

Kirchgemeinden und Demenzkranke

Wie Kirchgemeinden demenzkranken Menschen und ihren Angehörigen
inkludierend, teilnehmend und teilhabend begegnen können



Diplomarbeit

von

Daniel Mörgeli

Theologisch-Diakonisches Seminar Aarau

Dozent: Christoph Schwarz

Herbstsemester 2019

„Ich war krank und ihr habt
euch meiner angenommen.“

Matthäus 25,36

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	7
2. Ausgangslage/Situationsanalyse „Demenzkrankheit“	9
2.1 DEMENZ, ALZHEIMER – WAS BEDEUTET DAS?	9
2.1.1 Alzheimer-Krankheit	10
2.1.2 Vaskuläre Demenz	10
2.1.3 Beginn / Stadien demenzieller Erkrankung	10
2.1.4 Besonderheiten.....	11
2.1.5 Medikamentöse Behandlung.....	11
2.1.6 Nicht-medikamentöse Behandlung	11
2.1.7 Zusammenfassung zur Demenzkrankheit allgemein.....	12
2.2 QUANTITATIVE ANGABEN ZU DEMENZKRANKHEIT IN DER SCHWEIZ.....	12
2.2.1 Aktuelle Zahlen zur Demenzkrankheit.....	12
2.2.2 Zusammenfassung zu den quantitativen Angaben der Demenzkrankheit.....	13
2.3 WAHRNEHMUNG DER DEMENZKRANKHEIT IN DER BEVÖLKERUNG	13
2.3.1 Umfrage-Ergebnisse	14
2.3.2 Zusammenfassung zur Wahrnehmung der Bevölkerung	15
2.4 BEDÜRFNISSE UND NÖTE VON DEMENZKRANKEN MENSCHEN	15
2.4.1 Grundsätzliche Sehnsüchte im Alter	15
2.4.2 Bedürfnis nach Spiritualität	15
2.4.3 Bedürfnisse von an Demenz erkrankten Menschen	16
2.4.4 Bedrohte Identität	18
2.4.5 Zusammenfassung zu den Bedürfnissen und Nöten von Demenzkranken.....	19
2.5 ANGEHÖRIGE ALS BETROFFENE.....	20
2.5.1 Umfang des Engagements der Angehörigen.....	20
2.5.2 Nöte und Probleme der Angehörigen.....	21
2.5.3 Nachgefragte Unterstützungsleistungen der Angehörigen / Kosten	22
2.5.4 Positive Auswirkungen auf pflegende/betreuende Angehörige.....	22
2.5.5 Zusammenfassung zu den Angehörigen als Betroffene	23
3 Verschiedene Perspektiven auf Alter, Mensch und Krankheit	24
3.1 GRUNDRECHTE (FÜR ÄLTERE MENSCHEN)	24
3.1.1 Bundesverfassung.....	24
3.1.2 Europäische Menschenrechtskonvention EMRK.....	25
3.1.3 UNO-Menschenrechtspakete	25
3.1.4 Zusammenfassung zu den Grundrechten	25
3.2 BIBLISCH-THEOLOGISCHE GRUNDLAGEN VON MENSCH, ALTER UND KRANKHEIT	26
3.2.1 Jüdisch-christliches Menschenbild	26
3.2.2 Ehre und Fürsorge für alte Menschen	26
3.2.3 Alter, Lebensdauer und Wille Gottes, Lebenserwartung.....	27
3.2.4 Hochbetagte, Greise und körperliche Auswirkungen, Tod	28
3.2.5 Krankheiten	29
3.2.6 Zusammenfassung zu den biblisch-theologischen Grundlagen.....	31
3.3 GESELLSCHAFTLICHE RELEVANZ	32
3.3.1 Wahnhafte Trends im Älterwerden und Gegenmittel	32
3.3.2 Wohnsituation von älteren Menschen	33
3.3.3 Demografische Entwicklung	34
3.3.4 Zusammenfassung zur gesellschaftlichen Relevanz	35

3.4	ETHISCHE BETRACHTUNG	35
3.4.1	<i>Der Mensch bleibt Mensch</i>	36
3.4.2	<i>Der Mensch und Selbstbestimmung</i>	36
3.4.3	<i>Der Mensch und Gott</i>	37
3.4.4	<i>Selbstbestimmung und Fürsorge (z.B. in Pflegesituationen)</i>	39
3.4.5	<i>Menschenwürde</i>	39
3.4.6	<i>Zusammenfassung zur ethischen Betrachtung</i>	41
4	Themenrelevanz für Kirchgemeinden	42
4.1	KIRCHENLANDSCHAFT IM WANDEL.....	42
4.2	DIAKONIE / DIAKONISCHER AUFTRAG DER KIRCHE	43
4.3	INKLUSION (UND DIAKONIE)	43
4.4	FREIWILLIGE IN DEN KIRCHGEMEINDEN	45
4.5	FAZIT ZUR THEMENRELEVANZ FÜR KIRCHGEMEINDEN.....	45
5	Schlussfolgerungen – Warum soll sich die Kirchgemeinde um ihre demenzkranken Mitmenschen und Angehörigen kümmern?	47
5.1	HERLEITUNG	47
5.2	SCHLUSSFOLGERUNGEN	47
6.	Umsetzung / Handlungsansätze für die Kirchgemeinden	50
6.1	SCHWERPUNKTE DER ARBEIT DER KIRCHGEMEINDEN.....	50
6.2	SENSIBILISIERUNGSARBEIT UND SCHULUNGEN	50
6.2.1	<i>Sensibilisierung und Austausch</i>	51
6.2.2	<i>Information und Aufklärung</i>	52
6.2.3	<i>Bereits bestehende Informations-/Schulungsangebote</i>	53
6.3	KONKRETE ANGEBOTE: EBENEN / ZUGÄNGE	54
6.4	SPIRITUALITÄT	55
6.4.1	<i>Begriff Spiritualität</i>	55
6.4.2	<i>Wie soll man Menschen mit Demenz spirituell begegnen?</i>	56
6.4.3	<i>Bemerkungen zum Thema Spiritualität</i>	58
6.5	GOTTESDIENSTE, ANDACHTEN.....	59
6.5.1	<i>Gottesdienste mit oder ohne demenzkranke Menschen und ihren Angehörigen?</i>	59
6.5.2	<i>Inkludierende Gottesdienste</i>	60
6.5.3	<i>Erlebnistagesdienste</i>	62
6.5.4	<i>Andachten und Hauptgottesdienste</i>	63
6.6	SEELSORGERLICHE BEGLEITUNG (VON UND FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ)	64
6.6.1	<i>Motiv zur Seelsorge</i>	65
6.6.2	<i>Grundsätze des seelsorgerlichen Handelns</i>	65
6.6.3	<i>Begegnungsebenen</i>	66
6.6.4	<i>Kommunikationskanäle</i>	66
6.6.5	<i>Feststellungen</i>	67
6.7	ALLGEMEINE/GRUNDSÄTZLICHE THEMEN BEZÜGLICH (NEUEN) ANGEBOTEN.....	68
6.7.1	<i>Berücksichtigung von Rahmenbedingungen</i>	68
6.7.2	<i>Lokal oder regional?</i>	69
6.7.3	<i>Kostenfaktoren</i>	69
6.7.4	<i>Benennung von Angeboten</i>	69
7	Abschluss	70
7.1	SCHLUSSWORT - GESAMTBEURTEILUNG	70
7.2	DANK.....	71
8	Abbildungsverzeichnis	72
9	Literaturverzeichnis	73

10. Anhang	77
10.1 STADIEN/KRANKHEITSVERLAUF UND DEREN EINSCHRÄNKUNGEN	77
10.2 WELCHE HANDLUNGSOPTIONEN KOMMEN FÜR KIRCHGEMEINDEN NICHT IN FRAGE?	78
10.3 KLAUS DEPPING - ÜBERSICHT: <i>ALTERSVERWIRRTE MENSCHEN SEELSORGERLICH BEGLEITEN</i>	79
10.4 HILLE, KOEHLER - ÜBERSICHT: <i>SEELSORGE UND PREDIGT FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ</i>	80
10.5 BENZ - ÜBERSICHT: <i>ERLEBNISGOTTESDIENSTE MIT SENIOREN</i>	81
10.6 BEISPIELE VON PROJEKTEN/KONZEPTEN MIT ZIELGRUPPE DEMENZKRANKE MENSCHEN	82
10.6.1 <i>Das Projekt BOVIDEM der Stadt Frauenfeld</i>	82
10.6.2 <i>„Demenzsensible Kirchgemeinden“ der Landeskirche des Kantons Zürich</i>	83
10.6.3 <i>„dabei und mittendrin“, das ökumenisches Gemeindeprojekt in Köln (D)</i>	83
10.6.4 <i>„Hochaltrigkeit und Demenz“ – Reformierte Kirche des Kantons St. Gallen</i>	84
10.6.5 <i>tilia-Tagestreff Ostermundigen</i>	84
10.7 WEITERFÜHRENDER LINK ZUM THEMA	84

Anzahl Wörter (ohne Inhalts- und Literaturverzeichnis): 16'925

Titelbild-Foto: D. Mörgeli

Vorwort

Demenzkrankheit war das erste Mal in meinen Jugendjahren ein Thema für mich: Unsere Eltern nahmen unsere Grossmutter mütterlicherseits bei uns im Bauernhaus auf. Sie hatte geistig abgebaut und konnte nicht mehr alleine leben. Damals sprach man verallgemeinernd von „Arterienverkalkung“. Unsere ganze Familie war mit dieser Situation komplett überfordert. Sicher einerseits, weil wir die Krankheit und ihre Auswirkungen nicht kannten, andererseits aber auch, weil wir unsere Grossmutter so nicht mehr kannten. Mit der Aufnahme unserer Grossmutter wurde ein Akt der Barmherzigkeit (und auch der damals subjektiven Selbstverständlichkeit) zur Belastungsprobe für unsere Eltern, neben der Hofbewirtschaftung, dem Auswärtsarbeiten unserer Mutter und der Familie.

Im Sozialpraktikum im Herbst 2017 traf ich im Männerheim Weinfeld auf Bewohner, welche am so genannten „Korsakow-Syndrom“ litten. Das Korsakow-Syndrom wird umgangssprachlich als „Alkohol-Demenz“ bezeichnet und beschreibt die Folgen von Alkoholmissbrauch, welcher Gedächtnisstörungen auslöst.

Als wir am TDS im Frühjahr 2019 im Rahmen der Altersarbeit auf das Segment der demenzkranken Menschen zu sprechen kamen und ich mit einer Studienkollegin die Demenzabteilung eines Pflegeheimes besuchte, begann sich mein Diplomarbeitsthema langsam zu formen. Das Thema hatte mich erfasst und nicht mehr losgelassen.

In meiner Arbeit in verschiedenen Kirchgemeinden (als Freiwilliger oder auch als Praktikant) ist mir jedoch nicht aufgefallen, dass es spezifische Angebote für demenzkranke Menschen gibt. Schon bald habe ich beim Nachfragen bei verschiedenen Pfarrpersonen herausgehört, dass dieses Thema wohl eher vernachlässigt wird. Vielleicht komme es im Rahmen des Besuchsdienstes mal zur Sprache, und dennoch berge es grosses „Potenzial“ für Kirchgemeinden in sich, hat sich eine Aargauer Pfarrperson mir gegenüber geäussert.

Mit dieser Diplomarbeit möchte ich aus persönlichen wie auch aus zukünftigen beruflichen Gründen dem Thema Demenzkrankheit vertiefter begegnen. Und im besten Fall wird diese Arbeit eine Grundlage beziehungsweise Hilfestellung für Kirchgemeinden, welche sich ebenfalls mit diesem Thema auseinandersetzen und gezielt Angebote für demenzkranke Menschen aufbauen oder erweitern möchten.

Gachnang, 31. Oktober 2019

Daniel Mörgeli

1. Einleitung

„Demenz lehrt uns, dass wir eben nicht nur Egos, soziale Ich-AGs, kognitive Hochleistungsaggregate sind. Demenz lehrt uns, dass wir mit anderen in Beziehung stehen, dass wir auf Hilfe und Solidarität angewiesen sind, dass wir füreinander Verantwortung und Sorge tragen sollen – und zwar nicht nur dann, wenn wir krank sind.“¹

Mit diesem – nicht spezifisch kirchlich oder religiös bezogenen – Zitat steige ich in meine Diplomarbeit ein. In dieser Arbeit möchte ich die obige Aussage in einem kirchgemeindlichen beziehungsweise gemeindegemeinschaftlichen Kontext darlegen.

Obiges Zitat scheint uns vielleicht logisch und wir erachten es wie selbstverständlich, dass wir uns um unsere alten und kranken Mitmenschen kümmern. Doch ist das (noch) so? Wir werden feststellen, dass die Meinungen nicht immer einstimmig und die Perspektiven auf das Leben und alte Menschen vielfältig sind. Dabei werden uns ganz verschiedene Faktoren begegnen, wenn das Thema erschlossen wird.

So zum Beispiel die Lebenserwartung der Menschen: Sie steigt in der Schweiz immer noch an, und so wird auch die Anzahl der Demenz-Betroffenen zunehmen. Diese Krankheit wird folglich für viele Menschen im Verlaufe ihres Lebens ein konkretes Thema werden, sei es als Betroffene beziehungsweise Betroffener oder sei es als Angehörige beziehungsweise Angehöriger.

So hat der Trend (und der Zusammenhang) vom immer älter Werden und ansteigender Demenzerkrankungsrate Auswirkungen auf die Gesellschaft und ebenso auf die Kirchgemeinden. In vielen Landeskirchen liegt der Altersdurchschnitt der Gottesdienst-Besuchenden eher hoch, und wenn ein Teil der älteren Menschen dann im Verlauf der Zeit an Demenz erkrankt, wirkt sich das auf die Gottesdienste aus: entweder auf die Form der Gottesdienste oder auf die Anzahl der Besucher und Besucherinnen. Oder auf beides. Denn wenn die demenzkranken Menschen nicht mehr in den Gottesdienst kommen (dürfen), bleiben auch deren Angehörige zu Hause, weil sie ja nicht nur Angehörige sind, sondern auch Betreuende und Pflegende der Demenzkranken. Aber dann fehlt ein Teil der Gemeinde, ein Teil der Gaben des Leibes Christi in der Gemeinde.

So gesehen gibt es verschiedene Ansätze, welche eine Kirchgemeinde verfolgen kann, um den Bedürfnissen von demenzkranken Menschen, ihren Angehörigen und den übrigen Kirchgemeindemitgliedern entgegen zu kommen. Diese Ansätze sollen sich primär positiv auf die Lebensqualität und auf das spirituelle Leben aller Betroffenen auswirken.

¹ Zimmermann, 2018, S. 493

Im Rahmen dieser Arbeit möchte ich in Kapitel 2 zuerst eine Auslegeordnung machen und aufzeigen, was die Demenzkrankheit überhaupt ist und wie sich die Situation in der Schweiz rund um dieses Thema präsentiert. In einem weiteren Abschnitt (Kapitel 3) beleuchte ich die verschiedenen Perspektiven, welche auf das Alter, auf (alte) Menschen und die Demenzkrankheit eingenommen werden können. Das Kapitel 4 soll zeigen, inwiefern das Thema für Kirchgemeinden relevant ist. In den Schlussfolgerungen in Kapitel 5 werden die vorangegangenen Kapitel zusammengefasst und begründet, WARUM sich Kirchgemeinden für ihre demenzkranken Mitglieder und deren Angehörigen einsetzen sollten. Im letzten Abschnitt (Kapitel 6) wird die Frage beantwortet, WIE sich Kirchgemeinden für dieses Zielpublikum engagieren könnten. Diese Handlungsfelder werden letztlich umrissen und spezifische Vertiefungsthemen beleuchtet, ohne aber schon fertig entwickelte Handlungsanleitungen bereitzustellen.

In den Ausführungen dieser Arbeit verwende ich die Begriffe Demenzkranke, Menschen mit Demenz, an Demenz erkrankte Menschen und demenzkranke Menschen gleichbedeutend.

Diese Arbeit beruht auf dem Studium von themenrelevanter Literatur.

2. Ausgangslage/Situationsanalyse „Demenzkrankheit“

In den nachfolgenden Abschnitten werden verschiedene Facetten einer Demenz und ihre Auswirkungen beschrieben. Die Krankheit selber ist der Auslöser für Vieles, das folgt, und für Viele, die betroffen sind.

Der erste Fokus wird auf die Krankheit selbst gelegt und soll, soweit nötig, einen Einblick in das Krankheitsbild geben. Der zweite Teil dieses Kapitels beschreibt die Betroffenheit von an Demenz erkrankten Menschen und ihren Angehörigen.

2.1 Demenz, Alzheimer – was bedeutet das?²

Das Wort *Demenz* leitet sich aus dem lateinischen Wort *demens* ab. *Mens* heisst Geist, *de-**mens* heisst „ohne Geist“ oder „geist-los“.

Man kennt mehr als 50 Erkrankungen, welche sich sehr ähnlich äussern wie Alzheimer, der Krankheit, welche am häufigsten genannt wird. Darum ist Demenz auch eine generelle Bezeichnung für solche Krankheiten. Verluste des Erinnerungsvermögens zusammen mit anderen Funktionsstörungen des Gehirns sind die gemeinsamen Merkmale von Demenzkrankheiten. Diese führen bei den Betroffenen letztlich zum Verlust der Selbständigkeit. Alzheimer ist mit 50 – 70 % der Betroffenen die häufigste Demenzform. 15 – 25 % der Betroffenen erkranken an einer vaskulären Demenz, der zweithäufigsten Form von Demenzkrankheiten. Beide Formen werden nachstehend noch ausführlicher beschrieben. Auf die anderen Demenzformen wird nicht eingegangen.

Die durchschnittliche Krankheitsdauer schätzt man auf acht bis zehn Jahre. Demenzerkrankungen treten unabhängig der gesellschaftlichen Schicht, der kulturellen Zugehörigkeit und der geografischen Lage auf. Die Alzheimer-Krankheit und die vaskuläre Demenz gehören zu den irreversiblen Demenzformen.

Demenzerkrankungen wirken sich sehr individuell aus, kein Krankheitsfortschritt gleicht dem anderen. Der Verlauf ist abhängig vom Gesundheitszustand der erkrankten Person vor Ausbruch der Krankheit, von ihrer Persönlichkeit, von der körperlichen Verfassung wie auch vom Lebensstil. Man muss sich als Betreuungsperson bewusst sein, dass in allen Stadien der Krankheit kurze „normale“ Phasen beobachtet werden können.

² Alzheimer Schweiz, Leben mit Demenz, 2017, S. 5/12

2.1.1 Alzheimer-Krankheit³

Der massive und fortschreitende Verlust von Gehirnzellen ist ein typisches Merkmal für die Alzheimer-Krankheit. Parallel dazu werden körpereigene, chemische Substanzen abgebaut, welche für den Austausch von Informationen unter den Gehirnzellen verantwortlich sind. Die Ursachen hierfür sind noch unbekannt.

Im schleichenden Beginn der Alzheimer-Krankheit zeigen sich Gedächtnis- und Wortfindungsstörungen, Schwierigkeiten in der Planung und Organisation des Alltags, veränderte Verhaltensweisen und auch Veränderungen der Persönlichkeit.

2.1.2 Vaskuläre Demenz⁴

Als zweithäufigste Demenzursache gilt die vaskuläre Demenz. Sie entsteht durch arteriosklerotische Veränderungen der Hirngefässe, was zu Minder-Durchblutungen im Gehirn führt. Dadurch sterben kleinste Hirngebiete, verursacht durch Mikro-Infarkte (Streifungen), oder ganze Hirnareale bei grösseren Durchblutungsstörungen (Hirn-Infarkte) ab. Die meisten Mikro-Infarkte passieren unbemerkt.

Folgende Hauptsymptome werden genannt bei der vaskulären Demenz: Plötzliches Auftreten von kognitiven Störungen im zeitlichen Zusammenhang mit einer vaskulären Erkrankung, vermehrte Stimmungsschwankungen und ein sich in Abständen, aber ausgeprägter, verschlechternder Verlauf. Verlangsamung des Denkens, Depressionen, körperliche Schwächen und Lähmungen können weitere Symptome sein. Gedächtnisstörungen, wie sie die Alzheimer-Krankheit verursacht, stehen jedoch nicht im Vordergrund.⁵

2.1.3 Beginn / Stadien demenzieller Erkrankung

Die Ärztin Irene Bopp-Kistler schreibt zum Beginn einer Demenzkrankheit:⁶

„Jede Demenzerkrankung beginnt unmerklich, die Betroffenen spüren Veränderungen an sich, können diese aber nicht richtig einordnen. Angehörige nehmen Defizite wahr, ein eigenartiges Verhalten, wagen aber nicht, darüber zu sprechen. Doch die Veränderungen lassen sich nicht länger ignorieren. Eine Abklärung wird immer dringlicher.“

Beim Krankheitsverlauf spricht man vom frühen, mittleren und spätem Stadium. Im Anhang 10.1 ist ein grober Überblick über die verschiedenen, möglichen Einschränkungen im Rahmen der Entwicklung der Krankheit dargestellt.⁷

³ Alzheimer Schweiz, Leben mit Demenz, 2017, S. 5

⁴ Alzheimer Schweiz, Leben mit Demenz, 2017, S. 5

⁵ Haas, Faes, Studer, 2010

⁶ Bopp-Kistler, 2016, S. 16

⁷ Alzheimer Schweiz, Leben mit Demenz, 2017, S. 13-24

2.1.4 Besonderheiten

Kruse nennt in seinem Buch über das hohe Alter ein paar (positive) Besonderheiten bezüglich der Erkrankung an Demenz:⁸

Wichtig für die Begleitung/Betreuung demenzkranker Menschen ist der Umstand, dass gefühlsbezogene und empfindungsbezogene Qualitäten deutlich später zurückgehen als kognitive. Zudem ist der Verlust der gefühls- und empfindungsbezogenen Fähigkeiten und Fertigkeiten bezüglich Tiefe und Ausmass nicht so dramatisch wie bei den kognitiven. Die Wahrnehmung von demenzkranken Menschen ist darum differenzierter, als das nicht erkrankte Gegenüber annehmen würde.

Das bedeutet weiter, dass sich an Demenz erkrankte Menschen an Dingen und Prozessen erfreuen können, die um sie herum geschehen. Die Erhaltung von Teilhabe ist realistisch und notwendig in der Versorgung und Begleitung von Demenzkranken.

2.1.5 Medikamentöse Behandlung

Es gibt heute noch keine Medikamente, welche Demenzkrankheiten verhindern, stoppen oder heilen können. Die zur Verfügung stehenden Alzheimer-Medikamente tragen jedoch zur Milderung der Symptome und zur Erhaltung der Lebensqualität von Demenzkranken und ihren Angehörigen bei.⁹

2.1.6 Nicht-medikamentöse Behandlung

Menschen mit Demenz haben frühere Fähigkeiten verloren. Sie leiden darunter und finden sich immer wieder in peinlichen und hilflosen Situationen wieder. Durch nichtmedikamentöse Behandlungen können die Erhaltung des Selbstwertgefühls und die Lebensgestaltung der Erkrankten unterstützt werden. Zudem beugt dies der Isolation und Vereinsamung vor. Solche Therapieformen sollen aber nur angewendet werden, wenn die erkrankte Person daran Freude hat. Folgende Therapieformen werden genannt (Aufzählung nicht abschliessend):¹⁰

- Gedächtnistraining/Alltagstraining
- Einzelgespräche/Paargespräche
- Mal- und Kochtherapien
- Gestaltung des Alltags zu Hause

⁸ Kruse, 2017, S. 319

⁹ Alzheimer Schweiz, Leben mit Demenz, 2017, S. 8

¹⁰ Alzheimer Schweiz, Leben mit Demenz, 2017, S. 10/11

- Kreative Aktivitäten, Sport und Geselligkeit, Spazierbegleitung
- Spielen

2.1.7 Zusammenfassung zur Demenzkrankheit allgemein

Damit kann festgehalten werden, dass die klassische Demenzkrankheit nicht geheilt werden kann und dass sich deren Verlauf permanent verschlechtert. Mit Medikamenten und geeigneten Therapieformen kann jedoch auf den Krankheitsverlauf und die Lebensgestaltung positiv Einfluss genommen werden, damit die Menschenwürde gewahrt und die Lebenssituation möglichst positiv gemeistert werden kann. Dabei sind an Demenz Erkrankte über Gefühle und Empfindungen stärker (oder länger) zugänglich, als es der (raschere) Abbau der kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten vermuten lässt.

2.2 Quantitative Angaben zu Demenzkrankheit in der Schweiz

Die Demenzkrankheit wird die Gesellschaft zunehmend beschäftigen. Alzheimer Schweiz hat mengenmässige Informationen zusammengetragen und gibt sie in ihrem Zahlenspiegel wieder.

2.2.1 Aktuelle Zahlen zur Demenzkrankheit

Aus dem Zahlenspiegel von Alzheimer Schweiz 2018 lässt sich ein eindrückliches Bild von Demenz ablesen¹¹:

„Der grösste Risikofaktor für Demenz ist das Alter. Aufgrund dessen dürfte sich die Betroffenenanzahl bis 2040 verdoppeln. In der Schweiz erkranken jährlich 28'800 Menschen neu an Demenz. Das bedeutet alle 18 Minuten eine neu erkrankte Person.“

Mit folgenden Zahlen wird die Situation konkretisiert:

- Rund 151'000 Menschen in der Schweiz sind an Demenz erkrankt,
- davon sind rund 65 % der erkrankten Personen Frauen.
- Rund 453'000 Angehörige sind Mitbetroffene, also rund drei Mal mehr als Erkrankte.

