



Diözesan[†]**forum** Altenheimseelsorge 2011

Seelsorge – (k)ein Thema im Altenheim!

Veranstaltung vom 1. Februar 2011 im Maternushaus, Köln



**ERZBISTUM
KÖLN**

Diözesan-Caritasverband
für das Erzbistum Köln e.V.



Inhalt

3

Vorwort

4

Hoch- und Höchstaltrigkeit – selbstbestimmt, fremdbestimmt, Neubestimmt? – Pastorale und ethische Herausforderungen des vierten Alters

Referent: Dr. Ulrich Feeser-Lichterfeld, Bonn

7

Glaubwürdige Seelsorge im und am System Altenheim?!

Referentin: Prof. Dr. Dr. Doris Nauer, Vallendar

17

10-Minuten-Seelen-Aktivierung

Ein geistlicher Impuls von Diakon Wolfgang Müller

18

Workshops

1. Glaubwürdige Seelsorge im und am System Altenheim.

Wenn Seelsorgerinnen/Seelsorger wirklich multidimensional arbeiten ...

Prof. Dr. Dr. Doris Nauer, Vallendar

20

2. Ethische Herausforderungen in der Altenpflege – Ethische Fallbesprechung/Ethikkomitees

PD Dr. Ulrike Kostka, Abteilungsleiterin Theologische und verbandliche Grundlagen, Deutscher Caritasverband e.V.

22

3. Seelsorge zwischen Gemeinde und Altenheim

Dr. Ulrich Feeser-Lichterfeld, Bonn

23

4. Humor trotz Demenz

Prof. Dr. Dr. Rolf D. Hirsch, Bonn

28

5. Heil+Same+Seel+Sorge – Sakramentale und therapeutische Perspektiven in der Altenheimseelsorge

Diakon Wolfgang Müller, Regionalbeauftragter für Altenheimseelsorge, Solingen

30

6. Musiktherapie als Unterstützung der Seelsorge in der Geriatrie

Iris Valentin, Musik-/Sozialtherapeutin, Wuppertal

32

7. Clown im Seniorenheim

Clownin Bernadette, Köln

34

8. Wie kommt die Spiritualität in die Einrichtung? – Aus der Praxis für die Praxis

Team im CV Rhein-Erft-Kreis: Bruno Schrage, Referent für Caritaspastoral im Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln, Gabriele Mehlem, Einrichtungsleitung, Dorothea Polaczek, Regionalbeauftragte für Altenheimseelsorge

42

9. Das demenzbalance-Modell®

Barbara Klee-Reiter, Köln

43

10. Rituale im Umkreis des Todes

Pfr. Dr. h. c. Erhard Weiher, Mainz

49

Gespräch: Altenheimseelsorge – ein Thema mit Zukunft?



Das Diözesanforum wurde organisiert von den Regionalbeauftragten für die Altenheimseelsorge im Erzbistum Köln:

Alfred Vollmer, Referent für Altenhilfe, Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln

Peter Bromkamp, Referent für Altenheimseelsorge, Generalvikariat Köln

Diakon Werner Braun, Regionalbeauftragter für die Altenheimseelsorge, Wuppertal

Diakon Wolfgang Müller, Regionalbeauftragter für die Altenheimseelsorge, Solingen

Dorothea Polaczek, Regionalbeauftragte für die Altenheimseelsorge, Rhein-Erft-Kreis

Bruno Schrage, Referent für Caritaspastoral, Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln

Elmar Trapp, Regionalbeauftragter für die Altenheimseelsorge, Stadt Köln

Diakon Rolf Wollschläger, Regionalbeauftragter für die Altenheimseelsorge, Rhein-Sieg-Kreis

Impressum

V. i. S. d. P.



Diözesan Caritasverband
für das Erzbistum Köln e.V.
Stabsabteilung Information
und Kommunikation
Markus Harmann
Georgstraße 7
50676 Köln
presse@caritasnet.de
www.caritasnet.de

Verantwortlich

Bruno Schrage,
Referent für Caritaspastoral
Peter Bromkamp,
Referent für Altenheimseelsorge

Grafik

Daniel Faßbender
df-kreativ
www.df-kreativ.de
info@df-kreativ.de

Bilder:

Friederike Lepper
Bruno Schrage
Wolfgang Allhorn

Vorwort

Die Sehnsucht nach Sinn und Halt gehört zu jedem Menschen. Seelsorge und pastorale Begleitung helfen, diesen religiösen Grundbedürfnissen nachzugehen – auch bei Menschen, die in Einrichtungen, etwa einem Altenheim, leben und arbeiten.

Seelsorge kann das Profil kirchlicher Einrichtungen und Träger deutlich und positiv prägen. Immer mehr Einrichtungen und Träger nehmen sich dieser Herausforderungen an, eine angemessene Sorge um die Seele als Wesens- und Qualitätsmerkmal ihrer Arbeit weiter zu entwickeln und zu sichern.

Das erste Diözesanforum Altenheimseelsorge im Erzbistum Köln wollte genau in diesem Kontext seinen Ort finden. Hierzu waren am 1. Februar 2011 Mitarbeitende der stationären Altenhilfe und Trägervertreter sowie pastorale Dienste nach Köln eingeladen.

Die Fachvorträge von Prof. Dr. Doris Nauer und Dr. Ulrich Feeser-Lichterfeld gaben erste wertvolle Impulse für die Altenheimseelsorge und sind nachfolgend dokumentiert.

In zehn Workshops wurden über den Tag konkret Anregungen zur Seelsorge aus der Praxis in unterschiedlichsten Feldern der Altenheimarbeit gegeben und mit den Teilnehmenden diskutiert.

Ergänzt wurde dies durch Forumsstände unterschiedlicher caritativer Rechtsträger zum Thema Seelsorge in ihren Einrichtungen und Diensten.

Die nun vorliegende Dokumentation möchte Ihnen als Tagungsteilnehmern und Trägervertretern die Chance eröffnen, die vielfältigen Impulse und Anregungen dieses Tages noch einmal in Ruhe nachzulesen und wo möglich in die tägliche Seelsorge Ihrer Einrichtung zu integrieren.

Wir danken den Referentinnen und Referenten dafür, dass sie uns die Vortragsmanuskripte und Referate zur Verfügung gestellt haben. Wir weisen darauf hin, dass eine Vervielfältigung und Weitergabe der ausdrücklichen Genehmigung der jeweiligen Autoren bedürfen und die Dokumentation nur an Teilnehmende des Forums versandt werden kann.

Die Organisatoren und der Vorbereitungskreis des Diözesanforums Altenheimseelsorge freuen sich, wenn Seelsorge in den kirchlichen stationären Einrichtungen der Altenhilfe auf diese Weise eine weitere Professionalisierung erfährt. Ein weiterer Austausch zu den gemachten Erfahrungen wird sich im Rahmen des zweiten Diözesanforums für die Altenheimseelsorge bieten, zu dem das Erzbischöfliche Generalvikariat und der Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln am 20. März 2013 einladen werden.

Bruno Schrage

Bruno Schrage
Referent für Caritaspastoral

Peter Bromkamp

Peter Bromkamp
Referent für Altenheimseelsorge

Hoch- und Höchstaltrigkeit – selbstbestimmt, fremdbestimmt, Neubestimmt?

Pastorale und ethische Herausforderungen des vierten Alters

Vortrag

Dr. Ulrich Feeser-Lichterfeld, Bonn



1. Über ethische und pastorale Herausforderungen im Kontext von Hoch- und Höchstaltrigkeit zu sprechen, bedarf meiner Überzeugung nach zuallererst eines aufmerksamen Blicks auf die gesellschaftliche Stimmungslage bezüglich unserer Thematik. Hier finden sich gewichtige Indizien dafür, dass die demografisch alternde Gesellschaft sich gegen eine „Vergreisung“ stemmt. Zu diesem Zweck werden mal mehr, mal weniger seriöse Anti-Aging-Strategien verfolgt. Oder man versucht, das vermeintlich schlechte Image, das dem Alter anheftet, mit Hinweis auf die individuellen und gesellschaftlichen Potenziale, die im Altwerden und Altsein erkannt werden, zu korrigieren – auch auf die Gefahr hin, dass die alten Frauen und Männern die den Leitbildern von Erfolg und Leistung nicht entsprechen können oder wollen, erst recht ins Abseits geraten. Was oftmals fehlt, ist ein tatkräftiges Engagement, das für ein Verständnis von Alter und eine entsprechende Lebensrealität eintritt, in der auch die Erfahrungen von Erschöpfung und Verletzlichkeit, von Krankheiten und dem Gewährwerden der begrenzten Lebenszeit gewürdigt und nicht abgewehrt werden.¹

2. Wenn ich im Folgenden von Selbst- und Fremdbestimmung spreche, möchte ich dies mit Bezug auf die prekäre Situation von Hoch- und Höchstaltrigkeit tun und dabei die angedeuteten Verleugnungstendenzen gegenüber den Lebensrealitäten der sehr alten, pflegebedürftigen Menschen nicht außer Acht lassen.

Versteht man Selbstbestimmung als die Fähigkeit von Personen, „das eigene Leben so zu führen, wie sie es unter den gegebe-

nen Umständen nach eigener Einschätzung wollen“ (Martin Seel²), dann ist offensichtlich, wie bedeutsam das Selbstbestimmungskonzept für das Lebensgefühl moderner und auch spätmoderner Gesellschaft ist. Als „Multioptionengesellschaft“ verkörpert sie den Anspruch, ja die Aufforderung, sein Leben in allen Lebensbereichen selbst in die Hand zu nehmen und es durch immer wieder neu zu treffende Auswahlentscheidungen zu gestalten. Dabei suggerieren die vielfältigen Möglichkeiten nicht selten eine geringe Tragweite der jeweils anstehenden Entscheidung – als ob jeder vollzogene Schritt leicht korrigierbar wäre und immer wieder neu eine andere Richtung eingeschlagen werden könnte. Wer hier Beliebigkeit attestiert, übersieht die komplexen Konstellationen zwischen Möglichkeit und Unfähigkeit, das eigene Leben – gemessen am Selbstanspruch bzw. an den Erwartungen relevanter Bezugspersonen – überzeugend zu gestalten, verkennt die Ambivalenzen und Aporien des stetig spürbaren „Zwangs zur Wahl“. Das „Projekt des eigenen Lebens“ verlangt gegen jede Relativierung der einzelnen Entscheidung geradezu ihre je eigene und je neue Aufwertung und sieht in der Möglichkeit des gewissenhaften Abwägens und Auswählens dazu die einzige Chance. Da wählen immer auch auf Optionen zu verzichten heißt, erfährt der moderne Mensch dabei häufig einen immensen Entscheidungsdruck. Wo sich die „Normalbiografie“ mit ihren milieuspezifischen und lebensphasentypischen Verläufen zur interindividuell pluralen und intraindividuell unvorhersehbareren „Wahlbiografie“ gewandelt hat, werden die Last der Verantwortung und das Risiko

der Freiheit nur allzu oft spürbar. In dieser Konstellation der Moderne bzw. Postmoderne scheint dem Einzelnen alles möglich, nur nicht der Verzicht auf eine selbst getroffene Entscheidung.

3. Diese recht grobe Skizze der dominanten Gegenwartsmentalität vermag hoffentlich gleichwohl deutlich zu machen, dass Selbstbestimmung längst nicht mehr allein den Schutz vor und die Freiheit von Fremdbestimmung meint. Dieses aufklärerische, emanzipatorische Verständnis von Selbstbestimmung ist um die Selbstverpflichtung erweitert, für sein Leben selbst Sorge zu tragen. Und diese Selbstverantwortung inmitten des allgegenwärtigen Wählen-Könnens und Wählen-Müssens kann, das sei noch einmal betont, durchaus zu und in Grenzsituationen führen.

Mit dem Ausdruck „Grenzsituation“ bezeichnete der Philosoph Karl Jaspers in der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts Situationen, in denen der Mensch – ansonsten gewohnt, den Lauf seines Lebens durchschauen und nach eigenem Gutdünken verändern zu können – erfährt, dass genau dieses Leben auch undurchschaubare, unvermeidliche, unveränderbare, unaufheb- bare Seiten bereithält. Beispiele für solche Grenzsituationen sind die Geschichtlichkeit und Situationsgebundenheit des Menschen, seine zufällige Herkunft, das Erleben von Kampf, Leiden, Schuld und Tod. Jaspers hält es für entscheidend, wie der Mensch sich zu und in diesen Grenzsituationen verhält, auch oder gerade weil all diese Grenzerfahrungen weder praktisch-handelnd noch theoretisch-reflektierend bewältigt werden

¹ Vgl. U. Feeser-Lichterfeld, *Wollen wir ewig leben? Die Provokation des Anti-Aging-Booms und der bio-gerontologischen Forschung*, in: *Herder Korrespondenz* 61 (2007) 238–245; ders., *Biogerontologie und molekulare Medizin*, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 56 (2010) 351–360; ders., *Lebenszyklus und Lebensverlängerung. Das sich wandelnde Altern und die Herausforderung der Theologie*, in: K. Gabriel, W. Jäger & G.M. Hoff (Hrsg.), *Alter und Altern als Herausforderung*, Freiburg i.Br. 2011 [im Erscheinen].

² M. Seel, *Bedingungen und Grenzen der Selbstbestimmung - über die Reichweite von Selbstbestimmung*, in: *Nationaler Ethikrat (Hrsg.), Wie wir sterben / Selbstbestimmung am Lebensende*, Berlin 2006, 131–139: 131.

können. Sie lassen vielmehr Ohnmacht erfahren.

Mit Ohnmacht umzugehen, fällt dem besonders schwer, der es gewohnt ist, dass seine Entscheidungen, sein Wille, sein Handeln Wirkung zeigen und die Welt (wenn auch vielleicht nur die eigene „kleine“ Welt) zu verändern vermögen. Von daher provoziert Ohnmacht den modernen Menschen ungemein. Ihn versucht Jaspers dafür zu sensibilisieren, dass Ohnmacht, wenn der Mensch sich ihr nur radikal stellt und sie nicht zu verschleiern versucht, uns vor Augen führen kann, was das Mensch-Sein, was unsere Existenz auszeichnet: die gerade im ungesicherten Entscheiden zu sich selbst kommende Freiheit sowie die Erfahrung der Transzendenz, also das Überschreiten eines auf sich selbst fixierten Lebens und einer selbstgenügsamen Welt. „In den Grenzsituationen“ – so Jaspers – „zeigt sich entweder das Nichts, oder es wird fühlbar, was trotz und über allem verschwindenden Weltsein eigentlich ist.“³

Grenze, so lässt sich mit Jaspers festhalten, bezeichnet also nicht bloß eine situative oder auch endgültige Beschränkung, sondern zugleich eine existenzielle Möglichkeit. Grenzerfahrungen sind demnach Lebenserfahrungen, in denen das Dasein auf Transzendenz hin durchsichtig wird und somit aus möglicher in wirkliche Existenz umschlägt. Für Theologie und Glauben verweist eine solche transzendente Erfahrung auf das absolute Geheimnis menschlicher Existenz, das wir gewohnt sind „Gott“ zu nennen.

Um kein Missverständnis aufkommen zu lassen: Wenn ich hier in Gefolge der Existenzphilosophie Jaspers' den Zusammenhang von Grenzerfahrung und Sinnerfahrung herausstreiche, dann ist das kein Versuch, die existenziellen Grenzen des Menschen zu psychologisieren oder gar zu spiritualisieren. Dies hieße nur, sie auf subtile Weise doch

kontrollieren zu wollen. Grenzen, die Ohnmacht spüren lassen, können aber – denn das macht sie ja erst zu echten Grenzsituationen – prinzipiell nicht kontrolliert, nicht beherrscht werden. Sinnpotenzial entfalten sie erst darin, dass ich mich ihrer ganzen Härte, ihrem Elend, ihrer Untröstlichkeit stelle. Alles andere hieße, das Leiden zu verherrlichen. Der Glaube von uns Christinnen und Christen kennt in der ganzen Weltgeschichte nur ein einziges sinnvolles Leiden: das Leiden und Sterben Jesu. „Jesus hat ‚für uns‘ gelitten, nicht damit wir in unserem Leiden Sinn finden oder gar das Leiden suchen sollten, sondern damit wir die Sinnlosigkeit des Leidens einsehen und aushalten können“ – so der Praktische Theologe Manfred Josuttis⁴.

4. Nach diesem „Exkurs“ einer existenzphilosophischen Deutung von Grenzsituationen im Allgemeinen gilt es wieder auf die besondere Grenzsituation von Hoch- und Höchstaltrigkeit zurückzukommen. Genauer gesagt geht es ja um die Lebensschicksale und Lebenssituationen von pflegebedürftigen Frauen und Männern im hohen und höchsten Lebensalter. Wenn ich wie in diesem Zusammenhang vom „vierten Alter“ spreche, dann werden die meisten von Ihnen die auf Peter Laslett zurückgehende Sprechweise wiedererkennen.⁵ Im Gegensatz zu klassischen Kategorisierungen nach dem Lebensalter – beispielsweise entlang einer Lebensstreppe – fasst Laslett die Menschen hinsichtlich ihres jeweiligen Abhängigkeitsgrades und ihres Unterstützungsbedarfs zu „Alters“-Gruppen zusammen. Wer demnach zum vierten Alter zählt, ist definitionsgemäß auf die Hilfe und Unterstützung anderer angewiesen, dessen Gestaltungs- und Entscheidungsspielräume haben sich spürbar verringert. Wer ihnen allerdings Selbstbestimmung abspricht, verwechselt Selbstbestimmung in grob begriffsverkürzender Weise mit einer Form

von Selbstständigkeit, die mich unabhängig vom Tun anderer sein lässt. Das Selbstbestimmungspostulat ist demgegenüber offen für ein Leben in Angewiesenheit auf andere – welches Leben wäre das nicht? –, es vertritt „lediglich“ den dann allerdings konsequenzenreichen Anspruch, dass jeder Mensch als Subjekt und nicht als Objekt behandelt wird.⁶

Mir ist bewusst, dass dieses fundamentale Verständnis von Selbstbestimmung zum Pflegealltag und zu seinen Widrigkeiten in Spannung steht. Nicht umsonst speist sich die Angst vieler Menschen vor dem Pflegeheim gerade aus der Sorge um den Verlust ihrer Autonomie. Und immer wieder berichten Pflegekräfte von der hohen Belastung, die daraus resultiert, dass sie in der Pflege und Betreuung der ihnen anvertrauten Menschen den eigenen ethischen Ansprüchen – auch und gerade dem Anspruch nach Respekt vor dem unverlierbaren Selbstbestimmungsrecht jedes Bewohners und Patienten – aus unterschiedlichsten persönlichen, oftmals aber vor allem aus strukturellen Gründen nicht zu genügen vermögen. Hier bedarf es ohne Zweifel noch großer Anstrengungen, um zu einem erweiterten Konzept von praktischer Autonomie zu gelangen, das auch unter den Bedingungen eines Lebens in krankheitsbedingter Abhängigkeit von der Pflege und Unterstützung anderer greift.⁷ Es wird solche Handlungsweisen zur Grundlage haben, die auch den betagten und im vollen Wortsinn „eigenwilligen“ Menschen im Sinne wohlverstandener Fürsorge dazu verhelfen, dass sie angesichts empirisch weniger gegebener Autonomiefähigkeit dennoch in die Lage versetzt werden, so umfassend wie in einer konkreten Situation nur möglich ihr Selbstbestimmungsrecht wahrnehmen zu können. Und gerade weil es getragen sein wird von der Einsicht, dass „gegenseitige Abhängigkeit im Sinne gegenseitiger Verwiesenheit ein konstitutives Kennzeichen menschlicher Existenz ist“ (Heinz Rügger⁸), wird ein solches pflegeethisches Konzept praktischer Autonomie höchst wachsam den Infragestellungen des Selbstbestimmungsanspruchs begegnen, die aus der dominanten Experten-, Definitions- und Handlungsmacht der in einer Pflegeinstitution professionell Tätigen und ihren asymmetrischen Beziehungsmustern zu den Bewohnerinnen und Bewohnern resultieren. Gesamtgesellschaftlich wird ein solches Selbstbestimmungskonzept dann

³ K. Jaspers, *Einführung in die Philosophie*, München 1971, 20.

⁴ M. Josuttis, *Praxis des Evangeliums zwischen Politik und Religion. Grundprobleme der Praktischen Theologie*, München 4/1988, 129.

⁵ Vgl. P. Laslett, *Das Dritte Alter. Historische Soziologie des Alterns*, Weinheim 1995.

⁶ Ein fundierter Einblick zur Selbstbestimmungsdebatte findet sich bei V. Gerhardt, *Selbstbestimmung und konkrete Ethik*, in: A. Vieth, Ch. Halbig & A. Kallhoff (Hrsg.), *Ethik und die Möglichkeit einer guten Welt. Eine Kontroverse um die „Konkrete Ethik“*, Berlin 2008, 51–70.

⁷ Vgl. G. J. Agich, *Dependence and Autonomy in Old Age. An Ethical Framework for Long-Term Care*, Cambridge 2003.

⁸ H. Rügger, *Selbstbestimmung am Lebensende. Zur Bedeutung der Autonomie im Blick auf pflegebedürftige Hochbetagte und Sterbende*, in: *Wege zum Menschen* 60 (2008) 529–545: 532.

eine Chance haben, wenn Abhängigkeit und Passivität in gleicher Weise als anthropologische Realität anerkannt werden wie das Streben nach Souveränität und Autonomie.

5. Alten- und Pflegeheime sind Erfahrungsräume, in denen Mut und Kraft zum Altsein, zum Kranksein, zum Sterben wachsen und sich bewähren können. Dies gilt für die alten Frauen und Männer selbst ebenso wie für all jene, die hier ein Umgehenkönnen mit alten, kranken und sterbenden Menschen lernen können.

Bischof Hemmerle hat einmal jene, deren Lebenssituation dazu Anlass gibt, ziemlich real mit dem „letzten Stündchen“ zu rechnen, „Grenzgänger der Transzendenz“ genannt.⁹ Gerade weil die gegenwärtige Lebenserfahrung von der Vorstellung einer Beherrschung der Welt und des Daseins durch das Können des Menschen geprägt sei, müsse die christliche Botschaft neu ins Spiel gebracht werden: als Botschaft von der Liebe Gottes und ihrer grenzenlosen Annahme der Grenzen von Mensch und Welt. Das Alter(n) ist für Hemmerle eine solche Grenzsituation nicht nur gegenüber dem Tod, sondern auch gegenüber dem Sinn seines Daseins zwi-

schen aktivem, funktionsgeladenem Leben hier und der ungewissen Begegnung mit der Grenze des Lebens dort. Wo Pastoral sich den Alten zuwendet, diesen „Grenzgängern der Transzendenz“, hilft sie ihnen, sich dem eigenen Transzendenzbezug zu stellen, und lässt sie die Berufung der eigenen Situation klar erkennen und bestehen. Diese liegt nicht zuletzt darin, die eigene Situation als Berufung für alle, fürs Ganze zu verstehen und damit den Transzendenzbezug für Gemeinde und Gesellschaft insgesamt offenzuhalten.

Von daher bin ich überzeugt, dass das in Altenpastoral verknüpfte diakonische und seelsorgliche Handeln von Christinnen und Christen helfen kann, das Alter als eine kritische Symbolisierung von Krankheit, Gebrechlichkeit und Endlichkeit zu verstehen und zu erleben – und dies für alle Lebensalter und Generationen. Eine solche Symbolisierung und Erinnerung sind aus christlicher Sicht keine Defizitanzeige und nicht primär, schon gar nicht ausschließlich ein Problem, sondern ein wertvolles Potenzial. Für Christinnen und Christen verbindet sich das Bewusstsein der eigenen Schwäche und

Endlichkeit mit dem tröstenden Wissen um die Gnade der Erlösung. Mit den Augen des Glaubens sind die letzten Jahre nicht das Ende des Lebens, sondern umfassen vom „Schon-jetzt“ und „Noch-nicht“ des zugesagten „ewigen Lebens“. Ein solcher Glaube, eine solche Altenpastoral verändern den Blick auf das Alter und die Alten. Alter wird – konträr zum Zeitgeist und sicher auch überraschend für uns Christinnen und Christen selbst – zum Hoffnungszeichen.

In einer solchen Sicht des Alters wird die im Zuge des demografischen Wandels größer werdende Zahl alter und sehr alter Menschen nicht nur als Zeichen der Zeit wahrgenommen und gewürdigt; das christliche Altersbild und die entsprechende pastorale Praxis vermögen darüber hinaus innerhalb einer alternden Gesellschaft auch selbst Zeichen zu setzen. Möglicherweise kann hier so etwas wie eine „rettende Übersetzung“ (Jürgen Habermas) der christlichen Hoffnungsbotschaft in den gesellschaftlich-säkularen Altersdiskurs gelingen, der sich mit einem positiven Verhältnis zu dem die Endlichkeit des Menschen anzeigenden Alter schwertut.

⁹ K. Hemmerle, *Grenzgänger der Transzendenz – Eine Zielgruppe der Pastoral*, in: L. Bertsch & K.-H. Rentmeister (Hrsg.), *Zielgruppen. Brennpunkte kirchlichen Lebens*. Karl Delahaye zum 65. Geburtstag, Frankfurt/M. 1977, 141–154.

Impressionen vom Diözesanforum Altenheimseelsorge 2011



Glaubwürdige Seelsorge im und am System Altenheim?!

Vortrag

Prof. Dr. theol. habil. Dr. med. Doris Nauer, Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar



Einleitung

Auch ich begrüße Sie alle ganz herzlich und freue mich, dass ich Ihnen heute einige Impulse anbieten darf. Brauchen wir so was wie „Seelsorge“ in unseren Altenheimen? Ist Seelsorge kein oder ist Seelsorge sogar ein unverzichtbares Thema in unseren hochkomplexen Altenheimen?

Brauchen wir Seelsorge, weil der Gesetzgeber/Arbeitgeber das halt so vorsieht, oder brauchen wir Seelsorge aus inhaltlichen Gründen? Inhaltlich wird Seelsorge aber erst dann notwendig und unverzichtbar, wenn sie tatsächlich als glaubwürdig erlebt wird.

Und zwar nicht nur von den Senioren*/Hausbewohnern und deren Angehörigen/Nahestehenden, sondern auch von den Mitarbeitern und der Hausleitung.

Wann aber ist Seelsorge glaubwürdig? Wenn zwei Grundbedingungen erfüllt sind:

Zum einen: wenn Seelsorge nicht willkürlich definiert und praktiziert wird, sondern wenn Seelsorge sich im christlichen Traditionsfundament verankert, sprich: wenn sich Seelsorge aus dem zugrunde liegenden Gottes- und Menschenbild logisch ableitet.



Aus Gründen des besseren Leseflusses wird hier und im Folgenden die männliche Form des Substantives gewählt. Natürlich sind damit aber auch Seniorinnen, Hausbewohnerinnen und Mitarbeiterinnen etc. gemeint.

Zum anderen: wenn Altenheimseelsorge wirklich zeitgemäß praktiziert wird, d. h., wenn das System Altenheim mit all seinen Herausforderungen, Möglichkeiten und Problemen in den Blick kommt.

Mein Vortrag setzt sich daher aus vier Teilen zusammen:

1. Gottesbild
2. Menschenbild
3. Die sich daraus ableitenden Schlussfolgerungen für eine glaubwürdige Seelsorge
4. Provokativ zugespitzte Kurzthesen

Glaubwürdige Altenheimseelsorge – das zugrunde liegende Gottesbild

Schon in der Bibel treffen wir auf folgende Einsicht: Niemand hat Gott je gesehen (Johannes 1,18)

Aus pastoraltheologischer Sicht sollte man daher mit Ist-Aussagen über Gott äußerst vorsichtig umgehen! Und dennoch



können wir uns zumindest ein Annäherungsbild machen.

Woher aber stammt unser Bild?

Aus Erfahrungen, die Menschen seit Jahrtausenden mit diesem Gott gemacht haben. Erfahrungen, die uns schriftlich, mündlich oder kreativ verdichtet überliefert sind. Aber auch aus Erfahrungen, die Menschen überall

auf der Welt heute noch mit ihm machen.

Dementsprechend sind wir mit einer ungeheuren Komplexität an ambivalenten, ja sogar widersprüchlichen Gottes-Erfahrungen und Interpretationen dieser Erfahrungen konfrontiert. Wie kann man diese Vielfalt jetzt so bündeln, dass ein in sich kohärentes Gottesbild sichtbar wird?

Hier hilft die uralte Trinitätslehre weiter, denn: Für uns Menschen, so schreibt der große Theologe Karl Rahner, sind die Erfahrungen, die Menschen mit dem Schöpfergott, mit Jesus Christus und mit dem Heiligen Geist machen, eben nicht dieselben.

Bernd Oberdorfer schlussfolgert daher: „Die Trinitätslehre ist kein überflüssiges Dogma, sondern ein Fenster zum Himmell!“

Und der bekannte Dogmatiker Jürgen Werbick ist der festen Überzeugung, dass das dreifaltige Sprechen von Gott die einzige Möglichkeit ist, überhaupt noch irgendwas über diesen geheimnisvollen Gott aussagen zu können, und



zwar: „an der Grenze zum Verstummen“!

Für welche Erfahrungen mit Gott stehen dann aber altmodisch klingende Begriffe wie Schöpfergott, Vater, Bundespartner, Befreier?

Für die Erfahrung der lebensförderlichen, fürsorglichen Nähe Gottes. Es ist die seit

Jahrtausenden tradierte Erfahrung, dass wir es nicht mit vielen Göttern, sondern nur mit einem einzigen Gott zu tun haben.

Ein Gott, der nicht als kosmische Energie zu denken ist, sondern sich sozusagen immer schon erfahrbar gemacht hat als ein personaler Gott, d. h. als ein in der Geschichte präsenter Gott, der sich Menschen immer wieder offenbart und zugleich entzieht. Ein Gott, dessen Nähe uns Menschen einfach gut tut, weshalb wir Bilder wie liebender Vater, tröstende Mutter, geduldiger Hirte, lebensrettender Arzt oder auch Freund des Lebens auf ihn projizieren.

Ein Gott, der als grenzenlos treu erfahren wird, der von sich aus kontinuierlich die Beziehung zu seinen Geschöpfen sucht, selbst dann, wenn wir Menschen uns von ihm abwenden und nichts von ihm wissen wollen. An diese Erfahrung soll uns ja – metaphorisch gesprochen – der Regenbogen erinnern, den Jahwe nach der Sintflut als Zeichen seiner unerschütterlichen Treue an den Himmel gesetzt hat.

Dass die Fürsorge Jahwes auch sehr konkrete materielle Züge annehmen kann, diese Erfahrung drückt sich im Befreier-Bild aus!

So konnte dem Schöpfergott schon sehr früh in den Mund gelegt werden: „Ich habe das Elend meines Volkes in Ägypten gesehen, und ihr Wehklagen über die Gewalt ihrer Unterdrücker habe ich gehört. Ich kenne ihre Leiden. Ich bin herabgestiegen, um sie der Hand der Ägypter zu entreißen.“ (Exodus 3,7).

Diese Erfahrung stellt sozusagen die prägende Ur-Erfahrung mit Jahwe dar. Jahwe, der sich gerade deshalb sich als Gott Israels und aus der Sicht Jesu Christi – als Gott aller Menschen erweist, weil er gegen Unterdrückung, Versklavung, Unbarmherzigkeit, Unrecht, Ungerechtigkeit Hunger und Not einschreitet,

* indem er entweder selbst Hand anlegt
*oder indem er Menschen beauftragt und bevollmächtigt, dies in seinem Namen zu tun. Dass Gott trotz aller Nähe und Fürsorge dennoch nicht immer als hilfreich und befreiend erfahren wird, ist uns ebenfalls seit Jahrtausenden überliefert. Immer wieder bezeugen Menschen, dass sie Gott nicht spüren, dass sie sich nicht von ihm getröstet fühlen, dass er anscheinend nicht heilt, nicht hilft, nicht aus Not und Krankheit befreit.

Der Wille des Menschen allein scheint da-

her nicht ausschlaggebend dafür zu sein, ob und wie Gott im eigenen Leben erfahrbar wird.

Selbst eine spezifische Religions-, Konfessions-, Kirchen-, Gemeinde- oder Klosterzugehörigkeit scheint keine Garantie dafür zu sein, Gott automatisch als hilfreich erfahren zu können.

Selbst intensivste Bibellektüre, längste Exerziten, härteste Askesemaßnahmen oder auch selbstlosester Diakonieeinsatz kann Gottesnähe nicht herbeimanipulieren.

Der Gottesbeziehung scheint daher eine gewisse Unverfügbarkeit zuzukommen, weshalb Nähe- und Ferne-Erfahrungen jederzeit bei jedem Menschen ineinander übergehen können.

Welche Erfahrungen mit Gott verbergen sich dann aber hinter Chiffren wie Richter, Zorniger, Kriegsherr?

Es ist die Erfahrung, dass die fürsorgliche Nähe Gottes umschlagen kann in eine bedrohlich erfahrbare Nähe.

Wenn vom zornigen, vom eifersüchtigen, ja sogar vom rachsüchtigen und manchmal nahezu gnadenlos richtenden und Verderbnis hervorbringenden Gott erzählt wird, dann soll damit sichergestellt werden, dass der prinzipiell liebevolle Gott dennoch nicht als harmloser „Softi-Gott“ missverstanden werden soll.

Die Erfahrung mit diesem Gott zeigt nämlich, dass er etwas von uns Menschen erwartet und uns auch etwas zutraut, nämlich menschenwürdig, gerecht und solidarisch miteinander zu leben.

Wenn Menschen hinter dieser Erwartung zurückbleiben, spüren sie die Seite Gottes, die viele Exegeten als die dunkle Erfahrungsseite Gottes beschreiben.

Walter Dietrich und Christian Link rufen uns daher dazu auf, derartige Erfahrungen mit Gott nicht verharmlosen oder gar eliminieren zu wollen, denn die Bibel ist voll derartiger Erfahrungen:

„An ungefähr tausend Stellen ist davon die Rede, dass der Zorn Jahwes entbrennt, dass er mit Tod und Untergang bestraft, wie ein fressendes Feuer Gericht hält, Rache nimmt und Vernichtung androht; ... kein anderes Thema taucht so oft auf wie die Rede vom blutigen Wirken Gottes.“

So vieles hat man im Laufe der Jahrtausende aus der Bibel gestrichen. Das hätte man auch mit diesen negativen Gottes-

Erfahrungen machen können. Anscheinend sind sie aber so elementar und urmenschlich, dass man sie eben nicht wegharmonisiert hat!

