

## **Inhalt**

1. Mein Zugang.....	2
2. Die Einrichtung.....	3
3. Demenz: Eine kurze medizinische und psychologische Orientierung.....	4
3.1 Medizinische Eckdaten .....	4
3.1.1 Alzheimer.....	4
3.1.2 Die zerebrovaskuläre Demenz .....	5
3.2 Stadien der Demenz vom Typ Alzheimer nach Naomi Feil .....	5
4. Zwei Schlaglichter der Seelsorge mit altersverwirrten Menschen: Die Methode der „Validation“ nach Naomi Feil und die „Multidimensionale Seelsorge“ nach Mirjam und Ruben Zimmermann .....	7
4.1 Validation.....	7
4.2 Multidimensionale Seelsorge.....	10
5. „Freut euch mit den Fröhlichen und weint mit den Weinenden!“ Biblische Orientierung im Licht der Rechtfertigungslehre.....	12
6. Frau H. und meine Besuche bei ihr in thematischer Schwerpunktsetzung.....	14
6.1 Biographische Daten und erste äußere Eindrücke von Frau H. ....	14
6.2 Die Liebe anziehen: Meine Voraussetzungen und der Versuch einer zugewandten Haltung.....	15
6.3 Der Angst ins Auge sehen: Eigene Betroffenheiten und Denkanstöße .....	17
6.4 Heimatverlust und räumliche Desorientierung .....	19
6.5 Auf der Reise begleiten – Das Heute zeigen: Mein Umgang mit Zeitverwirrung .....	24
6.6 Berührungen.....	25
6.7 Gefährliches Erinnern .....	26
6.8 Die Trauer des eigenen Verfalls .....	28
7. Fazit.....	29
8. Literatur.....	31

# 1. Mein Zugang

Als wir im Rahmen des Lehrvikariats mit einem Projekt im Fach Seelsorge beauftragt wurden, fiel meine Entscheidung aus spezifischen Gründen schnell auf ein Projekt im Kontext der Seniorenarbeit. Zum einen gehört die Arbeit mit Senioren zu den Schwerpunkten meiner Ausbildungsgemeinde. Während in unserer Nachbargemeinde das bezirkswerte Angebot der Evangelischen Erwachsenenbildung „Die jungen Alten“ floriert, ist die Seniorenarbeit in meiner Ausbildungsgemeinde auf die „alten Alten“ fokussiert, auf Senioren, die keine erwachsenenbildnerischen Veranstaltungen mehr besuchen können, oder es niemals wollten.<sup>1</sup>

Zum anderen habe ich schon während meines Studiums den Kontakt mit Menschen in einer stationären Einrichtung der Altenpflege gesucht. In Leipzig, wo ich mein Grundstudium absolvierte, grenzte ein Pflegeheim direkt an die theologische Fakultät an. Es war eine alte Tradition, dass Studentinnen der Fakultät an einem feststehenden Wochentag zu einer „Singestunde“ in das Altenheim kamen und eine Stunde mit Vorlesen und Singen gestalteten. Ich schloss mich dieser Gruppe an. Das Altenheim und die dort verbrachten Stunden hinterließen bei mir einen tiefen Eindruck. Hier wurde der Grundstein gelegt für mein Interesse an der Arbeit mit alten Menschen.

Als ich im vergangenen Oktober verstärkt Geburtstagsbesuche machte, besuchte ich auch regelmäßig BewohnerInnen des auf dem Gebiet meiner Ausbildungsgemeinde gelegenen Alten- und Pflegeheims „Markgrafenstift“ (MGS). Mitte Oktober besuchte ich dort eine Dame auf der Pflegestation zum Geburtstag. Die Dame war dement. Ihr Kurzzeitgedächtnis war quasi nicht existent. Über ihre Herkunft und Heimat, ihre Familie und ihr früheres Leben konnte man sich aber noch gut mit ihr unterhalten, wenn auch hier deutlich zu spüren war, dass ihr die Zusammenhänge ihres Lebens zuweilen durcheinander gerieten. Trotz des anfänglichen Misstrauens auf Seiten der

---

<sup>1</sup> Die Bezeichnungen „die jungen Alten“ und „die alten Alten“ implizieren somit nicht allein Alters-, sondern auch Milieuunterschiede. Ein 75-jähriger kann sowohl potentiell zu den „jungen“ als auch zu den „alten Alten“ gezählt werden. „Jung“ und „alt“ chiffrieren in diesem Sinne Umstände der Bildung, der Lebens- und Weltdeutung sowie der Mentalität und Herkunft. Der Begriff der „alten Alten“ findet sich auch im Titel der amerikanischen Originalausgabe von Naomi Feils Buch „Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen“, München 2000. Er lautet „Validation – The Feil Method. How to help the Old-Old“.

Frau bemerkte ich bei diesem Besuch wie selten zuvor einen großen Wunsch nach Kontakt.

Bei einem Altenheimgottesdienst im Advent, den ich machte, sah ich sie wieder. Am Ausgang des Gottesdienstraums verabschiedete ich sie. Auf ihre Frage, ob wir uns kennen, erzählte ich ihr, dass ich sie zu ihrem Geburtstag besucht hatte und dass wir uns über ihre Heimat in der Lüneburger Heide unterhalten hatten. Daraufhin traten Tränen in ihre Augen. Sie weinte leise, als es um ihre Herkunft ging. Ich nahm ihre Hand und sie beruhigte sich sofort wieder. Wieder wurde mir ihre positive Reaktion auf Kontakt, auch Körperkontakt deutlich.

Ich besuchte Frau H. daraufhin über einen Zeitraum von 6 Wochen regelmäßig einmal pro Woche. Meine Besuche fanden meist im Aufenthaltsraum der Pflegestation des MGS statt und dauerten ca. 25-40 Minuten.

## **2. Die Einrichtung**

Zu Beginn meines Projekts machte ich einen Termin mit der Leiterin der Einrichtung, um sie über meine regelmäßigen Besuche zu informieren. Von ihr, wie auch von den Pflegerinnen wurde mein Projekt sehr freundlich aufgenommen. An Äußerungen wie „Das ist schön, dass sie das machen“, „Da freut sich die Frau H.“ u.ä. bemerkte ich die persönliche Involviertheit in das Geschick der BewohnerInnen des MGS. Das MGS ist eine dreistufige Einrichtung der Karl Friedrich-, Leopold- und Sophien-Stiftung. Im Sinne einer Seniorenresidenz können Menschen, die noch gut alleine zurecht kommen, hier Appartements mieten. Insgesamt gibt es 64 Appartements. Im betreuten Wohnen können Senioren mit leichter Pflegebedürftigkeit immer noch so unabhängig wie möglich wohnen.

Die Pflegestation versorgt ca. 30 Menschen in vollstationärer Pflege. Häufig haben die BewohnerInnen der Pflegestation schon lange im MGS gelebt, die meisten kamen als noch selbständige/r BewohnerIn und lebten in einem der Appartements. So müssen sie nicht in ein neues Heim, wenn sie zu einem Pflegefall werden.

Ich habe das MGS als lebendige Einrichtung erlebt. Die BewohnerInnen können ein vielfältiges Angebot an Freizeitgestaltung und Aktivierung wahrnehmen. Es gibt eine Bibliothek, einen Fitnessraum, Tanzabende, Ausflüge, Musikstunden. Die Mitarbeiterinnen der Pflegestation erlebte ich als sehr engagiert, kompetent und

empathisch. Zugleich wurde mir deutlich, wie beansprucht das Personal im Bereich stationärer Pflege ist. Immer unter Druck, die diffuse Bedürfnislage der BewohnerInnen zu befriedigen, immer in Bewegung, immer hilfsbereit. Manchmal konnte ich spüren, dass seelsorglicher Einsatz nicht nur in Bezug auf die BewohnerInnen gefragt wäre. Die Beanspruchungen des Arbeitsalltags einer Altenpflegerin sind groß, und manche fühlten sich mir gegenüber unter Erklärungsnot, wenn sie nicht sofort auf das ein oder andere Bedürfnis eingehen konnten. Ich empfand es als meinen kleinen seelsorgerischen Auftrag am Personal, meine Wertschätzung der hier geleisteten Arbeit auszudrücken.

### **3. Demenz: Eine kurze medizinische und psychologische Orientierung**

„Demenz ist ein Überbegriff für Leistungseinbußen und Verhaltensstörungen. Es handelt sich dabei um ständig fortschreitende (chronisch progrediente), hirnorganisch verursachte Syndrome mit schweren bis schwersten Gedächtnisstörungen.“<sup>2</sup>

Man unterscheidet verschiedene Arten der Demenz. Zwei davon stelle ich vor, da sie am ehesten auf Frau H. zutreffen.<sup>3</sup>

#### ***3.1 Medizinische Eckdaten***

##### **3.1.1 Alzheimer**

Die senile Demenz Typ Alzheimer ist mit 60% die häufigste Demenzart. Sie „ist ein langsam fortschreitender neurodegenerativer Prozess“.<sup>4</sup> Gewebeveränderungen im Gehirn führen zur Zerstörung von Nervenzellengewebe und zum Abbau der Kerngebiete bestimmter Transmitter. Zusätzlich bilden sich Ablagerungen im Gehirn. Das Schema von Informationserhalt und Reizen wird dadurch gestört.

---

<sup>2</sup> Regine Keetmann, Urte Bejick: Verwirrte alte Menschen seelsorglich begleiten, in: Susanne Kobler-von Komorowski, Heinz Schmidt, Seelsorge im Alter, Herausforderungen für den Pflegealltag, Heidelberg 2005, 124.

<sup>3</sup> An welchem Typ der Demenz Frau H. leidet, weiß ich nicht.

<sup>4</sup> Ebd., 125.

Man unterscheidet zwischen präsenilen (ca. vor dem 65. Lebensjahr) und senilen (im höheren Lebensalter) Prozessen. Präsenile Demenzen sind auf eine Mutation bestimmter Gene zurückzuführen. Die senile Demenz lässt sich weniger auf genetische Ursachen und vielmehr auf „Stoffwechselprozesse, lebensgeschichtlich bedingte Verarbeitungsprozesse, Depression und mangelnde Stressbewältigung“<sup>5</sup> als maßgebliche Faktoren zurückführen.

### **3.1.2 Die zerebrovaskuläre Demenz**

„Bei der zerebrovaskulären [die Blutgefäße des Gehirns betreffenden, A.H.K.] Demenz handelt es sich um Gefäßerkrankungen unterschiedlichster Art, die kognitive Störungen bis zum dementiellen Prozess hervorrufen können.“<sup>6</sup> Meist führt eine Verdickung „der kleinsten Arterienzweige, die die tiefsten Regionen des Gehirns versorgen“<sup>7</sup> zu einer vaskulären Demenz. Die Krankheit verläuft episodisch. Die Episoden, die sich in Wahrnehmungsstörungen, Aggressivität, Orientierungslosigkeit oder Unruhe zeigen, dauern Stunden oder Tage, und hinterlassen keinerlei Erinnerung an den Einbruch. Dies führt bei Betroffenen häufig zu Depressionen, da sie sich nach solchen episodischen Einbrüchen der Selbstkontrolle entmächtigt fühlen. Die Betroffenen erleiden keinen so starken Persönlichkeitsverlust wie beim Typ Alzheimer, jedoch verlieren auch sie mit der Zeit unter Umständen bei guter körperlicher Konstitution vollkommen die Orientierung.

