

Peter Pulheim / Christine Schaumberger

Bekehrung von Seelsorge und Theologie zu Menschen mit „Demenz“

♦ Ein grundlegendes Anliegen der Befreiungstheologie ist es, Menschen „als Subjekte – besonders auch als theologische Subjekte – wahrzunehmen und zu Wort kommen zu lassen“. Für eine entsprechende Krankenhausseelsorge bedeutet dies in logischer Konsequenz, auch Menschen mit „Demenz“ nicht in erster Linie als Objekte unserer Hilfe anzusehen, sondern sie in ihren eigenen Ausdrucksweisen zu Gehör kommen zu lassen. Solange dies nicht oder kaum geschieht, ist „von ihnen so zu erzählen, dass sie anderen präsent werden und bleiben können.“ Pulheim und Schaumberger beschreiben in eindrucksvoller Weise, wie übliche Darstellungsversuche dementer Menschen verlernt und ein Erzählen ausgebildet werden kann, das sie als einzigartige und unverwechselbare Subjekte erkennbar macht – „die Bekehrung zu Menschen mit ‚Demenz‘ verändert die Theologie.“ (Redaktion)

Eine befreiungstheologische Krankenhausseelsorge¹ buchstabiert die „Option für die Armen und die Anderen“ als Option für die vom Vergessen bedrohten bzw. am geringsten angesehenen Kranken aus, und das sind in unseren Krankenhäusern vor allem die PatientInnen mit „Demenz“, die selbst auf geriatrischen Stationen oft als Belastung und Überforderung empfunden werden. KrankenhausseelsorgerInnen werden oft zu unruhigen, aggressiven, schreienden PatientInnen mit „Demenz“ gerufen, mit der Erwartung, sie zu beruhigen und dem Pflegepersonal Last abzunehmen. Wenn PatientInnen mit „Demenz“ nicht als störend auffallen, hören

KrankenhausseelsorgerInnen oft: „Zu dem brauchen Sie nicht zu gehen. Das lohnt sich nicht.“

Der Arzt Klaus Dörner schlägt „eine Art kategorischen Imperativ vor: Handle in deinem Verantwortungsbereich so, daß du mit dem Einsatz all deiner Ressourcen (Empfänglichkeit, Zeit, Kraft, Manpower, Liebe, Aufmerksamkeit) immer beim jeweils Letzten beginnst, wo es sich am wenigsten lohnt.“²

Welche Bedeutung die Kirche Menschen mit „Demenz“ zuerkennt, zeigt, wie ernst sie ihren Auftrag als Erinnerungs- und Erzählgemeinschaft nimmt. Menschen mit „Demenz“ sind in zweifacher

¹ Zu befreiungstheologischer Krankenhausseelsorge vgl. *Peter Pulheim*, Qualifizierte Krankenhausseelsorge. Theologische Orientierungen, in: *Krankendienst* 56 (2003), 33–40. Vgl. *Christine Schaumberger*, Blickwechsel. Fundamentale theologische Fragen einer sich kontextualisierenden Theologie, in: *Pastoraltheologische Informationen* 18 (1998), 31–52.

² *Klaus Dörner*, Die Gesundheitsfälle. Woran unsere Medizin krankt. – Zwölf Thesen zu ihrer Heilung, München 2003, 52.

Hinsicht vom Vergessen bedroht: Sie werden marginalisiert und „unsichtbar“, und sie verlieren mehr und mehr ihr Gedächtnis und ihre Erinnerungen. Die Kirche steht daher in der Pflicht, dafür zu sorgen, dass diese Menschen, ihre Erfahrungen und Erinnerungen nicht verloren gehen. Wenn Menschen mit „Demenz“ und ihre Erfahrungen in Gemeinden und theologischen Texten fehlen, dann steht Kirche als Erinnerungs- und Erzählgemeinschaft auf dem Spiel. Menschen mit „Demenz“ erinnern die christliche Erinnerungs- und Erzählgemeinschaft daran, wie schwer und wie bedroht das Erinnern, wie mühsam und zermürend das Kämpfen gegen das Vergessen, wie gefährdet die Erinnerung an die Jesusbewegung, wie gefährlich das Suchen nach untergegangenen oder dem Vergessen preisgegebenen Erinnerungen ist. An und durch Menschen mit „Demenz“ kann die Kirche lernen, als Erinnerungs- und Erzählgemeinschaft wirksam zu werden.