Leider gibt es nicht wenige Christen, die in Gemeinden groß werden, wo die dunkle Erfahrungsseite Gottes besonders hervorgehoben wird, weshalb sie in Angst vor Gott aufwachsen und im Laufe ihres Lebens ein selbstdestruktives Gottesbild entwickeln, in dem die eigentlich dominierende liebende Fürsorge Gottes in den Hintergrund tritt.

Was aber sind das nun für Erfahrungen, die Menschen vor 2000 Jahren mit Jesus Christus gemacht und uns überliefert haben?

Stark verkürzt wird uns über Jesus Folgendes überliefert: ein Jude, der ca. 30 Jahre im heutigen Israel zur Zeit der römischen Besatzung gelebt hat. Aus einfachen Verhältnissen (kein Tempelpriester, kein Gelehrter, kein Widerstandskämpfer).

Eine charismatische Persönlichkeit (viele Anhänger, die viel für ihn aufgegeben haben). Ein faszinierender Wanderprediger ohne festen Beruf.

Ein Mensch mit Freude am Leben (man hat ihm sogar nachgesagt, er sei ein Fresser und Säufer gewesen, Mt 11,19).

Ein Mit-Mensch, dem man unterstellt hat, er solidarisiere sich leichtfertig mit Sündern (Lk 15,2), weil er sich hauptsächlich bei den Menschen aufgehalten hat, die am Rande der Gesellschaft und des religiösen Lebens standen: Arme, Alte, Kranke, Behinderte, Witwen, Huren. Heute würde man wohl sagen: Liturgieunfähige, Unreine, Ausgegrenzte.

Ein Mensch, der sich wortwörtlich von Unberührbaren hat berühren lassen, der Verrückte in die Mitte rückte, der Menschen, denen er begegnete, dazu ermutigte, sich von ihren „Krücken“, die sie am Leben hindern, zu befreien.

Sein Umgangsstil mit diesen Menschen wurde als nicht autoritär, besserwisserisch oder gar verurteilend erfahren. Vielmehr scheint er Menschen dazu eingeladen zu haben, ihr Leben zu durchdenken und neu auszurichten, es wieder selbst in die Hand zu nehmen. Dies geschah ernst, aber auch humorvoll und unkonventionell – heute würde man sagen: paradox intervenierend, indem er völlig neue Handlungsperspektiven

ins Spiel brachte. Ebenso wie Jahwe wurde aber auch Jesus nicht nur als permanent lächelnd und allverstehend erfahren. Berichtet wird vielmehr auch davon, dass er sehr konfrontative, zornige, ja auch wütende Züge annehmen konnte. Nämlich immer dann, wenn der Name Gottes dazu missbraucht wurde, ungerechte Strukturen zu zementieren, oder wenn Priester und Hochfinanz eine unheilige Allianz eingingen, weshalb Jesus öffentlichkeitswirksam und lautstark dagegen einschritt (Vertreibung der Händler aus dem Tempel).

Überhört wurde zudem von den Mächtigen seiner Zeit nicht, dass Jesus ebenso öffentlich die Armen und nicht die Reichen seligsprach – weshalb sich die Mächtigen seiner Zeit zu Recht von ihm herausgefordert fühlten, was ihn schließlich ans Kreuz brachte. Ein qualvoller Tod, der nur für Sklaven und politische Aufrührer vorgesehen war. Eine Todesart, die Jesus selbst die Erfahrung machen ließ, was es heißt, endlicher Mensch zu sein und sich am Ende selbst von Gott verlassen zu fühlen: Mein Gott: Warum hast du mich verlassen? – Die Warum-Frage bleibt daher selbst für Jesus zunächst unbeantwortet!

Was aber war nun eigentlich die Kernbotschaft von Jesus?

Dass das Reich Gottes angebrochen ist – wenn es auch auf Erden nie voll und ganz realisiert werden kann. Was aber bedeutet „Reich Gottes“? Mehr Mit-Menschlichkeit, mehr Friedfertigkeit, mehr Barmherzigkeit, mehr Gerechtigkeit, mehr zwischenmenschliche Solidarität.

Das Besondere an Jesus war, dass er dazu aufrief, kleine Steinchen dazuzulegen, damit das Reich Gottes wachsen kann. Wie?

Indem sich Menschen in den Dienst (diakonia) stellen und recht unspektakulär mitten in ihrer Alltags- und Berufswelt helfen, das Reich Gottes mit voranzutreiben, ohne sich dabei selbst zu überfordern.

Würden wir uns Jesu Leben und seine Botschaft zum Vorbild nehmen, dann würden wir uns heute Jesuaner nennen. Christen nennen sich nun aber Christen! Welche zusätzliche Erfahrung verbirgt sich hinter dieser Bezeichnung?

Die Oster-Erfahrung, die zunächst Frauen machten, die nach Jesu Scheitern am Kreuz nicht geflohen waren, sondern sein Grab aufsuchten. Was genau sie dort erlebt haben, wissen wir nicht.

Es muss aber so tiefgehend gewesen sein, dass sie für sich den Schluss zogen, dass Jesus nicht nur ein vorbildhafter Mensch war, sondern der von den Juden auch heute noch erwartete Messias, also der Erlöser der Welt, weshalb sie alle jüdischen Hoheitstitel auf ihn übertrugen.

Für sie war klar: Mit dem Tod Jesu ist seine Botschaft nicht am Ende. Gott steht zu diesem Jesus über seinen Tod hinaus, weshalb Jesus ganz und gar Mensch und zugleich mehr als Mensch sein muss. Ein unauflösbares Paradox! Ganz Mensch und ganz Gott. Mächtig und ohnmächtig. Jenseits und Diesseits. Kein unverwundbarer, allmächtiger Sieggott, sondern einer, der selbst am Kreuz menschliches Leid durchlitten hat.

Wenn dem so ist, dann ergibt sich ein völlig neuer Blick aufs Kreuz: kein Folterwerkzeug mehr, sondern ein Hoffnungssymbol dafür, dass alle Menschen mit hineingenommen sind in eine Erlösungsgeschichte, die mit Jesus ihren Anfang nahm.

Von welchen Erfahrungen sprechen wir schließlich, wenn wir von Gott im Bild des Heiligen Geistes sprechen?

Es ist die Erfahrung, dass der Schöpfergott, der vor 2000 Jahren seinen Geschöpfen in Jesus Christus zum Anfassen nah kam, auch heute noch sehr konkret im Leben eines jeden Menschen präsent ist.

Bereits im Alten Testament wird bezeugt, dass immer dann, wenn Gott schöpferisch tätig war, wenn er rettend in die Geschichte Israels eingriff „die ruach“, am Werk war. Wir haben es hier also mit einem weiblichen Anteil im Gottesbild zu tun.

Analog hierzu wird auch im Neuen Testament davon berichtet, dass der Geist Gottes nicht nur auf Jesus ruhte, sondern im Pfingstereignis über alle Menschen ausgegossen wurde.

Ein jeder Mensch kann deshalb aus christlicher Sicht damit rechnen, Gott als weltimmanente Kraft überall in der Schöpfung auf ganzheitliche Art und Weise zu begegnen, sich von ihm inspirieren, durchfluten und begeistern zu lassen.

Geist-Erfahrungen setzten daher weder eine bestimmte Religions-, Konfessions-, Kirchen- oder Gemeindegliederung noch eine spezielle Frömmigkeits- oder Askesepraxis voraus.

Gerade weil der Heilige Geist weht, wann und wo er will (Johannes 3,8), widersetzt er/sie sich jeglichen Bemächtigungs- und Instrumentalisierungsstrategien und weht vielleicht gerade dort, wo wir ihn am wenigsten erwarten.

Geist-Erfahrungen können sich tröstend, kräftigend und heilsam auf Menschen auswirken. Geist-Erfahrungen führen jedoch nicht automatisch zur spirituellen Befriedung im Sinne persönlicher und struktureller Stabilisierung. Vom Geist berührt werden kann auch Irritation, Verunsicherung, Destabilisierung und Hinterfragung individueller, kollektiver und struktureller Vorgegebenheiten, Plausibilitäten und Routinen bewirken, denn der Heilige Geist ist der Geist Christi, der alles Bestehende daran misst, ob Reich Gottes im Sinne des Schöpfergottes vorangetrieben oder blockiert wird.

Zusammenfassend lässt sich sagen:

Das christliche Gottesbild besteht v. a. durch seine Komplexität und innere Dynamik. Wir haben es mit einem äußerst geheimnisvollen Gott zu tun, den man in Vergangenheit und Gegenwart als trinitarisch, dreifaltig oder – etwas moderner formuliert – als multidimensional erfahrbar beschreiben kann.

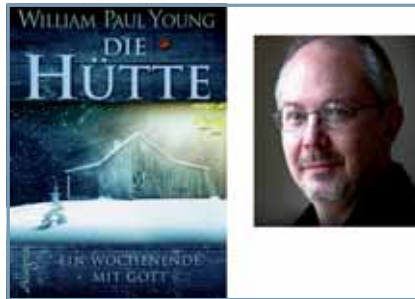
Einem glaubwürdigen Verständnis von Altenheimseelsorge liegt somit ein kom-

Das Diagramm zeigt den christlichen Glaubensbekenntnis in drei Abschnitten, die durch Pfeile verbunden sind. Der erste Abschnitt lautet: 'Ich glaube an Gott, den Vater, den Allmächtigen, den Schöpfer des Himmels und der Erde'. Ein Pfeil weist auf den zweiten Abschnitt: 'und an Jesus Christus, seinen eingeborenen Sohn unseren Herrn, empfangen durch den Heiligen Geist, geboren von der Jungfrau Maria, gelitten unter Pontius Pilatus, gekreuzigt, gestorben und begraben, hinabgestiegen in das Reich des Todes, am dritten Tage auferstanden von den Toten, aufgeföhren in den Himmel, er sitzt zur Rechten Gottes, des allmächtigen Vaters, von dort wird er kommen, zu richten die Lebenden und die Toten.' Ein weiterer Pfeil weist auf den dritten Abschnitt: 'Ich glaube an den Heiligen Geist, die heilige christliche Kirche, Gemeinschaft der Heiligen, Vergebung der Sünden, Auferstehung der Toten und das ewige Leben'. Unten steht in einem schwarzen Kasten 'Christliches Glaubensbekenntnis'.

plexes Gottesbild zugrunde, dem wir in unserem Glaubensbekenntnis – wenn auch

oftmals, ohne näher darüber nachzudenken – zustimmen.

Hinweisen möchte ich Sie zum Schluss noch auf einen Roman, der uns dazu anleiten kann, uns von allzu menschlichen Vorstellungen über Gott zu befreien!



Glaubwürdige Altenheimseelsorge – das zugrunde liegende Menschenbild

Altenheimseelsorge – Seelsorge – Sorge um die Seele – Seele. Worum also sorgen wir uns in der Altenheimseelsorge?



Welches Seelenverständnis ist heutzutage wirklich glaubwürdig?

2007 ist im Auftrag des Magazins „Der Spiegel“ eine große Umfrage direkt vor dem Berliner Hauptbahnhof durchgeführt worden. Man hat dort eine große Zahl zufällig vorbeikommender Menschen gefragt, ob sie an eine Seele, englisch „soul“, niederländisch „Ziel“ glauben. Was denken Sie, wie viele Ja gesagt haben? Es waren über 80 Prozent! Und wenn ich Sie jetzt hier fragen würde, was genau Sie denn eigentlich unter Seele verstehen, dann kämen wahrscheinlich ähnliche Antworten wie bei der Umfrage!

Wieso aber denken über 80 Prozent – und wahrscheinlich auch die meisten von Ihnen –, dass Seele das immaterielle Gegenstück zum Körper ist? Woher haben wir dieses Denken? Nicht von Jesus und auch nicht aus der Bibel!!!



Woher aber stammt dann die dualistische Zerlegung des Menschen in Leib und Seele? Wir verdanken diese Art zu denken der Philosophie, genauer gesagt dem wichtigsten und einflussreichsten Philosophen der Antike: Platon (4. Jh. vor Chr.).

Wer von Ihnen hat dieses Bild schon einmal gesehen? Es ist ein 1512 von Raffael gemaltes, ca. acht Meter breites Fresko, das



die Philosophieschule Athens versinnbildlichen soll. Wenn Sie jetzt denken, dass Sie diese Darstellung bei Ihrem nächsten Besuch in Athen doch mal anschauen möchten, dann werden Sie enttäuscht werden, denn Sie werden sie dort nicht finden. Wo aber dann? Sie müssen nach Rom, genauer in den Vatikan, reisen.

Dass Sie die Darstellung gerade dort bestaunen dürfen, ist natürlich kein Zufall. Raffaels Bild hängt dort, weil das abendländische Christentum seit fast 2000 Jahren gemäß den Analysen des renommierten Dogmatikers Wolfgang Beinert von der griechischen Philosophie unterwandert – ja er schreibt sogar: durchseucht – worden ist.

Was aber hat Platon gedacht, was so interessant war, dass es sich im Christentum

derart einnisten konnte? Vereinfacht auf den Punkt gebracht:

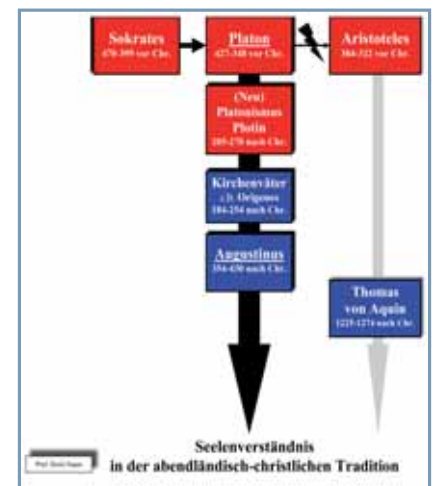
Es gibt zwei Arten von Sein:

1. die sichtbare, materielle, vergängliche Welt, zu der auch der menschliche Körper gehört;
2. die unsichtbare, immaterielle, unvergängliche Welt, zu der die Seele gehört.

Platon erläuterte sein komplexes Seelenverständnis anhand folgenden Bildes: Man kann sich den menschlichen Körper wie einen Wagen vorstellen, der von zwei Pferden gezogen wird. Das eine Pferd (Begeerdeseele) zieht nun aber nach rechts, das andere Pferd (Gemütsseele) dagegen nach links. Damit der Wagen nicht stürzt, sondern vorankommt, werden beide Pferde von einem Wagenlenker (Vernunftseele) beieinandergehalten.

Die Vernunftseele ist das Eigentliche des Menschen, weshalb Platon sie als präexistent und unsterblich denkt. Bei der Geburt kommt sie in den menschlichen Körper hinein, weshalb sie im Körper – und leider schreibt Platon jetzt – wie in einem Grab oder Gefängnis festsetzt, weshalb sie spätestens zum Zeitpunkt des Sterbeprozesses wieder aus dem Körper entweicht.

Sie kennen daher vielleicht das bis heute auffindbare Ritual, ein Fenster zu öffnen, wenn ein Mensch gestorben ist, damit seine Seele den Raum verlassen kann. Platon hat nun aber nie behauptet, dass der Körper etwas Schlechtes ist. Als Philosoph war ihm vielmehr daran gelegen, seinen Zeitgenossen, die oftmals moralisch sehr locker gelebt haben, in Erinnerung zu rufen, dass es im Leben nicht nur darum gehen kann, körperlichen Genüssen zu frönen, sondern auch darum, vernünftig zu leben, d. h., auch



solidarisch Verantwortung für den Staat und füreinander zu übernehmen.

Wie es aber oft im Leben geschieht: Nach Platon gab es Menschen/Schüler, die glaubten, Platon besser verstanden zu haben als er sich selbst. Der bedeutendste in dieser langen Reihe war der im 3. Jh. nach Christus in Rom lehrende weltweit bekannte Philosoph Plotin, Hauptvertreter des sogenannten Neuplatonismus.

Plotin zog aus Platons Seelen-Lehre einen Schluss, den dieser niemals gezogen hatte: Wenn doch die Seele das Eigentliche des Menschen ist, dann ist der sterbliche Körper nur Ballast, den es abzuwerfen gilt. Wohin derartiges Denken führt, ist uns von Porphyrius, dem Biografen Plotins, überliefert: Plotin hat seinen ungeliebten Körper derart vernachlässigt, ausgehungert und geißelt, dass dieser am Ende mit eiternen und deshalb übel riechenden Wunden so übersät war, dass man sich nicht mehr mit ihm im gleichen Raum aufhalten konnte.

Weshalb aber hat gerade dieser Philosoph – dessen Lehre derart selbstdestruktive Folgen hatte – die frühen gebildeten Kirchenväter wie Augustinus so beeindruckt, dass sie seine Seelen-Lehre nicht nur ins Christentum übernommen, sondern sogar noch christlich radikalisiert haben, wie folgendes Zitat von Origenes aus dem 3. Jhd. erahnen lässt: „Gott schuf nun die gegenwärtige Welt und fesselte die Seele an den Körper zu ihrer Bestrafung.“

Sicher nicht, weil sie prinzipiell körper- oder lustfeindlich waren! Beeinflusst waren sie sicherlich auch von neuplatonisch infizierten gnostischen Strömungen, die extrem dualistisches Gedankengut (Gott – Teufel; Engel – Dämonen; Seele – Körper; Gut – Böse etc.) ins Christentum einschleusten.

Der Hauptgrund aber dürfte darin gelegen haben, dass sich die gedankliche Zerlegung des Menschen in „Leib und Seele“ in den ersten beiden Jahrhunderten, die v. a. durch brutale Christenverfolgungen gekennzeichnet waren, als eine Art Bewältigungs- und Tröstungsstrategie im Umgang mit Tod und Leid bewährte, denn: Selbst wenn der Körper den Löwen zum Fraß vorgeworfen wurde, konnte man immer noch daran festhalten, dass die Seele als das Eigentliche des Menschen ja von Gott gerettet wird.

Wie Sie aber wissen, entwickelte sich die Geschichte schnell dahin, dass das Christentum zur Staatsreligion aufstieg,

so dass derartige Tröstungsstrategien ihre Dringlichkeit verloren.

Dualistisches Gedankengut jedoch blieb in den Köpfen hängen und führte dazu, dass im Christentum Strategien wie körperteufliche Selbstgeißelung, extremes Fasten und prinzipielle Lustfeindlichkeit als besonders nacheifernswert beurteilt wurden.

An den Folgewirkungen haben wir jedoch bis heute zu leiden, wie der bekannte Dogmatiker Franz Gruber schonungslos auf den Punkt bringt, wenn er schreibt: „Die spätantike Mischung aus Platonismus und Gnosis tropft seither als leibfeindliche, sexualneurotische und frauenverachtende Essenz durch die Geschichte des Christentums.“

Fakt ist zwar, dass im christlichen Abendland neben der philosophisch dominierten Traditionslinie Platon-Plotin-Augustinus eine zweite ebenso philosophisch dominierte Traditionslinie Bedeutung erlangte. Diese konnte sich zwar nie flächendeckend durchsetzen, wurde aber gerade in Klöstern sozusagen als „Alternativkonzept“ bewahrt und tradiert: die Linie Aristoteles-Thomas von Aquin, denn Letzterer entdeckte Aristoteles sozusagen wieder.

Obgleich Aristoteles der wichtigste Schüler Platons war, distanzierte dieser sich dennoch von dessen Seelen-Lehre, weil er die radikale Trennung von „Leib und Seele“ nicht nachvollziehen konnte. Alternativ dazu stellte er die These auf, dass erst die enge Zusammengehörigkeit beider den Menschen zum Menschen macht. Weil Körper und Seele nicht dualistisch gegeneinander ausgespielt werden dürfen, kommt daher dem Körper die gleiche Bedeutung wie der Seele zu.



Wer von Ihnen hat schon mal das Buch „Der Name der Rose“ von Umberto Eco, oder den gleichnamigen Kinofilm mit Sean Connery gesehen? Worum geht es da eigentlich? Oberflächlich betrachtet handelt es sich um einen spannenden Kriminalro-

man: In einem mittelalterlichen Benediktinerkloster werden fünf Mönche bestialisch vergiftet.

Warum – das klärt der angereiste Franziskanermönch auf! Ermordet werden sie vom alten, blinden, griesgrämigen Bibliothekar Jorge als Bestrafung dafür, dass sie es gewagt haben, ein verbotenes Buch von Aristoteles, das in der Bibliothek versteckt, damit aber auch vor seiner Vernichtung bewahrt wurde, gelesen haben.

Wieso sollten die Mönche dieses nicht lesen? Weil Aristoteles gemäß seiner Seelen-Lehre darin das Lachen, die Fröhlichkeit, den Körper und die Sinnlichkeit als etwas Positives darstellt.

Zusätzlich zur Kriminalgeschichte spielt das Buch zudem noch auf einer zweiten Ebene: Erzählt wird nämlich die schüchterne Liebesgeschichte zwischen dem Schüler des Franziskanermönchs und einem Bauernmädchen, das sich prostituieren muss, um nicht zu verhungern.

Das Buch endet leider wie die Wirklichkeit: kein Happyend! Weder für die Verliebten noch für das Kloster, denn es geht in Flammen auf. Nicht die aristotelische, sondern die platonisch-plotinische Linie erweist sich als dominant im Abendland.

Wir alle haben nun zwei Möglichkeiten: Wir können weiterhin philosophisch denken und den Menschen dualistisch in ‚Leib und Seele‘ zerlegen, wobei wir uns entweder für die Sichtweise Platons oder die des Aristoteles entscheiden müssen.

Wir können uns aber auch ganz und gar vom philosophischen Seelenbegriff verabschieden und uns mutig zurückbesinnen auf unser ureigenstes biblisches Seelenverständnis, das bereits 500 Jahre vor Platons Zeit entwickelt wurde und bis heute nichts an Aktualität verloren hat. Und genau das schlage ich Ihnen jetzt vor:

Dazu ist es nötig, in der Heiligen Schrift das dort verwendete Wort für Seele zu suchen! Dies gelingt, indem man das Wort Seele sprachlich zurückverfolgt:

Deutsch: Seele

Lateinisch: anima

Griechisch: psyche

Hebräisch: náfäsch

Was nun aber mit „náfäsch“ eigentlich gemeint ist, das können wir in der Schöpfungsgeschichte, in der nach Wolfgang Beinert und Bernd Janowski der Kern jüdisch

verwurzelter christlicher Anthropologie aufleuchtet, nachlesen.

Da formte Gott der Herr den Menschen aus Staub vom Ackerboden und blies in seine Nase den Lebensatem.

So wurde der Mensch zu einer lebendigen Seele

Genesis 2,7



Wer von Ihnen stand schon einmal live unter diesem Fresko? Ist es nicht beeindruckend? Gemalt von Michelangelo in der Sixtinischen Kapelle in Rom. Dargestellt wird die Erschaffung des ersten Menschen.

Was genau ist da aber eigentlich abgebildet? Die Bibelstelle Genesis 2,7, in der uns metaphorisch erzählt wird:

„Da formte Gott der Herr den Menschen aus Staub vom Ackerboden und blies in seine Nase den Lebensodem. So wurde der Mensch zu einer lebendigen Seele (näfäsch).“

Eingeblasen wird weder Geist noch Seele, sondern Lebensvitalität, wodurch der Mensch zu einem lebendigen Seelenwesen wird. Aus biblischer Sicht hat der Mensch also keine Seele, sondern ist gottgewolltes ganzheitliches Seelenwesen!

Bibelwissenschaftler aller Konfessionen lehren uns das bereits seit über 50 Jahren, obgleich es sich noch immer nicht bis an die Basis durchgesprochen hat. Für Bernd Janowski, einen der gegenwärtig renommiertesten alttestamentlichen Exegeten weltweit, steht daher unbestreitbar fest:

„Ein Verständnis, nach dem der Mensch aus Leib und Seele bestünde, ist damit ausgeschlossen!“

Im Volksmund scheint die biblische Sichtweise noch immer präsent zu sein, wenn wir z. B. so was Verrücktes sagen wie: „Du bist aber eine gute Seele.“

Wenn der Mensch nun aber aus biblischer Sicht ein ganzheitliches gottgewolltes Seelenwesen ist, wie auch der Dogmatiker Wolfgang Beinert immer wieder betont, dann gilt es, einer babylonischen Sprachverwirrung im Blick auf die Verwendung der

Wörter Geist und Psyche entgegenzuarbeiten. Gerade in Krankenhäusern, Hospizen und Altenheimen braucht es klare Begriffsdefinitionen, um nicht aneinander vorbeizureden. Ich schlage daher folgende Begriffsklärungen vor:

Als gottgewolltes ganzheitliches Seelenwesen darf sich der Mensch zudem an seinem Geist erfreuen. Obgleich viele Menschen Geist und Vernunft (mind) gleichsetzen, sind es gerade Christen, die darunter keine psychische Fähigkeit, sondern etwas



Als gottgewolltes ganzheitliches Seelenwesen darf sich der Mensch an seinem gottgewollten Körper erfreuen. Diesen gilt es als Tempel des Heiligen Geistes zu hegen und zu pflegen. Weil Gott im und nicht gegen den Körper verherrlicht werden will, darf dieser nicht vernachlässigt, gezeißelt, ausgehungert oder gar abgetötet werden. Weil aber Im-Körper-Sein immer auch eine erotische und sexuelle Dimension umfasst, darf auch diese nicht verleugnet, schlechtgeredet oder vernachlässigt werden.

Als gottgewolltes ganzheitliches Seelenwesen darf sich der Mensch an seiner gottgewollten Psyche erfreuen. Da Psychologen, Psychotherapeuten und Psychiater dieses Wort sogar in ihrer Berufsbezeichnung führen, können gerade sie uns lehren, was wir heute damit meinen.

Das ursprünglich griechische Wort „Psyche“ (Seele) wird heute in einem ganz anderen Sinn verwendet! Nämlich als Sammelbezeichnung für eine Vielzahl messbarer (z. B. IQ-Test) menschlicher Fähigkeiten:

- kognitive Fähigkeiten (Denken, Vernunft, Erinnern, Planen...)
- emotionale Fähigkeiten (Gefühle jeglicher Art)
- kreative Fähigkeiten
- Verhaltensfähigkeiten

ganz anderes verstehen. Was Geist bedeutet, leitet sich nämlich logisch aus dem lateinischen Wort ab, das mit Geist übersetzt worden ist: spiritus!

Geist steht also für die spirituelle Dimension im Menschen. Für seine Transzendenz-Offenheit, seine Glaubensfähigkeit, selbst gegen jegliche Vernunft. Geist, der nicht fass- und messbar ist, ist bildlich gesprochen so etwas wie eine Antenne im Menschen, die auf den Heiligen Geist ausgerichtet werden kann, um sich von diesem inspirieren, begeistern und kräftigen zu lassen.

Von historisch längst überholten Bezeichnungen wie „Geisteskrankheit“ oder „Geistige Behinderung“ gilt es daher gerade im Altenheimkontext endgültig Abschied zu nehmen, denn: Menschen können sehr wohl körperlich und psychisch, aber nicht spirituell behindert sein.

Körper, Psyche und Geist sind in jedem Menschen engstens ineinander verwoben, weshalb keine der drei Dimensionen von Mensch-Sein gegen die andere ausgespielt werden darf.

Da der Mensch zudem immer nur als ein soziales Wesen, das in einem komplexen Netzwerk an kontextuellen Einbindungen (ökologisch, ökonomisch, strukturell, gesellschaftlich, kulturell, historisch ...) existiert,



begriffen werden kann, wird der Mensch aus christlicher Sicht erst durch sein Für-Einander und Mit-Einander, durch sein Mit-Mensch-Sein wirklich zum gottgewollten Menschen.

Voneinander-abhängig-Sein und Aufeinander-angewiesen-Sein ist daher kein Makel und nichts, wofür sich Menschen zu schämen oder zu entschuldigen brauchen.



Weil aus jüdisch-christlicher Sicht zudem immer Gott ins Spiel kommt, wenn nach dem Mensch-Sein gefragt wird (so wird bereits in Psalm 8,5 in einer rhetorischen Frage die Antwort gleich mitgeliefert: „Was ist der Mensch, dass du seiner gedenkst?“), müssen wir unser Augenmerk noch auf zwei sehr fundamentale und unauflösbare Ambivalenzerfahrungen richten, um tatsächlich die zentralen Konturen des christlichen Menschenbildes in aller Komplexität in den Blick zu bekommen: zum einen die äußerst elementare und schmerzhaft Ambivalenzerfahrung, die Christen und

Juden in ihrem Menschenbild miteinander teilen: Fast Gott gleich und dennoch Staub!

Wenn vom Menschen als Geschöpf, Ebenbild oder Bundespartner Gottes gesprochen wird – was gerade in Leitbildern von Einrichtungen christlicher Trägerschaft regelmäßig der Fall ist –, dann soll mit diesen für heutige Menschen oftmals unverständlichen Worten etwas unheimlich Positives über das Mensch-Sein ausgedrückt werden, nämlich: Jeder Mensch, so wie er ist, einmaliges Meisterwerk und Unikat. Jeder Mensch gottgewollt und von ihm geliebt, ohne dass er dafür etwas leisten oder zu einer bestimmten Religion gehören muss. Jeder Mensch kein reines Zufallsprodukt, obgleich alle Menschen dem Evolutionsprozess unterliegen. Jeder Mensch als Repräsentant Gottes auf Erden in die Verantwortung für die Schöpfung gerufen. Jeder Mensch in Freiheit und Selbstbestimmung entlassen.

Zugleich aber gilt, was Christen auf jeder Beerdigung beten: „Staub bist du, und zu Staub kehrst du zurück!“ Zur *Conditio humana* gehören daher Gebrechlichkeit, Gebrochenheit, Krankwerden, Behinderung, Altwerden und Sterben zum Leben dazu. Menschen dürfen alt werden und sterben, weshalb der Tod nicht als Feind anzusehen und mit allen Mitteln zu bekämpfen ist. Schon bei Kohelet lernen wir, dass jede Lebensphase ihre Zeit und ihr Recht hat, weshalb Mensch-Sein sich gerade dadurch auszeichnet, dass wir lernen, unsere Begrenztheiten zu akzeptieren und wohlwollend uns selbst gegenüber in unser Leben zu integrieren.

Zum anderen eine sozusagen typisch christliche Ambivalenzerfahrung, die unsere jüdischen Glaubensgenossen nicht nachvollziehen können, da sie in Jesus nicht den Messias sehen: Sündig und erlöst zugleich!

Wenn Jesus tatsächlich der Erlöser der Welt ist, dann sind alle Menschen ohne Vor- und Gegenleistung, wie besonders Martin Luther in seiner Rechtfertigungslehre deutlich gemacht hat, durch den Tod und die Auferweckung Jesu miterlöst.

Weil nun aber unter irdischen Bedingungen das Reich Gottes nur angebrochen ist und Menschen tatsächlich zur Freiheit berufen sind, bleiben wir Menschen immer wieder hinter unseren geschöpflichen Möglichkeiten zurück oder erliegen der Versuchung, uns an die Stelle Gottes setzen zu wollen.

Menschen sündigen jedoch nicht nur individuell, sondern auch kollektiv und strukturell, weshalb niemand seine Hände in Unschuld waschen kann, wenn er auf ungerechte Strukturen trifft. Obgleich er diese nicht persönlich (z. B. im Altenheim) verursacht hat, ist er dennoch dazu aufgerufen, an ihrer Beseitigung mitzuwirken, um das Reich Gottes nicht zu blockieren. In nicht wenig christlichen Gemeinden wird nun das Sündig-Sein ins Zentrum gerückt, weshalb Menschen suggeriert wird, dass sie wenig/nichts wert sind und sich die Liebe Gottes erst noch verdienen müssen.

Damit wird das christliche Menschenbild jedoch einseitig verzerrt. Das typisch Christliche am christlichen Menschenbild ist ja gerade die Überzeugung, dass sich alle Menschen trotz – vielleicht sogar wegen – aller Sündenanfälligkeit als längst mit-erlöst fühlen dürfen.

Keine Drohbotschaft, sondern diese Frohbotschaft ist daher das Markenzeichen von Christ-Sein – auch wenn dies über viele Jahrhunderte oftmals nicht spürbar war. Zur Frohbotschaft gehört die Überzeugung, dass der Tod nur eine vorletzte Wirklichkeit, d. h. ein Durchgangsstadium in eine qualitativ völlig andersartige Seinsweise bei Gott, ist. Obgleich Menschen ebenso wie Jesus ganz und gar sterben und ins Reich des Todes hinabfahren, was von Angehörigen kaum akzeptiert werden kann, gilt, dass sie ganz und gar bei Gott sein werden – wie auch immer man sich dies vorzustellen hat.

Werfen wir einen letzten Blick auf die ungeheure Komplexität von Mensch-Sein, dann wird schnell klar: der Mensch – ein gottgewolltes, unenträtselbares Geheimnis, das unter irdischen Bedingungen mit viel Ambivalenzen zurecht kommen muss. Ein jeder Mensch (Altenheimbewohner, Angehörige, Mitarbeiter, Leitungspersonen) – ausgestattet mit einer unantastbaren Würde, denn jeder Mensch ist als Geschöpf Gottes, als mit-erlöst und als Tempel des Heiligen Geistes zu sehen.

Ein jeder Mensch gleich wertvoll, weshalb es kein entsorgbares (altes) Leben geben kann!

Was heißt das jetzt für ein glaubwürdiges Verständnis von Altenheimseelsorge?

Ich komme zu Punkt 3 meine Gliederung!

Schlussfolgerungen für Altenheimseelsorge

- Die wichtigsten Schlussfolgerungen kann ich jetzt leider nur schlagwortartig andeuten.
- Die alltagspraktischen Folgewirkungen werden wir ausführlich heute Nachmittag im Workshop diskutieren.