### ***3.2 Stadien der Demenz vom Typ Alzheimer nach Naomi Feil***

Die amerikanisch-deutsche Sozialwissenschaftlerin und Spezialistin auf dem Gebiet der Gruppenarbeit mit alten Menschen Naomi Feil unterscheidet vier Stadien der Desorientierung. Im ersten Stadium, dem Stadium der mangelhaften Orientierung, können die erkrankten Menschen oft noch selbständig leben. Die Krankheit zeigt sich zunächst in „natürlichen“ Symptomen wie Vergesslichkeit und „Schusseligkeit“. Die

---

<sup>5</sup> Ebd.

<sup>6</sup> Ebd.

<sup>7</sup> Ebd.

Betroffenen bemerken ihre Defizite und finden zahlreiche Möglichkeiten der Kompensation. Sie verwenden viel Kraft darauf, die Fassade aufrecht zu erhalten.

Das zweite Stadium ist das der Zeitverwirrtheit. Es ist gekennzeichnet durch „zunehmendes Schwinden des Seh-, Hör- und Bewegungsvermögens, des Tast-, Geschmacks- und Geruchssinns sowie der kognitiven Fähigkeiten.“<sup>8</sup> Die anfangs noch aufrecht erhaltene Fassade zeigt Einbrüche, Kurzzeitgedächtnis, Merkfähigkeit und Konzentration lassen erheblich nach. Die Realität entgleitet den Betroffenen und immer öfter reisen sie in die Vergangenheit. Die gelebte Zeit wird zu einem Geschichtenraum, in dem man sich durch Nachspüren und affektives Fühlen verliert. Das Kurzzeitgedächtnis nimmt ab, dafür werden Erinnerungen insbesondere aus der Kindheit wach. Zeitverwirrte Menschen sind oft räumlich desorientiert, haben einen veränderten Schlaf-Wach-Rhythmus, werden „körperlich und gefühlsmäßig inkontinent“.<sup>9</sup> Wortfindungsstörungen und Handfertigungsstörungen treten auf, eigene Wortschöpfungen werden geäußert. Nicht mehr die Kognition, sondern elementare Gefühle bestimmen den Lebensvollzug: Liebe, Hass, Trauer, Angst.

Im dritten Stadium der sich wiederholenden Bewegungen verlieren die Betroffenen zunehmend die Kontrolle über ihren Körper. Die sprachlichen Fähigkeiten nehmen weiter ab. Oft können keine zusammenhängenden Sätze mehr gesprochen werden, aber noch altbekannte Lieder gesungen werden. Der/die Betroffene kehrt zu frühen Sprachformen zurück. Sich wiederholende Geräusche (Summen, Schnalzen, Stöhnen) und Bewegungen (Zeitungen klein reißen, klopfen, sich wiegen, trommeln) nehmen zu.<sup>10</sup> In diesem Stadium brechen auch lebenslang verborgene Gefühle heraus, sexuelle Wünsche, Schuldgefühle, Beklemmung und Beengtheitsgefühle.

Das vierte Stadium der Demenz führt schließlich zu einem völligen Verlust der Mobilität. Die Glieder werden starr oder von schmerzhaften Spastiken befallen. Die Angehörigen werden nicht mehr erkannt. Es werden kaum noch oder keine Reaktionen mehr gezeigt, kein Blickkontakt mehr gehalten.

---

<sup>8</sup> Feil, Validation, 54.

<sup>9</sup> Ebd., 55.

<sup>10</sup> Eine Frau auf der Pflegestation des MGS sagt z.B. permanent und fast pausenlos „Hilfehilfehilfehilfehilfe...“.

## **4. Zwei Schlaglichter der Seelsorge mit altersverwirrten Menschen: Die Methode der „Validation“ nach Naomi Feil und die „Multidimensionale Seelsorge“ nach Mirjam und Ruben Zimmermann**

### **4.1 Validation**

Vom Standpunkt der Validation aus wird der Versuch verabschiedet, alte, verwirrte Menschen auf die Realität hin zu orientieren. Die innere Erlebniswelt altersverwirrter Menschen bekommt eigene Valenz zugesprochen, denn „es gibt immer einen Grund hinter dem Verhalten von desorientierten, sehr alten Menschen“<sup>11</sup>. Jemanden zu validieren bedeutet, „seine Gefühle anzuerkennen, ihm zu sagen, dass seine Gefühle wahr sind.“<sup>12</sup> Eines der Grundprinzipien der Methode der Validation ist es, nicht gegen die Gefühle altersverwirrter Menschen an zu reden, sondern in ihre „verrückte“ Welt mit hinein zu gehen. Dieses Verfahren stellt eine Vertrauensbasis her, auf deren Grundlage lebenslang unterdrückte Triebe, Gefühle und Affekte einfühlsam aufgearbeitet werden können. Validation ist somit eine „Entwicklungstheorie für sehr alte, mangelhaft/unglücklich orientierte und desorientierte Menschen, eine Methode, ihr Verhalten einzuschätzen sowie eine spezifische Technik, die diesen Menschen hilft, durch individuelle Validation und Validations-Gruppen ihre Würde wiederzugewinnen“.<sup>13</sup>

Insofern zielt die Validation auf ein „Wiederherstellen des Selbstwertgefühls, Reduktion von Stress und Rechtfertigung des gelebten Lebens“ ab.<sup>14</sup> Unter der Vorannahme, dass alte Menschen im Zustand der Demenz danach streben, Erlebtes (und nicht Erlebtes) zu bearbeiten, intendiert Validation auch ein Lösen unausgesprochener Konflikte aus der Vergangenheit. Unter Umständen kann ein völliger Verzicht auf Medikamente herbeigeführt werden. Validierte Menschen erleben eine Verbesserung ihrer verbalen und non-verbalen

---

<sup>11</sup> Feil, Validation, 13.

<sup>12</sup> Ebd, 11.

<sup>13</sup> Ebd.

<sup>14</sup> Ebd.

Kommunikationsmöglichkeiten, sie ziehen sich weniger in einen Zustand des Vegetierens zurück, auch ihr körperliches Wohlbefinden bessert sich.

Die Methode der Validation gilt als Meilenstein der Arbeit mit altersverwirrten Menschen. Der Hinweis auf die Vollgültigkeit der erlebten Welt hat die stets pädagogisierende Spannung im Kontakt mit alten Menschen aufgelöst. Sie ermöglicht einen effektiven, wertschätzenden Umgang mit alten Menschen. Zugleich habe ich selbst erfahren wie schwierig es ist, die Methode der Validation anzuwenden. Der eigenen Realitätswahrnehmung entgegenstehenden Wahrnehmungen volle Gültigkeit zuzusprechen erfordert ein hohes Maß an Selbstkontrolle und Empathie. Selbst dort, wo die Methode der Validation nicht im Sinne eines Trainingsprogramms professionell erlernt wird,<sup>15</sup> kann sie jedoch in ihren basalsten Schritten angewendet werden. Dabei muss es nicht immer um die Bearbeitung eines dem Verhalten meines Gegenübers zugrunde liegenden Traumas gehen (ein Sachverhalt, den man ohnehin besser an ausgebildetes Personal delegiert). Für mich war die Einsicht in die Methode der Validation ein Hinweis, der mich meist (nicht immer!) davor bewahrt hat, Frau H. in ihren Äußerungen zu verbessern. Ich konnte deutlich spüren, wie Frau H. sich in den Begegnungen entspannen konnte und an der gemeinsamen Reise durch ihre Gedanken Gefallen fand.

Als kritisch empfinde ich jedoch bei der Methode der Validation, dass sie stets abgezweckt ist auf eine Entwicklung des alten Menschen. Der /die Demenzkranke soll es schaffen, seine Lebensprobleme durch Validation zu integrieren, idealerweise bessert sich der Zustand der dementen Person.<sup>16</sup> Selbst stark zeitverwirrte und sogar

---

<sup>15</sup> 13 Grundtechniken für die Kommunikation mit zeitverwirrten Menschen hat Naomi Feil niedergeschrieben, s. dies., Validation in Anwendung und Beispielen, Der Umgang mit verwirrten alten Menschen, Reinhardt Gerontologische Reihe 17, München/ Basel<sup>3</sup> 2001, 90ff.

<sup>16</sup> Ein Beispiel ist Feils Bericht von einer Patientin im Stadium der Zeitverwirrtheit, Martha. Marthas zugrunde liegendes Problem ist eine ewig verheimlichte Abtreibung aufgrund einer Vergewaltigung. Mit zunehmender Verschlechterung ihres Zustandes beschuldigt Martha ihre Tochter und ihren Schwiegersohn in heftigen Ausbrüchen und Schmerzattacken der Vergewaltigung und der unterlassenen Hilfeleistung bei ihrem Abtreibungsbegehren. Die Tochter und der Schwiegersohn wenden sich, als sie mit ihrer Vernunft am Ende sind, an Feil, die sie in die Methode der Validation einführt: „Gloria und Larry validierten Martha sechs Wochen lang. (...) Martha hatte immer noch Schmerzen, aber sie traten immer seltener auf. Sie beschuldigte Larry nicht mehr. Sie erkannte ihre Tochter immer öfter. Sie hörte zwar nie ganz auf mit dem Toben und Schreien, aber sie beschimpfte

Personen im Stadium des Vegetierens finden laut Feil durch Validation zumindest partiell einen Weg zurück in eine mit der Wahrnehmung der Mitmenschen kohärente Weltwahrnehmung. Mit dieser Annahme steht Feil jedoch der Grundpointe der Validation diametral entgegen, dass es nämlich gerade nicht darum geht, zu einem konsistenten Selbst- und Weltbild zurück zu finden, sondern dem Unverständlichen, „Un-sinnigen“ volle Gültigkeit zuzusprechen.

