

# **SEELSORGE FÜR DEMENZKRANKE**

## **HILFESTELLUNGEN BEI DER SUCHE NACH SEELSORGEKONZEPTEN**

**Projektbericht**  
**im Rahmen des Zertifikatsprogramms 2014**  
**Gerontologie heute:**  
**Besser verstehen, erfolgreich vermitteln, innovativ gestalten**

am

**Zentrum für Gerontologie  
der Universität Zürich**

bei

**Prof. Dr. phil. Mike Martin**  
**Ordinarius für Gerontopsychologie**  
**Vorsitzender des Zentrums für Gerontologie**

**Diskutantin:**

**Dr. med. Gabriela Bieri-Brüning, MHA, MSc**  
**Stadtärztin**  
**Chefärztin Geriatrischer Dienst der Stadt Zürich**  
**Ärztliche Direktorin PZZ**

**Verfasser:**

**Oliver Stens**  
**Dr. theol., Dr. phil.**  
**Schueppwiesenstrasse 10**  
**CH-8152 Glattbrugg**  
**Tel: 079 776 22 22**  
**Mail: [oliver.stens@me.com](mailto:oliver.stens@me.com)**

## INHALT

<b>1. Hinführung zum Thema</b>	<b>3</b>
1.1. Anlass der Arbeit	3
1.2. Absicht der Arbeit	3
<b>2. Seelsorge für Menschen mit Demenz</b>	<b>4</b>
2.1. Demenz	4
2.1.1. Die Krankheit	4
2.1.2. Zentrale Fakten	5
2.2. Die Besonderheit der Seelsorge für Menschen mit Demenz	7
2.2.1. Kommunikationskanäle in der Seelsorge mit Demenzkranken	7
2.2.2. Kommunikationsverhalten im Kontakt mit Demenzkranken	10
2.3. Seelsorgekonzept – Was ist das?	13
2.3.1. Begriff und Bedeutung	13
2.3.2. Konzepte für die Seelsorge mit demenzkranken Menschen	13
<b>3. Fazit</b>	<b>16</b>
3.1. Plädoyer für die Erstellung eines eigenen Seelsorgekonzeptes	16
3.2. Die Grenze der Sprache ist nicht die Grenze der Seelsorge	17

<b>LITERATUR</b>	<b>18</b>
------------------	-----------

## 1. HINFÜHRUNG ZUM THEMA

### 1.1. Anlass der Arbeit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) wies im Jahre 2012 auf die dramatische Ausbreitung der Demenzerkrankungen hin. Die Zahl der an Demenz erkrankten Menschen werde sich bis zum Jahre 2030 weltweit verdoppeln. Das heisst, dass bis 2030 die Zahl der Demenzkranken auf circa 66 Millionen ansteigen wird. „Worldwide, 35.6 million people have dementia and there are 7.7 million new cases every year.“ Nach dieser Prognose werde es im Jahre 2050 circa dreimal so viele Menschen mit Demenz geben wie heute.<sup>1</sup> Die Zahlen sind also alarmierend und verweisen auf die enorme Dimension der Demenzerkrankung und die damit verbundenen gesellschaftlichen Folgen und Herausforderungen.<sup>2</sup>

### 1.2. Absicht der Arbeit

Die Lebenssituationen von Menschen mit Demenz führen nicht selten bei den Betroffenen selbst, aber auch bei ihren Angehörigen zum Rückzug ins Private, bis sie unbemerkt aus dem gesellschaftlichen beziehungsweise kirchlichen Leben völlig verschwunden sind. Menschen mit Demenz sind Mitglieder der Gesellschaft und insofern auch Mitglieder der Kirche und dürfen daher „erwarten, dass sie von Seiten der Kirche wahrgenommen und aufgenommen, angesehen und angesprochen, befähigt und beteiligt werden“.<sup>3</sup> Wie Menschen mit Demenz wahrgenommen werden können und sollten, darauf weiss Reimer Gronemeyer eine zusammenfassende Antwort: Demenzkranke Menschen „gehören als Bürgerinnen und Bürger zu uns, und es ist unsere Aufgabe, sie so gut wie möglich zu umsorgen, zu respektieren, und, wenn möglich, zu Wort kommen zu lassen. Die Demenz ist eine der vielen Weisen, in denen das Altwerden seinen Ausdruck finden kann. Nicht die Bekämpfung der Demenz steht deshalb an oberster Stelle der Agenda, sondern die Bereitschaft, die Demenz als etwas zu begreifen, das zum Älterwerden gehören kann. [...] Orte, an denen sich Menschen mit Demenz vorfinden, sollten vor allem Orte der *Gastfreundlichkeit* sein“.<sup>4</sup> Das Thema „Demenz“ und die damit verbundenen Folgen für Betroffene und Angehörige werden mittlerweile auf breiter Ebene diskutiert. Es ist allerdings zu beobachten, dass sich kirchliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Seelsorgerinnen und Seelsorger hin und wieder schwer tun im Umgang mit demenzkranken Menschen. Sie fühlen sich oftmals in der seelsorglichen Begegnung mit Demenzkranken hilflos, gehemmt oder überfordert. Insofern lohnt es sich darüber nachzudenken, wie Seelsorge mit demenzkranken Menschen fruchtbar gestaltet werden kann und wie Seelsorgende weiterhin sensibel bleiben beziehungsweise sensibel werden für demenzkranke Menschen und ihre Lebens- und Leidenswirklichkeiten.<sup>5</sup> Die Kirchen sind gefordert, auf diese Realität mit ihrer Praxis, aber auch mit Forschung und geeigneten Ausbildungsmassnahmen zu reagieren. Eine wichtige Kompetenz kirchlicher Praxis ist die Seelsorge. Sie soll deshalb in diesem Rahmen auf Menschen mit Demenz bezogen werden.<sup>6</sup> Ferner stellt sich die Frage, wie Seelsorgerinnen und Seelsorger animiert werden können, ihr eigenes *Verständnis von Seelsorge für Menschen mit Demenz* zu reflektieren und zu formulieren oder gegebenenfalls auch *neu* zu formulieren.

---

<sup>1</sup> World Health Organization (2012): Dementia.

<sup>2</sup> Vgl. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2011.

<sup>3</sup> Hille/Köhler 2013, S. 13. Vgl. hierzu auch: Becker/Plasger 2010; Freter 2010, S. 8.

<sup>4</sup> Gronemeyer 2013, S. 39.

<sup>5</sup> Vgl. hierzu: Zöbeli 2013.

<sup>6</sup> Vgl. Roser 2007, S. 312-313.

## 2. SEELSORGE FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ

Um die Situation beziehungsweise Lebensumstände demenzkranker Menschen besser verstehen zu können, ist es zunächst sinnvoll, einen kurzen Überblick über die wichtigsten der für dieses Projekt bedeutsamen theoretischen Grundlagen aus der Gerontologie/Geriatrie aufzuzeigen. Im weiteren Verlauf möchte sich das Projekt mit den Begriffen „Seelsorge“ und „Seelsorgekonzepte“ beschäftigen.

### 2.1. Demenz

Wissenschaftliche Erkenntnisse über die Demenzerkrankung ermöglichen Verstehen und dienen in diesem Kontext der Reflexion. Insofern werden im Folgenden zunächst grundlegende Zusammenhänge der Erkrankung zusammengefasst und in einem weiteren Schritt die Folgen einer Demenzerkrankung und die damit verbundenen Herausforderungen beschrieben.<sup>7</sup>

#### 2.1.1. Die Krankheit

Das Wort „Demenz“ setzt sich aus den lateinischen Wörtern „mens“ (= Verstand) und „de“ (= abnehmend) zusammen. „Demenz“ bedeutet also so viel wie „abnehmender Verstand“ oder chronisch fortschreitender Hirnabbau mit Verlust früherer Denkfähigkeiten.<sup>8</sup> „Demenz ist ein schwerwiegender Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit aufgrund einer ausgeprägten und lang anhaltenden Funktionsstörung des Gehirns.“<sup>9</sup> Die folgende Abbildung illustriert die Demenzformen.

