der [2|3] „barmherzige Samariter“ in der berühmten Beispielgeschichte von Jesus benutzt Öl und Wein zur Wundbehandlung.) Die antiken Ringkämpfer ölten ihre Haut, um sich unangreifbar zumachen. Die nähere Beziehung der katholischen Kirche zu Symbolen begründet wohl, daß der auch im Neuen Testament (Jakobus 5,14) bezeugte Brauch der Krankensalbung in ihr lebendig geblieben ist. Im Zeichen der Salbung mit Öl konzentriert sich für den Kranken die schützende, heilende und stützende Kraft des Glaubens an die Nähe Gottes im Wirken der Kirche. So gesehen wird deutlich, daß die Krankensalbung niemals nur Sterbesakrament sein kann. Und überall da, wo es gelungen ist, sie vom Geruch eines typischen Sterbesakraments zu befreien, empfiehlt sie sich geradezu als gute Möglichkeit, die religiösen Kräfte des Patienten für seine Heilung zu mobilisieren. Nicht von ungefähr versuchen katholische Krankenhausseelsorger daher immer häufiger, die Krankensalbung in die Eucharistiefeier zu integrieren und damit auch das Gemeinschaftserleben im Kampf gegen die Krankheit wirksam werden zu lassen.

Der Vollständigkeit halber sei noch ein Wort zur Taufe im Krankenhaus gesagt.

– Taufe Im Krankenhaus

Daß Taufen im Fall der Lebensgefahr von jedem Christenmenschen, ja sogar von jedem Menschen, „der die rechte Absicht hat“ (katholische Auffassung) vollzogen werden können, ist vielleicht bekannt. Manche Hebamme mag schon auf eine Reihe von ihr vollzogener sog. „Nottaufen“ zurückblicken. Eine Anleitung zur Nottaufe findet sich in den Gesangbüchern der Konfessionen (Evangelisches Kirchengesangbuch, Westf., S. 1023; Gotteslob Nr. 49).

Ältere Schwestern und Pfleger werden sich auch daran erinnern, daß vor allem für Katholiken die Taufe in der Klinik früher durchaus gebräuchlich war. Heute ist das anders. Ohne Not wird im Krankenhaus kaum noch getauft, denn – so wird begründet – Taufe ist eine öffentliche Sache und gehört in die Gemeinde. Wir sollten auch dem alten Aberglauben nicht mehr Vorschub leisten, der behauptet, ein Kind könne Schaden nehmen, wenn es ungetauft im Kinderwagen auf die Straße kommt.

III. Fragen des Verständnisses und der Einfühlung

Hilfe zum Gottesdienst

In vielen Krankenhäusern wird von den hauseigenen Seelsorgern oder den Gemeindepastoren aus dem Umkreis regelmäßig Gottesdienst gehalten. Oft ist auch eine Übertragungsanlage vorhanden, die das Mithören im Bett ermöglicht. Sicherlich wird einiges getan, den Patienten dies auch bekannt zu machen. Wo aber keine allgemeine Sprechanlage vorhanden ist, über die jedermann auf den Gottesdienst aufmerksam gemacht werden kann, da zeigt sich sehr schnell, wie wichtig einfühlsames Mitdenken und -helfen der Schwestern und Pfleger vor Ort ist.

„Not lehrt beten“, sagt der Volksmund. Hinter diesem Satz steht die Erfahrung, daß bei vielen Menschen gerade in der Krisensituation des Krankseins tiefere Fragen und Bedürfnisse auch in religiöser Hinsicht aufbrechen. Die einen äußern diese offenherzig, die anderen zaghaft. Bei einem Großteil der Patienten ist die Hemmschwelle so groß, daß sie nur mit behutsamer „Geburtshilfe“ dazu kommen, sich zu offenbaren. Dem traditionellen Rollenverhalten der Geschlechter entspricht, daß Frauen sich hier leichter zu äußern und zu ihren Gefühlsbedürfnissen zu stehen vermögen als Männer. Äußerlich scheint es dann fast so, als hätten Männer mit Religion gar nichts zu tun. Auch eine unterschiedliche Reaktionsweise zwischen Älteren und Jüngeren ist wahrzunehmen. Steht bei den Jüngeren häufig der Wunsch, sich auch religiös zu emanzipieren, noch entscheidend im Vordergrund, können Ältere sich eher einfach zu ihrer Religion bekennen.

