

Religiöse Begleitung im Alter

Religion als Thema der Gerontologie

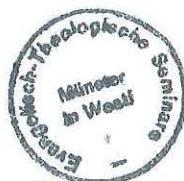
herausgegeben von Ralph Kunz



T V Z

Theologischer Verlag Zürich

PT P IIIh 140



56:2013/15

Umschlaggestaltung:

Simone Ackermann, Zeljko Gataric, Zürich

Druck:

ROSCH-BUCH, Scheßlitz

Die Deutsche Bibliothek – Bibliographische Einheitsaufnahme

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-290-17433-0

© 2007 Theologischer Verlag Zürich

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotografischen und audiovisuellen Wiedergabe, der elektronischen Erfassung sowie der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Inhalt

Ralph Kunz	7
Einleitung.....	

Zugänge zur Religionsgerontologie

Mathias Allemand / Mike Martin	
Religiöse Ressourcen im Alter	25

Stefan Huber	
Spirituelle Räume	
Ein Beitrag zur Phänomenologie des religiösen Erlebens	
und Verhaltens im Alter.....	45

Uwe Sperling	
Spiritualität und Wohlbefinden im Alter	73

Brigitte Boothe	
Vertrauen und Fragilität	
Erzählungen alter Menschen vom guten Leben.....	99

Karin Wilkening	
Spirituelle Dimensionen und Begegnungsebenen	
mit Tod und Sterben im Alter.....	121

Heinz Rüegger	
Altern im Spannungsfeld von «Anti-Aging» und «Successful Aging»	
Gerontologische Perspektiven einer seelsorglichen	
Begleitung älterer Menschen.....	143

Konturen der Altenseelsorge

A Konzepte und Modelle

Wolfgang Drechsel

«Wenn ich mich auf deine Welt einlasse ...»
Altenseelsorge als eine Anfrage an Seelsorgetheorie und Theologie 187

Carsten Gennrich

Religiöser Trost in der Seelsorge an Senioren und Seniorinnen:
Modellentwicklung und empirische Analysen zum Motiv der Vorsehung 217

B Konkretionen und Kontexte

Walter Lüssi

Ohne Arme, ohne Beine, ohne Kopf –
Plädoyer für eine «Seelsorge-Spitex» 253

Michael Heymel

Was alten Menschen heilig ist
Möglichkeiten der Altenseelsorge heute 271

Felizitas Muntanohl

Der letzte Umzug
Seelsorge bei Menschen in Pflegeheimen 295

Traugott Roser

«Ich habe mich selbst verloren!»
Demenzerkrankung als Problem evangelischer Seelsorge 307

Christoph Schneider-Harpprecht

Altenseelsorge im Kontext – Lebenswelt, Lebensraum und soziale
Beziehungssysteme in der Seelsorgearbeit mit alten Menschen 321

Autorinnen und Autoren 365

Einleitung

1. Zu diesem Buch

Für viele alte Menschen ist Religion selbstverständlich ein wichtiges Thema. Dass sich die Gerontologie dieses Themas annimmt und danach fragt, welche Bedeutung die religiöse Begleitung für alte Menschen hat, liegt daher auf der Hand. Aber es versteht sich nicht von selbst, *wie* sich die Alternswissenschaft mit Religion und religiöser Begleitung beschäftigen soll. Mit Hilfe welcher Bezugsdisziplinen sollen die praktischen Aspekte der Begleitung reflektiert werden? Wie gehen bekenntnisneutrale Alternswissenschaften wie Geragogik oder Geriatrie mit den praktischen Anliegen einer bekenntnisgebundenen Wissenschaft wie der Theologie um? Kann es überhaupt Sache einer humanwissenschaftlich fundierten Praxistheorie sein, danach zu fragen, wie wichtig die Seelsorge für das Wohlbefinden alter Menschen ist?

Sowohl die Auswahl der Beiträge als auch die prominente Rolle der christlichen Seelsorge signalisieren, wovon die meisten Autoren oder Autorinnen dieses Bandes ausgehen. In unserem Kulturkreis ist für alte Menschen die *christliche Kirche* die wichtigste Ansprechpartnerin in Sachen religiöser Begleitung. In der Schweiz, in Deutschland und Österreich sind immer noch über drei Viertel der Menschen Mitglieder einer der beiden grossen Kirchen. Wie diese rein statistisch betrachtet objektive Aussage auf der subjektiven Ebene zu interpretieren ist, darüber lässt sich freilich streiten. Über die Tücken und Lücken empirischer Religionsforschung wird in den Artikeln von Uwe Sperling und Stefan Huber Erhellendes gesagt! Das Für und Wider der kirchlichen Seelsorge oder mögliche Alternativen religiöser Begleitung werden in diesem Band aber nicht diskutiert. Das war eine pragmatische Entscheidung. Sicher wäre es im Blick auf die religiösen Verhältnisse sinnvoll (womöglich in einem Folgeband) den Horizont zu weiten und die religiöse Begleitung alter Menschen, die aus anderen Religionsgemeinschaften stammen, zu thematisieren.¹

Es wäre aus diesem Grund sicherlich verkürzt, wenn sich die Religionsgerontologie allein auf die Theologie als Gesprächspartnerin zum Thema Religion verlassen wollte. Genauso problematisch wäre aber ein Verzicht auf ihre Stimme im gerontologischen Chor. Wichtig ist eine Klärung der Rollen, die – nicht nur die Theologie – sondern auch die anderen Disziplinen im interdisziplinären

¹ Auf die interreligiöse Dimension in der Seelsorge kommt C. Schneider-Harpprecht – ganz am Schluss dieses Bandes – zu sprechen.

