

**RUPRECHT-KARLS-UNIVERSITÄT HEIDELBERG
DIAKONIEWISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DER THEOLOGISCHEN
FAKULTÄT**

Bei Zitationen bitte beachten, dass die Seitenzahlen von online-Ausgabe und
gedruckter Fassung nicht miteinander übereinstimmen!

DIPLOMARBEIT

**ALTENHEIMSEELSORGE
MIT ALTERSVERWIRRTEN MENSCHEN
ALS THEMA DIAKONISCHER ALTENARBEIT**

vorgelegt von:

**Martin Wedek
Plöck 29
69117 Heidelberg**

Inhaltsverzeichnis*

Hinweise zu Abkürzungen, Anmerkungen und Zitierweise sowie zur inklusiven Schreibweise	2
Einleitung	3
I. Grundlegende Orientierungen	8
1. Leitlinien für eine diakonische Altenarbeit	8
2. Die Seelsorge in der diakonischen Altenarbeit - Zur Frage nach dem Seelsorgeverständnis	16
II. Altenheimseelsorge mit altersverwirrten Menschen	24
1. Altersverwirrtheit - ihre Ursachen, Formen und Entstehungsbedingungen	24
2. Die Lebenssituation altersverwirrter Menschen	50
3. Aufgaben und Möglichkeiten von Altenheimseelsorge mit altersverwirrten Menschen:	64
Begegnung	64
Begleitung	77
Lebensdeutung	97
Lebensraum bewahren, schaffen und gestalten	105
4. Ansatz- und Strukturierungsmöglichkeiten von Altenheimseelsorge mit altersverwirrten Menschen	116
III. Schlußbetrachtung und Ausblick	136
Literaturverzeichnis	139

* Um eine übermäßige Zergliederung des Textes zu vermeiden, wurden lediglich größere Abschnitte mit eigenen Gliederungspunkten versehen. Wer sich einen schnellen und kurzen Überblick über Inhalte und Verlauf dieser Arbeit verschaffen möchte, möge sich bitte beim Durchblättern an den durch **Fettdruck** hervorgehobenen Wendungen und Begriffen orientieren.

Hinweise zu Abkürzungen, Anmerkungen und Zitierweise sowie zur inklusiven Schreibweise

Abkürzungen folgen dem Internationalen Abkürzungsverzeichnis für Theologie und Grenzgebiete (IATG), erarbeitet von S. Schwertner, Theologische Realenzyklopädie (TRE), 2., überarbeitete und erweiterte Auflage Berlin 1994.

In Anmerkungen und Zitationsnachweisen wird mit einem Kurztitel gearbeitet, der sich in der Regel zusammensetzt aus dem Namen des Verfassers bzw. Herausgebers sowie dem Erscheinungsjahr und der im Literaturverzeichnis jeweils in [] hinter den vollständigen bibliographischen Angaben verzeichnet ist.

Zitate werden durch " " gekennzeichnet; Begriffe, Metaphorik und Relativierungen (z.B. 'gesund') sowie Zitate innerhalb eines Zitats stehen in ' '. Alle Zitate ohne Quellenangabe gehen zurück auf mündliche Aussagen, die mir während meiner insgesamt zweijährigen Tätigkeit als Praktikant und Pflegehelfer sowie bei zahlreichen privaten Besuchen in verschiedenen Einrichtungen der stationären wie ambulanten Altenarbeit begegneten und von mir in privaten Protokollen und Tagebuchaufzeichnungen festgehalten wurden.

Sofern nicht anderes angegeben, wird aus biblischen Büchern zitiert nach der Lutherbibel in der revidierten Fassung von 1984.

Um einer besseren Lesbarkeit willen wurde die inklusive Schreibweise gewählt. Wo nicht gesondert vermerkt, sind also mit der maskulinen Form Männer wie Frauen gleichermaßen angesprochen. Wird allein die feminine Form gewählt, sind auch nur Frauen gemeint. Die gelegentliche Nennung beider Formen hebt diese Regelung nicht auf, sondern will lediglich hier und da explizit machen, was mit der inklusiven Schreibweise gemeint ist.

Einleitung

Unsere Gesellschaft altert. Der Anteil der über 60jährigen an der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik steigt weiterhin an. Überproportional nimmt dabei der Anteil der betagten und hochbetagten Menschen zu (sog. doppeltes Altern). So wird beispielsweise die Zahl der über 80jährigen nach der neuen Studie "Die Alten der Zukunft" bis zum Jahr 2030 auf 4,37 Millionen steigen (davon hilfe- und pflegebedürftig 1,79 Millionen [=41%]) gegenüber 2,94 Millionen im Jahr 1991 (davon hilfe- und pflegebedürftig 1,15 Millionen [=39,1%]).¹ Die Zahl der alleinstehenden alten Menschen wird sogar von rund 7,8 Millionen im Jahr 1991 auf schätzungsweise 13,2 Millionen im Jahr 2030 anwachsen.² Die noch 1990 erhoffte Abschwächung dieser Entwicklung durch den Beitritt der ehemaligen DDR ist nicht eingetreten. Es kam dort vielmehr infolge der durchgreifenden Veränderungen im Prozeß der deutschen Einigung zu einem dramatischen Rückgang der Geburtenrate.³ Die erst kürzlich aus familiären Gründen sich nicht wieder zu Verfügung stellende Bundesministerin für Familie und Senioren Hannelore Rönsch (CDU) faßt in ihrem Vorwort die wesentlichen Ergebnisse der neuen Studie "Die Alten der Zukunft" zusammen: Der "demographische Wandel" werde sich fortsetzen, insbesondere mit einem Anstieg der Zahl alleinstehender älterer und hochbetagter Menschen (Singularisierung). Auch der Trend zu Einpersonenhaushalten im Alter werde sich weiter verstärken (Individualisierung). Und weiterhin werden mehr Frauen als Männer ein hohes Alter erreichen (Feminisierung).⁴ Deutschland steht vor einer 'demographischen Revolution'.

1 Vgl. BMFUS 1994, 265 und 285.

2 Vgl. a.a.O., 235.

3 Auch schon zu DDR-Zeiten wurde die angestrebte Nettoerproduktionsziffer von wenigstens 1,0 ab 1971 - trotz entsprechender Anreize der Politik - nicht mehr erreicht. Sie lag jedoch dennoch mit durchschnittlich etwa 0,85 in den Jahren 1972-89 deutlich über dem der alten Bundesrepublik (durchschnittlich ca. 0,65 im selben Zeitraum). Nach der deutschen Einigung jedoch erfolgte in den neuen Bundesländern geradezu ein Einbruch bei der Geburtenrate: Für das Jahr 1991 schätzt das Statistische Bundesamt eine Nettoerproduktionsziffer von 0,47. (Offizielle Zahlen des Bundesministeriums für Familie und Senioren, entnommen aus: BMFUS 1994.) Während die Geburtenrate in den alten Ländern in den letzten Jahren leicht ansteigt, hält die Entwicklung in den neuen Bundesländern ungebremst an: Wurden noch 1989 200.000 Babys geboren, so waren es 1993 lediglich 80.000 (vgl. Dt. Allg. Sonntagsblatt Nr. 35 vom 2. September 1994, 3). Das jetzt im Bundesland Brandenburg neu eingeführte Begrüßungsgeld für Neugeborene (sog. Babygeld) in Höhe von einmalig DM 1.000,-, das seit dem 21.11.1994 beantragt werden kann, unterstreicht die Dramatik der Entwicklung.

4 Das Thema 'Altersarmut' (Pauperisierung) wird in der Studie umgangen. Wir erfahren lediglich die Ergebnisse einer Umfrage des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung zu der

Stärker noch als der Anstieg des Anteils der Hochbetagten wird der Prozentsatz der altersverwirrten Menschen anwachsen, da mit zunehmendem Alter die Demenzhäufigkeit steigt: Liegt die altersspezifische Prävalenz von Demenzerkrankungen in der Altersgruppe der 60-70jährigen bei ca. 1%, so steigt sie bei den 70-80jährigen auf etwa 4% an, bei den 80-90jährigen auf ca. 16% und auf fast 40% bei den über 90jährigen.⁵

Noch vor zwanzig Jahren unterschied man unter den stationären Angeboten der Altenhilfe zwischen dem Altenwohnheim als "räumliche Zusammenfassung von altengerechten Wohnungen für ältere Menschen, die zu einer selbständigen Haushalts- und Lebensführung fähig sind", und dem Altenheim als Institution "für ältere Menschen, die zu einer selbständigen Haushaltsführung nicht mehr in der Lage sind, jedoch nicht pflegebedürftig sind", sowie dem Altenpflegeheim "für dauernd pflegebedürftige ältere Menschen, die aber keine ständige ärztliche Behandlung benötigen"⁶. Diese Differenzierung löst sich zunehmend auf durch Vereinheitlichung der Bewohnerschaft. Die äußeren Bedingungen, unter denen ein Mensch in eine stationäre Einrichtung der Altenhilfe zieht, gleichen sich immer mehr an.⁷ Das Heimeintrittsalter lag 1973 bei ca. 70 Jahren. Heute beträgt es über 80 Jahre, die Tendenz ist weiter steigend.⁸ Ein großer Teil der Übersiedlungen in ein Heim erfolgt unmittelbar aus dem Krankenhaus, aber auch viele andere Heimaufnahmen sind sogenannte Notfallreaktionen. Oft hat der alte Mensch keine Gelegenheit mehr, Abschied zu nehmen für einen Neuanfang. "Die Altenheimübersiedlung als prospektive Lebensplanung für das späte Alter gehört der Vergangenheit an."⁹ Das klassische Altenheim ist längst zu einem Altenpflegeheim geworden. Wenn im weiteren generell vom 'Altenheim' gesprochen wird, so sind damit alle stationären Einrichtungen der Altenhilfe gemeint.

Frage, welche Entwicklung ihres Lebensstandards die Bundesbürger für ihr Alter erwarten (BMFuS 1994, 165ff).

5 Vgl. GUTZMANN 1992, 33. Die Zahlenangaben in der Literatur differieren mitunter deutlich, sind doch alle auf statistisch begründete Prognosen angewiesen. Sie stimmen jedoch durchgängig darin überein, daß mit zunehmendem Alter die Häufigkeit dementieller Erkrankungen deutlich wächst.

6 SAUP 1990, 76f.

7 Vgl. hierzu und zum weiteren CALLENIUS-MEUB 1994, 70f.

8 Vgl. hierzu SAUP 1990, 78ff. Diese Tendenz dürfte sich weiter verstärken, zum einen weil zur Zeit von der Politik die Pflege in privaten Haushalten gefördert, ja teilweise geradezu gefordert wird, unter gleichzeitiger Vernachlässigung notwendiger Reformmaßnahmen in der stationären Altenhilfe (z.B. die Qualifizierung der Pflege auf breiter Ebene, die zwar gefordert, aber nicht entsprechend gefördert wird), zum anderen weil die Einstellung der meisten Hilfs- und Pflegebedürftigen gegenüber einem Einzug in ein Heim negativ ist (59% der Pflegebedürftigen und 54% der Hilfsbedürftigen hält einen Wechsel in ein Heim für sehr unwahrscheinlich oder schließt ihn aus. [Vgl. BMFuS 1993a, 156ff.]).

9 SAUP 1990, 80.

Die Menschen, die in ein Altenheim ziehen, sind hochbetagt, und ihr Gesundheitszustand ist oft stark beeinträchtigt. Dem großen Anstieg des Heimeintrittsalters entspricht die Verkürzung der Heimverweildauer, die heute vielfach nur noch etwa eineinhalb bis zwei Jahre beträgt. Viele sterben bereits innerhalb der ersten sechs Monate nach ihrem Heimeinzug. Immer häufiger werden alte Menschen bei terminaler Erkrankung vom Krankenhaus ins Altenheim verlegt bzw. zurückverlegt, sei es auf ihren Wunsch oder aus Kostengründen oder weil das Krankenhaus seine Sterblichkeitsrate im Blick hat. Tod und Sterben - immer schon von großer Bedeutung für Leben und Arbeiten in stationären Einrichtungen der Altenhilfe - gehören in einem solchen Maße zum Alltag in einem Altenheim, daß eigentlich die Aufgaben eines Hospizes längst in die Arbeit des Altenheims integriert sein müßten. Doch eine verantwortliche Sterbebegleitung ist vielerorts immer noch dem Zufall überlassen. Bedingt durch das hohe Heimeintrittsalter sind immer mehr Menschen im Altenheim psychisch krank, immer mehr leiden an Demenzen. Das Altenheim steht an der Schwelle zur Gerontopsychiatrie und hat sie vielerorts bereits überschritten, ohne daß das Personal entsprechend ausgebildet wäre. Auch nicht psychisch oder dementiell erkrankte Menschen befinden sich mit dem Einzug in ein Altenheim in einem intensiven psychischen Belastungs-Bewältigungs-Prozeß. Erfahren sie nicht verständnisvolle Unterstützung, verschlechtert sich ihr Zustand oft rasant.

Angesichts der starken Veränderungen innerhalb der Bewohnerschaft von Altenheimen sind die Gemeinden vielerorts überfordert. In Einrichtungen konfessioneller Trägerschaft gehören traditionell auch seelsorgerliche Aufgaben zu den Pflichten der Heimleitung, doch kann sie bei dem Anwachsen vieler neuer Leitungsaufgaben die Seelsorge allein nicht mehr verantworten.¹⁰ Wo private Träger stationäre Altenarbeit leisten - und ihr Anteil wird im Zuge des Umbaus des Sozialstaats vermutlich ansteigen - sind Gottesdienst und Seelsorge Gäste im fremden Haus¹¹, zu dessen Konzept die seelsorgerliche Betreuung nicht unbedingt dazugehört. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bringen zwar vielfach guten Willen mit für seelsorgerliche Aufgaben, ihnen fehlen aber oft Unterstützung und Anleitung sowie die nötige Zeit. Auch bedürfen sie selbst angesichts ihrer gerade psychisch sehr belastenden Arbeit der Seelsorge. Aber auch viele Angehörige bleiben allein mit ihren Sorgen und Problemen, etwa Schuldgefühlen oder auch

10 Vgl. NIEMEYER 1990, 5.

11 Grundlage für Gottesdienst und Seelsorge auch in nichtkirchlichen Einrichtungen der Altenhilfe ist Art. 140 GG in Verbindung mit Art. 141 WRV, wo es heißt: "Soweit das Bedürfnis nach Gottesdienst und Seelsorge im Heer, in Krankenhäusern, Strafanstalten oder sonstigen öffentlichen Anstalten besteht, sind die Religionsgesellschaften zur Vornahme religiöser Handlungen zuzulassen, wobei jeder Zwang fernzuhalten ist."

Rachegelüsten gegenüber einem allzu strengen Elternteil. Das Verhältnis zu ihrem Verwandten im Altenheim wird davon betroffen und belastet sein.

Das ist - grob skizziert - die Situation der Bewohnerschaft, die zusammen mit den strukturellen und personellen Bedingungen sowie mit den politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen eines Altenheims die Ausgangssituation für Altenheimseelsorge darstellt.

Die Dramatik der Entwicklung mahnt zu sofortigem Handeln auf allen Ebenen in Gesellschaft, Staat und Kirche. Die Notwendigkeit der Intensivierung der Seelsorge in stationären Einrichtungen der Altenhilfe ist von seiten der evangelischen Landeskirchen erkannt, und vielerorts sind bereits Bemühungen im Gange, die Situation zu verbessern. So arbeitet etwa schon seit Jahren in der Evangelisch-lutherischen Landeskirche Hannover ein Beraterkreis "Altenseelsorge" beim Landeskirchenamt mit dem Ziel, die "Zurüstung und Begleitung von Pastoren und kirchlichen Mitarbeitern für die Seelsorge an alten (vor allem pflegebedürftigen und desorientierten) Menschen"¹² voranzubringen. In der Evangelischen Kirche von Hessen/ Nassau gibt es bereits seit längerer Zeit einen Zusammenschluß von Seelsorgerinnen und Seelsorgern im Altenarbeitsbereich. Innerhalb der Evangelischen Landeskirche von Westfalen startete 1989 das Evangelische Johanneswerk eine Initiative zur Intensivierung der Seelsorge in Altenheimen, die die Kirchenleitung aufnahm und in einer Untergruppe des Ausschusses "Seelsorge und Beratung" zu ihrem eigenen Anliegen machte. Ein Anfang ist gemacht.

Diese Diplomarbeit beschäftigt sich mit der Altenheimseelsorge mit altersverwirrten Menschen. Damit soll - angesichts der skizzierten Entwicklungen und Herausforderungen - **ein Beitrag zum Aufbau einer verantwortlichen Altenheimseelsorge** geleistet werden. Bei der Bewältigung dieser Aufgabe sah ich mich mit dem Problem konfrontiert, daß es meines Wissens bislang keinen grundlegenden Entwurf für die Praxis von Altenheimseelsorge gibt; es fehlt ein praktisch-theologisch durchreflektiertes Gesamtkonzept: Entweder werden Einzelprobleme erörtert, ohne in einem Gesamtkonzept von Altenheimseelsorge verortet zu werden, oder man geht allzu schnell über zu praktischen Handlungsanweisungen mit der stillen Voraussetzung, daß ja doch schon irgendwie klar ist, worum es geht.¹³ Diesem bedauerlichen Tatbestand wird auch diese Arbeit nicht abhelfen können, ist doch der Entwurf eines Gesamtkonzepts von Alten-

12 Zitiert nach DEPPING 1993a, 9. Beide Bände, DEPPING 1993a und 1993b, sind im Auftrag der hannoverischen Landeskirche entstanden im Rahmen des oben genannten Projekts.

13 Einen erfreulichen Anfang stellt die "Konzeption der Altenheimseelsorge" (=AHS-KONVENT 1992) dar, das allerdings weniger ein inhaltlich substantiiertes, als strukturell orientiertes Thesenpapier ist.

heimseelsorge eine zu große Aufgabe, als daß sie im Rahmen einer Diplomarbeit bewältigt werden könnte. Andererseits aber konnte das Thema "Altenheimseelsorge mit altersverwirrten Menschen ..." nicht anders sinnvoll verhandelt werden, als daß dabei ein Gesamtkonzept von Altenheimseelsorge im Kontext kirchlich-diakonischen Handelns im Grundriß erkennbar wird; deshalb: "...als Thema diakonischer Altenarbeit". Von meinem Diakonie- und Seelsorgeverständnis (vgl. I.) sowie vor allem von der Lebenssituation und den Lebensverhältnissen altersverwirrter Menschen in Altenheimen (s. II.1. und 2.) her konnte das Thema nicht anders angegangen werden. Der Entwurf einer gleichermaßen konzeptionellen wie praktisch-theologisch durchreflektierten Altenheimseelsorge wird damit natürlich nicht mitgeliefert und steht nach wie vor aus. Ich hoffe aber, mit dieser Arbeit einige Anregungen dazu geben zu können.

Die Darstellung und Entfaltung des Themas dieser Arbeit erfolgt in folgender Weise: Zunächst wird die Altenheimseelsorge im Kontext diakonischer Altenarbeit verortet und als ein Thema der Diakonie behandelt (I.1.). Es folgen grundlegende Orientierungen zum Seelsorgeverständnis (I.2.). Die Beschäftigung mit der besonderen Aufgabe und Herausforderung, die altersverwirrte Menschen für die Altenheimseelsorge darstellen, erfolgt in vier Schritten: Zunächst einmal ist nötig, eine gewisse Grundkenntnis des medizinisch-soziopsychologischen Hintergrundes von Altersverwirrtheit zu erinnern (II.1.) und ihre Bedeutung für die Lebenssituation der Betroffenen zu vergegenwärtigen (II.2.). Von ihrer Lebenssituation her werden dann die wesentlichen Aufgaben von Seelsorge an altersverwirrten Menschen in den Blick genommen (II.3.) sowie Möglichkeiten und konzeptionelle Ansätze für die Praxis aufgezeigt (II.4.), wobei beispielhaft aus dem weiten Feld des theoretischen und handlungsorientierten Hintergrundwissens einige Anregungen für die Ausgestaltung der praktischen Arbeit gegeben werden. In einem Ausblick schließlich wird nach den Konsequenzen für die Praxis in Kirche und Diakonie sowie für die Theologie zu fragen sein, die aus der Beschäftigung mit dem Thema der Altenheimseelsorge mit altersverwirrten Menschen folgern (III.).

I. Grundlegende Orientierungen

1. Leitlinien für eine diakonische Altenarbeit

Unter dem Begriff Altenarbeit wird all das geordnete Hilfehandeln verstanden, dessen Ausgangs- und Mittelpunkt sowie Ziel **der alte Mensch** ist. "Seine Bedürfnisse und Wünsche bilden den **Maßstab** für die Anlage aller Veranstaltungen, Dienste und Einrichtungen **der Altenhilfe**."¹⁴ Die grundlegende Orientierung der Altenarbeit am alten Mensch selbst hat in unserer Gesellschaft breiten Konsens. Dieser Konsens ermöglicht die Kooperation all derer, in dessen Verantwortung Altenarbeit geschieht. In den Konkretionen dieses allgemeinen Maßstabes wird aber auch das spezifische Profil der unterschiedlichen Träger von Altenarbeit deutlich. Was also kennzeichnet diakonische Altenarbeit?

Diakonie ist nicht nur Sozialarbeit in kirchlicher Trägerschaft, sondern die Lebensgestalt der christlichen Gemeinde; Diakonie ist **nota ecclesiae**: Kirche ist diakonisch, oder sie ist keine Kirche. Kirche ist der Leib dessen, der von sich gesagt hat: "Ich aber bin unter euch wie ein Diener" (Lk 22,27). Diakonie - und damit auch diakonische Altenarbeit - ist also nicht eine Abteilung oder ein Werk der christlichen Gemeinde, sondern **eine Dimension in der Gesamtheit des Lebens der Gemeinde**. Zum Dienst berufen ist "jeder mit der Gabe, die er empfangen hat" (I Petr 4,10): jeder Christ ein Diakon, jede Christin eine Diakonin - das ist das allgemeine Diakonen- und Diakoninentum.¹⁵

Diakonie geht von der Gemeinde aus, darf sich aber nicht begrenzen auf die gemeindliche Diakonie "an des Glaubens Genossen", sondern ist gewiesen an "jedermann" (Gal 6,10). "Allen Menschen, gleichgültig welcher Konfession, Religion, Kultur und Nationalität, hat sie an den Fronten leiblicher Not, seelischer Bedrängnis und sozial ungerechter Verhältnisse die Liebe Jesu Christi zu bezeugen. An ihnen vorbeigehen hieße, an Jesus Christus in seinen 'geringsten Brüdern' (vgl. Mt 25,31-46) vorbeigehen."¹⁶ **Die universale Perspektive** der Diakonie gründet in ihrem Auftrag, als **Diakonie der Versöhnung** (he diakonia tes katalages) davon zu künden, daß Gott in Christus die Welt mit sich versöhnte

14 DEUTSCHER VEREIN 1992, 11 (Hervorhebungen vom Vf.). Nach DEUTSCHER VEREIN 1979, 11, hingegen bildet der alte Mensch nicht den Maßstab, sondern lediglich "den planerischen und den gestalterischen Hintergrund".

15 Vgl. MOLTSMANN 1984.

16 WETH 1987, 122.

(II Kor 5,17-21), indem sie durch konkretes Handeln an leidenden Menschen die Versöhnung zur lebendigen Liebestat werden läßt.¹⁷

Altenarbeit ist also diakonisch, wenn sie von der Gemeinde ausgeht und von ihr verantwortet wird; wenn und indem sie sich motivieren, formen und ausrichten läßt vom christlichen Glauben. Im Vollzug des christlichen Glaubens sind grundlegende und richtungweisende Kriterien durch das Ethos mitgesetzt, die im folgenden - ohne Anspruch auf Vollständigkeit - als **Leitlinien** diakonischer Altenarbeit formuliert werden. Diese Leitlinien sind zu verstehen als programmatisches Ideal diakonischer Altenarbeit. Sie sind im jeweiligen Praxisfeld, den konkreten Verhältnissen entsprechend, in eine operationable Form zu überführen, indem von ihnen her unter konstitutiver Berücksichtigung der jeweiligen Situation Maximen formuliert werden, die dann in kurz-, mittel- und langfristigen Zielen umgesetzt werden können. Als Maßstab, an dem Praxis sich messen lassen muß, sind diese Leitlinien nicht gedacht, führten sie dann doch zu einer hoffnungs- und lieblosen Überforderung sowie zu Resignation (vgl. auch Leitlinie 12). Vielmehr sollen sie in der konkreten Praxis **als Perspektiven** dienen, auch und gerade wenn man dort vielfach sehr bescheiden sein muß:

1. Das Personsein des Menschen - und damit seine **Würde** - gründet in dem Zuspruch Gottes. Das Menschsein des Menschen - sein Personsein und seine Würde - kommt uns zu (Geschenkcharakter), ist also **unverlierbar, unverfügbar und unzerstörbar**, mag auch die Persönlichkeit bis zur Unkenntlichkeit verändert sein.¹⁸ Kein körperlicher oder geistiger Verfall, keine seelische Krankheit vermag das Menschsein des Menschen grundsätzlich in Frage zu stellen. "Weder ich selbst noch ein anderer Mensch, weder irgendeine gesellschaftliche noch eine

17 Vgl. STROHM 1994, 2.

18 Gegen Peter Singers Unterscheidung zwischen dem Begriff "Mitglied der Gattung Homo sapiens" (=Mensch im biologischen Sinne) und dem Begriff "Person" in der Bedeutung eines rationalen und selbstbewußten Wesens, die er "zu einer Art evolutionären Drei-Stufen-Theorie des Lebens" (STROHM 1993, 172) weiterentwickelt, wonach zu unterscheiden sei zwischen "selbstbewußtem Leben" (Person-Sein), "bewußtem Leben" und "nichtbewußtem Leben" in einer hierarchischen Rang- und Werteordnung (vgl. SINGER 1984, 101ff). In der Konsequenz dieser Unterscheidung kommen Singer u.a. beispielsweise zu der Schlußfolgerung, daß höher entwickelten Tieren (Schimpanse, Hund, Schwein) mitunter ein größeres Recht auf Leben zuzuerkennen sei als zurückgebliebenen oder senilen Menschen. Euthanasie wird also neuerlich wissenschaftlich gerechtfertigt.

Die Verbindung von Präferenz-Utilitarismus und evolutionstheoretischem Ansatz verleiht der Singerschen Philosophie ihre besondere Schlagkraft. Gleichwohl betritt sie die 'schiefe Bahn' und verkennt die Realität eines Ethos, "das auf absoluten Werten basiert und ethische Leitlinien beachtet, die die Grenzen wissenschaftlicher Rationalität überschreiten" (STROHM 1993, 180). So könne nach THEIßEN 1990 das Gleichnis vom barmherzigen Samariter geradezu als Exempel antiselektionistischen Handelns gelten. Die reduktive normative Anthropologie Singers hat aus dem Blick verloren, daß nicht allein die Rationalität und das aktive Selbstbewußtsein über das Leben entscheiden, sondern ebenso "die gemeinsam getragene Menschenwürde auch im Leiden" (FREY 1993, 225).

politische Macht kann über mein Personsein verfügen."¹⁹ Diakonische Altenarbeit geschieht in Achtung vor der Würde jedes einzelnen Menschen, in welchem Zustand, in welchen Verhältnissen oder Lagen auch immer er sich befinden mag.

2. Die **Gottebenbildlichkeit** (Gen 1,26f.) des Menschen ist von dem Geschehen des Zuspruchs her nicht material sondern relational zu verstehen.²⁰ Der Mensch entspricht seiner Gottebenbildlichkeit und verwirklicht die Menschlichkeit des Menschen nur **in Beziehung** - in Beziehung zu Gott sowie zu den Mitmenschen und der Mitwelt. Darum kann auch der Tod als Verhältnislosigkeit bestimmt werden.²¹ Die Gestaltung von menschengerechtem Leben hat daher auszugehen von den Beziehungen der Menschen untereinander und ihren wechselseitigen Verhältnissen zueinander. Die Überwindung von Einsamkeit und Sprachlosigkeit sowie von Grenzen zwischen Menschen aufgrund ihrer leib-seelischen oder geistigen Verfassung sowie aufgrund ihrer sozialen oder materiellen Situation ist eine elementare Aufgabe diakonischer Altenarbeit.

3. In Christus hat Gott seinen Zuspruch erneuert und die Welt mit sich versöhnt. In **Kreuz und Auferstehung Christi** hat Gott den sein Menschsein verfehlenden Menschen gerechtfertigt im Sinne einer iustitia passiva (**Rechtfertigung**). In unserer auf Steigerung der Lebensqualität durch Leistung bedachten Gesellschaft droht die Menschlichkeit des Menschen zu einem Werk des Menschen zu werden. Aber nicht aufgrund seiner Leistungen ist der Mensch menschlich, sondern aufgrund seiner ihm zugesprochenen Humanität ist er dazu befähigt, die ihm zukommende **Menschlichkeit soziale Realität werden zu lassen**. Leistung ist eine von der Person des Menschen nicht zu trennende Betätigung des Personseins, die ebensowenig Selbstzweck wie eine verrechenbare Größe werden darf. Diakonische Altenarbeit unterstützt zum einen den alten Menschen in der Betätigung seines Personseins und Soseins. Zum anderen erkennt sie gerade in den sogenannten leistungsunfähigen alten Menschen als primär Nehmende Repräsentanten der Menschenwürde und eben darin im eminenten Sinn Gebende.²²

4. Gottes Liebestat in Christus befreit den Menschen aus dem Gefängnis seiner selbst. Der in sich verkrümmte Mensch (homo incurvatus in se ipsum, M. Luther) versteht Freiheit als Autonomie und Herrschaft. Der sich von Gott angenommen glaubende Mensch versteht **Freiheit in den Kategorien der Gemeinschaft und des Dienstes**. "Zur Freiheit seid ihr berufen, Brüder; deshalb sorgt dafür, daß die

19 HUBER 1985, 119.

20 Vgl. JOEST 1990, 370.

21 Vgl. JÜNGEL 1971.

22 Vgl. JÜNGEL 1976, 131f.

Freiheit nicht eurer Selbstsucht die Bahn freigibt, sondern dient einander in der Liebe" (Gal 5,13).²³ Diakonische Altenarbeit geschieht in eben dieser Freiheit, die bewahrt sein will in der wechselseitigen Zuwendung und die sich darin verwirklicht, "daß der eine den andern als Bereicherung seiner selbst und als Aufgabe des eigenen Lebens erfährt"²⁴. Die Institutionen diakonischer Altenarbeit haben daher sowohl der Unverfügbarkeit der Person zu dienen und sie zu schützen, als auch einen Raum freizuhalten, "den Menschen kraft ihrer Freiheit gestalten können; sie sollen menschliches Gemeinschaftshandeln fördern"²⁵.

5. Die soziale Bedeutung des Christusgeschehens für das gemeinsame Leben der Menschen faßte Paulus in das Bild vom "**Leib Christi**" (I Kor 12,12ff.; Röm 12,4ff.). Die in Christus erschienene Liebe Gottes überwindet die Verhältnislosigkeit zwischen Mensch und Gott sowie zwischen den Menschen untereinander und wirkt **neues Leben**. Jedes Glied am Körper Christi, jedes Glied der Gemeinschaft ist in seiner Individualität wichtig. Die Ausgrenzung alter Menschen sowie die Verachtung ihrer Charismen hat Rückwirkungen auf die gesamte Gesellschaft: "Wenn ein Glied leidet, so leiden alle Glieder mit" (I Kor 12,26). Diakonische Altenarbeit geschieht im Bewußtsein, daß es mit der Ermöglichung des Menschseins des anderen zugleich um unser aller Menschsein geht. Die Ebenbildlichkeit Gottes hat viele Gesichter. Nur im **gemeinsamen Leben** aller miteinander verwirklichen wir unser Menschsein. Wenn diakonische Altenarbeit sich für die Partizipation des alten Menschen am gemeinschaftlichen und gesellschaftlichen Leben sowie für seine Integration einsetzt, dann zielt sie damit nicht darauf, daß der alte Mensch hier und da seinen Platz findet in einer Gesellschaft, die sich ansonsten weiterhin orientiert am 'Jungen', 'Starken' und 'Gesunden', sondern auf eine **integrierte Integration**²⁶, die die Erneuerung der gesamten Gesellschaft zur Folge hat.

Die in Christus offenbarte Liebe Gottes überwindet, was Menschen voneinander trennt. Diakonische Altenarbeit geht daher über konfessionelle Grenzen hinaus und wendet sich gleichermaßen auch an anders- und nichtgläubige Menschen. Sie ist daher ein Beitrag zur Ökumene und zum interreligiösen Dialog.

6. Als Glied am Leib Christi hat jeder Mensch eine unverzichtbare Bedeutung, die ihren Ausdruck findet in je besonderen **Gaben** (I Kor 12,1-11). Andere Zeiten und Kulturen wußten und wissen das Alter zu schätzen aufgrund seiner

23 Übersetzung HUBER 1985, 118.

24 Ebd.

25 A.a.O., 119.

26 Vgl. BACH 1980, 217, aber auch den Vorschlag einer "Ethik der Einbeziehung" bei VON HASE 1975.

'Alterscharismen' (Lebenserfahrung, Weisheit, Gelassenheit u.a.). Diakonische Altenarbeit rechnet mit den Gaben gerade auch alter Menschen, reduziert die Charismen aber nicht auf Fähigkeiten und Kompetenz, sondern versteht sie von dem nicht verrechenbaren, ganz individuellen, mitunter auch verborgenen Sinn jedes menschlichen Lebens her. Nicht nur der rüstige alte Mensch sondern auch der senile, der demente, der bettlägerige, der sterbende alte Mensch bereichert unser gemeinsames Leben.

7. Zur Würde des Menschen gehört seine Selbstbestimmung. Diakonische Altenarbeit versteht sich daher nicht als Für-Sorge, sondern als **Ermöglichungshilfe zur Selbstbestimmung**. Sie versucht der Selbständigkeit des alten Menschen aufzuhelfen. Wo Selbständigkeit unwiederbringlich verloren ist, vertritt sie sie dem (im Extremfall zu vermutenden) Willen des alten Menschen entsprechend. Wo aber der Vollzug der Selbstbestimmung aufgrund verminderter geistiger Leistungsfähigkeit zu Situationen konkreter Gefährdung des alten Menschen führt, entsteht **ein ethischer Konflikt zwischen den Kriterien Selbstbestimmung und verantwortlicher Stellvertretung**. Für diesen und andere ethischen Konflikte (z.B. Recht auf Leben - Recht auf Sterben) hat auch diakonische Altenarbeit keine 'Lösung' im Sinne einer eindeutigen Entscheidung. Sie erkennt aber die Gefahr, daß angesichts 'kaum lösbarer' Konflikte Entscheidungen occasionell-dezisionistisch gefällt werden. Um so mehr trägt sie Sorge für eine **ethische Schulung ihrer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen**, die sie zu einer verantwortlichen Entscheidungsfindung befähigen soll.

Infolge von unzureichenden Rahmenbedingungen ist **Selbstbestimmung** zudem vielfach **gefährdet durch strukturell bedingte Fremdbestimmung**. Diakonische Altenpflege bemüht sich deshalb um die **Verbesserung der Rahmenbedingungen** durch Beratung der und Mitwirkung in den entsprechenden Gremien.

8. Diakonische Altenarbeit sieht sich verwiesen auf **das Elterngelot**: "Du sollst deinen Vater und deine Mutter ehren, auf daß du lange lebest in dem Lande, das dir der Herr, dein Gott, geben wird" (Ex 20,12; Dtn 5,15). Dieses erste der Sozialgebote des Dekalogs zielt auf das Verhältnis der erwachsen gewordenen Kinder ihren Eltern gegenüber. Der sogenannte Generationenvertrag ist eine neuzeitliche Entsprechung dazu. Der Begriff 'ehren' umfaßt neben seiner geistig-spirituellen Bedeutung auch die materielle Versorgung²⁷ und ist so ein Hinweis auf die sozialpolitische Mitverantwortung diakonischer Altenarbeit. Die Ehrung der Eltern bzw. der älteren Generationen als den Vermittlern göttlicher Lebensschöpfung und Zuwendung ist zugleich ein **Bekenntnis** zum Geschenk-

27 Zum Bedeutungsfeld des hebräischen Verbs 'kabbed' vgl. CRÜSEMANN 1993, 58-62.

charakter der eigenen Existenz. Sie erkennt aber auch in ihrer Fehlbarkeit die eigene wieder und versteht sich so als Glied in der Generationen übergreifenden Kette geschichtlicher **Verantwortung**.

9. Gute Vorsätze allein reichen nicht. Diakonische Altenarbeit bemüht sich daher, ihre Leitlinien umzusetzen, sowohl in tragfähigen **Konzepten** als auch durch **Einüben** als richtig erkannter Umgangsformen und Handlungsweisen im Alltag. Hierzu nutzt sie Erkenntnisse und Methoden der empirischen Wissenschaften (insbesondere der Sozial- und der Humanwissenschaften), aber nicht ohne sie im Hinblick auf ihre - vor allem anthropologischen - Implikationen zu hinterfragen.

10. Altersbilder und Altersstereotype einer Gesellschaft beeinflussen die Wahrnehmung alter Menschen sowie das Verhalten zu ihnen und sind daher von hoher Relevanz für die Lebenssituation alter Menschen. Auch diakonische Altenarbeit steht unter dem Einfluß gängiger Bilder vom Alter. Sie unterzieht sie aber einer **kritischen Prüfung** (vgl. Mt 16,3; Röm 12,1f.; I Thess 5,21; Phil 4,8f.), zum einen in konkreten Begegnungen mit alten Menschen, zum anderen durch Orientierung **am christlichen Menschenbild**.

In der **Menschwerdung Gottes in Jesus Christus** bis zum Tode am Kreuz ist uns **offenbart** die Göttlichkeit und Menschlichkeit Gottes sowie **die Menschlichkeit des Menschen**. Angesichts des gegeißelten Jesus er- und bekennt Pilatus: "Siehe, der Mensch" (Joh 19,5) ²⁸. Der Gekreuzigte kann uns befreien von dem Traum, mehr als ein Mensch zu sein. Frei von Defiziten ist kein Mensch, auch nicht der 'gesündeste'. "Das Defizitäre gehört ... in die Definition des Humanum."²⁹ Angesichts der **Gebrochenheit menschlichen Seins** kommt es darauf an, "Gesundheit und Krankheit, Begabung und Behinderung, Gelingen und Scheitern, 'Verdienst' und Schuld, Ganzheit und Entfremdung als Ambivalenz des menschlichen Lebens wahrzunehmen"³⁰.

Andererseits weiß diakonische Altenarbeit um die besonderen Gaben eines jeden Menschen (s. Leitlinie 6). Sie versteht aber **Gaben und Defizite nicht als Gegensätze**, sondern betont - gerade angesichts der in unserer Gesellschaft verbreiteten Vergötzung des 'Gesunden' und 'Starken' -, daß die Kraft sich in der Schwachheit vollendet (vgl. II Kor 12,9). Die besonderen Gaben eines Menschen sind oft untrennbar verbunden mit seinen Defiziten.

28 Wörtliche Übersetzung des Textes nach NESTLE-ALAND 1981.

29 BACH 1986, 127. Vgl. auch BACH 1980, 206.

30 WOLF 1991, 355.

Diakonische Altenarbeit vertritt daher weder ein Defizit- noch ein Kompetenzmodell, sondern betont **die charismatische Dimension sowohl der Kompetenzen als auch der Defizite** und betrachtet von daher jeden Menschen in seiner Ganzheit als Geschenk Gottes.

11. Darüber hinaus hat diakonische Altenarbeit bezüglich der Würde des alten Menschen ein **Wächteramt**. Daher setzt sie sich als gesellschaftliche Diakonie ein für und zielt auf die **Sicherung auch der materiellen Voraussetzungen für ein Leben in menschlicher Würde**³¹:

Sie erinnert an die **Verantwortung** jedes einzelnen **zur Eigenvorsorge** für die Sicherung seines Alters. Materielle wie nicht-materielle Leistungen (z.B. Kindererziehung) sollen jedem und jeder in **gerechter Teilhabe** an den gesamtgesellschaftlichen Leistungen zur Alterssicherung zugute kommen. Sie erinnert aber auch die Gemeinschaft an ihre Verpflichtung zu **Solidarität**. Die Unkalkulierbarkeit des Lebens birgt unverschuldete Lebensrisiken für jeden Menschen; hier ist allein schon aus Gründen der Verlässlichkeit die Forderung nach Solidarität evident. Aber auch vor selbstverschuldeter Not soll die Gesellschaft nicht ihre Augen verschließen, sondern sich orientieren am Grundsatz der Pflicht zur Hilfeleistung. Zugleich wirbt diakonische Altenarbeit für den - in unserer Gesellschaft im Schwinden begriffenen - sozialetischen Grundkonsens, daß es zwischen ökonomisch Starken und Benachteiligten einen permanenten **Ausgleich** geben solle, sofern dieser nicht Selbsthilfe und Selbstvorsorge behindert.

Diakonische Altenarbeit orientiert sich also bei ihrem Votum zur Alterssicherung und in ihrer eigenen Arbeit an den Grundsätzen der Verantwortung zur Eigenvorsorge und der gerechten Teilhabe relational zu ihren Komplementen Solidarität und Ausgleichsgedanke.

12. Die Arbeit mit alten Menschen steht in der Gefahr, daß Trostlosigkeit in ihr sich Raum greift; zu stark dominieren körperlicher und geistiger Verfall, Sterben und Tod. In der Altenarbeit Tätige suchen oft in der Routine oder aber in einer übersteigerten Hilfbereitschaft Schutz vor aufbrechenden eigenen Ängsten. Sie versachlichen und entpersonalisieren ihre Beziehung zu den alten Menschen oder drängen sie ganz in die Rolle von Hilfebedürftigen ohne ihrerseits von ihnen noch etwas zu erwarten und zu erhoffen. Die Erfahrung, auf eigene Grenzen zu stoßen, mit guten Vorsätzen und Konzepten immer wieder - auch an sich selbst - zu scheitern, verstärkt oft den Eindruck der Hoffnungslosigkeit und zeitigt als Folgen

31 Vgl. KIRCHENAMT 1987.

Verzweiflung oder Gleichgültigkeit. Auch diakonische Altenarbeit macht die Erfahrung der Hoffnungslosigkeit, der Gleichgültigkeit und Verzweiflung. Im Wissen darum, daß wir allzumal Sünder sind, zählt sie nicht auf sich selbst, sondern in all ihrem Tun und Lassen auf Gott und seine Zusage: "Ich will euch tragen, bis ihr grau werdet" (Jes 46,3f), die einzulösen zu helfen die Aufgabe diakonischer Altenarbeit ist. Auch in der diakonischen Altenarbeit greift sich die Hoffnungslosigkeit Raum, aber sie wird ihr nicht noch Raum geben. Vielmehr lebt diakonische Altenarbeit die Vergebung eigenen Scheiterns und den **Glauben** an das neue Leben in Christus als **Hoffnung wider alle Hoffnung** (vgl. Röm 5,1-5; 8,8-25). Sie lebt wider die Hoffnungslosigkeit aus dem Glauben, jeden Tag einen neuen Anfang machen zu können und zu dürfen, weil Gott mit uns bereits einen neuen Anfang gemacht hat. Getragen und getrieben von dieser Hoffnung versucht diakonische Altenarbeit "in Haltungen und Handlungen zu übersetzen, was Gott zu seiner Kreatur sagt: Ich bin euch nah, ich kenne euch, ich höre und erhöere euch"³². Von diesem Zuspruch der **Liebe Gottes** lebt diakonische Altenarbeit. Diese Liebe weiterzugeben ist ihr Auftrag.

So wie **die hoffende Liebe des Glaubens** Inbegriff dessen ist, woraus und woraufhin christliche Existenz in ihrem Verantwortlichsein lebt³³, so ist sie **auch in der diakonischen Altenarbeit die kritische Instanz und Richtschnur (krites)**³⁴, die anhand ihrer eigenen Kriterien zu prüfen hat, was am ehesten dem alten Menschen gerecht wird und worauf es in der jeweiligen Situation ankommt.

Und so verstehen sich auch diese Leitlinien als - ihrerseits wiederum zu prüfende - Kriterien der hoffenden Liebe des Glaubens.

2. Die Seelsorge in der diakonischen Altenarbeit - Zur Frage nach dem Seelsorgeverständnis

Zur diakonischen Altenarbeit gehört die Seelsorge untrennbar hinzu. Auch da, wo Seelsorge in einer Altenarbeit geschieht, die von säkularen Trägern verantwortet wird, versteht sie sich als integrierter Bestandteil der ganzheitlichen Sorge um den

32 SEIBERT 1987, 17.

33 RICH 1985, 166.

34 Das Verständnis von 'agape' als 'krites' und damit nicht als Kriterium geht zurück auf A. Rich (vgl. RICH 1962, 124).

Menschen. "Seele ist nach der Heiligen Schrift zu verstehen als die personale Ganzheit des Menschen nach Leib, 'Seele' und Geist"³⁵, und in diesem Sinne ist Seelsorge **die Sorge um den Menschen als Seele**. Sie ist nicht ein gesonderter Beitrag, der zur Altenarbeit hinzukäme, sondern Seelsorge ist - ebenso wie Diakonie - **eine Dimension im Leben der christlichen Gemeinde** und damit auch in der diakonischen Altenarbeit.

Hinter diesem Verständnis der Seelsorge als Dimension im Leben der christlichen Gemeinde stehen drei inhaltliche Grundentscheidungen:

1. **Seelsorge ist der ganzen Gemeinde aufgetragen**. Der Auftrag zur Seelsorge im NT richtet sich stets an alle Gemeindeglieder (vgl. z.B. I Thess 5,14; Röm 12,8.15; Kol 3,16); spezielle Anweisungen zur Seelsorge für Amtsträger (Jak 5,14f.) sind eingebettet in den Auftrag zur Seelsorge an die gesamte Gemeinde (5,13.16-18)³⁶. Professionelle Seelsorge, die nicht notwendigerweise pastoral sein muß, und Laienseelsorge haben gleiches Recht. Auf einigen Tätigkeitsfeldern ist eine spezielle Schulung - z.B. durch eine klinische Seelsorgeausbildung (KSA) - und der Erwerb besonderer Kenntnisse sicherlich unerlässlich, aber auch hier kommt es auf die rechte **Zuordnung von professioneller und sog. laienhafter Seelsorge** an. Das relationale Verständnis der Gottebenbildlichkeit sowie das Verständnis der Gemeinde als "Leib Christi" (s. I.1. die Leitlinien 2 und 5) lassen erkennen, daß es mit dem Auftrag zur Seelsorge an die Gemeinde nicht allein um die Seelsorge einzelner Gemeindeglieder geht, sondern vor allem auch um die **Seelsorge der Gemeinde als Gemeinde**. Und schließlich geschieht Seelsorge nicht allein in eigens dafür definierten Situationen - im seelsorgerlichen Gespräch, im Gottesdienst, in der Bibelstunde -, sondern ist eine Möglichkeit überall da, wo Menschen einander begegnen.

2. Die Einsicht in die **personale Ganzheit des Menschen** fordert die **Überwindung trennender Dualismen**: "die Trennung von Wort und Tat, von Fürsorge und Seelsorge, von Lebenshilfe und Glaubenshilfe, von Beratung und Verkündigung, von Diakonie und Theologie ..." ³⁷. Wenn also Seelsorge bestimmt wird als die Sorge um den Menschen als Seele, dann steht dem nicht etwa

35 THURNEYSSEN 1988, 45ff.

36 Vgl. NEIDHART 1987, 369f.

37 H. LUTHER 1988a, 475. Auf den Streit zwischen 'verkündigender' und 'beratender' Seelsorge wird hier nicht weiter eingegangen. Sicherlich haben die Auseinandersetzungen - trotz aller Polemik - auch zur Klärung der Positionen beigetragen. Zumeist jedoch war die Diskussion ein 'Schattenboxen', wurde doch selten über die auch das Seelsorgeverständnis prägenden Unterschiede im Frömmigkeitsverständnis und in den Antworten auf fundamentaltheologische Fragen gesprochen. So ist denn auch die Diskussion nicht zu einem Ende gekommen, sondern eher in einer Ermüdung auf beiden Seiten verebbt. Verständnis für die je andere Position wurde kaum erreicht.

Diakonie als die Sorge um den Menschen als Leib gegenüber, sondern beide sind um den ganzen Menschen bemüht, aber in einer jeweils anderen Akzentuierung. Diakonie bemüht sich vorrangig um die Lebensfähigkeit; sie ist aber immer auch seelsorgerlich, da sie weiß, daß der Mensch nicht vom Brot allein lebt (Dtn 8,3; Mt 4,4; Lk 4,4). Seelsorge ist primär **Hilfe zur Lebensgewißheit**³⁸; aus der Perspektive, daß die Zukunft jedes Menschen das Leben ist, versucht sie die Lebensgewißheit hinsichtlich des Grundes meiner Existenz (die Frage nach Sinn und Identität) und im Blick auf die Orientierung im Leben sowie in bezug auf die Gemeinschaft des Lebens zu stärken, zu fördern und zu vertiefen. Da einerseits Beeinträchtigungen und Gefährdungen der Lebensfähigkeit poimenische Bedeutung haben, andererseits die Lebensgewißheit für die Lebensfähigkeit relevant ist, ist sie **zugleich auch Leibsorge**³⁹; deshalb kann auch von diakonischer Seelsorge gesprochen werden⁴⁰.

3. Das Ziel der Seelsorge ist der betroffene einzelne. Der Mensch aber ist ein soziales Wesen. Die personale Ganzheit des Menschen umfaßt daher auch sein soziales Umfeld. Auch gesellschaftliche Zustände, politische Rahmenbedingungen, materielle Verhältnisse, kurz: die Umwelt und Mitwelt des Menschen sind von seelsorgerlicher Relevanz. Individuelle und gesellschaftliche sowie personale und institutionelle Aspekte dürfen nicht voneinander getrennt werden. Seelsorge ist daher nicht allein Hilfe zur Lebensgewißheit, sondern sie **bezeugt in "solidarisch-helfende(r) Zuwendung** zum je individuellen einzelnen in befreiender Absicht zugunsten des einzelnen unter konstitutiver Berücksichtigung seines sozialen und gesellschaftlichen Kontextes"⁴¹ **die in Christus widerfahrene "frohe Befreiung aus den gottlosen Bindungen dieser Welt zu freiem, dankbarem Dienst an seinen Geschöpfen"** (Barmen II).

Im Sinne dieser Grundentscheidungen sich verstehende Seelsorge wird im weiteren **diakonische Seelsorge** genannt. Mit diesen Grundentscheidungen ist zugleich ein Rahmen abgesteckt, innerhalb dessen das Verständnis von Seelsorge näher zu bestimmen ist. Die Fragen der Zuordnung von professioneller Seelsorge und Laienseelsorge, von Lebenshilfe und Glaubenshilfe, Beratung und Verkündigung, von Seelsorge und Leibsorge, Theologie und Psychologie sollen und können hier nicht ausführlich diskutiert werden. Sie stellen sich zudem in jedem Praxisfeld neu und anders und müssen daher in der je konkreten Situation gestaltet und verantwortet werden. Dennoch hat nicht jedes Praxisfeld seine eigenen Kriterien, sondern es kommen dieselben Kriterien aufgrund der je verschiedenen Situation

38 Zum Verständnis der Seelsorge als Hilfe zur Lebensgewissheit vgl. RÖSSLER 1994, 208ff.

39 Vgl. hierzu auch KRÖGER 1991.

40 Vgl. H. LUTHER 1988a.

41 H. LUTHER 1988a, 476.

unterschiedlich zur Anwendung. **Richtschnur** (krites) wird auch hier **die Liebe** sein, die im Glauben ihren Grund und in der Hoffnung ihre Perspektive hat. Die Liebe prüft die im Vollzug von Seelsorge mitgesetzten Kriterien und ermöglicht so der Seelsorge ihre Orientierung auf den jeweiligen Praxisfeldern. Die Kriterien einer diakonischen Seelsorge sind also der Praxis von Seelsorge nicht vorgegeben, sondern aus ihr erwachsen. Sie sind daher in der Praxis jedesmal aufs Neue durch die hoffende Liebe des Glaubens zu prüfen und an ihr ausgerichtet zur Anwendung zu bringen. Auch jede Erneuerung der Seelsorge und ihres Verständnisses erhält ihre Impulse aus der Praxis. Und so wird auch hier zu fragen sein, welche Konsequenzen für das Verständnis von Seelsorge sich aus dieser Arbeit von ihrem Gegenstand her ergeben. Hierauf wird im Schlußteil der Arbeit zurückzukommen sein.

Bevor aber die Altenheimseelsorge mit altersverwirrten Menschen thematisiert wird, werden im folgenden - ohne Anspruch auf Vollständigkeit - **Kriterien und Maximen einer diakonischen Seelsorge** benannt, die - im Sinne des eben gesagten - für die konkrete Ausgestaltung von Seelsorge im jeweiligen Praxisfeld Orientierung bieten sollen:

1. Es ist das Verdienst Ulrich Bachs, immer wieder auf eine gespaltene Anthropologie in unserer kirchlichen Praxis, aber vor allem auch in unserer Theologie hinzuweisen.⁴² Man sei zwar allgemein der Meinung, daß auch der Schwerstbehinderte ein Mensch sei, doch die Frage: "Ist der behinderte Mensch genauso Mensch wie der Nichtbehinderte?", löse immer wieder Zögern und Ratlosigkeit aus.⁴³ Insbesondere beim ersten und dritten Artikel des Glaubensbekenntnisses sei oft eine deutliche Zurückhaltung zu spüren: "'Von Gott so gewollt und so geschaffen?', 'Von Gott mit einem Auftrag an andere versehen?' - das kann man doch wohl nicht sagen? Kurzum: Der behinderte Mensch wird als Mensch anerkannt, konkret werden aber wichtige theologische Aussagen als für ihn nicht geltend (oder weniger geltend) hingestellt. Das heißt: Wir haben keine einheitliche Anthropologie, in der Behinderte und Nichtbehinderte in gleicher Weise ihren Platz haben. Wir haben nur eine gespaltene Anthropologie."⁴⁴ Der Grund dieser Spaltung liege in einem Denken, daß Gesundheit, nicht aber auch Krankheit mit dem Willen Gottes für vereinbar hält. Gott werde so zum angepaßten Gott unserer Wunschvorstellungen, zum Baal.⁴⁵ Gesundheit, Glück, vitales Leben werden dem deus revelatus zugeordnet, eher Unverständliches wie Krankheit und Tod dem

42 Dieses Thema durchzieht nahezu alle Veröffentlichungen U. Bachs. Hingewiesen sei beispielsweise auf seinen besonders pointierten Beitrag in MOLTSMANN, 1984, 92-105.

43 A.a.O., 103.

44 Ebd.

45 Vgl. BACH 1980, 195.

deus absconditus. Das Denkmodell Luthers zweier Verhaltensweisen Gottes wird seiner Dynamik beraubt und in statischer Zuordnung für die Benennung zweier Menschengruppen (Gesunde - Kranke) in Anspruch genommen.⁴⁶ Überwunden werden können die Spaltungen in Theologie und Anthropologie allein von einer konsequenten Kreuzestheologie, die Christus in Leiden und Schwachheit erkennt und dadurch Korrektur menschlicher Normen und Vorstellungen im Hinblick auf Gott und den Menschen erfährt.⁴⁷ Vom Kreuz her erkennen wir, daß 'Kranke' und 'Gesunde' jeweils so von Gott geschaffen sind, daß beide in der gefallenen Schöpfung als "geschädigte Schöpfung" auf die Heilstat Christi angewiesen sind, daß Krankheit kein Ausdruck der Sünde ist und daß beide, 'Kranke' und 'Gesunde', mit göttlichen Gaben begabt sind.⁴⁸

An das theologische Denken U. Bachs gibt es sicherlich auch berechtigte Anfragen⁴⁹. Festzuhalten für unseren Zusammenhang ist jedoch an der **Notwendigkeit einer ungespaltenen Anthropologie**. Die Orientierung an einer ungespaltenen, vom Kreuz Christi her gewonnenen Anthropologie hat Konsequenzen auch für das Seelsorgeverständnis. So begegnet einem beispielsweise bzgl. der Seelsorge mit altersverwirrten Menschen immer wieder die Reaktion: "Ja, kann man denn da überhaupt noch Seelsorge betreiben?" Hinter dieser Frage steht zum einen oft eine große Unkenntnis über Altersverwirrtheit, zum anderen aber auch die unausgesprochene Voraussetzung, daß zum Vollzug von Seelsorge eine 'normale' kognitive Leistungsfähigkeit auf beiden Seiten erforderlich sei. Gottes Auftrag zur Seelsorge aber gilt allen. Alle sind zur Seelsorge beauftragt und mit ihren je besonderen Gaben dazu befähigt. Alle sind gleichermaßen Seelsorger wie 'Pastorand'. Eine an der kognitiven (oder einer anderen) Leistungsfähigkeit des Menschen orientierte Unterscheidung zwischen einer 'normalen', 'vollwertigen', 'eigentlichen' Seelsorge und Sonderformen von Seelsorge, die lediglich als ein 'trauriger Ersatz' und somit als 'minderwertige' Seelsorge gelten können, muß überwunden werden.⁵⁰ Diakonische Seelsorge wahrt daher mit der Einheit der Anthropologie zugleich die **Einheit der Seelsorge**.

2. Die Einsicht in die Einheit der Seelsorge nötigt zu der Erkenntnis, daß sich die Hilfe, auf die Gottes Auftrag zur Seelsorge zielt, "in Zuwendungen unterschiedlicher Art: durch Wort und Tat, durch Wort als Tat und Tat als

46 Vgl. SANDER 1993, 17.

47 Vgl. BACH 1986, 99.107ff.

48 Vgl. MOLTMANN 1984, 104.

49 Vgl. SANDER 1993, 69-85.

50 Vgl. auch die Aufforderung Deppings, die der Seelsorge mit altersverwirrten Menschen zugrundeliegende Theologie nicht als "Resttheologie", sondern als "Basisstheologie" zu betrachten (DEPPING 1993a, 106f).

Wort⁵¹ vollzieht. Seelsorge ist weder von Diakonie noch von Verkündigung zu trennen. Glaubenshilfe ist immer auch Lebenshilfe, kommt aber nicht gegen sie, sondern nur in ihr zur Entfaltung, verleiht aber auch der Lebenshilfe eine bestimmte inhaltliche Richtung.⁵² Der Verkündigungsbegriff darf nicht durch eine dichotomische Trennung von Lehre und Leben, von Wort und Tat etc. verbalistisch verengt und durch Orientierung an kognitiver Leistungsfähigkeit zusätzlich begrenzt werden. Der oft betonte Vorrang der expliziten Verkündigung (Wortverkündigung), die den Namen Jesu Christi nennt als Geber aller Gaben, vor der impliziten Verkündigung (Tatverkündigung, zeichen- und symbolhafte Verkündigung), die in von Christus her motivierten und geformten Taten sowie in symbolischen und zeichenhaften Handlungen das Wort Gottes zu vermitteln sucht, ist neu zu überdenken. Er sollte keinesfalls zu einer Abwertung impliziter Verkündigung dienen, ist doch implizite Verkündigung von ihren Adressaten her begründet, so daß eine Abwertung im Grunde sie trifft. Er kann aber daran erinnern, daß der Name Jesu Christi nicht verschwiegen werden sollte, es sei denn um Christi willen, d.h. ohne den geistlichen Zwang eines gesetzlichen Verständnisses des Verkündigungsauftrages. In diesem Sinne ist **die relative Gleichrangigkeit von expliziter und impliziter Verkündigung** ein Kriterium der diakonischen Seelsorge.

3. Diakonische Seelsorge bewahrt die Einheit der Anthropologie sowie die der Seelsorge auch in den Methoden und Arbeitsprinzipien, die sie anwendet. Die Methoden der empirischen Wissenschaften, insbesondere der Humanwissenschaften - vor allem natürlich der Psychologie - werden daher vor einer möglichen Rezeption genauso nach ihren anthropologischen Implikationen zu hinterfragen sein, wie diakonische Seelsorge all ihr Tun und Lassen - z.B. auch ökonomische, strukturelle oder planerische Entscheidungen - theologisch zu verantworten hat.