Validation fußt auf der anthropologischen Grundannahme der Möglichkeit ungebrochener Identität, die durch die Bearbeitung biographischer Traumata zu erreichen ist. Dem liegt ein idealisierendes Menschenbild zugrunde. Es rechnet mit der Möglichkeit vollendeter Identität. Ein Menschenbild, das demgegenüber a priori mit der grundsätzlichen Fragmentarität menschlicher Existenz rechnet, bewahrt davor, in der Seelsorge mit alten Menschen das ehrgeizige Ziel der Verbesserung eines mentalen Zustandes und eine neue Unversehrtheit zu erlangen. Unter dem Vorzeichen der Fragmentarität, der Brüchigkeit allen Lebens, lässt sich die Begrenztheit seelsorglichen Handelns, die durch die Arbeit mit Demenzkranken evident wird, aushalten. Es kann in der Seelsorge mit sehr alten Menschen häufig nicht mehr darum gehen, „die Lebensqualität des Dementen und seiner Betreuer trotz der unheilbar fortschreitenden Krankheit zu erhalten oder sogar zu verbessern“<sup>17</sup>. Sondern das Grundanliegen einer Seelsorge an Demenzkranken und ihren Angehörigen ist der Beistand und Zuspruch im Aushalten der erdrückenden Ohnmacht gegenüber einer unheilbaren und letztlich finalen Krankheit. Unter der Preisgabe seelsorglicher Souveränität befindet sich der/die Seelsorger/in (unter der Prämisse der Fragmentarität, der beide – Demenzkranke und Seelsorger – unterliegen,) mit der Demenzkranken und ihren Angehörigen und Pflegenden in einer Solidargemeinschaft der Rat- und Sprachlosen. Mirjam und Ruben Zimmermann haben mit dieser Einsicht in die umfassende Fragmentarität allen Menschseins die Grenzen einer Seelsorge an sehr alten Menschen aufgezeigt und unter dem Stichwort der Multidimensionalität die

---

ihre Tochter nicht mehr. Sie starb mit 92 in ihrem Bett. Sie starb friedlich, denn sie hatte sechs Jahre vor ihrem Tod endlich ihre Gefühle zur Welt gebracht.“ Ebd., 86.

<sup>17</sup> Albert Wettstein, *Senile Demenz. Ursachen – Diagnose – Therapie – volkswirtschaftliche Konsequenzen*, Bern 1991, 211.

Grenzen, die die Demenz setzt, für eine neue Profilierung der Seelsorge an alten Menschen fruchtbar gemacht.

## **4.2 Multidimensionale Seelsorge**

„Demenzkranken führen uns ein Menschsein äußerster Gebrochenheit, Schwäche und Fremdheit vor Augen.“<sup>18</sup> MuR Zimmermann legen ihrem Konzept der multidimensionalen Seelsorge eine fragmentarische Anthropologie zugrunde, deren Prämisse es ist, dass „Begrenztheit des Menschen (...) bereits ein Grundzug seiner Existenz ist, den es anzuerkennen und auszuhalten gilt und der lediglich graduell von Mensch zu Mensch divergiert“<sup>19</sup>. Von diesem Standpunkt aus entwickeln sie den Ansatz einer Seelsorgetheorie, die „die Fragmentarizität des altersverwirrten Menschen anerkennt und seine versehrte Existenz mit aushält“<sup>20</sup>. Fluchtpunkt dieser Seelsorgetheorie ist das Wissen um die Unverfügbarkeit gelingender Seelsorge: „Wird somit Gott zum eigentlichen Subjekt der Seelsorge, kann die Einsicht in die Grenzen der Seelsorge bei altersverwirrten Menschen einen wichtigen, vielleicht den wichtigsten Aspekt der Seelsorge überhaupt wieder in Erinnerung rufen.“<sup>21</sup> Dieser Aspekt besteht in einem vollumfassenden Verständnis der Poimenik als wirklicher *Seel-Sorge*, die nicht a priori von einer kognitiven Leistungsfähigkeit ausgeht.

Multidimensionale Seelsorge kennt viele verschiedene Dimensionen der Seelsorge an alten Menschen. Die *verbal-kognitive Dimension* als „Grunddimension seelsorglichen Gesprächs“<sup>22</sup> ist nur eine davon. Zu ihr tritt die *ganzheitlich-leibliche Dimension*, die auf körperliche und sinnliche Umgangsformen in der Seelsorge abzielt. Die *relational-soziale Dimension* verweist auf die/den Demenzkranke/n als Teil eines sozialen Beziehungsgeflechts und nimmt somit auch die Angehörigen und Pflegenden

---

<sup>18</sup> Mirjam und Ruben Zimmermann, Multidimensionalität und Identität in der Seelsorge. Die poimenische Herausforderung durch altersverwirrte Menschen, PTh. 88 (1999), 411.

<sup>19</sup> Zimmermann, Multidimensionalität, 411.

<sup>20</sup> Ebd.

<sup>21</sup> Ebd., 420.

<sup>22</sup> „Grunddimension seelsorglichen Gesprächs ist das hörende Verstehen, das von der These ausgeht, dass es keine „unsinnigen Äußerungen“, sondern lediglich ein „kognitives Anderssein“ (...) altersverwirrter Menschen gibt.“ Ebd., 412.

in den Blick.<sup>23</sup> Die *ethische Dimension* fördert die Urteilsfähigkeit Angehöriger in Bezug auf Entscheidungen, die der/die Kranke nicht mehr allein treffen kann. Aus der Perspektive der *thanatologisch-eschatologischen Dimension* wird Seelsorge zur Hilfe einer Sterbebereitung für Betroffene wie Angehörige. Diese Dimension begegnet auf verschiedenen Ebenen. Zum einen geht es im Umgang mit Demenzkranken und ihren Angehörigen um ein Antizipieren des nahen Todes. Insofern „kann der ganze Bilder- und Farbenreichtum eschatologischer Hoffnung einem Sterbenden und den Angehörigen zugesprochen bzw. vermittelt werden“<sup>24</sup>. Zugleich aber „wird die Hoffnung über den Tod hinaus bald ganz zu einer Hoffnung auf den Tod“<sup>25</sup> aufseiten der Angehörigen, die oft Schuldgefühle auslöst, mit denen der/die Seelsorger/in umgehen muss. Die *gemeindliche Dimension* nimmt die/den Demenzkranke/n als Mitglied einer konkreten Kirchengemeinde und Glied der Gemeinde Jesu Christi in den Blick. Hiermit soll zum einen die Isolation der Betroffenen aufgebrochen, zum anderen die Verkündigung um die Erfahrung der Not, Schwäche und Fragmentarität bereichert werden. Dies führt zu dem, was Luther die *mutua consolatio fratrum* (et sororum) nannte: Es ist Aufgabe der ganzen Gemeinde, „um die Menschen in Pflegesituationen zu wissen, ihrer Isolation entgegenzutreten und sie in das Leben der Gemeinde einzubeziehen“.<sup>26</sup> Die *diakonisch-strukturelle Dimension* weitet die gemeindliche Dimension auf überparochiale Strukturen aus.

---

<sup>23</sup> „Aufgabe der Seelsorge wird dabei sein, zunächst Raum zur Klage zu eröffnen. (...) Die Klage hat jedoch eine Adresse, auf die es hinzuweisen gilt: Gott ist es, der unsere Klage hört und erhört (Ps. 4,4; 116, 1 u.a.). Über diese tröstliche Zusage hinaus ist es Aufgabe der Seelsorge, nach psychischen und physischen Entlastungsmöglichkeiten zu suchen sowie inmitten der subjektiven Überforderung und Hilflosigkeit an vorhandene Chancen anzuknüpfen und zum (seinerseits seelsorglichen) Dienst zu ermutigen. Schließlich wird seelsorgliche Begleitung der Angehörigen auch Trauerarbeit im stetigen Abschiedsprozess von den einstmals vertrauten Menschen sein.“ Ebd., 414f.

<sup>24</sup> Ebd., 416.

<sup>25</sup> Ebd.

<sup>26</sup> Ebd., 417. Ein gelungenes Beispiel aus dem Leben meiner Ausbildungsgemeinde möchte ich für die gemeindliche Dimension der Seelsorge an alten Menschen anführen: An den vier Adventssonntagen haben die KonfirmandInnen sich eine halbe Stunde vor dem Gottesdienst auf den Weg zum Altersheim gemacht, um Bewohnerinnen und Bewohner zum Gottesdienst abzuholen. Die ersten Stuhlreihen unseres Gottesdienstraumes wurden für die Rollstühle freigemacht. Nach dem Gottesdienst schoben die Konfis die Bewohnerinnen und Bewohner wieder in ihr Pflegeheim zurück. Dieses Projekt wurde von unseren KonfirmandeInnen gerne und sehr engagiert betrieben und es wurde von den

Schließlich legen MuR Zimmermann einen Schwerpunkt auf die *spirituell-liturgische Dimension* der Seelsorge. Seelsorger und Betroffene treffen sich in liturgischen Vollzügen, die „in Rückbindung an geistliche Traditionen und heilvolle Handlungen neue Glaubens- und Hoffnungsperspektiven eröffnen.“<sup>27</sup> Der Rekurs auf liturgische Texte, Gesänge und Handlungen (Vater Unser, Friedensgruß, Abendmahl, Segnung) zeigt nach MuR Zimmermann, wie tief liturgische Elemente im menschlichen Gemüt verankert sind: „Sie vermitteln Halt und Kontinuität, eröffnen Gemeinschaft und reaktivieren manchmal Sprach- und Wahrnehmungsvermögen, das in anderen Zusammenhängen längst verloren ist. Erfahrungen in der Seelsorge mit altersverwirrten Menschen zeigen, dass der nicht mehr reaktionsfähige Demenzkranke offenbar auf der „geistlichen Ebene“ bis zuletzt empfänglich bleibt.“<sup>28</sup>

## **5. „Freut euch mit den Fröhlichen und weint mit den Weinenden!“ Biblische Orientierung im Licht der Rechtfertigungslehre**

Beide Seelsorgekonzepte, das der Validation sowie die multidimensionale Seelsorge lassen sich in den Kontext einer biblisch orientierten und systematisch-theologisch reflektierten Seelsorge eintragen. „Freut euch mit den Fröhlichen und weint mit den Weinenden!“ (Röm 12,15), dieser Satz wurde mir im Laufe meiner Besuche bei Frau H. zum Leitmotiv. Mir wurde schnell deutlich, dass der Verlauf der Besuche stark von der Stimmung abhing, in der Frau H. sich zu Beginn meines Besuches befand. Manchmal ergab es sich, dass ihre Gestimmtheit im Verlauf des Besuches besser wurde (sie war meist deprimiert, wenn man sie zu mir in den Aufenthaltsraum schob), oft blieb mir aber auch nichts anderes übrig, als mich auf ihre Stimmungen einzulassen, ihnen Raum zu geben und sie mit zu gehen. Validation intendiert dieses Mitgehen in eine andere Realität und eine Orientierung an Gefühlen, denen ich als

---

HeimbewohnerInnen gerne angenommen. Für mich ist dies ein Beispiel verwirklichter Gemeindeseelsorge: Über die Generationen hinweg nimmt man sich einander an. Die Jungen schieben die sehr Alten zum Gottesdienst, das ist eine handfeste Art der Kommunikation des Evangeliums.

<sup>27</sup> Ebd., 419.

<sup>28</sup> Ebd.