Intensität des Sterbeprozesses spüren, die den Raum erfüllt und in den wir mit hineingenommen sind. Wir können die Würde des Sterbenden wahrnehmen und ihm bewahren. Wir können die grössere Macht, die den Atem des Neugeborenen und des Sterbenden so verwandt erscheinen lässt, und die den Sterbenden fast lockend rufen kann, so dass die dem Zimmer entrückten Augen hinter dem Schleier strahlen, wir können diese grössere Macht mit Ehrfurcht wahrnehmen und ihr vertrauensvoll Raum geben, damit der Sterbende in Geborgenheit bleiben kann bis zu dem Moment, wo er gehen darf und niemanden mehr braucht oder bei sich haben will. Das ist die grosse Herausforderung, aber auch eine bereichernde Erfahrung der Sterbegleitung.

Zum Schluss ist es die Aufgabe der Seelsorge, darauf zu achten, dass der Verstorbene einen würdigen Abschied erhält: In der Gestaltung des Sterbezimmers, in dem Abschied aus dem Haus und schliesslich in der Begleitung zum Grab.

Auch das Pflegepersonal und vor allem die Angehörigen brauchen zum Abschluss dieser Phase noch eine Begleitung, die auf die Erinnerungen hört, die Erfahrungen des Sterbens und (Wenig-)Helfen-Könnens verarbeitet, und eine Würdigung und Bearbeitung der gemeinsamen Geschichte ermöglicht, um schliesslich loslassen und sich dem Leben wieder zuwenden zu können.

«Ich habe mich selbst verloren!» Demenzerkrankung als Problem evangelischer Seelsorge

Traugott Roser

«Ich habe mich selbst verloren!» Der Satz, mit dem Auguste D. dem Münchener Psychiater Alois Alzheimer, ihre Not schilderte, stellt nicht nur eine Herausforderung an die Medizin, insbesondere die Gerontopsychiatrie dar. «Ich habe mich selbst verloren!» – das ist eine Herausforderung an protestantische Theologie, fasst sie doch die existenzielle Situation des Menschen vor Gott in Worte.

Die folgenden Überlegungen zu Demenzerkrankungen als Problem evangelischer Seelsorge gliedern sich in drei Schritte – Wahrnehmung, Reflexion und Gestaltung. Dies entspricht einem Ansatz von Praktischer Theologie, der sich in einem hermeneutischen Zirkel von der Praxis über die Theorie zurück zur Praxis bewegt, unter der Annahme, dass jegliche Praxis theoriehaltig, und das Ziel theoretischer Erwägungen nicht weniger in Praxishaltigkeit, wenn nicht gar Praxistauglichkeit besteht.

Mit der Fallschilderung von Auguste D. stellte Alois Alzheimer 1906 die Krankheit erstmals dar. Eine Fallschilderung stellt im klinischen Alltag einen narrativen Zugang zu einer Problemstellung dar, der ein tieferes Verständnis für die Situation wie auch die handelnden Akteure eröffnet. Narrativ möchte ich darum auch die Situation von Seelsorge bei Demenz erschliessen.

Nach einer theologischen Reflexion über personale Identität sollen zum Schluss Hinweise für die Gestaltung von Seelsorge gegeben werden.

1. Vorbemerkung zum Seelsorgebegriff

Mein Verständnis von Seelsorge lässt sich knapp folgendermassen beschreiben: Seelsorge in einem ganz fundamentalen Sinn bedeutet: Sorge tragen um die Teilhabe und Teilnahme am Leben in einem umfassenden Sinn.

Ich befinde mich mit dieser Bestimmung in einer gewissen Nähe zur Definition von Seelsorge, wie sie Klaus Winkler in seinem Lehrbuch «Seelsorge» von 1997 formuliert hat: «Allgemein ist Seelsorge zu verstehen als Freisetzung eines christlichen Verhaltens zur Lebensbewältigung. Im Besonderen ist Seelsorge zu verstehen als die Bearbeitung von Konflikten unter einer spezifischen Voraussetzung.» Auch Winkler richtet in seiner Bestimmung den Fokus auf den Lebensbegriff. Leben muss bewältigt werden. Seelsorge ermöglicht es, sich der

Herausforderung *«Leben»* zu stellen, sich christlich zu ihr zu verhalten, also in Orientierung am christlichen Verständnis von Leben – vom Schöpfer geschenkt, endlich und gebrochen und unter der Heilsverheissung stehend.

Mein Lebensbegriff ist etwas weiter, er integriert Biologisches, Soziales und Transzendentales: Leben vollzieht sich in Vitalfunktionen, in sozialen und ökologischen Bezügen und in der Gottesbeziehung. Teilhabe und Teilnahme sind die aktiven und passiven Elemente des Verhaltens.

Der Begriff der Sorge schliesslich zeigt, dass Grund zur Sorge besteht, weil Leben immer auch bedrohtes Leben ist, dieser Sorge aber durch Fürsorge und Vorsorge, Selbstsorge und Fremdsorge begegnet werden kann. Sorge ist angebracht beim Vorliegen einer Demenzerkrankung.