1 Wo bin ich hier? Bin ich in Würzburg?

Die Krankenhausseelsorgerin wird auf eine geriatrische Station ihrer Klinik in der Nähe von Frankfurt gerufen. Es sei dringend. Auf der Station sei eine Patientin so unruhig, sie sei völlig verwirrt, laufe den ganzen Tag auf dem Gang herum, halte den Betrieb auf, spreche alle, ob Personal oder BesucherInnen, immer wieder an, halte alle am Arm fest und lasse von sich aus nicht mehr los. Auf der Station wüssten sie nicht mehr, was sie tun sollten.

Die Seelsorgerin kommt auf die Station, sieht die Patientin auf dem Gang gehen, geht auf sie zu. Die Patientin fasst sie sofort am Arm, hält ihren Arm sehr fest,

fragt: „Wo bin ich denn hier, bin ich hier in Würzburg?“

Die Seelsorgerin sieht den Gesichtsausdruck, mit dem die Patientin diese Frage begleitet, hört ihre Stimme und ahnt, dass mit Würzburg unangenehme Erfahrungen oder Gefühle verbunden sein könnten. Sie vermutet, dass die Patientin die Frage nach Würzburg stellt, weil sie sich auch hier nicht wohlfühlt. Sie sagt: „Jetzt gehen wir erst mal ein bisschen miteinander.“ Während des gemeinsamen Gehens auf dem Gang eilen und laufen immer wieder Menschen an beiden vorüber. Jedes Mal, wenn jemand läuft, sagt die Patientin: „Es ist so schnell hier. Es kennt mich doch hier keiner! Bin ich hier in Würzburg?“ Einige Zeit später sagt sie: „Es ist hier so hektisch. Keiner hat Zeit. Das ist zu viel für alte Menschen. Ich hätte zu Hause bleiben sollen.“

Als die Patientin von der Geschwindigkeit spricht, beginnt auch die Seelsorgerin wahrzunehmen, wie hektisch es auf diesem Gang zugeht und wie sehr sie diese Schnelligkeit als selbstverständliche Geschwindigkeit auf der Station zu akzeptieren gelernt hat. Indem sie diese Wahrnehmung benennt, die sie mit der Patientin teilt, kann sie deren Wahrnehmung bestätigen und bekräftigen: „Sie haben Recht: Hier ist es wirklich sehr hektisch.“ Sie gehen miteinander weiter, die Patientin hält weiter die Seelsorgerin fest am Arm. Diese hat den Eindruck, dass ein wechselseitiges Vertrauen wächst.

Die Seelsorgerin achtet darauf, nicht zu fragen, was „Würzburg“ für die Patientin bedeutet. Sie spürt sehr deutlich, wie wichtig und wie beunruhigend ihr diese Frage nach Würzburg ist. Nach dem Besuch bei der Patientin nimmt sie, vermittelt über PflegerInnen der Station, Kontakt zur Tochter der Patientin auf. Sie erzählt ihr,

dass ihre Mutter so nachdrücklich frage, ob sie in Würzburg sei, und bittet sie, ihr weiterzuhelfen und zu sagen, was es mit Würzburg auf sich habe. Die Tochter weiß etwas über „Würzburg“: Für ihre Mutter sei Würzburg eine schwere Zeit gewesen. Sie sei in O., einem kleinen, ruhigen Dorf, in dem alle einander kannten und aufeinander achteten, aufgewachsen und habe als junges Mädchen ihr Dorf verlassen müssen, um in Würzburg als Haushaltshilfe zu arbeiten. Sie habe Würzburg als sehr hektisch erlebt, sei in Würzburg und in der Familie, bei der sie gearbeitet habe, sehr unglücklich, „sehr einsam“ gewesen, habe „in dieser fremden Stadt“ furchtbar Heimweh gehabt.