Glaubwürdige Altenheimseelsorge, die sich logisch aus dem christlichen Gottes- und Menschenbild ableitet, ist nicht primär und ausschließlich Sorge um das ewige Seelenheil alter Menschen, sondern ganzheitliche Sorge um alle gottgewollten Seelenwesen, die im Altenheim anzutreffen sind – und zwar unabhängig von deren Religions- oder Konfessionszugehörigkeit.

Und weil das christliche Gottes- und Menschenbild derart komplex / derart multidimensional ist, kann auch Altenheimseelsorge nicht eindimensional, sondern nur multidimensional gedacht und umgesetzt werden!



Weil jedes Seelenwesen einen unverwechselbaren Körper und eine personspezifische Psyche aufweist, wird Altenheimseelsorge immer dann glaubwürdig, wenn die pastoralpsychologisch-heilsame Dimension radikal ernst genommen wird.

Weil jedes Seelenwesen eine Geist-Dimension aufweist, wird Altenheimseelsorge dadurch glaubwürdig, dass die spirituell-mystagogische Dimension ebenso ernst genommen wird.

Weil jedes Seelenwesen nur als sozial und kontextuell eingebundener Mitmensch

begriffen werden kann, wird Altenheimseelsorge erst dann glaubwürdig, wenn die diakonisch-prophetisch-kritische Dimension nicht vernachlässigt wird.

Warum ist Altenheimseelsorge ein pastoralpsychologisch heilsames Geschehen?

Weil Seelsorge ein verbales und non-verbales Begegnungsgeschehen zwischen Menschen ist.

Von der nordamerikanischen Seelsorgebewegung haben wir in den 60er- und 70er-Jahren in allen Konfessionen lernen dürfen, dass es in der Seelsorge zunächst einmal um das Leben, um die Lebensgeschichte, um Geglücktes und Mislungenes des konkreten Gegenübers geht und dass es sich um vollwertige Seelsorge und keine Vorstufe zum Eigentlichen handelt, wenn das Wort Gott oder Glaubensthemen nicht ausdrücklich zur Sprache kommen.

Seelsorge impliziert daher die radikale Akzeptanz des Gegenübers in seinem So-Sein, d. h. auch in seiner Andersartigkeit/Fremdheit/Sperrigkeit, wobei seine Geheimnishaftigkeit und seine Würde unbedingt zu achten und wahren sind.

Gerade im Altenheim bedeutet glaubwürdige Seelsorge daher:

- sich wirklich Zeit für einen einzelnen Menschen nehmen
- achtsam dasein
- standhaft beistehen
- stützend mitgehen
- stoisch auch scheinbar endloses Klagen mitaushalten
- ohnmächtig trösten und nicht oberflächlich Vertrösten
- es zu wagen, die quälende „Warum-Frage“ offenzulassen
- aufmerksam schweigen + aktiv zuhören
- darauf eingehen, worüber das Gegenüber reden will
- verstärkend unterstützen, humorvolles Einspielen neuer Sichtweisen; ethisch beraten
- kreativ-spielerische Begegnungsmöglichkeiten schaffen
- vorsichtiger Körperkontakt – Austarieren von Nähe und Distanz

Pastoralpsychologisch bedeutet das, dass wir viel aus den unterschiedlichen psychologischen Schulen im Blick auf das bewusste und unbewusste Kommunika-

tions- und Beziehungsgeschehen zwischen Menschen lernen können, ohne dass wir uns dabei als Psychotherapeuten missverstehen.

Altenheimseelsorger unterliegen nämlich nicht der Zielsetzung, therapieren/heilen zu wollen. Ihr Ziel ist es vielmehr, heilsam zu wirken, d. h., Menschen dabei zu unterstützen, ihr Leben, so wie es in allen Begrenzungen nun mal ist, ohne Leidverherrlichung annehmen zu können.

Aber nicht nur das: Seelsorge unterstützt gerade alte Menschen, deren Angehörige und Mitarbeiter darin, das eigene Leben und das Leben anderer loslassen, d. h. den Tod als zum Leben dazugehörig akzeptieren und mit dieser Tatsache trotz aller Trauer konstruktiv umgehen zu können.

Heilsam – dieser Appell gilt zudem auch für die Seelsorger selbst, denn auch im Blick auf sich selbst sind glaubwürdige SeelsorgerInnen dazu herausgefordert, Gottes-, Nächsten- und Selbstliebe nicht gegeneinander auszuspielen, d. h., keiner Selbstaufopferungsmentalität zu erliegen.

Wieso gehört zur glaubwürdigen Seelsorge auch die spirituell-mystagogische Dimension?

Wenn wir ernst nehmen, dass Gott überall in der Welt als Heiliger Geist weht, wo er will, und deshalb im Leben aller Menschen längst präsent ist, dann will Seelsorge dazu beitragen, dass Menschen die Präsenz Gottes als wohlthuend für ihr Leben ganzheitlich spüren.

Glaubwürdige Seelsorger eröffnen sozusagen den Frei-, Spiel- und Zwischenraum, der notwendig ist, um sich vom Heiligen Geist wortwörtlich begeistern zu lassen. Seelsorger unterstützen Menschen darin, die eigenen spirituellen Traumflügel zu entdecken und weit zu schwingen. Sie bieten sozusagen Antennen an, die es ermöglichen, an den Heiligen Geist anzudocken.

Seelsorge will also bildlich gesprochen Spuren Gottes mitten im Altenheim mit Menschen (Bewohner, Angehörigen, Mitarbeiter/Leitungspersonal) gemeinsam entdecken.

Seelsorger bieten eine Art spirituelle Lebensbewältigung an, indem sie menschliche Erfahrungen – nämlich die eines entweder ereignisreich oder langweilig empfundenen langen Lebens – in Beziehung setzen zu einer letzten Wirklichkeit, zur Transzendenz / zu Gott. Sie tun es unaufdringlich, oftmals

indem sie biblisch überlieferte Gotteserfahrungen mit Erfahrungen des Gegenübers so ins Spiel bringen, dass sie sich für das Gegenüber als hilfreich erweisen.

Gerade dann, wenn Menschen – ob junge oder alte – für ihre spirituellen Entdeckungen keine Worte finden, dann hilft Seelsorge, spirituelle Sprachlosigkeit zu überwinden und Worte dafür zu finden, was Menschen unbedingt angeht.

Dafür gilt es, sich als Seelsorger auch in andere religiöse Sprachspiele als die eigenen einzufühlen und sich selbst gegebenenfalls von klischeehaften oder gar fehlerhaften Vorstellungen über andere Religionen/Konfessionen/Atheisten frei zu machen.

Heilsam geschieht dies dann, wenn Seelsorger Menschen dabei unterstützen, sich selbst von selbstschädigenden Götzen- und Gottesbildern oder von selbst- und fremdschädigenden Dämonen- und Teufelsvorstellungen zu befreien, um der zutiefst christlichen Erlösungserfahrung den Weg zu bereiten.

Seelsorge hält daher selbst in hoffnungslos anmutenden Situationen immer das Prinzip Hoffnung aufrecht – notfalls stellvertretend für Hoffungslose. Seelsorger verheimlichen dabei ihren persönlichen Glauben / ihre Spiritualität nicht, machen ihn/sie aber nicht zum Maßstab für alle anderen.

Ja – Seelsorger wollen Menschen neugierig machen auf die typisch christliche Gottes-, Menschen- und Weltsicht und für den christlichen Glauben begeistern.

M.E. ist es aber schlichtweg ein Kunstfehler, wenn SeelsorgerInnen glauben, es sei glaubwürdige Seelsorge, wenn sie alten Menschen, deren Angehörigen oder Mitarbeitern

- festgeschnürte Glaubenspakete und absolute Wahrheitsansprüche überstülpen,
- voyeuristisch Sünden aufdecken,
- biblische Schnellratschläge erteilen oder die Ferne Gottes verharmlosen,
- Glaubenszweifel als zu überwindenden Unglauben brandmarken
- oder wenn sie die Notlage von Heimbewohner oder überarbeiteter Mitarbeiter ausnutzen, um sie als zahlende Kirchenmitglieder zu gewinnen.

Glaubwürdig wird Seelsorge aber erst dann, wenn Seelsorger ihren diakonisch-prophetischkritischen Auftrag genauso ernst nehmen wie den heilsamen und spirituellen

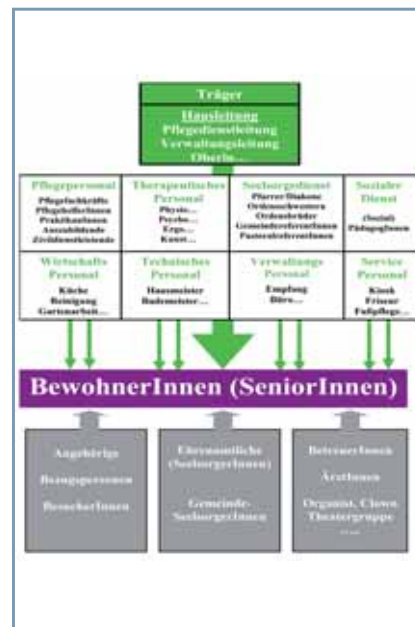
Erst wenn das der Fall ist, wird Seelsorge wirklich zu einer Seelsorge im und am System, d. h. am System Altenheim und Gesellschaft. Seit dem Zweiten Vatikanischen Konzil wird daher ja ausdrücklich nicht mehr von Kranken- oder Altenseelsorge, sondern von Krankenhaus- und Altenheimseelsorge gesprochen!

Glaubwürdige Seelsorger, die sich ausdrücklich in die Nachfolge alttestamentlicher Propheten und Jesu Christi stellen und tatsächlich mit dem Heiligen Geist rechnen, begreifen ihre Tätigkeit daher als einen anwaltschaftlichen und solidarischen Dienst für Notleidende.

Welche Personengruppen sind dies aber heutzutage im Altenheim?

Es sind eben nicht immer nur die Bewohner oder deren Angehörige! Es sind auch die Mitarbeiter, Menschen von außen und manchmal selbst das Leitungspersonal!

Die Grafik soll verdeutlichen, in welchem komplexen System Seelsorger sich bewe-



gen, weshalb genau hinzusehen ist, wer im Moment wirklich die Notleidenden sind, die seelsorgliche Unterstützung brauchen.

Sind diese identifiziert, verleihen ihnen Seelsorger ihre zupackenden Hände, wie eine Kreuz-Darstellung in einer Kapelle bildlich verdeutlichen kann.



Seelsorger reagieren daher äußerst sensibel auf strukturelle Sünde, d. h. auf strukturelle Ungerechtigkeit, Unbarmherzigkeit und Unmenschlichkeit, v. a. im komplexen System Altenheim.

Sie kritisieren aber nicht nur, sondern mischen sich ein, empowern andere und helfen, derartige Strukturen zu beseitigen, ohne Menschen jedoch zu suggerieren, dass das Reich Gottes, d. h. die Überwindung aller ungerechten Strukturen auf Erden, vollkommen realisierbar wäre.

Seelsorger werden dadurch ebenso wie Jesus zu öffentlichkeitswirksamen Personen, die sich einmischen, die auch mal laut werden, die Konflikte riskieren. Seelsorge in der Nachfolge Jesu ist daher kein softes Unternehmen.

In manchen Ländern ist Seelsorge sogar höchst riskant – nämlich immer dann, wenn Seelsorger sich nicht primär für Systemstabilisierung einsetzen, sondern sich ausdrücklich auf Seiten der Verstummtten und Rechtlosen stellen, was im Extremfall sogar das eigene Leben kosten kann.

In Altenheimen christlicher Trägerschaft kommt Seelsorgern aufgrund ihrer diakonischen Dimension zudem die spezifische Aufgabe zu, zur Profilierung der christlichen Unternehmenskultur auf allen Ebenen der Einrichtung aktiv beizutragen.

Glaubwürdig wird Seelsorge dann, wenn Seelsorger die Hausleitung und alle Mitarbeiter dazu ermutigen, im gesamten Altenheim auf allen Ebenen das typisch christliche Erlösungsmilieu wirklich spürbar zu machen!

Meines Erachtens ist es sehr ernst zu nehmen, wenn der amerikanische Religionssoziologe Peter Berger uns Christen fragt, ob wir tatsächlich erlöst erscheinen

und Lebens- und Arbeitsräume schaffen, die davon Zeugnis geben.¹

Zusammenfassend provokativ zugespitzte vier Thesen

1. Kurzthese:

Glaubwürdige Altenheimseelsorge ist eine ganzheitliche Sorge um alle Seelenwesen, die sich in der hochkomplexen Einrichtung aufhalten.



2. These:

Wirklich glaubwürdig ist Altenheimseelsorge nur dann, wenn die spirituelle, die heilsame und die diakonische Dimension von Seelsorge nicht gegeneinander ausgespielt, sondern im Gleichgewicht gehalten werden.

Da jedoch nahezu niemand in der Lage sein wird, drei Bälle zugleich zu jonglieren, darf das auch von Seelsorgern nicht erwartet werden. Eine derartige Anforderung würde sie direkt ins Burnout treiben. Verlangt werden kann aber, dass sich Seelsorger darüber im Klaren sind, wenn sie mal einen oder zwei Bälle zur Seite legen bzw. wenn sie Gefahr laufen, Bälle langfristig aus dem Spiel zu lassen.

Gelingen könnte dies v. a. dann, wenn Seelsorge im Team geschieht. Dies setzt aber voraus, dass Teammitglieder ehrlich miteinander darüber sprechen, wer für welchen Ball besser geeignet ist und wie man einander den Rücken frei halten kann, damit das Zusammenspiel gelingt.

3. These:

Es gilt, am bisher leider nicht geschützten Wort Seelsorge trotz aller historischer Altlasten unbedingt festzuhalten. Ersatzwör-



ter wie Spiritual Care, die weltweit im Vormarsch sind, können niemals die Komplexität einer glaubwürdigen Seelsorge, die sich ausdrücklich im christlichen Gottes- und Menschenbild festmacht, sicherstellen.

Spiritual Care macht Seelsorge eindimensional, wodurch die systemkritische diakonische Dimension christlicher Seelsorge immer mehr aus dem Blick gerät und Seelsorge Gefahr läuft, abrechenbar auf die Funktion der „spirituellen Befriedung“ von Bewohnern und Personal reduziert zu werden.

4. Thesenkomplex:

Immer häufiger wird in kirchlichen Kreisen der Ruf laut, zum Kerngeschäft zurückzukehren! Und meistens ist damit gemeint, sich aus der Kategorialseelsorge und damit auch aus den Altenheimen zurückzuziehen und sich wieder verstärkt auf die Gemeindegeseelsorge zu konzentrieren.

Damit jedoch würden die christlichen Kirchen gemäß Carlos Hoch nicht nur Verrat am Evangelium betreiben, sondern sich auch in der Gesellschaft unglaubwürdig machen, wie der Jesuit Alfred Delp bereits in den 40er-Jahren klar erkannt hat, wenn er schreibt, dass Menschen nur noch dann an die Botschaft vom Heil und Heiland glauben werden, wenn Christen/Seelsorger sich zu den Menschen in deren Lebens-, Wohn- und Arbeitswelten hinauswagen, um ihnen in ihrer Not vor Ort (!) aktiv beizustehen.

Dementsprechend wurde auch in der Pastoralkonstitution des Zweiten Vatikanischen Konzils kirchenamtlich programmatisch festgehalten:

„Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Menschen von heute, besonders der Armen und Bedrängten aller Art, sind auch Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Jünger Christi.“

Hinter dieser Einsicht gibt es trotz mancher Bestrebungen kein Zurück, denn:

Sich als Kirche aus der säkularen Welt, aus den Alltagsorten gelebter Freude und Trauer zurückzuziehen, würde m. E. den Tat-

bestand strukturelle Sünde erfüllen, weil dadurch das Wachsen vom Reich Gottes aktiv behindert wird.

In den Niederlanden greift diese Sünde meiner Erfahrung nach leider immer mehr um sich. In Deutschland dürfen wir deshalb nicht zulassen, dass sich unsere Amtskirchen ihrer Verantwortung für Krankenhäuser, Hospize und Altenheime entziehen, indem sie (aufgrund von Finanz- und Personalmangel) z. B. keine Seelsorger mehr dorthin entsenden bzw. diese nicht länger finanzieren.

Wenn die Entwicklung dahin geht, dass Einrichtungen wie Altenheime/Krankenhäuser/Hospize dazu gezwungen sind, sich selbst Seelsorger einzustellen und/oder zu finanzieren (weil sie von den christlichen Kirchen keine mehr gestellt/bezahlt bekommen), dann könnte sich folgendes Szenario abzeichnen:

Einrichtungen in christlicher Trägerschaft darf zu Recht unterstellt werden, dass sie nicht nur die extrem wichtige Bedeutung, die Seelsorge für ihr christliches Hausprofil als Ganzes besitzt, erkennen, weshalb sie bereit sind, finanzielle Mittel für Seelsorge bereitzustellen, sondern auch dass sie ausdrücklich dafür sorgen, dass ihre hausinternen Seelsorger auf ein glaubwürdiges multidimensionales Seelsorgeverständnis verpflichtet werden, weshalb Altenheimseelsorge auch eine systemkritische Funktion im Sinne einer diakonischen Seelsorge am System im Sinne einer gewollten Altenheimseelsorge umfasst.

„Es wird kein Mensch an die **Botschaft vom Heil** und vom **Heiland** glauben, solange wir uns nicht **blutig geschunden** haben **im Dienst** des physisch, psychisch, sozial, wirtschaftlich, sittlich oder sonstwie kranken Menschen...“

Damit meine ich das **Sich-Gesellen zum Menschen** in **all seinen Situationen** mit der Absicht, sie ihm meistern zu helfen...“

Alfred Delp (1944):
Das Schicksal der Kirchen, in: Bleistein, Roman (Hg.):
Alfred Delp, Gesammelte Schriften.
Frankfurt am Main 1984, 318-323, S. 319.



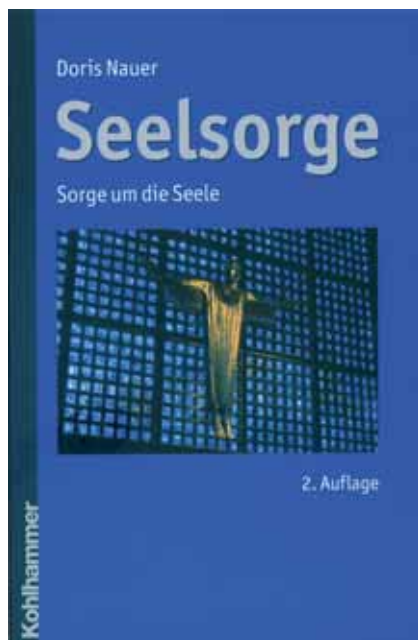
Alfred Delp
Jesuit, 1907-1945
Ermordet im KZ

¹ Vgl. Peter L. Berger, *Erlösender Glaube? Fragen an das Christentum*, Berlin 2006,

Einrichtungen nicht christlicher Trägerschaft könnten jedoch der Gefahr erliegen, dass sie Seelsorger zwar mitunter selbst einstellen und bezahlen (was sich werbestrategisch im Sinne eines ganzheitlichen Versorgungsmodells durchaus auszahlen kann), dass sie dabei aber auf ein eindimensionales Spiritual-Care-Modell setzen, weshalb die zutiefst christlich begründete Seelsorge am System Altenheim wegfällt.

Danke, dass Sie so geduldig waren und meinen Gedankengängen und absichtlich provokativ zugespitzten Thesen derart aufmerksam gefolgt sind.

*Details können Sie nachlesen, in:
Doris Nauer, Seelsorge. Sorge um die Seele. 2. Auflage. Kohlhammer, Stuttgart, 2010.*



Literatur

Prof. Dr. Dr. Doris Nauer

- Nauer, Doris: *Seelsorge. Sorge um die Seele*. 2. Auflage. Stuttgart, Kohlhammer, 2010.
- Klessmann, Michael: *Seelsorge*. 2. Auflage. Neukirchen, Neukirchener Verlag, 2009.
- Kunz, Ralph (Hg.): *Religion als Thema der Gerontologie. Religiöse Begleitung im Alter*. Zürich, Theologischer Verlag, 2007.

10-Minuten-Seelen-Aktivierung am 1. Diözesanforum Altenheimseelsorge

Einführung

Es ist medizinisch nachgewiesen gut, etwas für seinen Körper zu tun! Muskelanspannung und -entspannung, Dehnung, Beweglichkeit der Gelenke, Kräftigung – wohltuend und förderlich für das Körpergefühl.

Landauf, landab, in Kindertagesstätten, Schulen, zum Teil auch Unternehmen wird dies zur Leistungssteigerung angewandt.

Manche Menschen gehen so weit, dass Fitnessstudios zu neuen „Kirchen in der Körperverehrung“ werden.

Es ist medizinisch nachgewiesen gut, etwas für seinen Körper zu tun!

„Betet ohne Unterlass!“ Die Aufforderung Jesu ist die Einladung, kontinuierlich etwas für unsere Seele (Gottes ewiges Ja zu uns) zu tun – so entstand die Idee der 10-Minuten-Seelen-Aktivierung. Mit Gott und mir in Beziehung treten – einfach so – einfach zwischendurch.

Ein Gegenstand, ein Bild, ein Wort – sich durch irgendetwas in Schwingung bringen lassen, für sich selbst, aber auch mit anderen.

Durchführung der 10-Minuten-Seelen-Aktivierung

Zur Begrüßung zu der Veranstaltung haben Sie alle an der Saaleingangstür eine

Walnuss erhalten, so wie sie auf keinem Weihnachtsteller fehlt. Bitte nehmen Sie die Walnuss nun in Ihre Hand.

BITTE ZEIT LASSEN
BEI DEN JEWEILIGEN IMPULSEN!



Betrachten Sie in Ruhe die Walnuss – und stellen Sie sich vor, diese sei ein Spiegel: Falten – (Sorgen, Alter; Zorn) oder Falten – (Freude): Wie sehen Sie sich im Spiegel der Walnuss?

Spüren Sie die Walnuss in Ihren Händen – sie ist hart. Sind Sie durch die Erfahrungen des Lebens hartschalig geworden? („Die Harten kommen in den Garten, die Weichen dürfen den Keller streichen.“)

Knacken Sie die Walnuss – (bitte wirklich tun) ganz schön schwierig! Was finden Sie

drinnen vor? Eine hohle, eine taube Nuss? Oder etwas fruchtig Wertvolles? Wie schätzen Sie Ihr Leben ein? Was würde Gott sagen?

Oder wäre es besser bei einem stimmigen Lebensumfeld, dass sich die Walnuss im warmen, feuchten Erdreich freiwillig öffnet – so wie wir es tun können, wenn wir Vertrauen und Geborgenheit erleben? Wo und wie durften wir unser Inneres zeigen, unsere gottgeschenkten Talente und Fähigkeiten?

Gebet zum Abschluss

Guter Gott,
runzelig, tiefaltig bin ich geworden,
hartschalig – man kann mich knacken
lieber wäre mir, ins feuchte,
warme „Erdreich“ gelegt zu werden –
in einen wohltuenden Lebensraum,
dann kann ich mich freiwillig öffnen, zeigen,
dass ich keine taube Nuss bin, sondern
gefüllt mit einem schmackhaften Schatz,
mich in DIR verwurzeln und reiche Frucht
bringen.
Amen.

Diakon Wolfgang Müller

Glaubwürdige Seelsorge im und am System Altenheim?!

Workshop

Prof. Dr. theol. habil. Dr. med. Doris Nauer, Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar

1



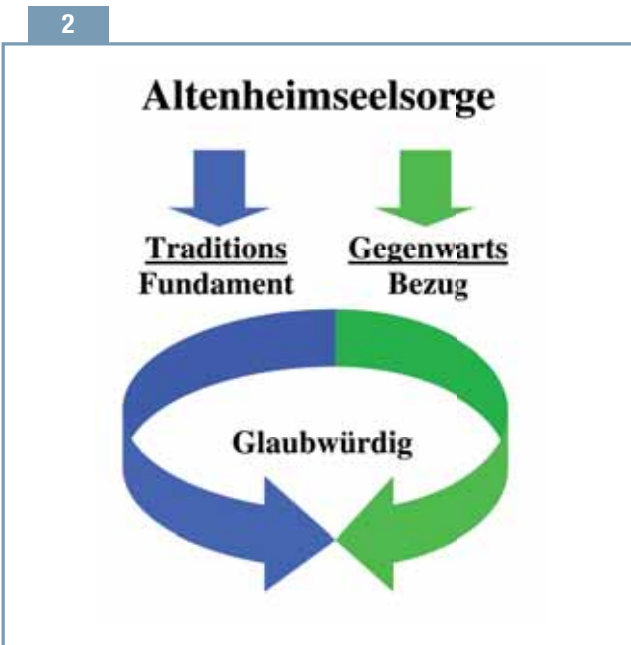
Glaubwürdige Seelsorge im und am System Altenheim?!
Wenn SeelsorgerInnen wirklich multidimensional arbeiten...

Workshop:
Leitung: **Doris Nauer**
Prof. für Pastoraltheologie und Diakonische Theologie
Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar (PTHV)
dnauer@pthv.de

4



**Bewährtes bewahren,
Neues wagen!**
Doris Nauer 2011



5



Spirituelle Dimension

Bewährtes Bewahren – Neues Wagen! Glaubwürdig?

Bibelarbeit
Gebete/Fürbitten
Glaubensgespräche
Liturgische Feiern *Gottesdienste *Ablachen *Anbetungen *Jahreskreisfeiern *Ausgangsfestern *Beerdigungsfestern...
Sakramentenspendung *Beichte *Krankensalbung *Kommission/Tirnung *Trauung *Taufe
Segnungen
Meditation
Wallfahrt/Pilgerreise
Religiös-symbolische Handlungen/Rituale *Kreuz *Wohlfühlen *Rosenkranz *Kreuz/Marienfigur.....

3

Altenheimseelsorge mit/für Menschen
*BewohnerInnen
*Angehörige
*MitarbeiterInnen

Altenheimseelsorge am System
*Altenheimstrukturen
*Gemeindestrukturen
*Gesellschaftsstrukturen

6

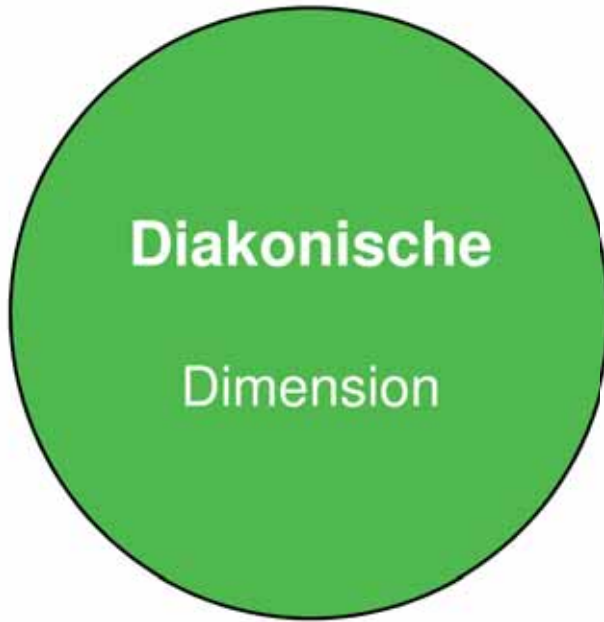


Heilsame Dimension

Bewährtes Bewahren – Neues Wagen! Glaubwürdig?

Einzelsprache *Alltagsgespräche *Krisengespräche *Beratungsgespräche *Erinnerungsgespräche *Trauungsgespräche.....
Gruppengespräche...
Zuhören/(Mit)Schweigen Da-Sein/Dabei-Bleiben
Körperzentrierte Arbeit *Sensibler Körperkontakt *Atmübungen *Entspannungsübungen *Tanz *Wandlung....
Kreative Arbeit *Malen *Clowneske Tätigkeiten *Theatergruppe *Spiele *Musizieren/Singen/Chor
Burn-Out-Prophylaxe *Fachliteratur lesen *Aus-Zeiten-Nehmen *Essenzien *Seelsorgliche Begleitung *Weiterbildung *Supervision/Beratung.....

7



**Bewährtes Bewahren –
Neues Wagen!
Glaubwürdig?**

**Zupackende, helfende
Tätigkeiten**

Strukturelle Zusammenarbeit

- *Intra-konfessionell
- *Inter-konfessionell
- *Inter-disziplinär
- *Sitzung/Besprechungen...
- *Leitungsaufgaben

Informelle Haus-Arbeit

- *Kaffeetrinken
- *Mit-Feiern
- *Sportveranstaltungen mitmachen
- *Ausflüge Mitmachen....

Bildungsarbeit

- *Fortbildungen/Schulung
- *Vorträge/Kurse
- *Krankenpflegeschule...

Vernetzungsarbeit

- *Ehrenamtliche
- *Angehörige/Selbsthilfevereine
- *Caritas/Diakonieeinrichtungen
- *(Kirchen)Gemeinden
- *Bistum/Vorgesetzten
- *FachkollegInnen....

**Öffentlichkeitsarbeit
Medienarbeit**

- *Zeitung/Radio/Internet
- *Flyer/Schaukasten/Stand
- *Tag der offenen Tür...

Sozialpolitische Lobbyarbeit

- *Gremienarbeit
- *Projektarbeit
- *Betriebsratsversammlungen...

8

**Fahr-, Büro-, Verwaltungs- und Organisationstätigkeiten
als Ermöglichung aller drei Dimensionen!**

Prof. Steinhilber

9



Ethische Herausforderungen in der Altenpflege – Ethische Fallbesprechung/Ethikkomitees

Workshop

PD Dr. Theol. Ulrike Kostka, MPH, Deutscher Caritasverband, Freiburg i. B.

1

Ethische Herausforderungen in der Altenpflege - Ethische Fallbesprechung/Ethikkomitees

PD Dr. theol. Ulrike Kostka, MPH
Deutscher Caritasverband

1



2. Altenhilfe unter hohen ethischem Anspruch

- Caritative Dienste und Einrichtungen: Personenwohl, Selbstbestimmte Teilhabe, Solidarität, Befähigung, Gerechtigkeit, Anwaltschaftlichkeit
- Einzelne Organisation: Klientenorientierung und Mitarbeiterorientierung, Verantwortung für das Gemeinwohl
- ⇒ Organisation, Leitung, Träger und Mitarbeitende unter hohem ethischem Anspruch
- ⇒ **Implizite und explizite Moral:** Leitbild, Leitlinien/ Haltungen, Selbstverständnis der Mitarbeitenden, der Teams, der Leitung, des Trägers/ Unternehmenskultur

4



4

2

Gliederung

1. Altenhilfe in der Caritas: zwischen hoher Wertschätzung und Diskussion über „Pflegerotstand“ in den Heimen
2. Altenhilfe unter hohem ethischen Anspruch
3. Ethische Reflexion in den Altenhilfeeinrichtungen
4. Typische ethische Fragen im Altenpflegeheim und der Umgang damit

2



3. Ethische Reflexion in den Altenhilfeeinrichtungen

- Ethische Herausforderungen werden zu häufig den einzelnen Mitarbeitenden und Teams alleine überlassen mit entsprechenden Folgen
- Einrichtungen und Dienste brauchen systematische und strukturierte Formen und Orte der ethischen Reflexion und Beratung: sie muss erprobt, geübt und erfahren werden
- Ethische Reflexion muss auch in Führungs- und Aufsichtsgremien und –handeln integriert werden: Schulung von Führungskräften, Methoden für ethische Reflexion in der Führungspraxis

5



5

3

1. Altenhilfe in der Caritas: zwischen hoher Wertschätzung und Diskussion über „Pflegerotstand“ in den Heimen

- Erwartung, in einem kirchlichen Heim wird anders gepflegt
- Hohe Qualitätserwartungen an Einrichtungen und Dienste der Caritas
- Angst vor Leben im Heim, Interesse möglich lange zuhause selbst bestimmt zu leben
- Diskussion über Pflegerotstand/misstände in Heimen
- Gesellschaftliche Debatte über Umgang mit Lebensende, über demographischen Wandel

3



3. Ethische Reflexion in den Altenhilfeeinrichtungen

- Die Angehörigen, Heimbeiräte, Bewohner müssen in die ethische Reflexion einbezogen werden: kein ethischer Paternalismus der Fachleute
- Einbeziehung von Bürgerinnen und Bürgern: Kultur der Aufmerksamkeit
- Ethische Reflexion zeigt sich auch in dem Umgang mit den Mitarbeitenden:
 - Transparenz von Führungsentscheidungen
 - Führungsstil, Partizipation
 - Organisation übernimmt Verantwortung für diakonisches Profil und Spiritualität: schafft Orte der Reflexion, Glaubenserfahrungen, Austausch und Supervision

6



6

Literatur

PD Dr. Ulrike Kostka

- Kostka, Ulrike; Riedl, Anna-Maria: *Ethisch entscheiden im Team. Ein Leitfadens für soziale Einrichtungen, Freiburg im Breisgau, Herder Verlag, 2009.*
- Dörries, Andrea (Hg.): *Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch für Krankenhäuser und Einrichtungen der Altenpflege, 2. Auflage, Stuttgart, Kohlhammer Verlag, 2010.*
- Steinkamp, Norbert; Gordijn, Bert: *Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung. Ein Arbeitsbuch, 3. Auflage, Köln, Luchterhand Verlag, 2010.*
- Bockenheimer-Lucius, Gisela: *Eine Untersuchung zum Bedarf an Ethikberatung in der stationären Altenpflege, 2009, in: Vollmann, Jochen; Schildmann, Jan; Simon, Alfred: Klinische Ethik. Aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis, Frankfurt am Main, Campus Verlag, 2009.*
- Reitinger, Elisabeth: *Ethik im Sorgebereich der Altenhilfe: Care-Beziehungen in organisationsethischen Verständigungsarrangements und Entscheidungsstrukturen, in: Krobath, Thomas; Heller, Andreas (Hg.): Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik, Freiburg im Breisgau, Lambertus Verlag, 2010.*
- Kohlen, Helen: *Klinische Ethikkomitees und die Themen der Pflege, Berlin, IMEW Verlag, 2009.*

7

3. Ethische Reflexion in den Altenhilfeeinrichtungen

Stufenmodell:

- Leitung und Träger müssen eine strukturierte ethische Reflexion einführen wollen
- Ethische Fallbesprechung in den Wohnbereichen
 - Schulung von Moderatoren/innen
 - Behutsame Einführung
 - zunächst Austausch über eigene Werte, Werte des Teams: nicht sofort Fälle
 - anschließend erste Fallbesprechung; eventuell mit Fall, der nicht aus der eigenen Organisation stammt

7



3. Ethische Reflexion in den Altenhilfeeinrichtungen

11

- Ethische Reflexion mit den Kooperationspartnern: Krankenhäuser, Hausärzte etc.: „Runde Tische“
- Ethikkomitee auf Trägerebene bei mehreren Einrichtungen und Diensten
- Trägerübergreifende ethische Reflexion auf Ortsebene der Caritas, auf Diözesanebene, Unterstützung
- Befähigung zur ethischen Reflexion:
 - in der Ausbildung
 - in der Fort- und Weiterbildung
 - organisationale Befähigung
 - in der Führungskräfteentwicklung

11



8

3. Ethische Reflexion in den Altenhilfeeinrichtungen

- Durch Fallbesprechungen kann auch reflektiert werden, wer welche Verantwortung hat und Handlungsspielräume

8



3. Ethische Reflexion der Altenhilfeeinrichtungen

12

- Rolle der Akademien und Fachhochschulen
- Rolle der Diözesancaritasverbände, Ordinariate und Bundesebene der Caritas (Fachverband, DCV)
 - Unterstützung des Prozesses
 - Information, Vernetzung und Koordinierung der Multiplikatoren und Moderatoren
 - Entwicklung von Curricula, Qualitätsentwicklung
 - Politisches Lobbying für Rahmenbedingungen
 - Zusammenarbeit mit anderen kirchlichen Strukturen

12



9

Schritte einer ethischen Fallbesprechung:

- Welche Situation liegt vor? Wer ist beteiligt?
- Was ist der zentrale ethische Konflikt?
- Welche ethische Kriterien prallen aufeinander?
- Welches Prinzip ist höherrangiger?
- Welche Entscheidungsoptionen gibt es?
- Wie sieht eine mögliche Entscheidung und ihre Begründung aus?