Noch offen bleibt in dieser Bestimmung, wer Seelsorge leistet und wer als Gesprächspartner der Seelsorge fungiert. Die Seelsorgetheorie hat bekanntlich Probleme mit einer begrifflichen Bestimmung des Gegenübers der professionellen Seelsorgerperson; die angebotenen Kategorien, mit Ausnahme des unschönen Begriffs *«Pastorand»* (so etwa bei Peter Held¹), entstammen jeweils einem durch eine andere Profession bestimmten Kontext: Klient, Patient oder Kunde. Hinter dem Mangel an einer genauen Bestimmung liegt möglicherweise die Einsicht, dass letzten Endes jeder Mensch sein eigener Seelsorger ist. Gerade im Zusammenhang der Seelsorge bei Demenzerkrankungen gilt es das Bewusstsein zu wahren, dass auch Menschen in einem weit fortgeschrittenen Stadium noch als Akteure der Seelsorge gelten können.

2. Wahrnehmung von Demenz

2.1. Narrative Zugänge: Herr B. und Frau F.

Ein Bericht aus der Seelsorgepraxis hält Folgendes fest: Patient B., etwa 50 Jahre alt, befindet sich auf einer palliativmedizinischen Station in S.² Er leidet an einer bösartigen Geschwulstbildung im Gehirn, einem Glioblastom. Herr B. ist verheiratet und hat drei Kinder im Schulalter. Bis vor Kurzem hat er als IT-Fachmann arbeiten können und zuhause gewohnt. Als er ins Krankenhaus kommt, sind die Symptome schon weit entwickelt: Der Patient ist örtlich desorientiert, uriniert ohne Vorwarnung im Flur und im Zimmer. Er vergisst häufig, dass und

woran er erkrankt ist. Wortfindungsstörungen nehmen schnell zu bis zum völligen Erlahmen verbaler Kommunikation.

Seelsorgegespräche sind trotz der Wortfindungsprobleme zu Beginn möglich. Einmal äussert der Patient, dass er hoffe, wieder in seinem Beruf arbeiten zu können, es bedeute ihm viel. Er erzählt auch von seiner religiösen, ja kirchlichen Einstellung.

Als ein Gespräch kaum mehr möglich ist, finden seelsorgliche Kontakte v. a. mit der Ehefrau statt. Sie widerspricht in manchem der Darstellung ihres Mannes, insbesondere zu seiner Kirchlichkeit. Sie sei froh, dass ihr Mann nun im Krankenhaus sei. Endlich müsse sie nicht mehr neben Beruf und Haushalt ihren Mann versorgen. Sie hoffe ihm wieder als *dem* Partner zu begegnen, den sie geheiratet habe. Sie berichtet von Momenten intensiver körperlicher Nähe, wo sie sich nicht nur als Gebende, sondern auch als Empfangende empfinde. Manchmal spüre sie so etwas wie ein Einverständnis, auch über das bevorstehende Abschiednehmen. Im Zimmer auf der Palliativstation schafft sich das Ehepaar einen geschützten privaten Raum. Hier kann sie mit ihm sprechen und Zärtlichkeit austauschen.

Patient B. verstirbt nach etwa drei Wochen friedlich.

Ein zweiter Bericht stammt aus der Angehörigenperspektive. Er wurde verfasst von Pastor Alex Funke, in den 70er-Jahren Leiter der von Bodelschwingh'schen Anstalten Bethel.³ Seine Ehefrau war Ärztin, eine aktive Frau, die neben ihrem Beruf auch die Regelung der Finanzen, Versorgung des Haushalts und die ärztliche Betreuung der Familie übernommen hatte.

Funke erzählt von den frühen Anzeichen der Erkrankung: den Gedächtnislücken, der Abnahme physischer Fähigkeiten und dem immer geringeren Interesse an bislang Gewohntem. Als eine Zugehfrau Teile der Haushaltarbeiten übernimmt, empfindet die Kranke dies als kränkende Verletzung: «Sich der Übermacht einer unaufhaltsamen Krankheit beugen ist das eine, das Unvermeidliche; sein eigenes Denken und Wünschen dagegen solange es geht zu behaupten, ist das andere, das Persönliche. Das erlebte sie, und wir erlebten es mit.»

Lange Zeit wehrt sie einen Arztbesuch ab: Schliesslich doch die Klarheit, «Alzheimer-Demenz» [...] Nun hatten wir die lange gesuchte oder eher gefürchtete Gewissheit. [...] Eine bedrückende Gewissheit!»

¹ P. Held, Systemische Praxis in der Seelsorge, Mainz 1998.

² Angaben zur Person anonymisiert.

³ A. Funke, Mit einer Alzheimer-Kranken leben. Ein Erfahrungsbericht, Bielefeld 1998, mit einem Vorwort von Gisela Wehner, Witwe des an der gleichen Krankheit verstorbenen Politikers Herbert Wehner.

Die Familie entscheidet sich für Pflege zuhause. Dort sucht die Kranke mal Zärtlichkeit und körperliche Nähe, hat aber auch plötzliche Gefühlsausbrüche oder weint still vor sich hin. «Wir begriffen: Sie litt unsagbar. Sie nimmt innerlich Abschied von dem Leben, das sie aktiv gestaltet hat. Sie verspürt ihre Ohnmacht. [...] Es entgleitet ihr. Nicht einmal sich dagegen aufzubäumen will ihr noch gelingen. Nur mit Tränen vermag sie anzudeuten, dass sie leidet.»

Zwei liebevolle Diakonissen kommen zweimal täglich für die pflegerischen Hilfeleistungen. Doch die Kranke begegnet ihnen mit Abwehr und Aggression. Anders gegenüber einer kleinen Gruppe von Frauen, die abwechselnd am Nachmittag kommen und Unterhaltung bringen. Auf sie reagiert die Kranke freudig.