Seelsorgerin ausgeliefert bin. Als Frau H. einmal anfang zu weinen, als ich sie auf ihre Heimat in der Lüneburger Heide ansprach, verschlug es auch mir kurz die Sprache, so unvermittelt und überwältigend empfand ich ihre Emotionen. Alle Versuche, sie auf eine fröhlichere, weniger depressive Stimmung zu polen, schlugen fehl, wenn ich nicht zunächst ihrer Verzweiflung über den eigenen Verfall Raum gab. Erst dann konnten sich Situationen einstellen, in denen wir auch gemeinsam lachten. Es gab Momente der heiteren Gelöstheit, die manchmal fast wie eine *Erlöstheit* anmuteten. Diese Erkenntnis hat eine klare theologische Pointe. Validation, Wertschätzung des fremden Seins, hat etwas Befreiendes. Der Verzicht auf die Korrektur von Fehlschlüssen und Irrtümern befreit die/den Demente/n von der Angst, ein falsches, weil kontrafaktisches Leben zu erleben. Und sie befreit den/die Seelsorgende/n von der Aufgabe, über richtig oder falsch zu urteilen und auf eine mutmaßlich richtige Realität hin zu orientieren. Validation befreit Seelsorgerin wie Demenzkranken. Als Befreiungsgeschehen erweist sie sich als Konsequenz der Rechtfertigung, mehr noch: sie ist gestaltgewordene, konkretisierte Rechtfertigung. Unter der Prämisse fragmentarischer Identität<sup>29</sup>, die beide, Seelsorgerin und Kranken, betrifft, finden sich beide wieder in der Angewiesenheit auf Gottes liebendes Erbarmen, der das eigene brüchige Sein heilt und ihm aufhilft. Nur durch die Freisprechung Gottes ist der Kranke davon befreit, sich auf eine „richtige“ Welt hin orientieren zu müssen, und nur in dieser Freisprechung ist auch die Seelsorgerin von der urteilenden Aufgabe entbunden, über richtig oder falsch der Weltwahrnehmung ihres Gegenübers entscheiden zu müssen. Beide sind in der Belastung einer derart prekären Kommunikationssituation gehalten. Beide, Seelsorgerin und Kranker, dürfen es gut sein lassen, wie Gott es gut sein lässt. Seelsorgerin und Kranker können sich in einem Akt konkretisierter Rechtfertigungserfahrung begegnen als Gottes geliebte und gerechtfertigte Geschöpfe. Durch den zerbrechlichen und fragmentarischen Menschen hindurch sehend, erahnen sie etwas von der eschatologischen Endgestalt, die in

---

<sup>29</sup> „Die Grenzen der Kommunikationsmöglichkeit und die Fremdheit des alten Menschen stellen den Seelsorger auf die gleiche Ebene der Bedürftigkeit vor Gott und können somit Solidarität erwirken. Statt vollmundiger Evangeliumsverkündigung geht es dann vielmehr um eine Einsicht eigener Begrenzung, ein Aushalten der Verzweiflung des anderen und vor allem um ein erwartungsvolles Ausrichten auf den, der zugesagt hat, den Menschen in ihrer Endlichkeit und Not entgegenzukommen.“ Ebd., 418.

beiden als Fragment enthalten, gewissermaßen im abwesenden anwesend ist.<sup>30</sup> Unterwegs auf diese eschatologische Vollendung kann seelsorgliche Begleitung von Menschen mit Demenz als Weggemeinschaft der miteinander Lachenden und Weinenden im Sinne von Röm 12, 15 verstanden werden.

## **6. Frau H. und meine Besuche bei ihr in thematischer Schwerpunktsetzung**

### ***6.1 Biographische Daten und erste äußere Eindrücke von Frau H.***<sup>31</sup>

Um mich gezielt auf meine Besuche bei Frau H. vorzubereiten, bat ich um Einsicht in ihren Lebenslauf. Dem konnte ich die folgenden Eckdaten entnehmen:

Frau H. wurde in den 20er Jahren des vergangenen Jahrhunderts in einem Dorf in der Lüneburger Heide geboren. Sie wohnte bis zu ihrem Eintritt in das MGS im Jahr 2009 in zahlreichen verschiedenen Städten. Im Jahr 1947 heiratete sie, 1965 verlor sie ihren Ehemann durch Suizid. Ihre zwischen 1951 und 1960 geborenen Kinder zog sie von nun an alleine groß.

Frau H. kam im Dezember 2009 ins MGS, im Juli 2010 auf die Pflegestation. Sie galt bei ihrem Eintritt in die Pflegestation als nicht besonders kontaktfreudig, stark orientiert an äußerlichen Werten wie Ordentlichkeit, Pünktlichkeit, Sauberkeit. Zuweilen attestierte man ihr einen Waschzwang. Sie legte großen Wert auf ihre Kleidung, ihre Frisur und die Meinung anderer. Sie reagierte eifersüchtig auf den Besuch, den andere BewohnerInnen bekamen. Sie galt als nicht religiös, distanziert

---

<sup>30</sup> Vgl. Henning Luthers Ausführungen zu einem spätmodernen Identitätsbegriff: „Mit der Vorstellung einer fragmentarischen, gebrochenen Identität scheint mir der eschatologische Vorbehalt am ehesten zum Ausdruck zu kommen. Das Wesen des Fragments war nicht als endgültige Zerstörtheit oder Unfertigkeit verstanden, sondern als über sich hinausweisender Vorschein der Vollendung. (...) Im Fragment ist die Ganzheit gerade als abwesende auch anwesend.“ Henning Luther, *Identität und Fragment. Praktisch-theologische Überlegungen zur Unabschließbarkeit von Bildungsprozessen*, in: *Religion und Alltag. Bausteine zu einer praktischen Theologie des Subjekts*, Stuttgart 1992, 175.

<sup>31</sup> Sämtliche Namen und Lebensdaten der begleiteten Person wurden zum Schutz der Privatsphäre und Anonymität von der Autorin geändert.

und wurde nicht gern berührt. Früher hatte sie gerne gelesen, Karten gespielt und Schlager gehört.

Ihre Kinder wohnen in der Nähe und besuchen sie regelmäßig. Von der Leiterin der Einrichtung erfuhr ich jedoch, dass es derjenigen Tochter, die am nächsten wohnt, schwer fällt, den körperlichen und geistigen Verfall der Mutter zu ertragen, weshalb die Häufigkeit ihrer Besuche abgenommen hat.

Ich erlebte Frau H. als gepflegte Dame, der man ihre Wertschätzung von Äußerlichkeiten ansah. Ihre Kleidung und ihr Schmuck wirkten eher teuer. Ich erfuhr, dass ihr Mann eine führende Position im Einzelhandel innehatte. Auch das eigene Haus im Karlsruher Umland ließ auf ein eher wohlhabendes, gehobenes Lebensumfeld schließen.

Frau H. befand sich gemäß der Einteilung der Stadien der Demenz nach Naomi Feil im zweiten Stadium der Demenz. Sie war deutlich zeitverwirrt, ihr Kurzzeitgedächtnis fast verschwunden, während häufig Erinnerungen an die Vergangenheit wach wurden. Sie lebte stark in Gefühlen, während die Kognition und intellektuelle Fähigkeiten abnehmen. Sie hatte hin und wieder Wortfindungsstörungen, sprach aber auch über längeren Zeitraum in ganzen und verständlichen Sätzen. In der Regel erzählte sie flüssig, aber sie konnte das Erzählte kaum mehr deuten. Sie war deutlich räumlich desorientiert.

## ***6.2 Die Liebe anziehen: Meine Voraussetzungen und der Versuch einer zugewandten Haltung***

Jede Veröffentlichung, die ich zur Reflexion meiner Besuche bei Frau H. zur Kenntnis nahm, misst der eigenen Haltung, mit der man die Besuche angeht, eine zentrale Bedeutung bei.<sup>32</sup> Dies deckt sich mit meiner Beobachtung, dass schon kleine Details in der Begegnung dem Gespräch dienen oder es behindern konnten. Ich habe beobachtet, dass die Begegnungen fruchtbarer waren, wenn ich selbst konzentriert,

---

<sup>32</sup> Feil, Validation in Anwendung, 90; Keetmann, Bejick, Menschen, 141; Andrea Fröchtling, „Und dann habe ich auch noch den Kopf verloren...“. Menschen mit Demenz in Theologie, Seelsorge und Gottesdienst wahrnehmen, Arbeiten zur Praktischen Theologie 38, Leipzig 2008, 221ff; Burkhard Pechmann, Durch die Wintermonate des Lebens. Seelsorge für alte Menschen, Gütersloh 2007, 41ff.

wach und ganz gegenwärtig war.<sup>33</sup> Diese Bewusstseinszustände drücken sich auch in der Körpersprache aus: Wenn ich präsent und fit war, saß ich aufrecht neben Frau H., ich saß nah bei ihr, damit sie mich trotz ihrer inzwischen eingeschränkten Sehfähigkeit sehen konnte, und ich platzierte uns immer über Eck. Ich versuchte immer, ihr mein Gesicht frontal mit einem wachen Ausdruck zuzuwenden, meine Hände auf den Tisch zu legen und mit vielen Gesten zu sprechen. Mein Eindruck war, dass ich auf diese Weise für Frau H. präsenter war. War ich müde und saß eingefallen neben Frau H.s Rollstuhl auf meinem Platz, dann flachte auch die Spannung ab, das Gespräch stagnierte oder kam gar nicht erst in Fahrt. Ich erkannte: Es ist entscheidend, wie man sitzt, wie man schaut.<sup>34</sup> Ein waches, freundliches und zugewandtes Gesicht, eine offene Körperhaltung, eine ruhige Stimme und enger Kontakt, der aber dennoch die normale räumliche „Schallmauer“ der Intimität nicht durchbricht, stellen non-verbale Kommunikationsformen der Liebe und Wertschätzung dar. Sie konstituieren eine liebevolle Atmosphäre des Vertrauens, sie signalisieren Zentriertheit aufseiten der seelsorgenden und Sicherheit aufseiten der dementen Person. Validation fordert diese Haltung ein. Mein Gegenüber muss meine volle Aufmerksamkeit und Präsenz für eine Zeitspanne von 20-40 Minuten beanspruchen können. War ich zu müde, mit den Gedanken woanders, schon halb auf dem Sprung zum Konfirmandenunterricht, dann bemerkte Frau H. meine Abwesenheit, wie der folgende kurze Dialog zeigt:

A.K.: „Lassen Sie uns noch ein bisschen uns unterhalten.“

Frau H.: „Ich habe nichts zu erzählen. Sie müssen schon selber etwas erzählen.“

---

<sup>33</sup> Feil bezeichnet dies als sich „Zentrieren“: „Validierende Personen müssen sich selbst zentrieren, bevor sie die Gefühle der zeitverwirrten Patienten aufnehmen können. Tiefes Atmen hilft den Pflegenden, ihre eigenen negativen Gefühle loszuwerden.“ Als weitere nützliche Verhaltensweise nennt Feil langen Augenkontakt und eine klare, leise, warme Stimme. S. Feil Validation in Anwendung, 90f.