= Ziel ist kein Minimalkonsens!

9



4. Typische ethische Fragen im Altenpflegeheim

13

- Legen oder Ziehen einer PEG-Sonde
- Auffälliges Verhalten von Bewohnern
- Fixierung
- Behandlungsabbruch
- Wunsch, sterben zu können

... wichtig frühzeitig mit Bewohnern und Angehörigen ins Gespräch kommen, über Vorstellung eines guten Lebensendes etc.
...Angehörigen und Bewohnern empfehlen, eine Vorsorgevollmacht und gegebenenfalls eine Patientenverfügung zu verfassen
...im engen Kontakt mit Ärzten/innen und Betreuern bleiben
...geg. frühzeitig eine ethische Fallbesprechung einberufen

13



10

3. Ethische Reflexion der Altenhilfeeinrichtungen



Kostka, U.; Riedl, A,
Ethisch entscheiden im Team.
Ein Leitfadens für soziale
Einrichtungen, Lambertus,
2009.

10



14

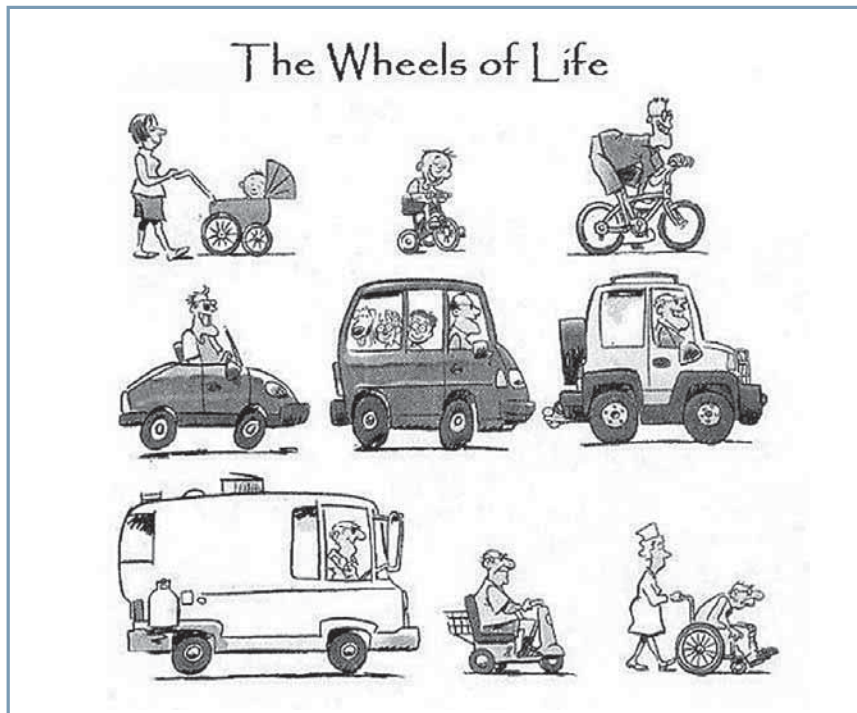
Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

14



Seelsorge zwischen Gemeinde und Altenheim

Workshop
Dr. Ulrich Feeser-Lichterfeld, Bonn



1 Eine Gemeinde feiert ihr Pfarrfest im Innenhof des neben der Kirche liegenden Altenheims, einmal im Jahr ... „Endlich ist hier mal etwas los“, flüstert während des Festgottesdienstes eine alte Frau ihrer Nachbarin zu, beide offensichtlich Heimbewohnerinnen. Nach der Messe bei gutem Essen, Spiel und Spaß sind die „Jungen“ dann wieder fast unter sich. Eine Tischnachbarin erzählt von ihrer demenzkranken Schwiegermutter, der das Treiben hier viel zu anstrengend sei.

Szenenwechsel: Verantwortliche der gemeindlichen Pastoral diskutieren zukunfts-trächtige Strategien, überlegen u. a., wie die Wochentagsgottesdienste im mächtig groß gewordenen Seelsorgebereich sinnvoll verteilt werden können. Die Kapelle des Altenheims bietet sich als Ort regelmäßiger Gemeindegottesdienste an. Plötzlich sagt einer: „Warum nicht auch am Sonntag? Wer dort in die Messe kommt, ist ohnehin bald 70 oder älter. Da weiß man früh genug, wohin die Reise geht.“ Die Runde ist entsetzt.

2 Wenn solche und viele andere „Szenen“ aus dem seelsorglichen Alltag „zwischen“ Gemeinde und Altenheim in den Blick kommen und reflektiert werden, wird erkennbar, dass dieses „zwischen“ eine heilsam-produktive Schwelle für die

alternde Kirche inmitten der alternden Gesellschaft sein kann.

Menschen auf der Schwelle¹ begegnen sich, begegnen uns tagtäglich: zwischen Tür und Angel, buchstäblich auf der Türschwelle, am Telefon, im Bus, beim Geburtstagsbesuch, am Gartenzaun, auf dem Spielplatz, auf dem Weg zum Einkaufen usw. Widmet man diesen zumeist unscheinbaren und schnell wieder vergessenen Alltagsbegegnungen die ihnen gebührende Aufmerksamkeit, wird schnell spürbar, welche Brückenfunktion in solchen Schwellensituationen schlummert: Hier trifft man auf fremdes Terrain und Fernstehende, wird Leere erfahrbar, können emotionale Abgründe überwunden werden, sind zeitliche und lebensgeschichtliche Zäsuren buchstäblich im Übergang, kommt der mal schmale, mal unendlich breit erscheinende Spalt zwischen christlicher Glaubens-tradition und gesellschaftsbezogener Zukunftsgestaltung in den Blick und lässt sich – zumindest zuweilen, auf jeden Fall öfters als behauptet – überbrücken.

Vor allem aber sind solche „Zwischenräume“ gute Gelegenheit, das eigene Sensorium für den alltäglichen Kairos von Seelsorge zu schärfen. Tritt man vor die Tür, lässt sich auf eine Plauderei ein, macht vor dem Hinterhof nicht kehrt, geht mit neugierigem Blick durch die Straßen – dann wird schnell greifbar, was möglich und dringlich ist.

3 Viele, die sich in der (Alten-)Pastoral engagieren, beklagen das Nebeneinander und die Kontaktarmut zwischen Wohn- und Pflegeheimen einerseits und pfarrgemeindlichem Leben andererseits. Gründe für diese Distanz finden sich schnell: die Arbeitsüberlastung der Hauptamtlichen, verschiedene Professionslogiken, die eingeschränkte Mobilität der Pflegebedürftigen, abgerissene Kontaktfäden in den ausgedehnten Sozial- und Pastoralräumen ... Dass (Alten-)Pastoral auf diese Weise verhängnisvoll unter ihren Möglichkeiten bleibt, erkennt der, der von Kooperationsbemühungen und Brückenschlägen zwischen Heim und Gemeinde erfährt:²

- Firmanden nehmen Kontakt zu Heimbewohnern auf, erfahren etwas vom Glaubensschatz und von der Glaubensnot älterer Menschen, setzen sich mit den Realitäten einer Gesellschaft des langen Lebens auseinander.
- Die Cafeteria des Heims wird zum Stadtteiltreff oder in das benachbarte Familienzentrum der Gemeinde integriert.
- Pfarrgemeinderat und Kirchenvorstand halten regelmäßig Sitzungen im Heim ab, beziehen die Leitung und die Mitarbeiter/innen in ihre Diskussionen mit ein, erhalten Anregungen für eine alten- und generationengerechte Pastoral.
- Jugendliche und Erwachsene stehen zur Verfügung, wenn es um die Unterstützung von gehbehinderten Heimbewohner/innen geht, und erleichtern ihnen auf diese Weise die Teilnahme am Stadtteil- und Gemeindeleben.
- Evangelische und katholische Christinnen und Christen praktizieren innerhalb und

¹ Grundlegend und inspirierend für die hier vorgelegten Überlegungen: R. Krockauer & M.-J. Schuster, *Menschen auf der Schwelle. Neue Perspektiven für die alte Pfarrgemeinde*, Ostfildern 2007.

² Die nachfolgende Liste speist sich zum Teil aus Beiträgen der Workshop-Teilnehmer/innen, zum Teil aus: E. Eichhorn-Kösler, *Brücken zwischen Heim und Gemeinde. Begleitung beim Aufbrechen, Danken, Erinnern*, in: *Anzeiger für die Seelsorge* 118 (2009) 15–18: 18.

zwischen Gemeinde und Heim ökumenische Altenpastoral.

- Trauern, Erinnern, Hoffen wird in gemeinsamen Gedenkgottesdiensten praktiziert, in denen der Verstorbenen des Heims und der Gemeinde gedacht wird.
- Alten Menschen, die aus dem Quartier ins benachbarte Heim ziehen, stehen Gemeindemitglieder als „Umzugshelfer/innen“ zur Seite. – Neuzugezogene Heimbewohner/innen werden von der Gemeinde mit der gleichen Aufmerksamkeit und Wertschätzung begrüßt, wie dies bei „Neuankömmlingen“ auch sonst der Fall ist.
- Das Pastoralkonzept der Gemeinde stellt sich den Fragen: Was würde fehlen, wenn uns in der Gemeinde die Alten fehlten? Was fehlt den Alten, wenn die Gemeinde fehlte? – (Alten-)Pastorale Konsequenzen werden zwischen den vielen Akteuren in der Altenarbeit und Altenhilfe verbindlich geregelt.
- ...

Literatur

Dr. Ulrich Feeser-Lichterfeld

- Baranzke, Heike; Breitsameter, Christof; Feeser-Lichterfeld, Ulrich; Heyer, Martin; Kowalski, Beate: *Handeln verantworten. Grundlagen, Kriterien, Kompetenzen*, Freiburg i. Br., Herder Verlag, 2010.
- Blasberg-Kuhnke, Martina; Wittrahm, Andreas (Hg.): *Alten in Freiheit und Würde. Handbuch christliche Altenarbeit*, München, Kösel Verlag, 2007.
- Krockauer, Rainer; Schuster, Max-Josef: *Menschen auf der Schwelle. Neue Perspektiven für die alte Pfarrgemeinde, Ostfildern*, Schwabenverlag, 2007.
- Nocke, Franz-Josef: *Ja sagen zum Alter. Impulse aus dem Glauben*, München, Kösel Verlag, 2007.
- Wittrahm, Andreas: *Die Eltern pflegen*, Schwarzach am Main, Vier Türme Verlag, 2007.
- Klie, Thomas; Kumlehn, Martina; Kunz, Ralph: *Praktische Theologie des Alterns*, Berlin, de Gruyter Verlag, 2009.
- Kruse, Andreas; Wahl, Hans-Werner: *Zukunft Altern. Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen*, Heidelberg, 2010.
- Kumlehn, Martina; Klie, Thomas: *Aging – Anti-Aging – Pro-Aging. Altersdiskurse in theologischer Deutung*, Stuttgart, Kohlhammer Verlag, 2009.
- Rieger, Hans-Martin: *Altern anerkennen und gestalten. Ein Beitrag zu einer gerontologischen Ethik*, Leipzig, Evang. Verlag. Anst., 2008.

Humor trotz Demenz

Workshop

Prof. Dr. Dr. Rolf D. Hirsch, Bonn

Mancher mag verblüfft sein: Menschen mit Demenz und Humor? Haben sie noch einen Sinn für Humor? Können sie eine komische Situation noch als eine solche erkennen? Kann man mit ihnen lachen? Verstehen sie das? Natürlich lachen Menschen mit Demenz. Doch ist dies ein Ausdruck von Humor? Bekanntlich gibt es viele Möglichkeiten, warum wir lachen. Doch haben ca. 80 % unseres Lachens nichts mit Humor zu tun. Wir lächeln oder lachen z. B. wenn wir jemanden begrüßen, uns verabschieden, flirten, etwas peinlich ist oder wenn jemand anders lacht. Wie geht es Angehörigen dabei? Wie Pflegekräften? Meist sprechen wir eher von Überforderung, von der Überbelastung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Kann da Humor helfen? Zwei kleine Beispiele:

Eine 80-jährige Frau mit einer mittelschweren Demenz fragt mich: „Meine Tochter will immer so viel von mir wissen. Sie stellt mir so viele Fragen, die ich gar nicht beantworten kann. Ich verstehe manche auch gar nicht. Ich weiß oft gar nicht, was sie will. Muss ich das?“ Sie blickt mich fragend an. Auf meine Antwort: „Alles muss man nicht verstehen. Die Welt ist ja auch ganz schön kompliziert“, lächelt sie erst, dann lachen wir gemeinsam, und sie ist sehr erleichtert.

„Ein 83-jähriger Demenzkranker spaziert – Händchen haltend – mit einer 86-jährigen Mitbewohnerin, die er als seine Frau, Gunhilde, vorstellt. Auf die Frage (im Rahmen einer gutachterlichen Untersuchung): ‚Wie alt sind Sie?‘ antwortet er, ohne nachzudenken: ‚36‘. Darauf seine Begleiterin: ‚Aber Karl-Heinz, du übertreibst schon wieder! Ich bin schon 44 und du bist doch einige Jahre älter!‘ Verwundert flüstert er mir zu: ‚Das ist wohl nicht meine Frau ...‘ (übernommen von: Wojnar 2001).

1. Menschen mit Demenz

Demenz ist ein Sammelbegriff für Erkrankungen, die durch eine sekundäre Verschlechterung der geistigen Leistungsfähigkeit gekennzeichnet sind. Es handelt sich um ein Syndrom mit den folgenden Merkmalen:

- Abnahme des Gedächtnisses und anderer kognitiven Fähigkeiten

(z. B. Urteilsfähigkeit, Denkvermögen),

- kein Hinweis auf Bewusstseinsstrübung
- Störung der Affektkontrolle, des Antriebs oder Sozialverhaltens (mit emotionaler Labilität, Reizbarkeit, Apathie oder Vergrößerung des Sozialverhaltens)
- Dauer der Störungen mindestens sechs Monate.

Um von einer Demenz sprechen zu können, ist es erforderlich, dass die Symptome dabei so schwerwiegend sind, dass sie zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Alltagsbewältigung und Lebensführung führen. Die häufigste Form ist die Alzheimer-Demenz (60 %).

Leider wird diese Erkrankung meist nur als eine organische gesehen, die kaum zu beeinflussen ist. Der organische Aspekt reicht aber nicht aus, um diese Erkrankung wirklich erfassen und begreifen zu können. Zudem werden die Symptome überwiegend am kognitiven Status festgemacht. Diesbezüglich sind auch die meisten diagnostischen Verfahren – aber auch die Forschung – daran ausgerichtet, wie stark die Hirnleistungen beeinträchtigt sind. Wenig berücksichtigt wurden bisher andere Aspekte. Doch sollte man den Blick erweitern. Demenzen dürften eine bio-psycho-soziale Erkrankung sein, die geprägt ist

- durch eine organische Schädigung (auffällige Eiweißzellen, gestörte Verbindung der Nervenzellen und durch Neurotransmitter-Veränderungen),
- durch Beeinflussung durch die Umwelt (soziales Netzwerk, Milieu, Lebensbedingungen) und
- durch die Persönlichkeit (Persönlichkeitseigenschaften, Ressourcen, Biografie, Bewältigungsformen).

Damit wird auch deutlich, dass durch Beeinflussung des Milieus und der Persönlichkeit sehr wohl Möglichkeiten bestehen, zumindest die Lebensqualität von Menschen mit Demenz zu beeinflussen.

Wie wäre es, wenn man Pflegebedürftige nicht nur nach ihren Beschwerden, Schmerzen und Krankheiten fragen würde. Über diese erzählen sie oder ihre Angehörigen sowieso. Wenn man z. B. erkundet,

wann ein Pflegebedürftiger zum ersten Mal im Leben gelacht hat. Wann er sich zum ersten Mal im Leben richtig gefreut hat. Ob er eine Anekdote aus seinem Leben erzählen kann. Eine „Humoranamnese“ würde häufig wichtige Hinweise für Interventionen geben.

Eine große Belastung für Angehörige und Pflegekräfte ist der Umgang mit dem herausfordernden Verhalten von Menschen mit Demenz. Gerade aggressives Verhalten (verbal und körperlich) oder uns Nicht-Verstehbares führt oft an die Grenzen des Erträglichen. Da Menschen mit Demenz, je nach Stadium, ihr Sprachverständnis und ihren Wortschatz verlieren, können sie sich nicht mehr adäquat ausdrücken. Dies führt zu vielen Missverständnissen, die nicht selten in Anschreien, bedrohlichem Gestikulieren oder Gewalttätigkeiten ausarten. Diesem Verhalten mit Humor zu begegnen führt oft zu einer verblüffenden Deeskalation.

Was hindert uns, bei den Menschen mit Demenz mehr auf spielerische Weise deren „Unzulänglichkeiten“ zu begegnen? Lebenskampf vs. Lebensspiel? Warum wollen wir nicht verstehbares Verhalten unbedingt verringern? Warum nehmen wir es nicht mehr auf und halten uns an das Tun des Kranken? Kompetenz- und nicht defektorientiert? Ist ein Glas halb leer oder halb voll? Dieselbe Wirklichkeit bei verschiedenen Lebenswelten!

Das Lachen gehört neben der Bewegung (Tanz!) und der Musik (Lieder!) zu den wichtigsten Mitteln einer guten Betreuung Demenzkranker. Mit Hilfe der Sprache wird nur ein Bruchteil (nach einigen Schätzungen etwa 5 %) der gesamten Menge der Alltagsinformationen übermittelt. Wichtiger scheint die weitgehend unbewusste Körpersprache zu sein. Je schwächer die Kontrolle, desto unmittelbarer und spontaner werden die Gesten der Zuneigung oder Ablehnung. Diese Gesten sind überwiegend angeboren und werden intuitiv richtig interpretiert. „Offene Arme“, Streicheln, Demutsgesten oder „Handauflegen“ sind weitere Beispiele von reflektorischen Handlungen, die keiner Deutung bedürfen.

2. Lachen als Ausdruck von Heiterkeit und Humor

Lachen und Lächeln sind nicht nur spezifische Verhaltensphänomene, sondern führen auch zu physiologischen und emotionalen Reaktionen (Hirsch 1993). Vereinfacht ausgedrückt ist beim Lachen der ganze Körper

einbezogen („schütteln vor Lachen“), beim Lächeln nur der Kopf. Lachen ist eine psychophysiologische Körperreaktion, die allerdings nur kurz anhält. Lachen oder Lächeln kann sichtbarer Ausdruck von Humor sein.

Unter dem Aspekt des „sozialen Phänomens“ wird berichtet, dass Lachen und Lächeln entscheidende Ausdrucksmittel in der Interaktion nicht nur von Kindern sind. Lachen ist ansteckend! Diese Kompetenz scheint im Laufe des Lebens bei vielen Menschen aufgrund vielfältiger negativer und belastender Erlebnisse so verdrängt worden zu sein, dass sie im höheren Lebensalter bei manchen kaum noch vorhanden ist. Das „soziale Schmiermittel“, der Humor, ist oft gerade in der Lebensphase, die durch Isolation, Vereinsamung und Verluste bzw. Trennungen besonders geprägt ist und in der es damit am notwendigsten wäre, kaum oder nicht mehr vorhanden.

Gehen wir einem anderen Definitionsversuch nach, dann finden wir im „Duden“ folgende Definition:

Humor ist eher eine Lebenseinstellung und eine Persönlichkeitseigenschaft. Er dürfte weniger im Gen als im limbischen System „organisiert“ sein. Allerdings dürfte jeder zumindest etwas Sinn für Humor haben, den es aber zeitlebens zu „pflegen“ gilt. Keiner muss humorlos sterben! Im „Duden“ wird Humor definiert als die „die Fähigkeit und Gabe eines Menschen, den Unzulänglichkeiten der Welt und der Menschen, den Schwierigkeiten und Missgeschicken des Alltags mit heiterer Gelassenheit zu begegnen, sie nicht so tragisch zu nehmen und über sie und sich lachen zu können“. Für Pflegenden gilt sicher die Beschreibung von Frankl (1983): „Nichts vermöchte die Umstellung gegenüber menschlichen Bedingungen und Gegebenheiten so heilsam zu gestalten wie der Humor“. Humor ist auch eine Kompetenz, die einer mehr oder weniger „in die Wiege gelegt“ bekommen hat. Sie ist aber z. T. auch lernbar, sollte lebenslang weiterentwickelt und genährt werden, um nicht in Sarkasmus oder Zynismus auszuarten. Den Sinn für Humor zu pflegen und zu fördern ist eine Lebensaufgabe. Gut hat es der, der im Alter über eine gute Portion Humor verfügt, um an den zunehmenden kleinen Missgeschicken und Grausamkeiten des täglichen Lebens sowie dem „störrischen Esel Körper“ nicht zu verzweifeln. Morgenstern (2001, S. 49) meint: „Ja, es ist (des Humors) Mis-

sion, zumindest heutzutage, im Menschen den dumpfen, trübseligen Ernst, in den ihn eine materialistische Gegenwart verstrickt hält, ein wenig aufzulockern, anzubrockeln.“ Zudem: Ein fröhlicher Mensch mit Demenz braucht sich um seine Pflege wenig Sorgen zu machen. Ein kleines Beispiel hierzu:

Eine 87-jährige demenzkranke, bettlägerige Patientin kicherte immer wieder still vor sich hin. Kam jemand auf sie zu, sah sie ihn erstaunt an, lächelte und kicherte weiter. Kein Mitarbeiter der Station konnte sich der Ausstrahlung dieser Kranken entziehen. Jeder pflegte sie sehr gerne und mit besonderer Aufmerksamkeit.

Humor ist so vielfältig und adaptionsfähig wie ein Chamäleon. Er kann laut und deftig, still und sich an eigenen Unzulänglichkeiten und denen der Welt ergötzend sein. Immer ist er lebensbejahend, triumphierend, kritisch, antiautoritär und gesundheitsfördernd. Humor ist, ein fröhliches bewusstes und unbewusstes Chaos zu schaffen, voller Widersprüche und Absurditäten, sich darin wohl zu fühlen, sich zu erkennen, von Beschämungen frei zu machen und das Leben lebenswert zu finden. „Humor ist der Modelleur der Welt“ (Hille 1983). Humor ist niemals verletzend. Er ist authentisch, wohlwollend, konstruktiv und dezent.

Humor kann man auch von Pflegebedürftigen lernen: Ein Altenpfleger bedrängt eine Heimbewohnerin, ihre Medikamente einzunehmen: „Wir müssen die Tabletten jetzt aber endlich nehmen.“ Die Bewohnerin sah ihn an und meinte: „Was? Sie müssen auch Medikamente einnehmen?“ Beide sahen sich an, lachten, und die Bewohnerin nahm ihre Medikamente ein.

3. Humor im Umgang mit Menschen mit Demenz

Im Umgang mit Demenzkranken gibt es immer wieder Situationen, in denen man lachen muss. Dieses Lachen kann durch vielerlei ausgelöst werden, nicht nur durch den Kranken, sondern auch durch seine Bezugspersonen. Entscheidend ist, dass sich der Kranke nicht verlacht, lächerlich gemacht oder gar beschämt fühlt. Für einen Demenzkranken, dessen kognitive Hirnleistungen eingeschränkt sind, ist es oft nicht nachvollziehbar, warum gelacht wird. Dies gilt es immer wieder zu berücksichtigen. Entscheidend ist das gemeinsame befreiende, fröhliche Lachen. Manchmal sind es ge-

rade nonverbale Gesten, die als wohltuend von Kindheit her bekannt sind, die eher zum Lachen und damit zur gemeinsamen Heiterkeit führen als Wortspiele oder Wortumdeutungen (Hirsch 2000).

Viefältige Möglichkeiten gibt es, das Milieu humorvoll zu gestalten. Insbesondere Singen und Tanzen sind Wegbereiter zur Heiterkeit. Ein Versuch, in einer angespannten Situation ein bekanntes Lied zu summen oder zu singen, lohnt sich. Oft genug entkrampft sie sich, und auftauchende aggressive Tendenzen sind verfliegen. Weitere „Humorprothesen“ können z. B. sein: Gemeinschaftsspiele, Erzählen von lustigen, gemeinsam erlebten Geschichten aus dem Leben, Aufsetzen einer roten Nase sowie weitere „bunte Humorinterventionen“, die sich je nach Situation und Gelegenheit einsetzen lassen wie:

- Singen/Tanzen
- „Witz/Anekdotenrunden“
- „witzige“ Geschenke
- Namensanstecker, Buttons
- Humortagebuch
- CD/DVD/Video/Kassette
- Juxartikel
- Witze- u. Cartoon-Bilder/Pinwand
- „Humorbibliothek
- Wortspiele/Sprüche
- Grimassen schneiden
- Leitspruch/Witz des Tages
- Tag des Humors
- rote Nase
- Klinik-Clowns
- Begrüßung mit Anekdote/Witz
- Humorzeitung/-seite in Betriebszeitung

4. „Humormilieu“

Eine Angehörige erzählte einmal: „So viel wie jetzt, wo mein Mann alzheimerkrank ist, haben wir im Leben noch nie gelacht.“ Sicherlich ist eine Demenz eine sehr schwere Erkrankung und Behinderung, doch heißt dies noch lange nicht, dass das Lachen dadurch unangebracht oder unmöglich ist. G. B. Shaw (1991) schrieb „Das Leben hört nicht auf, komisch zu sein, wenn Leute sterben, sowenig wie es aufhört, ernst zu sein, wenn Leute lachen.“

Gibt es auch viele Beschreibungen über das Milieu, welches für Demenzkranke geeignet ist, sie in ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten zu fördern, so wird in keiner bisher der Humor ausdrücklich einbezogen. Wer fühlt sich nicht am wohlsten in einer heite-

ren und Fröhlichkeit fördernden Umgebung? Gerade in dieser können sich auch Demenzkranke besonders gut entfalten.

Bei der Grundpflege will sich ein älterer Mensch mit Demenz nicht kämmen lassen. Trotz aller Überredungskünste und Hinweise auf „schick aussehen“ helfen nicht. Da holt die Altenpflegerin einen überdimensionalen Kamm und kämmt sich damit. Der Kranke sieht sie an, lächelt und meint: „Der ist ja wohl zu groß für Sie.“ Die Altenpflegerin lacht ihn an und meint: „Aber Ihr Schädel wäre groß genug dafür.“ Beide lachen, und der Ältere lässt sich erst mit dem großen, dann mit dem normalen Kamm kämmen.

Betrachten wir die Einrichtungsgegenstände, Bilder und Hinweisschilder in Einrichtungen, so könnte man meinen, dass Lachen tatsächlich verboten ist. Warum gibt es nicht diesbezügliche Orientierungshilfen? Bekannt ist, dass in geselligen Runden, beim Tanz, Spiel und Gesang viele Demenzkranke wieder aufleben. Diese Beobachtungen sollten erheblich mehr in Konzeptionen zur Milieuthérapie einbezogen werden. „Humorprothesen“, wie sie in Tabelle 1 dargestellt sind, können hierbei sehr hilfreich sein.

Unbeschwertheit. Sie lassen Beschwerden, Ärgernisse und Trübsal vergessen und fördern es, trotzdem zu lachen! Sie wecken das Kind im Erwachsenen und verbünden sich mit ihm. Sie nehmen sich Zeit, „übersehen“ Unzulänglichkeiten und bereiten für alle eine „Spielwiese“, in welcher man sich wohl fühlt. Natürlich haben Clown-Doktoren eine mehrjährige Ausbildung. Allerdings unterscheidet sich die Zugangsweise zu alten Menschen von der zu Kindern. Es bedarf daher einer besonders sensiblen Art und Wertschätzung des alten Menschen. Sieht man in die fröhlichen Augen von manchen Bewohnern, wenn sie den „Geri-Clown“ sehen, so erfährt man mehr von der noch vorhandenen Lebendigkeit als durch vielerlei Test-Batterien! Auch Mitarbeiter von Einrichtungen freuen sich, dass der Clown kommt und sie unterstützt, ihre Kreativität und ihr Selbstwertgefühl nicht zu vergessen. Ein Qualitätskriterium für ein Heim sollte sein, ob ein Clown kommt! Galli schreibt (1999): „Für den Clown markiert das Scheitern nicht das Ende eines Spiels, sondern den Anfang eines neuen. Im Moment seiner tiefen Niederlage entdeckt er eine neue Möglichkeit

Tabelle 1: Arten von Humorinterventionen bei Menschen mit Demenz

Äußere	Milieugestaltung durch „Humorprothesen“ <ul style="list-style-type: none"> • „Humorreize als Orientierungshilfen“ (Bilder, Sprüche, Vorlesen, Spielen) • Humor-Musikkassetten • Zirkusmusik, Tanz, fröhliche Liederrunden u. a. • Geri-Clown
Innere	Wortspiele, Übertreibungen, Aufdecken von Absurditäten
Spontaner	Situationskomik, Verwechslungen
Geplanter	<ul style="list-style-type: none"> • „Humorbiografie“ • Zielgerichtete (individuelle und gruppenbezogene) Interventionen unter Einbeziehung von Humorprothesen • Überprüfung auf Effizienz • Förderung von Sinn für Komisches und von Lachen • Fokussierte Erinnerungstherapie • Förderung von Abwechslung und Spontanität
Betreuung	Diffuse, „komische“ Handlungen und Bemerkungen als Ausdruck von Kreativität und Kompetenz erleben

5. Der Clown als „Humortransmitter“

Zunehmend mehr Clown-Doktoren bzw. ClinicClowns gibt es, die in Altenheime und geriatrische oder gerontopsychiatrische Kliniken Fröhlichkeit bringen „dürfen“. Clowns sind Vermittler des Lachens und der

zu einer noch tieferen Niederlage.“ Mancher Angehörige und manche Pflegekraft kann diesen Gedanken sicherlich nachempfinden.

Nichts ist schwieriger, als in einer als sehr leidvoll und trist interpretierten Umgebung das Lachen all derer zu vermehren, die dort arbeiten und leben. Zu häufig wird von

Tabelle 2: Hilfen zur Förderung des eigenen Humors (n. Hirsch, 2000)

Humor- u. Witz-Bücher	Cartoons, Witz-/Anekdoten-Sammlungen Autoren z. B.: Wilhelm Busch, Heinz Erhardt, Curz Goetz, Ephraim Kishon, Karl Valentin, Alexander Spoerl, Eugen Roth, Idries Shah, Arthur Schopenhauer, Friedrich Nietzsche, Jean Paul, Frank Farrelly, Henri Rubinstein, Michael Titze, Paul Watzlawick
Zeichen-trickfilme	Z. B.: Asterix, Micky Maus, Lorient, Charlie Brown
Kino-Filme	Z. B.: Heinz Erhardt, Theo Lingen, Lorient, Hans Moser, Heinz Rühmann, Karl Valentin, Woody Allan, Charlie Chaplin, Paul Hörbiger, Buster Keaton, Komödien, Burlesken, Operetten, Varietétheater
Gesellschafts-spiele	Z. B.: „Mensch ärgere dich nicht“, „Die lachende Katze“, „Hast du den Kragenknopf?“
Therapeutische Aktionen	Humor-Supervision, kreative Gestaltung, „Lach-Runde“, Sketche, Humor-Übungen (provokative und paradoxe) (Übungsprogramme nach Frank Farrelly u. a.)

der Umgebung vermittelt, dass das Lachen dem „Tod-Ernst“ und der Würde des Ortes nicht gezieme. Doch wo kein Lachen, da kein Leben. Dieses Leben zu fördern mit all seiner Vielfalt: Das ist eine Aufgabe, die der „Geri-Clown“ hat! Diese zu unterstützen und auch finanziell zu fördern, sollte „Normale“ reizen: „Was wir brauchen, sind ein paar verrückte Leute. Seht euch an, was uns die normalen gebracht haben (G.B. Shaw 1999).