Die Krankheit schreitet in der letzten Phase rapide voran; Kommunikation findet lediglich als körperliche statt. Das Ende kommt überraschend schnell.

Als Aufgabe einer wahrnehmenden Praktischen Theologie gilt es Vergleichbares in beiden Berichten festzuhalten. Beide Berichte, der des Seelsorgers über Herrn B. und der des Ehemanns über Frau F., enthalten Informationen zu Person, Biografie und medizinischem Zustand der Kranken. In beiden Fällen findet der grösste Teil der Krankheitszeit zuhause im privaten Raum statt. Nur einen verhältnismässig kleinen Teil der Krankheitszeit verbringen die Kranken und ihre Angehörigen in klinischen oder pflegenden Einrichtungen. Der *Ort* der Demenz ist da, wo Demente leben. Dies klingt zunächst banal, stellt aber eine Herausforderung an praktische Seelsorge dar, denn ihr Ort ist nicht primär eine gerontopsychiatrische Einrichtung, sondern die Parochie. Entsprechend begegnen in den Berichten Menschen, die zum *privaten* Umfeld gehören, die Angehörigen, und solche, die wegen der Krankheit zeitweise Zugang zum privaten Raum erhalten: die professionell Helfenden und ehrenamtlichen Besucher.

Im Blick auf die Bestimmung von Seelsorge als Sorge um die Teilnahme und Teilhabe am Leben bedeutet dies: Es geht um das Leben im privaten Raum, räumlich und sozial. Die oben bestimmte Sorge gilt dem Erhalt des Lebens im privaten Umfeld und dessen Stabilisierung.

Auffällig ist zudem, dass zum Krankheitsbild Persönlichkeitsveränderungen gehören. Sie wollen verstanden und bewältigt werden.

2.2. Was ist eine Demenzerkrankung? Symptome, Veränderungen, soziales Frühstadium

Bei ähnlichen Symptomen von Demenzerkrankungen haben wir es in den beiden Berichten dennoch mit sehr unterschiedlichen Krankheitsbildern zu tun.⁴ Prinzipiell können alle Veränderungen im Gehirn das Bild einer Demenz hervorrufen. Zwei Formen sind zu unterscheiden: primäre und sekundäre Demenzerkrankungen.

Unter den primären Demenzen stellt der Typ Alzheimer die grösste Gruppe dar, insgesamt – also unter Einrechnung von Mischformen – etwa 2/3 aller. Bei sekundären Demenzen liegt eine Grunderkrankung vor, die demenzielle Symptome verursacht: z. B. Stoffwechselerkrankungen oder Medikamentenmissbrauch. Hirntumore können ebenfalls der Grund sein. Der erste Fallbericht zu Herrn B. zählt zu dieser Demenzform. Das zugrunde liegende Krankheitsbild ist wichtig, weil damit sehr unterschiedliche Formen von Therapie und Rehabilitation verbunden sein können; manche Demenzerkrankungen sind gut behandelbar oder gar heilbar. Ich werde im Folgenden hauptsächlich auf die Alzheimer Demenz eingehen.

Eine Demenz verändert den Menschen in den kognitiven, affektiven und pragmatischen Fähigkeiten. Logisches Denken, Wissen, Anpassungsfähigkeit an neue Situationen werden beeinträchtigt, ebenso Orientierungs-, Urteils- und Sprachfähigkeit. Die Verrichtung der bislang gewohnten Alltagspraxis fällt zunehmend schwer: Waschen, Anziehen oder Kochen. Die Betroffenen können aggressiv oder enthemmt, depressiv oder in ihrer Stimmung sprunghaft werden.

Die Beeinträchtigungen werden in einem frühen Stadium bewusst erlebt, was oftmals mit depressiven Zuständen und einem existenziellen Leiden verbunden ist. Im weiteren Verlauf werden auftretende Alltagsprobleme durch Routinen gelöst, die sich in früheren Lebensphasen entwickelt haben. So kommt es zu dem Phänomen, dass eine Alzheimerpatientin beim Einkaufen im Laden sich nicht mehr erinnert, was sie kaufen wollte – und deshalb das kauft, was ihr in früheren Zeiten grundsätzlich plausibel schien: Kaffee. Im Vorratschrank stapeln sich jedes Mal ein paar Päckchen mehr.⁵ Die aktive Teilnahme am Leben wird aufrechterhalten. Dieses Leben findet aber in zunehmendem Mass in

⁴ Vgl. im Folgenden: R. Perneczky, A. Danek, H. Förstl: Frühdiagnostik der Demenz. Alzheimer-Krankheit und Demenz, in: H. Aldebert (Hg): Demenz verändert. Hintergründe erfassen – Deutungen finden – Leben gestalten, Hamburg 2006, S. 53–62; vgl. auch Thomas Wetterling, Gerontopsychiatrie. Ein Leitfaden zur Diagnostik und Therapie, Berlin et al. 2001.

⁵ Das Beispiel entstammt der Arbeitshilfe von J. Becker, «Gell, heut geht's wieder auf die Rennbahn». Die Handlungslogik dementer Menschen wahrnehmen und verstehen, Darmstadt 2000, S. 9f.

einer Vergangenheit statt, die dem sorgenden Umfeld nicht zugänglich ist. Sorge um die Teilhabe am Leben heißt hier, nach Verständigung über *das Leben* suchen, in dem ein Demenzkranker sich gerade befindet.