<sup>34</sup> Wie stark Gestik und Mimik im Vordergrund stehen im Gespräch mit einer dementen Person, konnte ich bei Frau H. wiederholt feststellen. Sie reagierte sehr empfindlich auf gestische und mimische Signale. „Schauen sie mich nicht so an, ich bin nicht dämlich!“, schimpfte sie einmal, als ich wohl auf eine für mich verwirrende Äußerung Frau H.s längere Zeit ratlos schaute. Zugleich zeigt dieses Beispiel, wie unvermittelt und direkt demente Personen ihre Eindrücke und Emotionen äußern, selbst wenn man sich noch nicht lange kennt. Höfliche Konventionen und äußerliche Wohlanständigkeiten spielen keine große Rolle mehr. Der Kontakt wird schnörkelloser, direkter und auch ehrlicher.

Frau H.s Erwiderung auf mein müdes „lassen Sie uns noch ein bisschen uns unterhalten“ war ein deutlicher Weckruf. Dechiffriert lese ich aus ihrem Satz die Aufforderung, entweder ganz da zu sein, oder zu gehen. Denn es war nicht der Fall, dass Frau H. nichts zu erzählen gehabt hätte. Aber sie erwartete zu Recht, dass ich ihr einen aktivierenderen Impuls zuspielte, als nur die Aufforderung, zu reden.

Das Sitzen über Eck hatte auch den Effekt, dass ich Frau H.s ganzen Körper wahrnehmen konnte, so dass ich gewissermaßen „auf ihre Körpersprache hören“<sup>35</sup> konnte. Frau H. äußerte nie verbal, wenn sie müde war. Aber sie äußerte es in ihrer Körpersprache und Haltung. Sie fing an, sich in ihrem Rollstuhl zu winden, sich zu recken und dann wieder zusammenzufallen. Sie versuchte, ihre Beine zu strecken, ihren Kopf zu drehen, ihren Rücken lang zu machen, das Gesäß zu heben. Wenn Frau H. von diesem körpersprachlichen Vokabular Gebrauch machte, wusste ich, dass es Zeit war, zu gehen.

### ***6.3 Der Angst ins Auge sehen: Eigene Betroffenheiten und Denkanstöße***

Manfred Josuttis hat in einem jüngst erschienenen Artikel im deutschen Pfarrerblatt den für mich wichtigen Hinweis geäußert, dass die Seelsorge an Dementen bei der Seelsorge an sich selbst anfängt: „Wirklich helfen, wirklich kommunizieren kann ich freilich erst dann, wenn ich mir Fragen nach mir selbst nicht erspare. Was wird aus mir, was muss aus mir werden, wenn ich diesem Menschen in seiner Welt wirklich begegnen will? (...) Ich muss mir die eigenen Ängste, Probleme und Schwierigkeiten bewusst machen, nicht, um darin zu versinken oder um sie zu verdrängen, sondern um auf ihrer Wellenlänge meinen Spürsinn zu verbreiten. Mir kann meine Ängstlichkeit

---

<sup>35</sup> „Seelsorgliche Ausbildung ist stark am Hören des (verbal) Gesagten orientiert. „Our skills for listening, for helping a person to gain insight into his or her life’s experiences, our basic ability to understand the faith of the older adult are all based on cognitive abilities that are weakened in and ultimately lost by the person with Alzheimer’s disease“ (ELLOR 1997 a: 3). Menschen mit Demenz kommunizieren insbesondere im späteren Verlauf primär durch ihren Körper. „We need to find ways of „hearing the voice“ through non-verbal expression, and to recognise this as being valid and meaningful“ (GOLDSMITH 1997: 115).“ Fröchtling, Kopf, 221.

dazu verhelfen, die Ängste des anderen wahrzunehmen.“<sup>36</sup> Für mich war die Zeit, in der ich Frau H. besuchte, auch eine Zeit des intensiven Nachdenkens über meine eigenen Vorstellungen vom Alter(n). Wenn ich mich konsequent in ihre Situation hineinversetzte, bekam ich es mit der Angst zu tun: Wie muss ein Leben sich anfühlen, in dem man sich je und je fremd, verlassen und bedroht fühlt? Und in dem man weiß, dass es niemals mehr besser werden wird? Wie kann der Zustand des im Nichts Vegetierens vorgestellt werden? Der „*horror vacui*“, der Kern der Angst vor dem Tod, gehört zu meinen eigenen Urängsten. Die Demenz erschien mir insbesondere in ihren letzten Stadien (die ich bei anderen Bewohnerinnen der Pflegestation beobachten konnte,) als ein ins Leben gezogener Tod. Die Vorstellung eines Seins ohne Bewusstsein war für mich in seiner schieren Undenkbarkeit sehr beängstigend. Ich merkte an diesen Ängsten, wie stark ich selbst das Sein an ein Mir-Bewusst-Sein binde, an ein Wissen-Um, ein Deuten-Können, ein reflektiertes Vergegenständlichen. Ich erkannte: Meine Ängste beruhen auf einer starken Betonung der Reflexionsfähigkeit meines Seins. Wo ich nicht mehr selbst-bewusst im wahrsten Sinne des Wortes bin, da droht mir Kontrollverlust und kognitive Leere. Die Begegnungen mit Frau H. haben diese Ängste nicht hervorgerufen, aber sie haben sie an die Oberfläche gehoben und zugleich dazu angestoßen, den Zusammenhang von Sein und Bewusstsein neu zu bedenken. Besonders nachdenklich machte mich in diesem Zusammenhang auch der offensichtliche Hiatus zwischen körperlicher und mentaler Funktionsfähigkeit bei sehr alten Menschen. Anhand lebensverlängernder Maßnahmen ist es heute möglich, die Körperfunktionen eines Menschen sehr lange aufrecht zu erhalten, seine geistigen Funktionen jedoch nicht. Das Auseinanderklaffen von körperlicher und geistiger Funktionsfähigkeit muss auch theologisch bedacht

---

<sup>36</sup> Manfred Josuttis, Dasein ohne Bewusstsein. Demenz in energetischer Perspektive, DPfBl 12/2011, 635. Den Ansatz Josuttis, Demenz sei ein mit einem Säugling vergleichbarer Zustand des Daseins ohne Bewusstsein, teile ich vom Standpunkt der Validation aus jedoch nicht. Die/der Demente hat sehr wohl noch ein Bewusstsein, bloß entspricht das Wissen dieses Bewusstseins nicht immer dem ihrer/seiner Mitmenschen. Demenz als Sein ohne Bewusstsein zu verhandeln ignoriert die Fülle an Leben, die, im Unterschied zum Säugling, dieses Bewusstsein zu dem gemacht hat, was es ist. Alle Erfahrungen, die ein alter Mensch gemacht hat, sind in seinem Gemüt aufgehoben und haben, wie die Methode der Validation zeigt, dort ihre Spuren hinterlassen. Selbst im Zustand des Vegetierens können diese Spuren noch sehr vital zum Ausdruck kommen – nur eben nicht mehr auf eine Weise, die unmissverständlich kommuniziert werden kann.

werden. Was ist der Mensch? Was ist er vor Gott? Gilt das Ja zum Leben immer und ohne Einschränkung? Und was ist eigentlich „Leben“? Geht „Leben“ in den körperlichen Prozessen auf? Wird der Lebensbegriff heute nicht eng geführt auf seine biologischen Funktionen? Und welche Konsequenzen haben die jeweiligen Antworten, die man auf diese Fragen geben könnte? Ich merkte: Gerade von einem biblischen-theologischen Standpunkt aus ist Leben nie nur Über-leben.<sup>37</sup> Der Mensch tut sich unrecht, wenn er sein Leben allein als biologische Funktion, als einen naturwissenschaftlichen, biochemischen Prozess betrachtet. Der über die biologische Funktion des Leben-Könnens hinausgehende Mehrwert des Lebens muss dann als Kairos der Seelsorge betrachtet werden. Wesentliches Prädikat der Seel-Sorge ist es, in Reaktion auf die Engführung des Lebensbegriffs auf die schiere Körperlichkeit an einer Definition des Menschen als Körper, aber auch als Geistes-, Seelen- und Verstandeswesen festzuhalten und zwar in einer unauflöselichen Einheit.

Gerade im Blick auf den demographischen Wandel ist es Aufgabe der Seelsorge, immer wieder darauf hinzuweisen, dass die Sorge und Pflege sehr alter Menschen nicht in der Körperpflege aufgeht.<sup>38</sup> Für meine Besuche bei Frau H. leitete ich aus diesen Überlegungen die Maxime ab, ihr einfach den Augenblick schön zu machen. In ihrer Wahrnehmung gab es kaum mehr ein Morgen, ein Heute oder ein Gestern, es gab vor allem das Hier und Jetzt.

#### ***6.4 Heimatverlust und räumliche Desorientierung***

Die Begegnungen mit Frau H. haben mir meine eigenen Ängste vor Kontrollverlust und zunehmender kognitiver Leere vor Augen geführt. Zugleich konnte ich, indem ich diese Ängste für mich gehoben habe, bestimmte Verhaltensweisen von Frau H. besser verstehen. Ich konnte mich einfühlen in ihre Ängste, weil ich wusste, was

---

<sup>37</sup> „Nach alttestamentlichem Verständnis umfasst Leben mehr als die bloße physische Existenz. Leben zählt zu den zentralen Heilsgütern und bedeutet nicht nur „am Leben sein/bleiben“, sondern ist zumeist positiv qualifiziert als langes, erfülltes Leben. (...) Leben ist ein Relationsbegriff: Nur in Gottesgemeinschaft und sozialen Beziehungen ist Leben möglich. Zerbricht diese Lebensgemeinschaft durch Einsamkeit und Gottverlassenheit, wird bereits diesseits der physischen Todesgrenze von „Tod“ (Ps 88) gesprochen.“ Kathrin Liess, Art. „Leben II.1. Altes Testament“, in: RGG<sup>4</sup>, 135f.

<sup>38</sup> Diese Erkenntnis ist längst in der Altenpflege zur Praxis umgewandelt worden, dennoch geht die Tendenz immer wieder dahin, an den Maßnahmen zu sparen, die keine notwendigen Bedingungen für ein Überleben sind. Solche Maßnahmen werden aber menschlichem Leben nicht gerecht.

meine Ängste mit mir machen. So verstand ich beispielsweise ihre Angst davor, Räume zu wechseln, erst, als mir klar wurde, dass jeder Raumwechsel für sie der Gang ins Unbekannte, Fremde bedeutet.