Das sind jedoch Hochrechnungen, da viele Erkrankte keine fachärztliche Diagnose haben.

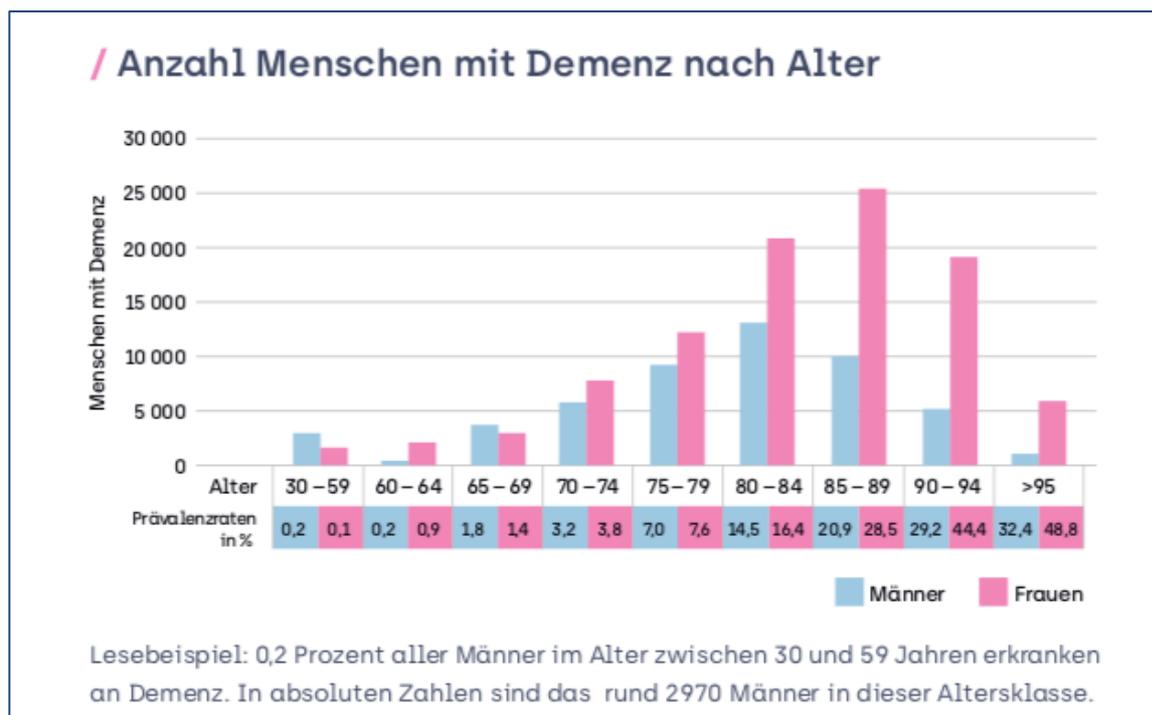
An Demenz erkrankte Menschen im Anfangs- oder Mittelstadium können zu Hause umsorgt werden, ohne dass sie bereits in (kostenintensiveren) Heimen betreut werden müssen. So leben rund zwei Drittel der Demenzkranken – betreut durch ihre mehrheitlich über 60-jährigen Angehörigen – zu Hause. Durch Entlastungsangebote können diese Angehörigen vor Überlastung geschützt werden. Denn wenn auch sie durch ihr hohes Engagement krank

¹¹ Bundesamt für Gesundheit (2018)/Bundesamt für Statistik (2016, 2018)

werden und ausfallen, hat dies zusätzliche Auswirkungen auf die Gesellschaft und es entstehen vielfach höhere Kosten.

Je höher also die Lebenserwartung der Menschen steigt, desto höher ist für den Menschen die Wahrscheinlichkeit beziehungsweise das Risiko, an Demenz zu erkranken. In der nachfolgenden Grafik ist ersichtlich, dass das Erkrankungsrisiko ab dem 80. Altersjahr markant steigt. Ab dem 85. Altersjahr sind rund 20 % der Männer und 29 % der Frauen von der Demenzkrankheit betroffen.

Abbildung 1: Statistik 2018 der Demenzerkrankten in der Schweiz



Quelle: https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/de/Publikationen-Produkte/Zahlen-Fakten/2018-CH-zahlen-fakten.pdf (Aufruf am 7.8.2019)

2.2.2 Zusammenfassung zu den quantitativen Angaben der Demenzkrankheit

Demenzerkrankungen werden die Gesellschaft in der Schweiz unausweichlich prägen. Die Zahl der Betroffenen wird mit der immer höheren Lebenserwartung ansteigen. Und lange nicht alle wollen und können sich die Angebote der Gesundheitsindustrie leisten, welche sie benötigen würden. Ergänzende Angebote – von Kirchgemeinden – könnten hier Abhilfe schaffen und unterstützend wirken.

2.3 Wahrnehmung der Demenzkrankheit in der Bevölkerung

Wie steht es um das Wissen und die Einstellung in der Bevölkerung zum Thema Demenz? Das Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich hat im Auftrag der Schweizerischen Alzheimervereinigung eine repräsentative Umfrage bei rund 1000 Personen in der Schweiz

durchgeführt. Wichtige Erkenntnisse sind auf dem entsprechenden Informationsblatt der Alzheimervereinigung zusammengefasst.

2.3.1 Umfrage-Ergebnisse¹²

Begriffs- und Wissenskenntnisse: die Meisten der Befragten kennen ein paar wichtige Fakten, nämlich:

- Es gibt keine Impfung gegen Demenzkrankheiten (Nennungen von über 90 % der befragten Personen).
- Es gibt keine heilenden Medikamente gegen Demenzkrankheiten (70 %).
- Die Anzahl demenzkranker Menschen wird zunehmen (knapp 70 %).

Die Umfrage konnte jedoch Wissenslücken bezüglich Präventionsmöglichkeiten und Symptome der Erkrankung aufzeigen.

Persönliche Betroffenheit und Haltung: Rund 60 % der Befragten kamen bereits in Kontakt mit demenzkranken Menschen. Und es ist ein Problembewusstsein sowie eine positive Grundhaltung gegenüber Demenzkranken auszumachen. Dies sind gute Voraussetzungen, welche sich positiv auf die Bewältigung der gesellschaftlichen Herausforderungen auswirken können. Die wichtigsten Rückmeldungen aus den Befragungen lassen sich wie folgt wiedergeben:

- 25 % der Befragten ist besorgt, selber einmal an einer Demenzkrankheit zu leiden.
- 90 % der Befragten denken, dass Angehörige von demenzkranken Menschen häufig bis sehr häufig überfordert sind.
- Rund die Hälfte der Befragten in der deutschsprachigen Schweiz denkt, dass sich Angehörige von Demenzkranken für die Erkrankung ihres Familienmitglieds häufig bis sehr häufig schämen (in der französischsprachigen Schweiz sind es nur 30 %).
- 90 % der Befragten haben keine Angst vor Demenzkranken; 80 % würden nicht ausweichen, wenn sich der Kontakt mit einem aufgewühlten Demenzkranken abzeichnet.
- Je 80 % sagen aus, dass demenzkranke Menschen spüren, wenn man nett zu ihnen ist und auch, dass man vieles tun kann, um das Leben von Betroffenen zu verbessern.
- Schliesslich können sich 60 % tendenziell vorstellen, sich um Menschen mit Demenz zu kümmern.

¹² Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich, 2012

2.3.2 Zusammenfassung zur Wahrnehmung der Bevölkerung

Die Schweizer Bevölkerung ist sensibilisiert bezüglich Demenzkrankheiten, wichtige Fakten sind bekannt. Die Rolle der Angehörigen wird nicht einfach ausgeblendet, sondern ist ebenfalls ein Thema und es löst in der Bevölkerung Besorgnis aus, dass man dereinst selber an Demenz erkranken könnte. Im Bereich der Präventionsarbeit und der Symptomererkennung besteht offensichtlich Nachholbedarf.

2.4 Bedürfnisse und Nöte von demenzkranken Menschen

2.4.1 Grundsätzliche Sehnsüchte im Alter

Gemäss M. Müller hat der Mensch im Alter grundsätzlich vier Sehnsüchte:¹³

- **Sicherheit** bezüglich des eigenen Wohlergehens (Essen, Wärme, Bewältigung von Schmerz und anderes).
- **Gemeinschaft bezüglich der Beziehungen**; vor allem denjenigen Beziehungen, die man benötigt, wenn man in hilfsbedürftige Situationen kommt.
- **Bedeutung**, zum Beispiel in den Fragen: Was bin ich wert? Wozu bin ich nützlich?
- **Die Frage nach der Zukunft**, welches die elementarste Frage ist: Sehe ich die Zukunft oder sehe ich sie nicht mehr?

Gemäss Kruse möchten zudem mehr als drei Viertel der im Rahmen einer Studie befragten 65- bis 85-Jährigen möglichst in der eigenen Wohnung verbleiben. Falls sie dann pflegebedürftig werden, würden neun Prozent einen Umzug ins Pflegeheim vorziehen.¹⁴ Somit ist die Wohnsituation für ältere Menschen sehr bedeutend bezüglich Lebenszufriedenheit und Lebensqualität (mehr zur Wohnsituation im Kapitel 3.3.2). Dies trifft ebenfalls auf demenzkranke Menschen zu.

2.4.2 Bedürfnis nach Spiritualität

Spiritualität (und Religiosität) werden im Alter für die Menschen als psychische und kulturelle Ressource immer wichtiger. Denn der Mensch erlebt in diesem Lebensabschnitt Angewiesenheit (auf andere), Verletzbarkeit und Begrenztheit des menschlichen Lebens in nie dagewesenem Ausmass.¹⁵

¹³ Müller, 2017, S. 139

¹⁴ Kruse, 2017, S. 345

¹⁵ Hille, Koehler, 2013, S. 51-53

Oder anders formuliert: Endlichkeit und Fragilität betreffen zwar das ganze Leben, stehen in der Regel aber erst im Alter im Vordergrund der Lebensfragen. Bis zu diesem Altersabschnitt konnte man diesen Themen noch ausweichen, doch im (fortgeschrittenen) Alter findet diesbezüglich eine radikale Konfrontation statt.¹⁶

Spirituelle Bedürfnisse und Ressourcen im Alter kann man als ein hoch differenziertes, individuelles und vielschichtiges Phänomen betrachten. Denn Menschen werden nicht nur immer älter, sie werden immer unterschiedlicher. Aber es liegt letztlich generell in der Verantwortung jedes Einzelnen, auch des Erkrankten, ob er seinem endlichen Leben die Sinnhaftigkeit über spirituelle Zugänge und Ressourcen Gewicht verleihen möchte.¹⁷

Demenzkranke der heute alten Generation in unserem Kulturkreis können spirituelle Ressourcen noch vermehrt über die Zugehörigkeit und Ausübung von christlicher Religiosität erschliessen. Gläubige, demenzkranke Menschen äussern sich dahingehend, dass ihr Glaube ihnen helfe, die unsichere Zukunft, den Kontrollverlust und den Verlust an Geborgenheit und Sicherheit Gott übergeben zu können. Das ist ein Trost: Gott ist und bleibt ewig, und er erinnert sich an die Person, die sich selbst vergisst. So können demenzkranke Menschen in der Bewältigung ihrer Krankheit letztlich spirituell daran wachsen, wenn sie dann spirituelle Bedürfnisse haben.¹⁸

2.4.3 Bedürfnisse von an Demenz erkrankten Menschen

Wie steht es aber mit den Bedürfnissen und Nöten der Menschen, die an Demenz erkrankt sind? Lassen sich diese noch in die gleichen Kategorien einteilen? Oder verändern sich diese, auch im Zusammenhang mit ihrem Bewusstsein, welches sich ständig verändert?

Die Bedeutung der Wohnsituation, wie sie in Kapitel 2.4.1 erwähnt wird, ist für demenzkranke Menschen ebenso elementar.

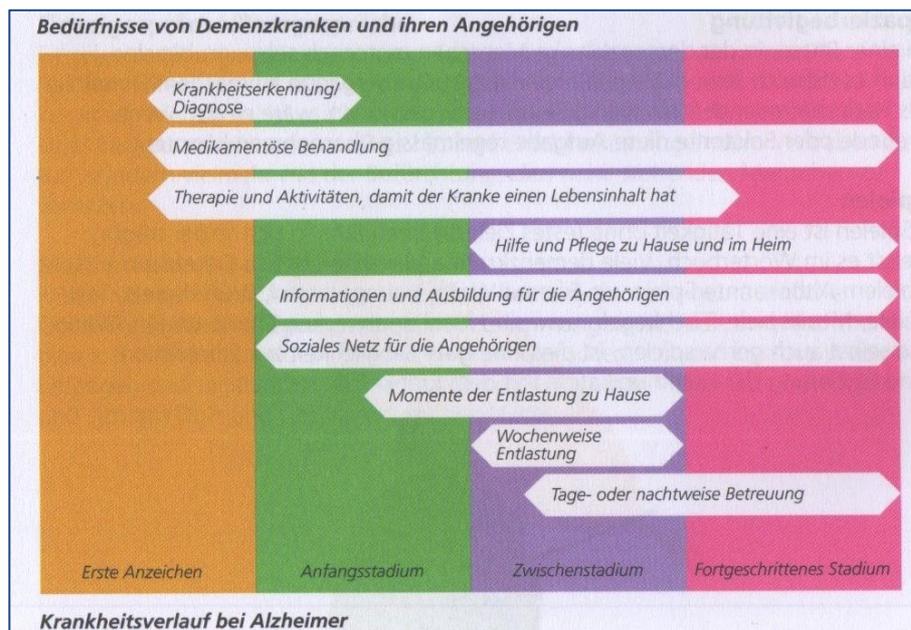
In der nachstehenden Grafik sind strukturiert die Bedürfnisse von Demenzkranken (und auch ihren Angehörigen) ersichtlich:

¹⁶ Klie, Kumlehn, Kunz, 2009, S. 603

¹⁷ Hille/Koehler, 2013, S. 51-53

¹⁸ Hille/Koehler, 2013, S. 54-57

Abbildung 2: Bedürfnisse von Demenzkranken und ihren Angehörigen



Quelle: *Leben mit Demenz; Broschüre von Alzheimer Schweiz (2017), Seite 12*

Daraus können unter anderem die vier oben erwähnten Sehnsüchte (Bedürfnisse) aus Kapitel 2.4.1 wieder erkannt werden:

- Diagnose, Medikamente → **Sicherheit**
- Hilfe und Pflege → **Gemeinschaft/Beziehungen**
- Therapie und Aktivitäten zwecks Lebensinhalt → **Bedeutung**
- Medikamente, Therapien → **Zukunft**

Im Wesentlichen benötigen Menschen mit Demenz für ihren Alltag Unterstützung, damit sie mit den Folgen ihrer Krankheit umgehen und so möglichst viel von ihrer Selbständigkeit bewahren können. Die Erhaltung und Förderung der beeinträchtigten geistigen Fähigkeiten sowie die Pflege des psychischen Wohlbefindens sind bedeutend für erkrankte Personen. Zu diesem Zweck benötigen sie Pflege- und Betreuungspersonen, welche ihre Arbeit personenzentriert, mit einer wertschätzenden Grundhaltung, einführend und menschenwürdig verrichten.¹⁹

Erkrankte können nur zu Beginn des Krankheitsverlaufs ihre Bedürfnisse beziehungsweise Sehnsüchte äussern. Ab dem mittleren Stadium kann der demenzkranke Mensch seine Wünsche, Gefühle und Ängste nicht mehr mit Worten ausdrücken. Zum Beispiel kann dann Aggressivität als Ausdruck von Bedürfnissen von Demenzkranken verstanden werden. Er ist darauf angewiesen und muss es zulassen, dass die Menschen um ihn herum sein Verhalten

¹⁹ Alzheimer Schweiz, Demenz: Diagnose, Behandlung und Betreuung, 2014, S. 24-26

interpretieren und versuchen herauszufinden, was ihn bedrückt und wütend macht. Aber auch, was ihm Freude macht und welche Bedürfnisse er grundsätzlich hat.²⁰

Helga Rohra, eine Betroffene, äussert sich über ihre Bedürfnisse als Demenzkranke, beziehungsweise äussert sich darüber, was sie nicht will und daraus lassen sich ihre Bedürfnisse ableiten:²¹

- Das Umfeld muss sich auf sie einlassen.
- Sie möchte als Mensch behandelt werden, nicht als leere Hülle.
- Sie möchte wertschätzend behandelt werden.
- Sie möchte nicht jemanden bei sich haben, der in ihrer Anwesenheit über sie spricht, als wäre sie nicht da.
- Sie ist zwar schutz- und hilfebedürftig, aber sie möchte die Schwierigkeiten auf ihre Art und in ihrem Tempo bewältigen.

2.4.4 Bedrohte Identität²²

Für Menschen ist Identität wichtig, sogar entscheidend, sei es bewusst oder unbewusst. Man spricht unter anderem dann von Identitätskrise, wenn beim Menschen etwas nicht mehr rund läuft, alles/vieles Gewesene in Frage gestellt wird und man nach dem Sinn des Lebens sucht. Dies kann durch unerwartete Ereignisse oder eher schleichend durch unbefriedigende Lebenssituationen ausgelöst werden. Durch die Demenzkrankheit wird die Identität des erkrankten Menschen ebenfalls tangiert und beeinflusst.

Prof. Dr. Hilarion Petzold hat ein Identitätsmodell für die integrative Therapie entwickelt. Es sieht die folgenden Säulen vor, auf welchen die Identität des Menschen basiert:

Leiblichkeit	Soziales Netz	Arbeit und Leistung	Materielle Sicherheit	Werthaltungen / Wertvorstellungen
---------------------	----------------------	----------------------------	------------------------------	--

Die Identität eines Demenzkranken wird nun dadurch bedroht, dass die Krankheit mindestens drei der fünf Säulen betrifft. Zum Beispiel verkleinert sich das soziale Netz krankheitsbedingt. Arbeit und Leistung zu erbringen wird im Verlaufe der Krankheit immer schwieriger bis unmöglich. Das sind massive Einschnitte in die Identität eines Menschen und führt zu grosser Verunsicherung. Betreuenden Personen kommt nun die Aufgabe zu, betroffene Menschen möglichst gut in allen fünf Lebensbereichen (Säulen) zu unterstützen.

²⁰ Alzheimer Schweiz, Leben mit Demenz, 2017, S. 18

²¹ Rohra, 2017, S. 18-20

²² Eglin, Huber, Kunz, Schröder, Stahlberger, Urfer, Wuillemin, 2008, S. 17-18

2.4.5 Zusammenfassung zu den Bedürfnissen und Nöten von Demenzkranken

Der an Demenz erkrankte Mensch ist in seinen Grundfesten erschüttert. Er hat seiner Erkrankung fast nichts entgegenzusetzen und ist grossen Nöten ausgesetzt. Einerseits ist seine bewährte Wohnsituation und -form bedroht durch den Verlust von früheren Fähigkeiten und Fertigkeiten, andererseits droht ihm die soziale Isolation. Er benötigt zudem immer mehr Unterstützung und insgesamt ist seine Identität bedroht. Für Betroffene sind dies ungeheure Veränderungen, mit denen sie umgehen müssen. Alleine können sie das nicht meistern. Nicht wenige Menschen äussern sich im Vorfeld – vor einer allfälligen Erkrankung – dahingehend, dass sie bei einer Demenzdiagnose lieber einen Suizid vorziehen würden, anstatt als unterstützungsbedürftige Demenzkranke langsam die Kontrolle zu verlieren. Allerdings können ihnen spirituelle Zugänge in einer solch schwierigen Situation helfen. Das ist eine grosse Chance für Kirchgemeinden.

2.5 Angehörige als Betroffene

Angehörige von demenzkranken Menschen stecken in einer schwierigen Situation: Sie müssen sich unter anderem mit der Krankheit auseinandersetzen; sie müssen den erkrankten Menschen, der nicht mehr er selbst ist, neu kennenlernen und akzeptieren, wie er ist; sich kümmernde und pflegende Angehörige müssen ihr eigenes Leben umstellen, um Zeit und Kraft für die Betreuung und Pflege für ihre erkrankten Angehörigen aufzubringen; und sie müssen in dieser herausfordernden Situation sicherstellen, dass sie selbst ob dieser Aufgabe in keinen Erschöpfungszustand geraten. Zudem sind infrastrukturelle Anpassungen und Sicherheitsvorkehrungen in der Wohnung beziehungsweise im Haus notwendig. Persönlich, fachlich und emotional ist eine Demenzdiagnose für betreuende Angehörige eine enorme Herausforderung.²³

Das Pflichtbewusstsein der pflegenden Angehörigen führt aber auch dazu, dass sie sich meistens erst melden, wenn sie völlig erschöpft sind. Sie sind Burnout-gefährdet und haben grundsätzlich ein hohes Krankheitsrisiko. Sie sind auf Hilfe angewiesen, damit sie wiederum ihren Angehörigen weiter beistehen zu können.²⁴ Aber sie können aus diesen herausfordernden Situationen auch Lehrreiches ziehen und persönliche Gewinne beschreiben (siehe Kapitel 2.5.4).

2.5.1 Umfang des Engagements der Angehörigen

Eine im Jahr 2012 durchgeführte Befragung bei Angehörigen von demenzkranken Menschen ergab folgendes Bild (rund 2000 Personen haben sich an dieser Umfrage beteiligt; ihre Einschätzungen flossen in die Erarbeitung der nationalen Demenzstrategie ein):²⁵

Betreuung ist Familiensache: In rund 65 % der Fälle kümmert sich der (Ehe-)Partner/die (Ehe-)Partnerin um die demenzkranke Person. Rund 28 % fallen auf Kinder der Betroffenen.

Betreuung ist Frauensache: 70 % der betreuenden Angehörigen sind Frauen. Töchter machen gut drei Viertel aus.

Betreuung ist eine lang andauernde Aufgabe: Die Krankheitsdauer von 40 % der zu Hause betreuten demenzkranken Betroffenen liegt über 5 Jahre.

Hohes Durchschnittsalter von Betreuenden: Die meisten Betreuenden sind bereits im fortgeschrittenen Alter. So sind rund 43 % bereits über 70 Jahre alt. Zwei Drittel sind über 60 Jahre alt.

²³ Alzheimer Schweiz, Leben mit Demenz, 2017, S. 15/28

²⁴ Kunz, 2018, S. 518

²⁵ Alzheimer Schweiz, Angehörige von Menschen mit Demenz geben Auskunft, 2012

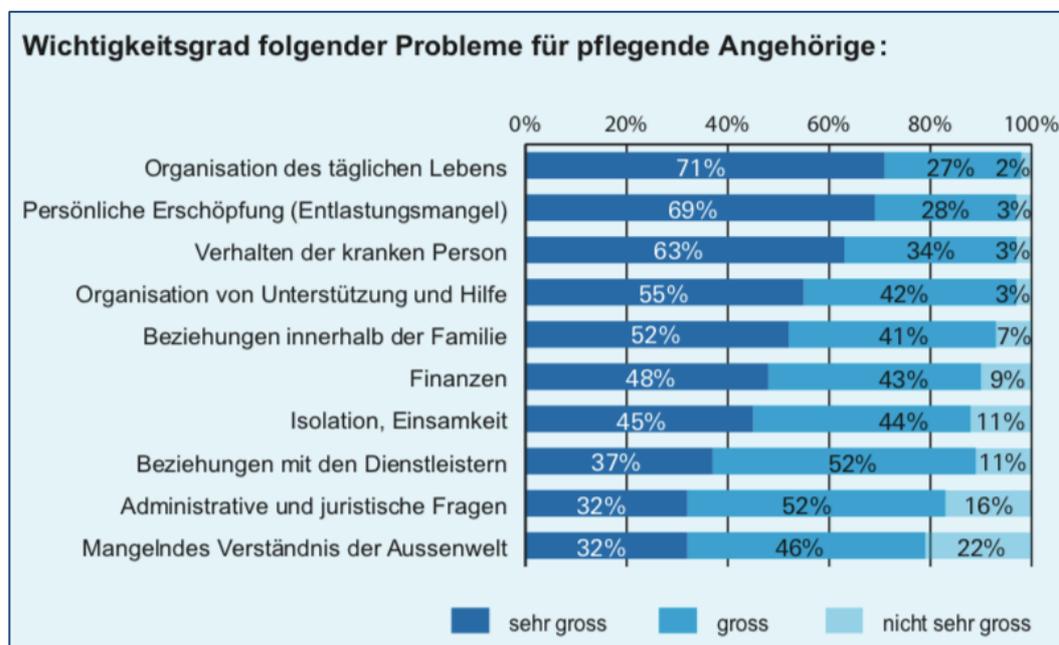
Das Bundesamt für Statistik erstellt Szenarien über die Bevölkerungsentwicklung. Es geht davon aus, dass bis im Jahr 2065 etwa 12 % aller Einwohner und Einwohnerinnen über 80 Jahre alt sein werden. Die demoskopische und epidemiologische Entwicklung miteingerechnet wird angenommen, dass dazumal rund 20 % der Bevölkerung direkt als erkrankte Person oder indirekt als Angehörige von einer demenziellen Krankheit betroffen sein wird.²⁶

2.5.2 Nöte und Probleme der Angehörigen

Wenn sich Menschen um ihre erkrankten Angehörigen kümmern, hat das Auswirkungen auf ihr ganzes Leben. Sie stehen vor herausfordernden Situationen, welche sie vermutlich noch nie in diesem Ausmass und dieser Form angetroffen haben.