Demenzen entwickeln sich in verschiedenen Krankheitsphasen. Nur die erste will ich hier benennen: Eine soziologische Arbeitsgruppe der Fachhochschule Frankfurt beschreibt das «soziale Frühstadium», nicht identisch mit der ersten Stufe einer diagnostizierten Erkrankung.⁶ Nach der Diagnosestellung beginnen die Angehörigen, lange zurückliegende «erste Anzeichen» der Erkrankung als Frühstadium zu rekonstruieren.

Anfangs werden Störungen noch «neutralisiert» und alltagstheoretisch erklärt; zunehmend werden sie skeptisch registriert; bald beginnt man Symptome zu erklären (Phase 3). Während der Phasen 4 und 5 durchlaufen die Patienten ärztliche Untersuchungen. Diese beiden Phasen des sozialen Frühstadiums sind für die Frage nach Seelsorge bei Demenzerkrankung deshalb so wichtig, weil es in diesem Zeitraum zu einer Neuordnung des Lebens («Umbauen») kommt und dabei auch zu einem Sortieren der Sozialkontakte. Auch Sozialkontakte in den Kirchengemeinden werden daraufhin überprüft, ob sie sich als unterstützend oder als frustrierend erweisen. Manche Sozialkontakte werden abgebrochen; in gemeindlichen Gottesdiensten tauchen früher stets anwesende Betroffene nicht mehr auf, wenn sie die Gottesdienstfeier als frustrierend erleben.

Schliesslich wird Unterstützung von aussen zugelassen und gesucht. Kranke und Angehörige erleben diese Zeit als anstrengend. Kein Wunder: «In diesem Prozess erodiert die bisherige soziale Identität des Erkrankten. Die vielfältigen Zuschreibungen konstituieren ihn schliesslich als neue soziale Person» (ebd. S. 32).

Religiosität spielt eine grosse Rolle für das *Coping* bei gesundheitlichen Problemen im Alter. Martina Hirzel-Will hat bei ihren Untersuchungen zu Suizidalität im Alter herausgefunden, dass «alte Menschen bei schwierigen Lebensfragen eher den Rat eines Geistlichen als den eines Arztes oder Psychologen suchen würden»⁷. Die Herausforderung Demenz für die Seelsorge besteht damit zunächst einmal in der Erwartung Betroffener an die Seelsorgepersonen! Die Betroffenen entscheiden, ob sie einer Vertreterin kirchlicher Seelsorge die Teil-

nahme am neu zu sortierenden Leben unter den Bedingungen der Krankheit gewähren und ob sie von ihr erwarten, dass ihre Fürsorge als hilfreich und verlässlich empfunden wird.

Auf der Ebene der Wahrnehmung zeichnet sich also ab, dass der Demenzkranke Akteur der Seelsorge bleibt und angesichts der Veränderungen seiner Befindlichkeit die Zugänge anderer Akteure zu seiner privaten Lebenswelt ordnend begrenzt.

3. Theologische Reflexion

Theologische Reflexion bedarf des Beitrags aller theologischen Disziplinen. Ich will nur ein paar Fährten andeuten, auf denen es lohnend wäre, die bisherige Beschreibung zu deuten.

Eine historische Fährte verfolge ich mit Michel Foucault (1926–1984): Er hat in «Wahnsinn und Gesellschaft»⁸ beschrieben, welchen Behandlungen Menschen mit mentalen Störungen in der Zeit der französischen Klassik ausgesetzt waren. Einige seiner Beschreibungen sind auch für heute noch erhellend: Seit dem 17. Jahrhundert wurde die Gruppe der Demenzerkrankungen zwar als eigenständig erkannt, aber dennoch als diejenige Geisteskrankheit beschrieben, «die dem Wesen des Wahnsinns am nächsten bleibt, [...] in allem, was er an Negativem haben kann [...]: Unordnung, Dekomposition des Denkens, Irrtum, Illusion, Nicht-Vernunft und Nicht-Wahrheit» (ebd. S. 256).

Kranke wurden objektiviert, aus der Distanz betrachtet, und das durchaus durch Gitterstäbe hindurch «unter den Augen einer Vernunft, die keine Verwandtschaft mehr mit ihm [dem Kranken] hat und sich nicht mehr durch zu grosse Ähnlichkeit kompromittiert fühlen muss» (ebd. S. 142). Der «Wahnsinnige» gibt in dieser Perspektive ein «Bild der Animalität» ab und kann «unschädlich» gemacht werden.

Heutige Sprachspiele stehen in dieser Tradition – etwa wenn im Gefolge des australischen Ethikers Peter Singer die Personwürde an kognitiven Kriterien festgemacht wird.⁹ Wenn Dementen der Zugang zu den Leistungen der übli-

⁶ Vgl. M. Langehennig, Das «soziale Frühstadium» der Alzheimer Krankheit als kritische Wegstrecke der Krankheitsbewältigung, in: Aldebert (Hg.), 2006, a.a.O., S. 21–52. Die Studie wurde mittels qualitativer Interviews mit pflegenden Angehörigen (n=45) durchgeführt. Die Analyse der Interviews ergab eine Entwicklung in fünf Phasen: Neutralisieren, Innehalten, Erklären, Umbauen und Unterstützung suchen.

⁷ M. Hirzel-Will, Suizidalität im Alter. Individuelles Schicksal und soziales Phänomen, Bern et al. 2002 (Psychoanalyse im Dialog, Bd. 11), S. 172ff.