Einen Raumwechsel als Gang ins Fremde und ihre damit zusammenhängende Angst skizziert der folgende kurze Auszug eines Dialogs mit Frau H. Er spielte sich bei meinem zweiten Besuch ab. Wir waren nach ca. 25 Minuten mit unserem Gespräch ans Ende gekommen, Frau H. wurde merklich unruhig und müde, es war auch bald Abendbrotzeit. Ich bot ihr an, sie in den Essraum zu schieben.

AK: „Soll ich Sie hinüber in den Gemeinschaftsraum schieben?“

Frau H.: „Ja. Kommen Sie mit?“

AK: „Ja, ich komme mit.“

Frau H.: „Ich kenne ja hier niemanden. Ich bin hier ganz fremd.“

AK: „Wir sind hier im Markgrafenstift in Karlsruhe-Durlach. Alle sind sehr nett hier. Ich schiebe Sie jetzt hinüber.“

Frau H.: „Kommen Sie noch mit?“

AK: „Ich komme noch mit. Dann gibt es bald Abendessen. Ich komme Sie wieder besuchen.“

Frau H.s wiederholtes Nachfragen, ob ich sie in den Gemeinschaftsraum begleite, signalisiert ihre große Verunsicherung, die auf einer umfassenden räumlichen Desorientierung beruht. Frau H. wusste eigentlich nie, wo sie gerade ist oder wohin sie geschoben wird. Wenn ich sie von einem Raum in einen anderen schob, fragte sie immer nach meiner Begleitung. Obwohl sie ja auch mich nicht wirklich kannte, beruhigte sie das Gefühl, einen Menschen bei sich zu haben. Hier spricht auch das Wissen um die eigene Fragilität heraus. Obwohl sie zuweilen der Meinung war, noch selber einkaufen zu gehen (AK: „Können Sie noch aufstehen?“ Frau H.: „Natürlich kann ich noch aufstehen! Ich geh doch noch einkaufen!“) wusste sie dennoch, dass sie eigentlich zutiefst auf die Präsenz eines schützenden und pflegenden Menschen angewiesen war. So erweist sich in meiner Erfahrung als zutreffend, was Andrea Fröchtling in Rückbezug auf Van der Kooj als ein Ziel der Seelsorge an Menschen mit Demenz bezeichnet: „Validierende Geborgenheit: Van der Kooj nennt als Ziel der mäeutischen Demenzpflege das Erleben von Geborgenheit und Eigenwert – ein solches Ziel lässt sich auch für die Seelsorge formulieren.“<sup>39</sup> Das Vermitteln von

---

<sup>39</sup> Fröchtling, Kopf, 229.

Geborgenheit schließt hektische Übergänge aus. Ich lernte, dass ich niemals Frau H. schnell in den Gemeinschaftsraum schieben und sie dann der Obhut der Pflegerinnen überlassen durfte. Sie fühlte sich in jedem Raum allein und verlassen. Sie brauchte eine kurze Zeit der „Übergabe“, der Akklimatisierung. Zwar fragte sie auch, wenn ich mir Zeit genommen hatte für den Übergang, jedes Mal bei meinem Abschied, ob ich nicht noch bleiben könne. Aber ich erspürte in dieser Frage nicht mehr die drängende Angst vor Verlassenheit und Fremdheit, sondern den Wunsch nach Nähe und Ansprache.

Der Verlust der räumlichen Orientierung äußerte sich bei Frau H. auch durch eine stete Fantasiereise durch ihre alte Heimat. Auf meine Frage, was bei ihrem Haus im Karlsruher Umland, von dem sie oft sprach, besonders schön war, konnte sie mir detailliert antworten: Die Küche, die Diele, der Wald dahinter, in dem die Kinder spielen.

Besonders präsent war ihr aber ihre Heimat in der Lüneburger Heide. Bei jedem Besuch sprachen wir davon. Ich fragte sie auch oft danach, weil ich schnell gemerkt hatte, dass sie gerne davon sprach. Ich bekam durch die Gespräche mit Frau H. eine Ahnung davon, wie schwer es sein muss, im hohen Alter die gewohnten Räume, die einem jahrzehntelang Heimat waren, zu verlassen. Menschen in Pflegeheimen sind – bei aller Liebe und Fürsorge, die ihnen entgegengebracht werden – Heimatlose. Sie haben den Lebensraum verloren, der ihnen Schutz und Rückzug war, an dem viele Erinnerungen hängen, der oftmals auch ein Zeugnis des gelebten Lebens ist. Mir wurde an Frau H. deutlich, dass auch die Demenz, auch die Zeit- und Raumverwirrung, vor Heimweh nicht schützt. Frau H. sehnte sich oft heraus aus ihrem Ein-Zimmer-Zuhause, in dem nicht einmal ihre eigenen Möbel stehen. Ich hörte Frau H. gerne zu, wenn sie sich auf eine Reise durch ihre ehemaligen Lebensstationen begab, wenn sie von dem Laden sprach, den ihr Vater hatte. Die Frage nach ihrer Heimat, nach den Orten, an denen sie gelebt hatte, war für Frau H. ein willkommener, aktivierender Gesprächseinstieg. Auch wenn ich einiges von dem, was sie mir erzählte, schon wusste, konnte ich merken, wie die Erzählungen von früher bei ihr immer wieder neue Assoziationen auslösten, sie kam ins Erzählen:

*Ich warte auf der Pflegestation. Frau H. wird von einer Pflegerin aus dem Fahrstuhl geschoben.*

Pflegerin: „Sehen Sie, Frau H. Da ist ihr Besuch.“

Frau H. (wirkt aufgebracht, ängstlich, fast aggressiv): „Wer sind Sie?“

AK: „Guten Tag Frau H. Mein Name ist Anne Helene Kratzert.“

Frau H.: „Ich kenne Sie nicht. Sind wir uns schon einmal begegnet?“

AK: „Ja. Ich habe Sie zu ihrem Geburtstag besucht. Und ich habe einmal den Gottesdienst hier gemacht. Da sind wir uns auch begegnet.“

Frau H.: „Da kann ich mich jetzt nicht mehr dran erinnern. Das muss ich vergessen haben. Mein Kopf macht nicht mehr so mit im Moment. Haben wir uns schon einmal unterhalten?“

AK: „Ja, sie haben mir erzählt, wo sie herkommen.“

Frau H.: „Ja? Hab ich das?“

AK: „Ja. Sie kommen aus der Lüneburger Heide.“

Frau H.: „Ja, das stimmt. Kennen sie die?“

AK.: „Ja, die Lüneburger Heide kenne ich. Es ist sehr schön da. Da sind sie aus der Nähe von Falling Bostel.“

Frau H.: „Ach das wissen sie. Ich komme aus Neudorf. Meine Eltern hatten da einen Laden.“

AK: „Was haben ihre Eltern denn verkauft in dem Laden?“

Frau H.: „Naja, das war so eine Art Kaufhaus. Da konnte man alles kaufen. Lebensmittel auch. Wie ein kleines Kaufhaus eben. Wir haben als Kinder da immer mitgeholfen.“

AK: „Hat das Spaß gemacht in dem Laden zu helfen?“

Frau H.: „Am Anfang ja. Da hab ich das gerne gemacht. Später dann nicht mehr so.“

AK: „Wie hieß denn das Kaufhaus?“

Frau H.: „Es hieß Richard und Schneider. Mein Vater hat das mit einem Freund eröffnet.“

AK: „Richard, das ist ihr Mädchenname.“

Frau H.: „Ja. Richard hießen wir. Und Schneider hieß der Freund. Deswegen Richard und Schneider.“

AK: „Haben sie auch einen Beruf erlernt?“

Frau H.: „Ja, ich war ja auf der Mittelschule. Und dann bin ich so mit 16, 17 Jahren von der Schule gegangen. Oder wie alt war ich? (... überlegt...). Ja so 16 oder 17. Und dann habe ich eine Ausbildung gemacht im Laden meines Vaters.“

AK: „Und irgendwann sind sie weggegangen aus der Lüneburger Heide.“

Frau H.: „Ja naja, meine Eltern sind dort geblieben. Die Leben da noch. Leben meine Eltern eigentlich noch? Ich weiß das jetzt gar nicht mehr so genau.“

Wenn Frau H von ihrer Heimat erzählte, leisteten wir gemeinsam Biographiearbeit<sup>40</sup> in der kognitiv-verbale Dimension nach MuR Zimmermann. Diese Dimension steht Frau H. noch offen, sie kann sich ausdrücken, sich an einiges erinnern, erzählen. Regine Keetmann und Urte Bejick vergleichen das Gedächtnis eines/einer Dementen mit einer Bibliothek von Tagebüchern, „aus der Band für Band verschwindet oder mit zahlreichen Aufzeichnungen für eine Doktorarbeit, die bei einem Windstoß völlig durcheinander geraten, so dass die Doktorandin einzelne Blätter zwar lesen kann, ihren Zusammenhang aber nicht mehr versteht.“<sup>41</sup> Diese Beschreibung trifft auch auf den Eindruck zu, den Frau H. auf mich machte. Es war noch vieles da, woran sie sich erinnerte, vieles, das sie erzählen konnte, aber die Bände und einzelnen Blätter ihrer Geschichten waren durcheinander geraten.

---

<sup>40</sup> Dass Seelsorge immer auch die Rekonstruktion von Lebensgeschichte zum Gegenstand hat, ist ein Hinweis Albrecht Grözingers. Er versteht die Geschichte, die Narration, als wesentlichen Vollzug des Seelsorgegesprächs. In dieser Narration von Lebensgeschichte ergibt sich die Rekonstruktion dieser Geschichte in der Form des Erinnerns. Seelsorge als Narration hat demnach eine doppelte Grundstruktur: „Zum einen ist (...) gelungene lebensgeschichtliche Aneignung von Wirklichkeit identisch mit dem Vorgang der erinnernd-erzählenden Rekonstruktion von Lebensgeschichte. Zum anderen ist eine solche Rekonstruktion ihrerseits wesentlich getragen durch (eigene und fremde) Geschichten.“ Hieraus leitet Grözinger seine Definition von Seelsorger und jeweiligem Gegenüber ab: Beide lassen sich nicht mehr als Ratgebender und Ratsuchender, Helfer und Klient verstehen. „Das Erzählen von Geschichten duldet keine solche Hierarchie, ist zugleich jedoch auf eine solche Hierarchie auch nicht angewiesen. Die Lebensgeschichte des Seelsorgers steht im Prozeß der Seelsorge genauso zur Rekonstruktion an wie die seines Gegenübers. Ein Seelsorger ist deshalb gut und hilfreich, weil sich Geschichten angesichts von Zuhörern allemal besser erzählen lassen als ohne sie. Und der Seelsorger wird ein umso hilfreicherer Gegenüber darstellen, je mehr er bereit ist, auch seine eigene lebensgeschichtliche Vergewisserung in diesen Begriff einzubringen.“ Albrecht Grözinger, Seelsorge als Rekonstruktion von Lebensgeschichte, in: WzM 38 (1986), 186f. Aus der Perspektive meiner Besuche bei Frau H. erweist sich für mich in diesem Zusammenhang: Eine Hierarchie zwischen Seelsorgerin und Dementer habe ich in der Tat nie verspürt. Wir waren vielmehr eine Erzähl-Gemeinschaft, in der wir uns beide in den jeweils von der anderen eröffneten Geschichten-Räumen miteinander bewegt haben.