4. In Gottes Beauftragung und Begabung aller zur Seelsorge sind die Kriterien der Gleichrangigkeit und Wechselseitigkeit diakonischer Seelsorge begründet. Das Kriterium der **Gleichrangigkeit** zielt auf das Verhältnis von **professioneller Seelsorge und Laienseelsorge** (s.o.), die sich zwar unterscheiden hinsichtlich der methodischen Reflexion und spezifischem Fachwissen, aber in eben dieser Unterschiedlichkeit je ihren besonderen Beitrag leisten können. So ist Laienseelsorge oft spontaner als professionelle Seelsorge und findet leichter

51 OTTO 1986, 142. Ist nicht schon die atl. Formulierung: "es *geschah* das Wort Gottes...", die bezeichnenderweise 'Wort-Ereignis-Formel' heißt, ein Hinweis darauf, daß das Wort Gottes alle kognitiv-verbalistische Verengung sprengt?

52 Vgl. H. LUTHER 1992, 226, der damit auf TACKE 1975 anspielt.

Zugang zu Menschen mit Ressentiments gegen die (Amts)Kirche⁵³, während sie andererseits in manchen Situationen sich überfordert fühlt, wie etwa in der Seelsorge mit psychisch schwerkranken Menschen. Professionalisierung darf ebensowenig zur Machtausübung mißbraucht werden (Expertokratie), wie 'einfache' Seelsorge zur Ignoranz gegenüber humanwissenschaftlichen Ergebnissen führen sollte. Insgesamt verweist das Kriterium der Gleichrangigkeit auf das Ziel einer Seelsorge der Gemeinde als Gemeinde in der Vielfalt der ihr geschenkten Gaben.

5. Der Gleichrangigkeit der Seelsorgenden entspricht das Kriterium der Wechselseitigkeit im Verhältnis von Seelsorger und 'Pastorand'. Beide sind zu verstehen als Partner im Seelsorgegeschehen. Die Rollenverteilung von Hilfesuchendem und Helfendem ist zu überwinden, geht sie doch davon aus, daß die Adressaten der Seelsorge prinzipiell mit einem Mangel behaftet sind, "dem andere, die gleichsam defizitfrei sind, abzuhelfen suchen"⁵⁴ (Defizitperspektive), und erkennt, daß beide einander etwas zu geben und voneinander zu nehmen haben. In der Defizitperspektive werden eigene Ängste und Nöte verdrängt, indem das Leid des anderen als sein persönliches Problem betrachtet wird (Personalisierungs- und Delegationsprinzip, Klientelisierung), als ob Leiden, Irrtum und Sünde nicht Sache aller wären. "Es wird suggeriert, es sei das Leben ohne Defizite die Normalsituation, Schwäche, Krankheit, Leiden, Behinderung, Sterben aber nur die Ausnahme, das, was fern am Rande des Lebens vorkommt."⁵⁵ Darüber hinaus wird der andere allein von seinen Defiziten her wahrgenommen, die zudem nur negativ beurteilt werden. Diakonische Seelsorge aber läßt sich betreffen und "bezieht ... aus der Wahrnehmung der Grenzsituation zugleich immer jenes kritische Potential, das unsere normale Alltagspraxis transzendiert"⁵⁶ und zu einer kritischen Revision der Normal- und Alltagssituation führt. Sie überwindet die in der Defizitperspektive latente Macht- und Herrschaftsstruktur zugunsten einer **Solidarität**, die das 'Für' hineinnimmt in das wechselseitige 'Mit'⁵⁷ und hält sich offen für die Möglichkeit, daß sich auch in den Defiziten - in denen des anderen wie in den eigenen - eine besondere Gabe zeigen kann.

6. Aus dem Kriterium der Wechselseitigkeit folgert eine dialogische Struktur der Kommunikation, durch die die seelsorgerliche Begegnung partnerschaftlich

53 Vgl. NEIDHART 1987, 373.

54 H. LUTHER 1992, 234, der dann am Beispiel der Begleitung Sterbender zeigt, daß todkranke Patienten geradezu zu "Lehrmeistern" von Ärzten, Pflegenden und Seelsorgern werden können (a.a.O., 235f). Vgl. auch OTTO 1988, 142.

55 H. LUTHER 1988b, 261.

56 A.a.O., 233.

57 Vgl. hierzu und zum weiteren a.a.O., 231-38, aber auch BACH 1980, 118 ("Das pure Für trennt; nur das Miteinander schafft bleibende Hilfe, und zwar für beide Seiten.").

gestaltet wird. Darüber hinaus wird diakonische Seelsorge auch in der Zuordnung von professioneller Seelsorge und Laienseelsorge sowie in bezug auf andere Berufsgruppen ein **partnerschaftliches Verhältnis und Kooperation** anstreben.

7. Der personalen Ganzheit des Menschen entsprechend, ist diakonische Seelsorge immer auch Leibsorge (s.o.). In ihrem ganzheitlichen Bemühen um den betroffenen einzelnen kann sich ihr Blick nicht auf das Individuum begrenzen, sondern sie sieht seine Situation im Zusammenhang mit den gesellschaftlich-strukturellen, sozialen und politischen Verhältnissen. Diakonische Seelsorge ist also immer auch **kritische Seelsorge** und nicht von gesellschaftlicher und prophetischer Diakonie zu scheiden.

8. Diakonische Seelsorge stellt sich in den Dienst Gottes. Sie weiß, daß sie mit all ihrem Bemühen angewiesen bleibt auf Gott. Diakonische Seelsorge geschieht also nicht in Eigenmächtigkeit, sondern rechnet mit der Hilfe Gottes und handelt in dem Bewußtsein, daß unsere Hilfe im Namen des Herrn steht, der Himmel und Erde gemacht hat. Sie übergibt all ihr Tun und Lassen - anscheinend Gelingendes wie Mißlingendes - **Gott** und bekennt darin ihn als **das eigentliche Subjekt der Seelsorge**. Sie weiß - eingedenk der Wechselseitigkeit von Seelsorge -, daß in der seelsorgerlichen Begegnung nicht von vornherein ausgemacht ist, daß Gott als Subjekt der Seelsorge nur am 'Pastorand' bzw. der 'Pastorandin' handelt. Wer hat in seiner seelsorgerlichen Praxis es nicht schon erlebt, selbst als Beschenkter daraus hervorgegangen zu sein? Im Hören auf die Zusage Gottes und im Vertrauen auf seine Gnade und Treue kann diakonische Seelsorge loslassen von jeglichem Machbarkeitswahn, von Selbstrechtfertigungen und Angstverdrängungsmechanismen sowie dem Streben nach Macht. Erst der befreiende Zuspruch Gottes ("Auch du darfst schwach sein.") öffnet mich für mein Gegenüber, läßt mich seine Nöte anschauen und in ihnen die meinen erkennen, läßt uns Geschwister werden, die vor ihrem Gott stehen. "Wer ist schwach, und ich werde nicht schwach? Wer wird zu Fall gebracht, und ich brenne nicht? Wenn ich mich denn rühmen soll, will ich mich meiner Schwachheit rühmen." (II Kor 11,29f.)

II. Altenheimseelsorge mit altersverwirrten Menschen

1. Altersverwirrtheit - ihre Ursachen, Formen und Entstehungsbedingungen

In der Diskussion terminologischer Fragen hat sich E. Gronds **Definition von Verwirrtheit** durchgesetzt und genießt weithin unwidersprochene Anerkennung: "Verwirrtheit ist eine Pflegediagnose, keine medizinische Diagnose. Verwirrtheit ist keine eigene psychische Erkrankung. Verwirrtheit ist eine Reaktion auf eine körperliche oder psychische Erkrankung oder auf psychisch oder sozial verwirrende Faktoren, oder sie ist Symptom einer Beziehungsstörung z.B. in der Familie."⁵⁸

Der Begriff 'Altersverwirrtheit' meint also nicht eine Krankheit, deren Ursache das Alter wäre - liegen doch die Ursachen für Verwirrtheit nicht im Alter, sondern in Erkrankungen des Körpers oder auch der Psyche eines Menschen bzw. in seinem psychosozialen Umfeld -, sondern trägt lediglich der Tatsache Rechnung, daß die Ursachen für eine Verwirrtheit in ganz überwiegendem Maße im Alter begegnen und mit zunehmendem Alter auch in der Häufigkeit zunehmen. Verwirrt ist jeder mal, ob jung oder alt; man denke nur an das Phantasieren im Fieberdelir, die Orientierungslosigkeit in einem fremden Land mit fremder Kultur und Sprache, das Erwachen aus einer Narkose, das 'Von-der-Rolle-Sein' nach dem Zerschneiden einer Liebesbeziehung, der 'black-out' in einer Prüfungssituation u.a.m. Geistig uneingeschränkte Menschen sind aber zumeist in der Lage, in einer verwirrenden Situation die eigene Verwirrtheit rational zu verarbeiten, während schon bei geringer Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit der Mensch immer tiefer in Verwirrung geraten kann.⁵⁹ Es kommt auch oft - zusätzlich zu den

58 GROND 1992, 9.

59 Diesbezüglich weiß BRUDER 1990, 108, eine sehr anschauliche autobiographische Anekdote zu erzählen, die sich 1989 auf der Informationstagung "Der verwirrte alte Mensch" im Kongresshaus Zürich zutrug und die hier wiedergegeben sei: "Als ich gestern kurz vor Wiederbeginn der Vorträge die Männer-Toilette aufsuchte, begegnete ich im Hineingehen einer Frau und war ... zunächst leicht verwirrt. Als ich weiter hinein ging, begegnete mir noch eine Frau, und ich war ganz verwirrt. Sie lächelte mich freundlich und ganz selbstbewußt an. Es waren übrigens viele andere Männer da mit allem, was dazu gehört. Worum es geht, ist Folgendes: In meiner kleinen Verwirrtheit ... setzten Kontrollen ein: Ich habe mich nach den Gründen für meine seltsame Beobachtung gefragt. Mir fiel ein, dass vor der benachbarten Damen-Toilette ein Stau gewesen war, was mit der unübersehbaren Frauen-Mehrheit unter den Tagungsteilnehmern zu tun haben mag. Das war eine Begründung. Ausserdem erinnerte ich mich an das Lächeln der Dame und dachte, vielleicht ist sie jemand, der in einer Notsituation das Recht zu einem so ungewöhnlichen Schritt fand. Sie mochte auch hineingegangen sein, als sie einzige Benutzerin war. Schliesslich erinnerte ich mich leise schmunzelnd daran, dass mir selbst aus Zerstreutheit einmal Aehnliches passiert war. Ueber diesen kleinen geistigen Akten nahm meine Verwirrtheit wieder ab. Worum es geht: Es setzten bei mir Verarbeitungsschritte ein, die etwas mit

kognitiven Symptomen der Krankheit und ihren somatischen Begleitsymptomen - zu zum Teil schwerwiegenden psychischen Folgesymptomen. Wo aufgrund somatischer, psychischer oder psychosozialer Ursachen die 'gesunden' Bewältigungsstrategien versagen, greift der Mensch zu anderen (Aggression, Depression, Verleugnung, Wahnvorstellungen u.a.m.): Der Mensch geht, wie DÖRNER/PLOG 1992 es zu nennen pflegen, einen "Umweg", der zwar letztlich keinen Ausweg darstellt, aber auch nicht einfach als ein Irrweg betrachtet werden sollte, sondern der zu achten ist als der lebensweltlich geprägte Weg eines Menschen, den er erst aufgeben wird, wenn er (unter Hilfestellung) einen anderen, gangbareren Weg für sich findet und wählt.

Eine fruchtbare Beschäftigung mit der Thematik 'Altersverwirrtheit' beginnt damit, Verwirrtheit nicht nur beim anderen, sondern auch bei mir selbst zu entdecken, und auch jene viel schwereren Formen der Verwirrtheit, wie sie vorwiegend bei alten Menschen begegnen, als möglichen Teil meines eigenen Lebensweges wahrzunehmen. Ausgehend von der Tatsache, daß Verwirrtheit nicht eine eigene Krankheit ist, sondern Reaktion bzw. Symptom unterschiedlicher Krankheiten und psychosozialer Verhältnisse, ist also das Kriterium der Wechselseitigkeit im Verhältnis der Partner im Seelsorgegeschehen, Seelsorger und 'Pastorand', (s. I.2.) bereits für das Verständnis von Verwirrtheit von Bedeutung und wendet sich gegen einen Verwirrtheitsbegriff, der als "ein sozial diskriminierendes Etikett ... Ärzten und Pflegenden zur Rationalisierung resignativer Förderungsmüdigkeit und juristisch zur Begründung (einer) Einweisung in eine geschlossene psychiatrische Abteilung" dient.⁶⁰

Bezüglich der Frage nach den **Ursachen und Formen von Altersverwirrtheit** ist zunächst zu unterscheiden zwischen akuten und chronischen Verwirrtheitszuständen.⁶¹

Die akute Verwirrtheit wird wiederum unterteilt in verschiedene Formen der Verwirrtheit:

funktionierendem Verstand zu tun haben. Das kann ein Dementer nicht mehr, der seiner Beschämung infolge der verwirrten Handlung, des Versagens ausgeliefert bleibt. Ihm fehlen diese Möglichkeiten, sein Selbstgefühl, seine Sicherheit und sein Orientierungsvermögen in der jeweiligen Situation wieder herzustellen."

60 GROND 1992, 9; vgl. auch SIX 1990, 30.

61 Bisweilen wird auch von primärer und sekundärer dementieller Erkrankung gesprochen (vgl. z.B. RASEHORN 1991, 2ff), wobei die Zuordnungspraxis nicht einheitlich ist. Während bei Rasehorn u.a. der Begriff der primären Demenz dem der chronischen Verwirrtheit und der Begriff der sekundären Demenz dem der akuten Demenz entspricht, wird anderenorts von primärer Demenz gesprochen, "wenn die Erkrankung im Hirn selbst liegt", und von sekundärer Demenz, "wenn die Krankheitsursache ausserhalb des Hirns liegt, aber eine Strukturschädigung im Hirn bedingt" (SIX 1990, 33).

Zunächst ist **die einfache situative Verwirrtheit** zu nennen, wie sie für das Alter 'normal' ist. Wenn auch die Ursachen des Alterns noch unbekannt sind, so wissen wir doch, daß Altern ein meist langsam verlaufender "normaler physiologischer Rückbildungsprozeß unserer Organe und Gewebe ist", der "zu einer fortschreitenden Abnahme der Anpassungsfähigkeit und -geschwindigkeit an sich ändernde Umweltbedingungen" führt.⁶² Die einfache situative Verwirrtheit gründet in eben dieser physiologischen Abnahme der Adaptabilität und kann z.B. beobachtet werden, "wenn bei Hochbetagten ein unvorbereiteter Ortswechsel erfolgt oder wenn besonders ergreifende Geschehnisse um diese ältere Person herum stattfinden"⁶³. Diese Form der Verwirrtheit ist an sich völlig unproblematisch. In der Regel weicht die Verwirrtheit, wenn die Mitmenschen verständnisvoll darauf reagieren, dem alten Menschen Zeit zur Eingewöhnung lassen und ihn dabei unterstützen: Mittels der nach wie vor erhaltenen 'gesunden' Bewältigungsstrategien ist der einfach situativ verwirrte Mensch in der Lage, zu voller Orientierung zurückzufinden. In einer ungünstigen psychosozialen 'Landschaft'⁶⁴ allerdings kann sich diese Form der Verwirrtheit chronifizieren. Besondere Berücksichtigung gilt diesbezüglich dem Heimeintritt und einschneidenden Verlusterfahrungen (s. II.3. zur Begleitung).

Fallen alte Menschen in eine tiefe Depression, ähnelt ihr Erscheinungsbild mitunter dem von Menschen mit hirnganischen Veränderungen. Sie reagieren unruhig, traurig, apathisch, interesselos, feindselig, vergeblich. Es liegt aber keine echte Demenz vor, man spricht vielmehr von einer **Pseudodemenz**, die durchaus chronisch werden kann. Andererseits reagiert etwa ein Drittel derjenigen, die bei sich selbst eine Hirnleistungsschwäche bemerken, depressiv.⁶⁵

Die Neurose ist eine abnorme Persönlichkeitsstörung, die sich als **neurotisch-hysterische Verwirrtheit** manifestieren kann. Bei Psychosen kommt es oft zu Wahnkrankheiten und Depressionen, die die **psychotische Verwirrtheit** bedingen. Diese beiden Formen der Verwirrtheit sind nicht altersspezifisch. Derart erkrankte alte Menschen haben zumeist bereits eine lange 'Karriere' in Therapien und Landeskrankenhäusern hinter sich, bevor sie - sofern sie keine 'Gefahr' für sich selbst oder für andere darstellen - als 'unheilbare' Langzeitpatienten mitsamt einer dicken Krankenakte altersbedingt und wegen der niedrigeren Pflegesätze aus der Psychiatrie in ein Altenpflegeheim verlegt werden. Auf diese Formen der

62 SCHÜTZ 1991, 56.

63 SIX 1990, 30.

64 Zum Begriff der Landschaft vgl. DÖRNER/ PLOG 1992, 7f. 'Landschaft' meint die Umwelt eines Menschen, seine Kontextualität, das ihn umgebende Milieu.

65 Vgl. DEPPING 1993a, 17, KLAUSING 1992 sowie GROND 1992, 115f.

Verwirrtheit kann hier nicht näher eingegangen werden; es sei verwiesen auf die Literatur (z.B. NOHL 1991; DÖRNER/PLOG 1992).

Rein somatische Ursachen hat **die akute derilante Verwirrtheit**. Ein Delir kann in jedem Lebensalter auftreten, besonders häufig aber bei Kindern und über 60jährigen Personen. Es entwickelt sich in der Regel innerhalb relativ kurzer Zeit, bisweilen sogar abrupt (z.B. nach einer Schädelverletzung oder einem Krampfanfall). Als ätiologische Faktoren nennt das DSM-III-R 1989, nach dem sich zur Zeit die ganze medizinische Welt richtet: allgemeine Infektionen, Stoffwechselstörungen wie Hypoxie, Hyperkapnie, Hypoglykämie, Elektrolytstörungen, Leber- und Nierenerkrankungen, postoperative Zustände, Intoxikation u.a.m.⁶⁶ Das Delir ist also im wesentlichen eine Hirnstoffwechselstörung, die von kurzer Dauer ist (meist etwa eine Woche, selten länger als einen Monat). Wenn die Grunderkrankung sofort behandelt wird oder von begrenzter Dauer ist, kann vollständige Remission eintreten. Besteht die Grunderkrankung aber weiter, "geht das delirante Syndrom langsam in ein anderes, stabileres Organisch Bedingtes Psychisches Syndrom über oder kann zum Tode führen"⁶⁷. In Zweifelsfällen ist es daher ratsam, ein Delir und nicht eine Demenz anzunehmen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Die Hauptmerkmale eines Delirs sind: verminderte Aufmerksamkeit; das Denken verliert an Klarheit und Zielgerichtetheit, wird fragmentarisch, sprunghaft und unzusammenhängend; Bewußtseinstübung; Wahrnehmungsstörungen wie Wahnwahrnehmung (z.B. wird das Zuschlagen einer Tür als Pistolenschuß gedeutet), Illusion (z.B. erscheinen Tapetenmuster als lebendige Wesen) und Halluzination; Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus sowie der psychomotorischen Aktivität (z.B. Nesteln und Reißen am Bettzeug); häufig Desorientiertheit zu Zeit und Ort, selten zur Person; Gedächtnisstörungen, insbesondere des Kurzzeitgedächtnisses. Als Nebensymptome treten häufig recht unterschiedliche Störungen der Emotionalität auf: Angst, Furcht, Depression, Reizbarkeit, Ärger, Euphorie und Apathie.⁶⁸ Demenz und Delir sind auf den ersten Blick oft recht schwer zu unterscheiden, zumal sie auch gleichzeitig bestehen können und dann die fatale Fehlannahme nahe zu liegen scheint, daß es sich nicht um ein Delir handelt, sondern um eine sprunghafte Entwicklung der Demenz. Zwei Merkmale erleichtern die Unterscheidung: Zum einen hat im Gegensatz zum deliranten der demente Mensch in der Regel ein ungetrübtes Bewußtsein, er macht einen wachen Eindruck. Zum anderen begegnet nur beim Delir ein ständiges Fluktuieren der Symptome ("Typisch ist, daß es dem Betroffenen während schlafloser Nächte

66 Vgl. DSM-III-R 1989, 139.

67 Vgl. ebd.

68 Zur Symptomatik des Delirs vgl. a.a.O., 137f.

oder im Dunkeln schlechter geht. Sogenannte luzide Intervalle, Perioden, in denen der Kranke aufmerksamer und geordneter ist, können jederzeit auftreten, sind aber morgens am häufigsten."⁶⁹).

Die rein somatischen Ursachen einer akuten Verwirrtheit gehen aber ihrerseits oft auf andere, meist psychosoziale Gründe zurück. So kommt es z.B. infolge von Austrocknung zum Nierenversagen und dadurch zu einem **akuten Verwirrtheitszustand**.⁷⁰ Der alte Mensch ist diesbezüglich sehr anfällig, da die Extracellulärflüssigkeit eines 65jährigen um durchschnittlich 40% gegenüber einem 20jährigen vermindert und seine Nierenfunktion auf die Hälfte eingeschränkt ist. Warum trocknen aber alte Menschen aus? Weil ihnen in Altenheimen zu wenig zu trinken angeboten wird, weil sie aus Angst vor Inkontinenz wenig trinken und natürlich auch aufgrund mangelndem Durstempfindens bei salzreicher Kost u.a.m. Eine weitere Ursache für (vor allem nächtliche) Verwirrtheit ist die Unterzuckerung (Hypoglykämie). "Kein Organ des menschlichen Körpers braucht soviel Traubenzucker wie das Gehirn. Wenn dann ein Mensch im Heim nur 3 Mahlzeiten erhält und nachmittags um 17.00 Uhr das Abendessen, angeblich aus Personalmangel, und am anderen Morgen um 8.00 Uhr das Frühstück, heisst das, dass er 15 Stunden ohne Nahrungszufuhr ist. Dann kann er natürlich bei solch einer Zuckerstoffwechsellage hypoglykämisch ... reagieren und dadurch verwirrt werden."⁷¹ Und noch ein drittes Beispiel: Ein Blutdruckabfall kann zur Unterversorgung des Gehirns und damit zu Verwirrtheit führen. Der Mensch hat physiologisch bedingte Blutdruckschwankungen: die Mittagsflaute, der nächtliche Blutdruckabfall, aber auch ein Blutdruckabfall nach dem Wasserlassen (beim gesunden Erwachsenen etwa 20 mm Quecksilbersäule). Wird nun ein alter Mensch nachts wach und geht auf die Toilette, so kann dieser zweite Blutdruckabfall zusätzlich zum nächtlichen reichen, daß er nicht mehr in sein Bett findet. In Unkenntnis dieser Zusammenhänge werden in Altenheimen immer wieder die falschen Maßnahmen ergriffen, z.B. eine den Blutdruck weiter senkende Haldolgabe, statt Kaffee, weitere Flüssigkeit und etwas zu essen. An diesen und anderen Punkten wird deutlich, daß pflegepolitisch die Behebung des qualitativen Pflegenotstandes Priorität haben muß.

Chronische Verwirrtheit beruht auf irreversibler Hirnleistungsschwäche aufgrund hirnorganischer Veränderungen bzw. Hirnstrukturschädigungen; man spricht auch von **Demenz**. Geht der Begriff 'Delir' zurück auf das lateinische "de lira ire" (von der geraden Furche [=vom geraden Denken] abweichen) und meint

69 A.a.O., 139.

70 Vgl. zum folgenden GROND 1990, 56f.

71 A.a.O., 57.

damit, daß die Furchenziehung (=das Denken) an sich vorhanden ist, aber Störfaktoren die gerade Linie nicht einhalten lassen, so meint der Begriff 'Demenz' (von lateinisch "de mens") die Abwesenheit von Gedanken, Verstandes- und Hirnleistungen.⁷² Von allen Formen der Verwirrtheit ist die dementielle die weitaus häufigste. Man unterscheidet zwischen der Demenz vom Alzheimer Typ (DAT)⁷³, der Multi-Infarkt-Demenz (MID), die auch vaskuläre Demenz genannt wird, und weiteren Demenzformen. Über 50% aller Demenzen sind vom Alzheimer Typ, weitere 25% sind vaskuläre Demenzen (MID) und etwa 20% Mischformen beider. Andere Demenzformen (Pickische Krankheit, Chorea Huntington u.a.) sind die Ausnahme.⁷⁴ Für unser Thema mag es daher genügen, lediglich auf MID und DAT ein wenig näher einzugehen:

Die Demenz vom Alzheimer Typ⁷⁵ beginnt schleichend und schreitet unaufhaltsam fort. Die Verlaufsdauer liegt bei sechs bis acht Jahren, in seltenen Fällen aber auch bei bis zu 20 Jahren. Bei dieser hirnrorganischen Erkrankung kommt es zu Veränderungen im Hirngewebe. Die Vernetzungsdichte der Nervenzellverbindungen (Synapsen) nimmt ab, und es kommt in fortgeschrittenen Stadien mehr und mehr zu einem als Involution bezeichneten Nervenzellenuntergang mit nachfolgender Verringerung des Gehirnvolumens und Erweiterung der inneren und äußeren Hirnwasserräume, weit über das Maß des normalen Alterns. (So betragen die Nervenzellverluste im limbischen System, der Zentrale der hormonalen und vegetativen Steuerung von Trieben und Gefühlen, das aber auch für das Kurzzeitgedächtnis zuständig ist, bis zu 60% gegenüber 12% beim normalen Altern.) In der Hirnstruktur wird das abnorme Eiweiß Amyloidprotein A 4 abgelagert, infolge dessen die feinen Verzweigungen der Nervenzellen verklumpen. Es entstehen die sog. Alzheimer-Fibrillen. Darüber hinaus ist ein Mangel an Neurotransmitoren, vor allem an Azetylcholin, zu verzeichnen, so daß auch die miteinander verbundenen funktionsfähigen Nervenzellen in ihrer Leistung gemindert sind. Daher ist auf Medikamente mit anticholinergen Qualitäten - dazu zählen Antidepressiva, Neuroleptica und Antiparkinsonmittel - zu verzichten, wie überhaupt eine hohe Empfindlichkeit gegen jede Art von Medikamenten besteht.

Die Entstehung der Alzheimer Krankheit ist noch nicht geklärt. Diskutiert werden u.a. folgende Ursachen: Genetische Faktoren in Zusammenhang mit dem

72 Vgl. SIX 1990, 31.

73 Bis vor einigen Jahren wurde häufig unterschieden zwischen präseniler Demenz (sog. Morbus Alzheimer) für Personen bis zum 65. Lebensjahr und der senilen Demenz vom Alzheimer Typ (SDAT). Diese Differenzierung kann sich weder auf Alzheimer selbst noch auf medizinische Fakten berufen und wurde daher inzwischen weitgehend als willkürliche Trennung aufgegeben.

74 Vgl. MEIER-RUGE 1993, 91.

75 Vgl. zum folgenden: GROND 1992, 101-110; KRÄMER 1989, 10-29; SIX 1990, 34-38.

Chromosom 21, auf dem vermutlich Faktoren liegen, die eine Alzheimer Krankheit auslösen können; schleichende Virusinfekte mit verzögerter Immunantwort, wie bei der Jakob-Creutzfeldtschen Krankheit; körpereigene oder Umwelttoxine, worauf stark erhöhte Aluminiumkonzentrationen im Gehirn einiger Alzheimer Kranker hinzuweisen scheinen; Auto-Immunprozesse, bei denen aus verschiedenartigen Gründen irgendwann Antikörper gebildet werden gegen körpereigene Gewebebestandteile im Hirn; neurochemische Störungen und Durchblutungs- oder Stoffwechselstörungen, die aber wahrscheinlich Folge und nicht Ursache der Krankheit sind. Eine monokausale Ätiologie der Alzheimer Krankheit kann als unwahrscheinlich gelten. Vermutlich entsteht die Demenz vom Alzheimer Typ durch mehrere oder alle der genannten oder auch noch unbekannter Faktoren in Wechselwirkung miteinander.

Der Verlauf der DAT wird in der Literatur in unterschiedlichen Phasen- bzw. Stadienmodellen beschrieben.⁷⁶ Ein mehr oder weniger regelhafter Ablauf der DAT legt sich zwar von der klinischen Erfahrung her nahe, doch immer wieder zu beobachtende Verlaufsbesonderheiten lassen einige Vorsicht bei der Annahme eines zu starren Verlaufsmodells geraten erscheinen.⁷⁷ Zudem ähneln sich MID und DAT stark, und ihre Unterscheidung in der prämortalen Diagnostik ist mit zahlreichen Unsicherheiten belastet. Als Wahrnehmungs- und Orientierungshilfe für die nichtmedizinische Begegnung mit dementiell erkrankten Menschen empfiehlt sich daher eine einfache Unterscheidung von verschiedenen Schweregraden der Demenz (s.u.).

Die Multi-Infarkt-Demenz⁷⁸ beginnt - im Gegensatz zur DAT - oft plötzlich und hat einen wechsel- oder sprunghaften, episodischen oder schrittweisen Verlauf, der in Tiefe und Dauer nicht voraussehbar ist. Sie entsteht durch zunehmende Gefäßverschlüsse (Hirnarteriosklerose), die zu kleinen Hirninfarkten an vielen (multi) Stellen des Gehirns mit Hirngewebszerfall führen. Die Schädigungen liegen jedoch primär im Gefäßsystem (vaskulär). Die Risikofaktoren, die diese Entwicklung befördern, sind in etwa dieselben wie beim Herzinfarkt, nämlich (in der Reihenfolge ihrer Bedeutung): Verengung der Halsschlagader, Bluthochdruck, Herzstörung, Dauerstreß, Rauchen, Alkohol, Diabetes, Pille, Übergewicht u.a.m. Weniger die Anzahl der Infarkte als ihre Verteilung ist für das Auftreten der Demenz von Bedeutung, die nämlich dann entsteht, wenn beide Hemisphären des Hirns betroffen sind. Der an MID erkrankte Mensch neigt zu Depressionen und Affektlabilität sowie bereits früh an neurologischen Ausfällen wie Lähmungen,

76 Einige dieser Phasenmodelle stellt GROND 1992, 104-09 vor.

77 Vgl. GUTZMANN 1992, 25.

78 Vgl. zum folgenden DEPPING 1993a, 14f, und GROND 1992, 111-13.

Sprachstörungen, Handlungsunfähigkeit. Seine Persönlichkeit bleibt hingegen lange erhalten. Es kommt zu Störungen der Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und Konzentration werden schwächer, der Interessenkreis engt sich immer mehr ein. Erst in späten Stadien treten nächtliche Verwirrheitszustände und Halluzinationen auf, und im Endstadium besteht dauernde Desorientiertheit.

Sowohl DAT als auch MID sind mit letzter Sicherheit zur Zeit nur in einer Obduktion zu diagnostizieren. Wir sind also angewiesen auf typische Merkmale und Krankheitszeichen ungeklärter oder vielfacher Ursache, deren Zusammenfallen in der Medizin im Begriff 'Syndrom' zusammengefaßt wird. **Die Demenz** ist, wie auch das Delir, **ein Organisch Bedingtes Psychisches Syndrom**, das nach DSM-III-R 1989 **durch folgende Merkmale gekennzeichnet** ist⁷⁹: Das Hauptmerkmal einer Demenz und konstitutiv für ihre Diagnose ist eine Beeinträchtigung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses (Amnesie), in Verbindung mit zumeist mehreren der folgenden Merkmale: Beeinträchtigung des abstrakten Denkens, der Urteilsfähigkeit und andere Störungen höherer kortikaler (in der Hirnrinde sitzender) Funktionen, wie Aphasie (Störung bzw. Verlust des 'normalen' Sprechvermögens mit Einschränkung der Sprachproduktion [motorische A.], des Sprachverständnisses [sensorische A.] oder Wortfindungsstörungen [amnestische A.] als drei Hauptformen), Agnosie (Gegenstände werden nicht wiedererkannt oder identifiziert, trotz intakter sensorischer Funktionen), Alexie (Unfähigkeit Buchstaben und Wörter zu erfassen, trotz intakter sensorischer Funktionen) und Apraxie (Unfähigkeit, motorische Aktivitäten auszuüben, trotz Verständnis und intakter Motorik)⁸⁰. Hinzu kommen oft Nebenmerkmale (sekundäre Symptome) wie Ängstlichkeit, Zwanghaftigkeit, Depression, paranoide Vorstellungen, Apathie, motorische Unruhe, Tag-Nacht-Umkehr, Indifferenz (Gleichgültigkeit), Aggressivität und vor allem Persönlichkeitsveränderungen (die Persönlichkeit verliert ihren Facettenreichtum, bestehende Persönlichkeitszüge kehren sich in ihr Gegenteil um oder werden überakzentuiert).

Wichtig ist, die primären Symptome der Demenz, d.h. diejenigen, die schicksalhaft einen Menschen treffen, von den sekundären Veränderungen abzugrenzen, deren Entstehung man verhindern oder behandeln kann.⁸¹

79 Vgl. DSM-III-R 1989, 141-46, sowie WETTSTEIN 1990.

80 WETTSTEIN 1990 faßt die Hauptmerkmale der Demenz als die sechs 'A' zusammen: Amnesie, abstraktes Denken gestört, Assessment (Urteilsfähigkeit) beeinträchtigt, Aphasie (inkl. Alexie), Apraxie und Agnosie.

81 Vgl. WETTSTEIN 1990, 41.

Als Wahrnehmungs- und Orientierungshilfe können drei **Demenzgrade** unterschieden werden:

Leichte Demenz: Die Konzentrationsfähigkeit ist noch recht gut und das Kurzzeitgedächtnis punktuell vorhanden. Allerdings treten bereits räumliche und zeitliche Orientierungsschwierigkeiten auf. Die Aufnahmefähigkeit ist noch relativ gut: nicht nur einfache Sätze, sondern auch kurze zusammenhängende Beschreibungen und Schilderungen mit vertrauter Thematik können mitverfolgt werden. Das Schreckliche für Betroffene liegt darin, daß sie ihre beginnende Demenz bewußt miterleben. Sie empfinden sie mitunter als existentiell bedrohend und versuchen sie zu leugnen oder zu verbergen. Sie vermeiden dann Handlungen, die sie überfordern, sind geradezu zwanghaft ordentlich, ziehen sich sozial zurück oder pflegen über Ereignisse bis in alle Einzelheiten zu berichten, um Gedächtnislücken zu verdecken. In bezug auf sich selbst verunsichert, entwickeln sie anderen Menschen gegenüber Angst und Mißtrauen. Depressionen sind häufig. Arbeit und soziale Aktivitäten sind also deutlich beeinträchtigt, dennoch ist die Fähigkeit erhalten, unabhängig zu leben mit entsprechender Hygiene und intaktem Urteilsvermögen.⁸²

Mittelschwere oder fortgeschrittene Demenz: Konzentrationsfähigkeit und Kurzzeitgedächtnis sind (fast) nicht mehr vorhanden, und auch das Langzeitgedächtnis ist stark beeinträchtigt. Die Rede ist oft unverständlich und zusammenhanglos. Gespräche in üblicher Form können die Betroffenen immer weniger führen. Das Sprachvermögen geht zurück, Gehörtes wird schnell vergessen, Zusammenhänge können nicht mehr erkannt werden. Die aus ihren Beeinträchtigungen resultierende Angst äußern die Betroffenen als Antriebslosigkeit bis hin zur Depression oder in Aggression. Sie suchen Halt und klammern sich an Besitz, den sie verstecken und nicht wiederfinden. Oft ist eine ausgeprägte Unruhe zu beobachten. Der drängende Wunsch nach Orientierung und Geborgenheit wird zeitweise so groß, daß es zu 'Sinnestäuschungen' kommt: Fremde werden als die eigene Mutter erkannt, ein Haus als der Bauernhof, der im Krieg verloren ging. Die Betroffenen sind nun ständig auf Hilfe angewiesen, und auch ein gewisses Maß an Aufsicht ist erforderlich.

Schwere und schwerste Demenz: Die Umwelt wird nun kaum mehr wahrgenommen. Die Betroffenen sind meist bettlägerig und hinsichtlich Stuhl und Urin inkontinent. Die verbale Kommunikation ist äußerst eingeschränkt und auf einzelne Worte oder sogar einzelne Laute reduziert. Dennoch kann es beim Vorsingen von bekannten Liedern zum spontanen Einstimmen kommen. Im

82 Vgl. zum folgenden DSM-II-R 1989, 146.

Endstadium geht dann oft auch die Fähigkeit zum Stehen und Sitzen, ja sogar zum Kauen und Schlucken verloren.

Die oben getroffene Unterscheidung von Formen von Altersverwirrtheit anhand von Krankheitsursachen sowie die Unterscheidung von Demenzgraden bedürfen einer doppelten Relativierung. Zum einen: **Ein Mensch ist nie ganz verwirrt, und auch seine verwirrten Äußerungen sind Signale und haben Sinn.** GROND 1992, 110, warnt davor, sich medizinisch so zu "verbilden", daß wir nur die Symptome, die Defizite sehen und nicht mehr ganzheitlich wahrnehmen, was Demente noch können: "Z.B. Liebe und Zuneigung annehmen oder ablehnen, nein sagen, sich freuen an Lob, an Essen und Kleidung, noch tanzen, singen, spielen, zuhören, mit Blicken danken, Probleme vergessen, spontan, aufrichtig und echt ohne Maske reagieren, traurig sein, weinen, hoffen, staunen, helfen, mit Versagen und Schwächen leben, uns Lebensmut und Sinn schenken und vieles mehr". All dies und noch viel mehr gilt es wahrzunehmen an diesen Menschen, die wir nur allzu schnell einseitig über ihre verwirrten Anteile definieren. Zum anderen: **Alle Verwirrheitszustände** - und nicht nur die akuten! - sind **multifaktoriell bedingt**. So folgert beispielsweise aus einer dementiell bedingten Aphasie nicht notwendigerweise eine Verwirrtheit. Erst wenn im Kommunikationsgeschehen darauf keine Rücksicht genommen wird, kommt es zu Verwirrtheit als Folge von Kommunikationsstörungen. Und wie oft kommt es infolge zunehmender Abhängigkeit und Unselbständigkeit zu Isolation und damit zum sozialen und kommunikativen Tod! Unter Rückverweis auf die obenstehende Definition von Verwirrtheit sei festgehalten, daß es im allgemeinen - vielleicht mit Ausnahme mancher rein deliranter Verwirrheitszustände - durch körperliche oder psychische Krankheiten bzw. Einschränkungen im Zusammenspiel mit sozialpsychologischen und ökologischen Entstehungsbedingungen zu Verwirrtheit kommt.

Die Entstehung und Entwicklung von Verwirrtheit im Kontext ihrer somatischen, psychischen, sozialen und ökologischen Faktoren wird im folgenden anhand einiger Beispiele illustriert und so gleichsam der Versuch unternommen, in die 'Welt' altersverwirrter Menschen einzuführen sowie überzuleiten zu der grundsätzlichen Vergegenwärtigung der Situation altersverwirrter Menschen (s. II.2.):

Frau K., 74 Jahre alt, lebt seit dem Tod ihres Mannes vor fünf Jahren allein in einem kleinstädtischen Mietshaus. Ihre beiden Töchter leben mit ihren Familien mehrere Autostunden entfernt und kommen nur selten zu Besuch. Auch die Enkel sind aus dem Alter herausgewachsen, da sie ihre Ferien bei den Großeltern verbrachten. Frau K. hatte den Tod ihres Mannes bereits verwunden, da erreichte

sie vor zwei Jahren das Kündigungsschreiben ihres Vermieters. Ihre älteste Tochter kümmerte sich um eine neue Wohnung und organisierte den Umzug. Die neue Wohnung liegt in derselben Stadt, 'nur' fünf Kilometer von der alten entfernt. Seitdem vermißt Frau K. die täglichen Gespräche in der Nachbarschaft und beim Einkauf. Immer häufiger schweifen ihre Gedanken durch die Vergangenheit, ohne daß sie sich auf etwas bestimmtes richten, allein mit dem Ziel, das quälende Gefühl der Einsamkeit zu vertreiben. Die neue Umgebung ist ihr fremd, in den Geschäften kennt sie niemand. Immer seltener verläßt Frau K. ihre Wohnung. Auch zum Gottesdienst war sie seit ihrem Umzug nicht mehr, weil das Gemeindehaus in ihrer Nähe an einer vielbefahrenen Straße liegt und die Fußgängerampel eine für sie zu kurze Grünphase hat, so daß sie sich nicht traut, die Straße zu überqueren. Auch in der neuen Wohnung ist nun vieles anders und ungewohnt. Hatte Frau K. bislang immer mit Gas gekocht, sieht sie sich nun einem Elektroherd gegenüber. Als sie das zweite Mal vergessen hatte, eine Herdplatte abzustellen, erschrak sie derart, daß sie seitdem nicht mehr damit kocht. Hatte sie in ihrer alten Wohnung die Waschmaschine in der Küche stehen, so befindet sie sich jetzt im Keller. Das Treppensteigen ist Frau K. aber so beschwerlich, daß sie ihre Wäsche möglichst selten wäscht. Um Hilfe bitten möchte sie niemanden, weil sie nicht zur Last fallen will. Sie selbst bemerkt nicht, daß sie 'riecht', ihren Töchtern bleibt es jedoch bei ihren seltenen Besuchen nicht verborgen. Mit ihrer Mutter sprechen sie allerdings nicht darüber, denn sie wollen sie nicht beschämen. Doch unter sich machen sie sich bereits Gedanken, wie es mit Frau K. weitergehen wird. Einmal im Monat ist Frau K. 'dran', das Treppenhaus zu putzen. Hatten bei ihrer alten Wohnung die anderen Mietparteien ihren Dienst mitübernommen - schließlich kannte man sich seit vielen Jahren und hat sich immer gegenseitig geholfen -, so möchte Frau K. nun niemanden von ihren neuen Nachbarn um Hilfe fragen. Eines Tages passierte es dann: Frau K. rutscht beim Treppenwischen aus und bricht sich den Oberschenkelhals. Während der Wochen im Krankenhaus machen ihr ihre Töchter immer wieder Vorwürfe, sie hätte in ihrem Alter doch nicht mehr solche Arbeiten machen sollen. Sie versuchen Frau K. dazu zu bewegen, in ein Altenheim zu ziehen. Frau K. ist zunächst entsetzt, willigt aber schließlich ein, da ihr an ihrer neuen Wohnung nicht viel liegt. Mit Hilfe des Hausarztes kann unter Hinweis auf Dringlichkeit schnell ein Platz in einem Alten- und Pflegeheim gefunden werden, wenn auch nur in einem Doppelzimmer. Den Umzug erledigt für sie wieder ihre älteste Tochter. Frau K. hat ihre Wohnungseinrichtung, die sie seit mehreren Jahrzehnten begleitet hat, nie wieder gesehen. Ihr bleiben lediglich gerahmte Photographien von ihrer Hochzeit, ihren Kindern und Enkeln sowie das Familienalbum, ihr Schmuck und ihre Kleider. Nun liegt Frau K. auf ihrem Bett im Alten- und Pflegeheim; es

wird noch Monate dauern, bis sie wieder selbständig gehen kann. Immer wieder durchsucht Frau K. ihren Nachtschrank, um zu sehen, was ihr von ihren Habseligkeiten noch geblieben ist. Sie ist verzweifelt, und der Schmerz des Verlustes verfolgt sie bis in ihre Träume: Immer wieder sieht sie sich mit ihren jüngeren Geschwistern und ihrer Mutter über das zugefrorene Danziger Haff vor der heranrückenden Roten Armee flüchten. Immer wieder sieht sie in der Ferne den eigenen Bauernhof in Flammen aufgehen. Wenn sie aufwacht, weiß sie zunächst nicht, wo sie sich befindet, alles ist ihr fremd. "Sind wir hier auch sicher vor dem Russen", fragt sie eines morgens den Altenpfleger, der ihr das Frühstück bringt. Seit ihrem Einzug in das Alten- und Pflegeheim hat Frau K. fast jede Nacht eingenäßt. Der traumatisch erlebte Verlust ihrer Selbständigkeit sowie des Großteils ihrer Habe hat sie wieder zur Bettnässerin werden lassen. Seitdem ihr dieses Malheur zum wiederholten Male passiert war, legt ihr das Pflegepersonal abends eine Einlage in die Schlafhose. Frau K. wehrte sich zwar zunächst, fügte sich dann aber der 'sanften Gewalt'. Wenn ihr nun das Malheur wieder passiert, versucht sie es schamhaft zu verbergen und versteckt die nasse Einlage unter dem Bett. Schnell ist für das Pflegepersonal klar, daß Frau K. leicht verwirrt ist, und auch im Gespräch mit den Töchtern ist man sich darüber bald einig. Die Töchter ihrerseits fühlen sich durch diesen 'Befund' in ihrer Entscheidung, ihre Mutter zu dem Einzug in ein Altenheim zu bewegen, bestätigt und zugleich in ihrem 'schlechten Gewissen' entlastet. Ob wir also hier vor dem Russen sicher seien? - "Aber ja, Frau K., weit und breit kein Russe zu sehen." Was aber für diesen Pfleger Spaß ist, ist für Frau K. bitterer Ernst: Sie bleibt in ihrem Bewußtsein auf der Flucht und hebt von dem ihr gebrachten Frühstück einiges in ihrem Nachtschränkchen für ihre jüngeren Geschwister auf. Immer schwerer fällt es Frau K., die äußere Wirklichkeit von ihrer inneren der erinnerten Vergangenheit zu unterscheiden. Wie für alte Menschen normal, ist ihre Anpassungsfähigkeit und -geschwindigkeit deutlich langsamer als in früheren Jahren und mit der Totalität der Veränderungen, die in ihrem Leben eingetreten sind, völlig überfordert. Die neue Umgebung ist ihr nach wie vor fremd. Man sagt ihr zwar immer wieder, daß sie in einem Altenheim ist, doch sie kann und will es einfach nicht glauben. Sie fühlt sich, wie schon einmal in ihrem Leben, als eine Heimatvertriebene. Als Frau K. nach ihrer völligen Genesung wieder selbständig laufen kann, findet sie ihr Zimmer nicht wieder; wie sollte sie auch, sehen in ihrem Wohnbereich doch alle Türen gleich aus. Nun endlich - Frau K. ist immerhin schon vier Monate im Altenheim - kann sie sich selbständig in ihrem Wohnbereich bewegen. Außer den Schwestern und Pflegern hat sie hier noch niemanden kennengelernt. Frau L., mit der sie ihr Zimmer teilt, ist 97 Jahre alt, blind und fast völlig ertaubt sowie seit über zwei Jahren bettlägerig. Frau K. hat es

nach einigen gescheiterten Versuchen aufgegeben, sich mit ihr zu unterhalten. Als Frau K. das erste Mal im gemeinsamen Aufenthalts- und Speiseraum des Wohnbereichs zu Mittag ißt, wird sie ihren Mitbewohnern und Mitbewohnerinnen vorgestellt. Als sie selbst ein paar Worte zu ihrer Person sagen soll, ist sie derart aufgeregt, daß sie schon wieder vergessen hat, daß sie in einem Altenheim ist. Sie stellt sich vor als Frau K. aus Königsberg und daß sie sich freue, einen Platz in diesem Übergangslager gefunden zu haben. Ihr wird ein Platz an einem Tisch mit zwei Damen und einem Herrn zugewiesen. Frau K. ist verunsichert, weiß nicht, was sie sagen soll. Am Nebentisch wird eine Dame 'gefüttert', die immer wieder alles ausspuckt. Den anderen scheint das nichts auszumachen, ihr aber vergeht der Appetit. Sie stochert in ihrem Essen herum und spürt die neugierigen und abschätzenden Blicke der anderen. "Aus Königsberg kommen Sie, sagten Sie. Da kommt meine Frau auch her. Aber sie ist ja leider so früh gestorben", sagt der Herr an ihrem Tisch freundlich. Frau K. freut sich, daß sie endlich jemand anspricht, ihr entgeht aber auch nicht der eifersüchtige Blick der Frau neben ihr. "Ihr Flüchtlinge nehmt uns die Männer weg", hört sie es aus ihrem Inneren rufen. "Da haben wir also ein echtes Flüchtlingskind unter uns. Herzlich willkommen!" Auch das Pflegepersonal freut sich über ihr neues 'Original'. Spaßig ist sie und so pflegeleicht. Ab und zu will Frau K. "etwas organisieren gehen" oder einfach nur mal raus: Sie gilt als weglaufgefährdet. Wenn sie sich partout nicht aufhalten lassen will, wenden die Pflegenden und auch mal der eine oder andere Bewohner einen Trick an, der immer funktioniert: "Bleiben Sie hier, Frau K., denn da draußen ist der Russe". Mittlerweile nennt man sie "das Flüchtlingskind". Frau K. hat äußere und innere Wirklichkeit in Übereinstimmung zueinander gebracht: Sie ist wieder das älteste Kind, das ihrer Mutter bei der Versorgung der jüngeren Geschwister helfen muß. Sie hortet Lebensmittel und möchte überall mitanpacken. Sie hat ihre Identität wiedergefunden, die sie aufrechterhält durch Umdeutung der äußeren Wirklichkeit. Als "Flüchtlingskind" hat sie ihre soziale Rolle wiedererlangt und im sozialen Gefüge ihres Wohnbereichs ihren Platz gefunden.⁸³

Die Geschichte der Frau K. ist ein Beispiel für die **Chronifizierung einer akuten Verwirrtheit**. Viele Faktoren kommen da zusammen. Die Vereinsamung bei Vereinzelung durch den Verlust des Lebenspartners ist in vielen Fällen eine wesentliche Ursache für die Ausbildung einer psychischen Alterskrankheit. Besonders betroffen sind Frauen: Während von den über 60jährigen Frauen nur

83 Die Geschichte der Frau K., wie sie hier erzählt wird, hat so nicht stattgefunden und ereignet sich doch in ähnlicher Weise immer wieder. Jede Einzelheit beruht auf authentischen Geschehnissen, die hier zu einer Geschichte zusammengefügt wurden, wobei sie hier und da dem Duktus der Erzählung anzupassen waren.

39% verheiratet, aber 50% verwitwet sind, sind 80% der Männer in entsprechendem Alter verheiratet und nur 14% verwitwet.⁸⁴ Auch die Wohnbedingungen und andere Umweltfaktoren können zur Verwirrtheit beitragen. Verläßt z.B. ein alter Mensch seine Dachwohnung im vierten Obergeschoß nur noch, wenn es unbedingt nötig ist, weil das Treppensteigen ihn zu sehr anstrengt, gehen wichtige Sozialkontakte verloren. Ist er zudem von Altersarmut betroffen und kann sich keine Zeitung, keinen Café- oder Restaurantbesuch, keinen Fernseher, kein Telephon, vielleicht sogar nicht einmal ein Radio leisten, wird er nicht nur vereinsamen, sondern auch die Realitätsorientierung verlieren. Auch hier sind vor allem wieder Frauen betroffen. Aber auch die Grünphasen von Verkehrsampeln oder die hohen Stufen von Bahn und Bus isolieren alte Menschen. "Jeder Kommunikationsmangel trägt zur Verwirrtheit bei."⁸⁵ Im Altenheim sind es dann lange Flure, gleichartige Etagen, einheitliche Zimmer u.v.m., das die Orientierung erschwert. Nur ein Beispiel: In den wenigsten Altenheimen findet man kippbare Spiegel, die auf die individuelle Körpergröße (z.B. auch für Rollstuhlfahrer) einstellbar sind, oder auch große Spiegel, um sich ganz zu sehen. Viele Menschen in Altenheimen sehen sich selten oder fast nie in einem Spiegel. Der Blick in den Spiegel sollte aber auch im Alter zu den täglichen Gewohnheiten gehören, ist er doch wichtig für die persönliche Orientierung und das Bemühen um ein gepflegtes Äußeres Ausdruck von Selbstachtung. Über die Raumgestaltung hinaus sind aber auch Architektur und Lage der Einrichtung von Bedeutung.

Die Aufzählung von Faktoren, die zur Entstehung von Verwirrtheit beitragen, ließe sich fortsetzen. Es kommt hier nicht auf Vollständigkeit an, sondern es geht um das **Verständnis der Zusammenhänge** und um **Sensibilisierung für die eigene Verantwortung**. All die genannten und nichtgenannten Faktoren können zu Verwirrtheit führen, sie vertiefen, sie chronifizieren. Mag es auch eine auslösende Ursache für die Verwirrtheit eines Menschen geben, die weitere Entwicklung der Verwirrtheit ist multifaktoriell bedingt. Eins kommt zum anderen und führt in die Verwirrtheit oder vertieft sie. Das Beispiel der Frau K. hat gezeigt, daß es auch ohne irreversible hirnorganische Beeinträchtigungen zu Verwirrtheit kommen kann. Der Tod ihres Mannes ist natürlich nicht rückgängig zu machen, aber die meisten der anderen Faktoren, die zur Verwirrtheit von Frau K. geführt haben, wären vermeidbar gewesen. Bei der Frage nach der Entstehung von Verwirrtheit geht es nicht darum, Schuld zuzuweisen, sondern eigene Verantwortung zu erkennen und sie in präventiven Maßnahmen und Verhaltensweisen konkret umzusetzen. Dazu ist es nötig, hinsichtlich der Fakto-

84 Vgl. GROND 5/1992, 5f.

85 GROND 1992, 195.

ren, die an der Entstehung von Verwirrtheit beteiligt sind, zu differenzieren zwischen denjenigen, die wir verhindern oder zumindest positiv beeinflussen können, und jenen, die hirnganisch bedingt und somit irreversibel sind, auf die wir uns aber im Umgang mit altersverwirrten Menschen einstellen sollten, um ihre negativen Auswirkungen für das Leben der Betroffenen, wie z.B. reaktive Verhaltensstörungen (sog. Sekundärsymptome der senilen Demenz; s.u.), möglichst gering zu halten. Viel zu oft führt die Diagnose einer Demenz zu der Schlußfolgerung: Nichts mehr zu machen (der sog. "therapeutische Nihilismus"⁸⁶). Irreversible hirnganische Veränderungen müssen in ihrer Bedeutung für den Betreffenden begriffen und - soweit wie möglich - nachempfunden werden, um zu einem realistischen und verantwortlichen Umgang mit altersverwirrten Menschen zu gelangen und zu entdecken, was doch noch alles möglich ist, nicht allein auf kognitiver Ebene, sondern vor allem auch auf emotionaler. Dann werden auch die besonderen Gaben eines altersverwirrten Menschen deutlicher. Öffnet sich erst einmal der Blick dafür, daß auch der altersverwirrte Mensch mir etwas zu geben hat, dann wird Mitmenschlichkeit nicht länger einseitig bleiben, vom vermeidlich 'Gesunden' zum 'Kranken', sondern - zumindest ansatzweise - wechselseitig werden. Darüber hinaus ist der Grad auch der chronischen Verwirrtheit mitbedingt durch psychosoziale und ökologische Faktoren. Es bleibt also auch angesichts dementieller Erkrankungen bei unserer Mitverantwortung für die Gestaltung der 'Landschaft' altersverwirrter Menschen.

Im weiteren werden **die sechs Primärsymptome einer senilen Demenz** durch Illustrationen veranschaulicht, um zu verdeutlichen welche Bedeutung hirnganische Veränderungen für den Betreffenden haben.⁸⁷

Zu den Frühsymptomen einer dementiellen Erkrankung gehört **die Beeinträchtigung der Urteilsfähigkeit**. Ein Mann schenkt seiner Frau ein sorgfältig gepfücktes 'Bukett' aus Unkraut. Er kann nicht mehr beurteilen, daß verwelkte Blumen eben kein Blumensstrauß sind, sondern Abfall.⁸⁸ Die Kleidung wird nicht zweckmäßig oder nicht dem Anlaß entsprechend ausgewählt. Die Reaktionen der Umwelt verunsichern oder verletzen die Betreffenden. Sie können nicht verstehen, warum sich ihre Frau nicht über die Blumen freut oder warum man sie belustigt anschaut.

86 Vgl. GROND 1990, 60f.

87 Darüber hinaus sei ausdrücklich verwiesen auf die einfühlsame Erzählung über das Leben einer Frau mit einer fortschreitenden dementiellen Erkrankung in: MACE/ RABINS 1991, 16-20, und auf die sehr eindrückliche und reich bebilderte Erzählung über einen Mann namens Gramp, dessen Enkel in diesem Buch von seiner zunehmenden Verwirrtheit und Depersonalisierung sowie von seinem Sterben und Tod berichten (JURY 1991). Den Verlauf einer Alzheimer-Krankheit aus der Sicht einer Angehörigen beschreibt DETTE 1991.

88 Vgl. JURY 1991, 56-59.

Auch **das abstrakte Denken** ist schon zu Beginn einer dementiellen Erkrankung **beeinträchtigt**. Planerisches Vorgehen ist nicht mehr möglich. Bereits das Decken des Mittagstisches kann eine kaum mehr zu bewältigende Aufgabe darstellen, denn es müssen einfach zu viele Schritte bedacht werden. Dabei kann jeder Schritt für sich genommen bewältigt werden: das Öffnen der Schranktüren, das Herausnehmen des Geschirrs, das Öffnen der Besteckschublade etc. Aber die Koordination gelingt nicht mehr; die sinnvolle Reihenfolge einzelner Schritte wird nicht mehr verstanden. Auch Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen verwandten Begriffen können nicht mehr herausgefunden werden. Das wiederholte Erleben eigenen Versagens schädigt nachhaltig das Selbstbewußtsein. Soziale Rollen können nicht mehr wahrgenommen werden, und das Selbstbild ist in Frage gestellt. Verzweiflung und Niedergeschlagenheit bis hin zu Depressionen bleiben oft nicht aus.

Das wohl wichtigste Symptom der Demenz ist die **Gedächtnisstörung (Amnesie)**. Frau M. bekommt Besuch von ihrer Tochter. Sie freut sich und steht auf, um eine Vase für die Blumen zu holen. Kaum hat sie ihr Zimmer verlassen, läßt sie sich in einem Sessel auf dem Flur nieder. Sie hat nicht nur die Blumen, sondern auch ihre Tochter vergessen. Dementielle Amnesie beginnt mit einer Konzentrations- und Lernfähigkeitsverminderung. Entsprechend sind zunächst das Ultra-Kurzzeitgedächtnis und das Kurzzeitgedächtnis beeinträchtigt. Die ersten Ausfallserscheinungen bemerken zumeist nur die Betroffenen selbst. Sie sind erschrocken und wollen ihr 'Versagen' vor anderen verbergen, klammern sich z.B. in Gesprächen an ein Thema, antworten zunehmend floskelhaft ("Ja,ja, das ist schon so was." "Was es nicht alles gibt!"). Es kommt zu einer zunehmenden Verlangsamung im Denken und Handeln. Wird ihnen nicht genügend Zeit gelassen, alltägliche Verrichtungen, wie die Morgenpflege oder das An- und Ausziehen selbst - wenn nötig unter möglichst zurückhaltender Anleitung - zu bewältigen, gehen noch vorhandene Kompetenzen verloren. Vor allem aber erleiden sie dadurch auch einen Eingriff in ihre Selbstbestimmung, und ihr Selbstbewußtsein wird gekränkt. Mit fortschreitender Demenz ist immer mehr auch das Langzeitgedächtnis betroffen. "Stellen Sie sich vor, Sie wachen morgens auf, sind in einer völlig fremden Umgebung, Sie kennen keinen Menschen, wissen überhaupt nicht, wie Sie in diese Situation gekommen sind; wenn Sie jemand fragen, erhalten Sie zwar eine Antwort, die Sie aber nicht begreifen und nicht behalten können, Sie haben jede Kontrolle über Ihre Situation verloren!"⁸⁹ Dieser Alptraum ist für altersverwirrte Menschen oft die alltägliche Realität, die erträglich wird nur durch Gewohnheiten. Gewohnheiten nämlich, feste zeitliche

Abläufe und Personen sowie konstante räumliche Verhältnisse, kann sich der altersverwirrte Mensch zwar nicht merken, sie werden ihm aber auf einer praktischen, intuitiven Ebene vertraut. Um so bedrohlicher empfindet er jede plötzliche Veränderung seiner Lebensumstände, die in ihm Angst und weitere Verwirrung auslöst.