⁸ M. Foucault, Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft, Frankfurt a. M. 1996 (Franz.: Histoire de la folie, Paris 1961).

⁹ Vgl. etwa P. Singer, Leben und Tod. Der Zusammenbruch der traditionalen Ethik, Erlangen 1998; H. Kuhse, Die «Heiligkeit des Lebens» in der Medizin. Eine philosophische Kritik, Erlangen 1994, S. 262ff. Singer geht es primär darum, nichtmenschlichen Lebewesen Personstatus zuzusprechen, die über entsprechende intellektuelle Fähigkeiten und Bewusstseinszustände zu verfügen scheinen. Sein Interesse ist es weniger,

chen Gesundheitsversorgung verwehrt wird, ist dies eine Fortsetzung alter Inhumanität.

3.1. Person in theologischem Verständnis: Wer verbürgt das biografische Selbst?

Ein zentrales Problem für Demenzerkrankungen ist die Frage, ob die Person trotz der Veränderungen noch mit sich selbst identisch ist. Der Beitrag der protestantisch-theologischen Anthropologie liegt dabei meines Erachtens vor allem in einem relationalen Verständnis von Person.¹⁰ Schon in seiner Begriffsgeschichte ist «Person-Sein» sozial konstituiert. Er entstammt ursprünglich der antiken Theaterwelt, wo «Prosopon» die Theatermaske bezeichnet, das Medium, über das ein Schauspieler kommuniziert.

Das relationale Personverständnis blieb erhalten, als der Personbegriff im Christentum auf die Trinität angewandt wurde – Vater, Sohn und Heiliger Geist. Die drei Personen der Trinität sind durch Beziehungen untereinander bestimmt: Es geht um ein «Füreinandersein», wie Eilert Herms schreibt. Wenn der Personbegriff auf den Menschen angewandt wird, wird das Selbst-Verhältnis wichtig als Frage nach der personalen Identität, auch über die Zeit hinweg.

Wolfhard Pannenberg schreibt über die zeitliche Perspektive: «In der Person kommt das Ganze des individuellen Lebens zu gegenwärtiger Erscheinung. [...] Person ist die Gegenwart des Selbst im Augenblick des Ich» (ebd. S. 233).

Der Neurologe Antonio R. Damasio hat in seiner Forschung den Zusammenhang zwischen gegenwärtiger Erscheinung des Selbst und biografischem Ganzen differenziert.¹¹

Er unterscheidet zwei Formen des Bewusstseins und des Selbst: das «Kernbewusstsein» und das «ausgedehnte Bewusstsein», das «Kernselbst» und das «biografische Selbst». Ersteres, das Kernbewusstsein, sei eng mit dem Kurzzeit-

einer Gruppe von Kranken den Personstatus abzuerkennen, um sie damit für Tötung oder unmenschliche Behandlung zugänglich zu machen. Dies zeigt Singers Hinweis, auch das Umfeld des Kranken zu berücksichtigen. Allerdings kann seine Festlegung einer Unterscheidungsgrenze nicht vom Verdacht einer Diskriminierung freigesprochen werden.

¹⁰ Vgl. zum Folgenden: W. Pannenberg, Anthropologie in theologischer Perspektive, Göttingen 1983; E. Herms, Art. «Person», in: RGG⁴ VI, Sp. 1123; C. Gill, Personality in Greek Epic, Tragedy and Philosophy: The Self in Dialogue. Oxford (reprint) 1998; H. Schmidinger, Der Mensch ist Person: Ein christliches Prinzip in theologischer und philosophischer Sicht, Innsbruck, Wien 1994, insb. S. 89ff.

¹¹ Vgl. zum Folgenden A. R. Damasio, Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins, München 2002.

gedächtnis und der Emotion des Jetzt verknüpft: das kurze Gefühl des Selbst im gegenwärtigen Moment – das «Kernselbst». Es sei über die gesamte Lebensspanne eines Organismus stabil, aber pulsierend, weil beständig aktualisiert ohne inhaltlichen Zusammenhang zwischen den einzelnen Aggregatzuständen.

Das «ausgedehnte Bewusstsein» verleihe dem Individuum Identität, ein Bewusstsein für Vergangenheit, Zukunft und die Welt, in der es lebe. Das «ausgedehnte Bewusstsein» formt autobiografische Erinnerung. Neurologische Schädigungen betreffen nur das «ausgedehnte Bewusstsein». Äusserungen von Patienten in einem späten Stadium der Erkrankung entstammen meist einem «Kernbewusstsein» ohne inhaltliche Bindung an das ausgedehnte Bewusstsein des «autobiografischen Selbst».

Ich wage die These, dass der Beitrag einer protestantischen Anthropologie gerade im relationalen Verständnis der Person besteht: Wo Hirnschädigungen das autobiografische Selbst zerstören, gewährleisten die relationalen Bezüge den Status als Person. Die Bezugspersonen sorgen dafür, dass Herr B., Frau F. und Auguste D. auch in Momenten völliger Selbstverlorenheit unverwechselbar sie selbst sind. Letztendlich sorgt Gott dafür.