Am nächsten Vormittag besucht die Krankenhauseelsorgerin die Patientin, sie begegnet ihr wieder auf dem Gang, die Patientin packt sie erneut am Arm und fragt sie: „Wo bin ich hier, bin ich hier in Würzburg?“ Sie gehen miteinander, gehen schließlich auf einen Bereich außerhalb der Station zu, in dem einige Tische mit Stühlen und eine Kaffeemaschine stehen. Sie setzen sich. Sie sind zu dieser Zeit alleine in dieser Sitzecke, die Sonne scheint herein, es ist angenehm hell und ruhig. In einer gewissen Entfernung sind ÄrztInnen und PflegerInnen zu sehen, die auf die Station eilen oder auch von der Station wegeilen.

Sie sitzen lange beieinander. Die Patientin entspannt sich mehr und mehr, sie betrachtet mit gelöstem, glücklichem Gesichtsausdruck diese Sitzecke und beobachtet das Treiben der PflegerInnen und ÄrztInnen in der Ferne. Plötzlich sagt sie: „Ach, wir sind ja in O. Da bin ich geboren. Wie schön es hier ist.“ Die Seelsorgerin genießt mit ihr die Sonne und das ruhige Sitzen. Die Patientin schaut in die Ferne und sagt schließlich: „Da ist doch

Vater. Da ist doch Mutter.“ Sie erkennt einzelne PflegerInnen und ÄrztInnen als Bekannte aus O. Sie winkt ihnen zu, weiß die Namen dieser ihrer Bekannten und sagt sie der Seelsorgerin. Als der Stationsarzt vorbeieilt, sagt sie: „Da ist ja der Jochen aus O.“ Beim Nennen der einzelnen Personen mit Namen wird sie ruhiger und ruhiger.

Später informiert die Krankenhaus-seelsorgerin die PflegerInnen darüber, was sie gerade mit der Patientin erlebt hat. Eine Pflegerin sagt ihr einige Tage später: „Ich habe mir Zeit genommen für die Patientin, damit es nicht so hektisch in Würzburg ist.“ Sie erzählt, die Patientin habe sie erfreut angeschaut und gesagt: „Gell, du bist auch aus O., ich kenne dich schon, als du noch so klein warst.“

2 Von Menschen mit „Demenz“ erzählen und sprechen lernen

Entscheidend und unterscheidend – auch gegenüber anderen Fachbereichen des Krankenhauses – ist, wie und mit welchem Interesse KrankenhausseelsorgerInnen auf Menschen mit „Demenz“ hören, mit ihnen und über sie sprechen und von ihnen erzählen. Wenn wir befreiungstheologisch Krankenhausseelsorge treiben, dann geht es uns darum, Menschen mit „Demenz“ als Subjekte – besonders auch als theologische Subjekte – wahrzunehmen und zu Wort kommen zu lassen, und nicht in erster Linie darum, Menschen mit „Demenz“ helfen zu wollen, wodurch wir sie als Objekte unserer Hilfe ansehen würden.

Solange Menschen mit „Demenz“ in unserer Gesellschaft, Kultur, Kirche, Tradition nicht oder kaum mit ihren eigenen Stimmen, in ihren eigenen Ausdruckswei-

sen zu Gehör kommen,³ bleibt uns nichts anderes übrig, als sie möglichst detailliert zu erinnern, von ihnen so zu erzählen, dass sie anderen präsent werden und bleiben können. Wir müssen daher die Art, wie wir von Menschen mit „Demenz“ erzählen und sprechen, daraufhin überprüfen, mit welchen Vorannahmen, mit welchem Interesse, mit welchen Auswirkungen auf die PatientInnen und auf unsere eigenen Einstellungen wir sprechen.

Die Patientin, von der wir erzählt haben, und ihre Frage „Bin ich hier in Würzburg?“ könnte erstens so beschrieben werden, dass alles, was wir von ihr erzählen und erinnern können, als Hinweis auf psychomotorische Unruhe, Distanzlosigkeit, räumliche und zeitliche Desorientierung, d. h. als Symptom einer demenziellen Erkrankung gedeutet wird. Eine solche symptomorientierte Sichtweise beträfe dann genau die Frage „Bin ich hier in Würzburg?“, ihr ständiges Wiederholen dieser Frage, ihr unruhiges Herumgehen auf dem Gang, ihren Versuch, allen, die ihr begegnen, diese eine Frage zu stellen – und dies immer wieder –, das Anfassen fremder Personen, ihre Identifizierung von ÄrztInnen und KrankenpflegerInnen als DorfbewohnerInnen von O., ihren Ausruf: „Da ist doch Vater. Da ist doch Mutter.“ Die Patientin würde als Symptomträgerin beschrieben, von ihr würde gesprochen, um „Demenz“ zu diagnostizieren, die Sprechenden sähen sich in der Position derer, die, distanziert und unbeteiligt, besser über die Patientin Bescheid wissen als diese selbst.