Der Verlust der Merkfähigkeit hat verschiedene Formen von Desorientiertheit zur Folge. Als erste macht sich die zeitliche Desorientiertheit bemerkbar. Trotz Veranlassung sind Wochentag und Datum nicht präsent. Aber auch das Zeitgitter, worin wir Ereignisse sowie unsere eigene Lebensgeschichte und Lebensplanung nach Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft einordnen, verschwimmt und geht schließlich verloren; und mit ihm ein Teil der Persönlichkeit. Die räumliche Desorientiertheit ist für die Betroffenen zumeist beunruhigender, da sie mit ihr auf Schritt und Tritt konfrontiert sind. Herr U. kann sich nicht merken, wo sein Zimmer ist. Da alle Türen in seinem Wohnbereich gleich aussehen, geht er in jedes Zimmer, bis er das Bett findet, über dem Photographien von ihm und seiner Verwandtschaft hängen. Kommt Herr U. dann endlich zur Ruhe, bemerkt er, daß er möglichst bald eine Toilette benötigt. Und wieder begibt sich Herr U. aus seinem Zimmer in ein Labyrinth aus Gängen und Türen. Manchmal uriniert Herr U. in das Waschbecken in seinem Zimmer, wohl aus Angst, er könnte die Toilette nicht rechtzeitig finden. Personelle Desorientiertheit betrifft sowohl die Orientierung zur eigenen wie zu anderen Personen. Die eigenen Kinder und Enkel, sogar die eigene Frau bzw. der eigene Mann werden nicht mehr erkannt. Die gemeinsame Geschichte ist nicht mehr in Erinnerung, es ist, als hätte es sie nie gegeben. Geblieben ist lediglich eine Vertrautheit. Personell desorientierte Bewohner im Altenheim haben oft Probleme, wenn sie ihr Zimmer mit einer weiteren Person teilen müssen. Ist ihnen die Person nicht bereits vertraut, können sie durchaus handgreiflich werden, um den "wildfremden Eindringling" oder "Einbrecher" zu vertreiben, oder aber der Zimmerpartner wird in eine vertraute Person umgedeutet. Der weitgehende Verlust auch des Langzeitgedächtnisses bedeutet auch den Verlust der eigenen Geschichte. Sehen sich personell desorientierte Menschen in einem Spiegel, erkennen sie mitunter nicht sich selbst, sondern ihre Großmutter oder Mutter bzw. ihren Großvater oder Vater, oder ihr Spiegelbild ist ihnen gänzlich fremd: "Das soll ich sein? Nein, das bin ich nicht." "Wer ist der Alte da?" Den Betreffenden fehlen die letzten 30, 40 oder 50 und mehr Jahre ihres Lebens. Ihr eigenes Altwerden ist ihnen überhaupt nicht mehr bewußt: Sie wissen nicht mehr, daß sie verheiratet waren oder sind, daß sie Kinder haben und Enkel. Am längsten im Gedächtnis erhalten bleiben die frühesten Erlebnisse. Altersverwirrten Menschen fehlen aufgrund ihrer Gedächtnisschwäche viele Informationen über ihre Situation, die sie dennoch irgendwie deuten müssen.

Frau M. sieht, daß ihr ein Frühstück auf ihr Zimmer gebracht wird, daß jemand ihr Bett macht, daß frischgewaschene Wäsche in ihren Schrank einsortiert und ihr Zimmer geputzt wird. Sie weiß aber nicht mehr, daß sie in einem Altenheim lebt. Und so folgert sie, daß sie sich in einem Hotel befindet. Sie beginnt nach ihrem Geld zu suchen und sorgt sich darum, wie sie das alles bezahlen soll, denn sie hat doch gar kein Geld bei sich. Infolge solcher situativen Desorientiertheit kommt es mitunter auch zu Konfabulationen: Der altersverwirrte Mensch bemerkt, daß die von ihm wahrgenommenen Momente der Realität nicht gänzlich mit seiner Deutung übereinstimmen, kann sich aber die Situation nicht anders erklären. Er ist irritiert und verunsichert, mitunter sogar verängstigt, und so fabuliert er sich die Realität zurecht.

Aphasie ist die Störung bzw. der Verlust des 'normalen' Sprechvermögens. Im Zuge dieser Störung kommt es u.a. zu Wortfindungsstörungen: Der dementiell erkrankte Mensch vergißt alltägliche Bezeichnungen und benutzt dann oft ähnlich klingende Worte, die aber die Sache nicht treffen (z.B. "laufen" für "kaufen", "strafen" für "schlafen"), oder Worte, die mit dem eigentlich gemeinten in einem gewissen Bedeutungszusammenhang stehen (z.B. "Hochzeit" für "Ring"), oder er umschreibt, was er meint (z.B. "etwas rundes" für "Ring"). Aber die Sprachstörung beschränkt sich zumeist nicht auf einzelne Wörter, sondern es kommt oft zu erheblichen Schwierigkeiten, Gedachtes mitzuteilen. Der Betreffende hat einen Gedanken, den er äußern will, seine Sprechorgane sind völlig intakt. Und dennoch will die Umwandlung des Gedankens in Worte einfach nicht gelingen. Dazu ein Beispiel: Auf einem Ausflug stolperte Frau R. und brach sich einen Unterarm. Eine Woche später frug ich Frau R., wie das denn passiert sei. Sie antwortete: "Ach, das wissen Sie doch. Sie waren doch auch dabei." Frau R. erinnerte sich also, daß auch ich auf dem Ausflug war. Als ich sie jedoch bat, zu erzählen, wie es sich zugetragen habe, weil ich den Sturz selbst nicht gesehen habe, konnte Frau R. das, was ihr noch bildhaft vor Augen stand, einfach nicht in Worten ausdrücken. "Wir gingen da ... Da lag so ein ... na, wie sagt man ... also da war ein Wein ... und dann ... es hat überhaupt nicht ... also wirklich gar nicht ..." Frau R. ist ganz aufgeregt und zweifelnd, ob sie die richtigen Worte gefunden hat. "Sie sind über einen Stein gestolpert und hingefallen. Aber es hat ihnen zunächst überhaupt nicht weh getan", sage ich, und Frau R. nickt erleichtert, daß es ihr gelungen ist, sich verständlich zu machen. Aber nicht immer gelingt es, eine Verständigung zu erzielen. Die Sprachschwierigkeiten können so gravierend sein, daß der Betreffende nur noch wenige Worte sprechen kann. Die tägliche Erfahrung, daß die sprachliche Verständigung nicht mehr gelingt, ist für den Betreffenden um so schmerzhafter, je weniger er sich auf andere Art verständlich machen kann. Es bleibt nicht nur sein Mitteilungsbedürfnis ungestillt, sondern es

kommt auch zu vielen Mißverständnissen, die verletzen, verwirren und frustrieren.

Ein weiteres Primärsymptom der senilen Demenz ist die **Apraxie**, die Unfähigkeit, trotz Verständnis und intakter Motorik, "früher erlernte zusammengesetzte, schwierige Bewegungsabläufe auszuführen"⁹⁰. Die vom Gehirn ausgehenden Befehle erreichen offenbar die ausführenden Glieder nicht mehr in der erforderlichen Weise. Beispielsweise gelingt der Umgang mit einem Kaffeegedeck nicht mehr: Herr N. versucht, sich eine Tasse Kaffee einzugießen. Er faßt in langsamen und schwankenden Bewegungen die Kanne am Henkel an und hebt sie hoch. Er neigt die Kanne leicht, aber es will ihm einfach nicht gelingen, sie in der erforderlichen Weise über der Tasse zu halten. Herr N. erkennt, daß er den Kaffee verschütten würde und setzt frustriert die Kanne ab. Er schaut fragend auf seine Hände, dreht sie leicht hin und her und läßt sie dann entmutigt sinken. Das gezielte Umgießen des Kaffees von der Kanne in die Tasse mißlingt, obwohl der Bewegungsablauf gedanklich korrekt intendiert wird. "Seine Hände wollen ihm einfach nicht mehr gehorchen", sagt Frau N. über ihren Mann. Apraxie in Reinform begegnet jedoch äußerst selten; zumeist spielen auch Folgen einer Amnesie eine wesentliche Rolle.

Von **Agnosie** schließlich spricht man, wenn trotz intakter sensorischer Funktionen Gegenstände nicht wiedererkannt oder identifiziert werden. Unterhemden werden als Unterhosen angezogen oder die Papierserviette statt des Brotes gegessen.⁹¹ Die Erklärungen der Pflegenden verstehen altersverwirrte Menschen oft nicht, sondern nur, daß sie anscheinend ständig etwas falsch machen.

Die sog. Primärsymptome der senilen Demenz, die kognitiven Ausfälle, stellen für die Betroffenen eine **existentielle Bedrohung** dar: Sie sind verunsichert und suchen nach Halt. Sie kennen sich selbst und die Welt nicht mehr und fürchten um ihre Identität. Sie erleben sich als hilflos und haben **Angst**. Die Reaktionen ihrer Umwelt verstehen sie oft nicht, wie auch sie häufig unverstanden bleiben. Ihre Erkrankung fordert von ihnen **eine enorme Anpassungsarbeit**: die enger gewordenen Grenzen anzunehmen und die Ansprüche, gerade auch an sich selbst, entsprechend zurückzunehmen sowie Erwartungen, Wünsche und Träume zu revidieren; das eigene Leben auf einen engeren und noch überschaubaren Bereich, auf eine auch zeitlich geschrumpfte Perspektive, auf noch verlässliche Gewohnheiten zu beschränken und so neuen Halt zu finden.⁹² Wie aber sollen hirntonleistungsgeschädigte alte Menschen mit zumeist auch körperlichen

90 KRÄMER 1989, 37.

91 Vgl. JURY 1991, 53 und 84f.

92 Vgl. RASEHORN 1991, 40.

Einschränkungen diese enorme Anpassungsarbeit bewältigen, in die sie ihre ganze Persönlichkeit einzubringen haben?⁹³ Wer angesichts dieser enormen Aufgabe keine Unterstützung erfährt, wird nicht (zumindest nicht in ausreichendem Umfang) zu Akzeptanz und Anpassung finden. Alleingelassen mit ihrer existentiellen Verunsicherung und Angst versuchen altersverwirrte Menschen je auf ihre Weise, mit ihrer Situation fertig zu werden. Infolge dieser Bewältigungsstrategien kommt es zu reaktiven Verhaltensstörungen: die sog. **Sekundärsymptome der senilen Demenz**.⁹⁴ Diese Folgesymptome erklären sich also aus den ihnen zugrundeliegenden Verhaltensweisen, mit denen altersverwirrte Menschen ihre Situation zu bewältigen suchen, oder sie sind mit ihnen identisch. Diese Verhaltensweisen seien nun kurz als Verhaltensmuster typisiert vorgestellt. Im Einzelfall sind sie natürlich ganz individuell ausgeprägt, handelt es sich doch um die Verhaltensweisen, mit denen die Betroffenen schon immer in ihrem Leben umgegangen sind. Es sind letztlich die gleichen Bewältigungsmechanismen, die wir auch an uns selbst und allen Menschen beobachten können.

Sehr häufig kommt es zu **depressiven Verstimmtheiten**, bis hin zu schweren **Depressionen**, besonders im Frühstadium einer dementiellen Erkrankung. Betroffene realisieren, daß sie vieles nicht mehr können und vieles nicht mehr geht, was ihnen bislang selbstverständlich war. Verständnislose Reaktionen ihrer Umwelt vergrößern ihre Not. Sie fühlen sich ihrer Situation ausgeliefert, die über ihnen hereingebrochen ist, und sind niedergeschlagen. Sie wissen keinen Rat und finden keinen Ausweg. Sie trauen sich nichts mehr zu und werden dadurch immer unselbständiger. Die depressive Verstimmtheit ist um so schlimmer, je stärker der Betreffende in seinem bisherigen Leben dazu geneigt hat, Trauer, Enttäuschung und Angst zu beschönigen und zu überspielen.

Ein immer wieder zu beobachtendes Verhaltensmuster ist **die verzweifelte Suche nach Hilfe**. Durch ihre kognitiven Ausfälle der Möglichkeiten beraubt, zu einer Klärung und Deutung ihrer Situation zu kommen, suchen die Betreffenden irgend jemanden, an dem sie sich festhalten können, oder irgend etwas, das ihnen Halt bietet. Die Betreffenden laufen ständig hin und her und sind auch in der Nacht oft 'unterwegs' (motorische Unruhe). Sie bitten um Hilfe, ohne angeben zu können wobei. Sie wirken ziel- und rastlos. Die Angst steht ihnen ins Gesicht geschrieben. Aufgeregtheit in ihrer Umgebung überträgt sich sofort auf sie. Eine scheinbar unbändige **Unruhe und Aufgelöstheit** stellt sich ein, und infolge dessen nimmt die Verwirrtheit immer mehr zu. Ihre Mitbewohner im Altenheim

93 SÖHNGEN 1994, 116.

94 Vgl. zum weiteren RASEHORN 1991, 16-42. Dort finden sich auch anschauliche Beispielerzählungen zu den unterschiedlichen Formen der Bewältigung von Verwirrtheit im Alter. Auf ausführliche Beispiele kann deshalb an dieser Stelle verzichtet werden.

fühlen sich durch diese Unruhe gestört und reagieren mitunter sehr schroff und ablehnend auf die Betreffenden, deren Unruhe sich dadurch nur noch steigert: Ein 'Teufelskreis' entsteht, an dem nur allzuoft auch ein überlastetes Personal beteiligt ist. Nur eine kurze Beispielerzählung zur Veranschaulichung: Frau N. lebt seit fünf Jahren in einem Altenheim. Nach längerer Krankheit benötigte sie zeitweise einen Rollstuhl, an den sie heute aufgrund von Nachlässigkeiten in der aktivierenden Pflege (Lauftraining, Bewegungsübungen) dauerhaft angewiesen ist. Frau N. ist leicht bis mittelschwer dementiell erkrankt und dadurch stark beunruhigt. Tagsüber wird sie von den Pflegenden in den Tagesraum gebracht, in dem sie ohne weitere Ansprache bleibt. Ständig versucht sie aufzustehen, und mehrmals stündlich fällt sie aus dem Rollstuhl. Man versucht es mit Psychopharmaka, doch ohne Erfolg: Je nach Dosis ist Frau N. entweder in einem Dämmerzustand oder genauso unruhig wie zuvor. Fixiermaßnahmen sind dem Pflegepersonal, da keine richterliche Genehmigung vorliegt⁹⁵, gesetzlich verboten, doch man weiß sich nicht anders zu helfen, als - in Umgehung des Fixierverbots - Frau N. einen Sicherheitsgurt anzulegen, dessen Schließmechanismus derart ungünstig angebracht wird, daß Frau N. zumindest lange damit beschäftigt ist, ihn zu öffnen, und deutlich seltener fällt. Der 'Erfolg' dieser Maßnahme: Frau N. windet sich permanent in ihrem Rollstuhl, legt die Beine auf den Tisch, greift nach allem, was sich in ihrer Nähe befindet. Zudem ruft sie ständig mit von Mal zu Mal sich steigender Lautstärke die Namen ehemaliger Freunde und ihrer Schwester. Wenn sie jemanden vom Pflegepersonal sieht, ruft sie: "Schwester, Schwester, helfen sie mir. Ich weiß gar nicht, was mit mir los ist." Im männlichen Pflegepersonal sieht sie manchmal einen Arzt und bittet ihn um Hilfe. Frau N. ist in der Bewohnerschaft weitestgehend isoliert. Zum einen gründet die Isolation in ihrer Unruhe, mit der sie auf ihre kognitiven Ausfälle reagiert, zum anderen ist der dadurch verursachte soziale und kommunikative Tod wiederum Ursache für ihre weitere Verwirrtheit. Ihre Mitbewohner fühlen sich oft von ihr gestört und schimpfen mit ihr und über sie: Ihr Schimpfen vernimmt Frau N., doch den Grund versteht sie nicht: "Ich habe doch gar nichts gemacht, gar nichts!" Auffallend ist, daß Frau N., sobald im Tagesraum ein Singen veranstaltet wird, zunehmend ruhiger wird und schließlich

95 Das Grundgesetz schützt die körperliche Bewegungsfreiheit als Rechtsgut in Art. 2 GG in Verbindung mit Art. 104 GG. Die Praxis in Einrichtungen für psychisch kranke, für geistig behinderte und für alte Menschen zeigt leider immer noch eine gewisse 'Aufweichung' dieses Rechtsgrundsatzes (vgl. VON EIKEN/ERNST/ZENZ 1990). Dieser sogenannte "fürsorgliche Zwang" ist nun mit Inkrafttreten des neuen Betreuungsgesetzes (BtG) 1992 expressis verbis - in konsequenter Auslegung des Grundgesetzes - genehmigungsbedürftig und also von einer richterlichen Entscheidung abhängig, und zwar nicht nur für den Fall der Unterbringung in einer Anstalt oder einem Heim, sondern ausdrücklich auch, wenn einem Betreuten "durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll" (§ 1906 Abs. 4 BGB). Zum BtG s. II.4.

aufmerksam und mit sichtlicher Freude zuhört. Und so nimmt Frau N. mittlerweile an allen Veranstaltungen auch außerhalb ihres Wohnbereichs teil. Ihre gesteigerte Aktivität kann nicht allein als Selbststimulation - ähnlich dem Hospitalismus - erklärt werden, denn auch in einer geselligen Runde sagt sie ab und zu voller Unruhe: "Ich weiß gar nicht, was mit mir los ist." Widmet sich jemand aber ganz allein ihr in einer ruhigen und ausgeglichenen Art, z.B. bei einer Spazierfahrt im Grünen, überträgt sich die Ruhe auch auf Frau N. und sie genießt den Moment und die Gemeinschaft, die sie mit einem Menschen hat. Ihre kognitiven Ausfälle beunruhigen Frau N. dann nicht mehr oder zumindest deutlich weniger, weil sie spürt, daß sie trotzdem aus der Gemeinschaft nicht ausgeschlossen ist. Dann ist Frau N. auch wieder offen und ansprechbar für anderes, und sie erzählt Bruchstücke aus ihrem Leben und freut sich an der Erinnerung.

Andere versuchen die existentielle Bedrohung, die ihre kognitiven Ausfälle für sie darstellen, zu leugnen, indem sie ihr ganzes Leben und überhaupt alles als völlig unbedeutend betrachten. Durch **Rückzug in die Apathie und Resignation** werden bereits erlittene Verluste sowie weitere befürchtete Verluste vorweggenommen und gering bewertet oder für nichtig erklärt. Das Ziel ist, **mit Gleichgültigkeit die Angst und Verunsicherung zu vertreiben**: Wer auf die eigene Existenz keinen Wert legt, der hat auch keine existentielle Angst mehr. Altersverwirrte Menschen, die auf diese Weise versuchen, ihre Hilflosigkeit und Angst zu bewältigen, zeigen sich interesselos und gleichgültig ("Ist doch alles egal."). Rückzug und Resignation bewirken einen Kommunikationsmangel, der seinerseits dann wieder wesentlich zur Verwirrtheit beiträgt. Im Altenheim wird solche Verhaltensweise leider allzuoft durch das Pflegepersonal verstärkt, das schnell in eine standardisierte Kommunikation verfällt und es als entlastend empfindet, daß die Betreffenden ihren(!) Pflegerhythmus nicht stören. In der Morgenpflege und Inkontinenzversorgung machen sie keine Probleme, und sie fügen sich überhaupt dem funktionalen Ablauf eines Altenheims reibungslos ein. Sie dämmern den ganzen Tag vor sich hin. Da sie meist ruhig und unauffällig sind, werden sie leicht übersehen zugunsten 'problematischerer' Bewohner. Die Kommunikation mit ihnen ist mühsam, da sie aus Selbstschutz häufig destruktiv reagieren: Freude und Interesse an etwas zu zeigen, bedeutete für sie, verletzbar zu werden, die enger gewordenen eigenen Grenzen schmerzhaft zu spüren. Ihre prinzipielle Gleichgültigkeit darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß ihre gesamte 'Landschaft' mitentscheidet darüber, ob sie ihr Leben trotz aller Einschränkungen als lebenswert empfinden und bejahen können, oder nicht. Ihre Gleichgültigkeit hinzunehmen hieße, ihre Selbstaufgabe zu unterstützen. Grundvoraussetzung

dafür, daß sie ihre Situation annehmen und ihre Apathie aufgeben können, ist, daß sie von seiten ihrer Um- und Mitwelt Annahme erfahren.

Eine weitere Verhaltensweise, mit eigenen kognitiven Ausfällen umzugehen, besteht darin, sie schlichtweg zu leugnen, nach dem Motto: "Es kann nicht sein, was nicht sein darf". Die Betroffenen versuchen mit all ihrer Energie, sich selbst und ihre Mitmenschen über ihre tatsächliche Situation zu täuschen, erleben andererseits aber ständig, daß sie hilflos und abhängig sind. Ihr Selbstkonzept steht mit der Realität in Konflikt; sie halten aber 'auf Biegen und Brechen' daran fest. Und so führt die **Verleugnung** der eigenen Situation bisweilen zu bizarren **Umdeutungen und Konfabulationen**. Beispielsweise begrüßte eine alte Frau, die in der Nacht eingenäbt hatte, die Pflegerin gleich an der Tür mit folgender Geschichte: "Gut, daß Sie da sind, Schwester ... Sie können sich gar nicht vorstellen, was mir heute nacht passiert ist ... es hat eimerweise geregnet und ich hatte meinen Schirm nicht bei mir."⁹⁶ Mitunter kommt es auch zu Beschuldigungen anderer Personen: Frau K. ist schwer verwirrt. Wenn sie allein ist, sitzt sie aufrecht in ihrem Bett und redet vor sich hin, stets in formelhaften Wendungen und als ob sie mit jemandem spräche, insbesondere in der Nacht. Dabei nesteln ihre Hände unablässig an ihrem Bettzeug herum, bis schließlich das ganze Bett abgezogen ist. Während dann jemand vom Pflegepersonal das Bett neu bezieht, versichert sie: "Nein, nein, nein, nein, daß war ich nicht." Da wäre jemand einfach hereingekommen in ihr Zimmer, der hätte das getan. Es kann sogar zu der paranoiden Reaktion des Verfolgungswahns kommen: "Verlegtes und Vergessenes wird als gestohlen empfunden und Nachbarn oder Familienangehörige ... des Diebstahls bezichtigt. Nach einer gewissen Zeit wird die Fehlinterpretation zur unkorrigierbaren Gewissheit."⁹⁷ Mit wieviel Angst und Anspannung leben diese Menschen, sehen sie sich doch ständig in der Gefahr, durch die Realität blamiert zu werden und schwere Verletzungen ihres Selbstwertgefühls und ihrer Selbstachtung zu erleiden! Die Verleugnung kann so drastisch gelebt werden, daß es zu massiver **Aggression** kommt. "Ich brauche keine Hilfe, von Fremden schon gar nicht", ruft Frau C., sobald sie die Waschtürschlüssel sieht. Während der Morgenpflege kratzt, schlägt, beißt und spuckt sie. Aggression ist immer wieder die Reaktion, wenn die Fassade eigener Selbstständigkeit nicht mehr länger aufrecht erhalten werden kann. Der alterverwirrte Mensch ist aber nicht mehr oder weniger aggressiv als jeder andere Mensch auch. Die Situationen stellen sich für ihn nur anders dar, als für seine Umwelt, weil ihm viele Informationen fehlen. Stellen Sie sich vor, Sie werden morgens geweckt von

96 RASEHORN 1991, 28.

97 WETTSTEIN 1990, 45.

jemandem, den Sie nicht kennen. Diese Person beginnt nun, Sie auszuziehen und zu waschen. In solch einer Situation wird sich wohl jeder wehren! Aber eben so stellt sich die Situation für viele altersverwirrte Menschen allmorgentlich dar. Diejenigen von ihnen, die mit ihren Verlusten nicht anders umzugehen wissen, als daß sie sie verleugnen, haben sich an ihre Pflegebedürftigkeit nicht gewöhnt und verstehen selbst einfache Maßnahmen der körperlichen Pflege als Angriff auf die eigene Integrität und Selbstbestimmung, dessen sie sich zu erwehren suchen. Darüber hinaus erleiden altersverwirrte Menschen immer wieder Kränkungen durch ihre Umwelt. Beispielsweise fühlen sich immer wieder geistig rüstige alte Menschen in Altenheimen durch die bloße Anwesenheit altersverwirrter Menschen bedroht, die ihre Ängste vor eigener Verwirrtheit wecken, und reagieren mit Abwehr und Ausgrenzung ("Die gehören doch ins Irrenhaus."). Auch von seiten der Pflegenden kommt es immer wieder - wenn auch zumeist unbeabsichtigt aus Gedankenlosigkeit und Mangel an Einfühlungsvermögen oder aufgrund ihrer Arbeitssituation - zu Zurücksetzungen und Entmündigung, zu Verletzungen ihrer Würde und ihres Selbstbestimmungsrechtes sowie zu Übergriffen in ihre Privat- und Intimsphäre.⁹⁸ Wenn altersverwirrte Menschen darauf mit Aggressionen antworten, so ist das ein positives Zeichen einer gesunden Selbstbehauptung. Aggressionen altersverwirrter Menschen sind also nicht unsinnig und unbegründet. Sie sind entweder Teil eines auf Verleugnung begründeten Bewältigungskonzeptes, oder berechtigte Kritik an Zuständen und Verhaltensweisen ihrer Umwelt. Während aber bei Menschen mit intaktem emotionalen Kontrollverhalten Aggressionen nur selten spontan zum Ausbruch kommen - statt dessen jedoch oft auch nicht bewältigt, sondern unterschwellig ausgelebt oder autoaggressiv gewendet werden -, äußern viele altersverwirrte Menschen ihre Emotionen, also auch ihre Aggressionen, unmittelbar. Ihre hirnrorganischen Veränderungen beeinträchtigen ganz erheblich das emotionale Kontrollverhalten, und der altersverwirrte Mensch ist seinen Gefühlen ausgeliefert (Affektinkontinenz), die oft schnell wechseln können (Affektlabilität).

Der Verlust von Selbständigkeit geht einher mit einer Schwächung des Selbstbewußtseins, der Selbstachtung sowie der eigenen Wertschätzung. Von daher

98 Ein vielerorts mit Schweigen belegtes Thema von großer seelsorgerlicher Bedeutung ist die Gewalt im Altenheim. Zumeist wird sie als solche gar nicht wahrgenommen. Aus Sorge um das Ansehen des Hauses wird über vieles hinweggesehen. Es kann aber auch nicht darum gehen, einzelne zu beschuldigen - von besonders schwerwiegenden Fällen einmal abgesehen -, so wie es auch nicht weiterhilft, wenn sich alle als Opfer darstellen. Über Gewalt muß gesprochen werden, Gewalt bedarf der Kontrolle. Der Altenheimseelsorge ist hier der Auftrag zum "Dienst der Versöhnung" (vgl. II Kor 5,19) ganz konkret gestellt. Zum Thema 'Gewalt im Altenheim' vgl. z.B. Evangelische Impulse, Heft 1/1993, mit verschiedenen Artikeln zum Thema sowie den dreiteiligen Artikel von Erich Grond in: Altenpflege, die Hefte 7, 8 und 9/1991.

neigen manche altersverwirrte Menschen dazu, sich an Autoritäten anzulehnen, insbesondere an das Pflegepersonal, um aus dem Verhältnis zu ihnen ihre ganze Selbstachtung und Wertschätzung zu beziehen. Sie sind lieb und nett und möchten dafür Lob und Zuneigung erfahren. Besonders problematisch wird dieses Bewältigungskonzept, wenn bestimmte aus der Situation der Hilflosigkeit und Abhängigkeit resultierende Verhaltensweisen von seiten ihrer Umwelt positive Verstärkung erfahren, weil sie so "süß", so "lustig", so "drollig" sind. Frau B. ist seit etwa drei Jahren dementiell erkrankt und bald darauf in ein Altenheim umgezogen. Wenn sie im Tagesraum sitzt, winkt sie fast jedem, der vorbeikommt, mit beiden Händen zu und ruft "Huhu!", um anschließend in vollem Bewußtsein ihr sehr gewinnendes Lächeln erstrahlen zu lassen. Die erhoffte Reaktion bleibt selten aus ("Ach, da ist ja unsere Süße!"). Die meisten sprechen Frau B. mit ihrem zum Kosenamen abgewandelten Vornamen an, so wie es oft bei Kindern üblich ist. Frau B. hat, wie manch andere altersverwirrten Menschen, den Verlust ihrer Selbständigkeit, ihre Hilflosigkeit und Abhängigkeit umgewertet und aus ihnen die positive Grundlage eines neuen Selbstkonzepts unter weitestgehender Aufgabe ihrer Persönlichkeit gemacht. Immer wieder verfallen altersverwirrte Menschen - von ihrer Umwelt dazu ermuntert - in **regressive Verhaltensweisen**, mittels derer sie Zuwendung zu erlangen trachten: Sie warten mit Clownerien und kindischen Verhaltensweisen auf und machen sich so zu Karikaturen ihrer selbst. So wird durch gut gemeinte Zuwendung Persönlichkeit destruiert und Abhängigkeit vergrößert, weil es an Respekt und Anerkennung fehlt, durch die Selbstbehauptung und Selbständigkeit zu stärken sind.

All diese Verhaltensweisen, mit denen altersverwirrte Menschen ihre existentielle Verunsicherung und Angst zu bewältigen suchen, führen nicht zu Akzeptanz und Annahme, sondern zu zum Teil erheblichen Verhaltensstörungen, und sind daher als Ausdruck eines Krisenscheiterns zu verstehen.⁹⁹

Bei der Darstellung der Ursachen, Formen und Entstehungsbedingungen von Altersverwirrtheit wurden im Vorangehenden immer wieder auch ihre Auswirkungen auf die konkrete Lebenssituation betroffener Menschen angesprochen. Einzelne Beispiele verdeutlichten die veränderte Welt und Wahrnehmung altersverwirrter Menschen sowie ihr daraus resultierendes verändertes Verhalten. Die so veranschaulichte Lebenssituation altersverwirrter Menschen wird nun im folgenden einer grundsätzlichen Reflexion unterzogen.

99 Vgl. SÖHNGEN, 1994, 116.

2. Die Lebenssituation altersverwirrter Menschen

Der alte Mensch muß mit körperlichen Verfallserscheinungen leben, und nicht wenige sind von mehreren Krankheiten zugleich betroffen (Multimorbidität). Stellt sich zudem - aus welchen Gründen auch immer - eine Altersverwirrtheit ein, befinden sich die Betroffenen in einer Situation gesteigerter und weiter zunehmender Hilflosigkeit und Abhängigkeit. Die vielfachen Verluste und Verletzungen, die sie erleiden, werden im folgenden anhand grundlegender Dimensionen menschlicher Wirklichkeit bedacht.¹⁰⁰

Nicht alle altersverwirrten Menschen sind zu einer selbständigen Lebensführung nicht mehr in der Lage. Bei leichter Verwirrtheit wird zwar Hilfe bei der Haushaltsführung benötigt, doch solange Betroffene noch nicht als Pflegefall eingestuft sind, bedeutet der Einzug in eine Einrichtung der stationären Altenhilfe für sie nicht notwendigerweise eine **Beeinträchtigung der Privat- und Intimsphäre**. Stehen hingegen nicht in ausreichendem Maße Einzelzimmer zur Verfügung, müssen Bewohner mitunter auch entgegen ihrem Wunsch das Zimmer mit einer oder sogar mehreren Personen teilen. Privat- und Intimsphäre sind eingeschränkt. Einschneidende Veränderungen gehen dann aber mit dem Statuswechsel vom 'Altenheimbewohner' zum 'Pflegefall' einher. Während der Beginn einer Pflegebedürftigkeit für das an derartige Prozesse gewöhnte Personal keine große Überraschung ist, wird von den Betroffenen jeder einzelne Schritt dieses Statuswechsels mit großer Sorge verfolgt. Sie reagieren zum Teil mit inadäquaten Bewältigungsstrategien, und es kommt zu sog. Sekundärsymptomen (s. II.1.). Aus pflegerischen Gründen ist es nun notwendig, daß das Personal ständig und uneingeschränkt zugangsberechtigt zu den Zimmern Pflegebedürftiger ist. Die Grenzen dieses Rechts sind jedoch überschritten, wenn - wie es leider häufig geschieht - das Personal die Zimmer Pflegebedürftiger mit völliger Selbstverständlichkeit und oftmals sogar ohne Anklopfen betritt, als gäbe ihm die Position des Helfers das Recht, die Privatsphäre des Hilfsbedürftigen zu mißachten; der Privatraum pflegebedürftiger Bewohner hat damit aufgehört zu existieren.

Die Gründe für die Mißachtung der Privatsphäre Pflegebedürftiger können hier nicht im einzelnen untersucht werden. Vier Problemkreise seien genannt, die m.E. - auch hinsichtlich unnötiger Verletzungen der Intimsphäre (s.u.) - eine wesentliche Rolle spielen: (1.) die zum Teil enormen Belastungen, die das Personal zu tragen hat; (2.) der latente Mißbrauch von Macht unter dem Deck-

¹⁰⁰ Eine explizite Diskussion der institutionellen Rahmenbedingungen eines Altenheims kann im Rahmen dieser Arbeit nicht geleistet werden. Es sollen aber auch hier - wie schon in II.1. - relevante Aspekte der Lebensbedingungen in einem Altenheim Berücksichtigung finden.

mantel der Hilfe; (3.) der Umstand, daß der Privatraum des Bewohners der Arbeitsplatz des Personals ist, der eingebunden ist in den durchrationalisierten Funktionsablauf der Institution, wo jegliche Privatsphäre zunächst als störend empfunden wird; (4.) das Vorurteil, daß verwirrte Menschen ihre Privatsphäre als solche gar nicht mehr wahrnehmen, "weil die ja sowieso nichts mehr merken". Der Pflegebedürftigkeit ist auch in raumgestalterischer Hinsicht Tribut zu zollen. So muß die Zimmereinrichtung den Notwendigkeiten der Pflege entsprechend geändert werden. Es sollte jedoch das Recht der Bewohner auf ihre Privatsphäre und eine wohnliche Umgebung (Gemeinschaftsräume, Flure etc.) nicht unnötig eingeschränkt werden, wie es leider vielerorts durch phantasielose Umsetzung der hygienischen und funktionalen Notwendigkeiten geschieht. In manchen Heimen sind in Pflegezimmern eigene Möbel unerwünscht. Heimeigene Möbel sind fast innerhalb jeder Einrichtung einheitlich. Die Privatsphäre weicht nur allzuoft einer 'Krankenhausatmosphäre', und Sterilität, Vereinheitlichung und Entpersonalisierung der Raumgestaltung mindern nicht nur die Lebensqualität, sondern fördern zudem Desorientierung und Verwirrtheit. Es liegt also nur zu einem kleinen Teil an der Pflegebedürftigkeit selbst, wenn der Verlust der selbständigen Lebensführung einhergeht mit der **Auflösung der Privatsphäre**.

Ähnlich verhält es sich mit **Verletzungen der Intimsphäre**. Ein gewisses Maß an Beeinträchtigung durch die Pflegesituation ist unumgänglich, aber auch hier ist so manche Verletzung des Schamempfindens unnötig. Pflegebedürftige werden von unnötig häufig wechselndem Personal umgekleidet und gewaschen - wie selbstverständlich auch von Personen anderen Geschlechts; für ihre Schamgefühle bleibt kaum Raum.

Frau L. beispielsweise erleidet täglich während der Morgenpflege in ihrem Empfinden geradezu eine Vergewaltigung. Frau L. trat schon in jungen Jahren in einen katholischen Orden ein, dem sie in Keuschheit bis zu ihrer Pflegebedürftigkeit gedient hat. Ihre Hymen sind noch unverletzt, und auf ihre Jungfräulichkeit ist sie stolz, beinhaltet sie doch einen wesentlichen Teil ihrer Identität. So antwortet sie auch nur, wenn sie mit "Schwester C." statt "Frau L." angesprochen wird. Seit fast zehn Jahren lebt die nun 97jährige Frau in einem Altenheim, mittlerweile erblindet und schwerhörig sowie bettlägerig. Während der Morgenpflege versucht Frau L. ständig, ihre Nacktheit zu bedecken. Wird sie im Genitalbereich gewaschen, klagt und jammert sie ohne Unterlaß. Selbst nach Jahren der Pflegebedürftigkeit ist ihr Schamempfinden unvermindert, und es ist bewundernswert, wie Frau L. es sich trotz aller Verletzungen erhalten und nicht resigniert hat. Es ist sicherlich kaum möglich, dieser Frau jegliche Verletzung ihrer Intimsphäre zu ersparen. Unnötig ist es aber, daß sie auch von Männern

gewaschen wird oder daß sie ganz entkleidet wird, statt sie 'in Etappen' zu waschen.

Insbesondere mit Inkontinenz gehen Verletzungen des Schamempfindens einher.¹⁰¹ Ein Inkontinenter "fühlt sich unsauber, bekommt Juckreiz oder Schmerzen durch Ekzeme, erlebt sich entwürdigt als Versager, weil er 'Windeln' trägt. Es ist ihm peinlich, sich den Blicken Fremder auszusetzen und darauf angesprochen zu werden. Er fühlt sich hilflos, ohnmächtig, seine Ausscheidungen kontrollieren zu können, abhängig von Pflegenden, fürchtet ihren Ekel. Er hat Angst abgelehnt zu werden, zur Last zu fallen, ständig schellen zu müssen. Aus Angst, die Toilette nicht rechtzeitig erreichen zu können, wagt er nicht einzuschlafen ... Er verleugnet seine Inkontinenz aus Scham. Im Bett fühlt er sich sicherer, verliert aber Kontakte und fühlt sich ausgeschlossen. Wenn er ausgeschimpft wird, bekommt er Schuldgefühle und wird depressiv. Das Mitleid anderer entmutigt."¹⁰² Auf den Geruch der Körperausscheidungen reagieren viele Bewohner und Pflegende mit Ekel, Widerwillen und Ablehnung, woraufhin Inkontinente sich nur noch mehr schämen. Das Ziel der Pflege - "soziale Integration des Inkontinenten und bessere Lebensqualität, z.B., damit er sich 'geruchs- und wasserdicht' fühlt"¹⁰³ - wird nur selten erreicht. Oft werden Reaktionen aus Scham - nicht nur bei verwirrten Menschen - als Ausdruck von Verwirrtheit mißverstanden, so daß die Betroffenen mit ihrer Scham allein bleiben.

Altersverwirrte Menschen erleiden zudem vielfach **Eingriffe in ihr Selbstbestimmungsrecht**. Aktivierende Pflege ist immer noch die Ausnahme. In der Regel werden Pflegebedürftige durch die Pflege immer unselbständiger: Es mangelt an Zeit, Verständnis und Geduld, auf ihre Verlangsamung einzugehen und zu jedem einzelnen Schritt immer wieder Anleitung zu geben. So wird ihnen z.B. der Waschlappen aus der Hand genommen, damit es schneller geht, oder die Kleidung für sie ausgesucht, ohne daß sie gefragt werden. Sie werden ins Bett gesteckt, "weil es Zeit ist", unabhängig davon, ob sie vielleicht noch aufbleiben möchten. Statt als Ermöglichungshilfe zur Selbstbestimmung zu dienen (s. I.1., Leitlinie 7), kommt Pflege de facto in vielen Fällen einer Entmündigung gleich. Pflegebedürftige, vor allem verwirrte, die es schwer haben, ihre Bedürfnisse und Interessen zu äußern und durchzusetzen, stehen in der Institution 'Altenheim' unter

101 Zu Formen und Ursachen von Inkontinenz vgl. GROND 1992, 134-49. Besondere Bedeutung kommt dort den Teufelskreisen von Verwirrtheit und Inkontinenz, von Angst und Inkontinenz sowie von Ablehnung und Inkontinenz zu. Darüber hinaus werden Empfehlungen für den Umgang mit Betroffenen gegeben.

102 A.a.O., 137f.

103 A.a.O., 139.

einem enormen Anpassungsdruck, dessen Ursachen wiederum nicht allein in der Pflegebedürftigkeit zu suchen sind.¹⁰⁴ Selbstbestimmung wird nur noch rudimentär, Ohnmacht aber täglich erlebt. Viel zu selten wird ihr eigener Wille, ihre eigene Tat und auch ihr Widerspruch nicht nur zugelassen, sondern gegebenenfalls auch eingefordert.

Das Bedürfnis, verstanden und angenommen zu werden sowie geliebt zu sein und gebraucht zu werden, ist allgemein menschlich und hört nicht ab einem bestimmten Alter oder Gesundheits- und Geisteszustand auf. Mit einem **Verlust an Kommunikation, Gemeinschaft, Beziehung, Nähe und Liebe** verliert das Leben auch an Sinn. Verhältnislosigkeit bedeutet den Tod, auch bereits im Leben (vgl. auch unter I.1. die Leitlinien 2, 4 und 5). So wie der Mensch Rückzugsmöglichkeiten braucht, um sein Bedürfnis nach Distanz zu leben, so braucht er auch Kommunikation und Gemeinschaft für den Aufbau von Beziehungen, in denen er sein Bedürfnis nach Nähe lebt. In Altenheimen sind insbesondere altersverwirrte Menschen von einem Verlust an Kommunikation und Gemeinschaft bedroht. Sie sind in der sprachlichen Kommunikation sehr eingeschränkt, weshalb mit ihnen deutlich weniger gesprochen wird, als mit anderen; sprachliche Kommunikation mißlingt und bricht ab. Nur allzuoft bleibt ihr Mitteilungsbedürfnis ungestillt, weil ihnen niemand recht zuhört. Das Pflegepersonal neigt dazu, seine sprachliche Kommunikation zu standardisieren. "Ich kann das Gerede schon nicht mehr hören. Ist doch immer das gleiche. Das sagen die doch zu jedem.", sagte mir einmal eine Bewohnerin. Fehlt es an Echtheit in der Kommunikation, kommt keine Beziehung zustande. Wer nicht in Beziehung zu anderen Menschen lebt, steht in der Gefahr, letztlich auch nicht mehr zu wissen, wer er oder sie selbst ist ("Ich weiß gar nicht mehr, wer ich eigentlich bin."). Besonders groß ist die Isolation der Bettlägerigen, deren einzige Kontakte mitunter die Pflegenden sind. Es gibt aber auch viel Ermutigendes: Bewohner nicken einander zu und schauen sich an oder finden andere Möglichkeiten eines 'stillen Gesprächs'. Pflegende nehmen Bewohner in den Arm oder versuchen auf andere Weise ihnen etwas menschliche Wärme zu geben. Besuchsdienste leisten einen unschätzbaren Dienst.

104 Interessant in diesem Zusammenhang ist eine Umfrage, die die Zeitschrift "Altenpflege" 1993/4 unter Altenpflegerinnen und Altenpflegern durchführte unter der Frage, ob sie in dem Heim, in dem sie arbeiten, ihren Lebensabend verbringen möchten (s. Altenpflege 4/1994, 224f): Etwa 80% entschieden sich nicht für 'ihr' Heim. Auf die Frage, was sich dort ändern müsse, damit sie sich dort als alter Mensch wohl fühlen könnten, wurden an vorderster Stelle die Wahrung von Selbstbestimmung und Individualität sowie der Schutz der Privat- und Intimsphäre genannt. Die Ergebnisse dieser Umfrage weisen also darauf hin, daß Einschränkungen und Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht sowie in die Privat- und Intimsphäre zu einem großen Teil strukturell bedingt sind. Die Pflegenden leiden selbst unter den Strukturen, in die sie eingebunden sind, und sind immer wieder gezwungen, gegen ihre Überzeugungen zu handeln.

Auch für **sexuelle Bedürfnisse** ist in Altenheimen vielfach - im wahrsten Sinne des Wortes - **kein Raum**. "Seelischer und räumlicher Schutz sind die Voraussetzungen für menschenwürdige Begegnung. Intimität braucht Geborgenheit. Liebe braucht ein 'Haus' - bieten die derzeitigen Altenheime diese Voraussetzung? Kann Liebe in einem 'Heim' heutzutage 'zu Hause' sein?"¹⁰⁵ Die Antwort auf diese Frage wird wohl in vielen Fällen negativ ausfallen, zu groß sind äußere und innere Zwänge, die das Leben einengen. So herrscht soziale Kontrolle von seiten des Personals, und es fehlt an räumlichen Rückzugsmöglichkeiten (Mehrbettzimmer, offene Türen). Es gibt in unserer Gesellschaft keine Kultur anderer Beziehungsformen außer der Ehe für Liebe, Sexualität und Partnerschaft im Alter. Einige Trägerideologien leugnen schlicht die Tatsache von Sexualität im Heim. Gesellschaftlich vermittelte Wert- und Ästhetikvorstellungen verstärken das absolut falsche Vorurteil, daß alte Menschen - und insbesondere Frauen nach der Menopause - generell keine sexuellen Bedürfnisse mehr haben. Immer wieder wird sexuelle Aktivität - nicht nur von altersverwirrten Menschen - als gestörtes Verhalten aufgrund einer dementiellen Erkrankung gewertet.¹⁰⁶ Jeder Pflegende weiß über sog. sexuelle 'Vorfälle' zu berichten, doch thematisiert werden sie in Stationsbesprechungen kaum.¹⁰⁷ So können pflegerische Maßnahmen wie Waschen, Baden, Einsalben von Bewohnern und Bewohnerinnen als sexuell anregend erlebt werden. Bei Männer kann dies zu einer Erektion führen, die ihnen mitunter sehr peinlich ist. Aller Möglichkeiten beraubt, die eigene Sexualität im Privaten zu leben, und auch in den Kompensationsmöglichkeiten zeitlich, örtlich und situativ extrem eingeengt, versuchen manche, in Verzweiflungsaktionen ihre Geschlechtsidentität neu herzustellen, indem sie die soziale Umwelt schockieren, z.B. durch genitale Selbstbefriedigung in öffentlichen Bereichen; dabei haben sie doch letztlich keinen anderen Wunsch als den, einen menschlichen Körper neben sich zu spüren. Zweifellos ist die Toleranz und Akzeptanz gegenüber Sexualität im Alter in unserer Gesellschaft in den letzten Jahrzehnten erheblich gestiegen.¹⁰⁸ Sexualität von altersverwirrten Menschen gilt hingegen immer noch häufig als krankhaft, in einigen Fällen sicherlich auch, weil aufgrund dementieller

105 GEISSLER 1/1992, 16.

106 Vgl. FRIELING-SONNENBERG 6/1994, 387.

107 Vgl. FRIELING-SONNENBERG 5/1994.

108 Für den kirchlichen Bereich sei beispielsweise verwiesen auf NIEMEYER 1993. In diesem kleinen Buch, das sich an diejenigen haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Altenarbeit wendet, die sich mit den biblischen Grundlagen der Arbeit mit alten Menschen beschäftigen wollen, aber auch eine Grundlage sein möchte für Andachten und Gottesdienste, werden ganz offen auch die Bedürfnisse alter Menschen nach Wärme, Liebe und Sexualität anhand von I Reg 1,1-4 ("den ältesten Bericht über eine Altenpflegerin") thematisiert (a.a.O., 39-39). Dieses Kapitel wurde bereits zwei Jahre zuvor als Einzelbeitrag veröffentlicht (= NIEMEYER 4/1991), allerdings ohne damit explizit Anregungen auch für die Verkündigungstätigkeit geben zu wollen.

Veränderungen gesellschaftliche Konventionen nicht mehr präsent sind und Sexualität in einer Art und Weise gelebt wird, die keine Toleranz findet.¹⁰⁹

Altersverwirrte Menschen sind aus vielen, sich in der Regel wechselseitig verstärkenden Gründen, von denen eine dementielle Grunderkrankung nur ein - wenn auch ein bedeutsamer - ist, **von dem Verlust ihrer Identität bedroht**. Was aber ist eigentlich 'Identität'? In der gegenwärtigen Identitätsforschung der Sozialwissenschaften wird dieser Begriff mitunter sehr unterschiedlich verwendet.¹¹⁰ Starker Kritik ausgesetzt - und daher auch in seiner bestehenden Form als überholt anzusehen - ist das psychoanalytische Verständnis der Identität als Syntheseleistung, wie sie bei E.H. ERIKSON 1980 begegnet.¹¹¹ Heutige Identitätsforschung hat sich weitestgehend abgekehrt von traditionellen Stadien- oder Phasenlehren menschlicher Entwicklung, nach denen Identität ein fester Besitz sei, "eine Kompetenz, die man eben hat, nicht oder nicht genügend hat, und dies gar zu einem ganz bestimmten Zeitpunkt im Leben, etwa der Adoleszenz"¹¹². Man betont hingegen zunehmend die Prozeßhaftigkeit und Erfahrungsabhängigkeit von Identitätsentwicklung. Identität sei eben "keine Eigenschaft im Sinne eines dauerhaften Besitzes", sondern "ist bestenfalls greifbar als momentaner, aber höchst fluktuierender Zustand"¹¹³, der immer wieder neu hergestellt werden muß. Eine in diesem Sinne gleichermaßen moderne wie profilierte psychologische Identitätstheorie hat Karl Haüßer vorgelegt.¹¹⁴ Er versteht unter Identität "die subjektive Verarbeitung biographischer Kontinuität/ Diskontinuität und ökologischer Konsistenz/ Inkonsistenz durch eine Person in bezug auf Selbstansprüche und soziale Anforderungen"¹¹⁵. Der Identitätsbegriff soll beschränkt werden auf den Vermittlungsprozeß zwischen der Innenperspektive

109 Auf die Sexualität im Alter und insbesondere bei altersverwirrten Menschen kann an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden. Verwiesen sei vor allem auf Heft 2/1990 der Evangelischen Impulse, das sich in mehreren Artikeln schwerpunktmäßig mit der Sexualität im Alter und im Altenheim beschäftigt, von denen insbesondere SCHNEIDER 2/1990 als ein kurzer Abriß der Forschungsergebnisse zur Sexualität im Alter einen guten Einstieg für die weitere Beschäftigung mit diesem Thema bietet (dort weitere Literaturhinweise).

110 Vgl. als Überblick über die Entwicklungslinien sozialwissenschaftlicher Identitätsforschung FREY/HAÜßER 1987.

111 Diese Kritik trifft - mit einer Einschränkung - auch PECK 1968, der an Eriksons Stadieneinteilung der psychologischen Entwicklung des Menschen zwar bemängelt, daß dessen "8. Stadium ..., bezeichnet als Ich-Integrität versus Verzweiflung, ... anscheinend in einer globalen, nichtspezifischen Weise alle psychologischen Krisen und Krisen-Lösungen der letzten 40 oder 50 Lebensjahre repräsentieren" soll (a.a.O., 534), aber prinzipiell an einer Stadieneinteilung festhält und Eriksons 8. Stadium in sieben weitere differenziert. Allerdings ist bei Peck die Vorstellung überwunden, nach der die Herstellung von Identität eine Entwicklungsaufgabe ist, die mit dem Beginn des Erwachsenenalters erreicht sein sollte.

112 FREY/HAÜßER 1987, 12.

113 A.a.O., 11.

114 Den Haüßerschen Entwurf für die Diskussion des Problems der Identität und die Würde des Menschen im Alter fruchtbar zu machen unternimmt SCHÖNEMANN 1993.

115 HAÜßER 1989, 279.

("Selbstansprüche") und der wahrgenommenen Außenperspektive ("soziale Anforderungen") unter Ausklammerung der sozialen Außenperspektive, um ihn klar von den Nachbarkonzepten 'Rolle' und 'Persönlichkeit' abzuheben: "Identität ist weder das Bündel gesellschaftlicher Verhaltensweisen in der Lebenswelt eines Menschen (Rolle) noch die Gesamtheit seiner psychischen Merkmale (Persönlichkeit)"¹¹⁶. Konstitutive Berücksichtigung erfahren in Haubers Identitätskonzept das Verhältnis des Menschen zu seiner eigenen Geschichte ("biographische Kontinuität/ Diskontinuität") sowie die Dynamik zwischen Person und Umwelt ("ökologische Konsistenz/ Inkonsistenz") also nur insofern, als sie vom Subjekt wahrgenommen werden. Hob Hauber in der oben zitierten Definition auf die integrativen Aufgaben des Subjekts ab, so betont er an anderer Stelle die Dynamik innerhalb der Identitätsstruktur. Dort wird Identität bestimmt "als die Einheit aus Selbstkonzept, Selbstwertgefühl und Kontrollüberzeugung eines Menschen," (=Identität als übersituative Verarbeitung) "die er aus subjektiv bedeutsamen und betroffen machenden Erfahrungen über Selbstwahrnehmung, Selbstbewertung und personale Kontrolle entwickelt und fortentwickelt" (=Identität als situative Erfahrung) "und die ihn zur Verwirklichung von Selbstansprüchen, zur Realitätsprüfung und zur Selbstwertherstellung im Verhalten motivieren" (=Identität als motivationale Quelle)¹¹⁷. Mit dieser Bestimmung von Identität möchte Hauber "eine zugleich initiative und reaktive Konzeption des Subjekts"¹¹⁸ zugrundelegen, die Identitätsentwicklung eben nicht in einem Reiz-Reaktions-Schema ablaufen sieht, sondern Identität auch als motivationale Quelle versteht und damit als Mit-Ursache menschlichen Handelns. Innerhalb dieses relationalen Identitätskonzepts besteht Identität aus drei Komponenten: "dem Selbstkonzept als der Gesamtheit der Sichtweisen, die eine Person von sich geformt hat ..., dem Selbstwertgefühl als der emotionalen Einschätzung und Bewertung dieser Sichtweisen sowie der Kontrollüberzeugung als der Überzeugung von der eigenen Wirksamkeit"¹¹⁹. Dem Subjekt kommt die Aufgabe zu, sein Selbstkonzept und Selbstwertgefühl sowie seine Kontrollüberzeugung miteinander in Beziehung zu setzen, wobei es zu Stimmigkeiten, aber auch zu Widersprüchen und Spannungen kommen kann.

116 HAUBER 1983, 21. Diese Verkürzung des Identitätskonzepts auf die Perspektive des Subjekts dient bei Hauber in der Tat nur der begrifflichen Klarheit; an der Relevanz der sozialen Außenperspektive für den Identitätsprozeß läßt er keinen Zweifel (vgl. SCHÖNEMANN 1993, 15). Daher bleibt zwar Haubers Modell der Identitätsregulation (vgl. die Zusammenfassung in: HAUBER 1983, 100-05) unvollständig, weil es nicht in Beziehung gesetzt ist sowohl zu einem Persönlichkeits-, als auch zu einem Rollenkonzept, stellt aber eine sinnvolle Abgrenzung dar angesichts der Alternative einer alle Faktoren einbeziehenden 'Megatheorie'.

117 HAUBER 1983, 103.

118 A.a.O., 102.

119 HAUBER 1989, 281.

Bevor nun das Haußersche Identitätskonzept auf die Identitätsproblematik altersverwirrter Menschen angewendet werden kann, ist es hinsichtlich seiner anthropologischen Implikationen zu hinterfragen (s. I.1. Leitlinie 9). Christliche Anthropologie sieht den Menschen im Licht der ihm zugesprochenen Gottebenbildlichkeit als der grundlegenden Bestimmung seines Personseins (s. I.1. Leitlinie 1 und 2) und ist von daher genötigt, "den Menschen ontologisch als Wesen einer zwiefachen Geschichte zu bestimmen: Der Geschichte, die ihn, und der Geschichte, die er macht"¹²⁰: Durch sein Verhältnis zum Menschen, das insgesamt als Liebe zu bestimmen ist, ruft Gott den Menschen ins Sein als ein Selbstverhältnis, das in einem Weltverhältnis steht und ein Gottesverhältnis hat. In der Geschichte der Liebe Gottes gründet das Werden des Menschen zur Person und damit seine Personalität. Innerhalb der Geschichte der Liebe Gottes ist der Mensch dazu bestimmt, mit seiner Geschichte, mit seinem Werden als Person, sich selbst als Persönlichkeit in der Weise zu entwerfen, daß er damit seiner Gottebenbildlichkeit entspricht, was letztlich nichts anderes heißt, als sich Gottes Liebe und ihre Folgen gefallen zu lassen.¹²¹ Der Mensch kann also in seinem Selbst-, Welt- und Gottesverhältnis letztlich nicht seine wahre Identität finden, "weil er nicht nur in dem Sinn ein Verhältniswesen ist, daß er in diesen Verhältnissen Mensch ist, sondern in dem fundamentaleren Sinn, daß er schon als Mensch ein Verhältnis ist: ein Verhältnis zwischen Gottes Verhältnis zu ihm und seinen Verhältnissen zu sich selbst, zur Welt und zu Gott. Dieses Verhältnis, das er selbst weder zu etablieren noch zu garantieren vermag, macht ihn zur Person und setzt damit die Bedingung der Möglichkeit seiner Identität, die in der Übereinstimmung der beiden damit ins Verhältnis gesetzten Verhältnisse besteht."¹²² Das Haußersche Identitätskonzept beschreibt Identität als Bewußtseinsleistung des Selbst-, Welt- und Gottesverhältnisses, das der Mensch ist. Es betrifft also das Werden als Person und wird im weiteren als **Subjekt-Identität** bezeichnet. Diese Konzeption erlaubt, die Prozesse menschlicher Identitätsbildung zu beschreiben sowie bestimmte Abläufe, Auffälligkeiten und Gesetzmäßigkeiten zu verstehen. So tauglich dieses Erklärungsmodell auch für den Bereich der Subjekt-Identität ist, so kann es doch immer nur die Wirklichkeit beschreiben,

120 DALFERTH/JÜNGEL 1981, 69.

121 Vgl. a.a.O., 79.

122 A.a.O., 95f. Ungemein spannend ist in diesem Kontext die Lektüre von Sören Kierkegaards "Krankheit zum Tode". Dieser erste moderne Existenzialist beginnt seinen Gedankengang mit der allgemeinen Bestimmung des Menschen als Geist, was nichts anderes heiße, als daß er ein Selbstverhältnis ist, und denkt von diesem Ausgangspunkt die Struktur des Selbstverhältnisses, das der Mensch ist, konsequent weiter. Am Ende stößt er auf die Alternative, daß der Mensch als Selbstverhältnis entweder auf verschiedene Art und Weise ver-zwei-fle und damit seine Identität verliere, oder glaube. Glauben heißt in der Kierkegaardschen Terminologie, "daß das Selbst, indem es es selbst ist und es selbst sein will, durchsichtig sich gründet in Gott" (KIERKEGAARD 1982, 81).

ohne über die wahre Identität des Menschen, seine **Person-Identität**, eine Aussage machen zu können. Bei der Bildung der Subjekt-Identität kommt es mitunter zu schwerwiegenden Problemen. Die wahre Identität des Menschen ist jedoch dem Bereich menschlichen Gelingens und Scheitern entzogen. Diese grundsätzliche Relativierung bedeutet jedoch keineswegs, daß Problemen der Subjekt-Identität keine Bedeutung zukäme. Im Gegenteil: Es kommt darauf an, diese Probleme wahr-, ernst- und anzunehmen und sie in das Licht der Liebe Gottes zu stellen, in dem allein wahre Identität gefunden werden kann.

In diesem Sinne kann das Haußersche Identitätskonzept auf die Identitätsproblematik altersverwirrter Menschen Anwendung finden. Nach dem Haußerschen Identitätskonzept sind vier grundsätzliche Identitätsprobleme zu unterscheiden, nämlich (1.) bzgl. der Relation zwischen Außen- und Innenperspektive (Realitätsproblem) sowie (2.) zwischen verschiedenen Elementen innerhalb der Innenperspektive (Konsistenzproblem); (3.) betreffs Stabilität und Wandel dieser Elemente (Kontinuitätsproblem) sowie (4.) bei der Herstellung und Darstellung einer einmaligen, einzigartigen Identität (Individualitätsproblem).¹²³ Diese Probleme sind zentrale Thematiken jeglicher Identitätsbildung; den Umgang mit ihnen bezeichnet Haußer im Anschluß an L. Krappmann als "Balanceleistung"¹²⁴. So stehen beispielsweise viele altersverwirrte Menschen vor einem massiven Konsistenzproblem, wenn sie in ihrem Selbstkonzept immer noch sorgender Vater bzw. Mutter ihren Kindern gegenüber sind und daraus lange Jahre positive Impulse für ihr Selbstwertgefühl bezogen, nun aber mit zunehmender Hirnleistungsschwäche immer hilfsbedürftiger werden: Die Rolle des besorgten und die des sorgenden Elternteil sehen sie in einem gewissen Widerspruch; ihr Selbstwertgefühl leidet.