3.2. Fragmentarität – Jede Person ist eine Ruine des Vergangenen und Bauplan des Kommenden

Der Marburger Praktische Theologe Henning Luther hat all dies durch den Begriff des Fragments präzisiert: Menschliches Dasein ist immer nur fragmentarisch.¹²

Luther schreibt: «Blickt man auf [...] menschliches Leben insgesamt, d. h. sowohl in seiner zeitlichen Erstreckung als auch in seiner inhaltlichen Breite, so scheint mir einzig der Begriff des Fragments als angemessene Beschreibung legitim.» «Der Begriff des Fragments entstammt dem ästhetischen Vorstellungsrahmen [...] Fragmente lassen Ganzheit suchen, die sie selber nicht bieten und finden lassen.» Ein Mensch ist niemals ganz, sondern immer nur ein Bruchstück dessen, was er war. Ein Mensch verwirklicht nur einen Teil seiner Möglichkeiten und ist damit ein Bruchstück dessen, was sein könnte oder sein wird.

Aber auch im Bruchstück steckt schon immer der Verweis auf das Ganze: «Im Fragment ist die Ganzheit gerade als Abwesende auch anwesend.» Was dies bedeutet, kann mit einer ästhetischen Referenz verdeutlicht werden, der Geschichte des Wiederaufbaus der Dresdner Frauenkirche. Gerade am Prozess des

¹² Vgl. H. Luther, Identität und Fragment. Praktisch-theologische Überlegungen zur Unabschliessbarkeit von Bildungsprozessen, in: Theologia Practica 20 (1985), S. 317–338; zitiert nach dem Abdruck in: ders., Religion und Alltag 1992, S. 160–182.

Bewahrens der Ruine, der Bruchstücke des Sakralbaus als Speicher sozialen Gedächtnisses und der ungeahnten Initiative von Privatleuten und Bürgerschaft zu ihrem Wiederaufbau erweist sich der wirkmächtige Zusammenhang von erinnerter Vergangenheit und ersehnter Ganzheit beim Anblick des nur Fragmentarischen. Der Anblick der Ruine hält das Bild des Ganzen wach, das in sich Vergangenes und potenziell Künftiges einschliesst: Das Ganze liegt im Blick des Betrachters. Diese Beschreibungen sind auch für Menschen gültig, wohlgemerkt generell gültig für alle Menschen. Die Gruppe der an einer Demenzerkrankung Leidenden stellt damit keine Ausnahme von der Regel dar; in ihrem Fall werden die Beschreibungen nur besonders konkret.

3.3. Leib und Person

Ein letzter Punkt sei nur äusserst knapp angeschnitten: Leiblichkeit als eine grundlegende Dimension des Menschseins spielte auch in den Berichten von Herrn B. und Frau F. eine grosse Rolle. Wenn krankheitsbedingt alle anderen Ebenen der Kommunikation ausfielen, so war es doch der Körper, der bis zuletzt eine Interaktion zwischen Krankem und bedeutsamem Anderen ermöglichte. Der Leib des Menschen hat nach Hilarion Petzold, dem Begründer der integrativen Gestalttherapie, zentrale Bedeutung für die Person. Der Leib ist eine der fünf Säulen menschlicher Identität (1. Leib, 2. soziales Netzwerk, 3. Arbeit und Leistung, 4. materielle Sicherheiten, 5. Werte).¹³ Durch die Mehrdimensionalität der fünf Aspekte ist es möglich, den Leib als soziale und kommunikative Verankerung des Körpers in der intersubjektiven Welt zu verstehen. In den Berichten war die körperliche Kontaktnahme – vom Beobachten des Weinen bis zum Austausch von Zärtlichkeit – der Austausch zwischen Personen mit unendlicher Würde. Seelsorge ist darum wesenhaft auch Leibsorge, etwa in der Eröffnung geschützter privater Räume, in denen die Leibsorge für den Fortbestand der Teilnahme und Teilhabe am gemeinsamen Leben sorgt.

4. Demenz als seelsorgliche Gestaltungsaufgabe

Kirchengemeinden haben in den Handlungsfeldern Seelsorge, Diakonie und Erwachsenenbildung mit Demenz zu tun. Rein statistisch betrachtet kommen

¹³ Vgl. dazu C. Schneider-Harpprecht, Leib-Sorge? Die Wiederentdeckung des Leibes in der Seelsorge, in: C. Schneider-Harpprecht, S. Allwinn (Hg.), *Psychosoziale Dienste und Seelsorge* 2005, S. 202–222.

auf eine Kirchengemeinde in einer Grössenordnung von 4000 Gemeindegliedern etwa 50 Demenzpatienten im klinischen Stadium plus ihre Angehörigen.

«In der Alltagsseelsorge»¹⁴ bei Besuchen zuhause oder in Altenpflegeeinrichtungen müssen Haupt- und Ehrenamtliche in ihrer Wahrnehmung geschult sein. Sie sollten Veränderungen bisheriger Verhaltensmuster aufmerksam registrieren. Bei vorsichtigen Andeutungen von Befürchtungen einer Demenzerkrankung, etwa in Bemerkungen der Besuchten und ihrer Angehörigen, sollten Seelsorgepersonen niemals abwiegeln, weil die betroffenen Familien intuitiv die künftige Zuverlässigkeit der Seelsorge prüfen. Es gehört zu den oben beschriebenen Verhaltensweisen des sozialen Frühstadiums einer Demenzerkrankung. Vielmehr sollte gegebenenfalls auf Information und Möglichkeiten zur Unterstützung aufmerksam gemacht werden.