Wie dem auch sei, aus meinen Erfahrungen als Seelsorger möchte ich sagen: Wenn es dem Patienten gelingt, alle äußeren und inneren Hemmungen zu überwinden und am Gottesdienst teilzunehmen, dann wird er daraus – vorausgesetzt, der Gottesdienst ist überhaupt ansprechend – einen echten seelischen Gewinn ziehen. Und jede Hilfe zur Teilnahme am Gottesdienst kommt dem seelischen Klima in den Krankenzimmern zugute.

Wie kann die Hilfe geschehen? Oberstes Prinzip ist die vertrauensfördernde Freiheit des Angebots. Dieses Prinzip bewahrt Sie als Pflegekraft auch davor, selbst unter ungunstigen Druck zu geraten oder einen solchen weiterzugeben. Folgen-

des können Sie z.B. dem Patienten sagen: „Ich weiß nicht, ob Sie informiert sind, daß ... hier im Haus ... Gottesdienst ist. Von (vielen) Patienten habe ich gehört, daß es für sie schön war, am Gottesdienst teilzunehmen ... Wenn Sie daran teilnehmen wollen, dann brauchen Sie es nur zu sagen ... Wir werden Ihnen gerne helfen.“

Es kann sein, daß mancher ältere Patient nicht mehr selbständig genug zu denken und entscheiden vermag, und von daher mit einem so offenen Angebot nicht umgehen kann. Hier entscheidet sich an dem, was Sie sonst von ihm wahrnehmen, ob Sie möglicherweise direkter vorgehen. Manchen muß man halt einfach unter den Arm nehmen. Freilich endet alle Initiative unbedingt vor der Beachtung von Zeichen des Widerstandes. Wenn Sie z.B. merken, daß ein Patient den Hinweis, er könne ruhig im Morgenmantel oder im Bett liegend in der Kapelle erscheinen, nicht aufnimmt, sondern weiter Schwierigkeiten sieht, dann ist es richtiger, seine Scheu auf- und anzunehmen als rational gegenargumentieren zu wollen. Ich habe schon manchen Patienten getroffen, dem Gottesdiensterleben so ins Gefühl ging, daß er Angst hatte, sich dem im Augenblick auszusetzen. Ob das Argument, das Bringen zum Gottesdienst mache der Station zu viel Arbeit und man traue sich nicht, dies zu verlangen, objektive Gründe hat oder nur einen Schutzmantel für tiefer begründete Unsicherheit oder Abwehr des Patienten darstellt, müßte vor Ort geprüft werden. Niemand kann verhindern, daß sich einzelne Patienten wie die Ziege im Märchen verhalten („Ich sprang nur über Gräbelein und fraß kein einzig Blättelein, Mäh...Mäh!“ = „Die anderen sind schuld, daß ich nichts für mich tue“). So etwas muß man ertragen. Selbst in der Hand haben Sie aber z.B. die Information an den Pastor: „Wir schaffen den Krankentransport zum Gottesdienst zeitlich nicht. Läßt sich nicht ein Bringedienst organisieren?“ Oder es könnten günstigere Gottesdienstzeiten abgesprochen werden. Bedenklich wäre jedenfalls, wenn sich niemand auf der Station darum kümmert, daß die Patienten, die es wünschen oder brauchen könnten, wenigstens funktionierende Hörmuscheln haben, um den Gottesdienst im Bett mitzuverfolgen. Nach meinem Empfinden geht so etwas auf die Dauer genauso an die Ehre einer Station, wie wenn Patienten tagelang schmutzige Fingernägel haben. Daß es Zeiten gibt, zu denen sich der Pflegedienst überschlägt, weiß jeder Insider, auch, daß Reparaturdienst eine lange Leitung haben kann. Mir liegt nur daran, festzustellen: „Seelische Hygiene“ im Krankenhaus ist auch wichtig und zahlt sich oft sehr praktisch aus. Die Patienten danken es uns vielfältig.

Vermittlung von Krankensakramenten

Über die Krankensakramente wurde schon einiges gesagt. Lassen Sie uns die psychologische Seite noch einmal aufgreifen. Der Empfang des Sakramentes bedeutet anschauliche Vergewisserung des Glaubens und der im Glauben ge-

benen Geborgenheit. Dies kann für Patienten so bedeutsam sein, daß die Wirkung des Sakramentes der eines seelischen Medikamentes gleichkommt. Auf der anderen Seite ist der Empfang des Abendmahls bzw. der Krankensalbung häufig so stark mit der Bereitung auf das Sterben assoziiert, daß wir hier sehr schnell vor den bekannten Tabuproblemen stehen.