<sup>41</sup> Keetmann, Bejick, Menschen, 135.

## **6.5 Auf der Reise begleiten – Das Heute zeigen: Mein Umgang mit Zeitverwirrung**

„Leben meine Eltern eigentlich noch?“ An einer Frage wie dieser zeigte sich die zeitliche Desorientierung von Frau H. Ich konnte ihr in dem damaligen Moment keine andere Antwort geben als die reale, dass ihre Eltern schon gestorben sind. Frau H. nahm diese Antwort gelassen. Häufig reiste Frau H. in Gedanken in eine Zeit zurück, in der ihre Kinder noch klein waren, besonders, wenn ich ihr von meinen Kindern erzählte. Dann tauschten wir uns wie zwei junge Mütter über die Lieblingsjoghurts unserer Kinder aus, über modische Namen<sup>42</sup> und anderes.

Validation, die Wertschätzung der fremden Welt und das Mithineingehen in diese Welt, hat sich mir als gute Methode im Umgang mit Frau H. erwiesen, wenn sie in ihre Erinnerung reiste und ich sie begleitete. Validation und gezieltes Nachfragen öffnen Gesprächs- und Erinnerungsräume. Trotzdem fiel es mir schwer, Frau H.s Zeitverwirrtheit stehen zu lassen. Es kamen bei meinem Versuch, ihre Zeitverwirrung nicht zu korrigieren, meist etwas krude Dialoge heraus:

A.K.: „Ich bin so schnell mit dem Fahrrad gefahren, deshalb bin ich so aus der Puste.“

F. H.: „Fahrrad fahren. Dürfen sie das denn schon?“

A.K.: „Ja. Warum?“

F.H.: „Erlauben ihre Eltern das, dass sie schon Fahrrad fahren draußen so allein?“

A.K.: „Ja, die erlauben das. Erlauben ihre Eltern, dass sie draußen alleine Fahrrad fahren?“

F.H.: „Ja, wie ist das? Erlauben die das? Ich glaube nicht. Die erlauben das nicht. Ich weiß das jetzt aber nicht so genau.“

Der Dialog zeigt: Frau H. hatte in diesem Moment eine klare Vorstellung davon, wie alt ich bin (jung, noch nicht erwachsen). Von sich selbst hatte sie aber keine Vorstellung. Die Frage, ob ihre Eltern ihr das Radfahren erlauben, hat sie eher verwirrt. Die Zeitverwirrung bezog sich lediglich auf eine falsche Alterseinschätzung meiner Person. Ich übertrug sie – gewissermaßen suggestiv – auf sie selbst, was sie in diesem Moment nicht verstand. Andererseits könnte man auch im Sinne Naomi Feils spekulieren, ob Frau H.s Frage eine biographische Begebenheit zugrunde liegt, die sie

---

<sup>42</sup> Frau H. einmal, als ich ihr die Namen meiner Kinder nannte: „Elisabeth und Fritz? Die armen Kinder!“ Frau H.s Ehrlichkeit war bestechend, und über solche kleinen Dialoge konnte sie dann auch schon fast herzlich mit mir lachen.

in der Seele trägt und die durch meine Erwähnung des Radfahrens angesprochen wurde. Vielleicht wollte Frau H. als junges Mädchen gern Radfahren und durfte es nicht. In diesem Fall war meine Rückfrage gar nicht so falsch.

Ich habe Frau H. bei jedem Besuch das Datum des heutigen Tages gesagt. Sie reagierte immer dankbar darauf.

AK: „Es ist so kalt draußen. Spüren sie mal meine Hände. Die sind eiskalt vom Fahrrad fahren.“

Frau H.: „Warum haben sie denn so kalte Hände?“

AK: „Es ist Winter. Wir haben Frost.“

Frau H.: „Haben wir Oktober?“

AK: „Nein, wir haben Januar. Weihnachten liegt gerade hinter uns. Silvester auch. Jetzt sind wir mitten im kalten Winter. Es ist der 16. Januar 2012.“

Frau H.: „2012 haben wir schon!? Dieses Datum habe ich dieses Jahr noch gar nicht geschrieben!“

*Ich schreibe mit dem Finder groß 2012 auf den Tisch. Frau H. macht es mir nach und schreibt mit großen Bewegungen eine 2012 auf den Tisch. Es schließt sich ein Gespräch über einige wichtige Lebensdaten an. Ihr Geburtsjahr, das Geburtsjahr ihres Mannes, ihr Hochzeitsjahr, die Geburtsjahre ihrer Kinder. Sie erinnert sie alle fast zutreffend.*

Ich bemerkte, dass es ihr gut tat, das Dickicht der Daten und Jahre, das in ihrem Kopf ist, zu sortieren. Obgleich „Realitätsorientierungstraining“ (ROT) im Umgang mit Menschen mit Demenz in die Kritik geraten ist,<sup>43</sup> so hat eine zeitliche Orientierung m.E. ihre Berechtigung, wenn die demente Person dankbar darauf reagiert. Frau H. ließ sich gern zeitlich orientieren, sie dachte gern darüber nach, welche Jahreszeit gerade ist, wie die Temperatur draußen ist, und wie sich die verschiedenen Jahreszeiten an ihren alten Heimatorten darstellen.

## **6.6 Berührungen**

Obwohl Frau H bei ihrer Einweisung auf die Pflegestation als distanziert galt und der Akte nach nicht gerne berührt wurde, nahm sie kleine Berührungen bei meinen Besuchen meist gerne entgegen. Ich gab ihr oft die Hand oder berührte sie am

---

<sup>43</sup> Vgl. Keetmann, Bejick, Menschen, 131f.

Handrücken, um ihr meine kalten Hände zu zeigen. Sie hielt meine Hände fest und wir unterhielten uns über die Kälte, die draußen herrschte. Um ihr einen Eindruck von den eisigen Temperaturen zu verschaffen, legte ich mehrmals meine Handschuhe und meine Mütze vor ihr auf den Tisch. Ich wusste, dass sie sich früher für Kleidung interessiert hatte. Bei zwei Besuchen zog sie meine Handschuhe an und fühlte den weichen warmen Stoff der Fütterung. Sie behielt sie eine Weile an, setzte meine Mütze auf und freute sich über den Kunstpelzbesatz am Mützenrand. Meine Winterjacke befühlte sie auch, „die würde mir auch gefallen.“ So kam es zu mittelbaren Berührungen, und zu vermittelten Eindrücken des Winters vor ihrem Fenster. Indem ich ihr die Kleider zeigte, die ich gegen die Kälte draußen trug, nahm ich sie mit hinaus aus der Pflegestation in eine Welt, die noch der Witterung ausgesetzt ist.

Ich erkannte an diesen sehr dezenten Berührungen, wie wichtig die *ganzheitlich-leibliche Dimension* der Seelsorge nach MuR Zimmermann im Umgang mit Menschen mit Demenz ist. Als Frau H. einmal anfang zu weinen, als es um ihr Heimatdorf ging, beruhigte sie sich erst, als ich ihre Hand nahm und leicht streichelte. Für mich selbst bedeutete dies auch die Überwindung einer Hemmschwelle. Normalerweise streichle ich keine Menschen, die mir nicht sehr nah stehen. Der Umgang mit Menschen mit Demenz ist aber eben nicht von gesellschaftlichen Konventionen bestimmt, sondern allein von der Frage, was das Gegenüber braucht um Kummer und Angst für einen Moment zu erleichtern.

## **6.7 Gefährliches Erinnern**

Frau H.s Kurzzeitgedächtnis war sehr schwach. Bei meinem zweiten Besuch konnte sie sich nicht daran erinnern, dass ich schon einmal da war. Nach meinem zweiten Besuch traf ich eine Pflegerin im Treppenhaus, die mich fragte, wie es mit Frau H. gegangen sei. Ich erzählte, dass wir uns nett unterhalten hätten, und dass ich wiederkäme. Darauf die Pflegerin: „Ja, aber rechnen sie damit, dass die Frau H. sie in dem Moment, wo sie zur Tür rausgehen, schon wieder vergessen hat.“

Bei meinem dritten Besuch rechnete ich also damit, dass Frau H. mich vergessen hätte. Zu meiner Freude begrüßte sich mich aber mit den Worten:

„Haben sie das wirklich gemacht. Sind sie wirklich wiedergekommen.“

Ich hatte ihr, wie jedes Mal, bei meinem Abschied versichert, dass ich sie wieder besuchen käme. Frau H. ließ mich immer nur ungern gehen. Offensichtlich genoss sie die Ansprache. Details unserer vorangegangenen Begegnungen erinnerte sie nie, meinen Namen und meinen Beruf auch nicht, aber sie wusste immer, dass ich schon einmal da gewesen war und fragte mich auch nie wieder, wer ich sei.

Wie es typisch ist für die Demenz, erinnerte sie Einzelheiten ihrer Lebensgeschichte zum Teil sehr genau. Namen, Geburtsdaten und Geburtsorte ihrer Kinder und ihres Mannes, die Schulen der Kinder. Nur auf den Suizid ihres Mannes kam sie nie zu sprechen. Sie legte häufig Fährten in diese Richtung, aber weder den Tod ihres Mannes noch gar die Umstände seines Todes sprach sie jemals aus. Ich wusste durch die Einsicht in ihre Akte, dass ihr Mann sich in den 1960er Jahren das Leben genommen hatte und sie mit Kindern zwischen 9 und 15 Jahren zurück ließ. Es muss ein traumatisierendes Ereignis für Frau H. gewesen sein. Offensichtlich hatten sie ein Leben in einem gewissen Wohlstand gelebt, Frau H. war Hausfrau und Mutter gewesen, hatte nicht gearbeitet, ihr Mann hatte für einen trefflichen Lebensunterhalt gesorgt. Nun stand sie allein da, ohne Einkommen und ohne Lebenspartner. Sie eröffnete in ihrem Haus danach für einige Jahre eine Art Bed&Breakfast, wohl auch, um die Witwen- und Waisenrente aufzubessern. Frau H. erwähnte ihren verstorbenen Mann oft. Ich versuchte einmal, einen Weg zu dieser Lebensgeschichte des Verlustes des Ehemannes zu bahnen. Aber sie ließ es nicht zu.