Die nachfolgende Grafik illustriert und priorisiert die Probleme von pflegenden Angehörigen:

Abbildung 3: Problembarmeter für pflegende Angehörige



Quelle: https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/de/Publikationen-Produkte/Zahlen-Fakten/angehoerigenbefragung.pdf (Aufruf am 9.8.2019)

Viele dieser Probleme lassen sich nicht isoliert betrachten. Hat doch zum Beispiel die Organisation des täglichen Lebens auch mit Familie, persönlicher Erschöpfung, Administrativem und so weiter zu tun.

²⁶ Kunz, 2018, S. 518

2.5.3 Nachgefragte Unterstützungsleistungen der Angehörigen / Kosten

Aus der Umfrage wird weiter ersichtlich, dass die folgenden Versorgungsangebote für die Angehörigen prioritär sind:²⁷

- Beratung und Begleitung ab Diagnosestellung
- Zugehende Beratung: Unterstützung im Alltag (um Erschöpfungszustände von Angehörigen und verfrühte Heimeinweisung zu vermeiden)
- Flexible und bezahlbare Entlastungsmöglichkeiten, unter Anderem individuelle Entlastungsangebote zu Hause

Mehr als 50 % der Befragten hält die Kosten von Spitex und Tagesstätten für akzeptabel. Aber über ein Drittel der befragten Angehörigen findet, die Kosten für stationäre Kurz- oder Langzeitaufenthalte im Heim sind zu hoch. So haben wir zwar eine boomende Seniorenwirtschaft mit vielseitigen Angeboten, aber diese Angebote sind für viele Betagte nicht bezahlbar.²⁸ Damit bleibt die Betreuung in vielen Fällen bei den Angehörigen.

2.5.4 Positive Auswirkungen auf pflegende/betreuende Angehörige

Wenig erforscht ist die Tatsache, welche positiven Erfahrungen Angehörige von Demenzkranken der Situation abgewinnen können. Harm-Peer Zimmermann skizziert in seinem Aufsatz aus zwölf Angehörigen-Interviews folgende Zugewinne aus ihrem Sorge-Alltag:²⁹

- Das persönliche Wachsen im Sinne von einem verbesserten Verständnis für Menschen mit Demenz (*personal growth*)
- Beziehungsgewinne bezüglich der Intensivierung von Partnerschaften sowie des familiären Zusammenhaltes (*gains in relationship*)
- Übergeordnete Gewinne hinsichtlich spirituellem Wachstum und dem altruistisch-gesellschaftlichen Engagement (*higher-level gains*)

Im gleichen Bericht werden die positiven Erfahrungen beschrieben, welche im Achten Familienbericht der deutschen Bundesregierung erwähnt wurden:³⁰

- a) Das Gefühl, gebraucht zu werden
- b) Die Möglichkeit, neue Fähigkeiten zu erlernen
- c) Der Bedeutungszuwachs für einen selbst
- d) Die Erfahrung, eine Verpflichtung erfüllen zu können

²⁷ Alzheimer Schweiz, Angehörige von Menschen mit Demenz geben Auskunft, 2012

²⁸ Kunz, 2018, S. 518

²⁹ Zimmermann, 2018, S. 495

³⁰ Zimmermann, 2018, S. 496

2.5.5 Zusammenfassung zu den Angehörigen als Betroffene

Mit den Informationen aus den Kapiteln 2.1 bis 2.5 entsteht ein konkretes Bild des/der pflegenden/betreuenden Angehörigen von demenzkranken Menschen. Berichte und Studien sind primär problem- und bedürfnisorientiert ausgerichtet und formuliert. Zwar gibt es in solchen schwierigen Situationen für die Angehörigen auch positive Seiten und Erfahrungen, doch stehen für Angehörige die Probleme, Nöte und Bedürfnisse im Vordergrund.

Auch den betroffenen Angehörigen droht die soziale Isolation, wenn sie sich um erkrankte Angehörige kümmern. Nicht in diese Situation zu geraten, stellt für pflegende/betreuende Angehörige eine grosse Herausforderung dar. Zudem laufen diese Angehörige Gefahr, wegen Überforderung und/oder Überlastung selber zu erschöpfen und zu erkranken. Das ist ein Teufelskreis.

3 Verschiedene Perspektiven auf Alter, Mensch und Krankheit

„Alter ist eine eigene Grösse, eine Grösse mit eigener Daseinsberechtigung, eine Grösse mit eigener Stärke, eine Grösse mit eigenem Massstab und eine Grösse mit einer Würde und eigenem Wert.“³¹

In Kapitel 2.2 wurde beschrieben, dass die Demenzkrankheit einen grossen Zusammenhang hat mit dem Älterwerden des modernen Menschen. Darum werden in den nachfolgenden Kapiteln verschiedene Blickwinkel auf das Alter, auf (alte) Menschen, auf Krankheiten und auf die Demenzkrankheit dargelegt. Dies dient dem Verständnis der entsprechenden Perspektive und den daraus entstehenden Verhaltensweisen. Es dient letztlich weiter als Grundlage, um später daraus die entsprechenden Schlussfolgerungen ableiten zu können.

3.1 Grundrechte (für ältere Menschen)

Menschen werden mit zunehmendem Alter fragiler und verletzlicher. Sie können zudem mit tatsächlichen und rechtlichen Hindernissen konfrontiert und damit überfordert werden. Sie werden so anfälliger für Missbrauch und Verletzung der Rechte und dadurch hilfsbedürftig und unterstützungswürdig.

Damit die Rechte aller Menschen grundsätzlich gewahrt werden, gibt es Grundrechte, welche an verschiedenen Orten und in verschiedenen Formen niedergeschrieben sind. Darin eingeschlossen sind auch implizit die Rechte für ältere Menschen. Diese Grundrechte werden nicht angezweifelt, auch wenn sie nicht immer eingehalten werden.

Nachstehend findet sich ein kurzer Überblick/Einblick in die Grundrechtssituation in der Schweiz:³²:

3.1.1 Bundesverfassung³³

Art. 7: **Menschenwürde:** Die Würde des Menschen ist zu achten und zu schützen.

Art. 8: **Rechtsgleichheit:**

Abs. 2: Niemand darf diskriminiert werden, namentlich nicht wegen Rasse, des Geschlechts, des Alters [...].

Art. 10: **Recht auf Leben und auf persönliche Freiheit:**

Abs. 2: Jeder Mensch hat das Recht auf persönliche Freiheit, insbesondere auf körperliche und geistige Unversehrtheit und Bewegungsfreiheit.

Abs. 3: Folter und jede andere Art grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Bestrafung sind verboten

³¹ Müller, 2017, S. 161

³² Belser, Kaufmann, Egbuna, Ghielmini, 2017

³³ <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19995395/201809230000/101.pdf> (aufgerufen am 16.8.2019)

3.1.2 Europäische Menschenrechtskonvention EMRK

u.a. Art. 14: Diskriminierungsverbot

3.1.3 UNO-Menschenrechtspakete

u.a. Art. 2: Abs. 2 UNO-Sozialpakt und Art. 2 Abs. 1 UNO-Zivilpakt

Ältere Menschen, kranke oder nicht kranke, und auch das Umfeld sind sich nicht immer bewusst, dass Einschränkungen der freien Persönlichkeitsentfaltung und Autonomie im Alter oder Benachteiligungen gegenüber jüngeren Menschen nicht hingenommen werden müssen. Eingriffe in Grund- und Menschenrechte dürfen nur gemacht werden, wenn sie auf einer gesetzlichen Grundlage beruhen, im öffentlichen Interesse liegen und verhältnismässig sind.³⁴

So können unter diesem Gesichtspunkt die gleiche Freiheit aller Menschen, wie sie in den Menschenrechten geschützt wird, als ein moralisches Ideal verstanden werden. Aber leider ist sie keine Tatsachenbeschreibung.³⁵ Die Menschenrechte sind jedoch die Grundlage der humanen Gesellschaft, welche auf der unveräusserlichen Würde jedes Menschen basieren. Unveräusserlich ist sie dadurch, weil die Würde den Menschen zukommt, weil sie Menschen sind (siehe auch Kapitel 3.4.5).³⁶

3.1.4 Zusammenfassung zu den Grundrechten

Damit fassen die Rechte aller Menschen in unserer schweizerischen (und westlichen) Gesellschaft auf den Grundrechten. So grundlegend und unbestritten die Menschenrechte auch sind, sie werden immer wieder übertreten; dies geschieht meistens wohl unbewusst und oft wohl „nur zum Besten“ des Betroffenen. Aber das ist auch immer eine Frage der Perspektive und Auslegung der Situation.

³⁴ Belser, Kaufmann, Egbuna, Ghielmini, 2017

³⁵ Klinnert, 2015, S. 387

³⁶ Eglin, Huber, Kunz, Schröder, Stahlberger, Urfer, Wuillemin, 2008, S. 10

3.2 Biblisch-theologische Grundlagen von Mensch, Alter und Krankheit

Innerbiblisch gibt es verschiedene Aspekte, welche bezüglich Alter, Mensch und Krankheit beleuchtet werden können. Diese Beschreibungen in der Bibel sind differenziert und nicht nur schön und ehrend. Annäherungen dazu sind:

3.2.1 Jüdisch-christliches Menschenbild³⁷

Durch die Schöpfungsgeschichte ist das christliche Menschenbild untrennbar mit dem Gottesbild verbunden. Der Mensch wurde als Ebenbild Gottes erschaffen und in Jesus Christus vereinen sich Menschen- und Gottesbild in eindrücklicher Art und Weise. In dieser Vereinigung zeigt sich die göttliche Barmherzigkeit und ergiesst sich in der menschlichen Nächstenliebe.

Der Mensch ist ein Beziehungswesen. In Beziehungen mit anderen Menschen erfährt er Würde in der Begegnung mit anderen, er erfährt Liebe, Fürsorge, Mitgefühl, Achtung, Zuneigung oder Hingabe. Das alles können Menschen aneinander schätzen und anerkennen. Die Beziehung zwischen Menschen bildet sich, indem solche menschliche Wertschätzung empfangen und weitergegeben wird. Als Beispiel kann Vertrauen genannt werden, und zwar unter Menschen, die nicht verwandt sind, wie die Krankenhauspatientin und die Krankenpflegefachfrau. Vollzieht man Wertschätzung jedoch nur als Tauschhandlung, fehlt ihr die Wärme. Sie ist dann nur Pflichterfüllung und das ist weit entfernt von der biblisch gemeinten Wertschätzung, welche wir unter den Begriffen Nächstenliebe oder Barmherzigkeit kennen.

3.2.2 Ehre und Fürsorge für alte Menschen

Wie im ganzen Altertum wurde auch im Judentum älteren Menschen gegenüber grosse Ehrerbietung erbracht.³⁸

Das vierte Gebot (oder fünfte, ja nach Zählweise) ist Ausgangspunkt, dass die Eltern in Ehre gehalten werden sollen (2. Mose 20,12 und 5. Mose 5,16). Diese Ehrung der Eltern ist verknüpft mit der Verheissung, dass die Jungen lange leben können in dem Land, das Gott ihnen geben wird und es ihnen dabei auch wohl ergehe. Weiter verbindet man die Elternernung stark mit der Gottesehrung. Und so äussert sich die Gottesfurcht der Kinder darin, dass sie die Eltern achten und ehren. Damit sind sie vor dem Herrn wohlgefällig.³⁹ Sprüche 23,22 verlangt, die Mutter nicht zu verachten, wenn sie alt wird. Und Gott erteilt seine Anweisung

³⁷ Eglin, Huber, Kunz, Schröder, Stahlberger, Urfer, Wuillemin, 2008, S. 12/13

³⁸ Coenen, Haacker, 2005, S. 9

³⁹ Rienecker, Maier, Schick, Wendel, 2015, S. 311

zur Heiligung des täglichen Lebens, dass der Mensch vor einem grauen Haupt aufstehen und die Alten ehren soll (3. Mose 19,32). In Sprüche 20,29 beschreibt man das graue Haar gar als Schmuck der Alten.

Als Segen des Alters wird eine Nachkommenschaft bis in die dritte und vierte Generation beschrieben (1. Mose 50,23; Hiob 42,16). Warum? Von den Nachkommen wird Freude und Fürsorge im Alter erwartet (Rut 4,15; 1. Timotheus 5,4.8): Die Alten (Hausgenossen) sollen geehrt und versorgt werden.⁴⁰ Im Neuen Testament lehrt Paulus Timotheus, dass er Ältere nicht anfahren soll, sondern gegebenenfalls ermahnen (1 Timotheus 5,1-2).

Die älteren Menschen sind aber auch Vorbilder, wie es in Titus 2,2-5 geschrieben steht. Ältere Männer und Frauen sollen unter anderem nüchtern sein, besonnen und gesund im Glauben. Sie sollen gute Lehrmeister und Lehrmeisterinnen sein, damit dem Wort Gottes kein Schaden zukommt. Die Lehrfunktion wird den älteren Menschen schon im Alten Testament zugeschrieben, damit die Jungen davon profitieren und Gottes Wort halten können. Auch die Vermittlung der Lebenserfahrung an die Jüngeren ist wichtig (5. Mose 11,19; Psalm 78,6; Joel 1,3).

3.2.3 Alter, Lebensdauer und Wille Gottes, Lebenserwartung

Im Alten Testament gibt es die Ansicht, dass ein langes Leben ein Geschenk Gottes ist und es denen zukommt, welche nach Gottes Willen leben. Dieser Ansicht wurde später durch die Weisheit Salomos widersprochen: Ein ehrenvolles Alter muss nicht an der Zahl der Jahre gemessen werden. „Wenn aber der Gerechte zu frühzeitig stirbt, so ist er doch in Ruhe. Denn die Würde des Alters entsteht nicht durch ein langes Leben und wird nicht nach der Zahl der Jahre gemessen“, so steht es im Buch der Weisheit 4,7-8⁴¹. Die Redensart des „Frühvollendeten“ kommt aus diesem Kontext (Weisheit 4,13).⁴²

Die Lebenserwartung in der biblischen Zeit (Altes Testament) geht von einem Alter von 50 Jahren aus (ohne diejenigen, welche nicht eines natürlichen Todes starben). Aus Jesaja 23,15 kann abgeleitet werden, dass Könige sogar bis 70 Jahre alt wurden. Diesbezüglich ist zu berücksichtigen, dass Könige bezüglich Hygiene, Essgewohnheiten, Wohnqualität und medizinischer Versorgung gegenüber dem Volk bevorteilt waren.

⁴⁰ Rienecker, Maier, Schick, Wendel, 2015, S. 52-53

⁴¹ Lutherbibel, 2017

⁴² Rienecker, Maier, Schick, Wendel, 2015, S. 49-50

Ausgenommen von diesen Erkenntnissen sind die urgeschichtlichen biblischen Figuren von Adam bis Mose, welche zwischen 120 und 969 Jahre alt wurden. Das höchste Alter erreichte Metuschelach (Metusalem) mit 969 Jahren (1. Mose 5,27). Diesbezüglich gibt es verschiedene Erklärungsversuche, diese hohen Alter zu deuten, auf die hier nicht eingegangen wird.⁴³

Im letzten Teil des Buches des Propheten Jesaja, in welchem er das künftige Heil für Jerusalem und die Welt verheisst, schreibt er (Jesaja 65,20):⁴⁴

„Dort wird es keinen Säugling mehr geben, der nur wenige Tage lebt, und keinen Greis, der sein Leben nicht vollendet, denn ein junger Mann wird sein, wer mit hundert Jahren stirbt, und wer hundert Jahre nicht erreicht, gilt als mit dem Fluch belegt.“

So könnte man verstehen, dass die (westliche) Menschheit mit steigender Lebenserwartung auf bestem Wege ist, dass sich die Verheissung erfüllt.

3.2.4 Hochbetagte, Greise und körperliche Auswirkungen, Tod

In der Mischna erwähnt, dass mit 60 das Alter beginne, mit 70 werde man ein Greis, mit 80 Jahren habe man das hohe Alter erreicht, im Alter von 90 Jahren sei man niedergebeugt und mit 100 tot.⁴⁵ Im besten Fall sollen Hochbetagte geistig und geistlich rege sein, damit sie den nachfolgenden Generationen die Macht Gottes bezeugen können. Aber auch in der biblischen Zeit war natürlich der körperliche Zerfall ein Thema. Altersschwäche wird geschildert, ohne etwas zu beschönigen. Im Bibellexikon lesen wir:

„Den Greis quälen oft Missmut und Unzufriedenheit; er weiss vielfach nicht mehr klar, was gut und böse ist. Die Glieder werden zittrig und krumm, steigen und sogar gehen wird schwer, sogar mithilfe eines Stocks. Die Zähne fallen aus, die Augen werden matt oder sie erblinden. Das Gehör lässt nach, die Stimme wird schwach, Essen und Trinken schmecken nicht mehr und der Schlaf gelingt nicht mehr. Der Körper wird nicht mehr richtig warm und die Zeit des Lebens ist endgültig vorbei. Dann ist es Zeit zum Sterben, zur Rückkehr zu Gott, der das Leben geschenkt hat und der das Leben ist“.⁴⁶

Im Wesentlichen erfahren die Hochbetagten unserer Zeit die selben körperlichen Leiden, wie sie schon vor über 2000 Jahren dokumentiert wurden.

Es gibt in der Bibel keine explizite Hinweise auf eine Alterskrankheit, wie sie durch Demenz verursacht wird. Aber es gibt die Zusage Gottes, seine Antwort auf die Hilfeschreie der

⁴³ Rienecker, Maier, Schick, Wendel, 2015, S. 50

⁴⁴ Zürcher Bibel, 2007

⁴⁵ Rienecker, Maier, Schick, Wendel, 2015, S. 52

⁴⁶ Rienecker, Maier, Schick, Wendel, 2015, S. 53

Menschen in Jesaja 46,4: „Auch bis in euer Alter bin ich derselbe, und ich will euch tragen, bis ihr grau werdet. Ich habe es getan; ich will heben und tragen und erretten.“⁴⁷

Im Neuen Testament wird ein Unterschied gemacht zwischen der äusseren Hülle des Menschen und seinem Innenleben. Im 2. Korinther 4,16 schreibt Paulus: „Wenn auch unser äusserer Mensch zerfällt, so wird doch der innere von Tag zu Tag erneuert.“⁴⁸ Der Kommentar zur Bibel schreibt dazu, dass der innere Mensch die Wohnung des Heiligen Geistes sein soll und auch von diesem regiert wird. Der äusserliche Zerfall des Körpers hat keinen Einfluss auf den inneren, geistlichen.⁴⁹ Diesbezüglich schreibt Paulus aber ziemlich konkret, dass er gerne seinen irdischen Leib verlassen möchte, um daheim, bei Christus, zu sein. Das wäre viel besser, denn solange man im Leib wohnt, ist man weit weg vom Herrn (2. Korinther 5,6.8; Philipperbrief 1,23).

3.2.5 Krankheiten

„Krank“ hat die Bedeutung von „schwach“, „hinfällig“, „kraftlos“, wie es schon in der Ursprache der Bibel war. Die Krankheit ist ein Vorbote beziehungsweise eine Vorstufe des Todes. Der Mensch hat die Sünde in die Welt gebracht und die Sünde den Tod, und so ist der Tod zu den Menschen gelangt. So leitet es die Bibel her (Römerbrief 5,12 und 6,23). Damit stand in der damaligen Interpretation die Krankheit beim Menschen im Zusammenhang mit ihrer Sünde (Tun-Ergehen-Zusammenhang). Aus dem krank gewordenen Verhältnis zu Gott heraus konnte die Krankheit im menschlichen Körper Raum gewinnen und ausbrechen.⁵⁰ Doch unter anderem im Falle von Hiob stellt man diesen Zusammenhang in Frage. Die Krankheit wird so auch als Prüfung für den Gerechten gedeutet.⁵¹

Im Neuen Testament stellt sich Jesus der damaligen Meinung entgegen und erklärt in Johannes 9,3, dass nicht der Blindgeborene oder seine Eltern gesündigt hätten, sondern dass an ihm die Werke Gottes offenbart werden sollen.⁵²

Die Krankheiten an sich standen somit nicht im Vordergrund, sondern die Grossartigkeit der Heilungen, welche Jesus und seine Jünger vollbringen konnten. Durch diese Heilungen konnte Jesus die eschatologische Überwindung zeichenhaft vorwegnehmen. Gleichzeitig

⁴⁷ Lutherbibel, 2017

⁴⁸ Lutherbibel, 2017

⁴⁹ Guthrie, Motyer, 2012, S. 344

⁵⁰ Coenen, Haacker, 2005, S. 1215

⁵¹ Coenen, Haacker, 2005, S. 1215

⁵² Grünzweig, Blunck, Holland, Laepple, Scheffbuch, 1994, S. 407

gehörte der Krankenbesuch zu den religiösen Hauptpflichten und wurde als Werk der Barmherzigkeit gefordert (in Matthäus 25,34-36).⁵³

⁵³ Coenen, Haacker, 2005, S. 1212/1213

3.2.6 Zusammenfassung zu den biblisch-theologischen Grundlagen

Das biblisch-theologische Bild ist einerseits geprägt von der Ehrfurcht, welche die (jüngeren) Menschen den Alten (und somit auch Gott) entgegenbringen sollen. Andererseits gibt es Pflichten und Aufgaben, welche den älteren Menschen obliegen. Sie müssen letztlich dafür sorgen, dass Generationen nachkommen, die sie unterweisen können. Die Jüngeren stehen für die Erneuerung von Gottes Volk. Diese Nachkommenschaft ist dann zugleich auch ihre Vorsorge für das Alter: Die Jungen sollen Fürsorge leisten für die älteren Mitmenschen (Eltern).

Alt zu werden wird nicht mehr als eine Gegenleistung Gottes für ein gottesfürchtiges Leben betrachtet. Auch ein Gerechter kann früh sterben und trotzdem gottesfürchtig sein. Inwieweit die Jesaja-Verheissung bezüglich der Hundertjährigen auf unsere Zeit zutrifft, wird sich weisen. Auf jeden Fall ist der Mensch als Ebenbild Gottes und darum auch als Beziehungswesen so geprägt, dass er sich um andere (ältere) Menschen kümmern soll, um beider Seiten Willen.

Dabei dürfen Krankheiten nicht als Strafe Gottes verstanden werden, aber aus Krankheiten leiten sich Verpflichtungen der Christen anderen Menschen gegenüber ab, wie zum Beispiel der Krankenbesuch.

3.3 Gesellschaftliche Relevanz

In der heutigen westlichen Gesellschaft haben Selbständigkeit, Rationalität und Leistungsfähigkeit einen hohen Stellenwert.⁵⁴ Das sind alles Werte/Eigenschaften, in welchen demenzkranke Menschen einschneidende Einschränkungen erfahren. Zu schnell aber werden ältere Menschen bevormundet, weil man denkt, sie seien dem Lauf der Zeit nicht mehr gewachsen. Gerade weil sie eben diesen Werten nicht mehr nachkommen können und so dem Idealbild des Menschen des frühen 21. Jahrhunderts nicht mehr entsprechen.

Nachstehend werden einige Themen aus dem Spannungsfeld „Alter“ angesprochen.

3.3.1 Wahnhafte Trends im Älterwerden und Gegenmittel

In seinem Buch *Lebensplanung für Fortgeschrittene* schreibt Markus Müller von Urfeinden oder Fallen des Älterwerdens, aber er beschreibt auch das Gegenprogramm. Er nennt die Fallen wie folgt:⁵⁵

Gegenwartsoptimierungswahn: Der Masstab für erfüllte und lohnenswerte Lebenswirklichkeit ist die ge- und erlebte Gegenwart. Im aktuellen Erlebniswert und Erlebnisgewinn wird die Wirklichkeit mit all ihren Weiten und Tiefen gemessen. Die beste aller Welten ist somit nicht diese von gestern oder diese von morgen, sondern die heutige. Aus diesem Trend abgeleitet wurde der kritische Begriff „demente Gesellschaft“, und zwar in Bezug auf das Verhalten von (älteren) Menschen, und nicht bezogen auf die Krankheit.

Jugendwahn: Als Referenzpunkte des Denkens und Handelns werden die Jugend und die Jugendlichkeit angesehen. Wenn das Alter dann kommt („zuschlägt“), ist es ein Störfall und wird vom Defizit her betrachtet. Man leugnet das Alter, solange es geht, obwohl es normal ist und auch der körperliche Abbau immer normaler wird, da der Mensch immer älter wird.

Selbstbestimmungswahn: Dieser Wahn wird zum wahnhaften Selbstbetrug, weil der Mensch sich masslos überschätzt. Man überschätzt seine externen und internen Antreiber. Das Wahnhafte besteht aus der Loslösung von der Wirklichkeit statt der Einordnung in die Wirklichkeit. Der Wahn wird zur Wirklichkeit umgebaut.