Eine große Hilfe bedeutet es, wenn das Angebot zum Sakramentsempfang wie der Besuch des Seelsorgers überhaupt im Krankenhaus selbstverständlich ist. Was als selbstverständlich dargestellt werden kann, verliert den abschreckenden Geruch der Nähe zum Sterben. Hier ein Beispiel für eine Initiative: „Wenn Sie jetzt schon so lange liegen, dann haben Sie auch lange nicht mehr das Abendmahl empfangen können. Es mag sein, daß Ihnen dieser Ge[3|4]danke noch gar nicht gekommen ist. Aber vielleicht haben Sie sich auch nicht getraut, den Wunsch danach zu äußern ... Wenn das so ist, dann ...“

Mag sein, daß auch solch ein offenes Angebot beim Patienten schon Unruhe auslöst. In diesem Fall ist es gut, die Unruhe direkt anzusprechen: „Denken Sie jetzt...?“ Prüfen Sie aber bei solch einem Gespräch vorher, wie Sie es tatsächlich selbst meinen. Läuft unter ihrem Angebot der Gedanke der Sterbehilfe, dann bedenken Sie: Von Unaufrichtigkeit kann echte Hilfe hier nicht leben. Es ist keine Schande, solche Gespräche den Seelsorger führen zu lassen.

Häufiger kommt es vor, daß Angehörige für einen Patienten um das Abendmahl bzw. die Krankensalbung bitten. Ist es nicht möglich, eine direkte Verbindung zwischen diesen und dem Seelsorger herzustellen, dann sollten Sie selbstbehutsam klären, welche Motive dem Wunsch der Angehörigen zugrunde liegen. Vor allem muß erkundet werden, wie der Patient selbst dazu steht. Angehörige können sehr hilflos sein. Möglicherweise wollen sie auf diesem Wege Sterbehilfe leisten. Wie problematisch das ohne Verständigung mit dem Betroffenen ist, liegt auf der Hand. Das beste dürfte hier sein, wenn Sie die Angehörigen vorsichtig darauf hinweisen und ihnen empfehlen, die Sache selbst mit dem Seelsorger zu besprechen. Im Idealfall – und dazu haben Sie vorher beigetragen – kennt der Seelsorger den betreffenden Patienten schon.

Damit wären wir bereits bei den wichtigen Fragen der religiösen Sterbehilfe, doch lassen Sie uns vorher noch einige Fragen aufgreifen, die für die Begleitung der Patienten von allgemeiner Bedeutung sind.

Das religiöse Gespräch

Jeder, der Pflegedienst tut, weiß, wie wichtig das Gespräch mit Patienten ist. Der Patient muß die Krise des Krankseins seelisch verarbeiten. Eine Fülle verschiedenster Ängste können ihn plagen. Er sucht Aussprache, Stützung und Trost. Daß Religion einzigartige Elemente von Trost enthält, wissen oder vermuten auch diejenigen, die ihr distanziert gegenüberstehen. Doch wie kommt nun der Trost

der Religion zur Wirkung? Lassen Sie es mich etwas provokativ sagen: sicherlich nicht wie Wunderpillen, die man einfach aus der Tasche ziehen könnte.

Es mag sein, daß wir im Laufe der Praxis schon eine Menge Trostsprüche kennengelernt haben. Auch wenn das unbequem zu hören ist: So wenig allgemeine Trostsprüche helfen, wenn sie unverbindlich dahergesagt werden, genauso daneben zielen Bibelsprüche, die zu schnell von den Lippen gehen. Ja, der Patient fühlt sich mit ihnen u.U. noch mehr allein gelassen, weil seine religiöse Erziehung ihm vielleicht verbietet, sich dagegen zu wehren. (Wieviel Unheil ist schon mit dem Wort angerichtet worden: „Wen Gott liebt, den züchtigt er.“!) Ich habe schon manchen wirklich frommen Patienten getroffen, der von Herzen darüber klagte, gefaßt und getrost sein zu müssen, wo ihm eigentlich nach Protest und Klage zumute war. Weil Klage und Hilflosigkeit, ja möglicherweise Protest gegen Gott, schwer auszuhalten ist, deshalb ist die Versuchung groß, mit Gegenargumenten oder einem kernigen Trostspruch schnell „einen Deckel auf den Topf zu bringen“. Aber das Bild sagt es schon: Wir helfen damit vielleicht uns selbst, dem anderen nicht. Es gibt keinen echten Trost, der billig ist – das gilt auch für den Trost des Glaubens.