6. Hilfen für Helfer und Angehörige

Will man Humor als Heilmittel einsetzen, so muss der Pflegende selbst über eine gute Portion „Humorfähigkeit“ verfügen. Er muss über sich selbst, seine eigenen Unzulänglichkeiten, Fehler und „Menschlichkeiten“ lachen können, auch wenn sie ihm z.B. ein Patient vor Augen führt. Ratschläge, Anweisungen, Verordnungen, Besserwisserei und Omnipotenzgefühle hemmen den Humor. Wer gibt schon zu, dass er auch mal irren kann. Sich selbst nicht zu wichtig zu nehmen, ist eine Lebensklugheit. Verdrängt wird, dass gerade die Sucht nach Absolutem der größte Fehler ist! Daher wird auch kaum der Helfer über Humor verfügen, der starr an den „apostolischen Funktionen“ (Balint 2001) festhält, „Recht haben will“, immer „sein Bestes geben“ will unter anderem Vielfältige Hilfen und Gelegenheiten gibt es, sich das Leben nicht so schwer zu machen, inne zu halten und auch einmal über sich lachen zu können. Einige Hilfen sind auf Tabelle 2 dargestellt.

Wie kann man lernen, heiterer und gelassener zu werden? Paul McGhee (1996)

hat ein Programm entwickelt, wie man Humor lernen kann, wie man den Alltag trotz vielerlei Überforderungen und Stress besser bewältigen kann (Tabelle 3).

7. Ausblick

Eine ältere Patientin mit vielerlei Beschwerden erzählt auf meine Frage, ob sie manchmal lache, dass sie es sich zur Aufgabe gemacht habe, andere zu erheitern. Sie gehe im Heim, auch wenn es ihr

selber schlecht gehe, fast täglich zu kranken Mitbewohnern, spreche mit ihnen und heitere sie auf. So sei ihr Leben kein sinnloses Altern. Sie habe eine Aufgabe und könne so auch immer wieder mitlachen und ihre Beschwerden vergessen. Können wir von ihr nicht lernen?

Bei der Grundpflege einer 75-Jährigen fällt der Altenpflegerin der Waschlappen auf die Erde. Sie bückt sich, ebenso die Pflegebedürftige, beide stoßen sich am Kopf, sehen sich an, beginnen zu schimpfen, die Pflegebedürftige: „Können Sie nicht aufpassen“, die Altenpflegerin: „Ich habe Ihnen doch gesagt, Sie sollen den Kopf ruhig halten.“ Plötzlich beginnt die ältere Frau zu lachen, die Altenpflegerin ist erst irritiert und muss dann mitlachen. Die Situation ist entspannt.

Humor ist ein wichtiger Baustein im Umgang mit Menschen mit Demenz. Voraussetzung ist ein offenes, vertrauensvolles, emanzipatorisches Grundklima. Dies ist vermutlich nur bei Mitarbeitern und Angehörigen möglich, die über eine „gute Portion Humor“ verfügen. Diese können auch Vorgesetzte durchaus zum Lachen verführen, motivieren und „anstecken“. Wer Humor als Heilmittel einsetzen will, muss über „Humorfähigkeit“ verfügen. Natürlich wäre es notwendig, dass in Angehörigenschulungen und in jeder Aus-, Fort- und Weiterbildung

Tabelle 3: Humor als Lebens- und Überlebenstraining

1. Finden Sie heraus, was Sie lustig finden, und begeben Sie sich aktiv in Situationen, die Sie zum Lachen bringen (Theater, Kino, Fernsehen, Zeitungen, Comics etc.)!
2. Behalten Sie eine spielerische Grundeinstellung bei der Arbeit (das Leben ist zu wichtig, um es ernst zu nehmen)!
3. Lachen Sie bewusst laut und herzlich!
4. Beginnen Sie, sich Witze aufzuschreiben und weiterzuerzählen!
5. Spielen Sie mit doppelten Bedeutungen von Wörtern im Alltag! Finden Sie für Cartoons neue Unterzeilen! Fragen Sie sich bei allem, was Sie erleben, was daran komisch ist!
6. Finden Sie Inkongruenz im Verhalten bei Fremden und Kollegen und lachen Sie darüber!
7. Schauen Sie sich Ihre eigenen Schwächen an und übertreiben Sie diese ins Groteske!
8. Nehmen Sie sich im größten Stress einfach eine Minute Auszeit und lächeln Sie ohne Grund!

Humor ein breiter Raum gegeben wird! Eine „Humorschulung“ sollte Pflicht werden. Eine Vielzahl von Möglichkeiten gibt es, damit Helfer ihren Humor pflegen, vermehren und weiterentwickeln können. Es nützt nichts, nur mit Karl Valentin zu lamentieren: „Mögen hätten wir schon wollen, aber trauen haben wir uns nicht dürfen!“

Impressionen vom Diözesanforum Altenheimseelsorge 2011



Literatur

Prof. Dr. Dr. Rolf D. Hirsch

- Balint, Michael: *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Stuttgart, Klett-Cotta Verlag, 10. Aufl., 2001.
- Frankl, Viktor-Emil: *Ärztliche Seelsorge*. Frankfurt, Fischer Verlag, 1983.
- Galli, Johannes: *Clown – Die Lust am Scheitern*. Freiburg, Galli-Verlag, 1999.
- Hirsch, Rolf – Dieter: *Humor. Ein unbekanntes Heilmittel*. In: Kurz, Alexander (Hrsg.): *Angst im Alter*. München, MMV, S. 118-138, 1993.
- Hirsch, Rolf Dieter: *Heiterkeit und Humor: Eine Hilfe im Umgang mit Demenzkranken?* In: Tackenberg, P.; Abt-Zegelin, Angelika (Hrsg.): *Demenz und Pflege*, Frankfurt, Mabuse Verlag, S. 162-174., 2000.
- Hirsch, Rolf Dieter: „Wer lacht, dämmert nicht vor sich hin“. *ProAlter* 3/07, 60-65, 2007.
- Morgenstern, Christian: *Worte des Lächelns*. Freiburg, Herder Verlag, 3. Aufl., 2001.
- Shaw, George Bernhard: *Des Doktors Dilemma*. Frankfurt, Suhrkamp Verlag, 1991.
- Wojnar, Jan: *Heiterkeit und Demenz*. In: Hirsch, Rolf Dieter, Bruder, J., Radebold, Hartmut (Hrsg.): *Heiterkeit und Humor im Alter. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Band 2*. Stuttgart, Kohlhammer Verlag, S.181-188, 2001.

Heil+Same+Seel+Sorge

Sakramentale und therapeutische Perspektiven in der Altenpflege

Workshop

Diakon Wolfgang Müller, Solingen

Wegen der Auslagerung im Priesterseminar wurde eine „fließende Begrüßung“ gewählt mit der Einladung, zu den Stichworten HEIL+SAME+SEEL+SORGE Impuls Worte in Verbindung mit dem Altenheim aufzuschreiben (siehe Flipchartfotos).

Begrüßung mit dem **Gebet**: Atme in mir, du Heiliger Geist (ein Symbolstuhl im Raum war frei für die Präsenz des Heiligen Geistes).

In der **Vorstellrunde** ergab sich die Anwesenheit der Berufsgruppen: Leitung, Trägervertreter, Soziale Dienste, Pflege, Theologen, Priester, Diakone, Lehrende, Ehrenamtliche, Begleiterin in der Seelsorge.

Die Anwesenden möchten aus dem Bildgespräch im Plenum heraus die Vorstellung eines barmherzigen Gottes für sich und die Menschen in den Altenheimen mitnehmen, weil dort vorherrschend andere Vorstellungen (strafender Gott ...) sehr präsent sind.

Bibelgespräch zu der Textstelle Joh 13,1-20 (Fußwaschung).

Den TeilnehmerInnen wurde bewusst, dass die Körperpflege sinnhaft dicht an dieses Geschehen angesiedelt werden darf. Herr/Frau „TUT ES EBENSO“ darf in der Pflege so wertschätzend handeln wie Jesus.

Bibelgespräch zu der Textstelle Mt 25, 31-46 (Vom Weltgericht).

Im Altenheim treffen wir auf viele „geringste Schwestern und Brüder“ (BewohnerInnen, MitarbeiterInnen, Angehörige...), in ihnen treffen wir die Damen und Herren „MIR GETAN“, denn in jedem verbirgt sich Jesus.

Ergebnis der Bibelgespräche: Die Übertragung der beiden Bibeltexte in den Altenheimkontext kann den Lebensraum dadurch erheblich verändern, weil Dienende und Empfangende in eine eigene „Jesuspräsenz“ gerückt werden.

Das **Heilwirken Gottes in den Sakramenten** wurde am Beispiel der Krankensalbung thematisiert. Die Aufgabe war, empfindsam zweieinhalb Minuten jeweils die Hand eines anderen Teilnehmers zu salben und dem Tun und Empfangen nachzuspüren. Reaktion eines Priesters: „Hätte ich so etwas doch bei meiner Priesterweihe bei der Salbung der Hand erfahren dürfen!“

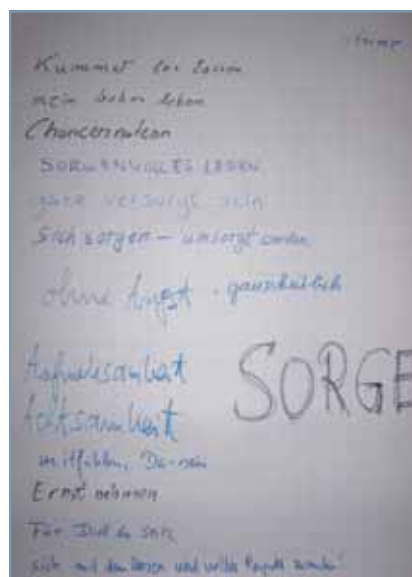
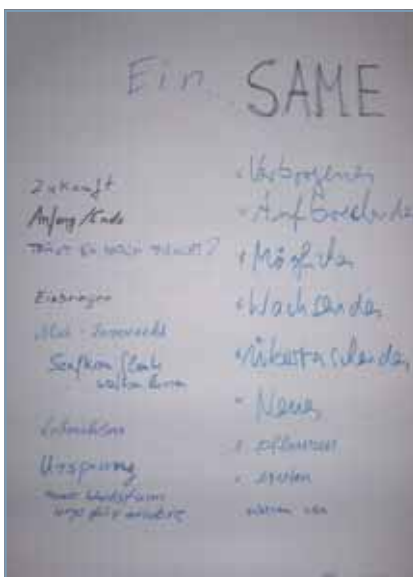
Die TeilnehmerInnen nehmen die reiche Erfahrung von sinnhaftem Erleben mit und wollen dies bewusst auch im Altenheimalltag umsetzen.

In jeweiligen Gruppenarbeiten wurden getrennt die „**Lebensrückblicktherapie**“ und „**Pneumatherapie**“ an persönlichen „Fallbeispielen“ durchgesprochen.

Ausdrücklich wurde auf folgendes Therapieverständnis hingewiesen: Die Therapie bedeutet in ihrem ursprünglichen Wortsinn (griechisch therapeia: heilende Kraft) „das Dienen, die Bedienung, die Dienstleistung, die Pflege der Kranken“. Es geht also nicht um eine Heilbehandlung im medizinischen Sinne. Dies will und kann Personal/Seelsorger auch gar nicht leisten! Aber Impulse können in das Alltagsgeschehen übernommen werden.

Zusammenfassende Anmerkung aus der Gruppe „Lebensrückblicktherapie“

Im Alltag des Altenheims kann immer wieder versucht werden, Destruktivspiralen zu durchbrechen, indem neben allem, was



als schwer erfahren wird/wurde, auch das Gute, Leichte und Frohmachende initiiert wird.

Zusammenfassende Anmerkung aus der Gruppe „Pneumatherapie“

Erstaunlich, wo und wie der Heilige Geist wirkmächtig präsent ist. Manche Tür dürfte sich öffnen lassen können.

Die Gruppenteilnehmer wollen sich zu Hause ausführlicher mit beiden Impulsmöglichkeiten beschäftigen (siehe Literaturliste!).

Abschließend das **Gebet** zum Bild „Jesus heilt Kranke“, das im Rottenburger Kunstverlag erschienen ist und den TeilnehmerInnen ausgehändigt wurde.

Impressionen vom Diözesanforum Altenheimseelsorge 2011



Literatur Wolfgang Müller

- Peter Bromkamp: *Praxisbuch Altenheimseelsorge*. Schwabenverlag.
- Raniero Cantalamessa: *Komm, Schöpfer Geist*. Herder Verlag. *Pneumatherapie*: S. 320.
- Wunibald Müller: *Atme in mir. Vier Türme* Verlag. Münsterschwarzach.
- Verena Kast: *Was wirklich zählt ist das gelebte Leben. Die Kraft des Lebensrückblicks*. Kreuz Verlag.
- Verena Kast: *Mein Leben bisher – wie Ihre Biografie zur Kraftquelle wird*. In „Psychologie heute“ 10/ 2010.
- Krankensalbung 1. „Ist einer von euch krank.“ Erzb. Ordinariat München, Seelsorgereferat I.
- 2. Informationsblatt Erzbistum Köln.
- Bischofskonferenz: *Die Feier der Krankensakramente: Taschenausgabe*, Herder Verlag.
- Anselm Grün: *Du bist ein Segen. Vier-Türme-Verlag*. Münsterschwarzach.
- Woty Gollwitzer-Voll: *1. „...macht Kranke gesund“ Heilen als Aufgabe der Kirche*. Claudius Verlag.
- Woty Gollwitzer-Voll: *Du bist mein Arzt. Gebete*. Claudius Verlag.

Musiktherapie als Unterstützung der Seelsorge in der Geriatrie

Workshop

Iris Valentin, Musik-/Sozialtherapeutin, Wuppertal

EINFÜHRUNG

Musik und Glaube

„Die Musik hebt unseren Geist und unser Gefühl, unsere ganze Existenz empor zu Gott“ (Prof. Franz Ronig, Trier).

„Wir sollen bedenken, dass die großen Schöpfungen unserer Musik (...) vom schöpferischen Geist des Menschen zeugen (...) und da der Mensch geschaffen ist nach dem Bilde und Gleichnis Gottes, ist die schöpferische Kraft des Menschen ein Abglanz der Schöpferkraft und des Schöpfergeistes Gottes“ (F. Ronig).

„Musik und Religion erwachsen aus derselben Wurzel. In beiden erschließt sich, dass die Realität nicht in Sagbarem aufgeht, in beiden bekundet sich eine Erkenntnis, die aus radikaler Verwunderung erwächst“ (vgl. Heymel).

Was ist Musiktherapie?

Musiktherapie ist der gezielte Einsatz von Musik im Rahmen der therapeutischen Beziehung zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer, körperlicher und geistiger Gesundheit.

Musiktherapie ist eine praxisorientierte Wissenschaftsdisziplin, die in enger Wechselwirkung zu verschiedenen Wissenschaftsbereichen steht, insbesondere der Medizin, den Gesellschaftswissenschaften, der Psychologie, der Musikwissenschaft und der Pädagogik.

WIRKUNGSBEREICH

Dreiklang der Befindlichkeit

KÖRPER

Neurologischer Ansatz: Beeinflussung des ANS und der Hormonell-Prozesse

- Demenz – apallisches Syndrom (Schlaganfall)
- Beeinflussung von Schmerz Wahrnehmung
- Spannungsregulation

SEELE

Emotionalität – Befindlichkeit

Wichtig ist die Erkenntnis, dass trotz biologisch-physiologischer Abbauprozesse die emotionale Erlebnisfähigkeit uneingeschränkt vorhanden ist.

Depressiven Patienten, deren Gefühlswelt „erstarrt“ ist, stellen einige Charaktereigenschaften der Musik basale Unterstützungspotenziale bereit. Der wichtigste Aspekt bei dieser Erkrankung ist die emotionalisierende Wirkung von Musik, die die Gefühlsleere füllen und die Erstarrung verflüssigen kann. Wo die Gefühlsebene nicht mehr verbalisiert werden kann, ersetzt musikalisches Erleben die Worte und fördert differenzierende Wahrnehmung.

GEIST

Gedanken – Fantasien – Erinnerungen

Musik fördert den Selbstbezug und die Identitätsstabilisierung durch einen lebendigen Austausch von Gefühlen, Erfahrungen, Erinnerungen und Erwartungen.

Durch die Aktivierung von Erinnerungen gewinnen sehr viele Menschen Zugang zu ihrem Langzeitgedächtnis.

MUSIKTHERAPEUTISCHE KOMPONENTEN

Melodie – fließendes Element
Harmonie – Spannungs-Lösung
Rhythmus – Zeit und Ordnungsprinzip
FORMEN

- Rezeptiv
- Aktiv
- Regulativ

Rezeptiv

Hörende Erfahrung über Tonträger oder musizierende Therapeuten/innen

Aktiv

Einsatz von Instrumenten (überwiegend rhythmische und Orff-Instrumente) und/oder Stimme z. B. im Begrüßungsritual

Improvisation: Von einer Improvisation wird gesprochen, wenn der Patient durch das eigene, unvorbereitete Handeln, sei es singend oder spielend, an einem musikalischen Prozess beteiligt ist. Ziel einer Improvisation in der M.T. soll sein, dass der Beteiligte unbewusste und unaussprechliche Gefühle und Bedürfnisse wahrnimmt, erkennt und besser damit umzugehen lernt.

Volkslieder

Beim Einsatz von Volksliedern zeigt sich, dass die Wahrnehmung und die Förderung der noch vorhandenen Fähigkeiten, z. B. Texte und Melodien zu beherrschen, dazu beitragen können, dass der Patient Aufmerksamkeit erhält und ein Erfolgserlebnis stattfindet. Dieses Erlebnis ist besonders für alte depressive Menschen sehr wichtig, da sie häufig glauben, „nichts mehr“ zu können und Versager zu sein. Das Erfolgserlebnis stärkt und erhält das Selbstbewusstsein des alten Menschen. Folglich werden, und sei es nur für den Zeitraum der Sitzung, Lebenssinn und Positivität geweckt bzw. wiederentdeckt. Dies kann dem Bewohner durch regelmäßig stattfindende Sitzungen bei der Bewältigung des eigenen Lebens helfen und dazu beitragen, dass dieser besser mit seiner gegenwärtigen Situation klar-kommt.

NEUROPHYSIOLOGISCHE ASPEKTE

Die „musikalischen Persönlichkeitsanteile und tiefe musikalische Erfahrungen“ sind von den „zerebralen Abbauprozessen“, wenn überhaupt, nur sehr gering betroffen.

Das heißt, dass Melodien und Lieder, die in Kindertagen gelernt wurden, den Menschen bis an sein Lebensende begleiten. Dafür verantwortlich ist das limbische System, in dem sich das Ammonshorn befindet. Das Ammonshorn stellt eine Verbindung zum Langzeitgedächtnis her. Nimmt das Ammonshorn nun eine gespielte Melodie wahr, wird diese weitergegeben an das Langzeitgedächtnis. Das Langzeitgedächtnis prüft

den Klangreiz und entscheidet, ob es sich bei der gehörten Melodie um eine Chance oder eine Gefahr handelt bzw. ob der Mensch Positives oder Negatives damit verbindet. Die musikalischen Reize wirken sich dementsprechend auf die vegetativen Reaktionen des Körpers aus. Überaus bemerkenswert dabei ist, dass diese Reaktionen eintreten, noch bevor oder ohne dass der Musikhörende überhaupt wahrnimmt, um welche Art von Musik es sich handelt. So können sich der Pulsschlag, die Atmung und der Blutdruck verändern. Das limbische System gibt diese Impulse dann an die linke und die rechte Hemisphäre weiter, wobei die linke Hemisphäre für Rhythmus und Text zuständig ist, während die rechte die Melodie wiederherstellt.

Regulativ: Hörende Erfahrung mit Fokus auf der Wahrnehmung. Ziel dabei ist es, die Selbstwahrnehmung des Patienten zu sensibilisieren und zu fördern.

Andere Aspekte der Musik sind beispielsweise ihre Funktion als Erinnerungsträger. Musik aktiviert Assoziationen an – meist positiv besetzte – Erlebnisse der Vergangenheit und kann helfen, Lebensbilanzen besser zu bewerten und die brüchig gewordene Identität zu stabilisieren. Musikmachen fördert darüber hinaus die Bereitschaft, zu experimentieren, sich probierhalber auf neue Erfahrungen einzulassen und neue Lösungswege zu suchen (Plastizität des Gehirns).

Für altersdemente Patienten ist an erster Stelle eine Funktion der Musik zu nennen: Erinnerungen zu wecken. Da die Erkrankten schwerpunktmäßig in der Realität ihrer Kindheit und Jugend leben, knüpft die Musik hier an ihre Ressourcen an: Die prägenden musikalischen Erfahrungen werden in Kindheit und Jugend gemacht und erweisen sich als „resistent“ gegen das Vergessen. Ein altersdementer Patient, der die Orientierung zu sich selbst verloren hat und seinen eigenen Namen nicht mehr aussprechen kann, kann aber mühelos ein vierstrophiges Volkslied singen. Die Erfahrung, dies noch zu können, trägt zum Identitätserhalt, zum Angstabbau und somit zu einem erheblichen Stück Lebensqualität bei. Die Emotionalität, über die Altersdemente noch sehr viel länger verfügen als über kognitive Fähigkeiten, wird mit Hilfe vertrauter Musik gezielt angeregt und mündet nicht selten in erhöhter Wachheit und Verbalisierungsfähigkeit: Erlebnisse aus dem Altgedächtnis

können wieder erzählt werden. Auch die äußere Beweglichkeit nimmt zu, und bei der Bewegung zur Musik werden wichtige Vitalfunktionen wieder angeregt.

MUSIKTHERAPIE UND GERIATRIE

Vertraute Strukturen

- Auftakt – leichtes Stück
- Begrüßungsspiel (Ruf-Motiv)
- Thematik
- Abschluss – „Auf Wiedersehen“-Lied

Sinnesanregend:

- Hören
- Fühlen (z. B. Rhythmus)

Aktivierung von gegenseitiger Wahrnehmung

- Nonverbale Kommunikation
- Zuhören können
- Staunen können
- Gemeinschaftsgefühl

Rolle der Musiktherapie im Rahmen der Gesamtpflege

MT ist ein beständiger Faktor: das Vertraute – sowohl der Person – TherapeutIn – als auch die Rahmenbedingungen, vertraute Strukturen. Als Integrationsmöglichkeit – durch die Umstellung der Bewohner – können Neuzugänge integriert werden.

Beobachtungen meinerseits:

- Wachsendes Gemeinschaftsgefühl in Gruppen – mehr Miteinander als Nebeneinander
- Förderung der emotionalen Identität
- Förderung der Selbstwahrnehmung

ZIELE der Musiktherapie in der Geriatrie

- Vorhandene körperliche und geistige Fähigkeiten zu stärken (Identitätsfördernd)
- mit gezielt eingesetzter Musik die Isolation der Senioren durchbrechen, aus Resignation und Antriebslosigkeit herausführen und für die augenblickliche Lebensqualität zu sensibilisieren.

In Zentrum steht nicht die Konfliktbewältigung sondern eine erlebnisorientierte stützende Therapie.

- Linderung von Isolation und Vereinsamung
- Nonverbale, mittelbare Kommunikation als Ersatz für verlorene Beziehungen (Trauerarbeit)
- Erschließung von Lebensqualität

- Interaktion mit Menschen Förderung von soziale Kompetenzen
- Motorische Förderung

MUSIKTHERAPIE UND SEELSORGE

Musiktherapie kann als ideales Bindeglied zwischen der psychosozialen und der spirituellen Begleitung fungieren.

Verbindende Werte

- Religiosität
- Spiritualität („das Bedürfnis, Sinn, Zweck zu finden, das Bedürfnis nach Hoffnung, das Bedürfnis, an sich selbst, an andere und an Gott zu glauben“)

Zugang zu spirituellen Werten:

- Glaube: „das zuversichtliche Vertrauen darauf, dass es ein höchstes Wesen gibt“
- Musik ermöglicht einen Zugang zur spirituellen Dimension.
- Hoffnung: die Kraft der Zuversicht, sich über die momentane Situation zu erheben
- Universelle Eigenschaften der Musik schaffen ein Bewusstsein von dem, was außerhalb der physischen Existenz liegt: Grenzenloses, Zeitloses, Inspiration. Musik aktiviert Naturbilder und Erinnerungen an Orte der Erholung und Hoffnung. Musik verleiht dem Augenblick eine ewige, zeitlose, universelle Dimension.
- Transzendenz: die Fähigkeit, das Selbst über den unmittelbaren Kontext hinauszutragen
 - Musik erleichtert Transzendenz, was an ihrem multidimensionalen Charakter, viele Bereiche gleichzeitig anzusprechen (Dreiklang der Befindlichkeit), liegt.
- Die existenzielle bzw. die Sinnfrage: Wozu - Weshalb - Woher - Wohin?
 - Musik fördert die Selbstwahrnehmung und das Selbstwertgefühl durch intensives Selbsterleben. Sie ermöglicht Rückblick und Wertschätzung des eigenen Lebenslaufes, schafft Raum für die blockierenden Kräfte, verdrängten Gefühle und Erinnerungen (durch Kommunikation sowie Verständnis voneinander und füreinander).

- Musik trägt dazu bei, wieder ein Gefühl von Identität und Verbundenheit zu bekommen. Musik aktiviert das Friedenspotential in uns durch Ausgewogenheit, durch Auflösung von Disharmonien!
- Erlösung:
Musiktherapie ist eine Kunst jenseits der Worte. Das Unsichtbare und das Unausprechliche sind ihr Wesen. Zeit ist ihr Thema. In ihrer Flüchtigkeit wird sie zur Metapher für Vergänglichkeit, Werden und Vergehen, Geburt, Lebensspanne und Sterben.
Die Aspekte und Themen schwingen mit in den musiktherapeutischen Prozess. Sie sind nicht immer konkret benannt, doch die Parallelität ermöglicht Übertragung, zu erkennen in der zunehmenden Bereitschaft, existenzielle Fragen in der Gruppe zuzulassen und Abschied von verstorbenen Mitbewohnern zu thematisieren.

Literatur

Iris Valentin

- Dehm - Gauwerky, Barbara: *Inszenierungen des Sterbens innere und äußere Wirklichkeiten im Übergang. Eine psychoanalytische Studie über den Prozess des Sterbens anhand der musiktherapeutischen Praxis mit altersdementen Menschen, Marburg, Tectum Verlag, 2006.*
- Jochims, Silke: *Depression im Alter. Ein Beitrag der Musiktherapie zur Trauerarbeit, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 25 (6), S. 391-396, 1997.*
- Muthesius, Dorothea; Sonntag, J.P.; Warme, B.; Falk, M.; *Musik – Demenz-Begegnung. Musiktherapie für Menschen mit Demenz, Frankfurt, Mabuse-Verlag, 2010.*
- Tüpker, Rosemarie; Wickel, Hans Hermann (Hg.): *Musik bis ins hohe Alter. Fortführung, Neubeginn, Therapie, Münster, LIT Verlag, 2001.*
- Deest van, Heinrich (Hg.): *Heilen mit Musik, München DTB Verlag, 1997.*
- Schnauffer, Margarete: *Musiktherapie in der Gerontopsychiatrie. Ein Lehrfilm (DVD), Stuttgart, Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, 2009.*

Clown im Seniorenheim

Workshop

Bernadette Kalus, Köln, Kölner Klinikclowns e.V. (ehemals KiKK e.V.)

Aus dem Duden

Humor ist die Fähigkeit, Gabe eines Menschen, der Unzulänglichkeit der Welt und der Menschen, den Schwierigkeiten und Missgeschicken des Alltags mit heiterer Gelassenheit zu begegnen, sie nicht so tragisch zu nehmen und über sie und sich lachen zu können.

Im Anschluss an die Begrüßung gebe ich einen kurzen Einblick in mein Tätigkeitsfeld als Klinikclownin im Seniorenheim.

Folgender Inhalt

Ich gebe Ihnen heute einen groben Einblick in das Tätigkeitsfeld des Clowns in Seniorenheimen; Sie haben ein Erprobungsfeld hier im Schutzraum; Ermutigung: Geben Sie sich Erlaubnis, aus der Rolle zu fallen / neue Wege zu betreten / Ungewöhnliches zu tun / sich selbst zu überraschen.

Der Clown zensiert nicht (im Kontakt mit demenzveränderten Menschen sorgt dies für Entlastung und Leichtigkeit).

Wir kommen als Clowns! Es ist keine Aufführung, sondern individuell und situativ im Kontakt mit den Adressaten. Das ist unsere Profession und somit unsere Aufgabe, worin eine ungemeine Chance liegt. Wir Clowns geben uns die Erlaubnis, aus der Rolle zu fallen / treten in Fettnäpfchen / zeigen unsere Unzulänglichkeiten (sind ggf. auch noch stolz darauf) / gehen deutlich und groß in die Emotion, zeigen uns offen, frei.

Indem wir uns diese Erlaubnis geben, geben wir sie auch anderen = Dominoeffekt.

Akzeptanz (Scheitern/Schwächen und daraus noch mit erhobenem Kopf herausgehen im Sinne von „So blöd kann auch nur ich sein!“ und Liebe – das macht den Clown so nahbar und führt zu Entspannung der Bewohner, die häufig unter ihren Schwächen leiden/sich zurückziehen, sich nicht zeigen wollen, in die Isolation gehen.

Darin liegt die Chance: Menschen aus der Isolation zu holen, den Tag erhellen, wie im Spiel gilt es, neue /alte Erlebnisfelder anzubieten = Urlaub vom Alltag, Musik, sinnesanregende Materialien/Requisiten u.v.m.

Konfrontation mit Lebensthemen = dies bedarf eines großen Maßes an Intuition, die

wir mitbringen/ eigene Erfahrungsfelder/Lebensweisheiten vor allem aber GANZ da zu sein und ganz OHR zu sein.

1. ERMUTIGUNG

- teilweise ergotherapeutische Hintergründe, die ich mit einfließen lasse
- Ressourcen wecken und erhalten
- Biografie als nützlicher Hintergrund
- Austausch mit Personal als wichtige Basis

2. Warm-up

a) Aktivierung Körper durch freies Bewegen im Raum + gezielte Anleitung

Clowns ist es zu Eigen: das selbstvergessene Spiel des Kindes/Hirnakrobatik in Körper schicken

- loslassen, sich überraschen

Imagination: Frühling, Wiese, Wärme auf der Haut, im Innern ein entschlossenes „Ja“ = Freude

Ausgangsposition Clown

b) Körper und Aufmerksamkeit, Präsenzübung/Körperspannung des Clowns

In diesem Rahmen eine Übung, die ganz exemplarisch Folgendes zeigt und erfahrbar macht:

- hohe Aufmerksamkeit;
- eine Wachheit, die für Clownsspiel nützlich ist;
- Hingabe und sich einlassen, miteinander in Gleichklang kommen/ fließen;
- Führung: so viel wie nötig und so wenig wie möglich
- Berührung
 - in Bezug auf Demenz: klar und bestimmt; undefinierbare und zarte Berührung tendenziell irritierend
 - schwere Dinge geben bessere Reizinformationen für die Körperwahrnehmung
 - Handpuppe + Berührung können Barrieren und Berührungsängste abbauen

- kultureller Hintergrund / Beziehung zueinander / der eigene Hintergrund: Elternhaus / heute

3. „Clownsverwandlung“

Jeder für sich setzt seine Minimalmaske
-> Clowns-nase auf = bietet Schutz! +
Ich gebe mir die Erlaubnis, Ungewöhnliches
zu tun im gebotenen Schutzraum, zunächst
mit einer Übung, in der sich die Teilnehmer/
innen

- spielerisch erleben
- loslassen
- „Hirnakrobatik“ in Körper schicken
- Impulse direkt umsetzen und nicht bewerten

4. Emotion

Stimme, Mimik, Gestik, Grundstimmung
generell wichtig

Wichtig: Authentizität, aus der Seele spielen, sich treu bleiben, nonverbale Kommunikation wichtig im Kontakt zu demenzveränderten Menschen, für Clowns wichtiges Handwerkszeug; gibt das Gewürz in allem, was man ausdrücken möchte, authentisch und ernsthaft. Interessant: oft nonverbale Ebene, die sich unmittelbar vermittelt, Musik spielt in diesem Zusammenhang auch wichtige Rolle.

Dazu entsprechende Übung, in der Teilnehmer/innen in der Rolle des Clowns dies erproben können.

Reflexion: Die Frage einer Teilnehmerin entfachte einen lebendigen Austausch zu der Art und Weise der Präsentation eines Clowns im Seniorenheim. Das authentische Spiel auf der Basis von Respekt und Wohlwollen steht im Mittelpunkt.

Eine Sensibilisierung der TeilnehmerInnen diesen zentralen Aspekt betreffend, hat u. a. auch durch diesen Workshop stattgefunden.

5. Anleitung ...

Einer Übung, die „den Kopf frei macht“. Improvisation, spontanes Sicheinlassen, gemeinsames „Schwingen“ mit dem Partner als elementares Rüstzeug für das Clownsspiel.

6. Lied vorstellen

Singkreis mit Ukulele. Das unter Punkt 4 Gelernte wird hier nun vertieft und paarweise umgesetzt mit anschließender Vorführung.

Einsatz von Humor/Komik; z. B.: Lieder mit konträrem Gefühl interpretieren; oder in Körperlichkeit gehen u. a. Teilnehmer üben und entdecken, erspüren Komik in verschiedenartiger Umsetzung.

7. Sinnesparcours

- Sich beschenken lassen und schenken
- Sinne anregen (Gehör/Tastsinn/Geruch)

Reflexion: Auf diesem Feld brachten die Teilnehmer ein großes Erfahrungsfeld mit.

Weitere Empfehlung:

- Naturstoffe, die Geruchssinn anregen.
- Kombination von Tast- u. Gehörsinn anbieten > Bilder entstehen lassen
- Erinnerungen zum Klingen bringen

8. Abschlusskreis

Literatur

- „Theatersport und Improtheater“
Marianne Miami Andersen
ISBN 3-7660-9100
(Grundlagen/Übungen Improvisationstheater).
- Fachliteratur zum Thema „Demenz“
„Demenz“
Therapeutische Behandlungsansätze für alle Stadien der Erkrankung
Gudrun Schaade
ISBN 978-3-540-89540-4.
- „Hilfreiche Gespräche und heilsame Berührungen im Pflegealltag“
Monika Specht-Tomann
Doris Tropper
ISBN 978-3-540-46773-1.
- „Das kann ja heiter werden“
Humor und Lachen in der Pflege
Iren Bischofberger (Hrsg.)
ISBN 3-456-83831-X.