Das Gegenmittel zu diesen Wahn-Trends: Das Leben in der Gemeinschaft. Und zwar die urmenschliche Gemeinschaft, welche sowie sämtliche Stärken und Schwächen, korrektes und nicht korrektes, angenehmes und weniger angenehmes Verhalten auf die Gemeinschaft bezieht und sich in keiner Frage dieser Gemeinschaft gegenüber entzieht. Die Eigen- oder

⁵⁴ Eglin, Huber, Kunz, Schröder, Stahlberger, Urfer, Wuillemin, 2008, S. 10

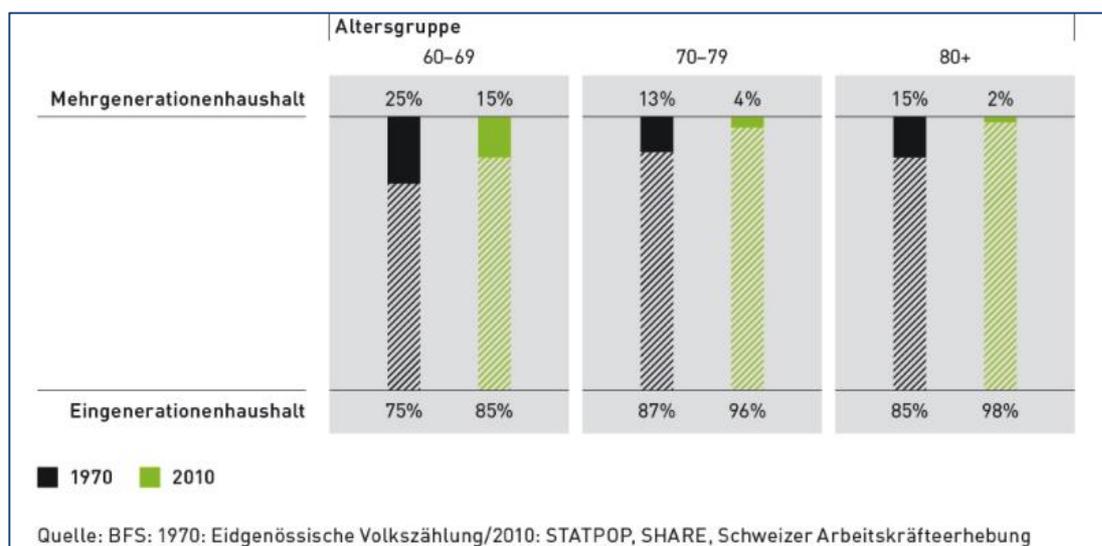
⁵⁵ Müller, 2017, S. 158-164

Selbstverantwortung soll wahrgenommen werden, bezieht sich aber schliesslich immer auf die Gemeinschaft als ihren letzten Orientierungspunkt.

3.3.2 Wohnsituation von älteren Menschen

Seit 1970 haben die Mehrgenerationenhaushalte stark abgenommen und je älter die Menschen werden, desto kleiner ist die Zahl solcher Haushalte. 2010 lebten gerade 2 % der über 80-Jährigen in einem Mehrgenerationenhaushalt, wie der Grafik des Bundesamtes für Statistik zu entnehmen ist.

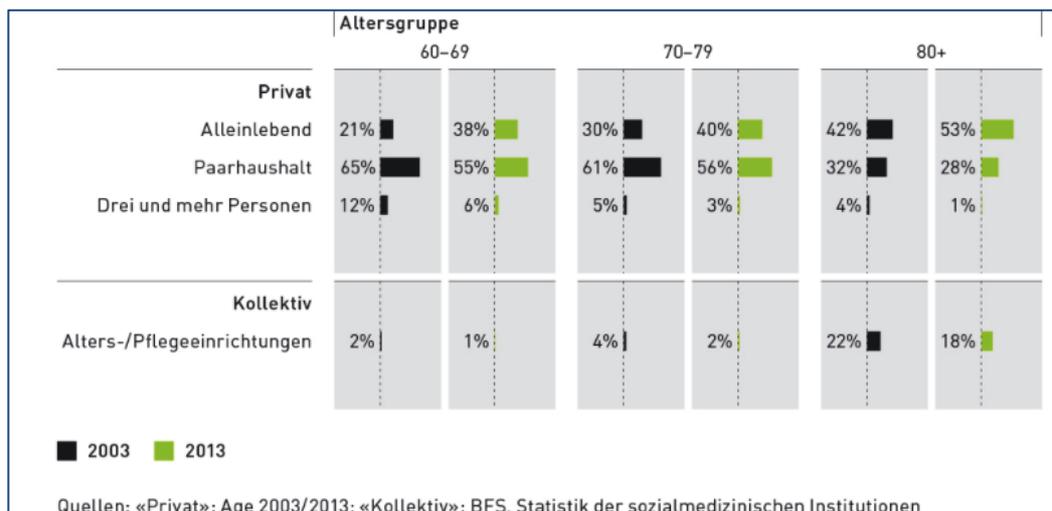
Abbildung 4: Wohnsituation älterer Menschen im Vergleich zwischen 1970 und 2010



Quelle: https://www.age-report.ch/fileadmin/user_upload/Grafiken_Download/agereportIII_grafik_3_4.jpg (Aufruf am 13.8.2019)

Zudem leben über 50 % der über 80-Jährigen alleine und nur 28 % in einem Paarhaushalt (siehe nächste Grafik von 2013). Rund 18 % der Menschen dieser Altersklasse lebt in Kollektiveinrichtungen (Alters-/Pflegeeinrichtungen). 2003 waren es noch 22 %. Heimeintritte erfolgen tendenziell später, da unter anderem die Unterstützungsleistungen, zum Beispiel durch die Spitex, besser geworden sind und zugenommen haben.

Abbildung 5: Haushaltstrukturen im Alter 60+



Quelle: https://www.age-report.ch/fileadmin/user_upload/Grafiken_Download/agereportIII_grafik_3_6.jpg (Aufruf am 13.8.2019)

3.3.3 Demografische Entwicklung

Der Hochschulprofessor Carlo Knöpfel nennt weitere Tendenzen bezüglich der Wohn-/Betreuungssituation von demenzkranken Menschen. Heute werden Demenzkranke in 80 – 90 % der Fälle von Angehörigen zu Hause betreut/gepflegt (siehe Kapitel 2.5.1). Folgende Faktoren sprechen dafür, dass sich dies in Zukunft ändern wird:⁵⁶

- Mit steigendem Alter nehmen die Schwierigkeiten zu, sich in Partnerschaften zu helfen.
- Familien werden tendenziell kleiner und schränken die Möglichkeiten der Unterstützung durch Familienmitglieder ein.
- Frauen steigen immer stärker ins Erwerbsleben ein und werden dadurch weniger verfügbar für den Dienst an ihren erkrankten Angehörigen.
- Die geografische Distanz zwischen den Generationen verstärkt sich, was wiederum einen negativen Effekt auf die Betreuung von Angehörigen hat.

Der Anteil der betagten, daheim lebenden Menschen wird ansteigen, während der Umfang der familieninternen Betreuung sinken wird. Hilfesysteme, neben der Spitex, könnten unter anderem folgende Angebote umfassen:

- Betreuung daheim
- Besuchsdienste
- Fahrdienste
- Mittagstische

⁵⁶ Knöpfel, 2013, S. 14-15

3.3.4 Zusammenfassung zur gesellschaftlichen Relevanz

Die jungen Seniorinnen und Senioren bringen aus dem Erwerbsleben die Selbständigkeit, Rationalität und Leistungsfähigkeit mit ins Pensionsalter. Zudem prägen wahnhaftige Trends diese Generation.

Ältere Menschen leben zunehmend nur noch in Ein-Generationen-Haushalten. Zudem lebt ein wesentlicher Teil der älteren Menschen allein oder mit seinem Partner beziehungsweise seiner Partnerin zusammen, die ebenso im fortgeschrittenen Alter sind. Je älter die Menschen werden, desto eher leben sie nur noch alleine oder sind auf sich alleine gestellt, weil der/die betagte Partner/Partnerin seine/ihre Unterstützung nicht mehr anbieten kann oder selber unterstützungswürdig ist. Auch durch die bessere medizinische Versorgung können ältere Menschen länger zu Hause wohnen bleiben. Diese Situation verlangt nach Unterstützung/Betreuung von aussen, wenn man den Umzug in ein Heim (noch) vermeiden möchte.

Diese beiden Altersgruppen passen so nicht (mehr) zusammen, können sich aber gegenseitig auf ihren jeweiligen Lebenswegen unterstützen.

3.4 Ethische Betrachtung

Im Jahr 2003 haben die Altersheime der Stadt Zürich für den Pflegebereich ethische Richtlinien verfasst und veröffentlicht. Unter anderem hiess es dort:

„Die Koppelung des Begriffes der Menschenwürde an Selbstachtung führt so in das Problem, dass es keinen Sinn macht, in Bezug auf hochdemente Menschen von Würde zu sprechen.“⁵⁷

Eine brisante Aussage, die auch Konsequenzen nach sich zog. Daraus ist eine kontroverse Diskussion entstanden, die zu einer Überarbeitung dieser ethischen Richtlinien im Jahre 2005 geführt hat. Mehr zu diesem konkreten Fall ist im Kapitel 3.4.5 beschrieben.

Soll sich die Kirchgemeinde grundsätzlich um alte und kranke Menschen kümmern? Und wie soll dies geschehen? Wie soll man sich demenzkranken Menschen gegenüber verhalten? Wie in Kapitel 3.3.1 beschrieben, hat der Selbstbestimmungswert bei den Menschen einen hohen Stellenwert (Selbstbestimmung ist auch in Kapitel 3.4.1 nochmals ein Thema). Also wie kann begründet und gerechtfertigt werden, dass sich Angehörige, Mitmenschen und Kirchgemeinden einen Teil ihrer Zeit und ihres Lebens hingeben für die Betreuung/Begleitung von demenzkranken Menschen? Nachfolgend eine Annäherung an die Fragestellung aus ethischer Sicht mit dem Versuch, dies thematisch aufzugliedern.

⁵⁷ Eurich, 2008, S. 351

3.4.1 Der Mensch bleibt Mensch

Eine häufig interpretierte Meinung von demenzieller Erkrankung ist dahingehend, dass ein Mensch seine eigene Persönlichkeit verliert, wenn er an Demenz erkrankt. Und wenn er seine Persönlichkeit verliert, ist er in diesem Stadium nicht mehr sich selbst, sondern streng genommen gar kein richtiger Mensch mehr. Dies ist eine intuitive Alltagswahrnehmung vieler Menschen. Sogar einige Philosophen vertreten diese Meinung, und andere beschreiben Demenzkranke als solche Menschen, die zwar nur noch biologisch, aber nicht mehr biografisch am Leben sind. Diese Aussagen greifen zu kurz und vermischen zwei verschiedene Bedeutungen von **personaler Identität**, welche nicht gleichgesetzt werden können:⁵⁸

Die **Identität der Persönlichkeit** beschreibt die psychische und soziale Grundkonstruktion des Menschen, die einen Menschen über die Zeit ausmacht. Ebenso seine Selbstwahrnehmung und seinen Lebensentwurf, der sich von anderen Menschen unterscheidet. Weiter sein autobiografisches Gedächtnis, mit welchem er sich als Subjekt seiner eigenen Biografie begreifen kann, sowie seine Fähigkeiten zur rationalen Kommunikation.

Hingegen geht es bei der **Identität der Person** bei der durchgehenden Identität des menschlichen Leibes von der Zeugung über die Geburt bis zum Tod. Der Mensch besteht nicht nur aus verbundenen Bewusstseinsakten, sondern alle personalen Vollzüge sind vielmehr unausweichlich an den Leib des Menschen gebunden.

Somit betrifft eine Demenzerkrankung nur die Identität der Persönlichkeit, nicht aber diejenige der Person. Schliesslich gehört es wesentlich zum menschlichen Leben, dass sich seine Persönlichkeit stetig wandelt und entwickelt. Die personale Identität lässt sich nie ganz – ein für alle Mal für alle Zeit – festlegen. Der Mensch schafft sich fortwährend einen sinnhaften Zusammenhang seines Lebens und verändert so stetig seine personale Identität. Diese Identität wird durch kognitive, emotionale aber auch soziale Prozesse gebildet. So hören soziale Prozesse nicht auf, wenn ein Mensch an Demenz erkrankt. Denn die Lebensgeschichte steht in einem ständigen Wechselspiel von Aktivität und Passivität, von Verfügbarkeit und Unverfügbarkeit.

3.4.2 Der Mensch und Selbstbestimmung

Dadurch bleibt die immer gewünschte Selbstbestimmung des Menschen letztlich Illusion (siehe Kapitel 3.3.1). Der Mensch steht in unauflösender Beziehung zu anderen Menschen. Und so haben viele wichtige Ereignisse im menschlichen Leben wie geboren werden, geliebt

⁵⁸ Klinnert, 2015, S. 381-382; 386-387

werden, ergriffen werden und bewahrt werden wenig mit dem eigenen Handeln und Entscheiden zu tun. Der Mensch ist abhängig von den naturalen und sozialen Bedingungen, in welchen er sich vorfindet. Klinnert schreibt weiter dazu: „Die individuelle Selbstbestimmung jedes Menschen steht in unauflöslicher Beziehung zum immer schon durch andere Menschen ermöglichten und letztlich von Gott geschenkten Leben.“⁵⁹ (siehe auch Kapitel 3.4.3).

Diese Verflechtung von Aktivität und Passivität in unserer Beziehung zur Welt, zu anderen Menschen und zu Gott bedeutet, dass es kein Defizit menschlichen Lebens ist, wenn der Mensch auf andere Menschen angewiesen ist. Vielmehr ist es der Normalfall. Und so bleibt der Mensch Mensch, trotz seiner Krankheit, die ihn (stark) beeinträchtigt und verändert.

Eurich schreibt in seinem Aufsatz dazu, dass Menschen als Vernunftswesen sich gegenseitig anerkennen. In dieser wechselseitigen Anerkennung wird folglich die Autonomie begründet, welche verstanden wird nach wechselseitigen, bindenden Rechten und Pflichten.⁶⁰

Diese erhärtet die oben erwähnte Aussage, dass die Selbstbestimmung der Menschen wirklich Illusion ist. Sie sind vielfältig von sich gegenseitig und von Gott abhängig, aber das einzugestehen fällt dem Menschen offensichtlich schwer.

3.4.3 Der Mensch und Gott

Klinnert schreibt, bezogen auf 1. Johannes 3,2:⁶¹

„Allein in der Verkündigung der Auferstehung Jesu Christi wird dem zeitlebens fragmentarischen Charakter menschlicher Personalität eschatologische Ganzheit verheissen, sodass der gläubige Mensch auch gerade dann, wenn er sich selbst zu verlieren droht, seine immer nur vorläufige Geschichte als von Gott und bei Gott vollendet hoffen darf.“

Der Mensch steht also nicht nur in ständiger Beziehung zu anderen Menschen, sondern auch zu seinem Schöpfergott, der das Leben gibt und auch wieder nimmt. So gesehen kann das endgültige Ziel der eigenen Identität des Menschen nicht von/vom Menschen selber fest- und hergestellt werden. Es kann nur allein in der gelebten Gottesbeziehung als zugesprochenes Geschenk angenommen werden.

Der menschliche Lebenssinn speist sich weiter nicht nur aus den eigenen Erinnerungen und Hoffnungen, sondern gerade auch aus den Erinnerungen und Hoffnungen anderer Menschen. So vollzieht sich die gelingende Identität im christlichen Sinn und Glauben ebenso nicht (nur) in den biografischen, moralischen oder spirituellen Anstrengungen des einzelnen

⁵⁹ Klinnert, 2015, S. 386

⁶⁰ Eurich, 2008, S. 353-354

⁶¹ Klinnert, 2015, S. 385-386

Menschen. Sie ist vielmehr im sozialen Kontext der „Erinnerungs-, Erzähl-, Glaubens-, Handlungs- und Lebensgemeinschaft Kirche“ verortet. Somit sind christlich-glaubende Menschen auf das Glauben, Lieben und Hoffen anderer Menschen – als „vorletzte Instanz“ – angewiesen. Die letzte Instanz – als Ausgangs- und Endpunkt – ist und bleibt Gott.

Diese Ausgangslage gilt für Erkrankte und auch für Menschen, die als fürsorgliche Mitmenschen hilfs- und unterstützungsbedürftigen Menschen zur Hand gehen. Um zu einer gelingenden Identität im Hier und Jetzt zu gelangen, ist es elementar, mit seiner Grundausrichtung auf Gott hin zu einem von innerlichen und äusserlichen Zwängen befreiten Subjektsein zu gelangen. Er sorgt sich nicht mehr um das Gelingen seines Lebens, sondern vertraut sich der Sorge Gottes an und wird dadurch nicht zuletzt befähigt, für Mitmenschen Sorge zu tragen.

Weiter kann aus christlicher Perspektive festgehalten werden, wie es Eurich formuliert: „Jeder einzelne Mensch ist als Mensch durch das Würdeprädikat ‚Ebenbild Gottes‘ ausgezeichnet.“⁶² Diese Gottes-Ebenbildlichkeit ergibt sich aus der Anrede Gottes und sie bezieht sich auf die Gestalt des gelebten Lebens, die Menschen in ihrer Umwelt nach Leib und Seele entwickeln. Und diese Gestalt lokalisiert sich in der Präsenz Gottes. Man kann sagen: Der Mensch in seinem ganzen Dasein ist ein Spiegel Gottes. So kann man aus christlicher Perspektive zur Beschreibung des Menschseins auf die Geschöpflichkeit des Menschen verweisen. Dieses geschöpfliche Sein des Menschen ist bestimmend an seine Leiblichkeit gebunden und dieser Leib ist die soziale und kommunikative Verankerung des Körpers in der intersubjektiven Welt, so Eurich. Der Leib ist somit die Schnittstelle zwischen Innen- und Aussenwelt. So wirken im Leib Biologisch-Körperliches und Soziales untrennbar zusammen, was zum Leib als Basis der Würdezuschreibung führt. Eurich äussert sich weiter:

„Das Vorhandensein des Leibes zeigt daher an, dass die notwendigen Voraussetzungen für Personsein vorliegen. Als verletzlich Leben umschliesst die Dimension der Leiblichkeit zugleich das Werden und das Vergehen einer Person.“⁶³

Es gibt somit keinen spezifischen Zeitpunkt oder kein spezifisches Zeitfenster, an dem das leibliche Leben des Menschen noch nicht oder nicht mehr das Leben einer Person ist (siehe auch Kapitel 3.4.1).⁶⁴

⁶² Eurich, 2008, S. 357-358

⁶³ Eurich, 2008, S. 354

⁶⁴ Eurich, 2008, S. 357-358

3.4.4 Selbstbestimmung und Fürsorge (z.B. in Pflegesituationen)

Dem bereits divergent beschriebenen Begriff der Selbstbestimmung kommt nun aber der Aspekt der Fürsorge hinzu. Wo Fürsorge in Kraft tritt, wird die Selbstbestimmung tangiert. Klinnert schreibt in seinem Aufsatz, dass es eine unzulässige Vereinfachung ist, wenn man darauf schliesst, dass einzig und allein durch bewusste Lebensführung, durch überlegtes Handeln und unabhängiges Entscheiden menschliches Leben gelingen kann.⁶⁵

Gemäss Eurich sind die im Selbstbestimmungskonzept implizierten Anerkennungsverhältnisse in der Pflege in der Regel nicht gegeben (siehe Kapitel 3.4.2):

„Denn die Pflegesituation ist grundsätzlich durch die Hilfsbedürftigkeit der zu pflegenden Person und damit durch Asymmetrie und Abhängigkeit gekennzeichnet. Deshalb ist neben Selbstbestimmung auch die Fürsorge als ethische Orientierung der Pflege unbedingt erforderlich.“⁶⁶

Diese Aussage ist auf die Pflege bezogen, doch sie kann auch auf Betreuungssituationen angewendet werden, in welchen der Pflegeaspekt (noch) nicht zum Tragen kommt. Auch in notwendigen Betreuungs-/Begleitungsverhältnissen muss Fürsorge beachtet werden, um gefährliche/risikoreiche Situationen zu verhindern oder zumindest anzusprechen, da die Verletzlichkeit von (an Demenz) erkrankten Menschen grundsätzlich höher ist.

Klinnert führt weiter aus, dass ein Ethos der Fürsorge sogar einem Ethos der Autonomie überzuordnen ist. Und dass das einzelne Leben auch in einem Zustand als wertvoll anzuerkennen ist, wenn ein (erkrankter) Mensch dies selber weder formulieren, noch definieren, noch produzieren kann.⁶⁷

3.4.5 Menschenwürde

Irene Bopp-Kistler schreibt in ihrem Buch über Demenz und Würde:⁶⁸

„Klar ist: Würde kann keinem Menschen genommen werden, auch nicht einem Demenzkranken, solange ihn das Gegenüber in seinem veränderten Sein annimmt und versteht.“

Und in der Broschüre von Alzheimer Schweiz können wir zum Thema Würde nachlesen:⁶⁹

„Jeder Mensch hat den Wunsch, unabhängig zu sein und selbständig zu entscheiden. Bei allen Ihren Unternehmungen ist es wichtig, dass der Demenzkranke so weit wie zumutbar eingeweiht wird. Dinge, die hinter seinem Rücken geschehen, verunsichern ihn und machen misstrauisch.“

⁶⁵ Klinnert, 2015, S. 386

⁶⁶ Eurich, 2008, S. 354-355

⁶⁷ Klinnert, 2015, S. 387

⁶⁸ Bopp-Kistler, 2016, S. 10

⁶⁹ Alzheimer Schweiz, Leben mit Demenz, 2017, S. 16/20

Das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland schreibt die Menschenwürde sogar im ersten Artikel nieder: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“⁷⁰

Man kann daraus unschwer erkennen, dass die Würde von demenzkranken Menschen nicht in Frage gestellt werden dürfte. Dies hat jedoch vor allem mit der Gegenseite zu tun: mit den (pflegenden) Angehörigen, mit den Verwandten, mit Herrn Huber als Nachbar, mit Herrn und Frau Müller als Gottesdienst-Besuchende, mit Frau Meier vom kirchgemeindlichen Besuchsdienst, mit dem Kirchenkaffee-Team und so weiter. Also mit der ganzen übrigen Gesellschaft.

Die Gesellschaft ist also gefordert, den alten Menschen und ganz spezifisch den demenzkranken Menschen würdevoll gegenüber zu treten, unabhängig in welcher Situation man ihnen begegnet. Das kann eine grosse Herausforderung sein. Vielleicht fühlt man sich in spezifischen und unmittelbar auftretenden Situationen überfordert. Oder vielleicht erliegt man gewissen gesellschaftliche Trends (siehe Kapitel 3.3.1) und die Gesellschaft fühlt sich darum nicht verantwortlich für die kranken Angehörigen beziehungsweise Mitmenschen.

Wie kann man nun „würdevoll gegenüber treten“ als konkrete Handlungsanweisung/-aufforderung ausformulieren? In den 2005 überarbeiteten ethischen Richtlinien der Altersheime der Stadt Zürich findet sich nun folgende Aussage:⁷¹

„Die Würde aller im Heim Lebenden ist zu achten. Menschen haben ein Recht, keiner unwürdigen Situation ausgesetzt zu werden. Eine unwürdige Situation liegt vor, wenn Menschen nicht mit jenem Respekt begegnet wird, den man ihnen – unabhängig von ihrer Lebensgeschichte, ihren Fähigkeiten und ihrem Besitz – als Menschen schuldet.“

Man weist in dieser Aussage darauf hin, dass kein Bewohner/keine Bewohnerin in eine unwürdige Situation versetzt wird, indem zum Beispiel nicht auf ihn/sie eingegangen wird, dass zu schnell davon ausgegangen wird, was für ihn/sie gut ist oder dass auf Behinderungen keine Rücksicht genommen wird.

Wenn man grundsätzlich in der Beziehung mit Menschen von der menschlichen Würde ausgeht, kann das heissen, dass ein Mensch unabhängig von seinem körperlichen oder seelischen Gesundheitszustand immer als Person zu achten ist. Darin enthalten ist auch die Verpflichtung, versehrtes und verletztes Leben nicht auszugrenzen.⁷²

⁷⁰ https://www.bundestag.de/parlament/aufgaben/rechtsgrundlagen/grundgesetz/gg_01-245122 (aufgerufen am 15.8.2019)

⁷¹ <http://www.ethikdiskurs.ch/images/pdf/Ethische-Richtlinien.pdf> (aufgerufen am 15.8.2019)

⁷² Eglin, Huber, Kunz, Schröder, Stahlberger, Urfer, Wuillemin, 2008, S. 10

Es gilt weiter, die Würde für alle im Heim Arbeitenden als vollwertige Personen zu respektieren – unabhängig deren Geschlecht, deren kultureller und religiöser Zugehörigkeit, deren Nationalität oder deren Hautfarbe.

So gesehen geht es im Kontext dieser Arbeit letztlich auch um die Würde der Angehörigen, welche ihre demenzkranken Familienmitglieder pflegen/betreuen. Diesem Umstand muss in den Beziehungen zwischen Erkrankten und Pflegenden/Betreuenden Rechnung getragen werden.

3.4.6 Zusammenfassung zur ethischen Betrachtung

Die in der Schweiz zu Beginn der 2000er Jahre intensiv geführte Diskussion über Würde und Demenzkrankheit war notwendig. Es braucht meistens einen Missstand, damit die Diskussion lanciert wird, was im Falle der ethischen Richtlinien der Altersheime der Stadt Zürich exemplarisch geschehen ist. Diese Diskussion hat zurückgeführt auf den Weg der Menschlichkeit, der Menschenwürde, aber auch zur Autonomie und Fürsorge als untrennbare Ansätze im Betreuungs-/Pflegebereich. Das der Mensch letztlich als Ebenbild Gottes nicht seiner Würde beraubt werden kann, rundet die positive Ausrichtung in diesem Themenkreis als Grundlage für die Weiterarbeit ab.

4 Themenrelevanz für Kirchgemeinden

Warum sind alle vorangegangenen Themen relevant für Kirchgemeinden? Was kann Kirchgemeinden dazu bewegen, sich (vermehrt) demenzkranken Menschen und ihren Angehörigen zuzuwenden? In diesem Abschnitt und in Kapitel 5 sollen diese Fragen beantwortet werden.

4.1 Kirchenlandschaft im Wandel

Die Evangelisch-Reformierten Landeskirchen in der Schweiz arbeiten in einem herausfordernden und dynamischen Umfeld:

- Die Evangelisch-Reformierten Landeskirchen sind vom Mitgliederschwund betroffen.
- Weniger Mitglieder bedeutet grundsätzlich weniger finanzielle Mittel für die Bewältigung der Aufgaben inklusive Unterhalt der Kirchengebäude.
- In traditionell geführten Landeskirchen ist die Anzahl der Gottesdienst-Teilnehmenden stagnierend bis rückläufig und der Altersdurchschnitt der Gottesdienst-Besuchenden ist eher hoch. So gesehen ist die Altersstruktur der meisten Kirchgemeinden der Gesellschaft bis zu 30 Jahre voraus.⁷³
- Um mehr – und vor allem jüngere – Gottesdienstbesuchende anzulocken, werden die Gottesdienste und andere Angebote neu (und moderner) gestaltet. Älteren Menschen fällt es dann zunehmend schwer, Begeisterung für die neuen Angebote zu entwickeln.
- Kirchentreue Menschen werden älter und die Vulnerabilität (Anfälligkeit, Verletzlichkeit) bei ihnen steigt. Und mit den einhergehenden körperlichen und kognitiven Abbau-Erscheinungen wird es für die kirchentreuen Besucherinnen und Besucher schwieriger, a) in die Kirche zu kommen und b) den Predigten folgen zu können.
- Dadurch bleiben tendenziell auch betreuende/pflegende Angehörige den Kirchenangeboten fern, da sie durch Betreuung/Pflege absorbiert sind.

Das sind nur ein paar Tendenzen. Diese Aussagen werden hier aber nicht statistisch oder anderweitig nachweislich belegt und doch geben sie das Bild aus der aktuellen Kirchenlandschaft der reformierten Landeskirche wieder.

⁷³ Koehler, Dabei und mittendrin, 2014, S. 7

4.2 Diakonie / Diakonischer Auftrag der Kirche

Diakonie gehört zum ‚Kerngeschäft‘ der reformierten Landeskirchen. Als Beispiel kann man der Kirchenordnung der Evangelisch-Reformierten Kirche des Kantons Luzern entnehmen:⁷⁴

„Artikel 3 – Auftrag der Kirchgemeinden: Die Kirchgemeinden setzen den Auftrag der Kirche um im gottesdienstlichen Feiern, in Verkündigung, Unterricht, Seelsorge, Diakonie und in anderen Lebensäusserungen. Sie schaffen Raum für Begegnungen mit Gott und mit Menschen. Sie fördern die Gemeinschaft der Gemeindemitglieder. Sie unterstützen ein kritisches Verantwortungsbewusstsein in öffentlichen Angelegenheiten und setzen sich ein für Solidarität mit Benachteiligten und sozial geschwächten nah und fern.“

In Artikel 70 der gleichen Kirchenordnung sind Aufgaben zu Seelsorge und Diakonie konkreter formuliert (Auszüge):

- „Menschen in seelischen, leiblichen und sozialen Schwierigkeiten und Nöten mit dem Zuspruch des Evangeliums, mit Beratung und tätiger Hilfe beizustehen.
- Menschen tragende Gemeinschaft erfahren zu lassen.
- Die Kirchgemeinden suchen und fördern persönliche Kontakte, zum Beispiel bei Hausbesuchen [...] sowie in Alters- und Schicksalsgruppen.
- Zur Aufgabe von Seelsorge und Diakonie gehört es auch, bei der Erhaltung bestehender sozialer Netzwerke mitzuwirken. Ebenso förderungswert sind Initiativen zum Aufbau neuer sozialer Netze für Menschen, die von Vereinsamung bedroht sind.
- Der Dienst der Seelsorge und der Diakonie richtet sich an alle Menschen am Ort, auch an jene, die nicht zur Kirchgemeinde gehören.“

Diakonie ist die Verkündigung des Evangeliums durch die Tat. Im Diakoniekonzept der Zürcher Landeskirche wird Diakonie wie folgt beschrieben: „Diakonie ist soziales Handeln aus evangelischen Wurzeln in der Kraft der Solidarität. Diakonie ist Wesensmerkmal und sichtbares Zeichen der Kirche.“⁷⁵

4.3 Inklusion (und Diakonie)

Im Rahmen des diakonischen Handelns kommt man in der heutigen Zeit zunehmend mit dem Begriff der Inklusion in Kontakt. Im gesellschaftlichen und kirchlichen Umfeld wird die Debatte der Teilhabe, Teilnahme und Teilgabe von Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen und Krankheiten unter dem Oberbegriff der Inklusion geführt.⁷⁶

⁷⁴ https://www.reflu.ch/kantonalkirche/Organisation/Gesetzestexte/Erlasse%20Grundlagen-/11.020_Kirchenordnung-aktualisiert-26.01.2015.pdf (aufgerufen am 22.8.2019)

⁷⁵ <https://www.zhref.ch/news/newsarchiv/das-diakoniekonzept-ist-da> (aufgerufen am 22.8.2019)

⁷⁶ Koehler, Dabei und mittendrin, 2014, S. 10

Diakonie und Inklusion können aber nicht gleichgesetzt werden, Inklusion geht über Diakonie hinaus. In der Regel werden (an Demenz) erkrankte Menschen vor allem über ihren Unterstützungsbedarf wahrgenommen. Sie werden diakonisch eher als Kunden betrachtet, als Nutzniesser von Angeboten, welche die Kirchengemeinde bereitstellt.

Sie bilden aber ebenso zusammen mit allen anderen den Leib Christi. Wenn sie nur defizitorientiert betrachtet werden, können ihre Ressourcen, Potenziale, Interessen und Bedürfnisse übersehen werden. Darum ist die differenzierte Betrachtung von Diakonie und Inklusion wichtig, weil Inklusion zu einer Gemeinschaft hinführt, in welcher die verschiedenen begabten und begrenzten Glieder in gleicher Weise anerkannt und unmittelbar zugehörig sind.⁷⁷

Kunz beschreibt Inklusion als *Praxis der Interaktion der Verschiedenen*: „In der Gemeinde findet die imaginative (fantasievolle) Aufladung der Inklusion als identitätsstiftender Prozess statt.“ Und er meint damit nicht nur, dass der Begriff *Inklusion* in der Gemeinde angesprochen, thematisiert und im System verortet werden soll.⁷⁸ Sondern dass er gelebt wird, und dass dadurch die Gemeinde bezüglich ihrer Identität Klarheit und Schärfe gewinnt.

Inklusive Gemeinden sollten deshalb ihre verschiedenen theologischen Dimensionen der „Gemeinschaft durch Teilhabe“ differenziert betrachten: Durch gottesdienstliche Feiern der Gemeinschaft mit Gott, durch inklusive Gemeinschaft miteinander, durch solidarische Unterstützungsformen und auch durch Engagement für eine Gesellschaft der unmittelbaren Teilhabe. Inklusion bedeutet folglich auch, die bestehende Zugehörigkeit zu der örtlichen Kirchengemeinde (für an Demenz erkrankte Menschen) von vorne herein zu sichern, zu stärken und spürbar zu bewahren.⁷⁹

Als Aspekte, Themen und Aufgabenfelder einer inklusiven Gemeinde können skizziert werden:⁸⁰

- Kirche sein und Gottesdienst feiern
- Kirchengemeindliche Praxis inklusiv gestalten
- Sprach- und Gesprächsräume öffnen
- Nachbarschaft herstellen und Netzwerke stärken
- Assistenz aufbauen und Projektmanagement entwickeln
- Partei ergreifen und Forum sein

⁷⁷ Kunz, Liedke, 2013, S. 44-45

⁷⁸ Kunz, TDS-BeWo-Präsentation, 2017

⁷⁹ Koehler, 2014, S. 12

⁸⁰ Kunz, Liedke, 2013, S. 45-51

4.4 Freiwillige in den Kirchgemeinden ⁸¹

Aus den Studien zum freiwilligen Engagement in der Schweiz gehen folgende Zahlen zu den Freiwilligen in kirchlichen Organisationen hervor (diese Zahlen entstammen dem „Freiwilligen Monitor 2016“):

- Kirchliche Organisationen haben (nach den Sportvereinen) am zweitmeisten freiwillig Mitarbeitende im Vergleich mit anderen Bereichen.
- Zwischen 1997 und 2016 ist der prozentuale Anteil der Bevölkerung, welcher sich in Freiwilligenarbeit in kirchlichen Organisationen engagiert, zwar gesunken. Doch absolut gesehen ist er trotzdem gestiegen von rund 194'000 auf 202'000 Personen (aufgrund der steigenden Wohnbevölkerung).
- Rund ein Drittel der freiwillig Engagierten in kirchlichen Organisationen macht die Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen aus.
- Frauen sind stärker vertreten im freiwilligen Engagement als Männer.
- Der durchschnittliche Arbeitsaufwand von Freiwilligen in kirchlichen Organisationen beträgt 2.7 Stunden pro Woche.

Bezüglich der Motivation für das freiwillige Engagement führt diese Studie aus:

- 84 % der Befragten möchten anderen Menschen helfen.
- 75 % möchten mit anderen etwas bewegen können.
- 57 % möchten Kenntnisse und Erfahrungen erweitern.
- 49 % möchten sich persönlich weiterentwickeln können.

Rund 70 % der befragten Personen sind durch andere Personen zu einem freiwilligen Engagement gekommen.

4.5 Fazit zur Themenrelevanz für Kirchgemeinden

Die Kirchgemeinde ist also mehrfach betroffen beim Thema Demenz. Betroffene Mitglieder, rückläufige Mitgliederzahlen, diakonischer Auftrag und Inklusion heissen die gewichtigen Stichworte und Argumente zu Gunsten des Engagements der Kirchgemeinden für ihre an Demenz erkrankten Mitglieder und deren Angehörigen.

⁸¹ https://sgg-ssup.ch/files/content/Webseiteninhalte/C_Freiwilligkeit/3_Freiwilligenmonitor/Factsheets%202016/Kirchliche_Organisation.pdf (aufgerufen am 10.9.2019)

Auf der anderen Seite gibt es die Erkenntnisse über die freiwillig Engagierten in kirchlichen Organisationen. Mengenmässig hat die Anzahl der freiwillig Mitarbeitenden in den letzten Jahren zugenommen. Und diese Freiwilligen haben Bedürfnisse, welche sich durchaus mit den Nöten der Betroffenen, ihren Angehörigen und der Kirche überschneiden.

So gesehen hört es sich wie eine Selbstverständlichkeit an, dass die Kirchen ihr Engagement bezüglich Menschen mit Demenz lanciert und/oder ausbaut, sofern das Thema nicht schon auf der Agenda steht. Wenn es gelingt, die Bedürftigen mit den potenziellen Freiwilligen zusammenzubringen, darf man dann schon von einer Win-Win-Situation sprechen. Und diese Situation ist anzustreben.

Im Kapitel 5 werden nun die Schlussfolgerungen dazu gezogen.

5 Schlussfolgerungen – Warum soll sich die Kirchengemeinde um ihre demenzkranken Mitmenschen und Angehörigen kümmern?

5.1 Herleitung

In diesem Kapitel werden die inhaltlichen Aussagen der vorangehenden Kapitel

- 2: Situationsanalyse (Demenzkrankheit, Betroffene, Angehörige)
- 3: Perspektiven auf Grundrechte, Alter, Ethik, biblisch-theologische Aspekte, Gesellschaft
- 4: Relevanz (der behandelten Themen) für die Kirchengemeinden

auf die Schlussfolgerungen hin verdichtet und auf den letzten Abschnitt dieser Arbeit zugeführt.

5.2 Schlussfolgerungen

Aus den vorangehenden Kapiteln 2 bis 4 lässt sich eine breite und vielfältige Argumentation erkennen und ableiten, warum sich die Kirchengemeinde um ihre demenzkranken Mitglieder und ebenso um ihre betroffenen Angehörigen kümmern sollte.

Diese Argumentation ist nachstehend konzentriert wiedergegeben, um nicht die Zusammenfassungen aus den einzelnen Kapiteln zu wiederholen. Sie ist bezogen auf:

... die Krankheit: Die Gesellschaft weiss im Wesentlichen Bescheid über die Demenzkrankheit. Die Krankheit ist nicht ansteckend und somit besteht keine Gefahr im Umgang mit demenzkranken Menschen. Es braucht ein neues Verständnis für den erkrankten Menschen, den man von vor der Krankheit anders kennt. Und es braucht vertiefte Kenntnisse über die Krankheit und den Krankheitsverlauf, deren Aneignung aber durchaus im Rahmen des Möglichen stehen. Zudem sind sich viele Menschen bewusst, dass sie dereinst selber an Demenz erkranken könnten, auch aufgrund der steigenden Lebenserwartung.

... die Therapie-/Begleitformen und -möglichkeiten: In den ersten beiden Phase der Krankheit können betroffene Erkrankte vor allem mit Formen der kognitiven, musischen, haptischen und bewegungstechnischen Aktivitäten begleitet/betreut werden. Um das als Begleitperson zu leisten, braucht es primär Empathie, Wertschätzung, Geduld und Kenntnisse über die Krankheit. Diese Therapie-Formen sind erforscht und deren positive Wirkung belegt.

... die erkrankten Menschen: Die Nöte und (auch spirituellen) Bedürfnisse von demenzkranken Menschen sind bekannt und es ist durchaus möglich, ein Teil dieser Bedürfnisse durch Freiwillige und/oder theologische Fachpersonen abzudecken. Auch deren Nöte können gelindert werden durch Unterstützung der Kirchengemeinde. Zudem hat eine Kirchengemeinde die

Möglichkeit, kostenfreie oder kostengünstige Angebote zu lancieren, welche sich Erkrankte und Angehörige leisten können.

... die Angehörigen von demenzkranken Menschen: Ebenso sind Nöte und Bedürfnisse von betreuenden/pflegenden Angehörigen bekannt. Man weiss auch, dass diese Menschen erst in äusserster Not um Hilfe bitten. Diese Erkenntnisse geben der Kirchgemeinde die Möglichkeit, frühzeitig zu sensibilisieren, sei es bezüglich der Angehörigen oder bezogen auf die ganze Kirchgemeinde. Die positiven Erfahrungen dieser Angehörigen dürfen nicht vergessen gehen und lassen sich nutzen für Erfahrungsaustausch und Sensibilisierung bezüglich positiven Erlebnissen.

... die Grundrechte/Menschenrechte: Jeder Mensch darf sich auf seine Rechtsgleichheit, auf das Recht auf Leben und die unabdingbare Menschenwürde berufen. Diese Grundrechte geraten leider gerne in den Hintergrund. Demenzkranke Menschen und ihre Angehörigen dürfen nicht von den Angeboten der Kirchgemeinde ausgeschlossen werden.

... biblisch-theologische Überlegungen: Der Mensch als Ebenbild Gottes ist ein Beziehungs- wesen und soll Mitmenschen mit Barmherzigkeit und Nächstenliebe gegenüber treten. Weiter soll dem älteren Menschen Ehrfurcht, Achtung und Fürsorge entgegen gebracht werden. Die Krankheit des/der Betroffenen ist keine Strafe, sondern natürlicher Verlauf eines langen Lebens.

... die gesellschaftliche Entwicklung: Die jungen Senioren und Seniorinnen kommen mit veränderten Leistungs- und Jugendwerten ins Pensionsalter, sie sind aktiv und unternehmungsfreudig. Zusammen mit der Wohnsituation von älteren Menschen und dem heutigen (hoch)betagten Menschen ergibt das ein divergentes Bild. Dieses nicht zusammenpassende Bild zu vereinen ist ein grosse Chance, den jungen Seniorinnen und Senioren einen Blick in ein würdiges Lebensalter zu geben und den Demenzkranken die notwendige Unterstützung zu bieten. Wenn diese jungen aktiven Menschen im Seniorenalter als Freiwillige in die kirchgemeindliche Arbeit eingebunden werden können, entstehen Chancen für die Kirchgemeinde, für die erkrankten Menschen und ihre Angehörigen sowie ebenfalls für diese jungen Senioren und Seniorinnen.

... ethische Überlegungen: Trotz starken Veränderungen des demenzkranken Menschen kann ihm seine Identität und Menschenwürde nicht abgesprochen werden. Letztlich wird dem Menschen seine Identität vom Schöpfergott zugesprochen. Die Selbstbestimmung als Ideal ist so nicht existent, wird aber durch die Beziehungen zwischen Menschen getragen und menschliche/gesundheitliche Risiken im Rahmen der Fürsorge aufgefangen.

...die Relevanz für Kirchgemeinden: Im kirchgemeindlichen Kontext ist es sicher vordergründig, dass sich die Kirche aufgrund ihres diakonischen Auftrags wie auch dem Inklusionsgedanken dem Thema nicht entziehen kann. Sie muss sich darauf einlassen. Sie muss auch aufgrund der Veränderungen in der Kirchenlandschaft und dem veränderten Bild des alten Menschen reagieren, und Demenzkranke und ihre Angehörigen in den Fokus nehmen. Tut sie es nicht, fehlt ihr etwas. Denn die Kirchgemeinde als Leib Christi besteht in ihrer Vielfalt aus allen ihren Mitgliedern, mit all ihren Gaben und Potenzialen. Dabei steht das Tun im Vordergrund, nicht nur das Reden darüber.

Zudem verfügt die Kirche heute schon über ein ausgeprägtes Netz von freiwillig engagierten Menschen. Angesprochen über deren Motivation und im Wissen, dass die meisten Freiwilligen durch andere Menschen zum freiwilligen Engagement gekommen sind, müsste es gelingen, (zusätzliche) Menschen für die Arbeiten/Angebote im Zusammenhang mit Demenz zu gewinnen.

Indem (vermehrt) Freiwillige für die Durchführung der zukünftigen Angebote eingesetzt werden, kann der Grad der sogenannten Beteiligungskirche erhöht werden. Und wenn zudem die Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen zum Beispiel in die Gestaltung und Durchführung von Gottesdiensten oder anderen Angeboten eingebunden werden, erhält die Bezeichnung „Beteiligungskirche“ eine ganz andere, positivere, ausstrahlendere Bedeutung.

Damit ist ein breiter Grundstein gelegt, dass man die Augen vor den demenzkranken Mitmenschen und ihren Angehörigen nicht verschliessen darf. In Kapitel 6 werden nun verschiedene Handlungsansätze von Kirchgemeinden beschrieben.

6. Umsetzung / Handlungsansätze für die Kirchgemeinden

Aufgrund der Herleitung und den Schlussfolgerungen in Kapitel 5 werden in diesem Kapitel mögliche konkrete Handlungsansätze beschrieben, welche die Kirchgemeinde bezüglich ihrer demenzkranken Mitglieder und deren Angehörigen angehen kann (diese Ausführungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit).

Handlungsfelder, welche für Kirchgemeinden eher nicht in Frage kommen, werden im Anhang 10.2 beschrieben und kurz begründet.

6.1 Schwerpunkte der Arbeit der Kirchgemeinden

Um das Thema Demenzkrankheit in der Kirchgemeinde anzugehen, soll dies grob in folgenden Abschnitten geschehen:

- I. Sensibilisierungsarbeit für die ganze Kirchgemeinde und Schulungen für (freiwillig) Mitarbeitende
- II. Aktive Umsetzung von konkreten Angeboten für Betroffene und Angehörige

6.2 Sensibilisierungsarbeit und Schulungen

Bevor konkrete Angebote bezüglich Demenzkranken und ihren Angehörigen lanciert werden, müssen die Kirchgemeinde mit allen freiwillig Mitarbeitenden, Angestellten und Angehörigen bezüglich des Themas sensibilisiert werden.

Wichtig ist, dass die Angehörigen sich ebenso angesprochen fühlen, denn es können ja Angebote lanciert werden, von denen auch sie profitieren können. Folgende Aussage scheint zentral für die erfolgreiche Nutzung von Angeboten:⁸²

„Ob Menschen mit Demenz bestehende Dienstleistungen in Anspruch nehmen, hängt also nicht nur vom Vorhandensein der Angebote ab, sondern auch davon, wie sensibilisiert und empfänglich die Angehörigen sind.“

Die Inklusion, das teilhaben Lassen, das teilnehmen Lassen, das erst-gar-nicht-weggehen Lassen sowie das sich Einbringen von demenzkranken Menschen in die lebendige Kirchgemeinde hat also damit zu tun, wie die Angehörigen darauf ansprechen.

⁸² Alzheimer Schweiz, Angehörige von Menschen mit Demenz geben Auskunft, 2012

Bezüglich der grundsätzlichen Sensibilisierung wählt das in der Praxis erprobte Kölner Projekt „Dabei und Mittendrin (Gaben und Aufgaben demenzsensibler Kirchgemeinden)“ folgende Vorgehensschritte:⁸³

- 1) Sensibilisierung und Austausch
- 2) Information und Aufklärung
- 3) Wertschätzung und Wahrnehmung
- 4) Teilhabe und Gemeinschaft
- 5) Spezialisierung und Solidarisierung
- 6) Vernetzung und Kooperation

Dabei werden in den beiden Schritte 1) und 2) die Grundlagen für die spätere Umsetzung gelegt. Diese zwei Phasen werden nachstehend noch beschrieben.

6.2.1 Sensibilisierung und Austausch⁸⁴

Der Weg zu einer demenzsensiblen Kirchgemeinde beginnt mit der genaueren Wahrnehmung und der wachsenden Sensibilisierung für die besondere Lebenslage von demenzkranken Menschen und ihren Angehörigen.

Folgende Fragen sollen zum Dialog in den verschiedenen Gremien einer Kirchgemeinde (Kirchenvorstand, Diakonie-Ausschuss, Seniorengruppen, Chöre, Freiwilligen-Anlass o. ä.) führen:

- Welche Menschen mit Demenz und ihre Begleitpersonen in unserer Gemeinde kennen wir?
- Wo begegnen wir ihnen in unserer Kirchgemeinde?
- Wo vermissen wir sie zunehmend?
- Welche Erfahrungen haben wir in den Begegnungen gemacht?
- Welche Fragen, Unsicherheiten, Ängste, Wünsche und Ideen begleiten uns zu diesem Thema?
- Wenn Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen bei uns dazu gehören: über welche Wege transportieren wir diese?
- Wie können betroffene Menschen davon wissen und dies konkret erfahren?

⁸³ Koehler, Dabei und mittendrin, 2014, S. 18

⁸⁴ Koehler, Dabei und mittendrin, 2014, S. 20

Mit der Sensibilisierung fürs Thema soll auch erreicht werden, dass sich Betroffene (und ihre Angehörigen) nicht einfach unbemerkt aus der Gemeinde zurückziehen aufgrund der Scham über abnehmende Kräfte und der Angst, nicht mehr dazuzugehören.

6.2.2 Information und Aufklärung⁸⁵

Ängste und Vorurteile, Nichtwissen und Gleichgültigkeit können (freiwilligen oder angestellten) Mitarbeitenden im Kontakt mit Betroffenen im Wege stehen. Diese Hindernisse können mittels Informationen

- zum Krankheitsbild
- zur Kommunikation
- zu Verhaltensweisen

von Menschen mit Demenz überwunden werden. Dadurch erhält der/die Mitarbeitende mehr Sicherheit, besseres Verstehen und einen wacheren Blick für die bleibenden Ressourcen und die Potenziale des Miteinanders. Zudem ermöglicht es bessere Handlungskompetenzen in der Begegnung und Beziehungsgestaltung mit Betroffenen.

Mögliche Massnahmen können sein:

⁸⁵ Koehler, Dabei und mittendrin, 2014, S. 21-23

Veranstaltungsform	Mögliche Inhalte	Zielpublikum
Artikel im Gemeindeblatt	<ul style="list-style-type: none"> • Schilderung der besonderen Situation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen • Ermutigung zur Solidarität, Gemeinschaft und Mitverantwortung • Nennung einer Anlaufstelle zum Thema 	Alle Gemeindemitglieder
Abendveranstaltung durch Referent/ Referentin mit Bezug zur Gemeinde	<ul style="list-style-type: none"> • Informationen vermitteln über das Thema Demenz • Austausch über besondere Situationen von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen in der Kirchgemeinde 	Gemeindemitglieder (möglichst viele)
Schulungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> • Informationen zu Krankheitsbild • Hilfen zur Kommunikation • Bedeutung und Gestaltung von religiösen Angeboten • Aufzeigen von Netzwerken und Anlaufstellen 	Interessierte Gemeindemitglieder
Interne Fortbildung	<ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit Menschen mit Demenz • Aufzeigen von Netzwerken und Anlaufstellen 	Pfarrpersonen, Diakone/Diakoninnen, Kirchenmusiker/Kirchenmusikerinnen, Pfarramtssekretariate etc.
Zeitraumbezogene Thematisierung	<ul style="list-style-type: none"> • Thematisierung der Demenzkrankheit in Gruppen • ...sowie in Predigten und Andachten. 	Alle kirchlichen Gruppen, Gottesdienste

Die Auflistung von entsprechenden Veranstaltungen mit ihren Inhalten ist nicht abschliessend, gibt aber einen Hinweis auf die möglichen Aktionsfelder.

6.2.3 Bereits bestehende Informations-/Schulungsangebote

Mit grosser Wahrscheinlichkeit bestehen in der Region bereits entsprechende Schulungsangebote durch andere Akteure in der Seniorenwirtschaft (Alzheimer Schweiz, Pro Senectute, Benevol etc.). Es ist sinnvoll, diese bestehenden Angebote zu prüfen, um Synergien nutzen beziehungsweise auf entsprechenden Erfahrungen aufbauen zu können.

Im Anhang (Kapitel 10.6) sind ein paar Angebote/Projekte aufgeführt, welche sich bereits auf den Weg gemacht haben, Menschen mit Demenz in den Mittelpunkt zu rücken. Die Erfahrungen dieser Organisationen/Projekte können wertvoll sein für die eigene Umsetzung.

6.3 Konkrete Angebote: Ebenen / Zugänge

Wie können nun konkrete Angebote der Kirchengemeinde aussehen? Untenstehende Aufstellung gibt mögliche Angebote wieder. Dabei kann die Ebene der Zusammenkunft zwischen dem demenzkranken Menschen und der Betreuungs-/Begleitperson (theoretisch) spirituell oder betreuend sein. Vermutlich lassen sich diese Ebenen aber nicht genau trennen, sondern gehen fließend ineinander über (siehe auch Kapitel 6.4 bezüglich Spiritualität).

In der nachstehenden Aufstellung wurde der Versuch gemacht, diese Ebenen den geeigneten Betreuungs-/Begleitpersonen zuzuweisen.

Handlungsfeld	Spirituelle Ebene	Betreuende Ebene
Gottesdienste, inkludierend mit allen Gemeindemitgliedern zusammen, inkl. Demenzkranken	Pfarrpersonen Diakone/Diakoninnen	Freiwillige
Gottesdienste/Andachten mit Zielpublikum Demenzkranke (z. B. in Institutionen)	Pfarrpersonen Diakone/Diakoninnen	Freiwillige
Seelsorge für Demenzkranke (Einzelseelsorge und Seelsorge in der Gruppe) ⁸⁶	Pfarrpersonen Diakone/Diakoninnen	
Seelsorge für Angehörige	Pfarrpersonen Diakone/Diakoninnen	
Gesprächsgruppen für Angehörige	Pfarrpersonen Diakone/Diakoninnen	Pfarrpersonen Diakone/ Diakoninnen
Triagefunktion für Betroffene/Angehörige (Anlaufstelle zwecks Weiterverweisung)		Pfarrpersonen Diakone/ Diakoninnen
Salbungen ⁸⁷	Pfarrpersonen Diakone/Diakoninnen	
Besuchs- und/oder Hütedienst zu Hause (als Entlastung für Angehörige)	Pfarrpersonen Diakone/Diakoninnen	Freiwillige
Besuchsdienst in Institutionen	Pfarrpersonen Diakone/Diakoninnen	Freiwillige
Gemeinschaftliche Aktivitäten (z. B. Nachmittag im Kirchgemeindehaus), auch als Entlastung für Angehörige	Pfarrpersonen Diakone/Diakoninnen	Freiwillige

In den nachfolgenden Kapiteln werden nun nicht alle diese Angebotsmöglichkeiten detailliert beschrieben, sondern es werden einzelne Aspekte herausgenommen und beleuchtet.

⁸⁶ Depping, 1993, S. 85 ff.

⁸⁷ Eglin, Huber, Rüegg, Schröder, Stahlberger, Wuillemin, 2009, S. 136

Ebenso wird die reine *Betreuung* (ohne spirituellen Charakter) als Angebot einer Gemeinde beziehungsweise als Aufgabe von beispielsweise freiwillig Mitarbeitenden in dieser Arbeit nicht weiter beschrieben.

6.4 Spiritualität

Im Kapitel 2.4.2 wurden die spirituellen Bedürfnisse von älteren Menschen und Demenzkranken beschrieben. Und bei fast allen in Kapitel 6.3 vorgestellten Handlungsfeldern ist Spiritualität ein Thema.

Nachstehend wird nun beschrieben, was Spiritualität bedeutet und wie sie in diesem Kontext einfließen beziehungsweise gelebt werden kann.

6.4.1 Begriff *Spiritualität*

Nachstehend eine kurze Einführung/Begriffserläuterung zu *Spiritualität*.

Spiritualität leitet man vom lateinischen *spiritualis* ab, welches „geistig“ und „geistlich“ bedeutet. Wenn man es in der Sprache der Bibel auslegt, meint Spiritualität die christliche Lebensgestaltung, welche sich ganz nach Gott ausrichtet. Im deutschen Sprachraum taucht der Begriff erst ab 1950 auf. Je nach Sprachraum wird der Begriff unterschiedlich verstanden.⁸⁸

Der in der deutschen Sprache verwendete Begriff von Spiritualität entspricht etwa demjenigen des angelsächsischen Sprachraums. Dieser versteht darunter die direkte, unmittelbare, persönliche Erfahrung dessen, was über den menschlichen Verstand und dessen Bewusstsein hinausgeht. So ist Spiritualität unabhängig von Religion und Konfession zu sehen. Sie ist eine innere Erfahrung, welche unabhängig ist vom kirchlichen Glauben, der einem vermittelt wurde. Damit kann der Begriff innerhalb und ausserhalb einer spezifischen Religionsgemeinschaft verwendet werden.⁸⁹

Spiritualität und die individuelle Lebensgeschichte sind eng miteinander verbunden. Eine mögliche Formulierung kann also sein: ⁹⁰

„Spiritualität ist die Beziehung zu einem Letztgültigen. Das kann zum Beispiel Gott, das Göttliche oder der Grund des Seins sein. Sie wird durch eine religiöse Handlung, zum Beispiel ein Gebet, Musik, Ritual, Meditation erlebt und erfahren.“

So kann Spiritualität dem Menschen (besonders im Alter) helfen, sein Selbstverständnis und sein Identitätsgefühl durch die Bindung an Gott oder eine heilige Macht zu stärken. ⁹¹

⁸⁸ Eglin, Huber, Kunz, Schröder, Stahlberger, Urfer, Wuillemin, 2008, S. 13

⁸⁹ Eglin, Huber, Kunz, Schröder, Stahlberger, Urfer, Wuillemin, 2008, S. 14

⁹⁰ Eglin, Huber, Kunz, Schröder, Stahlberger, Urfer, Wuillemin, 2008, S. 15

⁹¹ Klie/Kumlehn/Kunz, 2009, S. 603

6.4.2 Wie soll man Menschen mit Demenz spirituell begegnen?

Was bedeutet nun diese Beschreibung von Spiritualität konkret für die spirituelle Begleitung von Menschen mit Demenz? Eine von Fachleuten aus dem Pflegebereich, aus der Gerontologie und aus der Theologie verfasste Hilfsschrift gibt praktische Hinweise darauf.

Eglin et al. äussern sich zur spirituellen Begleitung im Alltag dahingehend, dass es nicht darum geht, spezielle religiöse Handlungen oder Rituale zu vollziehen. Sondern es geht vielmehr um die Achtsamkeit, mit welcher Tiefendimension die alltäglichen Handlungen vollzogen werden. Die Herausforderung bei der spirituellen Begleitung von Menschen mit Demenz besteht darin, dass sie Erfahrungen machen können, dass sie sich als geliebt, geschätzt und geborgen erleben dürfen. Und zwar unmittelbar und auf einer nicht-kognitiven Ebene. Ausgehend vom Menschen als Beziehungswesen ist der zwischenmenschliche Kontakt zentral in ihrem Alltag. Und in der Begegnung mit anderen Menschen können an Demenz erkrankte Personen ihre Würde und ihr Dasein als sinnvoll erfahren.⁹²

Aus diesen Grundgedanken sind nun konkret folgende Ansätze beziehungsweise Aspekte formuliert, welche als elementar betrachtet werden sollten:

6.4.2.1 *Persönliche Haltung*

Die Begleitperson ist herausgefordert, die demenzkranke Person als unverwechselbaren Menschen in aller Offenheit und Echtheit zu begegnen. Das bedingt, dass auch die Begleitperson einem Lernprozess untersteht und willig ist, diesen anzugehen. Die Begleitperson muss sich auf die Welt des an Demenz erkrankten Menschen einlassen und sich mit ihr vertraut machen, nicht umgekehrt.⁹³

6.4.2.2 *Kommunikation*

Die Kommunikation läuft auf allen Stufen ab: auf der verbalen, auf der nonverbalen und auf der paraverbalen Ebene. Wenn wir uns demenzkranken Menschen gegenüber klar mitteilen möchten, müssen diese drei Ebenen übereinstimmen. Authentizität ist wichtig.⁹⁴

6.4.2.3 *Alltägliches meistern*

Regelmässiges, Verlässliches, Wiederholendes, Wiedererkennbares und Rituale helfen Menschen mit Demenz, Stabilität und Wohlbefinden zu finden. Die begleitende Person lebt mit

⁹² Eglin, Huber, Kunz, Schröder, Stahlberger, Urfer, Wuillemin, 2008, S. 73

⁹³ Eglin, Huber, Kunz, Schröder, Stahlberger, Urfer, Wuillemin, 2008, S. 27-28

⁹⁴ Eglin, Huber, Kunz, Schröder, Stahlberger, Urfer, Wuillemin, 2008, S. 30-35

seinem Gegenüber im Hier und Jetzt. Dabei soll darauf geachtet werden, dass man die begleitete Person weder über- noch unterfordert. Im Alltag ist es auch immer wieder ein Thema, dass die Würde der erkrankten Person stets respektiert wird.⁹⁵

6.4.2.4 Ressourcen entdecken

Jeder Mensch hat Ressourcen, also Kräfte, Fähigkeiten, Reserven und Möglichkeiten, die er zur Gestaltung und Bewältigung seines Lebens einsetzen kann. Diese Ressourcen sollen entdeckt gefördert werden. Dadurch kann die erkrankte Person ihr Selbstwertgefühl stärken und das Gefühl der Minderwertigkeit reduzieren. Indem die betreuende Person die erkrankte Person ganzheitlich wahrnimmt, gelingt es ihm/ihr eher, diese Ressourcen zu orten.⁹⁶

6.4.2.5 Lebensgeschichte kennenlernen

Kommen Betreuungsperson und betreute Person zusammen, kommen auch zwei Lebensgeschichten zusammen. Primär ist es für die Betreuungspersonen wichtig, dass sie eine Vorstellung der betreuten Person haben. Und sie müssen auch die aktuelle Situation kennen. So entwickelt sich ein Gesamtbild einer Person.

Um die Lebensgeschichte der erkrankten Person kennen zu lernen, können Gespräche geführt werden mit Angehörigen, Bekannten, Freundinnen und Freunden. Ein Gesamtbild ergibt sich, wenn diese Lebensgeschichte in den politischen, wirtschaftlichen, religiösen und sozialen zeitgeschichtlichen Zusammenhang gestellt wird.⁹⁷

6.4.2.6 Schwierigkeiten angehen

Wutausbrüche, Aggressionen, Unruhe, Rückzug, Verstummung und Depressionen gehören zum Alltag im Umgang mit demenzkranken Menschen. Diese entstehen oft aus der Frustration, dass der Alltag nicht mehr so gelingen will wie früher. Vielfach kann aber die Ursache gar nicht ergründet werden. Wenn dies nicht gelingt, kann es helfen, Situationen zu notieren und daraus Muster zu erkennen. Oder auch zu experimentieren und etwas zu versuchen, was die Aggression wieder abklingen lässt.⁹⁸

⁹⁵ Eglin, Huber, Kunz, Schröder, Stahlberger, Urfer, Wuillemin, 2008, S. 35-36

⁹⁶ Eglin, Huber, Kunz, Schröder, Stahlberger, Urfer, Wuillemin, 2008, S. 36-38

⁹⁷ Eglin, Huber, Kunz, Schröder, Stahlberger, Urfer, Wuillemin, 2008, S. 38

⁹⁸ Eglin, Huber, Kunz, Schröder, Stahlberger, Urfer, Wuillemin, 2008, S. 40

6.4.2.7 Eigene Grenzen anerkennen

Demenzielle Krankheiten dauern in der Regel über Jahre an. So sind primär Angehörige gefährdet, sich zu übernehmen. Daher sollten sie sich der eigenen Grenzen bewusst werden, diese akzeptieren und rechtzeitig Unterstützung suchen. Der Austausch mit Fachleuten und anderen Betroffenen ist enorm wichtig, damit Schuldgefühle, Versagensängste und Fehler thematisiert werden können.⁹⁹

Das gilt im Wesentlichen auch für Freiwillige, welche Betroffene betreuen. Auch sie können sich einen überhöhten Druck selbst auferlegen und dabei aus den Augen verlieren, dass ihr Engagement auf eine lange Zeit ausgerichtet sein sollte und könnte (im Sinne des Betroffenen).

6.4.2.8 Besondere Themen

Hier sei noch kurz auf Spezialthemen hingewiesen, welche aber in dieser Arbeit nicht weiter beleuchtet werden. Es betrifft:

- Menschen mit Migrationshintergrund¹⁰⁰
- Sinnlichkeit und Sexualität¹⁰¹

Eine Auseinandersetzung mit diesen Themen ist für Betreuungspersonen auf jeden Fall empfehlenswert.

6.4.3 Bemerkungen zum Thema *Spiritualität*

Diese vorgängig erwähnten Aspekte geben gute, praxisorientierte und praxiserprobte Hinweise auf den Umgang mit demenzkranken Menschen beziehungsweise deren Begleitung.

Die heutigen Demenzkranken in unserem Kulturkreis haben Ressourcen, die sich noch aus der Zugehörigkeit und aus der Ausübung christlicher Religiosität erschliessen. Darum und trotzdem ist es als Begleitperson wichtig, dass die betreuende Person über Kenntnisse der religiösen Sozialisation der zu betreuenden Person verfügt. Denn nur wenn die demenzkranke Person ein positives Gottesbild hat, Spiritualität intrinsisch motiviert ist und erfahrbar erlebt werden kann (leiblich, konkret, symbolisch, persönlich), wird sie eine heilende Wirkung entfalten können.¹⁰²

In Kapitel 6.3 wurde der Hinweis gemacht auf mögliche Untrennbarkeit von *Begleitung/Betreuung* und *Spiritualität*. Die beschriebenen Begegnungsansätze aus Kapitel 6.4.2

⁹⁹ Eglin, Huber, Kunz, Schröder, Stahlberger, Urfer, Wuillemin, 2008, S. 41

¹⁰⁰ Eglin, Huber, Rüegg, Schröder, Stahlberger, Wuillemin, 2009, ab S. 70

¹⁰¹ Eglin, Huber, Rüegg, Schröder, Stahlberger, Wuillemin 2009, ab S. 80

¹⁰² Hille, Koehler, 2013, S. 55

gehen in die gleiche Richtung und deuten darauf hin, dass man sich als Begleitperson bewusst gegen Spiritualität entscheiden müsste, wenn dieser Aspekt in der zwischenmenschlichen Begegnung nicht zum Tragen kommen sollte/dürfte. Das würde schon fast bedeuten, dass man gegen wichtige Grundsätze in der Betreuung verstösst, was einem wiederum zur nichtqualifizierten Betreuungsperson machen würde. Mit dieser Aussage lehnt man sich aber auch weit aus dem Fenster. Es macht wohl Sinn, diese Frage explizit in der jeweiligen Kirchgemeinde in der Sensibilisierungs- oder spätestens Umsetzungsphase anzusprechen.

Die in Kapitel 6.4 aufgegriffenen und beschriebenen Aspekte sind sicher hilfreich und geben einen Eindruck vom Umfang und von möglichen Ansätzen. Ein vorgängige und parallel laufende Vertiefung dieser Themen (unter anderem in der erwähnten Literatur) sowie der regelmässige Austausch mit anderen Betreuenden/Begleitenden scheinen mir unerlässlich.

6.5 Gottesdienste, Andachten

Gottesdienste sind DAS Kernangebot jeder Gemeinde, in welcher die Gemeindemitglieder zusammenkommen. Jedes Gemeindemitglied bringt dann sein spezifisches Bedürfnis, seine spezifische Befindlichkeit und seine spezifische Vorstellung von einem Gottesdienst mit sich. Diese Konstellation birgt in Chancen und Risiken in sich, je nachdem, wie mit dem Thema umgegangen wird. Ohne aktives Zutun der Gemeindeleitung sind die Risiken wohl höher einzustufen als die Chancen.

6.5.1 Gottesdienste mit oder ohne demenzkranke Menschen und ihren Angehörigen?

Im Rahmen der Inklusion ist das Ziel, dass die bestehende Zugehörigkeit zu einer Gemeinde von vorn herein gesichert bleibt, dass sie gestärkt und spürbar bewahrt wird. Erkrankte Menschen sind und bleiben Gemeindemitglieder. Als solche verdienen sie es, gesehen, gewürdigt, geschätzt und entdeckt zu werden. Und auch ihre Gaben sollen genutzt werden. Diese Verschiedenheit der Brüder und Schwestern soll ein Zustand der Normalität sein, welche einerseits heilsam irritieren und verunsichern kann, aber sie letztlich reicher macht. Für die Kirchgemeinde gilt es einen Weg zu finden zwischen dem Miteinander und einer zeitweisen Spezialisierung und Segregation (Trennung von verschiedenen Gruppen). Eine solche Trennung kann unterstützend wirken, soll jedoch kein dauerhaftes Ziel sein.¹⁰³ Dies gilt grundsätzlich auch für andere Angebote der Kirchgemeinde, nicht nur für den Gottesdienst.

¹⁰³ Koehler, Dabei und mittendrin, 2014, S. 12-13

6.5.2 Inkludierende Gottesdienste

Bei Besuchen, in Gottesdiensten, Andachten und Veranstaltungen sollen Menschen mit Demenz nicht nur einen Platz zugewiesen bekommen, sondern sie sollen als lebendiger Teil unter Vielen bewusst wahrgenommen und stets willkommen geheißen werden. Entgegen ihrer Verlust- und Distanzierungserfahrungen, welche sie im Rahmen ihrer Erkrankung machen, ist das Signal vom bedingungslosen „willkommen Sein“ enorm wichtig. Dadurch empfinden sie nicht, dass ihre Teilnahme/Anwesenheit bei Veranstaltungen bei den anderen Teilnehmenden und Mitarbeitenden Stress, Herausforderungen, Last und Erschwernis auslöst.¹⁰⁴

Auf der anderen Seite können mit inkludierenden Gottesdiensten das gemeinsame Feiern und Leben angeregt werden. Solche Anlässe lassen Verbindungen zu einem selbst, zu Gott und zu anderen Menschen entstehen oder verstärken. Dies sind heilsame Orte/Anlässe, an denen der Abbau von Barrieren in den Köpfen beginnen und gefördert werden kann.¹⁰⁵

Nachstehende Hinweise zu inklusiven Gottesdiensten entstammen dem Faltblatt aus dem Kölner Projekt „dabei und mittendrin“ (mehr Informationen dazu sind im Anhang zu finden). Es werden folgende Themenbereiche angesprochen:¹⁰⁶

Einladend sein:

Demenzkranke Menschen *müssen* oder *sollen* nicht einen Gottesdienst besuchen. Aber wie jede/jeder andere auch, *dürfen* und *können* sie dies wie selbstverständlich tun, wenn es ihrer Lebens- und Glaubensgewissheit dient.

Zudem geht es nicht darum, für Menschen mit Demenzkrankheit etwas zu *veranstalten*, an dem die *anderen* freundlicherweise teilnehmen. Die Gottesdienste gelten für alle. Die altvertrauten Riten und Routinen, Formeln und Formen bilden das spirituelle Traditionsgut, deren Botschaften einerseits kognitiv und aber auch auf vielen sinnlichen Ebenen vermittelt werden soll.

Wenn die Kirche sich nach 2. Korinther 12,9 ausrichtet („Und er hat zu mir gesagt: Lass dir an meiner Gnade genügen; denn meine Kraft vollendet sich in der Schwachheit. Darum will ich mich am allerliebsten rühmen meiner Schwachheit, auf dass die Kraft Christi bei mir wohne“¹⁰⁷), werden die *Schwachen* nicht an den Rand gedrängt oder als Hilfeempfänger

¹⁰⁴ Koehler, Dabei und mittendrin, 2014, S. 14

¹⁰⁵ Koehler, Schäfers, Trapp, Handreichung

¹⁰⁶ Koehler, Schäfers, Trapp, Handreichung

¹⁰⁷ Lutherbibel, 2017

stigmatisiert. Sondern man muss sich fragen, was sie zu sagen und beizutragen haben, damit der geeinte Leib Christi entsteht. Depping weist ebenfalls auf diesen Umstand hin.¹⁰⁸

Gottesdienste gestalten:

Gemeindegottesdienste für Menschen mit und ohne Demenz sollen sein: Elementar, aber nicht kindlich, lebensnah, aber nicht trivial. Dabei soll eine einfache Sprache mit kurzen Sätzen angewendet werden und nur eine Sache auf einmal soll getan werden.

Mit bekannter Liturgie, klassischen Bibeltexten, bekannten Liedern und Gebeten, vertrauten Kirchenjahr-Symbolen und Sinne ansprechende Symbolen/Gegenständen (zum Beispiel Kürbisse zum Erntedank, Tannenzweig im Advent) sollen Vertrautheit und so den Besuchenden einen sicheren Rahmen geschaffen werden.

Als Botschaften sollen diejenigen gewählt werden, in welcher der barmherzige und menschenfreundliche Gott besonders zum Ausdruck kommt. Dabei sollen Abschiede und das eingeschränkte Leben (als Erkrankter) als Bestandteil des menschlichen Lebens thematisiert und aber auch der Segen und der Schutz des Allmächtigen angerufen werden.

Solche Gottesdienste sollen das gemeinsame Verbindende wie auch die Normalität der Verschiedenheit aufzeigen und für jeden Teilnehmenden und jede Teilnehmende etwas bereithalten.

Vermeintliche Störungen, etwa ein Zwischenruf wie „mir ist langweilig“, sollen wertschätzend aufgegriffen (statt peinlich-berührt ignoriert) werden und als bereichernder Anstoss gesehen werden.

Barrieren überwinden:

Das Augenmerk soll gerichtet sein auf: Barrierefreiheit (zum Gottesdienstraum, zum Kirchenkaffeeraum, zu Toiletten); gezielte, verständliche, vollständige Einladungen in Gemeindepublikationsblättern (inklusive Hinweis auf die Barrierefreiheit), Hol- und Bring-Dienst (wenn möglich nachbarschaftliche Fahrgemeinschaften).

Wichtig ist, dass der Gottesdienstraum vorbereitet ist, wenn die ersten Besucherinnen und Besucher eintreten, damit die Vorbereitung klar von der Durchführung abgegrenzt werden kann und nicht für Verwirrung sorgt. Beleuchtung (Licht und Kerzen) und eventuell ruhige Musik unterstützen das willkommen Sein und Ankommen. Die persönliche Begrüssung wie auch die Verabschiedung sind elementar.

Eine möglichst gemischte Sitzordnung, Platz für Rollstühle, gute Akustik, Gesangsbücher mit Grossschrift sind weitere wichtige Aspekte, die beachtet werden sollten.

¹⁰⁸ Depping, 1993, S. 66

Zum Thema „Barrieren überwinden“ gehört auch der Ansatz, dass der Gottesdienst in gemischten Vorbereitungsgruppen gestaltet werden, also von Demenzkranken und ihren Angehörigen, von Teilnehmenden von Seniorengruppen, von Mitarbeitenden in Pflegediensten und/oder Altersheimen. Das ist dann ein wichtiger Schritt in Richtung „Beteiligungskirche“, also der Form von Kirche, wie heute schon viele erfolgreiche, vielseitige Kirchen ihr Kirchen- und Gemeindeleben gestalten/umsetzen. Dem Grundsatz *Betroffene zu Beteiligten machen* kann so wunderbar entsprochen werden.

Diese drei beschriebenen Themenbereiche geben schon ganz viele wichtige und interessante Hinweise zur Gestaltung/Durchführung von Gottesdiensten.

6.5.3 Erlebnistagesdienste¹⁰⁹

Im Buch *Erlebnistagesdienste mit Senioren* beschreibt Albrecht Benz die Situation von älteren Menschen (mit Demenz) mit folgenden Worten: „Wenn die Fähigkeit abnimmt, abstrakte Gedanken zu denken, dann bleibt die Fähigkeit, Gefühle zu erleben, noch lange bestehen“. So sind demenzkranke Menschen besonders darauf angewiesen, dass die Bedürfnisse ihrer Seele gestillt werden. Diese Menschen möchten positive Gefühle erleben, welche ihrer Seele gut tun. Benz zitiert Udo Baer, welcher diese Situation mit seinem Buchtitel passend zusammengefasst hat: *Das Herz wird nicht dement*.

Darum soll in einem Gottesdienst mit älteren (und kranken) Menschen nicht nur die Klärung von Gedanken angeregt werden, sondern es soll ebenso eine gute emotionale Erfahrung ermöglicht werden.

Da die kognitiven Fähigkeiten von Menschen mit Demenz abnehmen, ist ein klarer roter Faden eines Gottesdienstes wichtig. Zentraler sind aber die Erlebniseffekte auf emotionaler Ebene, welche die Besucherinnen und Besucher eines Gottesdienstes wie auf einer Perlenkette aneinanderreihen können. Sie können dann den Gottesdienst insgesamt als interessant und attraktiv erleben, ohne jetzt gerade die klare Linie des Gottesdienstes vor Augen zu haben. Wenn man durch Emotionen die Brücke zu den Herzen findet, können die Teilnehmenden das Erfahrene auch inhaltlich deuten.

Die Gestaltungselemente für einen gelingenden Erlebnistagesdienst beschreibt Benz (basierend auf seinen Erfahrungen) sehr ähnlich wie die Erfahrungen des Kölner Projektes „dabei und mittendrin“, das im Kapitel 6.5.2 erwähnt wurde:¹¹⁰

Elemente der bekannten Kultur des Gemeindegottesdienstes:

¹⁰⁹ Benz, 2017, S. 11

¹¹⁰ Benz, 2017, S. 13

- Regelmässig wiederkehrende liturgische Elemente
- Gemeinsam gesungene Lieder
- Gebete

Objekte, die man zeigen und den Teilnehmenden in die Hände geben kann:

- Alltagsgegenstände aus früherer Zeit
- Blumen, Zweige, Besonderes aus der Natur
- Figuren, kleine Kunstwerke
- Gegenstände, welche eine nachdenkliche Geschichte erzählen
- Symbole unserer christlichen und kirchlichen Traditionen
- Alltagsgegenstände, zu denen ältere Menschen und/oder Heimbewohnende keinen Zugang mehr haben

Aktionen, die eine gute oder nachdenkliche Erfahrung ermöglichen:

- Kostproben von frischen, der Jahreszeit entsprechend geernteten Erzeugnissen; frisches Brot oder seltenes Gebäck
- Vortrag von inhaltlich aussagekräftigen Liedern oder Musik (auch ohne Unterstützung der Teilnehmenden)
- Symbolhandlungen, zum Beispiel das Greifen eines Seiles, welches zu einem Kreis verknotet ist, zum Zeichen einer neu entstandenen Gemeinschaft
- Die Berührung von Taufwasser als Erinnerung an die eigene Taufe
- Die Abendmahlsfeier
- Zeichen der persönlichen Hinwendung (Gruss, Zuspruch, Händedruck, Handauflegung, Salbung mit Öl)

Geschichten aus dem Leben:

- Sollen helfen, das Thema des Gottesdienstes zu illustrieren
- Mit besonderem Wert, wenn der Prediger die Geschichte selbst erlebt hat

Im Anhang (Kapitel 10.5) ist eine Gesamtübersicht in Form eines Mind Maps dargestellt, um sich noch mehr Themenbereiche im Zusammenhang mit Erlebniss Gottesdiensten vorstellen zu können.

6.5.4 Andachten und Hauptgottesdienste

Wenn Gottesdienste zum Beispiel in der häuslichen Umgebung und/oder in Heimen stattfinden, geschieht das in der Regel in Form einer Andacht. Depping weist darauf hin, dass eine solche spezifisch für demenzkranke Menschen durchgeführte Andacht den (inkludierenden)

Hauptgottesdienst nicht ersetzen kann. Der Hauptgottesdienst ist die vertraute Gottesdienstform, die der/die Demenzkranke über Jahre oder Jahrzehnte kennen gelernt hat. Er/sie erfährt dann Kontinuität, wogegen er/sie in vielen anderen Lebensbereichen Diskontinuität erfährt. Der Hauptgottesdienst mit allen seinen Facetten ist für Menschen mit Demenz altgedächtnis-, biographie-, orientierungs-, aktivierungs-, und emotionsfreundlich.¹¹¹

Diese in der Praxis erprobten Beispiele und Hinweise sind nicht abschliessend, geben aber einen Eindruck, dass der Phantasie keine Grenzen gesetzt werden können. Es empfiehlt sich, die aus der Praxis entstandenen Hilfsmittel (siehe Literaturhinweise) als Hilfestellung und Vertiefungsmöglichkeit zu konsultieren.

6.6 Seelsorgerliche Begleitung (von und für Menschen mit Demenz)

Der Seelsorgedienst gehört ebenso zu den Kernangeboten einer Kirche. Vordergründig könnte man den Fokus auf die stark belasteten Angehörigen von demenzkranken Menschen legen. Denn die seelsorgerliche Begleitung dieser Angehörigen ist absolut notwendig und wichtig.

Nachstehend wird der Fokus aber auf die Seelsorge für Menschen mit Demenz gelegt, da diese eine spezielle Herausforderung darstellen und spezifische Herangehensweisen verlangen. Allerdings muss man sagen, dass es kein Patentrezept für die Seelsorge gibt, Konzepte der Seelsorge gibt es schon lange zur Genüge. Doch wenn man sich zu eindimensional an den klassischen Konzepten orientiert, stellt man fest, dass man diese nur beschränkt auf Menschen mit Demenz anwenden kann.¹¹²

So kann Seelsorge mit Demenzkranken, welche nur auf einem verbalen Gespräch basiert, von Beginn weg seiner Bezeichnung nicht gerecht werden. Denn gerade mit diesen Menschen kann man *Seelsorge* auch als *Leibsorte* bezeichnen. Wenn man sich mit dieser Perspektive in die Seelsorge begibt, in welcher ganzheitliche Kommunikations- und Interaktionsformen zum Tragen kommen, wird Seelsorge-Begleitung erst möglich, und zwar fern von kognitiven Anforderungen.¹¹³ Der Aspekt der *Ganzheitlichkeit* wird weiter unten nochmals angesprochen.

¹¹¹ Depping, 1993, S. 67

¹¹² Hille, Koehler, 2013, S. 83/91

¹¹³ Hille, Koehler, 2013, S. 92/93

6.6.1 Motiv zur Seelsorge

Depping beschreibt die Beweggründe zur Seelsorge aus der biblisch begründeten Verantwortung, welche die Kirche für die leidenden Menschen hat. Auch die Humanwissenschaft fordert Seelsorge mitunter ein. So ist für demenzkranke Menschen die Seelsorge ein Mittel, welches ihnen hilft, Zuversicht zu gewinnen, Schuldgefühle zu überwinden, Orientierung und Sinn zu finden. Es gehört aber zur Anamnese dazu, dass die Seelsorgerin/der Seelsorger die Bedürfnisse, Wünsche und religiösen Aktivitäten der betroffenen Person in Erfahrung bringt.¹¹⁴

Sehr wichtig ist folgender Aspekt: Seelsorge soll immer nur als Angebot verstanden werden. Gerade bei Menschen mit Demenz könnte man in Versuchung geraten, diese Menschen aufgrund von Verständnisschwierigkeiten und Abhängigkeiten zu bevormunden, Grenzen zu missachten und Bedürfnisse auf sie zu übertragen, die sie gar nicht haben. Der demenzkranke Mensch ist in einem Seelsorgeverhältnis Partner und darf nicht Objekt der Seelsorge sein.¹¹⁵

6.6.2 Grundsätze des seelsorgerlichen Handelns

Seelsorgerliches Handeln mit demenzkranken Menschen erfolgt unter ganz eigenen Umständen; die bisherige Herleitung des Themas bestätigt dies. Folgende Leitlinien sollen dazu dienen, dass die Seelsorgerin oder der Seelsorger und Seelsorge-Bedürftige den Zugang zueinander finden und beide vom seelsorgerlichen Handeln profitieren können:¹¹⁶

Verstehen der Krankheit: Die Seelsorgerin/der Seelsorger bemüht sich um das Verstehen der Krankheit und ihrer Begleiterscheinungen.

Hilfestellung durch gerontopsychiatrische Erkenntnisse: Wahrnehmungstrainings, Realitätsorientierungstrainings, Musiktherapie, Lebensrückblick und andere Interventionsformen sollen in der Seelsorge helfen, den Zugang und Umfang zu stimulieren und zu aktivieren.

Frühe religiöse Sozialisation im Fokus: Alters- und krankheitsbedingt kommt diesem Aspekt grosse Bedeutung zu.

Nicht kirchlich sozialisierte Menschen und ihre Ansprechbarkeit: Auch unkirchliche alte Menschen sind im Verlaufe ihres Lebens mit Äusserungen und Symbolen des christlichen Glaubens in Berührung gekommen. Dies herauszufinden und als Ansprechpunkt aufzugreifen, kann einen hoffnungsspendenden Zugang schaffen.

¹¹⁴ Depping, 1993, S. 20-21

¹¹⁵ Depping, 1993, S. 20-21

¹¹⁶ Depping, 1993, S. 21

Ziel der Seelsorge von Menschen mit Demenz: Die Vermittlung der Vergebungsbotschaft und der christlichen Hoffnung wird als Ziel anvisiert. Im Zuspruch des Evangeliums und in der Art der Begegnung wird die Liebe Christi erfahrbar.

Seelsorge der Ganzheitlichkeit: Die altersverwirrte Person wird ganzheitlich betrachtet und alle in ihr begründeten Bedürfnisse werden zum Anliegen des Seelsorgedienstes (die Ganzheitlichkeit wurde bereits in Kapitel 6.4.2.4 thematisiert).

6.6.3 Begegnungsebenen

In seinem Buch beschreibt Depping die Zugänge auf drei Begegnungsebenen:¹¹⁷

- Das seelsorgerliche Einzelgespräch
- Der Gottesdienst
- Seelsorge in der Gruppe

Die Vertiefung dieser Begegnungsebenen sprengt den Rahmen dieser Arbeit. Eine eigenständige Vertiefung wird empfohlen. Eine Übersicht der weiteren Themen von Depping finden Sie in Anhang 10.3.

6.6.4 Kommunikationskanäle

Wie schon in Kapitel 6.4.2.2 im Rahmen der Spiritualität angesprochen, ist die Form der Kommunikation grundlegend im Umgang mit demenzkranken Menschen. Hille/Koehler beschreiben in ihrem Arbeitsbuch folgende Kommunikationskanäle:¹¹⁸

Auditiver Kommunikationskanal: Übermittelte Informationen werden über den Gehörsinn aufgenommen. Neben dem gesprochenen Wort sind dies der Klang der Stimme, der Tonfall, das Tempo, der Sprachrhythmus und paralinguistische Merkmale wie Husten oder Weinen.

Visueller Kommunikationskanal: Übermittelte Informationen werden über das Auge aufgenommen, wie zum Beispiel der Gesichtsausdruck, das Blickverhalten (Mimik), der Körperausdruck und Gebärden (Gestik), Körperbewegungen (Kinesik), interpersonale Aspekte im Raum wie Nähe-Distanz-Verhalten oder Sitzordnungen, und Weiteres wie Kleidung, Körperbau, Körperpflege oder Schmuck.

Taktiler, olfaktorischer, gustatorischer und thermaler Kommunikationskanal: Dabei geht es um nicht zu unterschätzende Informationen, welche über Körperberührungen (taktil), Geruchswahrnehmungen (olfaktorisch), Geschmacks- (gustatorisch) und Wärmeempfindungen (thermal) ausgetauscht werden.

¹¹⁷ Depping, 1993, S. 22 ff.

¹¹⁸ Hille, Koehler, 2013, S. 100-107

Das Wissen über diese verschiedenen Kommunikationswege ist elementar und man sollte sich vor dem Kontakt mit demenzkranken Menschen vertieft damit auseinandersetzen.

Die Vertiefung dieser Begegnungsebenen sprengt den Rahmen dieser Arbeit. Eine eigenständige Vertiefung wird empfohlen. Eine Übersicht der weiteren Themen von Depping finden Sie im Anhang 10.4.

6.6.5 Feststellungen

Dieser kurze Aufriss zeigt auf, dass gewisse Grundthemen, Ansätze und Ausrichtungen in verschiedenen Kontexten immer wieder auftauchen. Es zeigt wohl vor allem, dass sich Spiritualität, Gottesdienst und Seelsorge nicht einfach trennen lassen, sondern fließend ineinander übergehen. Es zeigt andererseits, dass im kirchlich-religiösen Umgang mit demenzkranken Menschen nicht Neuland betreten werden muss, sondern dass ein grosser Erfahrungsschatz besteht, der angezapft werden darf und soll. Das macht Hoffnung, und zwar für die Seelsorgerin beziehungsweise den Seelsorger wie auch für die Seelsorge-bedürftige Person!

6.7 Allgemeine/grundsätzliche Themen bezüglich (neuen) Angeboten

Es werden nachstehend noch spezifische Themen kurz beleuchtet, welche im Rahmen der Umsetzung von Angeboten in den Gemeinden beachtet werden sollten. Diese sind aber bewusst kurz gehalten und geben nur Anhaltspunkte.

6.7.1 Berücksichtigung von Rahmenbedingungen

Die Umsetzung von neuen Angeboten wirft Fragen auf. Es sind einige Rahmenbedingungen zu beachten, damit ein Angebot erfolgreich lanciert und institutionalisiert werden kann.

Thomas Gugger, Sozialdiakon reformierte Kirchgemeinde Wil SG, formuliert folgende Fragen, die sich eine Kirchgemeinde bei der Planung von neuen Angeboten stellen sollte:¹¹⁹

- **Individuum** (hier: Demenzkranke und Angehörige): Welches sind ihre/seine Begabungen, welches ihre/seine Steckenpferde?
- **Angestellte**: Welche Gaben haben unsere Angestellten? Wie sieht die Zusammenarbeit aus? Gibt es Synergien (die bereits genutzt werden)? Welches sind unsere gegenwärtigen und zukünftigen Ressourcen (aus Angestellten und Freiwilligen)?
- **Andere Anbieter / Mitplayer vor Ort**: Wie sehen entsprechende Angebote von anderen Anbietern (vor Ort) aus?
- **Player von aussen**: Gibt es Mitanbieter von ausserhalb, aus der Region? Was können diese besser?
- **(Kirch-)Gemeinde**: Was ist unsere Theologie? Welche Spannungsfelder bestehen? Wie sieht die Bevölkerungsstruktur aus? Gibt es bestehende Angebote/Gruppen (hier: im Seniorenbereich), die gegebenenfalls ausgebaut werden können?
- **Vision, Ziel, Leitbild der Kirchgemeinde**: Welches sind unsere Grundlagen? Sind diese noch zeitgemäss? Entsprechen sie noch unserer tatsächlichen Ausrichtung?
- **Gesellschaftliche Brennpunkte**: Gibt es gesellschaftliche Brennpunkte? Welche?
- **Werbung, Öffentlichkeitsarbeit**: Wie können wir (neue) Angebote erfolgsversprechend lancieren?

Man kann sich zu oben erwähnten Fragen zusätzlich die folgenden Fragen stellen:

- Welches sind unsere gegenwärtigen und zukünftigen finanziellen Möglichkeiten?
- Woraus besteht unsere öffentlich zugängliche Infrastruktur, welche für bestimmte Angebote (gratis/günstig) genutzt werden können?

¹¹⁹ Gugger, 2019, S. 4

Dies ist hilfreich und man erlebt weniger Überraschungen, wenn es um die Umsetzung geht. Von grossem Nutzen kann in diesem Zusammenhang zudem der Erfahrungsaustausch mit anderen Kirchgemeinden sein und ebenso spezifische Kenntnisse im Bereich Gemeindebau.

6.7.2 Lokal oder regional?

Je nach bestehender Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Kirchgemeinden, je nach Geografie und auch je nach bestehenden Angeboten in der Region kann es Sinn machen, dass sich mehrere Kirchgemeinden zusammenschliessen, um Synergien zu nutzen.

Synergien könnten entweder nur in der Vorbereitung oder in der Vorbereitung und Durchführung von zielgerichteten Programmen genutzt werden. Nach ersten Kontakten und Austauschrunden wird sich bald klären, inwieweit ein Angebot nur lokal oder sogar regional lanciert wird.

6.7.3 Kostenfaktoren

Viele Angebote der boomenden Seniorenwirtschaft sind für Betroffene und deren Angehörige unbezahlbar.¹²⁰ Darum ist bei der Gestaltung der Angebotspreise darauf zu achten, dass diese moderat sind oder auf Basis von Freiwilligenarbeit angeboten werden.

Für Interessierte und potenzielle Freiwillige sind die Kosten ebenfalls niedrig zu halten beziehungsweise sind für diese die Kurskosten zu übernehmen, wenn im Rahmen der Vorbereitung auf mögliche Einsätze Kurse oder Seminare besucht werden müssen.

6.7.4 Benennung von Angeboten

Ganz am Schluss – und doch ganz wichtig – muss Folgendes noch erwähnt werden: Es ist sehr wichtig, dass auf die passende Formulierung beziehungsweise auf passende Benennung von Angeboten grossen Wert gelegt wird. So soll es explizit nicht „Demenzgottesdienste“ oder „Demenzcafés“ geben, denn die Angebote werden für Menschen gemacht, nicht für Krankheitsbilder!¹²¹

Damit wird der wissenschaftliche Teil dieser Arbeit hier abgeschlossen – wohl wissend, dass vieles gesagt, einiges detailliert und einiges grob beschrieben, vieles aber noch gar nicht thematisiert wurde.

¹²⁰ Kunz, 2018, S. 518

¹²¹ Koehler, Schäfers, Trapp, Handreichung

7 Abschluss

7.1 Schlusswort - Gesamtbeurteilung

Mein ursprüngliches Ziel dieser Diplomarbeit bestand darin, eine möglichst praxisorientierte Angebotsübersicht zu erarbeiten, welche für Kirchgemeinden bereits als Grundlage dienen sollte, eigene Angebote mit kurzer Vorlaufzeit zu realisieren. Meine Beurteilung nehme ich hier vorweg: dieses Ziel habe ich nicht ganz erreicht. Das hat verschiedene Gründe.

Im Verlaufe der Erarbeitung der Grundlagen (Auslegeordnung in Kapitel 2 bis 4) hat sich herausgestellt, dass es wohl Sinn macht, diese Auslegeordnung ausführlich zu machen. Es wäre schlicht nicht richtig gewesen, nur aufgrund einer kurzen Herleitung „Warum sollen wir das machen?“ zu schnell auf das „Wie sollen wir das machen?“ überzugehen.

Darum hat das Ergebnis dieser Diplomarbeit nun einen etwas anderen Schwerpunkt als zu Beginn gedacht und geplant. Das *Warum?* ist sicher ein Schwerpunkt, das *Wie?* ebenfalls. Selbstkritisch betrachtet, habe ich das Ziel, eine Kernfrage (ausführlich) zu beantworten, wohl nicht ganz getroffen. So konnte ich das *Wie?* aus umfangbeschränkenden Gründen nicht wie ursprünglich gedacht zu Ende denken/formulieren – was ich aber nun am Ende des Schreibens als nicht tragisch erachte.

Denn ich finde es wichtig, dass das Rad in diesem untersuchten Bereich nicht neu erfunden werden muss. Es soll auf den Erfahrungen aufgebaut werden, welche andere Institutionen bereits gemacht haben. So sind diese Erfahrungen sinnvolle Hilfestellungen, welche eine Kirchgemeinde für ihre eigene Arbeit verwenden können. Aber wahrscheinlich wird sie diese nicht eins zu eins übernehmen können. Denn es macht durchaus Sinn, dass sich Kirchgemeinden von Beginn weg in ihrem eigenen Tempo, in ihrem eigenen Wesen und mit ihren eigenen Gedanken und Ideen auf den Weg machen, das nun vielfach genannte Zielpublikum zu inkludieren oder besser erst gar nicht zu verlieren. Auf diesem zu gehenden Weg verstehe ich die in Kapitel 6 beschriebenen Themen als *Starter-Kit*, als Grundgerüst für die Kirchgemeinden.

Unabhängig von dieser Arbeit erachte ich es aufgrund der Ausgangslage als sehr wichtig, dass die Kirchgemeinden in der nächsten Zukunft das Thema „Demenzranke und ihre Angehörigen“ angehen. Der Anteil der älteren Mitbewohnerinnen und Mitbewohner wird grösser, und dieser Entwicklung gilt es sich zu stellen. Mit dem nötigen Rüstzeug, Willen und Ermutigung ausgerüstet, bin ich in diesem Zusammenhang der Meinung:

Nur nichts tun ist falsch!

7.2 Dank

Für das Schreiben dieser Diplomarbeit bedanke ich mich herzlich bei Pfrn. Dr. theol. Karin Tschanz (Leiterin Aus- und Weiterbildung Palliative Care in der Reformierten Kirche Aargau), welche mir in einem Initialgespräch Mut gemacht hat, das Thema anzugehen. Sie hat mir aufgezeigt, dass gerade in diesem Themenbereich noch Vieles brach liegt und ein entsprechend grosser Handlungsbedarf in den Kirchgemeinden besteht.

Weiter bedanke ich mich bei Pfr. Christoph Schwarz (Rektor TDS Aarau), meinem Diplomarbeit-Begleiter, welcher mich in einem passenden Umfang zielführend begleitet hat.

Letztlich danke ich allen anderen Menschen, welche mich anlässlich von geplanten oder spontanen Gesprächen mit Literatur- und Projekthinweisen zurück in die Schreibstube geschickt haben.

Herzlichen Dank an alle!

8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Statistik 2018 der Demenzerkrankten in der Schweiz	13
Abbildung 2: Bedürfnisse von Demenzkranken und ihren Angehörigen.....	17
Abbildung 3: Problembarmeter für pflegende Angehörige	21
Abbildung 4: Wohnsituation älterer Menschen im Vergleich zwischen 1970 und 2010	33
Abbildung 5: Haushaltstrukturen im Alter 60+.....	34
Abbildung 6: Seelsorge für altersverwirrte Menschen (Buchauszug-Übersicht)	79
Abbildung 7: Seelsorge für Menschen mit Demenz (Buchauszug-Übersicht).....	80
Abbildung 8: Erlebnisgottesdienste mit Senioren	81

9 Literaturverzeichnis

- Altersheime der Stadt Zürich. *Ethische Richtlinien für die Altersheime der Stadt Zürich*, Zürich (2005). Abgerufen von: <http://www.ethikdiskurs.ch/images/pdf/Ethische-Richtlinien.pdf>
- Alzheimer Schweiz. *Leben mit Demenz – Tipps für Angehörige und Betreuende*, Yverdon-les-Bains: Alzheimer Schweiz (2017)
- Alzheimer Schweiz. *Demenz: Diagnose, Behandlung und Betreuung*, Yverdon-les-Bains: Alzheimer Schweiz (2014)
- Alzheimer Schweiz. *Angehörige von Menschen mit Demenz geben Auskunft*, Yverdon-les-Bains (2014). Abgerufen von: <https://www.alzheimer-schweiz.ch/publikationen-produkte/>
- Belser E.M./Kaufmann C./Egbuna A./Ghielmini S. *Gleiche Rechte für Alte – Ein Grundrechtskatalog für ältere Menschen in der Schweiz* (2017). Abgerufen von: https://skmr.ch/cms/epaper/SKMR_aeltere_Menschen/#page=1
- Benz A. *Erlebnistagesdienste mit Senioren*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG (2019)
- Bopp-Kistler I. *Demenz. Fakten – Geschichten – Perspektiven* (1. Auflage), Zürich: rüffer & rub Sachbuchverlag GmbH (2016)
- Bundesamt für Gesundheit (2018)/Bundesamt für Statistik (2016, 2018), *Demenz in der Schweiz 2018 – Zahlen und Fakten*. In: Alzheimer Schweiz. Abgerufen von: <https://www.alzheimer-schweiz.ch/publikationen-produkte/>
- Coenen L./Haacker K. *Theologisches Begriffslexikon zum Neuen Testament* (1. Sonderausgabe), R. Brockhaus Verlag (2005)
- Depping K. *Altersverwirrte Menschen seelsorgerlich begleiten*, Hannover: Lutherisches Verlagshaus GmbH (1993)
- Eglin A./Huber E./Rüegg A./Schröder B./Stahlberger K./Wuillemin R. *Tragendes entdecken: Spiritualität im Alltag von Menschen mit Demenz – Reflexionen und Anregungen*, Zürich: Theologischer Verlag (2009)

- Eglin A./Huber E./Kunz R./Schröder B./Stahlberger K./Urfer C./Wuillemin R. *Das Leben heiligen: Spirituelle Begleitung von Menschen mit Demenz – Ein Leitfaden* (3. Auflage), Zürich: Theologischer Verlag (2008)
- Eurich J. *Eingeschränkte Menschenwürde – Unterschiedliche Menschenbilder in der Pflege und ihre Folgen für Menschen mit Demenzerkrankung*. Pflege & Gesellschaft, Heft 4 (2008)
- Evangelischer Kirchenrat. Evangelische Landeskirche des Kantons Thurgau - *Jahresbericht 2018* (2019). Abgerufen von: <https://www.evang-tg.ch/meta/downloads/jahresberichte-grundsatzpapiere.html>
- Evangelisch-reformierte Kirche des Kantons St. Gallen. *Kirchenordnung* (2019). Abgerufen von: <https://www.ref-sg.ch/sammlung-gueltiger-erlasse.html>
- Grünzweig F./Blunck J./Holland M./Laepfle U./Scheffbuch R. *Biblisches Wörterbuch* (5. Taschenbuchauflage), Wuppertal: R. Brockhaus Verlag (1994)
- Gugger T. *Erwachsenenarbeit – Fallbeispiele aus der Praxis*, Powerpoint-Handout zum Unterricht am TDS Aarau (30.4.2019)
- Gutbrod K./Kücklich R./Schlatter T. *Calwer Bibellexikon* (2. Auflage), Stuttgart: Calwer Verlag (1967)
- Guthrie D./Motyer J. A. *Kommentar zur Bibel* (8. Auflage), Witten: SCM-Verlag GmbH & Co. KG (2012)
- Haas J./Faes J./Studer A. *Häufige Demenzerkrankungen: Alzheimer-Krankheit und vaskuläre Demenz*. In: Alzheimer Schweiz, Häufige Demenzerkrankungen (2010). Abgerufen von: <https://www.alzheimer-schweiz.ch/de/publikationen-produkte/>
- Hille G./Koehler A. *Seelsorge und Predigt für Menschen mit Demenz - Arbeitsbuch zur Qualifizierung Haupt- und Ehrenamtlicher*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG (2013)
- Kirchenrat der Reformierten Landeskirche Aarau. Reformierte Landeskirche Aargau - *Jahresbericht 2018* (2019). Abgerufen von: <https://www.ref-ag.ch/informationen-medien/jahresbericht/>

Kirchenrat der Evangelisch-reformierten Landeskirche des Kantons Zürich. Reformierte Kirche Kanton Zürich - *Jahresbericht 2018* (2019). Abgerufen von:

<https://www.zhref.ch/organisation/landeskirche/jahresbericht>

Kirchenrat der Evangelisch-reformierten Landeskirche des Kantons Zürich. Reformierte Kirche Kanton Zürich - *Diakoniekonzept* (2012). Abgerufen von:

<https://www.zhref.ch/news/newsarchiv/das-diakoniekonzept-ist-da>

Klie T./Kumlehn M./Kunz R. *Praktische Theologie des Alterns*, Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG (2009)

Klindert L. *Was bleibt? Personale Identität demenzkranker Menschen als soziales Geschehen*. Theologie-Beiträge (Dezember 2015)

Knöpfel C. *Was wäre, wenn Altersdemenz heilbar wäre?* SozialAktuell (Dezember 2013)

Koehler A. *Dabei und mittendrin – Gaben und Aufgaben demenzsensibler Kirchengemeinden*, Köln: Demenz-Servicezentrum Region Köln und das südliche Rheinland in Trägerschaft der Alexianer Köln GmbH (2014).

Koehler A. *Pionierarbeit in demenzsensiblen Kirchengemeinden*. Pastoraltheologie Nr. 107 (Dezember 2018)

Koehler A./Schäfers J./Trapp E. *Gemeindegottesdienste für Menschen mit und ohne Demenz – Handreichung zur Gestaltung inklusiver Gottesdienste*, Faltprospekt

Kruse A. *Lebensphase hohes Alter – Verletzlichkeit und Reife*, Deutschland: Springer Verlag GmbH (2017).

Kunz R. *Pflegende Angehörige – Community Care als Gelegenheit für Kirchengemeinden*. Pastoraltheologie Nr. 107 (Dezember 2018)

Kunz R. *TDS-BeWo-Präsentation „Inklusive Gemeinde oder wie man eine Illusion realisiert“* (2017)

Kunz R./Liedke U. *Handbuch Inklusion in der Kirchengemeinde* (1. Auflage), Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG (2013)

Lutherbibel, Deutsche Bibelgesellschaft (2017)

Müller M. *Lebensplanung für Fortgeschrittene – Wie wir älter werden wollen* (2. Auflage), Holzgerlingen: SCM Verlag in der SCM Verlagsgruppe GmbH (2017)

Rienecker Fritz/Maier Gerhard/Schick Alexander/Wendel Ulrich *Lexikon zur Bibel* (2. Auflage), Witten: SCM-Verlag GmbH & Co. KG (2015)

Rohra H. *Was denkt und fühlt ein Mensch mit Demenz? Ein Einblick. P&S Magazin für Psychotherapie und Seelsorge* (Februar 2017)

Schweizerische Eidgenossenschaft *Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft* (2018). Abgerufen von <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19995395/index.html>

Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich, *Demenzbarometer 2012*. In: Alzheimer Schweiz, *Demenzbarometer* (2012). Abgerufen von: <https://www.alzheimer-schweiz.ch/de/publikationen-produkte/>

Zimmermann H.-P. *Erhebe dich nur! Sorge und Selbstsorge bei Demenz - kulturwissenschaftliche Gesichtspunkte*. Pastoraltheologie Nr. 107 (Dezember 2018)

Zürcher Bibel, Genossenschaft Verlag der Zürcher Bibel beim Theologischen Verlag Zürich (2007)

10. Anhang

10.1 Stadien/Krankheitsverlauf und deren Einschränkungen

	Frühes Stadium	Mittleres Stadium	Spätes Stadium
Allgemein	Geprägt von Demenz-diagnose und Anerkennung der Krankheit. Umgang mit Ratlosigkeit und Ängsten.	Situation für Erkrankte wird auffälliger und einschränkender.	Körperliche Beeinträchtigungen nehmen zu. Anfällig für Infektionen.
Vergesslichkeit (was wird vergessen?)	Speichern von neuen Informationen wird erschwert.	Zusätzlich Namen vertrauter Personen und Ereignisse der Gegenwart; Körperpflege.	Zusätzlich Langzeit-Gedächtnis betroffen. Wenig Reaktion auf Personen, Geschichten, Lieder aus der Vergangenheit.
Sprache	Wortfindungsstörungen; Umständliche Formulierungen, Umschreibung von Gegenständen.	Zunehmend Sprachschwierigkeiten und Schwierigkeiten beim Verständnis; Anweisungen bleiben ungehört.	Wenige/einzelne Worte und Silben (scheinbar zufällig aneinandergereiht). Sprachverlust, Verstumung.
Örtliche Desorientierung	Betrifft vor allem nicht vertraute Umgebung (z.B. Ferien).	Betrifft auch vertraute Umgebung. Findet z.B. Toilette nicht mehr.	Sehr starke Desorientierung bis keine Orientierung mehr.
Zeitliche Desorientierung	Betrifft vor allem Datum und Uhrzeit.	Zusätzliche Desorientierung bezüglich Jahreszeiten.	Sehr starke Desorientierung bis keine Orientierung mehr.
Probleme bei der Nahrungsaufnahme		Essen nur noch im Beisein von Pflegenden/ Betreuenden und unter Anleitung (sofern die Anleitung noch verstanden wird).	Essen wird nicht erkannt, Notwendigkeit von Mund öffnen, kauen nicht erkannt. Probleme beim Hinunterschlucken führen zu Hustenanfällen.
Verschiedenes		Alltagsverrichtungen (waschen, ankleiden, essen etc.) nur noch im Beisein (und unter Anleitung) von Pflegenden.	Vertraute Personen werden nicht erkannt. Schwierigkeiten beim Verstehen und Interpretieren von Alltäglichem.
Mobilität			Unsicherer, kleinschrittiger Gang; Stürze mit Verletzungen und Knochenbrüchen; Folge: Rollstuhl bzw. Bettlägerigkeit
Folgen	Geistige Passivität, wenig Interesse, Resignation, initiativ-/motivationslos, Ängste und Depressionen nehmen zu, schimpfen, Schuldzuweisungen. Unruhe, dauernd in Bewegung und etwas am Tun (Eindämmung führt zu Auflehnung).	Geplagt von Wahnvorstellungen und Halluzinationen (hören/sehen Menschen, Stimmen, Geräusche); Unruhe, zielloses Umherirren, finden Zuhause/Heimweg nicht mehr. Höchste Anforderungen an Pflegende bezüglich Dauer und körperlicher Belastung.	Dieses Stadium führt zur völligen Abhängigkeit und Hilflosigkeit. Pflege und Betreuung zu Hause sind kaum mehr möglich.

10.2 Welche Handlungsoptionen kommen für Kirchgemeinden NICHT in Frage?

Aufgrund der bisherigen Ausführungen lässt sich erkennen, welche Handlungsfelder für die Kirchgemeinde nicht in Frage kommen und darum hier nicht weiter angesprochen werden:

- Angebote für pflegebedürftige Menschen mit Demenz
- Wohnformen für Menschen mit Demenz
- Prävention und Früherkennung von Demenzkrankheiten
- Finanzierung von Betreuungsleistungen und finanzielle Unterstützung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen

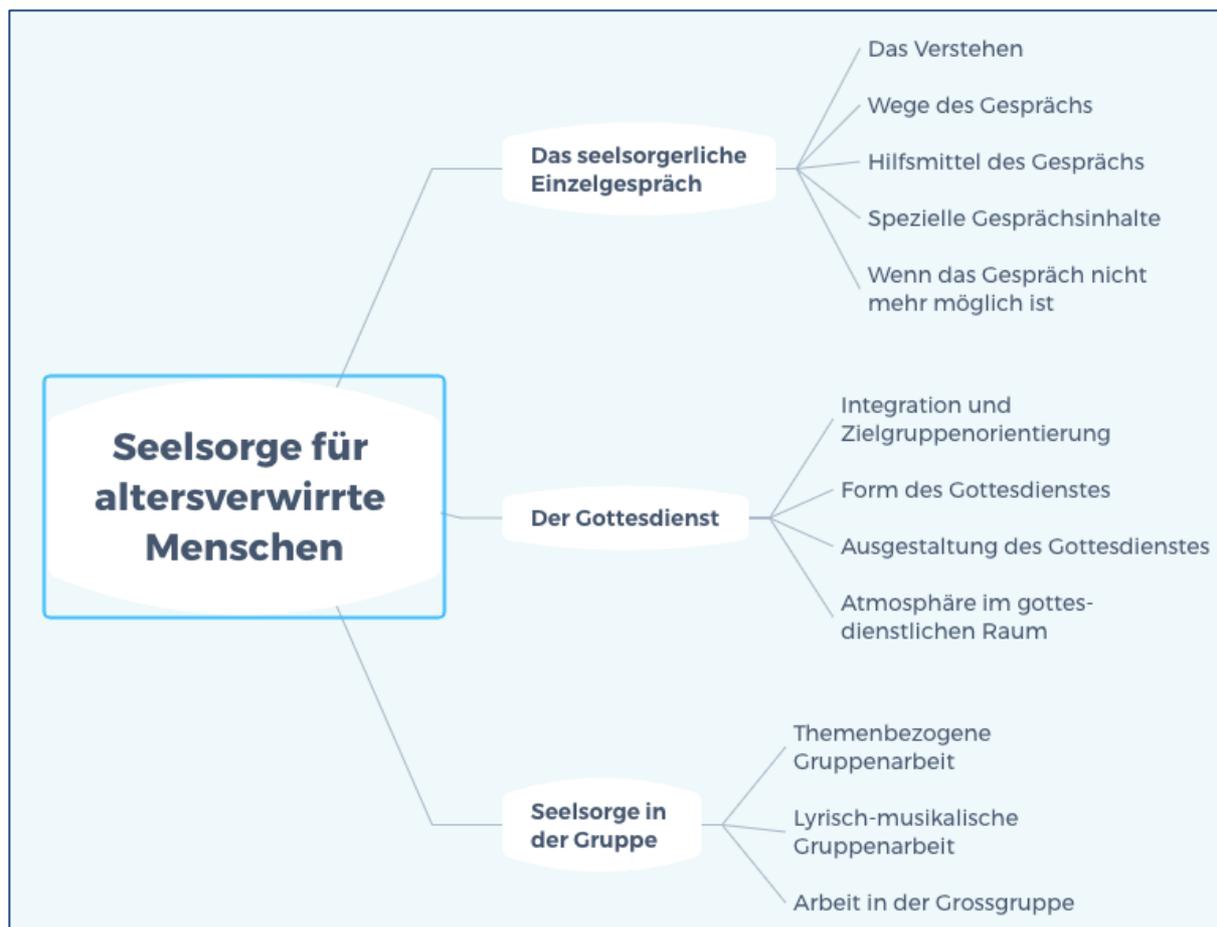
Der Ausschluss dieser Themen lässt sich dadurch begründen, dass für diese Fachgebiete andere spezialisierte Akteure aktiv und erfolgreich auf dem Markt sind. Die entsprechenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen haben fundierte Ausbildungen hinter sich und können ihr Fachwissen gezielt einsetzen. Es macht Sinn, dass sich die Akteure in der „Seniorenwirtschaft“ nicht konkurrenzieren, sondern ergänzen.

Auch der Finanzierungsaspekt geht in diese Richtung. Eine Kirchgemeinde kann vielleicht kurzfristig für finanzielle Entlastung sorgen (einmaliger Unterstützungsbeitrag oder eventuell rückzahlbares Darlehen). Aber grundsätzlich dürfen bei Unterstützungsleistungen und Angeboten einer Kirchgemeinde keine langfristigen, finanziellen Unterstützungsangebote im Vordergrund stehen.

10.3 Klaus Depping - Übersicht: *Altersverwirrte Menschen seelsorgerlich begleiten*

Übersicht der Seelsorge-Themen im erwähnten Buch (siehe Literaturliste):

Abbildung 6: Seelsorge für altersverwirrte Menschen (Buchauszug-Übersicht)

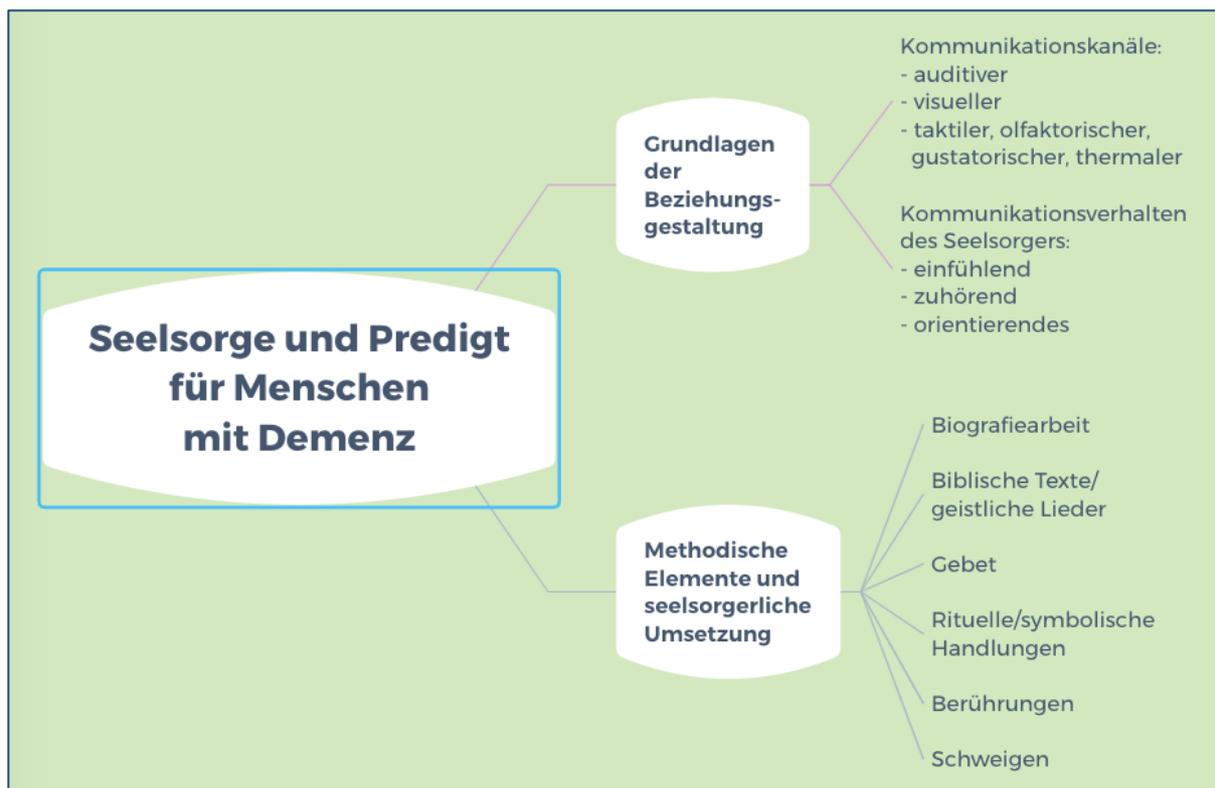


Quelle: Depping, 1993

10.4 Hille, Koehler - Übersicht: *Seelsorge und Predigt für Menschen mit Demenz*

Übersicht der Seelsorge-Themen im erwähnten Buch (siehe Literaturliste):

Abbildung 7: *Seelsorge für Menschen mit Demenz* (Buchauszug-Übersicht)



Quelle: Hille, Köhler, 2013

10.5 Benz - Übersicht: *Erlebnissottesdienste mit Senioren*

Übersicht der Gottesdienst-Themen mit Senioren im erwähnten Buch (siehe Literaturliste):

Abbildung 8: *Erlebnissottesdienste mit Senioren*

Erfahrungen aus der Praxis	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Einzelgespräche oder Veranstaltungen? ○ Aus der Vorgeschichte unserer evangelischen Kirche ○ Die Gefahr der Überforderung in unseren Predigtgottesdiensten ○ Gottesdienste speziell für Seniorinnen und Senioren ○ Bewohnerinnen und Bewohner der Seniorenheime ○ Beeinträchtigungen im Alter ○ An Demenz erkrankte Senioren ○ Seelsorge ist Pflege der Seele ○ Psychisch Kranke ○ Blinde und Sehbehinderte ○ Schwerhörige ○ Warum Erlebnissottesdienste für Seniorinnen und Senioren? ○ Die wichtigsten Gestaltungsmittel in einem Erlebnis-Gottesdienst 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Man könnte auch von "Verweilgottesdienst" sprechen ○ Die Teilnehmenden unserer Gottesdienste ○ Der zeitliche Rahmen ○ Die Beschaffung der benötigten Materialien ○ Objekte zum Greifen ○ Unsere Sprache ○ Umgang mit Störungen ○ Allgemeingültige gestaltete Inhalte ○ Ökumenische Weite ○ Themen, die Seniorinnen und Senioren bewegen ○ Auseinandersetzung mit dem Tod ○ Der Himmel öffnet sich ○ Musik ○ Gemeinsames Singen ○ Liturgie ○ Liedblätter
Die Gottesdienste	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Im Lauf des Kirchenjahres ○ Im Lauf der Jahreszeiten ○ Zu verschiedenen Gelegenheiten ○ Mit persönlichen Anschauungsstücken 	

Quelle: Benz, 2019

10.6 Beispiele von Projekten/Konzepten mit Zielgruppe demenzkranke Menschen

Nachstehend sind Projekte aufgeführt und kurz beschrieben, welche demenzkranke Menschen (und ihre Angehörigen) im Fokus haben. Sie sollen illustrieren, dass das Thema *Demenz* bereits auf unterschiedlichen Ebenen bearbeitet und gesellschaftlich aufgearbeitet und verortet wird.

10.6.1 Das Projekt BOVIDEM der Stadt Frauenfeld

Im Rahmen des Alterskonzeptes der Stadt Frauenfeld ist 2016 das Projekt *BOVIDEM – Gute Lebensqualität mit Demenz* entstanden. Dieses Projekt baut auf der nationalen Demenzstrategie und auf dem im März 2016 verabschiedeten Geriatrie- und Demenzkonzept des Kantons Thurgau auf.¹²²



Unter anderem sollen daraus Schulungsangebote für Betreuende und eine Sensibilisierungskampagne für das Thema Demenz entstehen. Weiter soll im BOVIDEM-Netzwerk der Kontakt und der Austausch zwischen den Dienstleistern und Anbietern gefördert werden. Austausch, Öffentlichkeitsarbeit und Wissensvermittlung steht ebenfalls im Mittelpunkt.

Die Spitex, Pro Senectute, Alterszentren und Alterstageskliniken, Alzheimer Thurgau, die Stadt Frauenfeld, Tageszentren, der Dachverband für Freiwilligenarbeit und andere werden als Mitglieder des Netzwerkes ausgewiesen.

Die Evangelische Kirchgemeinde Frauenfeld erscheint zwar nicht als Mitglied, bietet sich aber in der Angebotsbroschüre für folgende Themen an:¹²³

- Ferienangebot für nahestehende Person mit Demenz
- Entlastung zu Hause in der Pflege/Betreuung einer Person mit Demenz (Besuchsdienst, Seelsorge)
- Angebote für Menschen über 60 Jahre (Mittagstisch, Seniorennachmittage, Ausflüge, Seelsorge etc.).

Zudem bietet das tecum (Zentrum für Spiritualität, Bildung und Gemeindebau der Evangelischen Landeskirche Thurgau) Kurse für Freiwillige und Angehörige an.

¹²² <https://www.altersfreundliches-frauenfeld.ch/netzwerke-fachgruppen/bovidem-netzwerk-demenzfreundliches-frauenfeld.html/1497> (aufgerufen am 13.8.2019)

¹²³ https://www.altersfreundliches-frauenfeld.ch/public/upload/assets/23326/85_bovidem_BOOKLET_digital_201809_DRAFT_01.pdf (aufgerufen am 13.8.2019)

10.6.2 „Demenzsensible Kirchengemeinden“ der Landeskirche des Kantons Zürich

Die Zürcher Landeskirche, Abteilung Alter & Generationen, hat am 18. Juni 2019 in Winterthur Wüflingen einen Themenabend zum Thema „Demenzsensible Kirchengemeinden“ mit



rund 70 Teilnehmenden/Interessierten durchgeführt. Dieser Anlass wurde in Zusammenarbeit mit der ZHAW Gesundheit und dem Diakonatskonvent der Stadt Winterthur organisiert.

Dieser interessante und interaktive Anlass hat die Relevanz des Themas Demenz aufgezeigt und mit vielen Beispielen aus der Praxis aufgezeigt, welche Handlungsoptionen möglich sind im Umgang mit demenzkranken Menschen.

10.6.3 „dabei und mittendrin“, das ökumenische Gemeindeprojekt in Köln (D)

Das ökumenische Gemeindeprojekt "dabei und mittendrin" wurde im Demenz-Servicezentrum Region Köln



und das südliche Rheinland entwickelt. Seit 2012 werden dazu im Kölner Raum verschiedene evangelische und katholische Kirchengemeinden in einem eineinhalbjährigen Prozess beraten und begleitet.

Derzeit sind vor allem katholische Kirchengemeinden im Projekt engagiert – das Angebot einer Begleitung der Kirchen vor Ort durch "dabei und mittendrin" ist jedoch konsequent ökumenisch. In Trägerschaft der Alexianer Köln GmbH und des Katholischen Stadtdekanats Köln erfolgt die Finanzierung aus Mitteln unterschiedlicher Förderer und Unterstützer. Das Projekt "dabei und mittendrin – Gaben und Aufgaben demenzsensibler Kirchengemeinden" wurde am 30. September 2015 mit dem KKVD-Sozialpreis, Sonderpreis Christlichkeit, durch Hermann Gröhe, Bundesminister für Gesundheit, ausgezeichnet.

Mehr Informationen und Material sind zu finden unter:

<http://www.demenzsensible-kirchengemeinde.de/material.html>

10.6.4 „Hochaltrigkeit und Demenz“ – Reformierte Kirche des Kantons St. Gallen

Die Evangelisch-Reformierte St. Galler Landeskirche hat im Jahr 2019 eine Projektstelle geschaffen zum Thema „Hochaltrigkeit und Demenz“.

Das Ziel dieser Projektstelle ist es, (Behörden und Mitarbeitende) zu sensibilisieren und das Knowhow zu vermitteln, damit Ressourcen (Stellenprozente) bereitgestellt und Angebote geschaffen werden können.

Mehr Informationen und Material sind zu finden unter:

<https://www.ref-sg.ch/hochaltrigkeit-und-demenz.html>

10.6.5 tilia-Tagestreff Ostermundigen

Der Tagestreff Ostermundigen ist eine Kooperation zwischen der Tilia Stiftung für Langzeitpflege und der Reformierten Kirchgemeinde Ostermundigen BE. Diese Kooperation besteht bereits seit 2011.

Der tilia-Tagestreff bietet Betroffenen Betreuung und Angehörigen Entlastung an. Gemeinsame Aktivitäten wie auch Rückzugsmöglichkeiten haben Platz im Tagestreff. Die Angehörigen können ihre Liebsten in guten Händen wissen. Mehr Informationen sind zu finden unter <http://www.tilia-stiftung.ch/tilia/angebot/entlastung-unterstuetzung/index.php>.

10.7 Weiterführender Link zum Thema

Nachstehender Link bietet noch mehr Informationen und Materialien zum Thema Demenzsensibilität: <http://www.demenz-sensibel.de>.