Die Auseinandersetzung des Kranken mit der Krise, die ihn betroffen hat, geschieht unterschiedlich. Häufig ist da die Anklage an das Schicksal. Religiös formuliert sie sich dann in der Frage: „Wie kann Gott das zulassen?!“ Zweifel und Verzweiflung verkleiden sich aber gerne auch in Diskussionsfragen. So kann sich hinter der locker gestellten Frage: „Wie denken Sie darüber: Gibt es ein Leben nach dem Tode?“ tiefe Trauer oder Angst verbergen. Eine Fülle von Beispielen, wie sich religiöse Fragen in allgemeinen und persönliche Probleme gar in religiösen Fragen verschlüsseln können, ließe sich hier beibringen. In jedem Fall ist für diejenigen, die religiöse Fragen von Patienten selbst aufzunehmen bereit sind, wichtig: Eine Diskussion wird nur dann hilfreich sein können, wenn es gelingt, ihr geheimes Thema zu erspüren. Die geheimen Themen aber sind z.B.: Ich fühle mich verlassen / Ich habe Angst / Ich suche nach Hoffnung / Ich traure über den Verlust eines geliebten Menschen – die Störung einer Beziehung – eigene Schuld / Ich suche etwas, woran ich mich klammern kann / Ich bin zornig und muß meinen Zorn loswerden.

Die entsprechende Gesprächshaltung mag dem Pfleger, der Religiösem neutral gegenübersteht, u.U. besser gelingen als der Schwester, die in Ihrer Gemeinde in einem Bibelkreis engagiert ist. Es gilt einfach: Nur wer seine Angst, seine Zweifel, seinen Zorn, seine Klage aussprechen darf, bei dem wird dann auch seine Zuversicht wieder Kraft gewinnen können. Wer sich verstanden fühlt, der läßt sich auch gern etwas sagen. Und das andere: Ich mag großen Eifer haben, für das theologisch Richtige einzutreten oder meinen Glauben weiterzusagen – die Wehrlosigkeit des Patienten darf ich nicht ausnutzen. „Standrechtliche Mission“ ist von Übel.

Manche Abwehr gegen Kirche und Religion ist nicht eigentlich in der Sache begründet, sondern in ungunstigen Erlebnissen mit deren Vertretern. Wem Religion nur im Zusammenhang mit einem rechthaberisch erhobenen Zeigefinger begegnete, der muß sich eines Tages davon lossagen, wenn er kein Kind bleiben will. Viele kommen dann freilich über eine pure Protesthaltung nicht hinaus, bleiben gleichsam in der religiösen Pubertät stecken. Es ist eben schwer, wirklich erwachsen zu werden. Gerade im Krankenhaus bekommen wir das häufig zu spüren – nicht nur bei den anderen, auch an uns selbst. Wie gehen wir z.B. mit unseren eigenen Unsicherheiten um?

Vielleicht ist diese Frage die angemessenste Überleitung zu dem nun folgenden Kapitel: Was ist, wenn wir selbst nicht nur als Informationsträger oder Vermittler oder mit bloßem Zuhören, sondern mit eigenen Antworten und eigenem Tun gefordert sind?

IV. Religiöse Begleitung persönlich

Die Tatsache, daß Menschen sich und andere auch in religiöser Hinsicht vergewaltigen können, ändert nichts daran, daß Sicherheit in sich selbst oder auch der geschützte Raum der Intimität oder des anerkannten Brauches normalerweise dazugehören, wenn Religiöses ans Licht tritt. Ausnahmen bilden Situationen äußerster Belastung, und die begegnen uns im Krankenhaus häufiger: vor der Operation, auf der Intensivpflegestation, wenn die Ahnung des Todes nahe ist. Es kann geschehen, daß ein gestandener Mann wie ein Kind laut betet; „Lieber Gott, mach mich fromm, daß ich in den Himmel komm’!“ Eine Patientin hält uns fest: „Singen Sie mir ein Lied ... beten Sie!“ Natürlich mag ich mir hinterher viel zu rechtlegen, aber im Augenblick wird mir vor plötzlicher Unsicherheit ganz heiß: Was tun? Was sagen?