Es ist zweitens denkbar, dass ihr jetziger Zustand mit ihrer Lebensgeschichte als „nichtdemente“ Frau verglichen wird und über sie eine Geschichte von körperlichem Verfall, geistigem Abbau, von Auflösung ihrer Person, von ihrer Entwicklung hin zu einem hilfsbedürftigen Opfer der Krankheit erzählt wird. Meist sind solche Darstellungen bestimmt von Wörtern des Erschreckens und Aufschreckens, wie „Katastrophe“, „Zerstörung“, „Vernichtung“, „kein Leben mehr“. Sie zielen darauf, entweder vor dieser Krankheit zu warnen oder das Ausmaß des Leidens, des Verlusts, der Not emotional nahezubringen. Die Patientin erscheint als zu bedauerndes „Objekt“. Die Sprechenden sehen sich in der Position derer, die „von außen“ das Ausmaß des Leidens und der Not dieser „dementen“ Patientin beurteilen können und sich engagiert um Aufmerksamkeit für „Demenz“ bzw. „Demente“ dadurch bemühen, dass sie Hilflosigkeit und Objektstatus der Patientin betonen.

Drittens kann diese Frau und die Beschreibung eines gelingenden Augenblicks⁴ der Seelsorge mit ihr als Beispiel genommen werden, um zu demonstrieren, wie sich KrankenhausseelsorgerInnen gegenüber Menschen mit „Demenz“ hilfreich verhalten können und welche Fehler sie vermeiden sollten. „Nicht mehr das Leid und die Not der anderen steht dann im Vordergrund, sondern das, was wir können, was wir zu bieten haben. Mit diesem Rückzug auf unser Können und Vermögen, auf unsere Bewältigungsstrategien,

³ Vgl. zum Beispiel: *Demenz Support Stuttgart* (Hg.), „Ich spreche für mich selbst.“ Menschen mit Demenz melden sich zu Wort, Frankfurt am Main 2010.

⁴ Vgl. Peter Pulheim, Die Besonderheit von Augenblicken erkennen und würdigen, in: *Ders., Kürzere Verweildauer der PatientInnen im Krankenhaus: Konsequenzen für die Krankenhausseelsorge und die Klinische Seelsorgeausbildung*, Heidelberg 2009 (Manuskriptreihe für die Heidelberger KSA-Kurse).

entziehen wir uns aber dem Anderen und bleiben bei uns, anstatt uns auszusetzen und befremden zu lassen.“⁵

Es geht darum, solche naheliegenden und üblichen Darstellungsversuchungen zu verlernen und ein Erzählen auszubilden, das Menschen mit „Demenz“ als einzigartige und unverwechselbare Subjekte erkennbar macht, zum Beispiel von einer „völlig verwirrten“ Frau so zu erzählen, dass erfahrbar wird, wie sie die Krankenhausseelsorgerin auf die Geschwindigkeit der Station hinweist, wie sie die Helligkeit des Sonnenlichts auskosten und eine Kaffee-Ecke der Klinik in die Atmosphäre ihres Dorfes verwandeln kann, wie sie frühere Zeiten ihres Lebens mit der Gegenwart in der Klinik zusammensetzt und damit verwirklicht, was *re-member*, das englische Wort für Erinnerung, so anschaulich benennt: einzelne Teile zusammenfügen.

In unseren Kursen über „Demenz“ lernen die SeelsorgerInnen von Menschen mit „Demenz“ als Subjekten zu erzählen. Durch dieses Erzählen werden, ohne das Leiden und die Unbegreiflichkeit von „Demenz“-Erfahrungen zu verharmlosen, Leiden, Protest, Lebendigkeit, Kraft, Lebensstrategien, Weisheit, Liebe dieser erzählten Menschen spürbar. Ebenso werden die erzählenden und hörenden SeelsorgerInnen belebt und zum Weiterdenken und Suchen inspiriert.