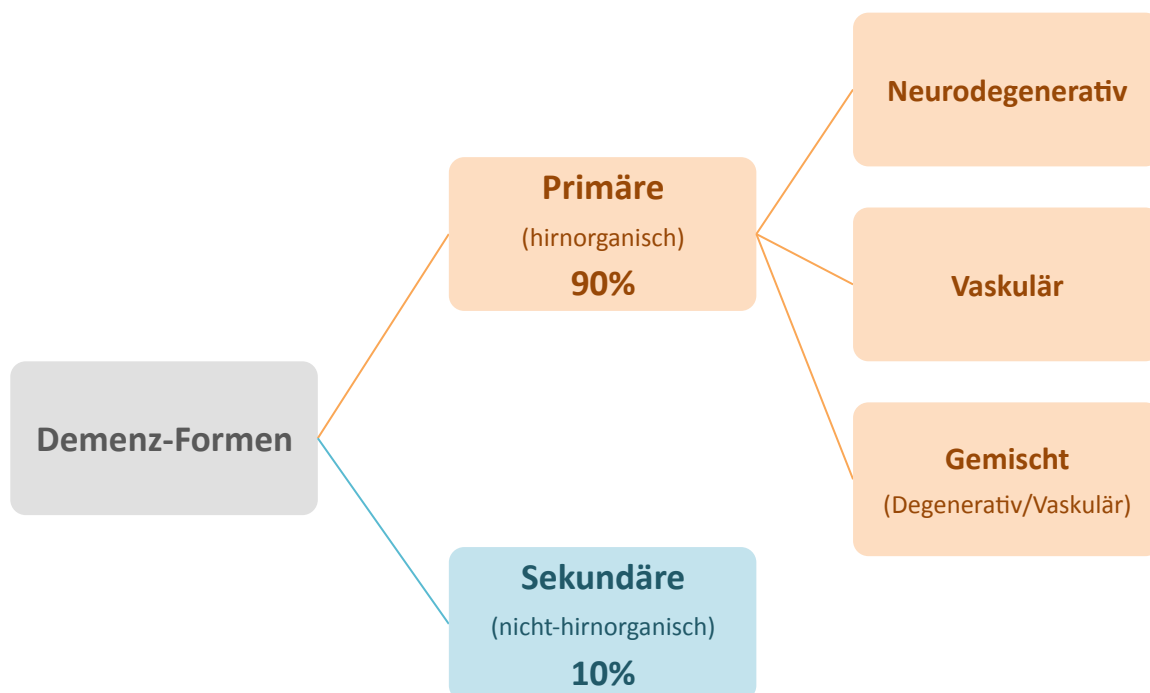


Abbildung 1: Demenz-Formen im Überblick

<sup>7</sup> Vgl. Böhmer/Füsgen 2008; vgl. Brand/Markowitsch 2005, S. 11-73.

<sup>8</sup> Grond 2014, S. 14.

<sup>9</sup> Förstl/Lang 2011, S. 4.

Wie die Abbildung zeigt, sind zwei Arten von Demenzen zu unterscheiden: *Primäre* Demenzen und *sekundäre* Demenzen. Zu den primären oder irreversiblen Demenzformen gehören einerseits alle degenerativen, abbaubedingten Demenzen, die das Hirngewebe zerstören, wie die Alzheimer-Demenz, die Lewy-Körper-Demenz und die frontotemporale Demenz, andererseits die vaskulären, gefässbedingten Demenzformen wie die subkortikale Demenz Binswanger, die Multi-Infarkt-Demenz und schliesslich Mischformen. Sekundäre oder reversible Demenzformen sind die *Folge* anderer Erkrankungen.<sup>10</sup> Eine Demenz liegt dann vor, wenn „eine sekundäre Verschlechterung einer vorher größeren geistigen Leistungsfähigkeit“ nachgewiesen werden kann. Nach der Zehnten Revision der Internationalen Krankheitsklassifikation (ICD-10) muss bei einer Demenz „neben dem Gedächtnis mindestens eine weitere intellektuelle Funktion beeinträchtigt sein (z.B. Urteilsfähigkeit, Denkvermögen, Planen)“; ferner müssen solche Beeinträchtigungen und Störungen über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten anhalten. Bei einer Demenzerkrankung treten neben intellektuellen Einschränkungen auch Veränderungen der Gemütslage, des Antriebs und des Sozialverhaltens, wie Reizbarkeit, emotionale Labilität, depressive Verstimmung, Apathie, sozialer Rückzug, Vernachlässigung der Körperpflege, in Erscheinung. Die Krankheitssymptome allerdings „müssen so schwerwiegend sein, dass sie zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Alltagsbewältigung führen. Erst dann darf man von einer zumindest leichten Demenz sprechen“.<sup>11</sup> Bei einer Alzheimererkrankung vor dem 65. Lebensjahr liegt die Lebenserwartung bei circa 10 Jahren, zwischen dem 65. und 70. Lebensjahr bei circa 8 Jahren, nach dem 75. Lebensjahr 6 Jahre, nach dem 85. Lebensjahr 4 Jahre und nach dem 90. Lebensjahr 2 Jahre. Menschen mit einer vaskulären Demenz haben insgesamt eine kürzere Lebenserwartung. „Faktoren wie männliches Geschlecht, Schwere der Demenz“ und deutlich mehr Begleiterkrankungen sind dafür mitverantwortlich.<sup>12</sup>

### 2.1.2. Zentrale Fakten

Die folgende Tabelle zeigt, wie der Anteil und die Anzahl der an Demenz erkrankten Männer und Frauen in der Schweiz dem Alter nach ansteigen.<sup>13</sup>

Alter	Anteil der an Demenz erkrankten		Anzahl der an Demenz erkrankten	
	Frauen in %	Männer in %	Frauen	Männer
30-64	0,07	0,07	1322	1336
65-69	1,10	2,20	2383	4478
70-74	3,90	4,60	6819	6969
75-79	6,70	5,00	9866	5709
80-84	13,50	12,10	16478	9605
85-89	22,80	18,50	18874	7811
90+	34,10	31,90	15958	5557
<b>Total</b>			<b>71700</b>	<b>41466</b>

Tabelle 1: Anteil und Anzahl der an Demenz Erkrankten nach Altersgruppen in der Schweiz

In der Schweiz sind derzeit circa 113.000 Menschen an Alzheimer oder an einer anderen Form von Demenz erkrankt. Infolge der zunehmenden Alterung der Bevölkerung wird auch die Zahl der demenzkranken Menschen in Zukunft drastisch ansteigen. Im Folgenden einige zusammenfassende Fakten: Die Zahl der Menschen mit Demenz wird bis zum Jahr 2050 auf

<sup>10</sup> Grond 2014, S. 15; vgl. Buijssen 2013, S. 22-30.

<sup>11</sup> Förstl/Lang 2011, S. 6.

<sup>12</sup> Grond 2014, S. 15.

<sup>13</sup> Eigene Bearbeitung nach Schweizerische Alzheimervereinigung 2014, S. 1

circa 300.000 steigen. Im Jahre 2009 betragen die Kosten im Zusammenhang mit Demenzerkrankungen etwa 6,9 Milliarden CHF, 95% dieser Kosten landen in der Pflege- und Betreuung. Mit zunehmenden Alter steigt das Risiko an Demenz zu erkranken. Von den Menschen im Alter zwischen 65 und 69 sind weniger als 3% an Demenz erkrankt, im Alter zwischen 80 und 84 sind es bereits 12,5%, im Alter zwischen 85 und 89 über 19% und im Alter 90+ über 32%. In etwa zwei Drittel der Menschen sind Frauen, was damit begründet ist, dass Frauen älter werden als Männer. Demenz trifft vor allem Menschen im hohen Alter. 65% der demenzkranken Menschen haben das 80. Lebensjahr vollendet. 2.700 Menschen sind vor ihrem Ruhestand erkrankt. Es kommen in der Schweiz circa 27.000 Neuerkrankungen jährlich hinzu.<sup>14</sup> Ungefähr ein Drittel der Befragten in der Schweiz ist der Meinung, man könne präventiv nichts gegen eine Demenzerkrankung unternehmen. Etwa die Hälfte der Befragten hat eine vage Vorstellungen davon, was im einzelnen präventiv getan werden könne. Zwei Drittel wissen, dass Gedächtnisstörungen auf eine Demenzerkrankung hinweisen können. Andere mögliche Krankheitssymptome wie räumliche Orientierungsschwierigkeiten, Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen können nur wenige zu- und einordnen. Ein grosser Teil der Bevölkerung wünscht sich frühzeitige abklärende Massnahmen. Laut einer Studie in England würden frühzeitige Diagnosen massive Kosten einsparen.<sup>15</sup> Ungefähr die Hälfte der demenzkranken Menschen lebt zu Hause; diese Menschen werden gemeinhin von Familienangehörigen<sup>16</sup> unterstützt. Circa 15.000 demenzkranke Menschen leben allein zu Hause. Menschen mit Demenz brauchen zu Beginn der Erkrankung nur relativ wenig Unterstützung und Hilfe, später dann zunehmend mehr, um den Alltag bewältigen zu können. Im fortgeschrittenen Stadium beziehungsweise im Endstadium der Erkrankung müssen Demenzkranke kontinuierlich betreut werden. Zunächst übernehmen in der Regel Familienangehörige den grössten Teil der Betreuung ohne Vergütung, wodurch demenzkranke Menschen oftmals lange noch zu Hause leben können. Ungefähr 40% der Menschen, die zu Hause betreut werden, sind länger als 5 Jahre demenzkrank. Auch die pflegenden Angehörigen sind in der Regel schon betagt: Die meisten von ihnen haben das 60. Lebensjahr vollendet, 40% das 70. Lebensjahr und 13% sogar das 80. Lebensjahr. Im fortgeschrittenem Stadium der Demenzerkrankung sind die Angehörigen rund um die Uhr im Einsatz, was für jene oftmals mit grossen körperlichen und psychischen Belastungen verbunden ist.<sup>17</sup> Bei schätzungsweise 64,5% aller Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in der Schweiz besteht eine diagnostizierte Demenzerkrankung oder zumindest ein Verdacht auf Demenz. Circa die Hälfte der Heimleiterinnen und Heimleiter ist der Meinung, dass die Alters- und Pflegeeinrichtungen gut vorbereitet seien auf die Herausforderung, die eine Demenzbetreuung mit sich bringt. Heimbewohnerinnen und Heimbewohner mit Demenz sind im Alltag eingeschränkt und leiden deutlich mehr als Menschen ohne Demenz an Wortfindungs- und Entscheidungsfindungsstörungen. Ferner ist die Aufnahmemöglichkeit von Informationen irritiert. Diverse Verhaltensauffälligkeiten wie inadäquates Verhalten, Herumirren, Verweigerung der Pflege und Aggressionen erschweren den Umgang mit demenzkranken Menschen. Nicht selten werden Demenzkranke mit Medikamenten, die starke Nebenwirkungen haben, behandelt. 70% der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner mit einer Demenzerkrankung erhalten kontinuierlich Neuroleptika, die in der Regel mit enormen gesundheitlichen Risiken<sup>18</sup> verbunden sind. Ein