Übung und Herkommen macht hier viel aus. Es gibt Mitmenschen, die freies und öffentliches Beten von Kind auf kennen. Es ist ihnen geläufig und vertraut. Aber das ändert nichts daran, daß Beten an sich etwas Intimes ist und bleibt. Nicht nur aus Mangel an Übung greifen die meisten gern auf Vorformuliertes zurück, lassen Reime für sich sprechen, nehmen ihre Zuflucht zu bekannten Versen. Jesus selbst kommt dem entgegen, wenn er auf das „Kämmerlein“ verweist und das Vaterunser als Grundgebet vorschlägt (Matthäus 6,5-13).

Wenn uns die religiöse Frage in der Situation von Patienten unmittelbar auf den Leib rückt, dann ist es gut, wenn wir für uns selbst bereits einige persönliche Fragen abgeklärt haben:

1. Bin ich bereit und von meiner Inneren Überzeugung her in der Lage, mich auf eine solche Situation einzulassen?

2. Wenn ich hier „nein“ sage: Ist meine Entscheidung darin begründet, daß ich absolut keine Beziehung zur Religion/zum Glauben habe bzw. haben will, oder

rührt sie eher daher, daß ich mich unsicher fühle (und daran nichts ändern will oder kann)?

3. Wenn ich hier klar bin: Will ich deutlich sagen, was ich (nicht) kann und (nicht) will, oder liegt es mir näher, die Umstände entscheiden zu lassen? (Irgendein Grund ist immer da, den Raum zu verlassen oder auf anderes auszuweichen.)

4. Könnte es sein, daß ich mich nur deshalb nicht getraue, aktiv und positiv auf die Situation zu reagieren, weil ich so etwas nur Älteren oder Geistlichen [4/5] zutraue? (Niemals werde ich so alt sein, daß ich meine eigene Mutter würde, die mit mir und für mich gebetet hat! Und wer sagt mir, daß der Geistliche nicht auch Unsicherheit überwinden muß?)

Ich gehe davon aus, daß ich Ihnen die hier anstehenden Entscheidungen nicht abnehmen kann, selbst wenn ich es wollte. Was ich aber tun kann, das ist der Versuch, Möglichkeiten zum Umgang mit der Situation positiv anschaulich werden zu lassen.

Antwort auf Glaubensfragen

Antwort auf Glaubensfragen werden wir nur so geben, wie wir es vermögen. Wo wir keine Antwort haben, ist es dem Patienten hilfreich, gerade dieses auch von uns zu erfahren. Nicht allein ratlos zu sein, ist auch schon etwas Trost. Niemand soll mehr sagen, als seiner Überzeugung entspricht. Der Patient will keine Dogmatik bzw. Kirchenlehre, sondern persönliche Zuwendung. Es ist keine Schande, offen zuzugeben: „Ich selbst habe hier keine Sicherheit, aber der ... und der hat gesagt, ...“ „Wenn Sie einen Hund hätten und der käme hier ins Krankenhaus: Er kennt das Haus nicht und weiß nicht wie Ihr Zimmer aussieht, aber er würde fröhlich hereinspringen, weil er fühlt: ‚Da ist mein Herr, zu dem ich gehöre und der sich um mich sorgt‘. So ist es für Christen mit dem Leben nach dem Tode. Keiner weiß, wie es aussieht – aber sie wissen: ihr Herr wartet auf sie hinter der Tür des Todes.“

Gebet mit/für Patienten – Grundsätzliches

Die Bitte um ein Gebet ist zugleich Bitte um Nähe. Im Gebet nehmen wir für uns die Nähe Gottes in Anspruch. Jesus betet am Kreuz den 22. Psalm¹: „Mein Gott, warum hast du mich verlassen ...?!“ In äußerster Verlassenheit hält er sich am

¹ Achtung bei der Psalmenzählung! Während die evangelischen Bibelausgaben nach dem hebräischen Urtext zählen, kann in katholischen noch die Zählung nach der Vulgata (lateinische Bibel) üblich sein. Die Vulgata faßt Psalm 9 und 10 als Psalm 9 zusammen und trennt Psalm 147 in die Nummern 146 und 147. Dazwischen verschieben sich die Nummern entsprechend. Alle Psalmenangaben werden hier nach dem Urtext (evangelische Zählung) gemacht.

„Trotzdem“ der Nähe Gottes fest. Der verzweifelte Vater bittet für seinen Sohn: „Herr, ich glaube, hilf meinem Unglauben!“ (Markus 9, 24).