Nach jeder Erzählung suchen wir gemeinsam nach Benennungen für die erzählte Person. Diese Benennungen sollen, wenn wir im Kurs und nach dem Kurs auf die einzelnen erzählten Personen ver-

weisen, diese vergegenwärtigen, die Aufmerksamkeit für sie stärken, ihre Erinnerung fördern. Durch dieses Erzählen und Suchen nach Benennungen lernen KrankenhausseelsorgerInnen, wie sie auf ihren Stationen über Menschen mit „Demenz“ sprechen. Die Frau, die fragt: „Bin ich hier in Würzburg?“, würde nicht als Subjekt geachtet und nicht erinnert, wenn wir über sie als „demente“ oder „verwirrte“ Frau sprächen, vielleicht aber dann, wenn wir sie die „Frau, die es auf dem Krankenhausgang so hektisch findet wie in Würzburg“, oder die „Frau, die ihre Krankenschwester als Kind aus ihrem Dorf erkannt hat“, nennen.

3 Die Weisheit von Menschen mit „Demenz“ erkennen

Menschen mit „Demenz“ haben Anspruch auf hochqualifizierte SeelsorgerInnen, die sich auf „Demenz“ vorbereitet haben. Zur Qualifikation für „Demenz“ gehört, das unterdrückte und gefährdete Wissen, Erkennen, Denken, Fühlen der Menschen mit „Demenz“ zu schätzen und zu studieren.

Dies verlangt von SeelsorgerInnen eine Bekehrung zu den Menschen mit „Demenz“ – eine Bewegung, die in unserem Kontext dem entspricht, was lateinamerikanische Theologie der Befreiung, „Ortsverlagerung hin zu den Armen“ und Paulo Freire „Liebe zum Volk“⁶ genannt hat. „Diese Liebe heißt zuerst die Bereitschaft, nicht nur beim Volk (bei den Menschen mit „Demenz“, d. V.) zu lernen, sondern

⁵ Henning Luther, Die Lügen der Tröster. Das Beunruhigende des Glaubens als Herausforderung für die Seelsorge, in: *Praktische Theologie* 33 (1998), 163–176, hier 174.

⁶ Paulo Freire, *Pädagogik der Unterdrückten. Bildung als Prozeß der Freiheit*, Reinbek b. Hamburg 1973.

auch mit dem Volk (mit den Menschen mit „Demenz“) zu leiden. Es geht also um eine Sym-pathie, um ein Leiden-mit (oder Mit-Leiden), so dass das Gegenteil von Liebe nicht Hass, sondern die Angst vor diesem erforderlichen Leiden ist.⁷

Von feministischen Befreiungstheologien lässt sich lernen, wie wichtig für die Liebe zu Menschen mit „Demenz“ Herrschaftskritik, vor allem auch die Kritik

herrschenden Denkens, der „Gewalt durch Sprache“, der alltäglichen „Selbstverständlichkeiten“ einerseits und der Kampf um die „Macht zu benennen“ andererseits ist, und wie schwierig es ist, die Sprechanstrengungen und Benennversuche derjenigen, die der Definitionsmacht anderer unterworfen werden, zu erkennen und zu unterstützen.⁸ Wir erinnern an die Benennversuche: „Bin ich in Würzburg?“ und „Wir sind ja in O.“

Die Diagnose Demenz kann, wie wir oft gehört haben, für Menschen mit „Demenz“ und ihre Angehörigen entlastend und hilfreich sein. Doch bereits die Bezeichnung „dement“ (übersetzt: geistlos!) braucht Herrschaftskritik. Diese Bezeichnung definiert eine Trennlinie zwischen „normal“ und „dement“. Sie vereinheitlicht Menschen mit ihren Verschiedenheiten, unterschiedlichen Kulturen, Vorlieben, Beweggründen, individuellen Biografien, eigenen Wahrnehmungen, Ausdrucksformen, Lebensstrategien zu der Gruppe der „Dementen“ und versieht sie mit einem Etikett, das sie als „anders“, als „Problem“, als defizitär ausweist. Die Bezeichnung „dement“ wirkt als Stigma⁹: Sie bewirkt einen Umgang mit Menschen, der herstellt, was die Bezeichnung zu benennen scheint. Wir können alternative Sehweisen und Benennungen einüben und uns dabei von den Disability Studies anleiten lassen: Statt von „Demenz“ als individuellem Problem einzelner Personen zu sprechen, können wir danach fragen, inwiefern Gesellschaft, Kirche, Umwelt vergesslich und verwirrend