*Wir sitzen beieinander und reisen durch ihre Vergangenheit. Sie erzählt von ihrer Ehe, es sind glückliche Geschichten, die Kinder, der Garten hinterm Haus.*

Frau H.: „Ja, das war schön. 1947 haben wir geheiratet. Das Haus war so schön. Mein Mann. Vieles war schön damals. Naja. Manches war auch nicht schön. Da möchte man gar nicht mehr drüber nachdenken.“

A.K.: „Manches war nicht schön? Was war denn nicht schön?“

Frau H.: „Was nicht schön war? Ach, das weiß ich nicht mehr, das habe ich vergessen. Ich kann mich nicht mehr so an alles erinnern.“

Ich hatte versucht, Frau H. auf den Schmerz des Verlustes ihres Ehemannes anzusprechen, aber sie blockte ab. Eine Bemerkung Martina Kumlehns in ihrem Aufsatz „Vom Vergessen erzählen“ finde ich in diesem Zusammenhang sehr aufschlussreich: „Immer ist das Rekonstruieren einer Lebensgeschichte mit der Aufdeckung von Elementen verbunden, die zu Lebzeiten bewusst verschwiegen

wurden, weil das Erinnern gefährlich gewesen wäre. Nicht nur die bewusste Nachforschung bringt diese jedoch ans Licht, sondern gerade der Prozess des Vergessens bei den Kranken selbst: 'Das Vergessene bleibt nie ohne Spuren, es lenkt immer heimlich die Aufmerksamkeit auf sich und sein Versteck.'<sup>44</sup>

Es gibt wohl so etwas wie ein intentionales Vergessen. Ich nehme an, dass Frau H. sich auch nicht zum Tod ihres Mannes geäußert hat, als sie sich noch besser erinnern konnte. Vermutlich ist diese Geschichte mit zu viel Schmerz verbunden, als dass sie sie gerne aus dem biographischen Keller herausholt.

Mir als Seelsorgerin war klar, dass ich an diesem Element ihrer Lebensgeschichte nicht weiter bohren würde. Ich hatte ihr ein Angebot gemacht, den Schmerz anzusprechen, sie hatte es abgelehnt. Diese von ihr gesetzte Grenze musste ich akzeptieren.

### ***6.8 Die Trauer des eigenen Verfalls***

Wie erwähnt befand sich Frau H. im zweiten Stadium der Demenz, dem der Zeit- und Raumverwirrung. Vieles, was um sie herum geschah, konnte sie nicht mehr zuordnen. Wenn andere Bewohnerinnen der Pflegestation die der Demenz typischen Verhaltensweisen zeigten, reagierte sie irritiert, genervt und ablehnend. Mein Eindruck war, dass sie sich von den anderen Bewohnerinnen distanzieren wollte, um nicht dazu zu gehören zu dieser Schicksalsgemeinschaft der Dementen. Sie erzählte wiederholt, dass sie noch in ihrem eigenen Haus lebe und nur zu Besuch hier sei. Umso mehr litt sie darunter, den eigenen Verfall stets vor Augen geführt zu bekommen. Sie wusste sehr genau um ihre eigene Vergesslichkeit.

Bei einem unserer Abschiede ereignete sich der folgende Dialog:

A.K.: „Frau H, ich werde jetzt wieder gehen.“

FH: „Schon? Haben sie noch Großes vor?“

A.K.: „Ja, ich habe Konfirmandenunterricht. 18 Konfirmanden warten auf mich in der Luther-Melanchthon-Kirche. Ich komme nächste Woche wieder.“

---

<sup>44</sup> Martina Kumlehn, Vom Vergessen erzählen, in: Dies, Thomas Klie (Hrsg.), Aging - Anti-Aging – Pro-Aging, Altersdiskurse in theologischer Deutung, Stuttgart 2009, 207. Das Zitat im Zitat stammt aus Katharina Hagenas Roman „Der Geschmack von Apfelkernen“, Köln 2008, 73.

FH: „Aber ich gehe jetzt auch nach Hause. Ich weiß gar nicht, was ich hier soll. Ich hab ja auch noch was vor. Ich weiß nicht, ob ich nächste Woche wieder hier sein kann. Ich vergesse das sicher.“

A.K: „Aber ich werde dran denken. Ich hole sie zu Hause ab und dann gehen wir wieder hierher.“<sup>45</sup>

FH: „So können wir das machen.“

Frau H. wusste um ihre Vergesslichkeit. Auf viele Fragen, die ich ihr stellte, um ein Gespräch anzuregen, antwortete sie stereotyp: „Das weiß ich jetzt nicht mehr so genau. Mein Kopf macht nicht mehr so mit.“ Oder: „Das hab ich vergessen. Ich vergesse ja alles.“

Aber nicht nur ihre Vergesslichkeit, auch ihr körperlicher Kontrollverlust kam Frau H. in unterschiedlichen Situationen zu Bewusstsein und erfüllte sie mit Trauer. Einmal litt sie unter einer vermehrten Speichelbildung, sie konnte den Speichel nicht mehr hinunterschlucken, so dass er ihr regelmäßig beim Erzählen von der Lippe tropfte. Frau H. bemerkte das, und es betrückte sie, dass sie offensichtlich nichts daran ändern konnte: „Warum fällt denn immer ein Tropfen von meiner Lippe?“, fragte sie wiederholt. Für mich war es in diesen Situationen wichtig, sie nicht zu beschämen. Durch meine Anwesenheit wurde ich immer wieder auch Zeugin ihrer Hinfälligkeit. Umso dringender musste ich Situationen vermeiden, in denen sie wieder nur ihre Unzulänglichkeit vor Augen geführt bekam. Ich bemerkte irgendwann, dass auch übermäßiges Fragen-Stellen von meiner Seite den nicht intendierten Effekt der Beschämung haben konnte. Denn auf viele meiner Fragen konnte sie nicht anders antworten als mit „Das weiß ich nicht mehr.“ So lernte ich, auch das Schweigen im Seelsorgegespräch auszuhalten. Manchmal war es einfach leichter, still nebeneinander zu sitzen, einfach da zu sein, als durch permanentes Fragen krampfhaft ein Gespräch aufrecht zu erhalten.

## **7. Fazit**

Ich habe als Mensch und als Seelsorgerin von den Begegnungen mit Frau H. profitiert. Ich wurde sensibilisiert für die drängenden Fragen nach dem Umgang mit den Alten in unserer Gesellschaft. Ich wurde aufmerksam auf die oft isolierten

---

<sup>45</sup> Frau H. dachte oft, wir säßen in einem Café. Dann sprach sie die Pflegerinnen wie Kellnerinnen an und bestellte Getränke.

Menschen in den Pflegeheimen, von denen so wenig zu hören ist, weil sie sich selbst nicht mehr bemerkbar machen können und nur eine geringe Lobby haben. Ich nahm die Alten, die Menschen in Pflegeheimen, ihre Angehörigen und PflegerInnen vermehrt in die Fürbitten meiner Gottesdienste auf. Ich dachte auch verstärkt über den Sinn und das Ziel von Seelsorge nach. Dieses Denken hat noch lange keinen Abschluss, aber einen effektvollen Anfang gefunden. Eines möchte ich deutlich hervorheben: Der Umgang mit sehr alten Mensch ist kein Opfer<sup>46</sup>, das man bringen muss, um ihnen den Lebensabend zu erleichtern. Der Kontakt mit sehr alten Menschen kann wunderbare Momente erzeugen, aus denen alle Beteiligtenmunterer herausgehen, als sie hineingegangen sind. Ich nehme jedenfalls an, dass das Vergnügen beidseitig war. Als ich nach vierwöchiger Petersstiftpause zum ersten Mal wieder Frau H. besuchte, fragte sie nicht, wer ich sei und ob wir uns kannten. Sie lächelte, sagte, ich solle mich zu ihr setzen, und rief nach der „Kellnerin“, um etwas für mich zu „bestellen“.

Menschen mit Demenz können in kraftvoller Weise die Grenzen, aber auch den großen Wert der Seelsorge zeigen. Sie stellen Seelsorge in einen ganzheitlichen Horizont, sie lassen uns die sprachlich-kognitive Verengung der Seelsorge auf das „Seelsorgegespräch“ kritisch hinterfragen und fordern ein Menschenbild als Grundlage ein, das den Menschen weder biologistisch auf seine Körperlichkeit noch intellektualistisch auf seine Kognition und Sprachfähigkeit reduziert. Menschen mit Demenz zeigen den Menschen als einen, der in der Fülle seines Seins als somatisches, emotionales, kognitives und voluntatives Wesen angesprochen werden will.

---

<sup>46</sup> Frau H. einmal, als ich beim Abschied ankündigte, wieder zu kommen: „Das ist nett, dass sie das machen. Das ist für sie ja auch ein Opfer.“ Ich konnte nur überrascht erwidern: „Nein, es ist kein Opfer. Wir haben uns doch nett unterhalten!“

## 8. Literatur

- Albert Wettstein, Senile Demenz. Ursachen – Diagnose – Therapie – volkswirtschaftliche Konsequenzen, Bern 1991.
- Albrecht Grözinger, Seelsorge als Rekonstruktion von Lebensgeschichte, in: WzM 38 (1986), 178-188.
- Andrea Fröchtling, „Und dann habe ich auch noch den Kopf verloren...“. Menschen mit Demenz in Theologie, Seelsorge und Gottesdienst wahrnehmen, Arbeiten zur Praktischen Theologie 38, Leipzig 2008.
- Burkhard Pechmann, Durch die Wintermonate des Lebens. Seelsorge für alte Menschen, Gütersloh 2007.
- Henning Luther, Identität und Fragment. Praktisch-theologische Überlegungen zur Unabschließbarkeit von Bildungsprozessen, in: Religion und Alltag. Bausteine zu einer praktischen Theologie des Subjekts, Stuttgart 1992, 160-182.
- Kathrin Liess, Art. „Leben II.1. Altes Testament“, in: RGG<sup>4</sup>, 135f.
- Manfred Josuttis, Dasein ohne Bewusstsein. Demenz in energetischer Perspektive, DPfBl 12/2011, 633-636.
- Martina Kumlehn, Vom Vergessen erzählen, in: Dies, Thomas Klie (Hrsg.), Aging - Anti-Aging – Pro-Aging, Altersdiskurse in theologischer Deutung, Stuttgart 2009, 201-212.
- Mirjam und Ruben Zimmermann, Multidimensionalität und Identität in der Seelsorge. Die poimenische Herausforderung durch altersverwirrte Menschen, PTh. 88 (1999), 404-421.
- Naomi Feil, Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen, Reinhardt Gerontologische Reihe, 16, München/ Basel<sup>3</sup> 2000.
- Dies., Validation in Anwendung und Beispielen, Der Umgang mit verwirrten alten Menschen, Reinhardt Gerontologische Reihe 17, München/ Basel<sup>3</sup> 2001.

- Regine Keetmann, Urte Bejick: Verwirrte alte Menschen seelsorglich begleiten, in:  
Susanne Kobler-von Kommorowski, Heinz Schmidt, Seelsorge im Alter,  
Herausforderungen für den Pflegealltag, Heidelberg 2005, 124-141.