Vielleicht kann ich selbst nicht für den Patienten beten. Aber ich kann bei ihm bleiben, und ich kann ihm ein Gebet, einen Psalm oder einen Liedvers vorlesen. Ich kann mit oder zu ihm über seine (und meine) Angst reden und sie mit ihm auszuhalten versuchen. Wenn wir ehrlich nachspüren, ist es ja gar nicht unbedingt so, daß es unsere Unsicherheit dem Gebet gegenüber oder unsere persönliche Ablehnung von Religion wäre, die uns in den Rückzug vom Patienten bringt. Die Situation der Angst überhaupt ist es in erster Linie, der uns auszusetzen wir nicht den Mut und die Kraft haben. Wenn ich keinen Zugang zum Halt des Gebets habe, ist es noch schwerer. Daß mir für das Gebet evtl. keine Worte zur Verfügung stehen, macht meine Unsicherheit gänzlich unerträglich. Am grünen Tisch läßt sich leicht reden. Aber am Abgrund der Angst und Unsicherheit selbst sieht es anders aus. Das gilt auch für Menschen, die leichthin meinen, ihres Glaubens und Ihres Betens sicher zu sein. „Herr, sei mir gnädig, denn mir ist angst“, sagt der 31. Psalm.

Wer dem Leiden und Sterben von Menschen im Krankenhaus nah ist, dem ist religiöses wie antireligiöses Kraftmeiertum gleichermaßen fragwürdig. Die Kraft der Religion, ihre Lebenstüchtigkeit liegt nicht darin, daß wir nun keine Probleme und keine Angst mehr hätten – das wäre billige Verdrängung –, sondern daß wir uns ihnen stellen. Das aber ist nicht von Dienststellung und Fachqualifikation abhängig, sondern allein eine Frage menschlicher Reife.

Sich vom Glauben der Väter tragen zu lassen, wo der eigene Glaube nicht ausreicht, ist keine Schande. Mein eigener Glaube gleicht ja doch nur einem einzelnen Baustein einer Brücke über dem Abgrund der Angst. Er ist wichtig, aber ohne die anderen Steine könnte die Brücke nicht tragen.

Praktische Überlegungen

Dieser Beitrag würde im Reden über die Sache steckenbleiben, wenn er nicht auch konkretes „Material“ für die Praxis hergäbe. Woran kann ich mich im Ernstfall halten? Was lese ich vor, spreche ich, bete ich für den bzw. mit dem Patienten (und für mich selbst)?

Bei den evangelischen Christen gibt es kein allgemein bekanntes oder fest gefügtes „Formular“ für unsere Situation, wie etwa im Gottesdienst, beim Abendmahl oder bei der Beerdigung, an das wir uns einfach halten könnten. Die Katholiken kennen immerhin das Ritual des Versehgangs. Für Katholiken ist seit alters das Gesangbuch (heute: Gotteslob – abgekürzt: GL) selbstverständlich auch das Gebetbuch. Viele evangelische Christen wissen gar nicht, daß das gültige Evangelische Kirchengesangbuch (EKG) in seinem Anhang oft auch einen Gebetsteil hat. Daß viele Gesangbuchverse sich zum Gebet eignen, muß man u.U. auch erst

selbst wieder entdecken. Daß die Psalmen der Bibel eine großartige Fundgrube und Schule für lebensnahes Beten sind, werden wir vielleicht erst gewahr, wenn wir in ihnen lesen. Ja und dann die einzelnen Bibelworte, in denen sich Wahrheit und Trost so verdichten kann, daß ein Wort an der richtigen Stelle mehr wiegt als jede lange Rede. Christus spricht: „In der Welt habt ihr Angst, aber seid getrost, ich habe die Welt überwunden“ (Johannes 16, 33).

Für unsere Entscheidung zum Ernstfall ist es wichtig, daß wir uns vergegenwärtigen, wie bedeutsam vertraute Worte sind. Es geht ja nicht nur um die Worte oder ihren Inhalt an sich. Vertraute Worte haben auch den Erlebniswert ihrer Geschichte. So ist das „Vaterunser“ nicht nur ein Gebet unter anderen – es vergegenwärtigt, so bekannt wie es ist, auch das Erleben von Gebet überhaupt und damit Geborgenheit. Das Vaterunser miteinander sprechen, heißt, gemeinsam die Geborgenheit des Gebets finden. Das ist viel! Der 23. Psalm („Der Herr ist mein Hirte“), das Lied „Befiehl du deine Wege“ (EKG 294) leisten für viele Ähnliches. Die Älteren können sie noch selbstverständlich auswendig. Es ist durchaus sinnvoll, den Patienten u.U. selbst zu fragen, was er gerne gesprochen haben möchte. Kenne ich den von ihm vorgeschlagenen Text nicht und kann ich ihn auch nicht finden, dann mag mir der Patient immerhin sagen, was ihm daran wichtig ist, und das kann ich aufnehmen, wenn ich nicht selbst schon spüre, was sich empfiehlt.