---

<sup>14</sup> Schweizerische Alzheimervereinigung 2014, S. 1.

<sup>15</sup> Ebd., S. 2.

<sup>16</sup> Zum Thema „persönliche Erlebnisse mit demenzkranken Angehörigen“: Vgl. Jens 2009, vgl. Fuhrmann 2006, S. 55-57.

<sup>17</sup> Schweizerische Alzheimervereinigung 2014, S. 3.

<sup>18</sup> Vgl. hierzu auch: Biermann 2009, S. 102-120.

schnellerer Verlauf der Demenzerkrankung, ein erhöhtes Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko und ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko können die Folge sein. Die unzulängliche finanzielle Situation in der Betreuung von demenzkranken Menschen sei laut Einschätzung der Heimleitungen in der Schweiz die grösste Herausforderung, grösser sogar als der Personalmangel, weshalb viele Pflegeeinrichtungen auf „spezifische Demenz-Zuschläge“ angewiesen seien.<sup>19</sup>

## 2.2. Die Besonderheit der Seelsorge für Menschen mit Demenz

Seelsorge konkretisiert sich in der „Beziehung zwischen zwei Menschen“ und zwar durch „Begegnung und Begleitung“.<sup>20</sup> Sie bedient sich der Sprache, der Kommunikation, um das „für eine Verständigung notwendige Verstehen“ zu bewirken.<sup>21</sup> Betrachtet man nun das Gespräch in der Seelsorge als ein zentrales oder *das* zentrale Medium, dann stellt sich umgehend die Frage, wie eine seelsorgliche Begleitung demenzkranker Menschen überhaupt gelingen kann, wenn die verbale Kommunikationsmöglichkeit insbesondere in einem fortgeschrittenen Stadium einer Demenzerkrankung eingeschränkt ist.<sup>22</sup>

### 2.2.1. Kommunikationskanäle in der Seelsorge mit Demenzkranken

Hille und Koehler beschreiben in ihrem Buch, wie und über welche „Kommunikationskanäle“ Menschen mit Demenz erreicht werden können.<sup>23</sup> Darüber hinaus erläutern sie die Besonderheit und Wichtigkeit des Kommunikationsverhaltens von Seelsorgerinnen und Seelsorgern, welches entscheidenden Einfluss auf die seelsorgliche Beziehung hat.<sup>24</sup> Denn: „In der Praxis wird Seelsorge nur auf *den* Wegen mit verwirrten Menschen kommunizieren können, auf denen diese [auch wirklich] *erreichbar* sind“.<sup>25</sup> Menschliche Kommunikation – auch in der Seelsorge<sup>26</sup> – besteht nicht nur aus verbalen, sondern auch aus nonverbalen<sup>27</sup> Äusserungen. Insbesondere dann, wenn die verbale Verständigung eingeschränkt ist, spielen nonverbale Äusserungen eine zentrale Rolle. Kommunikation besteht also nicht nur aus gesprochenen Worten, sondern auch aus dem *Sprachverhalten* der Kommunikationspartner. Vermutlich ist Kommunikation sogar entscheidend von *nonverbalen* Äusserungen abhängig, wenn man davon ausgeht, dass die *Wirkung* der Kommunikation zu 7% aus verbalen, zu 38% aus vokalen und zu 55% aus visuellen Inhalten und Informationen besteht. Dies hat sicherlich auch auf die seelsorgliche Begleitung Konsequenzen.<sup>28</sup>

---

<sup>19</sup> Schweizerische Alzheimervereinigung 2014, S. 4.

<sup>20</sup> Vgl. Klessmann 2012, S. 34-40.

<sup>21</sup> Vgl. ebd., S. 40-45.

<sup>22</sup> In diesem Zusammenhang sei auf folgende weiterführende Literatur verwiesen: Depping 2008, S. 31-82; Fröchtling 2008; Ludewig 2006, S. 92-99; Mes/Nauer 2007, S. 362-365; Zeisel 2011, S. 187-205.

<sup>23</sup> Vgl. Hille/Koehler 2013, S. 100-108; vgl. Eglin et al. 2008, S. 30-35.

<sup>24</sup> Vgl. Hille/Koehler 2013, S. 108-118.

<sup>25</sup> Wiefel-Jenner 2008.

<sup>26</sup> Zum Thema „Kommunikation in der Seelsorge“: Vgl. von Heyl, S. 92-100.

<sup>27</sup> Vgl. hierzu: Mehrabian 2007, S. 84-103

<sup>28</sup> Hille/Koehler 2013, S. 100-101.

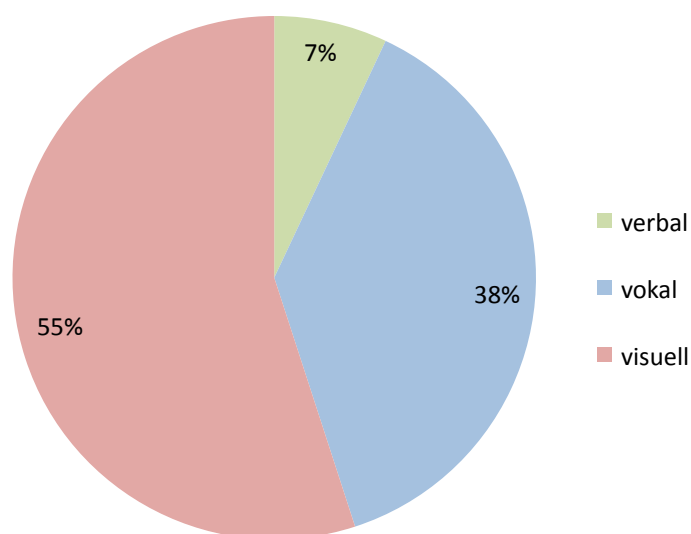


Abbildung 2: Die Wirkung der Kommunikation

Der Begriff der nonverbalen Kommunikation wird gelegentlich umgangssprachlich mit dem Begriff der zwischenmenschlichen Kommunikation erklärt. Nonverbale Kommunikation besteht aus extraverbalen Signalen (Gestik und Mimik) und „paraverbalen Signalen (Tonfall, Sprachmelodie, Sprachrhythmus)“. Hille und Koehler beschreiben, erklären und gliedern diese „Kommunikationskanäle“ wie folgt:<sup>29</sup> All jene Informationen, die der Mensch mit seinem Gehör aufzunehmen vermag, werden über den „*auditiven* Kommunikationskanal“ übertragen. „Dabei haben über das gesprochene Wort hinaus der Klang der Stimme, der Tonfall, das Tempo, der Sprachrhythmus sowie paralinguistische Merkmale wie Husten oder Weinen einen hohen Informationswert.“ Paralinguistische Merkmale spielen in der Kommunikation eine wichtige Rolle. Der Kontakt zwischen den Kommunikationspartnern wird weniger durch sprachliche Inhalte, sondern wesentlich durch die *Sprachmelodie* bestimmt, weil diese von den meisten Menschen unmittelbar aufgenommen und verstanden werden kann, selbst dann, wenn ihnen die Sprache fremd ist. Im Zusammenhang der seelsorglichen Begleitung von Demenzkranken ist Folgendes zu berücksichtigen: Nicht fassbares oder äusserlich unangemessenes Verhalten<sup>30</sup> der Erkrankten führt häufig bei Seelsorgerinnen und Seelsorgern zunächst zu Irritationen und möglicherweise zum Rückzug. Dabei können demenzkranke Menschen durchaus bis ins fortgeschrittene Stadium der Krankheit den *Klang* der Sprache und den damit verbundenen Informationswert meistens gut wahrnehmen. „In diesem Sinne lassen sich Botschaften durchaus auch jenseits von Sprache über den auditiven Kommunikationskanal transportieren.“ Dabei kommt es weniger auf das an, *was* Worte im einzelnen sagen oder aussagen<sup>31</sup>; es kommt vielmehr darauf an, *wie* die Worte gesprochen werden.<sup>32</sup> Botschaften, die der Empfänger nur mit dem Auge wahrnimmt, werden über den „visuellen Kommunikationskanal“ übertragen. „Hierzu zählen der Gesichtsausdruck und das Blickverhalten (Mimik), der Körperausdruck und Gebärden (Gestik), Körperbewegungen (Kinesik), interpersonale Aspekte im Raum wie Nähe-Distanz-Verhalten oder Sitzordnungen (Proxemik)

<sup>29</sup> Hier und im Folgenden: Hille/Koehler, S. 101-108.

<sup>30</sup> Vgl. hierzu: Eglin et al. 2009, S. 93-109.

<sup>31</sup> Vgl. hierzu: Janert 2013.

<sup>32</sup> Hille/Koehler 2013, S. 101-103.



sowie äußerliche Modalitäten wie Kleidung, Körperbau und -pflege oder Schmuck.“ Da demenzkranke Menschen die Körpersprache wesentlich besser verstehen und auch selber besser verwenden können als die verbale Sprache, kommt dem visuellen Kommunikationskanal eine wesentliche Rolle im Kontakt mit demenzkranken Menschen zu. Das Übertragen von Informationen und „Botschaften über körpersprachliche Signale kann dabei als neue Ressource in der zwischenmenschlichen Kommunikation verstanden werden, da die Ausdrucksmöglichkeiten im Verlauf der Demenzerkrankung“ zunehmen.<sup>33</sup> „Die Deutung visueller Signale erfordert nicht nur hohe Sensibilität und bewusste Wahrnehmung der körpersprachlichen Äusserungen des Gegenübers. Sie bietet im Gegenzug auch für den Seelsorger als Gesprächspartner eine Möglichkeit, bewusst über diese Ebene zu kommunizieren.“ Indem beispielsweise dem Menschen mit Demenz Gestik und Mimik in der seelsorglichen Begegnung gespiegelt werden, wird ihm signalisiert, dass er verstanden und wertgeschätzt wird. Die Seelsorgerin oder der Seelsorger wird gewissermassen zu einem Resonanzkörper in der seelsorglichen Begegnung mit dem demenzkranken Menschen. Sich auf diese Weise verstanden und akzeptiert zu erleben, „kann für den Betroffenen ein Erfolgserlebnis darstellen, ihn entlasten“ und bei ihm ein Gefühl von Vertrauen, Angenommensein und Geborgenheit bewirken.<sup>34</sup> Neben den auditiven und visuellen Kanälen, gibt es noch eine Reihe anderer Kanäle, über die Kommunikation möglich ist: So kommt dem taktilen Wahrnehmungsbereich (durch Körperberührungen), dem olfaktorischen Wahrnehmungsbereich (über den Geruchssinn), dem gustatorischen Wahrnehmungsbereich (über den Geschmackssinn), dem thermalen Wahrnehmungsbereich (über die Wärmeempfindung) eine bedeutende Rolle zu. All diese Wahrnehmungsbereiche können die Kommunikation fördern oder aber auch die Kommunikation hemmen. „Körperkontakt und Berührung dienen als wichtige Kommunikationsmittel, die zusätzlich zu Mimik, Gestik und Tonfall eine Botschaft unterstützen oder selbst transportieren können. Körperliche Zuwendung und Interaktion [...] können bis zuletzt eine Möglichkeit sein, die Betroffenen zu erreichen. Andererseits sollte beispielsweise das prinzipielle Handhalten bei nicht mehr ansprechbaren oder sterbenden Personen nicht als Patentlösung verstanden werden“. Es ist offenkundig und gilt als erwiesen, „wie sehr – eine stimmige – körperliche Nähe beruhigt und tröstet. Interessant ist darüber hinaus, sich klarzumachen, dass in unserer Gesellschaft dem Händedruck als gesellschaftlich standardisierter Kontaktaufnahme eine wichtige Funktion zukommt“. Es ist wichtig, dies in der seelsorglichen Begegnung und Begleitung demenzkranker Menschen zu beachten und zu berücksichtigen, denn die Betroffenen sind noch sehr lange empfänglich, offen und sensibel für gesellschaftliche Umgangsformen.<sup>35</sup>

---

<sup>33</sup> Ebd., S. 103-104.

<sup>34</sup> Ebd., S. 105-106.

<sup>35</sup> Ebd., S. 106-107.

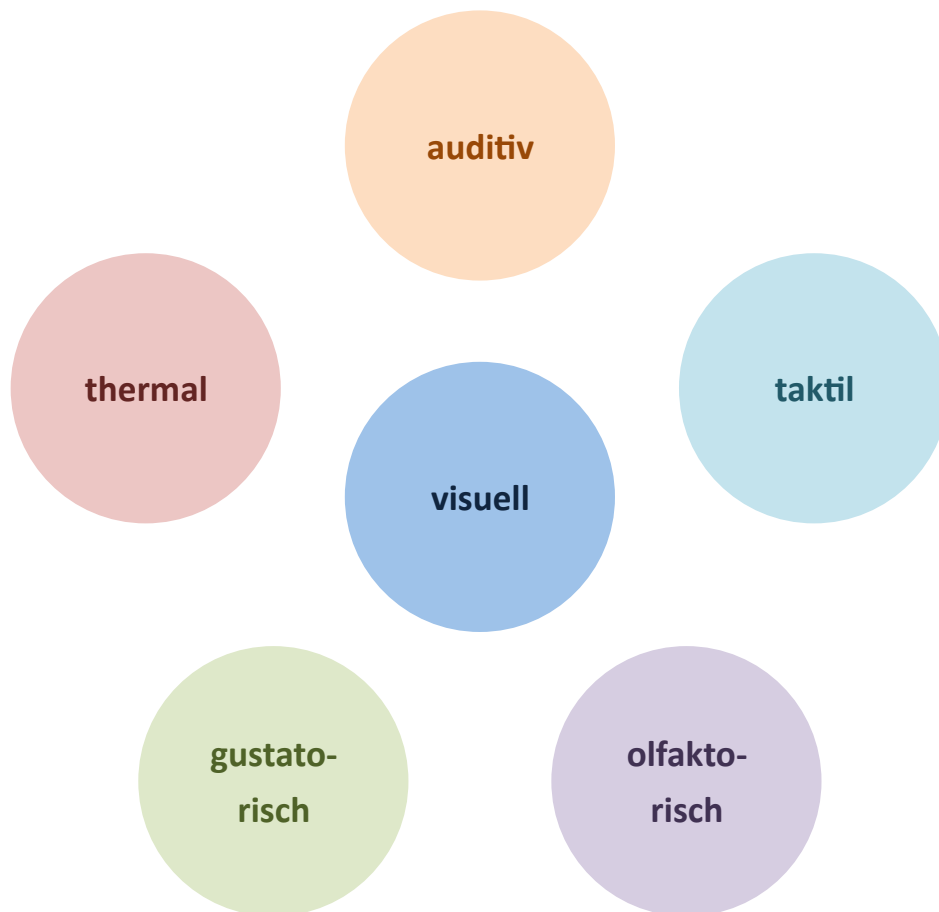


Abbildung 3: Wahrnehmungsbereiche als Kommunikationskanäle

### 2.2.2. Kommunikationsverhalten im Kontakt mit Demenzkranken

Im vorhergehenden Kapitel wurde dargelegt, dass die *nonverbale* Kommunikation die seelsorgliche Beziehung mitbestimmt. Allerdings sollte die Bedeutung des „gesprochenen Wortes“ nicht als eine Nebensache bewertet werden. Es gilt vielmehr, „sich auch in Bezug auf verbale Anteile der Kommunikation auf die spezielle Situation“ mit demenzkranken Menschen einzulassen und in diesem Kontext einige Verhaltensregeln zu berücksichtigen.<sup>36</sup> Im Folgenden werden drei Verhaltensformen vorgestellt, die sich auf die Kommunikation mit demenzkranken Menschen positiv auswirken können: Einführendes Verhalten – Zuhörendes Verhalten – Orientierendes Verhalten.<sup>37</sup>

#### 1. Einführendes Verhalten

Im Kontakt mit demenzkranken Menschen ist ein einführendes und mitfühlendes Verhalten<sup>38</sup> erforderlich. Die Gefühls- und Erlebniswelt beziehungsweise die Lebens- und Leidenswirklichkeiten nachzuvollziehen, „erfordert [...] ein hohes Mass an Sensibilität und Spontaneität“. Ferner muss berücksichtigt werden, wie und inwiefern Mitgefühl, Wertschätzung und Respekt Demenzkranken in einer angemessenen Art und Weise gezeigt und mitgeteilt werden kann. Die Seelsorgerin oder der Seelsorger sollte darum bemüht sein, gemeinsam mit dem demenzkranken Menschen in seine „innere Lebenswelt“ hi-

<sup>36</sup> Ebd., S. 108.

<sup>37</sup> Vgl. hier und im Folgenden: Hille/Koehler 2013, S. 108-114.

<sup>38</sup> Vgl. hierzu: von Heyl 2014, S. 125-127.

neinzugehen. Dabei „gibt es keine unsinnigen Äußerungen oder Verhaltensweisen, da all diese auf die seelische Lage mit möglichen Ängsten, Sehnsüchten, Enttäuschungen oder Hoffnungen verweisen“. Mit ein wenig Geschick und Erfahrung, wie beispielsweise „dem Wiederholen von Schlüsselwörtern, [...] Ermutigen zur Erinnerung, Halten von Augenkontakt, sanftes Sprechen, Spiegeln von Gefühlen“ wird eine vertrauensvolle, wertschätzende Atmosphäre aufgebaut, die dazu beitragen kann, dass Demenzkranke nicht in den Zustand des Dahinvegetierens abgleiten. Indem sich Seelsorgerinnen und Seelsorger um ein Klima bemühen, in dem das Selbstwertgefühl des demenzkranken Menschen gewahrt beziehungsweise wiederhergestellt, Stress so weit wie möglich reduziert oder verhindert und er mit seiner eigenen Lebensgeschichte akzeptiert wird, wird ihm eine Umgebung geschenkt, in der er sich aufgehoben, sicher und verstanden fühlt.<sup>39</sup>

## **2. Zuhörendes Verhalten**

Geduldiges Zuhören<sup>40</sup> ist ein weiteres wichtiges – vielleicht sogar das wichtigste – Kommunikationsverhalten von Seelsorgerinnen und Seelsorgern im Kontakt mit demenzkranken Menschen. In diesem Sinne wird die Kommunikation und Interaktion mit Demenzkranken „immer wieder gefordert sein, Räume zu eröffnen, in denen Lebensgeschichten in Form von Erzählungen, Klagen, Dank, Träumen, Wünschen, Verbitterungen und Hoffnungen zur Sprache kommen können und gehört werden“. Allein schon durch beharrliches und geduldiges Zuhören kann bei dem Demenzkranken manch seelischer und/oder körperlicher Schmerz verringert werden. Die Kommunikation in der Seelsorge für Menschen mit Demenz ist nicht allein von der Fähigkeit des verbalen Kommunizierens abhängig. Ein wertschätzendes, zuhörendes Kommunikationsverhalten stellt demjenigen, der nur eingeschränkt reden kann, das eigene sprachliche Leistungsvermögen sozusagen zur Verfügung. Zuhörendes Verhalten beinhaltet eine Haltung der Achtsamkeit, mit der all das wahrgenommen werden kann, was der Demenzkranke auch ohne Worte mitteilen möchte. In der seelsorglichen Begleitung demenzkranker Menschen sollten Seelsorgende nach innen auf all das zu hören versuchen, was sie erahnen und erspüren.<sup>41</sup>

## **3. Orientierendes Verhalten**

Seelsorgerinnen und Seelsorger können mit ihrem eigenen Verhalten dem demenzkranken Menschen Orientierung geben. Wenn Betroffene nicht mehr „zu eigenen Aktionen oder Reaktionen in der Lage sind“, kann es „im Sinne einer Orientierungsförderung“ nützlich sein, wenn Seelsorgende ihre Position des Wartens, Hörens und Reagierens verlassen und stellvertretend für den demenzkranken Menschen tätig werden. Demenzkranken Menschen, die selbst nicht mehr zu sprechen im Stande sind, können Seelsorgende mitteilen, was sie selbst sehen, spüren, tun, fühlen und wie es weitergeht. Hille und Koehler schlagen in diesem Zusammenhang einige einfache Formulierungen vor, die dem Betroffenen eine Hilfe sein können, sich zu orientieren: „»Ich sehe, dass Sie immer noch schwer Luft bekommen« [...] »Ich spüre, dass es anstrengend für Sie ist, die Augen offen zu halten« [...] »Ich ziehe einmal den Vorhang vor die Sonne, dann können Sie mich vielleicht besser sehen« [...] »Ich hatte so gehofft, dass es heute mit dem Liegen nicht mehr so mühsam sein würde« [...] »Ich schau dann nächsten Dienstag wieder bei Ihnen vorbei.«“ Das Verhalten der Seelsorgenden im Kontakt mit demenzkranken Menschen sollte insgesamt ein „orientierungsförderndes Verhalten“ sein, welches Betroffenen „Si-

---

<sup>39</sup> Hille/Koehler 2013, S. 108-110.

<sup>40</sup> Vgl. hierzu: von Heyl 2014, S. 107-113.

<sup>41</sup> Hille/Koehler 2013, S. 110-111.

cherheit in Bezug auf ihre Gegenwart und Vergangenheit“ geben kann. Unzutreffende oder falsche Aussagen und Äusserungen von Betroffenen sollten nicht grundsätzlich korrigiert werden. Wirkungsvoller ist es durchaus, der demenzkranken Person Orientierungshinweise zu geben, die sie auch *wirklich* als Hilfe zur Orientierung positiv *erfährt* und gerne annimmt. In diesem Zusammenhang könnte es beispielsweise einer betroffenen Person helfen, langsam ihren Namen vorzusprechen oder ihr mitzuteilen, woher man sich kennt oder wo die Person derzeit wohnt. Vielleicht kann aber auch Orientierung gerade dadurch gegeben werden, indem der demenzkranke Mensch im Gespräch eben ganz bewusst *nicht* korrigiert wird, sondern ihm vielmehr durch ein „widerspiegelndes, bestätigendes Verhalten Orientierung im Sinne von Vertrauen, Geborgenheit und Sicherheit“ vermittelt wird. Mit einfach formulierten Fragen können durchaus Erinnerungen des Betroffenen wirkungsvoll aktiviert werden. „Geeignet sind dabei besonders Fragen, die mit Was, Wie, Wo, Wann beginnen, während Warum, Wozu, Wodurch, Wie-lange häufig schon eine Überforderung darstellen.“ Im Folgenden einige Beispiele: »Was hat es damals zu Weihnachten bei Ihnen zu Essen gegeben?«, »Wie ging es damals bei Ihnen zu Haus zu und her?«, »Wo sind Sie damals zur Schule gegangen?«, »Wann haben Sie Geburtstag?«. Grundsätzlich muss dabei berücksichtigt werden, dass der demenzkranke Mensch „sich selbst in einer fragenden suchenden Existenz befindet und dies signalisiert, damit wirklich Orientierung“ vermittelt werden kann und nicht etwa bei dem Betroffenen der Eindruck entsteht, er würde verhört, ausgehorcht, geprüft oder auf seine Fähigkeiten hin getestet.<sup>42</sup>

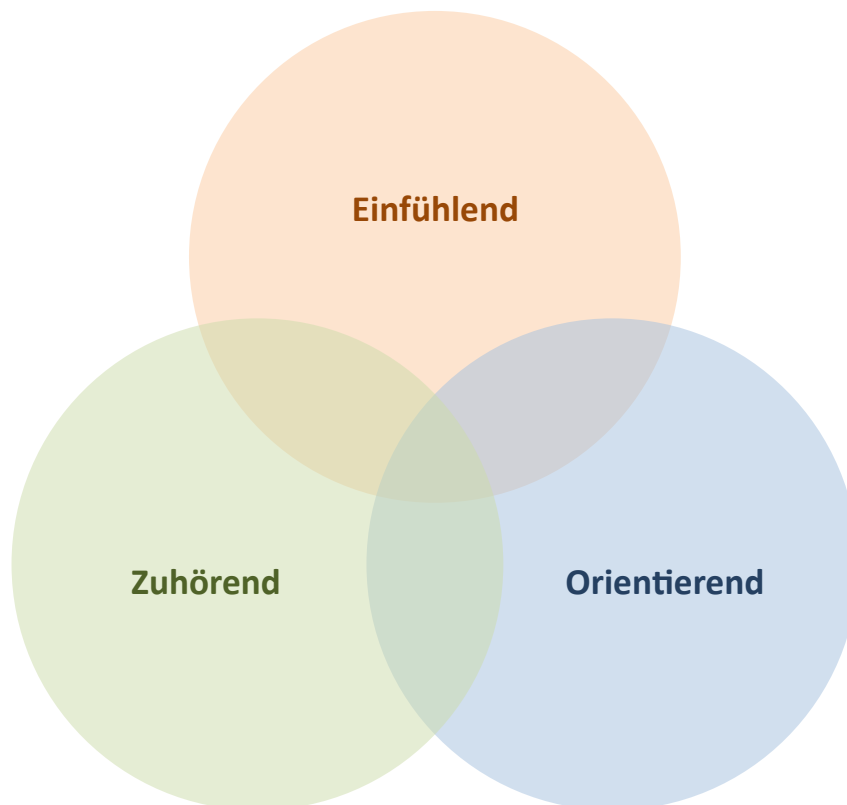


Abbildung 4: Kommunikationsverhalten der Seelsorgenden

---

<sup>42</sup> Ebd., S. 112-114.

## 2.3. Seelsorgekonzept – Was ist das?

Im Folgenden wird der Versuch unternommen, den Begriff „Seelsorgekonzept“ im Hinblick auf die Bedeutung einer seelsorglichen Begleitung demenzkranker Menschen zu erklären. Warum Konzepte für Seelsorgerinnen und Seelsorger nützlich, fruchtbar oder sogar notwendig sein können, soll im zweiten Abschnitt deutlich werden. In diesem Zusammenhang wird schliesslich ein Modell vorgestellt, welches Seelsorgerinnen und Seelsorgern behilflich sein kann, ein Konzept ihres seelsorglichen Angebots für demenzkranke Menschen zu erarbeiten.

### 2.3.1. Begriff und Bedeutung

Zunächst stellt sich die Frage, was überhaupt ein *Seelsorgekonzept* ist. – Gemeint ist damit das eigene, innere „Verständnis von Seelsorge“, die Grundlage des Engagements einer jeden Seelsorgerin und eines jeden Seelsorgers. Seelsorgekonzepte sind nicht statisch. Sie entwickeln sich aus der Praxis für die Praxis und dürfen/sollen sich insofern *immer weiter* entwickeln. Seelsorgekonzepte werden nicht „von oben“ sozusagen verschrieben oder vorgeschrieben. Ebenso wenig werden sie „auf ihre Einhaltung hin kontrolliert“. Daher ist jede Seelsorgerin und jeder Seelsorger frei, „sich ein eigenes Verständnis von Seelsorge zu erarbeiten“, zu definieren und zu formulieren.<sup>43</sup> Einerseits können Seelsorgerinnen und Seelsorger ein bestehendes Seelsorgekonzept, das sich bereits „bewährt hat, als für sich und ihr Arbeitsfeld passend entdecken und übernehmen oder auch aus verschiedenen Konzepten Theorieelemente miteinander kombinieren oder sich auf kreative Art und Weise ein völlig eigenes Konzept entwickeln, denn: Das eine und einzige wahre Seelsorgeverständnis, das ohne großes Nachdenken übernommen werden kann“, gibt es nicht.<sup>44</sup>

### 2.3.2. Konzepte für die Seelsorge mit demenzkranken Menschen

Wenn man sich mit den zahlreichen Seelsorgekonzepten aus der Seelsorgelehre befassen möchte und sich die Frage stellt, welche Relevanz dieselben im Hinblick auf die seelsorgliche Begleitung demenzkranker Menschen haben könnten, so muss man wahrscheinlich ernüchtert feststellen, dass die meisten „Konzeptionen und Ansätze in Bezug auf diese Zielgruppe an ihre Grenzen stoßen“.<sup>45</sup> Das hat vor allem damit zu tun, dass die Kommunikationsmöglichkeiten auf verbaler Ebene insbesondere in einem fortgeschrittenen Stadium einer Demenzerkrankung stark eingeschränkt sind. Um so mehr stellt sich die Frage, wie für diesen Seelsorgebereich geeignete und tragende Konzepte erstellt werden können. Das folgende Schaubild möchte ein Modell vorstellen und erklären, das Seelsorgerinnen und Seelsorgern behilflich sein kann, eigene Seelsorgekonzepte auf der Grundlage ihrer praktischen Seelsorgeerfahrungen und ihrer Kontexte zu entwickeln. Die Darstellung des Aufbaus jenes Modells zeigt die „innere Dynamik“ desselben.<sup>46</sup>

---

<sup>43</sup> Nauer 2014, S. 286.

<sup>44</sup> Ebd., S. 286f.

<sup>45</sup> Hille/Koehler 2013, S. 91.

<sup>46</sup> Hier und im Folgenden: Eigene Bearbeitung nach Nauer 2014, S. 288.

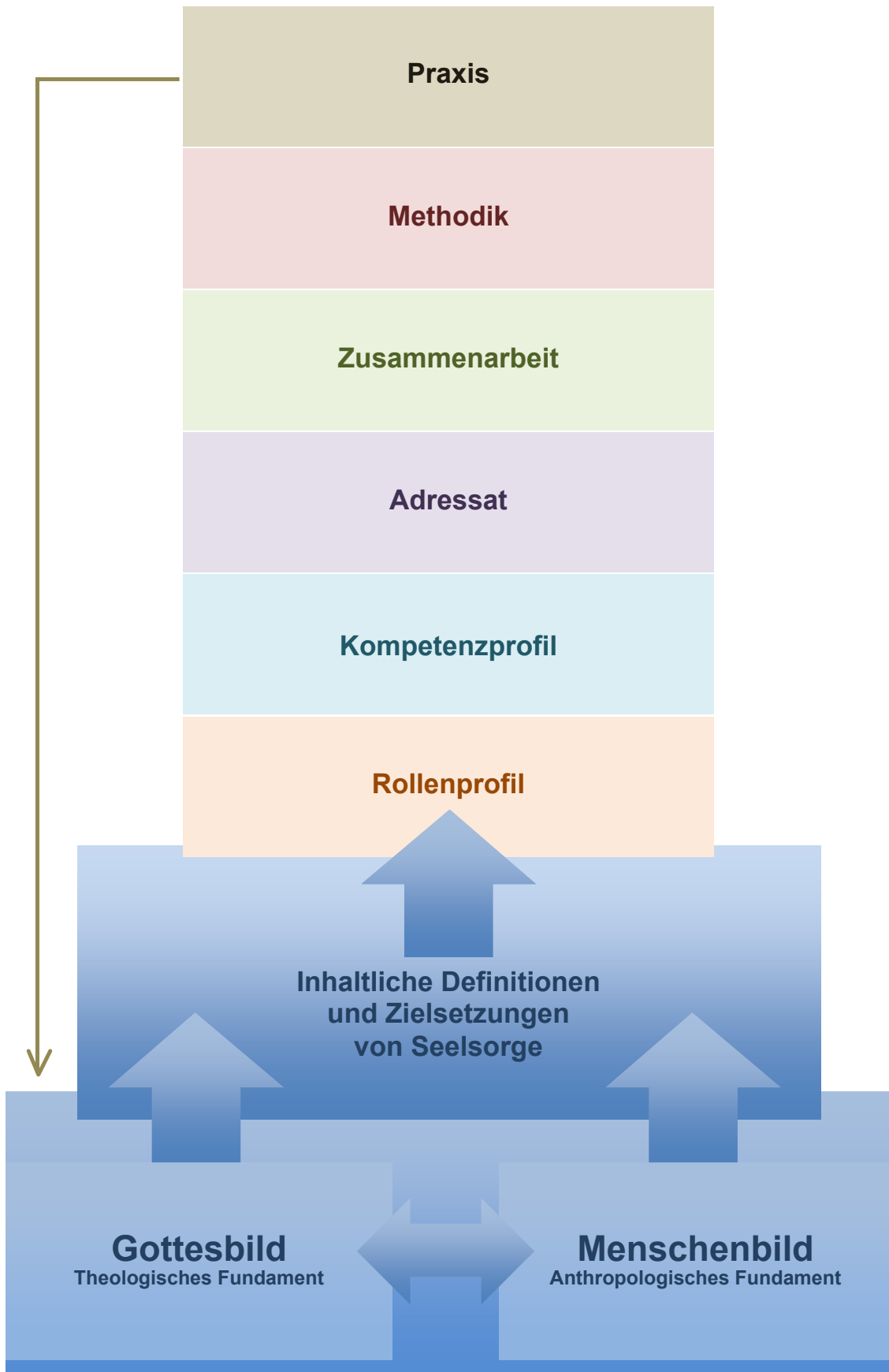


Abbildung 5: Modell zur Erstellung eines Seelsorgekonzeptes nach Nauer

Da Seelsorgende nicht erwarten können, ein pfannenfertiges Konzept für ihre Tätigkeit in der Seelsorge für demenzkranke Menschen aufgetischt zu bekommen, bleibt ihnen sozusagen keine andere Wahl, als sich ein *eigenes* Seelsorgekonzept zu entwerfen. Im Folgenden werden einige Hilfestellungen bei der Entwicklung eines eigenen Konzeptes angeboten. Die Fragen möchten eine Anregung sein, das eigene Verständnis von Seelsorge für Menschen mit Demenz zu reflektieren und zu formulieren; sie beziehen sich auf folgende Themenbereiche.<sup>47</sup>

### **1. Gottesbild und Menschenbild**

- ⇒ Auf welchem Gottesbild, auf welchem theologischen Fundament, gründet mein eigenes Verständnis von Seelsorge für Menschen mit Demenz?
- ⇒ Auf welchem Menschenbild, auf welchem anthropologischen Fundament, gründet mein eigenes Verständnis von Seelsorge für Menschen mit Demenz?

### **2. Inhaltliche Definitionen und Zielsetzungen von Seelsorge**

- ⇒ Wie kann ich meine eigenen Vorstellungen und Überzeugungen von Seelsorge für Menschen mit Demenz und die damit verbundenen Ziele definieren und zusammenfassen?
- ⇒ Mit welcher Absicht und zu welchem Zweck engagiere ich mich in der Seelsorge für Menschen mit Demenz?

### **3. Rollenprofil**

- ⇒ Welches Rollenprofil ist nützlich und vielleicht notwendig, um mein eigenes, inneres Verständnis von Seelsorge für Menschen mit Demenz in konkretes Handeln umsetzen zu können?
- ⇒ Welchen Einfluss haben die besonderen Bedingungen der Begegnung mit demenzkranke Menschen auf mein Verständnis von der Rolle und Funktion eines Seelersorgers/einer Seelsorgerin?
- ⇒ Wer möchte ich für demenzkranke Menschen sein und welchen Einfluss hat mein Rollenverständnis auf mein Seelsorgekonzept? (Bin ich „Tröster“, „Orientierungsgeber“, „Da-Seiender“ ...)

### **4. Kompetenzprofil**

- ⇒ Welche Kompetenzen sind nützlich und vielleicht notwendig, um mein eigenes Verständnis von Seelsorge für Menschen mit Demenz in konkretes seelsorgliches Handeln umsetzen zu können?
- ⇒ Auf welche Fähigkeiten kommt es meiner Meinung nach besonders an?
- ⇒ Ist es möglicherweise nötig, mir weitere Fähigkeiten und Kompetenzen im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen anzueignen?

### **5. Adressat**

- ⇒ Für wen bin ich als Seelsorgerin/als Seelsorger genau da?

---

<sup>47</sup> Hier und im Folgenden: Nauer 2014, S. 287f., Hille/Koehler 2013, S. 78 u. 93f.

## 6. Zusammenarbeit

- ⇒ Mit wem zusammen kann ich meine Ziele für die Seelsorge für Menschen mit Demenz am effizientesten erreichen?
- ⇒ Welche Zusammenarbeit erweist sich als fruchtbar für die Seelsorge für Menschen mit Demenz?

## 7. Methodik

- ⇒ Welche Methodik ist mir in der seelsorglichen Praxis dienlich?
- ⇒ Wie gehe ich vor, um die von mir gesetzten Praxisschwerpunkte (siehe unter „Praxis“) in der Seelsorge für Menschen mit Demenz fruchtbar umzusetzen?

## 8. Praxis

- ⇒ Was ist mir in der seelsorglichen Praxis mit demenzkranken Menschen besonders wichtig?
- ⇒ Welche Schwerpunkte in der Seelsorge für Menschen mit Demenz möchte und/oder muss ich setzen?
- ⇒ Auf welche seelsorglichen Handlungen kommt es meiner Meinung nach besonders an?

## 9. Auswirkungen

- ⇒ Inwiefern wirken sich die Praxiserfahrungen aus der Seelsorge auf das eigene Gottes- und Menschenbild und schliesslich auf das gesamte Seelsorgekonzept aus?
- ⇒ Bin ich bereit, mein Gottes- und Menschenbild beziehungsweise mein Seelsorgekonzept gegebenenfalls zu korrigieren, anzupassen, zu ergänzen?

Die letzten beiden Fragen machen deutlich, dass sich Seelsorgekonzepte *verändern* dürfen und auch sollen, weil sie dynamisch und nicht statisch sind.<sup>48</sup>

## 3. FAZIT

### 3.1. Plädoyer für die Erstellung eines eigenen Seelsorgekonzeptes

Die Erstellung eines *eigenen* Seelsorgekonzeptes ist sicherlich zunächst eine zeitintensive und aufwändige Angelegenheit. Allerdings wird sich die Arbeit lohnen, „denn nur ein konzeptgeleitetes Handeln macht Seelsorge zu einem professionellen, d.h. für sich selbst und andere transparenten, glaubwürdigen Handeln“. Wenn Seelsorgerinnen und Seelsorger ihr seelsorgliches Wirken von ihrem Seelsorgekonzept spiegeln und kontrollieren lassen, „werden sie sich selbst aus der Falle befreien können, rein zufällig, ausgerichtet an alltagspragmatischen Notwendigkeiten oder an externen Erwartungen zu handeln“. Eine konzeptgeleitete Seelsorgepraxis „macht das eigene Handeln [...] im Blick auf die eigene Person stimmiger und nachvollziehbarer“. Wenn Seelsorgerinnen und Seelsorger ihren Auftrag konzeptgeleitet realisieren, wird es für sie gemeinhin einfacher sein, ihr Seelsorgeangebot anschaulich, klar und überzeugend zu kommunizieren, so dass jeder sich leicht informieren kann, wofür Seelsorgerinnen und Seelsorger stehen, was „sie anzubieten haben und wo ihre Grenzen liegen“. Sofern sie in nichtkirchlichen Institutionen und/oder Einrichtungen arbeiten, kann ihnen ihr Seelsorgekonzept ein prägnantes Kompetenz- und Rollenprofil zur Verfügung stellen, wodurch sie sich gut und sicher in säkularen Kontexten „profilieren, positionieren, integrieren,

---

<sup>48</sup> Vgl. Nauer 2014, S. 288f.



beheimaten und sich zugleich kritisch davon distanzieren können“. Eine konzeptgeleitete Seelsorge ist ebenso deshalb vernünftig und sinnvoll, weil dieselbe dazu animiert, das eigene seelsorgliche Handeln regelmässig „auf die spezifisch christliche Dimension hin zu überprüfen und zu vertiefen“. Eine am Konzept ausgerichtete Seelsorge behält einerseits die kirchliche Heimat und Beheimatung im Auge; sie erlaubt andererseits aber auch einen kritischen und „selbstkritischen Blick auf den kirchlichen Wurzelgrund“. Eine konzeptgeleitete Seelsorge ermöglicht beziehungsweise erleichtert einen fundierten und daher fruchtbaren Dialog mit Kolleginnen und Kollegen und mit Vorgesetzten. Ferner kann ein eigenes Seelsorgekonzept darüber Auskunft geben, welches Kirchenbild Seelsorgerinnen und Seelsorger durch ihr Handeln „in die Gesellschaft hinein vermitteln“ möchten. Es wirkt sich auf die seelsorgliche Praxis positiv aus, wenn all das, was Seelsorgende denken, fühlen und handeln, *von ihnen selbst* reflektiert, begründet, formuliert und gegebenenfalls dann auch wieder angepasst und korrigiert wird. Folglich tragen Seelsorgekonzepte dazu bei, dass Seelsorgende gewissermassen glaubwürdig „rüber kommen“.<sup>49</sup>

### 3.2. Die Grenze der Sprache ist nicht die Grenze der Seelsorge

Was in der seelsorglichen Begegnung mit demenzkranken Menschen und bei der Erstellung eines Seelsorgekonzeptes berücksichtigt werden sollte: Solange verbale Kommunikation mit demenzkranken Menschen möglich ist, lässt sich ohne weiteres Seelsorge durch Gespräche verwirklichen. Sollte dies hingegen nur noch eingeschränkt oder nicht mehr möglich sein, so müssen „die Grenzen des Gesprächs nicht [zwangsläufig] die Grenzen der Seelsorge“ sein. Seelsorge ereignet sich gewissermassen durch eine „essenzielle Kommunikation“ und zwar indem sich Seelsorgende bemühen, dem demenzkranken Menschen ein geduldiges, „zugewandt zuhörendes“, mitfühlendes und orientierendes Gegenüber zu sein. Die Sprache kann zweifelsohne in der Seelsorge mit Demenzkranken ein wichtiges Medium sein, sie ist aber nicht das *einzige*. Werden die unterschiedlichen Wahrnehmungsbereiche als Kommunikationskanäle mitberücksichtigt, so gibt es doch verschiedene Möglichkeiten für einen seelsorglichen Austausch, der auch dann, wenn die Sprache zerbricht, fruchtbar sein kann.<sup>50</sup> So können beispielsweise das langsame Sprechen eines bekannten Gebetes wie das Vaterunser, das gemeinsame Singen alter Kirchenlieder, die Teilnahme am Gottesdienst, das auditive und visuelle Mitverfolgen religiöser Rituale und Zeichenhandlungen wertvolle Hilfen sein, um Menschen mit Demenz eine vertraute Umgebung zu ermöglichen, die Sicherheit, Orientierung und Geborgenheit schenkt. Es sind wertvolle Hilfen, weil sie eine seelsorgliche Begleitung auch im Angesicht der Demenzerkrankung mit Leben füllen.

Menschen mit Demenz zeigen uns auf eindrückliche Weise, dass der Glaube auch ohne erklärende und definierende Worte gut auskommen kann. Möglicherweise „braucht“ unser Glaube sogar „einen Schuss Naivität, die Bereitschaft, die Kontrolle aus der Hand zu geben und sich auf Unbegreifliches einzulassen. Tastend und hoffend“<sup>51</sup>. Und vielleicht ist es das, was uns diese Menschen so überzeugend mitteilen können. Ohne Worte, ohne Erklärungen und ohne Definitionen.

---

<sup>49</sup> Ebd., S. 289.

<sup>50</sup> Hille/Koehler 2013, S. 116.

<sup>51</sup> Günther 2014.

## LITERATUR

BECKER, DOMINIK A. / PLASGER, GEORG (Hrsg.) (2010): Sein in der Begegnung. Menschen mit (Alzheimer-)Demenz als Herausforderung theologischer Anthropologie und Ethik. Ethics in Theological Discourse (EThD) Bd. 19. Berlin.

BERLIN-INSTITUT FÜR BEVÖLKERUNG UND ENTWICKLUNG (Hrsg.) (2011): Demenz-Report. Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können. ([http://www.berlin-institut.org/fileadmin/user\\_upload/Demenz/Demenz\\_online.pdf](http://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Demenz/Demenz_online.pdf))

BIERMANN, URSULA (2009): „Der Alte stirbt doch sowieso!“. Der alltägliche Skandal im Medizinbetrieb. Freiburg im Breisgau.

BÖHMER, FRANZ / FÜSGEN, INGO (Hrsg.) (2008): Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten. Wien.

BRAND, MATTHIAS / MARKOWITSCH, HANS J (2005): Neuropsychologische Früherkennung und Diagnostik der Demenzen. In: MARTIN, MIKE / SCHELLING, HANS RUDOLF (Hrsg.) (2005): Demenz in Schlüsselbegriffen. Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und deren Angehörige. Bern. S. 11-73.

BUIJSSEN, HUUB (2014): Demenz und Alzheimer verstehen. Erleben, Hilfe, Pflege. Ein praktischer Ratgeber. 8. Auflage, Weinheim.

DEPPING, KLAUS (2008): Altersverwirrte Menschen seelsorglich begleiten. Hintergründe, Zugänge, Begegnungsebenen. Band 1. 3. Auflage, Hannover.

EGLIN, ANEMONE / HUBER, EVELYN / KUNZ, RALPH / SCHRÖDER, BRIGITTA / STAHLBERGER, KLAUS / URFER, CHRISTINE / WUILLEMIN, ROLAND (2008): Spirituelle Begleitung von Menschen mit Demenz. Ein Leitfaden. 3. Auflage, Zürich.

EGLIN, ANEMONE / HUBER, EVELYN / STAHLBERGER, KLAUS / RÜEGG, ANNETTE / WUILLEMIN, ROLAND / SCHRÖDER, BRIGITTA (2009): Tragendes entdecken. Spiritualität im Alltag von Menschen mit Demenz. Reflexionen und Anregungen. Zürich.

FÖRSTL, HANS / LANG, CHRISTOPH (2011): Was ist Demenz? in: FÖRSTL, HANS (Hrsg.) (2011): Demenzen in Theorie und Praxis. 3. Auflage, Berlin. S. 3-9.

FRETER, HANS-JÜRGEN (2010): Demenz – Demenzkranke – Menschen mit Demenz. In: Junge Kirche (3/2010). Uelzen. S. 8.

FRÖCHTLING, ANDREA (2008): „Und dann habe ich auch noch den Kopf verloren...“. Menschen mit Demenz in Theologie, Seelsorge und Gottesdienst wahrnehmen. Leipzig.

FUHRMANN, INGRID (2006): Erfahrungen einer Angehörigen. In: BOLLE, GEERTJE-FROKEN (Hrsg.) (2006): Komm mal mit ... Demenz als theologische und kirchliche Herausforderung. Wittingen. S. 55-57.

GROND, ERICH (2014): Pflege Demenzkranker. 5. Auflage, Hannover.

GRONEMEYER, REIMER (2013): Demenz: Wir brauchen eine andere Perspektive! In: Aus Politik und Zeitgeschichte 4-5/2013, S. 39

GÜNTHER, MARKUS (2014): Diaspora. In: Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung vom 28.12.2014, Nr. 52.

HILLE, GERHARD / KOEHLER, ANTJE (2013): Seelsorge und Predigt für Menschen mit Demenz. Arbeitsbuch zur Qualifizierung Haupt- und Ehrenamtlicher. Göttingen.

JANERT, JOSEFINE (2013): Glaube und Demenz. Textlastigkeit kommt nicht gut an. In: taz (5/2013). (<http://www.taz.de/!115544/>.)

KLESSMANN, MICHAEL (2012): Seelsorge. Begleitung, Begegnung, Lebensdeutung im Horizont des christlichen Glaubens. Ein Lehrbuch. 4. Auflage, Neukirchen-Vluyn.

LUDEWIG, CHRISTEL (2006): Seelsorgerliche Begleitung dementiell erkrankter Menschen in diakonischen Pflegeeinrichtungen. In: BOLLE, GEERTJE-FROKEN (Hrsg.) (2006): Komm mal mit ... Demenz als theologische und kirchliche Herausforderung. Wittingen. S. 92-99.

MEHRABIAN, ALBERT (2007): Nonverbal Communication. Second paperback printing. New Brunswick (U.S.A.) and London (U.K.).

MES, RIEKE / NAUER, DORIS (2007): Seelsorge für demente Menschen im Pflegeheim. In: BLASBERG-KUHNKE, MARTINA / WITTRAHM, ANDREAS (Hrsg.) (2007): Altern in Freiheit und Würde. Handbuch christliche Altenarbeit. München. S. 360-367.

NAUER, DORIS (2014): Seelsorge. Sorge um die Seele. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart.

ROSER, TRAUOGOTT (2007): „Ich habe mich selbst verloren!“ Demenzerkrankung als Problem evangelischer Seelsorge. In: KUNZ, RALPH (Hrsg.) (2007): Religiöse Begleitung im Alter. Religion als Thema der Gerontologie. Zürich. S. 307-319.

SCHWEIZERISCHE ALZHEIMERVEREINIGUNG (2014): 113 000 Menschen mit Demenz in der Schweiz. (<http://www.alz.ch/index.php/wichtige-fakten.html>)

JENS, TILMAN (2009): Demenz. Abschied von meinem Vater. 3. Auflage, Gütersloh.

VON HEYL, ANDREAS (2014): Seelsorge. Ein Leitfaden. Freiburg.

WIEFEL-JENNER, KATHARINA (2008): Seelsorgerliche Begleitung demenziell erkrankter Menschen in diakonischen Pflegeeinrichtungen. Ein Zeugnis der Hoffnung geben. Deutsches Pfarrerberblatt 1(2008). S. 1-7.  
(<http://www.pfarrerverband.de/pfarrerblatt/archiv.php?a=show&id=2244>)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2012): Dementia. Fact sheet N°362. April 2012  
(<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>)

ZEISEL, JOHN (2011): «Ich bin noch hier!»: Menschen mit Alzheimer-Demenz kreativ begleiten - eine neue Philosophie. Bern.

ZÖBELI, CHRISTIAN (2013): Menschen mit Demenz in der Gemeinde. Eine theologische Untersuchung in Berlin und Wetzikon. Studienarbeit.  
([http://www.theologie.uzh.ch/faecher/praktisch/kirchenentwicklung/Studienarbeit\\_Demenz\\_Zoebeli\\_2013.pdf](http://www.theologie.uzh.ch/faecher/praktisch/kirchenentwicklung/Studienarbeit_Demenz_Zoebeli_2013.pdf))