Impressionen vom Diözesanforum Altenheimseelsorge 2011



Wie kommt die Spiritualität in die Einrichtung? – Aus der Praxis für die Praxis.

Workshop

- Bruno Schrage, Referent für Caritaspastoral, Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V.
- Gabriele Mehlem, Einrichtungsleitung Sebastianusstift, 50354 Hürth-Gleuel, Caritasverband für den Rhein-Erft-Kreis e.V.
- Dorothea Polaczek, Regionalbeauftragte für Altenheimseelsorge im Rhein-Erft-Kreis



Spiritualität ist heute in aller Munde. Doch was ist Spiritualität, und wie prägt sie eine Einrichtung christlich? Welche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen braucht es, um eine christliche Einrichtungskultur in stationären Altenhilfeeinrichtungen zu ermöglichen?

Die Frage nach der Gestaltung einer christlichen Hauskultur stellt sich neu – gerade in Zeiten des pastoralen Wandels und Rückgangs seelsorglicher Begleitung durch Priester, Diakone und Gemeinde- und Pastoralreferent(inn)en. Der Workshop zeigt einen beispielhaften Prozess im Caritasverband für den Rhein-Erft-Kreis, welche Möglichkeiten Mitarbeitende verschiedener Professionen sowie die Leitungskräfte haben, um eine christliche Einrichtungskultur zu gestalten. Dies wird anhand einzelner Praxismodelle exemplarisch erläutert mit der Einladung, eigene kleine Projekte zu entwickeln. Dem gesamten Prozess liegt ein Grundverständnis von christlicher Spiritualität als Teil caritativer Professionalität zugrunde.

Es ergeben sich vier Schritte für den Workshop:

1. Erläuterung zur (christlichen) Spiritualität
Bruno Schrage
2. Der Prozess im Caritasverband für den Rhein-Erft-Kreis
Gabriele Mehlem
3. Eine neue Praxis – modellhafte Projekte im Caritasverband für den Rhein-Erft-Kreis
Dorothea Polaczek
4. Mein/Unser Prozess
Dorothea Polaczek

1. Erläuterung zur (christlichen) Spiritualität *Bruno Schrage*

Dieser Workshop will zum einen eine Entdeckungsreise sein zu den Reichtümern und Schätzen der christlichen Tradition mit ihren althergebrachten Formen und Riten und zum anderen Mut machen, im eigenen Arbeitsfeld adressatengerechte Formen der Glaubenspraxis zu entwickeln. Dabei gilt: Seelsorge hat Maß zu nehmen an den Biografien der uns anvertrauten Menschen. Sie generieren den Glauben in unseren Einrichtungen.

Die Leitfrage ist: Wie können wir dem Glauben in unserer Einrichtung Gestalt geben?

Wir haben nicht die klassische Überschrift für diesen Workshop gewählt: „Wie kommt das Evangelium in die Einrichtung?“, sondern „Wie kommt die Spiritualität in die Einrichtung?“. Das impliziert die Frage: Von welcher Spiritualität sprechen wir, und wer ist Träger der christlichen Spiritualität?

Im Folgenden wird daher kurz der Begriff der „Spiritualität“ erläutert und das Spezifische christlicher Spiritualität dargestellt.

Ein Definitionsversuch für die Praxis

Was ist eigentlich Spiritualität? Der Begriff hat sich zu einem Containerbegriff entwickelt. Er sublimiert die verschiedensten religiösen Praktiken und Einstellungen. Zu fragen ist daher: Was ist das Spezifische christlicher Spiritualität?

Spiritualität im jüdisch-christlichen ist kein esoterisches „Wohlfühlprogramm“ – sondern hartes Ringen miteinander und mit meinem/unserem Gott! Das zeigt schon alttestamentlich Jakobs Kampf am Jabbok (Gen 32,23-33).

Die Jüdisch-Christliche Spiritualität lässt die Fragen aus den Lebenssituationen und -erfahrungen zu und sucht Antworten in den großen Erzählungen der Bibel, der Botschaft und dem Handeln Jesu Christi sowie den Riten und der Tradition der Kirche und den Glaubenserfahrungen der anwesenden Menschen in den Einrichtungen. Somit gibt es viele Akteure in der Gestaltwerdung christlicher Spiritualität, und es gibt traditionelle wie neu aufbrechende Formen. Alle Beteiligten sind Geiststräger und sollen ins Gespräch kommen.

Aber wer sind die Moderatoren und Sachwalter eines solchen Prozesses? Zurzeit erleben wir einen dramatischen Wandel der Pastoral in den Gemeinden und in den kirchlichen Einrichtungen. In Letzteren ist es der Wegfall „geistlicher Beiräte“. Es stellt

Wie kommt die Spiritualität in die Einrichtung?

Was ist (christliche) Spiritualität?

1. ein lebenslanger, dynamischer Prozess
2. lebt von Begegnungen und Erfahrungen
3. christlich? – die beständige Reflexion des gesamten Lebens in einer vom christlichen Glauben getragenen Lebensform.
4. ein gemeinschaftlicher und kommunikativer Prozess

Bruno Schrage, Rufwerk für Caritasverband
Hannelore Polmann, Regionalbeauftragte für Altenheimseelsorge
Gabriele Mathies, Einrichtungleitung
Diözesanforum
Altenheimseelsorge

sich die Frage nach angemessener Seelsorge in unseren Einrichtungen.

Der Wandel kann auch beschrieben werden als Wegfall einer delegierten Spiritualität an Hauptamtliche hin zu einer eigenverantwortlich gestalteten Spiritualität der Aktiven in den Einrichtungen. Alle Geist-Träger kommen ins Spiel. Dieser Prozess ist vergleichbar dem Wechsel vom Hotel mit Vollpension zum Selbstversorger-Haus. Letzteres löst mehr Aktivität aus und fördert die Gemeinschaft – es ist eben nicht zwingend ein Rückschritt, sondern der Wandel ist eine Chance.

Spiritualität – traditionell ein gemeinschaftlicher Prozess

Spiritualität ist ein gemeinschaftliches Reflexionsgeschehen und setzt so eine Einrichtungskultur in Gang – motiviert zu angemessenen gemeinsamen Aktivitäten aus dem Glauben.

Jeder Glaube ist vermittelt durch Erfahrungen und den Dialog darüber. Christliche Seelsorge ist die Gestaltwerdung von dieser dialogischen Beziehung zwischen Menschen über Gott und mit Gott im Raum der Kirche und in ihrem Erfahrungsschatz. Es darf nicht verschwiegen werden, dass dies auch Krisen und Spannungen auslösen kann. Christliche Spiritualität ist Herausforderung am Maßstab der Lebenspraxis Jesu.

Zuallererst ist Spiritualität also ein Beziehungsbegriff. Im christlichen Kontext gilt: Gott selbst ist Beziehung, da er in drei Personen/Wesenheiten sich in der Geschichte der Menschheit zeigt. Sein Wesen ist ur-

sprüngliche Liebe – Deus caritas est (so die erste Enzyklika Benedikts XVI.). Gott ist auf den anderen bezogen, ohne Vorbedingungen. Gott ist Angebot. Christliche Spiritualität basiert daher auf dem göttlichen Angebot, ist daher Angebot und setzt auf Freiheit!

Aus dieser lebendigen Beziehung zu Gott wächst ein spirituelles (seelsorgliches) Klima in den Einrichtungen, das sich in der Beziehungskultur miteinander und mit Gott widerspiegelt. Es ist das gegenseitige Teilnehmen am Leben des anderen auf der Grundlage der Haltung Jesu und somit Gottes zu den Menschen.

Neu ist: Es braucht den Austausch zur Spiritualität und der Gestaltwerdung der Seelsorge (dem Wie). Wir spüren den Umbruch – deshalb sind wir hier!

Umbruch einer religiösen Kultur – dem Religiösen einen neuen Raum geben

Parallel verläuft der Wandel von einer delegierten Spiritualität zu einer eigenverantwortlich gestalteten Spiritualität (Individualisierung des Religiösen). Die christliche Spiritualität wechselt ihren Raum. Sie wandert vom liturgischen Sonderraum (Kirchenraum) hin zu einer alltäglichen christlichen Spiritualität, die in den Pflegealltag und in berufliche Bezüge integriert ist. Genau dies beschreibe ich mit dem Ende der „Delegationsseelsorge“, die faktisch in die selbstverschuldete religiöse Unmündigkeit der Gläubigen führte. Die Stärkung religiöser Mündigkeit setzt neue Formen der Gestaltung spiritueller Prozesse unter Einbezie-

hung aller Personen bzw. Interessierten z. B. in der Altenpflege.

Dieser Prozess hat in vielen Einrichtungen aufgrund des Mangels von pastoralen Diensten schon begonnen. Das heißt, es geht nicht um die Abschaffung des katholischen liturgischen Angebots, bei dem im Wochenrhythmus eine Messe durch einen Priester oder ein Gottesdienst durch einen anderen pastoral Beauftragten angeboten wird. Diese Angebote bleiben, wenn auch reduziert, weil die Zahl der Priester, Diakone wie die der Laienpastoralen Dienste sinken wird. Es geht um eine Erweiterung und Ergänzung der christlich-spirituellen Kultur, die auch den veränderten Bedürfnissen der Bewohner und der Mitarbeitenden gerecht wird (z. B. demenziell Erkrankten).

Ohne Frage lebt Spiritualität von allen handelnden Personen in den Einrichtungen und braucht Rahmenbedingungen, die durch die Leitung gesetzt und garantiert werden müssen. Im Leitbild des Caritasverbandes für den Rhein-Erft-Kreis werden die Einrichtungen daher als „Lernorte des Glaubens“ verstanden.

Spiritualität ist ein gemeinschaftlicher (gemeinschaftlicher) Prozess, der eine Kultur entwickelt, die alle beteiligt (Mitarbeitende, Bewohner, Angehörige, Besucher, sogar Lieferanten und die Heimaufsicht ...) und die Möglichkeit zur Beteiligung gibt.

Der gemeinschaftliche Prozess wird in den Haltungen der Beteiligten zueinander und zu „Fremden“ erkennbar und im Handeln spürbar (Einrichtungskultur).

Die Formen katholisch-kirchlicher Praxis werden ergänzt um eine spezifische Einrichtungskultur, die Eigenverantwortung ermöglicht und fördert. Es geht im Rahmen der Professionalisierung der Seelsorge um mehr als die „Einrichtung“ eines Kapellenraums oder die obligatorischen Kreuze an den Wänden. Spiritualität ist ein dynamischer Prozess. Ein Prozess des Suchens, mit dem keiner zu Lebzeiten fertig ist – selbst Mutter Teresa litt wohl über lange Jahre an einem ausgetrockneten Glauben! Getragen hat sie die Gemeinschaft des Ordens und der Kirche.

Wir brauchen daher eine gemeinschaftliche Spiritualität in unserer persönlichen Suchbewegung. Neben der Pflege von traditionellen Riten bedarf es der Entwicklung eigener Riten, Formen etc., die der jeweiligen

Wie kommt die Spiritualität in die Einrichtung?



Christliche Spiritualität löst ...

ein gemeinschaftliches Reflexionsgeschehen aus.

Christliche Spiritualität lebt von ...

der Gestaltung einer alltäglichen Beziehungskultur, die den Glauben in verschiedensten Formen erlebbar macht und thematisiert.

Diözesanforum Altenheimseelsorge

Situation, Einstellung und Verfasstheit von Menschen in der Einrichtung entsprechen. Basis und Rahmen dieses Prozesses ist in einem konfessionellen Haus die kirchlich-religiöse Tradition des Rechtsträgers. Zugleich muss und darf aber „um der Menschen willen experimentiert werden“. Wir sind nie mit dem Glauben fertig, und deshalb darf es „Unfertiges“ geben.

Genau das ist ungeübt – den Dialog über das Religiöse haben wir verlernt, ja geradezu aberzogen bekommen! Schon in der Liturgie kennen wir nur den Monolog bzw. das Nachsprechen vorformulierter Texte, die selbst Ergebnis spiritueller Prozesse in der Tradition der Kirche sind. Es geht somit um die Fortschreibung der Tradition in unsere Zeit, um neue Formen und auch darum, eine Sprache des Glaubens aus der alltäglichen Gegenwart Gottes zu entwickeln. Das Religiöse ist allzu sehr in eine Sonderweltsprache abgerutscht, die so stilisiert ist, dass man kaum glauben mag, dass Gott mitten unter uns ist.

Eine Herausforderung auf allen Ebenen

Wie wird der Dialog ermöglicht? Wie können wir dem christlichen Glauben in unseren Einrichtungen eine selbstverständliche Gestalt geben? Das ist eine Anfrage an den Einzelnen und die Organisation.

Wie kommt der Glaube vor – beim Fest, bei den kleinen und großen Anlässen des persönlichen und institutionellen Lebens, bei den verschiedenen Übergängen des Lebens in der Altenpflege (z. B. beim Einzug),

im ganz alltäglichen Ablauf und mit Blick auf die gemachten und aktuellen individuellen Lebenserfahrungen oder die Schlagzeilen in der Welt wie die persönlichen Schlagzeilen des Lebens? Es geht nicht erst in der Sterbephase um den Glauben und die Hoffnung, der/die uns trägt (1 Petr 3,15).

Eine Einrichtung ist zugleich Lebensgemeinschaft auf Zeit, die ihre christliche Einrichtungskultur entwickeln darf. Es geht nicht um die Übernahme einer starren Struktur der Frömmigkeit mit festen Zeiten in Anlehnung an das Stundengebet im Sinne eines durch Berufswahl oder Einzug ins Altenheim gewählten „Klosterlebens“.

Es geht vielmehr um das Entwickeln einer christlichen Einrichtungskultur oder Hauskultur unter der Perspektive der Adressaten-, Praxis- und Prozessorientierung. Das ist zutiefst katholische und christlich religiöse Praxis – unsere Traditionen sind ja nicht vom Himmel gefallen. Es ist aber motivierend, neue Ideen in Form niederschwelliger religiöser Impulse, Aktionen und Projekte sowie Riten zu entwickeln.

Die These christlicher Spiritualität heißt: Sie und die Bewohner/innen sind die Experten des Glaubens. Sie sind Träger des Heiligen Geistes. Das ist Professionalisierung der Seelsorge im Bezugsraum der stationären Altenhilfe. Zugleich wird Seelsorge biografischer und Teil der Bezugspflege. Die Formen katholisch-kirchlicher Praxis werden ergänzt um eine spezifische Einrichtungskultur, die Eigenverantwortung ermöglicht und fördert. Es geht um viel mehr als das Vorhalten eines Kapellenraums, den es ohne Zweifel braucht

als Ort des persönlichen und gemeinschaftlichen Gebets.

Was kann ich, die Einrichtung, die Organisation (strukturelle Ermöglichung) dazu beitragen, das Miteinander so zu gestalten, dass es die konkrete Berührbarkeit der Liebe Gottes im Zwischenmenschlichen unter Beachtung der notwendigen Distanzflächen zur Entfaltung bringt?

Das braucht konkret gestaltete Erfahrungsorte. Es braucht Kristallisationspunkte, die zum Erleben des Glaubens (auch in der Demenz), zum Gespräch über den Glauben, zum Nachdenken, zum Austausch anregen. Wir sollten hierzu alltägliche Anlässe schaffen.

Zeiten und Orte des Glaubens müssen aber auch noch berufstauglich sein. Daher ist die strukturelle Ermöglichung einer Einrichtungskultur zuallererst eine Leitungsaufgabe! Der erste Schritt beginnt somit in der Leitungsebene. Hier gilt es, die Verantwortung zu benennen und zu einer neuen Kultur zu ermutigen. Die Leitungsverantwortlichen haben die Aufgabe, hierzu den Anstoß zu geben, die strukturelle Absicherung in den dienstlichen Abläufen zu gewährleisten und die entsprechenden Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

Es geht um einen „Kulturprozess“ in der Organisation. Seine Initiierung braucht die klare Legitimation durch die Leitungskräfte. Im Caritasverband für den Rhein-Erft-Kreis ist genau dies durch die Geschäftsleitung geschehen. Es braucht begleitende Beratung und Reflexion. Notwendig sind Bildungsangebote zur Entwicklung spiritueller Kompetenz, zur Ermutigung, zum Experimentieren und zur Entfaltung eines neuen gemeinschaftlichen Seelsorgeverständnisses. So sind die zum Abschluss vorgestellten Projekte in diesem Caritasverband das Ergebnis einer neuen, langsam sich selbst bewusst werdenden und wachsenden religiösen Verfasstheit. Es geht um die Inklusion der Gegenwart Gottes in das tägliche Miteinander.

Im Folgenden wird nun zunächst der Prozess exemplarisch dargestellt.

2. Der Prozess im CV Rhein-Erft-Kreis Gabriele Mehlem

Im Folgenden wird grafisch die Chronologie des Trägerprozesses als exemplarische Ermöglichung zur Entwicklung einer eigenen Träger- und Einrichtungskultur dargestellt. In der Form der Darstellung werden Sie erkennen, dass der Prozess unabhängig vom Träger auch in einzelne Einrichtungen übertragbar ist. Wenn sich die Organisationskultur sowohl beim Träger als auch in einer einzelnen Einrichtung verändert, ändert sich auch die Einrichtungskultur. Ohne Frage ist der Veränderungsprozess einfacher, wenn er auf der Makroebene des Trägers allgemein verbindlich ansetzt und so alle Einrichtungen motivierend einbezieht.

Leitungskräften durch eine verbindliche umfangreiche Fortbildung: „den Grundkurs des Glaubens“. Dieser Kurs mit vier mehrtägigen Modulen wird vom Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V. angeboten. Die Teilnahme am Kurs wurde durch den Kreis-Caritasdirektor für alle Leitungsverantwortlichen verbindlich gemacht. Alle neuen Leitungskräfte müssen innerhalb des ersten Jahres den Kurs besuchen. Die eigentliche Leistung des Kurses waren die „Enttabuisierung des Themas“ und die „Ermächtigung zur Gestaltung“ dieses Themenbereichs. Der Kurs zeigte, dass die Auseinandersetzung mit dem Glauben mehr als ein „Erzählen“ ist, sondern ein anspruchsvoller Prozess, der im Theologischen eben wissenschaftlich fundiert ist. Im Ergebnis wur-

und Ideen entstanden. Gleichgesinnte fanden sich (Andacht auch für Mitarbeitende, Erinnerungsminuten und Gespräch beim Versterben von Bewohnern ...). Man erlebte, dass man das Thema nicht nur nehmen konnte, sondern auch gestalten und hierzu eine „gottgegebene Kompetenz“ hat.

Der Paradigmenwechsel von der versorgten bzw. versorgenden Kirche zur selbst sorgenden Kirche (Würzburger Synode) fand als Lernprozess individuell und gemeinschaftlich statt. Es wurde eine gemeinschaftliche Aufgabe und Teil meiner Professionalität – eben eine „christliche“ Professionalität. Der Prozess setzte sich dann durch andere Kursmodelle im Verband fort, die jeweils passgenau für die verschiedenen Aufgabenbereiche und Tätigkeitsfelder entwickelt wurden (s. u.). Man entdeckte das Thema Glauben und seine Bedeutsamkeit im beruflichen Alltag – z. B. alte Menschen brauchen mitunter Hilfe beim Beten. Glaube wurde integraler Bestandteil der Diskussion um professionelles Handeln in der Pflege. Es wächst das Zutrauen: ich darf etwas von „meinem“ Glauben erzählen und das Thema auch im dienstlichen Kontext anmelden.

Früher war es eher „in“, gegen den Glauben und christliche Inhalte zu sein. Der Glaube und seine Inhalte werden nun wieder zum Argument in der Diskussion. Es ist üblich geworden zu sagen: „So, wie wir jetzt reden, hat das nichts mehr mit dem Evangelium zu tun.“ Es gibt jetzt die bedeutsame Frage: „Hat das etwas mit dem Evangelium zu tun?“ – Der Glaube wird Kriterium und Motivation.

Der Prozess wurde, wie bereits geschildert, individuell angestoßen, indem es für jede Leitungskraft eine verpflichtende Teilnahme am Kurs gab (auch Stellv.) (Sauer-teigmodell).

Aus den Kursteilnehmern entwickelte sich der Arbeitskreis „Wie kommt das Evangelium in die Organisation?“.

Mit dem Begriff „Evangelium“ war die „Frohe Botschaft vom Reich Gottes“ angesprochen. Der Kreis wurde bald schon erweitert um einen Kollegen aus dem Katholischen Bildungswerk, die Regionalbeauftragte für die Altenheimseelsorge des Erzbistums und den Referenten für Caritaspastoral aus dem Diözesan-Caritasverband. Externe Beratung und Begleitung erwiesen sich als förderlich.



Optimalerweise bedarf es eines Anstoßes zu einem breit angelegten Prozess für den ganzen Verband über einen längeren Zeitraum (Jahre).

Es geht nicht um profilierte Einzelveranstaltungen oder einen religiösen Eventaktivismus. Das heißt, der Prozess lebt vom individuellen Anstoß hin zu einem Prozess in der Organisation. Dies braucht Zeit, und es entwickelt sich langsam und kontinuierlich eine neue christliche Kultur, je mehr Personen in die verschiedenen Kurse bzw. Veranstaltungen gehen.

Daher kann man in Anspielung auf ein Neues Geistliches Lied sagen: „Zieh den Kreis nicht zu klein.“

Der Prozess nahm und nimmt immer noch seinen Anfang bei den jeweiligen Lei-

de man neugierig und erlangte eine erste „Sprachfähigkeit“ und wurde ermutigt, den Glauben zur Sprache zu bringen. Tragend und motivierend war die Erfahrung, dass andere Leitungskräfte aus der Caritas die Glaubenssituation in den Verbänden ähnlich erleben. Das war und ist auch entlastend und motivierte, das Thema neu in den Blick zu nehmen. Das Thema „Glaube“ erlangte wieder seinen Reiz.

Die Veränderung begann beim Einzelnen in der Erfahrung des gemeinschaftlichen Diskurses unter theologischen Vorzeichen. Im positiven Sinne wurde man neu „infiziert“.

Es entstand eine neue Sensibilität für die Bedeutung des Evangeliums im beruflichen und privaten Kontext. Erste Projekte

Ziel des Kreises ist es, nach Möglichkeiten und Formen zu suchen, die den Glauben im beruflichen Handeln und miteinander erlebbarer machen. Dies war von der Geschäftsführung gewollt, und sie nimmt an den Sitzungen des Arbeitskreises teil. Spiritualität wird gemeinsam gehoben und selbstverständlich – sie ist nicht mehr Sache von Einzelkämpfern und Seelsorgern.

In einem ersten Schritt entwickelten sich neue Angebote:

1. Kursangebot im Caritasverband: **Urkunde des Glaubens – die Bibel** – Angebot für interessierte Mitarbeitende.
2. Ergänzung des **Personalentwicklungsseminars um die „religiöse Dimension“** durch einen hierzu gebildeten AK – es zeigte sich die Bereitschaft zum Experimentieren.
3. Entwicklung Inhousekurs für stationäre AH – **„Dem Glauben Gestalt geben“**. Entscheidend waren der Ausgang von der Praxis und die Ermutigung, kleine Projekte in der eigenen Einrichtung zu beginnen.
4. **Klausurtag** aller Führungskräfte zum Thema „Wie kommt das Evangelium in die Organisation?“.
5. **Jährliches Forum „Pflege und Spiritualität“**.
6. Entscheidung für die Teilnahme Einzelner am Kurs **„Begleiter für die Seelsorge“** und Einführung der „Begleiter in der Seelsorge“ in den Einrichtungen der Altenhilfe.
7. Entwicklung Kursmodell für die ambulante Pflege – **„Mit dem Glauben unterwegs“**.
8. Zurzeit **AK „pastorales Ehrenamt“** in Kooperation mit dem Diözesan-Caritasverband und Erzbischöflichen Generalvikariat zur Entwicklung einer Fortbildung für Ehrenamtliche und zum Aufbau von entsprechenden Gruppen in einzelnen Altenheimen.

Im Zuge dieser hier beschriebenen Entwicklung entstanden Fragen im Rahmen der alltäglichen Arbeit, z. B.: Haben wir eigentlich auf jedem Wohnbereich eine Bibel? Wie schaffen wir Gesprächsangebote zu religiösen Themen, die unsere Bewohner/innen bewegen? Der Glaube bekam Hand und Fuß – nicht einmal, sondern immer wieder und

immer wieder anders. Biblisch gesprochen könnte man sagen, wir erleben ein Pfingsten über Jahre. Das Ergebnis ist offen, d. h., man kann die nachfolgend vorgestellten „Projekte“ nicht einfach kopieren, sondern nur als beispielhafte Anregungen aufnehmen.

3. Eine neue Praxis – modellhafte Projekte im CV Rhein-Erft-Kreis Dorothea Polaczek

Exemplarisch sollen einige Projekte vorgestellt werden: Die Projekte ...

- ergänzen die klassischen katholischen Angebote von Gottesdienst und sakramentaler Versorgung;
- sind situations- und ereignisbezogene Gestaltungsformen des Glaubens, die an Vorhandenes anknüpfen und sich in das Gesamte einfügen;
- sind mitten aus dem Alltag und der Beobachtung der Bedürfnisse der Bewohner/innen entstanden;
- haben sich entwickelt und sind gewachsen – von der Idee zur Ausführung;
- müssen zu den Menschen, zur Einrichtung und zu den Initiator/innen passen. Dies zeigt z. B. das Projekt der „Herbergssuche“: die heutigen Alten haben die Flucht erlebt, haben ihre Bleibe verloren, sind in unbehausten Zuständen groß geworden. Dadurch haben sie eine große Identifikation mit Maria. Die Bewohner/innen geben Maria – sofern sie dies wünschen – für eine Nacht Herberge. Ein Türschild erläutert, dass in dieser Nacht Maria bei N. N. Herberge gefunden hat. Das ist kein Theater für die Bewohner, sondern Anlass für Gespräch, Gefühl, Anteilnahme, echte generations- und erlebnisübergreifende Solidarität ... aus dem Glauben heraus.
- Wichtig: Jedes Angebot sollte authentisch aus der Spiritualität des / der Mitarbeiterin und der Bewohner hervorgehen.

Im Folgenden werden einige Projekte aus dem Kurs „Dem Glauben Gestalt geben“ vorgestellt.

- **Schutzengelprojekt** – Umzug eines Altenheims
- **Osterkreuz** – entwickelt von verschiedenen Abteilungen eines Altenheims
- **Marienhäuschen im Garten** – Gedenkort für die Verstorbenen der Bewohner
- **Herbergssuche** – Frauentragen – Maria Herberge geben
- **Abendrituale auf dem Wohnbereich**

Die Mitarbeiter erleben in der Arbeit und durch die Arbeit mit den Bewohnern den Glauben.

Auf zwei Gefahren möchten wir hinweisen:

1. Gefahr: in Aktionismus zu verfallen, alles sammeln mit Blick, es irgendwann einmal einsetzen zu können
2. Gefahr: die „Das geht bei uns nicht“ – Bremse

4. Mein/Unser Prozess Dorothea Polaczek

Wir möchten Sie gerne motivieren, selber einmal zu überlegen, wo wir denn mit den Bewohner/innen ein kleines Glaubensprojekt starten könnten. Welche Anlässe gibt es? Welche persönlichen Zugänge kenne ich?

- Lernen am Modell – nicht kopieren!
- Andere Struktur, andere Organisation, andere Leitungen, andere Personen, andere Aufgabenschwerpunkte ...
- Unterschiedlich sind sicher auch die Tätigkeitsfelder, aber auch die Einrichtungs- oder Trägerkultur.
- Die eigene Tätigkeit als Sozialer Dienst, Einrichtungsleitung, Pflegedienstleitung, Wohnbereichsleitung, Pflegekraft, pastoraler Dienst usw.
- Wir bitten Sie, aus Ihrer Perspektive einmal die Kugel / die Spiritualität ins Rollen zu bringen oder gedanklich weiterrollen zu lassen für Ihren Tätigkeitsbereich.
- Es bedarf eines Anstoßes für einen kontinuierlichen offenen Prozess.
- Und es bedarf Gleichgesinnter, die man ermutigen kann, die Gegenwart Gottes zu entdecken und erlebbar zu gestalten.
- Wo möchten Sie ansetzen?

Vorstellung ausgewählter Projekte

Ein gemeinsames Kreuz – Karfreitag



Ein ganz ungewöhnliches Projekt hat sich durch den Anstoß der Leiterin des Anna-Hauses in Hürth entwickelt, die an dem Kurs „Dem Glauben Gestalt geben“ teilgenommen hat.

Durch die Beschäftigung mit den Festen des Kirchenjahres ist die Idee entstanden, alle Fachabteilungen und die Wohnbereiche des Hauses zu motivieren, sich mit einem Fest besonders zu beschäftigen und diesem Fest im Haus eine Gestalt zu geben. Es wurde angeregt, sich vor allem mit den weniger bekannten Festen auseinanderzusetzen. Jede Abteilung gestaltete so eine kleine Veranstaltung oder einen Impuls im Laufe des Jahres.

In diesem Zusammenhang kam es zu der besonderen Aktion, in der ein gemeinsames Kreuz für die Kapelle durch alle Abteilungen und Fachbereiche gestaltet wurde. Mit Blick auf das Kirchenjahr war der Auslöser der Karfreitag. Wie verstehen wir das Leben, den Tod, und welche Hoffnung trägt uns aus dem Glauben?

Das Kreuz wurde in 13 verschiedene „Puzzleteile“ zerlegt. Sie waren der Ausgangspunkt des Projektes und wurden an

Mitarbeiter/innen und Bewohner/innen im Haus verteilt mit dem Auftrag, das jeweilige Teil mit ihrer Vorstellung zu bemalen. Es gab keine gemeinsamen Absprachen, keine gemeinsam abgestimmte Form der Gestaltung. Stattdessen bildeten Freiheit und Kreativität, aber auch die eigene Beschäftigung mit den Fragen des Lebens die Grundlage für die Gestalt.

Ein spannender Prozess begann.

An dessen Ende wurde aus den jeweils individuell gestalteten Teilen ein Ganzes; ein lebendiges und buntes Kreuz, vielfältig in der Auswahl der Motive, das Anlass gab für viele Gespräche.

In der Folge gab es sozusagen Gespräche unter oder am Kreuz, denn es wurde auf Wanderschaft geschickt durch die Wohnbereiche. Am Schluss stand ein Gottesdienst, in dem das Kreuz seinen neuen Ort in der Kapelle fand. Im Ergebnis wurden nicht nur die Puzzleteile zusammengeführt, sondern auch die Menschen im Haus – und das auf der Basis des Glaubens.

Projekt Anna-Haus, Hürth

Literatur

Gabriele Mehlem, Dorothea Polaczek, Bruno Schrage

- Burkhard Baumann u. Peter Abel: *Seelenpflege. Qualitätsentwicklung und Seelsorge im Alten- und Pflegeheim, Hildesheim 2003 – Bischöfliche Stiftung „Gemeinsam für das Leben“.*
- Bruno Schrage: *„Seelenpflege“ in caritativen Einrichtungen: ZS Pastoralblatt für die Diözesen Aachen, Berlin, Essen, Hildesheim, Köln und Osnabrück, 11-2009, S. 330 - 37.*
- Doris Nauer: *Seelsorge in der Caritas. Spirituelle Enklave oder Qualitätsplus, Freiburg i. Br. 2007.*

Abendrituale

Ausgangspunkt für dieses Projekt ist eine immer wiederkehrende Beobachtung, dass die Nacht bei manchen Bewohner/innen Unruhe und Angst erzeugt und bei anderen die wohlverdiente Ruhe bringt. Die Nacht wird von den Menschen sehr unterschiedlich erlebt, und dies ist für das Pflegepersonal manchmal mit großen Belastungen verbunden.

In dieser Situation kam es in einer Einrichtung in Kaarst in Zusammenhang mit dem Kurs „Begleiter in der Seelsorge“ zu der Überlegung, ob Abendrituale, die den Menschen von früher vertraut sind, beim Einschlafen und beim Übergang in die Nacht helfen könnten. Ob ein wiederkehrendes Ritual sogar unter Umständen dazu beiträgt, dass die Menschen deutlich ruhiger schlafen und die Nacht so das Quälende verlieren würde.

Eine Befragung der Bewohner/innen ist notwendig, um festzustellen, ob es und welche und ob es Erinnerungen an Abendgebete

und –lieder aus Kindertagen gibt, aber auch aus der Zeit, wo sie selbst Eltern waren.

In besagter Einrichtung wurde festgestellt, dass nicht nur das Gebet, sondern auch der Segen eine große Bedeutung hatte. „Es segne dich der allmächtige Vater, der Sohn und der Heilige Geist“, ist ein vertrauter Gestus.

Mit dieser zärtlichen Geste ist das Gefühl von Geborgenheit, aber auch das Gefühl von Trost verbunden. Diese mütterliche Geste weckt Bilder und Erinnerungen an zu Hause.

Damit war die Entscheidung gefällt, ein Abendritual einzuführen.

Der Weg der Umsetzung kann folgendermaßen aussehen:

- Abstimmung mit der Wohnbereichsleitung
- Information der Pflegemitarbeiter/innen
- Beschaffung von Material
- Beschäftigung mit den Biografien der Bewohner/innen

- Ansprache von Bewohner/innen

Die ersten Erfahrungen waren positiv und führten zu der Beobachtung, dass manche Bewohner/innen nach dem Abendsegen bzw. -gebet eine ruhigere Nacht verbringen. Bei einigen Bewohner/innen zeigte sich, dass zunächst ein passendes Ritual zu finden war, das der jeweiligen Biografie entspricht. Hier waren und sind Sensibilität und Aufmerksamkeit gefragt.

Damit das Ritual von allen pflegenden Mitarbeitenden durchgeführt werden kann und es nicht dem Zufall überlassen bleibt, ob es geschieht oder nicht, ist es wichtig, dass Gebetstexte auf den Zimmern vorhanden sind. Sinnvoll ist es, Lieblingsgebete der Bewohner/innen und kleine Texte zu sammeln, die dann in laminierten Form in die Zimmer gelegt werden, sichtbar für Pflegenden und Angehörige.