Ein anderes Beispiel: Frau Z., 96 Jahre alt, ledig, arbeitete jahrzehntelang als Hauswirtschafterin in Lebensstellung in einem privaten Haushalt. Seit sieben Jahren lebt sie in einem Pflegeheim. Mehrmals täglich verabschiedet sie sich höflich von allen mit den Worten: "So, auf Wiedersehen, ich muß fort. Frau P. wartet auf mich." Die Pflegestation mit ihren Routineabläufen und Menschen ist ihr zwar auf einer intuitiv-emotionalen Ebene vertraut, doch aufgrund einer Hirnleistungsschwäche hat Frau Z. kaum eine Erinnerung an die letzten ca. 30 bis 50 Jahre. In ihrer Innenperspektive ist sie mit Leidenschaft immer noch die Hauswirtschafterin. Den Widerspruch zur wahrgenommenen Außenperspektive bewältigt sie durch Uminterpretation: Das Altenheim wird zum Hotel. Man kann nur ahnen, welche enorme Minderung ihres Selbstwertgefühls diese Frau

123 Vgl. FREY/HAUBER 1987, 17ff.

124 A.a.O., 19.

durchgemacht hat, bevor sie diese 'Lösung' für sich gefunden hatte. Ihr Bedürfnis, in einer für sie zentralen sozialen Rolle ihre Identität zu leben, war stärker als ihr - zweifellos auch durch die Hirnleistungsschwäche geminderter - Realitätssinn.

Alte Menschen können aufgrund einer 'normalen' Verlangsamung nur schwer, altersverwirrte Menschen aufgrund einer verminderten Hirnleistung kaum noch mit Veränderungen in ihrem Lebensbereich fertigwerden: Ihre biographische Kontinuität reißt ab; die Veränderungen werden nicht mehr oder nur rudimentär in das Selbstkonzept integriert. Scheitern die Bemühungen zur Bewältigung einer Belastungssituation nachhaltig, wird "eine massive Bedrohung oder bereits erfolgte massive Minderung des Selbstwertgefühls empfunden"¹²⁵. Eine Identitätskrise ist die Folge, die durch Verletzungen der Privat- und Intimsphäre sowie Übergriffe in das Selbstbestimmungsrecht genau so verstärkt wird, wie durch den Verlust an Kommunikation und Gemeinschaft. Identitätsprobleme können ebenso zu Verwirrtheit führen, wie Verwirrtheit Identitätsprobleme nach sich zieht: ein weiterer Teufelskreis, aus dem es ohne Hilfe nur allzuoft kein Entrinnen gibt.

Altersverwirrte Menschen sind schließlich auch von einem **Sinnverlust** bedroht. Sie üben keinen Beruf mehr aus. Auch im sozialen Leben können sie kaum noch Aufgaben oder Verantwortung übernehmen (z.B. durch Betreuung der Enkel oder indem sie mit Rat und Tat Freunden und Verwandten zur Seite stehen). Selbst mit ihrer eigenen Lebensführung sind sie überfordert. Ständig brauchen sie Hilfe, immer wieder müssen sie erleben, daß sie an einfachsten Aufgaben scheitern (sie können beispielsweise ihre Schuhe nicht mehr zubinden oder sich nicht mehr selbst rasieren). Statt über Erfolgserlebnisse Selbstbestätigung zu erfahren, müssen sie immer wieder Erlebnisse des Scheiterns verarbeiten.

Aber auch altersverwirrte Menschen möchten sich noch nützlich machen und ihr Dasein durch eigene Beiträge zum gemeinsamen Leben als sinnvoll erleben. So trägt Frau M. jeden Tag nach dem Kaffee ihr Geschirr in das Dienstzimmer des Personals, das sie für die Küche hält. Auch Frau D. möchte helfen und gießt alle Blumen, die sie sieht. Da sie dazu immer wieder auch die Getränke ihrer Mitbewohner nimmt und natürlich viele Blumen und Pflanzen dabei eingehen, kann ihre 'Hilfe' nicht länger geduldet werden. Frau S. fegt und wischt jeden Tag den Flur ihres Wohnbereichs und schimpft dabei über die viele Arbeit. Helfen lassen möchte sie sich aber natürlich auch nicht.¹²⁶

125 HAUBER 1983, 158.

126 In einigen Altenheimen hat man sehr positive Erfahrungen mit Tierhaltung im Heim gemacht, und man betont, daß vor allem Verwirrte davon profitierten: Sie haben jemanden, um den sie sich kümmern können, der sich auf sie freut, ihnen Wärme gibt und sie zur Kommunikation anregt (vgl. GÖSCHEL 4/1991). Immer wieder aber wird aus medizinisch-hygienischen Gründen Tierhaltung im Heim verboten (vgl. z.B. den in Heft 12/1991, 686, der

All diese Tätigkeiten - so unfreiwillig komisch sie zum Teil sein mögen - sind für die Betroffenen sinnvermittelnd. Sie sind aber als Kompensationshandlungen zugleich ein Hinweis darauf, daß alten und in besonderer Weise altersverwirrten Menschen zahlreiche gravierende Verzichtsleistungen abverlangt werden: Sie stehen in sehr umfassender Weise vor der **Aufgabe, vom Verzichtenmüssen zum Verzichtenkönnen zu gelangen**. Wie können sie diese umfassende Aufgabe bewältigen? "Gelingende Verzichtsleistungen im Alter sind vor allem davon abhängig, daß das Erleben von Neid, Trennung und Angst in Dankbarkeit, Erinnerungspflege und Glaubensmöglichkeit überführt werden kann."¹²⁷ Den Dankbarkeit ausschließenden Neid gilt es umzuwandeln in Kummer, damit Dankbarkeit als Reaktionsmodus auf Lebensereignisse hin entdeckt und als Gefühl aktualisiert werden kann. Auf Trennungs- und Verlusterlebnisse reagieren viele Menschen mit psychischer Erstarrung, Melancholie, depressiver Verstimmtheit und Rückzug in die gefürchtete Einsamkeit. Bisweilen zeigt sich das Suchen nach einem Ausweg auch in Aggressivität: Das Leben hat für die Betroffenen seinen Sinn verloren. In der Trauerarbeit und Erinnerungspflege aber kann das Verlorene als "bewegliche Erinnerung" Stück für Stück aus seiner traumatischen Fixierung befreit werden und positive Impulse für eine sinnerfüllte Daseinsgestaltung geben.¹²⁸ Und schließlich läßt der Glaube das krampfhaft Klammern der Angst überwinden. Der Mensch kann loslassen, da er sich gehalten glaubt und im Loslassen zugleich als gehalten erfährt. Schon Karl Jaspers betonte in seinen Gedanken über die "Grenzsituation" die Bedeutung von Kommunikation und Transzendenz für die Möglichkeit von Integration von Grenzen.¹²⁹ Sollen aber altersverwirrte Menschen ihr Leben noch als lebenswert und sinnvoll erfahren, brauchen sie Hilfe, da sie in ihren Kommunikationsmöglichkeiten eingeschränkt sind, ihr Erinnerungsvermögen vermindert und aktives Erinnern ihnen oftmals gar nicht mehr möglich ist. Insbesondere leicht verwirrte Menschen haben es schwer, zu Annahme und Akzeptanz ihrer Situation zu gelangen, da sie bewußt und voller Verzweiflung ihre Hirnleistungsschwächen bemerken. Auf ihre reduzierte Leistungsfähigkeit, ihren sehr begrenzten Lebensraum, in dem auch Privat- und Intimsphäre oft sehr beeinträchtigt sind, auf wiederholte Erlebnisse, daß sie sich kaum noch durchsetzen und auf ihr Leben Einfluß nehmen können, reagieren sie häufig mit Resignation und Gekränktheit, und es kommt zu Entwertungsgefühlen und Selbstwertzweifeln. Äußerungen und Verhaltensweisen altersverwirrter Menschen werden von ihrer Umwelt oft nicht verstanden und als

Zeitschrift "Altenpflege" veröffentlichten Brief eines Arztes aus Kulmbach). Informationen über alle sachlichen, finanziellen und persönlichen Voraussetzungen für eine Tierhaltung in Seniorenstiften, Alten- und Pflegeheimen bietet GÄNG 1992.

127 K. WINKLER 1994, 139.

128 Vgl. a.a.O., 133f.

129 Vgl. KRUSE IV/88, 17f.

sinnlos abgetan. Immer wieder bekommen sie zu spüren, was sie nicht mehr können. Viel zu selten können sie sich daran freuen, was sie noch können und anderen Menschen zu geben haben. Dadurch wird nicht nur die Verwirrtheit größer, sondern so werden auch innere Zweifel an der Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz von außen bestätigt und verstärkt. Dabei sind nicht etwa metaphysische Fragen ausschlaggebend, sondern der Verlust der eigenen, als sinnvoll erlebten Position im sozialen Gefüge. Gemeinschaftserlebnisse, auch mit Menschen, die zwar nicht erkannt werden, aber dennoch intuitiv-emotional vertraut sind, können auch schwer dementen Menschen noch Sinn vermitteln. Je kleiner die Lebenswelt wird, desto Ich-näher wird Sinn gesucht und erlebt: Die Umarmung, die sagt "Du bist geliebt! Schön, daß es dich gibt!", läßt nicht nur Nähe und Geborgenheit, sondern auch Identität und Sinn erleben.

Altersverwirrte Menschen müssen im Umgang mit dem Personal aber auch im Zusammenleben mit Mitbewohnern sowie von seiten der Besucher vielfach erleben, daß man es an der nötigen **Achtung und dem gebührenden Respekt ihnen gegenüber fehlen** läßt. Frau R. kann sich einfach nicht merken, wo im Gemeinschaftsraum ihr Platz ist. Da sie zudem des öfteren von einer leichten Unruhe getrieben wird (s. II.1. zu sekundären Verhaltensstörungen), muß das Personal sie immer wieder zu ihrem Platz führen, vor den Mahlzeiten mitunter bis zu zehn mal in einer Viertelstunde. Daß da schon mal jemandem die Nerven durchgehen, ist bei der auch sonst sehr großen psychischen Belastung des Pflegepersonals durchaus verständlich. Frau R. - in allem eine sehr höfliche Person - versteht natürlich überhaupt nicht, warum jemand gereizt und aggressiv auf sie reagiert und sie derart herumkommandiert: "Also nein, daß jemand so mit mir umspringt!", sagt sie fassungslos und mit Tränen in den Augen. Solche Ausnahmesituationen sind für sich genommen nicht besonders tragisch. Frau R. kann die ihr zugefügte Verletzung recht schnell verwinden. Bekommen aber altersverwirrte Menschen im täglichen Umgang immer wieder zu spüren, daß sie nicht ernst genommen werden, kommt es zu einer nachhaltigen Verletzung des Selbstbewußtseins, auf die sie sehr unterschiedlich reagieren: Die einen werden deprimiert bis depressiv, die anderen protestieren und sind aggressiv; wieder andere fügen sich den Gegebenheiten und passen sich an, indem sie ihr Selbstkonzept dem veränderten Selbstbewußtsein derart anpassen, daß die unverstandenen Demütigungen für sie erträglich werden. So fühlen sich Betroffene z.B. an Autoritätsstrukturen ihrer Kindheit und Jugend erinnert und verhalten sich entsprechend; das Selbstkonzept eines mündigen Erwachsenen wird aufgegeben. Immer wieder neu problematisiert werden muß auch das Duzen von Bewohnern. Grundsätzlich sollte jeder Bewohner und jede Bewohnerin mit "Sie" angesprochen werden. Geduzt werden sollte nur in begründeten Ausnahmefällen,

z.B. wenn dadurch sehr erregte altersverwirrte Menschen beruhigt werden können oder wenn das Duzen ausdrücklich gewünscht wird. So sagte mir einmal die stark verwirrte Frau Z.: "Was siezt du mich denn, wir kennen uns doch schon seit Jahren! Sag doch wieder Irmi zu mir!" Wir kannten uns erst seit etwa einem halben Jahr. Frau Z. hielt mich offensichtlich für jemand anderen, ohne aber ansonsten auf mich weiter einzugehen. Ich sprach also zunächst Frau Z. mit "Irmi" an. Wenige Minuten später frug ich Frau Z., wie lange wir uns eigentlich schon kennen. "Ich weiß nicht wer sie sind. Sollten wir uns etwa schon mal begegnet sein?", lautete die Antwort. Das Du hatte nur für wenige Minuten seine Berechtigung. Immer wieder aber werden besonders altersverwirrte Menschen wie selbstverständlich geduzt und mitunter sogar neuen Mitarbeitern als "der Willi" und "die Babette" vorgestellt. In Gegenwart altersverwirrter Menschen wird immer wieder auch über sie gesprochen, nicht mit ihnen. "Die bekommen doch eh' nichts mehr mit", heißt es dann. Den kognitiven Wortsinn mögen sie nicht verstehen; daß und wie aber über sie gesprochen wird, empfinden sie durchaus.

Die Auflösung der Privat- sowie die Verletzungen der Intimsphäre, die Mißachtung des Selbstbestimmungsrechts sowie Respektlosigkeit, der Verlust an Nähe, Beziehung und Gemeinschaft, die Bedrohung der Identität, mit der auch der Sinn des Lebens fraglich wird - all diese Verlusterfahrungen, Gefährdungen und Verletzungen kumulieren zu einer umfassenden **Bedrohung und Verletzung der Würde als der anthropologischen Grundkategorie**.

Alten und insbesondere auch altersverwirrten Menschen ein Leben zu ermöglichen, das ihrer Würde entspricht, ist die Aufgabe und das Ziel aller verantwortlichen Altenarbeit. Für diakonische Altenarbeit ist die Würde des Menschen jedoch kein Satz positiven Rechts, sondern begründet in der Gottebenbildlichkeit, in der auch das Person-Sein des Menschen gründet. Man kann daher auch - in Unterscheidung vom säkularen Gebrauch des Begriffs 'Würde' - von der **Person-Würde** des Menschen sprechen. Festzuhalten ist auch, daß der Mensch als ganzer von Gott angeredet ist; seine Person-Würde läßt sich nicht reduzieren auf partielle Aspekte, Rollen oder Funktionen. In der das Person-Sein begründenden Gottebenbildlichkeit des Menschen (s.o. zur Identität) gründet seine Würde. Gottebenbildlichkeit heißt, daß der Mensch von Gott angeredet ist, daß er zur Gemeinschaft mit Gott berufen ist und aufgrund dieser Berufung in einer Geschichte steht, "in der sich seine Bestimmung zu einem Gott entsprechenden Menschsein realisieren will"¹³⁰. Zwar verfehlt der Mensch immer wieder seine Bestimmung, doch verliert er dadurch nicht seine Person-Würde; er kann ja gar

nicht aus der Geschichte Gottes mit ihm austreten. Und Gott verstößt den Menschen nicht aus seiner Geschichte. Er führt vielmehr in Jesus Christus als dem neuen und wahren Menschen den Menschen zu seiner Bestimmung zurück. Die Person-Würde des Menschen gründet also nicht allein im Handeln Gottes des Schöpfers, sondern gleichermaßen auch in seinem Handeln als Versöhner und Erlöser. Daher kann auch M. Luther in seiner "Disputatio de homine" (1536) in der 32. These in Anschluß an Paulus die Definition des Menschen in der Glaubensgerechtigkeit zusammenfassen: "Paulus faßt in Rm 3: 'Wir erachten, daß der Mensch durch Glauben unter Absehen von den Werken gerechtfertigt wird' in Kürze die Definition des Menschen dahin zusammen, daß der Mensch durch Glauben gerechtfertigt werde"¹³¹.

An diesem Menschenbild, an der Person-Würde, orientiert sich diakonische Altenarbeit und damit auch die Altenheimseelsorge, deren Aufgaben gegenüber altersverwirrten Menschen im folgenden in den Blick genommen werden.

131 M. LUTHER 1977, 22.

3. Aufgaben und Möglichkeiten von Altenheimseelsorge mit altersverwirrten Menschen

Das Ziel von Seelsorge ist, Menschen aus der Perspektive des christlichen Glaubens bei der Bewältigung ihres Lebens zur Seite zu stehen.¹³² Von diesem Ziel her wurde bereits in den grundlegenden Orientierungen die Aufgabe von Seelsorge bestimmt, als Sorge um den Menschen in seiner personalen Ganzheit, und zwar durch Wort und Tat, durch Wort als Tat und Tat als Wort (s. I.2.). Diese allgemeine Bestimmung der Aufgabe von - aufgrund ihrer ganzheitlichen Orientierung 'diakonisch' genannten - Seelsorge gilt es nun im folgenden in Hinblick auf die Altenheimseelsorge an altersverwirrten Menschen präziser zu fassen. Dabei kann es nicht darum gehen, eine Vielzahl an Aufgaben aufzuzählen. Nachdem bereits die Vergegenwärtigung der Lebenssituation altersverwirrter Menschen eine gewisse Bündelung der Aspekte brachte (s. II.2.), soll nun versucht werden, die zahlreichen und zum Teil bereits angeklungenen Aufgaben von Altenheimseelsorge mit altersverwirrten Menschen in einer allgemeinen Reflexion von vier grundsätzlichen und elementaren Modi der diakonischen Seelsorge zusammenzuführen und exemplarisch zu verdeutlichen. Diese **Modi der diakonischen Seelsorge** sind: **Begegnung, Begleitung und Lebensdeutung sowie die Bewahrung, Schaffung und Gestaltung von Lebensraum**. Alle vier Modi gehören im Vollzug diakonischer Seelsorge zusammen; je nach Situation und Blickwinkel steht mal der eine, mal der andere im Vordergrund. Therapeutische Anliegen verfolgt die Seelsorge nicht, wohl aber wird sie immer mal wieder auch therapeutische 'Nebenwirkungen' haben (so z.B. die Unterstützung bei der Trauerarbeit, beim Umzug ins Heim u.a.m.); dies dürfte auf dem Hintergrund der Darstellung der Entstehungsbedingungen und Wechselwirkungen all der Faktoren, die zu Verwirrtheit führen, hinreichend deutlich geworden sein (s. II.1. und 2.).

Begegnung

Worum geht es also bei der **Altenheimseelsorge mit altersverwirrten Menschen im Modus der Begegnung**? Mit dem Begriff 'Begegnung' wird zum Ausdruck gebracht, daß jede seelsorgerliche Situation immer auch davon geprägt ist, daß hier (zumeist zwei) Menschen einander begegnen und sich wechselseitig ein Gegenüber sind. Kommt es wirklich zu einer Begegnung, so entsteht - zumindest für die Dauer der Begegnung - eine Beziehung. Grundlegend für die Entstehung einer Beziehung ist die Kommunikation, die - im Wissen um die eigene Person - auf das Verstehen des Gegenübers zielt (Selbst- und Fremdwahrnehmung).

132 Vgl. KLESSMANN 1994, 112.

Für die Seelsorge unerlässlich ist **die bewußte und kritische Selbstwahrnehmung der Seelsorgenden**, denn die Person des bzw. der Seelsorgenden ist das primäre Medium der Seelsorge. Die eigenen Gefühle - wie Angst, Verunsicherung, Wut, Hilflosigkeit u.a. - beeinflussen den Verlauf von Seelsorge ganz entscheidend. Wer sich beispielsweise die eigene Angst vor dem Tod nicht eingestehen kann, der wird sie auch bei anderen kaum wahrnehmen und zulassen können und in Gesprächen das Thema wechseln, sobald von Tod und Sterben die Rede ist. Eine persönlichkeitsorientierte Fortbildung ist hier sicher hilfreich. Nicht in jedem Fall aber muß es m.E. eine umfassende selbsterfahrungs- und beziehungsorientierte Grundausbildung sein wie die klinische Seelsorgeausbildung (KSA), "in der ein bewußt-reflektierter Umgang mit der eigenen Lebens- und Glaubenserfahrung erarbeitet wird"¹³³. So richtig und wichtig eine persönlichkeitsorientierte Grundausbildung wie die KSA für die Seelsorge ist - und auch in der Altenheimseelsorge sollte nicht auf entsprechend geschulte Seelsorger verzichtet werden -, so ist sie mitunter zuviel und zuwenig zugleich. Zuviel ist sie, wenn sie zur Bedingung wird, und nicht KSA-geschulte Seelsorger herabgewürdigt werden. Professionalisierung in der Seelsorge darf weder sog. Laienseelsorge entwerten und damit verhindern, noch kann Seelsorge auf die Gaben der in der Laienseelsorge Tätigen verzichten; nicht allein weil professionelle Seelsorge flächendeckend nicht bezahlbar und leistbar ist, sondern vor allem, weil Seelsorge der ganzen Gemeinde aufgetragen ist, all ihren Gliedern wie auch der Gemeinde als ganze (s. I.2.). Zu wenig ist eine persönlichkeitsorientierte Grundausbildung, wenn sie allein - lediglich noch mit ein wenig gerontologischem und gerontopsychiatrischen Grundwissen ausgestattet - für eine verantwortliche Altenheimseelsorge genügen soll. Altenheim(!)-seelsorge ist eben mehr, als Altenseelsorge. Auch die ethischen Fragen und Konflikte des Pflegepersonals (z.B. betreffs Sterbehilfe) oder rechtliche Fragen (etwa im Hinblick auf die Bewahrung, Schaffung und Gestaltung des Lebensraums [s.u.]) sind Anfragen an die Altenheimseelsorge, die einer besonderen Vergegenwärtigung bedürfen, die weder in der herkömmlichen Theologenausbildung noch in einem KSA-Kurs hinreichend stattfindet. Verantwortliche Altenheimseelsorge bedarf vieler Gaben und Kompetenzen, die nicht alle in einer Person zu vereinigen sind. In der rechten Zuordnung von professioneller und laienhafter Seelsorge wird es daher darauf ankommen, die unterschiedlichen Gaben und Kompetenzen der im Altenheim Tätigen auf ihre seelsorgerliche Bedeutung hin zur Geltung zu bringen. Theologen und Theologinnen in der Altenheimseelsorge sollten in der Regel durchaus eine persönlichkeitsorientierte Grundausbildung mit- und einbringen - zur Zeit in der Regel durch eine KSA -, darüber hinaus aber auch eine auf das

Tätigkeitsfeld 'Altenheim' bezogene Kompetenz in der Reflexion ethischer Fragen und eine Dialogfähigkeit mit den anderen im Altenheim tätigen Berufsgruppen sowie eine kritische Kenntnis der Rahmenbedingungen, innerhalb derer Menschen im Altenheim wohnen und arbeiten. Pastoren und Pastorinnen gelten weithin als die Seelsorger schlechthin. Daneben wird Laienseelsorge - auch von den Tätigen selbst - vielfach gar nicht als Seelsorge angesehen. Mit diesem Vorurteil kann sicherlich so schnell nicht aufgeräumt werden; es sollte vielmehr von der Praxis her 'aufgeweicht' werden. Deshalb ist die Integration pastoraler Seelsorge in das Altenheim sowie die Kooperation mit allen dort Tätigen, ohne daß dadurch der Pastor bzw. die Pastorin als Vertrauensperson unterminiert wird, Aufgabe und Ziel von Altenheimseelsorge. Zumindest in konfessionell geführten Häusern wird dies nicht auf grundsätzlichen Widerstand treffen. Mögliche Ansatzpunkte für die Überwindung der Isolation pastoraler Seelsorge im Altenheim werden in II.4. zu bedenken sein. Andere in der Altenheimseelsorge Tätige werden in den allermeisten Fällen sich selbst nicht im Stile der persönlichkeitorientierten Grundausbildung eines Pastors bzw. einer Pastorin in der Altenheimseelsorge wahrnehmen können. Aber auch für ihre seelsorgerliche Praxis ist eine bewußte und kritische Selbstwahrnehmung unerlässlich. Sie kann z.B. geschehen bei regelmäßigen Treffen der im Besuchsdienst Tätigen oder auch durch Schulungen für Pflegepersonal und Ehrenamtliche gleichermaßen.

Die **Fremdwahrnehmung** in der Seelsorge mit altersverwirrten Menschen ist nicht allein durch verwirrtheitsbedingte Verständigungsprobleme erschwert. Äußerungen und Verhaltensweisen altersverwirrter Menschen sind für ihr Gegenüber mitunter befremdlich und lassen sich nicht im Kontext seiner Welt, unserer Realität, verstehen. Wer häufiger altersverwirrten Menschen begegnet, ist schnell an ihre Ver-rückt-heiten gewöhnt; verstanden sind sie damit aber noch lange nicht. Erst wenn ein Perspektivenwechsel stattfindet und die Welt mit den Augen des anderen gesehen wird, kann es zu einem Verstehen kommen. In II.1. und 2. wurde an verschiedenen Beispielen die veränderte Wirklichkeit altersverwirrter Menschen im Kontext ihrer Lebenssituation dargestellt. Es dürfte deutlich geworden sein, daß gewisse **Grundkenntnisse der medizinisch-soziopsychologischen Hintergründe und Zusammenhänge von Verwirrtheit** für ein Verstehen des Selbst- und Weltverständnisses altersverwirrter Menschen sowie für ein Einfühlen in ihre Situation unerlässlich ist. Die Welt eines altersverwirrten Menschen, seine Wirklichkeit, ist eine andere als die meine. Seine Verhaltensweisen und Äußerungen sind - so befremdlich sie auch zunächst sein mögen - innerhalb seiner Welt sinnvoll und haben Bezug zu tatsächlichen Erlebnishintergründen. In ihnen äußert er seine Bedürfnisse und Ängste, seine Hoffnung und Verzweiflung, seine Liebe und seine Wut, seine Sehnsucht und seine

Schuldgefühle. **Die emotionalen Bedeutungsinhalte der Verhaltensweisen und Äußerungen altersverwirrter Menschen wahr-, ernst- und anzunehmen** ist die primäre Aufgabe der seelsorgerlichen Fremdwahrnehmung.¹³⁴ Dann öffnet sich vielleicht auch von daher ein Zugang zu ihrer Wirklichkeit. Von ganz entscheidender Bedeutung ist dabei **eine verständnisvolle, annehmende und zuwendende Grundhaltung**, ohne Mitleid und Bedauern oder versteckter Aggression wegen eigener Hilflosigkeitsgefühle. Bereits in der Grundhaltung, mit der Seelsorgende ihrem Gegenüber begegnen, können sie die Liebe Gottes, die sie empfangen haben, weitergeben (Tat als Wort). Wenn Frau M. immer mal wieder nach ihrer bereits seit 30 Jahren verstorbenen Mutter fragt, so äußert sie darin ihr Bedürfnis nach Schutz und Geborgenheit bzw. nach Zuwendung und Liebe. In einer solchen Gesprächssituation "kommt es darauf an, die im Hintergrund stehenden Gefühle zu erkennen und einführend zu verbalisieren, um auf diese Weise Verständnis zu signalisieren"¹³⁵. Statt sie also darauf hinzuweisen, daß sie selbst bereits 86 Jahre alt ist und ihre Mutter nicht mehr lebt, sollte mit ihr darüber gesprochen werden, was ihre Mutter für sie bedeutet. Dabei sollte nicht ihre in der Bedürfnisäußerung mitgesetzte Annahme, ihre Mutter lebte noch und könne sie besuchen, bestätigt werden - dies widerspräche dem Gebot der Echtheit -, sondern ihr darin geäußertes Bedürfnis ist zu thematisieren. In diese Bedürfnislage hineingesprochen, wird dann auch ein Wort des Glaubens seinen Platz in der seelsorgerlichen Begegnung finden; so kommt Glaubenshilfe in der Lebenshilfe zu Entfaltung (Wort als Tat).

Grundlegend für die seelsorgerliche Begegnung altersverwirrter Menschen und für das Entstehen einer Beziehung zwischen den Partnern im Seelsorgegeschehen, dem Seelsorgenden und dem 'Pastorand', ist **die Kommunikation**. Für den Umgang mit altersverwirrten Menschen brauchen Seelsorgende "kommunikative Kompetenz, d.h. Verwirrte verstehen und sich selbst verständlich machen können"¹³⁶. Grundlegend ist zunächst das Verständnis der Kommunikationsgesetze von Watzlawick¹³⁷: 1. Menschen können nicht nicht kommunizieren. So ist etwa auch das Schweigen Kommunikation. Dabei kann man unterscheiden zwischen verbaler und non-verbaler Kommunikation (Redeweise, Mimik, Gestik, Geruch, Blickkontakt, Körperkontakt). 2. Jede Kommunikation hat eine inhaltliche Sachebene sowie eine soziale Beziehungsebene. Der inhaltliche Aspekt wird zumeist verbal, der Beziehungsaspekt non-verbal ausgedrückt. 3.

134 Vgl. hierzu auch die "Suchhaltung bei mir selbst" bei DÖRNER/ PLOG 1992 und die "Methode der 'Gefühlsmäßigen Analogie'" bei SCHÜTZENDORF/ WALLRAFEN-DREISOW 1991, 90.

135 DEPPING 1993a, 39.

136 GROND 1992, 186.

137 Vgl. die Zusammenfassung bei GROND 1992, 186ff, die hier allerdings nochmal auf das Wesentliche komprimiert wurde.

In einem Kommunikationsgeschehen versteht jeder das Verhalten des anderen als ursächlich für sein eigenes Verhalten. Dies führt manchmal die Kommunikation in einen kreisförmigen, sich wechselseitig begründenden Prozeß: So reagiert etwa Frau H. auf Besuche aus der Gemeinde mit ablehnender Zurückhaltung, denn "die kommen doch bloß, um sich beim Pfarrer lieb Kind zu machen". Die Besucherinnen ihrerseits sind dann in der Tat froh, wenn sie ihren Besuch erledigt haben, "weil Frau H. doch so unzugänglich ist". Wenn ein solcher Konflikt nicht von den Beteiligten durch Metakommunikation, also durch Gespräche über die Art und Weise ihrer Kommunikation und die dabei mitspielenden Gefühle gelöst werden kann - und das ist bei altersverwirrten Menschen zumeist der Fall -, dann kann und muß dieser Konflikt einseitig von den Seelsorgenden her erkannt und überwunden werden. Die Bedeutung einer bewußten und kritischen Selbstwahrnehmung ist hier unmittelbar evident.

Altersverwirrte Menschen sind in ihrer Kommunikationsfähigkeit, je nach Schwere der Verwirrtheit, mehr oder weniger stark beeinträchtigt. Dabei sei noch einmal daran erinnert, daß Verwirrtheit Symptom und nicht Ursache ist und durchaus Ausdruck einer Kommunikationsstörung sein kann, deren Gründe ganz woanders liegen. Schon eine 'normale' altersbedingte Konzentrationsschwäche und Verlangsamung der Denkprozesse kann in einer Kommunikation, in der das Gegenüber darauf keine Rücksicht nimmt, dazu führen, daß der Betreffende einfach nicht mehr mitkommt. Es ist also grundsätzlich angebracht, langsam zu reden in aktivisch formulierten einfachen und kurzen Sätzen, Geduld zu bewahren und sehr vorsichtig mit Themenwechseln zu sein. Solange der altersverwirrte Mensch noch zu verbaler Kommunikation fähig ist, kann Seelsorge in der herkömmlichen Form eines Gespräches ablaufen. Aber auch hier schon wird der Zugang zur Welt des altersverwirrten Menschen multimodal und multimedial zu suchen sein. Vieles, was ein altersverwirrter Mensch in der Gegenwart äußert, ist aus der Vergangenheit in sein Jetzt verlegtes Leben; er lebt sozusagen in der Vergangenheit. "Je weiter der Krankheitsverlauf fortschreitet, um so mehr ist das Gesagte für den altersverwirrten Menschen nicht Rückblick, sondern immer noch gegenwärtige Realität."¹³⁸ Über die Wahrnehmung der emotionalen Bedeutungsinhalte der sprachlichen Äußerungen sowie der Verhaltensweisen hinaus (s.o. zur Fremdwahrnehmung) gilt es deshalb, **den alten Menschen im Horizont seiner Geschichte zu verstehen**. Hilfreich sind dabei Kenntnisse der allgemeinen Geschichte zu der Zeit, da die altersverwirrten Menschen ihre Kindheit und Jugend sowie ihr Jungerwachsenalter verbrachten, also zur Zeit Kenntnis der Geschehnisse während und zwischen den beiden Weltkriegen sowie

die frühe Nachkriegszeit. Besonders wichtig ist die Sozialgeschichte, mittels derer wir einen Eindruck vom Alltagsleben bekommen können.¹³⁹ In **Kenntnis der Allgemein- und Sozialgeschichte** aber erschließt sich dann auch die Biographie des altersverwirrten Menschen leichter, ob aus Eigen- oder Fremdanamnese. Altenheimseelsorge kann in ihrer **Biographiearbeit** manchenorts an die Biographiearbeit des Altenpflegepersonals anknüpfen bzw. diesbezüglich mit ihnen kooperieren (s.u. zur Lebensdeutung).

Biographiearbeit ist eine wesentliche Grundlage auch für **Gesprächstechniken** in der seelsorgerlichen Begegnung, in deren Verlauf wiederum immer auch Biographiearbeit in Form der Eigenanamnese geschieht.¹⁴⁰ Beispielsweise können auf Schlüsselstationen des Lebens (Elternhaus, Konfirmation, Schule, Eheschließung, eigene Kinder u.a.m.) gerichtete Fragen den sich zu verlieren drohenden Gedanken Halt geben und so auch die Möglichkeit eröffnen, daß der altersverwirrte Mensch Zugang findet zu einem Bibelwort (z.B. seinem Konfirmations- oder Ehespruch) oder einem Gesangbuchlied, die er weniger begrifflich erfaßt als emotional nachempfindet im Kontext seiner eigenen Lebensgeschichte. In ähnlicher Weise kann die Sprachform des Erzählens verwendet werden, sowohl durch aktives Zuhören, bei dem z.B. durch Nachfragen dem altersverwirrten Menschen geholfen wird, Erzählstörungen ('den Faden verlieren', Perseverationen u.a.) zu überwinden, als auch durch eigenes Nacherzählen aus der Lebensgeschichte des altersverwirrten Menschen¹⁴¹. Für manche altersverwirrten Menschen sind schon einfachste Sätze zu komplex, als daß sie sie aufnehmen könnten. Ihr Wortverständnis ist aber mitunter erhalten, so daß wir die Möglichkeit haben, sie über eine Ein-Wort-Kommunikation zu erreichen: Aus ihren Erzählungen, zu denen einige immer noch fähig sind, bzw. aus ihrer Ein-Wort-Kommunikation werden einzelne Zentralwörter mit thematischer Relevanz herausgelöst und wiederholt. Zumeist sieht man sehr deutlich im Gesicht des Gegenübers und hört an der Art und dem Ton, wie die Worte aufgenommen und wiederholt werden, ob solche Einzelstichwörter Assoziationen auslösen und emotional nachempfunden werden.¹⁴²

Je schwieriger das Sprachgeschehen in einem Gespräch wird, desto wichtiger werden visuelle, taktile und andere sinnesspezifische Hilfsmittel sowie weitere

139 Einen ersten Überblick diesbezüglich gibt DEPPING 1993a, 25-33, DEPPING 1993b sowie DEPPING 5/1991.

140 Ein Vorschlag für ein biographisch orientiertes Gespräch im Altenkreis im Kontext der Altenheimseelsorge findet sich bei DEPPING 5/1991, 111-13.

141 Vgl. auch DEPPING 1993a, 44f, der diesbezüglich die Regeln für einfache Erzählungen der psycholinguistischen Forschung Hörmanns rezipiert und für ihre Anwendung in der Seelsorge mit altersverwirrten Menschen einige Beispiele gibt.

142 Vgl. DEPPING 1993a, 45-47.

Formen der non-verbalen Kommunikation. "Sinn hat schließlich mit den Sinnen zu tun, soll sinnlich wahrnehmbar, erlebbar sein, nicht nur denkerisch erfaßt werden."¹⁴³ Man denke auch nur an das Wort des Paulus: "Es gibt so viele Arten von Sprache in der Welt, und nichts ist ohne Sprache" (I Kor 14,10). Kommunikation ist im Grunde immer multisensorisch. Angesichts der kognitiven und sprachlichen Beeinträchtigungen altersverwirrter Menschen sollte Seelsorge dankbar gerade auch die uns gegebenen nicht-sprachlichen Kommunikationsmöglichkeiten annehmen und nutzen durch **multisensorisch, d.h. multimodale und multimediale Kommunikation**. Täglich werden solche Kommunikationsmöglichkeiten bewußt von Millionen von Menschen genutzt, nämlich im Umgang mit Kleinkindern und Kindern. Was uns hier völlig selbstverständlich ist, befremdet uns, wenn wir an den Umgang mit erwachsenen Menschen denken, weil wir diese Kommunikationsarten lediglich im Hinblick auf Kinder kultiviert und eingeübt haben. Das Befremden stellt sich völlig zurecht ein, schließlich ist der altersverwirrte Mensch kein Kind und sollte auch nicht so behandelt werden, wie sehr uns auch manches in seinem Verhalten an Kinder denken läßt. Es ist daher nötig, eine vom Kindsein entkoppelte multisensorische Kommunikation im Hinblick auf altersverwirrte Menschen auszubilden und einzuüben, wie es bereits in besonderer Weise in der Erwachsenenpädagogik für geistig behinderte Menschen geschehen ist. Dazu gehört der bewußte Einsatz von Gestik und Mimik sowie von Blick- und Körperkontakt. In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, daß unser Wort 'Kommunikation' etymologisch von lateinisch 'communicatio' stammt und wie das Wort 'communio' (Gemeinschaft) zurückgeht auf das Verb 'communicare' (etwas gemeinsam machen, etwas mit jemandem teilen, jemandem etwas mitteilen, sich besprechen, sich beraten, mit jemandem verkehren), von dem auch 'Kommunion' (=Abendmahl) gebildet ist. 'Verständigung' ist also nicht von 'Gemeinschaft' zu trennen; wo Gemeinschaft entsteht, da geschieht auch Verständigung und umgekehrt. Gemeinschaftserlebnisse wie Spaziergänge, Spiele, gemeinsames Singen u.a.m. teilen vieles mit: Ich gehöre dazu, ich werde gemocht, ich bin nicht allein. Einander die Hände reichen, die Hand halten, Streicheln, Umarmen - all das hat eine große Aussagekraft. Auch Jesus hat - nach der übereinstimmenden Überlieferung der Evangelien (vgl. etwa Mk 10,16; Mt 19,15; Lk 18,15-17) - den Segen nicht nur verbal, sondern unter Auflegen der Hände gespendet. Dann gibt es aber auch noch zahlreiche Möglichkeiten, durch Medien und Hilfsmittel das mit fortschreitender Demenz immer brüchiger werdende Gespräch zu unterstützen¹⁴⁴: Merkkarten, auf denen gesprächsrelevante Worte aufgeschrieben

143 DEPPING 3/1990, 156.

144 Vgl. hierzu DEPPING 1993a, 47-54.

und gut sichtbar vor den altersverwirrten Menschen aufgestellt werden, damit trotz beeinträchtigtem Kurzzeitgedächtnis Wort und Thema präsent bleiben; Bilder der Eltern, Geschwister, der Konfirmationskirche u.a.m., denn Bilder können sehr an-sprechend sein und Assoziationen, Erinnerungen und Gefühle anregen; taktile Medien, die angefaßt, betastet und somit be-griffen werden können (z.B. Erinnerungsstücke aus der Lebensgeschichte, Familienbibel und Kreuz, Nachbildungen von Tieren oder Gebäuden u.v.m.). Auch die Geruchswahrnehmung des Menschen kann gesprächsunterstützend wirken, z.B. durch Bienenwachskerzen und Tannengrün in der Weihnachtszeit oder Getreidegarben zum Erntedankfest.

Selbst in Fällen schwerster Demenz, wenn der Mensch nur noch einzelne Laute von sich gibt und die verbale Kommunikation ganz erloschen ist, ist noch Kommunikation möglich. Denn jeder Mensch tut irgend etwas, "und in seinem Tun gibt er mir Auskunft, wie ihm ist, was ihn bewegt. Ich muß nur den Mitteilungscharakter dieser Aktivitäten erkennen, muß sehen, daß hier Ansätze zu Kommunikation zu finden sind, die auf ganz anderen als den von mir üblicherweise benutzten Kanälen laufen."¹⁴⁵ Die anderen Kanäle, von denen hier die Rede ist, sind Atemrhythmus, Lautieren, Berührung sowie Bewegung und werden von MALL in dem Konzept basaler Kommunikation zusammengefaßt: **Basale Kommunikation** zielt bei Personen, deren Kommunikationsmöglichkeiten extrem eingeschränkt sind, auf die Herstellung einer kommunikativen Situation des wechselseitigen Austausches auf vorsprachlicher, emotionaler Ebene und im letzten auf die Herstellung einer Beziehung. Die Stimmungslage des Partners, seine Bedürfnisse und Wünsche gilt es zu erspüren und Angst, Unverständnis, Verspannung und Panik auf beiden Seiten abzubauen sowie Erfahrungen wie 'Verständnis', 'Angenommensein', 'Zuneigung', 'Interesse' zu vermitteln.¹⁴⁶ Berührung ist die erste Wahrnehmung, die ein Mensch erlernt: Bereits ein Embryo im Alter von drei bis vier Monaten kann Berührungen wahrnehmen; in diesen Alter kann er noch nicht hören und sehen. Es ist daher sehr wahrscheinlich, daß nach der Grundregel, wonach die zuerst erlernten Fähigkeiten am längsten erhalten bleiben, auch schwerstdeemente Menschen Berührung empfinden können. Untersuchungen auf Intensivstationen weisen sogar darauf hin, daß Berührung über den klinischen Tod hinaus wahrgenommen werden.¹⁴⁷ Aber auch die Art, wie wir atmen, bleibt als ein ganz elementares Ausdrucksmittel bis zum Tod erhalten: Angst beschleunigt den Atem, läßt ihn auch mal stocken. Ein Schrecken verschlägt uns den Atem. Nach Anstrengung hecheln und keuchen wir. Wir

145 MALL 1984, 4.

146 Vgl. MALL 1984, 6.

147 Vgl. GROND 1990, 66.

seufzen, wenn uns schwer ums Herz ist, halten den Atem an bei großer Anspannung und holen danach tief Luft. In der Atemgemeinschaft können wir uns in einen Menschen einfühlen, ihn begleiten und so über den Atemrhythmus auf seine Befindlichkeit einwirken. In ihren Atemrhythmus hinein können auch schwerstementen Menschen einfache Sätze und bekannte Glaubensworte zugesprochen werden (z.B. "Sie sind nicht allein", "Selig sind, die da Leid tragen; denn sie sollen getröstet werden" [Mt 5,4] u.a.). Auch gerade in der Sterbebegleitung sind oft das Halten und Streicheln der Hand, das Befeuchten der Lippen, die Atemgemeinschaft und der Zuspruch der Nähe Gottes in bekannten, einfachen Worten und Symbolhandlungen das letzte, was wir zu tun vermögen. Alles weitere bleibt Gott anheim gestellt.

Die symbolische Kommunikation des Evangeliums verdient in diesem Kontext eine besondere Beachtung; nicht nur aufgrund ihrer multisensorischen Qualität. Seelsorge mit altersverwirrten Menschen darf davon ausgehen, daß auch die überwiegende Zahl der unkirchlichen alten Menschen im Laufe ihres Lebens mit Äußerungen und Symbolen des christlichen Glaubens in Berührung gekommen und darauf grundsätzlich ansprechbar ist.¹⁴⁸ Selbstverständlich darf Seelsorge auch hierbei keinen geistlichen Zwang ausüben. Wenn Äußerungen, Verhaltensweisen und Reaktionen des altersverwirrten Menschen eine Abwehr signalisieren, so ist auch hierin seine Selbstbestimmung zu achten (vgl. auch I.1. Leitlinie 7).

Die unterschiedlichen Symboltheorien können an dieser Stelle nicht diskutiert werden. Als Grundverständnis dessen, was ein Symbol ist, wird daher hier die Definition Hartmanns wiedergegeben, in der das systematisch-theologische Symbolverständnis Paul Tillichs sowie das pastoralpsychologische Joachim Scharfenbergs zusammengeführt sind.¹⁴⁹ Nach HARTMANN 1993 ist 'Symbol' abzugrenzen von 'Zeichen' und 'Klischee'. Ein Zeichen kann beliebig gewählt werden, gilt nur durch Verabredung und ist in seiner Intention eindeutig. Ein Symbol jedoch partizipiert an der Wirklichkeit dessen, für das es Symbol ist, kann also nicht beliebig ausgetauscht werden. Es wird geradezu 'geboren' in einem (geschichtlichen) Ereignis, bei dem nahezu jeder Gegenstand, jede Geste, jedes Geschehnis zum Symbol werden kann. Symbole können auch 'sterben', wenn sie nicht mehr hinsichtlich ihrer Teilhabe am direkt Bezeichneten verstanden werden,

148 Vgl. DEPPING 1993a, 21. Angesichts der immer noch zunehmenden Entchristlichung unserer Gesellschaft ist damit allerdings für kommende Generationen nicht zu rechnen. Künftige Altenheimseelsorge wird es verstärkt mit Menschen zu tun haben, die jeder christlichen Tradition entfremdet sind. Erste Erfahrungen mit Situationen dieser Art sind für die Bundesrepublik schon bald in den neuen Ländern zu erwarten.

149 Vgl. zum folgenden HARTMANN 1993, 55-91.

über das sie hinausweisen in eine vieldeutige und nicht begrenzte sowie nicht berechenbare Weite und Tiefe. Sie geben Ambivalenzen Raum, wo das Klischee suggestiv bestimmte Gefühle hervorruft oder legitimiert. Aber "Symbole betreffen nicht nur unsere Gefühle, sie betreffen auch Gedanken und Phantasie, Bewußtes und Unbewußtes, sie meinen den Menschen als ganzen, seine Identität mit Leib und Seele"¹⁵⁰. Nicht die Symbole, sondern unser Leben ist rätselhaft, und zu seiner Deutung bieten sich Symbole an. Läßt man sie wirken, erschließen Symbole Realität in ihrer Ambivalenz und geben ihr Weite und Tiefe. Sie sind Ausdrucksmöglichkeit und Schlüssel zur Realität zugleich. "Symbole sind eo ipso religiös. Sie setzen keinen Glauben voraus. Sie können vielmehr Glauben stiften."¹⁵¹ Sie offenbaren Gott als Dimension unserer Wirklichkeit, ohne daß er in unserer Wirklichkeit aufginge.

Während HARTMANN 1993 am Symbol die lebensdeutenden Qualitäten betont, lenkt FUNKE 1987 das Augenmerk auf den Beziehungs- und Gemeinschaftsaspekt. Funke geht aus von der ursprünglichen Bedeutung des Wortes 'symbolon': "Symbola' waren in der Antike Bruchstücke eines Täfelchens oder eines Ringes, die zwei Menschen als Erkennungszeichen dienten: Paßten beide Hälften zusammen, wies dieser 'symbolische' Vorgang die beiden als in Beziehung stehend aus."¹⁵² Symbole vergegenwärtigen als sprachliche oder gegenständliche Gebilde etwas real Abwesendes und fügen es zu einer sinnvollen Ganzheit zusammen; sie stiften Beziehung. "Religiöse Symbole sind so etwas wie 'geronnene Erfahrungen', die Menschen in der Geschichte mit ihrem Gott gemacht haben. Sie transportieren einen Sinn, der die Wirklichkeit transzendiert."¹⁵³ Doch die "lösende, verwandelnde und sinnstiftende Wirkung des Symbols" stellt sich nicht von selbst ein, sondern setzt "einen lebendigen Raum der Kommunikation und Interaktion voraus".¹⁵⁴

Für die Altenheimseelsorge mit altersverwirrten Menschen sind Symbole von großer Bedeutung. Die Symbolfähigkeit eines Menschen ist durch Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit nicht grundsätzlich in Frage gestellt, denn Symbole teilen sich dem Menschen als ganzem mit. Sie lassen sich zwar nicht zweckrational einsetzen, doch entfalten sie von sich aus ihre hermeneutische sowie sinn- und identitätsstiftende Qualität. Der verbalen Kommunikation geben sprachliche Symbole ihre Tiefe und Weite. Je schwerer aber die Altersverwirrtheit, desto wichtiger werden gegenständliche Symbole. 'Dinge', denen

150 A.a.O., 56.

151 A.a.O., 60.

152 FUNKE 1987, 379f.

153 A.a.O., 380.

154 A.a.O., 381.

eine religiöse Bedeutung zukommt (das Kirchengebäude, das Kreuz, der Altar, das Taufbecken, Wasser, Brot und Wein u.a.) können als der Sprache vorausliegende Verleiblichungen des Glaubens sprechen und auch jenseits kognitiver Leistungsfähigkeit verstanden werden. "Die einer Gemeinde gegebenen Symbole sind keine zusätzliche Garnierung der Botschaft, sondern in ihnen inkarniert sie sich und wird begreifbar - mit allen Sinnen."¹⁵⁵

Als Beispiele für symbolische Kommunikation seien an dieser Stelle die besonders symbolträchtigen Amtshandlungen des Abendmahls und der Krankensegnung mit Krankensalbung angesprochen. Symbole können einen elementaren Zugang zu Sakrament und Ritual eröffnen. Die theologische Sachgemäßheit des Symbolgebrauchs im Kontext der Sakramentspendung sowie im Vollzug christlicher Rituale ist gekennzeichnet durch den Begriff der 'Repräsentation'. Anders als der Begriff der 'Partizipation' (P. Tillich) schließt der Begriff der 'Repräsentation' (D. Rohloff) die Differenz von Repräsentierendem und Repräsentiertem ein. "Repräsentation heißt nicht mehr Abbildung, sondern Vertretung. Vertreten heißt, etwas gegenwärtig sein lassen, was nicht anwesend ist. 'So vertritt das Symbol, indem es repräsentiert, das heißt, etwas unmittelbar gegenwärtig sein läßt.' (H.-G. Gadamer, Wahrheit und Methode, Tübingen 1960, 146, vgl. 134, Anm. 2.) Repräsentation meint stellvertretende Gegenwart. ... Es handelt sich (dabei) um eine 'Realpräsenz' im Sinne der Abendmahlslehre Luthers. In der symbolischen Repräsentation wird das Repräsentierte zugleich verkörpert und verbürgt, so daß man von 'vergewissernden Zeichen' sprechen kann. Die Gabe der Verheißung wird so zur Darstellung gebracht, daß sie auf diese Weise in gebrochener, aber sinnlicher Weise gegenwärtig ist."¹⁵⁶

Das Abendmahl ist das christliche Symbol der Vergebung und der neuen Gemeinschaft von Gott und Mensch sowie der Menschen untereinander. Der Hinweis Funkes, daß Symbole einen lebendigen Raum der Kommunikation und Interaktion brauchen, gilt insbesondere für das Abendmahl, worauf schon die Etymologie des Wortes 'Kommunion' hindeutet (s.o. zur multisensorischen Kommunikation). Von daher kommt das Zimmerabendmahl im Anschluß an einen über Lautsprecheranlage gehörten Gottesdienst nur als eine Notlösung in Betracht. Das gemeinschaftliche Abendmahl im Kontext eines Gottesdienstes sollte - sofern möglich auch für bettlägerige Menschen - die Regel sein. Doch nicht allein die Gemeinschaft der Menschen kann im Abendmahl erfahren und gefeiert werden, auch die diese erst begründende Vergebung Gottes ist sinnlich erfahrbar: Sie ist zu hören, zu sehen, zu riechen, zu schmecken und zu betasten.

155 A.a.O., 388.

156 BIEHL 1993, 57f.

So heißt es auch in der Liturgie: "Kommt, es ist alles bereit. Schmecket und sehet, wie freundlich der Herr ist." Für altersverwirrte Menschen ist es wichtig, das Abendmahl in der Weise zu feiern, wie sie es von früher her gewohnt sind, also in der Regel mit Wein (kein Traubensaft) und Oblate (kein Brot) sowie mit traditioneller Liturgie.¹⁵⁷ Während viele alte Menschen die Vermehrung der Abendmahlsfeiern nicht mitvollziehen, weil für sie das Abendmahl an nur wenige Stationen des Kirchenjahres gehört, sollte das Abendmahl mit altersverwirrten Menschen häufiger gefeiert werden, da sie ihre letzte Abendmahlsfeier in der Regel bald vergessen haben.

Die Krankensegnung mit Krankensalbung erfährt in der Katholischen Kirche seit dem II. Vatikanischen Konzil eine Erneuerung, und auch in den protestantischen Kirchen erinnert man sich ihrer wieder verstärkt¹⁵⁸. Die klassischen, zur Begründung angeführten biblischen Texte sind Mk 6,12f.; 16, 17f. und Jak 5,14f. Ein Zusammenhang von Krankheit und Sünde ist vom Verständnis der Krankensalbung fernzuhalten, ist doch in Jak 5,15 die Sündenvergebung eindeutig als fakultative Nebenwirkung ausgewiesen ("Und das Gebet des Glaubens wird dem Kranken helfen, und der Herr wird ihn aufrichten; und *wenn* er Sünden getan hat, wird ihm vergeben werden.").¹⁵⁹ Doch im Mittelalter löst sich die Krankensalbung aus dem Krankenbesuch, "verbindet sich mit der Krankenbuße und wird mehr und mehr als Vorbereitung der Sterbenden auf das ewige Leben verstanden"¹⁶⁰. Die Verlegung der Krankensalbung an das Lebensende und ihre Verbindung mit Buße und Eucharistie zum Sakrament der Sterbenden hat verschiedene Gründe: Die schweren, oft lebenslangen Bußverpflichtungen im Gefolge der Salbung sowie die Habgier des Klerus und das Verbot der Spendung der Krankensalbung durch Laien nach den Statuta Bonifacii (800-840).¹⁶¹ Die scholastische Theologie untermauerte theologisch die kirchliche Praxis, indem sie lehrte, "die besonderen Wirkungen der Krankensalbung bestünden darin, die letzten Hindernisse vor dem Eingang eines Menschen in die himmlische Glorie zu beseitigen und die kirchlichen Bemühungen um die Heilung der Seele zur Vollendung zu bringen"¹⁶². Hatte die Krankensalbung bis zum Ende des 12. Jh. "oleum infirmorum" (Krankenöl) geheißen, so wurde sie nun in "extrema unctio" (letzte Ölung) umbenannt und die Vergebung der Sünden als ihre eigentliche

157 Vgl. DEPPING 1993a, 82.

158 So hat jetzt die VELKD in der von ihrer Kirchenleitung erst jüngst herausgegebenen Agende "Dienst am Kranken" die Krankensalbung in Verbindung mit der Krankensegnung als Möglichkeit aufgenommen "für solche, die sie nutzen wollen"; sie soll jedoch mit dieser Agende "nicht allgemein eingeführt werden" (VELKD 1994, 8).

159 Vgl. auch KACZYNSKI 1992, 256.

160 VELKD 1994, 20.

161 Vgl. VORGRIMLER 1990, 666.

162 A.a.O., 667.

Wirkung festgeschrieben. Die Reformatoren bestritten den sündenvergebenden, sakramentalen und heilsnotwendigen Charakter der Letzten Ölung. Doch als Dienst am Kranken wurden Krankenbesuch, Vermahnung, Segnung unter Handauflegung, Salbung und gemeindliche Fürbitte anempfohlen und zunächst auch beibehalten. In Folge konfessioneller Abgrenzung geriet die Praxis der Krankensalbung protestantischenseits jedoch bald in Vergessenheit. Pietismus und Erweckungsbewegung hörten dann Jesu Auftrag zum Dienst am Kranken neu, ohne allerdings die Krankensalbung wieder einzuführen.¹⁶³ In der Katholischen Kirche kehrte man im II. Vatikanum zur eigentlichen Krankensalbung wieder zurück: Die Bezeichnung wird wieder in 'Krankensalbung' geändert, und in der theologischen Sicht rücken Hilfe/ Rettung und Aufrichtung vor der Sündenvergebung in den Vordergrund, obwohl es grundsätzlich bei dem Verständnis als Sakrament bleibt. Doch weit verbreitet ist immer noch das Verständnis der Letzten Ölung, nämlich daß dieses Sakrament gespendet wird, wenn für den Kranken 'das letzte Stündlein' geschlagen hat, obwohl nach katholischem Verständnis das eigentliche Sterbesakrament die Heilige Kommunion ist.

Die 'traditionellen' Mißverständnisse hinsichtlich der Krankensegnung mit Krankensalbung erschweren ihre Verwendung in der Altenheimseelsorge. Viele katholische alte Menschen sehen im Priester mit dem Salbgefäß einen "Todesengel"¹⁶⁴. Von daher wird die Krankensalbung bei Menschen katholischen Glaubens - und vor allem den altersverwirrten unter ihnen - sehr sensibel gehandhabt und vielleicht sogar ganz auf die Sterbebegleitung begrenzt werden müssen. Unter evangelischen Christen hat die Krankensalbung noch keine Tradition und kann - vielleicht gerade bei alten Menschen - im Bewußtsein eines tiefen konfessionellen Grabens mitunter auf Abwehr stoßen. Dennoch sollte m.E. die Krankensegnung mit Krankensalbung auch in die evangelische Altenheimseelsorge gerade mit altersverwirrten Menschen fakultativ aufgenommen werden, sind mit ihr doch Symbolhandlungen verbunden, die auch ohne besondere Krankensalbungstradition, allein schon auf dem Hintergrund der allgemeinen christlichen Tradition, mit der in unserem Kulturkreis bislang auch der ganz überwiegende Teil der nichtkirchlichen Menschen in Berührung gekommen ist, verstanden werden. So wird das Falten der Hände zum Gebet auch von der überwiegenden Zahl der altersverwirrten Menschen als Ausdruck der Hinwendung zu Gott verstanden. Die Segnung unter Handauflegung ist den meisten von der Konfirmation her bekannt. In ihr verdichtet sich symbolisch die Zusage

163 Insbesondere Wilhelm Löhe erregte Aufsehen, als er als Neuendettelsauer Pfarrer in strenger Schrifttreue aufgrund von Jak 5,14 1857 eine Krankenölung durchführte.

164 Vgl. WINDISCH 1994, 282.

Gottes, daß wir geborgen sind in seiner Hand, in die er uns geschrieben hat (vgl. Jes 49,16), und nichts uns trennen kann von seiner Liebe (vgl. Röm 8,31-39). Mit der Handauflegung verbunden werden kann die Salbung selbst, indem das Symbol des Kreuzes mit Öl auf die Stirn und auf die Hände gemacht wird. "Die Salbung der Stirn und der Hände meint den Menschen in seiner Ganzheit als denkende, fühlende und handelnde Person."¹⁶⁵ Damit künftig nicht die Krankensalbung als Magie oder Todesankündigung mißverstanden wird, sollten die Gemeinden auch durch Predigt und Katechese mit ihr vertrauter gemacht werden. Gerade hinsichtlich ihres Mißverstehens als Todesankündigung ist es - außer bei akuter Lebensgefahr - zu empfehlen, die Krankensegnung mit Krankensalbung an mehreren Menschen, die sich ja in einer ganz ungleichen Nähe zum Tod befinden, in einer gemeinsamen Feier vorzunehmen, in die auch anwesende Verwandte einbezogen werden sollten. So können 'Kranke' und 'Gesunde' "ihre Gleichheit und Solidarität in der Annahme ihrer Endlichkeit, Hinfälligkeit und ihres Sterbens erfahren"¹⁶⁶.