Wichtig sind aktive Impulse zum Erzählen und Vergegenwärtigen der Person. Biografische Arbeit ist der Kern seelsorglicher Arbeit bei Demenzerkrankungen – nicht nur als autobiografisches Erzählen, sondern auch, indem die Angehörigen die z. T. gemeinsame Lebensgeschichte erzählen – und Seelsorgepersonen die Erzählperspektive des Glaubens einbringen.¹⁵ Die «Eröffnung von Erzählraum» würdigt die spezifische, unverwechselbare Person an einem bestimmten Ort, zu einer bestimmten Zeit.¹⁶

Angesichts der abnehmenden Möglichkeiten zu kommunizieren ist es wichtig, kreative Erzählweisen zu entwickeln. Ein Beispiel dafür ist die «Photographische Kurzbiographie»:

Der Neurologe Stefan Lorenzl¹⁷ hat beschrieben, wie schwierig es für Ärzte und Pflege ist, sich bei einer fortgeschrittenen Erkrankung ein Bild von der Persönlichkeit eines Demenzkranken zu machen. Wenn die Sprachfähigkeit abhanden gekommen ist und auch der mimische Ausdruck von Emotionen einer maskenhaften Starrheit weicht, wird persönliche Kommunikation und fürsorgliche Kontaktaufnahme schwierig. Hier helfen Bilder¹⁸:

¹⁴ E. Hauschildt, Alltagsseelsorge. Eine sozio-linguistische Analyse des pastoralen Geburtstagsbesuches, Göttingen 1995.

¹⁵ Vgl. hierzu den Beitrag von M. Lachmann, Praktische Theologie des Perspektivwechsel, in: WzM 58 (2006), S. 256ff.

¹⁶ W. Drechsel, Lebensgeschichte und Lebens-Geschichten. Zugänge zur Seelsorge aus biografischer Perspektive, Gütersloh 2002, S. 343.

¹⁷ S. Lorenzl, Photographische Kurzbiographie. Expression erlebter Emotionen, in: Aldebert (Hg.), 2006, a.a.O., S. 79–88.

¹⁸ Grafik aus Lorenzl, 2006, a.a.O.



Fotos aus zentralen Lebensphasen zeigen Demenzkranke nicht nur in besseren Zeiten. Sie geben Einblick in den früher differenzierten mimischen Ausdruck von Gefühlen und bilden damit eine Brücke zur Persönlichkeit des Patienten. Die Kurzbiografie speichert ein «komplexes Bild» der Person, gerade dann, wenn sie durch den Patienten selbst zusammengestellt wurde.

Es könnte ein Element einer seelsorglich ausgerichteten Erwachsenenbildung sein, an einer solchen fotografischen Kurzbiografie zu arbeiten. Ein solcher bildhafter Erinnerungsspeicher könnte der Klinik- und Altenheimseelsorge viele Impulse geben. Denn jede Form spiritueller Begleitung wird sich an der Biografie des Gegenübers, vielleicht auch der Familienbiografie von Patient und Angehörigen orientieren.

Seelsorge wird insgesamt das Ziel verfolgen, die sozialen Konstitutionsbedingungen der Person zu stärken, einschliesslich der Gottesbeziehung. Dies vollzieht sich durch Gespräche im Privatraum, durch ethische Beratung und geistlich-rituelle Begleitung auch der Angehörigen. Sie leistet einen Beitrag dazu, dass der betroffene Patient Lebenskraft findet in Übereinstimmungen mit den Glaubensvorstellungen, die sich im Laufe des Lebens als tragfähig erwiesen haben.

Abschliessend seien vier Leitfragen genannt, die die spirituelle Perspektive als Dimension ins multiprofessionelle Betreuungskonzept einbringt.

- *Welche Lebens-Bereiche sind für einen Patienten besonders wichtig?* Die Einblicke in die Biografie erzählen von Verschiebungen in der Wertigkeit von Lebensbereichen. Was ist aktuell wichtig?
- *Inwiefern beeinträchtigt der Krankheitsprogress diese Lebensbereiche?* Wie bei jeder chronischen Erkrankung ist dies mit Trauer verbunden. Dies gilt insbesondere für das Leben als Paar und Familie. Worin besteht die Beeinträchtigung?
- *Wie deutet der Patient, der Angehörige die aktuelle Situation?* Gibt es Anhaltspunkte für eine religiöse Deutung, etwa als Gericht oder als schicksalhaften Lauf der Dinge? Helfen diese zur Lebensbewältigung?
- *Welche spirituellen Ressourcen zur Bewältigung der aktuellen Lebenssituation sind vorhanden?* Die religiöse Sozialisation der betroffenen Person ist unter Umständen ein Aktivposten. Die Vertrautheit mit sinnlichen Elementen religiöser Rituale – Gesten, Gerüche, Gesang und Berührung – ist eine leibliche Ressource – nichts, was man als Seelsorgerin mitbringt, sondern etwas, was man beim Kranken vorfindet.

Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen wird in Zukunft deutlich zunehmen. Als Seelsorgerinnen und Seelsorger werden wir uns über das bisherige Mass hinaus vernetzen müssen: Mit allen Professionen in Behandlung, Begleitung und Beratung. Wir werden uns aber auch besser als bisher vernetzen müssen zwischen gemeindlicher Seelsorge und Seelsorge in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen.

Dies ist im Interesse der Betroffenen! Ich wünschte mir, dass Auguste D.s Satz «Ich habe mich selbst verloren» eine Antwort erhalten hätte, die sich aus der Biografie Gottes mit dem Menschen speist: Wer sich verliert, der wird gefunden werden. Niemand geht auf ewig verloren.