*Projekt Ursula Krückels,
Vinzenz-Haus, Kaarst*

Ort des Gedenkens – Marienhügel – Ort der Muße



Im Zuge des Kurses „Dem Glauben Gestalt geben“ entstand die Projektidee für Bewohner/innen, aber auch für Kollegen/innen eine Möglichkeit des Rückzuges, des Gedenkens, der Muße, aber auch einen Ort des Träumens, des Erinnerns zu schaffen.

Am Anfang stand die Beobachtung, dass viele Bewohner/innen und auch man-

che Mitarbeiter/innen nicht mehr die Gräber der Angehörigen auf dem Friedhof besuchen können. Der „Marienhügel“ sollte hier einen adäquaten Ersatz bieten. Der Ort sollte so gestaltet werden, dass Blumen hingestellt und Kerzen angezündet werden können.

Die Idee ist, diesen Ort zu einem Ort des Rückzuges für alle werden zu lassen.

Aus dem Projektbericht:

Ein ehemaliger gemauerter Grill in unserer Gartenanlage schien uns auf Anhieb genial geeignet zu sein, da er nicht genutzt wurde. Hier sollte die Maria eine Heimat finden, urig untergebracht in einem Steinhaus. Die Umsetzung war dann nicht mehr so schwierig.

Der Grill wurde freigeräumt und gereinigt. Eine holzgeschnitzte Maria wurde gefunden. Eine Zwischenplatte wurde eingesetzt, damit die Maria sichtbar wurde.

Den Hügel durch Ziersplitt gestaltet

Unser geschaffener „Marienhügel“ ist fast fertig, es fehlt noch ein rankendes Gewächs, das, aus dem früheren Kamin wachsend, sich im Laufe der Zeit über den Marienbau legt. Geplant ist, hier in Zukunft auch kleine Andachten zu halten.

*Projekt Caritas-Seniorenzentrum,
Pulheim*

Frauentragen: ein schöner neuer – alter – Brauch

Darunter wird der Brauch der Herbergsuche der Muttergottes verstanden.

Das bedeutet, dass eine Marienstatue oder eine Marienikone in der Adventszeit von Haus zu Haus wandert.

Übertragen auf die Situation im Altenheim, könnte das bedeuten, dass eine Marienstatue von Zimmer zu Zimmer getragen wird oder alternativ von Station zu Station. Hierzu werden eine feste Zeit und ein kurzer strukturierter Ablauf festgelegt (s. u.). Im Vorfeld werden die Bewohner/innen gefragt, wer der Muttergottes für eine Nacht eine Herberge geben möchte.

Die Marienstatue bleibt jeweils über Nacht in dem jeweiligen Zimmer und wird am nächsten Tag zu einer anderen Herberge getragen. Das Überreichen der Statue wird von Gebeten oder Adventsliedern begleitet. Das Zimmer erhält ein Türschild für diese Nacht.

Das Überreichen der Statue und die damit verbundene kleine Feierstunde geben den Menschen Gelegenheit, sich auf Weihnachten vorzubereiten. Es ermöglicht Besinnung und Begegnung.

Eine mögliche Feierstunde könnte so aussehen: Die Figur erhält einen Platz

in dem Zimmer / auf der Etage. Ein kleiner Tisch wird hierzu dekoriert, z. B. mit Decke, Blumen etc.

Gemeinsam wird dann gebetet und gesungen:

- „Gegrüßet seist du, Maria ...“, Gotteslob 2 (6)
- Magnifikat, Gotteslob 127
- eine Bitte für jemanden im Haus, z. B. für jemanden, der erkrankt ist (Bewohner/in, Mitarbeiter/in, Angehörige ...) oder jemanden, der zurzeit im Sterben liegt
- „Gegrüßet seist du, Maria ...“, Gotteslob 2 (6)

- Segen
- Adventslied

Es ist schön, wenn danach Gelegenheit besteht, noch kurz zusammen zubleiben: bei Saft, Glühwein oder Weihnachtsgebäck.

Am kommenden Tag wird die Maria zu der nächsten Herberge getragen.

In manchen Gegenden wird dieser Brauch vom 15. bis 24. Dezember praktiziert. In der Auswahl des Zeitraums und der möglichen Gestaltung gibt es aber keine Festlegung.

*Projekt Caritas-Altenzentrum
Sebastianusstift, Hürth*



Schutzengel

In der Arbeit mit den 79 Bewohnern der stationären Altenhilfeeinrichtung Stahl'sches Stift stellen wir immer wieder fest, dass Schutzengel für die Menschen dieser Generation unabhängig von der Konfession eine sehr große Bedeutung haben. Sie sind ein Sinnbild für deren religiöse Beheimatung und kirchliche Sozialisation. Sie sind Boten Gottes und Reisebegleiter.

So kam es in der Fortbildung „Dem Glauben Gestalt geben“ zu der ungewöhnlichen Idee. Unsere Einrichtung wird bald umziehen in ein neues Gebäude nach Brauweiler. Für die Einrichtung sollte eine Engelfigur geschaffen werden, die die Hausgemeinschaft bei dieser „Reise“ begleitet und zugleich einen festen Platz im neuen Haus bekommen sollte.

Es wurde festgelegt, dass

- dieser Engel speziell für unser Haus angefertigt wird;

- der Prozess des Schaffens öffentlich ist und begleitet wird von einem Rahmenprogramm;
- die Bewohner/innen sozusagen am Schaffensprozess beteiligt werden, weil sie dem Künstler bei der Arbeit zuschauen können;
- der Engel ein Begleitengel für die Bewohner/innen werden sollte.

Wir hatten die Hoffnung, dass durch die öffentliche Gestaltung der Engelfigur die Bewohner/innen miteinander ins Gespräch kommen über die eigenen religiösen Einstellungen und Haltungen und dass der Engel im Laufe des Prozesses so für den ein oder anderen „lebendig“ wird.

Weiterhin haben wir die Hoffnung, dass der Engel zu einer Schutzengelfigur, zum „behütenden Reise-begleiter“ wird, ganz im Sinne der biblischen Erzählung von Tobias und dem Erzengel Raphael. Der Umzug

könnte so vom Gefühl der Geborgenheit und des Vertrauens getragen sein.

Der Schaffens- und Gestaltungsprozess des Engels wurde beendet mit dem Schutzengel fest am 2. Oktober. Im Rahmen eines Gottesdienstes wurde der Engel an das Haus übergeben.

Der Engel hat vorerst seinen festen Platz in der Kapelle unseres heutigen Hauses bekommen, damit er an diesem Ort die Bewohner/innen und Mitarbeiter/innen einlädt zu Meditation, Gebet und Ruhe.

Im neuen Haus wird er die Bewohner/innen und Mitarbeitenden im Eingangsbereich empfangen. Der Engel wird selbst zum Boten des Aufbruchs, zur vertrauten Brücke und zur Zusage, dass wir mit Gottes Segen in eine neue „Heimat“ ziehen.

*Projekt Stahl'sches Stift, Fliesteden
Projektförderung Stiftung „Daheim im
Heim“ und „Erzbistum Köln“*

Das demenz balance-Modell[©]

Der andere Ansatz in der Bildungsarbeit

Workshop

Barbara Klee-Reiter / Ines Jonas

Wesentlich für eine angemessene Begleitung von Menschen mit Demenz ist es, zu verstehen, welche Bedeutung die Erkrankung für die Betroffenen hat: Wie fühlt es sich an, demenzkrank zu sein? Wie ist es, ständig und zunehmend mit Verlusten konfrontiert zu werden? Welche Gefühle sind damit verbunden, wenn das Wissen über und um sich selbst verloren geht?

Die Fortbildnerin Barbara Klee-Reiter hat eine Methode entwickelt, mit der es möglich wird, den eigenen Empfindungen im Umgang mit existenziellen Verlusten zu begegnen und so der inneren Welt von Menschen mit Demenz ein Stück näher zu kommen.

Und so erleben diejenigen, die sich auf die Methode einlassen, anhand einer Selbsterfahrung, wie es ist, wenn nach und nach die eigene Wirklichkeit entgleitet und man die Kontrolle über sich und seine Welt verliert. „Für mich ist eine Grundvoraussetzung im Umgang mit Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, dass es eine Vorstellung davon gibt, was es heißt, die eigene Identität und somit das Wissen um sich selbst zu verlieren. Wer selber erfahren hat, welche Gefühle und Bedürfnisse damit verbunden sind, entwickelt ein ganz anderes Verständnis und somit auch eine andere Haltung im Umgang mit Demenzkranken“, ist sich Barbara Klee-Reiter sicher.

Bei ihren Seminaren beginnt sie damit, den Teilnehmenden 16 Fragen bezüglich der eigenen Biografie zu stellen. Die Fragen beziehen sich sowohl auf die Vergangenheit, Gegenwart als auch für die Zukunft. „Welche Person hat Sie in Ihrer Kindheit positiv beeindruckt? Was bringt Sie so richtig auf die Palme? Welchen Traum möchten Sie sich in Zukunft gerne erfüllen?“ Dann werden sie gebeten, ihre Antworten in Stichworten in ein beliebiges Kästchen der Arbeitsmaterialien, die symbolisch eine Person darstellen, einzutragen. Die Vorlage, die Barbara Klee-Reiter dazu entwickelt hat, steht für die Identität der Teilnehmenden.

In drei Schritten erleben sie, wie ihnen immer mehr „Lebens-Abschnitte“ und

Kompetenzen aus ihrer „Person“ abhandeln und ihr Identitätsgefüge aus der Balance gerät. „Stellen Sie sich vor, wie es ist, ohne die Erinnerung an bestimmte Lebensphasen, an Erfahrungen, an bestimmte Menschen und all das, was einem wichtig war, zu leben. Die Gefühle und die Bedürfnisse, die mit dieser Vorstellung verbunden sind, werden nach jedem Schritt verbalisiert und reflektiert“, erklärt die Dozentin.

Schon in der ersten Phase, wenn drei von 16 Abschnitten fehlen, fühlen sich die meisten „wie aus dem Gleichgewicht geraten“, haben aber noch die Hoffnung, sich mit Hilfe von anderen wieder in Balance bringen zu können. Als schließlich zehn symbolisierte Lebens-Abschnitte und -Erfahrungen fehlen, gibt es diese Hoffnung nicht mehr. Einige Teilnehmende äußern starke Gefühle wie Angst, Hilflosigkeit, Leere oder Unsicherheit. Andere verweisen auf die Wichtigkeit der ihnen verbliebenen Abschnitte und haben das Gefühl, damit zurechtzukommen. Auffallend ist, wie unterschiedlich gerade in der letzten Phase des Modells, wenn fast alle Abschnitte verloren gegangen sind, die Gefühle der Anwesenden sind.

Wie auch immer diese ausfallen, sie werden zum Schluss wieder „aufgefangen“. „Denn mir ist wichtig, dass die Teilnehmenden wieder im ‚Hier und Jetzt‘ ankommen. Aber wenn möglich mit einer veränderten inneren Haltung“, wünscht sich die Dozentin. Bei den meisten scheint das der Fall zu sein. „Ich hätte nie gedacht, dass es möglich ist, so real die Situation von Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, nachvollziehen zu können“, hieß es von einer Teilnehmerin. Und eine andere meinte: „Durch die Selbsterfahrung habe ich eindrücklich erlebt, wie mit den zunehmenden Verlusten mein inneres Gleichgewicht verloren ging. Ich habe eine Ahnung davon bekommen, mit welchen Gefühlen ich zu kämpfen hätte, aber auch welche Bedürfnisse dann bei mir im Vordergrund stünden.“

Diese Erfahrungen erklärt der Demenz-Experte Christian Müller-Hergl so: „Anhand

der kontrolliert inszenierten existenziellen ‚Verluste‘ wird die Distanz zu Menschen mit Demenz als Fremden vermindert und eine Desorganisation des eigenen Lebens ansatzweise erfahrbar und zum Ansatzpunkt für Kontaktmöglichkeiten gemacht.“

Barbara Klee-Reiter möchte mit ihrem demenz balance-Modell[©] in erster Linie Lehrende ansprechen, die durch ihre Bildungsarbeit neben der Fachkompetenz insbesondere die Haltung und die Selbst- und Sozialkompetenz von Seminarteilnehmenden im Umgang mit Menschen mit Demenz fördern möchten. „Ich möchte vermitteln, wie sehr Menschen mit Demenz auf Personen angewiesen sind, die sich in ihre Welt einfühlen können und versuchen, ihre ganz persönliche Art des Erlebens, Denkens und Fühlens zu verstehen. Wenn deutlich wird, dass sich nährenden Beziehungen und der ressourcenorientierte Umgang positiv auf die Lebensqualität der Erkrankten auswirken, dann hat sich die Arbeit mit dem demenz balance-Modell[©] gelohnt.“

Literatur

Barbara Klee-Reiter

- Bradford Dementia Group: *Dementia Group: Dementia Care Mapping (DCM) 8. Grundlagen und praktische Anwendung*, Witten (Private Universität Witten/Herdecke) 2009.
- Brooker, Dawn: *Person-zentriert pflegen. Das VIPS-Modell zur Pflege und Betreuung von Menschen mit einer Demenz*, Bern: Verlag Hans Huber, 2009.
- Kitwood, Tom: *Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*, Bern: Verlag Hans Huber, 2000.
- Welling, Karin: *Interaktionen mit Menschen mit Demenz*, Brake: Prodos-Verlag, zweite Auflage 2009.
- Müller-Hergl, Christian: *Aus Sicht des Subjektiven*. In: *Demenz Support Stuttgart* (Hrsg.). Im Brennpunkt: *Lebensqualität/Pflegequalität* (S.105-130). Stuttgart: Demenz Support, 2004.

Rituale im Umkreis des Todes

Workshop

Dr. h. c. Erhard Weiher, Kath. Klinikpfarramt, Uniklinik Mainz

Seit 20 Jahren arbeite ich als Klinikpfarrer an einer Universitätsklinik. Also am Ort der Maximalmedizin. Das ist nicht unwichtig zu bemerken: Denn dort werden weitgehend die Signale gestellt, die die Auffassung von Leben und Tod in der Bevölkerung bestimmen – also bei den einzelnen Menschen, denen wir begegnen. Denn die Medizin ist es, die mit ihrer Maximalbehandlung in Aussicht stellt, dass der Tod erst einmal verhindert werden kann – und das immer wieder und in jeder neuen Krise wieder. Das hat erhebliche Konsequenzen dafür, in welchem Bewusstsein heute Menschen sterben und wie die Umstehenden den Tod erleben. Es hat also auch Folgen dafür, wie Menschen trauern. Das ist vielleicht noch mal anders im Hospiz- oder Palliativzusammenhang. Dort sind die Signale auf Sterben gestellt. Aber auch dort möchten Menschen noch möglichst lange leben.

Die „Landschaft“, in der Menschen heute sterben

Ich möchte das kurz historisch nachzeichnen, damit wir die heutige Situation besser verstehen. Wenn vor 100 Jahren ein Mensch schwer krank wurde, ist er entweder bald gestorben, oder er war bald wieder gesund. Das Sterben verlief vergleichsweise schnell und absehbar. Es war sozusagen „linear“ und unaufhaltsam. Später haben wir gelernt, dass der Mensch dabei „Phasen“ durchmacht – und die haben suggeriert, dass die beobachtbar seien und der Verlauf sozusagen mitzuverfolgen wäre. Inzwischen ist durch die Medizin das Sterben „verlängert“ worden. Man kann sagen, es ist in eine chronische Krankheit verwandelt worden. Und eine chronische Krankheit und die Gebrechen des Alters enthalten immer wieder die Hoffnung, noch lange damit leben zu können.

Diese Veränderung hat noch eine weitere Konsequenz. Menschen sterben heute vielfach – trotz der medizinischen Aufklärung – „plötzlich und unerwartet“. Zumindest ist das so im Erleben der Angehörigen. Denn bis kurz vor dem Tod hat die Medizin ja noch andere Signale gestellt. Das Sterben ist zwar objektiv länger geworden, aber der Tod tritt – subjektiv – eher plötzlich ein. Das verändert das Trauererleben der Zurückblei-

benden. Sie hatten sich mit der chronischen Krankheit arrangiert und ihr Leben darauf umgestellt. Der dann „plötzlich“ eintretende Tod verlangt von den Professionellen eine neue Aufmerksamkeit. Und keine vorschnelle Bewertung, wenn wir z. B. in Todesanzeigen lesen: „nach langer schwerer Krankheit plötzlich und unerwartet verstorben“.

Zur historischen Skizze gehört auch die Rolle der Religion und der Seelsorge. Im Laufe der Neuzeit hat immer mehr die Medizin die Deutungshoheit bei Krankheit, Sterben und Tod übernommen. Was sollte die Religion noch am Krankenbett, wenn es doch die Medizin war, die etwas gegen das Sterben und den Tod unternehmen konnte? Die Rituale der Religion galten als ohnmächtig und leer gegenüber den Ritualen der Medizin. Die Religion hat sich daher immer mehr zurückgezogen und erst am Ende, kurz vor dem Sterben, die Seele sozusagen für das Jenseits vorbereitet. Mit dem Körper hatte sie immer weniger zu tun. Es ging nur noch um die „Seele ohne Körper“, während die Medizin den „Körper ohne Seele“ behandelte. Der Religion blieb nur das Ritual kurz vor dem Tod. Mit Elisabeth Kübler-Ross wurde allmählich – gegen Ende der 60er-Jahre – das Sterben als psychischer Prozess entdeckt.

Immerhin wurde die Rolle der „Psyche“ wieder entdeckt, wenn auch nicht mehr die der „Seele“.

Also sowohl die Medizin wie die Religion haben im Laufe der Moderne eine Lücke hinterlassen: Die Medizin arbeitete im Leben gegen den Tod, die Religion arbeitete gedanklich bereits im Jenseits, jenseits des Todes. Das Aufkommen der Hospiz- und später Palliativbewegung hat das Sterben wieder in die Gesellschaft zurückgeholt – und sie sind noch dabei, dieses weiter zu verankern. „Die Rückkehr des Todes“ heißt daher der Titel eines Buches von Tony Walter (1994).

Wir treffen die Menschen heute an anderer Stelle an als früher: Sie wollen Sterben und Tod in der Postmoderne authentisch erleben, nicht wie noch in der Moderne entfremdet, verborgen, schweigend. So sind sie auch beim Tod besonders verletzlich und brauchen Seelsorge; „Seelsorge im weiteren Sinn“: Sorge für die Seele.

Noch eine Bemerkung zum Kontext des Todes heute. Die Sterbezeit, die Todeszeit und die Weiterlebezeit müssen zusammen gesehen werden. Der Tod ist nicht ein isolierbarer Punkt im Gesamtgeschehen, sondern ein Gesamtprozess: Die Trauer vor dem Tod (Sterbetrauer), die Todestrauer selbst und die folgende Trauerzeit gehören zusammen. Die inneren Verläufe der Sterbetrauer und der Nach-dem-Tod-Trauer sind zwar verschieden, aber was in der Sterbezeit geschieht, was beim Tod geschieht (und nicht geschieht), hat Auswirkungen auf die Trauer nach dem Tod – auf das „Weiterleben ohne dich“. Die neuere Trauerforschung ist nicht mehr nur totenzentriert und sterbendenzentriert (wie das ja auch die Religion lange Zeit war: Sie hatte nur den Sterbenden und den Verstorbenen im Blick). Wir müssen heute systemisch denken: Der Patient ist nicht ein sozial, psychisch und spirituell isolierbarer Körper. Mit dem einzelnen Menschen stirbt vielmehr ein ganzes System. Mit Tod droht nicht nur ein „Zimmer im Haus des Lebens“ sozusagen unbewohnbar und leer zu werden, sondern das ganze „Haus des Lebens“ wird unbewohnbar. Das „Dach“, das Menschen bisher gemeinsam über ihr Leben konstruiert haben, stürzt jetzt ein. Wir müssen also auch angehörigen-, also trauerndenzentriert denken lernen. Die Angehörigen sind beim Tod nicht nur Beistehende, sondern Betroffene, zutiefst Getroffene. Daher hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bei ihrer Definition der Palliativversorgung die Angehörigen mitgenannt: Die Palliativversorgung soll sogar Trauerunterstützung für die Zeit nach dem Tod leisten. Wie soll das gehen?

Ein erster Hinweis wurde schon genannt: Was vor und beim Eintritt des Todes geschieht, geht tröstend – oder verletzend – mit in die Trauerzeit.

Das ist nur eine kurze Skizze, und das sind nur wenige Punkte in der Landschaft, in der der Tod heute geschieht. Solche Punkte sind also:

- das lange Sterben und der plötzliche Tod,
- die Wiederkehr des Todes in der Gesellschaft

- und die Einheit von Sterben, Tod und Trauer.

Im Folgenden ist das Thema nicht die Begleitung der Sterbetrauer, sondern die der Todestrauer.

Die Rolle und Aufgabe der Begleiter

Was heißt das jetzt für die Helfer und natürlich auch für die Seelsorge und für die Religionsbeauftragten?

Ein Modell, um sich zu veranschaulichen, wie die Betroffenen den Eintritt des Todes erleben und was sie hier brauchen, ist die „Trawerschleuse“. Das Modell von der Schleuse hat R. Smeding für die Zeit des Übergangs von der Krankheit bis zur Beerdigung angewandt (vgl. R. Smeding, E. Weiher: Tot und begraben? Der Seelsorger als Schleusenwärter).

Was bedeuten „Trauer-“ und „Todesschleuse“?

Beim Tod stürzt der Fluss des Lebens in die Tiefe. Die Frage ist: Stürzt dann auch das Boot, mit dem die Menschen durchs Leben fahren, den Katarakt hinunter und zerschellt? Die Aufgabe ist also: Das „Boot“ muss von einem Niveau auf ein anderes gehoben oder gesenkt werden.

Die Gesellschaft und die Kultur haben eine Übergangszeit („Schleuse“) für den Übergang des Todes zur Verfügung gestellt: Das sind drei bis fünf Tage, um sich der Wirklichkeit des Todes anzunähern und den Abschied vorzubereiten. Früher wurde diese Übergangszeit durch Übergangsbräuche wie z. B. Totenwache gestaltet.

Was betrifft hier die ärztliche Rolle?

Die sterbeseitige Tür wird durch den Tod „geschlossen“. Der Arzt hat die Aufgabe, den Tod festzustellen. Der Todeseintritt ist ein physiologischer Vorgang. Man kann ihn rein sachlich und materiell als Augenblick sehen, der objektiv beobachtbar ist.

Subjektiv sehen aber die Angehörigen den Verstorbenen noch als Lebenden, als Patienten. Die Synapsen im Gehirn können gar nicht so schnell umschalten von „gerade noch lebend“ auf „jetzt schon tot“. Die nicht betroffene Umgebung redet hier zu schnell von Nicht-wahrhaben-Wollen und Verdrängung. Das wird dem Erleben der Angehörigen nicht gerecht:

Für sie ist der Verstorbene noch leibhaftig da, er atmet scheinbar noch, er bewegt sich

scheinbar noch. Hier liegt also keine „Leiche“, sondern „mein Mann“, „die Oma“, „der kleine Timm“. Der Verstorbene ist noch Adressat von Beziehungen, der Kommunikationsraum zwischen ihm und den Angehörigen ist noch offen.

Das gilt auch für die spezielle Situation bei Hirntod und Organentnahme. Für die Angehörigen ist die Tür noch offen, für die Mediziner ist sie schon geschlossen: Durch die Hirndiagnostik wird der Tod dokumentiert. Ärzte können umschalten von Leben auf Tod, sie sind auf den Toten als „Leiche“ geschult; schon durch die Anatomie-Arbeit und den Präparierkurs werden sie darauf trainiert.

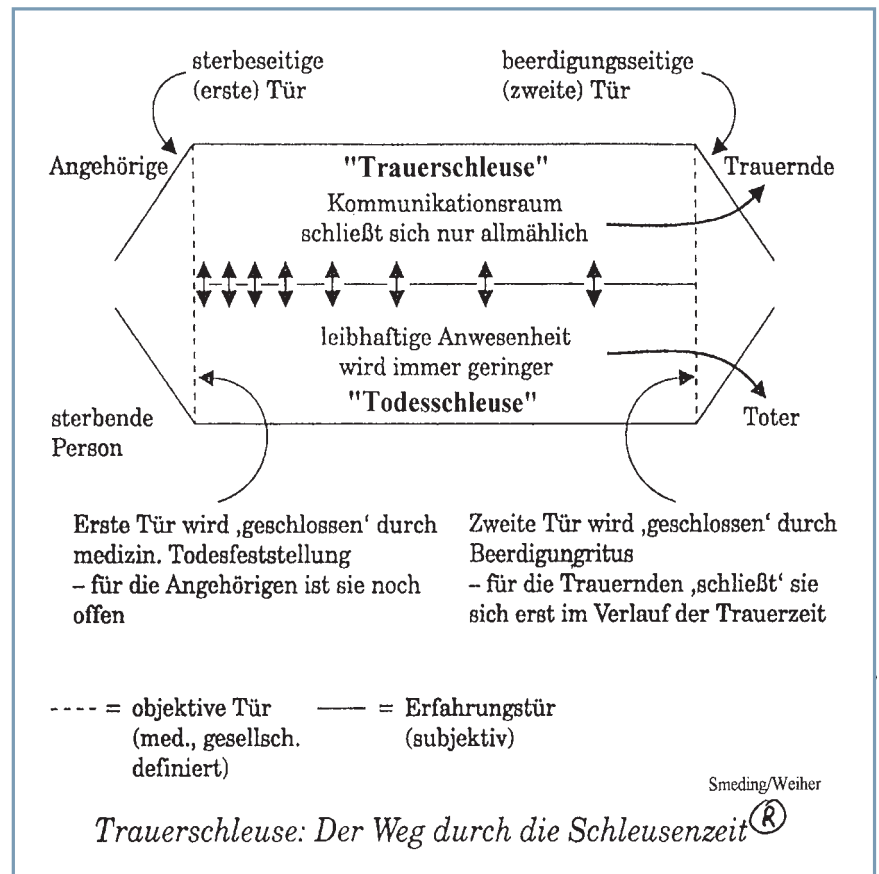
Aber der Tod ist subjektiv gesehen ein Prozess, kein isoliertes Ereignis. Da braucht es für die Durchfahrt des Lebensbootes Schleusenwärter. Sie sollen darauf achten, dass das Boot „heil“ über die Schwelle kommt.

Der Tod ist eine Übergangszeit, ein „liminaler“ Zustand, wie die Anthropologen sagen. Was macht man in dieser Zeit „dazwischen“, zwischen Leben und Tod? Tot ist doch tot; das kann man doch wie in der Moderne auch sauber und geräuschlos hinter sich bringen! Ist es nicht eher die Hilflosigkeit der Umstehenden – auch der Helfer, die das umstands-

los abhandeln wollen? „Tot ist tot“ – was soll man da auch machen? Die Medizin hat ja alle ihre Mittel vor dem Tod schon eingesetzt! Es gibt zwar nichts mehr zu machen, aber es gibt noch Wesentliches zu tun!

Ein kleiner Vergleich für die grundsätzliche Einstellung und Haltung, die dieser Zeit gerecht wird: Was machen eine Mutter, ein Vater, wenn sie abends ihr Kind ins Bett bringen und alles getan ist, was zu tun ist? Sie „machen“ noch etwas. Meine Mutter hat mir ein Kreuzzeichen auf die Stirn gemacht; oder ein Vater liest noch eine Geschichte vor. Das sind Einschlaf-Rituale. Das braucht das Kind, und das braucht die Mutter. Dann ist sozusagen die Welt in Ordnung – obwohl jetzt die Nacht kommt und das Alleinsein des Kindes. In diese Geste legt die Mutter ihre Fürsorge hinein: „Es wird doch gut gehen heute Nacht.“ Also das brauchen Patienten und Angehörige, und das brauchen auch die Helfer: Qualifiziert handeln können im Angesicht des Ungewissen und des Geheimnisses, der Nacht, der Reise, des Abschieds – denn die enthalten alle ihr „Geheimnis“.

Ich nenne das das „Begehen“ des Sterbens und des Todes. Sterben und Tod wurden zu allen Zeiten von der Menschheitsgemeinschaft „begangen“. Es gilt also



nicht: Jetzt ist für die Medizin nichts mehr zu tun, jetzt warten wir einfach ab, bis der Mensch tot ist, sondern wir begehen auch die Sterbezeit und den Todesstreifen. Es gibt Wirklichkeiten im Leben, die kann man weder erklären noch analysieren, noch sonst etwas mit ihnen machen; man kann sie nur „begehen“. Denn die haben ihr „Geheimnis“. Übergangserfahrungen wie Geburt, Erwachsenwerden, Schuleintritt, 60. Geburtstag haben, aber auch Sterben und Tod – die kann man nur begehen. Die Menschheitsgemeinschaft hat dafür Rituale und Begehungen. Rituale und Gesten fassen und „sagen“ etwas – einfach durch Tun. Sie begehen die Unsicherheit, das Unsagbare, das Geheimnis dieses Augenblicks und übergehen sie nicht oder meiden diese Situation nicht. Sie geben dem Leben und seinen Ereignissen eine Bedeutung.

Sie sagen das weniger durch kluge und weise Worte, sondern durch Darstellung: „Was ihr Angehörigen jetzt erlebt, das ist nicht sinnlos und absurd, sondern das hat eine hohe, lebensprägende Bedeutung.“ Die Gesellschaft sagt nicht: Das geht halt vorbei, sondern: Wir widmen dem Zeit und Aufmerksamkeit, Raum und Zuwendung. Und wir inszenieren das. Es gibt eigene Verfahrensweisen und Symbole für solche schlimmen und erschütternden Ereignisse.

Die Nicht-Religionsvertreter denken jetzt vielleicht: Na ja, Rituale, das ist Sache der Kirchen und der Theologen. Aber Vorsicht: Rituale sind anthropologisch begründet. Auch der Arzt hat Rituale; allein schon, wie man die Visite macht, wie man einem Menschen die Lunge abhört oder den Tod feststellt. Angehörige spüren, ob die Professionellen dann nur routiniert und funktionell handeln oder ob hier das Leben und der Tod „begangen“ werden. Auch der wortlose (nicht nur starr-stumme) Augenblick des Schweigens kann eine qualifizierte Begegnung mit den Betroffenen sein.

Wir Helfer tragen nämlich außer unserer funktionellen Rolle auch eine symbolische Rolle. Wir stehen nicht nur für „physiologisches Ende des Lebens“, sondern auch für eine grundlegende Wahrheit:

Hier ist der Tod ins Leben eingebrochen. Hier hat sich etwas elementar Entscheidendes ereignet, etwas total Lebensveränderndes.

Dafür stehen Arzt und Seelsorge auch. Wir stellen auch etwas vom Geheimnis des

Lebens dar: von seiner Funktionsfähigkeit und Heilbarkeit, aber auch vom Ende und vom Tod. Das hängt an unserer Rolle, das können wir nicht abstreifen. Wir sind auch Kündler des Todes, wie wir auch Diagnostiker des Lebens sind. Wir repräsentieren auch etwas von der Ordnung des Lebens, zu der der Tod gehört. Rituale und Aufmerksamkeiten sagen auch etwas von der Würde dieses Sterbens und der Würde der Trauer.

Sicher merkt der Verstorbene nichts mehr davon – wie bei der anatomischen Präparation, aber Begehungen sind ja auch ein Signal für die Gesellschaft. Denn sie sagen etwas darüber, was passiert, wenn man stirbt oder tot ist. Ein Ritual am Totenbett gibt dem Verstorbenen einen würdigen Platz unter den Toten und den Angehörigen einen würdigen Platz unter den Lebenden.

Ein unscheinbares Beispiel: Was sagen Sie als Erstes nach dem Tod eines Patienten den Angehörigen? „Herzliches Beileid“? Haben Sie eine Formel für diese unsägliche Situation? Ist „herzliches Beileid“ eine reine Floskel? Nichtssagend? Nein, denn eine Formel „sagt“ etwas: Der Angehörige erfährt jetzt ein erstes Mal, wer er jetzt ist: einer, zu dem man jetzt dieses Wort sagt. Ein erstes Signal für die verlorene und für die neu zu findende Identität ohne den Verstorbenen. Jetzt wird die Ehefrau zur „Witwe“. Ein Ritual entlastet. Was soll man außer schweigen auch sonst sagen?

Warum ist das alles so wichtig? Der Tote merkt doch nichts mehr. Es ist wichtig wegen der Trauer. Und wegen der Würde von Tod und Trauer.

Was brauchen die Betroffenen beim Eintritt des Todes?

Diese Fragestellung ist relativ neu. Einmal aus dem schon angedeuteten Grund: Bei der heutigen Medizin tritt der Tod subjektiv oft plötzlich ein. Für die Umstehenden kippt die Hoffnung plötzlich um in totale Leere. Der Weg zum Sterben fehlt oft, die Medizin hat ja lange von der Auseinandersetzung mit dem Tod und seiner Dramatik abgelenkt. Aber jetzt ist die Dramatik da. In der Entwicklung der Trauer-Unterstützung mussten wir in den letzten Jahren umdenken. Die Trauerforschung hat bis vor zehn bis 15 Jahren als erste Phase nach dem Tod nur den „Schock“ genannt – d. h., die Angehörigen galten dann als total betäubt, wie in Watte, sie könnten sowieso nichts wahrnehmen und aufnehmen. Davon wurde der

Mythos abgeleitet, sie seien wie in Narkose, aus der sie erst nach vielen Stunden oder Tagen wieder aufwachen würden. Untersuchungen zeigen allerdings, dass 92 Prozent der Betroffenen sagen, in der Zeit nach dem Tod seien ihre inneren Reaktionen am heftigsten gewesen. 58 Prozent sagen, da sei der Tiefpunkt ihres Traumas gewesen. Trauernde haben die Zeit unmittelbar vor und direkt nach dem Tod lebhaft in Erinnerung, nach Jahren noch. Sie können bis aufs Detail genau erzählen, wie die Begegnung mit dem Notarzt war, die mit dem Arzt auf der Intensivstation, der Anruf beim Hausarzt... Das geht alles prägend mit in die Trauerzeit. Es gilt also sehr wohl, von Seiten der Professionellen zu reagieren und diese Stunde nicht zu übergehen. Ein einfaches Beispiel: Wenn der Notarzt nach erfolgloser Reanimation im Haus nicht einfach eine Unterschrift verlangt, sondern sich wenige Sekunden Zeit nimmt, um dem gerade Verstorbenen behutsam die Augen zu schließen und ihm liebevoll darüberzustreichen, dann werden die Angehörigen dieses Bild tröstend mit in die Trauerzeit nehmen. Andernfalls wird eine schwer überbrückbare und eher verletzende Leere bei ihnen zurückbleiben.