Begleitung

Seelsorge im Modus der Begleitung versucht, "für einen Menschen da zu sein, Zeit zu haben, ihm/ ihr zuzuhören, sich anrühren zu lassen von dem, was er erzählt, einen kleinen Teil seines Weges mitzugehen - wobei er vorangeht und ich mich gewissermaßen führen lasse"¹⁶⁷. Begleitung sollte den Menschen weder verändern noch überzeugen oder missionieren wollen, sondern ohne derartige Absichten mitgehen und zu vermitteln suchen, daß der Begleitete in seiner Situation nicht allein ist. Besondere Betonung findet dieses Anliegen in jenen Seelsorgeansätzen, die oft zusammenfassend als "beratende Seelsorge" bezeichnet werden und die verstärkt psychoanalytische und psychotherapeutische Theorien und Techniken rezipieren. Um die damit einhergehenden anthropologischen Implikationen sowie um die Bedeutung der Verkündigung in der Seelsorge entbrannte ein - gelinde gesagt - nicht immer fruchtbarer Streit, auf den hier nicht näher einzugehen ist (vgl. Anm. 37). Mir erscheint, daß für die Seelsorge im Modus der Begleitung die partnerzentrierte, non-direktive Gesprächstherapie nach Carl R. Rogers mit ihren Grundvariablen **Echtheit, Wärme und Annahme** immer noch eine große Hilfe sein kann¹⁶⁸. Daß mit ihr nicht das humanistische Menschenbild übernommen werden muß, hat m.E. LEMKE 1978 hinreichend

165 VELKD 1994, 85.

166 REINER 7/1994, 427.

167 KLESSMANN 1994, 97.

168 Eine instruktive Darstellung der Gesprächspsychotherapie nach Carl R. Rogers im Zusammenhang seiner Anthropologie und seiner Persönlichkeitstheorie findet sich jetzt in KRIZ 1994, 195-212. Eine kurze, aber mit umfangreicher Literaturliste versehene Darstellung ist LINSTER 1994.

aufgezeigt.¹⁶⁹ In der Auseinandersetzung mit der theologischen Kritik an Rogers entdeckt dann LEMKE 1992, "daß sowohl die Grundvariablen als auch das sprachliche Umgehen miteinander elementare Züge der christlichen Nächstenliebe trägt. ... Vorbild dieser Haltung ist Jesus selbst, der sie uns vorgelebt hat."¹⁷⁰ Und auch Paulus habe eine entsprechende Haltung für Seelsorgende empfohlen (Röm 12,9-21): "Die Liebe sei ungeheuchelt! (Echtheit) Verabscheuet das Böse, hanget dem Guten an! In der Bruderliebe seid gegeneinander herzlich gesinnt! (Warmherzigkeit und Annahme) In der Ehrerbietung schätze einer den anderen höher (als sich selbst)! (Achtung vor dem Gesprächspartner) ... Seid fröhlich in der Hoffnung, geduldig in der Trübsal, beharrlich im Gebet ... Freuet euch mit den Fröhlichen, weinet mit den Weinenden (Empathie), vergeltet niemandem Böses mit Bösem' (Akzeptanz)."¹⁷¹ Die Grundvariablen der Rogersschen Gesprächstherapie entsprechen also der poimenischen Grundhaltung des Evangeliums. Bei ihrer Umsetzung kommt es ganz entscheidend auf die Kongruenz von verbaler und non-verbaler Kommunikation an. Letztere gewinnt in der seelsorgerlichen Begleitung mit altersverwirrten Menschen an Bedeutung: **Die Verbalisierung der emotionalen Erlebnisinhalte, das sog. empathische Verstehen**, bleibt zwar auch in der Seelsorge mit altersverwirrten Menschen das zentrale Moment der poimenischen Grundhaltung, denn Empfindungen und Gefühle sind ein ganz wesentlicher Zugang zum altersverwirrten Menschen, und wo Gedächtnisinhalte verloren gehen, bleibt oft ein Gefühl erhalten.¹⁷² Doch weil altersverwirrte Menschen in ihren sprachlichen Mitteilungs- und Verstehensmöglichkeiten mitunter stark eingeschränkt sind, werden manchmal die emotionalen Erlebnisinhalte nur begrenzt mit Worten verbalisiert werden können. Je schwerer die Verwirrtheit, desto stärker wird also dem betroffenen Menschen das empathische Verstehen seiner Gefühle non-verbal zu vermitteln sein; dies bedarf der Einübung. Ebenso gilt es, dem altersverwirrten Menschen in der seelsorgerlichen Begleitung verbale und non-verbale Möglichkeiten zu geben, seine Gefühle und Empfindungen auszudrücken. Dies kann im Gespräch geschehen oder auch durch Musik und Spiel (s.o. zur Kommunikation), wobei

169 Eine aktuelle Auseinandersetzung mit Rogers im Hinblick auf seine Bedeutung für die Seelsorge führt jetzt JOCHHEIM 3/1993, der ebenfalls zu dem Ergebnis kommt, daß das Menschenbild Rogers "keine zwingende Konsequenz aus seinen therapeutischen Erfahrungen" ist (a.a.O., 235). Allerdings sieht Jochheim in den Überlegungen Rogers auch "eine ernsthafte Anfrage an eine Theologie, die den Menschen allein durch sein(e) Sündhaftigkeit coram Deo definiert und dabei seine positiven Möglichkeiten coram mundo unterschlägt" (ebd.).

170 LEMKE 1992, 50.

171 A.a.O., 51.

172 So ist beispielsweise auch in dem neueren Verwirrtenpflegekonzept 'Validation' die Verbalisierung der emotionalen Erlebnisinhalte der methodische Schlüssel in der Kommunikation mit altersverwirrten Menschen (vgl. II.4.).

gerade auch Worte des Glaubens aus der Bibel oder dem Gesangbuch sowie christliche Symbole Sprach- und Ausdruckshilfen sein können.¹⁷³

Es kommt aber in der Seelsorge immer wieder zu dem Punkt, an dem sich alle Mitteilung in einem Schweigen verdichtet und darin ihren Ausdruck findet. Eine selbsterfahrungs- und beziehungsorientierte Schulung (s.o.) kann auch hier hilfreich sein, Abwehrverhalten zu vermeiden und das Schweigen zulassen zu können. Begleitung schließt die Bereitschaft mit ein, sich auch schwierigen Situationen und Belastungen zu stellen. Im Schweigen schieben sich deutlich vernehmbar die Grenzen der menschlichen Existenz ins Bewußtsein, angesichts dessen "jedes Reden über Gottes Ratschluß und seinen Willen verblaßt"¹⁷⁴. Hier seelsorgerlich zu begleiten heißt, gemeinsam zu schweigen, **Gemeinschaft zu haben in einem Zustand existentiellen Schweigens**, in dem sich die Partner im Seelsorgegeschehen, Seelsorger und 'Pastorand', aufeinander und möglicherweise auch auf Gott verwiesen fühlen.¹⁷⁵ Der Seelsorgende gibt im existentiellen Schweigen der Angst und Not seines Gegenübers Raum, läßt seine eigene Angst und Hilflosigkeit zu und gibt sie in das gemeinsame Schweigen hinein. Jetzt ein Wort des Glaubens zu sprechen, ist ein Wagnis und muß wohl erwogen werden, kann es doch das im Schweigen gewachsene Vertrauen zerstören. Vielleicht entsteht gerade in der gemeinsam erlebten Stille so etwas wie ein "ungesprochenes Gebet"¹⁷⁶; und auch Gott kann sich als Stille mitteilen (vgl. die Theophanie Gottes am Horeb in einem "stillen sanften Sausen" [I Reg 19,12]). Andererseits: Jetzt einen biblischen Text zu lesen oder ein Gebet zu sprechen, ist kein Reden über oder von Gott, sondern ein Reden zu ihm und mit ihm. Es ist ein Reden, das davon geprägt ist, daß der Seelsorgende selbst auf Gott vertraut und nicht nur davon spricht; kein heroisches Reden, sondern ein Ruf "aus der Tiefe" (Ps 130). Ein dergestalt authentisches Zeugnis des Glaubens läßt ein, gemeinsam Klage, Anklage, Bitte, Anfechtung und Zweifel, aber auch Lob, Freude, Hoffnung, Vertrauen, vor Gott zu bringen. Dieser in einer gemeinsam erlebten

173 Hinsichtlich der Frage, *wie* wir die Bibel in das seelsorgerliche Gespräch bringen können, gibt jetzt Peter Bukowski - nach eigenen Aussagen ein 'Tackianer' - einige Anregungen (vgl. BUKOWSKI 1994), wobei er abweichend von H. Tacke der Rogersrezeption von LEMKE 1992 folgt und insgesamt versucht, biblische und annehmende Seelsorge zusammenzubringen. Auch LEMKE 1992 möchte für die partnerbezogene Seelsorge aufzeigen, wie bei typischen seelsorgerlichen Fragestellungen wie Glaubenszweifel, Schuld und Leiden "der Gesprächspartner ... in fast aussichtslosen Situationen mit Hilfe des Glaubens doch noch einen sinnvollen Weg für sein weiteres Leben finden" kann, und hofft, daß sie, indem sie aus der Praxis aufzeigt, wie derartige Prozesse verlaufen, denjenigen Impulse geben kann, "die sich in gleicher Weise um eine Seelsorge aus Glauben zum Glauben bemühen" (a.a.O., 8). Nach den oftmals unerfreulichen und vereinseitigenden Auseinandersetzungen zwischen 'verkündigender' und 'beratender' Seelsorge gibt es also neuerdings fruchtbare Annäherungen zwischen den ehemals verfeindeten Positionen.

174 KRUSE I/89, 17.

175 Zum Begriff des existentiellen Schweigens vgl. a.a.O., 14.

176 Vgl. REST 1989, 162.

Situation sich mitteilende Glaube hat nichts mit geistlicher Belehrung oder Missionierung zu tun und darf hoffen, vom seelsorgerlichen Gegenüber auch nicht als solche mißverstanden zu werden. So kann Seelsorge **Hilfe zu einer "Sprache des Leidens"**¹⁷⁷ auf Gott hin und zu Gott werden, die all das, was sich im existentiellen Schweigen ausdrückt, nun auch ausspricht und vor Gott bringt in der Hoffnung, daß es zu einer Begegnung mit Gott kommen möge. Insbesondere Texte wie das Buch Hiob, die Konfessionen Jeremias, Klagepsalmen, Passionstexte wie die Gethsemane-Perikope u.a. können einen Weg eröffnen zur heilsamen Erfahrung des Nahe-Seins Gottes auch im Leiden. In der Erfahrung der Nähe Gottes werden Not und Leiden nicht an sich sinnvoll, doch der Mensch gewinnt in der Gottesbeziehung eine andere Einstellung zu seiner Not und zu seinem Leiden, die einen tieferen Sinn in sich bergen kann.¹⁷⁸ Im gemeinsamen Gebet, im lesenden und hörenden Nachvollzug biblischer Texte, im Singen geistlicher Lieder, aber auch im emotionalen Nachempfinden bekannter Glaubensworte können altersverwirrte Menschen Befreiung erfahren, weil ihnen jemand Sprache und Stimme leiht, mit der sie ihre Not und Klage, an der sie in Einsamkeit und Isolation zu ersticken drohen, zu Gott hin klagen und auf ihn werfen können.

Altersverwirrte Menschen brauchen seelsorgerliche Begleitung insbesondere in persönlichen Umbruch- und Krisenzeiten. In der Altenheimseelsorge sind es u.a. immer wieder folgende **Situationen, die besonderer Begleitung bedürfen:**

"Jede Veränderung ... ist für verwirrte alte Menschen eine Krisensituation, es wird ihnen weggenommen, was ihnen vertraut ist, woran sie sich festhalten können. **Der Einzug ins Heim** ist vor diesem Hintergrund ein ganz dramatisches Ereignis, da ihr ganzes Leben, ihre gesamten Lebensumstände vollkommen verändert werden. Verwirrtheit wird dadurch oft ausgelöst oder gravierend verschärft."¹⁷⁹ Meist wirken mehrere Faktoren zusammen, die zu einem Heimeintritt beitragen, wobei der eingeschränkte Gesundheitszustand die zentrale Bedingung darstellt. Kann eine verminderte körperliche und/ oder geistige Leistungsfähigkeit nicht mehr durch Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen vor allem aus der Familie sowie von ambulanter Alten- oder Nachbarschaftshilfe kompensiert werden - sei es durch aufgrund von Erschöpfung derartiger Ressourcen oder durch weitere Verschlechterung des Allgemein- und Gesundheitszustandes - wird zumeist die Übersiedelung in ein Altenheim als Lösungsmöglichkeit

177 Zur Seelsorge als Hilfe zu einer Sprache des Leidens vgl. EIBACH 1991, 53ff.

178 Vgl. KRUSE, I/89, 17.

179 RASEHORN 1991, 69 (Hervorhebung nicht im Original). A.a.O., 69f, findet sich auch eine einfühlsame Vergegenwärtigung, wie ein verwirrter alter Mensch den Prozeß einer Übersiedelung in ein Heim erlebt. Erinnert sei ferner an die Geschichte der Frau K. (s.II.1.).

erwogen. Viele Heimaufnahmen sind Notfallreaktionen, und die Betroffenen wechseln unmittelbar aus einem Krankenhaus ins Altenheim. SAUP 1990, 79f, verweist auf eine Berliner Untersuchung an 907 Altenheimbewohnern aus dem Jahr 1986, nach der nur die Hälfte der neu ins Heim übersiedelten Personen direkt von zu Hause, ein Drittel über ein Krankenhaus und etwa 10% über eine psychiatrische Klinik ins Altenheim kamen. Als besonders kritische Phase der Eingewöhnung haben sich die ersten sechs Monate nach einem Heimeintritt herausgestellt.¹⁸⁰ Angesichts dieser Situation bedarf es einer auch vorbereitenden und aufarbeitenden Begleitung.

Die Begleitung von Menschen bei der Übersiedelung und Eingewöhnung in ein Altenheim kann nur in und mit den institutionellen Verhältnissen sowie durch ihre Veränderung, niemals aber gegen sie geschehen. Hinsichtlich der Begleitung alter Menschen bei ihrer Übersiedelung in ein Heim zeigt sich deutlich, wie sehr es in der Altenheimseelsorge auf Kooperation der verschiedenen Berufsgruppen gerade auch in strukturell-konzeptionellen Fragen ankommt. So sind etwa im Rahmen einer vorbereitenden Seelsorge bereits vor dem Einzug in ein Altenheim Kontakte und Informationen wünschenswert, die allerdings im Stellen- und Finanzplan einerseits sowie im Heimkonzept andererseits Anerkennung und Berücksichtigung finden müssen.¹⁸¹ So ist beispielsweise im Sozialdienst des Alten- und Pflegeheims 'Perthes-Haus' des Evangelischen Johanneswerks Bielefeld eine Diplom-Sozialpädagogin eingestellt, deren Aufgabe u.a. darin besteht, Hausbesuche zu machen, nachdem ein Aufnahmeantrag eingegangen ist, und Heimaufnahmegespräche zu führen. Bei diesen Gelegenheiten begegnen ihr Befürchtungen aufgrund überholter oder falscher Heimvorstellungen, wie z.B. die Frage nach Besuchszeiten für Angehörige, und vor allem Ängste vor dem Leben in einer Heimgemeinschaft: Angst vor Reglementierung, vor unzureichenden Rückzugsmöglichkeiten und zu großen Geselligkeitserwartungen, vor Ablehnung und mangelnder Rücksichtnahme sowie vor der Konfrontation mit schwerem Leiden. Bei manchen spürt sie Ängste, die aber nicht benannt werden, sei es aus Scham oder aus einer Haltung resignativer Bescheidenheit. "Es nimmt Druck, wenn solche Ängste geäußert werden können, wenn sie nicht nur einfach ausgedet, sondern ernstgenommen werden. Das Wissen um die Art der möglicherweise vorhandenen Ängste ist unabdingbar, um den Prozeß der

180 Vgl. SAUP 1990, 95.

181 Darüber hinaus ist eine Einbindung solcher Dienste und ihre Verstärkung im Rahmen einer regionalen Netzwerkstruktur nötig, um Abstimmungsprobleme sowie 'Gelenkschwierigkeiten' zwischen den verschiedenen Einrichtungen der Altenhilfe und insbesondere auch den Krankenhäusern zu überwinden. Es gilt, "partnerschaftliche Arbeitsformen und kooperative Strukturen (zu) gewinnen", wie es jetzt in einer Studie der EKD zu Umstrukturierungen im Gesundheitswesen heißt (vgl. KIRCHENAMT 1994, 79).

Eingewöhnung hilfreich zu begleiten."¹⁸² Wie zahlreiche angloamerikanische Untersuchungen zeigen, wirken sich Freiwilligkeit der Heimaufnahme und Wahlmöglichkeiten beim Heimeinzug ebenso positiv auf die psychische Befindlichkeit aus, wie Antizipation und Vorbereitung auf den Umzug.¹⁸³ Leider sind die Betroffenen nur selten und zu wenig an dem Geschehen beteiligt (an der Diskussion der eigenen Lebenssituation und ihrer künftigen Entwicklung, der Suche nach einem geeigneten Heimplatz, der Auflösung der bisherigen Wohnung, der Vorbereitung und Durchführung des Umzugs, dem Einrichten des neuen Zuhauses). Noch zu wenige Einrichtungen bieten ein sog. 'Probewohnen' an, das sich konzeptionell relativ problemlos mit den Kurzzeitpflegeplätzen bewerkstelligen und koordinieren läßt. Auch für den Altenheimeintritt gilt, "daß bedeutsame und kritische Ereignisse im Lebenslauf besser gemeistert werden können, wenn die anstehenden Veränderungen der Lebenssituation durch einschlägige Informationen, Beratung und Erfahrungsmöglichkeiten vorbereitet und begleitet werden"¹⁸⁴. Antizipation und Vorbereitung, Freiwilligkeit sowie Wahl- und Gestaltungsmöglichkeiten, sind Elemente einer vorbereitenden Begleitung, die im Hinblick auf die emotional schwierige Zeit der Trauer um Vertrautes sowie der Eingewöhnung in die neuen Lebensverhältnisse konkrete Lebenshilfe bieten. Diakonische Seelsorge sieht in ihnen Entsprechungen zum Wort vom Mit-gehen Gottes (Tat als Wort) und spricht in und ergänzend zu ihnen - insbesondere in der Begleitung während des Heimeintritts- und Eingewöhnungsprozesses - Gottes Zusage des Mit-Seins je nach Situation auch als explizite Glaubenshilfe den Menschen zu, um sie zu ermutigen und ihnen zu helfen, von dem, was nicht mehr ist, loszulassen und den neuen Lebensabschnitt zu bejahen (Wort als Tat).

Begleitung im Heimeintritts- und Eingewöhnungsprozeß kann Verwirrheitszustände bzw. deren Verschlimmerung verhindern helfen; insofern hat Seelsorge auch eine präventive und therapeutische Dimension. Irreversibel altersverwirrte Menschen haben es jedoch besonders schwer, den ganzen Vorgang zu verarbeiten und sich einzugewöhnen. Antizipation, Vorbereitung, Freiwilligkeit sowie Wahl- und Gestaltungsmöglichkeiten können ihnen nur sehr begrenzt helfen, setzen sie doch die Fähigkeit voraus, sich mit dem Geschehen selbständig kognitiv und emotional auseinanderzusetzen. Ihre Hirnleistungsschwächen erlauben ihnen nur sehr begrenzt, ihre neue Umwelt zu erforschen und sie sich anzueignen. Ihr Zimmer und die neue Umgebung werden erst über einen langen Prozeß der Gewöhnung zu ihrem neuen Zuhause; nur ganz allmählich verlieren sie ihre

182 FIEBIG 2/1994, 17.

183 Vgl. SAUP 1990, 80-82.

184 A.a.O., 82.

Fremdheit. Die neuen Lebens- und Wohnbedingungen bringen für sie zahlreiche Probleme und Konflikte mit sich, z.B. hinsichtlich ihrer Privat- und Intimsphäre bei gleichzeitiger Isolation und Einsamkeit (zu den Lebensraum bewahrenden, schaffenden und gestaltenden Aspekten s.u.), und sie sind angewiesen auf die Aufnahmebereitschaft ihrer Mitbewohner und -bewohnerinnen als ihren Partnern im Integrationsprozeß. Altersverwirrte Menschen brauchen daher besonders in dieser ersten Zeit eine regelmäßige und verlässliche Begleitung, die ihnen hilft, sich zurecht zu finden, ihnen Verständnis und Zuneigung entgegenbringt und sie im Integrationsprozeß unterstützt. Beispielsweise bietet es sich an, jemanden vom Pflegepersonal, der vom neuen Bewohner akzeptiert wird, "als Bezugsperson oder Paten auszuwählen, um Vertrauen zu der neuen Umgebung aufzubauen. Ein Orientierungstraining, der Aufbau von Gewohnheiten sowie die Heranführung an Kontakte zu Mitbewohnern können es erleichtern, sich in die neue Situation hineinzufinden und Sicherheit zu gewinnen."¹⁸⁵ Diese alltäglichen Hilfen gehören genauso zu einer ganzheitlichen Begleitung, wie ein seelsorgerliches Einzelgespräch, in dem mit dem Mit-Sein Gottes Lebenskontinuität und Sinn zugesprochen werden, oder Gottesdienste und Gruppengespräche, in denen Gemeinschaft vor und mit Gott gefeiert wird.

Besondere Begleitung bedürfen Altenheimbewohner, wenn sie den **Verlust eines nahestehenden Menschen** erleiden bzw. der Verlust ihrem Heimeintritt unmittelbar voranging und ihr Trauerprozeß noch nicht abgeschlossen ist. "So sehr das Leben des menschlichen Individuums nur unter der Bedingung der Möglichkeit eines gemeinschaftlichen Seins - gleichgültig ob dieses existentiell verfehlt wird oder nicht - individuell sein kann, so sehr ist auch das Verhältnis des Lebenden zu dem höchst eigenen Tod niemals nur ein Privatverhältnis. Ist also das menschliche Leben immer schon ein Verhältnis zum Tod, dann verhält sich auch immer der Andere zu meinem Tod, und umgekehrt ist auch immer mein Leben ein Verhältnis zum Tod des Anderen. ... Durch den Tod des Andern wird meine Gemeinschaft mit ihm zerbrochen; 'aber diese Gemeinschaft war in gewissem Maße ich selbst, und in eben diesem Maße dringt der Tod in das Innere meiner eigenen Existenz ein ...'"¹⁸⁶ Der Tod eines nahestehenden Menschen - in der Regel der Lebenspartner bzw. die Lebenspartnerin - stellt das eigene Leben fundamental in Frage und fordert einen nicht allein kognitiven, sondern vor allem emotionalen und psychischen Bewältigungsprozeß, der als 'Trauerarbeit' bezeichnet wird.¹⁸⁷ Das Ziel von Trauerarbeit ist, "daß die Realität des Verlustes voll anerkannt (nicht nur intellektuell zur Kenntnis genommen) wird, aber

185 RASEHORN 1991, 73.

186 JÜNGEL 1971, 44.

187 Vgl. hierzu auch K. WINKLER 1994 sowie die Ausführungen zum Sinnverlust in II.2.

zugleich der Tote nicht verlorengelassen oder verstoßen wird, sondern als geliebtes Objekt in dem Hinterbliebenen aufgenommen wird, ihn bereichert und zu neuen Fähigkeiten und Tätigkeiten verhilft".¹⁸⁸

Trauerarbeit ist zu leisten während des Prozesses des Trauerns, den SPIEGEL 1989, 57-89, in vier Phasen beschreibt und die hier als Wahrnehmungshilfe (nicht als Gesetzmäßigkeit!) kurz vorgestellt werden: Wenn nicht gerade die Trauer hinsichtlich eines seit längerem erwarteten Todes bereits vor dem Todeseintritt vorweggenommen wird, setzt sie mit einer Phase des Schocks ein, die in der Regel wenige Stunden und bis zu zwei Tagen dauert. Der Trauernde ist geradezu von einer emotionalen Lähmung befallen. Es ist ihm sozial erlaubt, sich unkontrolliert und irrational zu verhalten; eine Pflicht, sich zusammenzunehmen, besteht nicht. Diese erste Phase leitet bereits die Regression ein, die jedoch zunächst nicht zum vollen Ausbruch kommt, da sie in der zweiten Phase der Kontrolle kurzzeitig abgefangen wird. Angesichts des Beerdigungsrituals und der damit verbundenen Aktivitäten legt sich der Trauernde selbst eine Kontrolle auf, der die Kontrolle korrespondiert, die Angehörige, Freunde u.a. fordern, um der Bestattung eine gesellschaftlich angemessene Durchführung zu sichern. Äußerlich gibt sich der Trauernde kontrolliert, doch in das Innere seiner eigenen Existenz dringt der Tod ein und droht alle Verhältnisse des Ichs zu sich selbst, zu den Mitmenschen, zur Welt und auch zu Gott aufzulösen. Der Trauernde fühlt sich seines eigenen Ichs entfremdet, das sich aus seinen Weltbezügen herauslöst und in seine eigenen Handlungen nicht eingetragener ist; er fühlt sich wie tot (Depersonalisation). Andererseits erscheint die Welt leer, unwirklich, fremd, schatten- und schemenhaft (Derealisation). Die Erfahrung, hilflos am Rande eines psychischen Zusammenbruchs zu stehen, kann Panik und Angst auslösen, oder der Verlust wird geleugnet, z.B. in Überaktivität (sog. Symptome der Selbstkontrolle). Nach der Beerdigung, die nur vorübergehend als rituelle Bewältigungsform die psychische Organisation des Trauernden stützen konnte, tritt der Alltag wieder ein, und die kritischste Phase des Trauerns beginnt: die Phase der Regression (Dauer meist etwa ein bis drei Monate). Der Trauernde steht nun Erfahrungen gegenüber, die ihn schmerzen und schrecken. Er weiß, "daß er zum Teil die Kontrolle über sich verloren hat und einem Prozeß ausgeliefert ist, dessen Ausgang nicht voraussehbar ist"¹⁸⁹. Die eigene psychische Organisation, die auf die Interaktion mit dem verlorenen Menschen eingespielt war, bricht nun mit der Erkenntnis des Verlustes zusammen. Der Trauernde greift dann "auf Bewältigungsformen zurück, die weniger differenziert und unabhängiger von der

188 SPIEGEL 1989, zitiert nach E. WINKLER 1990, 422.

189 SPIEGEL 1989, 68.

Umwelt sind"; sein Ich "regrediert zu Entwicklungsstufen, in denen noch eine befriedigende Lösung möglich war", z.B. durch partiellen Rückzug auf eine kindliche Phase.¹⁹⁰ Interaktion und Kommunikation mit der Umwelt geschehen nur minimal. Nach dem Zusammenbruch seiner eigenen psychischen Organisation sowie seiner 'Daseinswelt' in ihrer bisherigen Form benötigt der Trauernde alle Energie, ein 'normales' Verhalten aufrechtzuerhalten - und auch dazu reichen oft die seelischen Kräfte nicht: Es kommt zu Formen der "pathologischen Trauerverarbeitung" (z.B. 'Nachsterben' in den verschiedensten Formen), zu denen auch Verwirrtheit zu rechnen ist. Um der Sammlung der Kräfte willen werden komplexe Zusammenhänge vereinfacht, z.B. auch in religiösen Vorstellungen. Hinsichtlich der Lebensgeschichte des Partners und damit auch hinsichtlich der eigenen Biographie wird die Frage nach Sinn virulent; mitunter brechen Schuldgefühle dem Verstorbenen gegenüber auf. Die soziale Rolle verändert sich und mit ihr der Sozialstatus. Die eigene Identität wird fraglich und scheint mitgestorben zu sein. Einsamkeits-, Enttäuschungs- und Verlassenheitsgefühle sowie Verunsicherung und Angst machen sich breit. Es ist nur zu verständlich, daß viele - nicht nur alte - Menschen auf eine derartig totale Überforderung u.a. auch mit Depressionen und Verwirrtheit reagieren bzw. daß sich ihre Verwirrtheit verstärkt. Die Funktion der Regression ist ambivalent und schwankt zwischen Selbstaufgabe und regenerativem Rückzug, wobei zunächst offen bleibt, wie dieser Prozeß ausgeht. Gelingt die Trauerarbeit, werden zunehmend die regressiven Bewältigungsformen aufgegeben und durch adaptive ersetzt. Immer häufiger weicht die Schwere der Trauer dem befreiendem Gefühl, sich nicht mehr an den verlorenen Menschen binden zu müssen und nicht mehr an ihn gebunden zu sein. "Paradoxerweise ist es gerade diese Freigabe und Befreiung, die das Verlorene gegenwärtig hält."¹⁹¹ Doch das Trauergefühl kommt noch lange periodisch wieder, z.B. am ersten Todestag oder am Geburtstag des Verstorbenen, auch über das Ende der adaptiven Phase hinaus, das durch eine neue Zuwendung zur Umwelt gekennzeichnet ist (zumeist etwa nach einem Jahr).

Diese Phaseneinteilung gilt ausdrücklich "nur für die modernen westlichen Gesellschaften, in denen sich kirchliche Rituale und dörfliche Sitten bereits weitgehend aufgelöst und die religiösen und gesellschaftlichen Normierungen nachgelassen haben, die eine sehr viel striktere Einhaltung bestimmter Trauerzeiten fordern"¹⁹², weshalb mit einer zum Teil beträchtlichen Verlaufsvariabilität gerechnet werden muß. So ist etwa auch bei alten, institutionalisierten sowie insbesondere bei altersverwirrten Menschen durchaus mit starken Abweichungen

190 A.a.O., 66.

191 A.a.O., 77.

192 A.a.O., 59.

zu rechnen, die nicht gleich pathologisiert werden sollten. Zwar kann die Kenntnis des für unsere Gesellschaft 'normalen' Trauerverlaufs "gewisse Beurteilungskriterien" dafür abgeben, wann eine Trauer "als pathologisch" eingestuft werden kann, nämlich "wenn der Trauerprozeß in einer der drei erstgenannten Phasen hängenbleibt."¹⁹³ So kann sich etwa die Trauerbegleitung nichtverwirrter oder infolge des Verlusterlebnisses 'nur' akut verwirrter alter Menschen durchaus an diesem Phasenmodell sowie an dem Ziel der Adaption in dem oben zitierten Sinne orientieren und dadurch u.a. auch einen Beitrag leisten zur Realitätsorientierung. Aber in der Trauerbegleitung schwerer und chronisch altersverwirrter Menschen wird man das Ziel ihrer Trauerarbeit revidieren und ihren zum Teil stark reduzierten Bewältigungs- und Adaptionmöglichkeiten anpassen müssen. Zur Trauerarbeit mit altersverwirrten Menschen sind mir keine Studien bekannt. Ich möchte mich daher auf Fragen beschränken: Wie verläuft der Trauerprozeß altersverwirrter Menschen? Kann es Ziel der Trauerbegleitung altersverwirrter Menschen sein, "daß die Realität des Verlustes voll anerkannt ... wird" (s.o.)? Ist nicht das oben zitierte Ziel von Trauerarbeit ausgerichtet an der stillen Voraussetzung, daß der Trauernde grundsätzlich in der Lage ist, selbst eine neue Lebensperspektive zu entwickeln, was so aber nicht auf altersverwirrte Menschen zutrifft? Müßte nicht das Ziel von Trauerarbeit mit altersverwirrten Menschen mehr in einer "Erinnerungspflege" bestehen, in der das Verlorene als "bewegliche Erinnerung"¹⁹⁴ Stück für Stück aus seiner traumatischen Fixierung befreit wird, so daß es positive Impulse für das eigene Dasein entfalten kann?

Wie auch immer man diese Fragen im einzelnen beantworten wird - gerade auch altersverwirrte Menschen brauchen in jeder Phase ihres Trauerprozesses Unterstützung: in der aktuellen Situation eines Todesfalls wie auch in den Monaten und vielleicht sogar Jahren danach.

In der aktuellen Situation der Begleitung Trauernder wird auch die Altenheimseelsorge auf das in unserer Gesellschaft gängige Beerdigungsritual christlicher Prägung zurückgreifen. 'Ritual' meint "ein System von interaktionalen Vollzügen, durch das eine Gruppe von Menschen für sich und ihre Mitglieder in einer bestimmten Situation die Identität sicherstellt"¹⁹⁵. Das Beerdigungsritual hilft dem einzelnen zur Ablösung vom Verstorbenen, indem es zum einen die Endgültigkeit des Todes unter Beteiligung der Anwesenden demonstriert - man denke nur an die Prozession, die Trauerfarbe, das Glockenläuten oder daran, wie der Sarg in die Gruft herabgelassen wird und der Pfarrer die agendarischen

193 Ebd.

194 Vgl. K. WINKLER 1994, 134.

195 JOSUTTIS 1974, 189.

Bestattungsworte mit dreimaligem Erdwurf unterstreicht - und indem andererseits am offenen Grab die Hoffnung auf die Auferstehung verkündigt wird. Das formelle Bestattungsritual vermittelt Trost, Hoffnung und neuen Lebensmut - doch nur für die Dauer des Ritus. Allein der sowohl verbal als auch symbolisch vermittelte Verkündigungsanteil des Rituals, das Kerygma, vermag unter Umständen über den Ritus hinaus Lebenshilfe in Form der Glaubenshilfe zu geben. Die christliche Verkündigung sollte an den Vollzug des Rituals anknüpfen und auf ihm aufbauen¹⁹⁶, indem sie der Trauer und Klage Sprache verleiht (s.o. zur Sprache des Leidens) und erst dann - ohne missionarische Interessen und eingedenk der besonderen homiletischen Situation - von Trost und Hoffnung spricht¹⁹⁷. Insbesondere die Symbolhaltigkeit des Beerdigungsrituals sichert seine Aussagekraft auch für altersverwirrte Menschen, obwohl bereits heute jüngere Generationen aufgrund des Niedergangs der christlichen Trauerkultur in unserer Gesellschaft die Symbole lediglich noch als Zeichen verstehen und im Umgang mit ihnen zunehmend ein Klischeeverhalten zeigen¹⁹⁸. Doch bei alten Menschen ist immer noch mit einem Verständnis der Beerdigungssymbolik zu rechnen, und es sollte nicht darauf verzichtet werden, auch gerade altersverwirrte Menschen an den Symbolhandlungen zu beteiligen. Wenn sie z.B. selbst einen Strauß Blumen ins Grab werfen und eine Handvoll Erde hinterher, wird ihnen mitunter symbolhaft bewußt, daß sie vor der Aufgabe stehen, den Verstorbenen ihrerseits in den Tod zu geben und von ihm loszulassen. Und vielleicht ist diese Handlung auch ein Ausdruck ihres Glaubens, daß sie den Verstorbenen und mit ihm all ihren Schmerz, ihre Wut und Verzweiflung, ihre Angst und Hoffnungslosigkeit in Gottes Hände legen, daß er sie wandle. Auch auf das Trauergespräch mit altersverwirrten Menschen sollte nicht verzichtet werden. Im Verlauf dieses Gesprächs können Psalmworte, der eigene Tauf-, Konfirmations- oder Trauspruch oder Gesangbuchlieder erinnert werden, die die Grundlage für die Beerdigungsansprache sein können. Wünschenswert ist darüber hinaus eine Aussegnungsfeier im Kreis der Altenheimgemeinde im Aufbahrungsraum des Altenheims, sofern der Verstorbene ebenfalls im Heim wohnte. Eine gemeinsame Aussegnungsfeier verbindet auch in der Trauer und wehrt der Stigmatisierung des Trauernden. Auch denjenigen, die dem Verstorbenen nicht so nahe standen, wird so das Geschehene bewußter, und das Verständnis für den Hinterbliebenen wird gefördert. Und letztlich sind solche Aussegnungsfeiern auch ein wichtiger Beitrag zur Vorbereitung auf das eigene Sterben.

196 Vgl. NEIDHART 1968.

197 Vgl. RÖSSLER 1994, 262.

198 Vgl. KLAUS/WINKLER 1975, 11-20.

Der aktuellen Trauerbegleitung in Trauergespräch, Aussegnungsfeier und Beerdigung sollte eine längerfristige Begleitung während des weiteren Trauerprozesses folgen. Bei einem stark altersverwirrten Menschen ist ein Trauerprozeß im engeren Sinne nicht möglich. Trauer im eigentlichen Sinne ist bei ihm nicht zu erwarten, kann er doch nicht realisieren, was sich ereignet hat. Hat aber der Verstorbene mit ihm in engem Kontakt gestanden, so fehlen ihm nun seine Besuche, seine Nähe, das vertraute Gesicht, die vertraute Stimme u.v.m. Mit einem Mal ist sein Leben ein großes Stück ärmer geworden, und er braucht verstärkt Zuwendung von anderen Menschen. Konnten sich das Pflegepersonal und die Altenheimseelsorge bislang darauf verlassen, daß der Betreffende regelmäßig Besuch bekam, und sich mehr um andere Bewohner kümmern, so sind sie nun verstärkt gefordert. Schwer altersverwirrte Menschen brauchen also nach dem Verlust eines nahestehenden, mit ihm durch regelmäßige Kontakte verbundenen Menschen vermehrte und intensiviere Zuwendung. Leicht altersverwirrte Menschen - mitunter akut verwirrt durch das Erlebnis des Verlustes eines geliebten Menschen - brauchen darüber hinaus gezielte Unterstützung und Begleitung, um den erlittenen Verlust in Trauerarbeit zu verwinden und zum Verstorbenen eine andere Art von Beziehung aufzubauen.

SPIEGEL 1989, 86-89, nennt einige Bedingungen, an die ein positiv verlaufender Trauerprozeß gebunden ist. Es ist zu fragen, ob und in welcher Weise sie auch für die Trauerarbeit leicht altersverwirrter Menschen gelten. Da - wie schon erwähnt - mir zu dieser Frage keine Untersuchungen bekannt sind, bin ich auf Schlußfolgerungen und Vermutungen auf dem Hintergrund eigener Erfahrungen mit altersverwirrten Menschen angewiesen.

Dem Schmerz und der Trauer soll freier Raum gegeben werden, damit der Trauerprozeß überhaupt in Gang kommt. Ein solches "'Sich-fallen-Lassen' ... setzt Vertrauen in das eigene Ich, die soziale Umwelt und in Gott voraus, daß sie dem Trauernden beistehen und ihm gestatten, seinen Gefühlen freien Lauf zu geben" (a.a.O., 87). Bei leicht altersverwirrten Menschen ist damit zu rechnen, daß es auch noch längere Zeit nach dem Todesereignis zu schockähnlichen unkontrollierten Gefühlsausbrüchen und andererseits auch geradezu zu 'Pausen' im Trauerprozess kommt, der bei ihnen also durchaus mehrmals ausgelöst werden muß. Begleitende sollten sich bei solchen sich wiederholenden Gefühlsausbrüchen vergegenwärtigen, daß es den Betreffenden mitunter dabei so ergeht, als sei ihnen die Todesnachricht erst soeben überbracht worden, und dem Schmerz und der Trauer Raum gewähren. Trauerkleidung kann gerade altersverwirrten Menschen helfen, das eingetretene Ereignis bewußt zu halten, um zunehmend zu einer Erinnerungsarbeit überzugehen.

Angesichts des emotionalen und psychischen Chaos brauchen Trauernde eine Reorganisation und Strukturierung ihres Lebens, die ihnen Halt bietet (vgl. ebd.). Der Routineablauf eines Altenheims kommt dieser Bedingung nach. Es sollte aber verstärkt darauf geachtet werden, daß Trauernde an diesem Ablauf aktiv beteiligt sind. Andererseits darf im Umgang mit Trauernden nicht so getan werden, als sei nichts geschehen. Diesbezüglich kann die Trauerkleidung auch den Pflegenden und Begleitenden ein Erinnerungszeichen sein.

"Eine unumgängliche Aufgabe in der Trauerarbeit ist die Anerkennung des eingetretenen Todes. Nur wenn der Tod anerkannt wird, kann er wirklich überwunden werden. Die Durchsetzung des Realitätsprinzips kann nur schrittweise erfolgen und ist immer durch Phasen der Verleugnung unterbrochen." (ebd.) Ist die Verwirrtheit durch den Verlust ausgelöst, ist die Anerkennung der Realität durchaus ein Ziel der Trauerbegleitung, mit dessen Erreichen zugleich die Verwirrtheit zurückgehen dürfte. Dabei ist zu beachten, daß ein Mensch, der die Realität leugnet, diesen 'Selbstbetrug' braucht, weil er ihm Schutz bietet. Erst wenn er anderswo Schutz und Hilfe findet und Vertrauen dazu faßt, kann er die Leugnung aufgeben. Der Wunsch, den geliebten Menschen bei sich zu wissen, kann stärker sein als der (verbliebene) Realitätssinn. Kommt es schon bei Menschen mit nicht eingeschränkter Hirnleistungsfähigkeit im Trauerprozeß zu Trugbildern und ähnlichem, die sie aber kognitiv in Frage zu stellen und zu verarbeiten in der Lage sind, so sind altersverwirrte Menschen solchen Irrtümern weitestgehend hilflos ausgeliefert. Der geliebte Verstorbene sollte ihnen zwar gegenwärtig bleiben, doch nicht als Trugbild, sondern in der Erinnerung. Deshalb ist eine gezielte Erinnerungsarbeit nötig, die an den emotionalen und psychischen Bedeutungsinhalten ansetzt und nicht auf Anerkennung der Realität drängt. Erst wenn der Verstorbene in der Erinnerung als Erinnerung lebendig bleibt, erst wenn also die Realität emotional und psychisch angenommen werden kann, kann sie auch eventuell kognitiv nachvollzogen werden. Erinnerungsarbeit kann praktisch z.B. durch gemeinsame Spaziergänge zum Friedhof geschehen, bei denen Trauernde wenn möglich eigenhändig Grabpflege leisten sollten, auch wenn sie 'nur' Blumen niederlegen, oder in Gesprächen beim Blättern in einem Fotoalbum sowie durch Gottesdienstbegleitung insbesondere am Toten- bzw. Ewigkeitssonntag und wenn sich Todes- oder Geburtstag jähren.

In dieser Erinnerungsarbeit wird es schließlich auch darauf ankommen, negative Gefühle und Wünsche gegenüber dem Verstorbenen zuzulassen. "Nur wo der Verstorbene in seiner vollen Menschlichkeit angenommen ... wird, kann er so in der Welt des Hinterbliebenen aufgenommen werden, ohne daß ein Zwang besteht, um seinetwillen die Realität zu verzerren." (a.a.O., 89) Nur so kann die

Erinnerung an den Verstorbenen das eigene gegenwärtige Leben bereichern. Gerade auch Worte des Glaubens können helfen, sich selbst und dem anderen zu vergeben, wird doch beiden in ihnen von Gott Vergebung zugesprochen.

Besondere Begleitung bedürfen altersverwirrte Menschen auch, wenn sie den **Statuswechsel** erleben, der **mit dem Beginn der Pflegebedürftigkeit** verbunden ist, die in der Regel mit der Verwirrtheit einhergeht. Zunehmend erleben sie nun Eingriffe in ihre Privat- und Intimsphäre sowie zahlreiche andere Einschränkungen (s. II.2.), und es kann infolge dessen zu reaktiven Verhaltensstörungen kommen (s. II.1). Altenheimseelsorge hat hier eine doppelte Aufgabe: Zum einen sollte sie sich dafür einsetzen, daß die Eingriffe und Einschränkungen, die pflegebedürftige Menschen akzeptieren bzw. dulden müssen, möglichst gering gehalten werden und Pflegebedürftigkeit nicht zum Stigma wird (s. auch unten "Lebensraum bewahren, schaffen und gestalten"). Zum anderen brauchen Betroffene verständnisvolle Begleitung, damit sie ihre Pflegebedürftigkeit und die damit einhergehenden unvermeidbaren Einschränkungen und Eingriffe akzeptieren und annehmen können. Es ist hauptsächlich das Pflegepersonal, dem diese Aufgaben zufallen. Es darf dabei nicht allein gelassen werden (s. II.4.). Andererseits brauchen vor allem pflegebedürftige Menschen im Altenheim zumindest einen unabhängigen Ansprech- und Vertrauenspartner, dem sie ihr Leid klagen können, ohne Repressalien befürchten zu müssen. Außer der Heimleitung und dem Pastor bzw. der Pastorin sowie ihnen besonders vertrauenswürdig erscheinenden Personen vom Pflege- und Putzpersonal 'schütten' Bewohner vor allem Besuchern und insbesondere Angehörigen gegenüber 'ihr Herz aus'. Doch gerade hinsichtlich altersverwirrten Bewohnern wissen sie oft nicht, was sie davon halten sollen, und fühlen sich überfordert und hilflos. Sie sollten daher nicht noch zusätzlich in die Verantwortung genommen werden. Vielmehr brauchen auch sie in dieser Situation Unterstützung durch die Möglichkeit, sich auszusprechen, sowie durch gleichermaßen fachkundige wie seelsorgerliche Beratung und Begleitung (s. II.4.). Auch hier liegen Aufgaben der Heimleitung, des psychosozialen Dienstes - sofern die Einrichtung über einen solchen verfügt - sowie der pastoralen Seelsorge.

Und schließlich ist auch **die Sterbebegleitung** eine wesentliche Aufgabe von Altenheimseelsorge. Christliche Sterbebegleitung versteht sich als Hilfe beim und im Sterben, nicht als Hilfe zum Sterben. Aktive Sterbehilfe ist also grundsätzlich ausgeschlossen. Innerhalb der Grenzen dieses Selbstverständnisses orientiert sie sich in der Sterbebegleitung an dem Willen und den Bedürfnissen des Sterbenden. Wenn der Sterbende seinen Willen nicht mehr eindeutig äußern kann - und dies ist bei altersverwirrten Menschen oft der Fall - und auch keine Patientenverfügung

jüngeren Datums vorliegt, muß vom mutmaßlichen Willen des Sterbenden ausgegangen werden, wobei der Sterbende selbst - z.B. durch Nahrungs- und Flüssigkeitsverweigerung - sehr deutliche Hinweise geben kann. In der Regel wird bei terminaler Erkrankung die Therapie auf palliative Maßnahmen zu beschränken und der Krankheit ihren natürlichen Lauf zu lassen sein. Aufgabe von Altenheimseelsorge ist es in solchen Fällen, sich dafür einzusetzen, daß unnötige medizinische Maßnahmen, mit denen z.B. auch die Verlegung in ein Krankenhaus nötig würden, unterbleiben. Doch immer wieder fällt es schwer, diesbezüglich eine Entscheidung zu treffen, wenn - aufgrund der Grenzen der Diagnostik, zumal in einem Altenheim, das nicht über die diagnostischen Möglichkeiten eines Krankenhauses verfügt - keine auch nur annähernd sichere Prognose gestellt werden kann: In solchen Situationen befinden sich alle Beteiligten in einem ethischen Konflikt; und dennoch müssen sie zu einer verantwortlichen Entscheidung gelangen (vgl. I.1. Leitlinie 7). Angesichts der Komplementarität von Tat- und Unterlassungsschuld gibt es keinen 'Königsweg' der Problemlösung. Altenheimseelsorge wird daher in ihrem Einsatz für ein menschenwürdiges Sterben im Dialog der unterschiedlichen Berufsgruppen sowie der Angehörigen und ehrenamtlichen Helfer (z.B. aus Sitzwachengruppen) das christliche Menschenbild sowie ihr Verständnis von Sterbehilfe und Sterbebegleitung vertreten, die grundsätzliche Schuldhaftigkeit menschlicher Existenz anhand der konkreten Situation aufzeigen und vom Wort der Vergebung Gottes her zu einer verantwortlichen Entscheidung ermutigen. Alle Beteiligten können in diesem Dialog Altenheimseelsorge betreiben, nicht nur der Theologe, auch wenn er es häufig sein wird aufgrund der in seiner Ausbildung vermittelten theologisch-ethischen Kompetenz, die ihn hoffentlich nicht zur Überheblichkeit verleitet.

Der Verlauf des Sterbens ist seit den "Interviews mit Sterbenden" von Elisabeth Kübler-Ross immer wieder in Phasenmodellen beschrieben worden (z.B. von K. Nighswonger u.a.). Derartige Phaseneinteilungen sollten jedoch keinesfalls verallgemeinert werden, denn Sterben ist ein individueller Prozeß, der immer wieder anders verläuft.¹⁹⁹ Solche Verlaufsdarstellungen geben aber durchaus Verhaltensweisen wieder, die zwar nicht jedesmal, aber doch häufig zu beobachten sind, und können somit als eine allgemeine Wahrnehmungs- und Verstehenshilfe dienen. Doch wie zum Verlauf des Trauerprozesses, so sind mir auch

199 So seien bei alten und hochbetagten Menschen häufig Ängste nur noch Nebensache auf dem Weg ins Sterben; an ihre Stelle trete oft das Erleben der Erlöstheit. "Deshalb sollten wir nicht Ängste herbeivermuten, wo sie bereits einem anderen Gefühl Platz gemacht haben." (REST 1989, 131) Differenzierter wird das Sterben alter Menschen in der Auswertung einer Untersuchung, an der 50 sterbende alte Menschen teilnahmen, von Andreas Kruse betrachtet. Kruse arbeitete aufgrund der Untersuchungsergebnisse fünf verschiedene Bewältigungsstile heraus, die in Kurzfassung in KRUSE IV/88, 8-10, beschrieben werden.

zum Verlauf des Sterbens altersverwirrter Menschen keine Untersuchungen bekannt. Es wäre jedoch falsch anzunehmen, daß der mehr oder weniger starke Verlust an Hirnleistungsfähigkeit dazu führe, daß die Betroffenen geistig bereits gestorben seien und nun lediglich noch der Körper folge, daß also ein Erleben des Sterbens und eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod nicht mehr stattfindet. Wer altersverwirrte Menschen in ihrem Sterben begleitet, kann hautnah - durch einen Blick in ihre Augen, an ihrer Mimik und Gestik, in der Atemgemeinschaft - erleben, wie selbst schwerstemente Menschen um ihren nahen Tod 'wissen' und sich mit dieser existentiellsten aller Bedrohungen auseinandersetzen. Das Erleben des mit der Geburt ich-nahesten Ereignisses des eigenen Sterbens kann nicht durch auch noch so schwere dementielle Veränderungen aufgehoben werden. Und bei weniger schwer verwirrten Menschen läßt der nahe Tod sogar "oftmals alle Verwirrtheit schwinden und sinnvolle Gespräche entstehen"²⁰⁰. Wie auch immer die Auseinandersetzung altersverwirrter Menschen mit ihrem nahen Tod verlaufen mag, auch sie brauchen Begleitung im Sterben.

Worum geht es aber nun in der Sterbebegleitung, und wie können wir ihren Aufgaben bei sterbenden altersverwirrten Menschen nachkommen? Welchen kommunikativen Beistand, welchen Trost, welche Sprachhilfe und welche Hoffnung kann Seelsorge angesichts des nahenden Todes vermitteln, "ohne daß die schmerzliche Realität dieser Situation zugedeckt wird"²⁰¹? Christliche Sterbebegleitung und christliche Hospizarbeit haben drei grundlegende Aufgaben²⁰²: (1.) Hilfe zu leisten bei der Integration des Sterbenden und seiner Angehörigen in die Gemeinschaft der Lebenden durch Kommunikation und Partizipation ("soziale Zärtlichkeit"); (2.) Hilfe zu leisten beim Hinausgehen aus der Gemeinschaft der Lebenden durch Mitgehen bei der Suche nach dem je einzelnen Sinn des Sterbens und durch Ermutigung zum Vertrauen. Beide Hilfeformen zielen und wollen hinführen auf (3.), Hilfe zu leisten beim Hinübergehen zur Gemeinschaft mit dem Lebendigen, wobei wir hier nicht mehr begleiten dürfen, sondern das Geleit dem empfangenden Gott überlassen müssen. Christliche Sterbebegleitung möchte also zusprechen und ganzheitlich erfahren lassen: "Du gehörst zu uns", "Du darfst gehen", "Wir lassen dich los".

Wie kann nun Altenheimseelsorge diesen Aufgaben bei altersverwirrten Menschen nachkommen? Die Integration Sterbender und ihrer Angehörigen in die Gemeinschaft der Lebenden ist eine zutiefst kommunikative Aufgabe, sowohl

200 REST 1989, 132.

201 WINTZER 1990, 140.

202 Vgl. zum folgenden REST 1989, 96-101, sowie REST 2/1993, 35.

hinsichtlich des Umgangs miteinander, als auch betreffs der institutionellen Rahmenbedingungen (s.u. "Lebensraum bewahren, schaffen und gestalten")²⁰³. Sie bedeutet nichts anderes als mit ihnen zu leben, menschliche Ohnmacht und Ratlosigkeit - die des Sterbenden, wie die der Begleiter -, aber auch ambivalente Gefühle (Todesfurcht *und* Todessehnsucht, Angst- *und* Erlösungsgefühle, Widerstand *und* Ergebung) gemeinsam auszuhalten. Gemeinschaft zu haben mit einem sterbenden alterverwirrten Menschen ist nicht an medizinisches oder seelsorgerliches Fachwissen gebunden, sondern erfordert vor allem die Bereitschaft, sich selbst in eine Beziehung zu diesem Menschen hinein zu wagen. Wenn der Sterbende noch reden kann, sollte man insbesondere auf Bilder- und Symbolsprache achten, in der sich sein inneres Erleben mitteilen will. Doch der Aufbau einer Beziehung ist nicht an sprachliche Mittel gebunden (s.o. unter "Begegnung" zur multisensuellen und basalen Kommunikation sowie zum existentiellen Schweigen). Auch durch Nähe und Anwesenheit, Zuhören, Blick- und Körperkontakt kann sich eine Beziehung aufbauen. "Der sterbende Mensch spürt in der Tiefe, daß da jemand ist, der ihm beisteht, es gut mit ihm meint, ihm Einsamkeit nimmt. Er spürt, daß da noch Beziehungen sind."²⁰⁴ Aber auch Musik kann Gemeinschaftserlebnisse, Selbst-Nähe, Wahrnehmung der eigenen Stimmungsschwankungen und Ablenkung von den körperlichen Beschwerden vermitteln.²⁰⁵ Insgesamt geht es hier um Formen des Gemeinschaftserlebens, "die zum Teil eine Kontinuität aufweisen bis in vorgeburtliche Entwicklungsphasen."²⁰⁶

Durch eben diese Gemeinschaftserlebnisse kann Altenheimseelsorge sterbenden altersverwirrten Menschen Mut machen zum Vertrauen. Ihre Begleitung bei der Suche nach dem Sinn ihres Lebens und Sterbens wird allerdings nicht darin bestehen können, ihr Leben und all die unerledigten Dinge aufzuarbeiten, denn das setzt die Fähigkeit zu komplexem Denken voraus. Die Frage nach der Lebensdeutung altersverwirrter Menschen wird noch zu erörtern sein (s.u.). Doch soviel kann schon hier gesagt werden: Die drei Grundfragen des Menschen,

203 Vgl. auch REST 1989, 135, der zwischen drei Ebenen unterscheidet, auf denen Sterbende ihre Einstellungen zum eigenen Sterben bilden: eine fremdgeleitete, die vom institutionellen Milieu, von den Behandlungs- und Pflegemethoden, von Apparaturen, von den Mitmenschen etc. bestimmt wird, eine eigengeleitete, in welcher sich das Subjekt ausdrückt, und eine innengeleitete, die sich in den verinnerlichten Normen, Symbolen, Bildern und Sehnsüchten aus Religion und Weltanschauung bildet.

204 DEPPING 5/1990, 15.

205 Vgl. REST 1989, 160.

206 DEPPING 5/1990, 16. So geht etwa die Erlebensfähigkeit für Rhythmus auf das vorgeburtliche Wahrnehmen des Herzrhythmus der Mutter zurück. Vgl. hierzu auch Gen 49,25: "Von deines Vaters Gott werde dir geholfen, und von dem Allmächtigen seist du gesegnet mit dem Segen oben vom Himmel herab, mit dem Segen von der Flut, die drunten liegt, mit Segen der Brüste und des Mutterleibes."

"Woher komme ich?", "Wer bin ich?" und "Wohin gehe ich?" bewegen auch den altersverwirrten Menschen, wenn auch verstärkt auf der emotionalen, weniger auf der kognitiven Ebene seines Bewußtseins. Gemeinschaft über Musik- und Atemrhythmus weckt auf gefühlsmäßige Art Erinnerung an die Herztöne der Mutter; das Ansprechen mit Namen ist eine Erfahrung des Ich-Seins. Auf diese und andere Weisen kann auf die Grundfragen des Menschen auch bei altersverwirrten Menschen eingegangen werden. Eine besondere Bedeutung kommt auch hier der Frage nach Gott zu. Ohne den Gottesbeweis Kants aus der praktischen Vernunft bemühen zu wollen, läßt sich doch sagen, daß mit den Grundfragen des Menschen die Frage nach Gott gestellt ist. Auch mit stark altersverwirrten Menschen ist auf eine sehr einfache Art noch Kommunikation über diese Frage möglich. Das Gespräch besteht mitunter nur in einem Wort in unterschiedlicher Betonung, in der sich der Sterbeprozess eines altersverwirrten Menschen widerspiegeln kann: "Gott?" - der Zweifel, die Erfahrung der Ferne Gottes; "Gott!" - der verzweifelte Ruf nach Gott, die Klage zu Gott, die Anklage Gottes; "Gott." - die Erfahrung der Nähe Gottes und Ausdruck des Hinübergehens zur Gemeinschaft mit ihm. Selbst wenn der Sterbende keine Silbe mehr sprechen kann, so werden doch diese Fragen innerlich bewegt und non-verbal bzw. basal zum Ausdruck gebracht. Die Frage, ob in der Begleitung Sterbender Gott auch explizit ins Spiel gebracht werden sollte, wird sich an dem Sterbenden selbst zu orientieren haben. Der Sterbende ist "an jenem spirituellen Standort abzuholen, den er für sein Leben und Sterben gewählt hat"²⁰⁷. Möglichkeiten sind das Aufhängen meditativer und symbolhaltiger Bilder bis hin zu Abendmahl und Krankensegnung mit Krankensalbung (s.o.).

Angesichts der Aufgaben von Sterbebegleitung ist deutlich, daß niemals "der Begleiter dem Begleiteten voraus (ist), so daß er wüßte, was für ihn richtig wäre. Demütig läßt der Begleiter sich leiten von der Hand dessen, der allen Sterbenden in Kreuz und Auferstehung vorausgegangen ist."²⁰⁸ Und auch die Wechselseitigkeit im Verhältnis der Partner im Seelsorgegeschehen (vgl. I.2.) wird vielleicht nirgends sonst so deutlich, wie in der Sterbebegleitung: "Sterbende bereiten die Menschen, die sie begleiten, auf das eigene Sterben vor. Es ist vielleicht der letzte Dienst, ihre Botschaft für die Lebenden. Wer sich dem nicht entzieht, erlebt, daß eigene Ängste schwächer werden und - so paradox das klingen mag - die dankbare Freude am Leben wächst."²⁰⁹

207 REST 1989, 100.

208 REST 2/1993, 35.

209 LESNY 5/1990, 16.

Wer kann nun in einem Altenheim die seelsorgerliche Begleitung sterbender altersverwirrter Menschen übernehmen? Vom Pflegepersonal kann man, will man realistisch bleiben, nicht allzu viel verlangen. LESNY 1991, 22, rechnet vor, daß für jeden Bewohner täglich nur eine knappe Stunde zur Verfügung steht. In dieser Zeit müssen alle Pflegearbeiten (Essen geben, baden, waschen, lagern, verbinden u.v.m.) sowie zahlreiche andere Arbeiten, die nicht unmittelbar mit dem Bewohner zu tun haben (Medikamente bestellen, Stationsküchenarbeiten, Pflegedokumentation, Gespräche mit Angehörigen u.v.m.) erledigt werden. Eine psychosoziale Betreuung, geschweige denn eine Sitzwache, ist während der Arbeitszeit nicht möglich. Dennoch bleibt auch unter den gegebenen Umständen ein gewisser Spielraum für das Pflegepersonal, der genutzt werden sollte. Arbeiten können umverteilt und umgewichtet werden, so daß für den sterbenden Bewohner mehr Zeit bleibt. Doch bekannt ist, daß Sterbezimmer seltener vom Personal frequentiert werden, weil sie eigene Ängste und Verunsicherung auslösen. Sterbende werden häufig gemieden, und der Kontakt mit ihnen wird auf Körper- und Behandlungspflege reduziert. Auch altersverwirrte Menschen spüren schmerzhaft den Bruch in den Beziehung von Pflegenden zu ihnen. Der Kontakt und die Gemeinschaft mit Sterbenden muß vom Personal bewußt gewollt und gesucht werden. Dazu ist allerdings eine entsprechende seelsorgerliche Begleitung auch der Pflegenden nötig. Sie sollten ihre Ängste aussprechen und damit auch ein Stück weit loswerden können. Dies kann in Fortbildungen, Supervision und Balintgruppen geschehen; aber auch die Teilnahme an Aussegnungsfeiern (s.o.) kann diesbezüglich einiges bewegen.

Immer wieder bringen Angehörige prinzipielle Bereitschaft zur Sterbebegleitung mit. Sie fühlen sich jedoch zumeist in der Institution Altenheim fremd und befinden sich selbst in einem emotionalen und psychischen Bewältigungsprozeß. Die Ausgrenzung des Todes aus dem öffentlichen Leben in unserer Gesellschaft bewirkt, daß viele Angehörige kaum oder gar keine Erfahrung mit Sterbesituationen haben; entsprechend verunsichert sind sie. Angehörige sollten, vielleicht nicht gerade schon während des Heimaufnahmegesprächs, aber doch möglichst bereits vor Beginn des eigentlichen Sterbeprozesses nach der Bereitschaft zu einer Sterbebegleitung gefragt werden, wobei ihnen deutlich zu machen ist, daß ihre Antwort unverbindlich ist und keine Verpflichtung bedeutet. Unterstützung sollte nicht bloß prinzipiell zugesagt, sondern konkret angeboten werden, z.B. durch die Möglichkeit, Besuch zu erhalten von jemandem aus der Sitzwachengruppe (s.u.).

Daß in einem Altenheim niemand allein zu sterben braucht, ist in der Regel ohne ehrenamtliche Begleiter nicht zu gewährleisten. Wie das Pflegepersonal und die Angehörigen, so sind auch die ehrenamtlichen Begleiter auf Gesprächs-

möglichkeiten mit anderen Menschen angewiesen, um ihre Empfindungen und Gedanken auszusprechen und über sie wie über ihre Reaktionen mit anderen zu reden. Hier bietet es sich an, Sitzwachengruppen ins Leben zu rufen, zu unterstützen und zu fördern. In Stuttgart bildeten sie den Keim der dortigen Hospizbewegung. Rechtlich bietet sich die Organisationsform des Vereins an (Spendenquittungen können ausgestellt werden, Steuervergünstigungen, Anträge auf öffentliche Zuschüsse können gestellt werden), in der auch die Frage nach Aufwandsentschädigung zu beantworten wäre. Das Altenheim könnte räumliche Möglichkeiten zur Verfügung stellen. Die für die Altenheimseelsorge Verantwortlichen sind gefordert, Sitzwachengruppen nicht nur ideell zu unterstützen, sondern für eine inhaltliche und seelsorgerliche Begleitung der Begleiter zu sorgen. Sitzwachengruppen können dazu beitragen, daß das Sterben mit seinen wichtigen Erfahrungen aus der Tabuzone herauskommt - auch im Sinne einer 'Entprofessionalisierung' der Sterbebegleitung. Sie können zugleich eine wichtige Brückenfunktion haben zwischen der gesellschaftlich-politischen Gemeinde, der Kirchengemeinde und Diakonie, zwischen ambulanter und stationärer Pflege sowie zwischen den regionalen Einrichtungen der Kranken- und Altenhilfe im Sinne einer Netzwerkstruktur.

Sterbebegleitung ist natürlich auch eine Aufgabe des Trägers und der Heimleitung eines Altenheims. Sie müssen sich auf der Ebene der institutionellen Rahmenbedingungen der Situation stellen, die vielfach der eines Hospizes ähnelt. Die Zusammenarbeit mit einem ambulanten Hospiz wäre zu erwägen. Vom Altenheim selbst könnte die Initiative zu einer Sitzwachengruppe ausgehen. Ruhe- und Schlafräume für begleitende Angehörige von auswärts zu schaffen, die Möglichkeit eröffnen, daß Begleitende auch im Zimmer des Sterbenden mit übernachten können, u.a.m. - all dies sind Aufgaben des Trägers und der Heimleitung (s. auch u. "Lebensraum bewahren, schaffen und gestalten"). Vor allem aber kommt ihm die Aufgabe zu, für eine Koordination in der Sterbebegleitung zu sorgen.

Lebensdeutung

Das Alter ist in der Regel das eigentliche Interpretationsstadium des Lebens, in dem es darum geht, das eigene Leben vor sich zu bringen und annehmen zu können. Es ist davon auszugehen, daß auch der altersverwirrte Mensch deutlich empfindet, daß sein Leben in seine letzte Phase gekommen ist. Auch er hat das Bedürfnis, Sinn und Identität zu erfahren. Die Grundfragen des Menschen, "Woher komme ich?", "Wer bin ich?", "Wohin gehe ich?", beschäftigen auch ihn, wenn auch weniger kognitiv-intellektuell als emotional-intuitiv. Sinn und Identität

zu vermitteln sowie zu helfen, daß der Mensch sein Leben vor sich, ja vielleicht auch vor Gott bringen und annehmen kann, ist die Aufgabe von **Seelsorge im Modus der Lebensdeutung**.

In II.2. wurde kurz die Bedrohung des altersverwirrten Menschen von Identitäts- und Sinnverlust dargestellt. Es wurde grundlegend unterschieden zwischen der Subjekt- und der Person-Identität des Menschen. Subjekt-Identität bezeichnet das Werden des Menschen als Person und meint die Bewußtseinsleistung, mittels derer es der Mensch unternimmt, sein Selbstkonzept, Selbstwertgefühl und seine Kontrollüberzeugung möglichst widerspruchs- und spannungsfrei in Beziehung zueinander zu setzen; als solche ist Identität keine Eigenschaft, sondern ein nur momentan greifbarer, höchst fluktuierender Zustand. Mit der Aufgabe, Subjekt-Identität immer wieder neu herzustellen, sind altersverwirrte Menschen zweifellos oft überfordert: Ihre biographische Kontinuität reißt ab infolge des zunehmenden Gedächtnisverlustes. Veränderungen in ihrem Leben können sie nur schwer, bisweilen gar nicht mehr in ihr Selbstkonzept integrieren (s. z.B. o. zur Trauerarbeit). Ihre Subjekt-Identität können sie nicht mehr selbst herstellen, ohne daß es zu zum Teil starken Spannungen und Widersprüchen kommt. Seelsorge im Modus der Lebensdeutung sollte diese Probleme wahr-, ernst- und annehmen und sie in das Licht der Liebe Gottes stellen, in der allein unsere wahre Identität (Person-Identität) begründet ist. Praktisch bedeutet dies sowohl Hilfe bei der Arbeit an der Subjekt-Identität, soweit dies möglich ist, als auch Zuspruch der Person-Identität, wobei beides vielfach miteinander geschehen wird.

GRÖZINGER 1986 hat den Vorschlag gemacht, Seelsorge zu verstehen als **Rekonstruktion von Lebensgeschichte**, da - wie Geschichtswissenschaften, Psychologie, Poetik und biblische Tradition übereinstimmend erkennen lassen - "'Geschichte' für den Menschen nur in einem komplexen Prozeß erinnernd-narrativer Rekonstruktion zugänglich wird" (a.a.O., 182f). Die "story", nicht im Sinne einer literarischen Form, sondern als Ausdruck für gelebtes Leben, ist - so die These von RITSCHEL 1976 - "das adäquate, sogar das am besten geeignete Idiom zur Artikulation der menschlichen Identität" (a.a.O., 19). Der erinnernd-erzählende Nachvollzug von Geschichte bringt Distanz zum eigenen Erleben und rückt zugleich die erzählte Geschichte in den Horizont der Gegenwart. Es ist diese Nähe aus Distanz, "aus der heraus personale Identität erwachsen kann".²¹⁰ Mit der Lebensdeutung oder - um es mit Grözinger zu sagen - mit der Rekonstruktion von Lebensgeschichte kann Seelsorge Identität erleben lassen durch Vergegenwärtigung bereits gelebten Lebens. Im Lebensrückblick, auch wenn er

210 GRÖZINGER 1986, 187.

rudimentär bleibt, werden mitunter auch 'Spuren Gottes' erkannt: Erfahrungen des Glaubens und Glaubensworte, die im Gedächtnis verhaftet geblieben sind, können ein Deutungssystem, einen Interpretations- und sinnstiftenden Rahmen abgeben, in dem Platz ist für das ganze Leben mit all seinem Guten und Schrecklichen, mit seinen Widersprüchen und offenen Fragen. In der Seelsorge wird es nun darauf ankommen, die Geschichte Gottes mit dem Menschen und die individuelle Geschichte von Menschen zu integrieren.²¹¹ "Mit einem von H.G. Gadamer geprägten Begriff kann der Prozeß der Seelsorge beschrieben werden als der Vorgang einer ständigen Horizontverschmelzung von Geschichte Gottes und individueller Lebensgeschichte. Das Gelingen dieses Prozesses hat die theologische Tradition mit den Worten von der Wirksamkeit des Heiligen Geistes umschrieben. Insofern ist Seelsorge nicht 'machbar', sondern kann immer nur gewagt werden."²¹² Seelsorge sollte jedoch nicht leichtfertig, sondern verantwortlich gewagt werden. Daher ist nach den theologischen und humanwissenschaftlichen Voraussetzungen für eine solche gelingende Horizontverschmelzung zu fragen.

Die humanwissenschaftlichen Voraussetzungen für die Seelsorge mit altersverwirrten Menschen wurden in groben Zügen in II.1. und 2. erörtert. Demnach ist Seelsorge als Rekonstruktion von Lebensgeschichte nur begrenzt und rudimentär möglich, aber nicht in jedem Fall unmöglich. Der Ansatz bei den verbliebenen - oft erst durch entsprechende Förderung und Rehabilitation wiederzuerweckenden - Fähigkeiten und Resterinnerungen des Altgedächtnisses eröffnet nicht nur einen entscheidenden Verstehenshorizont für den Umgang mit altersverwirrten Menschen, sondern läßt vor allem auch den altersverwirrten Menschen selbst Identität und Sinn erleben. Auf sprachunterstützende Kommunikationsformen sowie gesprächsunterstützende Medien wurde bereits zum Thema "Kommunikation" eingegangen (s.o.). Weitere Anregungen finden sich insbesondere in den Veröffentlichungen Deppings.

Seelsorge als Rekonstruktion von Lebensgeschichte kann im Altenheim unter Umständen aber auch anknüpfen am Pflegekonzept '**Biographiearbeit**', das gerade auch altersverwirrten Menschen zugute kommt. "Biographiearbeit verfolgt

211 SCHWEITER 1994, 411, betont im Hinblick auf diese Aussagen Grözingers, daß der Glaube "erst in dem Maße, in dem er auf die Lebensgeschichte als ganze bezogen wird und den Menschen von der Last einer allein vom Ich zu tragenden Lebensgeschichte befreit" seine "heilende und befreiende Kraft entfaltet". Schweitzer liegt an einem kritisch-befreienden Verhältnis des Glaubens zu lebensgeschichtlichen Sinnentwürfen: In der Praktischen Theologie könne nicht der Lebensentwurf den normativen Rahmen für die Relevanz von Religion abgeben - wie z.B. im Ansatz der Religionskritik -, sondern der Glaube ist das Integral der Lebensgeschichte. Doch auch die kritisch-befreienden Impulse der Geschichte Gottes bzw. des Glaubens müssen "*im* Horizont von Lebensgeschichte evident und greifbar werden" (GRÖZINGER 1986, 184).

212 GRÖZINGER 1986, 185.

die Absicht, den Menschen ... ganzheitlich wahrzunehmen, das heißt, als ein gewordenes Individuum, welches nicht losgelöst von persönlichen Lebensereignissen verstanden werden kann. Biographiearbeit ist die Einbeziehung der Vergangenheit in die augenblickliche Gegenwart und mögliche Zukunft."²¹³ Biographiearbeit ist also nicht fixiert auf die Vergangenheit, als wäre die Lebensgeschichte eines Menschen mit dem Umzug ins Heim beendet. Sie geht vielmehr davon aus, daß Lebensgeschichte jeden Tag gestaltet und verändert sowie auf eine - wenn auch noch so nahe und kurze - Zukunft bezogen wird, bis in den Tod hinein. "Biographiearbeit bedeutet also nicht nur, mit der Biographie, sondern auch an der Biographie zu arbeiten. ... Der Mensch (begegnet uns) im gegenwärtigen Moment in dem Punkt, in dem sich Vergangenheit und Zukunft treffen. Was der alte Mensch heute ist, ist er geworden. Das Verständnis seiner gegenwärtigen Gestalten kann nur gelingen durch die Kenntnis seiner Lebensgeschichte und durch das Wissen um seine auf die Zukunft bezogenen Hoffnungen, Pläne, Befürchtungen und Ängste."²¹⁴ Ziel des Pflegekonzepts 'Biographiearbeit' ist, daß der alte Mensch in der Erinnerung gelebten Lebens Kontinuität erfahren sowie Identität und Sinnhaftigkeit erleben kann, so daß sich ihm neue Möglichkeiten eröffnen, sein gegenwärtiges und zukünftiges Leben - auch unter erschwerten Bedingungen von Krankheit und Behinderung - als lebenswert zu erleben und mitzugestalten. In den meisten Pflegedokumentationssystemen gibt es mittlerweile eine Spalte oder ein Blatt, in der bzw. auf dem persönliche Lebensdaten des Bewohners eingetragen werden. Wichtiger als diese äußere Lebensgeschichte ist jedoch die innere, das, was dem Menschen über sich selbst bewußt ist, und wie er sich selbst sieht. Objektiv wichtige Lebensdaten (z.B. Hochzeit) können in der Rückschau völlig belanglos sein, während unscheinbare Ereignisse aus der subjektiven Sicht eine besondere Bedeutung erfahren. Bei altersverwirrten Menschen bleiben die Empfindungen und Wahrnehmungen der eigenen Person gegenüber auch dann noch erhalten, wenn schon längst zeitliche, räumliche und Lebensdaten betreffende persönliche Orientierung verloren ging. Die Grundregel der Biographiearbeit lautet dementsprechend: den Menschen dort abzuholen, wo er ist, ihn das Verhältnis von Nähe und Distanz, aber auch Tempo, Zielrichtung und Ruhepausen bestimmen zu lassen sowie seine subjektive Lebenserinnerung zu respektieren und zu wahren.²¹⁵

Biographiearbeit in dem eben skizzierten Sinne entspricht Zielen und Grundsätzen diakonischer Seelsorge, hat selbst eine seelengerliche Dimension und ist offen für

213 STRACKE-MERTES 3/1994, 173.

214 A.a.O., 174.

215 Vgl. ZIMMERING 7/1994.

Glaubensinhalte und Verkündigung. Diese These sei exemplarisch verdeutlicht anhand der Frage, wie der Respekt vor und die Wahrung der subjektiven Lebenserinnerung altersverwirrter Menschen theologisch zu begründen und zu interpretieren ist:

In der Arbeit mit altersverwirrten Menschen werden wir immer wieder auf - gemessen an unserem Realitätsbegriff - ver-rückte Selbstkonzepte stoßen, die wir zu 'korrigieren' nicht versuchen sollten, weil dem betreffenden Menschen eine Neuorientierung nicht mehr möglich ist bzw. nicht zugemutet werden sollte. Sicherlich ist das Maß der Realitätstreue der Subjekt-Identität wichtig für das individuelle wie das gemeinschaftliche menschliche Leben. Im Hinblick auf die Wahrheit des Menschen vor Gott jedoch, also hinsichtlich seiner Person-Identität, erfährt unser Realitätsbegriff seine radikale Relativierung: Mit der realitätstreuesten Subjekt-Identität kann die wahre Identität des Menschen genauso verfehlt werden, wie mit der realitätsfernsten Subjekt-Identität ein Mensch seiner Wahrheit vor Gott entsprechen kann. Nicht unsere sogenannte Realität ist die Richtschnur, an der wir uns - nicht nur in der Seelsorge - orientieren sollten, sondern die Liebe und Gnade Gottes: daß alle Subjekt-Identität, wie realistisch oder unreal sie auch sein mag, aufgehoben ist in der Geschichte Gottes.²¹⁶ In diesem Kontext sei erinnert an das Gedicht "Wer bin ich?", das Dietrich Bonhoeffer 1944 im Gefängnis in Tegel schrieb und an dessen Ende es heißt: "Wer bin ich? Einsames Fragen treibt mit mir Spott. / Wer ich auch bin, Du kennst mich, Dein bin ich, o Gott!"²¹⁷ Die Bejahung der eigenen Gottesbeziehung läßt hier die Person-Identität dergestalt Ereignis werden, daß die brüchig gewordene Subjekt-Identität darin tatsächlich aufgehoben ist. Altersverwirrtheit, wie schwer auch immer sie sei, kann nicht des Menschen Heil in Frage stellen. Und es entspricht mitunter der Gnade und Liebe Gottes, einem Menschen seine spannungsreiche, widersprüchliche und realitätsferne Subjekt-Identität zu lassen, ohne allerdings ihn damit sich selbst zu überlassen. Vielmehr kommt es darauf an, ihn mit seiner brüchigen Subjekt-Identität zu bejahen und anzunehmen. Inwieweit Gottes unverbrüchliches Ja zu seiner Person auch explizit Eingang findet in die Seelsorge, wird in sensibler Rücksichtnahme auf die Einstellung des Partners im Seelsorgegeschehen zum christlichen Glauben zu geschehen haben. Das Ja Gottes sollte ihm nicht vorenthalten, aber auch nicht aufgedrungen werden. Es bleibt in Geltung, auch wenn es seinerseits keine Bejahung erfährt.

216 "Aufgehoben" ist hier in dem dreifachen Hegelschen Sinne gemeint als 'hinaufgehoben' auf die Ebene der Wahrheit, 'aufgehoben' im Sinne von 'bewahrt' und 'aufgehoben' im Sinne von 'annulliert'.

217 BONHOEFER 1985, 382.

Hinsichtlich der Biographiearbeit ist also eine Zusammenarbeit von Altenheimseelsorge und Altenpflege möglich, ja sondern wünschenswert. Auch das Gespräch mit Angehörigen sollte diesbezüglich gesucht werden unter Wahrung von Datenschutz und Schweigepflicht. Die Erfahrung von Sinnhaftigkeit und Selbstbestätigung steht als Ziel auch hinter dem Grundsatz der 'aktivierenden Pflege', nach der Hilfe nur subsidiär zur eigenen Kompetenz pflegebedürftiger Menschen geleistet wird. Sie sollen sich nicht als Objekte von Pflegemaßnahmen empfinden, sondern immer wieder erleben: "Das kann ich noch". Insbesondere können auch Gemeinschaftserlebnisse Sinn erleben lassen. Wie alle Menschen, so möchten auch pflegebedürftige und altersverwirrte Menschen anderen etwas geben und nicht nur immer empfangen. Im Umgang mit ihnen wird darauf zu achten sein, ihre Gaben nicht zu verachten und das Verhältnis zu ihnen nicht einseitig fürsorglich, sondern in einem wechselseitigen Miteinander zu gestalten. Ist auch die Einseitigkeit auf der Ebene der Dienstleistungen unbestreitbar, so sollte um so mehr pflegebedürftigen Menschen mit Dankbarkeit gezeigt werden, was sie noch auf menschlicher Ebene an Freundlichkeit, Echtheit der Empfindungen, Geduld u.v.m. zu geben haben. Nicht nur durch ihr Tun, auch in ihrem So-Sein und Dasein können sie uns geradezu zu einem 'Predigttext' Gottes werden, mit dem Gott mir zuspricht, daß auch ich loslassen darf von meinem Machbarkeitswahn, meinen Selbstrechtfertigungen, meiner Helferrolle und meinen Angstverdrängungsmechanismen, kurz: daß auch ich schwach sein darf (vgl. unter I.2. zur Wechselseitigkeit in der Seelsorge).

Doch zurück zur Biographiearbeit: Für Klaus Depping ist die Rekonstruktion von Lebensgeschichte in der Seelsorge mit altersverwirrten Menschen die hermeneutische Aufgabe schlechthin, da demente alte Menschen aus dem Altgedächtnis leben; ihr Hier und Jetzt sei weitestgehend identisch mit ihrem Dort und Damals.²¹⁸ Deppings Bemühungen gelten vor allem der Wiedererinnerung christlicher Traditionen, Lieder und Glaubenssätze aus der Zeit der religiösen Sozialisation, die sich als 'Rüstzeug' und 'eiserne Ration in schwerer Zeit' auch gerade altersverwirrter Menschen erweisen sollen. Der Rückgriff auf erinnerbare Glaubenserlebnisse und -inhalte um ihrer Bedeutung willen für die Gegenwart sollte jedoch nicht den Blick dafür verstellen, daß auch altersverwirrte Menschen eine - wenn auch nicht ferne, sondern nahe - Zukunft haben²¹⁹ und sie darüber

218 Vgl. z.B. DEPPING 9/1990, 399, und DEPPING 4/1994, 230.

219 Nach KRUSE I/89, 5ff, unterliegt die Zukunftsperspektive im Alter einer qualitativen Umstrukturierung: "Es ist vor allem die nahe Zukunft, die nun in den Vordergrund des Erlebens rückt, nicht mehr aber unbedingt die ferne Zukunft. Gerade hier dürfen wir ältere Menschen nicht mißverstehen und ihnen jede Zukunftsperspektive absprechen." Sie warten beispielsweise auf den Besuch von Angehörigen. Ausflüge können sie mehr genießen, wenn sie geraume Zeit vorher darauf vorbereitet werden, denn auch sie müssen sich darauf innerlich einstellen und eine Einstellung zu ihrer Zukunft gewinnen.

hinaus die Frage "Wohin gehe ich?" bewegt. Seelsorge im Modus der Lebensdeutung sollte aus dem poimenischen Lebensrückblick auch altersverwirrter Menschen Perspektiven und Hoffnung für die nahe Zukunft und über den Tod hinaus (wieder)gewinnen und eröffnen. Unbestritten ist ferner, daß Seelsorge mit altersverwirrten Menschen auf noch Bekanntes bzw. Wiedererkanntes aus dem christlichen Symbol-, Gedanken- und Traditionsgut wird zurückgreifen müssen. Aber es ist doch auch zu fragen, welche Traditionen erinnert werden sollten und wie damit umgegangen werden kann, wenn die Erinnerung der religiösen Sozialisation alte unverarbeitete und angstbesetzte Erlebnisse belebt. Wie muß etwa die Rede von "Gott dem Vater" auf eine altersverwirrte Frau wirken, die als Mädchen von ihrem Vater sexuell mißbraucht wurde und vielleicht in ihrem ganzen Leben nicht hat darüber sprechen können! Eine Aufarbeitung solcher fast ein Leben lang mit sich getragener, angstbesetzter Erlebnisse kann mit altersverwirrten Menschen kaum mehr erfolgen. Es bleibt eigentlich nur, möglichst sensibel Angst- und Abwehrreaktionen wahrzunehmen und negativ besetzte Themen und Stichworte zu vermeiden. Die Biographie eines Menschen ist also nicht einfach eine Art 'Steinbruch' für Erbauliches, für Sinn- und Transzendenzerfahrung, sondern birgt immer auch Schreckliches, in dem unter Umständen gerade der Schlüssel zur Lebensgeschichte, Gegenwart und Zukunftserwartung eines Menschen liegt.

Die religiöse Erziehung heute alter Menschen war überwiegend streng und gesetzlich. Protestantischerseits folgte die Evangeliumsverkündigung zumeist erst nach einer gründlichen Gesetzespredigt. Nicht selten sehen gerade alte Menschen in sogenannten Schicksalsschlägen eine Strafe Gottes. Ein strenges Gewissen sowie Schuldgefühle und -erlebnisse sind mitunter sogar Ursache von Verwirrtheit, Wahnvorstellungen, Halluzinationen und Depressionen. Wie auch immer man über das Verhältnis von Evangelium und Gesetz bzw. Gesetz und Evangelium denken mag, in einer Seelsorge, in der die Liebe Richtschnur (krites) ist, sollte angesichts der häufig sehr gesetzlichen Frömmigkeit alter und altersverwirrter Menschen das Evangelium zu Lasten gesetzlicher Momente stark betont werden. Schuldgefühle und gesetzliche Frömmigkeit sollten also nicht verstärkt, andererseits aber auch nicht verschwiegen werden, gerade dann nicht, wenn sie vom Partner in der Seelsorge ins Spiel gebracht werden. Die verstärkte Betonung des Evangeliums zu Lasten gesetzlicher Anteile läßt sich nicht immer durchhalten. So sollten z.B. Abendmahl und Beichte in der Form begangen werden, die dem altersverwirrten Menschen vertraut und in seinem Altgedächtnis noch präsent ist, also in der älteren, agendarischen Form, die einst eine gesetzliche Frömmigkeit mitprägte. Eine in Rücksichtnahme auf die reduzierte Konzentrationsfähigkeit altersverwirrter Menschen mitunter gebotene Verkürzung

der agendarischen Form kann jedoch zu Lasten gesetzlicher Anteile erfolgen. Doch auch in der älteren, gesetzlicheren Form können Abendmahl und Beichte "zu einer Entspannung, Erleichterung, Befreiung, Versöhnung mit Gott und sich selbst werden"²²⁰. In der Beichte, die protestantische alte Menschen in der Regel nicht als Einzelbeichte, sondern als gemeinsame gottesdienstliche Beichte kennen, sollte die Absolution durch Auflegen der Hände auch seh- und fühlbar vermittelt werden. Auch die Beichte sollte, wie das Abendmahl, häufiger vollzogen werden, da altersverwirrte Menschen sie schon bald wieder vergessen haben.²²¹

Altersverwirrte Menschen erleben ihr gelebtes Leben in der Erinnerung geradezu als einen Torso: Sie können sich nicht mehr ihr Leben vor ihrem 'geistigen Auge' vergegenwärtigen. Es ist, als ob ein 'schwarzes Loch' in ihrem Kopf wär, das Stück für Stück alle Lebenserinnerung in sich hineinzieht. Und auch alle therapeutischen und seelsorgerlichen Bemühungen um eine Rekonstruktion der Lebensgeschichte stoßen immer wieder bald an Grenzen, die die Altersverwirrtheit setzt. Brüchig werden auch Gegenwarts- und Zukunftsbezug sowie soziale Kontakte. Ist es deshalb für den altersverwirrten Menschen nicht möglich, "das Ganze seines Lebens anzunehmen und unter der Gnade Gottes zu bejahen"²²²? Zu fragen ist also nach den theologischen Voraussetzungen für eine Horizontverschmelzung von Geschichte Gottes und der individuellen Lebensgeschichte altersverwirrter Menschen.

In einem Brief vom 20.02.1944 schrieb D. Bonhoeffer aus dem Tegeler Gefängnis an seine Eltern: "Das Unvollendete, Fragmentarische unseres Lebens empfinden wir (=Bonhoeffers Generation, d.Vf.) darum besonders stark. Aber gerade das Fragment kann ja auch wieder auf eine menschlich nicht mehr zu leistende höhere Vollendung hinweisen."²²³ H. LUTHER 1991 bedenkt im Anschluß an diese und andere Aussagen aus Theologie und Literatur das "Leben als Fragment".²²⁴ In drei unterschiedlichen Perspektiven ist unser Leben fragmentarisch: Vergangenes zerbricht, Zukünftiges bleibt unvollendet, und im sozialen Miteinander bleibt so manches auf der Strecke. Wir Menschen sind immer auch "Ruinen unserer Vergangenheit, Fragmente zerbrochener Hoffnungen, verronnener Lebenschancen, verworfener Möglichkeiten, vertaner und verspielter Chancen. Wir sind Ruinen aufgrund unseres Versagens und unserer Schuld ebenso wie aufgrund zugefügter Verletzungen und erlittener und widerfahrender Verluste."

220 DEPPING 1993a, 83.

221 Vgl. a.a.O., 82f.

222 VON HASE 1975, 28.

223 BONHOEFFER 1985, 242. Vgl. auch den Brief an Eberhard Bethge vom 21.02.1944, a.a.O., 243-47.

224 Zum folgenden vgl. H. LUTHER 1991.

(a.a.O., 267) Die Fragmentarität des Lebens selbst wird bei H. Luther zu einer Art "paidagogos eis Christon" (=Pädagoge auf Christus hin [Gal 3,24]): Das Wesen des Fragments ist "Sehnsucht", und aus unserem fragmentarischen Leben erwächst ein "Überschuß an Hoffnung", in der das "eschatologische Moment" unserer Existenz liege. "Erst und nur wenn wir aus diesem Verwiesensein unserer fragmentarischen Existenz leben, sind wir gerechtfertigt, nicht aber, wenn wir bereits versuchen, ganz zu sein." (a.a.O., 271) Die Gottebenbildlichkeit des Menschen wird insbesondere inkarnationstheologisch (Weihnachten: das unvollkommene, unfertige, hilfsbedürftige Kind) und kreuzestheologisch begründet. Ostern korrigiere nicht Karfreitag, sondern bezeuge mit ihm wahres und gelingendes Leben in Fragmentarität. Jesus ist "insofern exemplarischer Mensch, als in seinem Leben und Tod das Annehmen von Fragmentarität exemplarisch verwirklicht und ermöglicht ist" (a.a.O., 272f).

'Fragment' ist bei H. Luther die Chiffre für die Gebrochenheit, Angewiesenheit und Bedürftigkeit menschlichen Lebens. Damit ist in neuer Terminologie nichts anderes gesagt, als in jener Definition des Menschen von M. Luther, die darin besteht, "daß der Mensch durch Glauben gerechtfertigt werde"²²⁵. Die Fragmentarität des Lebens in ihrer Hinweisstruktur - denn das Fragment weist über sich hinaus auf eine Ganzheit, die außerhalb ihrer liegt - begründet also theologisch die Horizontverschmelzung von Geschichte Gottes und der immer brüchiger werdenden Lebensgeschichte altersverwirrter Menschen. Ziel von Seelsorge kann dann aber gerade nicht sein, "die Vollendung, und sei es die eines Lebensfragments, vorzubereiten"²²⁶, sondern Annahme des Lebens in seiner Fragmentarität. Jedes menschliche Leben ist und bleibt Fragment, dessen Vollendung bei Gott liegt und noch aus steht (vgl. auch I Kor 13,8-12). Wie oft wir uns auch darüber täuschen mögen: diese Wahrheit über des Menschen Leben begegnet uns erschreckend deutlich in jedem altersverwirrten Menschen; uns ist gleichsam ein Spiegel vorgehalten. Doch die Fragmentarität des menschlichen Lebens bleibt bloße Realitätsbeschreibung, bleibt Teilwahrheit, folgt man nicht ihrem Hinweischarakter auf den hin, von dem allein wir Vollendung erhoffen dürfen. Dann verliert sie auch an Schrecken, und die Wahrheit befreit vom Ideal der Vollkommenheit und Mythos der Ganzheit (vgl. auch Joh 8,30-36), nach dem das Leben eine Symphonie sei und seinem harmonischen Schlußakkord im Alter entgegenschreite. Die Rekonstruktion der Lebensgeschichte als Aufgabe der Seelsorge im Modus der Lebensdeutung folgt nicht dem Mythos der Ganzheit und Vollkommenheit, sondern dem Kreuz Christi, in dem des Menschen Leben in

225 M. LUTHER 1977, 22. Vgl. das vollständige Zitat am Ende von II.2.

226 VON HASE 1975, 28.

seiner Fragmentarität angenommen und hineingenommen ist in die Geschichte Gottes, um seinem Ostern entgegen zu sehen und gehen.

Lebensraum bewahren, schaffen und gestalten

In den grundlegenden Orientierungen zum Seelsorgeverständnis wurde diakonische Seelsorge u.a. bestimmt als untrennbare Einheit von Seel- und Leibsorge unter konstitutiver Berücksichtigung des sozialen und gesellschaftlichen Kontextes (vgl. I.2.). Auf dem Hintergrund der Entstehungszusammenhänge von Verwirrtheit sowie der Lebenssituation institutionalisierter altersverwirrter Menschen (vgl. II.1. und 2.) wurde die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Seelsorge, die auch die Bewahrung, Schaffung und Gestaltung von Lebensraum zu ihren obligatorischen Aufgaben zählt, unmittelbar evident. Die Möglichkeiten zur Umsetzung dieser Aufgaben sind so groß, wie die Kooperationsfähigkeit aller Beteiligten, die ihre Phantasie und Kreativität, aber vor allem auch die Sachkenntnis nicht nur theologischer, sondern insbesondere auch ökonomischer, juristischer sowie sozial- und humanwissenschaftlicher Zusammenhänge einzubringen haben. Verantwortliche Altenheimseelsorge ist allein mit theologisch-poimenischer Kompetenz nicht zu gewährleisten, sondern bedarf der Kooperation der verschiedenen Berufsgruppen sowie der Angehörigen, Ehrenamtlichen und der Bewohner untereinander, deren Tätigkeiten allesamt eine seelsorgerliche Dimension haben. Nun werden nicht alle im Altenheim lebenden, arbeitenden und verkehrenden Menschen sich zum christlichen Glauben bekennen. Dennoch kann auch ihr Tun ein wichtiger Beitrag zur Seelsorge im Altenheim sein. Das dem Glauben entsprechende Tun, **der Gottesdienst im Alltag der Welt**, ist "logike" (vernünftig; vgl. Röm 12,1f.) und also auch Nichtchristen und Nichtchristinnen grundsätzlich einsichtig und möglich. So singen z.B. viele Pflegekräfte gerade auch mit altersverwirrten Bewohnern Kirchenlieder, ohne daß sie sich selbst zum christlichen Glauben bekennen, sondern weil sie auf Bedürfnisse der ihnen anvertrauten Menschen eingehen. Sicherlich werden im Altenheim auch Menschen gebraucht, die mit den Bewohnern beten und ein geistliches Wort zu sagen haben. Aber verlangt werden kann es von niemandem. Ungeistlicher Zwang zerstört die Atmosphäre der Akzeptanz und die Bereitschaft, im Dienst mit alten Menschen die Anliegen der Seelsorge mitzutragen.

Im folgenden werden - ohne Anspruch auf Vollständigkeit - der Bewahrung, Schaffung und Gestaltung aufgegebenen Bereiche des Lebensraums in einem Altenheim wohnender altersverwirrter Menschen aufgezeigt. Die unterschiedlichen Fachkompetenzen und Zusammenhänge können selbstverständlich hier nicht ausgeführt werden.

Den Raum für und Rahmen der klassischen seelsorgerlichen Grundsituationen, der seelsorgerliche **Einzelbesuch, Andacht und Gottesdienst sowie die Seelsorge in Gruppenarbeit**, gilt es altersverwirrten Menschen entsprechend zu schaffen und gestalten. Der Einzelbesuch wird zumeist im Zimmer des Bewohners bzw. der Bewohnerin stattfinden. Es ist durch Absprachen zu gewährleisten, daß der Besuch nicht durch Pflegemaßnahmen u.ä. unterbrochen oder gestört wird. Ein Schild an der Türklinke "Bitte nicht stören, ich habe Besuch" kann an solche Absprachen erinnern. Der gottesdienstliche Raum - auch ein für gottesdienstliche Zwecke genutzter Multifunktionsraum - sollte eine Kirchenatmosphäre vermitteln, die gerade auch altersverwirrte Menschen multisensuell wahrnehmen läßt, daß hier Gottesdienst gefeiert wird: ein Altar mit Kreuz, Bibel, Antependium in der passenden liturgischen Farbe, Taufbecken und Abendmahlgerät; Kerzen, wenn möglich geruchsintensive aus Bienenwachs; Kirchenraumschmuck entsprechend der Zeit des Kirchenjahres; Pastor und Pastorin sollten unbedingt einen Talar tragen; eine Orgel; Kirchenglockengeläut, sofern keine Glocke(n) vorhanden, eine Aufnahme abspielen; in katholischen Gottesdiensten kommen Weihrauch und Weihwasser hinzu. Wichtig ist aber auch die Vorbereitung altersverwirrter Menschen auf den Gottesdienst. So sind viele alte Menschen es gewohnt, sich festlich anzuziehen und mit ihrem eigenen Gesangbuch zum Gottesdienst zu kommen. Für den Ablauf des Gottesdienstes ist die Mitwirkung von Angehörigen und Betreuern unverzichtbar. Nicht nur der äußere, atmosphärische Rahmen ist für die Bereitschaft und Öffnung zum religiösen Erfahren und Erleben von grundlegender Bedeutung, sondern auch das Mittun und die Gemeinschaft der Gottesdienstgemeinde. Vertraute Responsorien und Lieder laden zur Beteiligung ein. Schwer altersverwirrte Menschen, die nicht mehr in der Lage sind mitzusingen, können - von Begleitern oder Mitbewohnern bei der Hand gefaßt - durch Bewegung den Rhythmus der Lieder mitvollziehen und so Gemeinschaft erleben. Auch die Form der Predigt und anderer gesprochener Wortanteile (Gebete, Lesungen) wird sich der Realität der Altersverwirrtheit zu stellen haben. Diesbezüglich kann zurückverwiesen werden auf die grundsätzlichen Ausführungen zur Kommunikation, für deren Umsetzung im Gottesdienst (langsames Sprechen, mehr Wiederholungen, geringe Komplexität, übersichtliche Gliederung, Anknüpfung an Altgedächtnisinhalte, Symbolik u.a.) sich einige praktische Vorschläge und Beispiele bei DEPPING 1993a, 66-84, finden. Und schließlich braucht auch die Seelsorge in Gruppenarbeit eine räumliche und mediale Grundausstattung (Orff-Instrumente, Bilder u.a.). Vorschläge und Hilfen für die konkrete Ausgestaltung von seelsorgerlicher Gruppenarbeit finden sich wiederum bei DEPPING 1993a, 85-100, DEPPING 1993b und DEPPING 5/1991. In Einzelbegegnungen, Gottesdienst und Gruppenarbeit - aber auch darüber hinaus

im Alltag eines Altenheims - gilt es, auf eine Atmosphäre der Akzeptanz und Annahme hinzuwirken sowie Gemeinschaft zu stiften und damit Lebensraum zu schaffen, in dem altersverwirrte Menschen daheim sein können.

Lebensraumorientierte Seelsorge kann sich also nicht auf die klassischen poimenischen Grundsituationen beschränken. Gottesdienst, seelsorgerliche Einzelbegegnungen und Gruppenarbeit wirken zwar in den Alltag hinein. Ohne diese Wirkungen herabwürdigen zu wollen, muß dennoch festgehalten werden, daß die Gestaltung des Alltags im Altenheim ein eigenes Thema diakonischer Altenheimseelsorge ist. Lebensraum bewahren, schaffen und gestalten beginnt bereits auf der persönlichen Begegnungsebene mit der Schaffung und Vermittlung einer **Atmosphäre der Akzeptanz**, in der altersverwirrte Menschen sich angenommen fühlen (vgl. o. zu Begegnung und Begleitung). Die persönliche Begegnungsebene aber ist eingebettet und geprägt von Rahmenbedingungen, an deren Bewahrung, Schaffung und Gestaltung mitzuwirken diakonischer Seelsorge aufgegeben ist.

So ist etwa auch das Verhalten der Pflegekräfte eingebunden in ein **Pflegekonzept**, das zwar dem einzelnen einen Gestaltungsfreiraum läßt, aber auch Grenzen setzt und Vorgaben macht. Im Pflegekonzept verbinden sich ökonomische, medizinisch-pflegerische und seelsorgerliche Aspekte. Es gilt einen Ausgleich zu finden zwischen dem Sach- und dem Menschengerechten. So benötigt z.B. die Einführung der speziell für die Pflege altersverwirrter Menschen konzipierten 'kognitiven Milieuthérapie'²²⁷ in das Pflegekonzept eine gewisse Anschubfinanzierung, die sich langfristig aber rechnet und allemal preiswerter ist als ein mancherorts leider anzutreffendes 'Pflegekonzept', das darin besteht, Stellenplan und -besetzung sowie Organisations- und Arbeitsabläufe festzulegen, guten Willen zu bekunden und ansonsten den Mitarbeitern viel Glück, Kraft, Mut und Gottes Segen für das Durchwursteln zu wünschen. Altenheimseelsorge trägt eine Mitverantwortung für die Planung und Umsetzung eines Pflegekonzepts, für das Einzugs-, Trauer- und Sterbebegleitung sowie die Anliegen der kognitiven Milieuthérapie obligatorisch sein sollten.

Mit dem Pflegekonzept einher geht das **Wohnkonzept**. Wie sollen altersverwirrte Menschen in Altenheimen leben und wohnen: in eigenen Einrichtungen und Abteilungen oder zusammen mit den anderen Bewohnern eines Pflegeheims? In der Regel wohnen in deutschen Altenheimen verwirrte und nichtverwirrte alte

227 Die kognitive Milieuthérapie ist eine Strategie, mit der viele sekundäre Demenz-Symptome verhindert werden können, indem Über- und Unterforderung vermieden werden. "Es geht darum, die Umwelt, sowohl die Personen als auch die physikalische Umwelt, anzupassen an die kognitiven Fähigkeiten, an die primären Ausfälle, die Primärsymptome der Demenz, aber ebenso an die noch vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Demenzkranken." (WETTSTEIN 1990, 48)

Menschen in gemeinsamen Wohnbereichen, in den meisten Fällen jedoch ohne daß **eine integrative Wohnform** konzeptionell reflektiert und umgesetzt wird.²²⁸ Die Grenzen zur Gerontopsychiatrie bzw. zu einem psychiatrischen Landeskrankenhaus sind zugegebenermaßen fließend. Die Grenze ist z.B. erreicht, wenn Betreffende andere Bewohner ernsthaft bedrohen und gefährden. In der Regel ist aber nicht die Diagnose 'Demenz' ausschlaggebend für eine (geschlossene) Unterbringung in der Psychiatrie, sondern ob der altersverwirrte Mensch ein auffälliges und störendes Verhalten zeigt.²²⁹ Somit hängt die Entscheidung einer Überweisung in die Psychiatrie weniger von der Erkrankung und dem Verhalten altersverwirrter Menschen ab "als vielmehr von der Toleranz ihrer sozialen Umgebung und ihrem Bemühen, die Situation und das Verhalten der verwirrten alten Menschen zu verstehen"²³⁰. Das störende Verhalten hat zudem oft seine Ursache in sozialen Konflikten, die mit der Überweisung altersverwirrter Menschen nicht gelöst werden, sondern an anderer Stelle neu aufbrechen. Sicherlich gibt es auch Überweisungen in die Psychiatrie, die unter den gegebenen Umständen zum Wohle aller sind. Vielfach aber ist die Überweisung die letzte Konsequenz von ausgrenzenden Verhaltensweisen, denen die Einstellung zugrunde liegt, daß der oder die "hier nicht her gehört". Ursache einer solchen Einstellung sind oft eigene Ängste, "daß es mir auch mal so gehen könnte", aber auch Unzufriedenheit und Neid aufgrund mangelnder Verzichtslleistung sowie eine hinsichtlich Qualifikation und Quantität mangelhafte Personalsituation. Altenheimseelsorge erkennt im Christusgeschehen, daß wir nur im gemeinsamen Leben aller miteinander unser Menschsein verwirklichen, und zielt daher auf eine integrierte Integration (vgl. I.1. Leitlinie 5). Aufgabe von Altenheimseelsorge im Modus der Lebensraumorientierung ist es daher, mitzuwirken - u.a. auch durch das Pflege- und Wohnkonzept -, daß im Altenheim soziales Verständnis statt Ausgrenzung sowie Akzeptanz, Toleranz und Annahme statt Stigmatisierung das Milieu und Klima prägen. Die Umsetzung eines integrativen Wohnkonzepts ist ein ständiger Prozeß - allein schon aufgrund der Fluktuation der Mitarbeiter und Bewohner -, bedarf aber gerade in der Initiierungsphase besonderer Anstrengungen. Die Mitarbeiter sind durch Fortbildungen und Besprechungen für das integrative Wohnkonzept zu gewinnen, an

228 Im weiteren vgl. zum integrativen Wohnkonzept RASEHORN 1991, 50-56.

229 Auch der Einsatz von Psychopharmaka wäre in diesem Zusammenhang zu problematisieren. Dabei geht es nicht darum, generell die Gabe von Psychopharmaka in Frage zu stellen. Skandalös ist aber deren Mißbrauch aufgrund mangelnder Zuwendung und Ansprache sowie zur Rationalisierung eines rein funktionalen Pflegeablaufs. Überlastetes Pflegepersonal weiß sich oft einfach nicht anders zu helfen. Psychopharmaka ersetzen vielerorts betreuende Mitarbeiter und könnten ihrerseits durch Menschen ersetzt werden. Zudem sind die meisten in der Altenpflege Beschäftigten für einen verantwortlichen Umgang mit Psychopharmaka nicht hinreichend ausgebildet, und auch die Rolle der Ärzte ist in vielen Fällen nicht unproblematisch.

230 RASEHORN 1991, 51.

dessen konkreter Ausarbeitung zu beteiligen und während der Umsetzung in die Praxis durch Supervision zu begleiten. Die Einstellungsänderung und Qualifizierung der Mitarbeiter ist die Voraussetzung, um auch unter den geistig rüstigen Bewohnern und Angehörigen das Verständnis für die Verhaltensweisen altersverwirrter Menschen zu stärken.

Mit einem integrativen Wohnkonzept stärkt Altenheimseelsorge auch die Seelsorge, die zwischen den Bewohnern geschieht, weil sie damit Kommunikation zwischen den Bewohnern fördert. Altersverwirrte Menschen erfahren Annahme und Akzeptanz, und der Kontakt zu den anderen Bewohnern vergrößert ihren Handlungs- und Erfahrungsraum. Sie erhalten von ihren Mitbewohnern Orientierungshilfen, aber auch Trost und Beistand verschiedenster Art, u.a. auch durch Glaubensorte. Geistig rüstige Bewohner erfahren durch das Zusammenleben mit altersverwirrten Menschen sicherlich Beeinträchtigungen. Doch wird auch ihr Leben durch ein integriertes Zusammenleben reicher: Ihre Angst vor einer eigenen dementiellen Erkrankung verliert an Schärfe, da ja auch sie in diesem Falle in ihrer Lebenswelt mit Zuwendung und Akzeptanz rechnen dürfen und keine Ausgrenzung befürchten müssen. Sie haben es zunehmend nicht mehr nötig, mit ihren eigenen Ängsten auch die altersverwirrten Menschen zu verdrängen. Zudem können sie sich ihren verwirrten Mitbewohnern gegenüber als kompetent erleben, statt sich immer nur mit eigener Hilf- und Nutzlosigkeit konfrontiert zu sehen. Und schließlich ist in einem integrativen Wohnbereich immer 'etwas los', worüber sich aufgeregt, geärgert, gefreut und gelacht wird; insbesondere altersverwirrte Menschen beleben den von Langweile bedrohten Alltag in Altenheimen.

Im Rahmen eines integrativen Wohnkonzepts bedarf es der **Förderung partizipativer, kommunitärer und kommunikativer Strukturen und Verhältnisse**. Offenheit und Bereitschaft zu Begegnung, Gemeinschaft, Kommunikation und Nähe entsteht erst, wenn zugleich die Möglichkeit besteht, sich zurückzuziehen. Doch die Rückzugsmöglichkeiten in den meisten Altenheimen sind räumlich stark begrenzt. Eine Studie von Saup (vgl. SAUP 1990) ergab, daß 50% der befragten Bewohner von 26 Altenheimen spontan, also ohne Nachfrage, ein ausgeprägtes Gefühl des subjektiven Beengtseins äußerten: Das eigene Zimmer wurde als "furchtbar klein", "katastrophal eng" oder als "kleines Loch" erlebt, was bei einer durchschnittlichen Zimmergröße eines Einzelzimmers von 12 bis maximal 15 qm nicht verwundern dürfte. Verschärfend kommt hinzu, daß der durchschnittliche Altenheimbewohner in Deutschland etwa 90% seiner Wachzeit innerhalb des Hauses und dem dazugehörigen Außenbereich (Garten) verbringt. Fast 70% des Tagverhaltens beschränken sich auf das eigene Zimmer, etwa je 10% entfallen auf

Tages- und Aufenthaltsräume sowie den Korridor. Die als beengt erlebte Privat- und Intimsphäre wird zudem häufig durch privatheitsverletzende Verhaltensweisen des Personals beeinträchtigt. Während der oben angesprochenen Untersuchung von Saup klopfte in nur 31% der Heime das Personal vor dem Betreten eines Privatzimmers an und wartete die Einwilligung zum Eintritt durch die Bewohner ab; und dies, obwohl es sich bei dem Rundgang durch das Heim in der Begleitung von zwei Beobachtern wußte. Auffallend ist ferner, daß nach einer von SAUP 1990 angeführten Studie nur etwa 13% von allen sozialen Interaktionen der Altenheimbewohner in dem für die Begegnung zwischen Heimbewohnern geplanten zentralen Aufenthaltsbereich vorkamen. Offenbar treten in Alten- und Pflegeheimen häufig soziale Isolation und Einsamkeit bei gleichzeitiger hoher Bewohnerdichte auf. So sind etwa auch territoriale Ansprüche, wie sie immer wieder und zum Teil sehr massiv von Altenheimbewohnern erhoben werden, weniger Ausdruck eines Altersstarrsinns als des Bedürfnisses, in den beengten Räumlichkeiten eines Altenheims ihren Platz zu haben, sowie der Angst, diesen wieder zu verlieren und im Massenbetrieb unterzugehen. Bewahrung, Schutz und Achtung der Privat- und Intimsphäre jedes Bewohners (vgl. II.2.) sowie die Förderung partizipativer, kommunitärer und kommunikativer Strukturen und Verhältnisse insgesamt ist also ganz wesentlich auch eine Frage sowohl des Pflege- als auch des Wohnkonzepts.

In diesem Zusammenhang ist auch die Bedeutung von **Lage, Architektur, Grundausstattung und Raumgestaltung** eines Altenheims zu bedenken. An neueren Bau- und Wohnkonzepten fehlt es nicht; sie können hier aber selbstverständlich nicht diskutiert werden. Es soll vielmehr nur ausdrücklich darauf hingewiesen werden, daß auch diese Themen von seelsorgerlicher Relevanz sind. Im Hinblick auf altersverwirrte Menschen wird es insbesondere darauf ankommen, ein erinnerungsspiegelndes Milieu zu gestalten, das durch identitätsstiftende Gegenstände ihr Persönlichkeitsgefüge zu unterstützen vermag (eigene Möbel, persönliche Gegenstände, Name und Foto an der Zimmertür, vertraute Bilder u.a.m.). Ebenso bedarf es einer orientierungserleichternden Raumaufteilung und -gestaltung (z.B. Toilettentüren, die sich farblich von den anderen abheben; kleinere Wohnbereiche u.a.). Die Heimumwelt ist also so zu gestalten, daß sie altersverwirrten Menschen Sicherheit und Vertrauen vermittelt, ihnen die Orientierung erleichtert und von ihnen als ihr Zuhause angenommen werden kann. Leider haben die meisten Altenheime allein schon architektonisch einen Krankenhauscharakter. Doch auch dann läßt sich noch vieles den Bedürfnissen altersverwirrter Menschen entsprechend gestalten.

Die Planung und Umsetzung von ganzheitlichen und somit auch seelsorgerlichen Pflege- und Wohnkonzepten ist nun aber eingebettet in **sozialpolitische Rahmenbedingungen**. Die personellen Anforderungen für Heime regelt die **Heimpersonal-Verordnung** (HeimpersVO) in der Fassung vom 19.07.1993, in Kraft getreten gemäß § 13 HeimpersVO am 01.10.1993. Auf einige positive und negative Aspekte dieser Neufassung sei hier kurz eingegangen.²³¹ Als Heimleiter fachlich geeignet gilt laut § 2 Abs. 2 HeimpersVO, "wer 1. eine Ausbildung zu einer Fachkraft im Gesundheits- oder Sozialwesen oder in einem kaufmännischen Beruf oder in der öffentlichen Verwaltung mit staatlich anerkanntem Abschluß nachweisen kann und 2. durch eine mindestens zweijährige hauptberufliche Tätigkeit in einem Heim oder in einer vergleichbaren Einrichtung die weiteren für die Leitung des Heims erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten erworben hat". Da - unabhängig von ihrer speziellen Ausbildung - alle Laufbahnangehörige im öffentlichen Dienst ab dem mittleren Dienst Fachkräfte der öffentlichen Verwaltung sind, wird man auch Bundeswehrsoldaten als Fachkräfte der öffentlichen Verwaltung und geeignet zum Heimleiter anzusehen haben, während hinsichtlich Pfarrern und Lehrern die Frage offen bleibt und die Fachkräfte aus dem hauswirtschaftlichen Bereich, z.B. Oecotrophologen und Oecotrophologinnen, offenbar vergessen wurden. Allerdings kann nach § 11 HeimpersVO eine Befreiung von den in § 2 Abs. 2 Nr. 1 genannten Mindestanforderungen durch die zuständige Behörde, also durch die Heimaufsichtsbehörde, erfolgen. Mehr als ärgerlich ist jedoch, daß die Mindestanforderungen für die Leitung des Pflegedienstes die intensiven Bemühungen um eine Qualifizierung der mittleren Leitungsebene in der stationären Behinderten- und Altenpflege²³² geradezu unterläuft: Bereits eine Ausbildung zu einer Fachkraft im Gesundheits- oder Sozialwesen reicht aus, um Pflegedienstleitung werden zu können (vgl. § 4 Abs. 1 HeimpersVo).²³³ "Während die Fachhochschulen inzwischen Pflegemanagementstudiengänge auch für die stationäre Altenhilfe anbieten, bleibt die Heimpersonal-Verordnung weit zurück."²³⁴ Einschneidende Veränderungen wurden bei den Mindestanforderungen der Beschäftigten für betreuende

231 Zum folgenden vgl. KLIE 10/1994 und SEIBERT 1994.

232 Vgl. hierzu z.B. "Pflege braucht Eliten. Kurzfassung der Denkschrift der Kommission der Robert-Bosch-Stiftung zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege", in: Altenpflege-Forum 1. Jg. 1/1993, 1-8, sowie die Artikel "Pflegemanagement. Die Fachhochschule Osnabrück bildet Fachkräfte für Europa aus" und "Studiengänge auf einen Blick. Diese Hochschulen / Universitäten bieten Pflegestudiengänge an" im selben Heft.

233 Zu den Fachkräften im Gesundheits- und Sozialwesen gehören außer Ärzten Kranken- und Altenpfleger, Hebammen und medizinisch- oder pharmazeutisch-technische Assistenten sowie Sozialarbeiter, Sozial- und Heilpädagogen und Diakone.

234 KLIE 10/1994, 708.

Tätigkeiten²³⁵ vorgenommen. Mindestens jede zweite mit betreuenden Tätigkeiten beauftragte Kraft muß eine Fachkraft sein; unterschritten werden dürfen diese Mindestanforderungen nur mit Zustimmung der zuständigen Behörde (vgl. § 5 HeimpersVO). Es ist im Sinne einer Qualifizierung der Pflege, insbesondere der Altenpflege, zu begrüßen, daß Alten- und Krankenpflegehelfer mit einer nur einjährigen Ausbildung aus dem Kreis der Fachkräfte ausgeschlossen sind (vgl. § 6 HeimpersVO). Eine Forcierung der Helfer-Ausbildung als billige Fachkraftausbildung wurde so verhindert. Angesichts der weit verbreiteten Unterausstattung mit Fachkräften und da keine Mindestpersonalzahl festgesetzt wurde, wird von seiten der Heimträger mit unterschiedlicher Strategie auf diese Verordnung reagiert: Die einen wenden sich mit der Bitte um Bescheidung an die Heimaufsichtsbehörden und erhoffen sich auf diese Weise Unterstützung gegenüber dem Kostenträger, was die Begründung von Personal-mehrforderungen bzw. Erhöhung der Pflegesätze angeht; die anderen reagieren präventiv mit der Entlassung von Nichtqualifizierten. Zu begrüßen ist allerdings, daß § 8 Abs. 1 HeimpersVO den Träger des Heims dazu verpflichtet, seinen Beschäftigten Gelegenheit zur Teilnahme an der Veranstaltung berufsbegleitender Fort- und Weiterbildung zu geben; eine Verpflichtung zur Übernahme der Kosten besteht allerdings nicht. Die zuständige Behörde kann gemäß § 10 Abs. 1 HeimpersVO auf Antrag des Heimträgers angemessene Fristen zur Angleichung an die genannten Mindestanforderungen an Heim- und Pflegedienstleitung sowie Beschäftigte für betreuende Tätigkeiten einräumen, die fünf Jahre (=bis zum 30.09.1998) vom Inkrafttreten der Verordnung an nicht überschreiten dürfen.

Die Heimpersonal-Verordnung für sich genommen ist also insgesamt darin zu begrüßen, daß sie die Qualifizierung der Pflege forciert. Zu bemängeln ist allerdings, daß diese Qualifizierung auf niedrigem Niveau erfolgt. Zudem herrscht weiterhin große Ratlosigkeit im Hinblick auf die Neufassung des § 93 Bundes-sozialhilfegesetz (BSHG), in Kraft seit dem 01.06.1994. Die Abschaffung des Kostendeckungsprinzips durch **die Einführung des prospektiven Pflegesatzes** - übrigens ohne die Verbände in die Diskussion einzubeziehen, also § 10 BSHG ignorierend - unterstellt die Frage, was bedarfsgerechte und somit zu entgeltende Hilfen sind, dem Vereinbarungsprinzip: Pflegekassen und Einrichtungsträger müssen leistungsgerechte Entgelte aushandeln, die es einer Einrichtung bei sparsamer und wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, eine bedarfsgerechte Hilfe zu leisten. Ob die Pflegekassen, die ja Kostenträger sind, in den

235 Der Begriff der betreuenden Tätigkeiten ist recht weit gefaßt. Darunter werden alle Formen der Hilfe für Bewohner verstanden, soweit es sich nicht um die reine Gebrauchsüberlassung des Wohn- und Schlafplatzes und die Verpflegung handelt, also im wesentlichen Pflege, Therapie und soziale Betreuung.

Verhandlungen mit den Trägern der dringend nötigen qualitativen und quantitativen Verbesserung der Personalsituation in der stationären Altenpflege viel Raum geben, ist eine offene Frage, deren Bejahung wenig wahrscheinlich ist. Zu erwarten ist eher, daß die Angleichung an das in der Heimpersonal-Verordnung geforderte Mindestverhältnisses von 1:1 von Fachkräften und nichtausgebildeten Mitarbeitern auf Druck der Pflegekassen weniger durch Neueinstellung von Fachkräften als durch Reduzierung des Standes an nichtausgebildeten Mitarbeitern erfolgen wird: Weniger, aber qualifiziertere Mitarbeiter sollen die gleiche Arbeit tun. Und woher sollen die Fachkräfte kommen? Hier erweist es sich als problematisch, daß flankierende Maßnahmen zur Realisierung der Heimpersonal-Verordnung fehlen. So bedarf es bereits seit Jahren einer grundlegenden Reform der Pflege-, vor allem der Altenpflegeausbildung²³⁶, denn der Arbeitsmarkt gibt einfach qualifizierte Fachkräfte nicht in genügender Zahl her. Einrichtungen der stationären Altenhilfe, die bei den Arbeitnehmern - aus welchen Gründen auch immer - weniger begehrt sind, müssen schon seit Jahren Fachkräfte einstellen und nach der Probezeit übernehmen, von deren fachlicher oder persönlicher Eignung sie nicht voll überzeugt sind. Ein gewisses Überangebot auf dem Arbeitsmarkt ist einfach notwendig, auch um Pflegekräfte zu einer Fort- und Weiterbildung zu motivieren. Doch das Gegenteil ist der Fall, und die Lage verschärft sich noch mangels flankierender Maßnahmen zur Heimpersonal-Verordnung. Zu einer durchgreifenden Verbesserung der Personalsituation in der (Alten)Pflege wird es also in den nächsten Jahren kaum kommen.

Völlig unklar ist, wie sich **eine eventuelle europäische Sozialpolitik** auswirken wird. Zu erwarten ist auf dem Hintergrund eines Urteil des Europäischen Gerichtshof, nach dem Tätigkeiten von Religionsgemeinschaften, sofern sie anderen gewerblichen Tätigkeiten (z.B. im Dienstleistungsbereich) vergleichbar sind, als Teile des Wirtschaftslebens zu betrachten sind, sowie auf dem Hintergrund der eingeschlagenen Richtung beim Umbau des deutschen Sozialstaats, daß bezahlte soziale Tätigkeiten sowie die Wohlfahrtsverbände insgesamt "unter den Druck geraten, zu einem Teil eines rein an wirtschaftlichen Maßgaben orientierten Marktgeschehens zu werden"²³⁷.