Weiterführende Literatur:

Andrea Fröchtling, „Und dann habe ich auch noch den Kopf verloren ...“ Menschen mit Demenz in Theologie, Seelsorge und Gottesdienst wahrnehmen, Leipzig 2008. Andrea Fröchtling setzt sich als Praktische Theologin interdisziplinär mit medizinischen, pflegewissenschaftlichen, psychologischen, soziologischen Ansätzen zu „Demenz“ auseinander, untersucht „Demenz“ als „theological disease“ und fragt nach einer Gottesdienstpraxis, die Menschen mit „Demenz“ im Blick hat.

Peter Wißmann / Reimer Gronemeyer, Demenz und Zivilgesellschaft. Eine Streitschrift, Frankfurt am Main 2008. Diese sehr lesenswerte und anregende „Streitschrift“ hilft, sich kritisch mit einem medizinisch dominierten Verständnis von „Demenz“ auseinanderzusetzen, sie stellt Menschen mit „Demenz“ als BürgerInnen in den Mittelpunkt und fragt nach Möglichkeiten eines „demenzfreundlichen“ Gemeinwesens.

⁷ *Rogério de Almeida Cunha*, Pädagogik als Theologie, in: *Fernando Castillo* (Hg.), *Theologie aus der Praxis des Volkes*, München–Mainz 1978, 61–124, hier 88.

⁸ Vgl. *Christine Schaumberger*, „Harte Arbeit“, aber „Akt des Überlebens“. Feministische Re-Vision, in: *Dies. / Luise Schottroff*, *Schuld und Macht. Studien zu einer feministischen Befreiungstheologie*, München 1988, 202–250.

⁹ Vgl. *Jürgen Hohmeier / Hans-Joachim Pohl* (Hg.), *Alter als Stigma oder wie man alt gemacht wird*, Frankfurt am Main 1978.

sind, statt „Abhängigkeit“ als Katastrophe zu bewerten, können wir Menschen sehen, die Assistenzbedarf haben und sich AssistentInnen nehmen (die hoffentlich für sie brauchbar sind). Statt auf Defizite zu achten, können wir neu erworbene Merkmale und Befähigungen erkennen. Dann ist für uns Befähigung zur Verknüpfung unterschiedlicher Zeiten in der Gegenwart¹⁰, was dem diagnostischen Blick „zeitliche Desorientiertheit“ ist. Dann beweist die Aussage, hier und jetzt Tote zu sehen, für uns die Fähigkeit, die Gemeinschaft der Lebenden und Toten materiell zu erfahren und zu bezeugen, während sie in Medizin und Pflege als Symptom des mittleren Demenzstadiums gilt. Dann erscheint als Befähigung, Gefühle stark, deutlich und für andere spürbar zum Ausdruck zu bringen, was als „Distanzlosigkeit“ diagnostiziert wird.

„Demenz“ – dieses Wort verschärft die verbreitete Angst, den Verstand zu verlieren. In unserer Kultur wird Menschsein mit Geist, Vernunft, Denken identifiziert und dies wiederum mit einer einzigen Form logischen Denkens. Die Kritik an der in der Definition „Demenz“ enthaltenen Engführung des Denkens macht es notwendig, alternative Denk- und Wissensarten zu entdecken, zu erforschen und auszubilden, z.B. sinnliche Wahrnehmungen als Erkenntniswege und die Erkenntniskraft der Gefühle.¹¹ Nur auf dieser Grundlage wird es möglich, die Weisheit von Menschen

mit „Demenz“ zu entdecken: die Weisheit, die sie durch ihre Lebenskämpfe, vor allem durch jene Erfahrungen, die als „dement“ bezeichnet werden, und durch die Reaktionen auf ihre „Demenz“ erworben haben.

Die Ausbildung für „Demenz“ verlangt von SeelsorgerInnen nicht nur veränderte Wahrnehmungen von „Demenz“ und Menschen mit „Demenz“, sondern auch veränderte Wahrnehmungen von sich selbst als Menschen, die (noch) nicht als „dement“ diagnostiziert worden sind. Die Bekehrung zu „Demenz“ wird darin konkret, dass wir uns nicht als „nicht-dement“ ansehen, sondern als „zeitweise nicht dement“.¹² Die Qualität von Seelsorge zeigt sich darin, ob wir eigene Erfahrungen, die als „Demenz“-Erfahrungen wahrgenommen werden können, mit plausiblen Erklärungen verharmlosen oder in ihrer Brisanz wahrhaben, erinnern und reflektieren.¹³ eigene Erfahrungen des Vergessens, vor allem eines Vergessens, das uns peinlich ist, der Orientierungslosigkeit, vor allem der den Boden unter den Füßen entziehenden Orientierungslosigkeit, der Probleme bei der Wortfindung, vor allem dann, wenn wir diese aus Scham schnell zu übergehen suchen, der Erschütterung, vor allem einer Erschütterung, die wir kaum mitteilen können. Dadurch gewinnen wir ein Verständnis von Menschsein, das die Trennlinie von „normal“ versus „dement“ übersteigt, und befähigen uns mehr und

¹⁰ Vgl. *Christine Schaumberger*, In unterschiedlichen Zeiten leben, Heidelberg 2009 (Manuskriptreihe für die Heidelberger KSA-Kurse).

¹¹ Vgl. *Christoph Demmerling / Hilge Landweer*, Philosophie der Gefühle. Von Achtung bis Zorn, Stuttgart–Weimar 2007.

¹² Wir knüpfen hier an die von Disability Studies und TheologInnen der Behinderung vorgeschlagene Benennung „zeitweise nicht behindert“ („temporarily able-bodied“) anstelle von „nicht-behindert“ an. Vgl. z. B. *Nancy Eiesland*, The Disabled God, Nashville 1994.

¹³ Vgl. *Peter Pulheim / Christine Schaumberger*, Wenn nichts (mehr) „selbstverständlich“ ist. Seelsorgliche Begleitung von Menschen mit „Demenz“. Sondernummer: Wachsen ein Leben lang, hg. v. ARGE Altenpastoral, Jahr 4, Sondernummer Dezember 2009.

mehr, uns in Menschen mit „Demenz“ einzufühlen, ohne die Fremdheit und Unermesslichkeit ihres Leidens zu negieren.

4 Suchen, endlos

Die Bekehrung zu Menschen mit „Demenz“ verändert die Theologie. Es wird *erstens* spürbar, inwiefern Theologie und Seelsorge Menschen mit „Demenz“ als Subjekte ausgrenzen, zum Beispiel in ihrer Rede von Erinnerung und in ihrer Erinnerungspraxis (wie oben beschrieben), aber auch durch eine Theologie des Wortes, die mit selbstverständlichem Sprechvermögen und Verfügen über Wörter einherzugehen scheint, oder durch ein Verständnis von Nächstenliebe, das Nächstenliebe mit dem Handeln von Helfenden an Hilfsbedürftigen assoziiert. Solche „Schwachpunkte“ der Theologie werden zu brisanten theologischen Fragen.¹⁴

Bei eigenen Sprechanstrengungen von Menschen mit „Demenz“ sind KrankenhausseelsorgerInnen ihre AssistentInnen. Bei und mit Menschen, die als „schwer erreichbar“ gelten, suchen SeelsorgerInnen ihrerseits nach Benennungen aus deren Leben, in denen sie sich finden können, zum Beispiel im Zusprechen des Mädchennamens oder in schon verlorengegangenen Wörtern aus der Arbeitsbiografie. Wir erleben es als Akt der Nächstenliebe von Menschen mit „Demenz“, dass sie auf Benennversuche warten.

Vor allem ist es notwendig, Menschen mit „Demenz“ überhaupt zu hören. Statt primär auf explizite Wörter ausgerichtet zu bleiben, werden wir auf Sprachformen aufmerksam, die häufig gar nicht als Sprache beachtet werden: Seufzer, Stöhnen, einzelne, wiederholte Laute, Gemurmel, Schreien, Wimmern. Wir lernen, diese Ausdrucksweisen als die der Situation und den Erfahrungen angemessene Sprache zu erkennen und wertzuschätzen – und eventuell, der Situation entsprechend, als Gebet mitauszudrücken. Gemurmel zum Beispiel kann der adäquate Ausdruck sein „für das Untergegangene, für das Verfehlt und für das Unaussprechliche“¹⁵.

Theologische Traditionen werden *zweitens* nicht in ihrer Fülle verstanden, solange die theologische Reflexion von „Demenz“-Erfahrungen fehlt.

Wenn wir das endlose Suchen eines Menschen mit „Demenz“ wahrnehmen und bedenken, wenn wir die Freude teilen über einen gefundenen Vornamen, ein gefundenes Wort, das gefundene Zimmer, die gefundene Handtasche, das gefundene Dorf O. und zugleich die Trauer spüren, dass das Gefundene wieder verloren gehen wird, und wenn wir die endlose Suche teilen, dann erweitert sich das Verstehen der theologischen Traditionen vom Suchen Gottes nach dem, was verloren ist. Die Freude am Finden und der Wert des Suchens werden nicht relativiert durch das Wissen, dass das Verlorengehen und das Suchen endlos sind.

¹⁴ Vgl. Christine Schaumberger, Theologische Schwachpunkte? Oder Herausforderungen an feministische Theologie?, in: Dies., „Hier bin ich nicht zu Hause.“ Inwiefern verändern wir feministische Theologie, wenn wir die Erfahrungen von *Frauen*, die als „dement“ etikettiert werden, theologisch wahrnehmen und reflektieren?, Vortragsmanuskript Tagung „Altern: Zukunftsfrage feministischer Theologie“ der AG Feminismus und Kirchen, Bad Soden-Salmünster 2009.

¹⁵ Wilhelm Genazino, Das Licht brennt ein Loch in den Tag, Reinbek b. Hamburg 1996, 27.

Die AutorInnen: Peter Pulheim, geboren 1948 in Frechen bei Köln, Diplomtheologe und Diplompsychologe, Lehrsupervisor (KSA/DGfP), Krankenhausseelsorger in Heidelberg, Leiter des Instituts für Klinische Seelsorgeausbildung der Erzdiözese Freiburg in Heidelberg. Veröffentlichungen zum Thema: *Kranke, die mehr FreundInnen unter den Toten als unter den Lebenden haben. Seelsorge in der Geriatrie*, in: Michael Klessmann (Hg.), *Handbuch der Krankenhausseelsorge*, 3. überarb. u. erw. Aufl., Göttingen 2008, 144–158; *Wenn nichts (mehr) „selbstverständlich“ ist. Seelsorgliche Begleitung von Menschen mit „Demenz“*. Sondernummer: *Wachsen ein Leben lang*, hg. v. ARGE Altenpastoral, Jahr 4, Sondernummer Dezember 2009 (zusammen mit Christine Schaumberger); *Theolo-*

gie und Spiritualität des Schmerzes, in: *Der Schmerz. Dimensionen seiner Wirklichkeit*. 28. Internationaler Kongress für Pflegeberufe in Salzburg, 23./24. Oktober 2004, Bd. 2, Wien 2005 (zusammen mit Christine Schaumberger).

Christine Schaumberger, geboren 1951 in Amberg; selbstständig arbeitende feministische Theologin; Lehraufträge, Erwachsenenbildung, Mitarbeit in Projekten des Heidelberger Instituts für Klinische Seelsorgeausbildung; *Arbeitsschwerpunkte: Kontextualisierungsfragen feministischer Befreiungstheologie im Blickwechsel mit Befreiungstheologien unterschiedlicher Kontexte, feministisch-theologische Traditionstheorie, theologische Analyse von Schmerz, Behinderung, Altern, „Demenz“*.

Vertröstungen verletzen, Trost heilt.



Klaus Schäfer

Trösten – aber wie?

Ein Leitfaden zur Begleitung von Trauernden und Kranken

176 Seiten, kartoniert, ISBN 978-3-7917-2204-7

€ 16,90 (D) / € 17,40 (A) / sFr 25,90

Anhand zahlreicher Beispiele zeigt der Autor, warum manche Formulierungen verletzen, andere dagegen trösten und heilen. Der Leser bekommt ein Gespür für häufige Fehler und unpassende Formulierungen im Umgang mit Trauernden und Kranken und erfährt konkret, was er stattdessen sagen und tun kann.

Verlag Friedrich Pustet



www.verlag-pustet.de