Eine Patientin erzählte mir einmal, wie sehr es ihr geholfen hat, daß ihre Freundin am Grabe der Kinder von dritten Freunden sagte: „Im Namen des Vaters und des Sohnes und des Heiligen Geistes!“ – sonst nichts. Für sie war damit die Geborgenheit in der Gegenwart Gottes da. Oder – auch aus dem Gottesdienst – der Friedensgruß oder der Segen: „Der Friede Gottes, der höher ist als alle Vernunft...“ (Philipper 4,7) / „Der Herr segne dich/uns und behüte dich/uns...“ (4. Buch Mose 6,24-26/GL 13,2). Nehmen wir so vertraute Worte auf, dann kommt oft das „Amen“ vom anderen ganz von selbst.

Für mich ist das Lesen/Sprechen eines vertrauten bzw. geprägten Wortes oft der Boden, auf dem ich dann die Sicherheit zur Fortsetzung in einem freien Gebet gewinne. Doch sollte sich niemand hier überfordern und dabei vor allem beherzigen: Gebet ist nicht nur Ergebenheit. Klage, Zweifel, Fragen, Ratlosigkeit, Trauer, Angst, Freude usw. gehören mit hinein. „Schüttet euer Herz vor ihm aus“, heißt es im 62. Psalm. Und noch eines: Beten ist eine lebendige Sache. Dem entspricht, daß wir einem vorliegenden Text nicht sklavisch folgen müssen.

Schlußbemerkung

Wenn ich nun nachstehend konkrete Vorschläge mache, dann gehe ich davon aus, daß jeder frei damit umgeht und das übernimmt, was seinem Empfinden und seinen Möglichkeiten entspricht.

Die Angaben aus dem katholischen Gesangbuch (GL) sind lückenhaft. Bei allen Texten gilt, daß ausgewählt werden muß und jeder für sich selbst prüfen sollte, welche Texte für ihn besondere Leuchtkraft haben. Es dürfte praktisch sein, sich für den persönlichen Gebrauch im Ernstfall passende Texte herauszuschreiben. Das geschieht am besten in ein Ringbüchlein des Formats DINA6.

Ich wünsche mir, daß sich das Lesen dieses Beitrages nicht nur um der Patienten willen gelohnt hat. Mein persönlicher Dank gilt dem katholischen Krankenhausseelsorger und Franziskanerpa[5|6]ter Klaus Hermsen, Dorsten, der diese Arbeit beratend begleitet hat.

Konkrete Vorschläge

Quellenhinweise

Allgemein zugänglich als Quellen sind Bibel und Gesangbuch. Daneben sei auf einige Bücher verwiesen:

1. Laß uns gemeinsam gehen. Ein Wegbegleiter an den Grenzen unseres Leben, Kreuz-Verlag, Stuttgart, 1980.

2. Zink, Jörg: Wie wir beten können, 9. Aufl., Kreuz-Verlag, Stuttgart, 1979.

Das zweite Buch kann man auch Patienten gut in die Hand geben. Das erstere ist für die Hand von Schwestern und Pflegern und enthält auch viele gute Informationen (z. B. zum Verstehen der „Stadien des Sterbens“ u. v. a. m.).

3. Oosterhuis, Huub: Ganz nah ist Dein Wort. Gebete und Fürbitten, 11. Aufl., Herder Verlag, Freiburg/Br., 1979.

4. Oosterhuis, Huub: Dein Trost ist nah. Gebete für Stunden der Bedrängnis. Herder Verlag, Freiburg/Br., 1978.

5. Benziger (Hrsg.): Kleines Rituale für besondere pastorale Situationen. Herder Verlag, Freiburg/Br., 1980.

Dieses zuletzt genannte Büchlein ist zunächst für die Hand des katholischen Geistlichen; es bringt aber auf den Seiten 120–133 auch wichtige Texte für die Sterbesituation.

Form einer Andacht am Sterbebett

A

„Das walte Gott Vater, Sohn und Heiliger Geist“

Bibelwort (,„So lesen wir...“ / „Jesus Christus spricht...“/

oder (oder

Liedvers einfach Liedvers sprechen)

Gebet („Wir beten ...:“)
Vaterunser („Wir beten gemeinsam das Vaterunser...“)
Segenswunsch

B

„Im Namen des Vaters und des Sohnes und des Heiligen Geistes. Amen“

Bibelwort („So lesen wir...:“)
Psalmgebet („Wir beten mit dem ...Psalm:...“)
Freies Gebet
Vaterunser („Wir beten gemeinsam das Vaterunser...“)
Liedvers
Segensspruch
(Dazu siehe EKG, Westf., S. 1069 ff. und GL Nr. 12, 13, 79)

Einschlägige Psalmtexte (mit Hinweisstichworten)

- Psalm 6: Meine Seele ist erschrocken
- Psalm 13: Von Gott vergessen?
- Psalm 22: Herr, sei nicht ferne!
- Psalm 23: Der Herr ist mein Hirte
- Psalm 27: Gottes Nähe trägt
- Psalm 31: In großer Angst geborgen
- Psalm 38: Unter der Last des Gewissens
- Psalm 39: Vergänglichkeit
- Psalm 42: Sehnsucht nach Gott
- Psalm 46: Ein feste Burg ist unser Gott
- Psalm 71: Hilfe im Alter
- Psalm 77 und 78: Ich schreie zu Gott
- Psalm 90: Klage der Vergänglichkeit
- Psalm 91: Unter Gottes Schutz
- Psalm 102: Verzweiflung
- Psalm 103: Lobe den Herrn
- Psalm 107: Danket dem Herrn
- Psalm 116: Gott hört mich, ich werde leben
- Psalm 121: Der Herr behütet dich – Segensspruch
- Psalm 130: Aus tiefer Not

- Psalm 131: Zur Ruhe gekommen
- Psalm 139: Sich selbst finden

Hilfreiche Texte aus dem Neuen Testament

- Lukas 1,78f.: Licht im Schatten des Todes
- Johannes 3,16 f.: Also hat Gott die Welt geliebt
- Johannes 11,25 f.: Ich bin die Auferstehung
- Johannes 14,1 ff.: Erschreckt nicht!
- Römer 5,1-5: Trübsal – Geduld – Hoffnung
- Römer 8,18 ff., 28ff.: Hoffnung und Gewißheit
- Römer 14,7-9: Keiner lebt sich selber
- 1.Korinther 15,20ff.: Christus ist auferstanden
- 2.Korinther 1,3ff.: Trost in Trübsal
- 2.Korinther 5,1ff.: Heimat bei Gott
- 2.Korinther 6,4ff.: Als die Sterbenden leben
- 2.Korinther 11,23ff., 12,9 ff.: Die Kraft der Schwachheit
- Offenbarung 21,1-6: Gott wird abwischen alle Tränen

Einschlägige Texte von Gesangbuchliedern

- Licht im Dunkel: EKG 1 Vers 4; 14 Vers 4; 15 Vers 4; 28 Vers 3; GL 111 Vers 4; 130 Vers 4; 141 Vers 3
- In Leiden, Angst und Sorge: EKG 29 Vers 2; 42 Vers 4 und 5; 123; 197 Vers 5; 230 Vers 10ff.; 232 Vers 5; 249 Vers 5; 250; 256 Vers 6; 260 Vers 6; GL 162; 291; 621
- Sein Wille geschehe, Vertrauen: EKG 280; 285; 289; 294; 297; 298; 299; 302; 306; GL 294; 295; 462
- Jesus geht voran, nimmt mich an: EKG 63 Vers 8; 86 Vers 6; 252; 268; 274; 277; 321; GL 179 Vers 6
- Vergänglichkeit: EKG 45 Vers 2 ff.; 327; GL 157 Vers 2ff.; 657
- Trost im Angesicht des Todes, Sterben in Frieden, Leben nach dem Tode: EKG 5 Vers 6; 77; 89; 247 Vers 3; 272 Vers 10; 308; 310; 313 Vers 4 f.; 320; 323; 330; GL 656; 659; 662

Anschrift des Verfassers: Pfarrer Dr. theol. Hermann Eberhardt, Arenbergstraße 16,
4350 Recklinghausen