Zudem gibt es zur Zeit Bestrebungen, die räumlichen Standards für Alten- und Pflegeheime - zur Zeit beträgt die Mindestfläche für ein Einzelzimmer gerade mal 12 qm, für ein Doppelzimmer 18 qm - durch eine entsprechende Änderung der **Heim-Mindest-Bauverordnung** abzusenken, um die Kosten für die Angleichung

236 Seit etwa zehn Jahren steht das Gesetz über die bundeseinheitliche Altenpflegerausbildung aus!

237 SEIBERT 1994, 241.

der überwiegend beschämenden baulichen Verhältnisse in ostdeutschen Einrichtungen zu reduzieren.

Die Altenheimseelsorge vor Ort kann sicherlich selbst nicht unmittelbar Einfluß auf die Gesetzgebungsverfahren und somit auf die sozialpolitischen Rahmenbedingungen nehmen. Dies ist Sache der Wohlfahrtsverbände und der Kirchenleitung. Mitarbeiter der örtlichen Altenheimseelsorge sollten aber in entsprechenden Gremien vertreten sein - hoffentlich zunehmend auch durch Nichttheologen und -theologinnen sowie Ehrenamtliche -, um eine basisnahe Interessenvertretung zu gewährleisten. Der Aufbau entsprechender Vernetzungsstrukturen sollte und kann den Prozeß der "Diakonisierung der Kirche" sowie der "Gemeindewerdung der Diakonie"²³⁸ unterstützen.

Schließlich gehören zur Lebenswelt und zum Lebensraum altersverwirrter Menschen im Altenheim auch - sofern vorhanden und noch in Kontakt mit ihnen - die Angehörigen sowie die Mitarbeiter. Altenheimseelsorge wird einerseits von ihnen, wie bereits die Ausführungen zum Pflege- und Wohnkonzept angedeutet haben, seelsorgerliches Wirken erhoffen dürfen. Andererseits bedürfen auch gerade sie der Seelsorge. U.a. auf diesen Punkt wird nun in II.4. noch weiter einzugehen sein.

238 Vgl. MOLTMANN 1984, 36.

4. Ansatz- und Strukturierungsmöglichkeiten von Altenheimseelsorge mit altersverwirrten Menschen

In den grundlegenden Orientierungen zum Seelsorgeverständnis wurde festgehalten, daß **Seelsorge der ganzen Gemeinde aufgetragen** ist (vgl. I.2.). Der rechten **Zuordnung von professioneller und sog. laienhafter Seelsorge** kommt auch in der Altenheimseelsorge konstitutive Bedeutung zu. Im vorangegangenen wurde immer wieder deutlich, daß alle im Altenheim lebenden oder beruflich bzw. privat verkehrenden Menschen seelsorgerlich tätig sind bzw. sein können; zumindest ist ihr Tun und Lassen - wie auch die Verhältnisse im ganzen - von seelsorgerlicher Relevanz. Im folgenden werden nun die verschiedenen, z.T. bereits angedeuteten Ansatzmöglichkeiten von Altenheimseelsorge in den Blick genommen. Sie sind konstitutive Elemente in einem Gesamtkonzept von Altenheimseelsorge, dessen Strukturierung im einzelnen sich wesentlich auch an den jeweiligen Gegebenheiten vor Ort wird orientieren müssen.

Seelsorge wird landläufig in Verbindung gebracht mit dem, was der Pastor bzw. die Pastorin tut. Menschen, die sich beispielsweise in einem Besuchskreis der Kirchengemeinde engagieren, nennen ihre Tätigkeit in der Regel nicht Seelsorge und empfinden es zum Teil geradezu als eine Amtsanmaßung, solches zu tun. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Altenheimen sowie Angehörige haben zu einem großen Teil zur kirchlichen Tradition ein distanziertes und mitunter kritisches Verhältnis. Auch ihnen ist es fremd, ihre eigene Tätigkeit mit Seelsorge in Verbindung zu bringen. Obwohl sie die Anliegen von Altenheimseelsorge in der Regel befürworten und wichtige Beiträge dazu leisten, so möchten sie doch ihr Verhältnis zur Kirche selbst bestimmen. Sie explizit zur Seelsorge aufzufordern, könnte als kirchliche Vereinnahmung verstanden werden und eine Abwehrhaltung provozieren. Ob Distanz aus Prinzip oder aus Zurückhaltung - die persönliche Einstellung dieser Menschen ist zu respektieren.

Eingedenk dieser Grund- und Erwartungshaltungen sowie aufgrund der bestehenden Strukturen in Diakonie und Kirche, werden in der Altenheimseelsorge Strukturierungs- und Koordinierungsaufgaben in der Initiierungsphase zunächst vielerorts durch kirchlich beauftragte Personen wahrzunehmen sein, also durch Pastoren und Pastorinnen sowie Diakone und Diakoninnen. Um so erfreulicher, wenn andere Berufsgruppen den Aufbau einer verantwortlichen Altenheimseelsorge zu ihrer Aufgabe machen bzw. dafür gewonnen werden können. Für ihre theologisch-seelsorgerliche Schulung gibt es verschiedene berufsbegleitende Möglichkeiten, etwa die Ergänzungsausbildung 'Diakonikum', die das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche von Westfalen anbietet. In jedem Fall gilt es,

für jedes Altenheim eine oder mehrere für die Altenheimseelsorge verantwortliche Personen verpflichtend zu gewinnen, in deren Dienstauftrag - sofern sie nicht ehrenamtlich arbeiten, wie z.B. mancherorts pensionierte Pfarrer - dann aber auch eine spürbare Entlastung auszuweisen ist.

Die Doppelqualifikation, mit der sich die deutschen Diakonenanstalten in der Ricklinger Erklärung vom 13.10.1976 identifizierten, scheint **Diakone und Diakoninnen** für eine verantwortliche Tätigkeit in der Altenheimseelsorge zu prädestinieren. In ihrer Person sollen soziale und theologisch-seelsorgerliche Kompetenzen miteinander zu einem diakonischen Profil verbunden sein. Doch gerade diese Vermittlung gelingt heute häufig nicht - aus Gründen, die hier nicht zu diskutieren sind. Die Profilierung des Diakonenamtes als ein den anderen kirchlichen Ämtern gleichwertiges und gleichgestelltes kirchliches Amt steht noch immer aus, in deren Folge Diakone u.a. als gleichberechtigte Partner der Pastoren in der Seelsorge tätig wären. In welchem Amt könnte die Ganzheitlichkeit der Seelsorge besser zum Ausdruck gebracht werden als im Diakonenamt! Nicht vergessen werden darf selbstverständlich, daß vielerorts in Altenheimen Diakone und Diakoninnen bereits seelsorgerliche Dienste verrichten (in Heimleitungen, Pflege und sozialen Diensten). Zumeist sind aber ihre Möglichkeiten durch andere Verpflichtungen sehr eingegrenzt. Sie mit den Aufbau-, Strukturierungs- und Koordinierungsaufgaben von Altenheimseelsorge zu beauftragen, macht Entlastungen an anderer Stelle notwendig.

Mangels Alternativen werden vielerorts Aufbau-, Strukturierungs- und Koordinierungsaufgaben in der Altenheimseelsorge zunächst von **Pastoren und Pastorinnen** wahrzunehmen sein. Beim Aufbau einer verantwortlichen Altenheimseelsorge ist aber von vornherein darauf zu achten, daß eine pastorale Engführung vermieden wird, nicht nur hinsichtlich der Diakone, sondern insbesondere auch im Hinblick auf die sog. theologischen Laien. Theologisch-poimenisches Fachwissen darf nicht als alleiniger Kompetenzausweis gelten und subtil im Interesse von Machtausübung mißbraucht werden, so daß sog. theologische Laien zwar herzlich in der Seelsorge willkommen sind, aber letztendlich der Pfarrer bestimmt, wo es 'langgeht'. Die oben beschriebene Distanz zur Seelsorge hat nicht zuletzt auch in solcher Haltung ihren Grund. Eine gewisse Professionalisierung in der Altenheimseelsorge darf sog. Laienseelsorge nicht entwerten und verdrängen. Ein einseitig an Ausbildung und Fachwissen orientiertes Kompetenzverständnis, verbunden mit Zuständigkeitsdenken und beruflicher Eitelkeit, hat bereits in anderen Bereichen Menschen dazu veranlaßt, sich aus der Verantwortung zurückzuziehen und das Feld den 'Profis' zu überlassen. Ihr Tun wird schmerzlich vermißt. Im übrigen sind angesichts der besonderen Lebensbedingungen eines

Altenheimen, insbesondere auch angesichts von Altersverwirrtheit, Pastor und Pastorin in den allermeisten Fällen ihrerseits Laien. Es gilt, sich zu vergegenwärtigen, daß Seelsorge zum großen Teil immer schon von sog. theologischen Laien wahrgenommen wurde und weiterhin wird, gerade auch da, wo pastorale Seelsorge (bisher) nur sporadisch von Fall zu Fall tätig wurde. Es gilt, **beim Aufbau einer verantwortlichen Altenheimseelsorge diese auf die breite Basis zu gründen, die bereits besteht.** Mitarbeiter und Leitung, Angehörige, Besucher und auch die Bewohner selbst üben bereits Seelsorge, auch wenn sie ihr Tun zumeist so nicht bezeichnen. Diese Seelsorge gilt es anzuerkennen, zu fördern und zu ergänzen. Hierin finden Theologen und Theologinnen in der diakonischen Altenheimseelsorge ihre Aufgabe; bei größeren Altenheimen zumindest in einem Teilauftrag, bei kleineren Heimen durch eine Schwerpunktbildung eines Ortspfarrers bzw. -pfarrerin, womit auch hier natürlich Entlastungen durch die Kollegen am Ort einhergehen müssen, die in der Stellenbeschreibung auszuweisen sind.

Aber auch dort, wo die Hauptverantwortung für Altenheimseelsorge von Diakonen oder Nichttheologen getragen wird, werden Pfarrer und Pfarrerinnen der Ortsgemeinde ihre Beiträge leisten, sei es durch Gottesdienste oder wenn sie ausdrücklich verlangt werden. Die meisten von ihnen sind den Umgang insbesondere mit verwirrten alten Menschen nicht gewohnt und benötigen Unterstützung und Anleitung. Eine Handreichung mit einführenden Informationen und allgemeinen Tips, aber auch konkrete Hilfen für die Praxis, z.B. für einen Gottesdienst (Liste beliebter und im Altgedächtnis präserter Lieder; Predigtbeispiele; Vorschläge für eine verkürzte Liturgie), sowie die Begleitung durch einen Mitarbeiter sollten durch das Haus gewährleistet sein.

Den häufigsten Kontakt mit den Bewohnern und oft auch ein besonders intensives Verhältnis zu ihnen haben **die betreuenden Mitarbeiter** in Pflege, Therapie und sozialen Diensten. Den allermeisten von ihnen sind zwar die kirchlichen Traditionen bekannt, doch nur wenige bringen einen lebendigen Glauben in ihren Dienst mit ein. So sehr es zu begrüßen ist, wenn betreuende Mitarbeiter sich in der Altenheimseelsorge engagieren, erwarten oder gar einfordern kann man es nicht. Aber auch, wer sich auf betreuende Tätigkeiten beschränkt, kann einen wichtigen Beitrag zur Seelsorge leisten. Zwar sind betreuende Tätigkeiten nicht eo ipso Beiträge zur Seelsorge. Doch sofern sie dem Glauben entsprechen und von ihm her ihre inhaltliche Richtung erfahren, sind sie als Lebenshilfe notwendiger Teil des vernünftigen Gottesdienstes im Alltag der Welt. Gerade auch in ihnen kann erfahrbar werden, wovon die Glaubenshilfe spricht: die Liebe Gottes, seine bedingungslose Annahme und Begleitung auf dem Lebensweg. Insbesondere auch

hinsichtlich altersverwirrter Menschen kommt dem Wort als Tat (vgl. I.2.) erhöhte Bedeutung zu. Ein dem Glauben entsprechendes Pflegekonzept sowie dessen Umsetzung im Pflegealltag haben nicht den Glauben als Voraussetzung, wenngleich es im Sinne der personalen Ganzheit des Menschen wünschenswert ist, daß nicht Leibsorge und Seelsorge gänzlich auf verschiedene Subjekte verteilt sind.

Pflegekonzepte sowie deren Umsetzung im Pflegealltag sind also in Entsprechung zum Glauben zu gestalten. Dabei kann die Altenheimseelsorge anknüpfen an Therapieformen und Pflegekonzepte, wie sie in der Pflegewissenschaft diskutiert und den Pflegeschulen vermittelt werden. Auf die Bedeutung der Biographiearbeit sowie der aktivierenden Pflege wurde bereits hingewiesen. Im Hinblick auf altersverwirrte Menschen werden seit längerem insbesondere **das Realitätsorientierungstraining (ROT) und das Validationskonzept** diskutiert. Beide Konzepte werden nicht punktuell eingesetzt wie die meisten Therapieformen (Kunst-, Musik-, Poesie-, Beschäftigungstherapie, Wahrnehmungstraining, verschiedene Formen des Gedächtnistrainings u.a.m.), sondern sollen die gesamte Betreuung altersverwirrter Menschen 24 Stunden am Tag prägen.

Das ROT wurde in den USA entwickelt.²³⁹ Ausgangspunkt war die Tatsache, daß die durch organische Hirnschädigungen hervorgerufenen Störungen sich verstärken, wenn sich die betroffenen Menschen zurückziehen und Beziehungen zur Umwelt sowie zu Mitmenschen abbrechen und ihre Umgebung immer weniger beachten. Stimulationsmangel und Inaktivität lassen funktionsfähige Teile des Gehirns ungenutzt und verstärken den weiteren Abbau der Hirnfunktion. Das ROT in seiner ursprünglichen Fassung wollte mittels Information, Stimulation und Kontakt ungenutzte neurologische Bahnen aktivieren und sie zur Kompensation der ausgefallenen anregen. Doch schnell war erkannt, daß die bloße Aufklärung über die Realität - Pflegende sollten möglichst häufig am Tag verwirrte Menschen über Ort, Zeit, Person und Situation informieren - an der Realität altersverwirrter Menschen vorbeigeht. Für Menschen, die ihren Wohnbereich kaum noch oder nie verlassen, ist das Datum zumeist völlig belanglos. Problematisch am ROT in seiner anfänglichen Version war ferner ein gewisser Leistungsdruck: Betroffene reagierten z.T. mit Versagensängsten und Resignation, Mitarbeiter mit Frustrationsgefühlen. Als wichtig und richtig hat sich jedoch z.B. herausgestellt: der tägliche Blick in den Spiegel, das gemeinsame Betrachten von Photographien, die wiederholte namentliche Vorstellung der Betreuungsperson und Hilfen bei der räumlichen Orientierung. All diese

239 Zum folgenden vgl. UCHTENHAGEN/JOVIC 1988, 153-61, sowie RASEHORN 1991, 65-69.

Maßnahmen stiften Beziehungen, zu sich selbst und zu anderen, erweitern den Handlungsraum altersverwirrter Menschen und helfen ihnen, Selbständigkeit zu erhalten. Schwerpunkt des ROT ist die Orientierung altersverwirrter Menschen über ihre Situation. Verwirrte alte Menschen leben oft in einer eigenen Realität, der sie durch Umdeutung und Konfabulation unsere Realität anzupassen suchen. Orientierung über ihre Situation im Sinne des ROT meint jedoch nicht die bloße Aufklärung über oder Konfrontation mit unserer Realität, sondern muß von Zuwendung und emotionaler Wärme begleitet sein. Erst wenn sich der altersverwirrte Mensch in seiner Situation geborgen fühlt, kann er diese Realität akzeptieren. Wer einen verwirrten alten Menschen hinsichtlich seiner Situation orientieren will, muß deshalb zunächst begreifen und verstehen, warum er die Realität verkennt: Vielleicht tut er sich schwer, die Realität zu begreifen, weil er immer wieder vergißt und deswegen Angst hat und verunsichert ist. Oder er sehnt sich nach Geborgenheit und Vertrautheit. Mitunter brechen auch alte unverarbeitete Konflikte mit großer Heftigkeit wieder auf und überlagern die äußere Realität. Oder er tut sich schwer, die eigene Hilflosigkeit zu akzeptieren. Erst wenn der altersverwirrte Mensch auf das ihm entgegengebrachte Verständnis mit Vertrauen reagiert, kann es sinnvoll sein, ihm Wege aufzuzeigen, wie er die eigene Situation besser verstehen, begreifen und akzeptieren kann.

"Wenn allerdings mit fortschreitender Demenz-Erkrankung der Realitätsbezug zunehmend verlorengelht, verliert auch die Realitätsorientierung ihren Sinn."²⁴⁰ Es gibt einen Punkt, an dem verwirrte alte Menschen trotz allem Verständnis und Vertrauen nicht mehr in unsere Realität folgen können. Wo das ROT seinen Sinn verliert, weil der Realitätsbezug unwiederbringlich verlorengelgangen ist, gewinnt das 'validierende Prinzip' mehr und mehr an Bedeutung. In der Validation geht es nicht mehr um das Zurückführen altersverwirrter Menschen in unsere Realität, sondern um ein Mitgehen in die innere Erlebenswelt desorientierter Menschen. Dieses bereits in den 60er Jahren von der Deutsch-Amerikanerin Naomi Feil in den USA entwickelte Prinzip ist in seiner ursprünglichen Version nicht nur hinsichtlich seiner theoretischen Grundlagen weitestgehend unreflektiert - was nicht bedeutet, daß es in der Praxis nicht wirksam wäre - als auch mit der schlicht falschen Behauptung Feils behaftet, "daß Demenz überhaupt keine organische Erkrankung sei, sondern allein dem Bedürfnis des alten Menschen entspringe, Ordnung in sein Leben zu bringen und der Realität zu entfliehen"²⁴¹. Die Rezeption des Validationsprinzips in Deutschland hat den Grundgedanken auf hiesige Verhältnisse übertragen und ihn von fragwürdigen Annahmen befreit.

240 RICHARD 4/1994, 234. Zum folgenden vgl. ferner: RICHARD 3/1994 und RICHARD 5/1994 sowie FEIL 1992 und RICHARD 9/1992.

241 RICHARD 9/1992, 544.

'Validation' (englisch) kann übersetzt werden mit 'Wertschätzen', 'Annehmen', 'Akzeptieren'. Gemeint ist damit "einerseits eine grundsätzliche Haltung zum Phänomen der Verwirrtheit und andererseits eine konkrete Umgehensweise mit Verwirrten und Demenz-Kranken, die sich an der ganz persönlichen Sicht und Erlebensebene der Verwirrten orientiert"²⁴². Im Grunde genommen wird hier der gesprächstherapeutische Ansatz Carl Rogers' übertragen auf Situationen mit altersverwirrten Menschen im Pflegealltag. Mittels validierender Gespräche wird versucht, einen Zugang zu demenzkranken alten Menschen zu finden, ob sie nun depressiv, aggressiv, fröhlich oder besorgt erscheinen. Ausgangspunkt ist die Frage, welche Gefühle hinter dem konkreten verwirrten Verhalten stehen. Diese Gefühle gilt es zu 'validieren', d.h. zuzulassen, zu akzeptieren, anzunehmen und wertzuschätzen.²⁴³ In keinen Fall darf das verwirrte Verhalten in Frage gestellt oder korrigiert werden. Im Laufe eines 'validierenden' Gesprächs entwickelt sich ein Rahmen von Schutz, Sicherheit und Verständnis, in dem der altersverwirrte Mensch seine Angst, seine Verunsicherung und seinen Streß verliert. In unserer Realität, die der verwirrte alte Mensch wie einen Nebel um sich herum erlebt, tut sich ihm eine Lichtung auf. "In diesem Freiraum aus Vertrauen und Geborgenheit findet der Verwirrte zunehmend bessere Möglichkeiten, zu reagieren, zu handeln oder auch sich mitzuteilen."²⁴⁴ Validation beinhaltet Biographiearbeit, wobei

242 RICHARD 4/1994, 233f.

243 Beispiele für validierende Gespräche finden sich in der oben genannten Literatur. Der Anschaulichkeit halber sei hier jedoch ein Beispiel zitiert: "Eine verwirrte alte Dame, Frau A., läuft auf der Pflegestation unruhig zu einer Altenpflegerin und zupft sie ständig am Arm: 'Ich muß jetzt nach Hause. Bring mich schnell zu meiner Mama! Komm doch! Schnell, Mama wartet doch, bring mich nur bis zur Linde, dann weiß ich wieder Bescheid. Jetzt komm doch schon endlich.' ... Pflegekraft: 'Sie sind sehr aufgeregt, Frau A.!' Frau A.: 'Ja, ich muß jetzt nach Hause.' Pflegekraft: 'Sie müssen ganz schnell nach Hause.' Die aufgeregte Stimmlage der älteren Dame wird übernommen, es wird nicht beschwichtigend auf sie eingeredet. Frau A.: 'Ja, die Mama wartet, die wartet doch auf mich.' Pflegekraft: 'Sie fürchten, daß sie zu spät nach Hause kommen, ja, und dann macht sich Ihre Mama Sorgen.' Die Pflegenden sollte jetzt mit Frau A. gehen und in deren Gehrhythmus einstimmen. Frau A.: 'Sie wartet immer, die Mama, bis ich daheim bin.' Pflegekraft: 'Ihre Mama hat immer gut auf Sie aufgepaßt. Es ist nicht gut, diese Mama warten zu lassen.' Frau A.: 'Ja, nein. Ja, sie hat ja so viel Arbeit!' Pause. 'Ach, ja!' Seufzer. Pflegekraft: 'Bei der großen Familie gab es viel Arbeit. Bei all den Jungen mußte immer was auf dem Tisch stehen. Da haben Sie der Mama immer viel geholfen. Sie waren die Stütze der Mama. Da waren Sie sicher stolz, daß Sie der Mama helfen können.' Frau A.: 'Ja, die viele Arbeit.' Pause. 'Die Jungen hatten immer Bärenhunger!' Pflegekraft: 'Ja, ihre Brüder waren sicher kräftige Burschen, die brauchten große Portionen auf dem Teller! An der frischen Luft wird man hungrig!' Pause. Frau A. ist ruhiger geworden. Gemeinsames Hinsetzen, das Gespräch ruhig weiterführen. Pause. Frau A. schaut die Pflegerin an. 'Und jeden Tag, den Gott erschaffen hat, mußte was auf den Tisch.' Pause. 'Sie sind doch auch eine gewieft Köchin. Haben Sie gerne Suppe gekocht?' Frau A.: 'Ja, Suppe kann ich gut, kann doch jeder!' Schaut erstaunt die Pflegerin an. Pflegekraft: 'Was kommt denn da alles rein?' Frau A. schaut sie erwartungsvoll an, antwortet nicht. 'Ach, wahrscheinlich Kartoffeln und Zwiebeln!' Frau A.: 'Ja, aber auch Möhren und ein Knochen, wenn Du einen hast.' Pflegekraft: 'Was, ein Knochen?' Frau A.: 'Das weißt Du nicht? Ja, schmeiß einen Knochen rein. Es muß doch nach was schmecken!' Pflegekraft: 'Einen Knochen, den mache ich jetzt auch rein. Sie sind eine sehr erfahrene Köchin, jetzt habe ich noch was von Ihnen gelernt. Ich bedanke mich.' Frau A.: 'Ach, keine Ursache!' Pause. 'Am besten schmeckt die Suppe, wenn Du sie wieder aufwärmst, aber langsam, verstehst Du?'" (RICHARD 4/1994, 233f)

244 A.a.O., 233.

auch die Angehörigen einbezogen werden sollen, und setzt eine Ausbildung mit Supervision sowie kooperative Teamarbeit voraus. ROT und Validation stehen nicht im Widerspruch zueinander, sondern ergänzen sich.

ROT und Validation lassen erkennen, daß die Achtung der Person und ihrer Würde, ihre Wertschätzung und Annahme, die Grundhaltung prägen, die heute Altenpflegekräften in ihrer Ausbildung zu vermitteln versucht wird. Und in den Pflegekonzepten, die auf den Schulen vermittelt werden, haben die therapeutischen Grundvariablen von Carl Rogers (s.o. II.3. zur Begleitung) zumindest ihrem Sinne nach grundlegende Bedeutung. Die Umsetzung dieser Konzepte ist ein wichtiger Beitrag zur Seelsorge im Altenheim und Teil des vernünftigen Gottesdienstes im Alltag der Welt, ohne daß damit die nichtgläubigen betreuenden Mitarbeiter allesamt als 'Krypto-Christen' vereinnahmt seien. Darüber hinaus sind diese Konzepte aber auch offen für explizite Glaubenshilfe und können allen in der Altenheimseelsorge Tätigen eine wichtige Hilfe im Umgang mit altersverwirrten Menschen sein. Hier bestehen also **Kooperations- und Anknüpfungsmöglichkeiten** für die Altenheimseelsorge, nicht nur im Altenheim, sondern auch in den Pflegeschulen, die ja zu einem großen Teil in konfessioneller Verantwortung geführt werden.

"Erst wenn die verschiedenen Dienste eines Hauses begreifen und akzeptieren, daß auch 'Seelenpflege' zur ganzheitlichen Betrachtung der Altenpflege gehört, wird mit Kooperation der verschiedenen Dienste auch auf diesem Gebiet zu rechnen sein."²⁴⁵ Damit es dazu kommt ist es nötig, **das Gespräch über seelische Nöte der Bewohner zu institutionalisieren**. Hier sind vor allem Haus- und Pflegedienstleitung sowie der Träger gefragt (s.u.). Auf der Ebene der betreuenden Mitarbeiter bieten sich die Übergabegespräche an, etwa durch spezielle Fallgespräche, aber auch durch hausinterne Fortbildungsmaßnahmen sowie offene Gesprächsgruppen. Praktisch lassen sich aber "außerhalb der Dienstzeiten Vorhaben mit Mitarbeitern nicht bewerkstelligen"²⁴⁶, denn sie leben in der Regel in möglichst gesicherten Dienstzeiten. Die Integration solcher Maßnahmen in den Dienstplan ist also unumgänglich. Sinnvoll ist ferner, im Pflegedokumentationssystem auch die 'Seelenpflege' ergänzend zur Behandlungs- und Körperpflege aufzunehmen.²⁴⁷

Auch die betreuenden Mitarbeiter brauchen Seelsorge, denn ihnen wird bei ihrem Dienst viel abverlangt. Sie brauchen jemanden, der ihnen zuhört und sich ihren Sorgen und Nöten widmet. "Immer geht es auch darum, die gewonnenen

245 NIEMEYER 5/1993, 14.

246 CALLENIUS-MEUB 1994, 78.

247 Einige Beispiele hierzu finden sich bei NIEMEYER 1990, 39.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht nur fachlich und sachlich zu fördern, ihnen alle nur erdenkliche Fortbildung zu vermitteln, sondern sie auch seelsorgerlich zu begleiten, damit sie selbst zu Seelsorgern für andere Menschen werden können."²⁴⁸ Seelsorge geschieht sicherlich auch unter Mitarbeitern wechselseitig, und auch Besucher und Angehörige sowie die Bewohner spenden ihnen so manches Mal Ermutigung und Trost. Darüber hinaus ist aber wichtig, daß da jemand ist, dem sie sich ohne Bedenken - z.B. hinsichtlich ihres Arbeitsplatzes - anvertrauen können. Eine solche Person muß von außen kommen und zum Geschehen im Altenheim einen gewissen Abstand haben.²⁴⁹ Sie kann z.B. der Vertrauensarzt sein oder jemand vom psychologischen Dienst, wenn die Einrichtung über einen solchen verfügt bzw. mit einem privaten Anbieter einen entsprechenden Vertrag hat. Die Aufgabe der seelsorgerlichen Begleitung der Mitarbeiter ist vor allem aber eine Aufgabe des Pastors bzw. der Pastorin. Das geistliche Amt genießt immer noch bei den meisten Menschen unserer Gesellschaft das Ansehen hoher Integrität, so daß das Vertrauensverhältnis auch dadurch nicht ernsthaft beeinträchtigt ist, wenn er bzw. sie dem Altenheim verbunden ist, z.B. durch einen Teil- oder Vollauftrag.

Die Angehörigen sind für die Lebensqualität und das soziale Milieu im Altenheim von großer Bedeutung. Schon seit längerer Zeit gibt es Überlegungen, wie durch gezielte Angehörigenarbeit diese Personengruppe stärker in das Heimgeschehen integriert werden kann. "Entprofessionalisierungsprozesse", "Orientierung an häusliche Wohn- und Lebensverhältnisse", "Schaffung eines neuen Wohn- und Arbeitsmilieus", "Öffnung der Heime", "Gemeinwesenorientierung" u.a.m. sind Stichworte, mit denen die Richtung der Diskussion angezeigt sei. Damit ist als Fernziel eine Perspektive der weiteren Entwicklung der stationären Altenhilfe aufgezeigt, die bereits in innovativen Konzepten und Modellprojekten umzusetzen versucht wird.²⁵⁰ Die meisten Altenheime sind jedoch davon leider weit entfernt. Die Vernachlässigung der Rolle der Angehörigen im Altenheim liegt zum einen sicherlich begründet in Familienstand und -situation des Bewohners, zum anderen aber ganz entscheidend auch im institutionellen Selbstverständnis der Heime.²⁵¹ Die beiden grundverschiedenen sozialen Systeme der Familie auf der einen und der Einrichtungen stationärer Pflege auf der anderen Seite sind unzureichend aufeinander abge-

248 NEUKAMM 1994, 8.

249 Zum Spannungsverhältnis zwischen diakonischer Poimenik und Kybernetik vgl. GÖTZELMANN 1994, 26-28; dort weitere Literatur.

250 Eine Auswahl von Konzepten und Modellen für Angehörigenarbeit untersucht DÜVEL 1993.

251 Vgl. hierzu KÜHNERT 1991, die zu dieser Problematik das Verhältnis zwischen Angehörigen von Heimbewohnern und Mitarbeitern im Altenpflegeheim umfassend untersucht hat.

stimmt, wobei aufgrund der Nachrangigkeit der stationären Hilfe im Sinne des Subsidiaritätsprinzips eigentlich auf dem Altenheim der Anpassungsdruck liegen müßte. Statt dessen befinden sich **die Angehörigen im Altenheim in einer marginalen Rolle** und werden den Bewohnern nur beigeordnet als Ansprechpartner für rechtliche und finanzielle Fragen.²⁵² KÜHNERT 1991, 273, kommt in ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, daß Angehörige zwar vielfach Veränderungen der Rahmenbedingungen wünschen, ihre Beteiligungsmöglichkeiten jedoch als äußerst begrenzt erleben. Je größer die Unzufriedenheit mit der Heimsituation, der Informationspraxis und der Beziehung zum Pflegepersonal, desto deutlicher lehnen sie ein stärkeres Engagement im Heim ab. **Das Gefühl allgemeiner Verunsicherung** als Grundgefühl von Angehörigen im Heim steigert sich mitunter bis zur Ohnmachtserfahrung. "Beteiligungsangebote für Angehörige erreichen demnach nur die mit dem Heim zufriedeneren Angehörigen" (ebd.). Darüber hinaus "spielen vielschichtige Einstellungen eine Rolle, die aus der Perspektive, dem Kontext der sozialen Gesamtsituation der Angehörigen betrachtet werden müssen"²⁵³. Genannt seien beispielsweise: Versagens- und Schuldgefühle, die häusliche Pflege nicht bewältigt zu haben; das Bedürfnis nach Rückzug und Entpflichtung; eine negative Heimeinschätzung. Angehörige dementiell erkrankter Menschen erleben deren Heimeinzug vielfach als einen bedeutenden Abschnitt im Prozeß ihres allmählichen Abschiednehmens schon zu Lebzeiten. Bisweilen ist der Heimeinzug geradezu ein gewisser Abschluß vorweggenommener Trauer, dem eine allmähliche Abwendung vom Bewohner folgt, auf dessen Ableben nur noch gewartet wird.²⁵⁴ Die Vorwegnahme der Trauer ist mit ein Grund dafür, daß schwerdemente, wie überhaupt pflegebedürftige Bewohner, deutlich weniger Besuch bekommen als nichtpflegebedürftige Heimbewohner.²⁵⁵

Das Angehörigenverhalten im Heim zeigt neben dem psychosozialen Schwerpunkt - Kontaktpflege bekräftigt die familiären Bande und Verpflichtungen - auch einen hauswirtschaftlich-grundpflegerischen (Einkäufe, Begleitung zur Toilette, Hilfestellung beim Essen u.a.m.). Das Verhältnis zu 'ihrem' Bewohner ist jedoch grundsätzlich nicht professionell, sondern emotional. In ihrem Verhalten geht es nicht allein um den Bewohner, sondern ganz wesentlich auch um sie selbst. Das Angehörigenverhalten ist entscheidend mitgeprägt von Bewältigungsstrategien²⁵⁶,

252 Vgl. DÜVEL 1993, 28-31.

253 DÜVEL 1993, 23.

254 Zur vorweggenommenen Trauer vgl. SPIEGEL 1989, 77-79.

255 Vgl. KDA 6/1985, 16f.

256 DÜVEL 1993, 28, nennt drei solcher Bewältigungsstrategien: Eng verbundene Angehörige sehen sich im Zentrum der Lebenserwartungen 'ihres' Bewohners "und neigen dazu, jede physische und psychische Veränderung auf ihre Präsenz oder Abwesenheit zu beziehen". Andere projizieren ihre eigenen Gefühle auf den Pflegebedürftigen bzw. das Heim. Hinter ihren aggressiven Gefühlen

mittels derer es Angehörige auf verschiedene Art und Weise versuchen, ihre emotionale Verbundenheit mit dem Bewohner unter den veränderten - auch von ihnen mitverantwortenden - Bedingungen eines Altenheims zu gestalten.

Die Lebenssituation von Bewohnern im Altenheim über ihre Angehörigen zu verbessern suchen, bedeutet also in erster Linie, ihnen Möglichkeiten und Hilfen zu bieten, die Beziehung zu 'ihrem' Bewohner individuell angemessen zu gestalten. Hierzu sind **eine stärkere Öffnung der Heime für die Angehörigen und vermehrte Beteiligungsmöglichkeiten** genauso nötig, wie eine **emotionale Unterstützung und seelsorgerliche Begleitung**.

BRUDER 1990 entwirft einen Orientierungsrahmen für die emotionale Unterstützung von Angehörigen demenzkranker Menschen, der auch für die seelsorgerliche Begleitung gelten kann. Unterschieden werden drei thematische Ebenen: (1.) Information und Verständnis, (2.) Abschied, Trauer und Trost sowie (3.) die Auseinandersetzung mit schwierigen Persönlichkeitsanteilen der Beteiligten und den Konflikten in ihrer Beziehung. Hinsichtlich Information und Verständnis geht es um Wissen über die Krankheit und Hilfen für praktische Umgangsweisen sowie um ein Verständnis zum einen für die Zusammenhänge zwischen der Persönlichkeit des Kranken und den demenzbedingten Defiziten, zum anderen für Schwankungen, daß ein demenzkranker Mensch heute etwas kann, was er morgen nicht mehr kann. Angehörige sind in ihrer Persönlichkeitsentwicklung oft stark auf den nun dementiell erkrankten Menschen bezogen, mitunter so stark, daß man von Autonomie- und Entwicklungsdefiziten wird sprechen müssen. Trennungängste, Abschied, Trauer und Trost sind die Themen in einer diesbezüglich zu leistenden Verdeutlichungs- und Akzeptanzarbeit. Unmittelbar im Zusammenhang hiermit steht die Auseinandersetzung mit schwierigen Persönlichkeitsanteilen und Konflikten in der Beziehung, dessen Ziel die "filiale Reife" ist. "Gemeint ist damit die Fähigkeit von Kindern, sich nach gelungener Verselbständigung und Ablösung von den Eltern, diesen dann, wenn sie hilfsbedürftig werden, wieder zuzuwenden." (a.a.O., 109) In der Unterstützungsarbeit sind diesbezüglich drei Dimensionen zu beachten: die emotionale Autonomie des Angehörigen, seine Fähigkeit zu einem fürsorglichen, aber auch be- und abgrenzenden Verhalten sowie die Fähigkeit, Schuldgefühle in einem erträglichen Rahmen zu halten.

Emotionale Unterstützung und seelsorgerliche Begleitung von Angehörigen kann ganz unverbindlich in Einzelgesprächen geschehen, die sich am Rande des

des Mißtrauens, der Vorwurfshaltung und Feindseligkeit steht das Gefühl der Ohnmacht und Hilflosigkeit. Wiederum andere neigen zur Rationalisierung, hinter der sich eine stark introvertierte Beschäftigung mit belastenden Gefühlen verbirgt.

Altenheimalltags bei Bewohnerbesuchen zufällig ergeben oder z.T. auch gesucht werden. Zu Begegnungen und Kontakten kann es aber auch auf gemeinsamen Festen kommen, zu denen das Heim die Angehörigen hinzulädt. Doch die mehr oder weniger zufälligen Einzelbegegnungen im Altenheimalltag und auf ein oder zwei Festen im Jahr sind als Angehörigenarbeit bei weitem zu wenig. Im Grunde genommen beginnt die Angehörigenarbeit bereits mit dem ersten Telephonat, bei dem sich Angehörige nach einem Heimplatz erkundigen. Das dann eventuell folgende Heimaufnahmegespräch - in der Regel mit dem Heimleiter - ist außerordentlich wichtig, denn der erste Heimkontakt prägt das weitere Verhältnis von Angehörigen zur Institution Altenheim nachhaltig. Bereits im Heimaufnahmegespräch sollte daher um eine Beteiligung der Angehörigen am Heimleben geworben werden. Ihnen glaubhaft zu vermitteln, daß sie erwünscht sind, und zugleich Beteiligungsangebote zu machen, die über den marginalen Charakter der gängigen Angehörigenrolle hinausgehen, legt die Grundlage für eine fruchtbare Angehörigenarbeit. Dies kann z.B. dadurch geschehen, daß - selbstverständlich nur mit ihrem Einverständnis - die Stationsleitung oder eine andere verantwortliche Person des Wohnbereichs gemeinsam mit 'ihrem' künftigen Bewohner und seinen Angehörigen ein Eigenbiographiefragebogen ausfüllt. Biographie- und Angehörigenarbeit können aber auch mit der Pflege- und Therapieplanung sowie mit der Begleitung beim Heimeinzug verbunden werden, wiederum nicht über den Bewohner selbst hinweg, auch wenn er verwirrt ist. Bei diesem Gespräch lernen sich Angehörige, Bewohner und Mitarbeiter kennen. Sie können ihre Erwartungshaltungen und Ansprüche austauschen und korrigieren. Die Kenntnis der Aufsteh- und anderer Gewohnheiten sowie von Neigungen und Marotten sind für das Wohlbefinden des Bewohners und damit auch für den Arbeitsprozeß äußerst wichtig. Nicht nur aufgrund des Selbstverständnisses diakonischer Altenarbeit als Ermöglichungshilfe zur Selbstbestimmung (s. I.1. Leitlinie 7) sind solche Angebote wünschenswert, sondern auch aus ökonomischen Gründen. Zeit und Mühe, die hier investiert werden, stehen in keinem Verhältnis zu den Arbeiterschwernissen, die ohne solche Begegnungs- und Kommunikationsangebote durch Reibungsverluste entstehen. Durch die aktive Beteiligung der Angehörigen am Heimeinzug kann 'das Eis gebrochen' und den Angehörigen 'über die Schwelle' geholfen werden. Für die weitere Beteiligung von Angehörigen am Heimleben sowie für ihre emotionale Unterstützung und seelsorgerliche Begleitung sollten unverbindliche Angehörigen-Treffen bzw. Angehörigen-Seminare²⁵⁷ angeboten und organisiert werden. Aus ihnen kann eine regelmäßig sich treffende Angehörigengruppe erwachsen. "Im Heim sind

257 Ein Vorschlag für ein Angehörigen-Seminar zum Thema "Verwirrtheit im Alter" findet sich bei NIEMEYER 1990, 33-36.

Angehörigengruppen dringend notwendig, damit die Angehörigen aufhören, eigene Schuldgefühle auf die Pflegenden zu projizieren. In diesen Gruppen befreien sie sich vom Stigma, versagt und ihre Mutter abgeschoben zu haben. Trennungsgängste bei der Heimaufnahme verstehen sie untereinander am besten. Die Gruppe als 'Ersatzfamilie' gibt Kraft, den Verwirrten zu besuchen, ihm Zuwendung zu schenken, den Pflegenden zu helfen und Mißverständnisse zu klären."²⁵⁸ Darüber hinaus gilt es, strukturelle Hindernisse für eine verstärkte Angehörigenbeteiligung zu überwinden: Der Schutz der Privatsphäre, Schaffung von semi-privaten Räumen (Flurnischen, Erker) und einer Wohnatmosphäre im gesamten Wohnbereich. Das Altenheim könnte Räume zur Verfügung stellen, in denen Angehörige mit 'ihrem' Bewohner Familienfeste feiern können, sowie ein Appartement für die Übernachtung von Angehörigen (z.B. auch als Rückzugsraum während einer Sterbebegleitung). Und schließlich leisten auch Familiengottesdienste im Heim einen wichtigen Beitrag zur seelsorgerlichen Begleitung von Bewohnern und ihren Angehörigen.

Auf **ehrenamtlich engagierte Menschen** kann und darf eine verantwortliche Altenheimseelsorge nicht verzichten, zum einen aufgrund der immer enger werdenden Grenzen der Finanzierbarkeit professioneller Hilfeleistungen, vor allem aber aufgrund ihres Selbstverständnisses, nach dem Seelsorge der ganzen Gemeinde aufgetragen und auf Wechselseitigkeit angelegt ist (vgl. I.2.). Immer stärker wird auch erkannt, "daß ehrenamtliche Hilfestellungen aufgrund von beruflichen oder familiären Erfahrungen und sozialen Engagements in bestimmten Fällen sogar professioneller Hilfe vorzuziehen ist"²⁵⁹.

JAKOB 1/1991 stellt die Ergebnisse einer Untersuchung über Biographieverläufe ehrenamtlicher Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen vor. Thema der Untersuchung war die Frage nach der Strukturiertheit des Feldes sozialer Ehrenamtlichkeit ausgehend von den Sinnorientierungen und Haltungen der ehrenamtlichen Mitarbeiter. Ausgangspunkt war die These, daß ehrenamtliche Tätigkeit in die Prozeßhaftigkeit des Lebens eingebunden ist. Anhand der Einbindung der ehrenamtlichen Tätigkeit in den biographischen Verlauf und mit der Tätigkeit verknüpften Sinnorientierungen unterscheidet JAKOB 1/1991 fünf Typen und Muster sozialer Ehrenamtlichkeit: (1.) "Biographische Kontinuität mit sozialer Ehrenamtlichkeit als Dienst und Pflichterfüllung" (a.a.O., 26f): Ehrenamtlichkeit dieses Typs steht nicht nur in biographischer Kontinuität, sondern schafft diese auch. Sinnorientierend für die Mitarbeitenden ist eine Definition des eigenen Lebens als Dienst und Pflichterfüllung. Mit ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit

258 GROND 1992, 226.

259 STOLZ 2/1994, 24.

konstituieren sie zugleich ihre Zugehörigkeit zu der jeweiligen sozialen Gemeinschaft, in der sie tätig sind und in der sich ihr Leben vollzieht. So ist etwa die Kirchengemeinde in umfassender Weise ein Lebensort, der Orientierung für das eigene Leben vermittelt, sowohl in biographischen Krisensituationen als auch in kollektiv-historischen Veränderungen. (2.) "Soziale Ehrenamtlichkeit als Karriereverlauf" (a.a.O., 27f) ist eine Variante des ersten Typus sozialer Ehrenamtlichkeit: Beide zeigen ein hohes Maß an Kontinuität sowie Ähnlichkeiten bezüglich der Bedeutung kollektiver Deutungsmuster, die ihre eigenen Vorstellungen bestimmen, und bewegen sich in "traditionalen Gemeinschaften". Hier jedoch ist mit dem ehrenamtlichen Engagement ein sozialer oder auch beruflicher Aufstieg verbunden, z.B. in der Gewerkschaft oder einer politischen Partei. Auch heute noch sind ehrenamtlich Tätige nach dem ersten Typus überwiegend Frauen. Soziale Ehrenamtlichkeit als Karriereverlauf jedoch ist heute nicht mehr nur - wie noch vor wenigen Jahrzehnten - den Männern vorbehalten. Für (3.) "soziale Ehrenamtlichkeit als Instrument der Suche nach biographischer Orientierung" (a.a.O., 29) ist ein krisenhafter biographischer Verlauf kennzeichnend, in dessen Folge Verunsicherungen im Identitätskonzept und der Lebensorientierung auftreten. Der starke Selbstbezug dieses Typs von Ehrenamtlichkeit wird insbesondere daran deutlich, daß dessen Sinnhaftigkeit anhand der Bedeutung für die eigene Person konstituiert wird. Supervision und psychologisch ausgerichtete Weiterbildungsveranstaltungen lösen bei Mitarbeitern dieses Typs "quasi-therapeutische Prozesse" aus, und man findet solche Mitarbeiter insbesondere in Institutionen und Organisationen, die Möglichkeiten der Selbstthematizierung und Reflexion bieten (z.B. Telephoneseelsorge). Ebenfalls einen starken Selbstbezug zeigt (4.) die "Realisierung eigener biographischer Wünsche und Themen mit ehrenamtlicher Tätigkeit" (a.a.O., 30). Mitarbeiter dieses Typs möchten mit der ehrenamtlichen Tätigkeit eigene Wünsche und Vorstellungen realisieren. Soziale Zielsetzungen sind nicht primär ausschlaggebend. Wenn heute verstärkt gefordert wird, die sog. jungen Alten, also der Personenkreis der 65-75jährigen sowie der Frührentner, für Ehrenamtlichkeit zu gewinnen, so denkt man dabei an Ehrenamtlichkeit dieses Typs. Nach Jahren beruflicher Verpflichtungen, die für eigene Wünsche und Vorstellungen nur wenig Raum ließen, sollen diese nun - wenn möglich in sozialer Ehrenamtlichkeit - realisiert werden. Weder Diensthaltung noch Selbstbezug sind für (5.) "soziale Ehrenamtlichkeit als Ereignis ohne biographische Relevanz" (ebd.) ausschlaggebend. Ehrenamtlichkeit dieses Typs bleibt randständig im biographischen Prozeß und ist von kurzer zeitlicher Dauer, weil sie Teil eines fremdbestimmten Handlungsentwurfs ist (z.B. Menschen, die von ihrem Partner bzw. Partnerin zur Ehrenamtlichkeit gedrängt werden).

Jede freiwillige Form von Ehrenamtlichkeit ist also mehr oder weniger stark durch einen Selbstbezug konstituiert. Nicht allein eine **Haltung des Dienstes** motiviert zur Ehrenamtlichkeit, sondern immer auch - mitunter sogar vorwiegend - ein **Selbstbezug**. Wer Ehrenamtlichkeit fördern will, darf über den Selbstbezug nicht hinwegsehen. Nicht allein die Frage: Was können und wollen Sie für andere tun?, sondern immer auch die Frage: Was wollen Sie dabei für sich tun?, muß berücksichtigt werden. Solange der mehr oder weniger starke Selbstbezug ehrenamtlicher Arbeit nicht zur Selbstsucht wird und den anderen als Mittel zum Zweck eigener Selbstverwirklichung mißbraucht, widerspricht er dem Selbstverständnis diakonischer Seelsorge keineswegs. Kennzeichen diakonischer Seelsorge ist nicht die Selbstlosigkeit, sondern die Wechselseitigkeit (vgl. I.2.), in der die Haltung des Dienstes und des Selbstbezugs zu einem fruchtbaren Miteinander finden. Diakonische Seelsorge knüpft daher sowohl an einer Haltung des Dienstes als auch am Selbstbezug ehrenamtlicher Tätigkeit in ihrer Verwiesenheit aufeinander an.

Die Nachfrage nach ehrenamtlich Tätigen wächst zusehens. Untersuchungen zeigen, daß die Bereitschaft, freiwillig soziale Arbeit zu leisten, insgesamt nicht abgenommen hat. Offensichtlich kommen aber Bedarf und Bereitschaft nicht in ausreichendem Maße zusammen. Im Zuge einer noch fortschreitenden Entfremdung der Menschen von ihrem sozialen Umfeld als Folge zunehmender Durchrationalisierung der Gesellschaft nach Funktionsbereichen, mit der auch die räumliche Trennung von Arbeit, Freizeit und Wohnen einhergeht, erfahren viele, die prinzipiell ehrenamtliche soziale Arbeit übernehmen, nicht von entsprechenden Bedarfslagen. Während im kommerziellen und in Vereinen organisierten Freizeitsektor eine entsprechende Angebotsstruktur mit Werbung bzw. Öffentlichkeitsarbeit ihre Adressaten erreicht, steckt die konzeptionelle Umsetzung des Slogans "Freizeit ist soziale Zeit" noch in den Anfängen. Gemeindemitteilungen in Gottesdienst und Gemeindeblatt beispielsweise erreichen meist nur die Kerngemeinde und sind als Öffentlichkeitsarbeit völlig unzureichend.

Für **die Vermittlung von Bedarf und Bereitschaft** hinsichtlich ehrenamtlicher sozialer Arbeit sowie ihrer professionellen Begleitung wurden inzwischen mancherorts Koordinationsstellen institutionalisiert. U.a. auch für den Bereich der Altenarbeit gibt es z.B. in Frankfurt a.M. das "Institut für Sozialarbeit - Zentrale für private Fürsorge e.V." oder in Berlin den "Treffpunkt Hilfsbereitschaft e.V."²⁶⁰ Vereine dieser Art bieten Fortbildungs- und Begleitsysteme für

260 Vgl. HEDKTE-BECKER 2/1992.

Ehrenamtliche sowie sie beratende und begleitende hauptamtliche Mitarbeiter und betreiben eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit. Vor allem aber haben sie eine Vielzahl von unterschiedlichen sozialen Tätigkeiten anzubieten. Im Kontaktgespräch wird mit den Interessierten genau abgeklärt, (1.) welche Wünsche und Vorstellungen sie haben, wieviel Zeit sie aufbringen möchten, ob sie eine Aufwandsentschädigung wünschen, welche Erfahrungen und Qualifikationen sie haben u.a.m. In einem nächsten Schritt wird (2.) eine entsprechende Aufgabe bzw. Anfrage vorgestellt. Möchte der Interessent sich auf den Vorschlag einlassen, wird er (3.) mit der entsprechenden Person durch einen hauptamtlichen Mitarbeiter zusammengebracht, der ihn (4.) auch weiterhin kontinuierlich begleitet.

Die Einrichtung solcher **Koordinationsstellen für ehrenamtliche Tätigkeiten** muß auf Gemeinde- oder sogar Kirchenkreisebene erfolgen, wenn möglich in ökumenischer Zusammenarbeit. Aber auch wo (noch) nicht eine solche Koordinationsstelle vorhanden ist, kann in der Altenheimseelsorge bei der Gewinnung und Begleitung von Ehrenamtlichen die Arbeitsweise dieser Koordinationsstellen übernommen werden.

Die Tätigkeiten für Ehrenamtliche in der Altenheimseelsorge sind vielfältig: Besuchsdienst, (Mit)Gestaltung von Andachten, Aussegnungsfeiern, Gottesdiensten, und verschiedenen Veranstaltungen sowie die Begleitung von Sterbenden u.v.m. KONOWALCZYK-SCHÜTER 4/1994 schlägt die Einrichtung von Gesprächskreisen für Trauernde sowie die Konzipierung eines "Witwen-für-Witwen-Programms" vor. Auf Möglichkeiten und Grenzen des Betreuungsgesetzes (BtG), das seit dem 1. Januar 1992 in Kraft ist und das alte Recht der Vormundschaft und Pflegschaft grundlegend reformiert hat, wird noch einzugehen sein. Im Hinblick auf ehrenamtliche Seelsorge mit altersverwirrten Menschen ist sicherlich vielfach nicht nur eine Begleitung, sondern auch eine Hinführung auf diese Aufgabe notwendig. Doch schon so vermeidlich einfache Tätigkeiten, wie gemeinsames Singen, Spaziergehen u.a. können - wie gezeigt wurde - Lebens- und Glaubenshilfe sein.

Seelsorge im Altenheim geschieht aber auch **zwischen den Altenheimbewohnern**. Der Trost und die Ermutigung, die sie sich untereinander und auch den Mitarbeitern geben, sollte nicht übersehen werden. Seelsorge der Gemeinde als Gemeinde meint nicht nur den Zusammenhalt von Altenheim und Kirchengemeinde, also daß Gemeindegottesdienste ins Altenheim übertragen oder auch regelmäßig dort gefeiert werden, daß eine Konfirmandenstunde im Altenheim gestaltet wird, daß Besuche gemacht werden u.a.m. Auch die Heimgemeinde

selbst ist Gemeinde, die als Gemeinde Seelsorge übt: in der Gemeinschaft miteinander, im wechselseitigen Beistand, im freundlichen und aufmunternden Wort an Mitarbeiter. In der Erörterung von Pflege- und Wohnkonzepten wurde deutlich, daß auch institutionelle Rahmenbedingungen von seelsorgerlicher Relevanz sind. Insbesondere hinsichtlich einer Atmosphäre der Akzeptanz altersverwirrter Menschen kommt den Bewohnern große Bedeutung zu. In einer Atmosphäre der Akzeptanz mit Rückzugs- und Begegnungsmöglichkeiten können sich die seelsorgerlichen Gaben der Bewohner besser entfalten. Anzusetzen bei der Seelsorge, die von den Bewohnern aus geschieht bzw. geschehen kann, bedeutet aber nicht, sie in die Pflicht zu nehmen, sondern ihre Kommunikations- und Partizipationsmöglichkeiten zu verbessern sowie sie in Andachten, Gottesdiensten und Gesprächen zu seelsorgerlichem Verhalten zu ermutigen.

Und schließlich ist Altenheimseelsorge auch **auf den Ebenen von Heimleitung, Träger, Verband sowie Kirchengemeinde, Kirchenkreis und Kirchenleitung** eine dringliche Aufgabe. Altenheimseelsorge kann nicht allein auf der Handlungsebene verantwortet werden. Immer wieder stößt man in der konkreten Seelsorge auf strukturell bedingte Grenzen und Hindernisse. Das gesamte Milieu eines Altenheims ist - wie exemplarisch verdeutlicht wurde - von seelsorgerlicher Relevanz, seine Gestaltung aber wiederum abhängig von gesamtgesellschaftlichen Vorgaben. Ferner kann Altenheimseelsorge ohne haupt- und nebenamtliche Verantwortung in der Regel nicht auskommen, die in der entsprechenden Stellenbeschreibung (z.B. des Heimleiters, Diakons, Pastors) auszuweisen ist. Der Aufbau einer verantwortlichen Altenheimseelsorge macht also Umstrukturierungen in den Landeskirchen und Kirchenkreisen notwendig. Haupt-, Neben- und Ehrenamtliche sind für den Bereich der Altenheimseelsorge aus- und fortzubilden. Entsprechende Kurse müssen eingerichtet werden. Die Verankerung der 'Seelenpflege' als konstitutives Element betreuerischer Arbeit erfordert verstärkt den Dialog zwischen Pflege und Seelsorge. Es gilt also, die Rahmenbedingungen und Strukturen mitzugestalten sowie angemessene Konzepte von Altenheimseelsorge zu entwerfen. Pflege- und Wohnkonzept, Erarbeitung von Aus- und Fortbildungsmaßnahmen im Bereich der Altenheimseelsorge sowohl für hausinterne Fortbildung als auch in Zusammenarbeit mit bestehenden Fortbildungseinrichtungen, Initiierung einer Koordinationsstelle für die Gewinnung und Begleitung Ehrenamtlicher, die Erstellung von Standards für Altenheimseelsorge auf Trägerebene, politische Arbeit zur Mitgestaltung der Rahmenbedingungen u.v.m. sind unabdingbare Aufgaben, die eine übergeordnete Vertretung und Verantwortung der Anliegen der Altenheimseelsorge nötig machen.

Dabei wird es sehr stark auf **Kooperation und Dialogfähigkeit** ankommen, insbesondere zwischen Kirche und Diakonie sowie den unterschiedlichen Professionen. Beispielsweise ist die Gestaltung und Umsetzung eines Pflegekonzeptes Sache der Heimleitung in Kooperation mit dem Personal. Für die Zusammenarbeit mit der Kirchengemeinde und den in der Altenheimseelsorge Tätigen und Verantwortlichen auch in strukturell-konzeptionellen Fragen seelsorgerlicher Relevanz müssen vielerorts entsprechende Strukturen und Kompetenzen erst noch ausgebildet werden. Das Pflegekonzept sollte jedoch abgestimmt sein mit dem Wohnkonzept, dessen strukturelle Grundbedingungen vom Träger in Zusammenarbeit mit der Kirchengemeinde bzw. dem Kirchenkreis zu verantworten sind. Hinsichtlich des Wohnkonzeptes ist man aber wiederum an Rahmenbedingungen der Politik (z.B. Heim-Mindest-Bauverordnung, HeimpersVO, BtG, BSHG u.a.) und der Gesellschaft (z.B. hinsichtlich des Altenbildes) gebunden, auf die der Verband oder auch die Kirchenleitung einen - wenn auch kleinen - Einfluß haben.

Als Beispiel für die Vertretung von Anliegen der Altenheimseelsorge durch den Verband und die Kirchenleitung auf politischer Ebene wird hier abschließend kurz auf **Chancen und Grenzen des neuen BtG** eingegangen.²⁶¹ Die Beschäftigung mit dem am 1. Januar 1992 in Kraft getretenen BtG ist für alle in der Altenarbeit Tätigen deshalb wichtig, weil es den rechtlichen Orientierungsrahmen darstellt, insbesondere auch für den Umgang mit altersverwirrten Menschen.

Die verfassungsrechtlichen Grundpositionen, aus denen sich die Neufassung des BtG im wesentlichen ableitet, sind Art. 1 GG (Würde des Menschen), Art. 2 GG (das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit sowie das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit) sowie Art. 19 und 104 GG (Bedingungen für die Einschränkung eines Grundrechts). Dementsprechend sind die Ziele, die das BtG verfolgt, "die Achtung des einzelnen Menschen, der Schutz seiner Rechte und Freiheiten und die Förderung von Selbstbestimmung"²⁶². Damit verweist der Gesetzgeber alle, die mit altersverwirrten Menschen umgehen, auf den Weg, den

261 Ein weiteres Beispiel wäre die Diskussion um die Pflegeversicherung. Mit Spannung darf abgewartet werden, ob das Bundesverfassungsgericht (BVG) das Gesetz zur Pflegeversicherung, das am 1. Januar 1995 mit seiner ersten Stufe in Kraft tritt, noch kippt und eine Revision anmahnt. Im sog. Familienurteil vom 7. Juli 1992 stellte das BVG grundsätzlich fest, "daß die Benachteiligung der Familien im sozialen Sicherungssystem nicht länger hinnehmbar sei, weil sie mit dem Gleichbehandlungsgebot im Grundgesetz und dem staatlichen Schutzauftrag gegenüber der Familie unvereinbar sei. Das entscheidende Fazit war der Verfassungsauftrag an den Gesetzgeber, eine familienpolitische Strukturreform des Sozialstaates vorzunehmen: Mit jedem Gesetzgebungsschritt müsse die Benachteiligung der Familie tatsächlich und erkennbar verringert werden." (Borchert, Jürgen: Schlag gegen die Familie, in: DIE ZEIT vom 17.12.1993) Daß das Gesetz zur Pflegeversicherung dem Verfassungsauftrag entspricht, darf bezweifelt werden; eine entsprechende Klage liegt dem BVG vor.

262 KLIE 1993, V. Zum weiteren vgl. a.a.O., 1-20.

Menschen in seiner Verwirrtheit zu verstehen. Verwirrtheitssymptome sind primär nicht zu bekämpfen, sondern über sie soll der einzigartige Mensch verstanden werden. Das BtG will damit nicht Hilfe versagen, sondern darauf hinwirken, daß Hilfe reflektiert wird. Es intendiert ein Umdenken in der Gesellschaft gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung und psychisch kranken Menschen und wirbt für Toleranz, Solidarität, Achtung und Respekt.

Die wichtigsten Änderungen im neuen Recht sind (vgl. BGB § 1896-1908): Abschaffung der Entmündigung. An die Stelle von Vormundschaft und Pflegschaft über Volljährige tritt die "Betreuung". Die Teilnahme des Betreuten am Rechtsverkehr wird nur bei Anordnung eines Einwilligungsvorbehaltes beschränkt. Die persönliche Betreuung soll an die Stelle häufig unpersönlicher Amtspflegschaften und Vormundschaften treten. Der Betreuer soll Wünschen des Betreuten, soweit sie nicht ausgesprochen gefährlich sind, entsprechen. Es gilt gegebenenfalls also, auch eine 'eigensinnige' Lebensführung zu gewährleisten, denn Art. 2 Abs. 1 GG (Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit) umfaßt auch ein Recht auf Verwirrtheit. Ebenso sind bei der Auswahl des Betreuers die Wünsche des Betreuten maßgeblich. Auf örtlicher Ebene zuständig sind sog. Betreuungsbehörden. 'Natürliche Personen' haben unbedingt Vorrang vor Vereinen und Behörden. Gesetzliche Betreuung wird erst dann tätig, wenn andere Hilfe nicht mehr ausreicht oder gefährlich ist (Subsidiarität).

In der grundsätzlichen Zielrichtung des BtG sieht Altenheimseelsorge eigene Anliegen zur Sprache gebracht.²⁶³ Die Umsetzung des Rechtsschutzes, den das BtG für geistig behinderte und psychisch kranke Menschen verbindlich fest schreibt, wird Altenheimseelsorge kritisch begleiten und praktisch unterstützen. "Gerade angesichts der schwierigen finanziellen und strukturellen Rahmenbedingungen in der Alten- und Behindertenhilfe besteht ... die Gefahr, daß das große Anliegen des Betreuungsgesetzes in den schönen Formulierungen des Gesetzes steckenbleibt."²⁶⁴ Eine Chance hat das BtG nur, wenn es in den entsprechenden Einrichtungen und ihren Berufsgruppen sowie von pflegenden Familien und der Gesellschaft insgesamt reflektiert und aufgenommen wird. Das BtG setzt daher auch auf ehrenamtliches Engagement. "Insbesondere die Forderung ... nach persönlicher Betreuung unter Berücksichtigung der Wünsche und Vorstellungen der Betreuten kann nur erfüllt werden, wenn es gelingt, neben den professionellen Betreuern eine ausreichende Zahl von ehrenamtlichen Betreuern zu gewinnen."²⁶⁵

263 Zur Kritik an Einzelregelungen vgl. a.a.O., 13-16.

264 A.a.O., 16.

265 STOLZ 2/1994, 24.

Die Umsetzung des BtG verlangt nach einer koordinierten und vernetzten Umsetzung vor Ort sowie nach einem glaubwürdigen Tätigwerden staatlicher Institutionen (Gerichte, Betreuungsbehörden u.a.). Vor allem darf die **Rechtsreform nicht ohne Sozialreform** bleiben. Die aber kostet Geld: In der Altenhilfe insbesondere altersverwirrter Menschen bedarf es einer Professionalisierung von Berufsständen sowie einer Verbesserung von Ausstattung, Pflegeschlüssel und (auch finanziellen) Aufwertung von Pfllegetätigkeit. Bereits die 'Finanzausstattung' des BtG ist sehr dürftig ausgefallen: Die pauschalen Aufwandsentschädigungen für sog. ehrenamtliche Betreuer wurden im Gesetzgebungsverfahren von DM 480,- auf DM 300,- jährlich gedrückt. Die Bezuschussung der Betreuungsvereine ist zumeist gering, und nur in einem einzigen Bundesland, in Rheinland-Pfalz, haben Betreuungsvereine einen Rechtsanspruch auf Förderung. In Bayern erhalten alle Betreuungsvereine zusammen DM 700.000; bei 91.119 unter 'Betreuung' stehenden Menschen (Stand 31.12.1993) macht das DM 7,68 Förderung pro Person und Jahr.²⁶⁶ Zusätzliche Richterstellen wurden nicht im notwendigen Umfang eingerichtet, und auch die Ausstattung der Betreuungsbehörden ist dürftig²⁶⁷. Und so kann es nicht wundern, wenn der Vormundschaftsgerichtstag über das BtG als eine "papierene Hilfe" klagt²⁶⁸: In der Praxis habe sich nichts geändert.

Für die Altenheimseelsorge gilt es, die Möglichkeiten, die das BtG bietet, zu nutzen, z.B. durch Gründung eines Betreuungsvereins. Angehörige altersverwirrter Menschen und Ehrenamtliche können darin eine - wenn auch bescheiden - geförderte Rechtsform für ihre Zusammenarbeit finden. Im Sinne einer koordinierten und vernetzten Umsetzung vor Ort wird es auch zu einer Zusammenarbeit von stationärer und ambulanter Hilfe kommen. Ein Betreuungsverein kann ein zentrales Element im regionalen Netzwerk der Altenhilfe werden. Andererseits wird Altenheimseelsorge in Verbands- und Kirchenleitungsarbeit sich dafür einsetzen, daß nicht weiterhin Verfahrensrecht und formelhafte Genehmigungsverfahren das BtG unterlaufen, sondern daß es zu einer der Rechtsreform entsprechenden Sozialreform kommt.

266 Vgl. Prantl, Heribert: Am Lebensabend Betreuung in Handschellen. Der Vormundschaftsgerichtstag klagt über ein Gesetz, das nur papierene Hilfe bietet, in: Süddeutsche Zeitung vom 14.10.1994, S.12.

267 Kritiker des BtG sagen, daß es zu mehr als einem neuen Briefkopf nicht gelangt habe.

268 Vgl. Anm. 265.

III. Schlußbetrachtung und Ausblick

In den grundlegenden Orientierungen zum Seelsorgeverständnis (s. I.2.) wurde festgehalten, daß die Kriterien einer diakonischen Seelsorge nicht der Praxis von Seelsorge vorgegeben sind, sondern aus ihr erwachsen und immer wieder aufs Neue durch die hoffende Liebe des Glaubens zu prüfen und an ihr ausgerichtet zur Anwendung zu bringen sind. Welche Konsequenzen ergeben sich also für das Verständnis von Seelsorge und Diakonie sowie für das Handeln von Kirche und Diakonie insgesamt aus dieser Arbeit von ihrem Gegenstand her? Diesbezüglich möchte ich zum Abschluß vier Aspekte herausgreifen, die mir besonders wesentlich erscheinen.

1. Die Wechselwirkungen und Zusammenhänge zwischen seelischer, leiblicher und sozialer Not, die in der Erörterung der Ursachen, Formen und Entstehungsbedingungen von Altersverwirrtheit (s. II.1. und 2.) offenkundig wurden, sind von konstitutiver Bedeutung für die Anthropologie. Sie bestätigen zugleich die anfangs getroffene Grundentscheidung, **das Verhältnis von Seelsorge und Diakonie** nicht nach der Unterscheidung von Seelsorge und Leibsorge zu bestimmen. Die personale Ganzheit des Menschen würde dadurch genauso auseinandergerissen wie bei einer Differenzierung, die sich am Modus der praktischen Umsetzung orientiert und zwischen Seelsorge als Wortverkündigung und Diakonie als Tatverkündigung unterscheiden will. In den grundlegenden Orientierungen wurde - im Anschluß an RÖSSLER 1994, 208ff., der allerdings im materialen Teil seiner Praktischen Theologie daraus kaum Konsequenzen zieht - Seelsorge bestimmt als die ganzheitliche Sorge um den Menschen, die insbesondere die Lebensgewißheit akzentuiert, während Diakonie als ebenfalls ganzheitliche Sorge um den Menschen den besonderen Akzent auf die Lebensfähigkeit legt. Dem Begriff der diakonischen Seelsorge entspricht der der seelsorgerlichen Diakonie. Diese Bestimmung von Seelsorge und Diakonie erfährt vom Praxisfeld der Altenheimseelsorge mit altersverwirrten Menschen her ihre Bestätigung. Das Verhältnis von Seelsorge und Diakonie erweist sich als **komplementär-konvergent**: Beide ergänzen einander in ihrer je besonderen Akzentuierung und durchdringen sich bis hin zur Übereinstimmung, denn sie haben dasselbe Menschenbild, das im Christusereignis *den* Menschen erkennt, und folgen demselben Auftrag, nämlich Menschen in ihrer personalen Ganzheit zu helfen.

2. Von der Altenheimseelsorge mit altersverwirrten Menschen her zeigte sich die Notwendigkeit, in der ganzheitlichen Sorge um den Menschen **multisensuelle Zugänge** zu suchen. Wer die Einheit der christlichen Anthropologie wahren will, muß dies auch in der Seelsorge tun. Wer sagt, daß Seelsorge mit altersverwirrten

Menschen keine 'richtige' Seelsorge sei, also nicht das, was man 'eigentlich' unter Seelsorge verstehe, der sagt damit, daß altersverwirrte Menschen 'eigentlich' keine 'richtigen' Menschen sind und leugnet in letzter Konsequenz Gott als Subjekt der Seelsorge. **Seelsorge mit altersverwirrten Menschen ist Seelsorge im Vollsinn des Begriffs und ohne jede Einschränkung.** Vielmehr macht sie ihrerseits uns darauf aufmerksam, wie stark unser Seelsorgeverständnis von einer 'normalen' kognitiven Leistungsfähigkeit ausgeht. Vor allem in den protestantischen Kirchen hat das Glaubensleben und die Glaubensverkündigung im Verbalen und Intellektuellen seinen Schwerpunkt bekommen. Die Konzentration auf das Medium des gesprochenen Worts - sowohl in der sog. verkündigenden als auch in der sog. beratenden Seelsorge - ist vielfach sicher angebracht. Sie darf aber nicht die Möglichkeiten übersehen, die ihr andere Zugänge zum Menschen eröffnen. **Multisensuelle Kommunikation** bedarf der Reflexion und Einübung. Sie ist **Aufgabe und Herausforderung** für Aus- und Fortbildung sowie Praxis von Seelsorge nicht allein für den 'Sonderfall' der Altenheimseelsorge mit altersverwirrten Menschen, sondern **für die Seelsorge insgesamt**: "Es gibt so viele Arten von Sprache in der Welt, und nichts ist ohne Sprache" (I Kor 14,10).

3. Seelsorge ist geprägt vom Glauben. Dennoch wurde im vorangehenden gesagt, **daß auch dem Glauben entsprechendes Handeln nichtgläubiger Menschen einen wichtigen Beitrag zur Seelsorge leisten kann.** Theologisch begründet wurde diese Aussage damit, daß das dem Glauben entsprechende Tun, der Gottesdienst im Alltag der Welt, "logike" (vernünftig; vgl. Röm 12,1f.) und damit auch Nichtchristen und Nichtchristinnen grundsätzlich einsichtig und möglich ist. Der Unterschied zwischen der vom Glauben geprägten Seelsorge und den dem Glauben entsprechenden Beiträgen zur Seelsorge liegt im Bekenntnis. In beiden jedoch bleibt Gott das Subjekt der Seelsorge. Es ist Gott nicht abzusprechen, auch da Seelsorge zu üben, wo sich niemand zum Glauben bekennt. Es gibt menschlicherseits keine Bedingung der Möglichkeit der Seelsorge Gottes, auch nicht der Glaube, denn auch der bleibt Geschenk. Mitunter ereignet sich das Geschenk des Glaubens ja gerade bei denen, die einen Beitrag zur Seelsorge leisten, indem ihnen in ihrem menschlichen Bemühen (z.B. bei einer Sterbebegleitung) bewußt wird, daß sie mit all ihrem Tun angewiesen bleiben auf Gott. Wo Begegnung und Kommunikation stattfinden, kann sich Seelsorge ereignen, und es ist nicht ausgemacht, um wen sich dabei Gott im besonderen sorgt. Begegnungsmöglichkeiten und Kommunikation zu fördern ist daher eine ganz zentrale Aufgabe von Seelsorge. Die Trennung zwischen einer Seelsorge des Bekenntnisses und einer um den psychotherapeutischen Bereich erweiterten Leibsorge führt nicht weiter. Der Glaube als Hinwendung zur Hilfe Gottes geht vielmehr mitten durch beide hindurch. Glaube ist nicht ein Bewußtsein der Stärke

- gerade das ist nicht mit Glaubenskraft gemeint -, sondern das Zufluchtnehmen zur Hilfe Gottes. "Ich glaube; hilf meinem Unglauben!" (Mk 9,24) bringt zum Ausdruck, daß vom Glauben der Zweifel nicht zu trennen ist, der den Glauben davon bewahrt, zur Ideologie zu werden. Seelsorge heißt ganz wesentlich auch, eigene Hilflosigkeit und eigene Zweifeln zuzulassen und nicht auf die eigene Stärke zu vertrauen, sondern den Ruf Jesu zu hören: "Kommt her zu mir, alle, die ihr mühselig und beladen seid; ich will euch erquicken. Nehmt auf euch mein Joch und lernt von mir; denn ich bin sanftmütig und von Herzen demütig; so werdet ihr Ruhe finden für eure Seelen." (Mt 11,28f.) Die Gemeinschaft in der Angewiesenheit als der Grundbefindlichkeit des Menschen wird nicht in jedem Fall auch zu einer Gemeinschaft des Glaubens führen. In jedem Fall aber weist sie auf den Glauben hin, und immer wieder nimmt sie Menschen dahin mit.

4. Aus dem komplementär-konvergenten Verhältnis von Seelsorge und Diakonie folgern **Konsequenzen für die Aus- und Fortbildung in der Altenheimseelsorge**. Juristische, ökonomische, sozial- und humanwissenschaftliche Zusammenhänge und Kenntnisse dürfen nicht vernachlässigt werden. Eine verantwortliche Altenheimseelsorge ist allein mit theologisch-poimenischer Kompetenz nicht zu gewährleisten. Und auch eine persönlichkeitsorientierte Grundausbildung in der Art der KSA, verbunden mit gerontologischem und gerontopsychiatrischen Grundwissen, genügt nicht. Es kommt darauf an, deutlich zu machen, daß Seelsorge eine Dimension überall da ist, wo Begegnungs- und Kommunikationsmöglichkeiten von Menschen bewahrt, geschaffen und gestaltet werden, ob beruflich, ehrenamtlich oder privat, und **die Ansatz- und Strukturierungsmöglichkeiten** von Altenheimseelsorge entsprechend zu nutzen. Dabei kann es selbstverständlich nicht darum gehen, daß Einzelpersonen all die für eine verantwortliche Altenheimseelsorge notwendigen Kompetenzen in sich vereinigen. Es gilt vielmehr, die beruflich, ehrenamtlich oder privat im Altenheim verkehrenden Menschen für die Anliegen der Altenheimseelsorge zu gewinnen und ihre unterschiedlichen Kompetenzen und Gaben anzuerkennen, zu fördern, zu begleiten und zu ergänzen. Zuständigkeitsdenken zu überwinden und Altenheimseelsorge auf die breite Basis zu gründen, die bereits besteht, ist die Aufgabe der haupt- und nebenamtlich für Altenheimseelsorge Verantwortlichen.

Literaturverzeichnis:

ALTENHEIMSEELSORGE-KONVENT IN DER EVANGELISCHEN KIRCHE VON WESTFALEN: Konzeption der Altenheimseelsorge, Ms. Bielefeld 1992. [AHS-KONVENT 1992]

AMMON, JOHANNES: Religiöse Begleitung und Erziehung geistig behinderter Menschen, in: Geistige Behinderung 26. Jg. 1987, Innenteil 2/87, 1-20. [AMMON 1987]

ANSANGER, ROLAND/ WENNINGER, GERD (Hg.): Handwörterbuch Psychologie, 5. Auflage Weinheim 1994. [ANSANGER/ WENNINGER 1994]

BACH, ULRICH: Dem Traum entsagen, mehr als ein Mensch zu sein. Auf dem Wege zu einer diakonischen Kirche, Neukirchen-Vluyn 1986. [BACH 1986]

BACH, ULRICH: Boden unter den Füßen hat keiner. Plädoyer für eine solidarische Diakonie, Göttingen 1980. [BACH 1980]

BECKER, INGEBORG U.A. (Hg.): Handbuch der Seelsorge, 4. Auflage Berlin 1990. [BECKER U.A. 1990]

BIEHL, PETER: Symbole geben zu lernen II. Zum Beispiel: Brot, Wasser und Kreuz. Beiträge zur Symbol- und Sakramentendidaktik, Neukirchen-Vluyn 1993. [BIEHL 1993]

BLASBERG-KUHNKE, MARTINA: Unterwegs zu einer Theologie des Alters, in: Diakonia 1987, 149-60. [BLASBERG-KUHNKE 1987]

BLASBERG-KUHNKE, MARTINA: Altenpastoral als gerontologisch verantwortete Praxis, in: Baumgartner, I. (Hg.): Handbuch der Pastoralpsychologie, Regensburg 1990, 409-23. [BLASBERG-KUHNKE 1990]

BLIMLINGER, E./ ERTL, A./ KOCH-STRAUBE, U./ WAPPELSHAMMER, E.: Lebensgeschichten - Biographiearbeit mit alten Menschen, Hannover 1994. [BLIMLINGER U.A. 1994]

BÖHM, ERWIN: Verwirrt nicht die Verwirrten. Neue Ansätze geriatrischer Krankenpflege, 2. Aufl. Bonn 1989. [BÖHM 1989]

BONHOEFFER, DIETRICH: Widerstand und Ergebung. Briefe und Aufzeichnungen aus der Haft. Herausgegeben von Eberhard Bethge. Neuausgabe (WEN), 3. Auflage München 1985. [BONHOEFFER 1985]

BRUDER, JENS: Die Bedeutung der Familie, in: PRO SENECTUTE 1990, 105-20. [BRUDER 1990]

BRUDER, JENS: Prävention, Rehabilitation, Irreversibilität - psychiatrische Aspekte, in: SCHÜTZ U.A. 1991, 166-75. [BRUDER 1991]

BUKOWSKI, PETER: Die Bibel ins Gespräch bringen. Erwägungen zu einer Grundfrage der Seelsorge, Neukirchen-Vluyn 1994. [BUKOWSKI 1994]

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE UND SENIOREN (Hg.): Die Alten der Zukunft - Bevölkerungsstatistische Datenanalyse (Schriftenreihe des BMFuS; Bd. 32), Stuttgart/ Berlin/ Köln 1994. [BMFUS 1994]

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE UND SENIOREN (Hg.): Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in privaten Haushalten (Schriftenreihe des BMFuS; Bd. 20.2), Stuttgart/ Berlin/ Köln 1993. [BMFUS 1993a]

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE UND SENIOREN (Hg.): Erster Altenbericht. Die Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland, Bonn 1993. [BMFUS 1993b]

BURGMÜLLER, ALFRED/ WETH, RUDOLF (Hg.): Die Barmer Theologische Erklärung. Einführung und Dokumentation. Mit einem Geleitwort von E. Lohse, 4. Aufl. Neukirchen-Vluyn 1984. [BURGMÜLLER/ WETH 1984]

CALLENIUS-MEUß, DAGMAR: Strukturierungshilfen für die Praxis der Altenheimseelsorge, in: NIEMEYER 1994, 69-80. [CALLENIUS-MEUß 1994]

VON CAMPENHAUSEN, AXEL FREIHERR: Staat und Kirche unter dem Grundgesetz. Eine Orientierung (Vorlagen NF 22), Hannover 1994. [VON CAMPENHAUSEN 1994]

CRÜSEMANN, FRANK: Bewahrung der Freiheit. Das Thema des Dekalogs in sozialgeschichtlicher Perspektive, Gütersloh 1993. [CRÜSEMANN 1993]

DALFERTH, INGOLF. U./ JÜNGEL, EBERHARD: Person und Gottebenbildlichkeit, in: Christlicher Glaube in moderner Gesellschaft. Teilband 24, Freiburg i.B. 1981, 57-99. [DALFERTH/ JÜNGEL 1981]

DEPPING, KLAUS: Mit altersverwirrten Menschen kommunizieren. Sprache, die auch Altersverwirrte verstehen, in: Evangelische Impulse 2/1990, 20f. [DEPPING 2/1990]

DEPPING, KLAUS: Aspekte der Seelsorge an altersverwirrten Menschen, in: Diakonie 3/1990, 154-56. [DEPPING 3/1990]

DEPPING, KLAUS: Sterbebegleitung bei altersverwirrten Menschen, in: Evangelische Impulse 5/1990, 15f. [DEPPING 5/1990]

DEPPING, KLAUS: Immer mehr Dunkel. Seelsorge bei Altersverwirrung, in: LM 9/1990, 398-400. [DEPPING 9/1990]

DEPPING, KLAUS: Die Musik in der Begleitung altersverwirrter Menschen, in: Evangelische Impulse 1/1991, 34f. [DEPPING 1/1991]

DEPPING, KLAUS: Als Frau M. aus dem Altenclub noch zur Schule ging ..., in: Evangelische Impulse 5/1991, 15f. sowie in der Heftmitte in der Beilage "Älterwerden", 111-13, den Vorschlag des Autors für ein biographisch orientiertes Gespräch im Altenkreis. [DEPPING 5/1991]

DEPPING, KLAUS: Wahnsinn ist auch Sinn. Verstehens- und Verhaltenshilfen zum Umgang mit wahnhaften Erlebnissen, in: Evangelische Impulse 5/1992, 22-24. [DEPPING 5/1992]

DEPPING, KLAUS: Altersverwirrte Menschen seelsorgerlich begleiten. Bd. 1: Hintergründe - Zugänge - Begegnungsebenen; Bd. 2: Eine Vermittlungshilfe für Aus- und Fortbildende verschiedener Bereiche, Hannover 1993. [DEPPING 1993a] bzw. [DEPPING 1993b]

DEPPING, KLAUS: Vom Umgang mit Altersverwirrten, in: Pflegezeitschrift 47. Jg. 4/1994, 229-232. [DEPPING 4/1994]

DETTE, URSULA: Ein langer Abschied. Der Verlauf einer Alzheimer-Krankheit, Frankfurt a.M. 1991. [DETTE 1991]

DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE (Hg.): Nomenklatur der Veranstaltungen, Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe (Kleinere Schriften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Heft 65), Frankfurt a.M. 1979. [DEUTSCHER VEREIN 1979]

DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE (Hg.): Nomenklatur der Altenhilfe (Kleinere Schriften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Heft 65), 2., völlig neu bearbeitete Aufl. Frankfurt a.M. 1992. [DEUTSCHER VEREIN 1992]

Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-III-R), übersetzt nach der Revision der 3. Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association, dt. Bearb. u. Einf. von Wittchen, H.-U./ Saß, H./ Zandig, M./ Koehler, K., Weinheim/ Basel 1989. [DSM-III-R 1989]

DÖRNER, KLAUS/ PLOG, URSULA: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie, 7., überarbeitete Aufl. der Neuausgabe von 1984 Bonn 1992. [DÖRNER/PLOG 1992]

DÜVEL, ANJA: Die Rolle der Angehörigen bei der Rehabilitation und Pflege alter Menschen (Beiträge zur Diakoniewissenschaft NF 17), Heidelberg 1993. [DÜVEL 1993]

EIBACH, ULRICH: Der leidende Mensch vor Gott. Krankheit und Behinderung als Herausforderung unseres Bildes von Gott und dem Menschen (Theologie in Seelsorge, Beratung und Diakonie Bd. 2), Neukirchen-Vluyn 1991. [EIBACH 1991]

EICHARDT, DETLEF/ NIEDMANN, TINA: Gruppenarbeit mit Verwirrten. Praktische Probleme und Lösungskonzepte für gerontopsychiatrische Betreuungsmaßnahmen, in: Altenpflege 8/1991, 483-89. [EICHARDT/NIEDMANN 8/1991]

VON EIKEN, BARBARA/ ELLEN, ERNST/ ZENZ, GISELA: Fürsorglicher Zwang. Eine Untersuchung zur Legitimation von Freiheitsbeschränkung und Heilbehandlung in Einrichtungen für psychisch kranke, für geistig behinderte und für alte Menschen, Bonn, Bundesanzeiger vom 14.02.1990. [VON EIKEN/ ERNST/ ZENZ 1990]

ERIKSON, E.H.: Identität und Lebenszyklus. Drei Aufsätze, 6. Aufl. Frankfurt a.M. 1980. (Original: New York 1959) [ERIKSON 1980]

ERLEMEIER, NORBERT: Partnerverlust im Alter. Die Rolle der sozialen Unterstützung, in: Evangelische Impulse 2/1990, 6-8. [ERLEMEIER 2/1990]

EVANGELISCHES JOHANNESWERK: Standards der Altenheimseelsorge in Häusern des Ev. Johanneswerkes, Ms. Bielefeld 1993. [EV. JOHANNESWERK 1993]

FEIL, NAOMI: Validation. Ein neuer Weg zum Verständnis alter Menschen, 2., völlig neu bearbeitete Ausgabe (mit Vicki de Klerk-Rubin) Wien 1992. [FEIL 1992]

FIEBIG, CHRISTA: Gemeinschaftserleben im Alten- und Pflegeheim. Individueller Lernprozeß in einer veränderten Lebenssituation, in: Evangelische Impulse 2/1994, 17f. [FIEBIG 2/1994]

FOOKEN, INSA: Partnerverlust im Alter, in: MAYRING/ SAUP 1990, 57-73. [FOOKEN 1990]

FREY, CHRISTOFER: Bürde und Chancen des Altwerdens, in: ZEE 37 (1993), 221-25. [FREY 1993]

FREY, HANS-PETER/ HAUBER, KARL: Entwicklungslinien sozialwissenschaftlicher Identitätsforschung, in: Dies. (Hg.): Identität. Entwicklungen psychologischer und soziologischer Forschung (Der Mensch als soziales und personales Wesen; Bd. 7), Stuttgart 1987. [FREY/ HAUBER 1987]

FRIELING-SONNENBERG, WILHELM: Das Schweigen durchbrechen. Teil 1: Der Umgang mit Sexualität im Heim ist durch die sexuelle Lebensgeschichte von BewohnerInnen und Pflegenden geprägt, in: Altenpflege 5/1994, 304-6. [FRIELING-SONNENBERG 5/1994]

FRIELING-SONNENBERG, WILHELM: Das Scheigen durchbrechen. Teil 2: Frühkindliche Erfahrungen und gesellschaftliche Bedingungen bestimmen die Einstellung zur Sexualität im Alter, in: Altenpflege 6/1994, 386-90. [FRIELING-SONNENBERG 6/1994]

FRITSCH-OPPERMANN, SYBILLE: Zärtlichkeit im Alter, in: Evangelische Impulse 2/1990, 12-14. [FRITSCH-OPPERMANN 2/1990]

FUNKE, DIETER: Symbol/ Ritual, in: Bäumler, Christof/ Mette, Norbert (Hg.): Gemeindepraxis in Grundbegriffen. Ökumenische Orientierungen und Perspektiven, Düsseldorf/ München 1987, 379-88. [FUNKE 1987]

GÄNG, MARIANNE (Hg.): Mit Tieren leben im Alten- und Pflegeheim, Hannover 1992. [GÄNG 1992]

GEISSLER, ROLF-HEINZ: Intimität und Partnerschaft im Altenpflegeheim. Möglichkeiten - Begrenzungen - Zwänge und ihre Überwindung, in: Evangelische Impulse 2/1990, 15f. [GEISSLER 2/1990]

GEISSLER, ROLF-HEINZ: Liebe - Intimität - Sinnlichkeit - Partnerschaft. Tabubereiche in Einrichtungen der Altenhilfe?, in: Evangelische Impulse 1/1992, 16f. [GEISSLER 1/1992]

GEISSLER, ROLF-HEINZ: Seelsorge in Einrichtungen der Altenhilfe. Aktuelle Probleme und Perspektiven, in: Evangelische Impulse 5/1993, 9. [GEISSLER 5/1993a]

GEISSLER, ROLF-HEINZ: Seelsorge im Altenheim. Leitsätze und Konkretionen, in: Evangelische Impulse 5/1993, 10f. [GEISSLER 5/1993b]

GÖSCHEL, IRMGARD: Heimtiere erwünscht. Vor allem Verwirrte profitieren von der Gegenwart eines Tieres, in: Altenpflege 4/1991, 233f. [GÖSCHEL 4/1991]

GÖTZELMANN, ARND: Die Theologin/ der Theologe in der Diakonie, in: Miscellen aus Studium und Forschung am Diakoniewissenschaftlichen Institut (=DWI-Info Nr. 28, 1994/95), Heidelberg 1994, 18-29. [GÖTZELMANN 1994]

GRÖZINGER, ALBRECHT: Seelsorge als Rekonstruktion von Lebensgeschichte, in: WzM 38. Jg. 1986, 178-88. [GRÖZINGER 1986]

GROND, ERICH: Umsetzung des medizinischen Wissens über den verwirrten alten Menschen in der Praxis, in: PRO SENECTUTE 1990, 53-70. [GROND 1990]

GROND, ERICH: Die Pflege verwirrter alter Menschen. Psychisch Alterskranke und ihre Helfer im menschlichen Miteinander, 7., aktualisierte Aufl. Freiburg i.B. 1992. [GROND 1992]

GROND, ERICH: Soziales Umfeld und gerontopsychiatrische Erkrankung, in: Evangelische Impulse 5/1992, 5-7. [GROND 5/1992]

GUTZMANN, HANS (Hg.): Der dementielle Patient. Das Alzheimer-Problem. Diagnostik, Ursachenforschung, Therapie, Betreuung (Angewandte Alterskunde; Bd. 3), Bern/ Göttingen/ Toronto 1992. [GUTZMANN 1992]

HAARBECK, MARGARETE: "Liebe Schwester Sabine!" (zur Frage, wie im Altenheim Partnerschaft und Sexualität gelebt werden können), in: Evangelische Impulse 2/1990, 16f. [HAARBECK 2/1990]

HARTMANN, GERD: Lebensdeutung. Theologie für die Seelsorge, Göttingen 1993. [HARTMANN 1993]

VON HASE, HANS CHRISTOPH: Gibt es eine Theologie des Alters?, in: Diakonie 1/1975, 23-29. [VON HASE 1975]

HAUBER, KARL: Art. "Identität", in: Endruweit, G./ Trommsdorff, G. (Hg.): Wörterbuch der Soziologie. 3 Bde., Stuttgart 1989, 279-81. [HAUBER 1989]

HAUBER, KARL: Identitätsentwicklung, New York 1983. [HAUBER 1983]

HEDTKE-BECKER, ASTRID: 'Ehrenamtliche' Arbeit. Zum Verhältnis von Hilfsbereitschaft und Ehrenamt in der Altenarbeit, in: Evangelische Impulse 2/1992, 9f. [HEDTKE-BECKER 2/1992]

HEINEMANN-KNOCH, MARIANNE/ VON KARDORFF, ERNST/ KLEIN-LANGE, MATTHIAS: Verwirrte alte Menschen. Empirische Studien zur Versorgungslage und zur alltäglichen Problembewältigung durch Betroffene, Angehörige und Versorger (KDA-Forum 19), Köln 1992. [HEINEMANN-KNOCH U.A. 1992]

HERMANN, INGER: Sterben - ein Aspekt des Lebens. Aufgaben und Ziele der Hospizbewegung, in: Evangelische Impulse 5/1993, 19-21. [HERMANN 5/1993]

HIRSCH, ROLF D./ KRAUB, BURKHARD (Hg.): Gerontopsychiatrie und Altenarbeit. Beiträge aus der Fortbildungsreihe "Gerontologisches Forum" im Landkreis Göppingen (Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit 67), Berlin 1986. [HIRSCH/KRAUB 1986]

HUBER, WOLFGANG: Folgen christlicher Freiheit. Ethik und Theorie der Kirche im Horizont der Barmer Theologischen Erklärung (NBST 4), 2. Aufl. Neukirchen-Vluyn 1985. [HUBER 1985]

HUMMEL, K.: Probleme des älteren Menschen beim Übergang in das Altenheim, in: HIRSCH/KRAUB 1986, 188-92. [HUMMEL 1986]

JAKOB, GISELA: Zwischen Dienst und Selbstbezug - Biographieverläufe ehrenamtlicher Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, in: neue praxis 1/1991, 26-32. [JAKOB 1/1991]

JOCHHEIM, MARTIN: Carl R. Rogers und die Seelsorge, in: ThPr 3/1993, 221-37. [JOCHHEIM 3/1993]

JOEST, WILFRIED: Dogmatik. Bd. 2. Der Weg Gottes mit dem Menschen, 2. Aufl. Göttingen 1990. [JOEST 1990]

JOSUTTIS, MANFRED: Praxis des Evangeliums zwischen Politik und Religion. Grundprobleme der Praktischen Theologie, München 1974. [JOSUTTIS 1974]

JÜNGEL, EBERHARD: Tod (ThTh 8), Stuttgart/ Berlin 1971. [JÜNGEL 1971]

JÜNGEL, EBERHARD: Der alte Mensch - als Kriterium der Lebensqualität. Bemerkungen zur Menschenwürde der leistungsunfähigen Person, in: Henke, D.

u.a. (Hg.): Der Wirklichkeitsanspruch von Theologie und Religion. Die sozialetische Herausforderung. FS für E. Steinbach, Tübingen 1976, 129-32. [JÜNGEL 1976]

JURY, DAN/ JURY, MARK: Gramp. Ein Mann altert und stirbt. Die Begegnung einer Familie mit der Wirklichkeit des Todes, 4. Aufl. Bonn 1991. [JURY 1991]

KACZYNSKI, REINER: Feier der Krankensalbung, in: Meyer, H.B. u.a. (Hg.): Gottesdienst der Kirche. Handbuch der Liturgiewissenschaft. Teil 7,2 - Sakramentliche Feiern I/2, Regensburg 1992, 241ff. [KACZYNSKI 1992]

KIERKEGAARD, SÖREN: Der Krankheit zum Tode. Der Hohepriester - der Zöllner - die Sünderin (Ges. Werke 24. und 25. Abteilung, hg. von E. Hirsch und H. Gerdes), 2. Aufl. Gütersloh 1982. [KIERKEGAARD 1982]

KIRCHENAMT DER EKD IM AUFTRAG DES RATES DER EKD (Hg.): Alterssicherung - die Notwendigkeit einer Neuordnung. Eine Denkschrift der Kammer der EKD für soziale Ordnung, Gütersloh 1987. [KIRCHENAMT 1987]

KIRCHENAMT DER EKD IM AUFTRAG DES RATES DER EKD (Hg.): Mündigkeit und Solidarität. Sozialetische Kriterien für Umstrukturierungen im Gesundheitswesen. Eine Studie der Kammer der EKD für soziale Ordnung, Gütersloh 1994. [KIRCHENAMT 1994]

KISKER, K.P. U.A. (Hg.): Psychiatrie der Gegenwart 8. Alterspsychiatrie, 3., völlig neugestaltete Aufl. Berlin u.a. 1989. [KISKER U.A. 1989]

KLAUS, BERNHARD/ WINKLER, KLAUS: Begräbnis-Homiletik. Trauerhilfe, Glaubenshilfe und Lebenshilfe für Hinterbliebene als Dienst der Kirche, München 1975. [KLAUS/ WINKLER 1975]

KLAUSING, GERD: Zum Umgang mit altersverwirrten Menschen im Heim, in: Ev. Impulse 5/1992, 20f. [KLAUSING 1992]

KLESSMANN, MICHAEL: Aus- und Fortbildung in der Altenseelsorge, in: NIEMEYER 1994, 95-113. [KLESSMANN 1994]

KLIE, THOMAS: Recht auf Verwirrtheit? Das Betreuungsrecht für die Altenarbeit. Eine Arbeitshilfe, Hannover 1993. [KLIE 1993]

KLIE, THOMAS: Noch lange nicht perfekt. Kritische Anmerkungen zur Heimpersonal-Verordnung, in: Altenheim 10/1994, 706-11. [KLIE 10/1994]

KRÄMER, GÜNTER: Alzheimer Krankheit. Ursachen, Krankheitszeichen, Untersuchung, Behandlung. Für Angehörige, Betreuer, Selbsthilfegruppen und alle, die sich über das Krankheitsbild informieren wollen, Stuttgart 1989. [KRÄMER 1989]

KRIZ, JÜRGEN: Grundkonzepte der Psychotherapie. Eine Einführung, 4. Auflage Weinheim 1994. [KRIZ 1994]

KRÖGER, GISELA: Seelsorge oder Leibsorge - Seelsorge ohne Leibsorge?, in: ThPr 26 (1991), 260-63. [KRÖGER 1991]

KRUSE, A./ LEHR, U./ OSWALD, F./ ROTT, CHR. (Hg.): Gerontologie - Wissenschaftliche Erkenntnisse und Folgerungen für die Praxis. Beiträge zur II. Gerontologischen Woche in Heidelberg vom 18.06.-23.06.1987, München 1988. [KRUSE U.A. 1988]

KRUSE, ANDREAS: Die Auseinandersetzung älterer Menschen mit chronischer Krankheit, Sterben und Tod, in: KRUSE U.A. 1988, 384-426. [KRUSE 1988]

KRUSE, ANDREAS: Wege zu einer neuen Anthropologie des Alters - Konsequenzen für Therapie und Seelsorge, in: Auftrag und Werk. Mitteilungen des Evang.-Luth. Diakoniewerks Hohenbrunn, Heft IV/88, 10-23 sowie die Fortsetzung in I/1989, 5-28. (Erstmals erschienen in: KRUSE U.A. 1988, 466-500.) [KRUSE IV/88 bzw. I/89]

KRUSE, ANDREAS: Altern zwischen Hoffnung und Verzicht. Prävention, Rehabilitation, Irreversibilität. Versuch einer Zusammenfassung, in: SCHÜTZ U.A. 1991, 176-93. [KRUSE 1991]

KÜHNERT, SABINE: Das Verhältnis zwischen Angehörigen von Heimbewohnern und Mitarbeitern im Altenpflegeheim (Europäische Hochschulschriften, Reihe VI: Psychologie, Bd. 350), Frankfurt a.M. u.a. 1991. [KÜHNERT 1991]

KÜHNERT, SABINE: Altenheim/ Altenpflegeheim und soziales Umfeld, in: Evangelische Impulse 4/1992, 8f. [KÜHNERT 1992]

KURATORIUM DEUTSCHE ALTERSHILFE (KDA) (Hg.): Alte Menschen im Heim - Angeschoben, isoliert und einsam?, in: Presse-Informationsdienst des KDA 6/1985, 3-17. [KDA 6/1985]

LÄMMERMANN, GODWIN: Wider "die gesellschaftliche Verdrängung von Schwäche". Zu Henning Luthers Verständnis von Seelsorge und Diakonie, in: ThPr 27 (1992), 218-31. [LÄMMERMANN 1992]

LEHR, URSULA: Psychologie des Alterns, 7. Aufl., ergänzt und bearbeitet von Hans Thomae, Heidelberg/ Wiesbaden 1991. [LEHR 1991]

LEMKE, HELGA: Theologie und Praxis annehmender Seelsorge, Stuttgart/ Berlin/ Köln/ Mainz 1978. [LEMKE 1978]

LEMKE, HELGA: Seelsorgerliche Gesprächsführung. Gespräche über Glauben, Schuld und Leiden, Stuttgart/ Berlin/ Köln 1992. [LEMKE 1992]

LESNY, URSULA: Wer trägt mich in den Himmel, Stuttgart 1991. [LESNY 1991]

LESNY, URSULA: Sterbebegleitung durch 'Sitzwachen', in: Evangelische Impulse 5/1990, 16f. [LESNY 5/1990]

LIND, SVEN: Angehörige als Kooperationspartner in Einrichtungen der Altenhilfe, in: Evangelische Impulse 2/1991, 11f. [LIND 2/1991]

LINSTER, HANS WOLFGANG: Art. Gesprächspsychotherapie, in: ANSANGER/ WENNINGER 1994, 242-48. [LINSTER 1994]

LIUKKONEN, ARJA: Aggressionen bei Betagten. Pflegende greifen noch immer häufig zu fixierenden Maßnahmen. Ergebnisse einer Studie, in: Altenpflege-Forum 2/1993. [LIUKKONEN 1993]

LÜCKEL, KURT: Begegnung mit Sterbenden. Gestaltseelsorge in der Begleitung sterbender Menschen. Mit einem Vorwort von Hilarion Petzold, München 1981. [LÜCKEL 1981]

LUTHER, HENNING: Diakonische Seelsorge, in: WzM 40 (1988), 475-84. [H. LUTHER 1988a]

LUTHER, HENNING: Wahrnehmen und Ausgrenzen oder die doppelte Verdrängung. Zur Tradition des seelsorgerlich-diakonischen Blicks, in: ThPr 23 (1988), 250-66. [H. LUTHER 1988b]

LUTHER, HENNING: Leben als Fragment. Der Mythos von der Ganzheit, in: WzM 43. Jg. 1991, 262-73. [H. LUTHER 1991]

LUTHER, HENNING: Alltagssorge und Seelsorge. Zur Kritik am Defizitmodell des Helfens, in: ders.: Religion und Alltag. Bausteine zu einer Praktischen Theologie des Subjekts, Stuttgart 1992, 224-38. [H. LUTHER 1992]

LUTHER, MARTIN: Disputatio de homine (1536), in: Ebeling, G.: Lutherstudien II. Disputatio de Homine, 1. Teil, Tübingen 1977, 15-30. [M. LUTHER 1977]

MACE, NANCY L./ RABINS, PETER V.: Der 36-Stunden-Tag. Die Pflege des verwirrten älteren Menschen, speziell des Alzheimer-Kranken. Übersetzung und Anhang von Michael Martin, 3., erweiterte Aufl. Bern 1991. [MACE/ RABINS 1991]

MALL, WINFRIED: Basale Kommunikation - ein Weg zum anderen, in: Geistige Behinderung 23. Jg. 1984, Innenteil 1/84, 1-16. [MALL 1984]

MARR, DETLEF: Kunsttherapie mit altersverwirrten Menschen, Selbstverlag Fürth 1993 (Zu beziehen nur beim Autor: Ludwigstr. 110, 90763 Fürth). [MARR 1993]

MAYRING, PHILIPP/ SAUP, WINFRIED (Hg.): Entwicklungsprozesse im Alter, Stuttgart/ Berlin/ Köln 1990. [MAYRING/ SAUP 1990]

MEIER-RUGE, W. (Hg.): Die dementielle Hirnerkrankung im Alter (Geriatric für die tägliche Praxis; Bd. 3), Basel/ Freiburg i.B. u.a. 1993. [MEIER-RUGE 1993]

MOLTMANN, JÜRGEN: Diakonie im Horizont des Reiches Gottes. Schritte zum Diakonentum aller Gläubigen. Mit e. Beitr. von Ulrich Bach u. e. Geleitw. von Theodor Schober, Neukirchen-Vluyn 1984. [MOLTMANN 1984]

MUTHESIUS, DOROTHEA: Musiktherapeutische Verfahren in der Gerontopsychiatrie, in: H.-H. Decker-Voigt u.a. (Hg.): Musik und Kommunikation. Hamburger Jahrbücher zur Musiktherapie. Sonderreihe Tagungsberichte Bd. 1, Bremen 1990, 117-23. [MUTHESIUS 1990]

NECKERMANN, M.: Altenarbeit und Seelsorge, in: HIRSCH/ KRAUß 1986, 193-207. [NECKERMANN 1986]

NEIDHART, WALTER: Die Rolle des Pfarrers beim Begräbnis, in: Wort und Gemeinde. Probleme und Aufgaben der Praktischen Theologie. FS für Eduard Thurneysen zum 80. Geburtstag, Zürich 1968, 226-35. [NEIDHART 1968]

NEIDHART, WALTER: Seelsorge/ Beratung, in: Bäumler, Christof/ Mette, Norbert (Hg.): Gemeindepraxis in Grundbegriffen. Ökumenische Orientierungen und Perspektiven, Düsseldorf/ München 1987, 369-78. [NEIDHART 1987]

NESTLE, EBERHARD/ NESTLE, ERWIN/ ALAND, BARBARA/ ALAND, KURT: Novum Testamentum Graece, 26. Aufl. Stuttgart 1979, 4., revidierter Druck Stuttgart 1981. [NESTLE-ALAND 1981]

NEUKAMM, KARL HEINZ (Hg.): Diakonie 4/1992 (=Themenheft "Hospiz - dem Sterben Raum geben"), Stuttgart 1992.

NEUKAMM, KARL HEINZ: Zur Position evangelischer Diakonie im sozialen Staat. Einsichten und Erfahrungen aus zehn Jahren, in: *Miszellen aus Studium und Forschung am Diakoniewissenschaftlichen Institut (=DWI-Info Nr. 28, 1994/95)*, Heidelberg 1994, 2-9. [NEUKAMM 1994]

NIEMEYER, GÜNTER: *Altenheimseelsorge. Anregungen aus der Praxis für die Praxis*, Stuttgart 1990. [NIEMEYER 1990]

NIEMEYER, GÜNTER: Sehnsucht nach Wärme im Alter. Alter Mensch im Alten Testament: David, in: *Evangelische Impulse* 4/1991, 22. [NIEMEYER 4/1991]

NIEMEYER, GÜNTER: *Von Abraham bis Zacharias. Biblische Spurensuche für die Praxis der Altenarbeit*, Bielefeld 1993. [NIEMEYER 1993]

NIEMEYER, GÜNTER: Seelsorge: Kooperation der Dienste in Einrichtungen der Altenarbeit, in: *Evangelische Impulse* 5/1993, 14f. [NIEMEYER 5/1993]

NIEMEYER, GÜNTER (Hg. für das Evangelische Johanneswerk, Bielefeld): *Aufbruch in der Altenseelsorge. Dokumentation des Symposiums vom 26. bis 29. Oktober 1993 im Johannesstift Bielefeld*, Bielefeld 1994. [NIEMEYER 1994]

NOHL, PAUL-GERHARD: *Mit seelischer Krankheit leben. Hilfen für Betroffene und Mitbetroffene*, 3., durchgesehene und erweiterte Aufl. Göttingen 1991. [NOHL 1991]

OESTERREICH, KLAUS: *Gerontopsychiatrie. Forschung, Lehre, Praxis, Perspektiven*, München 1993. [OESTERREICH 1993]

OSWALD, WOLF D./ HERRMANN, WERNER M./ KANOWSKI, SIEGFRIED/ LEHR, URSULA M./ THOMAE, HANS (Hg.): *Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe*, Stuttgart/ Berlin/ Köln/ Mainz 1984. [OSWALD U.A. 1986]

OTTO, GERD: *Praktische Theologie. Bd. 1: Grundlegung der Praktischen Theologie; Bd. 2: Handlungsfelder der Praktischen Theologie*, München 1986.1988. [OTTO 1986] bzw. [OTTO 1988]

PECK, ROBERT: *Psychologische Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte*, in: Lehr, Ursula/ Thomae, Hans (Hg.): *Altern. Probleme und Tatsachen*, Frankfurt a.M. 1968, 530-44. [PECK 1968]

PFISTERER, KARL DIETERICH: *Altersverwirrte Menschen. Situation und Möglichkeiten der Hilfe (Studienbrief D 12)*, hg. von der Arbeitsgemeinschaft

Missionarische Dienste als Beilage zu "Das missionarische Wort" 4/1991. [PFISTERER 4/1991]

PRO SENECTUTE KANTON ZÜRICH (Hg.): Der verwirrte alte Mensch. Mögliche Hilfen insbesondere bei seniler Demenz. Kongressbericht der von Pro Senectute Kanton Zürich am 30./31. Oktober 1989 durchgeführten Informationstagung "Der verwirrte alte Mensch" (Pro Senectute Schriftenreihe; Bd. 4), Zürich 1990. [PRO SENECTUTE 1990]

RASEHORN, ECKARD/ RASEHORN, HELGA: Ich weiß nicht, was soll es bedeuten. Für ein anderes Verständnis von Verwirrtheit im Alter, Hannover 1991. [RASEHORN 1991]

REIMANN, HELGA/ REIMANN, HORST (Hg.): Das Alter. Einführung in die Gerontologie, 3., neu bearbeitete Auflage Stuttgart 1994. [REIMANN 1994]

REINER, ARTUR: Die Krankensalbung, in: WzM 7/1994, 418-29. [REINER 7/1994]

REISBERG, BARRY: Hirnleistungsstörungen. Alzheimersche Krankheit und Demenz, Weinheim/ Basel 1986. [REISBERG 1986]

REST, FRANCO: Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbegeleit. Studienbuch für Krankenpflege, Altenpflege und andere, Stuttgart/ Berlin/ Köln 1989. [REST 1989]

REST, FRANCO: Was ist christlich an der Hospizbewegung?, in: Der Johannesruf 2/1993, 34-36. [REST 2/1993]

RICH, ARTHUR: Die institutionelle Ordnung der Gesellschaft als sozialetisches Problem, in: ders.: Glaube in politischer Entscheidung. Beiträge zur Ethik des Politischen, Zürich/ Stuttgart 1962. [RICH 1962]

RICH, ARTHUR: Wirtschaftsethik. Grundlagen in theologischer Perspektive, 2., durchgesehene Auflage Gütersloh 1985. [RICH 1985]

RICHARD, NICOLE: Validation ist noch ein Experiment. Ein Seminar in Bayern gab wertvolle Informationen, in: Altenpflege 9/1992, 543-45. [RICHARD 9/1992]

RICHARD, NICOLE: Validation. Lichtungen im Nebel der Verwirrtheit finden, in: Altenpflege 3/1994, 196-99. [RICHARD 3/1994]

RICHARD, NICOLE: Mit Validation finden wir die Lichtungen im Nebel der Verwirrtheit, in: Pflegezeitschrift 4/1994, 232-35. [RICHARD 4/1994]

RICHARD, NICOLE: Validierende Gespräche. Wege aus dem Nebel der Verwirrtheit, in: *Altenpflege* 5/1994, 310-13. [RICHARD 5/1994]

RIESS, RICHARD: Pastoralpsychologische Aspekte des Alterns. Sieben Thesen, in: *PTh* 82 (1993), 355f. [RIESS 1993]

RITSCHL, DIETRICH: "Story" als Rohmaterial der Theologie, in: ders./ Jones, Hugh O.: "Story" als Rohmaterial der Theologie (TEH 192), München 1976, 7-41. [RITSCHL 1976]

RITSCHL, DIETRICH: Ethische Herausforderungen in der Beratung und Seelsorge. Vortrag auf dem Kongreß "Altern als Chance und Herausforderung" der Landesregierung Baden-Württemberg vom 14./15.11.1988 in Stuttgart, Ms. Heidelberg 1988. [RITSCHL 1988]

RITSCHL, DIETRICH: Das "Storykonzept" in der medizinischen Ethik, in: Sass, H.-M./ Viefhues, H. (Hg.): *Güterabwägung in der Medizin. Ethische und ärztliche Probleme*, Berlin u.a. 1991, 156-67. [RITSCHL 1991]

RÖSSLER, DIETRICH: *Grundriß der Praktischen Theologie*, 2., erweiterte Aufl. Berlin/ New York 1994. [RÖSSLER 1994]

ROTH, WOLFGANG: Psychotherapie und Seelsorge. Eine Ortsbestimmung, in: *Diakonie* 6/1992, 330-36. [ROTH 6/1992]

SANDER, CHRISTEL: *Der theologisch-diakonische Ansatz von Ulrich Bach. Darstellende Aspekte und Anfragen (Abschlußarbeiten am Diakoniewissenschaftlichen Institut NF 183)*, Heidelberg 1993. [SANDER 1993]

SAUP, WINFRIED: Übersiedelung und Aufenthalt im Alten- und Pflegeheim, in: *MAYRING/ SAUP* 1990, 75-104. [SAUP 1990]

SCHÄFER-BREITSCHUH, UTA/ LENZEN, WILFRIED: Die Bedeutung von Abendmahl und Taufe in der seelsorgerlichen Begleitung Sterbender, in: *WzM* 7/1994, 397-409. [SCHÄFER-BREITSCHUH/ LENZEN 7/1994]

SCHARFENBERG, JOACHIM: *Seelsorge als Gespräch. Zur Theorie und Praxis der seelsorgerlichen Gesprächsführung*, 2., unveränderte Auflage Göttingen 1974. [SCHARFENBERG 1974]

SCHNEIDER, HANS-DIETER: *Sexualität im Alter. Abriß der Forschungsergebnisse*, in: *Evangelische Impulse* 2/1990, 9-11. [SCHNEIDER 2/1990]

SCHÖNEMANN, JÖRG: Das Problem der Identität und die Würde des Menschen im Alter. Psychosoziale und theologische Überlegungen im Blick auf den Umgang mit alten Menschen in der Diakonie (Beiträge zur Diakoniewissenschaft NF 15), Heidelberg 1993. [SCHÖNEMANN 1993]

SCHÜTZ, R.-M./ SCHMIDT, R./ TEWS, H.P. (Hg.): Altern zwischen Hoffnung und Verzicht. Prävention, Rehabilitation, Irreversibilität. Dokumentation der XVIII. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie in Lübeck vom 20.-22. September 1990, Lübeck 1991. [SCHÜTZ U.A. 1991]

SCHÜTZ, R.-M.: Altern zwischen Hoffnung und Verzicht - Eine Einführung, in: SCHÜTZ U.A. 1991, 56-59. [SCHÜTZ 1991]

SCHÜTZENDORF, ERICH/ WALLRAFEN-DREISOW, HELMUT: In Ruhe ver-rückt werden dürfen. Für eine anderes Denken in der Altenpflege. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. E. Grond, Frankfurt a.M. 1991. [SCHÜTZENDORF/ WALLRAFEN-DREISOW 1991]

SCHWEITZER, FRIEDRICH: Lebensgeschichte als Thema von Religionspädagogik und Praktischer Theologie, in: PTh 83. Jg. 1994, 402-14. [SCHWEITZER 1994]

SEIBERT, HORST: Der diakonische Auftrag am alten Menschen aus theologisch-humanwissenschaftlicher Sicht, Stuttgart 1978. [SEIBERT 1978]

SEIBERT, HORST: Diakonische Sicht des altersverwirrten Menschen, in: Diakonisches Werk der EKD (Hg.): Danken und Dienen '87. Arbeitshilfen für Verkündigung, Gemeindearbeit und Unterricht. Thema: Altersverwirrte Menschen in Familie, Heim und Gemeinde, Stuttgart 1987, 13-17. [SEIBERT 1987]

SEIBERT, HORST: Veränderung in der stationären Altenhilfe, in: Soziale Arbeit 7/1994. [SEIBERT 1994]

SINGER, PETER: Praktische Ethik, Stuttgart 1984. [SINGER 1984]

SIX, PAOLO: Einführung und Klärung der Begriffe, in: PRO SENECTUTE 1990, 29-39. [SIX 1990]

SÖHNGEN, MICHAEL: Ziele, Möglichkeiten und Grenzen der Seelsorge in der Gerontopsychiatrie, in: NIEMEYER 1994, 114-26. [SÖHNGEN 1994]

SPIEGEL, YORICK: Der Prozeß des Trauerns. Analyse und Beratung, 7. Auflage München 1989. [SPIEGEL 1989]

STADTER, BIRGIT: "Frauengespräche". Gespräche über Sexualität im Alter, in: Evangelische Impulse 2/1990, 18f. [STADTER 2/1990]

STAPPEN, BIRGIT: Partnerschaft und Partnerverlust im Alter, in: KRUSE U.A. 1988, 293-319. [STAPPEN 1988]

STOLLBERG, DIETRICH: Seelsorge nach Henning Luther, in: PTh 81 (1992), 366-73. [STOLLBERG 1992]

STOLZ, KONRAD: Ehrenamtliche Betreuer gewinnen. Betreuungsgesetz setzt auf ehrenamtliches Engagement, in: Evangelische Impulse 2/1994, 24f. [STOLZ 2/1994]

STRACKE-MERTES, ANSGAR: Was der alte Mensch heute ist, ist er geworden. Biographiearbeit und ihre Umsetzung im pflegerischen Prozeß, in: Altenpflege 3/1994, 173-76. [STRACKE-MERTES 3/1994]

STROHM, THEODOR: Sanctity or quality of life? Zum Stand der wissenschaftlichen Debatte um Peter Singers Ansatz, in: ders.: Diakonie und Sozialethik. Beiträge zur sozialen Verantwortung der Kirche. Hg. v. G.K. Schäfer und K. Müller. Mit einem Geleitwort von Klaus Engelhardt (Veröffentlichungen des Diakoniewissenschaftlichen Instituts an der Universität Heidelberg, Bd. 6), Heidelberg 1993, 171-82. [STROHM 1993]

STROHM, THEODOR: Diakonie - Biblisch-theologische Grundlagen und Orientierungen. Gliederungsthesen, Ms. Heidelberg 1994. [STROHM 1994]

TACKE, HELMUT: Glaubenshilfe als Lebenshilfe. Probleme und Chancen heutiger Seelsorge, Neukirchen-Vluyn 1975. [TACKE 1975]

THEIßEN, GERD: Die Bibel diakonisch lesen: Die Legitimationskrise des Helfens und der barmherzige Samariter, in: Schäfer, G.K./ Strohm, Th. (Hg.): Diakonie - biblische Grundlagen und Orientierungen. Ein Arbeitsbuch zur theologischen Verständigung über den diakonischen Auftrag (Veröffentlichungen des Diakoniewissenschaftlichen Instituts an der Universität Heidelberg, Bd. 2), Heidelberg 1990, 376-401. [THEIßEN 1990]

THURNEYSSEN, EDUARD: Die Lehre von der Seelsorge, 6. Aufl. Zürich 1988. [THURNEYSSEN 1988]

TRAUBERT, J.: Sterben und Sterbebegleitung aus der Sicht der Krankenpflege, in: HIRSCH/ KRAUß 1986, 208-20. [TRAUBERT 1986]

VEREINIGTE EVANGELISCH-LUTHERISCHE KIRCHE DEUTSCHLANDS (VELKD) - DIE KIRCHENLEITUNG (Hg.): Dienst an Kranken. Agende für Evangelisch-Lutherische Kirchen und Gemeinden. Band III. Die Amtshandlungen. Teil 4. Erarb. vom Liturgischen Ausschuß der VELKD und beschlossen von der Generalsynode und der Bischofskonferenz, neu bearbeitete Ausgabe 1994. [VELKD 1994]

VOGEL, BERNDT: Musiktherapie - ein Schlüssel zur Seele, in: Geistige Behinderung 27. Jg. 1988, Innenteil 2/1988, 1-27. [VOGEL 1988]

VORGRIMLER, HERBERT: Art. Krankensalbung, in: TRE Bd. XIX, Berlin/ New York 1990, 664-69. [VORGRIMLER 1990]

WETH, RUDOLF: Diakonie, in: Bäumler, Christof/ Mette, Norbert (Hg.): Gemeindepaxis in Grundbegriffen. Ökumenische Orientierungen und Perspektiven, Düsseldorf/ München 1987, 116-26. [WETH 1987]

WETTSTEIN, ALBERT: Defizite und Möglichkeiten des Demenzkranken, in: PRO SENECTUTE 1990, 41-52. [WETTSTEIN 1990]

WINDISCH, HUBERT: Steine schleppen oder Kreuze tragen. Krankheit und Krankensalbung in einem christlich orientierten Krankenhaus, in: Krankendienst 8/1994, 279-84. [WINDISCH 8/1994]

WINKLER, EBERHARD: Seelsorge an Kranken, Sterbenden und Trauernden, in: BECKER U.A. 1990, 405-27. [E. WINKLER 1990]

WINKLER, KLAUS: Seelsorge durch Sterbebegleitung. Ein Auftrag der Gemeinde zwischen Realität und Illusion, in: Evangelische Impulse 5/1993, 5-8. [K. WINKLER 5/1993]

WINKLER, KLAUS: Alter als Verzichtleistung, in: NIEMEYER 1994, 127-39. [K. WINKLER 1994]

WINTZER, FRIEDRICH: Praktische Theologie. Unter Mitarbeit von Manfred Josuttis, Dietrich Rössler, Wolfgang Steck, 3., durchgesehene und um Literatur ergänzte Auflage Neukirchen-Vluyn 1990. [WINTZER 1990]

WOLF, BERNWARD: Mit behinderten Menschen leben. Diakonie als Ort der Begegnung, in: Schibilsky, M. (Hg.): Kursbuch Diakonie. Ulrich Bach zum 60. Geburtstag, Neukirchen-Vluyn 1991, 349-59. [WOLF 1991]

ZIMMERRING, NORBERT: Entblößung des Ich ... Biographiearbeit mit alten Menschen bedeutet mehr als nur Rückschau halten, in: *Altenpflege* 7/1994, 443-45. [ZIMMERRING 7/1994]