Mit einer liebevollen Geste wird das Schlimme gut (nicht schön, aber gut). Eine Ärztin wendet sich nach der Leichenschau im Altenheim oder zu Hause noch einmal bewusst dem Verstorbenen im Beisein der Angehörigen oder des Pflegepersonals zu und streichelt dem Verstorbenen achtingvoll über das Haar. Das sind wenige Sekunden Mehrarbeit, und davon werden Tausende Stunden getröstet (nicht nur dadurch, aber auch dadurch) in der Trauerzeit. Das sind Beispiele für „Rituale“, rituelle Begehungen für die Arzt-Rolle.

Helfer sagen oft: „Das war eine Erlösung für Ihren Mann, Ihre Frau.“ Aber Vorsicht: Objektiv und auf längere Sicht war es das vielleicht, aber jetzt ist ja auch die totale Leere im Raum, da ist das Wort „Erlösung“ oft noch zu früh. Das Sterben des einen ist ja der Beginn der Trauer der anderen.

Ich denke, aus diesen wenigen Beispielen wird deutlich, wie wichtig und zugleich verletzlich die Zeit im Umkreis des Todes ist. Und wie wichtig unsere Rolle als Schleusenwärter ist. Ich werde am Schluss noch ein 180-Sek.-Programm für den Arzt vorstellen, das diesen Abschied beschreibt. Solche Gesten und Handlungen machen den An-

fang „gut“. Die weitere Trauer ist nicht mehr in unserer Reichweite, und doch werden hier gute Bilder verankert, mit denen die Menschen ihren Weg weitergehen können. Die Trauer selbst können wir nicht erleichtern oder verkürzen. Das sollen wir auch gar nicht. Das Einzige, was der Ungeheuerlichkeit des Todes und der Trennung gerecht wird, ist die Trauer. Diese Fähigkeit hat der Schöpfer dem Menschen mitgegeben zusammen mit der Zumutung des Todes. Seit Urzeiten müssen und können die Menschen trauern und so weiterleben. Unsere Aufgabe ist nur, ihnen das zu ermöglichen und dafür Zeit und Raum zur Verfügung zu stellen.

Was heißt das: Die Professionellen sollen im Umkreis des Todes gute Bilder moderieren?

Es gibt bei der Trauerschleuse mehrere Stellen, an denen die Schleusenwärter gebraucht werden.

1. Die Situation kurz vor dem Tod, wenn alles medizinisch Machbare gemacht ist. Da macht ein Ritual der Religion, der Kirche, den Übergang, die Schwelle zum Tod, begehbar. Früher war das die „Letzte Ölung“. Die sollte nach dem Konzil abgeschafft werden, aber nach wie vor verlangen die Menschen die „Letzte Ölung“. Dann ist für die Angehörigen alles für diesen einmaligen Durchgang des Lebens vorbereitet. Dann können sie ihren Sterbenden „gut“ gehen lassen. Die Tür zur Todesschleuse steht bereits offen, die Angehörigen trauen sich noch nicht richtig, das anzuerkennen. Hier sagt ein Ritual den Tod an, ohne dass wir das Wort ständig in den Mund nehmen müssen. Aber hier wird der Abschied begangen, ein erstes Mal ist das jetzt Wirklichkeit, und das wird ausgedrückt. Das gilt auch für die Situation „Hirntod“ und vor allem vor der Organentnahme: Das ist bereits eine Abschiedssituation (vor der Explantation).
2. Die zweite Situation ist die am Totenbett, auf die ich gleich noch mal eingehe. Hier wird die Todeszone begangen, nicht gemieden.
3. Die Situation in der Pathologie. Hier wird die Todeszeit begangen. Das gilt auch für die Situation nach der Explantation.
4. Die Situation, bei der der Verstor-

bene bereits beim Bestatter aufgebahrt ist und die Angehörigen ihn noch mal sehen können (oder die Tochter, die aus Amerika anreist).

5. Die Beerdigung. Hier wird die Todesgeschichte abgeschlossen, das ist der letzte äußere Abschied. Der innere Abschied dauert eine ganze Trauerzeit, von Monaten bis zu Jahren.

Ich möchte den Abschied skizzieren, den die Seelsorge gestaltet, um ihr Repertoire darzustellen, dem die Helfer ja ihre Patienten und Angehörigen anvertrauen.

Ein Ritual hat drei Phasen – ritual-technisch gesprochen:

- das Hineinführen
- das Durchführen: die erste Wandlung
- das Hinausführen: die Wiedervereinigung

Das Hineinführen

Das Hineinführen hat den Sinn, dass die Menschen innerlich und äußerlich hier und jetzt ankommen und fähig werden, sich auf Abschied einzustellen. Es geht also um das Versammeln der Menschen. Das bedeutet:

- Der Begleiter sollte anbieten, gemeinsam ans Bett des Verstorbenen zu gehen.
- Es gilt, darauf zu achten, dass die Bezugspersonen angesprochen werden, die nächsten Angehörigen, und nicht nur mit dem zu kommunizieren, der leicht das Wort führt. – Ich lasse mir also die Anwesenden vorstellen, das verschafft ihnen Identität im Chaos. Denn es ist ja die Frage: Wer ist z. B. die Frau überhaupt noch, wenn der Mann gerade gestorben ist? Ist ihr Ehefrausein „mitgestorben“, oder wird es sterben? Oder bleibt sie das weiterhin? – Ich frage: Wer ist nicht da? Wer wäre gerne noch da, wenn es möglich wäre? Wer sollte eigentlich noch dabei sein und ist nicht gekommen? Wer sollte nicht da sein (z. B. die Exehfrau, der verstoßene Sohn, die Schwester nach einem Streit)? Dadurch dass wir sie nennen, sind die Nichtanwesenden auch anwesend (also auch die Exehfrau, die sonst nicht mehr genannt werden darf).
- Sollen sie den Verstorbenen berüh-

ren? Hier sind die Helfer Modell für das Verhalten der Umstehenden.

- Ich lenke dann zur Todesgeschichte: Wie ist es denn jetzt passiert? Wie war es für Sie die letzten Tage oder Stunden?
- Das leitet über zum Erzählen der Krankheitsgeschichte und der Lebensgeschichte des Verstorbenen. Das bedeutet also: Wer ist das, der da verstorben ist? Das Erzählen würdigt diesen Menschen – natürlich nur symbolisch, mit wenigen Beispielen ist das Ganze gemeint.
- Ganz wichtig ist es, die Angehörigen zu würdigen. Ihre Leistung der vergangenen Tage, Wochen, Monate. An die muss auch jemand denken, die gelten als selbstverständliche Unterstützer; dabei sind sie ja Hauptbetroffene. Die Professionellen sollten nicht sagen: „Sie müssen aber jetzt an Ihre anderen Kinder denken“, oder: „Sie haben ja noch ...“. Das hilft uns, den Helfern, nicht den Betroffenen.
- Eine Frage für uns Helfer, die wir uns einmal in einer ruhigen Stunde stellen sollten: Was haben wir Helfer hier für eine Vorstellung von dem, was im Tod geschieht? Diese Vorstellung wirkt mit bei unserem Verhalten und unserer Haltung.

Zum Durchführen des Rituals

Ich deute nur an: Das ist eine Aussegnung. Die Hauptmedien sind: Stille, Gebet, Würdigung des Verstorbenen; evtl. Weihwasser, ein Kreuz; auf jeden Fall eine Kerze (auch wenn diese nicht angezündet werden darf).

Ich lade die Angehörigen ein, dem Verstorbenen noch etwas zu sagen, „was man in einer solchen Stunde sagt; er hört uns noch – die Seele ist noch in der Nähe“. Hier sind erschütternde Szenen möglich: Dank, Bitte um Verzeihung, ein Versprechen (ich werde nie ..., ich werde immer auf den Hund aufpassen ...). Oder: Er hat immer gesagt, oder: Er war so gut, er war der liebste Mensch. Oder: Hätte er doch ..., oder: Hätten wir doch Kinder sagen dem Bruder, dem Opa noch etwas ins Ohr ... – Hier wird der Abschied wirklich gespürt und diese Erfahrung geht mit in die Trauerzeit.

Wir beten das Vaterunser, und ich spende den Segen. Dann lade ich die Angehö-

rigen dazu ein, dem Verstorbenen auch ein Zeichen des Abschieds zu geben z. B. ein Kreuzzeichen auf die Stirn.

Das Hinausführen

Beim Hinausführen ist an Folgendes zu denken: Hier am Totenbett werden Erinnerungen für spätere Trauer grundgelegt.

- Da sind auch wir Schleusenwärter solche Stützpunkte für die spätere Erinnerung: „Der Doktor X war damals dabei.“ Wir sind ja Symbolfiguren durch unseren Beruf.
- Weitere Erinnerungsbilder sind: die Kerze mitgeben: „Die hat an seinem Totenbett gestanden.“
- Das Gesicht des Verstorbenen noch mal betrachten: „Da ist jetzt viel Frieden in seinem Gesicht“. Oder: „Er hat viel kämpfen müssen, man sieht es noch ...“
- Oder ein Hinweis auf das Wetter draußen: „Jetzt kommt die Sonne gerade heraus ...“ „Es ist draußen so grau wie hier in unserem Herzen ...“

Die Bilder von den Enkeln auf dem Nachttisch ansprechen: „Die waren jetzt auch dabei, als der Opa ...“. Oder mit Blick auf den Reiseführer: „Er wollte noch ..., jetzt hat er die Reise anders angetreten“. „Er sieht jetzt sicher bald seine verstorbene Frau ...“. Die Professionellen sollten die Angehörigen fragen, ob sie den Verstorbenen zudecken wollen oder ob sie ihnen dabei helfen sollen.

Aber noch eines gehört zum Hinausführen, was wichtig für die Begleiter ist:

- In welchem körperlichen und psychischen Zustand sind die Betroffenen? Soll man ein Beruhigungsmittel verabreichen? Hier gilt der Satz: Das beste Valium ist das, das man nicht nehmen musste. Beruhigungsmittel stören in der Regel die Trauer. Daher sollte man das Valium vielleicht mitgeben für den Fall, dass die Angehörigen es unbedingt brauchen. Aber nicht eine ganze Packung. Für den Hausarzt könnte das bedeuten, dass er die Angehörigen wieder nach einer Woche bestellt und ihnen erst dann ein weiteres Valium mitgibt. Dann kann der Arzt auf diese Weise „Trauerbegleitung“ machen.
- „Wie kommen Sie jetzt nach Hause?“ In diesem Zustand dürfen

Menschen nicht allein nach Hause fahren. „Wer ist für Sie da, wenn Sie jetzt nach Hause kommen?“

„Wie werden Sie es der alten Mutter im Altenheim sagen? Wie werden Sie es dem dementen Vater sagen? Wer wird es sagen? Was werden Sie den Kindern sagen?“

- Und ein letzter Punkt hierzu: das Stichwort Risikotrauer. „Risikotrauer“ bedeutet, dass die Trauer unter bestimmten Umständen risikobehaftet und damit belastet ist. Das muss nicht sein, es besteht aber ein gewisses Risiko dafür: z. B. nach einem schweren selbst verschuldeten Unfall, nach Mehrfachverlust, nach Suizid, bei Depression, Herzkrankheit, bei schweren Lebensumständen (Arbeitsplatzverlust, Lebenskrise, Scheidung).

Für das Krankenhaus bedeutet dies, dass der Arzt in schwierigen Situationen ein Gespräch einige Tage später anbietet.

Von all diesen Möglichkeiten, die ich eben vorgestellt und aufgezählt habe, wird natürlich in erster Linie die Seelsorge Gebrauch machen. Aber ich denke, bei dieser Skizze wird deutlich, in welcher Haltung und Struktur dies geschieht. – Was davon können und sollen Ärzte und Pflegende in ihrer Rolle übernehmen, was ist das Grundprogramm für sie?

Ein Kurz- und Normalprogramm für die Professionellen

Ich möchte als Aufgabe der Ärzte ein „180-Sek.-Programm“ skizzieren.

Die erste Aufgabe ist natürlich die Todesfeststellung. Die Angehörigen leben oft später in der Fantasie: Vielleicht hat er da noch gelebt, als wir über ihn gesprochen haben. Der Arzt hat hier eine funktionelle Rolle: Das Verlöschen der Lebensfunktionen (Psychembel) festzustellen. Er hat aber auch eine symbolische Rolle: Damit „sagt“ er: Der Tod gehört jetzt auch zu Ihrem Leben. Die Todesfeststellung muss nicht sofort erfolgen, wenn die Seelsorge oder die Krankenschwester den Angehörigen Beistand leistet.

Wenn der Arzt aber der Erste ist, der dann dazugerufen wird, ist die Funktionshandlung wichtig: der Blick auf die Geräte, den Puls fühlen etc. Aber wegen der symbolischen Rolle ist das auch ein Augenblick der Validation, der Bestätigung dieses

elementaren Lebensereignisses. Arzt und Ärztin stehen an dieser Stelle auch für die Menschheitsgemeinschaft: Sie sind Zeugen eines unwiederbringlichen Augenblicks.

Ein Augenblick der Stille sagt, dass auch der Tod seine Würde hat.

Eventuell eine Formel: „herzliches Beileid“, „mein Mitgefühl“. Eine solche Formel „sagt“ etwas, ohne dass man sich kluge und tröstende Worte überlegen muss.

Dann gehört hier eine kurze Würdigung des Verstorbenen hin: „dass es jetzt doch so schnell ging ...“, „er hat viel durchgemacht ...“, „er hat tapfer gekämpft ...“, „er hat es geschafft ...“. – Natürlich dürfen wir nur sagen, was auch wirklich in der Situation stimmt. Ebenso ist eine kurze Würdigung der Angehörigen wichtig (keine Verteidigung: „aber wir haben doch ...“): „Sie waren oft da ...“, „Sie haben lange mit gebangt“, „das ist eine der schwersten Stunden im Leben“, „das war keine leichte Zeit für Sie ...“.

„Wenn Sie noch mit mir sprechen wollen, ich bin draußen zu erreichen.“

Das „180-Sek.-Programm“ sind wir einem Verstorbenen, einem Menschen, der diese Erde verlassen hat, und seinem Familiensystem schuldig. Wir stehen hier an der Stelle der Menschheitsgemeinschaft, die einen aus ihrer Mitte verliert und diesen Augenblick nicht übergeht, sondern würdigt und begehrt.

Ritual: Abschied nehmen von Verstorbenen

Verantwortlich: Bezugspflege, Stationspflege, Stationsarzt, Hospizhelfer ...

1 Vorbemerkungen:

- 1.1 Bevor Sie die Aufgabe übernehmen, machen Sie sich bitte bewusst, dass die Zeit, die Sie sich dienstlich nehmen, angemessen ist: Erstens geht beim Tod eine ganze Welt und ein (oft langes) Leben zu Ende, zweitens sind die ersten Minuten nach dem Tod für die Trauerverarbeitung der Angehörigen wichtig, und drittens tun Sie hier einen Dienst, den früher die menschliche Gemeinschaft übernommen hat – das rechtfertigt den notwendigen „Aufwand“.
- 1.2 Selbstverständlich ist vor einem Abschiedsritus zu klären, in welchem kulturellen und religiösen Kontext dieser Abschied steht, ob eventuell

- ein Verantwortlicher einer Religionsgemeinschaft hinzuzuziehen ist usw.
- 2 Vorbereiten: Schild an der Tür „Bitte nicht stören“.
- * Eine Kerze sollte auf Station für solche Situationen deponiert sein (kann auch von der Seelsorge besorgt werden) und/oder ein Kreuz, Blumen, Duftöl, Lieblingsmusik des Verstorbenen (vor allem im Alten- und Pflegeheim, Hospiz).
- 3 Das „Hineinführen“:
- * Der Helfer fragt: „Ist es Ihnen recht, wenn ich mit Ihnen gehe, oder wollen Sie lieber alleine sein?“
 - * HelferIn lässt sich die Angehörigen vorstellen (wenn nicht schon geschehen) und gibt dadurch den Anwesenden Bedeutung. – Herausspüren, wer die Hauptperson ist.
 - * HelferIn begleitet die Angehörigen ans Totenbett oder bietet im Zimmer an, „ein paar Minuten innezuhalten und Abschied zu nehmen – Sie können danach noch so lange bei ... bleiben, wie Sie das wollen.“
 - * „Vielleicht sind wir einfach ein paar Minuten still ... “. Dann eröffnet der Helfer ein Gespräch über den Verstorbenen (falls es die Umstehenden nicht von sich aus beginnen).
- HelferIn kann z. B. sagen:
- „Dass es jetzt so schnell ging ...“
 - „Sie haben anstrengende/schwere Tage hinter sich ...“
 - „Er hat nicht mehr kämpfen müssen ...“
 - „Sie hat lange gekämpft ...“ und fragen: „Wie haben Sie es in den letzten Tagen erlebt?“, so dass die Angehörigen erzählen können, was ihnen durch den Kopf geht.
- * Danach Kerze aufstellen und anzünden (oder: „Die dürfen wir leider nicht anzünden, weil...“ – oder: „Wir stellen sie jetzt bewusst hier hin“) oder die Blumen vom Fensterbrett holen oder auf dem Nachttisch zurechtrücken - oder eine Blume dem Verstorbenen in die Hand legen... - oder am besten: die Angehörigen ermuntern, es selbst zu tun.
 - * HelferIn: „Es geht Ihnen jetzt sicher vieles durch den Kopf und durch das Herz.“ Wir haben ein bisschen Zeit zum Erzählen“ (mögliche Fragen:
- „Was hatte ... eigentlich für einen Beruf?“ „Wann hat die Krankheit eigentlich angefangen?“ „Wer gehört eigentlich noch zu Ihrer Familie?“ „Hatten Sie gute Jahre miteinander?“...).
- Auch wenn manches von der Anamnese her schon bekannt ist, hier will erzählt werden.
- 4 Durchführen:
- * „Jeder hier verbindet sicher andere Erinnerungen und Gedanken mit Vielleicht können Sie die Gott sagen – laut oder ganz still für sich – und ihm/ihr alle guten Wünsche und Gedanken mitgeben, die in Ihnen sind.“
 - * Oder: „Es gibt sicher unendlich viel zu danken für das gemeinsame Leben und wie Herr/Frau ... gelebt hat.“
 - * „Vielleicht möchten Sie aber auch – ganz still für sich ... um Verzeihung bitten für etwas, was Ihnen leidtut, vielleicht möchten Sie aber auch ihm/ihr etwas vergeben, was Sie noch schmerzt.“
 - * Oder: „Möchten Sie Ihrem Mann, Ihrer Mutter ... noch etwas sagen, was man in einer solchen Stunde sagt? Wenn ein Mensch gerade verstorben ist, ist seine Seele noch in der Nähe, er/sie hört Sie sicher und versteht, was wir ihm/ihr sagen wollen.“
 - * „Bitten wir Gott auch für die, die jetzt bald die Nachricht von seinem/ihrer Tod erhalten werden...“, „die jetzt auf dem Weg hier hersind“ ...
 - * Einladung zu einer Geste für den Verstorbenen (Kreuzzeichen auf die Stirn, Berührung ...) „wie es für Sie gut ist“.
 - * Wenn es angebracht ist, können Sie eine bewusste Überleitung zur religiösen Dimension vornehmen: „Ich möchte Ihren Angehörigen gerne auch Gott anvertrauen. Sind Sie damit einverstanden?“
 - * Gebet: „Vater unser ...“ Das „Vater-unser“ ist ein „Menschheitsgebet“, in das beim Sprechen der vertrauten Worte wie in ein altes „Gefäß“ all das hineinfließen kann, was Menschen in dieser Situation bewegt an Trauer und Schmerz, an Erinnerung und Verbundenheit, Hoffnung und Sehnsucht ... Deshalb ist es gut, diese Gebetsworte unabhängig vom eigenen Glauben im Namen der Anwesenden und des
- Verstorbenen zu sprechen – wenn das möglich ist und passt.
- * Den Übergang ansprechen: „Wir geben Herrn/Frau ... in die Hände Gottes“. (in einem katholischen Haus: Besprengen mit Weihwasser (ohne Worte) und die Umstehenden einladen, dies auch zu tun [falls das angebracht ist]).
 - * Oder: „Herr/Frau ... ist in eine andere Welt gegangen, dort ist ewiger Friede.“
 - * Danach auf die brennende Kerze verweisen und/oder die Kerze bewusst mitgeben: „Die hat an seinem / ihrem Totenbett gestanden und kann Sie über diese Stunde hinaus begleiten“.
 - * Danach: Kerze ausblasen.
 - * Verstorbenen zudecken oder die Angehörigen einladen, es zu tun – wenn Sie zusammen hinausgehen wollen.
 - * Bevor Sie endgültig gehen, vielleicht noch auf ein letztes Zeichen, letztes Bild aufmerksam machen: „Er/Sie hat ein friedliches Gesicht ...“ Oder: Verweis auf Fotos auf dem Nachttisch („Die waren auch dabei, als ... gestorben ist“), Herbstblatt, Wetter ...
- 5 Hinausführen:
- * Helfer verabschiedet sich mit dem Angebot: „Wenn Sie noch Fragen haben, ich bin draußen erreichbar“ .
 - * „Wenn Sie noch einen Wunsch haben (zu telefonieren)...?“
 - * „Ich mache einen Kaffee, dabei können wir noch ein wenig reden...“.
 - * Fragen, wie sie nach Hause kommen, darauf aufmerksam machen, wenn es für die Betroffenen nicht gut ist, selbst zu fahren..., ein Taxi bestellen... .
 - * Den Angehörigen anbieten, beim Einpacken der persönlichen Dinge zu helfen - oder dieses anregen („Wollen Sie seine/ihre Sachen jetzt mitnehmen, oder...“).
- 6 Schlussbemerkung:
- 6.1 In den ersten Stunden (und Tagen) nach dem Tod wird die Trauer eher als Hinwendung zur geliebten verstorbenen Person ausgedrückt, damit steht der/die Verstorbene im Mittelpunkt („ihm/ihr möge es gut gehen“). Eher im Hintergrund bleibt meist die eigene Trauer der Angehörigen und Gedanken an die kommende Trauerzeit. Das rückt oft erst nach Tagen,

Wochen in den Vordergrund und wird von anderen Helfern begleitet.

- 6.2 Die Helfer müssen nach ihrem Empfinden entscheiden, was von all diesen Möglichkeiten im konkreten Fall angebracht ist.

Kurzform für eine Verabschiedung von Verstorbenen*

- Nur für Pflegende/Mediziner/Helfer, die sich von einer Person verabschieden, die sie betreut haben.
- * Wir sind hier zusammengekommen, um von Frau/Herrn ... Abschied zu nehmen und für sie/ihn und für uns Gottes Segen zu erbitten.
- * Frau/Herr ... war Gast auf unserer Station.
Wir hatten sie/ihn in ihrer/seiner Krankheit begleitet, so gut wir konnten.
Wir vertrauen darauf, dass Gott sie/ihn begleitet, auch im Tod, wenn wir ihr/ihm nicht mehr beistehen können.
- * Wir bitten um Verzeihung für alles, was wir ihr/ihm auch bei bestem Bemühen schuldig geblieben sind.
- * Und wir danken für alles Gute, das wir durch sie/ihn erfahren haben:
für jeden Augenblick geglückten Kontaktes,
für Anstöße zum Verstehen ihrer/seiner Ängste und Hoffnungen,
für das Erleben von Sinn in unserer Arbeit,
für ...
- * Wir nehmen uns einige Augenblicke Zeit, um in Stille noch einmal zu bedenken, was Frau/Herr ... uns bedeutet hat.

* Aus: *Handeln an der Grenze zwischen Leben und Tod* (Hrsg, Vorstand der von Bodelschwingschen Anstalten, Bethel, 1994)

Ein Gespräch: Altenseelsorge – ein Thema mit Zukunft?

In den Einrichtungen der Caritas im Erzbistum Köln leben 20000 zumeist ältere Menschen. Viele haben eine bewusste Entscheidung für einen katholischen Träger getroffen. Sie haben Erwartungen an die Qualität der Begleitung und Pflege gerade auch in seelsorglicher Hinsicht. Stellvertretend für den Vorbereitungskreis des Diözesanforums erläutern Peter Bromkamp, Referent für die Altenheimseelsorge (Generalvikariat, Abteilung Seelsorge im Sozial- und Gesundheitswesen), und Bruno Schrage, Referent für Caritaspastoral im Diözesan-Caritasverband, die Herausforderungen der Altenheimseelsorge aufgrund der Wünsche alter Menschen. Ein Interview zu möglichen Zukunftsszenarien für die Altenheimseelsorge.

Ältere Menschen und auch ihre Angehörigen vor allem in katholischen Heimen haben Erwartungen an die Seelsorge. Haben Sie eine Ahnung, was Menschen in diesem Zusammenhang bewegt?

Bromkamp: Ältere Menschen möchten ihren vertrauten Glauben weiter leben können, und ihre Angehörigen wünschen eine gute seelsorgliche „Begleitung“ für sie. Neben den „Seelsorgern“ braucht es hierfür religiös aufgeschlossene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Zurzeit laufen erste Pilotkurse des Diözesan-Caritasverbandes und der Altenheimseelsorge, um die Mitarbeitenden für die religiösen Fragen der Bewohnerinnen und Bewohner zu sensibilisieren. Ziel ist es, „dem Glauben Gestalt zu geben“, so der programmatische Titel der Fortbildungsreihe.

Was sind die besonderen Herausforderungen der Seelsorge im Altenheim?

Bromkamp: Die Situation in den stationären Einrichtungen ist geprägt durch wachsende Anforderungen auf der einen und gleichzeitig begrenzten Ressourcen auf der anderen Seite. Es besteht tatsächlich die Gefahr, dass der einzelne Mensch „aus dem Blick gerät“, und diese Gefahr gilt für Bewohnerinnen und Bewohner und für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Zu den besonderen Herausforderungen für die Seelsorge gehören: zunehmende

Hilfs- und Pflegebedürftigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner, körperliche und psychische Veränderungen, die die Kommunikation einschränken (etwa bei demenziell erkrankten Menschen, mit denen immer weniger über das gesprochene Wort kommuniziert werden kann).

Es geht häufig darum, Menschen zu begleiten, die am Ende ihres Lebens Bilanz ziehen und manche Frage und Sorge „jetzt endlich loswerden“ wollen, das gilt es zu begleiten und manchmal auch mit auszuhalten.

Seelsorge sollte Anwalt und Ansprechpartner sein: für Bewohnerinnen und Bewohner, für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und auch für Angehörige. Seelsorge sollte Brücken bauen, auch zwischen Gemeinde und Einrichtung.

Gemeinden werden zusammengelegt, die Zahl der Seelsorger nimmt ab. Wie stellen Sie die seelsorgliche Begleitung in den Altenheimen der Caritas künftig sicher?

Schrage: Man erkennt sofort, vor welchen Herausforderungen die Seelsorge und hier besonders die Altenheimseelsorge steht. Das können die Pastoralteams vor Ort in den Gemeinden alleine nicht mehr leisten. In der Caritas fragen wir uns: Wie können wir die Seelsorge in Zukunft sicherstellen? Und es sind gerade die Sozialen Dienste, Einrichtungsleitungen und Pflegekräfte die hier für den Aufbruch stehen. Gottesdienstliche Angebote werden ergänzt um Gespräch, religiöse Workshopangebote im Freizeitprogramm, kurze Impulse über den Tag oder Abendgebete auf den Wohnbereichen. Es geht um alltägliche Lebensbegleitung aus einer christlichen Haltung heraus. Wir haben daher ein Kurskonzept entwickelt: „Begleiter in der Seelsorge“. Dieses Konzept wird bundesweit nachgefragt.

Was muss ein „Begleiter in der Seelsorge“ mitbringen, der sich dieser Aufgabe verpflichtet weiß und sich hier engagieren will? Welche Möglichkeiten der Zurüstung und Begleitung gibt es?

Literatur

Erhard Weiher

- Weiher, Erhard: *Das Geheimnis des Lebens berühren. Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod, dritte Auflage, Stuttgart, Kohlhammer Verlag, 2011.*

Bromkamp: Neben einem caritativ-kirchlichen Arbeitgeber ist es die Freude am christlichen Glauben. Im Kurs selber wird dann noch einmal mit den Teilnehmern auch die Frage der Haltung, der Fähigkeiten und der Motivation genau erörtert. Natürlich braucht es Interesse am Leben und Glauben anderer Menschen, Beziehungsfähigkeit, Sensibilität für die Begleitung von Menschen, Erfahrungen mit dem eigenen Glauben, Bereitschaft und Fähigkeit, Situationen ins Gespräch vor Gott zu bringen und die eigene Arbeit im Glauben zu reflektieren.

Eine wichtige Rolle bei der Begleitung der Begleiter spielen die regionalen Beauftragten für Altenheimseelsorge. Konkrete Informationen können alle Interessierten bei uns erhalten oder unter www.altenheimseelsorge-koeln.de oder auch unter www.caritasnet.de.

Was ist pastoral zu bedenken, wenn Sie in diesem Zusammenhang an Menschen mit Demenz denken?

Schrage: Kommunikation läuft weniger über das Wort. Ganz im Sinne eines biografischen Zugangs gilt es, Bedürfnisse eher zu erspüren und religiöse Angebote im Bildlichen, Musischen bis hin zum Ergotherapeutischen zu machen. Es gilt, sich auf die Welt demenziell erkrankter Menschen einzulassen. Das setzt voraus, die eigene Welt zu verlassen und sich auf eine Reise durch die Gefühle und Erlebnisse eines anderen Menschen einzulassen ... Auf dieser Reise ist Gott zugegen. Es gehört zu den tiefen reli-

giösen Erfahrungen, dass Gott uns ins seine Hand eingeschrieben hat, wie es der Prophet Jesaja sagt. Gott bewahrt unsere Identität, selbst wenn wir uns vergessen. Wir legen daher aus der christlichen Haltung heraus großen Wert darauf, die Menschen in ihrer Geschichte wahrzunehmen und die Einmaligkeit ihres Lebens beim Namen zu nennen und ihre gottgegebene Würde zu wahren.

Gibt es anschauliche Beispiele guter seelsorglicher Praxis in Altenheimen der Caritas?

Bromkamp: Allerdings, da werden Gottesdienste für demenziell erkrankte Bewohner gestaltet, ein Besinnungstag für Bewohner und Mitarbeiter, Rituale zur Begleitung sterbender Menschen und zum gemeinsamen Abschied in der Einrichtung oder der Brauch der Kräuterweihe und vieles mehr.

Schrage: Eindrücklich hat der Caritasverband Rhein-Erft gezeigt, was Seelsorge bedeutet. Dort zieht ein ganzes Altenheim in einen neuen Ort und in ein neues Gebäude. Auf Initiative einer Mitarbeiterin wurde gemeinsam mit den Bewohnern von einem Künstler ein lebensgroßer Schutzengel geschnitzt. Dieser begleitet den Umzug. Da wird Seelsorge berührbar, sichtbar und gibt Vertrauen auf neuen Wegen.

Sie waren und sind die Initiatoren des ersten Diözesanforums Altenheimseelsorge. Wer und was steckt hinter dieser Initiative? Welche Impulse sind von diesem Tag ausgegangen?

Schrage: Seelsorge braucht Austausch und muss sich professionalisieren. Wenn sie in den Lebensbezügen der Bewohner erfahrbar sein will, dann muss sie die Lebensbezüge der älteren Menschen kennen. Fachlicher Impuls und Gelegenheit zum Austausch waren das Ziel des ersten Diözesanforums für die Altenheimseelsorge. Über 200 Teilnehmer/innen haben gezeigt: Die Zeit ist reif für einen Neuaufbruch!

Bromkamp: Die regionalen Beauftragten für Altenheimseelsorge haben die Initiative ergriffen. Der Diözesan-Caritasverband und die Abteilung Seelsorge im Sozial- und Gesundheitswesen des Generalvikariats haben dann ihr Know-how mit eingebracht. Das Thema Altenheimseelsorge wurde endlich in seiner Vielfältigkeit „sichtbar“. Themen wie demografischer Wandel, Seelsorge und Clowns, christliche Einrichtungskultur oder Musik im Altenheim zeigen, dass es viele neue Ideen gibt. Das wurde auch an vielen Forumsständen unterschiedlicher caritativer Träger deutlich. Der Zuspruch lässt uns „keine Wahl“, die Planungen für das zweite Diözesanforum Altenheimseelsorge 2013 haben schon begonnen.

Das Interview führte Alfred Hovestädt †
Stabsabteilung Information und Kommunikation
im Diözesan-Caritasverband
für das Erzbistum Köln e.V.

Impressionen vom Diözesanforum Altenheimseelsorge 2011



Impressionen vom Diözesanforum Altenheimseelsorge 2011



Das Diözesanforum Altenheimseelsorge wurde unterstützt von:

- CBT Caritas-Betriebsführungs- und Trägergesellschaft mbH, Köln
- Deutscher Orden – Ordenswerke, Köln
- Franziskanerinnen vom hl. Josef Seniorenhilfe GmbH, Bad Honnef
- Gemeinnützige Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe mbH
- Genossenschaft der barmherzigen Schwestern n. d. R. des hl. Augustinus, Neuss
- Kongregation der Franziskanerinnen von Salzkotten
- Marienborn gGmbH, Köln
- MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH, Bonn
- Ordensgemeinschaft der Armen-Brüder des heiligen Franziskus, Sozialwerke e.V., Düsseldorf
- Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur hl. Maria, Köln
- Verbund Katholischer Kliniken Düsseldorf gGmbH
- Zisterzienserkonvent Langwaden e.V.

www.caritasnet.de

www.erzbistum-koeln.de

Das Diözesanforum Altenheimseelsorge wurde gefördert von:



Medienpartner des Diözesanforums Altenheimseelsorge:

