

# **DEMENZ UND BIBEL: SEELSORGE IM ALTENHEIM**

(DEMENTIA AND BIBLE: COUNSELLING RESIDENTS IN RETIREMENT HOMES)

by

**Ulrich Zeller**

submitted in accordance with the requirements

for the degree of

**MASTER OF THEOLOGY**

in the subject

**PRACTICAL THEOLOGY**

at the

**UNIVERSITY OF SOUTH AFRICA**

**SUPERVISOR: DR ANDRE DE LA PORTE  
JOINT SUPERVISOR: BR DR OSKAR FÖLLER**

June 2013

**Gewidmet den Ebenbildern Gottes, die diese Worte nicht (mehr) verstehen  
und mich die Welt auf eine neue Art zu sehen lehren.**

**„Ich preise dich, Vater,  
Herr des Himmels und der Erde,  
weil du dies den Weisen ... verborgen hast  
und hast es den Unmündigen offenbart“,  
sagt Jesus Christus (Mt 11,25b).**

## Danksagung

Diese Danksagung war ursprünglich etwa fünfmal so lang. Ich hatte aufgezählt, wem ich wofür wie sehr dankbar bin. Inzwischen habe ich mir sagen lassen, dass wissenschaftliche Arbeiten sachlich sein sollen. Deshalb danke ich allen Begleitern von Herzen, aber in der gebotenen Kürze: Ich bin dabei aber mindestens fünfmal so dankbar, wie es diese Worte ausdrücken.

**Prof. Andre de la Porte** danke ich, dass er dieses Thema angenommen und begleitet hat. **Br. Dr. Oskar Föller** hat mich bei dieser Arbeit so einfühlsam begleitet, dass ich immer das Gefühl hatte, selber die zündenden Ideen gehabt zu haben. **Dr. Manfred Baumert** unterstützte mich insbesondere bei den empirischen Teilen. **Arthur Rempel** half mir dabei, verschiedene administrativen Hürden zu überwinden.

Meine Mutter **Irmgard Zeller** hat mich geprägt und unterstützt mich heute noch als ehrenamtliche Seelsorgerin im Altenheim.

**Pfr. Jens Ubben** hat mir mit seinem theologischen Scharfsinn zu Erkenntnissen verholfen, die ich ohne ihn nicht gehabt hätte. **Kurt Schneider** hat diese Arbeit bis in die Gliederung hinein hinterfragt und entscheidende Verbesserungen bewirkt. **Damaris Buser** hat mich darauf aufmerksam gemacht, dass sich Menschen mit Demenz nicht „falsch“ verhalten, sondern zunächst eher kreativ und anders. **Dr. Markus Müller** (Müller 2013) hat mich ermutigt, die Arbeit noch einmal konkret auf die Forschungsfrage zu focussieren. **Andreas Lorch** sagte nach dem Lesen, nun habe die Demenz für ihn ein wenig von ihrem Schrecken verloren. **Markus Rothweiler** hat mich in einigen Gesprächen über das Thema Demenz auf mehrere gute Ideen gebracht. **Magdalena und Pfr. Thomas Hilsberg** (Hilsberg & Hilsberg 2011) halfen mir durch ihr mündliches und schriftliches Feedback bei dieser Arbeit weiter. Auch **Michael Jost** und **Torsten Jansson** bereicherten die Arbeit durch ihre hilfreichen Anmerkungen. Der Heimleiter des Emil-Sräga-Hauses **Dominik Eisermann** hat die Arbeit sogar in seinem Urlaub gelesen. Auch **Daniela Baier, Heini Deppe, Wolfgang Klimm, Silke Daub** und **Christine Weisser** danke ich fürs Lesen und Ermutigen. Besonders danke ich **Hans Elwert**, der mir seine Gedichte für den Teil über das Hören nicht nur bereitgestellt hat, sondern mir erlaubte, sie für Menschen mit Demenz an einigen Stellen zu kürzen und zu vereinfachen.

Für die Unterstützung bei der Literaturrecherche bedanke ich mich darüber hinaus noch bei **Aisha Djebbar, Dr. Andreas Graf von Luckner, Dr. Andreas Klose, Benjamin Wieser** von der Hegau-Bibliothek in Singen und dem Personal der **Evangelischen Landeskirchlichen Zentralbibliothek Stuttgart**. Für sprachliche Korrekturen und Hinweise zur Rechtschreibung danke ich **Elke Gräfin von Luckner, Ramona Anlauf** (theologica.de), **Esther Siegel, Annemarie Briener** und **Elisabeth Ruh**.

## **Statement**

I declare that „DEMENZ UND BIBEL: SEELSORGE IM ALTENHEIM“ is my own work and that all sources that I have used or quoted have been indicated and acknowledged by means of complete references.

Tengen, den 1.9.2013

Ulrich Zeller

## Summary

The society in developed countries is ever aging. Consequently, the proportion of the population living in retirement homes increases steadily. A central focus of pastoral counselling in retirement homes is the proclamation of the Gospel. However, many of their residents are affected by dementia. As the course of their disease progresses, their mental capacity decreases. This creates special tension for the counselling of residents of retirement homes. It moves in the tension field between counselling as proclamation of the word (Thurneysen) and focusing on dialogue as propagated by the pastoral care movement. Thus, the question arises of how the biblical message can be proclaimed to the affected people. This present research paper points out various approaches of dealing with people affected by dementia. Among these are activating approaches, such as occupational therapy, drawing or music therapy, reality orientation training, “warme zorg” (warm care) and security therapy. All of these approaches are related to the surroundings.

Furthermore, approaches will be examined which influence the interaction with affected people: such as validation, person-centered care according to Tom Kitwood (2008), psychotherapy and maieutic listening. Finally, therapies will be considered which relate to the person and biography of people with dementia – such as reminiscence therapy, memory training and biography work. Moreover, the paper specifically investigates which particular features apply to small bible study groups in retirement homes. Eventually, it displays how affected people can be reached by hearing, seeing, smelling, tasting and sensing. In order to be able to stimulate the sense of hearing, one can include, for example, poems or sounds. The sense of vision is stimulated by pictures or symbols. Various flavors or foods appeal to the sense of smell. Skins and other objects activate the sense of touch.

The findings gained from literature will be compared to praxis. For this purpose, various episodes will be documented using the empirical method of participating observation. All observations have been carried out in the Emil-Sräga Haus in Singen (Germany) where the author of this paper works as male nurse and counselor.

## Key Terms

Dementia, old age, residential home for the elderly, counselling, practical theology, use of the Bible, proclamation, Gospel, small groups, senses, hearing, seeing, smelling, tasting, sensing.

## Zusammenfassung

Die Gesellschaft in entwickelten Ländern wird immer älter. Der Anteil von Menschen, die in einem Altenheim leben, wächst damit stetig. Eine zentrale Aufgabe der Seelsorge im Altenheim ist die Verkündigung des Evangeliums. Viele Altenheimbewohner sind jedoch von einer Demenz betroffen. Mit zunehmendem Krankheitsverlauf nimmt die geistige Leistungsfähigkeit ab. Dadurch entsteht eine besondere Spannung für die Seelsorge im Altenheim. Seelsorge bewegt sich im Spannungsfeld zwischen verkündigender Seelsorge Thurneysens und dem in den Focus gerückten Gespräch der Seelsorgebewegung. Es stellt sich die Frage, wie Betroffenen die biblische Botschaft verkündigt werden kann.

In dieser Arbeit werden verschiedene Ansätze für den Umgang mit Menschen mit Demenz aufgezeigt. Hierzu gehören aktivierende Herangehensweisen wie Beschäftigungs-, Mal- oder Musiktherapie. Realitätsorientierungstraining, „Warme Sorg“ (Warme Sorge) und Geborgenheitstherapie sind Ansätze, die das Umfeld betreffen. Weiter werden Ansätze beleuchtet, die den Umgang mit Betroffenen beeinflussen: Validation, Personenzentrierte Pflege nach Tom Kitwood (Kitwood 2008), Psychotherapie und Mäeutik gehören dazu. Zuletzt werden Therapien betrachtet, die Person und Biographie von Menschen mit Demenz betreffen – Reminiszenztherapie (Erinnerungstherapie), Gedächtnistraining und Biographiearbeit. Weiter wird speziell darauf eingegangen, welche Besonderheiten für Bibelkreis-Kleingruppen im Altenheim gelten. Schließlich wird entfaltet, wie Betroffene durch Hören, Sehen, Riechen, Schmecken und Fühlen erreicht werden können. Um den Hörsinn stimulieren zu können, können z.B. Gedichte oder Geräusche eingebaut werden. Der Sehsinn wird durch Bilder oder Symbole angeregt. Verschiedene Aromen oder Lebensmittel sprechen den Geruchssinn an. Felle und sonstige Gegenstände aktivieren den Tastsinn.

Die aus der Literatur gewonnenen Erkenntnisse werden mit der Praxis verglichen. Dazu dienen verschiedene Beobachtungsszenen, die mit Hilfe der empirischen Methode der teilnehmenden Beobachtung dokumentiert wurden. Diese Beobachtungen fanden im Emil-Sräga-Haus Singen statt, wo der Autor dieser Arbeit als Krankenpfleger und Seelsorger tätig ist.

## Schlüsselbegriffe

Demenz, Alter, Altenheim, Seelsorge, Praktische Theologie, Bibelgebrauch, Verkündigung, Evangelium, Kleingruppen, Sinne, Hören, Sehen, Riechen, Schmecken, Fühlen

# Inhaltsverzeichnis

|  |           |
|--|-----------|
| Vorbemerkungen .....   | 13        |
| Abbildungen .....  | 13        |
| Tabellen .....   | 13        |
| <b>Einleitung .....</b>  | <b>14</b> |
| 1 Problemstellung und Forschungsfrage .....                                      | 14        |
| 2 Gliederung und Zielgruppe .....  | 14        |
| 3 Forschungsstand .....  | 15        |
| 4 Aktualität und Relevanz, Abgrenzung und Eingrenzung .....                      | 17        |
| 5 Wissenschaftstheoretischer Rahmen: Praktische Theologie.....                   | 18        |
| 6 Forschungsfeld .....   | 19        |
| 7 Forschungsmethoden .....   | 20        |
| 7.1 Datenerhebung durch teilnehmende Beobachtung .....                           | 20        |
| 7.2 Vorgehen der teilnehmenden Beobachtung .....                                 | 21        |
| 7.3 Literaturrecherchen.....   | 23        |
| <b>I Datenerhebung: Teilnehmende Beobachtung .....</b>                           | <b>24</b> |
| <b>A Eskalation einer Alltagssituation im Advent.....</b>                        | <b>24</b> |
| <b>B Protokoll einiger Bibelkreis-Kleingruppen.....</b>                          | <b>25</b> |
| <b>C Achtsames Gebet (Einzelbeobachtung) .....</b>                               | <b>27</b> |
| 1. Methodisches Vorgehen und Ziel .....  | 27        |
| 2. Rahmenbedingungen.....  | 28        |
| 3. Kodierungstabellen, Kodiervorgang, quantitative und qualitative Analyse ..... | 29        |

|  |    |
|--|----|
| II Demenz im Altenheim.....  | 41 |
| 1 Grundaspekte: Krankheitsbild und Ansätze.....                    | 41 |
| 1.1 Krankheitsbild.....  | 41 |
| 1.1.1 Populäre Ansichten über Demenz.....                          | 41 |
| 1.1.2 Gehirn und Gedächtnis .....                                  | 43 |
| 1.1.3 Definition .....   | 46 |
| 1.1.4 Einteilung und Verlauf .....                                 | 47 |
| 1.1.5 Ursachen, Vorbeugung und Verzögerung der Demenz.....         | 49 |
| 1.1.6 Epidemiologie (Vorkommen in der Bevölkerung) .....           | 49 |
| 1.1.7 Symptome .....   | 51 |
| 1.1.8 Einteilung und Darstellung der drei Schweregrade .....       | 53 |
| 1.1.9 Diagnose .....   | 56 |
| 1.1.10 Medikamentöse Therapie .....                                | 57 |
| 1.2 Aktivierungsansätze für Menschen mit Demenz .....              | 59 |
| 1.2.1 Beschäftigungstherapie.....                                  | 59 |
| 1.2.2 Maltherapie.....   | 60 |
| 1.2.3 Musiktherapie .....  | 60 |
| 1.3 Ansätze beim Umfeld für Menschen mit Demenz .....              | 62 |
| 1.3.1 Realitätsorientierungstraining (ROT) .....                   | 62 |
| 1.3.2 Warme Sorg (Warme Sorge).....                                | 64 |
| 1.3.3 Geborgenheitstherapie .....                                  | 64 |
| 1.4 Ansätze im Umgang mit Menschen mit Demenz .....                | 65 |
| 1.4.1 Validation nach Naomi Feil.....                              | 65 |
| 1.4.2 Personenzentrierte Pflege nach Tom Kitwood .....             | 69 |
| 1.4.3 Psychotherapie.....  | 73 |
| 1.4.4 Mäeutik (erlebnisorientierte Pflege).....                    | 74 |
| 1.5 Ansätze bei Person und Biographie von Menschen mit Demenz .... | 75 |
| 1.5.1 Reminiszenztherapie (REM) (Erinnerungsarbeit) .....          | 75 |
| 1.5.2 Gedächtnistraining .....                                     | 76 |
| 1.5.3 Biographiearbeit .....                                       | 78 |
| 1.5.4 Selbsterhaltungstherapie (SET) .....                         | 81 |
| 1.6 Zusammenfassung: Ansätze für Menschen mit Demenz .....         | 83 |
| 1.7 Weitere nichtmedikamentöse Ansätze.....                        | 83 |
| 2 Vertiefung: Seelsorge und Gruppenarbeit im Altenheim .....       | 84 |
| 2.1 Altenheim .....  | 84 |
| 2.2 Gruppenarbeit.....   | 85 |
| 2.3 Störungen.....   | 88 |
| 2.4 Bibelgebrauch und Seelsorge.....                               | 89 |
| 2.5 Wenn nichts mehr ankommt – wie damit umgehen.....              | 95 |

|  |     |
|--|-----|
| III Anwenden: Seelsorge mit allen Sinnen .....                         | 97  |
| 1 Medizinische Aspekte über die Sinne im Alter .....                   | 97  |
| 1.1 Verarbeitung der Reize im Gehirn .....                             | 98  |
| 1.2 Allgemeine Einschränkungen im Alter .....                          | 99  |
| 1.3 Abwechslung der Sinne .....  | 99  |
| <br>   |     |
| 2 Hören .....  | 100 |
| 2.1 Gliederung .....   | 100 |
| 2.2 Hören in der Bibel .....   | 100 |
| 2.3 Aufbau des Hörsinnes .....   | 101 |
| 2.3.1 Das Außenohr .....   | 102 |
| 2.3.2 Das Mittelohr .....  | 102 |
| 2.3.3 Das Innenohr .....   | 102 |
| 2.3.4 Das Großhirn .....   | 103 |
| 2.4 Beeinträchtigungen des Hörens im Alter und Hilfestellungen .....   | 103 |
| 2.4.1 Altersschwerhörigkeit .....                                      | 103 |
| 2.4.2 Schwerhörigkeit verursacht Probleme .....                        | 104 |
| 2.4.3 Problemen der Schwerhörigkeit entgegenwirken .....               | 105 |
| 2.5 Sprachentwicklung .....  | 106 |
| 2.5.1 Sprachentwicklung in der Kindheit .....                          | 106 |
| 2.5.2 Entwicklung während der Demenz .....                             | 106 |
| 2.5.3 Verbale und nonverbale Kommunikation .....                       | 107 |
| 2.6 Anforderungen an die Kommunikation .....                           | 109 |
| 2.6.1 Sinn voraussetzen .....  | 110 |
| 2.6.2 Auf die eigene innere Haltung achten .....                       | 110 |
| 2.6.3 Beiträge würdigen .....  | 110 |
| 2.6.4 Klar, einfach, kurz – und wiederholen .....                      | 111 |
| 2.6.5 Blickkontakt halten .....  | 111 |
| 2.6.6 Nicht überrumpeln .....  | 112 |
| 2.6.7 Abrufreize verwenden .....                                       | 112 |
| 2.6.8 Fragen als Abrufreize einsetzen .....                            | 112 |
| 2.6.9 Gesprächspausen und Ruhephasen einlegen .....                    | 113 |
| 2.6.10 Mit Wörtern aushelfen .....                                     | 113 |
| 2.6.11 Lösungsorientiert kommunizieren .....                           | 113 |
| 2.6.12 Gefühlssignale spiegeln .....                                   | 114 |
| 2.6.13 Verwirrte Äußerungen narrativ auffangen .....                   | 114 |
| 2.6.14 Begriffskarten oder sonstige schriftliche Reize einsetzen ..... | 114 |
| 2.6.15 Zentralbegriffe verwenden .....                                 | 115 |
| 2.6.16 Die richtigen Fragen stellen .....                              | 115 |
| 2.6.17 Sprachveränderung beachten .....                                | 116 |
| 2.6.18 Berühren, soweit erwünscht .....                                | 116 |
| 2.6.19 Die richtige Tageszeit aussuchen .....                          | 116 |
| 2.6.20 Angemessene Helligkeit .....                                    | 117 |
| 2.6.21 Zeit haben .....  | 117 |
| 2.6.22 Bewusst Kontakt aufnehmen .....                                 | 117 |
| 2.6.23 Nichtgesagtes oder Mitgesagtes hören .....                      | 117 |
| 2.6.24 Emotionen zulassen .....  | 118 |
| 2.6.25 Predigt zur Kommunikation werden lassen .....                   | 118 |
| 2.6.26 Kommunikation in der letzten Phase .....                        | 118 |

|  |            |
|--|------------|
| 2.7 Erzählen von Geschichten .....                                 | 119        |
| 2.7.1 Geeignete Geschichten und Bibelübersetzungen auswählen ..... | 119        |
| 2.7.2 Erste Phase der Demenz .....                                 | 120        |
| 2.7.3 Zweite und dritte Phase der Demenz .....                     | 120        |
| 2.7.4 An Erfahrungen und Bekanntes anknüpfen.....                  | 120        |
| 2.7.5 Mitfragend erzählen.....                                     | 121        |
| 2.7.6 Checkliste geeigneter Geschichten .....                      | 121        |
| 2.7.7 Sehr bekannte biblische Geschichten .....                    | 122        |
| 2.7.8 Weniger bekannte biblische Geschichten .....                 | 123        |
| 2.7.9 Faustregeln für die Bekanntheit biblischer Geschichten.....  | 123        |
| 2.8 Vorlesen von Gedichten .....                                   | 123        |
| 2.8.1 Eigenschaften geeigneter Gedichte .....                      | 124        |
| 2.8.2. Beispiele geeigneter Gedichte.....                          | 124        |
| 2.9 Beten .....  | 125        |
| 2.9.1 Bekannte Gebete aus der Bibel:.....                          | 125        |
| 2.9.2 Weniger bekannte Gebete aus der Bibel:.....                  | 125        |
| 2.9.3 Fürbittengebete .....  | 125        |
| 2.9.4 Gebet als Sprachhilfe .....                                  | 125        |
| 2.9.5 Psalmen als Sprachform .....                                 | 126        |
| 2.9.6 Mit Vokalen beten: Theopoesie .....                          | 126        |
| 2.10 Geräusche – Jenseits der Worte .....                          | 127        |
| <br>   |            |
| <b>3 Sehen .....</b>   | <b>128</b> |
| 3.1 Sehen in der Bibel .....                                       | 128        |
| 3.2 Aufbau des Sehsinnes.....                                      | 129        |
| 3.2.1 Weg des Lichtes im Auge.....                                 | 130        |
| 3.2.2 Verarbeitung und Weiterleitung ins Gehirn.....               | 131        |
| 3.2.3 Sehen und Gefühle .....                                      | 131        |
| 3.3 Seh-Beeinträchtigungen im Alter und Hilfestellungen .....      | 131        |
| 3.3.1 Alterssichtigkeit .....                                      | 132        |
| 3.3.2 Altersbedingte Makuladegeneration (AMD).....                 | 132        |
| 3.3.3 Grauer Star (Katarakt).....                                  | 132        |
| 3.3.4 Grüner Star (Glaukom).....                                   | 132        |
| 3.3.5 Bindehautentzündung (Konjunktivitis) .....                   | 133        |
| 3.3.6 Trockenes Auge .....   | 133        |
| 3.3.7 Makulopathie (Netzhautverkalkung).....                       | 133        |
| 3.4 Fremde Welt: Wie Menschen mit Demenz ihr Umfeld sehen .....    | 133        |
| 3.4.1 Erste Phase der Demenz .....                                 | 133        |
| 3.4.2 Zweite und dritte Phase der Demenz .....                     | 134        |
| 3.5 Visualisierung mit Gegenständen und Bildern .....              | 135        |
| 3.6 Biographie sichtbar machen .....                               | 136        |
| 3.7 Unterstützung mit Symbolen.....                                | 138        |
| 3.7.1 Symbole zum Kirchenjahr .....                                | 140        |
| 3.7.2 Symbole zur Jahreszeit.....                                  | 141        |
| 3.7.3 Symbole zu Kindheit und Lebenslauf.....                      | 141        |
| 3.7.4 Symbole zu speziellen biblischen Texten.....                 | 142        |
| 3.8 Sprüche zum Anschauen.....                                     | 142        |

|  |            |
|--|------------|
| <b>4 Riechen und Schmecken .....</b>                               | <b>143</b> |
| 4.1 Geruchs- und Geschmackssinn gehören zusammen.....              | 144        |
| 4.2 Riechen und Schmecken in der Bibel .....                       | 144        |
| 4.2.1 Riechen .....  | 144        |
| 4.2.2 Schmecken.....   | 145        |
| 4.3 Aufbau des Geruchs- und Geschmackssinnes .....                 | 145        |
| 4.3.1 Riechen .....  | 145        |
| 4.3.2 Schmecken.....   | 147        |
| 4.4 Riechen und Schmecken – mehr als nur Nahrungsaufnahme .....    | 148        |
| 4.4.1 Riechen .....  | 148        |
| 4.4.2 Schmecken.....   | 149        |
| 4.5 Einschränkungen des Geruchs- und Geschmacks im Alter .....     | 149        |
| 4.5.1 Riechen .....  | 149        |
| 4.5.2 Schmecken.....   | 151        |
| 4.6 Den Geruchssinn für die Begegnung nutzen .....                 | 152        |
| 4.6.1 Positiv besetzte Gerüche intensivieren .....                 | 153        |
| 4.6.2 Arten von Düften .....                                       | 153        |
| 4.6.3 Ratschläge für die Anwendung ätherischer Öle .....           | 154        |
| 4.6.4 Duft im Bibelkreis und Dekoration .....                      | 155        |
| 4.6.5 Duft und Erinnerung .....                                    | 155        |
| 4.7 Den Geschmackssinn für die Begegnung nutzen.....               | 156        |
| <br>   |            |
| <b>5 Fühlen.....</b>   | <b>158</b> |
| 5.1 Fühlen in der Bibel.....                                       | 158        |
| 5.2 Aufbau des Fühlsinnes .....                                    | 159        |
| 5.2.1 Drei Hautschichten .....                                     | 159        |
| 5.2.2 Unterschied zwischen „taktil“ und „haptisch“ .....           | 160        |
| 5.2.3 Drei Wahrnehmungsmöglichkeiten.....                          | 160        |
| 5.3 Einschränkungen des Fühlsinnes im Alter und durch Demenz ..... | 161        |
| 5.3.1 Gefühlsstörungen .....                                       | 161        |
| 5.3.2 Wunden.....  | 162        |
| 5.3.3 Schmerzen .....  | 162        |
| 5.4 Begegnung durch den Fühlsinn .....                             | 162        |
| 5.5 Gegenstände .....  | 164        |
| 5.6 Berühren.....  | 166        |
| 5.7. Kuseln und Fühlen mit Tieren .....                            | 167        |
| 5.8 Bewegung und Gymnastik.....                                    | 168        |
| 5.9 Atmung .....   | 169        |
| <br>   |            |
| <b>6 Musik spricht mehrere Sinne an .....</b>                      | <b>169</b> |
| 6.1 Mehr oder weniger bekannte Lieder.....                         | 171        |
| 6.2 Kleingruppen oder Gottesdienste mit Taizé-Liedern .....        | 173        |
| 6.3 Musische Begleitung .....                                      | 173        |

|  |            |
|--|------------|
| <b>IV Beschenkt: Von Menschen mit Demenz lernen.....</b> | <b>174</b> |
| 1. Persönlicher Schluss .....                            | 174        |
| 2. Fazit: Einen Schritt zurücktreten.....                | 175        |
| 3. Literaturtipps zum Weiterstudium .....                | 177        |
| <br>   |            |
| <b>Bibliographie .....</b>                               | <b>178</b> |
| <br>   |            |
| <b>Anhang .....</b>                                      | <b>215</b> |

## Vorbemerkungen

Die Bibelzitate entstammen der Revidierten Übersetzung Martin Luthers von 1984 in neuer Rechtschreibung. Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit die männliche Form gebraucht. Damit sind, sofern der Zusammenhang nichts anderes nahelegt, immer beide Geschlechter gemeint. Zitate wurden jedoch in ihrer ursprünglichen Form belassen. Auf ein Abkürzungsverzeichnis wird verzichtet. Abgekürzt wird gemäß RGG<sup>4</sup> 2007.<sup>1</sup>

## Abbildungen

Bild 1: Gliederung des menschlichen Gehirns

Bild 2: Die fünf Lappen des menschlichen

Bild 3: Unterschiedliche Bereiche des Gehirns

Bild 4: Aufbau des Ohres

Bild 5: Anatomie des Auges

Bild 6; Aufbau des Geruchssinnes

Bild 7: Aufbau des Geschmackssinnes

Bild 8: Aufbau des Tastsinnes

## Tabellen

Tabelle 1: Achtsames Gebet mit Frau X.B.<sup>2</sup> im November 2011

Tabelle 2: Achtsames Gebet mit Frau X.B. im Dezember 2011

Tabelle 3: Achtsames Gebet mit Frau X.B. im Januar 2012

Tabelle 4: Achtsames Gebet mit Frau X.B. im Februar 2012

Tabelle 5: Achtsames Gebet mit Frau X.B. im März 2012

Tabelle 6: Achtsames Gebet mit Frau X.B. im April 2012

Tabelle 7: Achtsames Gebet mit Frau X.B. im Mai 2012

Tabelle 8: Achtsames Gebet mit Frau X.B. im Juni 2012

Tabelle 9: Achtsames Gebet mit Frau X.B. im Juli 2012

Tabelle 10: Achtsames Gebet mit Frau X.B. im August 2012

Tabelle 11: Achtsames Gebet mit Frau X.B. im September 2012

Tabelle12: Von Frau X.B. mitgesprochene Worte im Monatsdurchschnitt

Tabelle 13: Anteil dementer Menschen versch. Altersgruppen in der Gesamtbevölkerung

Tabelle 14: Anteil dementer Menschen versch. Altersgruppen im Emil-Sräga-Haus

Tabelle 15: Funktions- und Organisationsprinzipien der Sinne

Tabelle 16: Unterschiede zwischen Vokalen und Konsonanten

---

<sup>1</sup> RGG<sup>4</sup> = Die Religion in Geschichte und Gegenwart.

<sup>2</sup> Heimbewohner werden mit verändertem Anfangsbuchstaben des Vor- und Nachnamens angegeben. Aufgrund der Anonymisierung werden die Namen nicht ausgeschrieben.

## Einleitung

Im einleitenden Teil werden zunächst Problemstellung und Forschungsfrage formuliert (1). Gliederung und Zielgruppe werden danach dargestellt (2). Anschließend geht es um den aktuellen Forschungsstand (3). Sodann wird gezeigt, wie aktuell und relevant das Thema ist. Das Thema wird daraufhin abgegrenzt und eingegrenzt (4). Anschließend wird der wissenschaftstheoretische Rahmen um das Thema gezogen (5). Forschungsfeld (6) und Forschungsmethode (7) runden den Teil ab.

### 1 Problemstellung und Forschungsfrage

Das Thema „Bibelgebrauch im Altenheim“ wird auf die Frage eingegrenzt, wie die Heilige Schrift in der Seelsorge mit dementen Menschen eingesetzt werden kann. Spannend wird die Arbeit durch die Frage, wie diese Personengruppe über ihre geistigen Einschränkungen hinweg erreicht werden kann. Die Forschungsfrage will klären: *Wie kann Menschen aller Demenzphasen in Kleingruppen im Altenheim die biblische Botschaft vermittelt werden?* Es soll beantwortet werden, wie das Evangelium zielgruppengerecht verkündigt bzw. Worte und Gedanken aus der Bibel erklärt werden können. Die Ergebnisse sollen sich leicht übertragen lassen auf die Seelsorge mit Einzelnen oder auf den Gottesdienst mit Menschen mit Demenz. Auch sollen die Ergebnisse für die Arbeit mit Betroffenen außerhalb des Altenheimes eine Hilfe sein.

### 2 Gliederung und Zielgruppe

Vergleicht man diese Arbeit mit einem Gemälde, so werden in Teil I zunächst die Farben gemischt, in Teil II wird der Rahmen abgesteckt und in Teil III entsteht schließlich das Bild. Der Arbeit liegt das Verständnis zugrunde, dass Praktische Theologie aus der Praxis kommt, auf die Theorie zurückgreift und so zu einer reflektierten Praxis verhilft. In Teil I wird daher die Praxis zunächst teilnehmend beobachtet. Hier werden also die Farben gemischt.

*Beobachtungsszene A schildert mit teilnehmender Beobachtung eine Episode mit Menschen mit Demenz im Advent. Einige Bibelkreis-Kleingruppen im Zeitraum zwischen Pfingsten und Trinitatis mit Betroffenen werden in Beobachtungsszene B beschrieben. Beobachtungsszene C reflektiert über das achtsame Gebet mit einer Heimbewohnerin mit Demenz während eines längeren Zeitraumes. Damit diese Beobachtungen markanter hervorgehoben und besser zu finden sind, sind sie mit den Buchstaben A-C gegliedert, während die Teile II und III ansonsten mit Ziffern untergliedert werden.*

Teil II kommt von dieser teilnehmenden Beobachtung her und greift auf die Theorie zurück: Verschiedene Aspekte zur Krankheit Demenz werden geklärt (1). Es folgen Vertiefungen zu Themen wie Gruppenarbeit, Störungen, Bibelgebrauch und der

Wohnform Altenheim. Ebenso wird vertieft, wie damit umgegangen werden kann, wenn bei Betroffenen scheinbar nichts mehr ankommt (2). Damit wird der Rahmen zum gesamten Gemälde gesteckt.

In Teil III wird als reflektierte Praxis ein Modell der Seelsorge an Menschen mit Demenz mit allen Sinnen entfaltet. Zunächst sollen Grundlagen über die Sinne im Alter dargestellt werden (1). Weiter wird behandelt, wie man Betroffenen über den Hörsinn begegnen kann (2). Danach geht es darum, den Sehsinn angemessen einzubeziehen (3). Die Sinne Riechen und Schmecken werden daraufhin behandelt (4). Anschließend wird betrachtet, welche Ressourcen der Tastsinn bietet (5). Schließlich wird der Blick auf Möglichkeiten geworfen, die mehrere Sinne ansprechen (6). Damit soll also in Teil III das Bild gemalt werden.

Als Zielgruppe dieser Ausführungen sollen diejenigen angesprochen werden, die mit Menschen mit Demenz zu tun haben. Da diese Gruppe hinsichtlich Alter, Lebenserfahrung und Ausbildung breit gefächert ist, soll die Sprache möglichst allgemeinverständlich sein.<sup>3</sup> Wo Fremdworte unerlässlich sind, werden sie beim ersten Vorkommen in Klammern oder in Fußnoten erklärt. Leider ließen sich Fachbegriffe insbesondere in medizinischen Passagen nicht vermeiden.

### 3 Forschungsstand

Zur konkreten Forschungsfrage liegt nach meinem Kenntnisstand keine Veröffentlichung vor. Teilbereiche der Arbeit sind hingegen gut erforscht. Nachfolgend können nur einige Schwerpunkte genannt werden.

Das Thema Altern findet in den letzten zwanzig Jahren verstärkten Eingang in die Literatur. Zahlreiche Ratgeber zum Alter wurden veröffentlicht (z.B. Abeln & Kner 1991; Amann 2000;)<sup>4,5</sup> Dabei legen viele Autoren ein besonderes Augenmerk auf Chancen und Ressourcen des Alters (z.B. Allemand & Martin 2007; Forstmeier 2005).<sup>6</sup> Auch zur Soziologie des Alters finden sich zahlreiche Titel (z.B. Backes 1997; Backes & Clemens 2002).<sup>7</sup> Die Gerontologie<sup>8</sup> hat sich als ganz neue Wissenschaft des Alters herausgebildet (z.B. Baltes, Mittelstraß & Staudinger 1994; Schicktanz & Schweda 2010). Glaube, Religion und Spiritualität im Alter wird ebenfalls beleuchtet (z.B. Beck 2006; Becker &

---

<sup>3</sup> Ergänzende Fußnoten bieten jedoch vertiefendes Wissen und weiterführende Gedanken.

<sup>4</sup> Bei mehr als zwei Literaturangaben werden die weiteren Quellen in Fußnoten genannt.

<sup>5</sup> Baltes, Kohli & Sames (1989); Baltes & Leo (1996); Dörner (2006a); Hartwig, Karsunke & Spengler (2003); Kuntze (2011).

<sup>6</sup> Kruse (2006a, 2007); Meier & Städtler-Mach (2006); Tournier (1978). Uhlendorff & Märcker (2005).

<sup>7</sup> Backes, Clemens & Künemund (2004); Backes & Clemens (2003); Baltes & Mittelstraß (1992); Institut der deutschen Wirtschaft Köln (2004); Klose (1993).

<sup>8</sup> Gerontologie = Lehre des Alters.

Thiele 2000).<sup>9</sup> Alter als besondere Phase für Begleitung und Seelsorge ist ein weiteres behandeltes Gebiet (z.B. Buchholz & Schürenberg 2003; Gärtner 2006).<sup>10</sup> Auch über verschiedene Bilder des Alters in der Bibel und der Gesellschaft findet sich Literatur (z.B. Engelsberger 1994; Göckenjahn 2000).<sup>11</sup> Die Entwicklung und Psychologie des Alters wurde ebenfalls untersucht (z.B. Lehr 2007; Mayring & Saup 1990).<sup>12</sup>

Über Demenz sind in den letzten zehn Jahren zahlreiche Veröffentlichungen erschienen. Ein wichtiges Themenfeld umfaßt Seelsorge, Gottesdienst, Spiritualität, Religion und Glaube (z.B. Alzheimer-Ethik e.V.<sup>13</sup> 2003; Bolle 2006c).<sup>14</sup> Das Krankheitsbild Demenz wird von weiteren Autoren erklärt (z.B. Bayreuther 2002; Buijssen 2008).<sup>15</sup> Weiter sind zahlreiche Ratgeber zum Thema Demenz erschienen (z.B. Bowlby 2007; Buijssen 1997).<sup>16</sup> Bereichert wird die Zahl der Titel durch Literatur zur Frage, wie man mit Menschen mit Demenz kommuniziert, mit ihnen umgeht und sie pflegt (z.B. Böhme 2008; Grond 2003).<sup>17</sup> Auch sind noch einige Erscheinungen um das Themenfeld Sterben und Tod bei Menschen mit Demenz zu nennen (z.B. Buchmann 2007; Dech 2009).<sup>18</sup> Zu den verschiedenen Therapieansätzen in Teil II (1) existieren ebenfalls verschiedene Veröffentlichungen.<sup>19</sup>

Über das Leben im Altenheim haben sich verschiedene Autoren ebenfalls Gedanken gemacht (z.B. Baltes 1983; Bäurle 2005).<sup>20</sup> Zu der Frage, wie die Bibel in der Seelsorge gebraucht und ausgelegt werden kann, gibt es ebenfalls zahlreiche Veröffentlichungen (z.B. Berg 1991; Bukowski 2009).<sup>21</sup>

Diese Arbeit stellt die Frage, wie Menschen mit Demenz biblische Inhalte vermittelt werden können. Als Ergebnis wird in Teil III entfaltet, wie dies über die Sinne des Betroffenen geschehen kann.

---

<sup>9</sup> Huber (2007); Mäule & Riedel (2006); Schladoth (2005); Sperling (2007); Weiher (2006).

<sup>10</sup> Hungs (1988); Kobler von Komorowski & Schmidt (2006); Kruse (2006b); Kunz (2007); Lödel (2003); Pechmann (2007); Schneider-Harpprecht (2007); Schütte (2006).

<sup>11</sup> Hossfeld (1990); Rupprecht (1966); Scharffenroth (1997); Tews (1995).

<sup>12</sup> Stuart-Hamilton (1994).

<sup>13</sup> E.V. = Eingetragener Verein.

<sup>14</sup> Diakonie (2008); Fröchtling (2008); Gerber, Kratzsch & Wissmann (2006); Roser (2007); Depping (1993, 2008); Keetmann & Bejick (2006); Plote & Tholen (2011); Zimmermann (1999).

<sup>15</sup> DEGAM (2008); Förstl (2011a); Gutzmann & Zank (2005); Hampel, Padberg & Möller (2003); Neumann (2006c); Steffen (2008); Wächtler (2003); Wallesch & Förstl (2005).

<sup>16</sup> EKD (2008); Flemming (2006); Gatterer & Croy (2005); Kastner (2007).

<sup>17</sup> Grond (2005); Höwler (2007); Kochendörfer (1998); Marshall & Allan (2009); Moser (2005); Sachweh (2008); Schwarz (2009); Stappen (2005a); Weidenfelder (2004); Wojnar (2006a).

<sup>18</sup> EEB (2007); Grond (2006); Kostrzewa (2008); Kojer (2009).

<sup>19</sup> Es wird darauf verzichtet, die Titel zu den unterschiedlichen Therapieansätzen an dieser Stelle zu nennen. Über die Literaturangaben in den jeweiligen Unterpunkten können die Titel in der Bibliographie recherchiert werden.

<sup>20</sup> Berle (1992); Erzdiözese (2008); Gross (2001); Moser (2000); Niemeyer (1990); Saup (1989).

<sup>21</sup> Bukowski (2011); Drechsel (1994); Schmitt-Pridik, (2003); Sons (1995); Tacke (1989).

## 4 Aktualität und Relevanz, Abgrenzung und Eingrenzung

Die Praktische Theologie muss als veränderte soziologische Grundlage wahrnehmen, dass sie es mit einer grau gewordenen Gesellschaft zu tun hat (Failing 2005:364).

Der Anteil alter Menschen in Deutschland nimmt zu (Südkurier 2013:27). Die Gesamtzahl der deutschen Bevölkerung dagegen wird kleiner. So stehen immer weniger jungen Menschen immer mehr alte Menschen gegenüber: Während von 1970 bis 2010 der Anteil von Kindern und Jugendlichen in der Bevölkerung um zehn Prozent gesunken ist, stieg im gleichen Zeitraum der Anteil der alten Menschen um sieben Prozent (Statistisches Bundesamt 2011:14). Damit stellt sich die Bevölkerungspyramide auf den Kopf und wird zum Bevölkerungspilz (Lehr 2005:93; Dannenmann 2009:13). Knapp 38 Prozent werden 2050 in Deutschland 60 Jahre und älter sein (Kruse 2006b:35; Statistisches Bundesamt 2011:11). Die weltweit durchschnittliche Lebenserwartung könnte bis zur Mitte des 21. Jahrhunderts sogar 100 Jahre überschreiten (Luy 2006:12). Weltweit ist die Gruppe der 100-Jährigen von 1950 bis 1990 um den Faktor 22 gewachsen – von 2002 bis 2050 wird sich die Gruppe der 100-Jährigen weiter verzehnfachen (Hertzer 2002:53; Statistisches Bundesamt 2011:14).<sup>22</sup> Der Anteil alter Menschen in der Bevölkerung wird weiter wachsen, insbesondere die Gruppe der Hochaltrigen. *Von 70 Heimbewohnern im Emil-Srąga-Haus sind 69 älter als 60 Jahre. Hochaltrig, also älter als 80 Jahre sind 40 der 70 Bewohner (Cop pro 21.8.2013).*

Dieser Bevölkerungsumbau wird bedingt durch „anhaltend niedrige Geburtenzahlen und eine stark steigende Lebenserwartung“ (Statistisches Bundesamt 2011:14). Während die Bevölkerung altert, gilt also gleichzeitig: „Deutschland geht der Nachwuchs aus“ (Südkurier 2011a:1).

Im Alter erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken. Die weltweite Zahl von Menschen mit Demenz ist „stetig steigend; in Deutschland sind es etwa 1,2 Millionen“ (Südkurier 2010b:17). Man geht davon aus, dass „etwa 20-25 Prozent aller über 80jährigen in unserem Land den Verstand verlieren“ (Schützendorf, & Wallrafen-Dreisow 2010:9). Alte Menschen verbringen häufig ihren letzten Lebensabschnitt im Altenheim. Dennoch ist Seelsorge im Altenheim kein Thema in der Seelsorgelehre. „Hier herrscht ein Schweigen“ (Drechsel 2006:46). Dirschauer bezeichnete den alten Menschen als „weißen Fleck auf der Landkarte der praktischen Theologie“ (1992:417). Menschen, die heute über 65 Jahre alt sind, haben einen engeren Bezug zur Heiligen Schrift als die jüngeren Generationen.<sup>23</sup> Sie haben Bibelverse

---

<sup>22</sup> Die Altersstadien werden unterschiedlich definiert und verändern sich wohl weiter mit zunehmender Lebenserwartung: Die Gruppe der Hochaltrigen beginnt derzeit etwa mit 80 bis 85 Jahren (BMFSJ 2002:47).

<sup>23</sup> Ausnahmen sind z.B. Menschen, die im Kommunismus aufgewachsen sind.

auswendig gelernt oder sind von ihrem Tauf- oder Konfirmationsspruch ihr Leben lang begleitet worden.

Wichtig für diese Arbeit ist der Bibelgebrauch mit dementen Menschen in der Altenheimseelsorge. Es sind also nicht Menschen mit anderen Krankheiten (z.B. Depressionen) oder gesunde alte Menschen gemeint. Genauso wenig geht es um alte Menschen, die aufgrund anderer Ursachen verwirrt sind.<sup>24</sup> Eine andere Eingrenzung erfährt diese Arbeit darin, dass sie sich auf Menschen bezieht, die dauerhaft im Altenheim leben. Es geht also weniger um zu Hause lebende Menschen mit Demenz, die von der Familie oder einem ambulanten Pflegedienst versorgt werden.

## 5 Wissenschaftstheoretischer Rahmen: Praktische Theologie

Die vorliegende Arbeit wird im Fachbereich Praktische Theologie in der Unterdisziplin Poimenik (Seelsorge, Seelsorgelehre) abgehandelt. Bisher wurden solche Themen meist in der Diakonik betrachtet, jedoch ist auch die seelsorgerliche Theoriebildung in der Altenheim-Seelsorge notwendig (Drechsel 2006:46). Schwerpunktmäßig wird diese Arbeit daher im praktisch-theologischen Teilbereich der Seelsorge verortet: Es geht schließlich um den einzelnen alten Menschen mit Demenz, der vor Gott steht. In diesem Sinne beschreibt Ziemer (2000) den gemeinsamen Nenner aller christlichen Seelsorge-Konzepte: „Seelsorge ist immer auf *einzelne* Menschen bezogen. Der je besondere Einzelne kommt dabei in der Seelsorge als *Mensch vor Gott* in den Blick – und das in seiner konkreten Lebens- und Leidenssituation“ (:109).

Die Denkvoraussetzungen eines Autors werden die Forschung und die Ergebnisse seiner Arbeit beeinflussen. Daher ist es sinnvoll, diese Voraussetzungen von Anfang an offenzulegen. Theologie wird in dieser Arbeit als „besondere Wissenschaft“ verstanden. Sie ist eine Wissenschaft, weil sie methodisch arbeitet (Maier 1990:30), der Wahrheit dient (:31) und sich selbstkritisch gegenüber steht<sup>25</sup> (:31). Es gibt kein „voraussetzungsloses Verstehen“ (:32) und damit kein Forschen ohne weltanschauliches Gedankengebäude. Folglich ist die Theologie so objektiv wie jede andere Wissenschaft auch. Dennoch bleibt die Theologie zugleich eine besondere Wissenschaft: Sie besitzt einen klaren Glaubens- und Offenbarungsbezug (:34). Diese Offenbarung begegnet uns

---

<sup>24</sup> Für akute Verwirrheitszustände gibt es zahlreiche Gründe: Im *körperlichen* Bereich sind Hirnstoffwechselstörungen, Sauerstoffmangel des Gehirns, hormonelle Störungen, Vergiftungen, physiologische Regulationsstörungen und Wahrnehmungsstörungen zu nennen (Grond 2003:56ff). Im *psychischen* Bereich stehen im Vordergrund „panische Angst, Beschämung und zahlreiche Verluste von Menschen, von Gruppenzugehörigkeiten, von Gesundheit, von Besitz, von Aufgaben, von Rollen, von Status“ (Depping 2008:17).

<sup>25</sup> Wie weit diese Selbstkritik der Theologie gehen soll, ist umstritten. Ich halte es auch hier mit Maier (1990), der sagt: „Da aber die göttliche Offenbarung die Grundlage der Theologie darstellt und letztere ihre Gotteserkenntnis nur dort gewinnen kann, kommt eine Revision oder gar Preisgabe dieser Grundlage für sie nicht in Frage“ (:31).

in der evangelischen Theologie exklusiv „in Gestalt der Bibel“ (:24). Der Glaube wird in der Theologie „als Voraussetzung und Hilfe des Schriftverständnisses bejaht und begriffen“ (:33). Im zweiten Punkt von Teil II wird genauer auf die Themen Bibelgebrauch und Seelsorge eingegangen.

## 6 Forschungsfeld

Um die Ergebnisse greifbar zu machen und verständlicher zu schreiben, wird die Praxis beobachtet und mit der empirischen Methode der teilnehmenden Beobachtung analysiert. Die persönlichen Erfahrungen stammen vor allem aus den Bibelkreis-Kleingruppen mit Menschen mit Demenz aller Stadien in dem Altenheim, in dem ich angestellt bin. Diesem Umfeld gilt auch das besondere Interesse. Wo keine persönlichen Erfahrungen vorliegen, wurden Ansätze skizziert, die weiter verfolgt werden können. In den Teilen II und III werden Beispiele, die sich auf Beobachtungsszenen oder die Praxis aus dem Emil-Sräga-Haus beziehen, kursiv gedruckt.<sup>26</sup> Ich arbeite in dem seit 2008 bestehenden Emil-Sräga-Haus<sup>27</sup> der Arbeiterwohlfahrt in Singen (AWO<sup>28</sup> 2007a; AWO 2007b)<sup>29</sup> teilzeitlich als Krankenpfleger und teilzeitlich in der Betreuung nach § 87b. Meine Zeit in der Betreuung wird für die Seelsorge genutzt. Teils mit Unterstützung von Kolleginnen und ehrenamtlichen Mitarbeitern gehören dazu die Aufgaben Bibelkreise, Gottesdienste, Sterbebegleitung, Unterstützung in Trauerprozessen, Entwicklung einer angemessenen Sterbekultur für dieses recht neue Altenheim. Ist man nicht von einer Kirche, sondern von einem konfessionsneutralen Haus angestellt, ist die Arbeit nicht konfessionsgebunden.

*Eine neu eingezogene katholische Bewohnerin erwiderte auf die Einladung zum Bibelkreis: „Aber ich bin katholisch.“ So versuchte ich ihr zu vermitteln, dass die biblische Besinnung nicht mit der Kirche konkurriere, sondern diese ergänzen möchte. Frau C. lehnte an diesem Tag ab, besuchte dann aber ab der folgenden Woche regelmäßig den Bibelkreis.*

Auch ansonsten wird das Angebot von Menschen beider großen Konfessionen gleichermaßen gerne angenommen. Für die meisten Heimbewohner wird von der Krankenkasse bestätigt, dass sie unter erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz leiden. Am 21.8.2013 waren 61 von insgesamt 70 Bewohnern betroffen. (Cop pro 2013)<sup>30</sup>.

---

<sup>26</sup> Wenn die praktischen Einschübe länger als zwei Zeilen lang sind, werden sie zusätzlich in einem eigenen Abschnitt eingerückt.

<sup>27</sup> Einige Informationen zum Namensgeber Emil Sräga: Nach dem zweiten Weltkrieg benötigten die Heimatvertriebenen dringend Wohnraum in der Singener Region. Die Franzosen beriefen Emil Sräga 1948 zum Wohnungsbaureferenten. Bereits 1950 entstand das erste Haus. 1952 wurde die Hegau-Baugenossenschaft mit Emil-Sräga als Vorsitzendem gegründet (AWO 2010).

<sup>28</sup> AWO = Arbeiterwohlfahrt.

<sup>29</sup> AWO (2010); Südkurier (2010a).

<sup>30</sup> Für weitere fünf Bewohner waren zu dieser Zeit diese Gelder für die zusätzliche Betreuung beantragt und bei fünf weiteren Bewohnern wurde der Antrag abgelehnt.

Nach § 87b des Sozialgesetzbuches<sup>31</sup> benötigen diese Menschen mit Demenz zusätzliche Betreuung. In Südbaden sind die katholischen Bewohner eher etwas in der Überzahl. Am 21.8.2013 waren 30 der Bewohner katholisch und 23 evangelisch. (Cop pro 2013)<sup>32</sup>.

Die einzelnen Menschen werden in dieser Arbeit mit anonymisierten Initialen des Vor- und Nachnamens des Bewohners, vermuteter Phase der Demenz (I, II oder III)<sup>33</sup> und Datum. Beispiel: „Frau A.B., 87 Jahre, Phase II, 26.6.2013“.<sup>34</sup> Um die Schweigepflicht zu wahren, wurden die Anfangsbuchstaben der Vor- und Nachnamen und der Wohnbereich verändert. Durch diese Fallbeispiele wird die Arbeit subjektiver, jedoch soll es eine reflektierte und nachvollziehbare Subjektivität sein. Die Heimleitung war einverstanden erstens mit der teilnehmenden Beobachtung in der interaktiven Form (Einzelbeobachtung), zweitens der passiven Beobachtungsform der Gruppenbeobachtung der Bewohner mit Demenz und drittens der Nutzung der Pflegeberichte (zur Ermittlung von Kontextwissen: Abweichungen, Störfaktoren bzw. Einflussfaktoren).

## 7 Forschungsmethoden

In dieser Arbeit wird mit teilnehmender Beobachtung (induktiver Ansatz) und Literaturrecherche (deduktiver Ansatz) gearbeitet.

### 7.1 Datenerhebung durch teilnehmende Beobachtung

Teilnehmende Beobachtung wird in Sozialwissenschaften dort eingesetzt, wo durch Beobachtung tiefer in das Forschungsfeld eingedrungen werden kann als durch Interviews (Flick 2007:281). Bei Menschen mit Demenz kann dies eine geeignete Methode der Feldforschung sein, da Betroffene darin eingeschränkt sind, Interviews zu geben. Beobachtungen schildern zudem neutraler, wie etwas ist, während Interviews dadurch verfremdet werden, dass sie auch sagen wollen, wie etwas sein sollte (:281).

---

<sup>31</sup> Auszug aus § 87b: „Vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben ... für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Heimbewohner mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung“

<sup>32</sup> Die restlichen 15 Bewohner haben keine Religion, gehören zu anderen Glaubensrichtungen oder sind ohne Eintragung im Computersystem des Altenheimes.

<sup>33</sup> Hilfreich wäre, jeweils die genaue Form der Demenz zu kennen. Leider wird diese in der Praxis selten geklärt: Die Diagnostik endet i.d.R. mit dem Oberbegriff „Demenz“, obwohl davor gewarnt wird, das Syndrom Demenz sprachlich mit einer Krankheitsform wie Alzheimer zu vermischen (Förstl, Kurz & Hartmann 2011:48). Aus diesem Grund verschwimmen leider auch in dieser Arbeit gelegentlich Begriffe wie „Demenz“ (Überbegriff) und „Alzheimer“ (Differentialdiagnose).

<sup>34</sup> Gelegentlich befinden sich Bewohner im Übergang zwischen zwei Phasen. Dann wird z.B. angegeben Phase I-II. Beziehen sich Beispiele auf ein ganzes Jahr, werden beide in diesem Kalenderjahr vorkommenden Lebensalter genannt, z.B. 83-84 Jahre.

Teilnehmende Beobachtung will eine große Nähe zum erforschenden Gegenstand ermöglichen: Die Innenperspektive der Alltagssituation soll erschlossen werden (Mayring 2002:81). Die Nähe zu Menschen mit Demenz im Altenheim ist in dieser Arbeit durch die berufliche Eingliederung des Forschers gegeben (Girtler 2001:97). Ein wahrer Forscher ist so bescheiden, dass er sich vom Betroffenen leiten lässt (:150). Er ist selbst ein „Lernender“ (:100). Die Forschungsarbeit wird durch das Eintauchen in die Welt von Menschen mit Demenz gefördert. Die Alltagswelt der Betroffenen wird erst durch teilnehmende Beobachtung in ihrer ganzen Tiefe erfasst (:78). Die Arbeit geht nach dem klassisch-zirkulären Ansatz vor, ohne jedoch die Grounded Theory<sup>35</sup> anzuwenden.

## 7.2 Vorgehen der teilnehmenden Beobachtung

Teil I stellt verschiedene Beobachtungen dar. In den nachfolgenden Teilen II und III der Arbeit werden diese Beobachtungen aufgegriffen und ausgewertet. Auch werden in den restlichen Teilen der Arbeit weitere Einblicke aus der Praxis eingebracht, die mit der Methode der teilnehmenden Beobachtung gewonnen wurden. Diese Abschnitte sind kursiv gedruckt und eingerückt.<sup>36</sup> Zunächst wurde in den Beobachtungsszenen A und B induktiv vorgegangen, d.h. alles wurde unvoreingenommen beobachtet (Bortz & Döring 2006:267-293; Girtler 2001:71-143). Entdeckungen sollen auf diese Weise unvoreingenommen geschehen, ohne vorab durch die Literatur beeinflusst zu werden.

Werden nun Situationen teilnehmend beobachtet, gibt es dafür verschiedene Möglichkeiten: Es kann offen oder verdeckt beobachtet werden, d.h. die Probanden wissen, dass sie beobachtet werden oder sie wissen es nicht. Man kann teilnehmend (aktiv) oder nicht-teilnehmend (passiv) beobachten: Der Forscher verändert dabei den Ablauf der Szene bzw. verändert ihn nicht. Es kann systematisch oder unsystematisch vorgegangen werden, also mit oder ohne vorab festgelegten Beobachtungskriterien. Die Beobachtung kann auch im natürlichen oder in einem künstlichen Umfeld geschehen. Beobachtungsszene A geschieht verdeckt: Die Probanden wissen nicht, dass sie beobachtet werden, da es eine Überforderung für Menschen mit Demenz darstellen würde. Der Forscher ist nicht Teil des Ereignisses, sondern befindet sich im angrenzenden Dienstzimmer. Das Vorgehen ist unsystematisch, es gibt also keine vorgefertigten Schemata. Die Beobachtung erfolgt im natürlichen Umfeld, also in einer Seniorenfamilie des Emil-Sräga-Hauses.

---

<sup>35</sup> Die Grounded Theory „zeichnet sich durch das Bemühen aus, Forschungsprozesse als kreatives Konstruieren von Theorien bei fortlaufender Überprüfung an den Daten zu konzipieren“ (Mädler 2007:242).

<sup>36</sup> Sind diese praktischen Abschnitte länger als drei Zeilen, werden sie wie längere Zitate behandelt, also eingerückt und einzeilig gedruckt.

Die teilnehmende Beobachtung in Beobachtungsszene B ist ebenfalls verdeckt, aber aktiv. Auch die Teilnehmenden der Bibelkreis-Kleingruppe wissen nicht, dass sie beobachtet werden. Der Forscher nimmt hier allerdings als Leiter an den Kleingruppen teil. Die Beobachtungen erfolgen ebenfalls unstrukturiert. Wieder wird im Umfeld der Seniorenfamilien beobachtet; es handelt sich also um die natürliche Umgebung.

Auch in Beobachtungsszene C handelt es sich um eine verdeckte aktive Beobachtung. Der Forscher nimmt daran teil, indem er der betroffenen Frau das Vaterunser vorspricht. In dieser Beobachtungsszene wird strukturiert beobachtet. Vorab wurde festgelegt, worauf geachtet wird. Zunächst wurde darauf geachtet, welche Abweichungen von der Alltagsroutine (Spalte 3 der Kodiertabellen) es am jeweiligen Tag gab. In Zeile 1 wurde als Veränderung vom 2.1.2011 z.B. festgehalten, dass die Bewohnerin mit dem Vornamen angesprochen wurde, während Sie normalerweise mit Nachname angesprochen wird. Die Beobachtung findet im Zimmer der Bewohnerin, also in ihrem natürlichen Umfeld, statt.

In Beobachtungsszene C geht es um eine "strukturierende Inhaltsanalyse", die sich an Mayring (2003) orientiert, aber im Vorgehen an die Gegenbenheiten der Frau mit Demenz angepasst wird, indem "eine bestimmte Struktur" (:85) aus den Teilbeten von Frau X.B. herausgefiltert wird. Mayring (2003) bietet innerhalb der strukturierenden Inhaltsanalyse verschiedene Analysen an, dabei kommt das semantische Kriterium der untersuchten Person am nächsten, denn hier wird "die Beziehung von einzelnen Bedeutungseinheiten untereinander" rekonstruiert, was für das Nachsprechen des Vatersunsers am sinnvollsten erscheint (:85). Das Nachbeten ist eine dialogische Interaktion zwischen dem Pfleger und der Betroffenen.

Für die in den übrigen Teilen der Arbeit mit teilnehmender Beobachtung wiedergegebenen Beispiele gelten folgende Kriterien: Die Forschung fand verdeckt statt. Die Beobachtungen geschahen unstrukturiert ohne vorgefertigtes Beobachtungsschema. Es handelte sich dabei um das natürliche Umfeld der Probanden.

Die Rolle des Forschers und das Vorgehen wird jeweils zu Beginn der Beobachtungsszenen A, B und C noch einmal kurz erklärt. Bei den weiteren Beispielen in dieser Arbeit war der Forscher teilweise teilnehmend und teilweise nicht teilnehmend. Näheres ergibt sich jeweils aus dem Zusammenhang. Die Auswertung der teilnehmenden Beobachtung geschieht nach Girtler (2001:143-146). Anhand der Forschungsfrage wird die Literatur herangezogen (Theorie) und diese mit den protokollierten Beobachtungen (Praxis) verglichen.<sup>37</sup> In diesem Prozess wird gefragt, was man anders oder besser machen könnte. Es entsteht für machen Leser vielleicht der Eindruck, es würden nur

---

<sup>37</sup> Unter den Tabellen wird direkt eine erste Tendenz aufgezeigt. In Teil II und Teil III wird immer wieder auf die Beobachtungsszenen A, B oder C verwiesen.

unterhaltsame Anekdoten erzählt. „Dem ist jedoch entgegenzuhalten, dass das, was als anekdotisch angesehen wird, durchaus relevante Handlungszusammenhänge wiedergibt, die zur Bestätigung etwaiger Hypothesen herangezogen werden können und auch müssen“ (Girtler 2001:146).

### **7.3 Literaturrecherchen**

Durch die ganze Arbeit hindurch wird zeitgenössische (schwerpunktmäßig deutschsprachige) Fachliteratur einbezogen. Dazu gehört vor allem die Poimenik als Fachbereich der Praktischen Theologie. Wissenschaftliche Erkenntnisse der Praktischen Theologie werden dabei dargestellt und angewandt. Weiter werden auch andere Fachgebiete wie Psychologie, Psychotherapie, Soziologie, Medizin und Pflegewissenschaften einbezogen. Die Ergebnisse werden bezogen auf die an den Sinnen orientierte Seelsorge mit dementen Menschen.

## I Datenerhebung: Teilnehmende Beobachtung

In diesem Teil I werden in drei Szenen Beobachtungen aus der täglichen Praxis im Altenheim dargestellt. In den Teilen II und III der Arbeit werden diese ausgewertet. Zunächst wird eine Szene geschildert, die sich in der Adventszeit ereignet hat (Beobachtungsszene A). Danach geht es um den nachträglich protokollierten Ablauf einer Bibelkreis-Kleingruppe (Beobachtungsszene B). Schließlich wird die Einzelbeobachtung einer Frau mit Demenz dargestellt (Beobachtungsszene C). In diesen Szenen wurde von den beobachteten Betreuern und Gruppenleitern nicht alles „richtig“, aber auch nicht alles „falsch“ gemacht. In diesem Teil I werden gewissermaßen die Farben gemischt, die für das gesamte Gemälde benötigt werden.

### A Eskalation einer Alltagssituation im Advent

Der Forscher befand sich im angrenzenden Büro. Von diesem Büro aus kann man durch große Glasscheiben den gesamten Wohnbereich überblicken. Durch die offene Türe war akustisch alles gut zu verfolgen. Der Forscher hat also die Szene selber nicht durch seine Teilnahme beeinflusst.

Es ist Vorweihnachtszeit 2011. Der Wohnbereich des Altenheims ist festlich dekoriert. Neben dem Sofa steht ein Christbaum. Der Esstisch ist mit bunten Weihnachtspäckchen geschmückt. Mehrere ältere Heimbewohnerinnen und eine Betreuerin befinden sich im Wohnbereich. Eine der alten Frauen (Frau I.T., 86 Jahre, Phase II) nimmt eines der Päckchen. Sie macht sich daran, die Schleife zu lösen. Eine andere Heimbewohnerin (Frau E.J., 73 Jahre, Phase I) fährt sie an: „Halt. Lassen Sie das. Diese Päckchen sind nur zur Dekoration hier aufgestellt.“

Die angesprochene Bewohnerin (Frau I.T.) legt ihre Stirn in Falten und antwortet: „Was fällt Ihnen ein? Das ist mein Geschenk; und überhaupt: Was tun Sie hier in meiner Wohnung?“ Ein Streit entflammt, wird immer lauter und geht über zu allgemeinen Beschimpfungen. Die alte Dame (Frau I.T.) bezieht sich nicht mehr auf den Inhalt des Konfliktes. Dem Betrachter stellt sich die Frage, ob sie das Thema des Streites schon vergessen hat. Fr. I.T. ist jedenfalls wütend auf die andere Frau. Die Beschimpfungen werden persönlich beleidigend und der Ton lauter. Es kommt fast zu Handgreiflichkeiten. Schließlich schaltet sich die Betreuerin ein. Sie hat bisher wortlos am Herd gestanden und in einem Topf gerührt. Der Inhalt des Topfes den gesamten Wohnbereich mit dem Geruch von Erbsensuppe. Die Betreuerin schaut der aufgeregten Frau (Frau I.T.) in die Augen, geht zu ihr und fragt: „Was wünschen Sie sich denn zu Weihnachten? Kann ich Ihnen etwas Gutes tun?“ Sofort scheint der Zorn der Dame (Frau I.T.) verflogen. Sie lächelt glücklich und sagt: „Ach, es ist gut, dass Sie da sind.“ Die Betreuerin geht wieder an die

Arbeitsfläche im offenen Küchenbereich zurück. Sie nimmt einige Würste aus dem Kühlschrank, gibt sie einer anderen Bewohnerin im Wohnbereich und lässt sie von dieser zerschneiden. Die Frau, die sich zuvor emotional so sehr in den Streit hineingesteigert hatte (Frau I.T.), hat inzwischen ein wenig zur Ruhe gefunden, geht weg und sagt dabei: „Ach, wo ist denn nur meine Mutter?“ Die Betreuerin lacht und sagt: „Na, überlegen Sie mal. Wie alt sind Sie denn?“ Die alte Dame (Frau I.T.) zuckt mit den Schultern. Darauf die Betreuerin: „Sie sind 86 Jahre alt. Jetzt überlegen Sie mal, wie alt ihre Mutter sein müsste. Es kann gar nicht sein, dass sie noch lebt.“ Die alte Dame (Frau I.T.) lässt ihren Kopf sinken und zieht sich in ihr Zimmer zurück, neben dessen Tür sich das Bild eines Blumenstraußes befindet. Darunter steht in großen Buchstaben der Name von Fr. I.T.

## B Protokoll einiger Bibelkreis-Kleingruppen

Während der unten dargestellten Bibelkreis-Kleingruppen wurden Notizen gemacht. Direkt nach den Bibelkreis-Kleingruppen wurden fehlende Details ergänzt und der gesamte Ablauf protokolliert. Der Forscher leitete die Gruppen selbst. Er befand sich also in Interaktion mit den Betroffenen und beeinflusste dadurch den Ablauf.

Es ist der 31.5.2012 im Emil-Sräga-Haus in Singen. Die Bibelkreise finden in Kleingruppen statt. Der Forscher führt den Bibelkreis auf mehreren Wohnbereichen in Kleingruppen mit drei bis sieben Bewohnern durch. Der Bibelkreis findet in der Woche zwischen Pfingsten und Trinitatis<sup>38</sup> statt. In den Bibelkreisen geht es rückblickend um Ostern, Himmelfahrt und Pfingsten. Zur visuellen Unterstützung wird der Stuhlkreis in der Mitte mit einem Kreuz, einem Bild von einer Hand und einem Strauß Pfingstrosen dekoriert. Die ausgelegten Symbole erinnern an die im Kirchenjahr aktuellen Themen:

- Das Kreuz: In der Passionszeit wurden dazu die sieben letzten Worte Jesu am Kreuz auf Papier ausgedruckt und diese Blätter als Kreuz auf den Boden gelegt (Mt 27,46c; Mk 15,34b; Lk 23,34a; 43b; 46b; Joh 19,26b.27b). Nach und nach wurde auf diese Aussprüche eingegangen.
- Die Hand: Der Heilige Geist wird in der Bibel immer wieder als Hand Gottes bezeichnet.<sup>39</sup> In der Zeit vor Pfingsten wurde plastisch behandelt, was diese Hand Gottes alles tut: Diese Hand war an der Schöpfung beteiligt (Ps 102,26; Ps 119,73, Gottes Hand führt und bewahrt uns (Ps 139,5.10).

Der Ablauf des Bibelkreises wird vorher nie genau festgelegt. Es gibt fixe liturgische Teile (Eröffnung im Namen des dreieinigen Gottes, Gebet des Vaterunsers, Bibelvers

---

<sup>38</sup> Trinitatis = Der Dreifaltigkeitssonntag wird am Sonntag nach Pfingsten gefeiert. Die Dreieinigkeit (Vater, Sohn, Heiliger Geist) steht dabei im Zentrum.

<sup>39</sup> Die Hand ist in der Bibel nicht das primäre Symbol für den Heiligen Geist. Als „handfester“ Zugang zu Menschen mit Demenz wurde es hier jedoch bewusst gewählt.

oder Text vorlesen, Sprechen des Glaubensbekenntnisses, Lieder singen oder gemeinsam hören, Segen) und flexible Teile (Andacht zu einem Bibeltext oder Thema). Erst im Bibelkreis selbst fügen sich diese Elemente zu einem Ganzen zusammen.

Heute steht als Andacht der Text aus 1Petr 5,6.7 im Mittelpunkt. „So demütigt euch nun unter die gewaltige Hand Gottes“ (1Petr 5,6a). Dies wird auf Pfingsten bezogen: Es wird erklärt, dass diese Hand auf dem Boden für den Heiligen Geist als die Hand Gottes steht. Weiter heißt es: „Alle eure Sorge werft auf ihn; denn er sorgt für euch“ (1Petr 5,7). Nun bekommen alle Heimbewohner einen kleinen Ball in die Hand. Ihnen wird erklärt, dass sie sich vorstellen können, dieser Ball stehe für eine Sorge, die sie belastet. Sie brauchen diese nicht laut zu benennen. Diesen Ball dürfen sie dann auf das Kreuz oder die Hand Gottes werfen. Eine schwerhörige Bewohnerin bittet mehrmals darum, lauter zu sprechen (Frau I.T., 86 Jahre, Phase II). Ihre Sitznachbarin (Frau L.B., 79 Jahre, Phase II) fährt laut dazwischen: „Dann gehen Sie doch gefälligst mal zum Ohrenarzt. Immer reden Sie dazwischen, weil Sie nichts hören. Sie stören alle anderen.“ Der Leiter der Kleingruppe setzt sich zwischen die zwei Bewohnerinnen und legt ihnen jeweils eine Hand auf die Schulter, als es darum geht, wie Jesus vor seiner Himmelfahrt die Hände hebt und seine Jünger segnet (Lk 24,50). Daraufhin werden die beiden Frauen sofort ruhig. Später, als der Leiter wieder etwas erklärt, setzt er sich Frau I.T. gegenüber ins Licht. Im weiteren Verlauf der Bibelstunde fügen sich die beiden Bewohnerinnen unauffällig ein. Gegen Ende des Bibelkreises, als die Bewohner die Bälle auf „Gottes Hand“ werfen dürfen, sagt die schwerhörige Frau (Frau I.T.): „Das, was Sie gesagt haben, entspricht genau dem, was ich fühle.“ Sie legt den Ball bedächtig auf das Bild mit der Hand und lächelt zufrieden.

Während der nächsten Kleingruppe ist eine Bewohnerin ziemlich unruhig (Frau E.J., 87 Jahre, Phase II). Sie will die ganze Zeit das Lied singen „Wem Gott will rechte Gunst erweisen, den schickt er in die weite Welt“. Damit lenkt sie auch ihre Sitznachbarin immer wieder ab. Sie erklärt sich nach kurzem Zögern aber auch mit einem anderen Lied bereit, das besser in den Bibelkreis passt. Sie wird mit dem Versprechen beruhigt, dass nach den Bibelrunden noch einmal in ihrem Wohnbereich gemeinsam mit ihr das gewünschte Volkslied gesungen wird. Darauf lässt sie sich ein. Eine Bewohnerin (Frau M.J., 70 Jahre, Phase I) ist zum ersten Mal im Bibelkreis dabei. Sie ist wegen eines körperlichen Leidens in der Kurzzeitpflege. An der Stelle, an der die Bewohner den „Sorgen-Ball“ auf die „Hand Gottes“ werfen dürfen, tut sie dies als Erste und formuliert den Wunsch: „Dass ich bald wieder gesund werde.“ Frau M. (Frau M.N., 83 Jahre, Phase II) hatte in letzter Zeit immer über ihren Mitbewohner Herr H. geschimpft. Sie sagte ihm alle möglichen Schandtaten nach und war meist nicht mehr zu bremsen, wenn sie sich in Rage geredet hatte. In der Bibelkreis-Kleingruppe fing sie an: „Also der Herr H.-“, woraufhin sie unterbrochen wurde: „Wir sind gerade mitten im Bibelkreis. Wir möchten nicht über andere schimpfen.“

Daraufhin sang die Gruppe ein weiteres Lied. Dann wurde die Bewohnerin gebeten, wenn sie Probleme mit jemandem habe, könne sie doch diese Sorge – der Ball wurde ihr in die Hand gegeben – in die Hand Gottes legen. Dies tat sie dann auch. Während des restlichen Bibelkreises schien sie bei der Sache zu sein. Jedenfalls schimpfte sie nicht mehr über den anderen Bewohner und äußerte sich stets einigermaßen adäquat.

## C Achtsames Gebet (Einzelbeobachtung)

### 1. Methodisches Vorgehen und Ziel

Die inzwischen verstorbene Frau X.B. (74-78 Jahre, Phase III, 2009-2012)<sup>40</sup> wurde zum Mittagsschlaf und zur Nachtruhe ins Bett gebracht. Dabei wurde abschließend stets das ihrer Generation auswendig bekannte „Vaterunser“ mit ihr gebetet.<sup>41</sup> Es wurde jeweils darauf geachtet, wie die Bewohnerin reagierte, welche Begriffe des Vaterunsers die Bewohnerin mitbetet und ob daraus etwas abgeleitet werden kann. Zu beachten ist, dass es sich bei den quantitativen Daten (Wieviele Worte hat Fr. X.B. mitgesprochen?) keineswegs um eine statistisch-repräsentative Datenerhebung im klassischen Sinne handelt. Vielmehr geht es in dieser Einzelfallerhebung zunächst um qualitative Einzelbegriffe und Wendungen, die erst danach quantifiziert werden. Mayring (2003) und gerade empirische Untersuchungen von Menschen mit Demenz zeigen,<sup>42</sup> dass das alte Paradigma des Gegensatzes zwischen qualitativer und quantitativer Forschung als überwunden gilt (:19).<sup>43</sup> Die Daten wurden im Zeitraum von November 2011 bis September 2012 beobachtet, unmittelbar notiert und in Kodierdaten fixiert. Die Beobachtung einer einzelnen Frau mit Demenz im dritten Stadium ist deshalb relevant für die Forschungsfrage, weil auch teilnehmende Menschen dieser Phase in Bibelkreis-Kleingruppen angesprochen werden sollen.

---

<sup>40</sup> Der Forscher wollte durch diese Aufzeichnungen seine eigene Achtsamkeit sensibilisieren. Keinesfalls sollte mit Menschen experimentiert werden. Dies schließt mit ein, dass nie eine Situation herbeigeführt wurde, in der sich die Bewohnerin nicht wohl gefühlt hat. Liefen z.B. im Radio die Charts (Nr. 52 und 59), wurden diese nicht bewusst angeschaltet, um festzustellen, wie sich die Bewohnerin dabei fühlt. Eine Angehörige hatte zuvor dieses Radioprogramm gewählt und die Lautstärke wurde während des achtsamen Gebetes leiser gestellt.

<sup>41</sup> Die persönliche Rolle des Forschers bestand darin, Frau X.B. durch ein ritualisiertes Gebet zu helfen und Veränderungen aufzuzeichnen, soweit diese feststellbar waren. Es geht hier nicht um das persönliche Gespräch des Forschers mit Gott. Es sollte also auch nicht mit Gott oder dem Gebet experimentiert werden.

<sup>42</sup> Bedeutsam ist hier Kitwoods Untersuchung mit seinem qualitativ-quantitativen Ansatz. In: Höwler (2007:69, Am. 26).

<sup>43</sup> Vgl. etwa Kelle (2008), der die Methodendebatte ausführlich diskutiert. International hat sich längst das „Mixed Method Design“ durchgesetzt (:25). Vgl. auch die „Kontingenzanalyse“, die das Ziel verfolgt, „festzustellen, ob bestimmte Textelemente (z.B. zentrale Begriffe) besonders häufig im gleichen Zusammenhang auftauchen (Mayring 2003:15).

## 2. Rahmenbedingungen

Die Standard-Bedingungen sind wie folgt definiert: Nach dem Mittag- oder Abendessen wird Frau X.B. ins Bett gebracht. Die Pflege wird mit routinierten Abläufen und fixen Ritualen durchgeführt. In dieser Zeit wird mit ruhiger Stimme erklärt, was getan wird, die Bewohnerin wird einbezogen und sie wird auch drei- bis viermal mit ihrem Namen (per Sie und mit „Frau B.“) angesprochen. Die Umgebung ist ruhig.<sup>44</sup> Nachdem Frau X.B. im Bett auf ihre Lieblingsseite nach links gelagert wurde, werden ihre beiden Hände mit der linken Hand umfasst. Dann wird das Gebet eingeleitet: „Wir beten das Vaterunser.“ Während des Gebetes wird Augenkontakt mit ihr gehalten. Langsam wird gebetet und vor dem letzten Wort jeder Zeile wird jeweils ein Atemzug Pause eingelegt.<sup>45</sup> Die vorhergehenden gemeinsamen Gebete mit Frau X.B. hatten gezeigt, welche „Vater-unser-Version“ die Bewohnerin biographiegewohnt betet. „Ihre“ Version entspricht der Luther-Übersetzung von 1984 mit einigen Wortumstellungen in den ersten beiden Versen. Also wurde ihr das „Vaterunser“<sup>46</sup> wie folgt vorgebetet:

„Vater unser im<sup>1</sup>– Himmel<sup>1</sup>.  
 Geheiligt werde dein – Name.  
 Dein<sup>1</sup> Reich – komme.  
 Dein<sup>2</sup> Wille – geschehe.  
 Wie<sup>1</sup> im<sup>2</sup> Himmel<sup>2</sup> so auf – Erden.  
 Unser tägliches Brot gib uns<sup>1</sup> – heute.  
 Und<sup>1</sup> vergib uns<sup>2</sup> unsere – Schuld.  
 Wie<sup>2</sup> auch wir vergeben unseren – Schuldigern.  
 Und<sup>2</sup> führe uns<sup>3</sup> nicht in – Versuchung.  
 Sondern erlöse uns<sup>4</sup> von dem – Bösen“ (Mt 6,9b-13a). Amen.

Mit dem abschließenden „Amen“ besteht das Gebet aus 50 Wörtern. Mit dieser Zahl als Grundlage bekommt man schnell ein Gefühl dafür, wie hoch der ungefähre prozentuale Anteil mitgebeter Worte war.

---

<sup>44</sup> Ruhig bedeutet, dass Türe und Fenster geschlossen sind, keine Musik im Hintergrund läuft und kein Telefon klingelt. Keine dritten Personen sind anwesend, mit denen gesprochen werden kann oder die ablenken.

<sup>45</sup> Das Grundanliegen dabei ist, innere Ruhe zu fördern, das Gefühl des Aufgehobenseins und Angenommenseins bei Gott und in der Gemeinschaft vermitteln (Plote & Tholen 2011:14).

<sup>46</sup> Im Vater unser kommen manche Worte häufiger vor. Der Begriff „Himmel“ taucht z.B. ganz am Anfang auf („Vater unser im Himmel“) und danach wieder in der fünften Zeile („Wie im Himmel so auf Erden“). Damit man nun versteht, ob Frau X.B. an einem bestimmten Tag das erste oder das zweite vorkommende Wort „Himmel“ mitgebetet hat, wurden mehrmals auftauchende Worte mit einer Hochzahl versehen. Das Wort „Himmel“ in der ersten Zeile wird also als „Himmel<sup>1</sup>“ bezeichnet. Der Begriff in der fünften Zeile wird mit „Himmel<sup>2</sup>“ wiedergegeben.

### 3. Kodierungstabellen, Kodiervorgang, quantitative und qualitative Analyse

Es wurde notiert, welche Veränderungen gegenüber der Standard-Situation (Spalte 3 der Kodierungstabellen) vorgekommen sind und welche Worte mitgebetet wurden (Spalte 5, Kodierungstabellen). Mehrmals auftauchende Worte sind mit Hochzahlen durchnummeriert<sup>47</sup> Das Gebet wurde lediglich dann aufgenommen, wenn es keine oder nur eine einzige Abweichung (Spalte 3, Kodierungstabellen) vom Standard gab.<sup>48</sup> Ebenfalls wurde festgehalten, an welchem Tag die entsprechenden Worte mitgebetet wurden (Spalte 2, Kodierungstabellen). Weiter wurde die Anzahl mitgesprochener Worte und der Zustand der Bewohnerin notiert (Spalte 4, Kodierungstabellen). Wurde hinter der Zahl der mitgesprochenen Worte nichts notiert, war Fr. X.B. unauffällig. Ansonsten wurde festgehalten, wie sie wirkte: „Unkonzentriert“ (nestelt, schaut weg, glasiger Blick), „aufmerksam“ (hält Augenkontakt, geöffnete Augen, verfolgt Bewegungen der Betreuungsperson mit), „müde“ (Augen halb oder ganz geschlossen, gähnt, schläft sofort ein, wenn sie im Bett liegt) oder „entspannt“ (lächelt, im Pflegeprozess kooperativ).

Die unvollständigen Gebete von Frau X.B. sind in den folgenden Kodierungstabellen aufgelistet. Daraus ergeben sich Beobachtungen und Folgerungen, die in Teil II und III dieser Arbeit aufgegriffen werden. Die laufende Zeilennummer (Spalte 1, Kodierungstabellen) wird im Text erwähnt, um ein schnelles Auffinden zu ermöglichen. Nonverbale Äußerungen, die durch das Kontextwissen bekannt sind, werden ebenfalls ausgewertet.

Die Kodierungstabellen werden nach Mayring (2003) regelgeleitet nach den „Abweichungen“ und den inhaltstragenden gleichlautenden Gebetsbegriffen oder Gebetsphrasen („Wörter“ und „Wendungen“) analysiert (:42) und mögliche Bedeutungen abgeleitet (:43). Diese Interpretationen erschließen sich bei Frau X.B. auch aus dem Kontextwissen (Pflegeberichte) des Forschers. Bei der Auswertung ist freilich vorsichtig vorzugehen, da sich die betroffene Frau in der letzten Phase der Demenz befindet, den Zusammenhang zwischen Wort und Sache nicht mehr kennt und daher nicht jeder Begriff überinterpretiert werden darf. Diese sogenannte „Explikation“ gehört zu den Grundformen des Deutens, sie verfolgt das Ziel, zu einzelnen Gebetsbegriffen oder Wendungen des Vaterunsers „zusätzliches Material“ aus dem Lebenskontext von Frau X.B. heranzutragen,

---

<sup>47</sup> In obiger Fußnote zum Vaterunser wird dies mit einem Beispiel erklärt.

<sup>48</sup> Lief an einem Abend z.B. Musik und es klingelte während des Gebets das Telefon, wurde das Gebet hier nicht dokumentiert, da dies zwei Abweichungen wären. Ebenfalls wurden Gebete während der abendlichen Dämmerung nicht aufgenommen, da die Bewohnerin zu dieser Zeit immer unruhig war. Auch Gebete an besonders heißen Tagen wurden nicht festgehalten, da die Bewohnerin dann immer sehr müde war.

„das das Verständnis erweitert“ (:58) und die Gebetsäußerungen zu vertiefen und zu erklären versucht.

Die "Abweichungen" sind dann als Stör- oder Einflussfaktoren zu bezeichnen, wenn es zu einer Störung oder Beeinträchtigung des Betens kam. Diese Informationen werden aus den Pflegeberichten (Kontextwissen) entnommen und fließen in der Analyse und Deutung ein. Nonverbale Äußerungen (wie etwa Mimik, Gestik und Körperhaltungen) gehören mit zur Beobachtung, weil sie die verbalen Gebete verstärken (vgl. Borzt & Döring 2006:82). Zur besseren Übersichtlichkeit werden die nonverbalen Äußerungen direkt in den laufenden Text anstatt in die Kodiertabellen aufgenommen. Wenn keine Worte nachgesprochen werden, soll dies nicht zwangsläufig als negativ bewertet werden, denn im Raum des Schweigens kann sich dennoch eine Berührung Gottes ereignen. Hier muss auf Grenzen der empirischen-sichtbaren Seite der Untersuchung hingewiesen werden.

| Nr. | Datum      | Abweichung                 | Anzahl & Zustand   | Wörter und Wendungen  |
|-----|------------|----------------------------|--------------------|---|
| 1   | 2.11.2011  | Mit Vornamen angesprochen  | 5 (aufmerksam)     | „Name“, „Dein <sup>1</sup> Reich komme“, „geschehe“                 |
| 2   | 5.11.2011  | -                          | 4                  | „erlöse uns <sup>4</sup> “, „dem Bösen“                             |
| 3   | 6.11.2011  | -                          | 5                  | „unser“, „werde dein Name“, „komme“                                 |
| 4   | 17.11.2011 | -                          | 6 (aufmerksam)     | „Wie <sup>1</sup> im <sup>2</sup> Himmel <sup>2</sup> so auf Erden“ |
| 5   | 21.11.2011 | -                          | 5                  | „Vater unser im <sup>1</sup> Himmel <sup>1</sup> . Geheiligt“       |
| 6   | 22.11.2011 | Nie mit Namen angesprochen | 1 (unkonzentriert) | „Reich“   |
| 7   | 24.11.2011 | -                          | 1                  | „Erden“   |
| 8   | 25.11.2011 | -                          | 7                  | „Unser tägliches Brot gib uns <sup>1</sup> heute“, „Schuld“         |

Kodierungstabelle 1: Achtsames Gebet mit Frau X.B. im November 2011

Tendenz im Monat November 2011: Frau X.B. hat im November 2011 durchschnittlich 4,3 Wörter pro Tag mitgesprochen. Deutlich erkennbar ist, welchen Einfluss es auf Frau X.B. hatte, wie sie angesprochen wurde. Selbstverständlich wurde die Bewohnerin immer per Sie angeredet. Mit Vornamen angesprochen betete die Bewohnerin aber positive Worte mit, die mit Gottes Souveränität zu tun haben (Nr. 1). Dies kann damit zusammenhängen, dass eine Frau mit Demenz sich noch besser an ihren Vornamen erinnert, der tief in ihrem Gedächtnis verankert ist. Ihren späteren Nachnamen hat sie allerdings erst mit der Hochzeit angenommen – daher ist dieser vermutlich nicht so tief verankert. Wurde Frau X.B. dagegen nie mit Namen angesprochen,<sup>49</sup> wirkte sie unkonzentriert, sprach auch deutlich weniger Wörter und keine einzige Wendung mit (Nr. 6). Nur die Wendung „erlöse uns“ und der Begriff „Bösen“ stammt aus der letzten Zeile des Vaterunsers. Ansonsten stehen alle anderen 28 im November mitgebeteten Wörter in den ersten sechs Zeilen des

<sup>49</sup> Mir wurde jeweils erst in der anschließenden Reflexion über das eigene Vorgehen klar, dass ich die Bewohnerin nie mit Namen angesprochen hatte.

Gebet. Möglicherweise spricht das für eine höhere Konzentrationsfähigkeit zu Beginn des Gebetes. Insgesamt viermal wurde eine komplette Zeile des Gebetes mitgesprochen („Vater unser im Himmel“, „dein Reich komme“, „wie im Himmel so auf Erden“, „unser tägliches Brot gib uns heute“). Dies könnte dafür sprechen, dass die Betroffene in ihrer Sprachentwicklung noch nicht auf das Stadium von Ein-Wort-Sätzen zurückgefallen ist. Auch der Beziehungsbegriff „unser“ kam vor. Ebenfalls wurden gehäuft Wörter am Zeilenende mitgesprochen („Name“, „komme“, „geschehe“, „Erden“, „Bösen“).

| Nr. | Datum      | Abweichung                  | Anzahl & Zustand   | Wörter und Wendungen   |
|-----|------------|-----------------------------|--------------------|--|
| 9   | 2.12.2011  | -                           | 4                  | „Geheiligt werde dein Name“                                  |
| 10  | 3.12.2012  | -                           | 5                  | „Dein <sup>2</sup> Wille“, „vergib uns <sup>2</sup> unsere“  |
| 11  | 4.12.2011  | Hinter Bewohnerin gestanden | - (unkonzentriert) | -  |
| 12  | 5.12.2011  | -                           | 3                  | „Unser tägliches Brot“                                       |
| 13  | 12.12.2011 | -                           | 4 (aufmerksam)     | „erlöse uns <sup>4</sup> von dem“                            |
| 14  | 24.12.2011 | -                           | 4                  | „Wie <sup>2</sup> auch wir vergeben“                         |
| 15  | 26.12.2011 | -                           | 5                  | „Dein <sup>1</sup> Reich komme“, „Brot“, „uns <sup>1</sup> “ |

Kodierungstabelle 2: Achtsames Gebet mit Frau X.B. im Dezember 2011

Tendenz im Monat Dezember 2011: Frau X.B. hat durchschnittlich 3,6 Worte pro Tag mitgebetet. Als die Bewohnerin am 4.12. keine Person vor sich hatte, hat sie kein einziges Wort mitgebetet (Nr. 12). Da die Anzahl mitgebeteter Worte nicht zwangsweise für eine bessere oder schlechter gelebte Spiritualität des Betroffenen sprechen, könnte man hier auch argumentieren, Frau X.B. habe vielleicht im Stillen gebetet. Vom Kontextwissen (Cop pro 4.12.2011) kann hier aber ergänzt werden, dass die Betroffene an diesem Abend einen unkonzentrierten Eindruck machte. Daraus kann vorsichtig geschlossen werden, dass Frau X.B. die Anwesenheit eines konkreten Gegenübers zu einer inneren Ruhe und dadurch zu einer vertieften geistlichen Ausdrucksweise verhilft. Wie im Vormonat stammen auch bei diesem Gebet die meisten mitgesprochenen Worte aus den ersten sechs Zeilen des Gebets. Insgesamt wurden 25 Wörter mitgebetet. Eine erste Häufung findet sich von der zweiten bis zur vierten Zeile des Gebetes: Hier finden sich neun der mitgesprochenen 25 Wörter. Nach einer „Verschnaufspause“ betete Frau X.B. weitere 12 Wörter (Zeile 6-8) mit. Die restlichen vier Worte befinden sich in der letzten Zeile. Damit verteilen sich im Dezember die mitgesprochenen Begriffe gleichmäßiger auf das Gebet. Es ist zu beobachten, dass wieder ein Großteil der Wörter (14) in den ersten sechs Zeilen vorkommen. Weiter interessant ist, dass auch Wörter von der letzten Zeile mitgebetet wurden – dies war auch im Vormonat schon der Fall. Im Dezember betet Frau X.B. deutlich mehr Wendungen als Einzelbegriffe mit. Nur die Worte „Brot“ und das erste „uns“ werden einzeln mitgesprochen. Sehr vorsichtig kann angefragt werden, ob in diesem Monat Frau X.B. etwas dazu bewegt hat, Worte im gesamten Block

mitzusprechen. Ermöglichte ihr ein Umstand, im Gebet noch konkreter zu werden (durch Mehrwortsätze)? Lag es vielleicht am Beginn des neuen Kirchenjahres und der damit verbundenen tragenden Atmosphäre des Advents im Dezember?

| Nr. | Datum     | Abweichung                     | Anzahl & Zustand   | Wörter und Wendungen   |
|-----|-----------|--------------------------------|--------------------|--|
| 16  | 7.1.2012  | -                              | 6 (aufmerksam)     | „Wille“, „Und <sup>1</sup> vergib uns <sup>2</sup> unsere Schuld“                                  |
| 17  | 8.1.2012  | -                              | 5 (müde)           | „Himmel <sup>1</sup> “, „Name“, „geschehe“, „führe“, „unsere“                                      |
| 18  | 9.1.2012  | -                              | - (entspannt)      | -  |
| 19  | 10.1.2012 | Zeitdruck, ungeduldig geworden | 3 (unkonzentriert) | „Und <sup>1</sup> vergib uns <sup>2</sup> “  |
| 20  | 15.1.2012 | -                              | 4                  | „Vater unser im <sup>1</sup> Himmel <sup>1</sup> “   |
| 21  | 21.1.2012 | -                              | 7                  | „Dein <sup>1</sup> Reich komme“, „Wie <sup>1</sup> im <sup>2</sup> Himmel <sup>2</sup> “, „vergib“ |
| 22  | 25.1.2012 | -                              | 3                  | „Und <sup>2</sup> führe uns <sup>3</sup> “   |
| 23  | 26.1.2012 | -                              | 2 (müde)           | „im <sup>1</sup> Himmel <sup>1</sup> “   |

Kodierungstabelle 3: Achtsames Gebet mit Frau X.B. im Januar 2012

Tendenz im Monat Januar 2012: Frau X.B. betete in diesem Monat durchschnittlich 3,8 Wörter pro Tag mit. An dem Tag, als die Pflegekraft weniger Zeit für sie hatte (10.1.2012), wirkte Frau X.B. unkonzentriert (Nr. 19). Die Abweichung der Worte an diesem Tag ist zwar nicht signifikant – aber vom Gesamteindruck der Bewohnerin her ist anzunehmen, dass sie sich an diesem Tag nicht so wohl fühlte (krampfhaft zusammengepresste Lippen, abwehrende Körperhaltung). Am Tag davor (9.1.2012) betete sie zwar kein einziges Wort mit, machte aber einen wesentlich entspannteren Eindruck (Nr. 18). Daraus kann geschlossen werden, dass die Betroffene sehr sensibel wahrnahm, wie viel Zeit man hat, um auf sie einzugehen. 29 Wörter hat die Betroffene im Januar mitgebetet. Von diesen Wörtern befinden sich die meisten (16 Wörter) in der ersten Hälfte, also den ersten fünf Zeilen des Vaterunsers. Häufig wurden Wörter der ersten Zeile mitgebetet (7 Wörter). Dies spricht für eine höhere Abruffähigkeit der Wörter aus der ersten Hälfte des Gebets. Von der letzten Zeile hat Frau X.B. – entgegen der Vormonate – kein Wort mitgesprochen. Auch im Januar sind die meisten mitgesprochenen Wörter Wendungen aus mehreren Begriffen. Nur sechs einzelne Wörter wurden genannt. Auffallend im Januar ist, dass die Zeile „und vergib uns unsere Schuld“ einmal komplett und mehrmals einzelne Worte davon zitiert wurden.

| Nr. | Datum     | Abweichung | Anzahl & Zustand | Wörter und Wendungen  |
|-----|-----------|------------|------------------|---|
| 24  | 1.2.2012  | -          | 3 (müde)         | „vergeben unseren Schuldigern“  |
| 25  | 3.2.2012  | -          | 7 (aufmerksam)   | „Vater unser im <sup>1</sup> Himmel <sup>1</sup> “, „Und <sup>1</sup> vergib uns <sup>2</sup> “ |
| 26  | 7.2.2012  | -          | 3                | „Reich“, „Versuchung“, „Bösen“  |
| 27  | 15.2.2012 | -          | -                | -   |
| 28  | 18.2.2012 | -          | 4                | „unser“, „komme“, „gib“, „Schuld“   |
| 29  | 19.2.2012 | -          | 4 (aufmerksam)   | „Brot gib uns <sup>1</sup> heute“   |
| 30  | 20.2.2012 | -          | 6                | „geheiligt werde dein Name“, „Reich komme“  |
| 31  | 21.2.2012 | -          | 5                | „dein Name“, „Erden“, „in Versuchung“   |
| 32  | 22.2.2012 | -          | 4                | „geschehe“, „auf Erden“, „in Versuchung“  |

Kodierungstabelle 4: Achtsames Gebet mit Frau X.B. im Februar 2012

Tendenz im Februar 2012: Frau X.B. betete im Februar durchschnittlich 4 Worte pro Tag mit. In diesem Monat gab es keine Abweichung. Im Februar sprach die Betroffene insgesamt 37 Wörter mit. Die meisten dieser Wörter (19 Wörter) befanden sich in den ersten fünf Zeilen des Gebetes. Von der folgenden sechsten Zeile wurden im Monatsverlauf insgesamt 5 Wörter mitgesprochen. Damit wurden wieder sehr gehäuft Wörter aus den ersten sechs Zeilen mitgebetet (24 Wörter). Der Anteil einzelner mitgesprochener Wörter ist relativ hoch (10 Wörter). Auch Begriffe am Ende der Zeilen waren sehr beliebt: Jedes letzte Wort einer Zeile – außer dem „Amen“ am Ende - wurde in diesem Monat mindestens einmal mitgesprochen. Gleich dreimal sprach Frau X.B. die Wörter „Versuchung“ oder „in Versuchung“ mit. Abweichungen gab es im Februar keine.

| Nr. | Datum     | Abweichung                                | Anzahl & Zustand   | Wörter und Wendungen   |
|-----|-----------|---|--------------------|--|
| 33  | 3.3.2012  | -   | 7                  | „Vater unser im <sup>1</sup> Himmel <sup>1</sup> “, „Geheiligt werde dein Name“    |
| 34  | 4.3.2012  | Konflikt im Kollegenteam beschäftigt mich | - (unkonzentriert) | -  |
| 35  | 5.3.2012  | Nur einmal mit Namen angesprochen         | 2 (unkonzentriert) | „wir vergeben“   |
| 36  | 6.3.2012  | -   | 6                  | „Dein <sup>1</sup> Reich komme“, „erlöse uns <sup>4</sup> “, „Bösen“               |
| 37  | 8.3.2012  | -   | -                  | -  |
| 38  | 27.3.2012 | Mit Vornamen angesprochen                 | 4 (entspannt)      | „im <sup>2</sup> Himmel <sup>2</sup> “, „auf Erden“                                |
| 39  | 29.3.2012 | Mit Vornamen angesprochen                 | 4 (entspannt)      | „im <sup>2</sup> Himmel <sup>2</sup> “, „auf Erden“                                |
| 40  | 30.3.2012 | -   | 5                  | „Dein <sup>1</sup> Reich“, „Wie <sup>1</sup> im <sup>2</sup> Himmel <sup>2</sup> “ |

Kodierungstabelle 5: Achtsames Gebet mit Frau X.B. im März 2012

Tendenz im März 2012: Im März wurden durchschnittlich 3,8 Wörter mitgesprochen. An den beiden Tagen, an denen die Bewohnerin mit Vornamen angesprochen wurde (Nr. 38, 39), wirkte sie entspannt. An dem Tag, als sie nur einmal mit Namen angesprochen wurde (an anderen Abenden wurde die Betroffene häufiger mit ihrem Namen angeredet), wirkte

sie unkonzentriert (Nr. 35). An Tagen, an denen die Betroffene häufiger mit Namen angesprochen wird, wird sie vielleicht unabsichtlich auch bewusster mit einbezogen. Dies erhärtet den Eindruck von November 2011: Es scheint einen Einfluss auf die Bewohner zu haben, wie häufig diese angesprochen und mit einbezogen werden. Auch wird wieder deutlich, dass Menschen mit einer Demenz im letzten Stadium besser auf Ansprache mit dem Vornamen als auf Ansprache mit dem Nachnamen reagieren. An einem Tag wirkte Frau X.B. verkrampft und betete kein einziges Wort mit (Nr. 34). Vielleicht hatte es einen Einfluss auf sie, dass die Pflegekraft einen Konflikt im Team hatte. Dies würde dafür sprechen, dass die Betroffene sensibel auf Stimmungen und gegenüber Dritten reagiert. Die Betroffene hat im ganzen Monat 24 Wörter laut mitgebetet. Davon befanden sich die meisten Begriffe innerhalb der ersten Hälfte: 19 Wörter stammen aus den ersten fünf Zeilen. Danach kommt eine „Verschnaufpause“. Aus den letzten drei Zeilen betete die Betroffene nur noch fünf Wörter mit. Nur einmal wurde ein einzelner Begriff („Bösen“) verwendet. Ansonsten handelte es sich immer um mindestens zwei zusammenhängende Wörter. Dreimal sprach die Betroffene „im Himmel“ bzw. „wie im Himmel“ mit. „Dein Reich“ und „auf Erden“ wurde zweimal mitgebetet.

| Nr. | Datum     | Abweichung                              | Anzahl & Zustand   | Wörter und Wendungen   |
|-----|-----------|---|--------------------|--|
| 41  | 2.4.2012  | Fenster auf: Straßenlärm                | 1 (unkonzentriert) | „Schuld“   |
| 42  | 3.4.2012  | -                                       | 4                  | „Vater unser im <sup>1</sup> Himmel“   |
| 43  | 4.4.2012  | -                                       | 6                  | „Und <sup>1</sup> vergib uns <sup>2</sup> unsere Schuld“, „Versuchung“         |
| 44  | 5.4.2012  | Knappe Kommunikation während der Pflege | 2 (unkonzentriert) | „komme“, „Schuld“  |
| 45  | 10.4.2012 | Keine Berührung mit den Händen          | 1 (unkonzentriert) | „komme“  |
| 46  | 11.4.2012 | -                                       | 3                  | „komme“, „vergib“, „Amen“  |
| 47  | 19.4.2012 | -                                       | 2 (unkonzentriert) | „gib uns <sup>1</sup> “  |
| 48  | 20.4.2012 | -                                       | 6                  | „Wie <sup>2</sup> auch wir vergeben unseren Schuldigern“                       |
| 49  | 24.4.2012 | -                                       | 7                  | „Dein <sup>1</sup> Reich komme“, „Erden“, „heute“, „Schuldigern“, „Versuchung“ |

Kodierungstabelle 6: Achtsames Gebet mit Frau X.B. im April 2012

Tendenz im April 2012: Im April wurden durchschnittlich 3,6 Wörter mitgesprochen. An drei Tagen gab es eine Abweichung. An allen drei Tagen wirkte die betroffene Frau abwesender also sonst. Als das Fenster geöffnet war, wurde sie vielleicht durch den Straßenlärm gestört (Nr. 41). Die Bewohnerin wirkte auch abwesend, als während der Pflege weniger mit ihr gesprochen wurde als an anderen Tagen (Nr. 44). Ebenfalls machte sie einen unkonzentrierten Eindruck, wenn die Bewohnerin keinen Handkontakt hatte (Nr. 45). Es wird deutlich, dass es vorteilhaft ist, wenn sich die Person ungeteilt aufmerksam wahrgenommen fühlt. Auch kann angenommen werden, dass Frau X.B. sich

wohl fühlte, wenn man mit ihr sprach und ihre Hände berührt wurden. Im April sprach Frau X.B. 32 Wörter mit. Die Verteilung der Begriffe ist gegenüber den Vormonaten atypisch: Die meisten mitgesprochenen Worte befinden sich in der zweiten Hälfte des Gebetes. Während von den ersten fünf Zeilen nur 11 Wörter mitgesprochen wurden, betete Frau X.B. 21 Wörter aus der zweiten Hälfte mit. 11 von allen Wörtern wurden einzeln mitgesprochen und bei 10 Wörtern gilt, dass sie mindestens verbunden mit einem zweiten Begriff genannt wurden. Gehäuft wurden ebenfalls wieder die letzten Wörter der Zeilen mitgebetet. Es fällt auf, dass die Wörter „komme“, „vergib“, „Schuld“, „Schuldigen“ und „Versuchung“ jeweils mindestens zweimal verwendet wurden. An den drei Tagen, an denen es Abweichungen gab, wurden jeweils nur die Wörter „Schuld“ und „komme“ verwendet.

| Nr. | Datum     | Abweichung  | Anzahl & Zustand   | Wörter und Wendungen   |
|-----|-----------|---|--------------------|--|
| 50  | 5.5.2012  | -   | 3                  | „heute“, „Schuld“, „Versuchung“  |
| 51  | 6.5.2012  | Klassische Musik im Hintergrund                           | 7 (entspannt)      | „im <sup>1</sup> Himmel <sup>1</sup> . Geheiligt werde dein Name“, „Bösen“ |
| 52  | 17.5.2012 | Populärer Radiosender mit aktuellen Charts im Hintergrund | - (unkonzentriert) | -  |
| 53  | 18.5.2012 | -   | 4                  | „Vater unser im <sup>1</sup> “, „geheiligt“                                |
| 54  | 19.5.2012 | -   | 3                  | „vergib uns <sup>2</sup> unsere Schuld“                                    |
| 55  | 20.5.2012 | Klassische Musik im Hintergrund                           | 5 (entspannt)      | „Geheiligt werde dein“, „auf Erden“  |
| 56  | 25.5.2012 | Bewohner konnte Gebet auf einem Blatt mitlesen.           | 6 (aufmerksam)     | „Himmel <sup>1</sup> “, „Geheiligt werde dein Name“, „Schuld“              |
| 57  | 26.5.2012 | -   | 3                  | „Name“, „komme“, „geschehe“  |
| 58  | 27.5.2012 | Knappe Kommunikation                                      | 2 (müde)           | „unseren Schuldigen“   |
| 59  | 28.5.2012 | Populärer Radiosender mit aktuellen Charts im Hintergrund | 1 (unkonzentriert) | „Brot“   |

Kodierungstabelle 7: Achtsames Gebet mit Frau X.B. im Mai 2012

Tendenz im Mai 2012: Im Mai wurden durchschnittlich 3,4 Wörter mitgebetet. An insgesamt sechs Tagen gab es eine Abweichung. An Abenden, an denen im Hintergrund klassische Musik lief, machte Frau X.B. einen entspannten Eindruck (Nr. 51, 55). Aus der Biographie ist bekannt, dass die Betroffene auch früher gern Klassik gehört hat (Cop pro 31.5.2012). An zwei anderen Abenden war die Tochter zu Besuch gewesen. Sie hatte einen modernen Radiosender eingeschaltet (Nr. 52, 59). Während die Bewohnerin abends ins Bett gebracht wurde, wurde die Musik sehr leise gedreht. Frau X.B. wirkte an beiden Abenden unkonzentriert. Auch betete sie am entsprechenden Abend jeweils nur ein bzw. kein Wort mit. An einem Tag wurde der Betroffenen das Gebet auf einem Blatt ins Sichtfeld gehängt (Nr. 56). So konnte Frau X.B. die einzelnen Worte des Gebetes mitlesen. Offenbar hatte dies eine positive Wirkung auf die Anzahl der mitgebeteten Worte. Auch wirkte sie an diesem Tag sehr wach und aufgeschlossen. An einem anderen Tag zeigte sich, dass Frau X.B. ermüdet wirkte, als zuvor knapp mit ihr kommuniziert

wurde (Nr. 58). Im Mai wurden insgesamt 35 Wörter laut mitgebetet. Rund zwei Drittel davon befanden sich in den ersten fünf Zeilen des Gebetes (23 Wörter). Etwa ein Drittel stammt aus der hinteren Hälfte (12 Wörter). 11 Wörter wurden einzeln mitgesprochen, die restlichen Begriffe wurden jeweils als Teil einer Wendung zitiert. Von den 11 einzeln verwendeten Wörtern sind der Großteil (9 Wörter) jeweils die letzten Wörter einer Zeile. Jedes letzte Wort einer Zeile – außer dem „Amen“ am Ende - wurde in diesem Monat mindestens einmal mitgesprochen. In diesem Monat kommen gehäuft (mindestens zweimal) die Wörter und Wendungen „im Himmel“ und „geheiligt werde dein Name“ vor. Der Begriff „geheiligt“ ist mit viermaliger Nennung Spitzenreiter des Monats. Wie auch im Vormonat wird das Wort „Schuld“ dreimal laut mitgebetet.

| Nr. | Datum     | Abweichung                      | Anzahl & Zustand | Wörter und Wendungen  |
|-----|-----------|---------------------------------|------------------|---|
| 60  | 1.6.2012  | Wirkte zuvor sehr müde          | 4 (müde)         | „Himmel <sup>2</sup> “, „heute“, „Schuld“, „nicht“                          |
| 61  | 8.6.2012  | -                               | 6 (aufmerksam)   | „Himmel <sup>1</sup> “, „Name“, „geschehe“, „Erden“, „Brot“, „Schuld“       |
| 62  | 16.6.2012 | Klassische Musik im Hintergrund | 7 (entspannt)    | „unser im <sup>1</sup> Himmel <sup>1</sup> “, „Geheiligt werde dein Name“   |
| 63  | 17.6.2012 |                                 | 4                | „unser“, „werde dein“, „heute“  |
| 64  | 20.6.2012 | -                               | 3                | „dein Name“, „Schuld“   |
| 65  | 22.6.2012 | -                               | 5                | „wir vergeben unseren Schuldigern“  |
| 66  | 27.6.2012 | -                               | 4 (müde)         | „unser im <sup>1</sup> “, „führe uns <sup>3</sup> “                         |
| 67  | 28.6.2012 | -                               | 6                | „Dein <sup>1</sup> Reich komme“, „Und <sup>2</sup> führe uns <sup>3</sup> “ |
| 68  | 29.6.201  | -                               | 1                | „unser“   |
| 69  | 30.6.2012 | -                               | 3                | „Dein <sup>2</sup> Wille geschehe“  |

Kodierungstabelle 8: Achtsames Gebet mit Frau X.B. im Juni 2012

Tendenz im Juni 2012: Diesen Monat betete die Bewohnerin 4,3 Wörter mit. Als im Hintergrund klassische Musik lief (Nr. 62), wirkte Frau X.B. wach und entspannt. Die Probandin sprach im ganzen Monat 42 Wörter mit. Die meisten davon (26 Wörter) befinden sich in den ersten fünf Zeilen des Gebetes. 25 dieser 26 Wörter sogar innerhalb der ersten vier Zeilen. Die 16 Wörter in der zweiten Hälfte des Gebetes befinden sich in der sechsten bis neunten Zeile. Von der letzten Zeile wurde also kein Wort mitgebetet. Insgesamt 14 Wörter wurden einzeln gebetet, die übrigen 28 Begriffe sind Teil von Wendungen. Jedes letzte Wort einer Zeile – außer dem „Amen“ am Ende - wurde in diesem Monat mindestens einmal mitgesprochen. Viermal wurde das Wort „unser“ gebetet, dreimal sprach Frau X.B. „Himmel“, „dein“, „Name“ und „Schuld“ mit. Die Begriffe „im<sup>1</sup>“, „werde“, „geschehe“, „heute“ und die Wendung „führe uns“ wurden zweimal mitgesprochen.

| Nr. | Datum     | Abweichung                               | Anzahl & Zustand    | Wörter und Wendungen                                   |
|-----|-----------|--|---------------------|--|
| 70  | 1.7.2012  | Knappe Kommunikation                     | 1 (un-konzentriert) | „komme“  |
| 71  | 4.7.2012  | -  | 3 (auf-merksam)     | „unser im <sup>1</sup> Himmel <sup>1</sup> “           |
| 72  | 6.7.2012  | Zeitdruck, ungeduldig geworden           | 3 (un-konzentriert) | „komme“, „Brot“, „Schuld“                              |
| 73  | 7.7.2012  | -  | 3                   | „dein“, „geschehe“, „Versuchung“                       |
| 74  | 8.7.2012  | -  | 4                   | „geschehe“, „nicht in Versuchung“                      |
| 75  | 17.7.2012 | -  | -                   | -  |
| 76  | 18.7.2012 | Erschöpft nach Besuch                    | 1 (müde)            | „komme“  |
| 77  | 20.7.2012 | -  | 4                   | „vergib uns <sup>2</sup> “, „erlöse uns <sup>4</sup> “ |
| 78  | 25.7.2012 | -  | -                   | -  |
| 79  | 27.7.2012 | -  | 3                   | „werde dein Name“                                      |
| 80  | 28.7.2012 | Unterbrechungen durch mehrere Telefonate | 4                   | „dein Name“, „nicht in“                                |
| 81  | 29.7.2012 | Unterbrechung                            | 1                   | „Bösen“  |
| 82  | 31.7.2012 | -  | 3                   | „Dein <sup>1</sup> Reich“, „geschehe“                  |

Kodierungstabelle 9: Achtsames Gebet mit Frau X.B. im Juli 2012

Tendenz im Juli 2012: Im Juli wurden durchschnittlich 2,3 Wörter mitgebetet. An fünf Tagen kam es zu Abweichungen. Vier dieser Abweichungen wirkten offenbar negativ, weil die Bewohnerin entsprechend reagierte: Als mit der Bewohnerin knapp kommuniziert wurde (Nr. 70), als die Pflege unter Zeitdruck geschah (Nr. 72), als die Bewohnerin nach einem Besuch erschöpft war (Nr. 76) und als es zu einer Unterbrechung während der Pflege kam (Nr. 81). Die mitgebeteten Wörter befinden sich wieder hauptsächlich in der ersten Hälfte des Gebetes: Von den 27 Wörtern befinden sich 17 in den ersten vier Zeilen und zehn Wörter in den hinteren fünf Zeilen. 12 der mitgebeteten Wörter sind Einzelbegriffe, die restlichen 15 Wörter sind Teil von Wendungen. Zwei- bzw. dreimal wurden die Wörter bzw. Wendungen „dein Name“, „komme“, „geschehe“ und „nicht in Versuchung“ mitgesprochen.

| Nr. | Datum     | Abweichung                     | Anzahl & Zustand   | Wörter und Wendungen  |
|-----|-----------|--------------------------------|--------------------|---|
| 83  | 4.8.2012  | Keine Berührung mit den Händen | 2 (unkonzentriert) | „Schuld“, „Schuldigen“  |
| 84  | 5.8.2012  | Zweimalige Unterbrechung       | 3                  | „geheiligt werde dein“  |
| 85  | 9.8.2012  | -                              | 5                  | „Vater unser“, „dein Name“, „komme“                                   |
| 86  | 10.8.2012 | Hinter Bewohnerin gestanden    | - (unkonzentriert) | -   |
| 87  | 11.8.2012 | -                              | - (müde)           | -   |
| 88  | 12.8.2012 | Schnell gesprochen             | 1 (unkonzentriert) | „Vater“   |
| 89  | 14.8.2012 | -                              | 4                  | „Dein <sup>2</sup> Wille geschehe“, „Himmel <sup>2</sup> “            |
| 90  | 15.8.2012 | -                              | 3                  | „Versuchung“, „erlöse uns <sup>4</sup> “                              |
| 91  | 16.8.2012 | -                              | 4                  | „Brot gib uns <sup>1</sup> heute“                                     |
| 92  | 18.8.2012 | -                              | 7 (aufmerksam)     | „Himmel <sup>1</sup> “, „geheiligt werde dein Name“, „tägliches Brot“ |

Kodierungstabelle 10: Achtsames Gebet mit Frau X.B. im August 2012

Tendenz im August 2012: Im August betete die Probandin 2,9 Wörter mit. In diesem Monat gab es vier Tage mit Abweichungen. Die Bewohnerin wirkte unkonzentriert, wenn ihre Hände nicht berührt wurden (Nr. 83), als sie keine Bezugsperson vor sich hatte (Nr. 86) und als schnell gebetet wurde (Nr. 88). Dies zeigt wieder, wie wichtig für Menschen mit Demenz die persönliche Beziehung ist. Wieder befinden sich die meisten Wörter in den ersten Zeilen: 18 Wörter aus den ersten vier Zeilen tauchen in ihren laut gesprochenen Wörtern auf, die restlichen 11 der 29 laut mitgesprochenen Wörter befinden sich in den hinteren fünf Zeilen. Frau X.B. betete sieben einzelne Wörter mit. 22 der mitgesprochenen Wörter waren Teil einer Wendung aus mehreren Begriffen. Mindestens zweimal kamen die Wörter und Wendungen „Vater“, „Himmel“, „Geheiligt werde dein Name“ und „Brot“ vor.

| Nr. | Datum     | Abweichung                        | Anzahl & Zustand   | Wörter und Wendungen                          |
|-----|-----------|-----------------------------------|--------------------|---|
| 93  | 1.9.2012  | -                                 | - (müde)           | -   |
| 94  | 2.9.2012  | -                                 | 4                  | „Vater unser“, „Reich komme“                  |
| 95  | 3.9.2012  | -                                 | 5                  | „unser“, „geheiligt“, „Wille geschehe“, „gib“ |
| 96  | 4.9.2012  | -                                 | 3                  | „gib uns <sup>1</sup> heute“                  |
| 97  | 6.9.2012  | Schnell gesprochen                | 2 (unkonzentriert) | „dein Name“                                   |
| 98  | 9.9.2012  | -                                 | 2                  | „dem Bösen“                                   |
| 99  | 12.9.2012 | -                                 | 5                  | „auch wir vergeben unseren Schuldigen“        |
| 100 | 15.9.2012 | Nur einmal mit Namen angesprochen | 1 (unkonzentriert) | „Versuchung“                                  |

Kodierungstabelle 11: Achtsames Gebet mit Frau X.B. im September 2012

Tendenz im September 2012: Im letzten aufgezeichneten Monat betet Frau X.B. durchschnittlich noch 2,8 Wörter pro Tag mit. An den beiden Tagen, an denen es eine Abweichung gab, wirkte die Probandin unkonzentriert: Und zwar als an einem Abend das Gebet schnell aufgesagt wurde (Nr. 97) – und als sie nur einmal mit ihrem Namen angesprochen wurde (Nr. 100). Die 22 mitgebeteten Worte sind in etwa gleich auf das Gebet verteilt. Zehn Wörter wurden aus den ersten fünf Zeilen zitiert, zwölf Begriffe stammen von den hinteren fünf Zeilen. Fünf Wörter wurden einzeln mitgesprochen, siebzehn Wörter stammen jeweils aus einer Wendung mit mehreren Begriffen. Die einzigen Wörter, die zweimal genannt wurden, waren „unser“ und „gib“.

### **Zusammenfassende Schlussfolgerungen**

Beim achtsamen Gebet des Vaterunsers sprach Frau X.B. täglich zwischen 0 und 7 Wörter laut mit. Durchschnittlich wurden 3,5 Gebetswörter am Tag artikuliert. Durch die wechselnden Arbeitszeiten des Forschers konnten nicht jeden Monat gleich viele Tage aufgenommen werden. Somit sollen die einzelnen Monate nicht nach mathematischen Gesetzen miteinander verglichen werden. Sie zeigen nur eine vorsichtige Tendenz auf.

Beziehungswörter wie „unser“ oder „dein“ wurden oft mitgebetet. Menschen mit und ohne Demenz stehen in einer Beziehung zueinander. Aber sie stehen auch in einer Beziehung zu Gott. Vergleichswörter wie „wie“ oder „so“ betete Frau X.B. eher selten mit. Verben (wie „komme“ oder „geschehe“) und Substantive (wie „Himmel“ und „Name“) wurden anderen Wortarten (wie den Präpositionen „in“ oder „von“) gegenüber bevorzugt mitgebetet.

*Nachfolgend wird jeweils in Klammern hinter dem einzelnen Wort angegeben, welches Wort wie häufig während der insgesamt 100 vorgesprochenen Gebete mitgebetet wurde (mehrmals vorkommende Worte wurden mit hochgestellten Zahlen durchnummeriert):*

*Vater (9) unser (16) im<sup>1</sup> (11) Himmel<sup>1</sup> (13).*

*Geheiligt (12) werde (12) dein (18) Name (18).*

*Dein<sup>1</sup> (8) Reich (12) komme (18).*

*Dein<sup>2</sup> (3) Wille (5) geschehe (11).*

*Wie<sup>1</sup> (3) im<sup>2</sup> (5) Himmel<sup>2</sup> (7) so (1) auf (5) Erden (9).*

*Unser (2) tägliches (3) Brot (9) gib (7) uns<sup>1</sup> (6) heute (8).*

*Und<sup>1</sup> (4) vergib (9) uns<sup>2</sup> (7) unsere (5) Schuld (14).*

*Wie<sup>2</sup> (2) auch (3) wir (5) vergeben (6) unseren (5) Schuldigern (7).*

*Und<sup>2</sup> (2) führe (4) uns<sup>3</sup> (3) nicht (3) in (4) Versuchung (10).*

*Sondern (0) erlöse (5) uns<sup>4</sup> (5) von (1) dem (3) Bösen (6). Amen (2).*

Wörter aus den ersten fünf Zeilen wurden häufiger mitgebetet als Wörter aus den letzten fünf Zeilen. Dies spricht dafür, dass die Bewohnerin bald ermüdet oder ihre Konzentration mit der Zeit abnimmt. Menschen mit Demenz helfen offensichtlich Pausen beim Gebet.

Wörter am Zeilenende wie „Name“ oder „Himmel“ nach kurzer Unterbrechung betete Frau X.B. öfter mit als andere Begriffe. Evtl. wurde von ihr in der Pause der Hand- oder Augenkontakt intensiver empfunden, was eine höhere Abrufquote der folgenden Worte mit sich brachte.

## II Demenz im Altenheim

### Vorgehensweise

In diesem Teil geht es zuerst um die Krankheit Demenz (1). Weiter soll über verschiedene Aspekte nachgedacht werden, die ebenso zentral die Forschungsfrage (*Wie kann Menschen aller Demenzphasen in Kleingruppen im Altenheim die biblische Botschaft vermittelt werden?*) beleuchten (2). Somit wird der Rahmen für das ganze Gemälde der Masterarbeit abgesteckt.

### 1 Grundaspekte: Krankheitsbild und Ansätze

Nun werden grundlegende Informationen über Demenz aus medizinischer Sicht dargestellt (1.1). Für den Umgang mit Demenz rücken jedoch die nichtmedikamentösen Herangehensweisen in den Vordergrund. Diese Möglichkeiten jenseits der Medizin werden anschließend behandelt. Einige Ansätze drehen sich um Beschäftigung für Menschen mit Demenz (1.2), andere Ansätze legen mehr Wert auf Dinge in der Umgebung und das soziale Umfeld für Betroffene (1.3). Auch können Umgang und Verhalten von Menschen mit Demenz oder von betreuenden Personen im Mittelpunkt stehen (1.4). Manche Herangehensweisen rücken verstärkt Person und Biographie ins Zentrum (1.5).

#### 1.1 Krankheitsbild

Zuerst sollen populäre Ansichten über Demenz gezeigt werden (1.1.1). Weiter müssen Grundlagen zu Gehirn und Gedächtnis erklärt werden (1.1.2). Dann wird Demenz definiert (1.1.3). Anschließend soll die Krankheit eingeteilt und ihr Verlauf dargestellt werden (1.1.4). Nachfolgend wird gezeigt, welcher Anteil der Bevölkerung betroffen ist (Epidemiologie) (1.1.5). Die Ursachen einer Demenz, wie ihr vorgebeugt und wie sie evtl. verzögert werden kann, wird danach behandelt (1.1.6). Weiter werden Symptome (1.1.7), die drei Schweregrade (1.1.8) und die Diagnose der Demenz beschrieben (1.1.9). Zuletzt geht es schließlich um medikamentöse Therapiemöglichkeiten der Krankheit (1.1.10).

##### 1.1.1 Populäre Ansichten über Demenz

Das Demenz-Syndrom kann weder abschließend eingeordnet, noch vollständig erklärt oder umfassend beurteilt werden. Es wird ein Ringen darum bleiben, wie diese Krankheit zu sehen ist. Demenz wurde bereits als Zustand aufgefasst, um Unbewältigtes zu verarbeiten. So wird der ansonsten sehr praxistaugliche Ansatz der Validation (1.4.1)

folgendermassen begründet: Menschen mit Demenz ziehen sich aus der überfordernden Realität zurück, um unbewältigte Konflikte auf der Gefühlsebene zu lösen: Angenehme Erfahrungen und Emotionen aus der Vergangenheit sollen belebt und Langeweile durch mit den Sinnen erlebte Situationen vertrieben werden (Feil 1992:35; MDS<sup>50</sup> 2009:118). Demenz wurde auch bereits als langsames Sterben verstanden: Damit würden sich Betroffene in einem lange anhaltenden Sterbeprozess befinden. Andere sehen Demenz als Strafe für den Einzelnen: Da auf dem Betroffenen eine Schuld liege, leide er an Demenz. Vergessen als Folge verschwiegener Schuld ist eine weitere Betrachtungsweise von Demenz (Bittner 2013:157). Demenz wurde auch schon als Strafe für ein ganzes Volk verstanden: Weil das deutsche Volk so viele Schandtaten aus der Nazizeit vertuschen wollte, werde die Nation nun mit kollektivem Vergessen bestraft. Auch wurde Demenz schon als Strafe des Einzelnen gegenüber anderen Menschen aufgefasst: „Bevor die Angehörigen mich vergessen, vergesse ich die Angehörigen.“

Hier soll angefragt werden, ob Demenz nicht besser als Krankheit zu verstehen ist. Die Krankheit kam zwar durch die Sünde in die Welt (Gen 2,17; Röm 5,12). Allerdings ist es ein Fehlschluss, die Krankheit Einzelner auf eine bestimmte Sünde zurückzuführen (Buch Hiob, Joh 9,2-3; 11,4). Ein solcher biblischer Realismus würde wohl alle Beteiligten entspannen: Demenz wäre somit Teil des Lebens und nicht des Sterbens. Es käme niemand in die Versuchung, Betroffene auf einer moralisch niedrigeren Ebene anzusiedeln als Menschen ohne Demenz. In Krankheit und Leiden muss nicht unbedingt ein Sinn und ein Ziel hinein interpretiert werden. Krankheit und Leiden wollen zunächst einmal angenommen werden (siehe Karle 2009). Vielleicht dienen sie darüber hinaus noch dazu, dass die Menschen aneinander barmherzig werden können. Wird Demenz als Krankheit verstanden, verliert sich der Blick nicht in der Schuld des Einzelnen. Es besteht nicht die Gefahr, Betroffene wegen einer bestimmten Sünde abzustempeln. Vielmehr bliebe der Mensch im Zentrum. Allerdings ist auch auf eine behutsame Formulierung zu achten, wenn Demenz mit Krankheit in Zusammenhang gebracht wird. Davon handelt der folgende Abschnitt.

### **Demenz als eine Krankheit, die Menschen betrifft**

Nicht überall wird ausdrücklich formuliert, dass individuelle Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, im Mittelpunkt stehen. Depping spricht von „Demenzkranken“<sup>51</sup> (z.B. Depping 2008:15). Herbst bezeichnet Betroffene ebenfalls als „Kranke“ (Herbst 2012:652). Hier könnte der Eindruck entstehen, dass die Krankheit im Vordergrund steht.

---

<sup>50</sup> Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.

<sup>51</sup> Wissmann (2004) sieht eine doppelte Abwertung im Begriff der „Demenzkranken“ (2004:21): Erstens wird so der Mensch defizitär wahrgenommen – zweitens wird seine Abhängigkeit hierarchisch festgeschrieben.

Besser klingt etwa „Schützlinge“ (Schweitzer & Bruce 2010:62). Der Weg, den Fröchtling gewählt hat, ist jedoch noch eleganter. Sie redet von „Menschen mit Demenz“ (Fröchtling 2008:37). Diese Formulierung verschweigt die Krankheit nicht, betont sie aber auch nicht zu sehr. In dieser Arbeit wird bevorzugt von „Menschen mit Demenz“, „dementen Menschen“ oder „Betroffenen“ gesprochen. Gelegentlich in Zitaten auftauchende Begriffe wie „Demenzkranke“ wurden jedoch belassen, denn auch der Krankheitscharakter darf gelegentlich erwähnt werden. Dies mag wie eine Nebensächlichlichkeit erscheinen – der Unterschied wird aber deutlich, wenn man die Beobachtungsszenen A,B und C liest. Man wird die Betroffenen ganz anders wahrnehmen, wenn man sie zuerst als Menschen und nicht als Kranke betrachtet.

### **Demenz als eine Krankheit, die betroffen macht**

Auch wird vermieden, von „Patienten“ zu sprechen. Denn nach dem Wortsinn ist ein „Patient“ einer, der leidet. Es ist aber nicht klar, ob ein Mensch mit Demenz wirklich während seines gesamten Krankheitsverlaufes ein Leidender ist. Geeigneter ist es, von „Betroffenen“ zu reden. Je nach Zusammenhang kann die Betonung dabei auf den betroffenen Menschen mit Demenz oder auf den betroffenen Angehörigen liegen.

*Eine Altenpflegerin<sup>52</sup> erzählte im Gespräch, dass sie im Alter selber dement werden möchte. Dieser Wunsch wird für die meisten Menschen nicht nachvollziehbar sein. Diese Altenpflegerin hatte vielleicht die Angst vor der Krankheit verloren. Die schönen Seiten und das in einer Demenz phasenweise auftretende traumähnliche Leben war in den Vordergrund ihrer Wahrnehmung gerückt.*

Demenz bleibt eine Krankheit. Das Syndrom mag vielleicht kein Alptraum sein, aber auch kein Traum. Demenz würde den Schrecken verlieren, wenn man die Zuversicht haben dürfte, „in Ruhe den Verstand verlieren zu dürfen ... und dabei als Mensch geschätzt und würdevoll behandelt zu werden“ (Schützendorf, & Wallrafen-Dreisow 2010:9). Demenz betrifft Menschen. Menschen werden daran erinnert, wie sie selber enden können – und dass sie Verantwortung füreinander haben. Demenz berührt alle Beteiligten und macht betroffen.

## **1.1.2 Gehirn und Gedächtnis**

Um die Veränderungen bei einer demenziellen Erkrankung nachvollziehen zu können, werden hier grundlegende Begriffe zu Gehirn und Gedächtnis geklärt.

---

<sup>52</sup> Die Altenpflegerin arbeitete im Emil-Sräga-Haus. Inzwischen ist sie an einem anderen Ort tätig. Sie ist eine sehr einfühlsame Person, die über viel Erfahrung mit Betroffenen verfügt.

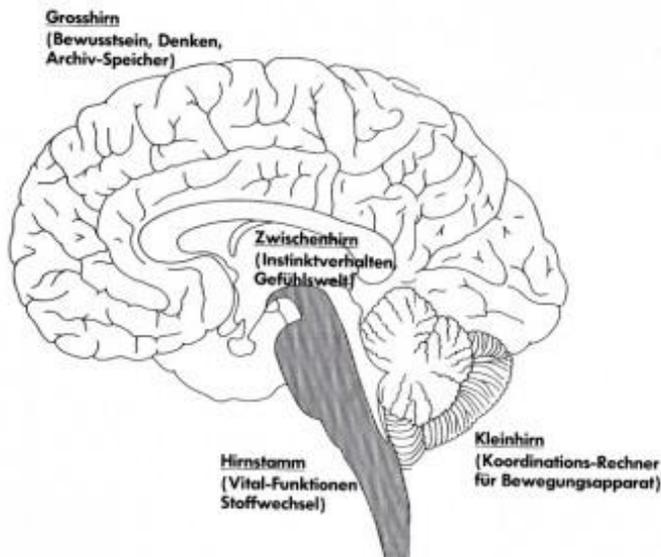


Bild 1: Gliederung des menschlichen Gehirns (nepomucenum.de [28.3.2013])

Der Hirnstamm besteht aus verlängertem Mark (Medulla oblongata), Brücke (Pons) und Mittelhirn (Mesencephalon). Dieses Stammhirn verarbeitet Sinneseindrücke und gibt Informationen ab, die die Bewegungen (Motorik) betreffen (Schaade 2009:14). Das Zwischenhirn (Diencephalon) steuert vegetative Funktionen (z.B. Emotionen) und verarbeitet sensorische Zuflüsse (:14). Der Hypothalamus steuert das vegetative Nervensystem (:15). Das Kleinhirn (Cerebellum) regelt Gleichgewicht, Koordination, Automatisierung und Bewegung (:15). Das Großhirn (Telencephalon) sorgt dafür, dass Bewegungen reibungslos und koordiniert ausgeführt werden (:15). Im Großhirn (vor allem im Neokortex) ist das Zentrum von Wahrnehmung, Gedächtnis, Willen, Denken und Erinnern (:16). Die Großhirnrinde (Kortex) liefert dem Großhirn die notwendigen motorischen Impulse (:15). Weiter verarbeitet die Großhirnrinde einfache Bewegungen und Sinneswahrnehmungen (Hören, Sehen, Riechen, Schmecken, Fühlen) und vernetzt verschiedene Funktionen (:15). Verschiedene Strukturen der Großhirnrinde werden zusammengefasst als limbisches System bezeichnet (:16).

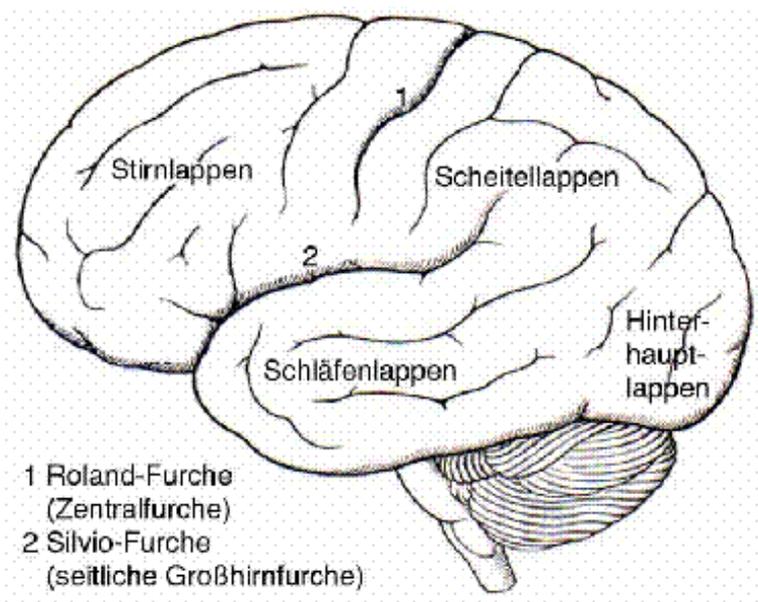


Bild 2: Die fünf Lappen des menschlichen Gehirns (scheffel.og.bw.schule.de [28.3.2013])

Der Frontallappen (Lobus frontalis) regelt die Motorik, im Temporallappen (Lobus temporalis) befinden sich das Hörzentrum und Teile des Sprachzentrums (Schaade 2009:16). Der Parietallappen (Lobus parietalis) ist verantwortlich für sensorische Funktionen, visuelle Steuerungen von Bewegungen, Reizerkennung, Wechsel zwischen verschiedenen Reizen, räumliches Denken, Rechnen und Lesen (:16). Verschiedene Ebenen des Erinnerns können unterschieden werden. Das Langzeitgedächtnis (Altgedächtnis) erinnert sich vorwiegend an frühere Ereignisse, Lebens- und Zeitgeschichte (Jopping 2008:15; Calabrese, Lang & Förstl 2011:14).<sup>53</sup> Dies fällt Menschen mit Demenz häufig leicht (Jopping 2008:15-16).

*Herr T.H. (83-84 Jahre, Phase I, 2013) erinnert sich bestens an persönliche Erlebnisse aus seinen ersten Lebensjahren. Er erzählt häufig vom Landleben in der ukrainischen Provinz, wo er aufgewachsen ist. Biblische Beispiele aus dem landwirtschaftlichen Bereich fallen bei ihm also auf fruchtbaren Boden.*

Das Kurzzeitgedächtnis (Frischgedächtnis) ist für Erinnerungen aus der jüngsten Vergangenheit zuständig. Gestärkt wird das Kurzzeitgedächtnis durch Training und Wiederholung (Jopping 2008:16; Schaade 2009:20). Das Kurzzeitgedächtnis erinnert sich somit an die letzten Sekunden und Minuten (Calabrese, Lang & Förstl 2011:14). *Während einer Kleingruppe (wie in Beobachtungsszene B) sind Wiederholungen angebracht. Mehrmals können die Namen der handelnden Personen wiederholt werden.*

Das Ultrakurzzeitgedächtnis (Sofortgedächtnis) bezieht sich auf die unmittelbare Gegenwart. Diese früheste Reizwahrnehmung wird auch nach der Art bezeichnet, wie sie verarbeitet wird, nämlich als echoisches oder akustisches Gedächtnis (Calabrese, Lang &

<sup>53</sup> Schaade (2009:27).

Förstl 2011:12; Schaade 2009:20) Alte Menschen haben damit meist erhebliche Schwierigkeiten (Jopping 2008:16). Der Erinnerungszeitraum des Ultrakurzzeitgedächtnisses bezieht sich also auf Sekundenbruchteile (Calabrese, Lang & Förstl 2011:14). *Die Kommunikation von Frau I.N. (84-85 Jahre, Phase III, 2013) besteht zu einem großen Teil daraus, dass sie die letzten Worte des Gesprächspartners wiederholt.* Durch innere Wiederholung und Gruppierung „sacken“ die gemerkten Gedächtnisinhalte in die jeweils nächste tiefere Ebene des Erinnerns (:12-13). Regelmäßige Kleingruppen können Betroffene genauso fördern wie Wiederholungen innerhalb der einzelnen Treffen. Für Menschen mit Demenz ist es eine Hilfe, wenn sich die Seelsorger immer wieder mit Namen vorstellt.

Inhaltlich ist das episodische vom semantischen Gedächtnis zu unterscheiden. Das episodische Gedächtnis ruft Informationen ab, die in Raum und Zeit eingebunden sind: Erlebnisse, Abläufe, einzelne Szenen (Calabrese, Lang & Förstl 2011:14). Das semantische Gedächtnis stellt eher das systematisch angesammelte Wissen dar, das aber vom Zusammenhang unabhängig ist (:14).

### 1.1.3 Definition

Gemäß dem lateinischen Wortsinn bedeutet Demenz „Torheit, Verrücktheit, Wahnsinn“ (Petschening & Skutsch 1994:147). Umschrieben wird der Begriff mit „weg vom Geist“, „ohne Geist“ oder „Verlieren des Verstandes (Gilse 1993:33): „Mens bedeutet Geist und die Vorsilbe 'de' bringt zum Ausdruck, dass der Geist nach und nach zurückgenommen wird“ (Depping 2008:14). Es geht also um die Abwesenheit des Denkvermögens (MDS 2009:32). „Demenz ist ein schwerwiegender Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit aufgrund einer ausgeprägten und lang anhaltenden Funktionsstörung des Gehirns“ (Förstl & Lang 2011:4). *„Ich vergesse doch immer alles“ (Frau N.I., 75 Jahre, Phase II, 12.3.2013) ist eine häufig geäußerte Klage von Menschen mit Demenz.*

Das Demenz-Syndrom zeigt Störungen vieler von der Hirnrinde ausgehender höherer Funktionen. Dazu gehören Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Syndrom wird als eine meist chronische oder fortschreitende Krankheit des Gehirns definiert. Demenzen verändern Gedächtnis, Intelligenz und Persönlichkeit. Mit dem Abbauprozess des Gehirns geht ein Nachlassen der geistigen Leistungsfähigkeit einher. Die schweren organischen Veränderungen im Nervensystem bei Demenzen gehen über reguläre altersbedingte Veränderungen deutlich hinaus (DEGAM 2008:11<sup>54</sup>; Förstl & Lang 2011:5).<sup>55</sup>

---

<sup>54</sup> ICD 10 ist der gängige Diagnoseschlüssel in Deutschland, eine Art „Maßstab für alle bisherigen Studien“ (DEGAM 2008:11). Daher werden in dieser Arbeit die Definitionen nach ICD 10 anderen Definitionen vorgezogen, falls nicht anders erwähnt.

*Eines Tages war Herr F.U. sehr aufgewühlt und gereizt. Als beruhigend auf ihn eingegangen wurde, sagte er: „Fassen Sie sich mal selbst an der Nase. Dann haben Sie genug in der Hand“ (82 Jahre, Phase II, 25.4.2010). Satzbau und Sprache sind intakt. Die Sätze wirken zunächst zufällig. Bei genauerer Betrachtung kann als tieferes Anliegen jedoch herausgehört werden: „Haben Sie nicht genug mit sich selbst zu tun? Müssen Sie auch noch in meine Welt eindringen?“*

Wer in der Seelsorge mit Menschen mit Demenz tätig ist, sollte seine Erwartungen niedrig halten. Es darf kein analytisches Denken vorausgesetzt werden. Betroffene können auch nicht „um die Ecke denken“. Es hilft Teilnehmern von Bibelkreis-Kleingruppen, wenn klar und strukturiert vorgegangen wird.

### 1.1.4 Einteilung und Verlauf

Hinter dem Oberbegriff Demenz verbergen sich verschiedene Krankheitsbilder. Teilt man diese nach der Entstehung<sup>56</sup> ein, so werden unterschieden (DEGAM 2008:12):

- Neurodegenerative (nervlicher Abbau) Demenz, Alzheimer-Demenz, Morbus Alzheimer oder Demenz vom Alzheimer-Typ<sup>57</sup>
- Vaskuläre (mit den Blutgefäßen zusammenhängende) Demenz<sup>58</sup>
- Sekundäre (aufgrund anderer Grunderkrankungen auftretende) Demenzen<sup>59</sup>

Den Großteil der Demenzen bilden neurodegenerative Formen, deutlich angeführt von der *Alzheimer-Demenz* mit 60 Prozent der Demenzen (Depping 2008:15).<sup>60</sup> Die Demenz vom Alzheimer-Typ beginnt meist im höheren Alter, ist also eine „late-onset-Demenz“ (:15). Sie fängt schleichend an und schreitet sechs bis acht Jahre fort (:15). Seltener setzt die Krankheit bereits vor dem 65. Lebensjahr ein (early-onset-Demenz), verläuft dann aber schneller (:15). Es verändert sich das Hirngewebe, vor allem im Bereich von Stirn und

<sup>55</sup> Fröscher (2004:347); WHO (2006).

<sup>56</sup> Demenzen können auch nach anderen Kriterien eingeteilt werden: Einteilungen aus den USA orientieren sich an der zerebralen Schädigung (Beispiel: „Kortikale“ und „subkortikale“ Demenzen). Deutschsprachige Einteilungen dagegen - wie ICD 10 – ordnen nach der Genese (Entstehung).

<sup>57</sup> Es geht in dieser Arbeit stets um Demenzen allgemein. Da die Alzheimer-Demenz jedoch charakteristisch für das höhere Alter ist, wird diese Arbeit gelegentlich darauf eingegrenzt: Dann wird direkt erwähnt, dass es um die „Alzheimer-Demenz“ geht. Ein Beispiel ist die Selbsterhaltungstherapie (SET), die für Alzheimer-Patienten entwickelt wurde (Punkt 1.5.4).

<sup>58</sup> Beispiele für vaskuläre Demenzen: Multiinfarkt-Demenz, kortikale oder subkortikale Demenz.

<sup>59</sup> Beispiele für Krankheiten, die einer sekundären Demenz zugrunde liegen können: Morbus Pick, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Chorea Huntington, Morbus Parkinson, HIV, Intoxikationen, Multiple Sklerose, zerebrale Lipidstoffwechselstörung, Stoffwechselstörungen, Alkoholismus, Vitamin-B12-Mangel, Normaldruckhydrocephalus, schweres Schädel-Hirn-Trauma, Schlaf-Apnoe-Syndrom und progressive Paralyse (Depping 2008:17; Grond 2005:33).

<sup>60</sup> Förstl, Kurz & Hartmann 2011 kommen dagegen zu dem Schluss, die Diagnose „Alzheimer“ werde häufig vorschnell gestellt. Bei zwei Drittel der untersuchten Patienten würde Alzheimer diagnostiziert werden, häufig würde es sich bei genauerem Hinsehen jedoch um eine gemischte Demenz mit gleichzeitigen vaskulären und anderen Veränderungen des Gehirns handeln (:48).

Schlafen (Weiss & Weber 1997:163ff).<sup>61</sup> Das Gehirn wird zu wenig mit Glukose und Sauerstoff versorgt (:411ff).<sup>62</sup> Diese Veränderungen treten wesentlich stärker auf als bei normal alternden Menschen (Depping 2008:15). *Während einer Demenz kann beobachtet werden, ob ein Verlauf eher linear oder eher in Stufen verläuft (z.B. Beobachtungsszene C).*

Die *vaskuläre Demenz* bezeichnet der Volksmund oft als „Verkalkung“ (Depping 2008:15). Der lateinische Begriff „vasculum“ bedeutet „kleines Gefäß“ (:15). Etwa 20 Prozent der Demenzen sind vaskulär, ungefähr bei 15 Prozent der Menschen mit Demenz liegt eine Mischform zwischen Alzheimerdemenz und vaskulärer Demenz vor (:15). Wie im Namen anklingt, sind bei dieser Demenzform Gefäße verschlossen (:16). Im Gegensatz zur gleichmäßig verlaufenden Alzheimer-Demenz verläuft die vaskuläre Demenz „wechsel-, stufen- oder schrittweise“ (:16).<sup>63</sup> Je nach befallener Hirnregion kann es sein, dass das Sprachzentrum des Betroffenen ausfällt, der Mensch mit Demenz aber noch Lieder mit Text und Aussprache perfekt singen kann. Auch kann es sein, dass der Betroffene nicht mehr schreiben, aber noch lesen kann.

Allgemein anerkannt ist, dass eine genaue Abklärung der Demenzart hilft, um angemessen reagieren zu können (DEGAM 2008; Förstl 2011b).<sup>64</sup> In der Praxis wird jedoch meist auf eine genaue Diagnose verzichtet.

*Im Emil-Sräga-Haus hat die Krankenkasse für 60 Bewohner zusätzliche Betreuung aufgrund ihrer Demenz bewilligt. Bei 48 dieser 60 Bewohner endete die ärztliche Diagnostik jedoch bereits beim Überbegriff „Demenz“. Bei acht weiteren Bewohnern ist aufgrund der Akten nicht ersichtlich, ob die nähere Definition der Demenz auf sorgfältiger Diagnostik beruht oder eine Verdachtsdiagnose ist. Lediglich bei vier Bewohnern ist nachvollziehbar, dass die Demenzart sorgfältig abgeklärt wurde (Stand 2.6.2013).*

Depping ermutigt nachzuhaken, ob das Krankheitsbild fachgerecht abgeklärt wurde (2008:19). Oft wird dies nicht so wichtig genommen, „weil man ja bei so einem alten

---

<sup>61</sup> Es kommt zu „Atrophie (Substanzschwund), Veränderungen der Fibrillen (Verklumpungen von Fäserchen in den Nervenzellen, Schwund der Dendriten (Botschaften empfangende Fortsätze der Nervenzelle), Bildung von Plaques (extrazelluläre Amyloidablagerungen, abnormes Protein) sowie zur granulovaskulären Degeneration (Hohlräume im Zellinneren mit körnigem Material)“ (Depping 2008:14). Der Verlauf sekundärer Demenzen wird hier nicht näher erläutert, da bei ihnen die Therapie der Grunderkrankung im Vordergrund steht.

<sup>62</sup> „Neurochemisch gesehen ist u.a. die Glukosenutzung vermindert, Sauerstoffverbrauch und Durchblutung der Gehirngefäße sind gestört, sowie der Fluss der Überträgerstoffe an den Synapsen“ (Depping 2008:15).

<sup>63</sup> Zwei häufige Formen der vaskulären Demenz sind die „Binswanger-Krankheit“ (Depping 2008:16) und die „Multi-Infarkt-Demenz“ (:16). Bei der Binswanger-Krankheit werden die tieferen Hirnschichten der weißen Substanz flächig entmarkt. Kleinschrittiger, schlüpfender Gang, Sturzgefahr und Dranginkontinenz folgen in frühen Krankheitsphasen; einhergehend mit Affektlabilität (mit unkontrolliertem Lachen oder Weinen), Neigung zu Depression, Verlangsamung und Interessenverlust (Depping 2008:16). Bei der Multi-Infarkt-Demenz der Hirnrinde stehen zunächst Lähmungen, Sprach- und Schluckstörungen, besonders nach Schlaganfällen, im Vordergrund; später kommen evtl. nächtliche Verwirrung, dauernde Desorientierung und Halluzinationen hinzu (Grond 2003:101-102; Grond 2005:31-32).

<sup>64</sup> MDS (2009:42-44).

Menschen doch nichts mehr machen kann“ (:19). Wichtig allerdings wäre eine gründliche Diagnose schon deshalb, weil 15,2 Prozent der sekundären Demenzen heilbar oder zumindest linderbar sind, wenn die Grunderkrankungen behandelt werden (Beyreuther 2002:416). Ebenfalls wichtig ist eine fachärztliche Abklärung, da entsprechende Medikamente Begleiterscheinungen wie Ängste oder Unruhe verringern oder nehmen können (Depping 2008:19). Liegt bei einer betroffenen Person eine aktuelle Veränderung vor, kann es sich um den weiteren Schub ihrer Demenz handeln. Bei Pflegekräften, Ärzten und Angehörigen kann man sich erkundigen, um welche Form der Demenz es sich handelt.

### **1.1.5 Ursachen, Vorbeugung und Verzögerung der Demenz**

Verschiedenen Demenzarten liegen unterschiedliche Ursachen zugrunde. Laut epidemiologischen Studien sind folgende Personengruppen vorwiegend betroffen: Alte Menschen, Frauen, Personen mit an Demenz erkrankten Verwandten ersten Grades, Personen mit Kopfverletzungen und damit verbundenem Schädel-Hirn-Trauma in der Vergangenheit, Personen mit geringem Bildungsniveau, Patienten mit Down-Syndrom und Personen mit Schlaganfall in der Vorgeschichte (DEGAM 2008:21; Etgen 2011:318). Zu den Risikofaktoren, die beeinflussbar sind, zählen vor allem übermäßiger Alkoholkonsum und ein „vaskuläres Risikoprofil“ (DEGAM 2008:21;). Damit sind alle Faktoren gemeint, die sich negativ auf die Blutgefäße auswirken, etwa Bluthochdruck, Rauchen oder Diabetes mellitus (DEGAM 2008:21; Etgen 2011:319-320). Das Risiko einer Demenz kann vermindert werden durch Reduktion des Übergewichtes, Sport und geistige Leistung (DEGAM 2008:21). Auf die Blutgefäße wirkt sich zudem salzarme Kost positiv aus.

Als Ursache der Alzheimer-Demenz werden Hirnentwicklungsstörungen diskutiert: Damit wäre Alzheimer eine angeborene Krankheit (Universität Leipzig 2010). Wojnar empfiehlt, durch entsprechende Aufklärung einen aktiven Umgang mit der Krankheit zu ermöglichen und dadurch „die Phase der selbstständigen Lebensführung zu verlängern“ (Wojnar 2006a:259): Dazu rät er, geistig und körperlich aktiv zu bleiben, intensive soziale Kontakte zu pflegen, sich gesund zu ernähren, die Krankheit medikamentös zu behandeln und Stress zu vermeiden.

### **1.1.6 Epidemiologie (Vorkommen in der Bevölkerung)**

Demenzen, insbesondere die Alzheimer-Demenz, treten vor allem im höheren Lebensalter auf (DEGAM 2008:13). Im Durchschnitt sind 6 bis 8 Prozent der Menschen über 65 Jahren von einer mittelschweren oder schweren Demenz betroffen (Förstl & Lang 2011:7). Weitere 6 bis 8 Prozent dieser Bevölkerungsgruppe leidet an einer fraglichen

oder leichten Demenz (:8). Die angegebene Zahl der Menschen mit Demenz in Deutschland schwankt. Meta-Analysen vorwiegend europäischer Studien ergeben einen durchschnittlichen Krankenbestand (Prävalenz) von etwa einer Million Betroffenen in Deutschland (Weyerer 2010:11). BMG<sup>65</sup> (2007a) und Bickel (2008) gehen von einer jährlichen Steigerung der Prävalenz aus. MDS (2009) konkretisiert: „Unter Berücksichtigung der Sterberate ist jährlich mit einer Zunahme um rund 20.000 demenziell Erkrankte zu rechnen“ (:28). Dieser Anstieg wird vor allem durch die höhere Lebenserwartung erklärt (:30).

Folgende Tabelle zeigt, wie sich die prozentuale Anzahl der Menschen mit Demenz auf die verschiedenen Altersgruppen verteilt (Prävalenz). Je nach Quelle und Jahr schwanken die Zahlen in den einzelnen Zeilen etwas (Bickel 2005:1-15):

| Altersgruppe            | 65-69 | 70-74 | 75-79 | 80-84  | 85-89  | 90-94  | 95+    | Gesamt-<br>rate 65+ |
|-------------------------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|---------------------|
| Jorm 1987               | 1,4 % | 2,8 % | 5,6 % | 10,5 % | 20,8 % | 38,6 % | -      | 6,5 %               |
| Hofman 1991             | 1,4 % | 4,1 % | 5,7 % | 13,0 % | 21,6 % | 32,2 % | 34,7 % | 6,9 %               |
| Ritchie &<br>Kidea 1995 | 1,5 % | 3,5 % | 7,3 % | 13,4 % | 22,2 % | 33,0 % | 44,8 % | 7,3 %               |

Tabelle 13: Anteil dementer Menschen versch. Altersgruppen in der Gesamtbevölkerung.

Die Tendenz, die sich ergibt, ist bei allen Quellen klar: Mit zunehmendem Alter steigt die Anzahl der Menschen mit Demenz. Im Altenheim ist der Anteil von Menschen mit Demenz wesentlich höher als in der Gesamtbevölkerung. Für das Emil-Srąga-Haus zeigt dies nachfolgende Aufstellung (Cop Pro 21.8.2013):

|                                     | 65-69 | 70-74 | 75-79 | 80-84  | 85-89  | 90-94  | 95+  | Gesamt <sup>66</sup> |
|-------------------------------------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|------|----------------------|
| Anzahl<br>Bewohner                  | 2     | 9     | 10    | 12     | 19     | 11     | 3    | 66                   |
| Davon mit<br>Demenz                 | 1     | 7     | 9     | 11     | 18     | 10     | 3    | 59                   |
| Prozentsatz<br>dementer<br>Menschen | 50 %  | 77,8% | 90 %  | 91,7 % | 94,7 % | 90,9 % | 100% | 89,4 %               |

Tabelle 14: Anteil dementer Menschen versch. Altersgruppen im Emil-Srąga-Haus (21.8.2013).

Ob die prozentuale Häufigkeit von Demenz in der Gruppe der über 95-Jährigen zunimmt oder stagniert, ist nicht geklärt (Weyerer 2010:11). Indizien deuten jedoch auf einen weiteren Anstieg hin (Alter 2001:5; Grond 2005:17). Alter kann als Hauptrisikofaktor für Demenz betrachtet werden (MDS 2009:18). Stirbt man an keiner anderen Krankheit, steigen die Chancen, an einer Demenz zu erkranken (2008:65).

<sup>65</sup> BMG = Bundesministerium für Gesundheit.

<sup>66</sup> Die Bewohner unter 65 Jahren wurden nicht in die Berechnung aufgenommen.

Viele Prognosen für die Zukunft stimmen darin überein, dass in Folge der höheren Lebenserwartung die Anzahl der Menschen mit Alzheimer ansteigen wird (Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e.V. 2006:13; Deutsche Alzheimer-Gesellschaft e.V. 2002:5; Fröscher 2004:349). Deshalb wird der Umgang mit Demenz für die Altenseelsorge von Jahr zu Jahr bedeutender werden (Depping 2008:11). Antworten werden gesucht, wie Betroffenen etwas vermittelt werden kann. Diese Arbeit wird im dritten Teil den Weg aufzeigen, Menschen mit Demenz über ihre Sinne anzusprechen.

### 1.1.7 Symptome

Im normalen Alterungsprozess kann die geistige Leistung teilweise sogar noch zunehmen, und zwar die „kristalline Intelligenz“ (DEGAM 2008:27). Dies sind mit den Lebensjahren dazugewonnene Fähigkeiten, wie z.B. analytisches Denken oder reflektorischer Scharfsinn. Abnehmen kann dagegen die „fluide Intelligenz“ (:27). Zur fluiden Intelligenz gehören angeborene Fähigkeiten wie Orientierungssinn oder Auffassungsgabe. Im Bereich der fluiden Intelligenz sind also dem Alter entsprechende Einbußen normal. Bei einer Alzheimer-Demenz schränkt der Verlust der geistigen Leistung die alltäglichen Fähigkeiten ein.

*Ein Betroffener, der die Verschlechterung seiner geistigen Fähigkeiten und seinen körperlichen Abbau wahrnahm, sagte treffend: „Wie soll ich denn die Welt verändern, wenn ich nicht mal mit meiner Hose klar komme?“ (Herr F.U., 83 Jahre, Phase III, 27.1.2011). Hier schwingt Resignation und Hoffnungslosigkeit mit, während ein tiefes und ernstes Anliegen in dieser Aussage steckt.*

Oft erinnert eine beginnende Demenz eher an eine Depression, da sich Betroffene schämen und deshalb zurückziehen (DEGAM 2008:27). *Im Altenheim kann dies beobachtet werden: Menschen mit Demenz in der ersten Phase ziehen sich eher ins Zimmer zurück und verschwinden nach Aktivierungsangeboten wieder. In späteren Phasen sind Menschen tendenziell offener und zugänglicher.*

### Vergesslichkeit

Eine beginnende Demenz zeigt sich durch Störungen des Gedächtnisses. Die Vergesslichkeit gilt als Kardinalsymptom der geistigen Erscheinungen (Depping 2008:24; Grond 2003:25). Vor allem das Kurzzeitgedächtnis ist betroffen, während ältere oder häufig wiederholte Fakten länger erhalten bleiben – bereits 1882 formulierte Ribot prägnant: „Last in, first out“ (zit. in Berghoff 1999:16). *Während Frau G.B. (86 Jahre, Phase III, 29.3.2013) ihren früheren Schulweg noch mit vielen Details beschreiben kann, kann sie sich nicht mehr an das Mittagessen des heutigen Tages erinnern.*

## Verhaltensstörungen

Daneben treten Verhaltensstörungen als Begleitsymptome auf (Depping 2008:14; Grond 2005:25-26): Betroffenen fällt es schwer, sich Neues zu merken, z.B. wo Gegenstände abgelegt wurden (DEGAM 2008:18). *Herr M.X. (90-91 Jahre, Phase II, 2011) verlegte z.B. immer wieder seine Brille.* Episodische Handlungen (z.B. Einkaufen) können nicht mehr durchgeführt werden und Sinnzusammenhänge werden nicht mehr verstanden (DEGAM 2008:19; Grond 2003:15). *Frau I.T. in der Beobachtungsszene A erkannte z.B. nicht, dass die Weihnachtspäckchen nur zur Dekoration gedacht waren.* Vernunft, Urteils- und Kritikfähigkeit sind gestört (DEGAM 2008:19; Grond 2003:15). *Aus diesem Grund ist Frau M.N. schwer zu begegnen, wenn sie in der Bibelrunde (Beobachtungsszene B) über ihren Mitbewohner schimpft.* Die Aufmerksamkeitsfähigkeit ist eingeschränkt (Grond 2003:15). *Deshalb ist bei Bibelkreisen (z.B. Beobachtungsszene B) auf kurze Sätze und eine angemessene Gesamtlänge zu achten. Wenn Bewohner nicht mehr aufmerksam dabei sein können, kann man zwischendrin andere Sinne einbeziehen.* Neue Probleme wie verbranntes Essen überfordern den Betroffenen (DEGAM 2008:19). *Im Altenheim kann auch das Verhalten von Mitbewohnern ein Problem darstellen.* Sozial inadäquate Verhaltensweisen treten zu Tage (DEGAM 2008:19). *Es kann vorkommen, dass Betroffene sich im gemeinsamen Aufenthaltsraum ausziehen. In diesem Fall liegt das daran, dass sie den privaten nicht mehr von einem öffentlichen Raum unterscheiden können.* Den Betroffenen fehlt die „Räumliche Orientierung“ (DEGAM 2008:19). *Dies äußert sich etwa darin, dass sie in unbekanntem Umfeld überfordert sind.* Der Betroffene findet nicht die passenden Worte (Depping 2008:14; DEGAM 2008:19). *Er ringt nach Worten und beginnt mitten im Satz zu stocken.* Ungewohnte Verhaltensweisen treten auf (DEGAM 2008:19). Betroffene können passiv, antriebslos, depressiv, misstrauisch, unruhig oder aggressiv werden: Schreien oder Halluzinationen können auftreten (DEGAM 2008:19; Grond 2005:25-26).<sup>67</sup>

## Zeitliche Orientierung

Menschen mit Demenz in späteren Stadien sind weniger in die Zeit eingebettet und leben nur noch im Augenblick. Betroffene benötigen zeitliche Orientierungshilfe von außen (Muntanjohl 2011:30): Oft werden sie von Ereignissen überrumpelt, da sie diese als plötzlich auftretend erleben. Es empfiehlt sich, Gottesdienste, Bibelkreise und Besuche anzukündigen und daran zu erinnern. Dies kann durch Schilder, Wochen- und Monatspläne und über das Pflegepersonal geschehen.

---

<sup>67</sup> Wahn und Halluzinationen können als eigenständige Symptome oder als Begleiterscheinungen von Medikamenten auftreten (Depping 2008:16,61-63). Siehe zum Thema „Wahrheit und Lüge“ im „Umgang mit Wahnvorstellungen und Halluzinationen“ MDS (2009:81-83).

*Der Bibelkreis im Emil-Srąga-Haus fand anfangs ein- bis zweimal pro Monat statt. Die Bewohner waren immer wieder überfordert, als dieser Termin für sie plötzlich auftrat. Seit 2010 finden die Bibelkreise an festen Wochentagen in einem fixen Zeitfenster in Kleingruppen statt. Inzwischen fühlt sich die Situation viel entspannter an. Ein Teil der Bewohner wartet bereits. Einem anderen Teil der Bewohner scheint zumindest klar zu sein, was nun geschieht.*

### **Tagesstruktur**

Zunehmend verlieren Menschen mit Demenz die Tagesstruktur – damit geht auch ihre Alltagssicherheit verloren (Muntanjohl 2011:29). Aus diesem Grund benötigen Menschen mit Demenz relativ feste Abläufe – innerhalb eines Gottesdienstes, eines Bibelkreises oder auch innerhalb einer Einzelbegleitung. Feste Rituale tragen entscheidend mit dazu bei, ob Betroffene einen Anlass „als erholsam oder als bedrohlich empfinden“ (:30). Auch liturgische Elemente helfen Betroffenen (:31): Sie verschaffen ihnen ein Erfolgserlebnis. *In Bibelkreisen können Bewohner ermutigt werden, gemeinsam ein bekanntes Lied zu singen, das Vaterunser oder das Apostolische Glaubensbekenntnis zu beten.*

### **1.1.8 Einteilung und Darstellung der drei Schweregrade**

In dieser Arbeit wird der Verlauf der Demenz in drei Phasen<sup>68</sup> als leicht, mittel und schwer eingeordnet.<sup>69</sup> Verteilt auf alle Menschen mit Demenz ist das Verhältnis der drei Schweregrade etwa 3:4:3 (Weyerer 2010:11). Allerdings sind die Grenzen zwischen den einzelnen Phasen fließend und die Stadien können nicht exakt abgegrenzt werden. (DEGAM 2008:17; Förstl 2011:6).<sup>70</sup> So kann Harninkontinenz bereits in der ersten Phase beginnen (Flemming 2006:21). „Menschen mit Demenz im Anfangsstadium beginnen ein Leben als WeltenbummlerInnen in zwei Welten. Dabei geraten diese beiden Welten in immer stärkeren Konflikt zueinander“ (Fröchtling 2008:99).

---

<sup>68</sup> Wie bei anderen Klassifizierungen in Stadien (z.B. beim Sterbe- oder Trauerprozess) stellt sich auch hier die Frage, ob nicht die Darstellung in Phasenmodelle irgendwann von Aufgabenmodellen abgelöst werden könnte. Hierauf hat bereits Marshall hingewiesen (2001:5).

<sup>69</sup> Die Gliederung in d r e i Phasen ist ein Mittelweg zwischen anderen Einteilungen: Einfacher wird die Demenz auch gelegentlich in z w e i - eine frühe und eine späte - Phasen unterteilt. Eine umfangreichere Einteilung aus dem angelsächsischen Raum, die Global Deterioration Scale (GDS) von B. Reisberg, gliedert in s i e b e n Stadien: *Zuerst* sind keine Einbußen der geistigen Leistung feststellbar; in der *zweiten* Phase sind die Leistungseinbußen zweifelhaft. Im *dritten* Stadium sind geringe und im *vierten* Stadium mäßige Einbußen erkennbar. Die Einschränkungen der geistigen Leistung verschlechtern sich dann weiter: Im *fünften* Stadium sind sie mittelschwer, im *sechsten* Stadium schwer; und im *letzten* Stadium sehr schwer (Boetsch, Stübner & Auer 2003:83-84; Reisberg 1986:30ff).

<sup>70</sup> Auch verschiedene Demenzen verlaufen unterschiedlich: Die Demenz vom Alzheimer-Typ eher schleichend, die vaskuläre Demenz eher stufenförmig. Da in der Praxis jedoch sehr selten eine genauere Diagnose als der Oberbegriff „Demenz“ vorliegt, wird hier der Verlauf nur allgemein beschrieben.

### **Schweregrad 1: Leichte Demenz**

Betroffene der ersten Phase neigen dazu, wenig spontan zu sein: Sie sind unruhig, unsicher, depressiv, reizbar und stimmungslabil (DEGAM 2008:18). Auch können sie zerstreut, raschen Stimmungsschwankungen oder Persönlichkeitsstörungen unterworfen, apathisch oder antriebslos sein (Förstl & Lang 2011:7; Schwarz 2000:18). Körperlich sind demente Menschen in dieser Phase nicht eingeschränkt. Vielschichtige Alltagstätigkeiten überfordern jedoch Menschen mit Demenz in der ersten Phase (DEGAM 2008:18; Förstl, Kurz & Hartmann 2011:52).<sup>71</sup> Es können Orientierungsverlust und Wortfindungsstörungen auftreten (Förstl & Lang 2011:7; Schwarz 2000:18). Betroffene können noch unabhängig leben, sind jedoch eingeschränkt (DEGAM 2008:18; Förstl, Kurz & Hartmann 2011:53).<sup>72</sup> Grond bezeichnet diese erste Phase auch als Vergessensstadium (Grond 2005:46-47). In dieser Phase steht im Vordergrund, Betroffene zu ermutigen. Sie müssen angenommen und wertgeschätzt werden – so wie sie sind.

*Herr N.S. (81-82 Jahre, Phase I, 2012) macht einen relativ selbständigen Eindruck. Er kann sich an Erlebnisse aus seiner Kindheit bestens erinnern. Manchmal weiss er aber nicht mehr, wer ihn wenige Stunden zuvor besucht hat – oder was letzte Woche in der Bibelstunde behandelt wurde. Er ist mit Aufgaben überfordert, sobald diese komplex werden: Z.B. überfordert ihn das Umblättern einer Seite im Gesangbuch während eines Liedes. Es zeigen sich Benennungsstörungen und er umschreibt oft Dinge oder Personen: „Das Eckige“ ist die Bibel und „tonvoll reden“ sagte er, als er „singen“ meinte (26.1.2012). Er tut sich schwer, räumliche Verhältnisse einzuschätzen: Das Gesangbuch fiel auf den Boden, als er es eigentlich auf den Tisch legen wollte (19.1.2012). Insgesamt wirkt er eher unsicher, traurig und in sich gekehrt.*

### **Schweregrad 2: Mittlere Demenz**

Durchschnittlich drei Jahre nach Diagnosestellung entwickelt sich das mittelschwere Stadium (Förstl, Kurz, & Hartmann 2011:53). Menschen mit Demenz im zweiten Stadium sind eher unruhig, neigen zu Angstzuständen, Halluzinationen, Wutausbrüchen und verhalten sich häufig aggressiv (DEGAM 2008:18; Förstl, Kurz, & Hartmann 2011:53). Sinneswahrnehmungen verändern sich (Förstl, Kurz, & Hartmann 2011:53; Schwarz 2000:22): Durch veränderten Geschmack kann der demente Mensch seinen Appetit verlieren. Selbst nahe Angehörige werden nicht mehr erkannt, wobei aber das Langzeitgedächtnis meist noch funktioniert (Förstl, Kurz, & Hartmann 2011:54; Schwarz 2000:22). Körperlich tritt in dieser Phase typischerweise Harninkontinenz auf. Betroffene können nur noch schlichte Tätigkeiten ausführen; alles andere überfordert sie (DEGAM 2008:18; Förstl, Kurz, & Hartmann 2011:54). Vergangenheit und Gegenwart verschwimmen zunehmend. Die Vergangenheit ist nicht nur als Erinnerung, sondern als reale Wirklichkeit präsent (Buijssen 1997:41; Förstl, Kurz, & Hartmann 2011:54). So

---

<sup>71</sup> Förstl & Lang (2011:7).

<sup>72</sup> Förstl & Lang (2011:7).

werden beispielsweise längst verstorbene Menschen als derzeit lebend erfahren (Schwarz 2000:22).

*Herr T.I. (72-73 Jahre, Phase II, 2012) ist in seiner Lebensführung eingeschränkt. Er erinnert sich an einige Details seiner Biographie, vermischt diese aber auch mit der Gegenwart: Mitbewohner werden in seinen Äußerungen plötzlich zu Mitarbeitern seines früheren Betriebes. Er tut sich schwer mit logischen Schlussfolgerungen. Zusammenhänge und planendes Denken sind erheblich eingeschränkt. Der Satz „Wenn Sie Ihr Glas ausgetrunken haben, gehen wir rüber zu den anderen Bewohnern in die Kleingruppe“ überfordert ihn. Besser ist zu sagen: „Ich warte, bis Sie Ihr Glas leer getrunken haben.“ Erst danach sollte angeboten werden, in die Kleingruppe zu gehen. Herr I. verwendet viele Floskeln und eine inhaltsarme Sprache mit wenigen wirklichen Informationen. Er tut sich zunehmend schwer mit Lesen und Schreiben. Auch findet er sich räumlich schlecht zurecht – er kann sich nicht erinnern, ob er nach rechts oder nach links muss, wenn er in sein Zimmer möchte. Gelegentlich leidet der Betroffene unter Ängsten oder hat Wahngedanken. Manchmal wird er auch ruhelos und wandert unruhig hin und her. Als Herr T.I. auf einen Spiegel zuging, sagte er: „Schau, mein Vater. Lange nicht gesehen“ (2.12.2012).*

Selbstständiges Leben ist für Menschen mit Demenz in dieser Phase unmöglich. Zwar sind sie in kleinen Bereichen noch unabhängig; sie benötigen jedoch externe Hilfe (DEGAM 2008:18). Grond bezeichnet diese zweite Phase auch als Verwirrtheitsstadium (Grond 2005:46-47). Im zweiten Stadium geht es vor allem darum, Betroffene zu beruhigen und ihre Welt zu akzeptieren.

### **Schweregrad 3: Schwere Demenz, Spätstadium**

Durchschnittlich beginnt das Spätstadium für Betroffene ungefähr sechs Jahre nach der Diagnosestellung (Förstl, Kurz, & Hartmann 2011:54). Betroffene in der dritten Phase fallen auf, weil sie unruhig sind, nesteln, schreien oder einen gestörten Tag-Nacht-Rhythmus haben (DEGAM 2008:18; Förstl, Kurz, & Hartmann 2011:55). Körperlich kommt in dieser Phase typischerweise Stuhlinkontinenz hinzu, die Motorik wird parkinsonähnlich<sup>73</sup> und der Kranke benötigt Pflege. Der Rollstuhlgebundenheit folgen Bettlägerigkeit und Schluckstörungen (DEGAM 2008:18; Förstl, Kurz, & Hartmann 2011:55). Die Nahrungsaufnahme wird zunehmend schwieriger und es können vermehrt zerebrale Krampfanfälle auftreten (Förstl, Kurz, & Hartmann 2011:55; Schwarz 2000:23). Gedankengänge können von Menschen mit Demenz in der dritten Phase nicht mehr verständlich weitergegeben werden<sup>74</sup> (DEGAM 2008:18; Förstl, Kurz, & Hartmann 2011:55).<sup>75</sup> Eine selbstständige Lebensführung ist völlig unmöglich (DEGAM 2008:18; Förstl, Kurz, & Hartmann 2011:55). Betroffene benötigen „permanente Unterstützung und

---

<sup>73</sup> Zur Motorik bei Morbus Parkinson: Das „Zahnradphänomen“ (Rigor) tritt auf, z.B. werden die Ellenbogen in kleinen ruckartigen Bewegungen gestreckt oder gebeugt. Ein Zittern (Tremor) ist festzustellen. Bewegungsarmut (Akinese) ist das dritte typische Parkinson-Symptom.

<sup>74</sup> Plastisch formuliert Braam das Problem der in dieser Phase auftretenden Aphasien: „Je weiter die Demenz fortschreitet, desto größer werden die Kommunikationsprobleme. Die Tür zum Wortschatz im Gehirn klemmt. Man findet die richtigen Wörter nicht mehr (2008:67).

<sup>75</sup> Schwarz (2000:22).

Begleitung“ (Fröchtling 2008:101). Grond bezeichnet diese dritte und letzte Phase auch als Hilflosigkeitsstadium (Grond 2005:46-47). Betroffene sind vollständig von Dritten abhängig.

*Frau T.J. (86-87 Jahre, Phase III, 2012) kann ihr Leben nicht mehr selbständig führen. Sie sitzt im Rollstuhl. Im Bett muss sie immer wieder umgelagert werden. Erinnerungen sind in dieser Phase nur noch sehr spärlich vorhanden und Probleme können nicht mehr logisch gelöst werden. Ihre sprachlichen Äußerungen sind stark reduziert: Nur noch sehr vereinzelt gibt sie Worte von sich, ansonsten nur Laute. Die Mimik ist aber noch sehr lebendig. Immer wieder lächelt sie, besonders wenn sie Chormusik hört oder im Bibelkreis ein Lied gesungen wird. Fasst man sie an beiden Händen, kann sie einige Schritte gehen – sie bleibt aber stehen, wenn sich auf dem Boden das Muster verändert. Offenbar kann sie räumliche Situationen nicht mehr richtig einschätzen. Frau T. kann Harn und Stuhl nicht mehr halten und trägt Einlagen gegen Inkontinenz. Auch leidet sie unter gelegentlichen Schluckstörungen.*

Damit man sich die drei Phasen in der Praxis vorstellen kann, wurde bei den Szenen A, B und C, sowie bei allen anderen aufgeführten Beobachtungen die vermutete Krankheitsphase angegeben.

### 1.1.9 Diagnose

Durch die Kenntnis der diagnostischen Demenz-Testverfahren können Angehörigen und Betroffenen Ängste genommen werden. Auch erleichtern diese Kenntnisse Gespräche mit Pflegekräften und Ärzten und helfen dadurch zu vertieften Informationen.

Die Diagnose „Morbus Alzheimer“ wird vor allem durch den Ausschluss anderer Krankheiten gestellt (Förstl & Lang 2011:4; Förstl, Kurz, & Hartmann 2011:49).<sup>76</sup> Alzheimer-Demenz kann heute „frühzeitig, einfach und mit großer Sicherheit in der Praxis diagnostiziert werden.“ (Kötter & Hampel 2003:26). Die Symptome können dann sicher einer Alzheimer-Demenz zugeordnet werden, wenn alle Befunde zusammen betrachtet werden (Berghoff 1999:25; Förstl 2011:4). Jedoch bleibt es eine Wahrscheinlichkeits-Diagnose: Alzheimer-Demenz ist nur nach dem Tode absolut zweifelsfrei diagnostizierbar (Sümpelmann 2009:37).

Eine mögliche Alzheimer-Demenz früh zu erkennen, scheint auf alle Fälle hilfreich zu sein: Erstens ermöglicht eine frühe Diagnose dem Betroffenen, sich mit den noch vorhandenen geistigen Ressourcen auf den weiteren Krankheitsverlauf einzustellen, etwa mittels Psychotherapie (1.4.3). Zweitens kann so frühzeitig medikamentöse Hilfe in Anspruch genommen werden (Padberg, Möller & Hampel 2003:319-413). Drittens nimmt eine frühzeitige Diagnose dem Betroffenen und seinen Angehörigen die vorhandene Unsicherheit.

---

<sup>76</sup> Sümpelmann (2009:37).

Bei der Diagnostik geht es nicht nur darum, ob eine Störung vorliegt, vielmehr lautet die Frage: In welchen Bereichen ist der Betroffene gestört? (Berghoff 1999:27). Zur ärztlichen Diagnose von Demenzen können neben der körperlichen Untersuchung die Bestimmung von Blutwerten, bildgebende Verfahren oder ein Elektrokardiogramm (EKG) gehören (DEGAM 2008:38-49). Ein besonderer Stellenwert kommt in der Diagnose von Demenzen psychometrischen Testverfahren zu. Dabei muss der Betroffene unterschiedliche Aufgaben erfüllen – je nach Ergebnis wird er dann eingeordnet. Hier die gängigsten Beispiele für diese Tests:

- Der Demenz-Detections-Test (DemTect) zeigt, welche der Leistungsbereiche Neugedächtnisbildung, mentale Flexibilität, Sprachproduktion, Aufmerksamkeit und Gedächtnisabruf beeinträchtigt sind (DEGAM 2008:123). Bei leichten geistigen Störungen ist dieser Test aussagekräftiger als der nachfolgend genannte MMST (MDS 2009:90).
- Der Mini-Mental-Status-Test (MMST) zeigt den Schweregrad bei mittleren und schweren Demenzen (DEGAM 2008:124). Allerdings ist der MMST bei schwerer Demenz schwierig anzuwenden (MDS 2009:88).
- Der Test zur Früherkennung mit Depressionsabgrenzung (TFDD) hilft, Demenzen frühzeitig zu diagnostizieren und sie von depressiven Krankheiten zu unterscheiden (DEGAM 2008:123-124).
- Der Uhrzeit-Zeichnen-Test (UZT) eignet sich besonders gut „zur Erfassung visuell-räumlicher und konstruktiver Defizite“ (DEGAM 2008:129). Häufig wird er im Zusammenhang mit dem MMST angewendet (MDS 2009:91).

Die Tests finden sich in verschiedenen Versionen im Internet, wenn man ihre Bezeichnung eingibt (z.B. Demenz-Detections-Test). Wichtig ist bei der Mitteilung der Diagnose „ein hohes Maß an Takt und Einfühlungsvermögen“ (Berghoff 1999:26). So kann die Hoffnung auf ein lohnendes Weiterleben vermittelt werden.

### 1.1.10 Medikamentöse Therapie

Zur medikamentösen Therapie bei *Alzheimer-Demenz* existieren kontroverse Stimmen: Die eine Seite geht davon aus, dass sich die Behandlung der Alzheimer-Demenz mit Medikamenten wie Antidementiva lohnt (Gutzmann & Mahlberg 2011:300; Kötter & Hampel 2003:26-27).<sup>77</sup> In der Praxis sind bei Menschen mit Alzheimer-Demenz, die Antidementiva erhalten, immer wieder lange Krankheitsverläufe zu beobachten. *Frau C.D. (76-77 Jahre, Phase II, 2013) kam 2009 mit entsprechenden Medikamenten ins Emil-Srąga-Haus. Bis etwa 2012 befand sie sich in der ersten Phase der Demenz.*

---

<sup>77</sup> Padberg, Möller & Hampel (2003: 338-376).

Andere Fachleute kommen zu dem Schluss, dass diese Substanzen eher zurückhaltend eingesetzt werden sollten, da sie den Krankheitsverlauf höchstens um wenige Monate verzögern (DEGAM<sup>78</sup> 2008:69-79).

*Frau L.B. (79-80 Jahre, Phase II, 2013) zog zeitgleich mit Frau C.D. ins Emil-Sräga-Haus. Sie bekommt keine Medikamente gegen Demenz. Beim Eintritt ins Heim war der Zustand von Frau C.D. und Frau L.B. ähnlich. Die Bewohnerin ohne Alzheimer-Medikamente (Frau L.B.) ging nun einige Monate früher in die zweite Demenzphase über.*

Förstl wird wohl vorerst mit seiner Prognose recht behalten: „Beim gegenwärtigen Stand der Forschung kann man nicht die Hoffnung begründen, dass schon in den nächsten Jahren eine ursächlich wirksame Behandlung der AD zur Verfügung stehen wird“ (Förstl 2004:211-212).

*Hier kann nicht festgestellt werden, wie sich der Krankheitsverlauf von Frau C.D. ohne Antidementiva entwickelt hätte. Genauso wenig kann gesagt werden, wie die Erkrankung von Frau C.D. mit entsprechenden Medikamenten verlaufen wäre.*

Auch bei der *vaskulären Demenz* ist „eine an der Pathophysiologie orientierte, wirksame medikamentöse Therapie nicht bekannt“ (MDS 2009:52). Bei *sekundären Formen* der Demenz (aufgrund anderer Erkrankungen) richtet sich die Therapie vor allem auf die Grunderkrankung.

Bei der Behandlung von Begleiterscheinungen der Demenz wie Agitiertheit, Aggression oder Psychosen werden vor allem Neuroleptika<sup>79</sup> – auch Antipsychotika genannt – oder Antidepressiva empfohlen (DEGAM 2008:90-95; Padberg, Möller & Hampel 2003: 377-391). *Herr T.I. (72-73 Jahre, Phase II, 2013) ist immer wieder gereizt und wird handgreiflich gegenüber anderen Bewohnern und Personal. In diesem Bedarfsfall kann er Neuroleptika bekommen. Daraufhin kommt er meistens zur Ruhe.*

Insgesamt stehen bei der Behandlung und Begleitung von Demenz nichtmedikamentöse Ansätze im Vordergrund (DEGAM 2008: 50-68; Padberg, Möller & Hampel 2003:392). Um diese Ansätze soll es nachfolgend gehen.

---

<sup>78</sup> Die DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) bringt „Leitlinien“ (DEGAM 2008:2) als „Grundlagen für die gemeinsame Entscheidung von Ärzten und deren Patienten“ (:2) heraus. Diese wollen Hausärzten helfen, angemessen „im Rahmen ... allgemeinmedizinischer Grundversorgung“ (:2) zu handeln. Inwieweit der finanzielle Spielraum der Hausärzte aufgrund des von den Krankenkassen vorgeschriebenen Medikamentenbudgets zur Frage der Angemessenheit hinzugezogen wird, kann hier nicht diskutiert werden.

<sup>79</sup> Typische Neuroleptika verringern die Wirkung von Dopamin im Gehirn. Atypische Neuroleptika regulieren die Menge von Dopamin und Serotonin, die beide im Gehirn vorkommen. Bei Demenzpatienten werden häufig Haloperidol, Olanzapin, Pipamperon und Risperidon verschrieben.

## 1.2 Aktivierungsansätze für Menschen mit Demenz

Die Beschäftigungstherapie (1.2.1) ist ein Überbegriff für verschiedene Therapien wie Maltherapie (1.2.2) und Musiktherapie (1.2.3).

### 1.2.1 Beschäftigungstherapie

Beschäftigungstherapie will Langeweile entgegenwirken und zugleich Kontaktaufnahme und Identität fördern. Beschäftigungstherapie wirkt Verwundungen aufgrund von Benachteiligungen durch eingeschränkte Sinne entgegen (Wareing 2006:179). Geeignete Tätigkeiten sind Kochen, leichtere Hausarbeiten (Buijssen 2008:172-173), Knöpfe oder andere Gegenstände sortieren, Wäsche zusammenlegen, Schuhe putzen oder Gartenarbeit (Adams 1999:42; Depping 2008:60). *In der Beobachtungsszene A wurde eine Bewohnerin dazu angehalten, beim Zubereiten der Mahlzeit zu helfen.*

Ein Bewohner in einer späteren Demenzphase ist nicht mehr zu komplexen Aufgaben in der Lage. Alternativ kann er in leichtere Arbeiten wie Tücher falten einbezogen werden. Auch kann er zumindest passiv die Beschäftigung anderer Bewohner als sinnvoll miterleben.

*Das Konzept der Seniorenfamilien, das im Emil-Sräga-Haus umgesetzt wird, bietet den Bewohnern die Möglichkeit, sich gemäß ihren Fähigkeiten einzubringen. In Hausarbeiten unterschiedlicher Schwierigkeitsgrade können sie einbezogen werden: Z.B. Kochen, Gemüse schneiden, Tisch decken, Spülmaschine ein- und ausräumen oder Geschirr abwaschen.*

Negativ angemerkt werden kann an der Beschäftigungstherapie höchstens, dass sie den Menschen mit Demenz nicht echt sein lässt. Mit Methoden aus der Welt von Menschen ohne Demenz wird der Betroffene davon abgehalten, sich nach den Regeln seiner eigenen Welt zu verhalten. Positiv ist, dass die Beschäftigungstherapie wahrnimmt, „dass zu einem ganzheitlich erlebten Menschsein Aktivität und unterschiedliche Sinneswahrnehmungen elementar dazugehören“ (Fröchtling 2008:110). Bereits auf den ersten Seiten der Bibel wurde es dem Menschen zur positiven Lebensaufgabe gemacht, den Garten zu behüten und zu bebauen (Gen 2,15). Gott hat den Menschen so geschaffen, dass auch er aufblüht, wenn er etwas gestalten kann.

*Frau I.F. (71 Jahre, Phase II, 9.8.2012) wohnte gerade zwei Wochen im Emil-Sräga-Haus. Sie war mit dem Ehemann unterwegs gewesen. Nachdem sie zurückgebracht worden war, wurde sie unruhig, lief im Gang hin und her und suchte ihren Ehemann. Die zuständige Betreuerin beruhigte sie und gab ihr einige Tücher zum Zusammenlegen. So kam sie schließlich zur Ruhe.*

## 1.2.2 Maltherapie

Maltherapie hat auf Menschen mit Demenz eine beruhigende Wirkung. Darüber hinaus öffnet es den Betroffenen einen gesicherten Raum, in dem sie Gedanken und Gefühle ausdrücken können. Kunst eröffnet einen zu gestaltenden Spielraum bzw. einen „Freiraum für Individualität“ (Urbas 2000:179). Gerade dort, wo das Malen nicht leistungsorientiert ist, sondern einen Platz zum Ausprobieren bietet, kann es die von ihrer Umwelt überforderten Menschen mit Demenz entlasten (:179). *Wird in einer Kleingruppe gemalt, kommt ein zusätzliches Element hinzu.* Selbst schwer demente Menschen können selbst gemalte Bilder als ihre eigenen Bilder wieder erkennen. So stark sind diese ein Ausdruck ihrer inneren Bilder (Ganß 2004:164).

*Die Hände der Bewohner wurden in einer Bibelstunde jeweils auf ein Blatt gelegt und die Umriss nachgezeichnet. Als den Betroffenen die Umriss der Hände gezeigt wurden, begannen selbst schwer demente Menschen zu lächeln, wenn sie die Umriss ihrer Hand sahen (z.B. Frau T.J., 86 Jahre, Phase III, 14.5.2012).*

*Frau I.T. (86 Jahre, Phase II) und Herr N.X. (56 Jahre, Phase I) hatten in der Beschäftigungstherapie zusammen ein Bild gemalt. Dies wurde in ihrem Wohnbereich aufgehängt. Herr N.X. lief immer wieder zu diesem Bild und betrachtete es. Frau I.T blieb bei einem gemeinsamen Spaziergang über den Wohnbereich jeweils vor den einzelnen Bildern stehen. Vor ihrem selber gemalten Bild blieb sie deutlich länger stehen. Als sie später gefragt wurde, konnte sie es mündlich nicht ausdrücken, dass sie dieses Bild selber gemalt hatte (25.7.2012).*

## 1.2.3 Musiktherapie

Nachfolgend sollen die Eigenschaften von Musik<sup>80</sup> und die daraus resultierenden Einsatzmöglichkeiten für Menschen mit Demenz aufgeführt werden:

Musik weckt Emotionen; sie knüpft an vorhandene Fähigkeiten an und weckt Zugänge zum Verständnis von Bedeutungen (Muthesius 2000:169; Wehner & Schwinghammer 2009:29). Für Menschen mit Demenz ist der Einsatz von Musik also geeignet, weil sie vor allem auf emotionaler und unbewusster Ebene wirkt (Brörsen & van Nieuwenhuijzen 2004:195-196). Erinnerungen an bestimmte Tages- oder Jahreszeiten können geweckt werden (Fröchtling 2008:343). *Bestimmte Lieder oder Musikstile können Betroffene immer wieder an bestimmte Situationen erinnern. Mit ihren Gefühlen können sie an frühere Erlebnisse anknüpfen.*

Musik ist auch Therapie (Fröchtling 2008:344; Wehner & Schwinghammer 2009:29). Schön empfundene Musik fördert eine Ausschüttung von Dopamin im Gehirn, d.h. es werden sog. Glücksbotenstoffe aktiviert, die Wohlbefinden bewirken (Bauer 2008). In

---

<sup>80</sup> Musik gehört grundlegend zum Menschen: Bereits sprachlich bedeutet „personare“, wovon sich Person ableitet, „hindurchtönen“ (Latz 1991:99). Musik beinhaltet grundlegende Aspekte (Brörsen & van Nieuwenhuijzen 2004:158-159): Physikalisch beeinflusst Musik vegetative Körperfunktionen wie den Herzschlag. Phylogenetisch ist Musik die Basis, aus der heraus sich Sprache entwickeln kann. Rituell gehört Musik zum Erleben in allen Kulturen.

einer vierwöchigen Musiktherapie mit dementen Menschen ließ sich sogar eine Hormonveränderung feststellen, die sich positiv auf das Wohlbefinden auswirkte (Haupt 2003:398). Geeignete Musik kann sogar dabei helfen, Schmerzen zu lindern (Friese 2009:13).

*Frau L.F. (85 Jahre, Phase I) leidet an chronischen Schmerzen. Zunächst wollte sie deshalb nicht zur Bibelstunde kommen. Nachdem sie sich dennoch dazu gesellte, äußerte sie keine Schmerzen mehr (17.3.2013). Ob dies an der Ablenkung oder an den gemeinsam gesungenen Liedern lag, ist nicht klar.*

Speziell zur Beruhigung kann Musik eingesetzt werden (Friese 2009:12). Musik hilft dabei, Angst abzubauen (:12-13). Weihnachts- und Wiegenlieder werden häufig im Walzertakt ( $\frac{3}{4}$  Takt) gesungen und der niederfrequente Rhythmus senkt den Herzschlag (:12). *In der Beobachtungsszene A lief keine Musik. Vielleicht hätte ein entsprechender Einsatz auf die Situation beruhigend gewirkt. In der Adventszeit bietet es sich an, klassische Weihnachtslieder zu hören oder zu singen.*

Musik bringt Ordnung und Struktur (Rainer & Krüger-Rainer 2003:220): Handlungen werden synchronisiert, Reize koordiniert und emotionale Fähigkeiten erhalten (Muthesius 2000:169; Wehner & Schwinghammer 2009:29). Gerade Menschen mit Demenz hilft es, wenn die fehlende Struktur ergänzt wird. *Lieder, die im Bibelkreis gesungen werden, geben Sicherheit. Altvertraute Texte und Melodien bieten Betroffenen ein Gelände, an dem sie entlang gehen können.*

Dem Menschen mit Demenz bekannte Musik löst Erinnerungen aus, vielleicht an seine Hochzeit oder Erfahrungen der Trauer (Fröchtling 2008:343; Wehner & Schwinghammer 2009:29); das Altgedächtnis wird wieder aktiviert, Gefühle der Identität werden ausgelöst (Muthesius 2000:169). Alte Menschen sind besonders von Musik geprägt: Sie haben zu allen Tageszeiten gesungen, „in der Schule, in der Kirche ... und in Vereinen. Das Lied übernahm gesellschaftliche Funktionen“ (Latz 1991:8). Dadurch wurde sogar ein Stück Leben in Liedern kodiert (Rainer & Krüger-Rainer 2003:218). Musik regt auch die Phantasie an (Pavlicevic 1997:149 im Rückgriff auf Winnicott 1974). *Frau I.K. (95 Jahre, Phase III) äußert sich nur noch selten durch einzelne Worte. Als sie ein Orgelstück hörte, bekam sie einen abwesenden Blick und wirkte, wie wenn sie gerade in einer anderen Welt eingetaucht wäre (28.3.2013).*

Musik motiviert zur Kreativität (Muthesius 2000:169). Emotionen können vom Betroffenen selber gestaltet und improvisiert werden (Fröchtling 2008:343). Musikalische Improvisation eröffnen gerade Menschen mit Demenz einen Gestaltungsspielraum (Pavlicevic 1997:134). Sogar falsch gespielte Musik kann zum Verstehen beitragen, wenn fragmentarisches oder arhythmisches Spiel eines Menschen empathisch-verstehend aufgenommen und zurückgespiegelt wird (:135). *Leere Medikamentenröhrchen können mit Reis oder Sand gefüllt werden und von Menschen mit Demenz als Rassel benutzt*

werden. Auch ohne weitere Hilfsmittel kann zu Musik geklatscht oder auf den Tisch geklopft werden.

Musik wirkt gemeinschaftsfördernd und fördert Interaktion; Zugehörigkeit kann erlebt werden (Muthesius 2000:169; Wehner & Schwinghammer 2009:29). Auch in Gottesdienst und Seelsorge können musiktherapeutische Ansätze einfließen (Fröchtling 2008:344). *Singen im Bibelkreis stärkt das Gefühl, gemeinsam etwas zu tun.*

Musik fördert die Bewegung (Rainer & Krüger-Rainer 2003:220; Wehner & Schwinghammer 2009:29). Demente alte Menschen werden in ihrer Grob- und Feinmotorik stimuliert (Fröchtling 2008:344). *Musik kann sogar verschiedene Körperregionen ansprechen: Der Marsch motiviert zum Gehen, der Walzer zum Tanz und der Dreivierteltakt zum Schunkeln.*

Musik dient der Verkündigung (Fröchtling 2008:344): Gottes Wort kann durch Musik verkündigt werden, wo ein Verstehen nicht mehr möglich ist (Fröchtling 2008:344). *In altbekannten Liedern wird oftmals das Evangelium klar entfaltet.*

Musik kann auch trösten (Fröchtling 2008:344). *Als Beispiel wird in Teil III (5) entfaltet, welche Wirkung Taizé-Lieder auf Menschen mit Demenz haben können.*

Eine Dauerbeschallung kann jedoch auch überreizen und erst recht zu Reaktionen wie Angst oder Aggressivität führen (MDS 2009:144).<sup>81</sup>

## **1.3 Ansätze beim Umfeld für Menschen mit Demenz**

Nicht nur, womit der Mensch mit Demenz beschäftigt wird, ist wichtig für sein Wohlbefinden. Auch die Gestaltung der Umgebung und die Beziehung zum Umfeld hat eine zentrale Bedeutung. Nachfolgend geht es um das Realitätsorientierungstraining (ROT) (1.3.1), Warme Zorg (Warme Sorge) (1.3.2) und die Geborgenheitstherapie (1.3.3).

### **1.3.1 Realitätsorientierungstraining (ROT)**

Beim Realitätsorientierungstraining (ROT) soll das Umfeld des Menschen mit Demenz entsprechend gestaltet werden (DEGAM 2008:55). Darüber hinaus steht der zwischenmenschliche Umgang mit den Betroffenen im Vordergrund (Buijssen 2008:170-172). Der Mensch mit Demenz lebt in seiner verwirrten, unwirklichen Welt (Keetmann &

---

<sup>81</sup> Eine Reizüberflutung durch Musik kann dazu führen, dass das Gehirn völlig abschaltet: Diese Gewöhnung nennt man auch „Habituation“ (Friese 2009:12-13).

Bejck 2006:131). Die noch vorhandenen geistigen Fähigkeiten wollen beim ROT trainiert werden, damit der Betroffene sich in der Realität orientieren kann (:132).<sup>82</sup>

Classroom ROT ist *eine* Form und erinnert an den Schulunterricht: In wöchentlichen Gruppensitzungen werden immer wieder grundlegende Informationen zu Person, Zeit und Ort wiederholt (Gutzmann 2003:65). Die 24-Stunden-Orientierungstherapie, das *zweite* Modell der Realitätsorientierung, bietet dem Betroffenen Orientierungshilfen durch visuelle und akustische „Realitätsanker“ (:65). Diese greifen durch das Personal, das immer wieder Informationen zu zeitlichen, örtlichen und situativen Gegebenheiten ins Gespräch einstreut: „Guten Morgen, Frau Vogt, heute ist Dienstag, der 11. November, draußen regnet es und es ist kalt“ (Keetmann & Bejck 2006:132). Aber auch entsprechende Hinweisschilder und Bilder gehören dazu. Diese sollen dem Betroffenen ein orientierendes und strukturierendes Gelände bieten, an dem er entlang gehen kann (Gutzmann 2003:65). Bilder, Gesangbücher oder sonstige vertraute Gegenstände können die Orientierung im Alltag und in Kleingruppen unterstützen (Keetmann & Bejck 2006:133).

Ein Gelände der Orientierung kann aus Kalendern mit großen Symbolen an den Wänden bestehen (Keetmann & Bejck 2006:132). Unterschiedliche Farbgestaltung verschiedener Wohnbereiche tragen ebenfalls zur Orientierung bei (:132). Ausübung gewohnter Tätigkeiten wie Mithilfe in der Küche mit kleineren gewohnten Tätigkeiten wie Wäsche zusammenlegen sind ebenfalls Anker der Realität (:132). Wegweisung geschieht aber auch „durch Tierfotos oder Symbole, die das Auffinden des eigenen Zimmers erleichtern“ (:132). *Das Bild des Blumenstraußes an der Tür der Bewohnerin in der Beobachtungsszene A dient dieser Orientierung in der Realität.*

Das Konzept der Realitätsorientierung kann für Bibelkreise aufgegriffen werden: Der Ort wird mit Kerzen geschmückt und der Anlass wird angereichert mit „altbekannter Liturgie“ (Keetmann & Bejck 2006:132). Depping (2008:92) verwendet ROT im Gottesdienst, indem er einleitend zur Predigt Raum, Zeit, Ort und Situation bewusst macht: „Wir haben uns in diesem Raum ... versammelt. Wir, das sind Frau A ... und ich, Pastor D. – Wir feiern einen Gottesdienst. ... Es ist Abend geworden.“ (:90). *Davon inspiriert begrüße ich die Bewohner des Bibelkreises: „Heute ist Montag. Wir wollen diese Woche bewusst mit Gott beginnen. Diese Besinnung feiern wir im Namen Gottes, des Vaters, des Sohnes und des Heiligen Geistes.“*

Aufgenommen werden kann aus dem Ansatz der Realitätsorientierung auch, wie wichtig regelmäßige Wiederholung ist.

---

<sup>82</sup> ROT wurde 1959 in den USA entwickelt, eigentlich mit dem Ziel, traumatisierten Soldaten dabei zu helfen, wieder in stabile Lebensstrukturen zu finden (Kitwood 1997:10). Ziel von im Pflegebereich angewandtem ROT ist „den drohenden Bruch mit der Wirklichkeit zu vermeiden“ (Buijssen 2008:174).

*So wurde in den wöchentlichen Bibelkreisen im Sommer 2012 das Glaubensbekenntnis durchgenommen. Jede Woche wurde nur eine neue Zeile mit entsprechenden kreativen Elementen erarbeitet. Der Rest der Zeit wurde für Wiederholungen und liturgische Elemente verwendet. Die Angst, Menschen mit einer leichten Demenz zu überfordern, erwies sich als unbegründet. Mehrere Rückfragen ergaben, dass die Teilnehmer zufrieden waren (13.8.12).*

Anerkennend ist zu diesem Konzept zu sagen, dass es Personsein und Würde von Menschen mit Demenz anerkennt. ROT sagt aus, dass sich für Betroffene „die Mühe lohnt“ (Kitwood 2008:87).

*Die Frage nach der Mutter in der Beobachtungsszene A zeigt die Grenzen dieses Konzeptes. An der Realität orientiert müsste man der Bewohnerin erklären, wie alt sie ist und dass ihre Mutter schon lange tot ist. Jedoch stößt dieses Verhalten die Frau mit Demenz vor den Kopf: Die Bewohnerin wird so mit ihren Defiziten konfrontiert und traurig oder ängstlich werden.*

Realitätsorientierung setzt um, dass der demente Mensch die Welt auf seine eigene Weise sieht. Allerdings stempelt ROT diese Welt als falsch ab, während die Welt des Gesunden als einzig richtige Alternative dargestellt wird (Keetmann & Bejick 2006:132). Außerdem geht ROT an den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz vorbei: Es spricht nicht ihre Gefühle an, sondern orientiert sich an den immer größer werdenden geistigen Defiziten (:132). Damit erreicht dieser Ansatz schnell seine Grenzen, da demente Menschen vor allem in den späteren Phasen überfordert werden (Gutzmann 2003:64).

### **1.3.2 Warme Zorg (Warme Sorge)**

Der in den Niederlanden entwickelte Ansatz „Warme Zorg“ (Warme Sorge) nimmt das Bedürfnis des Menschen mit Demenz nach Sicherheit und Wohlbefinden wahr. Zentral sind persönliche Bezüge, eine gemütliche und „familiäre Umgebung mit Einrichtung aus früheren Zeiten, alter Musik und der Integration der Familie“ (Fröchtling 2008:114).

*Dieser Ansatz wird nicht direkt in der Beobachtungsszene A beschrieben. Im Emil-Srąga-Haus wird er jedoch aufgegriffen, indem die Wohnbereiche in sog. Seniorenfamilien aufgeteilt sind. Dort leben jeweils nur zehn Bewohner. Sie können beim Einzug ins Heim eigene Möbelstücke mitbringen, mit denen sie einen Teil ihres Zimmers möblieren. Auch im Wohnbereich befinden sich teilweise Möbel aus früheren Zeiten.*

### **1.3.3 Geborgenheitstherapie**

Geborgenheitstherapie möchte die Bedürfnisse des Betroffenen wahrnehmen. Gerade das in der letzten Phase immer wieder auftretende Ruf nach Vater oder Mutter zeigt das Bedürfnis des Menschen mit Demenz nach Sicherheit und Geborgenheit. (Keetmann & Bejick 2006:134). Dieses soll aufgefangen werden: Kleine „behagliche Ecken, Möbel und Gegenstände aus der Vergangenheit sollen den dementen Menschen die Angst nehmen“ (:134).

*In der Beobachtungsszene A wurden solche Ecken und Orte nicht erwähnt. Gibt es solche Orte, wäre in der emotionsgeladenen Stimmung ein Rückzug dorthin hilfreich gewesen – sei es nun auf Initiative des Bewohners hin oder aber auf Anregung durch die Betreuerin.*

## **1.4 Ansätze im Umgang mit Menschen mit Demenz**

Umgang und Verhalten betreffen nachfolgend sowohl Menschen mit Demenz als auch die begleitenden Personen. Zuerst wird Validation (nach Naomi Feil) dargestellt (1.4.1). Daraufhin geht es um die personenzentrierte Pflege (nach Tom Kitwood) (1.4.2). Weiter wird die Psychotherapie (1.4.3) skizziert. Abgerundet werden die Gedanken mit einem Blick auf Mäeutik (1.4.4).

### **1.4.1 Validation nach Naomi Feil**

Der Begriff „Validation“ ist vom lateinischen „valor“ abgeleitet, was so viel wie „Wert“ bedeutet (Feil 2003:27). Vom Englischen abgeleitet, bedeutet „valid“ so viel wie „gültig“ (MDS 2009:118). Dieser Ansatz – entgegen Realitätsorientierungstraining – setzt nicht bei der Realität der Pflegenden, sondern bei der Realität der Betroffenen an (Fröchtling 2008:113). Dabei will Validation die Stimmung der Menschen mit Demenz empathisch wahrnehmen und darauf eingehen (Buijssen 2008:179). Dieser wertschätzende Kommunikationsstil begegnet auf der emotionalen Ebene: Demente Menschen sollen während aller Phasen der Krankheit in ihrer verwirrten Welt begleitet werden (Keetmann & Bejick 2006:133). Validation beinhaltet bestätigen, wertschätzen, zuwenden, annehmen und verständnisvoll sein (Schädle-Deininger 2006:339-345; Martin & Bartlett 2003:22-34).

#### **Grundsätze der Validation**

Als Basis der Validation arbeitet Feil nachfolgend aufgelistet zehn Grundsätze und Werte heraus (Feil 1993:52). *Anhand der Beobachtungsszene A soll greifbar gemacht werden, wie ein validierender Umgang mit Frau I.T. aussehen würde. Jeder Mensch ist einzigartig und muss individuell behandelt werden. Das Verhalten von Frau I.T. ist das Ergebnis ihrer persönlichen Lebensgeschichte. Ein anderer Mensch hätte die Dekorations-Päckchen vielleicht weiter geschenkt oder sich noch einmal ganz anders verhalten. Jeder Mensch ist wertvoll; unabhängig davon, wie verwirrt er ist. Was Frau I.T. tut und sagt, hat nichts mit ihrem Wert als Mensch zu tun. Verwirrtes Verhalten alter Menschen hat einen Grund. Nach Feils Verständnis hat Frau I.T. in der Beobachtungsszene A ein Erlebnis ihrer Biographie verarbeitet.*

Wie sich ein alter Mensch verhält, ist die Summe körperlicher, sozialer und psychischer Erfahrungen des gesamten Lebens. *Frau I.T. verhält sich also entsprechend der Entwicklung ihrer körperlichen und seelischen Gesundheit, sowie ihres sozialen*

*Umfeldes. Gegen den Willen eines alten Menschen kann keine Änderung seines Verhaltens erzwungen werden; nur mit seinem Willen.*

*Im Beispiel mit den Geschenkpackchen können sich die Betreuenden also fragen: Wie kann Frau I.T. dazu gebracht werden, dass sie das Weihnachtspäckchen selber nicht mehr auspacken will? Durch Erklären und Begreifen ist wohl nichts zu erreichen. Vielleicht kann die Bewohnerin durch Gespräche oder Beschäftigung abgelenkt werden.*

Sehr alte Menschen sollen akzeptiert werden, ohne sie zu beurteilen. *Allzu leicht werden Menschen wie Frau I.T. mit Urteilen wie „verwirrt“ abgestempelt. Diskussionen, die Verhalten in „richtig“ und „falsch“ einordnen, sind nicht zielführend.* Unbewältigte Lebensaufgaben aus dem dazu gehörigen Lebensabschnitt können psychische Probleme im Alter hervorrufen.<sup>83</sup> *Diese Sicht wirkt problematisch<sup>84</sup> (Siehe dazu Teil II, 1.7).* Das Nachlassen des Kurzzeitgedächtnisses wird von alten Menschen kompensiert, indem sie frühere Erinnerungen aktivieren. *Nach dieser Sicht hat Frau I.T. das Auspacken der Weihnachtspäckchen mit einer früheren Erinnerung vermischt. Richtig könnte also auch sein, die Betroffene in aller Ruhe das Päckchen auspacken zu lassen.* Werden negative Gefühle ignoriert, verstärken sie sich. Werden sie von einer vertrauten Pflegeperson validiert, werden sie schwächer. *Frau I.T. ist also in ihrer Stimmung abzuholen. Dazu muss man sich auf ihre Welt einlassen, ohne ein Teil dieser Welt zu werden.<sup>85</sup>* Empathie schafft Vertrauen, minimiert Angst und stellt die Würde wieder her. *Frau I.T. wurde in der Beobachtungsszene A schon alleine durch den Augenkontakt und die Zuwendung durch die Betreuerin ruhiger.*

### **Validation in der Beobachtungsszene A**

Insgesamt ist die Betreuerin in der Beobachtungsszene A zunächst nach den Grundsätzen der Validation sehr gut auf Frau I.T. eingegangen. Sie hat ihre Grundstimmung wahrgenommen und entsprechend reagiert. Dabei wurde der Frau mit Demenz keine Welt aufgedrängt, die sie überfordert hätte. Weiter hat sich die Betreuerin jedoch nicht validierend verhalten: Als die Bewohnerin nach ihrer Mutter fragte, wurde ihr gesagt, dass sie keine Mutter mehr haben kann. Mit dieser Aussage konnte die alte Frau

---

<sup>83</sup> Feil knüpft damit an die Lebensphasen der Entwicklung nach Erikson an, die jedem Lebensalter eine bestimmte Entwicklungsaufgabe wie Hoffnung, Willenskraft, Kontrolle, Richtung, Zielorientierung, Methode, Kompetenz, Hingabe, Treue, Angliederung, Liebe, Produktion, Pflege, Sorge oder Weisheit zuordnet.

<sup>84</sup> Mit ihrer Orientierung an den Entwicklungsaufgaben beschränkt Feil das Alter darauf, Konflikte aus früheren Lebensphasen zu verarbeiten (Beck 2005: 79-85). Zwar ist nicht zu übersehen, dass im Zuge einer Demenz immer wieder unbearbeitete Lebensthemen zu Tage treten. Die Frage aber, ob die Krankheit das Lebensthema oder das Lebensthema die Krankheit bedingt, muss offen bleiben. MDS bezeichnet die theoretische Grundlage der Validation sogar „als unzureichend“ (MDS 2009:122).

<sup>85</sup> Dem Menschen mit Demenz soll ermöglicht werden, „seine Welt vor mir zu entfalten, ohne dass ich selbst eine Rolle in dieser Welt einnehme. Seine Lebenswelt bleibt ein Gegenüber; ich trete nicht in sie ein. Alles andere ist unecht“ (Depping 2008:60).

nichts anfangen. Besser wäre gewesen, ihr Gefühl der Einsamkeit wahrzunehmen und ihr auf dieser Ebene zu begegnen. Möglich wären z.B. folgende Reaktionen:

- „Sind Sie einsam? Mütter sind eben durch nichts zu ersetzen.“
- „Ist Ihnen langweilig? Darf ich Ihnen eine Geschichte erzählen?“
- „Ich denke auch gern an meine Mutter. Sie ist lieb.“
- „Sie fühlen sich allein gelassen. Kommen Sie, wir schauen uns gemeinsam einmal ein paar Bilder an.“
- „Sie vermissen Ihre Mutter, das ist nicht einfach. Meine Mama hat früher oft mit mir gesungen, mit Ihnen auch? Wollen wir gemeinsam ein Lied singen?“

### **Stadien der Demenz nach Feil**

Nach Feil existieren vier Stadien der Demenz: Die Phase der mangelhaften oder auch unglücklichen Orientierung, das Stadium der Zeitverwirrung, die Phase der sich wiederholenden Bewegungen und das Stadium des Vegetierens (Feil 2005:52-81; MDS 2009:119). *Diese Phasen werden nicht wie die in den Beispielen dieser Arbeit verwendeten drei Krankheitsphasen als chronologisch aufeinander folgende Stadien aufgefasst.* Es sind zwischen den Stadien nach Feil (2005) fließende Übergänge binnen weniger Stunden möglich (MDS 2009:119).

*Frau N.I. (75 Jahre, Phase II, 1.3.2013) findet ihr Zimmer nicht (fehlende Orientierung) und lebt in ihren Äußerungen immer wieder in einer anderen Zeit (Zeitverwirrung). Frau B.X. (83 Jahre, Phase III, 1.3.2013) schlägt immer wieder mit ihrem Fuß auf den Boden (wiederholende Bewegungen). Bald danach sitzt sie wieder da, wippt mit dem Kopf und schaut starr vor sich hin (Vegetieren).*

### **Techniken der Validation**

Feil empfiehlt 14 Techniken der Validation (Feil 1993:56-66): Zentrieren: Erst wenn die validierende Person selber zur Ruhe gekommen ist, kann sie sich auf den dementen Menschen einstellen (Feil 1993:56).

*Das achtsame Gebet mit Frau X.B. (Beobachtungsszene C) wurde von einem zwischenmenschlichen Konflikt überlagert (Nr. 34). Subjektiv hatte ich den Eindruck, dass ich mich gegenüber Frau X.B. genauso wie immer verhalten habe. Frau X.B. wirkte aber an diesem Abend angespannt und betete kein Wort mit. Vermutlich hat sie etwas von diesem Konflikt gespürt.*

Vertrauen herstellen durch nicht wertendes Vokabular: Im Konfliktfall werden die Gedanken des verwirrten Menschen vom Gegenstand des Konfliktes weggelenkt. Dabei kann man z.B. sachliche Fragen verwenden. Im Idealfall wenden sich die Bewohner positiven Erinnerungen zu (Feil 1993:57). *Die Betreuerin hat dies in der Beobachtungsszene A umgesetzt, als sie zunächst einfühlsam auf Frau I.T. eingegangen ist.*

Wiederholen mit den Schlüsselwörtern und der Sprachmelodie, die der Betroffene vorgibt (Feil 1993:57).

*Herr T.I. (71 Jahre, Phase II, 1.3.2013) erzählte etwas, das aber keinen Sinn ergab. Immer wieder verwendete er die Worte „bisschen“ und „draußen“. Also antwortete ich im gleichen Rhythmus und baute immer wieder die Worte „bisschen“ und „draußen“ ein. Herr T. legte seinen Arm um mich und begann mit mir im Gang umher zu spazieren.*

Extreme einsetzen: Mit maximaler Steigerung soll dem verwirrten Menschen geholfen werden, seine Frustration loszulassen (Feil 1993:58-59). *Frau I.T. in der Beobachtungsszene A fragte nach ihrer Mutter. Maximal gesteigert könnte gefragt werden: „Wann haben Sie ihre Mutter am meisten vermisst?“*

Vorstellen des Gegenteils: Dadurch werden frühere Bewältigungsmethoden gemeinsam mit dem Dementen entdeckt (Feil 1993:59-60). Noch besser gelingt dies, wenn zuvor nach dem Extrem gefragt wurde. *Wenn Frau I.T. erzählt hat, wann ihr die Mutter am meisten fehlte, kann weiter gefragt werden: „Und wann hatten Sie es besonders schön zusammen?“*

Erinnern: Auch hier werden frühere Bewältigungsmethoden entdeckt (Feil 1993:60).

*Herr I.H. (83 Jahre, Phase I, 1.3.2013) war traurig, weil er in seinem Wohnbereich von den anderen Bewohnern nicht richtig angenommen wurde. Herr I.H. wurde dann mit Rückfragen motiviert, aus seiner Biographie zu erzählen. Danach wirkte er wieder zuversichtlich und selbstbewusster.*

Engen Augenkontakt halten: Anteilnahme durch Augenkontakt vermittelt Sicherheit und vertreibt die Angst des alten Menschen (Feil 1993:60-61). *Frau X.B. betete beim achtsamen Gebet (Beobachtungsszene C) weniger Worte mit, wenn ich keinen Augenkontakt mit ihr hielt (Nr. 11, 86).*

Unbestimmte Füllwörter einsetzen: Damit sich demente Menschen nicht in ihren Dämmerzustand zurückziehen, können Füllwörter benutzt werden, um die Kommunikation nicht abreißen zu lassen (Feil 1993:61). *Eine Betroffene sagte: „Ich will ihn kapern.“ (Frau I.N., 84 Jahre, Phase III, 25.1.2012). Hier können Rückfragen gestellt werden. Füllwörter (er, sie, es, etwas) können dazu eingesetzt werden: „Was wird er wohl dazu sagen?“ Dadurch bleibt der Dialog im Gange.*

Klar, sanft und liebevoll sprechen: Eine angenehme Stimme kann positive Erinnerungen an geliebte Menschen wecken (Feil 1993:61).

*Frau C.G. (80 Jahre, Phase III, 13.2.2013) spricht mich immer wieder mit dem Namen ihres Sohnes an. Allerdings geschieht dies nie ganz am Anfang des Gespräches, sondern immer erst nach einer Weile. Vermutlich beginnt die Verwechslung erst dann, wenn eine gewisse Nähe entstanden ist.*

Bewegungen und Gefühle spiegeln: Spiegeln von Mimik und Gestik ist ein Schlüssel zur Gefühlswelt Verwirrter und hilft, Vertrauen aufzubauen (Feil 1993:62). Hier ist darauf zu achten, dass würdevoll und nicht spöttisch gespiegelt wird. *Frau B.X. (83-84 Jahre, Phase III, 2013) verzieht immer wieder die Mundwinkel auf eine typische Art, wenn man*

*mit ihr kommuniziert. Ahmt man diese Bewegung ansatzweise nach, entsteht eine ganz besondere nonverbale Kommunikation.*

Verhalten und nicht erfülltes Grundbedürfnis ins Verhältnis zueinander setzen: Wer schlägt, reibt, schreit oder auf- und abgeht, deutet auf den Wunsch nach einem der folgenden Grundbedürfnisse hin: Das Bedürfnis nach Liebe, das Bedürfnis, nützlich zu sein und das Bedürfnis, eigene Gefühle auszudrücken (Feil 1993:64).

*Tatsächlich beruhigten sich in der Kleingruppe unruhige Bewohner bald bei Zuwendung, sinnvoller Beschäftigung und als auf sie eingegangen wurde (Herr T.X., 81 Jahre, Phase III, 4.3.2012; Frau C.F., 71 Jahre, Phase III, 4.3.2012; Frau C.H., 72 Jahre, Phase II, 4.3.2012).*

Bevorzugtes Sinnesorgan ansprechen: Verben, die mit den bevorzugten Wahrnehmungskanälen des Betroffenen zu tun haben, sind vorzuziehen (Feil 1993:65). In der ersten Krankheitsphase verwenden Menschen mit Demenz hauptsächlich Verben, die diesen Sinn ausdrücken: Ich habe „gesehen, gefühlt, gesprochen, etc.“ (Fröchtling 2008:315). *Mit dem passenden Zugang über die jeweiligen Sinnesorgane beschäftigt sich ausführlich Teil III dieser Arbeit.*

Berühren: In der ersten Demenzphase sind Berührungen ungeeignet. Zu einer späteren Zeit können Menschen mit Demenz allerdings nicht mehr zwischen altvertrauten und neu bekannten Personen unterscheiden (Feil 1993:65). Dann können Berührungen positive Assoziationen an die Kindheit wecken (:66). Allerdings ist auf Anzeichen zu achten, ob die betroffene Person Berührung wünscht oder nicht (:66).

*Frau X.B. wirkte beim achtsamen Gebet (Beobachtungsszene C) weniger konzentriert (die Mimik und Gestik war verkrampfter), wenn ihr dabei die Hände nicht gehalten wurden (Nr. 11, 45, 83, 86). Sie sprach an diesen Tagen auch keine Beziehungswörter wie „unser“ oder „dein“ mit. Die beiten Substantive „Schuld“, „Schuldigen“ (Nr. 83) haben eher einen negativen Klang.*

Einsetzen von Musik: Oft erinnert aktives Singen selbst sprachlose Demente an früher (Feil 1993:66). Darauf wird ganz am Ende der Arbeit eingegangen.

## **1.4.2 Personenzentrierte Pflege nach Tom Kitwood**

Kitwood arbeitete als Psychologe mit dementen Menschen (Fröchtling 2008:116). Er beschäftigte sich mit der Weiterentwicklung vorhandener Ansätze personenzentrierter Pflege (Peplau 1952; Morton 1999). Kitwood stellte die Frage, ob nicht zumindest einige Symptome „eher auf ein Versagen im Verständnis und in der Pflege als auf ein strukturelles Versagen des Gehirns zurückzuführen sein könnten“ (Kitwood 2008:20). Er stellt die These auf, dass nicht allein der physiologische Abbau des Gehirns die geistigen und emotionalen Symptome hervorrufen, sondern dass „soziale und zwischenmenschliche Faktoren ins Spiel kommen“ (:67).

## 17 schädigende Verhaltensweisen

Kitwood beobachtete den Umgang mit Menschen mit Demenz und kam zum Ergebnis, im Pflegealltag gebe es eine „maligne [böartige] Sozialpsychologie“ (Kitwood 2008:75)<sup>86</sup>. Ohne böse Absicht schädige das pflegerische Umfeld das Personsein tief (:75). Dies fasst er in 17 Verhaltensweisen zusammen, die nachfolgend aufgelistet werden. Um es greifbar zu machen, beschreibe ich an einem Beispiel, wie ich in der Praxis *nicht* mit Menschen mit Demenz umgehen möchte.

**Betrügen:** Durch Täuschung wird eine Person zur Kooperation gebracht (Kitwood 2008:75).

*Will ein Mensch mit Demenz nicht in die Bibelkreis-Kleingruppe kommen, wird diese Person nicht mit inhaltsleeren Umschreibungen getäuscht: „Ach kommen Sie zu den anderen. Wir sitzen nur ein bisschen zusammen.“ Will ein Betroffener nicht teilnehmen, ist das sein Recht und wird respektiert.*

**Zur Machtlosigkeit verurteilen:** Vorhandene Ressourcen des Menschen mit Demenz werden nicht mehr genutzt (Kitwood 2008:75). *In der Kleingruppe werden Bewohner also nicht angepredigt, sondern einbezogen. Kreative Fähigkeiten und verschiedene Sinne werden mit einbezogen und gefördert.*

**Infantilisieren:** Betroffene werden wie kleine Kinder behandelt (Kitwood 2008:75).

*Aus diesem Grund sollten Menschen mit Demenz im Altenheim in der Regel per Sie und mit Nachnamen angesprochen werden. Wird ausnahmsweise der Vorname benutzt, wird der Bewohner dennoch per Sie angeredet (z.B. beim achtsamen Gebet, Beobachtungsszene C, Nr. 1, 38, 39). So wird eher der angemessene Abstand gewahrt und es entsteht weniger die Gefahr, erwachsene Menschen distanzlos oder kindisch zu behandeln.*

**Einschüchtern:** Der Betroffene wird bedroht oder gewaltsam gezwungen (Kitwood 2008:75). *Sind z.B. Menschen im Bibelkreis unruhig, stehen auf und gehen weg, dürfen sie das. Wird kein Druck ausgeübt, ist häufig zu beobachten, dass sich Betroffene zu einem späteren Zeitpunkt oder beim nächsten Mal wieder dazu gesellen.*

**Etikettieren:** Die Diagnose stempelt den Betroffenen ab und erklärt sein Verhalten (Kitwood 2008:75). *Versucht man die Äußerungen von Menschen mit Demenz nicht als „falsch“ einzuordnen, bleibt man selber ein von ihnen Lernender.*

**Stigmatisieren:** Der demente Mensch wird als Ausgestoßener oder Fremdkörper behandelt (Kitwood 2008:75). *Es verbietet sich, mit Dritten über die Krankheit des Betroffenen zu sprechen, wie wenn dieser gar nicht anwesend wäre.*

**Überholen:** Zu schnell gegebene Informationen setzen den Betroffenen unter Druck, er kann nicht mehr folgen (Kitwood 2008:75). *Es ist daher ratsam, den Betroffenen über*

---

<sup>86</sup> Kitwood stellt fest, dass diese Böartigkeit durch drei Faktoren zunimmt: „Angst, Anonymität und Machtgefälle“ (Kitwood 2008:79). Gesteigert wird dies dadurch, dass Menschen in Alten- und Pflegeheimen oft lange Zeiten ohne zwischenmenschlichen Kontakt aushalten müssen (Kitwood 2008:79). So beeinflussen sich die neurologischen Defizite und die böartige Sozialpsychologie gegenseitig (Kitwood 2008:82-83).

*mehrere Sinne anzusprechen. In jeder Kleingruppe sollten verschiedene Sinne einbezogen werden.*

Entwerten: Subjektive Wirklichkeiten und Emotionen werden nicht anerkannt (Kitwood 2008:75). *Äußerungen werden häufig zu schnell gewertet oder dementiert. Hier ist es oft schon eine Hilfe, nicht allzu schnell zu reagieren. Legt man seinen Schwerpunkt auf das Zuhören, kann behutsamer und umsichtiger geantwortet werden.*

Verbannen: Psychischer oder physischer Ausschluss des Betroffenen (Kitwood 2008:75).

*Dies bedeutet in Kleingruppen, jeden Teilnehmer nach seinen Fähigkeiten einzubeziehen. Selbst Betroffene der dritten Phase müssen nicht teilnahmslos sein. Häufig können ihnen Inhalte der Bibel vermittelt werden, indem sie Gegenstände sehen oder fühlen können oder über den Geruchs- oder Geschmackssinn stimuliert werden.*

Zum Objekt erklären: Es wird ignoriert, dass es sich bei dem Betroffenen um ein fühlendes Wesen handelt (Kitwood 2008:76). *Ein Mensch mit Demenz ist immer ein Mensch. Nicht Krankheit oder Einschränkungen des Betroffenen stehen im Vordergrund, sondern der Mensch. Jeder Mensch ist mit seiner persönlichen Geschichte ein Individuum.*

Ignorieren: Die Gegenwart des dementen Menschen wird nicht beachtet. Handlungen werden einfach fortgesetzt (Kitwood 2008:76).

*Für Kleingruppen könnte das bedeuten, dass die Anwesenheit jedes Teilnehmers einen Einfluss auf Ablauf und Bibelgebrauch einer gesamten Kleingruppe haben sollte. Das Kleingruppentreffen würde anders verlaufen, wenn ein bestimmter Betroffener nicht dabei wäre.*

Zwang: Eine Handlung wird erzwungen, ohne die Wünsche des Betroffenen zu berücksichtigen (Kitwood 2008:76). *Deshalb muss sich die Methodik der Kleingruppe dem Menschen anpassen und nicht der Mensch der Kleingruppe (z.B. Bibelgebrauch, Dauer, Art der Gestaltung).*

Vorenthalten: Verweigern eines erkennbaren Bedürfnisses oder einer erbetenen Information (Kitwood 2008:76).

*Nicht nur diejenigen bestimmen den Ablauf einer Kleingruppe, die geistig am meisten leisten können. Auch auf diejenigen soll Rücksicht genommen werden, für die aufgrund einer fortgeschrittenen Demenz Informationen aufwendiger dargeboten werden müssen.*

Anklagen: Aufgrund demenzbedingter defizitärer Handlungen werden Vorwürfe gemacht (Kitwood 2008:76). *Deshalb sollen Menschen mit Demenz keine Vorwürfe gemacht werden für Dinge, die sie vermeintlich können sollten.*

Unterbrechen: In Handlungen wird in störender Weise eingebrochen (Kitwood 2008:76). *In Kleingruppen kann bei Störungen durch Menschen mit Demenz gefragt werden, ob nun besser eine andere Richtung einzuschlagen ist und damit auf diese Handlung eingegangen werden soll.*

Lästern: Auf Kosten des Betroffenen werden Witze gemacht (Kitwood 2008:76). *Witze über Menschen mit Demenz und ihr Verhalten sind tabu.*

Herabwürdigen: Jemand wird als wertlos dargestellt (Kitwood 2008:76). Gott aber hat den Menschen wunderbar gemacht (Ps 139,14). Menschen mit Demenz sind davon in keiner Form ausgenommen.

*Frau B.X. (83-84 Jahre, Phase III, 2013) bringt ihre Stimmungen durch Mimik (Verziehen der Mundwinkel) und Gestik (Stampfen, Klatschen) zum Ausdruck. Mit ihrer unverwechselbaren Art weist sie damit sogar auf eine besondere Art auf die Schönheit und Würde des Menschen hin. Die Betroffene kann darin ermutigt werden, z.B. indem man ihre Mimik spiegelt oder ihre Hand hält.*

### **Zwölf Maßnahmen, um Personsein zu erhalten und zu stärken**

Das Ziel des Ansatzes von Kitwood ist der „Erhalt und die Stärkung des Personseins“ (MDS 2009:110). Kitwood schlägt dazu folgende zwölf Interaktionen vor (Kitwood 2008:135). *Um auch dies greifbarer zu machen, soll jeweils wieder formuliert werden, was dies für den Bibelgebrauch in Kleingruppen mit Menschen mit Demenz bedeuten könnte.*

Anerkennen: Die Einzigartigkeit der Person wird geschätzt, z.B. durch Zuhören, Blickkontakt oder namentliches Ansprechen der Person (Kitwood 2008:135). *Hierzu gehört die persönliche Begrüßung und Verabschiedung, aber auch dass von Person zu Person gegangen werden kann, um sie Gegenstände tasten oder fühlen zu lassen. Dabei hilft es, jeden einzelnen mit Namen anzusprechen und Augenkontakt zu halten.*

Verhandeln: Einbeziehung der tatsächlichen Bedürfnisse unter Berücksichtigung der demenzbedingten Einbußen gibt den Betroffenen Macht zurück (Kitwood 2008:135). *Dies bedeutet, von Menschen mit Demenz nicht mehr zu erwarten, als sie in der Phase ihrer Krankheit leisten können.*

Zusammenarbeiten: Eigeninitiative und Fähigkeiten des Betroffenen werden einbezogen (Kitwood 2008:135). *Es wurden gute Erfahrungen damit gemacht, den Ablauf einer Bibelstunde nur grob vorzuplanen. Die Teilnehmer selber bestimmen mit ihren Wünschen und Möglichkeiten den Ablauf der Kleingruppe.*

Spielen: Entgegen der Arbeit ist Spielen nicht zielgerichtet: Spielen ist in sich wertvoll und der Erfolg nicht von Ergebnissen abhängig (Kitwood 2008:135). *Eine Kleingruppe soll nicht unter Erfolgsdruck stehen. Die Begegnung soll den Charakter spielerischer Leichtigkeit haben.*

Timalation (zusammengesetzt aus griech. „timao“: „ich ehre“ und „Stimulation“): Auch bei weit fortgeschrittener Demenz können Aromatherapie, Massage und basale Stimulation sensorisches Erleben ermöglichen (Kitwood 2008:135). *Die Begegnung über die Sinne wird im Teil III ausführlich behandelt.*

Feiern: Dabei geht es nicht um speziell geschaffene Feste, sondern um jeden Augenblick, „in dem das Leben als zutiefst freudvoll erlebt wird“ (Kitwood 2008:135). *Die Kleingruppe kann auch den Charakter einer Feier haben, bei der man zusammen redet,*

*singt und gelegentlich vielleicht sogar etwas isst. Dieses Feiern darf danach im Alltag weitergehen.*

Entspannen: Durch Gemeinschaft oder Körperkontakt können Menschen mit Demenz entspannen (Kitwood 2008:135).

*In Kleingruppen entsteht Gemeinschaft durch die Anwesenheit mehrerer Menschen und die gemeinsame Interaktion. Körperkontakt entsteht z.B., wenn man sich zur Begrüßung und Verabschiedung die Hand gibt – aber auch, wenn man Bewohnern zum Segnen die Hand auf deren Hand oder Schultern auflegt.*

Validation: Diese beinhaltet Empathie, Anerkennung von Emotionen und Antworten auf emotionaler Ebene (Kitwood 2008: 135). *In Kleingruppen geht es also nicht zuerst darum, ein gewisses geistiges Lernziel zu erreichen, sondern einander auf der Gefühlsebene zu begegnen.*

Halten: Ein sicherer psychologischer Raum wird angeboten, in dem der Betroffene verwundbar sein darf (Kitwood 2008:136 im Rückgriff auf Winnicott 1974). *In einer Kleingruppe werden deshalb Verhalten und Äußerungen der Teilnehmer nicht als gut oder schlecht, richtig oder falsch bewertet.*

Erleichtern: Dem Betroffenen wird geholfen, eine Interaktion einzuleiten, zu intensivieren – und zuletzt mit Bedeutung zu füllen (Kitwood 2008:136). *Betroffenen soll dort geholfen werden, wo sie nicht weiter wissen. Dadurch werden sie in dem gefördert, was sie noch können.*

Schöpferisch sein: Der demente Mensch bietet seiner Umwelt an, an einer Handlung, (z.B. Lied, Tanz) teilzunehmen (Kitwood 2008:136). *Kleingruppen sollten nach keinem festgelegten Schema ablaufen. Der in verschiedenen Bausteinen vorbereitete Ablauf sollte sich durch das Einbringen der Teilnehmer zusammenfügen lassen.*

Geben: Demente Menschen zeichnen sich häufig dadurch aus, dass sie Emotionen anderer Menschen sehr sensibel wahrnehmen und entsprechend besorgt oder dankbar sind (Kitwood 2008:136). *Dies hat Frau X.B. beim achtsamen Gebet eindrücklich gezeigt: Sie konnte den Konflikt einer dritten Person scheinbar besser wahrnehmen als diese selbst (Beobachtungsszene C, Nr. 34).*

Die böartigen Einwirkungen durch das Umfeld sollen also durchbrochen werden, indem die Persönlichkeit des Betroffenen durch die Beziehung gestärkt wird.

### **1.4.3 Psychotherapie**

Die Psychotherapie mit Menschen mit Demenz ist umstritten aufgrund des Abbaus an psychischen „Grundfunktionen wie Wahrnehmung, Konzentration, Gedächtnis und Orientierung“ (Gardner 2001; Plattner & Ehrhardt 2003:400). Allerdings wird auch der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit Demenz eine Chance eingeräumt (Hirsch 2011:482). Denn bei Betroffenen fallen erstens die bei geistig gesunden Menschen vorhandenen „konventionellen Masken“ (Kitwood 2008: 144). Zweitens geschieht der

Verlust der verschiedenen Kompetenzen stückweise. Dies ermöglicht eine an den noch vorhandenen Ressourcen des Betroffenen orientierte Therapie (Plattner & Ehrhardt 2003:400).

Für die psychotherapeutische Arbeit in einer Gruppe existieren einige Beispiele (Hirsch 1994; Peters 2006): Demente Menschen entwickeln oft „Verhaltensstrategien wie Vermeidung komplexer Situationen, Verleugnung der eigenen Vergesslichkeit oder Verdrängungsmechanismen der unterschiedlichsten Art“ (Fröchtling 2008:122). Daher sollte Psychotherapie in Gruppen das Grundgefühl der Scham bearbeiten (Cheston, Jones & Gilliard 2006:260). Ebenfalls seinen Platz in der Psychotherapie mit Dementen findet der aus der Depressionsbehandlung stammende Ansatz des „Aktivitätensaufbaus“ (Lewinsohn 1974). Daneben geht es in der Psychotherapie mit Betroffenen darum, mit den Gefühlen um die Krankheit fertig zu werden und den damit verbundenen Stress zu bewältigen (Ehrhardt 1999; Hirsch 2011:485).

Psychotherapie will Betroffene stabilisieren bzw. fördern in Bezug auf deren Kompetenzen, Aktivitäten des täglichen Lebens und ihre familiären Beziehungsstrukturen (Hirsch 2011:485). Gerade bei einer beginnenden Demenz kann Psychotherapie hilfreich sein (Keetmann & Bejick 2006:129). Insgesamt bleibt festzuhalten, dass Psychotherapie mit Dementen höchstens eine immer wieder aufs Neue gefährdete Teilstabilität erreichen kann. Ein dauerhaft stabiles Gleichgewicht scheint nicht möglich zu sein (Kitwood 2008:147). Die Möglichkeit der Psychotherapie mit Menschen mit Demenz ist mir nur aus der Literatur bekannt. In mehreren Jahren habe ich keinen Betroffenen erlebt, der Psychotherapie in Anspruch genommen hat. Dies mag vor allem daran liegen, dass sich meine Erfahrung vorwiegend auf Menschen mit Demenz in Altenheimen bezieht. In der ersten Zeit im Altenheim, in der Psychotherapie noch sinnvoll wäre, sind Menschen mit Demenz allerdings vorwiegend mit anderem beschäftigt: Loslassen der alten Umgebung, Einleben in das neue Umfeld oder Verarbeiten von Trauerfällen. So bleibt die Anfrage, ob nicht gerade in der Anfangsphase im Altenheim häufiger eine Psychotherapie sinnvoll sein könnte.

#### **1.4.4 Mäeutik (erlebnisorientierte Pflege)**

Aus dem Griechischen stammend bedeutet Mäeutik „Hebammenkunst“. Der Begriff wurde von Sokrates geprägt. Mäeutik in der Arbeit mit Menschen mit Demenz ist erlebnisorientierte Pflege. Dabei stellt sie „den Kontakt zum Menschen mit Demenz (hier in der Regel als HeimbewohnerIn) in den Mittelpunkt“ (Fröchtling 2008:115). „Im Gegensatz zur Validation ist das Erleben des Menschen mit Demenz im Hier und Jetzt bedeutsam“ (MDS 2009:123). In der Begegnung mit dem Bewohner geht es darum, dass sich die pflegende Person „in dessen Erlebniswelt einlebt“ (Schindler 2003:11). Dabei soll eben nicht nur die eigene Erlebniswelt vertraut sein, sondern auch die Erlebniswelt des

Betroffenen. Mäeutik will Betreuenden verdeutlichen, was sie intuitiv bereits wissen (Schaade 2009:9). Pflegende sollen Menschen mit Demenz bewusst machen, was diese eigentlich schon wissen (van der Kooi 2000:278-284). In diesem Prozess nehmen die Pflegenden im gestörten Verhalten der Dementen deren Grundbefindlichkeiten wie Angst, Kummer, Einsamkeit, das Bedürfnis nach Autonomie oder Furcht vor Verlust und Intimität wahr (Schindler 2003:15). Grundlage sind fundierte Kenntnisse von Biographie, Wünschen, Bedürfnissen und Gewohnheiten (:15-16).

Bei den vier Phasen der Mäeutik bleibt das Ich in allen Stadien erhalten: Das bedrohte Ich, das verwirrte Ich, das verborgene Ich, das versunkene Ich (KDA 2001). Im Gegensatz zur Validation sind die Phasen nicht wertend benannt. Bei der Mäeutik handelt es sich um keine neue Technik. Vielmehr sollen verschiedene Konzepte (Validation, basale Stimulation, Biographiearbeit) situationsgerecht angewendet werden.<sup>87</sup>

## **1.5 Ansätze bei Person und Biographie von Menschen mit Demenz**

Verschiedene Ansätze rücken Personsein und Biographie von Menschen mit Demenz ins Zentrum. Zunächst ist hier die Reminiszenztherapie (REM) (1.5.1) zu nennen. Dann soll es um Gedächtnistraining (1.5.2) gehen. Weiter steht Biographiearbeit im Mittelpunkt (1.5.3). Schließlich wird die Selbsterhaltungstherapie (SET) (1.5.4) beleuchtet.

### **1.5.1 Reminiszenztherapie (REM) (Erinnerungsarbeit)**

Reminiszenztherapie bezieht sich auf die Vergangenheit, nimmt den Menschen als geschichtliches Wesen wahr und arbeitet mit Erinnerungen (Kitwood 1997:11). Zentral ist, dass die Betreuenden Biographiewissen haben sollten (MDS 2009:133).

Erinnerungen sind normale Bestandteile des menschlichen Lebens (Schweitzer & Bruce 2010:27). Menschen reisen gerne auf „Ausflüge in ihr früheres Leben“ (:27). *Frau B.F. (87-88 Jahre, Phase III, 2013) erzählt immer wieder gern von ihrem Sohn und von Erlebnissen, die sie gemeinsam hatten.* Der Erinnerungsprozess in der Gruppe wird häufig durch Fotos, Musik oder Haushaltsgegenstände aktiviert (Buijssen 2008:177; Schweitzer & Bruce 2010:35). *In Bibelkreis-Kleingruppen können Fotoalben verwendet werden, um Betroffene zum Einbringen von Fragmenten ihrer Biographie zu motivieren.* Erinnerungsarbeit will als Teil alltäglicher Betreuung Menschen mit Demenz aktivieren (MDS 2009:134). Reminiszenz kann Betroffenen eine eben noch weit verborgene Erinnerung zurückschenken und sie damit zum Lächeln bringen (Schweitzer & Bruce 2010:41). Wiedererkennen fällt Menschen mit Demenz leichter als Wiedererinnern

---

<sup>87</sup> Aus diesem Grund wird in diesem Abschnitt auf Praxisbeispiele verzichtet. Diese finden sich in den Ausführungen zu weiteren Ansätzen.

(Schweitzer & Bruce 2010:29). Betroffene finden sich in Geschichten aus ihrem Leben wieder, auch wenn sie diese selber nicht mehr erzählen können (:29). Erzählt man Betroffenen einfühlsam aus ihrer Lebensgeschichte, wenn sie dies selber nicht mehr können, werden sie dadurch getröstet (:43).

*Frau B.F. (88 Jahre) arbeitete früher unter anderem als Platzanweiserin im Kino. Ihr wurde vorgeführt, wie sie sich als Platzanweiserin mit ihrer typischen Ausdrucksweise artikuliert haben könnte (2.4.2013). Obwohl die Betroffene ihre Erlebnisse selber aktiv nicht mehr erzählen kann, musste sie über diese Parodie herzlich lachen.*

Erinnerungsarbeit kann auf verschiedene Arten geschehen: Zuerst werden biographische Daten durch Gespräche mit Bewohnern und deren Angehörigen gesammelt (Schweitzer & Bruce 2010:47). Weiter können Gespräche über die Biographie beiläufig in den Alltag integriert werden (:48-50). Auch die Umgebung kann anregend eingerichtet sein: Dazu können Erinnerungsecken und Haltepunkte mit Bildern oder Gegenständen dienen (:50-52). Erinnern kann man sich in einer Gruppe oder auch mit einzelnen Personen (:53-57).

*Im Emil-Srąga-Haus wird ein Biographiebogen über den Lebenslauf aller Bewohner erstellt. In der Regel werden Knotenpunkte des Lebens bereits beim Eintritt ins Heim erfragt. Daraus können interessante Informationen entnommen werden, z.B. dass Frau B.F. als Platzanweiserin im Kino gearbeitet hat.*

Reminiszenztherapie geht davon aus, dass Erinnerungen länger bewahrt werden können, wenn Betroffene davon erzählen (Schweitzer & Bruce 2010:43). Das Gefühl, zusammen zu gehören, kann gesteigert werden, wenn Menschen mit Demenz ihre Erinnerungen erzählen und dabei entdecken, dass sie Gemeinsamkeiten mit Mitbewohnern haben (:44). *Im Rahmen eines Bibelkreises kann es sich eignen, über Erfahrungen im Krieg oder frühere Berufe zu reden.* Ein Teil der Energie aus den Geschichten früherer Jahre kann sich mit in die Gegenwart übertragen (Schweitzer & Bruce 2010:42). Dadurch können sich Menschen mit Demenz möglicherweise plötzlich jünger und lebendiger fühlen (:42).

## 1.5.2 Gedächtnistraining

Gedächtnistraining wird vor allem für sekundäre Formen der Demenz (wie das Korsakow-Syndrom) empfohlen (Schaade 2009:72). Die einfachsten Formen des Gedächtnistrainings sind Redewendungen, Sprichwörter, Beschreibung verballhornter Sprichwörter, Rätsel, Scharaden, Teekessel und Scherzfragen (Jopping 2008:15). Diese Formen werden nachfolgend beschrieben und mit Beispielen verdeutlicht.

Redewendungen bestehen in der einfachsten Form aus zwei Begriffen, die zusammen gehören (Jopping 2008:17). Davon ist ein Begriff zu erraten.

*Beispiele wären alt und jung, auf und ab, hell und dunkel (Jopping 2008:18). Zur Schöpfung der Bibel lassen sich zahlreiche solcher Paare finden: „Dunkel und Hell“, „Abend und Morgen“, „Himmel und Erde“, „Tiere und Pflanzen“, „Gott und Mensch“, „Adam und Eva“. Es geht beim Ergänzen nicht um Korrektheit. Auch wenn ein Mensch*

mit Demenz zu „Abend“ den Begriff „Mittagessen“ errät, wird dies aufgenommen. Das Gedächtnis wird ebenfalls aktiviert, wenn durch die Worte Gespräche angeregt und Episoden aus dem Leben angestoßen werden. Zu anderen biblischen Themen lassen sich weitere Wortpaare finden.

Sprichwörter sind als Weisheiten im Volk verbreitet und drücken Sachverhalte und Einsichten bildhaft aus (Jopping 2008:19). Menschen mit Demenz können Sprichwörter ergänzen, wenn man ihnen den ersten Satzteil vorgibt.

*Auch die Bibel enthält geeignete Sprichwörter: „Der Herr ist mein Hirte, mir wird nichts mangeln (Ps 23,1). Befiehl dem Herrn deine Wege und hoffe auf ihn, er wird's wohl machen“ (Ps 37,5). „Hochmut kommt vor dem Fall“ (Spr 16,18). Nichts Neues unter der Sonne (nach Pred 1,9). Wer andern eine Grube gräbt, fällt selbst hinein (nach Pred 10,8). „Wo euer Schatz ist, da ist euer Herz“ (Mt 6,21). „Der Geist ist willig, aber das Fleisch ist schwach“ (Mt 26,41). „Wer unter euch ohne Sünde ist, der werfe den ersten Stein“ (Joh 8,7). „Geben ist seliger denn nehmen“ (Apg 20,35). „Liebe deinen Nächsten wie dich selbst“ (Gal 5,14). „Geiz ist die Wurzel allen Übels“ (1 Tim 6,10).*

Mit bewusst eingebauten Fehlern entstehen verballhornte<sup>88</sup> Sprichwörter. Menschen mit Demenz lieben solche Übungen mit falsch wiedergegebenen Sprichwörtern.

*Auch Verse aus der Bibel lassen sich verfremden<sup>89</sup>: „Der Herr ist mein Gärtner“ anstatt „Der Herr ist mein Hirte“ (Ps 23,1). „Kommt zu mir, die ihr ausgeschlafen habt“ anstatt „Kommt zu mir, die ihr mühselig und beladen seid“ (Mt 11,28). „Was der Mensch sät, das wird er essen“ anstatt „Was der Mensch sät, das wird er ernten“ (Gal 6,7).*

Rätsel machen neugierig und regen zum Mitdenken an (Jopping 2008:23).

*Will man eine biblische Geschichte erzählen, muss man nicht schon alles verraten, etwa: „Ich erzähle Ihnen jetzt die Geschichte vom verlorenen Sohn.“ Es darf spannend sein und es kann sogar ein Rätsel daraus gemacht werden: „Wir schauen uns jetzt eine Geschichte an. Jesus hat sie erzählt. Da kommen verschiedene Tiere vor: Schweine, die gehütet werden und ein Kalb, das geschlachtet wurde. Weiter geht es um zwei Söhne und um einen Vater. Der eine Sohn ging in die Fremde. Er ging verloren. Der andere blieb daheim. Hat jemand eine Idee, um welche Geschichte es gehen könnte“ So kann jede Geschichte zum Rätsel gemacht werden – nach und nach werden immer mehr Hinweise gegeben, bis die Geschichte erraten wird.*

Bei Scharaden (franz. „Silbe“) sollen zwei Silben oder Wörter erraten werden, die gemeinsam ein neues Wort ergeben (Jopping 2008:25). Wenn Scharaden Menschen mit Demenz überfordern, kann es Satz für Satz noch einmal durchgegangen werden (:26). Mit zunehmender Routine wird man lernen, welcher Schwierigkeitsgrad für die jeweilige Gruppe angemessen ist. *Beispiel: Mein erstes hat Seiten, mein zweites liest man vor. Mein erstes ist ein Buch, mein zweites kann man erzählen. Mein erstes besteht aus Altem und Neuem Testament, mein zweites handelt von etwas. Lösung: Bibelgeschichte.*

Teekessel sind Begriffe mit zwei Bedeutungen (Jopping 2008:27). Die älteren Generationen kennen dieses Spiel noch von früher (:27). *Der erste Teekessel ist ein*

<sup>88</sup> Balhorn war ein Buchdrucker im 16. Jahrhundert in Lübeck. Er brachte eine fehlerhafte neue Auflage des Stadtrechtes heraus (Jopping 2008:21).

<sup>89</sup> Hier ist zu beachten, dass mit der Bibel mit entsprechendem Respekt umgegangen werden muss. Die Inhalte des christlichen Glaubens und die religiösen Empfindungen sollen nicht verletzt werden. Im Zweifelsfall sollte man lieber keine biblischen Verse verfremden.

*Kaffee mit Alkohol, den es vor allem in Norddeutschland gibt. Teekessel Nummer zwei ist eine religiöse Partei aus der Zeit Jesu. Lösung: Pharisäer.*

Scherzfragen trainieren das Gedächtnis und können Menschen zum Schmunzeln bringen (Jopping 2008:28). *Womit fängt die Bibel an? Mit der ersten Seite.*

Werden vorhandenes Wissen und Fähigkeiten abgerufen, stärkt dies das Selbstbewusstsein und schafft Erfolgserlebnisse (Jopping 2008:13). Die Konfrontation mit Defiziten wird dagegen als schmerzlich und kränkend empfunden (:13). Ziel von *Gedächtnistraining* ist, bei Betroffenen folgende Bereiche zu fördern: „Konzentration, Reproduktion, verbale Ausdrucksfähigkeit, Merkvermögen und Wortfindung“ (Fröchtling 2008:124).

### 1.5.3 Biographiearbeit

Mit dem Vergessen geht für den Betroffenen der Verlust um das Wissen seiner selbst einher: Das Aufgehobensein in der eigenen Lebensgeschichte schwindet (Franke & Kämmerer 2003:73).

*Frau B.F. (87-88 Jahre, Phase II-III, 2013) kann ihren Lebenslauf nicht mehr aktiv abrufen. Erzählt man verschiedene Episoden, findet sie sich aber in denen wieder, die mit ihrer Biographie zu tun haben. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn es ihre früheren Tätigkeiten oder das Familienleben berührt.*

Biographiearbeit kann Betroffenen eine Hilfe sein. *Erinnerungsboxen mit Fotos und Gegenständen wecken Erinnerungen.* Zentral ist, dass eine persönliche Erinnerung ermöglicht wird, während eine Aussöhnung mit der Biographie eine Überforderung darstellen könnte (Haupt 2003:395). Dem ist in späteren Demenzphasen sicher beizupflichten, in der ersten Phase gibt es diese Möglichkeit jedoch durchaus noch. Kennen Betreuende persönliche wichtige Einschnitte aus dem Leben einer betroffenen Person, können sie sich viel besser einfühlen (Franke & Kämmerer 2003:73). *Ein Seelsorger wird z.B. auf eine ganz andere Art auf Frau X.L. (93-94 Jahre, Phase I, 2012) eingehen können, wenn bekannt ist, dass in der Verfolgung ihre beiden Söhne umgebracht wurden.*

Das von Depping empfohlene mitfragende Verhalten kann bei der Biographiearbeit helfen, etwa: „Wie war das damals zu Hause? Wie war das damals in der Schule? Wie war das damals bei der Konfirmation? Wie war das damals bei der Eheschließung? Wie war das damals mit den Kindern?“ (2008:34). Dadurch wird das episodische Gedächtnis angestoßen und Erlebnisse aus dem Leben erzählt (:35). *Mit Kenntnis der Biographie hätte die Betreuerin in der Beobachtungsszene A den Ruf nach der Mutter vielleicht anders aufgenommen – und entsprechend reagiert.* Besonders in der ersten Phase der Demenz kann noch auf Vieles aus der Biographie zurückgegriffen werden. Der Verlauf einer Demenz kann mit einer Bibliothek von Tagebücher verglichen werden, aus der nach

und nach Band für Band verschwindet (Beijck 2006:135). Menschen mit Demenz tut es gut, wenn sie Geschichten aus ihrem Leben erzählen können. Ihre Erinnerungslücken bereichern sie dabei häufig durch ihre Phantasie. Dabei treten immer wieder Schlüsselereignisse hervor, die ein roter Faden durch das Leben oder ein Lebensthema waren – darüber kann dann gesprochen werden (Herbst 2012:653). Kennen wir die Biographie eines Menschen, können wir zudem besser auf diese Person eingehen.

*Ruft z.B. Frau I.X. (97-98 Jahre, Phase III, 2011) nach „Werner“, so meint sie ihren verstorbenen Ehemann. Fragt dagegen Frau C.G. (79-80 Jahre, Phase III, 2011) nach „Gertrud“, so meint sie damit ihre Tochter. Beides kann unterschiedliche Wünsche ausdrücken und verschiedene Reaktionen erfordern.*

Wenn uns Menschen mit Demenz mit ihren Bemerkungen und Einwänden in Bibelkreis-Kleingruppen anbieten, ihre Biographie einzubringen, sollte dies gefördert werden. Dadurch können wir sie besser verstehen und begleiten.

*Herr P.H. (87 Jahre, Phase I, 31.1.2013) erkannte „Hühner“ in einer abstrakten Skizze, die eigentlich eine Schafherde darstellen sollte. Ein Gespräch mit der Enkelin ergab, dass er sein Leben lang Hühner gehalten hatte. Für Herr P.H. wäre es also vielleicht hilfreich, ein Beispiel aus der Hühnerzucht zu verwenden.*

### **Weiterführende Fragen...**

Um entsprechend gute Fragen parat zu haben, findet sich nachfolgend eine Checkliste. Eine Strukturierungshilfe für Gesprächskreise mit alten Menschen im Altenheim, in denen Geschichte und Geschichten erzählt werden, findet sich bei Depping 2008:28. Er schlägt auch Fragen für das Einzelgespräch vor (:34-35). *Die von Depping vorgeschlagenen Fragen für das Einzelgespräch können auch in einer Gruppe verwendet werden:*

#### **... zur Schulzeit**

„Wie war das damals in der Schule?“ (Depping 2008:34). „Was fällt ihnen [sic! „Ihnen“] ein, wenn Sie an Ihre Schulzeit denken? Welche Fächer hatten Sie? Was war auswendig zu lernen? Wie war der Lehrer / die Lehrerin? Wann gab es schulfrei? Wie war das mit dem Fach <Religion>?“ (:28). *Wo gingen Sie zur Schule? Wie hieß Ihr Banknachbar? Was haben Sie zusammen erlebt?*

#### **... zur Arbeit**

„Welche Berufe hatten die Väter damals? Wie sah die Arbeit der Mutter aus? Wie war das, als Sie aus der Schule kamen?“ (Depping 2008:28). *Haben Sie zuhause mitgeholfen? Was haben Sie daheim gerne gemacht? Was haben Sie ungern gemacht?*

#### **... zur Freizeit**

„Wie war das damals zu Hause?“ (Depping 2008:34). „Was haben Sie als Kinder gespielt? Welche Feste wurden damals gefeiert? Welche Schlager haben Sie damals

gesungen? Welche Tänze wurden getanzt?“ (:28). *Hatten Sie einen Plattenspieler? Welche Anlässe haben Sie zuhause gefeiert? Welche Feiern haben Sie außer Haus (z.B. in einer Gaststätte) gefeiert?*

### **... zur Kirche**

„Wie war das damals bei der Konfirmation?“ (Depping 2008:34). „Was fällt Ihnen ein, wenn Sie an Ihren Konfirmandenunterricht denken? Was haben Sie gelernt? Wie war der Pastor? Wie oft gingen Sie zur Kirche? Wie wurde die Konfirmation gefeiert?“ (:28). *Wie hieß Ihr Konfirmationsspruch? Wie sah die Kirche aus, in der Sie konfirmiert wurden?*

### **... zum religiösen Hintergrund**

„Wie war die Einstellung der Eltern zur Kirche? Fand religiöse Sozialisation im Elternhaus statt oder nur über Schule und Kirche? Wurde Gott vorwiegend als strafender Richter oder als liebender Vater dargestellt? Gibt es noch eine alte Familienbibel oder das Gesangbuch, das zur Konfirmation geschenkt wurde? Lässt sich der Konfirmations- oder Trauspruch noch feststellen? Gibt es Lieblingslieder aus dem Gesangbuch oder Lieblingstexte aus der Bibel oder geliebte Bücher mit biblischen Darstellungen?“ (Depping 2008:30-31).

*Waren Sie sich in Glaubensfragen einig mit Ihrem Partner? Gab es verschiedene Sichtweisen?*

### **... zur Familie**

„Wo ist dieser Mensch geboren und aufgewachsen? In welchem sozialen Umfeld ist er großgeworden? Welche Schule hat er besucht? Wie war sein beruflicher Werdegang? Wie sah seine eigene Familie aus oder blieb er ledig? An welchen Orten hat er gelebt? Gab es Lieblingsbeschäftigungen? Gab es einschneidende Schicksalsschläge?“ (Depping 2008:30).

### **... zum Bibelgebrauch**

Einige praxiserprobte Fragen zum Bibelgebrauch in der Biographie fügen sich an. *Was für Bibelverse kennen Sie? Welche biblischen Geschichten kennen Sie? Kennen Sie Ihren Taufspruch? Wie heißt er? Was steht in Ihrem Trauspruch?*

### **Von den Fragen zur Biographie kommen**

Wer merkt, dass ein Betroffener sich bei einem Thema wohl fühlt und dort länger verweilen möchte, kann weitere spezifischere Fragen stellen, die das Themenfeld genauer ausleuchten. Hält der Betroffene z.B. beim Thema „Eheschließung“ inne, so bieten sich folgende Fragen an: „Wie war das in der Kirche? Was haben Sie gesungen? Wer hat Sie getraut? Wo haben Sie gefeiert?“ (Depping 2008:34). Um den Ton des Gesprächspartners zu treffen, empfehlen sich gelegentlich auch Variationen: „Wie war das, als Sie die Ehe schlossen? Wie war das, als Sie geheiratet haben? Wie war das bei der Trauung? Wie war das, als Sie sich das Jawort gaben?“ (:35).

### 1.5.4 Selbsterhaltungstherapie (SET)

Für die Begründer der Selbsterhaltungstherapie (SET) ist der Kern menschlicher Identität „das Wissen um das eigene Selbst in Vergangenheit und Gegenwart“ (Berghoff 1999:10).<sup>90</sup> Da dieses Wissen eng mit dem Selbstwertgefühl des Menschen zusammenhängt, ist auch das subjektive Wohlbefinden davon abhängig (:10). Nach Auffassung der SET fühlen sich Menschen also wohler, wenn sie im Wissen um sich selbst in Vergangenheit und Gegenwart geborgen sind. Von der Gegenwart des aktuellen Selbstverständnisses und der Vergangenheit mit der Biographie des Betroffenen ausgehend wird ein prognoseorientiertes Übungsprogramm erstellt, welches das Selbstwissen erhalten soll (Romero 1999:10). Bei Romero & Eder enthält das Selbst das Wissen über die eigene Person. Dazu „gehören Vorstellungen über den eigenen Körper, die Kleidung, Wohnung und Familie, die Wirkung der eigenen Person im Umgang mit anderen Menschen, persönliche Einstellungen, Haltungen, Grundsätze, Verhaltensweisen und Tätigkeiten“ (Berghoff 1999:11).

#### Folgen von Demenz für das Selbst

Eine beginnende Demenz stört das Selbst (Berghoff 1999:11). Das menschliche Bedürfnis nach Kontinuität wird nicht erfüllt. Dies kann Trauer und Depression auslösen (:12). Aufgabe der SET ist, das Selbst immer wieder aufs Neue ins Gleichgewicht zu bringen (:12). Ein von Morbus Alzheimer betroffener Mensch kann seine Erlebnisse nicht mehr durch Erzählen durchleben und verarbeiten. Dadurch entfremdet er sich von seinem eigenen Selbst (Berghoff 1999:13). Gefühlswelt und Persönlichkeit verändern sich so stark, dass Angehörige bezeichnenderweise oft sagen: „Er ist nicht mehr er selbst“ (:15). Menschen mit Alzheimer-Demenz sind gefährdet durch Verletzung der personalen Kontinuität, Erlebnisarmut, Selbstwissensverlust und Veränderungen des Gefühlserlebens und der Persönlichkeit (Gutzmann 1998:18).

#### Das externe Gedächtnis

SET möchte die Kontinuität im personalen Erleben und Selbstverständnis bewahren, Eintönigkeit und Erlebnisarmut vermeiden und das Selbstwissen über möglichst lange Zeit erhalten (Romero 1999:16). Dabei können die Kindheit, das frühe Erwachsenenalter und

---

<sup>90</sup> Die Selbsterhaltungstherapie (SET) wurde speziell für Menschen mit Demenz vom Typ Alzheimer entwickelt (Fröchtling 2008:124). Begründet wurde die SET in Romero & Eder (1992) und weiter vertieft in Romero (1997). Ebenso in Rath (1997). Sie bildet die Schnittmenge zwischen Biographie und Validation (Haupt 2003:395). Sie steht auf der Basis der humanistischen Psychologie und hat zugleich ein ganzheitliches christliches Menschenbild (Berghoff 1999:9). Sie möchte Lebensräume „sichern, gestalten und bereichern“ (Wittrahm 1993, zit. in Berghoff 2000:9). Als wichtigstes Ziel will die SET die personale Identität der Betroffenen so lange und so weitgehend wie möglich erhalten (Fröchtling 2008:124). Berghoff hebt weiter hervor, dass die SET keinen erheblichen Sonderaufwand benötigt (1999:9).

die gegenwärtige Situation bedeutend sein (Berghoff 1999:17). Als Mittel auf dem Weg zu diesem Nachschlagewerk dient das persönliche, erinnernde Gespräch, was durch Fotos, Erinnerungsgegenstände oder eigene biographische Notizen angeregt werden kann (:17). *Auch in der Bibelkreis-Arbeit können die Teilnehmer motiviert werden, Geschichten aus ihrem Leben mit Hilfe von visuellen Hilfsmitteln zu erzählen. Verknüpfen lässt sich dies mit verschiedenen biblischen Lebensgeschichten.*

Es sollen spielerisch und in vertrauensvoller Runde Erinnerungen und Geschichten ausgetauscht werden. „Worte wie Training, Therapie oder Übung sollten vermieden werden“ (Berghoff 1999:18). Wird der Betroffene zum Erzählen motiviert, fühlt er sich akzeptiert in der Welt, in der er sich aufhält (Depping 2008:59). Langfristig soll eine Art Nachschlagewerk zum Leben des Betroffenen in Form von Fotoalben, Bildbänden, Tonbändern und Videoaufnahmen entstehen (:18). *Seelsorge im Altenheim kann auch dazu beitragen, anderen Berufsgruppen (z.B. der Pflege) zu biographischen Details des Bewohners zu verhelfen, sofern damit die seelsorgerliche Schweigepflicht nicht verletzt wird.* Wertvolle Hinweise können auch von Angehörigen, Freunden, Kollegen und Nachbarn eingebracht werden (Berghoff 1999:18). Damit kann systematisch und regelmäßig wiederholt und der Zerfall des Wissens gebremst werden (:18,20). Der Mensch mit Demenz kann gleichzeitig in zwei Welten leben: Beispielsweise in seiner Kindheit und zugleich im Hier und Jetzt. „Korrekturen dieses Lebens in verschiedenen Gefühls- und Bewusstseinswelten lehnt Romero ab“ (:20). Im sog. „Haus des Lebens“ gibt es – nach dem Verständnis der SET - verschiedene Zimmer: Eltern, Geschwister, Kindheit, Erziehung, Schulzeit, Glaube, Ausbildung, Freundschaft, Erste Liebe, Sexualität, Alltagsfähigkeiten, Heirat, Kinder, Beruf, Anerkennung, Besitz, Sicherheit, Freunde, Verwandte, nachberufliche Identität, Sinn, Orte, Landschaften, Ämter, zeitliche Orientierung, Hobbys und Alltagsorientierung (Berghoff 1999:21). Kann sich der Betroffene trotz Training nicht mehr an eine bestimmte Lebensphase erinnern, so soll man das Zimmer abschließen „wie ein Zimmer, das nicht mehr bewohnbar ist“ (nach Lauther 1993, ohne nähere Quellenangaben zit. in Berghoff 1999:20).

Eine Stärke der SET findet sich in ihrem Menschenbild. Es ist zugleich christlich und psychologisch fundiert und bietet damit eine breite Grundlage. Bedauerlich ist, dass die SET nur Menschen mit Alzheimer im Blick hat, denn von den meisten Betroffenen wurde die genaue Form der Demenz nie diagnostiziert. Sicher ist das Konzept in großen Teilen jedoch auch auf andere Demenzarten anwendbar.

## 1.6 Zusammenfassung: Ansätze für Menschen mit Demenz

Beschäftigungstherapien lassen sich einfach auch in Seelsorge, Bibelkreise und Gottesdienste integrieren. Schnell hat man ein Lied angestimmt oder ein Blatt Papier mit Farben bereitgestellt. Beschäftigung vermittelt dem Menschen Sinn und Wert. Außerdem regt sie die Kreativität an. Die Umgebung kann Menschen mit Demenz überfordern, weil sie ihnen immer wieder neu und fremd erscheint. Realitätsorientierung soll in Maßen geschehen. Umweltreize durch vertraute Möbel können für Betroffene eine Hilfe sein. Bei der Validation geht es darum, den Menschen mit Demenz wertzuschätzen und seine Welt als für ihn gültig anzunehmen. Personenzentrierte Pflege betont mehr die Stärkung der Person. Psychotherapien wollen Betroffenen helfen, mit der Krankheit angemessen umgehen zu können. Mäeutik betont, dass das Ich der Person erhalten bleibt und sucht einen stark erlebnisorientierten Zugang. Reminiszenztherapie und Erinnerungspflege stößt bei Betroffenen Erinnerungen an, z.B. mit Hilfe von vertrauten Gegenständen, Gerüchen oder bekannten Liedern. Biographiearbeit betont, wie wichtig die Kenntnis der Lebensdaten ist. Gedächtnistraining steigert Konzentration, Ausdruck und Merkfähigkeit. Die Selbsterhaltungstherapie legt ihren Schwerpunkt auf Identität und Personsein des Betroffenen.

## 1.7 Weitere nichtmedikamentöse Ansätze

Die Ausführungen über nichtmedikamentöse Herangehensweisen reichen in diesem Umfang für diese Arbeit aus. Da es jedoch noch weitere Ansätze gibt, sollen zumindest einige davon erwähnt und mit Literaturangaben versehen werden.

- Kunsttherapien: Einen weiteren Überblick über Kunsttherapien für Menschen mit Demenz bieten Innes & Hatfield 2001, Waller & Gilroy 1994 und Menzen 2004.
- „*Snoezelen*“ ist begrifflich aus den niederländischen Worten für „schnuppern“ und „dösen“ zusammengesetzt. Inhaltlich ist das Angebot multisensorischer Stimulation in beruhigter Umgebung gemeint (Löding 2006:45). In abgedunkelter Umgebung befinden sich Matratzen oder sonstige weiche Sitzmöglichkeiten; dort können Hintergrundmusik, Düfte, Lichtreflexe und stimulierende weiche Gegenstände, z.B. Felle, mit den Sinnen wahrgenommen werden (Fröchtling 2008:111). Dadurch soll der eigene Körper besser wahrgenommen werden (Schaade 2009:9). Weitere Hinweise finden sich bei Hulsegge & Verheul 2005, sowie bei Löding 2004.
- Pflegemodell nach Böhm: Böhm orientiert sich an den gefühlsmäßigen Ressourcen von Menschen mit Demenz, jedoch nicht an ihren geistigen Defiziten

(Schaade 2009:8; Böhm 2001). Böhm versteht unter Demenz viel mehr eine seelische als eine körperliche Krankheit (Schaade 2009:8).

- Basale Stimulation (Bienstein & Fröhlich 2012a, Bienstein & Fröhlich 2012b). Hier steht die zwischenmenschliche Interaktion im Mittelpunkt: Berührungen oder gemeinsames Atmen im gleichen Rhythmus sollen Nähe und Wohlbehagen vermitteln (Keetmann & Bejick 2006:134). Auf diesen Ansatz wird in Teil III (5) eingegangen. Weiterführende Ratschläge finden sich bei Biedermann 2011, Bienstein & Fröhlich 2012a oder Bienstein & Fröhlich 2012b.<sup>91</sup>
- Verhaltenstherapie: Die Verhaltenstherapie möchte störendes Verhalten, wie unangepasstes Sozialverhalten, beseitigen (Ehrhardt & Plattner 1999). Sie kann ergänzend zur Psychotherapie sinnvoll sein, oder wenn die Psychotherapie in späteren Phasen der Krankheit nicht mehr anwendbar ist.

## 2 Vertiefung: Seelsorge und Gruppenarbeit im Altenheim

Wie kann Menschen mit Demenz im Altenheim auf eine angemessene Weise in Kleingruppen das Evangelium näher gebracht werden? Um das Thema Demenz herum sind nun noch diverse Aspekte zu beachten. Zunächst soll beleuchtet werden, was das Umfeld Altenheim für einen Einfluss auf die Situation hat (2.1). Weiter werden Besonderheiten für die Arbeit in der Gruppe aufgezeigt (2.2). Daraufhin soll ein Weg gezeigt werden, wie mit Störungen umgegangen werden kann (2.3). Weiter geht es um die Fragen des Bibelgebrauches und der Seelsorge im Kontext von Demenz im Altenheim (2.4). Zuletzt wird bedacht, wie damit umgegangen werden kann, wenn scheinbar nichts mehr von der vermittelten Botschaft bei den Betroffenen ankommt (2.5).

### 2.1 Altenheim

Die Bedeutung von Altenheimen für unsere Gesellschaft nimmt zu.<sup>92</sup> Für die seelsorgerliche Begleitung im Altenheim ist es wichtig, diese soziale Wohnform zu verstehen. Im Altenheim findet sich „eine ganz eigene Welt mit Menschen, die man

---

<sup>91</sup> Buchholz & Schürenberg (2008), Gutenthaler (2009), Kostrzewa & Kutzner (2009), Nydahl & Bartoszek (2012), Schmidt (2002).

<sup>92</sup> Etwa 3 Prozent der über 60-Jährigen leben in einem Altenheim (Statistisches Bundesamt 2011:17). Die reale Wahrscheinlichkeit ist jedoch höher, im höheren Lebensalter „in ein Heim überzusiedeln“ (Moser 2000:105). 20 bis 30 Prozent der Todesfälle von Senioren ereignen sich in Altenheimen, weil sie zum Sterben dorthin verlegt werden (Kostrzewa & Kutzner 2009:26). Diese Ausführungen beziehen sich auf die Situation in Deutschland: Über die Situation in der benachbarten Schweiz siehe Gross (2001:150-157).

normalerweise so nicht oft vor Augen bekommt“ (Muntanjohl 2007:295). *Dies wird z.B. in Beobachtungsszene A deutlich.*

Heutige Altenheime bieten „meist fachlich gute Pflege in einer liebevollen Umgebung“ (Hilsberg & Hilsberg 2011:2). Leider wird das Altenheim in der Gesellschaft dennoch häufig wahrgenommen als „Defizitsymbol des Alters“ (Moser 2000:109). In den letzten zehn Jahren gewinnen die Wohn- und Hausgemeinschaften für Menschen mit Demenz an Bedeutung: Bei diesem Konzept leben Betroffene „mit großer Kontinuität und ständiger Präsenz der Mitarbeiter und dem Wohnzimmer als Mittelpunkt“ (Bruder 2011:469).

*Das Emil-Sräga-Haus in Singen ist mit 70 Heimbewohnern eines der kleineren Altenheime in Singen (AWO 2007a; AWO 2007b).<sup>93</sup> Das Konzept der Seniorenfamilien wird umgesetzt: Die Bewohner leben jeweils in Einzelzimmern und teilen sich in jeder Familie eine Küche und einen gemeinsamen Wohnbereich. Zehn Bewohner bilden zusammen eine Seniorenfamilie und werden von einer Präsenzkraft in tägliche Aufgaben wie Kochen hinein genommen. Außerdem stehen Pflegefachkräfte zur Verfügung. Hinzu kommen Auszubildende, Praktikanten und ehrenamtliche Helfer.*

Der Eintritt in ein Altenheim ist für alle Beteiligten ein herausfordernder und einschneidender Einschnitt (Bruder 2011:468).

*In den ersten Monaten nach ihrem Eintritt waren bei drei Bewohnerinnen<sup>94</sup> u.a. folgende Beobachtungen zu machen: Die Angehörigen waren erschöpft von der bisherigen Pflege bzw. der herausfordernden Situation des Zusammenlebens. Angehörige hatten ein schlechtes Gewissen, weil sie ihre Versprechen nicht halten konnten („Du musst nie ins Heim“). Die Betroffene wurde gar nicht gefragt, ob sie ins Heim möchte. Es wurde vorgegaukelt, dass es nur um eine Kurzzeitpflege geht („Nur so lange wir im Urlaub sind“). Das Altenheim wird als „letzte Station des Lebens“ verstanden. Der neu eingezogenen Bewohnerin fällt es schwer, sich einzuleben, weil altvertraute Abläufe fehlen. Die Privat- und sogar Intimsphäre ist eingeschränkt. Es kommt zu Reibereien und Streitigkeiten, weil man so eng mit anderen Menschen zusammenlebt (wie etwa in Beobachtungsszene A). Der reduzierte Allgemeinzustand von Mitbewohnern macht dem Heimbewohner zu schaffen. Sterbende Mitbewohner und Todesfälle im eigenen Wohnbereich machen betroffen und wecken die eigene Angst vor dem Tod.*

## 2.2 Gruppenarbeit

Hier sollen verschiedene Ratschläge für die Gruppenarbeit mit dementen Menschen gegeben werden. Dabei geht es um das Verhalten des Gruppenleiters und entsprechende Rahmenbedingungen.

Die Teilnehmer sollen persönlich wahrgenommen werden: Jedem einzelnen soll in ungeteilter Aufmerksamkeit begegnet werden (Wehner & Schwinghammer 2009:10-11).

*Es ist nicht möglich, die Beziehung zu jedem einzelnen Teilnehmer während jeder Kleingruppe zu vertiefen. Dennoch kann jeder Betroffene persönlich begrüßt und verabschiedet werden. Auch ist es möglich, während einzelner Elemente im Bibelkreis einzelne Personen wahrzunehmen und auf sie einzugehen.*

---

<sup>93</sup> AWO (2010).

<sup>94</sup> Frau N.F., 88 Jahre, Phase II; Frau C.L., 90 Jahre, Phase III, 2012; Frau I.F., 70 Jahre, Phase II.

Die Sitzordnung sollte nach der körperlichen Verfassung der Teilnehmer gestaltet werden (Schweitzer & Bruce 2010:64).

*Der Leiter muss so sitzen, dass ihn die teilnehmenden Menschen mit Demenz gut sehen können. Sein Gesicht sollte gut ausgeleuchtet sein, ohne dass die Zuhörer vom Licht geblendet werden. Schwerhörige Teilnehmer nehmen in der Nähe oder gegenüber des Leiters Platz. Musikquellen (Instrumente, CD-Player) sollen von Betroffenen gut gehört werden. Es war für Frau I.T. in der protokollierten Bibelstunde (Beobachtungsszene B) eine Hilfe, ihre Defizite beim Hören durch das Sehen auszugleichen.*

Die Begegnung fällt leichter, wenn die Betroffenen den Gruppenleiter kennen und ihm vertrauen (Jopping 2008:10).

*In den Kleingruppen im Emil-Sräga-Haus war dies an Frau X.N. (93-94 Jahre, Phase I, 2013) zu beobachten: Als sie in die Einrichtung einzog, war sie kritisch gegenüber dem Bibelkreis. Nach einigen Gesprächen (z.B. über ihre Biographie) wurde der zwischenmenschliche Bezug herzlicher. Inzwischen ist auch der Bibelkreis zu einem festen und wichtigen Bestandteil in ihrem Leben geworden.*

Ein Thema hält eine Gruppenstunde zusammen (Jopping 2008:31). *Durch die Bibel ist das große Thema für eine Kleingruppe bereits vorgegeben. Weitere Eingrenzungen kann das Kirchenjahr vorgeben, z.B. Ostern, Pfingsten oder Trinitatis (wie in Beobachtungsszene B zu sehen).*

Die Interessen und Fähigkeiten der Teilnehmer sollten dem Gruppenleiter bekannt sein (Jopping 2008:10). *Die Fähigkeiten werden auch durch den Grad der Demenz bestimmt. Bei Betroffenen fortgeschrittener Krankheitsstadien ist das Niveau entsprechend zu vereinfachen.*

Es muss kein perfektes Ergebnis erzielt werden: Vielmehr geht es um das gemeinsame Tun und Erleben (Jopping 2008:10).

*Wird gemeinsam gesungen, geht es nicht um fehlerfreien Gesang. Wichtiger ist, dass die Teilnehmer auch dann zum Mitsingen ermutigt sind, wenn sie nicht gut singen können. Die Länge einzelner Programmpunkte und des gesamten Gruppentreffens sollten der verminderten Konzentrationsfähigkeit der Teilnehmer entgegenkommen (Jopping 2008:10). Nach Anzahl der Teilnehmer, Ausprägung der Demenz und Tagesverfassung variiert die Länge der Bibelkreis-Kleingruppen zwischen 20 und 40 Minuten.*

Der Spaß darf nicht fehlen: Wichtiger als falscher Erfolgsdruck ist die Freude an der Sache. Auch falsche Antworten können anregen und sollten mit Humor aufgenommen werden (Jopping 2008:31).

*In einer Kleingruppe wurde die Bibel hoch gehalten und die mehr rhetorisch gemeinte Frage gestellt: „Was ist das für ein Buch?“ Frau G.B. (86 Jahre, Phase II, 21.3.2013) antwortete: „Ein Märchenbuch“. Einige Teilnehmer schmunzelten darüber. Insgesamt regte es den weiteren Verlauf des Treffens an. Es konnte immer wieder aufgegriffen und angefragt werden, ob die Bibel denn nicht mehr ist als ein Märchenbuch.*

Zur örtlichen und zeitlichen Orientierung sind Rituale für Menschen mit Demenz wichtig (Jopping 2008:10).

*Die Bibelkreis-Kleingruppen beginnen mit der Eröffnung im Namen des dreieinigen Gottes und enden mit dem Segen. Innerhalb des Treffens finden viele liturgische*

*Elemente ihren Platz (z.B. Vaterunser, Apostolisches Glaubensbekenntnis). Davor und danach werden die Teilnehmer persönlich mit Händedruck begrüßt und verabschiedet.*

Ein ansprechend geschmückter Gruppenraum und eine friedliche Atmosphäre in der Gruppe tragen zu einer harmonischen Atmosphäre bei (Jopping 2008:10).

*Im Emil-Sräga-Haus finden die Kleingruppen an einer möglichst ruhigen Stelle des Wohnbereiches statt. Die Bewohner sitzen in einem Kreis oder Halbkreis. In der Mitte wird mit Blumen, Bildern oder sonstigen visuellen Hilfsmitteln dekoriert.*

Die Gruppenstunde soll in einem Spannungsbogen verlaufen: Es wird leicht begonnen, erst dann soll die Schwierigkeit gesteigert und am Schluss wieder mit einfacheren Übungen abgeschlossen werden (Jopping 2008:11).

*Bei aufeinander folgenden Kleingruppen mit gleichem Inhalt und verschiedenen Teilnehmern taucht ab der zweiten Kleingruppe die Gefahr der Routine auf. Der Leiter kennt das Thema schon zu gut und kommt sehr schnell auf den Punkt. Wurde in der ersten Gruppe das Thema gemeinsam entfaltet, besteht ab dem zweiten Mal die Gefahr, nur noch ein fertiges Thema vorzusetzen. Abhilfe schafft hier, wenn das Thema so viel Gestaltungsfreiraum lässt, dass man es in jeder Gruppe wieder aufs Neue entfalten kann. In der Passionszeit 2013 wurden über mehrere Wochen die sieben Aussprüche Jesu am Kreuz behandelt (Mt 27,46c; Mk 15,34b; Lk 23,34a; 43b; 46b; Joh 19,26b.27b). Die entsprechenden Bibelverse auf sieben Blättern wurden in Form eines Kreuzes ausgelegt. Durch diesen Aufbau war es nun möglich, über mehrere Wochen hinweg jede Woche in jeder Gruppe ein bis drei Verse zu entfalten. Zugleich stand der Leiter selber unter der notwendigen Spannung und konnte selber noch mit entfalten.*

Lob tut jedem gut. Auch Menschen mit Demenz werden durch Lob angespornt. Lob stärkt das Selbstwertgefühl und gibt das Gefühl, erfolgreich zu sein (Jopping 2008:11).

*Herr T.I. (71 Jahre, Phase II, 4. & 11.3.2013) war in zwei aufeinanderfolgenden Bibelkreis-Kleingruppen einmal deutlich wacher dabei. Möglicherweise lag es daran, dass die Gruppe einmal viel kleiner war. So konnte besser auf ihn eingegangen werden und er wurde auch mehr gelobt.*

Die Erwartung soll nicht zu hoch geschraubt werden. Menschen mit Demenz machen eher kleine Fortschritte: Erscheint uns etwas banal, kann dies für den Betroffenen dennoch sehr bedeutend sein und sein Selbstvertrauen stärken.

*Werden in der Passionszeit ausgedruckte Bibelverse verwendet, kann nicht erwartet werden, dass alle Teilnehmer diese lesen können. Es kann für den einen oder anderen bereits ein Erfolg sein, wenn er sich ruhig in die Gruppe einfügen und dem Verlauf mit Interesse folgen kann.*

Man kann alten Menschen fast immer<sup>95</sup> etwas zu trinken anbieten. Häufig trinken sie zu wenig und ihr Allgemeinzustand verbessert sich mit jedem zusätzlichen Schluck. Ausgetrocknete Bewohner sind häufig verstärkt verwirrt (Jopping 2008:11).

*Mit etwas Phantasie kann das Trinken auf eine ungezwungene Art in das Thema eingebaut werden. So bietet es sich an, gemeinsam ein Glas Wasser zu trinken, wenn es um das Wort Jesu am Kreuz „Mich dürstet“ geht. Ebenso geeignet ist ein*

---

<sup>95</sup> Bei einigen Erkrankungen z.B. von Herz oder Nieren dürfen Betroffene nicht zu viel trinken. Diese Krankheitsbilder betreffen jedoch nur eine Minderheit der Bewohner. Das Pflegepersonal kann hier weiterhelfen.

*gemeinsames Getränk zu Themen wie „Die Frau am Brunnen“ (Joh 4) oder zu verschiedenen Jesus-Worten, in denen Wasser vorkommt (z.B. Mk 9,41).*

Am Gesichtsausdruck der Gruppenteilnehmer ist häufig abzulesen, ob sie beteiligt sind und verstanden haben (Jopping 2008:13). *Es empfiehlt sich, keinen allzu festen Ablauf für Bibelkreis-Kleingruppen mit Menschen mit Demenz festzulegen. Sind die Teilnehmer gelangweilt oder haben etwas nicht verstanden, können Wiederholungen oder Elemente wie Lieder und Gebete helfen.*

Themen sollen möglichst biographische Züge haben (Jopping 2008:13). Dazu sollte der Gruppenleiter zumindest ungefähr die Lebensgeschichte seiner Gruppenteilnehmer kennen (:13). *Herr T.H. (84-85 Jahre, Phase I, 2013) z.B. kann als ehemaliger Schäfer einbezogen werden, wenn es um Gott als Hirten geht (Ps 23).*

Die Dauer einer Gruppenstunde darf nicht vom vermeintlich abzuarbeitenden Pensum des Leiters abhängen. Sie sollte sich daran orientieren, wie wach und aufnahmefähig die Teilnehmer sind. Mehr als 60 Minuten sind eine Überforderung (Wehner & Schwinghammer 2009:14). *Kleingruppen können gelegentlich nur zehn Minuten dauern. Im Emil-Sräga-Haus dauert eine Bibelkreis-Kleingruppe meist 20 bis 40 Minuten.*

## 2.3 Störungen

Störungen gehören zu jeder Kleingruppe und sind beinahe unvermeidlich (Jopping 2008:12). Die entscheidende Frage ist, wie mit Störungen umgegangen wird (:12-13).

*Einige übliche Störungen: Teilnehmer kommen später in die Gruppe oder müssen früher gehen. Betroffene fangen an zu weinen, zu streiten oder zu schreien. Menschen mit Demenz reden dazwischen, müssen zur Toilette, suchen nach etwas oder haben Schmerzen. Teilnehmer legen ihr Gebiß, Hörgerät oder sonstige Hilfsmittel in das Sichtfeld anderer. Hintergrundgeräusche aus der Küche oder ein pfeifender Vogel ziehen die Aufmerksamkeit auf sich.*

Störungen sind positiv einzustufen. Die Teilnehmer werden durch ablenkende Verhaltensweisen vermutlich meist weniger irritiert als der Leiter. Jede Störung ist zudem ein Beweis dafür, dass die entsprechende Kleingruppe mitten im normalen Leben stattfindet. Der Glaube ist kein abgesondertes Etwas, sondern gehört in den Alltag.

*Jede Störung bietet die Chance, dass danach das bisher Gesagte wiederholt und gebündelt werden kann und die Teilnehmer nach einem kurzen Durchatmen wieder ganz bei der Sache sind. Bei Frau X.B. (Beobachtungsszene C, Nr. 80, 81) war z.B. keine Veränderung zu beobachten, wenn es zu Unterbrechungen kam. Die mitgesprochenen Worte („dein Name“, „nicht in“, „Bösen“) enthalten Beziehungsworte („dein“), aber auch die Negation „nicht“ und das Wort „Bösen“. Somit sind die benutzten Begriffe durchmischt, enthalten positive und negative Elemente.*

Auch unterschiedliche theologische Sichtweisen können störend wirken. *In der Kleingruppe wird ermutigt: „Wir dürfen unsere Sorgen auf Jesus werfen. So können wir nun auch gleich gemeinsam zu ihm beten.“ Darauf antwortet Frau G.I. (87 Jahre, Phase II, 21.3.2012): „Oder zu Maria“. Solche Äußerungen werden stehen gelassen.*

Störungen muss der nötige Vorrang gegeben, das Problem gelöst, getröstet oder die Geräuschquelle abgestellt werden (Jopping 2008:13). Erzähltes sollte nicht beurteilt, sondern als Teil der Erinnerungen respektiert werden (Schweitzer & Bruce 2010:62).

*Später kommende und früher gehende Gruppenteilnehmer werden freundlich begrüßt oder verabschiedet, ohne ihr Kommen oder Gehen zu werten. Bei Unruhe kann Betroffenen die Hand gehalten oder sie können in den Arm genommen werden. Der Käfig eines pfeifenden Vogels kann für die Dauer des Bibelkreises abgedeckt und das Personal höflich gebeten werden, die Hintergrundgeräusche minimal zu halten. Andere theologische Sichtweisen werden stehen gelassen. Die eigene theologische Überzeugung wird damit nicht verleugnet, kann aber reflektierter und klarer zu einem späteren Zeitpunkt dargestellt werden.*

Emotionale Bedürfnisse der Teilnehmer sollten nicht übergangen werden (Schweitzer & Bruce 2010:64).

*Bekümmerten oder niedergeschlagenen Personen soll die Gelegenheit gegeben werden, über ihren Kummer zu sprechen. Man kann auch nach der Kleingruppe noch einmal auf das Problem der Betroffenen eingehen und Lösungen suchen. Auch kann die Lösung des Problems an jemanden anderen übergeben werden.*

Manche Störungen überlagern den Ablauf der Kleingruppe so stark, dass die ganze Atmosphäre nicht mehr beruhigt werden kann.

*Frau G.S. (91 Jahre, Phase II, 18.4.2013) schimpfte während einer gesamten Gruppenstunde laut im Hintergrund. Sie redete permanent auf andere Bewohner ein. Frau S. liess sich auch nicht ablenken oder an einen anderen Platz begleiten. Die Geräuschkulisse im Hintergrund wurde so laut, dass sich kein Teilnehmer mehr konzentrieren konnte.*

Besser als gereizt ein Programm durchzuziehen ist dann, die Gruppe vorzeitig abubrechen und sich um die einzelnen Betroffenen zu kümmern. Diese Ausführungen über Gruppenarbeit und verbundene Störungen werden abgeschlossen mit einem Dialog aus einer Kleingruppe.

*Ein Bibelkreis fand neben einem Vogelkäfig statt. Eines Tages waren die darin lebenden Wellensittiche besonders unruhig. Sie piffen sehr hartnäckig. Damit störten sie den ganzen Ablauf. Die Vögel wurden immer lauter und die Kleingruppe konnte nicht wie geplant fortgeführt werden. Frau B.L. (75 Jahre, Phase I, 8.3.2012) brachte es auf den Punkt: „Der Vogel ist halt nicht katholisch!“*

## 2.4 Bibelgebrauch und Seelsorge

Die Praktische Theologie bewegt sich in der Spannung zwischen kerygmatischer (verkündigender) und empirischer (erfahrender) Gestalt (Möller 2004:6-7). Praktische Theologie kann in ihrer kerygmatischen Gestalt den Betroffenen beeinflussen, so wie ein Thermostat die Temperatur beeinflusst. Wie dagegen ein Thermometer die Temperatur nur misst, so nimmt die empirische Gestalt der Theologie dagegen die gesellschaftlichen Veränderungen zunächst nur wahr. In der Seelsorge findet sich dieser Konflikt etwa zwischen der kerygmatischen Seelsorge Thurneysens und der Seelsorgebewegung (Herbst 2012:64-69). Umfassend behandelt wird die Diskussion unter dem treffenden Titel „Seelsorge zwischen Bibel und Psychotherapie: Die Entwicklung der evangelischen

Seelsorge in der Gegenwart“ (Sons 1995). „In der heißen Phase der Auseinandersetzung konnte man bisweilen den Eindruck gewinnen, als stritten hier bibelfreundliche Menschenfeinde mit menschenfreundlichen Bibelfeinden“ (Bukowski 2011:11). In dieser Arbeit wird die gesellschaftliche Veränderung durch die teilnehmende Beobachtung als empirische Methode wahrgenommen. Dabei wird nicht stehen geblieben. Weiter wird gefragt, wie in diese Veränderung hinein verkündigt werden kann. Die Forschungsfrage dieser Arbeit lautet: *„Wie kann Menschen aller Demenzphasen in Kleingruppen im Altenheim die biblische Botschaft vermittelt werden?“* Verschiedene Arten des Textgebrauches ermöglichen eine flexible und methodisch angemessene Form<sup>96</sup> der Bibelverwendung (Morgenthaler 2009:263). Nun wird dargestellt, wie die Bibel verwendet werden kann, soweit dies für die Arbeit mit Menschen mit Demenz relevant ist. Aufgenommen wurden Vorschläge aktueller Einführungen der Seelsorgelehre.

Im Gespräch werden die verwendeten Grundformen biblischer Rede erspürt (Morgenthaler 2009:263): Dabei gilt es wahrzunehmen, ob das Gespräch inhaltlich und vom Ausdruck her eine biblische Ausdrucksform – etwa „Klage, Lob, Bitte oder Weisheit“ (:263) spiegelt. Diese wird wahrgenommen und benannt (:263).

*Teilnehmende kann es entspannen, wenn man die mitgeteilten Ausdrucksformen wahrnimmt. So drückte Herr T.H. (84 Jahre, Phase I, 11.3.2013) Dank dafür aus, dass er nach einem Gebet an der Front bewahrt wurde. Diese Dankbarkeit wurde benannt und so in die Kleingruppe eingebracht. Denkbar wäre weiter gewesen, ein Dankgebet zu sprechen, ein Danklied zu singen oder die anderen Teilnehmer dazu zu ermutigen, ebenfalls Erlebnisse zu erzählen wofür sie Gott dankbar sind.*

Sprachhilfe (Morgenthaler 2009:263): Biblische Texte, Bilder oder Symbole helfen, Gefühle verbal auszudrücken, sowie Situationen und Beziehungen zu deuten (:264). Gerade Psalmen<sup>97</sup> können zur Sprachhilfe werden, wie das z.B. Bukowski herausstellt. Psalmen helfen über Sprachlosigkeit hinweg, indem sie den Betroffenen ihre Sprache leihen (Bukowski 2011:70). Ein Wort aus der Bibel kann als Gedanke ins Gespräch eingebracht oder auch gebetet werden (:98). *Für Herrn T.H. könnten Worte aus Ps 50,14-15 „Sprachhilfe“ sein: „Opfere Gott Dank und erfülle dem Höchsten deine Gelübde und rufe mich an in der Not, so will ich dich erretten, und du sollst mich preisen.“*

---

<sup>96</sup> Morgenthaler (2009:266) warnt davor, biblische Texte naiv anzuwenden. Er empfiehlt einen wissenschaftlich reflektierten Umgang mit biblischen Traditionen, indem entsprechende hermeneutische Modelle benutzt werden (:266): Entfaltet in Morgenthaler (2009:257-263). Ziemer (2004) warnt ebenso vor einem bloßen biblizistischen Gebrauch (:44). Er appelliert an die theologische Sorgfalt und Verantwortlichkeit, Bibeltexte nicht gegen den ursprünglichen Sinn zu gebrauchen (:44). Eine angemessene Verwendung, die sich sowohl in den Text als auch in den Ratsuchenden einfühlt, erkennt aber: Es gibt übertragbare Erfahrungen zwischen der biblischen und unserer Zeit, wie Krankheit, Anfechtung, Unrecht, Schuld, Traurigkeit und Zweifel, „die es durchaus nahe legen, einen ‘alten’ Text auf eine gegenwärtige Konfliktlage zu beziehen“ (:44).

<sup>97</sup> Weitere Vertiefung zu den Psalmen als Sprachhilfe findet sich bei Baldermann (1993), Baldermann (1994) und Müller (1993).

Vergegenwärtigen (Morgenthaler 2009:264): Eine biblische Zusage wird wiedergegeben, z.B. ein Segen oder ein Wort des Trostes (:264).

*Der aaronitische Segen (Num 6,24-26) spricht selbst Menschen in fortgeschrittenen Demenzstadien an. Wird er ausgesprochen, kehrt in Gruppen häufig eine andächtige Stille ein. In einem Sitzkreis können die zum Segnen ausgebreiteten Hände den Sitznachbarn leicht auf die Schultern gelegt werden (wie in Beobachtungsszene B). Einzelpersonen kann beim Segnen die Hand auf die Stirn gelegt oder die Hand gehalten werden.*

Biblische Texte erzählen (Morgenthaler 2009:265): Hierbei wird nicht zitiert, sondern biblische Texte werden erzählt – dies ist spannend und bildhaft (:265). *Auf das Erzählen biblischer Geschichten wird in Teil III (1.8) eingegangen.*

Angewendete biblische Poesie und Rede (Morgenthaler 2009:265): Biblische Rede wird aktiv und sprachschöpferisch nachvollzogen und in eine spezielle Situation übersetzt (:265).

*In einem Gedicht von Hans Elwert (Elwert 2005, 2008, 2009) über die Hirten heisst es: Der Welterlöser ist auserkoren – Christus ist heute geboren. Er kam, der retten will und kann – für dich, für mich, für jedermann.“ Eine Bewohnerin, die ansonsten eher unbeteiligt ist, hörte aufmerksam zu und riet die Enden der Zeilen laut mit. „Geboren“ hat sie richtig erraten. Anstatt „für jedermann“ jedoch sagte sie „für Dschingis Khan“ (Frau I.N., 84-85 Jahre, Phase II-III, 2011). Diese kreative Äußerung konnte im weiteren Verlauf des Bibelkreises immer wieder aufgegriffen und darauf aufgebaut werden. Mehr zum Thema Gedichte findet sich in Teil III (1.9). Einige Gedichte von Hans Elwert, die für Menschen mit Demenz überarbeitet wurden, stehen sich im Anhang.*

Die Bibel wird im Gespräch zitiert (Ziemer 2004:44). Bereits Thurneysen verstand Seelsorge als „Ausrichtung des Wortes Gottes an den Einzelnen“ (Thurneysen 1965:9). Tacke definiert Seelsorge später als „praxisbezogene Vermittlung des Evangeliums in Form eines freien Gesprächs, in dem die Seelsorge Gottes zur Sprache kommt“ (Tacke 1993:32). Bukowski schlägt vor, biblische Gedanken soweit zu verwenden, wie sie dem Gegenüber helfen, seine derzeitige Lage zu bewältigen (Bukowski 2011:11).

*In einer Kleingruppe mit Menschen mit Demenz können je nach Situation Worte aus der Bibel direkt zitiert werden. Es kann auch in einer freieren Form über einen Text oder eine Geschichte aus der Bibel gesprochen werden. Auch können biblische Gedanken weitergegeben werden, die in die Situation der Teilnehmer passen.*

Der betende Mitvollzug (Ziemer 2004:44). Wichtig ist, „dass ein Text zum rechten Zeitpunkt (Kairos!) in eine konkrete Situation hineingesprochen wird“ (Ziemer 2004:43).

*In einer Bibelkreis-Kleingruppe sollte der Leiter nicht nur mit Menschen über Gott reden, sondern auch mit Gott über die Menschen sprechen. Bildhaft ausgedrückt sollte ein Ohr beim Menschen und ein Ohr bei Gott sein.*

Auch gibt es unterschiedliche Arten erlebnisnaher Bibelarbeit wie das Bibliodrama (Ziemer 2004:44). „Bibliodrama“ ist ein vielschichtiger Begriff (Martin 2001:30). Allen verschiedenen Konzepten gemeinsam ist, dass die biblischen Texte eine zentrale Rolle spielen (Keßler 1996:22). Weiterer gemeinsamer Nenner ist die Verbindung der Bibel mit Kreativität und Gruppe (Brandhorst 1994:152). Warns bringt es auf den Punkt:

„Bibliodrama ist erlebnisorientierte Bibellektüre“ (1994:147). Hübner, Kubitzka & Rohrer konkretisieren, was sie unter Bibliodrama verstehen: „Leben und Erfahren eines biblischen Textes durch Spielen, Malen, Musikmachen, Bewegen, wobei der Erfahrungsprozess der Gruppe und jedes einzelnen wichtig ist (1985:131). Verschiedene Elemente des Bibliodramas können weiterentwickelt für Kleingruppen mit Menschen mit Demenz verwendet werden: Bewegungselemente, mit Bildern arbeiten, Assoziationsübungen, Wortsammlungen, Wortgruppen, Metaphernübung, Wortspiele, offene Experimente mit Material (Bälle, Bänder, Knäuel, Seile, Stricke), Modellieren mit Ton oder Tonerde, Malen, Bewegung nach Musik und Rituale (Brandhorst 1994; Fallner 1994).<sup>98</sup>

Der Weg zur eigenen Fundamental-Position in dieser Arbeit soll nachfolgend anhand der Seelsorgegeschichte der vergangenen hundert Jahre skizziert werden. Eine wertschätzende Grundhaltung gegenüber der Bibel ist bei dieser Positionierung die Grundlage. Dabei soll aber nicht das Gegenüber aus den Augen verloren werden.

Thurneysen: Zunächst kann von ihm gelernt werden: Seelsorge solle nicht nur seelisches Gespräch sein – nein, es soll Gottes Wort in das Gespräch hineinfallen, dieses erfüllen und bestimmen (Thurneysen 1965:99). Deshalb gehe durch jedes solche Gespräch ein Bruch<sup>99</sup>, der jedes menschliche Urteilen als vorläufig entlarvt (Thurneysen 1965:55). Die vom Wort Gottes her kommende Betrachtung solle die ursprünglichen Gesichtspunkte überbieten (:114). Seelsorge ist bei Thurneysen „Ausrichtung des Wortes Gottes an den Einzelnen“ (Thurneysen 1965:9). Sie hilft ihm zur Zucht und Heiligung und damit der Gemeinde zur Erbauung (:27).

Diese grundsätzliche Hochschätzung des Wortes Gottes hilft bei der Durchführung jeder Bibelkreis-Kleingruppe. Das bloße Wissen, dass das Wort Gottes im Mittelpunkt stehen soll, bewahrt davor, die Kleingruppe in ein leeres Geplauder einmünden zu lassen.

Seelsorgebewegung: Sie warnte vor einer Überbewertung des Wortes Gottes zuungunsten des Menschen. Nicht mehr länger benannte sie biblische Texte als Inhalt der Theologie: Die Seelsorgebewegung versteht den Menschen selber als Text (Thilo 1971:27). „Als Text gewinnt der Mensch geradezu Offenbarungsqualität. In der Begegnung und im Gespräch mit dem Mitmenschen erschließt sich das göttliche Wort“ (Sons 1995:31).

Auch wenn die Warnungen der Seelsorgebewegung dazu verleiten können ins andere Extrem zu verfallen, ist ihre Mahnung doch ernst zu nehmen: Der Mensch muss

---

<sup>98</sup> Hübner, Kubitzka & Rohrer (1985); Keßler (1996); Martin (2001); Schröer (2005); Warns & Redecker (1994).

<sup>99</sup> Oft wurde Thurneysen wegen dieser Formulierung der „Bruchlinie“ kritisiert, vielleicht sogar falsch verstanden – später hat er diesen Begriff immer seltener verwendet (Grözinger 1996:283). Grözinger bedauert dies – und hält fest, dass jedes seelsorgerliche Gespräch, dem diese Bruchlinie hin zum Neuen fehlt, leicht zum Geplapper verkommt (:283).

wahrgenommen werden. In der Arbeit mit Betroffenen heisst das, auch die durch die Demenz auftretenden Eigenheiten zu beachten.

Tacke: Von ihm kann nun wieder gelernt werden, wie biblische Texte verwendet werden können. Biblische Texte sind bei ihm „zumeist darauf angewiesen, gesprächsgerecht vermittelt, also nicht nur angesprochen, sondern auch *umgesprochen* zu werden“ (Tacke 1993:80). Dadurch, dass er das Evangelium gesprächsgerecht anbiete, wolle er verhindern, dass der ratsuchende Mensch angepredigt werde (Tacke 1993:88). Erzählende Sprache komme ohne verkündigende Bündelungen aus (Tacke 1993:107). Sprache, die erzählt, taste sich vorwärts und helfe dabei, weder den Inhalt dogmatisch zu fixieren, noch den Gesprächspartner mit Appellen zu bedrängen (:107). „Erzähltes Evangelium bewahrt das seelsorgerliche Reden davor, zur 'religiösen Rede' abzusinken“ (Tacke 1993:108). Wer die biblische Botschaft erzählend weitergebe, schütze die Seelsorge davor, „auf den Stelzen theologischer Begriffe gehen zu müssen“ (Tacke 1993:109). Die weitererzählte biblische Geschichte sei bezüglich der Geschichte der Sorgenden „vermischungsfreudig“ (:109). „Das gesprächsgerechte Evangelium ermöglicht das evangeliumsgerechte Gespräch“ (:110).<sup>100</sup> So verlangt Tacke, dass Thurneysens Ansatz weitergedacht werde: „Aus der 'Bruchlinie' wird gewissermaßen die 'Kontaktlinie'“ (:109).<sup>101</sup>

Anstatt darüber zu predigen, dass man sich nicht zu sorgen braucht, könnte man eine Geschichte daraus machen. Jesus gibt in Mt. 6,26 eine schöne Vorlage: Die Vögel sorgen nicht um den nächsten Tag. Dennoch werden sie von Gott ernährt. Hier könnte man anknüpfen, eine Episode aus dem Alltag eines Vogels erzählen und die Teilnehmer mit einbeziehen. Wie wichtig erzählende Elemente in jedem Bibelkreis sind, wird in Punkt 2 in Teil III dieser Arbeit entfaltet.

Bukowski: Wichtig ist weiter, dass das Evangelium einfühlsam und situationsbezogen eingebracht wird. Bukowski rät dabei, erzählend vorzugehen: *Erstens* spreche eine bildhafte Sprache tiefere Schichten der Persönlichkeit an (:61). *Zweitens* verdichte eine Geschichte die Sprache: „Manches klingt nur an, anderes bleibt in der Schwebe“ (:61). *Drittens* überlasse eine Geschichte dem Hörer die Möglichkeit, ob und wie weit er die Botschaft an sich heranlasse (:61). *Viertens* könne eine Geschichte im Gespräch überraschen – sie unterbreche „festgefahrene Erlebnis- oder Handlungsmuster“ (:61).

---

<sup>100</sup> Gleichwohl nennt auch Tacke Situationen, in denen „das Evangelium in der Form des *Bibelwortes* angeboten werden kann“ (Tacke 1993:90): So sei die Schriftlesung am Krankenbett oder bei Sterbenden angebracht, wenn diese zum Gespräch nicht mehr in der Lage seien (:90). In Situationen von Hoffnung oder Verzweiflung Psalmen zu beten, erweitere das Sprachvermögen des Seelsorgers (:90). Rö. 8 biete Texte zu Leiden und Verworrenheit, die betonen, dass wir dennoch nicht von Gott getrennt seien (:90). 1. Kor. 13 rede vom Bleibenden angesichts aller Dinge, die aufhören (:90). Auch solle ein Schriftwort weitergegeben werden, wenn der Ratsuchende erwarte, „es als unmittelbaren Zuspruch zu erfahren“ (:91).

<sup>101</sup> Das *Umsprechen* biblischer Worte solle dem Zeugen helfen, dass er wahr und echt sein könne: Es gehe schließlich nicht darum, den Gesprächspartner mit Bibelkunde zu versorgen, sondern die biblische Menschen-, Lebens- und Gotteskunde in sein Leben hineinzuübersetzen (Tacke 1993:92). Voraussetzung sei für den Seelsorger daher, dass er die Schrift kenne (Tacke 1993:100).

Bukowski konkretisiert mit mehreren hilfreichen Ratschlägen, wie eine Geschichte im Gespräch eingebracht werden kann: Sprachlich solle sie dem bisherigen Gespräch sowie der Sprache des Gegenübers entsprechen (Bukowski 2011:62). Es gehe nicht darum, dass ein biblischer Text möglichst korrekt erzählt werde, sondern um das „Einbringen einer biblischen Geschichte“ (Bukowski 2011:55). Was im konkreten Zusammenhang störe, sei wegzulassen (:62). Oft sei es sogar besser, eine Geschichte nur zu erwähnen oder eine einzelne Szene daraus einzubringen (:63). Je harmonischer sich der biblische Beitrag in das Gespräch einfüge, umso dynamischer werde er sich entfalten können (:63): Eher „beiläufig“ als herausgehoben, eher selbstverständlich als aufgesetzt, eher kürzer als länger“ (:63).<sup>102</sup> Springt das Gegenüber nicht auf die Geschichte an, sollten wir nicht weiter darauf beharren (Bukowski 2011:64). Mit dieser Herangehensweise kann auf Menschen mit Demenz eingegangen werden.

In einem Bibelkreis (18.7.2013) lautete das Thema „Ps 23: Der gute Hirte“. Es war ein heißer Tag. Alle Bewohner waren erschöpft. Eine bibelfixierte Herangehensweise, die den Menschen außer acht lässt, hätte vermutlich den Psalm vorgelesen und in diesem Sinn „verkündigt“. Um den Menschen zu suchen und ihn abholen zu können, wurden entsprechende Elemente eingebaut: „Er führet mich zum frischen Wasser.“ An dieser Stelle wurde den Teilnehmern ein Glas Wasser angeboten. Man kann Betroffenen auch die Stirn mit Wasser kühlen. Auch könnte man eine Szene erzählen, in der Wasser in der Wüste gut tut.

Depping: Er nennt zwei Bibelstellen, welche die Zusagen aufzeigen, die es Menschen mit Demenz zu vermitteln gilt (2008:31):

- Jes 46,4: Ich will euch tragen, bis ihr grau werdet.
- Mt 5,3: Selig sind, die da geistlich arm sind.

Im Wesentlichen schließe ich mich Deppings Verständnis von Altenseelsorge an. Nachfolgend werden Deppings Leitlinien der Seelsorge weiter auf Menschen mit Demenz fokussiert dargestellt (2008:32):

Seelsorge an dementen Menschen möchte zusammenhängende Krankheiten und ihre Erscheinungsbilder verstehen: Deshalb bezieht sie Erkenntnisse der Gerontopsychiatrie<sup>103</sup> in die Seelsorge mit ein (Depping 2008:32). Die Seelsorge an Menschen mit Demenz bezieht gerontotherapeutische Interventionsmaßnahmen ein: Diese sollen helfen, stimulierend und tragend mit Betroffenen umzugehen und einen angemessenen Zugang zu finden (:32). Der Vergangenheit kommt bei der Arbeit mit dementen Menschen ein hoher Stellenwert zu: Wichtig ist daher, nach der Kontinuität vom jetzigen Menschen bis zurück in die Kindheit zu fragen (:32). Trotzdem soll Verhalten von Betroffenen analysiert, aber nicht interpretiert werden (Schaade 2009:71).

---

<sup>102</sup> Nicht „als sperriger Fremdkörper ...“, sondern als evidenten Passstück“ (Bukowski 2009:54).

<sup>103</sup> Gerontopsychiatrie = die Lehre des (kranken) Seelenlebens im Alter.

*Zum Unterschied zwischen Analyse und Interpretation: Wird ein Mensch mit Demenz unruhig, sobald Kerzen angezündet werden, sollten die Kerzen entfernt oder ausgelöscht werden (Analyse: Unruhe bei Kerzenschein). Zweitrangig ist, ob der Betroffene durch das Feuer an einen früheren Brand oder an einen Stromausfall im Krieg erinnert wird (Interpretation: Ursachen der Unruhe).*

Auch entkirchlichte alte Menschen sind im Laufe ihres Lebens christlichen Symbolen und Aussagen begegnet „und darauf grundsätzlich ansprechbar“ (Depping 2008:32). Betroffene wissen vielleicht gar nicht mehr, ob sie früher religiös waren oder nicht. Ihre Krankheit kann für sie sogar eine Chance werden, diese Bedürfnisse noch einmal neu aufzugreifen. Ziel der Seelsorge an Menschen mit Demenz ist, die Botschaft der Vergebung und der christlichen Hoffnung zu vermitteln und das Evangelium zuzusprechen (:32).<sup>104</sup> Seelsorge an dementen Menschen ist „ganzheitlich“ (:32): Sie kümmert sich um alle Bedürfnisse, die im Geschöpfsein des Menschen begründet sind (:32). Damit möchte sie in „jeder Beziehung helfen“ (Seitz 1979:72). Seelsorge mit Menschen mit Demenz geht selbst im letzten Stadium der Krankheit bzw. wenn der Betroffene nicht mehr bei Bewusstsein ist, davon aus, es bestehe noch eine „geistliche Empfänglichkeit“ (Depping 2008:32; Fischer 2006:218).

## **2.5 Wenn nichts mehr ankommt – wie damit umgehen**

Wer Menschen mit Demenz etwas vermitteln möchte, kommt an seine Grenzen. Immer wieder scheint an den Betroffenen alles abzuprallen. Scheinbar kommt nichts an. Das macht traurig und mutlos. Was hilft dem Helfer gegen Mutlosigkeit, Verzweiflung und Frustration? Zunächst dürfen in der Arbeit mit Menschen mit Demenz keine schnellen Erfolge erwartet werden.

*Herr H.I. (83-84 Jahre, Phase I, 2013) erzählt immer wieder von den gleichen Erlebnissen im Krieg. Hier ist nicht zuerst darauf zu achten, dass er immer wieder dieselben Episoden erzählt. Viel spannender sind die feinen Nuancen seiner Erzählungen. Vielleicht ist in gewissen Verschiebungen der Schwerpunkte eine Entwicklung zu entdecken?*

Weiter ist zu beachten, dass der Heilige Geist über den Verstand hinaus wirkt. Wer bei den fehlenden Erfolgen stehen bleibt, bleibt bei den menschlichen Möglichkeiten stehen. Der Geist Gottes weht, wo er will (Joh 3,8). Oft wirkt er anders, als der Mensch es mit seinen Sinnen und seinem Verstand feststellen kann.

Auch die Wirkung der Bibel hängt nicht von den menschlichen Wahrnehmungen ab. Gott hat sein Wort ausgesandt, damit es etwas bewirkt. Es ist verheißen, dass diese Wirkung eintritt (Jes 55,11). Eine Gefahr in der Begleitung von Menschen mit Demenz

---

<sup>104</sup> Weiter schreibt Depping (2008:32): „Die Liebe Christi wird erfahrbar ... in der Art der Begegnung.“ Meint Depping mit der „Art der Begegnung“ eine dementengerechte Umgangsweise, ist ihm zuzustimmen. Soll jedoch der Seelsorger übermenschliche Aufgaben übernehmen, wie dies in der Seelsorgebewegung gefordert wurde, so teile ich Deppings Meinung nicht.

besteht darin, dass wir nur sehen, was vor Augen ist. Die menschliche Sicht scheint aber begrenzt zu sein. Anstatt zu beurteilen, ob Gottes Verheißungen wirken, können wir auf seine Verheißung vertrauen.

Kant befand sich in der letzten Phase der Demenz. Er lallte nur noch und konnte sich nicht mehr verständlich äußern. Da überraschte er seinen Arzt, indem er plötzlich aus dem Nichts heraus sagte: „Das Gefühl für Humanität hat mich noch nicht verlassen“ (Kühn 2003, zitiert in Wojnar 2006a:260).

## III Anwenden: Seelsorge mit allen Sinnen

Das Gemälde entsteht nun, wenn mit den Farben innerhalb des gezogenen Rahmens gemalt wird. In Teil III sollen also Theorie und Praxis zusammen kommen.

Die Forschungsfrage dieser Arbeit lautet: *Wie kann Menschen aller Demenzphasen in Kleingruppen im Altenheim die biblische Botschaft vermittelt werden?* Teil III beantwortet dies, indem er nach den menschlichen Sinnen unterteilt ist.<sup>105</sup> Zunächst wird eine Grundlage über die Sinne im Alter gelegt (1). Die menschlichen fünf Sinne werden nachfolgend in der Reihenfolge dargestellt, in der sie im Laufe einer Demenz wichtig werden.<sup>106</sup> Zunächst geht es um das Hören (2) und das Sehen (3). Im weiteren Verlauf einer Demenz werden Riechen und Schmecken (4) zentral. Fühlen (5) wird danach behandelt. Zuletzt geht es um Zugänge, die mehrere Sinne ansprechen (6).

Bei jedem Sinn wird zunächst betrachtet, wie er in der Bibel vorkommt. Danach werden einige anatomische Grundlagen erklärt. Aufgrund dieser Grundlagen sind die danach beschriebenen Veränderungen bei den Alterserkrankungen dieser Sinne verständlich.<sup>107</sup> Weiter wird entfaltet, wie der entsprechende Sinn für die Seelsorge genutzt werden kann. Deshalb variiert die weitere Untergliederung von Sinn zu Sinn.

### 1 Medizinische Aspekte über die Sinne im Alter

Sinnesorgane unterscheiden sich nicht nur in ihrer Funktion, sondern auch in ihrem Umgang mit Reizen.

---

<sup>105</sup> Der gesunde Mensch wird im religiösen Bereich vor allem durch das Hören angesprochen (Muntanjohl 2011:11). Im Alter nehmen die Sinne weniger wahr. Demenzen können die Eindrücke zudem verfälschen. Seelsorge mit Menschen mit Demenz muß also über diese Defizite hinweg verstanden werden (Plote & Tholen 2011:9). Körperliche Orientierungs- und Ausdrucksmöglichkeiten werden dabei zentraler (Muntanjohl 2011:34). „Was Gott für unser Leben bedeutet, muss anschaulich, berührbar, fühlbar sein“ (Muntanjohl 2011:35). Werden die Sinne gefördert, steigt die Lebensqualität (Wehner & Schwinghammer 2009:25). Werden die Sinne zu wenig angeregt, kann eine Demenz sogar noch schneller verlaufen (MDS 2009:182).

<sup>106</sup> Während zu Beginn einer Demenz Hören und Sehen noch zentral sind, verschiebt sich die Kommunikation im Laufe der Krankheit auf Riechen, Schmecken und Fühlen. Die Sinne Hören und Sehen sprechen den Intellekt an und gelten als „höhere Sinne“ (Schönhammer 2009:124). Riechen, Schmecken und Fühlen sprechen dagegen das Gefühl an (Schönhammer 2009:124). Hören, Sehen, Riechen und Schmecken gelten als „Fernsinne“ (Schaade 2009:35).

<sup>107</sup> Das Vorkommen in der Bibel, der Aufbau und die Krankheiten der Sinne können nicht vollständig dargestellt werden. Es soll nur für entsprechende Einschränkungen sensibel gemacht werden.

## 1.1 Verarbeitung der Reize im Gehirn

Art, Empfang und Umwandlung des Reizes sowie der Verarbeitungsbereich im Gehirn werden in folgender Tabelle und folgender Abbildung dargestellt:

| Sinn      | Reizart   | Empfangende Rezeptorzellen <sup>108</sup>                | Reiz-umwandlung  | Verarbeitungs-bereiche im Gehirn             |
|-----------|---|--|--|--|
| Hören     | Schall  | Haarsinneszellen   | Schallwellen werden zu bioelektrischen Signalen                    | Hörzentrum (auditorische Rinde)              |
| Sehen     | Licht   | Fotorezeptoren: Stäbchen (schwarz-weiß), Zapfen (Farben) | Licht (elektromagnetische Wellen) werden zu biochemischen Signalen | Visuelles Zentrum (primäre Sehrinde)         |
| Riechen   | Chemische Duftmoleküle                                  | Riechsinneszellen  | Chemische Reize lösen biochemische Reaktionen aus                  | Riechrinde, limbisches System <sup>109</sup> |
| Schmecken | Chemische Schmeckstoffe                                 | Geschmack-rezeptoren                                     | Chemische Reize lösen biochemische Reaktionen aus                  | Limbisches System                            |
| Fühlen    | Druck, Vibration, Dehnung, Gewebeschäden, Kälte / Wärme | Druck-, Tast-, Schmerz- und Thermorezeptoren             | Mechanische Reize werden zu bioelektrischen Signalen               | Somato-sensorische Rinde                     |

Tabelle 15: Funktions- und Organisationsprinzipien der Sinne (nach BMBF 2006:9)<sup>110</sup>

<sup>108</sup> Rezeptoren sind spezialisierte Zellen: Sie übersetzen äußere und innere chemische oder physikalische Reize für das zentrale Nervensystem (BMBF 2006:11).

<sup>109</sup> Das limbische System befindet sich in der Mitte des Gehirns und besteht aus Teilen des Groß-, Mittel- und Zwischenhirns (BMBF 2006:10; Schönhammer 2009:111).

<sup>110</sup> Die Sinnesreize der Umwelt gelangen beim gesunden Menschen also „über verschiedene neuronale Schaltstellen zu den primären sensorischen Arealen in der Großhirnrinde“ (Ulrich 2005:1160). Im Gehirn sind für jeden Sinneseindruck Hirnkarten unserer Selbstwahrnehmung bezüglich des jeweiligen Sinnes gespeichert: Diese Karten passen sich je nach Input des einzelnen Sinnes flexibel an (BMBF 2006:11). Durch Training nehmen die entsprechenden Areale mehr Platz ein – etwa bei Geigern das Areal für Finger und Hand im somatosensorischen Cortex (BMBF 2006:11).

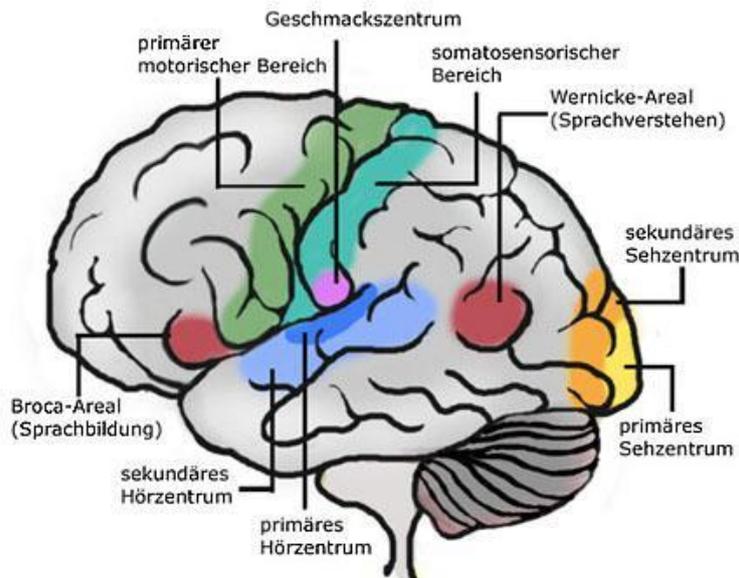


Bild 3: Unterschiedliche Bereiche des Gehirns (netdoktor.de [28.3.2013])

## 1.2 Allgemeine Einschränkungen im Alter

Mit zunehmendem Alter können Menschen meist weniger hören, sehen, riechen, schmecken und tasten. Da die Leistungen der Sinne nicht gleichmäßig nachlassen, kompensieren einzelne Sinne die Defizite anderer Sinne. Dies ist bereits bei gesunden Menschen so: Eine Reporterin berichtete, dass ihr bei einem Dinner im Dunkeln die Duftnote des Kellners auffiel – später bei Tageslicht nahm sie diesen Geruch nicht mehr wahr (BMBF 2006:11). Noch mehr werden Sinnesleistungen bei generellen Ausfällen oder Minderungen eines Sinnes auf andere Sinne verlagert. Ein Mensch, der schlecht sieht, entwickelt z.B. oft einen differenzierteren Hörsinn. Schon aus diesem Grund empfiehlt es sich, in der Seelsorge mit Menschen mit Demenz möglichst viele Sinne anzusprechen.

## 1.3 Abwechslung der Sinne

Jopping plädiert dafür, bei Menschen mit Demenz viele Sinneskanäle anzusprechen, also multisensorisch zu arbeiten (2008:11). „Abwechslung der Angebote fördert die Aufmerksamkeit“ (MDS 2009:183). Ein Überangebot an Reizen kann aber überfordern, ängstigen, unruhig oder aggressiv machen (MDS 2009:183; Wehner & Schwinghammer 2009:61). Insgesamt gilt es, eine „Berieselung“ zu vermeiden und stattdessen mit eindeutigen Sinnesreizen zu arbeiten (Greving & Niehoff 2011:82).

Im Alter entwickeln sich die Sinne umgekehrt zurück wie sie in der Kindheit ausgebildet wurden (Nydahl & Bartoszek 2012:19). Je nach Schweregrad der Demenz ist bei der Kommunikation ein unterschiedliches Gewicht auf die verschiedenen Sinne zu legen: Im frühen Stadium soll vor allem orientierend informiert werden, ohne den Betroffenen zu werten (MDS 2009:171). Die Kommunikation im mittleren Stadium muss

vor allem emotional sein (:171). Im letzten Stadium soll hauptsächlich nonverbal kommuniziert werden (:171).

## 2 Hören

Christentum und Judentum sind Religionen des Wortes (McFague 2002:19). Die christlichen Glaubensgrundlagen sind in der Bibel und den Bekenntnissen der Kirche niedergeschrieben. Weitergegeben wird der Glaube vor allem durch Schriftlesung und Predigt. Insgesamt gilt: „Für die reformatorische Theologie ist das Ohr zum zentralen Sinnesorgan geworden“ (Josuttis 2000:205).

### 2.1 Gliederung

Nachfolgend geht es zunächst darum, wie der Hörsinn in der Bibel vorkommt (2.1). Danach sollen die Grundlagen des Hörens am menschlichen Körper betrachtet werden (2.2). Anschließend stehen Störungen im Bereich des Hörens im Alter und entsprechende Hilfestellungen im Vordergrund (2.3). Darauf aufbauend werden Sprachentwicklung (2.4) und Anforderungen an die Kommunikation (2.5) behandelt. Weiter geht es darum, wie Menschen mit Demenz mit Geschichten (2.6) und Gedichten (2.7) erreicht werden können. Daraufhin wird die Frage beantwortet, wie mit Betroffenen gebetet werden kann (2.8). Zuletzt wird noch beleuchtet, wie Geräusche genutzt werden können (2.9).

### 2.2 Hören in der Bibel

Zunächst einige Gedanken aus der Bibel zum Hören.

Himmel und Erde, Menschen ohne und mit Demenz, sollen hören, was Gott redet (Jes 1,2; vgl. Dtn 32,1). Gott selber sagt, die Menschen sollen auf Jesus hören: „Dies ist mein lieber Sohn; ... den sollt ihr hören“ (Mt 17,5). Bevor die geistige Leistung des Hörens gefordert wird, ist zuerst die Rede von einer Beziehung – der Beziehung zwischen dem Vater und Jesus. Wenn auch das Wort im Anfang steht (Joh 1,1), so steht dies doch vor allem auf der Grundlage einer Beziehung. Jesus verheißt den Jüngern: „Wer euch hört, der hört mich“ (Lk 10,16a).

Das Hören muss dazu führen, dass das Wort behalten und getan wird (Dtn 6,3). Durch das Hören bekommt der Mensch Zugang zu einer Beziehung zu Gott (Joh 6,45; Röm 10,14). Aber nicht durch das Hören, sondern durch das Tun des Gesetzes wird man gerecht (Röm 2,13). Ein Christ soll nicht nur Hörer, sondern Täter des Wortes sein (Jak 1,22). Wer das Wort Jesu hört und glaubt, hat das ewige Leben (Joh 5,24). Diese leistungsorientiert wirkenden Forderungen (behalten, tun, glauben) alleine würden

Menschen mit Demenz unter Druck bringen. Die Tatsache, dass die Grundlage zunächst einmal die Beziehung Gottes zu sich selber und zum Menschen ist, befreit vor falschem Leistungsdruck.

Weigern sich die Menschen zu hören, bezeichnet Gott sie als „böse“ (Jer 13,10).<sup>111</sup> Es ergeht die Warnung: „Heute, wenn ihr seine Stimme hören werdet, so verstockt eure Herzen nicht“ (Hebr 3,7b.8a). Die angemessene Antwort darauf lautet: „Rede, denn dein Knecht hört“ (1Sam 3,10).

*Bei Menschen mit Demenz drückt sich diese Antwort vielleicht anders aus. Frau E.F. (85-86 Jahre, Phase II) äußerte sich z.B. während einer Bibelkreis-Kleingruppe nicht. Als sie danach an den Tisch zurückgesetzt wurde, sagte sie strahlend: „Der liebe Gott“ (24.1.2013).*

Auch Gott hört den Menschen (Gen 29,33). Er hört den Menschen in all seinen Situationen, in Gesundheit und Krankheit, in der Jugend und im Alter, ohne und mit Demenz, in seinem Schreien (Ex 3,7), seinem Weinen und Seufzen (Ps 6,9; 102,21), seinem Murren (Ex 16,7; Num 12,2), seinem Lob und seiner Anbetung (1 Kö 8,28; 9,3).

## 2.3 Aufbau des Hörsinnes

Um die verschiedenen Einschränkungen des Hörens im Alter zu verstehen, soll zuerst der Aufbau des Hörsinnes betrachtet werden. Das Ohr besteht aus äußerem Ohr, Mittelohr und Innenohr. Es ist aus Knorpel und Knochen zusammengesetzt.

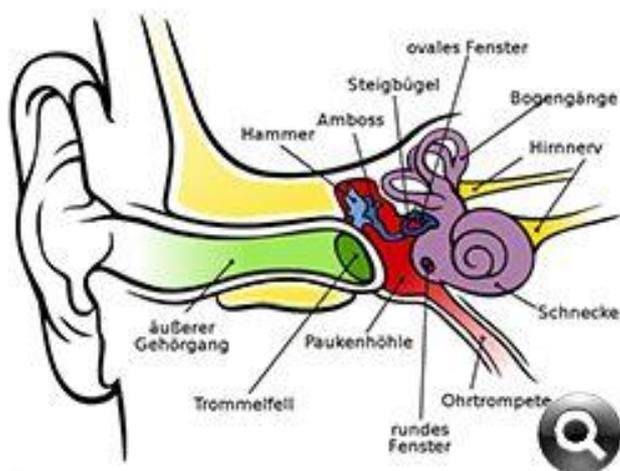


Bild 4: Aufbau des Ohres [Schallundlaser.ch (23.11.2012)]

<sup>111</sup> „Nicht hören (wollen)‘ ist der entscheidende Vorwurf, den die atl. [alttestamentlichen] Bücher dem Menschen machen (5.Mo. 18,19; Jer. 7,13; Hos. 9,17)“. Bei Menschen mit Demenz im Altenheim kommt teilweise hinzu, dass sie nicht hören können.

### 2.3.1 Das Außenohr

Die Haut, die das Ohr überzieht, ist von sensiblen Nerven durchzogen und somit sehr feinfühlig. Ohrmuschel und äußerer Gehörgang bilden gemeinsam das äußere Ohr (DEGAM 2005:17; Erdmann 2005a: 38)<sup>112</sup>. Eine Geräuschquelle kann vom Ohr geortet werden, weil der Schall um Sekundenbruchteile versetzt zunächst auf das eine und dann auf das zweite Ohr trifft. Eine Schallverspätung von 0,00001 Sekunden entspricht einem Richtungsunterschied von vier Grad, der wahrgenommen und berechnet werden kann (BMBF 2006:31; Erdmann 2005a:39)<sup>113</sup>. Aber nicht nur die zeitliche Abfolge der Reize, sondern auch die Intensität und die Schallzusammensetzung spielen eine Rolle beim Richtungshören (Schönhammer 2009:193). Im Gehörgang befinden sich verschiedene Schweißdrüsen (Zeruminaldrüsen): Diese bilden das Ohrenschmalz (Cerumen) (Österreicher 2003:5). Der Gehörgang des äußeren Ohres endet vor dem Trommelfell. Das Trommelfell ist ein aufgespanntes Stück Haut, das durch Schwankungen des Schalldruckes in Schwingungen versetzt wird (BMBF 2006:31; Erdmann 2005a:38)<sup>114</sup>.

### 2.3.2 Das Mittelohr

Das Mittelohr besteht aus verschiedenen lufthaltigen Knochenhöhlräumen (z.B. Paukenhöhle) und den drei Gehörknöchelchen Hammer, Amboss und Steigbügel (Erdmann 2005:38; Österreicher 2003:5)<sup>115</sup>. Die Schwingungen des Schalls werden vom Trommelfell über die drei Gehörknöchelchen in das Innenohr weitergeleitet – Hammer, Amboss und Steigbügel verstärken dabei durch Hebelwirkung die Schwingungen des Trommelfells (BMBF 2006:31; Erdmann 2005a:38).<sup>116</sup>

### 2.3.3 Das Innenohr

Das Innenohr (Labyrinth) besteht aus Knochen und ist mit Flüssigkeit gefüllt. Zum Innenohr gehören Hörschnecke (Cochlea), Gleichgewichtsorgan (Vestibularorgan), Bogengänge und Vorhof (Vestibulum) (BMBF 2006:9.31; Erdmann 2005a:38).<sup>117</sup> Das Corti-Organ ist das eigentliche Hörorgan: Es befindet sich in der Hörschnecke, die ihren Namen ihrem spiralartigen Aussehen verdankt. Die enthaltenen Haarsinneszellen

---

<sup>112</sup> Österreicher (2003:4).

<sup>113</sup> Schönhammer (2009:192-193).

<sup>114</sup> Österreicher (2003:4); Schönhammer (2009:188).

<sup>115</sup> Schönhammer (2009:189).

<sup>116</sup> Österreicher (2003:5); Schönhammer (2009:189).

<sup>117</sup> Österreicher (2003:5); Schönhammer (2009:190).

registrieren mechanische Schallschwingungen. Diese werden in bioelektrische Nervenreize übersetzt (BMBF 2006:9,31; Erdmann 2005a:40)<sup>118</sup>.

### 2.3.4 Das Großhirn

Über Nervenfasern und den Hörnerv (N. cochlearis) werden die bioelektrischen Reize in das Großhirn weitergeleitet. Im Schläfenlappen, dem Hörzentrum des Gehirns (auditorische Rinde), geschieht schließlich die eigentliche Sinneswahrnehmung (BMBF 2006:9; Österreicher 2003:5-6).<sup>119</sup> Alle Hörreize laufen im auditorischen Cortex als Abbild unseres Körpers zusammen: Es entsteht eine Art Hirnkarte für verschiedene Tonhöhen (BMBF 2006:11; Schönhammer 2009:192). Das Gehör ist somit mit dem limbischen System und dem Thalamus (Gefühlszentrum) verbunden: An diesem Ort werden Hörsignale zum Hörerlebnis. Auch Gefühle wie Angst, Wut, Freude oder Glück entstehen hier (Friese 2009:11). Der Hörsinn ist auch der letzte Sinn, der noch intakt ist, wenn ein Mensch im Sterben liegt (:13).

## 2.4 Beeinträchtigungen des Hörens im Alter und Hilfestellungen

Alte Menschen mit Demenz im Altenheim sind häufig altersschwerhörig. Dies verursacht verschiedene Probleme. Hier soll dargestellt werden, wie mit schwerhörigen Menschen kommuniziert und diese Probleme aufgefangen werden können.

### 2.4.1 Altersschwerhörigkeit

Von einer Altersschwerhörigkeit (Presbyakusis)<sup>120</sup> ist jeder Dritte der über 65-Jährigen betroffen (Hesse & Laubert 2005:2866; Wehner 2012:2). *Im Emil-Srąga-Haus wären*

---

<sup>118</sup> Österreicher (2003:5); Schönhammer (2009:190).

<sup>119</sup> Schönhammer (2009:191); Ulrich (2005:1260).

<sup>120</sup> Weitere Einschränkungen des Gehörs: Alters- und krankheitsbedingte Veränderungen führen oft zu starken Spannungen und ausgeprägten Schmerzen am Außenohr, weil die sensiblen Nerven der Haut das Ohr sehr feinfühlig machen (DEGAM 2005:17). Der Gehörgang kann verstopft sein. Beim Eitergeschwür (Furunkel) im Gehörgang handelt es sich um eine sehr schmerzhaft Entzündung eines Haarbalges im äußeren Gehörgang (DEGAM 2005:11). Der Gehörgang kann auch durch Fremdkörper wie Watte oder Ohrenschmalz (Cerumen) versperrt sein. Auch dies führt zu erschwertem Hören. (DEGAM 2005:13). Ist der Gehörgang mit Ohrenschmalz verlegt, wird er über fünf Tage erweicht z.B. mit Olivenöl. Dann kann das Ohr vom Hausarzt gespült oder der Gehörgang vom HNO-Arzt abgesaugt werden (DEGAM 2005:45). Auch kann das Trommelfell verletzt sein. Darauf weisen stechende Schmerzen hin, verbunden mit Hörminderung. Das Trommelfell kann etwa durch ein Wattestäbchen bei unsachgemäßer Pflege verletzt worden sein (DEGAM 2005:13). Auch ist bei Schmerzen eine Erkrankung der benachbarten Organe möglich, etwa Zahnschäden oder Kieferentzündungen (DEGAM 2005:11). Ist der Betroffene zuvor gestürzt, können die Schmerzen auch von Frakturen stammen (z.B. Schädelbasisbruch) (DEGAM 2005:13). Verschiedene Tumorerkrankungen treten häufig am Ohr auf (Basaliome, Plattenepithelkarzinom). Sie zeigen sich evtl. durch Geschwülste oder Ohrenschmerzen (DEGAM 2005:14). Bei jedem

durchschnittlich 22 von insgesamt 65 Bewohnern über 65 Jahren von Altersschwerhörigkeit betroffen (Cop pro 21.8.2013). Die Hörfähigkeit wird bei einer Schwerhörigkeit meist auf beiden Ohren geringer (Wehner 2012:2). Mit zunehmendem Alter sinkt die Anzahl der empfindlichen Sinneszellen im Ohr (MBMB 2006:34).<sup>121</sup> Tiefere Töne werden meist noch besser wahrgenommen als höhere Töne (Wehner 2012:2). Hintergrundgeräusche erschweren die Hörfähigkeit (:1). *Mit diesem Wissen ist darauf zu achten, dass die Bibelkreis-Kleingruppen im Emil-Sräga-Haus jeweils in einer ruhigen Ecke stattfinden und die Geräuschquellen im Hintergrund (Haushaltsgeräte, Gespräche) niedrig gehalten werden.*

## 2.4.2 Schwerhörigkeit verursacht Probleme

Einschränkungen des Hörens können zu Misstrauen, Depression, sozialem Rückzug und Isolation führen (Hesse & Laubert 2005:2864; Österreicher 2003:7).<sup>122</sup> Fehlende Höreindrücke versetzten bereits gesunde Menschen in die Gefahr, die Wahrnehmungsdefizite durch Interpretationen zu ergänzen.

*Wie erlebt wohl ein schwerhöriger Mensch seine Umwelt? Gesunde Menschen können sich dazu Glasscheiben vorstellen, hinter denen sie andere Menschen zwar sprechen sehen, aber nicht hören. Die Schwesternzimmer des Emil-Sräga-Hauses sind z.B. durch Glasfenster vom Wohnbereich getrennt. Wer durch diese Fenster andere Menschen reden sieht und nicht hört, bekommt schnell den falschen Eindruck, dass gerade über ihn gesprochen wird. Dies kann eine grundsätzliche Stimmung des Misstrauens bei schwerhörigen Menschen verdeutlichen.*

*Frau H.B. (101-102 Jahre, Phase I, 2013) ist schwerhörig. Sie misstraut ihrem Umfeld sehr stark. Häufig unterstellt sie einer der Betreuerinnen, dass diese ihr etwas gestohlen habe. Ihre Schränke im Zimmer hat Frau H.B. sogar mit zusätzlichen Vorhängeschlössern gesichert. Erst in der Reflexion zu dieser Arbeit fiel auf, dass das Misstrauen mit ihrer Schwerhörigkeit zusammenhängen könnte.*

---

zwanzigsten Deutschen ist die Schalleitung im Mittelohr beeinträchtigt: Diese kann durch Prothesen der Gehörknöchelchen überbrückt werden (BMBF 2006:33). Jeder fünfte Deutsche ist von Innenohrschwerhörigkeit betroffen (BMBF 2006:33). Betroffene hören dann leiser: Dies kann mit entsprechenden Hörgeräten ausgeglichen werden (BMBF 2006:33). Das vorhandene Problem sollte zunächst genau beobachtet und dann an das Pflegepersonal weitergegeben werden: Hört der Betroffene erschwert, verfälscht oder gar nicht? Hat er Schmerzen – und wenn ja, wie stark sind diese? Gibt es Absonderungen wie Blut, Schleim oder Eiter am Ohr (DEGAM 2005:18)? Liegt eine Rötung, eine Schwellung oder ein Bluterguss vor? Ist die Form der Ohrmuschel verändert? (DEGAM 2005:18). Der Haus- oder Facharzt wird das Ohr entsprechend untersuchen, z.B. mit einer Ohrspiegelung (Otoskopie) oder weiteren Untersuchungen (DEGAM 2005:18-21).

<sup>121</sup> Ursachen für die Altersschwerhörigkeit sind u.a. Alterung des Innenohrs durch dort abgelagerte Stoffwechselprodukte, sowie Elastizitätsverlust des Bindegewebes, familiäre Veranlagung und Lärmschädigung (Hesse & Laubert 2005:2865; Wehner 2012:4). Auf allen Stationen der Hörverarbeitung kann Altersschwerhörigkeit entstehen, also im Außen-, Mittel- oder Innenohr, der Gehörbahn oder dem Gehirn (Hesse & Laubert 2005:2864). Insbesondere kann die Hörfähigkeit durch Alterungsvorgänge des Gehirns nachlassen (Wehner 2012:4).

<sup>122</sup> Pohlmeier & Welz (1996:21); Schönhammer (2009:206).

### 2.4.3 Problemen der Schwerhörigkeit entgegenwirken

Schwerhörigen Bewohnern hilft es, wenn redende Menschen gut sichtbar sind. So können sie ihnen von den Lippen ablesen (Wehner 2012:10). Der Sprechende sollte sich so gegenüber dem Bewohner positionieren, dass sein Gesicht gut ausgeleuchtet ist und der Hörbehinderte vom Mund ablesen kann (Berghoff 1999:105). Deshalb sollte man sich „also nicht mit dem Rücken zum Fenster stellen, sondern immer einen Platz gegenüber der Lichtquelle wählen“ (:105). *Beim protokollierten Bibelkreis zwischen Pfingsten und Trinitatis (Beobachtungsszene B) wurde versucht, dies zu berücksichtigen, damit Frau I.T. besser folgen konnte.*

Eine tiefe Stimmlage ist besser verständlich als höhere Töne. Es sollte nicht zu leise (aber auch nicht zu laut) gesprochen werden. Vor allem muss deutlich artikuliert und Unverstandenes geduldig wiederholt werden (Berghoff 1999:105). Bei der Durchführung eines Bibelkreises sollte also neben den Planungen (Beobachtungsszene B) darauf geachtet werden, dass Ton und Lautstärke angepasst sind (Jopping 2008:13). *Daran kann ein Zettel in der Bibel oder auf dem Rednerpult erinnern: „Langsam, deutlich, eher tief sprechen.“* Um das mit der Schwerhörigkeit häufig einhergehende Misstrauen abzubauen, kann eine vertrauensvolle Atmosphäre hilfreich sein. *Die schwerhörige Frau H.B. (101-102 Jahre, Phase I, 2013) besucht den Bibelkreis vor allem, wenn in der Mitte des Stuhl- und Rollstuhlkreises dekoriert wird oder Blumen aufgebaut werden, also mit dem Sehsinn ein anderer Sinn angesprochen wird.* Schwerhörigen Bewohnern sollte nachgegangen werden. Ansonsten besteht die Gefahr, dass sie sich mehr und mehr zurückziehen und dadurch die Demenz schneller verläuft (Dalton u.a. 2003). *Frau H.B. besucht den Bibelkreis manchmal über mehrere Wochen nicht mehr. Wird sie persönlich besucht, erscheint sie danach auch wieder in den Kleingruppen.*

Hintergrundgeräusche können von Menschen mit Hörschädigungen nur noch erschwert oder überhaupt nicht aussortiert werden (Frieze 2009:13). Daher sorgt eine ruhige Umgebung für eine bessere Konzentration (:13). Auch technische Hilfen können entlasten. Ein angepasstes Hörgerät kann eine erneute Teilnahme am sozialen Leben ermöglichen (Wehner 2012:10). Bei schwerhörigen Bewohnern lohnt es sich, beim Pflegepersonal nach einem Hörgerät nachzufragen (Berghoff 1999:105). Nur etwa 15 Prozent der alten Menschen in Deutschland, denen ein Hörgerät helfen würde, besitzen auch eines (Hesse & Laubert 2005:2867). Auch MDS (2009:182) empfiehlt ein angepasstes erforderliches Hilfsmittel wie ein Hörgerät. Manchmal verschwinden Hörgeräte in Schubladen, weil ihm der Bewohner technisch nicht gewachsen ist oder die Geräte verschmutzt sind. Hörgeräte können auch stören, wenn sie nicht richtig eingestellt sind.

*Bei einem Piepsen während einer Bibelkreis-Kleingruppe fiel der erste Verdacht auf die Spülmaschine im Wohnbereich. Bei genauerem Hinhören zeigte sich, dass es das Hörgerät einer Bewohnerin war (Frau C.G., 89 Jahre, Phase I, 25.10.2012).*

Als weitere mechanische Hilfsmittel können Kopfhörer eingesetzt werden, wenn ein Lied von CD gespielt wird (Wehner 2012:10). *Herr H.B. (80-81 Jahre, Phase II, 2013) singt gelegentlich mit, wenn er ein Lied über Kopfhörer hört. Ohne Kopfhörer erkennt er das Lied jedoch meist nicht.*

## 2.5 Sprachentwicklung

Die Sprachfähigkeit wird während der Kindheit entwickelt. Im Laufe der einzelnen Phasen einer Demenz entwickelt sich die Sprache wieder zurück.

### 2.5.1 Sprachentwicklung in der Kindheit

Sprache entwickelt sich stufenweise von vorsprachlichem Schreien über Ein-, Zwei- und Dreiwortsätze bis hin zu Satzgefügen aus Haupt- und Nebensätzen (Trautner 1991:238,311). Die im Gehirn abgespeicherten Worte sind mit einem Stapel Zettel vergleichbar, auf dem von frühester Kindheit an der Wortschatz angehäuft wird: Mit den Jahren wächst der Stapel.

### 2.5.2 Entwicklung während der Demenz

Im Laufe einer Demenz gehen nun immer mehr Worte verloren: Der Stapel mit den im Laufe des Lebens angehäuften Worten wird von oben nach unten von der Demenz fort gefegt. *Beinahe jedes Wort des Vaterunsers wurde von Frau X.B. (Beobachtungsszene C) einmal benutzt. Lediglich den Begriff „sondern“ verwendete Frau X.B. an keinem der 100 Tage.* Zunächst gehen die im reiferen Leben gelernten Worte verloren (z.B. technische Begriffe Fach- und Fremdwörter), die erst spät in den Wortschatz aufgenommen wurden. Dann schwinden Fremdsprachen. Zuletzt kommt nach und nach die Muttersprache abhanden (Muntanjohl 2011:32).

*Frau X. B. hat bei den ersten 50 achtsamen Gebeten (Beobachtungsszene C) öfters Wörter im Block (etwa „Vater unser im Himmel“) benutzt als bei den letzten 50-Mal. In der zweiten Hälfte der 100 Gebete hat die Betroffene häufiger vereinzelte Worte mitgesprochen.*

Probleme können entstehen, wenn der Mensch mit Demenz Begriffe verwendet, die wir heute nicht mehr kennen. Manchmal vergessen Betroffene auch die hochdeutsche Sprache und reden nur noch im Dialekt ihrer Jugend (Depping 2008:56).

*Frau X.B. (78-79 Jahre, Phase III, 2012) ist in einem kleinen Dorf aufgewachsen. Die Betroffene hat später studiert und an einem anderen Ort gewohnt. Ihre Kinder hat sie hochdeutsch erzogen. Im Laufe ihrer Demenz spricht sie nun teilweise den in ihrem Altgedächtnis gespeicherten Dialekt. Nur noch gelegentlich kommen im „Gespräch“ mit den Kindern einzelne hochdeutsche Wörter vor.*

Hier empfiehlt Depping, evtl. jemanden aus dem entsprechenden Sprachraum zu vermitteln (Depping 2008:56). *Das Dorf, in dem Frau X.B. aufgewachsen ist, befindet sich aber in der Nähe des Emil-Srąga-Hauses. Aus diesem Grund wurde ihr Dialekt im Haus auch gut verstanden.* Buijssen (1997) stellt zudem fest, dass der Zusammenhang zwischen Worten und Dingen im Laufe einer Demenz völlig verloren geht (:42).

*Es sollte Frau X.B. kein detailliertes Verständnis zwischen mitgesprochenen Worten und deren Inhalt unterstellt werden. Vielleicht aber kann aus den mitgesprochenen Begriffen eine grobe Tendenz erkannt werden: Betete die Betroffene an einem bestimmten Abend eher positive Wörter (wie „Himmel“) mit? Verwendete sie eher negative Begriffe (wie „Bösen“)? Oder kamen Beziehungswörter (wie „dein“) vor?*

### 2.5.3 Verbale und nonverbale Kommunikation

Mit fortschreitender Demenz wird immer unbedeutender, was gesprochen wird. „Worte sind ... oft nur sehr unzureichende Vehikel der Kommunikation“ (Fröchtling 2008:236).<sup>123</sup> Zentraler als der Inhalt des Gesagten werden im Verlauf der Demenz der Tonfall, der Gesichtsausdruck, die körperliche Anspannung oder Entspannung und die Geduld oder Ungeduld, die das Gesagte begleiten (MDS 2009:171). Gesten und Berührungen und die nonverbale Kommunikation werden wichtiger (Rainer & Krüger-Rainer 2003:215).

*Frau X.B. wirkte beim achtsamen Gebet (Beobachtungsszene C) abwesender (z.B. starrer Blick), wenn ihre Hand nicht gehalten wurde (Nr. 45), wenn es keinen Augenkontakt gab (Nr. 11, 86) oder sie eine gewisse Ungeduld wegen Zeitknappheit spürte.*

Insgesamt nimmt die Anzahl der gesprochenen Worte im Laufe der Erkrankung ab.

*Frau X.B. (Beobachtungsszene C) sprach während der ersten 50 achtsamen Gebete (Nr. 1-50) durchschnittlich 3,8 Wörter mit. Die nächsten 50-Mal (Nr. 51-100) betete sie im Schnitt lediglich 3,1 Wörter mit. Dies ist sicher mit dem normalen demenziellen Abbau zu begründen.*

#### Erste Phase der Demenz

Der Abbau der Sprache im Zuge einer Demenz erfolgt nicht linear-schematisch. In der ersten Phase ist die Syntax des Hauptsatzes aktiv und passiv intakt, bewegt sich aber zunehmend im Hauptsatzbereich (Depping 2008:33). Wortfindungsstörungen und freie Wiedergabe von Wortlisten können nachgewiesen werden (Förstl, Kurz, & Hartmann 2011:53).

*Dies zeigt sich in Gesprächen mit Frau C.D. (73-74 Jahre, Phase I, 2011). Man kann sich mit der Bewohnerin normal unterhalten. Sie äußert sich zu vielen Themen überraschend umfassend. Auf Anhieb merkt man nichts von ihrer Erkrankung. Auch kann sie von Erlebnissen berichten, die Jahrzehnte zurück liegen. Fragt man sie jedoch, was sie gerade eben zu Mittag aß, kann sie sich nicht mehr erinnern.*

---

<sup>123</sup> Dies hatte bereits Mehrabian festgestellt: 55 Prozent der in einem Gespräch vermittelten Informationen werden durch die Körpersprache weitergegeben, 38 Prozent durch den Klang der Stimme – lediglich 7 Prozent durch das gesprochene Wort (1971:43-44).

Bei einer beginnenden Demenz tut sich der Betroffene gelegentlich auch schwer, passende Worte zu finden und den Sinn von Worten oder Sätzen zu verstehen (MDS 2009:171). *Dies ist im Gespräch mit Frau C.D. ebenfalls zu beobachten. So kommt es vor, dass im Gespräch ihre Antworten nicht zu den gestellten Fragen passen.*

### **Zweite Phase der Demenz**

Menschen in der zweiten Phase können ebenfalls noch sinnvolle Sätze sprechen, wie die Sprache vieler Beispiele in dieser Arbeit zeigen. Allerdings treten ab diesem Stadium Benennungsstörungen auf (Weis & Weber 1997:948). Menschen mit Demenz können im zweiten Stadium einfache Sprache noch voll aufnehmen, d.h. das passive Sprachvermögen ist zu diesem Zeitpunkt noch komplett erhalten (Depping 2008:51). *Bei der Planung einer Bibelrunde für Menschen mit Demenz (Beobachtungsszene B) ist auf eine einfache, klare Sprache zu achten.*

Menschen mit Demenz in dieser Phase verlieren den Faden, geben unklare oder zu wenige Informationen und schweifen vom Thema ab (Weis & Weber 1997:933ff).

*Frau I.K. lenkt immer wieder mit Beiträgen ab, die nichts mit dem Thema zu tun hatten: Es scheint, wie wenn sie Erinnerungslücken mit erfundenen Geschichten auffüllt (87-88 Jahre, Phase II, 2013).*

Betroffene leiden in diesem Stadium unter Wortfindungsstörungen und bewegen sich von Drei-Wort-Sätzen zurück zu Ein-Wort-Sätzen (Depping 2008:52).

*Bei Herr X.L. (84-85 Jahre, Phase II, 2011) war dies zu beobachten: Innerhalb eines Jahres reduzierten sich seine Äußerungen. Anfänglich kommunizierte er zumindest gelegentlich noch mit Drei-Wort-Floskeln („Weiss ich nicht“, „Siehst du doch“, „Pass bloss auf“). Zuletzt sprach er nur noch einzelne Worte („Warum?“, „Aua“, „Kaputt“).*

Menschen mit Demenz erzählen die Vergangenheit als Gegenwart; das Gestern und das Heute verschwimmen (sog. „Zeitgitterstörung“) (Depping 2008:52).

*Dies wird ebenfalls bei Frau I.K. (87 Jahre, Phase II) deutlich. Sie erzählte von einer Begegnung, die sie vor langer Zeit einmal in einer Kirche hatte (28.1.2013). Dabei konnte der Eindruck gewonnen werden, das Ereignis habe am gleichen Tag stattgefunden. Bei Frau I.T. (87-88 Jahre, Phase II, 2013) tritt dasselbe Phänomen auf. Spricht sie von und mit ihrem Sohn, bezeichnet sie ihn wie ein kleines Kind als „kleines Räuberlein“, obwohl dieser Sohn bereits über 60 Jahre alt ist.*

### **Dritte Phase der Demenz**

Im letzten Stadium der Demenz zerfällt die Sprache (Depping 2009:70). *Es werden Laute ohne lexikalische Bedeutung gebildet wie „Falabulel“ oder „Hanefanata“ (Frau B.X., 83 Jahre, Phase III, 6.9.2012).* Die phonetische Struktur bleibt aber meist ungestört (Weis & Weber 1997:923).

*Zwei schwer demente Bewohnerinnen konnten 2011 jeweils nur noch solche Lauten äußern. Wenn sie sich gegenüber saßen, hatte man häufig den Eindruck, dass sie sich miteinander in einer gemeinsamen Sprache unterhalten würden (Frau A.F., 93-94 Jahre, Phase III, und Frau B.X., 82-83 Jahre, Phase III).*

Die Denkfähigkeit ist völlig erloschen – nicht einmal der eigene Name ist noch bekannt (Depping 2008:70). Der Betroffene ist somit zwar hilflos und völlig von seinen Bezugspersonen abhängig (Grond 2005:46-47). Jedoch kann ich mit Depping folgern: Das Leibgedächtnis bleibt erhalten, der Betroffene nimmt aber körperliche Zuwendung wahr und reagiert über emotionale Zugänge (Depping 2008:70). Besonders wichtig ist bei Menschen mit Demenz in den letzten Phasen, wie gesprochen wird. Sprache ist dabei weniger vom Inhalt her zu sehen – neben den bloßen Worten schwingt noch viel mehr mit. Sprache ist ein Klangkörper: „Auf keinen instrumentellen Klang reagiert der Mensch so direkt und so berührt wie auf den Klang der menschlichen Stimme“ (Decker-Voigt 2000:279).

*Beim achtsamen Gebet mit Frau X.B. (Beobachtungsszene C) ist davon auszugehen, dass der Bewohnerin in der letzten Phase der Sinn der gebeteten Worte nicht mehr bekannt war. Im normalen Alltag äußerte sie sich nur noch mit unverständlichen Lauten oder einzelnen Worten, die jedoch meist nicht in die Situation passten.*

Menschen mit Demenz im letzten Stadium und im Sterbestadium sterben einen kommunikativen Tod, wenn nicht mehr mit ihnen gesprochen wird (Grond 2000:101). Der Begriff „Ansprechpartner“ gewinnt hier an Bedeutung. *Wurde vor dem Abendgebet mit Frau X.B. (Beobachtungsszene C) eher knapp kommuniziert, gehörte zu den zwei von ihr genannten Begriffen auch das Wort „Böse“ (Nr. 44). Einer von zwei Wörtern war also negativ.*

## 2.6 Anforderungen an die Kommunikation<sup>124</sup>

Nachfolgend werden folgende Ratschläge entfaltet: In den Mitteilungen von Menschen mit Demenz soll zunächst einmal Sinn vorausgesetzt werden. Auf die eigene innere Haltung muß geachtet werden. Beiträge von Betroffenen sollen gewürdigt werden. Wir teilen uns klar, einfach und kurz mit – und wiederholen auch. Blickkontakt soll gehalten werden (Jopping 2008:13). Menschen mit Demenz dürfen nicht überrumpelt werden. Es empfiehlt sich, Abrufreize einzusetzen. Beispiel für solche Abrufreize sind Fragen. Gesprächs- und Ruhepausen sind für Menschen mit Demenz wichtig. Wissen Betroffene nicht mehr weiter, kann der Seelsorger ihnen mit Worten aushelfen. Eine lösungsorientierte Kommunikation hilft Menschen mit Demenz. Gefühlssignale können gespiegelt und verwirrte Äußerungen erzählend aufgefangen werden. Begriffskarten oder sonstige schriftliche Reize lassen die Kommunikation gelingen. Betroffenen hilft es, wenn

---

<sup>124</sup> Bryan & Maxim (2003:70) nennen vier grundlegende Faktoren für Kommunikation: *Erstens* besteht Kommunikation aus Klang und Rhythmus, *zweitens* aus einem grammatischen System, *drittens* aus Wörtern, Sätzen und größeren Spracheinheiten – und *viertens* aus gewissen Sprachregeln. Menschen mit Demenz tun sich vorwiegend mit der Grammatik und den Sprachregeln schwer. Wörter benutzen sie häufig metaphorisch. Sprachveränderungen bei Menschen mit Demenz aus neuronaler Perspektive siehe Kochendörfer (1998).

Zentralbegriffe verwendet werden. Es sollten die richtigen Fragen benutzt werden. Weiter ist zu bedenken, dass sich die Sprache im Laufe der Zeit verändert hat. Lassen es Menschen mit Demenz zu, können sie innerhalb normaler sittlicher Grenzen berührt werden. Die Tageszeit ist ein Faktor, der die Aufmerksamkeit ebenfalls beeinflusst. Betroffenen hilft es, wenn man bewusst mit ihnen Kontakt aufnimmt. Nichtgesagtes oder Mitgesagtes soll gehört werden. Emotionen dürfen zugelassen werden. Auch die Predigt kann zu einer Kommunikation mit Menschen mit Demenz werden. In der letzten Phase einer Demenz gelten besondere Regeln. Diese eben aufgezählten Ratschläge werden nachfolgend entfaltet.

### **2.6.1 Sinn voraussetzen**

Jedes herausfordernde Verhalten von Menschen mit Demenz kann als Kommunikationsversuch aufgefasst werden, der verstanden werden will (Müller-Hergl 2003:88). *Übersetzt auf die Beobachtungsszene A, wäre es dann zu wenig, die Situation zu beruhigen – auch wäre zu fragen, was die Beteiligten sagen wollten.* Wir sollen Sinn in allem voraussetzen, was Menschen mit Demenz mitteilen (Trilling u.a. 2001:52-53).

*Werden die Äußerungen der Bewohner in der Bibelkreis-Kleingruppe (Beobachtungsszene B) als sinnvoll erachtet, können sie anders verstanden werden. Vielleicht gibt es z.B. einen konkreten Grund, warum Frau E.J. das Lied „Wem Gott will rechte Gunst erweisen“ singen wollte.*

### **2.6.2 Auf die eigene innere Haltung achten**

Gespräche und Kleingruppen mit Menschen mit Demenz werden erfolgreich, wenn davon ausgegangen wird, dass sie etwas zu sagen haben (Schweitzer & Bruce 2010:32). Ist die innere Erwartung dagegen negativ, wird sie die Körpersprache und damit den Menschen mit Demenz negativ beeinflussen (Schweitzer & Bruce 2010:32).

*Immer wieder wird der Leiter frustrierende Erlebnisse machen und daher ein enttäuschendes nächstes Kleingruppen-Treffen erwarten. Hier kann es helfen, im Team zu arbeiten. Die Erfahrungen der anderen geben wieder eine neue Sicht auf die Betroffenen.*

### **2.6.3 Beiträge würdigen**

Menschen mit Demenz machen immer wieder vieles falsch und fühlen sich dadurch überfordert (Schweitzer & Bruce 2010:36). Daher sollen Beiträge Betroffener nicht korrigiert, sondern gewürdigt werden (:36). Ihre Äußerungen können wiederholt und mit dem Thema verknüpft werden (:36).

*Frau I.Q. (87-88 Jahre, Phase II, 2012) bringt immer wieder Erlebnisse von ihrem Bauernhof ein, die nichts mit dem eigentlichen Thema zu tun haben. Hier finden sich leicht Querbezüge, die zu biblischen Themen zurückführen. Als Beispiele seien Tiere*

*genannt, die auch in der Bibel vorkommen. Ebenso können Gefühle reflektiert werden, die in Alltagserlebnissen genauso wie in biblischen Geschichten vorkommen.*

#### **2.6.4 Klar, einfach, kurz – und wiederholen**

Mehrfachaufrorderungen in einem Satz können nicht umgesetzt werden (MDS 2009:171). „Nehmen Sie bitte das Glas Wasser vom Tisch, trinken Sie einen Schluck daraus und stellen Sie es danach zurück auf den Tisch“, wird eher nicht verstanden werden. Auch doppelte Verneinungen überfordern die Betroffenen (:171). Es ist einfacher zu sagen, „wichtig“ statt „nicht unwichtig.“

Während gesunde Menschen einen differenzierten Blick mit Ja und Aber, Nein und Dennoch haben, benötigen Menschen mit Demenz klare Ansagen (Muntanjohl 2011:34). Am besten kommunizieren wir in einfachen Hauptsätzen und warten geduldig auf Antworten (Depping 2008:37; Jopping 2008:13).

*Während einer Kleingruppe wird „Jesus als Quelle des Lebens“ behandelt. Den Teilnehmern wird etwas zu trinken angeboten. Dabei sollte schlicht kommuniziert werden: „Nehmen Sie bitte das Glas Wasser.“ Auch hilft es, in mehreren Schritten vorzugehen. Erst wenn der Betroffene das Glas in der Hand hat, sollte er motiviert werden: „Nun trinken Sie einen Schluck.“*

Die Aussagen sollen einfach und kurz sein, an Bekanntes anknüpfen, gewohnte Gegenstände und häufige Erfahrungen aufgreifen – auch dürfen sie wiederholt werden (MDS 2009:171; Muntanjohl 2011:34).

*Beispiele mit dem Internet können für Menschen mit Demenz schwierig sein, da die derzeitige Altenheimgeneration ihr darüber evtl. vorhandenes Wissen bereits verloren hat. Beispiele mit älteren Techniken wie Schallplatten könnten ihnen aber noch geläufig sein.*

Brechen Betroffene ihre Sätze plötzlich ab, kann es helfen wenn das bisher Gesagte wiederholt wird (Schweitzer & Bruce 2010:33). Das Gesagte soll warm und empathisch wiederholt werden (Trilling u.a. 2001:52-53).

Die Konzentrationsspanne im Lauf einer Demenz wird immer kürzer. *Beim achtsamen Gebet (Beobachtungsszene C) wurden Wörter aus der ersten Hälfte des Gebets häufiger mitgebetet als Begriffe aus der zweiten Hälfte.*

#### **2.6.5 Blickkontakt halten**

Grundsätzlich soll bei einem gemeinsamen Gespräch auf gleiche Höhe gesessen und der Blickkontakt aufgenommen und gehalten werden (Jopping 2008:13; MDS 2009:171).<sup>125</sup> Augenkontakt signalisiert wirkliches Interesse (Schweitzer & Bruce 2010:61). *Beim achtsamen Gebet mit Frau X.B. (Beobachtungsszene C) war direkter Augenkontakt durch*

---

<sup>125</sup> Trilling u.a. (2001:52-53).

*Sitzen auf gleicher Höhe möglich.* Der Betroffene soll nicht von hinten angesprochen werden (MDS 2009:171). *Hatte Frau X.B. beim achtsamen Gebet (Beobachtungsszene C) keinen Augenkontakt, wirkte sie unsicherer (Nr. 11, 68). Interessant ist, dass sie nur an einem der beiden Abende ein Wort mit betete – und zwar das Beziehungswort „unser“.* Dies könnte ihre Frage nach einem Gegenüber ausdrücken.

### **2.6.6 Nicht überrumpeln**

Handlungen sollen mündlich angekündigt und erklärt werden – dazu soll evtl. durch Berührung Kontakt aufgenommen werden (MDS 2009:172). Der Betroffene soll nicht von hinten oder der Seite angesprochen werden. *Frau X.B. betete beim achtsamen Gebet (Beobachtungsszene C) weniger konzentriert, wenn ihre Hand nicht gehalten wurde (Nr. 45, 83).*

### **2.6.7 Abrufreize verwenden**

Gespräche über die Vergangenheit, Bilder, Musik und Gegenstände sollen Erinnerungen wecken (MDS 2009:172). Auch können Lieder, Gedichte, Sprichwörter, Metaphern usw. benutzt werden (:172). *Frau M.N. (83-84 Jahre, Phase I, 2013) beteiligt sich stets am Thema, wenn der 23. Psalm vorkommt. Ihr Konfirmationsvers stammt aus diesem Psalm.*

### **2.6.8 Fragen als Abrufreize einsetzen**

Nachfragen sollen nur gestellt werden, wenn sie aus dem Altgedächtnis beantwortet werden können (Depping 2008:37). Auch sollen Fragen vom Betroffenen motivierend verstanden werden und keinen Prüfungsdruck auslösen (:37).

Im ersten Stadium der Demenz können Gedächtnisinhalte gut wieder aktiviert werden (Depping 2008:34). Der Betroffene benötigt aber „gezielte Abrufreize (retrieval cues)“ (:34). Einen solcher Hinweisreiz nennt man auch „Prime“ (:34). Wichtig ist, dass die Fragen einfach formuliert sind – verschachtelte Fragen oder zu viele Fragen auf einmal können überfordern (:35). *„Wie heisst der Verlobte von Maria?“ wird gut verstanden. Unverständlicher wäre die Frage: „Wie ist der Name des Zimmermannes aus Galiläa, der mit der schwangeren Maria verlobt war, aber eben gerade nicht der Vater des Kindes gewesen ist?“*

Das Gespräch wird vom Betroffenen in der ersten Phase der Demenz häufig dadurch unterbrochen, dass er den roten Faden des Gesprächs verliert, immer wieder das Gleiche erzählt (Perseveration) oder weil er depressiv verstimmt ist (Depping 2008:36). Die vorgegebenen Abrufreize bringen Erzählungen wieder in Gang: Sie aktivieren das episodische Gedächtnis (:35). *„Die Erzählfähigkeit ist eine früh erworbene sprachliche*

Kompetenz und bleibt lange Zeit erhalten“ (:35). Fragen sind eine natürliche menschliche Reaktion, um „Erzählstörungen zu überwinden“ (:35).

### **2.6.9 Gesprächspausen und Ruhephasen einlegen**

Auch längere Gesprächspausen sollen zugelassen werden (Trilling u.a. 2001:52-53; Schweitzer & Bruce 2010:33). Betroffene müssen einen Gedanken in Ruhe fassen können, ohne dass man ihnen ins Wort fällt (:41). *Beim achtsamen Gebet hatte es sogar einen förderlichen Effekt auf die mitgebeteten Worte von Frau X.B. (Beobachtungsszene C), wenn vor dem letzten Wort jeweils eine kleine Pause eingelegt wurde.*

Auch soll der Tagesablauf nicht durch einen dauernden akustischen oder verbalen Klangteppich untermalt werden. Ein Zuviel an Geräuschen und Worten kann Betroffene überfordern (Depping 2008:73). *Werden verschiedene Betreuungsangebote nacheinander angeboten, sind die Teilnehmer danach sehr erschöpft. Besser ist es, Pausen zwischen verschiedenen Gruppenstunden anzubieten*

### **2.6.10 Mit Wörtern aushelfen**

Suchen Betroffene nach einem bestimmten Wort, kann ausgeholfen werden, indem dieses Wort vorgesagt wird (Schweitzer & Bruce 2010:33). Danach aber soll der Mensch mit Demenz Gelegenheit bekommen, weiter zu reden (:33).

### **2.6.11 Lösungsorientiert kommunizieren**

Powell (2009) empfiehlt drei Grundregeln zur Problemlösung: *Zuerst* sollen Konfrontationen vermieden werden, zweitens soll zweckmäßig gehandelt werden – und drittens sollen die Gefühle des Betroffenen wahrgenommen und Trost gespendet werden. *Auf die Beobachtungsszene A könnte man anwenden: Die streitenden und schreienden Bewohner sind damit überfordert, die Situation richtig einzuordnen (MDS 2009:174).*

Im ersten Schritt nach Powell soll die Konfrontation also vermieden werden.

*Dazu soll das Verhalten nicht persönlich genommen werden. Es soll kein Schuldiger gesucht werden. Hoffend, dass der Betroffene die Situation bald wieder vergisst, kann ruhig geblieben und die Situation an uns vorbei gelassen werden (MDS 2009:174).*

Zweitens soll zweckmäßig gehandelt werden: Kritische Situationen, die vorauszusehen sind, sollen irgendwie umgangen werden. *Die beiden streitenden Damen sind z.B. schnell voneinander abgelenkt.*

Drittens sollen die Gefühle wahrgenommen und die Betroffenen getröstet werden. *Man könnte der Frau mit den Geschenken z.B. sagen: „Eigentlich sind wir ja alle beschenkt.“*

### 2.6.12 Gefühlssignale spiegeln

Gefühlsinhalte sollen wahrgenommen und für Betroffene formuliert werden (MDS 2009:172; Trilling u.a. 2001:52-53).

*In der Beobachtungsszene A wäre das Gefühl der Bewohnerin auf der Suche nach ihrer Mutter vermutlich mangelnde Geborgenheit gewesen. Hier hätte geholfen, der Frau diese Geborgenheit zu bieten, indem mit gemeinsamen Aktivitäten Zeit in sie investiert wird.*

### 2.6.13 Verwirrte Äußerungen narrativ auffangen

Mit verwirrten Äußerungen bei Menschen mit Demenz im zweiten Stadium kann narrativ<sup>126</sup> umgegangen werden (Depping 2008:55). Ihre Äußerungen sind verankert in dem, was sie früher tatsächlich erlebt haben. Eine Untersuchung hat herausgefunden, dass es geschlechtsspezifische Unterschiede bei verwirrten Äußerungen gibt (Bosch 1998:55ff): Frauen mit Demenz sprechen hauptsächlich von Verpflichtungen im Haushalt: Sie müssen kochen, waschen oder nach den Geschwistern schauen. Männer mit Demenz dagegen äußern sich zu externen Aufgaben wie der Arbeit in der Fabrik, im Stall, auf dem Acker oder im Verein.

*Der ehemalige Versicherungskaufmann Herr U.F. (77 Jahre, Phase II-III, 13.4.2010) rief: „Hol schon mal den Wagen. Wir bringen die Papiere sofort vorbei.“ Die Kriegswitwe Frau X.N. (90 Jahre, Phase II, 17.5.2012) klingelte nachts um zwei Uhr und sagte: „Es ist Zeit zum Aufstehen. Ich muss doch für den Stefan kochen.“*

Depping (2008) empfiehlt, hier einladende Impulse zu geben (:55). *In den zitierten Beispielen könnte der Seelsorger also mit Herr U.F. auf eine Ebene kommen, indem er fragt: „Um welche Papiere handelt es sich?“. Frau X.N. könnte motiviert werden: „Erzählen Sie von Stefan!“*

### 2.6.14 Begriffskarten oder sonstige schriftliche Reize einsetzen

Gelegentlich können Gespräche zu einem ziellosen Geplauder ausarten (Depping 2008:56). Depping empfiehlt, immer eine Sammlung mit Begriffskarten zu verschiedenen Themen bei sich zu haben. Für den Themenbereich Kirche schlägt er z.B. die Worte vor: „Pastor, Lieder, Sprüche, Katechismus, Gott, Jesus, beten, Ewigkeit, Bibel, Vergebung, Konfirmation“ (:57). Auf Papier aufgeschriebene Worte sind ebenfalls für Kleingruppen mit Menschen mit Demenz geeignet.

*In der Passionszeit 2012 wurden die sieben letzten Aussprüche Jesu am Kreuz jeweils auf eine Seite ausgedruckt (Mt 27,46c; Mk 15,34b; Lk 23,34a; 43b; 46b; Joh 19,26b.27b). In den Kleingruppen wurden diese Seiten mit einem zweiten Blatt abgedeckt, verschiedenen Bewohnern vorgelegt und zeilenweise aufgedeckt. Auf den*

---

<sup>126</sup> „Narrativ“ bedeutet „erzählend“. Hier ist gemeint, dass der Mensch mit Demenz zum Erzählen motiviert wird.

Vers „In deine Hände befehle ich meinen Geist“ waren die Reaktionen z.B. ganz unterschiedlich. Stellvertretend wird nachfolgend für jedes Stadium der Demenz ein Beispiel gebracht. Herr P.H. (86 Jahre, Phase I) konnte den Ausspruch erraten, nachdem er die Worte „In deine“ gesehen hatte. Frau K.X. (88 Jahre, Phase II) beendete den Vers, nachdem sie gelesen hatte: „In deine Hände befehle ich.“ Anschließend fügte sie an: „Ja, ja in deine Hände. Der Pfarrer sagt: Die Hände musst du noch waschen.“ Frau X.B. (78 Jahre, Phase III) fixierte die Worte, während der Vers vorgelesen wurde. Teilweise konnte sie sogar mitlesen. Danach ergänzte sie: „Oh Gott, oh Gott.“ Es war also zu beobachten, dass Betroffene aller Phasen mit Hilfe einfacher aufgeschriebener Hilfen im Themenfeld „Glaube und Kirche“ blieben.

Beim achtsamen Gebet mit Frau X.B. (Beobachtungsszene C) wurde einmal das Vaterunser auf einem Blatt Papier im Sichtfeld der Betroffenen an die Wand befestigt (Nr. 56). Während ich der Bewohnerin das Gebet vorsprach, umfasste ich ihre beiden Hände mit der einen Hand. Mit dem Zeigefinger der anderen Hand zeigte ich bei dem aufgeschriebenen Gebet an, wo wir uns gerade befanden. Fr. X.B. machte einen sehr wachen, aufmerksamen Eindruck. Die eher positiven inzuordnenden Begriffe „Himmel“ und „geheiligt werde dein Name“ überwogen – aber auch der Begriff „Schuld“ kam vor.

### 2.6.15 Zentralbegriffe verwenden

Es wurde festgestellt, dass die Benennungsleistung gefördert werden kann, wenn Funktionen von Personen und Dingen herausgestellt werden (Weis & Weber 1997:948). Etwa: „Die die ... - die grasen – ja, die Pferde grasen“ oder „Das das ... - es kocht – das Essen kocht“ (Depping 2008:56). Benutzte Frau X.B. beim achtsamen Gebet (Beobachtungsszene C) eine Wendung, enthielt diese häufig ein Verb. Das Zentrum der Aussage soll unter Verwendung derselben Schlüsselwörter wiederholt werden („Paraphrasieren“) (MDS 2009:172). Depping empfiehlt, durch ein prägnantes Wort auf den Punkt zu kommen und damit das Gespräch wieder in Gang zu bringen: Er empfiehlt dazu, zentrale Begriffe aus der Erzählung herauszugreifen und mit Kernbegriffen von thematischer Relevanz die Erzählung wieder zu stimulieren (Depping 2008:56).

### 2.6.16 Die richtigen Fragen stellen

MDS (2009:171) empfiehlt etwas übervorsichtig Menschen mit Demenz möglichst keine Fragen zu stellen. *In einigen Bibelkleingruppen (25.6.2012) wurde bewusst auf die Reaktion verschiedener Fragewörter geachtet.*

Mit Depping und Jopping kann zu dem differenzierteren Ergebnis gekommen werden, besser mit den erreichenden Fragewörtern „Wer? Wie? Wo? Was?“ zu arbeiten, da diese konkrete Bilder wecken (Depping 2008:36; Jopping 2008:13). Auch die Frage „Wann?“ kann verwendet werden, wenn es um statische Lebensdaten der Betroffenen geht (Depping 2008:36): „Wann haben Sie geheiratet?“ Dabei ist jedoch zu beachten, dass auch bei diesen Fragen Betroffene eine deutlich umrissene Antwort oft nicht leisten können und die Situation dann überspielen (Trilling u.a. 2001:54).

Zurückhaltend sollten dagegen Fragen verwendet werden, die kausales (Warum? Weshalb?), finales (Wozu?) oder temporales Denken (Wie lange?) verlangen. Je nach Phase wird dies auch unterschiedlich sein.

*Im erwähnten Bibelkreis zum verlorenen Sohn (25.6.2012) fielen Antworten auf erreichende Fragewörter relativ leicht: Wer spielt in der Geschichte mit? Wie viele Söhne hatte der Vater? Wohin ging der jüngere Sohn? Schwerer zu beantworten waren kausale, finale oder temporale Fragen: Warum wollte der jüngere Sohn sein Erbteil? (Kausal), Wozu brauchte der Vater das Kalb? (Final), Wie lange hat das Fest nach Rückkehr des Sohnes gedauert? (Temporal).*

Depping (2008:35) empfiehlt, durch solche gezielten Abrufreize Erzählungen in Gang zu bringen, in Gang zu halten und so das episodische Gedächtnis zu aktivieren.

### **2.6.17 Sprachveränderung beachten**

Manche Begriffe aus früheren Zeiten (z.B. „dufte“, „Lümmel“ oder „Persilschein“) sind für uns heute ungewöhnlich oder unbekannt (Frieze 2009:28; MDS 2009:172). Mit einigen modernen Worten („cool“, „toll“) dagegen wissen Menschen mit Demenz nichts anfangen (MDS 2009:172). Dies ruft Verständnisschwierigkeiten hervor (:172). MDS empfiehlt, im Rahmen der Biographiearbeit entsprechende Zeitgeistwörter herauszufinden und dann anzuwenden (:172).

*Schaut man mit Betroffenen Filme aus ihrer Kindheits- und Jugendzeit an, wird der Wortschatz in diese Richtung bereichert. Menschen der betroffenen Generation lieben z.B. Filme mit Heinz Ehrhard, Heinz Rühmann, Peter Alexander oder Theo Lingen. Auch bereichert es den Wortschatz in diese Richtung, wenn gelegentlich ältere Predigten oder Auszüge eines älteren Bibelkommentares gelesen werden. Als Beispiele können Schlatter oder Thielicke genannt werden.*

### **2.6.18 Berühren, soweit erwünscht**

Körperkontakt soll aufgenommen werden, soweit es der Betroffene wünscht (Trilling u.a. 2001:52-53). Als Faustregel gilt: Je weiter die Demenz fortgeschritten ist, umso mehr sind Betroffene über Berührung zu erreichen.

*Frau X.B. befindet sich in der letzten Demenzphase (Beobachtungsszene C) und hat es offensichtlich als angenehm empfunden, wenn ihre Hände gehalten wurden. Sie wirkte weniger konzentriert (die Mimik und Gestik war verkrampfter), wenn ihr dabei die Hände nicht gehalten wurden (Nr. 11, 45, 83, 86). Frau E.J. aus der Beobachtungsszene A befindet sich dagegen in einer frühen Phase: Sie hätte auf Berührung vielleicht aufgebracht reagiert.*

### **2.6.19 Die richtige Tageszeit aussuchen**

Die Tageszeit kann auf die Konzentration wirken: Am späten Vormittag ist die Aufmerksamkeitsspanne meist wesentlich höher als am späten Nachmittag (Goldsmith 2002:58-59,101ff).

*Die Konzentration der Teilnehmer in den Bibelkreisen bestätigt dies. Die verschiedenen Kleingruppen finden von 9.30 bis 11.30 Uhr statt. Zuvor gab es einige Versuche, die Kleingruppen am Mittag durchzuführen. Allerdings waren die Teilnehmer dann insgesamt schläfriger als morgens.*

### **2.6.20 Angemessene Helligkeit**

Auch Lichtverhältnisse wirken auf die Aufmerksamkeit von Menschen mit Demenz (Goldsmith 2002:58-59,101ff): Die Helligkeit muss angemessen sein (siehe auch Schönhammer 2009:129). Zu helles Licht kann Unruhe hervorrufen, zu wenig ausgeleuchtete Räume können Desorientierung fördern. *In einer der beschriebenen Bibelkreis-Kleingruppen (Beobachtungsszene B) war es für Frau I.T. ganz wichtig, dass sie das Gesicht der redenden Person sehen konnte.*

### **2.6.21 Zeit haben**

Für Gespräche und Kleingruppen mit Menschen mit Demenz benötigt man viel mehr Zeit als für andere Menschen (Goldsmith 2002:58-59,101ff). Wie angedeutet liegt das daran, dass wir langsam sprechen, wiederholen und uns auf unseren Gesprächspartner einstellen (Jopping 2008:13).

*Bei der Planung der Bibelkreise macht sich dies bemerkbar. Ein kurzer Entwurf von 500 bis 800 Wörtern entspricht einer Predigt von maximal zehn Minuten. Für Kleingruppen mit Menschen mit Demenz muss ein Vielfaches an Zeit einkalkuliert werden. Rein inhaltlich können mit der angegebenen Menge mehrere Bibelrunden gestaltet werden.*

### **2.6.22 Bewusst Kontakt aufnehmen**

Mit Menschen mit Demenz muss man bewusst Kontakt aufnehmen, sich also innerhalb ihres Gesichtsfeldes nähern. Man sollte sich ihnen namentlich vorstellen und sie mit ihrem Namen ansprechen (Goldsmith 2002:58-59,101ff).

*Wurde mit Frau X.B. das Vaterunser gebetet, wurde sie normalerweise zuvor im Pflegeablauf drei bis viermal mit ihrem Nachnamen angesprochen. Wurde sie mit ihrem Vornamen angesprochen, wirkte sie bei jenen Gebeten besonders wach (Nr. 1, 38, 39). Sie betete auch Wörter, die nicht negativ eingeordnet werden können („Name“, „Dein Reich komme“, „geschehe“) und die in einem Zusammenhang steht, den sie sehr sicher selber nicht mehr versteht („im Himmel“ und „auf Erden“).*

### **2.6.23 Nichtgesagtes oder Mitgesagtes hören**

Wir sollen das Nichtgesagte oder das Mitgesagte hören: Zwischen oder hinter dem oft unvollendet Gesagten steckt manchmal der Schlüssel zum Verständnis (Goldsmith 2002:58-59,101ff).

*So könnte bei der protokollierten Bibelkreis-Kleingruppe (Beobachtungsszene B) die Frage gestellt werden, ob Frau E.J. damit etwas zum Ausdruck bringen wollte, dass sie unbedingt dieses eine Lied singen wollte („Wem Gott will rechte Gunst erweisen, den schickt er in die weite Welt“).*

### **2.6.24 Emotionen zulassen**

Die Emotionen von Menschen mit Demenz sollen zugelassen werden (Goldsmith 2002:58-59, 101ff). Im Laufe eines Gespräches können von Menschen mit Demenz unterschiedliche Gefühle vorkommen. Diesen muss Raum gegeben werden.

*Möglicherweise brachte Frau E.J. (Beobachtungsszene B) ein Gefühl zum Ausdruck, als sie in der Kleingruppe singen wollte „Wem Gott will rechte Gunst erweisen, den schickt er in die weite Welt“. Vielleicht wäre es sinnvoll gewesen, das Lied gleich mit ihr gemeinsam zu singen – und erst danach wieder in Richtung des Themas zu kommen.*

### **2.6.25 Predigt zur Kommunikation werden lassen**

Predigt gibt es, weil Gott sich den Menschen zeigt (Engemann 2002:81). Damit Lernen im Alter erfolgreich wird, müssen einige Voraussetzungen erfüllt werden: Das Gesagte soll langsam vermittelt werden, einsichtig und persönlich relevant sein, mehrmals wiederholt werden und übersichtlich gegliedert sein (Jopping 2008:13; Lehr 2007:94-95). Bei hirnrorganischen Schäden wie Demenzen soll das Gesagte darüber hinaus an Inhalte des Altgedächtnisses anknüpfen und möglichst viele emotionale Impulse geben (Oswald 1988:186). Predigten, die stark mit Argumenten arbeiten (deduktive Predigten), bringen Schwierigkeiten für Menschen mit Demenz mit sich: Für Gedanken, die längerfristig entfaltet werden, ist die mögliche Aufmerksamkeitsspanne zu gering (Fröchtling 2008:465). Inhaltlich fehlt das konzeptionelle Denken, um intellektuelle Argumente erfassen zu können (:465). Auch kann nicht erwartet werden, dass der Betroffene die Predigt in sein eigenes Leben hinein interpretieren kann (:465). *Eine Predigt für Menschen mit Demenz sollte also kurz und nicht zu argumentativ sein. Ähnliches gilt für Kleingruppen: Um nicht in deduktive Monologe zu verfallen, folgen Anregungen zu Geschichten (2.7), Gedichten (2.8 und Anhang), Gebeten (2.9) und Geräuschen (2.10).*

### **2.6.26 Kommunikation in der letzten Phase**

Einfache, langsame Sätze voller Wärme, Freundlichkeit und Zärtlichkeit sind besonders im letzten Stadium angemessen: „Ich bin hier. Du bist lieb. Es ist gut.“ (Depping 2008:72). Negationen („nein“, „nicht“) klingen hart und ablehnend, Appelle in der 2. Person Singular („du sollst“, „du musst“) fordern und überfordern, weil sie eine Veränderung verlangen, die die Betroffenen nicht leisten können (:72).

## 2.7 Erzählen von Geschichten

Die Erzählung findet in der sprachlichen Entwicklung bereits früh ihren Ausdruck, bleibt also lange erhalten (Depping 2008:45).

### 2.7.1 Geeignete Geschichten und Bibelübersetzungen auswählen

Für die Lesung biblischer Texte in einer Gruppe gilt zu beachten: Die Texte oder zumindest sein Thema und der Sprachstil sollen vertraut sein (Depping 2008:85). Empfehlenswert sind „vor allem Gleichnisse, Beispielgeschichten, Parabeln, Wundergeschichten ... [und] Legenden“ (:45). Am besten geeignet sind narrative Texte (:85). Sie sollten langsam gelesen und zentrale Aussagen sollen wiederholt werden (Depping 2008:85; Jopping 2008:13). Ungeeignet sind dagegen abstrakte Texte wie die Briefe aus dem Neuen Testament, da Betroffene nicht mehr über das notwendige Reflexionsvermögen verfügen (Depping 2008:45).

*Es hätte für den protokollierten Bibelkreis in Beobachtungsszene B also sicher geeignetere Texte gegeben als einen Briefftext aus 1Petr 5,7. Ein Text aus einem neutestamentlichen Brief erscheint mir inzwischen eher ungeeignet.*

Depping rät weiter, Geschichten mit einem Bezug zur Lebensproblematik der jeweiligen Menschen zu wählen (Depping 2008:64).

*Im Emil-Srąga-Haus löste der Weihrauch der Sternsinger am 6.1.2009 (Dreikönig) einen Feueralarm aus. Spielt man in folgenden Jahren noch einmal darauf an, kann dies für Menschen mit Demenz in der beginnenden ersten Phase noch ein geeigneter Abholer sein. Im weiteren Verlauf einer Demenz könnte die Bemerkung mit dem Feueralarm bereits überfordern, da sie erstens nicht an das Altgedächtnis der Betroffenen anknüpft und ein Feueralarm zweitens eine relativ neue Erfindung ist.*

Depping empfiehlt, Texte mit altvertrauter Sprache zu verwenden: Er empfiehlt sogar – hier geht er m.E. jedoch zu weit – „die Lutherbibel in der Revision von 1912“ (Depping 2008:45). Fröchtling verwendet in der Arbeit mit Menschen mit Demenz parallel die Gute-Nachricht-Übersetzung und die unrevidierte Lutherübersetzung von 1912. Sie kam zu dem Ergebnis: Zu „einem deutlich erkennbaren ‹Aufhorchen› kam es bei fast allen GottesdienstbesucherInnen erst bei der Lesung aus der altvertrauten Lutherbibel“ (Fröchtling 2008:460). Depping befürchtet einen verunsichernden und enttäuschenden Kontinuitätsbruch, wenn der Text anders kommt, als er gelernt wurde (Depping 2008:45). Dies kann nicht so krass bestätigt werden. Daher nehme ich eine vermittelnde Position zwischen Depping und Fröchtling ein: Moderne Übersetzungen sind eher ungeeignet, zu der aktuellen Revision der Luther- oder Einheitsübersetzung kann geraten werden.

*Beim Vaterunser (Mt 6,9b-13a)) besteht z.B. der markanteste Unterschied darin, dass die alte Luther-Übersetzung (1912) lautet „und bewahre uns vor dem Übel“. Die revidierte Version von 1984 übersetzt: „und bewahre uns vor dem Bösen“. Im März 2012 nahmen insgesamt 39 Bewohner an verschiedenen Kleingruppen teil. Von diesen Bewohnern konnten sich zehn Menschen nicht mehr verbal äussern. Von den restlichen 29 Bewohnern beteten nur sechs Bewohner die alte Version von 1912*

*(„bewahre uns vor dem Übel“). Die restlichen 23 Bewohner (darunter Frau X.B., Beobachtungsszene C) sprachen „bewahre uns vor dem Bösen“. Dies spricht durchaus dafür, dass die Luther-Übersetzung von 1984 verwendet werden kann.*

## **2.7.2 Erste Phase der Demenz**

In der ersten Phase werden Menschen mit Demenz mit erzählten oder vorgelesenen biblischen Geschichten gut erreicht. Geschichten aus der Bibel wirken heilend: Sie sprechen aus der Seele, entlassen in die Freiheit und geben Hoffnung (Baumgartner 1990:565ff). Dabei gilt: „Text und Aufnahmefähigkeit bedürfen hier ganz besonders der Passung“ (Depping 2008:45). Sprache für Menschen mit Demenz soll sein „elementar und deutlich“ (Muntanjohl 2011:33): Zentrale Glaubensinhalte sollten in einfachen Hauptsätzen und höchstens einem leicht verständlichen Nebensatz verkündigt werden (Jopping 2008:13). Zugleich sind Schlagworte wie „Sünde“ oder „Gnade“ nicht verständlich und können negative Kindheitsgefühle auslösen (Muntanjohl 2011:33). Solche dogmatischen Begriffe werden besser in Geschichten oder Bildern aufgelöst.

## **2.7.3 Zweite und dritte Phase der Demenz**

Auch ab der zweiten Phase können biblische Geschichten noch eingesetzt werden. Depping weist jedoch zurecht darauf hin, dass sie dann nicht mehr vorgelesen, sondern erzählt werden müssen: „Das passive Sprachvermögen ist noch vorhanden“ (Depping 2008:63). Die biblische Geschichte ist sprachlich einfach, in kurzen Hauptsätzen und ohne Nebenhandlungen darzustellen (:64). Die Geschichten sollten höchstens drei bis fünf Minuten dauern (Friese 2009:24). Depping geht davon aus, dass Szenen die Verstehensschwierigkeiten überwinden können, wenn sie die Vorstellungswelt der Betroffenen anregen (Depping 2008:64). Gesichtsausdruck und Mienenspiel der Betroffenen lassen „erkennen, dass im Wiedererzählen der alten Geschichten deren emotionaler Gehalt nachempfunden wird“ (Klessmann 2006:37). Die Geschichte wird am besten in der Gegenwart erzählt, da sich der demente Mensch ab dem zweiten Stadium in dieser Zeitform bewegt (Depping 2008:64). „Die Speisung der Fünftausend“ (Mt. 14,13-21 par) könnte folgendermaßen erzählt werden: „Viele Menschen sind bei Jesus. Die Menschen sind hungrig. Die Jünger sagen: Wir haben nur fünf Brote und zwei Fische. Jesus dankt Gott für die Brote und die Fische. Die Jünger verteilten die Brote und Fische unter das Volk. Alle essen und werden satt. Danach sind sogar noch zwölf Körbe übrig.“

## **2.7.4 An Erfahrungen und Bekanntes anknüpfen**

Muntanjohl (2011) folgert, spannende Geschichten würden keine Aufmerksamkeit erregen, weil beim alten Menschen die neugierige kindliche Spannung gewichen sei (:33).

*Dies kann hinterfragt werden. Im Bibelkreis wurde die Geschichte vom verlorenen Sohn (Lk. 15,11-32) erzählt (25.6.2012). Da mir der Text bekannt erschien, habe ich sie zuvor nicht noch einmal durchgelesen – und prompt entsprechende Details falsch erzählt. Die Bewohner waren so aufmerksam, dass sie mich darauf hinweisen konnten: Herr T.H. (84 Jahre, Phase I) korrigierte, dass der verlorene Sohn die Schoten aus dem Schweinetrog nicht gegessen habe, sondern es ihn nur danach verlangte. Frau K.H. (89 Jahre, Phase I) erklärte mir, dass nicht ein Bock, sondern ein Kalb geschlachtet wurde.*

So ist die kindliche Neugier kleiner geworden. Spannende Geschichten lösen aber dennoch Interesse aus, indem sie an gemachte Erfahrung anknüpfen können.

### **2.7.5 Mitfragend erzählen**

Biblische Geschichten können mitfragend erzählt werden. *Geeignete Fragen für die Geschichte vom verlorenen Sohn könnten sein: Wie war das? Wie waren die zwei Söhne? Was haben sie gemacht? Was hat der eine Sohn dann mit seinem Erbe gemacht?*

### **2.7.6 Checkliste geeigneter Geschichten**

Die Generation, die heute im Altenheim lebt, ist mit vielen Geschichten aufgewachsen: In der Hannoverschen Landeskirche war z.B. vorgeschrieben, dass im Religionsunterricht der Volksschule 151 biblische Geschichten so zu vermitteln waren, dass sie von den Schülern nacherzählt werden konnten (Religionsunterrichtsbeirat 1928:1ff).

Die Suche nach geeigneten Geschichten kann durch Bücher mit biblischen Geschichten aus der damaligen Zeit bereichert werden (Depping 2008:45). Ergänzend seien noch alte Lehrpläne empfohlen. Auch Lehrbücher können unter dieser Fragestellung untersucht werden. Nachfolgend einige Geschichten, die aufgrund der Schulbücher von Gengnagel & Gutbrod<sup>127</sup> und in der Praxis des Altenheimes besonders geeignet erscheinen (1961, 1962, 1963a, 1963b, 1963c, 1964a, 1964b, 1965)<sup>128</sup>. Hierzu wurde dieses Lehrwerk daraufhin untersucht, welche Geschichten häufig wiederholt werden und somit besonders bekannt sein dürften. Nachfolgend wurden alle Perikopen aufgenommen, die mindestens zweimal im gesamten Werk vorkommen. Viele dieser Geschichten sind im Altgedächtnis der dementen Menschen gespeichert (Depping 2008:64).

---

<sup>127</sup> Bei einem kirchlichen Lehrbuch aus den 60er-Jahren ist davon auszugehen, dass die darin vorhandenen Geschichten prägend für die jetzige Altenheimgeneration waren: Die Herausgeber wurden während des gleichen Zeitraumes wie die heutigen Altenheimbewohner religiös sozialisiert.

<sup>128</sup> Die Reihenfolge ist nicht nach dem geschichtlichen Ablauf chronologisch, sondern nach biblischen Büchern geordnet. Kamen z.B. die gleichen Perikopen aus verschiedenen Evangelien vor, wurden die weiteren Stellenangaben der ersten Bibelstelle hinzugefügt.

*In den Bibelkreis-Kleingruppen 2011 und 2012 wurde auf die Bekanntheit dieser Geschichten bei den Betroffenen geachtet. Daraufhin wurden nachfolgend die Geschichten in „sehr bekannt“ und „weniger bekannt“ eingeteilt. Als sehr bekannt wurden Geschichten eingestuft, bei denen Bewohner bereits bei der bloßen Nennung des Titels Inhalte aus der Geschichte wiedergeben konnten. Als weniger bekannt sind die Geschichten definiert, bei denen in den Bibelkreis-Kleingruppen mindestens ein Teilnehmer bei einer mitfragenden Erzählweise die Geschichte kannte. Die unbekannteren Geschichten werden hier nicht aufgeführt.*

### **2.7.7 Sehr bekannte biblische Geschichten**

- Die Schöpfung (Gen 1,1-2,4a) (Gengnagel & Gutbrod 1961; 1963a)
- Der Mensch im Paradies (Gen 2,4b-25) (1961; 1963a)
- Der Sündenfall (Gen 3) (1961; 1963a)
- Der Brudermord (Gen 4,1-16a) (1961; 1963a)
- Die Sintflut (Gen 6-8) (1961; 1963a)
- Der Noahbund (Gen 9,1-17) (1961; 1963a)
- Der Turmbau zu Babel (Gen 11,1-9) (1961;1963a)
- Abrahams schwerste Glaubensprüfung (Gen 22,1-19) (1961; 1963a)
- Die Josephsgeschichte (1 Mo 37-50) (1963b; 1964a)
- Die zehn Gebote (Ex 20, 2-17) (1963b)
- Der gute Hirte (Ps 23) (1964a)
- Die Weisen aus dem Morgenland (Mt 2,1-12) (1964a; 1965)
- Das Vaterunser (Mt 6, 9-13) (1963a; 1963c)
- Johannes der Täufer (Mk 1,1-8; Lk 3,1-18) (1963b; 1964b)
- Die Taufe Jesu (Mk 1,9-11; Lk 3,21-22) (1961; 1963b)
- Die Versuchung Jesu (Mk 1,12-13; Lk 4,1-13) (1961; 1964b)
- Die Berufung der Jünger (Mk 1,16-20) (1961; 1964a)
- Ein Tag in Kapernaum (Mk 1,21-39) (1961; 1963b)
- Die Berufung des Matthäus (Mk 2, 13-17; Lk 5,27-32) (1961; 1964b)
- Die von selbst wachsende Saat (Mk 4,26-29) (1961)
- Das Senfkorn (Mk 4,30-34) (1961)
- Die Speisung der Fünftausend (Mk 6,30-44; Lk 9,11-17) (1961; 1964a)
- Die kanaanäische Frau (Mk 7,24-30) (1961; 1962)
- Die Heilung des Taubstummen (Mk 7,31-37) (1961; 1963b)
- Der reiche Jüngling (Mk 10,17-31) (1961; 1962)
- Die Heilung des Blinden (Mk 10,46-52; Lk 18,35-43) (1961; 1963b)
- Der Einzug in Jerusalem (Mk 11,1-10; Lk 19,28-44) (1961; 1964a)
- Die Tempelreinigung (Mk 11,15-19; Lk 19,45-48) (1961; 1963b)
- Vom Scherflein der Witwe (Mk 12,41-44) (1961; 1962)
- Die Salbung in Bethanien (Mk 14,3-9) (1961; 1964b)
- Jesus in Gethsemane (Mk 14,32-42; Lk 22,39-46) (1961; 1963a)
- Die Gefangennahme Jesu (Mk 14,43-52) (1961; 1963a)
- Jesus vor Hananias und Kaiphas (Mk 14,53-65; Lk 22,54;63-71) (1961; 1963b)
- Die Verleugnung des Petrus (Mk 14,66-72; Lk 22,54-62) (1961; 1963b)
- Jesus vor Pilatus und Herodes (Mk 15,1-19; Lk 23,1-12) (1961; 1964b)
- Jesu Kreuzigung, Tod & Begräbnis (Mk 15,20-27) (1961; 1964a)
- Die Geburt Johannes des Täufers (Lk 1,5-23;57-80) (1963a; 1963b)
- Die Geburt Jesu (Lk 2,1-20) (1963c; 1964a)
- Der Sturm auf dem Meer (Lk 8,22-25) (1961; 1964b)
- Das Bekenntnis des Petrus: Die erste Leidensverkündigung (Lk 9,18-26) (1961; 1964b)
- Der Verräter (Lk 22,1-6) (1961; 1963a)

- Das letzte Passamahl (Lk 22,7-21) (1961; 1963b)
- Die Ich-bin-Worte Jesu (Joh 6,35; Joh 8,12; Joh 10,11; Joh 11,25; Joh 15,5) (1963c; 1964b)
- Ostern (Joh 20,1-18) (1963a; 1964a; 1965)
- Die Himmelfahrt Jesu (Apg 1,1-12) (1962; 1963a)
- Pfingsten (Apg 2) (1962;1965)
- Die Berufung des Paulus (Apg 9,1-31) (1962; 1965)

### 2.7.8 Weniger bekannte biblische Geschichten

- Die Berufung Abrahams (Gen 12,1-9) (Gengnagel & Gutbrod 1961;1963a)
- Gott stärkt Abraham (Gen 15,1-6; 17,1-2) (1961;1963a)
- Isaaks Geburt (Gen 21,1-7) (1963a)
- Die Erwählung der Zwölf (Mk 3,13-19; Lk 6,12-16) (1961; 1964b)
- Jesus und seine Verwandten (Mk 3,20-21; 31-33) (1961; 1962)
- Das vierfache Ackerfeld (Mk 4,1-20; Lk 8,4-15) (1961; 1962)
- Die Aussendung der Zwölf (Mk 6,7-13) (1961)

### 2.7.9 Faustregeln für die Bekanntheit biblischer Geschichten

Mit Depping ist zu sagen, dass darüber hinaus auch die meisten Gleichnisse sehr bekannt sind. Sehr bekannt waren ebenfalls die Urgeschichten (Gen 1-8) und die Jesus-Geschichten. Darüber hinaus konnten zwei Faustregeln für die Bekanntheit biblischer Perikopen bei der Altenheimgeneration entdeckt werden. Erstens: Je häufiger die Geschichten in der Bibel stehen, umso bekannter sind sie in der Regel. Die Brotvermehrung, von der in allen vier Evangelien berichtet wird, hat wohl damals wie heute die Menschen beschäftigt. Zweitens: Je tiefer eine Geschichte im Kirchenjahr eingebunden ist, umso bekannter ist sie. Besonders die Geschichten um Weihnachten und Ostern erfreuen sich großer Beliebtheit.<sup>129</sup>

## 2.8 Vorlesen von Gedichten

Gedichte können Menschen mit Demenz sehr gut abholen, da sie nicht nur den Verstand ansprechen. „Das Gedicht regt nicht primär Gedanken an, es wirkt unmittelbar, löst Gefühle aus“ (Depping 2008:73). Selbst Menschen im Koma reagieren auf Gedichte, drehen Kopf oder Augen und öffnen Mund oder Hand (Grond 1999:14). Manche klassischen Gedichte kennen Menschen mit Demenz von früher noch auswendig (Jopping 2008:33).

*In mehreren Kleingruppen wurden die Worte zitiert „Der Mond ist aufgegangen...“ (22.4.2013). Ein oder mehrere Teilnehmer ergänzten „...die gold`nen Sternlein prangen“. Viele konnten sogar das Gedicht noch weiter aufsagen.*

---

<sup>129</sup> „Religiöse Deutung und Gestaltung strukturieren die Zeit (Kirchenjahr). Sie überhöhen Ereignisse und werden so in der Erinnerung bewahrt“ (Plote & Tholen 2011:11).

Wenn Menschen mit Demenz Gedichte mitsprechen oder zumindest ergänzen können, verschafft ihnen das ein Erfolgserlebnis.

### 2.8.1 Eigenschaften geeigneter Gedichte

Verschiedene Gedichte wurden in gemischten Gruppen mit Betroffenen aller drei Demenzphasen ausprobiert. Dabei hat sich gezeigt: Geeignet sind Gedichte, bei denen sich das Ende einer Zeile auf das Ende der nächsten Zeile reimt (Paarreime). Vor allem Menschen mit Demenz in frühen Phasen raten gerne mit, wie das jeweils letzte Wort der zweiten Zeile heißt. Besonders gut eignen sich dafür zusammengesetzte Worte. Nach einer kurzen Pause kann das letzte Wort der zweiten Zeile gelesen werden. Wird der Begriff dann noch nicht erraten, kann die erste Hälfte vorgesagt werden (z.B. „Nachtquartier“, „Rumpelkammer“). Ebenfalls gut erraten werden Wörter, die im jeweiligen Zusammenhang erwartet werden (z.B. „Herde“ oder „Engel“, wenn es um Weihnachten geht). Zusammenhängende Begriffe, Redensarten und Wortpaare eignen sich ebenfalls für Menschen mit Demenz in frühen Phasen (z.B. „mit Pauken und Trompeten“, „Gottes Sohn“). Nicht erraten werden Endworte von Zeilen, bei denen die Reime weiter auseinander sind – wie etwa bei abwechselnden Reimen am Zeilenende (Kreuzreim). Ebenfalls überfordernd sind Fremdworte (z.B. Devisen, Referenz).

*In den Jahren 2011 und 2012 hatte ich in der Advents- und Weihnachtszeit Gedichte von Hans Elwert dabei (Elwert 2005, 2008, 2009). Diese wurden den Bewohnern in den Bibelkreis-Kleingruppen vorgelesen. Direkt beim Vorlesen wurde dokumentiert, welche Worte sie nicht erraten haben. Danach wurden die Gedichte – vor allem durch Vereinfachen oder Kürzen – sprachlich überarbeitet. Die Gedichte wurden so häufig vereinfacht, bis die Wörter in mehreren Gruppen nacheinander von mindestens einer Person erraten werden konnte. Die Konzentrationsspanne erwies sich in den ersten Gruppen am größten nach dem zweiten bis zum zehnten Paarreim, also ab der fünften bis etwa zur 20. Zeile. Dann nahm die Aufmerksamkeit ab. In den folgenden Kleingruppen wurden nur Passagen zwischen fünf und 20 Zeilen vorgelesen und mit anderen methodischen Formen (Lied, Gebet) abgewechselt. Die Konzentrationsspanne wurde verlängert, wenn das Gedicht von zwei oder mehr Lesern abwechselnd vorgetragen wurde.*

### 2.8.2. Beispiele geeigneter Gedichte

Im Anhang befinden sich einige von Hans Elwert geschriebene (und wie oben beschrieben überarbeitete) Weihnachtsgedichte, die sich in dieser Form als geeignet erwiesen haben. Zuerst kommen drei Gedichte, die in Weihnachtsgottesdiensten und Bibelkreisen in Kombination mit Figuren aus der Weihnachtsskrippe ihren Platz fanden. Danach folgt ein längeres Gedicht, das zunächst den Wirt aus Bethlehem ins Zentrum rückt. Dieses Gedicht sollte mindestens in fünf kleineren Teilen vorgelesen werden, um der Aufmerksamkeit von Menschen mit Demenz gerecht werden zu können. Am Ende des Reimes wird durch Bindestrich angezeigt, wo eine Lesepause sinnvoll ist.

## 2.9 Beten

Gebete können in frühen Stadien der Demenz frei formuliert werden: Sie sollten kurz und einfach aufgebaut sein, aber auch Wiederholungen enthalten (Depping 2008:49). Darüber hinaus und in späteren Phasen sind traditionell bekannte Gebete, wie die nachfolgenden, empfehlenswert. So nutzt man vorhandene „Automatismen“ (Schaade 2009:119). Depping schlägt einige geeignete Gebete vor (Depping 2008:49).

*In den Bibelkreis-Kleingruppen im Februar 2012 wurden Deppings Vorschläge verwendet. Wurden sie von mindestens einer Person ganz oder zumindest fast ganz auswendig mitgebetet, sind sie nachfolgend als „bekannt“ eingestuft. Konnte mindestens eine Person einige Sätze oder Wendungen daraus mitsprechen, galt das entsprechende Gebet als „weniger bekannt“. Gebete, die Depping vorgeschlagen hat, aber bei den alten Menschen nicht bekannt waren, wurden hier nicht aufgenommen.*

### 2.9.1 Bekannte Gebete aus der Bibel:

- Der Herr ist mein Hirte (Ps 23,1a) (Depping 2008:49)
- Herr, deine Güte reicht so weit der Himmel ist (Ps 36,6a) (:49)
- Herr, höre meine Stimme (Ps 130,2a) (:49)
- Das Vaterunser (Mt 6,9b-13a) (:50)

### 2.9.2 Weniger bekannte Gebete aus der Bibel:

- Bei dir ist die Quelle des Lebens (Ps 36,10a) (Depping 2008:49)
- Schaffe in mir, Gott ein reines Herz (Ps 51,12a) (:49)
- Verwirf mich nicht in meinem Alter (Ps 71,9a) (:49)

### 2.9.3 Fürbittengebete

Depping empfiehlt zudem Fürbittengebete: Gerade für Menschen, die sonst nichts mehr tun können, haben sie einen besonderen Wert – hier eröffnet sich die „Möglichkeit, noch für andere einzutreten“ (Depping 2008:86). Es empfiehlt sich hier, für vertraute Personen wie Kinder, Enkel oder Pflegende zu beten (:86). *In Bibelkreis-Kleingruppen hat es sich auch bewährt, für kranke Mitbewohner zu beten.*

### 2.9.4 Gebet als Sprachhilfe

Im Verlauf einer Demenz werden Betroffene oftmals zunehmend schweigsamer. Religiöse Sprache kann dieses Schweigen „aus unserem Erinnerungsraum heben und kommunizierbar machen“ (Sutter Rehmann 2003:28). Als Aufgaben für religiöse Sprache ergibt sich erstens, das Schweigen zu benennen, zweitens Worte und Bilder für das

Ausdrücken von Gefühlen zur Verfügung zu stellen, drittens Machtausübung zu benennen und zu kritisieren und viertens anzustiften zum Träumen von einer anderen Welt (:28-29). Hierbei ist wichtig, nach dem zu suchen, was der Sprachlosigkeit vorausging (:30).

### 2.9.5 Psalmen als Sprachform

Vielen alten Menschen sind Psalmen bekannt, weil sie damit aufgewachsen sind (Fröchtling 2008:239). An Knotenpunkten des Lebens wie Familienfeiern oder Gottesdiensten haben Psalmen sie begleitet (:239). Zugleich kann man in dieser Sprache zwischen Angst und Vertrauen seinen eigenen Platz finden (dazu empfohlen sei Baldermann 1994). Psalmen können Menschen mit Demenz helfen, Empfindungen auszudrücken, die sie ohne diese Psalmen kaum verbalisieren könnten (:239).

*Angeregt von Fröchtling (2008:239-240) wurde mit Frau X.B. (77 Jahre, Phase III, 4.12.2011) der Psalm 23 gebetet und die Reaktionen von Frau X.B. festgehalten:*

*Der Herr ist mein Hirte, [öffnet die Augen]*

*mir wird nichts mangeln. [lächelt, legt ihre Arme auf die Armlehnen des Rollstuhls]*

*Er weidet mich auf einer grünen Aue. [schließt die Augen, „mmmh“, sagt sie, dabei angestrenzte Mimik]*

*und führet mich zum frischen Wasser [Mimik entspannt sich, öffnet die Augen, lächelt]*

*Er erquicket meine Seele [wiederholt „meine Seele“, lacht zufrieden]*

*Er führet mich auf rechter Straße, um seines Namens willen. [lächelt weiter]*

*Und ob ich schon wanderte im finsternen Tal, [langsam friert die Mimik ein, das Lächeln wirkt verkrampft]*

*fürchte ich doch kein Unglück, [schließt die Augen, Mimik angestrengt, öffnet die Augen wieder, Mimik entspannt sich]*

*denn du bist bei mir, [„du“, wiederholt sie und fügt an: „Oh, mein Gott“]*

*dein Stecken und Stab trösten mich. [räuspert sich, rümpft die Nase]*

*Du bereitest vor mir einen Tisch im Angesicht meiner Feinde. [greift nach für Dritte nicht sichtbaren Gegenständen, Körperspannung ist angestrengt, beginnt zu lächeln]*

*Du salbest mein Haupt mit Öl [lächelt anhaltend, schaut mich an, fixiert mich]*

*und schenkest mir voll ein. [„voll“, wiederholt sie, Blick wandert hin und her]*

*Gutes und Barmherzigkeit werden mir folgen mein Leben lang [räuspert sich, lächelt]*

*und ich werde bleiben im Hause des Herrn immerdar. [blickt mich an, fixiert mich]*

*Amen. [schließt die Augen, wirkt entspannt]*

### 2.9.6 Mit Vokalen beten: Theopoesie

Seelsorge kann verstanden werden als „Klanggeschehen“ (Heymel 2005:41). Phonetisch akzentuierte „Theopoesie“ drückt religiöses Erleben aus: Bedeutendstes Beispiel im Alten Testament sind die Psalmen (Depping 2008:76). Theopoesie zeigt sich vor allem in klingend verwendeten Vokalen, wie man ihnen in langsam gelesenen Gedichten begegnet. Die Unterschiede in der Eigenart von Konsonanten und Vokalen werden nachfolgend tabellarisch dargestellt:

|        |                                 |                   |                          |
|--------|---------------------------------|-------------------|--------------------------|
|        | ...kommen in der Entwicklung... | ...drücken aus... | ...werden betont bei ... |
| Vokale | ...früher.                      | ...Gefühle.       | ...langsamem Sprechen.   |

|             |            |            |                        |
|-------------|------------|------------|------------------------|
| Konsonanten | ...später. | ...Denken. | ...schnellem Sprechen. |
|-------------|------------|------------|------------------------|

Tabelle 16: Unterschiede zwischen Vokalen und Konsonanten (nach Depping 2008:76)

*Wie sich langsames und schnelles Sprechen auf Menschen mit Demenz auswirkt, zeigte sich beim Gebet mit Frau X.B. (Beobachtungsszene C). Wurde das Gebet schnell gesprochen, betete die Bewohnerin weniger Worte mit (Nr. 48, 57).*

Mit bestimmten Vokalen werden bestimmte Empfindungen ausgelöst (Middendorf 1988:60ff). Nach Hegi weisen die Vokale A und O eine besonders heilende Wirkung auf und haben eine spirituelle Wirkung (1986:83-84; 307ff). O steht für „Liebe, Wärme, Geborgenheit, Verbundenheit“ (Depping 2008:76). Dem A wird Offenheit zugeschrieben (:76). Die anderen Vokale sind weniger geeignet, wenn sie dominant auftreten: I wirkt aggressiv, E geschäftig und U dunkel und deprimierend (Hegi 1986:308).

*In den Bibelkreis-Kleingruppen am 10. und 17.9.2012 wurde die Wirkung der Klangeigenschaften eines Gebetstextes auf zwei Frauen mit Demenz in fortgeschrittenen Stadien beobachtet. „Halleluja! Lobet Gott in seinem Heiligtum, lobet ihn in der Feste seiner Macht! Lobet ihn für seine Taten, lobet ihn in seiner großen Herrlichkeit! Lobet ihn mit Posaunen, lobet ihn mit Psalter und Harfen! Lobet ihn mit Pauken und Reigen, lobet ihn mit Saiten und Pfeifen! Lobet ihn mit hellen Zimbeln, lobet ihn mit klingenden Zimbeln! Alles, was Odem hat, lobe den HERRN! Halleluja!“ (Ps 150). Dieses Gebet wird vom Vokal O dominiert, der ihm einen wärmenden und verbindenden Charakter gibt und den Leser in die Anbetung Gottes hineinnimmt. In der Bibelstunde vom 10.9.2012 wurde der Text mit normaler Geschwindigkeit vorgelesen. Beim anschließenden Lied hat Frau E.J. (87 Jahre, Phase II) geschlafen. Als in der folgenden Woche, am 17.9.2012, der gleiche Text langsam gelesen wurde, hat Frau E.J. beim anschließenden Lied die Augen geöffnet und die ganze Zeit den Liedtext auf dem Liedzettel gesucht. Frau H.N. (84 Jahre, Phase II) hat in der ersten Woche bei dem Lied nach der Textlesung das Lied mitgesummt, in der zweiten Woche, als der Text vor dem Lied langsam gelesen wurde, hat sie danach den Text des Kirchenliedes mitgesungen. Langsames Lesen hatte also einen positiven Effekt auf beide Bewohner.*

Geschlossen werden sollen diese Ausführungen mit einem Gebet von Johann Christoph Blumhard, das ich immer wieder gerne in Bibelkreis-Kleingruppen verwende:

In die Welt bist du gekommen,  
 Jesus als ein Licht der Welt.  
 Wer ins Herz dich aufgenommen,  
 sich im Glauben an dich hält,  
 für den gilt, dass du gewiss  
 Licht bringst in die Finsternis.

## 2.10 Geräusche – Jenseits der Worte

Neben menschlichen Worten gibt es noch zahlreiche andere Geräusche. Selbst Menschen im Koma merken bei Geräuschen auf. Ein ehemaliger Autobastler reagierte auf das Anlassergeräusch seines Mercedes und ein Radiotechniker auf ein rauschendes, kaputtes Radio (Nydahl & Bartoszek 2012:45). Hier seien nur kurz einige Ideen angedeutet, die weitergedacht werden können. Menschen mit Demenz können zum

Raten animiert werden durch „Hörsäckchen“ (Frieze 2009:18). Dazu werden Gegenstände in einen Stoff- oder Einkaufsbeutel gepackt, die Geräusche verursachen. Eine Luftpumpe könnte z.B. den Heiligen Geist als Atem Gottes verdeutlichen. Weiter können Geräusche-Dosen hergestellt werden (Frieze 2009:20). Hierfür füllt man leere Filmdosen oder leere Döschen aus dem Überraschungsei mit verschiedenen Materialien: Sand oder Wasser können z.B. die Wüste oder das Meer in biblischen Geschichten versinnbildlichen. Erschwert werden kann das Hör-Quiz mit einem Hör-Memory (Frieze 2009:21). Dazu werden je zwei Dosen mit gleichem Material gefüllt. Durch Schütteln soll herausgehört werden, in welchen beiden Dosen sich der gleiche Inhalt befindet. Menschen mit Demenz sind durch den Hörsinn auf vielfältige Weise zu erreichen. Nur durch Worte oder Geräusche sind Menschen mit Demenz aber schwer ansprechbar (Jopping 2008:66; Shamy 2003:94). Aus diesem Grund ist es hilfreich, wenn noch weitere Sinne in die Arbeit mit Betroffenen einbezogen werden.

### **3 Sehen**

Sehen ist der wohl wichtigste Sinn des Menschen (BMBF 2006:15). Mehr als die Hälfte unsere Sinneseindrücke verdanken wir den Augen (:17). Wer sich selber mit verbundenen oder geschlossenen Augen zu orientieren versucht, dem erscheint der Boden im ansonsten bekannten Raum plötzlich unsicher. Eine ansonsten unbekannte Angst vor Hindernissen taucht auf.

Im Anschluß geht es zunächst darum, wie der Sehsinn in der Bibel auftaucht (3.1). Daraufhin wird der Aufbau des Sehsinnes (3.2) und damit verbundene Einschränkungen im Alter untersucht (3.3). Anschließend geht es um die fremde Welt von Menschen mit Demenz – dabei steht die Frage im Mittelpunkt, wie Betroffene ihr Umfeld sehen (3.4). Weiter soll dargestellt werden, wie man Menschen mit Demenz Inhalte durch Gegenstände und Bilder vermitteln kann (3.5). Daraufhin soll geklärt werden, inwieweit Bilder aus der Lebensgeschichte zur Visualisierung helfen können (3.6). Im Anschluß wird aufgezeigt, wie die Begegnung mit Menschen mit Demenz durch Symbole unterstützt werden kann (3.7). Die Ausführungen schließen damit, wie Sprüche sichtbar gemacht werden können, um auf Betroffene eingehen zu können (3.8).

#### **3.1 Sehen in der Bibel**

Zunächst werden einige Gedanken aus der Bibel über den Sehsinn dargestellt.

Das Auge kann sich nicht satt sehen (Spr 27,20; Pred 1,8).<sup>130</sup> Das Herz folgt den Augen (Hi 31,7). Somit kann das Auge wie ein Licht sein, das den gesamten Leib erhellt (Mt 6,22.23). Versuchungen beginnen an den Augen (Gen 3,6; 1Joh 2,16). Schon der begehrlische Blick ist Sünde im Herzen (Mt 5,28). Der Gerechte dagegen hält seine Augen zu, um nichts Böses zu sehen (Jes 33,15). So hat Hiob mit seinen Augen einen Bund gemacht, nicht auf eine Jungfrau zu achten (Hi 31,1). Jesus rät sogar dazu, lieber das Auge auszureißen, als dadurch verführt zu werden und schließlich verloren zu gehen (Mt 5,29). Der Mensch aber sieht nur, was vor Augen ist (1Sam 16,7). Für tiefere Einsichten muss Gott ein sehendes Auge geben, die Augen erleuchten bzw. erleuchtete Augen des Verständnisses schenken (Spr 20,12; Ps 13,4; Spr 29,13; Eph 1,18). Ansonsten kann der Mensch trotz sehender Augen nichts erkennen und seine Augen schlummern (Mt 13,13.15). Die Augen können aber auch nur gehalten sein und Gott öffnet sie zum rechten Erkennen (Lk 24,16.31).

Das Auge spiegelt im alttestamentlichen, hebräischen Verständnis die ethischen Eigenschaften des Herzens nach außen: Güte (Spr 22,9); Stolz (Ps 18,28; Spr 6,17; Ps 131,1; Spr 21,4; Jes 5,15; Jes 10,12), Abgötterei (Ez 6,9), Ehebruch (2Petr 2,14); Feindschaft (Hi 16,9); Spott (Ps 35,19) oder Unbarmherzigkeit (Spr 28,27). Die Augen des Narren gehen unruhig hin und her (Spr 17,24). Winken mit den Augen dient heimlicher Verständigung (Spr 6,13; 10,10; 16,30). Wie die Sklaven auf die Hände ihrer Herren achten, so schauen die Augen des Psalmisten auf Gottes Wirken (Ps 123,2). Wer die Augen aufhebt, betet zu Gott (Ps 123,1) – oder er ruft Götzen an (Ez 33,25) oder ist trotzig (2Kön 19,22). Wer die Augen niederschlägt, zeigt damit Scham oder Demut (Es 9,6; Lk 18,13; Hi 22,29). Das Auge ist leicht verletzlich, was z.B. im Gleichnis vom Splitter und Balken ausgedrückt wird (Lk 6,41.42). Um Verletzungen vorzubeugen, wird der Augapfel besonders behütet (Dtn 32,10; Ps 17,8; Spr 7,2; Sach 2,12).

Gottes Augen sehen das Herz an (1Sam 16,7). Die Augen Gottes stehen offen über allen Wegen der Menschen (Jer 32,19; Hi 24,23). Er leitet mit seinen Augen (Ps 32,8). Aber auch beim Gericht wird sein Auge den Sünder nicht schonen (Am 9,4.8; Ez 5,11).

### **3.2 Aufbau des Sehannes**

Die Augen liegen in knöchernen Höhlen im Schädel (BMBF 2006:17). Das Auge wird in Form gehalten durch die Lederhaut, den Glaskörper und den Druck der Flüssigkeit im Auge (Erdmann 2005a:42). Bei dieser Flüssigkeit handelt es sich um Kammerwasser, das

---

<sup>130</sup> „Das A. [Auge] ist das Organ des Menschen, das die Außenwelt am stärksten aufnimmt und nach innen weitergibt“ (Rienecker 1988:143).

kontinuierlich gebildet wird und durch eine Pore ins Venensystem abfließt (Erdmann 2005a:42). Der Tränenfilm im Auge besteht aus drei Schichten (Radda 2012:5):

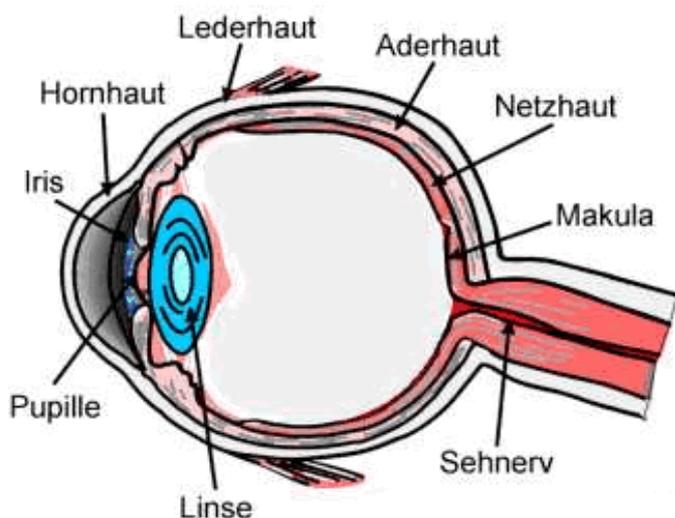


Bild 5: Anatomie des Auges [rathausoptik.ch (23.11.2012)]

### 3.2.1 Weg des Lichtes im Auge

Das Licht trifft zunächst auf die Hornhaut (Cornea): Diese bricht das Licht und stellt das Bild scharf (BMBF 2006:17; Erdmann 2005a:42).<sup>131</sup> Hinter der Cornea liegt die Regenbogenhaut (Iris) – ihr verdankt jeder Mensch seine spezielle Augenfarbe (BMBF 2006:17; Schönhammer 2009:125). Im Zentrum der Regenbogenhaut befindet sich die Pupille: Diese kreisrunde Öffnung reguliert den Lichteinfall, indem sie sich wie die Blende eines Fotoapparates verengt oder erweitert (BMBF 2006:17; Erdmann 2005a:42).<sup>132</sup> Von der dahinter liegenden transparenten Linse wird das Licht noch mehr gebündelt (BMBF 2006:17; Schönhammer 2009:125). Mit Hilfe des Ziliarmuskels kann sich die Linse auf unterschiedlich weit entfernte Objekte einstellen: Diese Anpassung der Brechkraft nennt man auch Akkommodation (BMBF 2006:17; Erdmann 2005a:42). An der Rückwand des Augapfels (Bulbus oculi) schließlich befinden sich lichtempfindliche Sinneszellen (BMBF 2006:17; Schönhammer 2009:125): Die Fotorezeptoren bzw. Lichtsinneszellen (Stäbchen und Zapfen) auf der Netzhaut empfangen das Licht (BMBF 2006:9; Erdmann 2005a:43).<sup>133</sup>

<sup>131</sup> Schönhammer (2009:125).

<sup>132</sup> Schönhammer (2009:125).

<sup>133</sup> Schönhammer (2005:125-126).

### 3.2.2 Verarbeitung und Weiterleitung ins Gehirn

Die rund 120 Millionen Stäbchen können hell und dunkel unterscheiden, die etwa sieben Millionen Zapfen erfassen je nach Typ einen Farbbereich (rot, blau oder grün) (BMBF 2006:9,17; Erdmann 2005a:43).<sup>134</sup> Auf der Makula (gelber Fleck) ist das Sehen wegen einer besonderen Anordnung der Fotorezeptoren am schärfsten (BMBF 2006:17,20; Erdmann 2005a:43). Sie ist deshalb für das Erkennen von Details zuständig – die Fovea centralis ist das besonders empfindliche Zentrum (BMBF 2006:17,20; Erdmann 2005a:43). Am „blinden Fleck“, wo es weder Stäbchen noch Zäpfchen gibt, tritt der Sehnerv aus dem Auge aus (BMBF 2006:17; Erdmann 2005a:43).<sup>135</sup> Die Fotorezeptoren sind ungleichmäßig auf der Retina verteilt und verwandeln die eintreffenden Lichtsignale erst in chemische, dann in elektrische Impulse (BMBF 2006:9,17; Erdmann 2005a:44).<sup>136</sup> Diese Signale leitet der Sehnerv an das visuelle Zentrum des Gehirns (primäre Sehrinde), das sie zu dem Bild zusammensetzt, das wir wahrnehmen (BMBF 2006:9,17; Erdmann 2005a:44).<sup>137</sup>

### 3.2.3 Sehen und Gefühle

Spiegelneuronen werden aktiv, wenn jemand eine andere Person beobachtet: Sie reagieren in den Hirnregionen, die auch aktiv würden, wenn der Betrachter selber entsprechend handeln würde (Frieze 2009:29). Es ist denkbar, dass diese Neuronen verantwortlich dafür sind, dass wir Mitgefühl empfinden (:29). Auf alle Fälle helfen sie dabei, andere besser zu verstehen (:29). Der Mandelkern (ein Teil des Limbischen Systems) reagiert sensibel auf die Mimik unserer Mitmenschen (:30). Gähnen steckt an (:29). Zorn macht betroffen und Lächeln ermutigt (:30).

## 3.3 Seh-Beeinträchtigungen im Alter und Hilfestellungen

Die Einschränkung des Sehsinnes im Alter ist vermutlich am deutlichsten von allen Sinneseinschränkungen zu erkennen – nicht zuletzt deshalb, weil alte Menschen wesentlich häufiger Brillen tragen als junge Menschen (MDS 2009:182). Die Einschränkungen des Sehvermögens führen im Alter sogar häufig zu Depression (Pohlmeier & Welz 1996:21). Einige Augenerkrankungen des Alters werden nun kurz dargestellt:

---

<sup>134</sup> Schönhammer (2009:125).

<sup>135</sup> Schönhammer (2009:126).

<sup>136</sup> Schönhammer (2009:126).

<sup>137</sup> Schönhammer (2009:126).

### 3.3.1 Altersweitsichtigkeit

Im Alter wird die Aufwölbung der Linse weniger elastisch und die Augenlinse kann nur für die Ferne scharf gestellt werden (BMBF 2006:20; Erdmann 2005a:42).<sup>138</sup> Dies kann durch eine Lesebrille korrigiert werden (BMBF 2006:20).

### 3.3.2 Altersbedingte Makuladegeneration (AMD)

Die Makula ist hier betroffen, also der Ort des schärfsten Sehens („gelber Fleck“) (BMBF 2006:20). Betroffene sehen einen grauen Fleck, büßen ihre Sehschärfe teilweise oder vollständig ein, erblinden aber nicht vollständig (BMBF 2006:20; Schaade 2009:38). Verzögert und behandelt wird die AMD mit entsprechenden Sehhilfen oder Medikamenten.

### 3.3.3 Grauer Star (Katarakt)

Beim Grauen Star sieht der Betroffene langsam schlechter (Radda 2012:1). Mit zunehmendem Alter trübt die normalerweise klare Linse ein (KGS 2012:10; Radda 2012:1). Je nach Art der Erkrankung ist das Sehen in die Ferne oder das Lesen erschwert (Radda 2012:1). Besonders bei heller Beleuchtung verschwinden die Bilder im Nebel (Hünig 2010:4). Der Graue Star wird in der Regel operiert (BMBF 2006:20).

### 3.3.4 Grüner Star (Glaukom)

Beim Grünen Star wird der Sehnervenkopf zu wenig durchblutet, weil der Augeninnendruck erhöht ist (Radda 2012:2).<sup>139</sup> Der erhöhte Augeninnendruck kann die Sehnerven schädigen und zu einer Erblindung führen (BMBF 2006:20). Das Glaukom ist eine schleichende Erkrankung, von der man nichts merkt (KGS 2012:10). Bei einem akuten Glaukomanfall dagegen schmerzt dem Betroffenen der Kopf v.a. im Stirnbereich, das betroffene Auge sieht schlechter und es kommt evtl. zu Erbrechen (Radda 2012:3). Die Krankheit wird behandelt, indem der Augeninnendruck durch Medikamente gesenkt wird (BMBF 2006:20).

---

<sup>138</sup> Schaade (2009:38).

<sup>139</sup> Der Augeninnendruck ist zu hoch, weil das Kammerwasser nicht abfließen kann (Radda 2012:2).

### 3.3.5 Bindehautentzündung (Konjunktivitis)

Bindehautentzündung ist die häufigste Augenerkrankung (BVA 2008:3): Die Bindehaut reagiert dabei mit Blutfülle und sondert Eiweißstoffe und weiße Blutkörperchen ab. Die Augen brennen, jucken, kratzen – und es existiert ein Fremdkörpergefühl (:3). Gelegentlich sind morgens auch die Augen verklebt (:3). Verursacht wird die Krankheit durch Bakterien, Viren, Pilze, Fremdkörper, Strahlen, Allergien, Staub, Rauch, Zugluft oder andere Augenerkrankungen (:5). Oft heilen Bindehautentzündungen von alleine wieder ab (:8). Evtl. müssen entsprechende Medikamente verordnet werden (:7).

### 3.3.6 Trockenes Auge

Betroffenen brennen die Augen oder sie fühlen darin Fremdkörper (Radda 2012:5). Durch Rückbildung der Tränendrüsen ist die Bildung des natürlichen Tränenfilmes gestört (:5). Trockene Augen können auch entstehen, wenn eine Fehlsichtigkeit zu wenig korrigiert wird (KGS 2012:12). Trockene Augen gehen auch mit körperlichem und seelischem Unwohlsein einher. Die Behandlung erfolgt meist durch Tränenersatzmittel („Künstliche Tränen“).

### 3.3.7 Makulopathie (Netzhautverkalkung)

Bei Netzhautverkalkung kommt es zur vollständigen Erblindung oder nur zum Verlust der Lesefähigkeit (Radda 2012:5). Ablagerungen auf der Netzhaut sind die Ursache (Hünig 2010:3). Risikofaktoren sind vor allem Alter und Nikotinkonsum (Radda 2012:5).

Erkrankungen des Auges können behandelt werden mit entsprechenden Sehhilfen, Massage, Medikamenten, Punktion, Lasertherapie oder Operation.

## 3.4 Fremde Welt: Wie Menschen mit Demenz ihr Umfeld sehen

Nachfolgend geht es darum, wie Betroffene ihre Welt durch den Sehsinn erleben.

### 3.4.1 Erste Phase der Demenz

In der beginnenden Phase sehen Menschen mit Demenz eine Welt um sich, in der sie nicht zurechtkommen. Es kommt „schleichend zur Beeinträchtigung kognitiver Funktionen“ (Wojnar 2006a:259). Menschen mit Demenz merken jedoch nicht, dass sich ihr geistiger Zustand verändert. Folglich sehen sie eine Welt um sich, die sich verändert. *Die verzweifelte Frage von Frau I.T. (82 Jahre, 7.12.2008) ist charakteristisch für diese Phase: „Warum sieht heute schon wieder alles anders aus?“*

Menschen mit Demenz in dieser Phase merken, dass sie von zu vielen äußeren Reizen überfordert werden. Sie können die vielen Bilder nicht mehr verarbeiten. Daher ziehen sich Menschen mit Demenz zurück. Durch diesen Rückzug wird eine Demenz häufig nicht erkannt, mit einer Depression verwechselt oder Veränderungen dem normalen Alterungsprozess zugeschrieben (Wojnar 2006a:259). *Im Altenheim ist zu beobachten, dass sich Menschen mit Demenz in der ersten Phase vermehrt in ihre Zimmer zurückziehen (Herr N.X., 56-57 Jahre, 2012; Herr T.I., 70-71 Jahre, 2011; Frau L.B., 75-76 Jahre, 2010; Frau U.D., 84-85 Jahre, 2009).*

### 3.4.2 Zweite und dritte Phase der Demenz

*Frau I.Q. (87 Jahre, Phase II, 21.5.2012) fragte die Krankenschwester am Morgen bei der Grundpflege: „Sind die Männer schon im Stall gewesen? Sind denn alle Kühe gemolken?“ Die Schwester erlaubte sich offensichtlich einen Spaß und sagte: „Ach was, die Männer. Gestern war doch das Dorffest. Die Männer liegen alle betrunken unter dem Tisch. Ich musste alleine zwanzig Kühe melken.“ Die Bewohnerin muss davon sichtlich beeindruckt gewesen sein. Denn etwa eine Stunde später frühstückte sie im Wohnbereich gemeinsam mit den anderen Bewohnern, als besagte Krankenschwester wieder vorbeikam. Frau I.Q. gab ihrem Sitznachbarn einen Rippenstoß und sagte in bewundernden Tonfall: „Stellen Sie sich mal vor. Diese Frau hat heute Morgen ganz alleine zwanzig Kühe gemolken.“*

Das Kurzzeitgedächtnis ist ab der zweiten Phase der Demenz verstärkt gestört (Wojnar 2006a:260): Das Leben wird dadurch nicht mehr in seiner Kontinuität wahrgenommen. Was gerade eben war, ist sogleich vergessen oder wird mit Vergangenen vermischt. *Frau I.Q. vermischte Bilder der Vergangenheit (Kühe melken) mit Bildern der Gegenwart (Badezimmer im Altenheim).*

Betroffene leben im Augenblick. Ihre Herkunft aus der Vergangenheit und die Weiterentwicklung in die Zukunft können Menschen mit Demenz in der zweiten Phase nicht mehr verstehen (Wojnar 2006a:259). Für Menschen mit Demenz hört in dieser Phase die Zeit auf zu existieren (Wojnar 2006a:260). Was sie vor Augen sehen, weckt keine spontanen Erinnerungen mehr. (:260). *Nicht einmal die Anwesenheit der Krankenschwester hat Frau I.Q. daran erinnert, dass sie sich in einem Altenheim befand.* Reale Situationen können nur noch mit Hilfe zufälliger Einfälle interpretiert werden (:260). Handeln wird nicht mehr bewusst kontrolliert, sondern es wird intuitiv reagiert (:260-261).

Das Langzeitgedächtnis erinnert sich vor allem an Lebensabschnitte, die deutliche Gedächtnisspuren hinterlassen haben (Wojnar 2006a:261). Dies sind vor allem emotional besetzte, ereignisreiche und wichtige Lebensabschnitte. *Für Frau I.Q. ist offenbar die Zeit sehr wichtig, die sie auf dem Bauernhof verbracht hat, denn sie erinnert sich immer wieder an Ereignisse aus dieser Zeit.*

Menschen mit Demenz ab der zweiten Phase „nehmen ihre Gedächtnisstörungen nicht mehr wahr und sind fest davon überzeugt, weitgehend selbstständig und sinnvoll

handeln zu können“ (Wojnar 2006a:261). Es scheint, dass Menschen mit Demenz gewisse Inhalte ihres Langzeitgedächtnisses real erscheinen und die aktuelle Wirklichkeit verdrängen (:261). *Frau I.Q. hat die Realität des Bauernhofes gelegentlich deutlicher vor Augen als die Wirklichkeit des Altenheimes.* Wird auch ein Mensch mit Demenz in dieser Phase von anderen Menschen als belastend empfunden, so fühlt er sich selber in dieser Phase eher beschenkt: „Er fühlt sich jung, gesund, leistungsfähig und nützlich. In seiner Vorstellungswelt leben noch alle wichtigen Bezugspersonen, er ist berufstätig oder für die Versorgung der Familie unerlässlich“ (Wojnar 2006a:261). Die Bilder seiner Phantasie sind für Betroffene so wirklich und deutlich, dass sie das eigene Spiegelbild, Ehepartner und Kinder nicht mehr erkennen, weil solch alte Menschen keinen Platz in der Vorstellungswelt von Menschen mit Demenz haben (:261). *Als zu Frau I.Q. von ihrem Sohn gesagt wurde, sie gehöre schließlich auch zu den alten Leuten, erwiderte sie ganz entsetzt (26.5.2012): „Ich bin doch kein alter Leut!“*

Menschen mit Demenz nehmen sozial anstößiges Verhalten anderer Menschen mit Demenz wahr, obwohl sie selber sich häufig ähnlich verhalten (sich im Wohnbereich nackt ausziehen, in einem unangemessenen Ton mit anderen sprechen) (Wojnar 2006a:261). Die eigene Person scheint abgekoppelt zu sein von der wahrgenommenen Realität – Menschen mit Demenz leben in traumähnlichen Erinnerungen (:261).<sup>140</sup>

### 3.5 Visualisierung mit Gegenständen und Bildern

Um biblische Geschichten zu vermitteln, eignen sich bildliche Darstellungen: Während einer beginnenden Demenz sind Sehschärfe, Unterscheidungsvermögen von groß und klein, sowie die Wahrnehmungsfähigkeit für unterschiedliche Farben noch ausreichend vorhanden (Weis & Weber 1997:903). Im Gegensatz zu Symbolen tragen Bilder die Aussage in sich selber. Es sind „Gegenstände, die einen biographischen Kontext aufschließen“ (Depping 2008:28). Im mittleren Stadium der Demenz kann es sein, dass der Betroffene Objekte und Personen nicht wieder erkennt (Weis & Weber 1997:904).

Empfehlenswert für die erste Phase sind natürliche Bilder wie Rembrandts Gemälde vom verlorenen Sohn. Keinesfalls sollten die bildlichen Darstellungen abstrakt sein (Depping 2008:45). Es hilft auch, wenn Bilder wie lächelnde oder lachende Gesichter Stimmungen übertragen. Diese Stimmungen wirken auch über die geistige Leistungsfähigkeit hinweg (:66). Depping empfiehlt, Bilder von Gesichtern zu verwenden, die die Freude am Evangelium ausstrahlen (:67).

---

<sup>140</sup> Amerikanische Indianer stufen das traumähnliche Verhalten von Menschen mit Demenz nicht als psychisch auffällig ein: Sie schließen aus diesem Verhalten, dass die dementen bzw. sterbenden Menschen bereits in Berührung mit den unsichtbaren Geistern der anderen Welt sein müssen (Wojnar 2006a:261).

*In den Bibelkreis-Kleingruppen in der Adventszeit 2011 war dies eindrücklich zu beobachten. Es wurden zwei verschiedene Sätze Krippenfiguren verwendet: Grobe Tonfiguren, die die Charakteren eher nur andeuten. Aber auch filigran geschnitzte Holzfiguren, die sehr markante und fröhliche Gesichtszüge darstellen. Menschen mit Demenz in der zweiten und dritten Phase lächelten, als sie die Holzfiguren in den Händen hielten, während sie bei den groben Tonfiguren eher unbeteiligt blieben (z.B. Frau X.N., 90 Jahre, Phase II; Frau I.N., 84 Jahre, Phase II-III; Frau T.J., 86 Jahre, Phase III).*

Knöpfe können Menschen mit Demenz ebenfalls faszinieren: Sie werden nach der Größe sortiert oder zu Figuren wie Quadrat oder Kreis zusammengelegt (Frieze 2009:43). Dies ist zugleich eine gute Fingerübung für die Teilnehmer. Dabei ist darauf zu achten, dass die Betroffenen nicht versehentlich einen Knopf verschlucken können. *Mit Knöpfen unterschiedlicher Größe und Farbe können Menschen aus verschiedenen Evangeliengeschichten dargestellt werden:*

*Eine Menschenmenge schart sich um das Haus, in dem Jesus sich befindet (Mk 2,1-12): Viele Knöpfe unterschiedlicher Größe und Farbe wirken interessant und stellen eine große Menge dar. Bei der Speisung der 5.000 lagern sich die Menschen in Gruppen zusammen (Mt 14,13-21 par): Hier können z.B. gemeinsam viele Knöpfe nach Farben sortiert und gruppiert werden. Von zehn geheilten Aussätzigen kehrt nur einer dankbar zurück (Hierfür könnten zehn Knöpfe verwendet werden (Lk 17,12-17). Ein Knopf davon ist besonders glänzend oder besonders groß). Die 12 Jünger, die im Halbkreis um Jesus stehen (Für elf der Jünger verwendet man helle Knöpfe. Judas wird durch einen dunklen Knopf symbolisiert).*

Auch Alltagsgegenstände sind geeignet, um Menschen mit Demenz zu faszinieren. Die Spannung kann gesteigert werden, wenn der Gegenstand zunächst bedeckt ist (z.B. mit einem Tuch) und erst im Laufe des Kleingruppentreffens präsentiert wird (Jopping 2008:66).

*Während einer Bibelkreis-Kleingruppe in der Passionszeit wurde in die Mitte ein Hammer gelegt (11.3.2013). Es konnte ein fließenderer Ablauf der Kleingruppe festgestellt werden. Dies muss wohl daran gelegen haben, dass Leiter und Gruppenteilnehmer jederzeit über diesen zusätzlichen Gegenstand zum Thema zurückgeführt wurden.*

Es können auch Gegenstände verwendet werden, die paarweise zusammenpassen. Daraus kann ein kleines Quiz gemacht werden (Frieze 2009:43).

*Denkbare Beispiele sind Streichhölzer und Kerze zu Themen wie Licht oder Feuer, Krippenfiguren von Maria und Josef im Advent, Nagel und Hammer zum Thema Kreuzigung oder Schokohase und gefärbtes Ei an Ostern.*

### **3.6 Biographie sichtbar machen**

Bilder aus der Lebensgeschichte holen Menschen mit Demenz ab: „Das Bildgedächtnis befindet sich im Hinterhauptlappen. Speziell bei der Alzheimer-Demenz wird dieser erst sehr spät oder gar nicht geschädigt.“ (Depping 2008:41). Als visuelle Unterstützung empfiehlt Depping „optische Gedächtnishilfen“ (:28). „Wer Augen hat zum Sehen, Ohren zum Hören, eine Nase zum Riechen, Haut zum Fühlen, für den ist die Welt voller Bilder“ (Hüther 2004:22). So kann das Leben als ein Bilder produzierender Prozess beschrieben

werden (:43). Diese Bilder lenken, was wir wahrnehmen und wie wir denken, fühlen und handeln (:73ff). Ändern sich Verhältnisse oder bisherige soziale Strukturen, kann dieser Bilderschatz retten (:111-112). Gerade bei Menschen mit Demenz können liebgewordene Bilder diese Retterfunktion übernehmen. In einem Heim in Frankreich befinden sich die wichtigsten Informationen aus dem Leben des Bewohners an einer Pinnwand in dessen Zimmer (Schweitzer & Bruce 2010:50). Erwähnt z.B. ein Bewohner einen bestimmten Namen, kann mit einem Blick auf die Tafel festgestellt werden, ob es sich dabei „um den Bruder, Ehemann, Sohn oder um einen Hund handelt“ (:51). Auch Gegenstände bieten einen Einstieg zum Lebenslauf der Betroffenen. Als Beispiele nennt Depping eine alte Schultafel, ein altes Bügeleisen oder ein altes Gesangbuch (2008:28). *Herr G.V. (78-79 Jahre, Phase II, 2009) konnte sich nicht mehr an seine früheren Hobbys erinnern. Als ihm ein Fußball gezeigt wurde, erinnerte er sich sofort: Er nannte den Namen seines Fußballvereines und zählte einzelne Spieler auf.*

Ebenso kann eine alte Hausbibel oder religiöse Bilder verwendet werden (Depping 2008:29). Altenheimbewohner können in Einzelgesprächen oder Gruppen zu ihrer Biographie befragt werden. Gerade während einer beginnenden Demenz können sich betroffene Menschen noch teilweise erinnern (:29). Alte Fotos von der Schulklasse, der Arbeit auf dem Feld oder dem Dorffest sind ebenfalls geeignet, um einen Betroffenen in der ersten Phase zum Reden zu motivieren (:28). Es sollten wegen der eingeschränkten Sehfähigkeit möglichst große Fotos benutzt werden. Dazu können Originalfotos mit einer Digitalkamera fotografiert und die Abzüge vergrößert werden (Schweitzer & Bruce 2010:65). Auch ein leistungsstarker Kopierer kann Fotos gut vergrößern (:65). Durch besser sichtbare Details können erinnerungsstärkende Einzelheiten zu Tage treten, etwa das Muster einer Tapete oder eines Kleides (:65).

*Herr G.V. (78-79 Jahre, Phase II, 2009) konnte sich nicht mehr daran erinnern, ob er verheiratet war. Als er sein Fotoalbum anschaute, konnte er sich aber an die Namen seiner Ehefrau, seiner späteren Lebensgefährtin und aller Kinder erinnern. Auch konnte er die Kinder den entsprechenden Frauen zuordnen.*

Ähnliche Erfahrungen machte Depping mit Fotos von Geschwistern der Betroffenen (Depping 2008:37). Seinem Fazit ist beizupflichten: „Das Bild ist dem reinen Wort ... überlegen. Es erzeugt einen stärkeren Hinweisreiz“ (:37). Eine amerikanische Studie hat darüber hinaus bestätigt, dass Fotos von Menschen wesentlich höhere Erinnerungseffekte ausgelöst haben als die bloße Nennung der Namen (Wessells 1998:280). Fotos geben einen Impuls von außen zum Erinnern und verbessern die Kommunikation mit Betroffenen (Kurz & Jendroska 2002:203). Interessant ist auch, dass sich Betroffene eher auf Fotos aus jüngeren Tagen als auf aktuellen Fotos erkennen (Schweitzer & Bruce 2010:52). Neben Bildern aus der persönlichen Lebensgeschichte eignen sich „sonstige historische Bilder ... , die Stätten zeigen, an denen sich dieser

Mensch in früheren Zeiten aufgehoben hat: das alte Schulhaus, der alte Marktplatz, die Kirche“ (Depping 2008:38).

*So wurde in einigen Bibelrunden den Bewohnern das Bild einer Kirche gezeigt. Es war eine typische Kirche der Region aus einem Heimatkalender. Frau L.B. (79 Jahre, Phase II, 27.8.2012) erkannte darin die evangelische Kirche in Ostpreußen, in der sie konfirmiert wurde. Frau I.Q. (71 Jahre, Phase II, 27.8.2012) fand in derselben die katholische Kirche ihres Geburtsortes auf der schwäbischen Alb wieder.*

Ebenfalls bringen Natur- und Tierbilder den Erzählfluss in Gang (Depping 2008:38). Depping berichtet, dass bei wiederholtem Vorlegen des gleichen Fotos im Abstand von einem oder wenigen Tagen von Mal zu Mal mehr Erinnerungen geweckt wurden (:38-39). Er unterstreicht, dass das Zeigen mit den Fingern auf einzelne Bildelemente die Erinnerung konkretisierte (:39). Bilder können damit auch am Thema halten, „während sonst das Gespräch häufig von Thema zu Thema springt“ (:40).

*Dies kann in Kleingruppen mit dementen Menschen ebenfalls beobachtet werden: Werden während dem Gespräch Bilder ausgelegt, kann man damit nach Störungen von innen und aussen auf eine viel natürlichere Art wieder zum Inhalt zurückkehren. Um die Orientierung zu seiner Person zu fördern, benutzt auch Depping gelegentlich ein Foto von sich im Talar vor einer Kirche (Depping 2008:40).*

### 3.7 Unterstützung mit Symbolen

Von der griechischen Wortbedeutung her bedeutet *symbolon* „das Zusammengeworfene“ (Geissler 2006:104). In der griechischen Antike entsprach das „Symbolon“ in etwa dem heute benötigten Passwort, um Nachrichten per Mail verschicken zu können. Ein Gegenstand wurde in zwei Hälften geteilt. Bekam der Empfänger eine Hälfte des Gegenstandes, konnte sich der Überbringer rechtmäßig dadurch ausweisen, dass er den Gegenstand mit der anderen Hälfte, dem „Symbolon“ zusammenfügte. „Ein Symbol weist also stets über sich hinaus“ (:104).

Menschen mit Demenz benötigen Unterstützung durch Symbole (Muntanjohl 2011:11). Symbole sind „Dinge der erfassbaren Welt, die auf Unfassbares hinweisen“ (:15). Sie zeigen einen größeren Zusammenhang (:25). Erst durch die Deutung weist ein Symbol über das Sichtbare hinaus: Eine Blume, die durch den Asphalt wächst, kann Hoffnung ausdrücken (:15). Indem Symbole einen Zugang zu verbal nicht mehr aussprechbaren inneren Wünschen und Sehnsüchten ermöglichen, ergänzen sie die Sprache (:17). Durch Symbole gewonnene Erkenntnisse gehen tiefer und wirken stärker als durch Denken oder Lernen gewonnene Einsichten (:20).

Auch die Bibel verwendet Symbole, z.B. die Symbolhandlungen der Propheten im Alten Testament (Muntanjohl 2011:21). Während bei Menschen mit Demenz Konzentration und Sprachfähigkeit abnimmt, nimmt die Bedeutung von Symbolen für den Geist zu: „Symbole können wirkmächtige Helfer sein, um als Wort, als Bild oder als Begegnung einen Menschen auf dem Weg zur inneren Heilung weiterzubringen“ (:22).

Muntanjohl betont die wichtige Wirkung von Symbolen: Symbole sind direkt und mit den Sinnen erfahrbar (2011:24). *Es wurden sehr positive Erfahrungen mit Krippenfiguren gemacht. An Weihnachten werden diese häufig in den Bibelkreisen und im Gottesdienst verwendet.*

Symbole stoßen Erinnerungen an (Muntanjohl 2011:24).

*Frau G.I. (84 Jahre, Phase II, 17.12.2012) sagte in einem Bibelkreis: „Wie mit der Familie“. Symbole wecken „Gefühle wie Staunen, Freude oder Sehnsucht“ (Muntanjohl 2011:24). Sie können aber auch Geborgenheit wecken. Frau X.W. (86 Jahre, Phase II-III, 10.12.2012) umschrieb die Figuren mit „zu Hause“.*

„Symbole transportieren Wahrheiten auf einer tieferen Ebene“ (Muntanjohl 2011:24). Geistiges erklären sie konkret (:24). *Krippenfiguren verbildlichen die unsichtbare Wahrheit, dass Gott Mensch wurde.*

Gedanken können an Symbolen festgemacht werden: Abschweifen und wieder dazukommen ist möglich (Muntanjohl 2011:24). *Symbole wie Krippenfiguren ermöglichen ein natürliches, unaufdringliches Wiederholen. Symbole in Kleingruppen ermöglichen ein einfaches Zurückkommen zum Thema.*

Symbole regen zum Kommunizieren an (Muntanjohl 2011:24). *Die Figuren wurden zum Schutz in Strümpfe eingewickelt. An Dreikönig fragte ich vor dem Auspacken: „Was habe ich hier dabei?“ Herr N.X. (92 Jahre, Phase II-III, 9.1.2012) antwortete: „Die heiligen drei Socken“.*

Wenn Symbole mitgegeben werden können, erleichtern sie das Behalten des Gesagten (Muntanjohl 2011:24). Symbole sollten weiterwirken – hilfreich ist, wenn sie mitgegeben werden können und leicht Erinnerungen wecken (:25). *Nach einem Bibelkreis in der Weihnachtszeit kann das Foto einer Weihnachtskrippe oder auf Karton ausgeschnittene Krippenfiguren mitgeben werden.*

Macht man sich auf die Suche nach Symbolen, sind für sie folgende Kennzeichen wichtig (Muntanjohl 2011:25): Sie sollten schon in sich Dinge direkt ansprechen (:25). *Krippenfiguren stehen z.B. ganz selbstverständlich für Weihnachten.*

Symbole sollten motivieren, Erinnerungen und Empfindungen zu äußern (Muntanjohl 2011:25). Muntanjohl (2011) erklärt, dass eine Deutung überzeugen soll, „ohne Um-die-Ecke-Denken“ (:25).<sup>141</sup>

Nachfolgend einige Beispiele für Symbole. Diese Beispiele wollen dazu anregen, eine geeignete Dekoration zu finden, um Punkte aus dem Gespräch zu illustrieren. Auch können diese Beispiele zu Ideen verhelfen, um den Teilnehmern etwas mitzugeben:

---

<sup>141</sup> Allerdings bringt Muntanjohl später selbst Symbole, die Menschen mit Demenz in diesem Sinne wohl überfordern würden: So ist es fraglich, ob sie mit einer Gießkanne oder einem Wasserkocher wirklich Assoziationen an die Taufe wecken kann (:86). Ich wollte einmal mit einem Schöpflöffel „Gott, den Schöpfer“ visuell darstellen. Im letzten Augenblick habe ich mich entschieden, doch besser einen Blumenstrauß zu verwenden – weil der Löffel überfordernd und auf manche vielleicht sogar gotteslästerlich gewirkt hätte.

### 3.7.1 Symbole zum Kirchenjahr

Zu Advent gehören Symbole wie der Adventskranz oder Adventskalender – auch das Bild eines Esels kann entsprechende Assoziationen wecken (Plote & Tholen 2011:91). Ein schönes Geschenk sind auf einem Pappstern aufgeklebte Christbaumkerzen (Muntanjohl 2011:126) – vielleicht kann auf dem Stern noch ein kurzer Bibelvers geschrieben werden, z.B. Mt 2,10: „Als sie den Stern sahen, wurden sie hoch erfreut“ (Mt 2,10). *Wie erwähnt, sind auch Krippenfiguren geeignet. Weihnachtsgebäck kann darüber hinaus noch weitere Sinne ansprechen.*

In der Weihnachtszeit sind Tannenbäume und Tannengrün bekannte Symbole (Plote & Tholen 2011:97). Besonders festlich wirken sie, wenn sie mit Strohsternen verziert werden (Muntanjohl 2011:123). Auch gebastelte goldene und silberne Sterne verschiedener Größe oder blühende Weihnachtssterne wecken bekannte Assoziationen (Plote & Tholen 2011:25).<sup>142</sup> *Ebenfalls können zur Dekoration schön verzierte Weihnachtspäckchen wie in der Beobachtungsszene A verwendet werden.*

Zu Palmsonntag passen grüne Zweige, ausgelegte Kleider oder ein Bild von einem Esel. In der Passionszeit kann ein Stoff-Taschentuch für unsere Tränen stehen, die Gott sieht (Muntanjohl 2011:63). Der Christusdorn ist ein geeignetes Symbol für den Dornenkranz, den Christus trug (:60). Für Karfreitag eignet sich ein Kruzifix und Abendmahlsutensilien (Plote & Tholen 2011:40). Aber auch Rosenstrauch-Triebe mit Dornen und ohne Knospen sprechen ohne Worte eine deutliche Sprache (Muntanjohl 2011:67).

*Die sieben letzten Aussprüche, die Jesus am Kreuz gesagt hat, wurden auf ein Blatt geschrieben und diese Blätter in den Kleingruppen in Kreuzform ausgelegt (Mt 27,46c; Mk 15,34b; Lk 23,34a.43b.46b; Joh 19,26b.27b). Die Möglichkeit, solche Sprüche zu verwenden, wird an anderer Stelle weiter vertieft (3.8).*

An Ostern können Blumenkästen mit Osterglocken oder grünem Gras in Kreuzform aufgestellt werden. Man kann ein Kreuz aus schwarzer Erde formen, einen Strauß Osterglocken aufstellen oder auch Osterglocken an die einzelnen Bewohner verschenken (Plote & Tholen 2011:46).

*Auch andere Symbole, wie Schokoladen-Ostereier oder Plüsch-Ostertiere sind empfehlenswert. Verschiedene Stimmungen des Ostergeschehens können dargestellt werden, indem Kreuze in verschiedenen Farben und Variationen mit Wasserfarben auf Papier aufmalt werden.*

Pfingstrosen sind idealer Schmuck oder Geschenk zu Pfingsten (Muntanjohl 2011:84). *In den Bibelkreis-Kleingruppen (Beobachtungsszene B) wurde so ebenfalls jahreszeitlich*

---

<sup>142</sup> Da blühende Weihnachtssterne giftig sind, sind sie vorsichtig zu benutzen. Sie sollten nicht unbeaufsichtigt bei Menschen mit Demenz aufgestellt werden.

mit Pfingstrosen dekoriert. Fotos von verschiedenen Kirchen können aussagen: „Die Kirche hat Geburtstag“ (Plote & Tholen 2011:59).

*Der Heilige Geist, der im Alten Testament immer wieder als die Hand Gottes umschrieben wird, kann in Kleingruppen mit dem Bild einer Hand symbolisiert werden. Typisches Symbol für den Heiligen Geist ist die Taube.*

Zu Erntedank gehören Erntedankgaben wie frisches Obst, Gemüse und Brot (Plote & Tholen 2011:77; Muntanjohl 2011:113). *Gerade hier bietet es sich an, noch weitere Sinne wie den Geschmacks- und den Geruchssinn einzubeziehen, indem man die Bewohner kosten lässt.*

### **3.7.2 Symbole zur Jahreszeit**

Marshmallows oder Kokoskugeln als Schneeball können den Schnee symbolisieren, der wie unsere Schuld weg schmilzt (Jes 44,22) (Muntanjohl 2011:48). *Ein Bibelkreis zum Thema Schnee wurde zudem mit einem Schneemann auf Papier illustriert. Zusammengeknülltes Papier stellte Schneebälle dar (18.2.2013).* Tulpen und Blumenzwiebeln geben Hoffnung weiter (Muntajohl 2011:54). Schokoladen-Maikäfer laden dazu ein, Gott zu loben (Ps 150,6) (:78). *Blumen sind ideale Dekoration für Frühling und Sommer. Frau H.B. (101-102 Jahre, Phase I, 2012) besucht vor allem dann die Kleingruppen, wenn mit Blumen dekoriert wurde.* Herbstblätter und Papierdrachen können im Herbst Symbol werden für das Älterwerden (:110). *Ebenso können im Herbst lange schön bleibende Wurzeln, Rinden oder Efeu Beständigkeit symbolisieren.* Gänseblümchen können am Ende des Kirchenjahres über den Herbst hinaus Hoffnung geben (:120). *Hierzu kann man auch getrocknete Blumen verwenden oder aus gepressten Blumen schöne Karten gestalten.*

### **3.7.3 Symbole zu Kindheit und Lebenslauf**

Eine Spielszene mit Kindern kann verdeutlichen was es heißt, Kinder Gottes zu sein (Plote & Tholen 2011:72). *Im Rahmen eines Sommerferienprogrammes besuchte eine Kindergruppe 2012 Bewohner des Altenheimes. Kinder und alte Menschen waren sichtlich begeistert. Die betroffenen Menschen mit Demenz wirkten danach entspannt.*

Mit Pustefix können Seifenblasen gemacht werden – diese stehen für die zauberhafte und zerbrechliche Schönheit (Muntanjohl 2011:94). Alte Fotos oder Gesangbücher können an persönliche Feiern wie die Konfirmation erinnern (Plote & Tholen 2011:51). Auch Poesiealben sind wertvolle visuelle Erinnerungshilfen (Muntanjohl 2011:80) (3.6).

### 3.7.4 Symbole zu speziellen biblischen Texten

Ein Blumenstrauß steht für die Schöpfung (Gen 1) (Plote & Tholen 2011:63). Ein kleines Stück Fell kann (nicht nur) den Seh-Sinn ansprechen: Ich bin der gute Hirte (Ps 23) (Muntanjohl 2011:91). Ein kleiner Engel symbolisiert Gottes Engel, der uns auf allen Wegen begleitet (Ps 91,10) (:97). Mit Murmeln kann an das Gleichnis von der kostbaren Perle angeknüpft werden (Mt 13,45.46) (:107). Ein Krug aus Ton kann für den Krug stehen, in dem Gott unsere Tränen sammelt (Ps 56,9) (:116). Eine Schale mit Salböl verdeutlicht die Salbung in Bethanien (Mt 26,6-13) (Plote & Tholen 2011:34). *Mehrere Sinne kann man ansprechen, ohne dabei Menschen mit Demenz zu überfordern, wenn man den Betroffenen die Hände einreibt oder sie dies selber tun lässt.* Auf einem Kärtchen steht: Gott spricht: \_\_\_\_, ich habe dich bei deinem Namen gerufen, \_\_\_\_; du gehörst mir (Jes 43,1). Auf die Striche wird der Name des Bewohners geschrieben (Plote & Tholen 2011:67).

### 3.8 Sprüche zum Anschauen

Die heutige Altenheimgeneration ist mit einem Reichtum an religiösen Sprüchen aufgewachsen (Depping 2008:45). In der Hannoverschen Landeskirche etwa mussten mindestens 98 Sprüche gelernt werden (Religionsunterrichtsbeirat 1928:1ff). Erfahrungsgemäß bleiben diese Grundlagenaussagen christlichen Glaubens auch unter Demenz noch lange erhalten (Depping 2008:46). Bis ins letzte Stadium hinein ist die Lesefähigkeit noch vorhanden (Kurz 2002:170).

Bekannt sind z.B. die sieben letzten Sätze, die Jesus am Kreuz sagte:

- Mein Gott, mein Gott ... warum hast du mich verlassen? (Mt 27,46c; Mk 15,34b)
- Vater, vergib ihnen ... denn sie wissen nicht, was sie tun! (Lk 23,34a)
- Wahrlich, ich sage dir: ... Heute wirst du mit mir im Paradies sein. (Lk 23,43b)
- Vater, ich befehle ... meinen Geist in deine Hände! (Lk 23,46b)
- Frau, siehe, das ist dein Sohn! ... Siehe, das ist deine Mutter! (Joh 19,26b.27b)
- Mich ... dürstet. (Joh 19,28b)
- Es ist ... vollbracht! (Joh 19,30b)

*In der Passionszeit 2012 wurden die sieben letzten Aussprüche Jesu am Kreuz jeweils auf DIN A3-Größe ausgedruckt und den Bewohnern in den Bibelgruppen gezeigt (Teil I (B)). Mehrere Betroffene mit Demenz im zweiten Stadium konnten eines oder mehrere Worte laut lesen und sogar die zweite, abgedeckte Hälfte des Verses ergänzen (z.B. Frau L.B., 79 Jahre; Frau X.N., 90 Jahre; Frau E.J. 87 Jahre).*

Depping berichtet darüber hinaus, dass er Begriffe auf vorgefertigten Karteikarten oder spontan auf Blanks-Karten geschrieben einsetzt als „Erzählauslöser“ (Depping 2008:57).

*Als eine andere Art Auslöser hat Frau X.B. beim achtsamen Gebet (Beobachtungsszene C) offenbar ebenfalls die Unterbrechungen vor dem letzten Wort*

*erlebt. Vielleicht deshalb, weil in dieser Zeit der Augenkontakt intensiver war. Jedenfalls hat sie die letzten Worte einer Zeile häufiger mitgebetet als andere Begriffe.*

Depping empfiehlt, einen Kartensatz mit unvollständigen Sätzen dabei zu haben, die von den Betroffenen vervollständigt werden (Depping 2008:46).

*Dies wurde mit Herr T.I. (71 Jahre, Phase II, 17.9.2012) versucht. Nachfolgend werden einige solcher Sprüche (nach Depping 2008:46) aufgelistet, die danach aufgeteilt werden, wie gut bekannt sie Herr I. waren:<sup>143</sup>*

#### **Sehr bekannt waren die Sprüche:**

- Bittet und... (ihr werdet empfangen)
- Befiehl dem Herrn... (deine Wege)
- Deine Sünden... (sind dir vergeben)
- Ich bin die Auferstehung... (und das Leben)
- Alle eure Sorgen werft... (auf den Herrn)
- Danket dem Herrn,... (denn er ist freundlich)
- Ich bin der Weg,... (die Wahrheit und das Leben)
- Kommet her zu mir alle, die ihr... (mühselig und beladen seid)
- Gott legt uns eine Last auf, aber... (er hilft uns auch)

#### **Weniger bekannt waren die Sprüche:**

- Gott ist unsere Zuversicht... (und Stärke)
- Herr, du bist meine Zuversicht... (für und für)
- Aus der Tiefe rufe ich... (zu dir)

*Mit Depping war festzustellen, dass solche Sprüche ein doppeltes Erfolgserlebnis mit sich bringen können. Zunächst freute sich Herr T.I. darüber, dass er den angefangenen Satz vollenden konnte. Weiter konnte er darüber hinaus teilweise auch zustimmen und in eigenen Worten sagen: „Ja, so ist das auch in meinem Leben“ (Depping 2008:47)*

Mit diesen Ausführungen sind die „höheren“ Sinne Hören und Sehen abgeschlossen. Nun werden die „Kontaktsinne“ behandelt: Diese müssen direkt mit der Umwelt in Kontakt sein.

## **4 Riechen und Schmecken**

Die Sinne Riechen und Schmecken werden gemeinsam behandelt. Warum Riechen und Schmecken zusammen gehören, soll zuerst geklärt werden (4.1). Darauf aufbauend wird betrachtet, wie Riechen und Schmecken in der Bibel zusammengehören (4.2). Weiter wird der anatomische Aufbau dieser beiden Sinne erklärt (4.3). Anschliessend wird beleuchtet, warum Riechen und Schmecken zu mehr als nur zur Nahrungsaufnahme dienen (4.4).

---

<sup>143</sup> Als sehr bekannt stufte ich die Sprüche ein, die Hr. T.I. ergänzen konnte. Als weniger bekannt wurden die Sprüche eingeordnet, die Hr. T.I. zumindest passiv kannte, was z.B. am Aufhellen seines Gesichtes zu sehen war. Ihm unbekannte Sprüche wurden hier nicht aufgenommen.

Auf die Einschränkungen der beiden Sinne im Alter und während einer Demenz wird danach eingegangen (4.5). Zentral wird entfaltet, wie der Geruchssinn (4.6) und der Geschmackssinn (4.7) genutzt werden können, um Menschen mit Demenz die biblische Botschaft näher zu bringen.

## 4.1 Geruchs- und Geschmackssinn gehören zusammen

Geruchs- und Geschmackssinn gehören zusammen. Es gibt eine „zweispurige Autobahn zwischen Geruch und Gefühl“ (Herz 2009:36).<sup>144</sup> Das Wohlbefinden und die sozialen Kontakte werden vom Riechen und Schmecken stärker beeinflusst, als uns oftmals bewusst ist (Klimek, Moll & Kobal 2000:911). Subjektiv werden besonders von älteren Menschen die Wahrnehmungen von Geruch und Geschmack verwechselt (Klimek, Moll & Kobal 2000:916). Dies liegt daran, dass das von uns geschmeckte Aroma von Speisen beeinflusst wird durch das „retronasale Riechen“ (BMBF 2006:59). Erst durch den Riuchsinn kann der Geschmack des Essens in vollem Umfang genossen werden (Schaade 2009:36; Schönhammer 2009:110).<sup>145</sup>

## 4.2 Riechen und Schmecken in der Bibel

### 4.2.1 Riechen

Die Bibel steckt voller Düfte, seien es feine Salben oder köstlicher Balsam (Jes 39,2; Ps 133,2). Verwendet wurden dafür Blumen, Samen, Früchte und Öl (Num 24,6; Est 2,12; Ps 45,9; Hhld 4,14). Ein eindrückliches Beispiel ist das Hohelied: Eine von Parfums und Düften durchzogene Liebesgeschichte (z.B. Hhld 4,10-14). Die Weisen aus dem Morgenland beschenkten den neugeborenen König neben Gold mit duftendem Weihrauch und Myrrhe. Jesus wurde in Bethanien mit einem Öl aus Narde gesalbt (Mk 14,3; Joh 12,3). Im Alten Testament drückt der „liebliche Geruch für den Herrn“ aus, dass Gott sein Wohlgefallen am Tun des Menschen hat. Im Zusammenhang mit Opfern, die für Gott gebracht werden, kommt diese Wendung immer wieder vor (Gen 8,21; 2 Mo 29,18.25.41; Lev 1,9.13.17). Bezogen auf Menschen bedeutet Geruch soviel wie Ruf oder Ansehen (2 Mo 5,21). Dies drückt sich heute noch in der Redewendung aus, jemanden nicht riechen

---

<sup>144</sup> Da Geruch und Geschmack durch chemische Reize ausgelöst werden, bezeichnet man sie als „chemische Sinne“ (Erdmann 2005a:53; Hummel 2008:1; Klimek, Moll & Kobal 2000:911). Die ablaufenden chemischen Prozesse unterscheiden Riechen und Schmecken vom Sehen, Tasten und Fühlen (BMBF 2006:10 Erdmann 2005a:53).

<sup>145</sup> Vier Fünftel des Geschmacks eines guten Essens werden über den Geruchssinn wahrgenommen (Bauer-Söllner 2013:7). Der Geschmackssinn würde lediglich die Konsistenz des Essens und die fünf Grundqualitäten süß, sauer, salzig, bitter und herzhaft erkennen: „Beim Essen gelangen nämlich Riechmoleküle aus der Mundhöhle rückwärts über den Rachenraum zur Nase, an die Riechschleimhaut“ (Hummel 2008:10).

zu können. Geruch kann auch für die Wirkung stehen, die von jemandem ausgeht: Beim Triumphzug siegreicher römischer Feldherren trugen die Gefangenen stets Weihrauchgefäße. So konnte jedermann den errungenen Sieg riechen. Genauso soll jeder wahrnehmen, welcher Duft von Menschen ausgeht, die vom errungenen Sieg Jesu leben (2Kor 2,14-16). Für Paulus sind die Christen in Philippi ein "lieblicher Geruch" (Phil 4,18). Gott erkennen zu können ist für Paulus ebenfalls ein „Wohlgeruch“ (2Kor 2,15). Die Ausstrahlung gläubiger Menschen wird ebenfalls als angenehmer Geruch bezeichnet (Phil 4,18). Der Mund prüft (Hi 12,11; 34,3) und genießt (Lk 14,24) die Speise. Essen in Gemeinschaft ist in der Bibel sehr zentral. Seit jeher galt es als jüdische Sitte, sich durch ein gemeinsames Essen bereit zu erklären, ein gemeinsames Abkommen einzuhalten (Gen 26,28-31; 31,51-54; 2Sam 3,19-21). Gott lädt ein zum großen Abendmahl (Lk 14,16). Im Abendmahl lässt sich Gottes Liebe ebenso schmecken.

## 4.2.2 Schmecken

Schmecken kann übertragen einerseits für Geniessen stehen, andererseits kann es auch bedeuten, etwas zu erleben (Rienecker 1988:1226). Im Sinne von Erleben kann man Gottes Freundlichkeit schmecken: „Schmecket ... wie freundlich der Herr ist“ (Ps 34,9). Zum Wachstum im Glauben ist das Wort Gottes so wichtig wie Milch: Damit „ihr durch sie zunehmt zu euerm Heil, da ihr ja geschmeckt habt, daß der Herr freundlich ist“ (1Petr 2,2b-3). Aber auch die himmlische Gabe, das gütige Wort Gottes und die Kräfte der zukünftigen Welt können geschmeckt werden (Hebr 6,4.5). Wenn die Rede davon ist, den Tod zu schmecken, dann ist vom Sterben die Rede: Jesus hat für uns alle den Tod geschmeckt (Hebr 2,9).

## 4.3 Aufbau des Geruchs- und Geschmackssinnes

### 4.3.1 Riechen

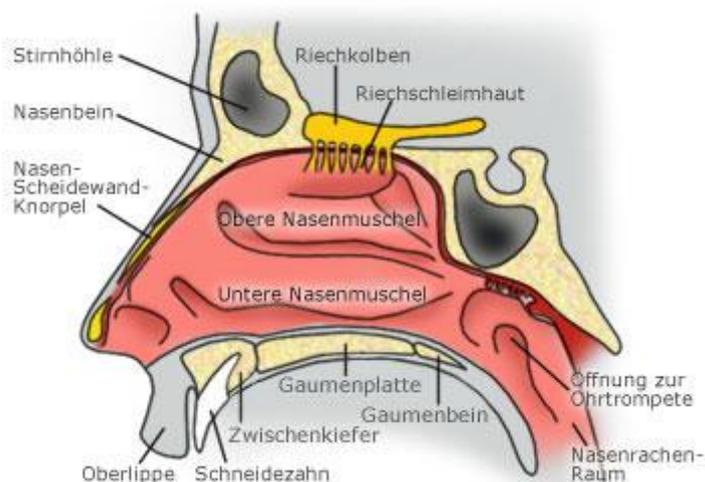


Bild 6: Aufbau des Geruchssinnes (qualimedica.de [22.5.2013])

"Solange der Mensch atmet, riecht er" (Werner & von Braunschweig 2005:14). Die Nasenhöhle besteht aus unterer, mittlerer und oberer Nasenmuschel (BMBF 2006:6; Schönhammer 2009:88). Auf der oberen Nasenmuschel liegen die zehn bis 100 Millionen Riechzellen des Menschen (BMBF 2006: 10,68; Schönhammer 2009:88). Diese sind in der Riechschleimhaut eingebettet (Hummel 2008:2; Schönhammer 2009:88).

Eingehende Düfte werden von Rezeptoren wahrgenommen und in elektrische Signale umgewandelt (Hummel 2008:2). Dabei müssen die Duftmoleküle so an die Rezeptoren passen wie ein Schlüssel ins Schloss (BMBF 2006:68). Rezeptortypen bilden ein „Signalmuster“: Riechsubstanzen binden sich in einer bestimmten Kombination daran (Hummel 2008:5). Eigentlich ist stets ein Nasenloch durch leichte Gewebeswellungen blockiert (Hatt & Dee 2010:48). Dadurch können sich die Riechzellen in diesem Nasenloch erholen, während das andere Nasenloch die Luft aufnimmt (Hatt & Dee 2010:48).

Die Rezeptorzellen werden – im Gegensatz zu anderen Nervenzellen – lebenslang etwa alle 60 Tage nachgebildet (BMBF 2006:68; Klimek, Moll & Kobal 2000:912).<sup>146</sup> Jede Riechzelle ist durch ihre Rezeptoren soweit spezialisiert, dass sie nur eine oder wenige Strukturen von Riechstoffen erkennen kann (Klimek, Moll & Kobal 2000:913; Schönhammer 2009:88). Durch unterschiedliche Kombination der Rezeptoren kann unsere Nase mit 350 Rezeptoren rund 10.000 Düfte unterscheiden (BMBF 2006:10; Erdmann 2005a:53). Nervenfasern leiten die elektrischen Signale durch die Siebplatte (lamina cribrosa) in den Riechkolben (Bulbus olfactorius), einen Vorposten des Gehirns (BMBF 2006:10,68; Hummel 2008:2)<sup>147</sup>. Im Gehirn werden die Düfte zu einer Wahrnehmung verarbeitet: Dazu zieht der Riechstrang, ein dickes Nervenbündel zunächst in ältere Teile unseres Großhirnes (Riehcortex), verzweigt sich dann und zieht in verschiedene Bereiche des Gehirns (Großhirnrinde, limbisches System, Mandelkerne, Hypothalamus) (BMBF 2006:68; Schönhammer 2009:89). Als einziger Sinn ist der Geruch direkt mit dem für Emotionen zuständigen Mandelkern verbunden. Gerüche hängen also eng mit Gefühlen zusammen. Riecheindrücke werden gespeichert. Gerüche können somit Emotionen wieder aufschließen (Bauer-Söllner 2013:4; BMBF 2006:10).<sup>148</sup> Man spricht auch vom „Riechgedächtnis“ (Hummel 2008:4). Alle Duftreize laufen im olfaktorischen Cortex zusammen: Es entsteht eine Art Hirnkarte für verschiedene Duftqualitäten (BMBF 2006:11; Schönhammer 2009:89).

---

<sup>146</sup> Schönhammer (2009:88).

<sup>147</sup> Schönhammer (2009:88).

<sup>148</sup> Friese (2009:48); Schönhammer (2009:89).

### 4.3.2 Schmecken

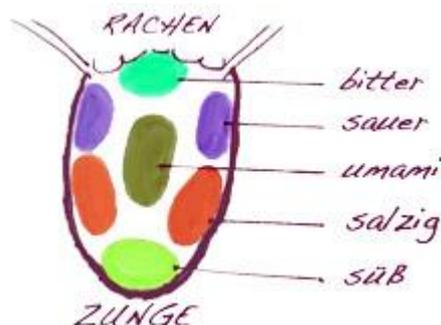


Bild 7: Aufbau des Geschmackssinnes (gesund.co.at [3.6.2013])

Bereits vor der Geburt wird auch der Geschmackssinn geprägt (BMBF 2006:60): Kinder essen lieber Karottenbrei, wenn ihre Mütter während der Schwangerschaft reichlich Möhrensaft tranken. Ein Sinn, der sich bereits während der Schwangerschaft so eindeutig entwickelt, wird im Laufe einer Demenz recht lange ansprechbar bleiben. Der Geschmackssinn entwickelt sich vor dem Geruchssinn (Neukom 2008:3). Aus diesem Grund werden Geschmäcke während des rückläufigen Abbaus einer Demenz länger wahrgenommen als Gerüche. Alles was mit der Ernährung zu tun hat, wird im Alter wieder so zentral wie beim Kleinkind (Dörner 2006:213).

Geschmack ist ein auf wasserlösliche Bestandteile spezialisierter Kontaktsinn (Erdmann 2005a:54). Der Mund kann mehrere Geschmacksqualitäten erfassen: Süß, Sauer, Salzig und Bitter (BMBF 2006:10,54; Erdmann 2005a:54).<sup>149</sup> Gelegentlich wird noch als fünfte Geschmacksqualität *Herzhaft (Umami)* genannt (BMBF 2006:54; Schönhammer 2009:111). *Süß* misst den Gehalt von energiespendender Kohlenhydrate in der Nahrung, *salzig* erkennt lebenswichtige Ionen (Erdmann 2005a:54; Schönhammer 2009:113). *Sauer* weist auf unreife Früchte hin (Erdmann 2005a:54). *Bitter* warnt vor unbekömmlichen, giftigen Pflanzenstoffen: Die Zunge reagiert viel sensibler auf bittere Stoffe als auf die anderen Geschmacksqualitäten, da es für Bitter viel mehr Rezeptoren gibt (BMBF 2006:54,61; Erdmann 2005a:54).<sup>150</sup>

Chemische Stoffe aktivieren die Geschmacksrezeptoren auf der Zunge (BMBF 2006:10; Schönhammer 2009:110). Diese bestehen aus spezialisierten Epithelzellen, sind in rund 2.000 Geschmacksknospen über die Zunge verteilt und werden alle zehn Tage erneuert (BMBF 2006:54; Schönhammer 2009:110). Als weitere Reize werden im Mund taktil Schärfe, Brennen und Temperatur wahrgenommen (Schönhammer 2009:115).

<sup>149</sup> Schönhammer (2009:111).

<sup>150</sup> Schönhammer (2009:113).

Haptisch wird beim Kauen und Schlucken festgestellt, ob die Speise eher glatt oder rau, weich oder hart, bissig oder zäh, feucht oder trocken, wässrig oder zähflüssig ist (Schönhammer 2009:115).

Die chemischen Stoffe lösen eine biochemische Reaktion aus: Sinneszellen geben Überträgersubstanzen (Transmitter) an benachbarte Ausläufer von Nerven (BMBF 2006:10; Schönhammer 2009:111). Die in bioelektrische Impulse umgewandelten Informationen werden über vier große Nervenstränge in das limbische System des Gehirns weitergeleitet (BMBF 2006:10,54; Schönhammer 2009:111). Im limbischen System bewerten Fasern des olfaktorischen Systems die Nahrung und bewirken Appetit oder Ekel (Friese 2009:61). Gehirn, Zunge und Gaumen wirken gegenseitig aufeinander: Mit der Sättigung steigt z.B. der Spiegel des Hormons Leptin und die Zunge ist weniger empfindlich für süß (BMBF 2006:55).

## **4.4 Riechen und Schmecken – mehr als nur Nahrungsaufnahme**

### **4.4.1 Riechen**

Der Geruchssinn prägt unser Verhalten, ohne dass uns dies bewusst ist (Briener 2002:1; Schönhammer 2009:92). Unser Kaufverhalten in Warenhäusern kann durch Gerüche beeinflusst werden (Klimek, Moll & Kobal 2000:912; Schönhammer 2009:105-106).

Gerüche werden kaum neutral wahrgenommen: Entweder sie werden als angenehm oder unangenehm empfunden (Klimek, Moll & Kobal 2000:912; Schönhammer 2009:91).

Angenehmen Düften wendet man sich zu, die Nüstern weiten sich bei prüfendem oder genussvollem Riechen, die Mimik des Wohlgeruches deutet ein Lächeln an (Schönhammer 2009:92). Bei abstoßenden, ekelerregenden Düften rümpft man die Nase und verringert damit den aufnehmenden Luftstrom, die Mimik der Abwehr nimmt einen weinerlichen Gesichtsausdruck an (:92).

Geruchsprägungen laufen bereits vorgeburtlich ab. Durch Prägungen (Nahrung der Mutter während der Schwangerschaft, Gewöhnung in der Kindheit) bildet der Geruchssinn persönliche Vorlieben aus (Schönhammer 2009:94). So mögen Kinder die gleichen Gerüche, die ihre Mütter während der Schwangerschaft bevorzugten, egal ob es sich um Knoblauch, Alkohol, Zigarettenrauch oder Karottensaft handelte (Herz 2009:52). Weitere Vorlieben für bestimmte Düfte werden im Laufe des Lebens erlernt (:51).

Gerüche schließen Erinnerungen auf. Sie erinnern an die Situationen, in denen sie zum ersten Mal gerochen wurden (Schönhammer 2009:96). Gerüche werden im Laufe der Demenz erst später als die visuellen Eindrücke vergessen (:96). Durch Gerüche aufgeschlossene Erinnerungen sind emotionalsgeladener als Erinnerungen, die durch andere Sinne wachgerufen werden (Herz 2009:84). Gerüche verbessern vor allem dann

die Gedächtnisleistung, wenn sie einmalig sind und sich von gewöhnlichen Düften der Umgebung abheben (:96).

#### 4.4.2 Schmecken

Der Geschmack entsprechender Speisen äußert sich durch ein „Süßgesicht“ – das sich in einem Lächeln bei süßen Speisen zeigt (Schönhammer 2009:114). Wer überrascht ist vom bitteren Geschmack des Gekosteten macht eine so bittere Mimik, wie wenn er das Gekostete ausspeien will (:114).

### 4.5 Einschränkungen des Geruchs- und Geschmacks im Alter

Verschiedene Einschränkungen können den Geruchs- und Geschmackssinn betroffener Menschen beeinflussen.

#### 4.5.1 Riechen

Bei mehr als der Hälfte der alten Menschen nimmt der Geruchssinn ab dem 60. Lebensjahr ab, ab dem 70. Lebensjahr sogar stark (Biedermann 2011:37; Klimek, Moll & Kobal 2000:911,913)<sup>151</sup>.<sup>152</sup> Während ansonsten etwa drei bis sieben Prozent der westlichen Gesamtbevölkerung klinisch auffällige Riechstörungen aufweisen, sind es 60 Prozent bei den 65- bis 80-Jährigen und etwa 75 Prozent bei den über 80-Jährigen (Klimek, Moll & Kobal 2000:913).

*Im Emil-Sräga-Haus sind 66 von 70 Bewohnern 65 Jahre oder älter. 55 Bewohner sind 75 Jahre oder älter. Der Anteil von Menschen mit Beeinträchtigungen des Geruchs oder Geschmacks kann entsprechend hoch eingeschätzt werden.*

---

<sup>151</sup> Schönhammer (2009:94).

<sup>152</sup> Dies liegt daran, dass beim alten Menschen nur noch etwa ein Fünftel der ursprünglichen Riechzellen vorhanden sind (Friese 2009:48). Eine im Alter abgesunkene Nasenspitze kann die Riechfähigkeit ebenfalls beeinflussen („Altersnase“) (Klimek, Moll & Kobal 2000:913). Das Riechepithel der Nase kann durch verschiedene Entzündungen (z.B. Rhinitis, Sinusitis) belegt sein (Briner 2002:2). Altersmäßige Veränderungen können den Transport von Duftstoffen beeinträchtigen (Klimek, Moll & Kobal 2000:913). Auch können sich geschädigte Riechzellen (z.B. nach Virusinfekt, Umwelteinflüssen) im Alter nicht mehr so schnell erholen (Briner 2002:2; Klimek, Moll & Kobal 2000:913). Weiter sind neurale Übertragungsstörungen möglich (z.B. Schädelhirntrauma) (Briner 2002:2). Im Gehirn kann es durch demenzielle Erkrankungen zu Riechstörungen durch zentrale Übertragungs- oder Verarbeitungsstörungen kommen (Briner 2002:2 Klimek, Moll & Kobal 2000:914). Es wird auch darüber diskutiert, ob „altersbedingte Veränderungen beim Kauen zu einer verminderten retronalen Zuführung von Riechstoffmolekülen über den Nasopharynx führen“ (Klimek, Moll & Kobal 2000:913). Ausgelöst werden Veränderungen neben Umwelteinflüssen häufig durch Substanzen wie inhaliertem Zigarettenrauch oder eingenommenen Medikamenten (z.B. ACE-Hemmer bei der Behandlung von Bluthochdruck). Je nach Ursache der Riechstörung wird man in der Behandlung unterschiedlich ansetzen. Insgesamt kann der Verlauf einer Riechstörung sehr schwer vorhergesagt werden, „da es auch bei scheinbar aussichtslosen Fällen (Frontobasisfraktur) zu spontanen Erholungen kommen kann und das auch nach mehreren Jahren“ (Briner 2002:4).

Noch viel mehr als bei gesunden alten Menschen ist bei Betroffenen mit Demenz mit einer Verschlechterung des Geruchssinnes zu rechnen: Senile Plaques und Alzheimerfibrillen werden in Gebieten des Gehirns abgelagert, die auch für das Riechen zuständig sind (Doty & Snow 1988). Einschränkung des Geruchssinnes treten im Alter häufiger auf als Geschmacksstörungen (Klimek, Moll & Kobal 2000:91). Menschen mit Demenz nehmen Gerüche nur noch stark begrenzt wahr (Bauer-Söllner 2013:8; MDS 2009:182).<sup>153</sup> Aus diesen Gründen kann nicht zu viel von Menschen mit Demenz erwartet werden, wenn sie etwas riechen sollten (Jopping 2008:70). Durch den Zusammenhang zwischen Geruch und Gefühl steigt sogar die Gefahr, an einer Depression zu erkranken (Bauer-Söllner 2013:8).

Nach dem Umfang einer Geruchsstörung unterscheidet man zwischen übersteigerter Geruchswahrnehmung (Hyperosmie), verminderter Geruchswahrnehmung (Hyposmie) und dem vollständigen Ausfall des Geruchssinnes (Anosmie) (BMBF 2006:69; Briener 2002:1).<sup>154</sup> Die Anosmie ist die am häufigsten auftretende Störung des Geruchssinnes (:74). Geruchsstörungen treten z.B. auf, wenn die Riechnerven aufgrund einer Schädelverletzung abgerissen sind (Hummel 2008:2; Schönhammer 2009:95). Auch sind unterschiedliche Arten von Geruchsstörungen bekannt: Geruch kann qualitativ gestört wahrgenommen werden (Dysosmie) (Briener 2002:1; Schönhammer 2009:95). Weiter können Gerüche verzerrt (Parosmie) oder falsch, als faul oder unangenehm (Kakosmie) wahrgenommen werden (Briener 2002:1; Schönhammer 2009:95,98). Manchmal können Gerüche nicht unterschieden (Heterosmie) oder nicht erkannt (Agnosmie) werden (Briener 2002:1). Auch kommt es zu Halluzination von Gerüchen (Phantosmie) (:1).

Die Verarbeitung der Informationen geht beim Geruchssinn als erstem Sinn zurück (Schaade 2009:57). Ein Mensch mit Demenz wird Gerüche nur noch bedingt einordnen können (:57). Ein bestimmter Geruch wird nach kurzer Zeit wegen Gewöhnung auch gar nicht mehr wahrgenommen (sog. „Habituation“) (Klimek, Moll & Kobal 2000:912; Schaade 2009:57).<sup>155</sup> Im Altenheim müssen zudem viele Gerüche täglich ertragen werden, die nicht nur angenehm sind (Wehner & Schwinghammer 2009:25). *Desinfektionsmittel und andere Chemikalien, aber auch Ausscheidungen wie Urin und Stuhlgang von Mitbewohnern gehören dazu.* Dagegen fehlen die vertrauten Gerüche aus dem Alltag, der Familie und dem Haushalt (:25).

---

<sup>153</sup> Weis & Weber (1997:894-899).

<sup>154</sup> Schönhammer (2009:95).

<sup>155</sup> Schönhammer (2009:90).

## 4.5.2 Schmecken

Auch der Geschmackssinn nimmt im Alter ab. Bei über der Hälfte der alten Menschen ist der Geschmackssinn eingeschränkt (Ageusien): Häufig wird verändert geschmeckt, gelegentlich fällt der Geschmackssinn komplett aus (BMBF 2006:57; Klimek, Moll & Kobal 2000:911). Frauen sind häufiger betroffen als Männer (BMBF 2006:57). Dabei ist davon auszugehen, dass sich die Geschmackswahrnehmungen süß, sauer, salzig, bitter und herzhaft in unterschiedlichem Maße verringern (Klimek, Moll & Kobal 2000:915). Die Nuancen sauer und bitter werden stark reduziert wahrgenommen, salzige Geschmackseindrücke sind noch deutlicher – süß wird dagegen am intensivsten empfunden (:915). Dies kann ein Grund dafür sein, dass alte Menschen süße Mahlzeiten bevorzugen (:915).

Früher wurde als Ursache für die eingeschränkte Geschmackswahrnehmung im Alter eine verringerte oder weniger dichte Anzahl der Geschmacksknospen vermutet (Klimek, Moll & Kobal 2000:915). Heute geht man eher von einer reduzierten Funktion der Rezeptoren aus (:915). Medikamente, Diabetes oder Schilddrüsenkrankheiten können dies verursachen (BMBF 2006:57). Neben Geschmacksverminderung kann ein Geschmack auch falsch wahrgenommen werden (Parageusien), z.B. kann dann eine Erdbeertorte bitter schmecken (:57). Verzerrte Geschmackswahrnehmungen führen dazu, dass ältere Menschen ein Aroma in höherer Konzentration schneller als unangenehm empfinden (Klimek, Moll & Kobal 2000:915). Auch kann es sein, dass etwas geschmeckt wird, ohne dass Betroffene etwas im Mund haben (Phantogeusien) (BMBF 2006:57). Die Ursachen dafür sind neben geistigen Veränderungen vielfältig: Mangelnde Mund- und Zahnpflege, Entzündungen auf der Zunge, Nervenprobleme oder Probleme im Mittelohr (z.B. Knochenentzündungen) (BMBF 2006:57, Klimek, Moll & Kobal 2000:915).

Geschmacksveränderungen können Appetitlosigkeit oder Ekel vor dem Essen nach sich ziehen (Friese 2009:62). Wegen Mundtrockenheit können alte Menschen häufig erschwert kauen, schlucken oder sprechen (:62). Für Geschmacksstörungen gibt es bis jetzt kaum Therapien (:57). Manchmal verschwinden oder bessern sich Geschmacksstörungen ohne therapeutische Maßnahmen von selber wieder (:57). Gelegentlich kann auch bereits eine bessere Mundhygiene und zahnärztliche Behandlungen das Geschmackserlebnis verbessern (Klimek, Moll & Kobal 2000:915).

Veränderungen der chemischen Sinne führen zu einem veränderten Essverhalten (Klimek, Moll & Kobal 2000:917). Ältere Menschen geben an, eher weniger Freude am Kochen und Essen zu haben als früher (Pschierer 2005:45-48). Die Veränderungen des Essverhaltens kann zu Übergewicht führen. Auch werden Süßspeisen gegenüber sauren oder bitteren Mahlzeiten bevorzugt (Klimek, Moll & Kobal 2000:917; Lärm 2013:3). Aus diesen Gründen sollten auch keine zu hohen Erwartungen an Menschen mit Demenz gestellt werden, wenn ihnen etwas zum Schmecken gegeben wird (Jopping 2008:70).

Bei Menschen mit Demenz kommt das Problem hinzu, dass sie Trinken und Essen oft nicht mehr als solches erkennen und nicht mehr wissen was damit zu tun ist (Rückert 2007:13). Ab dem mittleren Demenzstadium treten häufig Störungen beim Essen auf: Planung und Zubereitung einer Mahlzeit sind nicht mehr möglich (:16). Später können Betroffene nicht mehr mit dem Besteck umgehen, nicht mehr kauen oder schlucken (:16). Auch Hunger und Sättigungsgefühl verändern sich im Alter (:27).

Im Alter reduziert sich das Durstgefühl. Die verminderte Flüssigkeitsaufnahme wird vom Körper nicht wahrgenommen und kann Verwirrheitszustände verstärken (Biedermann 2011:43; Lärm 2013:16).<sup>156</sup> Die empfohlene Flüssigkeitsmenge von 1,5-2 Liter pro Tag sollte dennoch nicht unterschritten werden (Rückert 2007:29). Es hilft jedem dementen Menschen, wenn er ausreichend (zwei Liter pro Tag) trinkt (Berghoff 1999:109). Daher ist es ein guter Dienst, dem Betroffenen zwischendurch einige Schlucke Wasser oder Tee anzubieten. Damit wird zugleich zusätzlicher Verwirrung entgegengewirkt – und der Geschmacks- und Geruchssinn verbessert (:109).

Menschen mit Demenz in späteren Phasen haben häufig Schluckstörungen. Gelegentlich werden sie auch über eine Sonde durch die Bauchdecke ernährt und erfahren deshalb durch den Mund kaum Geschmackserlebnisse.

## 4.6 Den Geruchssinn für die Begegnung nutzen

In Pflege und Medizin werden ätherische Öle zur Gesundheitsförderung und zur Therapie benutzt (MDS 2009:142). Sie können Rastlose entspannen, Schlaflose beruhigen und damit sogar manche Medikamentengaben verringern oder ganz vermeiden (Meister & Speeling 2009:210-213). Der Einsatz des richtigen Aromas kann entgiften, Krankheitserreger abbauen, Schmerzen lindern, Entzündungen hemmen, Fieber senken, schleimlösend wirken, die Verdauung fördern, entblähen oder entkrampfen (Werner & von Braunschweig 2005:12).<sup>157</sup> Auch in der seelsorgerlichen Begleitung von Menschen dürfen Düfte kreativ eingesetzt werden; denn selbst der Gott der Bibel stellt sich als ein Gott vor, der Düfte gerne hat (Gen 8,21; Eph 5,2).

---

<sup>156</sup> Rückert (2007:25).

<sup>157</sup> Durch den Einsatz falscher Düfte können Krankheiten unnötig gefördert werden. Daher sind bei Allergikern Zitrusöle wie Lorbeer, Zimtrinde und Cassia zu vermeiden (Friese 2009:52). Epileptiker neigen bei Basilikum, Fenchel, Kampfer, Krauseminze, Salbei, Ysop, Zedernholz oder Zypresse eher zu Anfällen (Friese 2009:52). Bluthochdruck wird verstärkt durch Rosmarin, Thymian, Ysop und Salbei (Friese 2009:52). Stark duftende Blumen wie Maiglöckchen oder Flieder können Kopfschmerzen auslösen (Friese 2009:57).

#### 4.6.1 Positiv besetzte Gerüche intensivieren

Menschen fühlen sich wohl, wenn sie einen Duft als angenehm empfinden (Bauer-Söllner 2013:12). Daher sollte beobachtet werden, wie Menschen auf verschiedene Düfte reagieren (:12). Positiv empfundene Düfte können intensiviert werden. Depping schlägt vor, Gerüche zu intensivieren, indem man nicht nur einzelne, sondern mehrere Blumen oder Tannenzweige verwendet.

*Gerüche können durch Duftöl verstärkt werden. So kann an Weihnachten Tannenduft auf Zweige gestrichen werden. „Christus als Gesalbter“ kann durch Handcreme verdeutlicht werden, die Betroffene einreiben können. Verstärkt wird der Geruch wahrgenommen, wenn man Handcreme dünn unter die Nase reibt. Gerüche werden nicht durchgängig als positiv oder negativ empfunden. In einer Kleingruppe zu Jesu Wort am Kreuz „Mich dürstet“ in der Passionszeit 2013 wurde Kräuternessig manchmal als positiv, manchmal als negativ empfunden.*

#### 4.6.2 Arten von Düften

Für den Riechsinn werden Duftlampen<sup>158</sup> empfohlen, aber auch angenehme Koch- und Essensgerüche wie geschmorte Zwiebeln, Waffeln, Kuchen, Toastbrot, getoastetes Brot oder gemahlener Kaffee (MDS 2009:182).

Anregend wirkt der Geruch von Nadelhölzern, Pfefferminz, Rosmarin, Speicklavendel und Eukalyptus (Bauer-Söllner 2013:10,15; Werner & von Braunschweig 2005:45). Entspannende Wirkung haben Bergamotte, Lavendel, Römische Kamille und Jasmin (Bauer-Söllner 2013:10; Werner & von Braunschweig 2005:45). Stimmungsaufhellend wirken Bergamotte, Rose und Muskatellersalbei (Bauer-Söllner 2013:15; Werner & von Braunschweig 2005:45). Appetit regen Zitrone, Zimt, Koriander und Kardamon an (Bauer-Söllner 2013:15). Das Gedächtnis wird gestärkt durch Lemongras, Rosmarin, Pfefferminze und Basilikum (Bauer-Söllner 2013:15; Werner & von Braunschweig 2005:45). Die Hirndurchblutung verbessern Eukalyptus, Rosmarin und Myrte (Bauer-Söllner 2013:15; Werner & von Braunschweig 2005:45). Fichtenduft könnte Betroffenen gefallen, die gern gewandert sind (Bauer-Söllner 2013:11). Zitronen- und Lavendelduft könnte Menschen ansprechen, die gern in Gegenden gereist sind, in denen es diese Pflanzen gab (:11). Zimtgeruch erinnert an Weihnachten (:11).

Alltagsgerüche wie Kernseife oder Nivea-Creme wurden sofort erraten (Jopping 2008:71). Kampf und Kernseife werden oft eng mit Kindheit verbunden und erinnern häufig an Familienleben, Traditionen und Bräuche (Schweitzer & Bruce 2010:69). Blumen, Gemüse und Gewürze sind ebenfalls bekannte Düfte (Friese 2009:57; Schweitzer &

---

<sup>158</sup> Duftlampen bergen allerdings auch Gefahren für Menschen mit Demenz: Es könnte passieren, dass sie diese austrinken (Bauer-Söllner 2013:16). Duftlampen dürfen also nur unter direkter Aufsicht verwendet werden. Noch besser geeignet sind Handmassagen oder Handbäder mit Aromaölen (Bauer-Söllner 2013:16). Auch können Räume mit natürlichen Düften aromatisiert werden (Bauer-Söllner 2013:16).

Bruce 2010:68). Der Geruch von Nelken wurde als sehr scharf empfunden (Jopping 2008:71).

### 4.6.3 Ratschläge für die Anwendung ätherischer Öle

Beim Einkauf sollte beachtet werden, dass das Duftöl naturrein ist – dies ist auf der Packung vermerkt (Friese 2009:51; Zeh 2009:13). Besonders für Allergiker geeignet ist Öl „aus kontrolliert-biologischem Anbau, Wildanbau oder konventionellem (= rückstandsfreiem) Anbau“ (Friese 2009:51). Künstliche oder synthetische Zusatzstoffe sollten sich ebenso wenig im Öl befinden wie Konservierungsmittel (Friese 2009:51; Zeh 2009:13). Auch sollte das Öl sortenrein und nicht mit billigen Ölen gestreckt worden sein (Friese 2009:51; Zeh 2009:14).

Anwenden sollte man ätherische Öle nie unverdünnt (Friese 2009:51; Zeh 2009:14). Sie sollten besser niedrig als zu hoch dosiert sein (Werner & von Braunschweig 2005:52). Öle dürfen nicht mit Augen und Schleimhäuten in Berührung kommen (Friese 2009:51). Nach Ablauf des Haltbarkeitsdatums sollen Öle nicht mehr verwendet werden (:51). Auf einer kleinen Stelle der Haut sollte zunächst mit einer verdünnten Probe auf allergische Reaktionen getestet werden (:52). Öle sollten nur zeitlich begrenzt und gezielt eingesetzt werden (:52).

*Gute Erfahrungen konnten gemacht werden, indem verdünntes Öl auf Fingerspitzen oder Wattebäuschen zwischen Mund und Nase des Betroffenen leicht einmassiert wurde. Das Öl darf dabei nicht auf die Lippen oder in die Nase gelangt.*

Duftsteine in verschiedenen Farben und Formen können aus Salzteig leicht selber hergestellt werden (Friese 2009:55): Aus drei Tassen Mehl, einer Tasse Salz, anderthalb Tassen Wasser und einigen Tropfen Duftöl werden die gewünschten Figuren geformt und zwei Tage getrocknet.

Ätherische Öle können auch auf ein Taschentuch getropft werden: Das Tuch kann neben bettlägerige Betroffene gelegt werden. Auch können Menschen mit Demenz daran riechen (Werner & von Braunschweig 2005:52).

Verschiedene Öle wirken unterschiedlich lang: Eukalyptus, Lemongras, Minze, Rosmarin, Wacholderbeeren und Zitruschalen wirken sofort und sind nach etwa einer halben Stunde wieder verflogen (sog. „Kopfnote“) (Zeh 2009:15). Kopfnote wirken erfrischend (:15). Jasmin, Lavendel, Rose, Kamille, Melisse und Zypresse wirken erst nach einer halben Stunde, dann aber vier bis sechs Stunden (sog. „Herznote“) (:16). Myrrhe, Weihrauch, Vanille und Zedernholz werden erst nach etwa ein bis zwei Stunden wirksam, halten dann aber 24 Stunden oder länger an (sog. „Basisnote“) (:16). Basisnote vermitteln „Ruhe, Ausdauer, Konzentration, innere Stärke und Mut, Geborgenheit und Sicherheit“ (:16).

#### 4.6.4 Duft im Bibelkreis und Dekoration

Der Ort, an dem die Kleingruppe stattfindet, kann ein Zugehörigkeitsgefühl wecken (Plote & Tholen 2011:12). Allerdings kann er auch Ablehnung und Widerstand wecken. Depping empfiehlt, Kirchenatmosphäre zu schaffen (Depping 2008:101). Dazu gehören für ihn der Altar mit Kreuz und Bibel sowie Kerzen: Kerzen sprechen dabei neben den Augen auch den Geruchssinn an (:101). Es ist dabei jedoch zu bedenken, dass Altenheime häufig mit sensiblen Rauchmeldern ausgestattet sind und es zu unnötigen Feueralarmen kommen kann. *Ins Emil-Sräga-Haus musste z.B. an Dreikönig 2009 die Feuerwehr ausrücken, als die katholischen Sternsinger mit Weihrauch durchs Haus zogen.*

Anstatt Kerzen können elektrische Teelichte eingesetzt werden. Diese sprechen leider den Geruchssinn nicht an. Oder es gibt die Möglichkeit, den Feueralarm auszuschalten.

#### 4.6.5 Duft und Erinnerung

Duftwahrnehmungen sind viel stärker mit emotionalen Reaktionen begleitet als die Wahrnehmung von Sehen, Hören und Tasten (Burdach 1988:41). Dies liegt wie gezeigt daran, dass Riechen sehr eng mit den Gefühlen zusammen hängt (Bauer-Söllner 2013:2). Düfte können positive Kindheitserlebnisse aufschließen, aber auch schreckliche Kriegserfahrungen wieder beleben (:3). Besonders solche Gerüche lösen Reaktionen aus, die bereits in der Biographie Gefühle ausgelöst haben: So schlägt Depping vor, mit Ähren oder sonstigen Früchten einen Bezug zur Jahreszeit zu schaffen (Depping 2008:43). Etwa kann der Duft von Ähren auf Erntedank hinweisen oder frühere Erlebnisse bei Arbeit oder Festen aufschließen; der Duft von Keksen und Tannengrün weist auf Advent und Weihnachten hin; der Geruch einer Blume ist idealer Aufhänger für ein Gespräch (Depping 2008:43; Muntanjohl 2011:25). Problematisch ist, dass demente Menschen Gerüche nur in verringertem Maße wahrnehmen (MDS 2009:182; Weis & Weber 1997:894ff).

*Angeregt durch die Literatur wurde in den Bibelkreisen einige Male mit Gerüchen experimentiert. Die Erfahrungen sind jedoch noch zu bescheiden, um Schlüsse für diese Arbeit daraus ziehen zu können. Tendenziell scheint ein Einsatz von Düften sinnvoll. Aufgrund der Einschränkungen wegen Alter und Demenz kann aber nicht zu viel erwartet werden.*

Eine Frau, die Zitrone roch, begann dadurch von einem Spaziergang durch einen Zitronenhain zu erzählen (Wehner & Schwinghammer 2009:25). Weihrauch kann an den früheren Kirchbesuch erinnern (Friese 2009:57).

*Vor allem bei katholischen Bewohnern werden Erinnerungen geweckt, wenn sie Weihrauch riechen. Auch evangelische Christen können dadurch an Beerdigungen oder an Feste mit katholischen Angehörigen erinnert werden.*

Erde oder Moos kann in kleine Gläschen gegeben werden, damit die Teilnehmer daran riechen können (Friese 2009:57). Ein Kräuteressig kann mit Menschen mit Demenz

zusammen hergestellt werden: Die gewünschten Kräuter werden grob gehackt und einige Wochen in einen guten Weinessig eingelegt (:58).

*Es können verschiedene biblische Kräuter dazu verwendet werden. Ein Riechmemory kann mit Betroffenen durchgeführt werden. Jeweils in zwei kleinen Dosen befinden sich die Düfte grüner Apfel, Rosmarin, Lavendel, Weihrauch und Kaffee. Die Bewohner können daran riechen und die Düfte erraten. Wer noch weitere Ressourcen hat, kann die beiden identischen Düfte suchen.*

Eine weitere Anregung ist ein Riech-Bild-Memory (Friese 2009:59). Verschiedene Düfte werden in verschiedene Döschen gepackt. Zu jedem Duft gibt es auch ein Bild. Duft und Bild müssen zugeordnet werden. *Auch hier können Bezüge zu biblischen Geschichten hergestellt werden.* Mit einer alten Kaffeemühle aus Holz können Kaffeebohnen bereitet werden (Friese 2009:68). Betätigt man die Kaffeemühle gemeinsam oder abwechselnd, wird zugleich die Motorik der Hände trainiert. Der Kaffee kann gemeinsam mit Kaffeekanne und Filter aufgebrüht werden (:68). Ähnlich kann auch Pfeffer mit einer entsprechenden Mühle gemahlen werden, mit dem dann gemeinsam etwas gewürzt wird.

#### **4.7 Den Geschmackssinn für die Begegnung nutzen**

Ernährungssituation und Essverhalten ändert sich im Alter. Im Zuge einer Demenz verschiebt sich die Problematik. Im ersten Stadium liegt das Problem vor allem darin, dass sich der Betroffene nicht mehr selbstständig hauswirtschaftlich versorgen kann (Fröchtling 2008:346). Im weiteren Verlauf nimmt die Fähigkeit ab, die richtige Nahrung aussuchen und bereitstellen zu können, das Hungergefühl verändert sich und der Umgang mit Essbesteck fällt zunehmend schwer (:346). In der letzten Phase schließlich können Schluckprobleme hinzukommen, die die Nahrungszufuhr oft mangelhaft machen (Biedermann 2011:26-27; Hartwanger 2006). Menschen mit Demenz sterben meist an Unterernährung, Dehydration (Austrocknung) oder Lungenentzündung, die durch ein wegen mangelnder Ernährung geschwächtes Immunsystem begünstigt wurde (Wojnar 2004:7).

Kleinere Häppchen oder Zwischenmahlzeiten in Bibelkreis-Kleingruppen können Betroffenen helfen. Man braucht sich nicht davor zu scheuen, den Ernährungsplan durcheinander zu bringen. Menschen mit Demenz verbrauchen einer Studie zufolge mehr Energie und Nährstoffe, als sie an energie- und eiweißangereicherten Zwischenmahlzeiten zu sich nahmen (Lorefält u.a. 2005). *In den Bibelkreis-Kleingruppen wurden schon Apfelschnitze oder Anis-Plätzchen verwendet.*

Essen und Trinken im Altenheim beinhaltet unterschiedliche Aspekte: Erstens strukturieren Mahlzeiten den Tag (Bejick 2000:29): Sie sind Höhepunkte in der Eintönigkeit des Alltags. Mahlzeiten orientieren zweitens über die Tages- und Jahreszeit (:29). Drittens fördern Gespräche über Essen – wie Essgewohnheiten oder geographische

Besonderheiten der Esskultur – die Erinnerung (:30). Der Geschmack des Essens kann den Menschen mit Demenz an seine Familie, eine spezielle Atmosphäre oder Umgebung erinnern (Biedermann 2011:17). Essen bewirkt viertens Gemeinschaft, indem es Kommunikation und damit Beziehung ermöglicht (Bejick 2000:31; Biedermann 2004:14).<sup>159</sup> Auch gemeinsame Tischsitten fördern diese Gemeinschaft (Rückert 2007:19). Darüber hebt Essen und Trinken fünftens das Lebensgefühl, hat mit Genießen und Kultur zu tun und regt Wohlbefinden, Geist und Sinne an (Lärm 2013:1; MDS 2009:174).<sup>160</sup> Sechstens haben Mahlzeiten rituellen Charakter: Gäste werden willkommen geheißen, indem man ihnen Essen und Trinken anbietet (Biedermann 2011:15). *Kommt ihr Sohn zu Besuch, äußert Frau I.T. (86 Jahre, Phase II) stets den Wunsch, etwas für ihn kochen zu wollen.*

Alte Kochrezepte finden sich in alten Kochbüchern (Schweitzer & Bruce 2010:70). Über Personal oder Angehörige kann herausgefunden werden, was gern gegessen wird (:70). Dadurch entstehen wieder Anregungen für die Begegnung mit Betroffenen in Kleingruppen. Können Menschen mit Demenz nicht essen, aber ihren Speichel noch schlucken, kann nach Absprache mit dem Arzt oder Logopäden dennoch der Geschmackssinn stimuliert werden (Friese 2009:62): Dazu kann mit einem Wattestäbchen Brausepulver auf die Zunge des Betroffenen gestrichen werden, z.B. mit den Geschmacksrichtungen Himbeere, Zitrone oder Waldmeister (:63). Menschen mit Demenz, die nicht mehr essen können, können an einem Lutscher lecken (:64). Wattestäbchen werden in Getränke (wie Bier, Wein, Cola oder Fruchtsaft) getaucht, um damit über die Zunge des Betroffenen zu fahren (:63). Eingefrorene Lieblingsgetränke (z.B. Tee, Cola oder Bier) können in eine auseinandergefaltete Mullkompressen eingedreht und dem Menschen mit Demenz zum Saugen in den Mund gegeben werden (:63). Obststücke (z.B. Bananen-, Apfel- oder Pfirsichstücke) werden zum Schmecken in eine Gaze eingewickelt und zum Saugen an den Mund gehalten (:64). Herzhafte Speisen (z.B. Schinken) können zur Geschmacksanregung in einer Gaze kurz zwischen die Backenzähne geschoben werden (:64). Oder die Lippen von Betroffenen werden mit etwas Honig eingerieben: Neben dem Geschmackserlebnis hält dies die Lippen feucht und macht spröde Lippen wieder geschmeidig (:63-64).

Um den Geschmackssinn anzuregen, werden Eiswürfel mit Geschmacksaromen, Obst und Lieblingsgetränken empfohlen (MDS 2009:183). Menschen mit Demenz erleben flüssige Speisen als geschmacksintensiver. Auch wird dadurch die Speichelflüssigkeit angereichert (Rückert 2007:28). Gerne essen Menschen mit Demenz sehr süß, weiches Brot, weich gekochte Speisen, fettreich (Fett verstärkt den Geschmack), kaum Fleisch

---

<sup>159</sup> Rückert (2007:19).

<sup>160</sup> Rückert (2007:19).

und wenig Schnittkäse (:28). Ungern essen sie Speisen, die saure Bestandteile enthalten (Vollkorn, Obst, Gemüse, Säfte, Kräuter) (:28).

*In Bibelkreisen kann – zum Thema passend – der Geschmackssinn angeregt werden: In Beobachtungsszene B wäre in Rückblick auf Ostern z.B. denkbar gewesen, die Bewohner an einem Schälchen mit Essig riechen zu lassen (Rückblick auf Karfreitag: Jesus wird ein Schwamm mit Essig ins Gesicht gehalten).*

Die Erinnerung an eine Mahlzeit, das Abendmahl, wurde im Laufe der Kirchengeschichte zu einer zentralen Lebensäußerung des christlichen Glaubens.<sup>161</sup> Der Begriff „Erinnern“ wird im Neuen Testament viermal erwähnt, dreimal davon im Zusammenhang mit dem Abendmahl (Lk 22,19; 1Kor 11,24-25). Beim Abendmahl werden sogar alle Sinne angesprochen (Depping 2008:100). Wir hören, wie die Einsetzungsworte gelesen, der Wein eingegossen und das Brot gebrochen wird. Brot und Wein, die Dekoration und die anderen Abendmahlteilnehmer sind sichtbar. Der Geruch von Brot und Wein wird wahrgenommen und dann auch geschmeckt. Die Konsistenz des Brotes und das Material des Abendmahlkelches sind in der Hand genauso fühlbar wie Brot und Wein danach beim Kauen und Schlucken in Mund und Hals. Das Abendmahl sagt aus, dass Gott in Essen und Trinken über die Sinne erfahrbar ist (Bejick 2000:29). Depping rät dazu, das Abendmahl so zu feiern wie es der demente Mensch von früher her kennt: Also in der gewohnten langen Form, mit Wein und Oblate, statt gekürzt mit Traubensaft und Brot (Depping 2008:100).

*Das gemeinsame Feiern des Abendmahles mag innerhalb einer bestimmten Konfession angebracht sein. Im Sräga-Haus wird es in den Gottesdiensten der Kirche oder auf Anfrage im persönlichen Rahmen gefeiert. Im überkonfessionellen Rahmen kann es weiser sein, auf das Abendmahl zu verzichten. Aus diesem Grund können hierzu keine Beispiele genannt werden.*

## 5 Fühlen

Zuerst werden nun einige Stellen betrachtet, an denen das Fühlen in der Bibel vorkommt (5.1). Daraufhin soll beleuchtet werden, wie der Fühlsinn aufgebaut ist (5.2). Anschließend wird betrachtet, wie der Fühlsinn durch Alter und Demenz eingeschränkt werden kann (5.3). Zuletzt soll es darum gehen, wie man Betroffenen durch den Fühlsinn begegnen kann (5.4).

### 5.1 Fühlen in der Bibel

Im Gegensatz zu allen menschengemachten Göttern und Götzen kann der lebendige Gott auch fühlen (Dan 5,23). Dieser Gott verspricht, den Menschen bis ins Alter zu tragen (Jes

---

<sup>161</sup> Die dogmatischen Unterschiede verschiedener Abendmahlsverständnisse können hier aus Platzgründen nicht dargestellt werden.

46,4). Er selber umgibt uns und hält seine Hand über uns (Ps 139,5) Der auferstandene Jesus wies sich seinen Jüngern dadurch aus, dass er sich betasten ließ: „Seht meine Hände und meine Füße, ich bin's selber. Faßt mich an und seht; denn ein Geist hat nicht Fleisch und Knochen, wie ihr seht daß ich sie habe“ (Lk 24,39). Johannes beruft sich ebenfalls darauf, dass sie Jesus mit mehreren Sinnen wahrgenommen und sogar betastet haben (1Joh 1,1.3). Die Handauflegung wird der Gemeinde auch biblisch angeraten (Jak 5). Durch Handauflegung erhielt der Betroffene von Jesus Kraft (Theißen 2007:240). Dabei ging es weniger um die Heilung als um die „Vermittlung von Lebenskraft“ (:246).

## 5.2 Aufbau des Fühlsinnes

Der Fühlsinn entwickelt sich als erster der menschlichen Sinne (BMBF 2006:41). Deshalb kann er bei Menschen mit Demenz sehr lange angesprochen werden. Unser Körper ist für Stimulierungen durch Streicheln, Tasten und Fühlen besonders empfänglich (BMBF 2006:41; Schönhammer 2009:33). Ein gutes Beispiel ist das Kind, das seiner Mutter vertrauensvoll die Hand gibt.

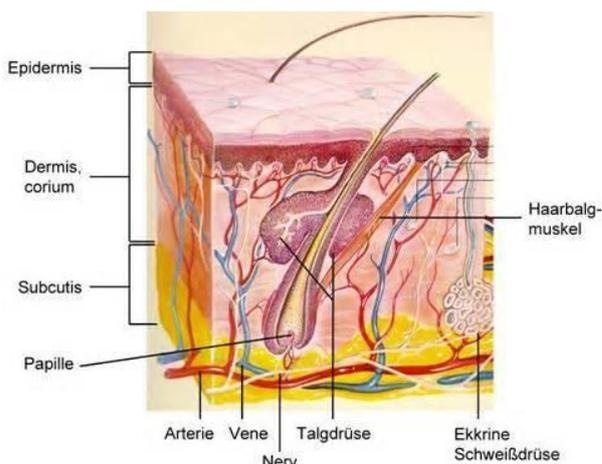


Bild 8: Aufbau des Tastsinnes (zum.de [30.4.2013])

Die Haut ist das größte Sinnesorgan des Menschen mit 1,5 bis 2 qm (Frieze 2009:73). Etwa alle 27 Tage erneuern sich die Zellen unserer obersten Hautschicht (BMBF 2006:44). In der untersten Basalschicht der Haut werden die Hautzellen gebildet und wandern dann zur Hautoberfläche – auf diesem Weg sterben sie ab, verkleben und bilden so eine Schutzschicht (:44).

### 5.2.1 Drei Hautschichten

Unter der außen liegenden Oberhaut (Epidermis) liegt die viel dickere Lederhaut (Dermis) (BMBF 2006:44). Diese Schicht enthält Talg- und Schweißdrüsen, sowie die Haarwurzeln

(:44). Die innerste Schicht ist die Unterhaut (Subcutis) (:44). Sie besteht aus Blutgefäßen, Nerven und Bindegewebe mit eingelagertem Fettgewebe.

Unterschiedliche Typen von Sinneszellen (Druck-, Tast-, Schmerz- und Thermorezeptoren) reagieren in den verschiedenen Hautschichten auf eintreffende Reize (BMBF 2006:9,44; Schönhammer 2009:20,32). Tastreize unterscheiden sich nach Ort (Oberflächen- und Tiefensensibilität), Qualität (Druck, Vibration, Temperatur, Brennen) und Funktion (Schmerz, Stellung, Bewegung, Kraft, Gleichgewicht) (Schönhammer 2009:20,32).<sup>162</sup>

### 5.2.2 Unterschied zwischen „taktil“ und „haptisch“

Taktile und haptische Reize sind zu unterscheiden. Taktile Reize sprechen die Oberflächensensibilität bei passiver Berührung an – ein taktiler Reiz wird ausgelöst, wenn jemand mit einem Gegenstand berührt wird (Schönhammer 2009:20). Wird etwas aktiv befühlt, spricht man von einem haptischen Reiz. *Wenn ein Teilnehmer einer Bibelkreis-Kleingruppe eine Krippenfigur betastet, erlebt er eine haptische Wahrnehmung. Wird ihm die Hand aufgelegt, erlebt er einen taktilen Reiz.*

### 5.2.3 Drei Wahrnehmungsmöglichkeiten

Das Gleichgewicht wird vom Gleichgewichtsorgan (Vestibularorgan) wahrgenommen. Es informiert uns darüber, wie unsere Knochen, Muskeln und Sehnen angeordnet sind (Schaade 2009:32). Weiter zeigt uns das Gleichgewichtsorgan, wo oben und unten ist, in welcher Stellung sich der Kopf befindet und ob wir uns bewegen (:32).

Der Mensch tastet und spürt sich selbst über den taktil-kinästhetischen Sinn (somatische Wahrnehmung) (Schaade 2009:33). Dieser Sinn entwickelt sich beim Kind als erstes (:33). So bleibt diese Wahrnehmungsmöglichkeit im Laufe einer Demenz auch entsprechend lange erhalten.

---

<sup>162</sup> Die Druckrezeptoren (Vater-Pacini-Körperchen) in der Unterhaut erkennen Druckänderungen und Vibrationen (BMBF 2006:9,44; Schönhammer 2009:32). Die Vater-Pacini-Körperchen reagieren auf jede einmalige Reizänderung mit einem einmaligen Impuls (Erdmann 2005a:36). Für Dehnungsreize sind hauptsächlich die Ruffini-Körperchen zuständig (BMBF 2006:9,44; Erdmann 2005a:36). Tastrezeptoren (Meissner-Körperchen, Merkel-Zellen) finden sich in der unbehaarten Haut, gehäuft in den Fingern, Füßen, Lippen, Brustwarzen und den äußeren Geschlechtsorganen (BMBF 2006:9; Erdmann 2005a:36). Tastrezeptoren reagieren nur im Moment der Berührung (Erdmann 2005a:36). Die Schmerzrezeptoren und Thermorezeptoren (Krause-Körperchen, freie Nervenendigungen) liegen in der Lederhaut (BMBF 2006:9,4; Schönhammer 2009:32). Kälte wird von den Krause-Körperchen wahrgenommen (BMBF 2006:9; Erdmann 2005a:36). Wärme und Gewebeschäden werden von freien Nervenendigungen registriert (BMBF 2006:9; Erdmann 2005a:36; Schönhammer 2009:20).

Aufgrund der anatomischen Gegebenheiten des Fühlsinnes geben Vibrationen einen starken Impuls für die Tiefensensibilität ab (Schaade 2009:33).

Die Sinneszellen der Haut übersetzen die eintreffenden mechanischen Reize in bioelektrische Impulse und leiten sie in die sensorische Rinde des Gehirns (Schönhammer 2009:21). Das primäre Areal für die Hautsinne (Berührung, Schmerz und Temperatur) liegt im Scheitellappen (Ulrich 2005:1260). Alle Tast- und Schmerzreize laufen im somatosensorischen Cortex des Gehirns als Abbild unseres Körpers zusammen: Es entsteht eine Art Hirnkarte für unsere Selbstwahrnehmung im Raum („Homunculus“) (BMBF 2006:11; siehe auch Schönhammer 2009:22). Was ertastet wird, ist beiläufig auch immer mit Erinnerungen verbunden („Spürerinnerungen“). (Schönhammer 2009:44).

### **5.3 Einschränkungen des Fühlsinnes im Alter und durch Demenz**

Drastische Einschränkungen des Fühlens ergeben sich durch Gefühlsstörungen, Wunden und Schmerzen. Einschränkungen des Fühlsinnes können sehr gut nachempfunden werden, wenn man mit dicken Handschuhen einen Gegenstand abtastet (Friese 2009:74).

#### **5.3.1 Gefühlsstörungen**

Der Fühlsinn kann durch neurologische Gründe oder eine verminderte Durchblutung eingeschränkt sein (MDS 2009:182). Polyneuropathien sind Erkrankungen des peripheren Nervensystems, bei denen mehrere Neuronen außerhalb von Gehirn und Rücken gleichzeitig betroffen sind (BMBF 2006:45). Diese können über Verletzungen bis hin zu Amputationen führen (:45). Diabetes (Zuckerkrankheit) kann eine Ursache dafür sein (:45). Bei einer Trigeminusneuralgie treten Schmerzen im Ausbreitungsbereich des Trigeminusnerves auf, also im Gesicht (BMBF 2006:45). Die Schmerzen lassen sich mit Medikamenten kaum lindern – manche Betroffene haben sie schon in den Suizid getrieben (:45). Die Schmerzattacken dauern meist nicht lange, werden aber schon durch leichte Berührung, Kauen, Schlucken, Sprechen oder einen kalten Luftzug ausgelöst (:46). Verursacht wird eine solche Neuralgie, wenn Druck auf den Nerv ausgeübt wird oder eine Multiple Sklerose vorliegt (:46). Ziel jeder Therapie ist, die Häufigkeit der Anfälle zu reduzieren, wenn der Schmerz schon nicht in seiner Intensität gebremst werden kann (:46). Nach einer Gürtelrose (Herpes zoster) kann es zu einer weiteren Sonderform der Neuralgie kommen (BMBF 2006:46). Eine Gürtelrose tritt mit brennenden Schmerzen, Empfindungsstörungen und Hautveränderungen auf und wird durch Viren ausgelöst (:46). Halten die Schmerzen mehrere Monate an, nennt man dies „Post-Zoster-Neuralgie“ (:46). Bereits leichte Berührungen und Kleidung sind für die Betroffenen beinahe unerträglich (:46). Eine Multiple Sklerose ist die „häufigste chronisch verlaufende Entzündungs-

erkrankung des Nervensystems“ (BMBF 2006:46). Missempfindungen können dabei in Fingerspitzen, Füßen, Armen und Beinen auftreten (:46). Bei Neurodermitis leidet die Haut an Juckreiz, Kribbeln, Brennen und „Ameisenlaufen“ auf der Haut (BMBF 2006:47). Durch Kratzen entwickelt sich dann häufig ein Ekzem (:47). Häufig sind davon Gesicht und Hals betroffen – diese sichtbaren Stellen können dazu führen, dass sich Betroffene ausgegrenzt fühlen (:47).

### 5.3.2 Wunden

Der Fühlsinn kann durch Brandwunden, Operationen oder Nervenverletzungen beeinträchtigt werden (Neukom 2008:6). Insgesamt schwächt sich der Fühlsinn im Alter ab (:6). Etwa jeder fünfzigste Deutsche leidet an einer chronischen Wunde (BMBF 2006:49). Bei pflegebedürftigen Menschen treten Wunden gehäuft auf, etwa Rötungen und Druckstellen (Dekubiti) durch Sitzen oder Liegen. Daher ist davon auszugehen, dass im Altenheim weit mehr Menschen von chronischen Wunden betroffen sind als im Durchschnitt der Bevölkerung. Bereits minimale Bewegungen, insbesondere bei Betroffenen im Rollstuhl, wirken Druckstellen entgegen.

*Während einer Kleingruppe können leichte gymnastische Übungen eingebaut werden. Lässt man sich von Betroffenen die Hand geben oder motiviert sie zum „Aufhorchen“ oder „Aufschauen“, verändert sich durch diese Bewegung bereits die Statik des ganzen Körpers. Dies führt zu einer Druckentlastung des Gesäßes (Dekubitusprophylaxe).*

### 5.3.3 Schmerzen

Schmerzen sind bei Menschen mit Demenz ein großes Problem: „Viele schwerstpflegebedürftige Menschen spüren sich selber nur noch über Schmerzen“ (Friese 2009:83).

*Schmerzen können von Menschen mit Demenz durch Worte oder Mimik geäußert werden. Solche Beobachtungen sollten dem Pflegepersonal mitgeteilt werden. Mit Betroffenen kann auch gebetet werden. Manchmal ist es für Menschen mit Schmerzen aber eher eine Belastung, wenn man in einer Kleingruppe für sie betet. Es kann ihnen peinlich sein, der Gruppe vorgeführt zu werden. Auch kann es sein, dass sie sich dadurch noch mehr in ihre Schmerzen hineinsteigern. Dann kann es die bessere Hilfe sein, die betroffene Person abzulenken.*

## 5.4 Begegnung durch den Fühlsinn

Menschen mit Demenz benötigen mehr als Worte, um Transzendentes zu erahnen und zu erfahren – die „Anschaulichkeit des konkreten Lebens und Fühlens“ (Muntanjohl

2011:13). Begreifen geschieht durch Greifen (Örter & Montada 2008:162ff).<sup>163</sup> „In einer frühen Entwicklungsphase des Menschen ist dieser handfeste Zugriff der zentrale Zugang zur Umwelterfassung“ (Depping 2008:41). Im Zuge einer Demenz verstärkt sich die Wahrnehmung über das Fühlen<sup>164</sup> (Berghoff 1999:97). Vielleicht wollte Frau T.I. durch das Öffnen der Weihnachtspäckchen auch zusätzliche Spürinformationen bekommen (Beobachtungsszene A).

„Be-greifen“, also das haptische Ertasten von Gegenständen, kann unterschiedlich ablaufen. Sehende kleine Kinder erwarten dabei „die vom Sehen gewohnte Simultanität“ (Schönhammer 2009:55): So tasten sie bald an dieser, bald an jener Stelle – ohne den Gegenstand systematisch zu erkunden. Sehende Kinder und Jugendliche fahren nach und nach die Konturen des Gegenstandes mit ein oder zwei Fingern ab (:55). Blinde Menschen nehmen beide Hände, erreichen dadurch eine große Oberfläche und können gleichzeitig viele Eindrücke aufnehmen (:55). Bei Menschen mit Demenz kann man ähnliches beobachten.

*In einer Kleingruppe über das verlorene Schaf konnten die Teilnehmer an einem Fell tasten (15.10.2013). Ein jüngerer Betroffener tastete mit einer Hand (Herr N.X., 57 Jahre, Phase I). Eine Frau, die an Grauem Star leidet, tastete mit beiden Händen dem Fell entlang (Frau I.F., 70 Jahre, Phase II).*

Menschen mit Demenz benutzen ihre Hände oft sehr intensiv (Schaade 2009:60). Etwas zu „be-greifen“ bedeutet nicht nur, einen Gegenstand zu betasten, sondern eine Körperwahrnehmung zu erleben: „Wir spüren den Gegenstand und durch den Gegenstand spüren wir uns“ (:61). Das Ertastete gibt dem Tastenden „wichtige Spürinformationen“ (:62). Daher hilft es Betroffenen, wenn sie viele Gegenstände zum Anfassen und Spielen haben (:81). Barfußgehen oder Fußmassagen können ebenfalls zur gewünschten Information verhelfen (:82). Wenn Betroffene sich in den Augen Dritter merkwürdig verhalten, kann dies damit zu tun haben, dass sie eine Wahrnehmungsinformation suchen: Sie möchten sich spüren. Dies tun sie, indem sie auf sich oder auf den Tisch klopfen, beißen oder sich an- oder ausziehen (:81-82).

*Frau B.X. (83-84 Jahre, Phase III, 2013) fiel bereits in früheren Phasen ihrer Demenz durch „Wischbewegungen“ auf. Sie fuhr mit den Händen über Tische, Flächen oder gar Personen, wie wenn sie diese abwischen würde. Sie zog sich auch immer wieder im Wohnbereich aus. Auch schlägt sie wiederholt mit den Fersen auf den Boden.*

---

<sup>163</sup> Schaade (1998:22) stellt sechs primäre ergotherapeutische Zugangswege zum Menschen vor. Von diesen sind drei direkt durch den Fühlsinn erlebbar: Rhythmus, Berühren und Stimulation der gespeicherten Bewegungsmuster. Bei zwei weiteren Zugangswegen ist der Fühlsinn indirekt beteiligt: Tätigkeiten des täglichen Lebens, sowie Automatismus und dessen Folgen. Nur beim sechsten Zugangsweg, dem Langzeitgedächtnis, ist der Tastsinn nicht betroffen.

<sup>164</sup> Jede Berührung des Körpers ist auch eine Berührung der Seele, „des beseelten Körpers, der dadurch zum Leib wird. Berührung ist deshalb auch immer Begegnung – heilend und würdigend oder verletzend und entwürdigend“ (Berghoff 1999:97).

Gegen „Klopfen“ können Gegenstände (wie Trommeln) helfen, durch die sich Menschen mit Demenz eine Information verschaffen können (Schaade 2009:81). „Beißt“ ein Betroffener, sollte der Arzt die Medikation prüfen – außerdem können gezielte Berührungen helfen (:82). „Ausziehen“ kann in einem öffentlichen Raum problematisch werden. Hier kann Kleidung, die nur von hinten geöffnet und geschlossen werden kann, die Intimität schützen (:82).

## 5.5 Gegenstände

Oben genannte Gründe sprechen dafür, Gegenstände einzusetzen, die betastet werden können (Depping 2008:41). Werden Gegenstände in der Hand gewogen und befühlt, werden Erinnerungen wach (Schweitzer & Bruce 2010:64). Flohmärkte und Trödeläden bergen manche Schätze, die man für Menschen mit Demenz benutzen kann (Schweitzer & Bruce 2010:64). Mögliche Gegenstände zum Betasten sind Holzperlen, Perlen, Felle, Bürsten. Auch Samt, große Knöpfe, Fahrradklingel, Glöckchen und Quietscheentchen bieten Tasterlebnisse. Alte Stoffe und Tücher, die es früher gab – v.a. für Frauen – können viele Erinnerungen wecken (:70).

*Biblische Bezüge lassen sich leicht finden: Adam kleidete sich mit einem Fell. Anschließend tauchten immer wieder Stoffe auf, z.B. die Gewänder der Priester. Im Neuen Testament kann die Purpurhändlerin Lydia aus Mazedonien als Beispiel dienen (Apg 16).*

Eingesetzt werden kann eine „Tastwanne“ (Friese 2009:19). Eine Tastwanne ist eine Plastikschüssel mit Getreide, Laub, Stroh, Heu, Sand, Verpackungschips, Korkgranulat, Kastanien oder Eicheln (:77-78). Darin können Gegenstände versteckt werden, die gesucht werden müssen. Auch können Gegenstandspaare verwendet werden: Das eine Teil wird gezeigt, das andere Teil soll tastend gesucht werden. Wehner & Schwinghammer (2009:25) berichten, wie ein ehemaliger General in einer Sandwanne arbeitete und dabei von früheren Erlebnissen erzählte. *Viele Gegenstände kommen auch in biblischen Geschichten vor, z.B. eine Münze oder ein Schlüssel.*

Eine weitere Hilfe sind „Nesteldecken“ (Schaade 2009:56). Diese doppelseitig gearbeiteten Decken besitzen mehrere Öffnungen für die Hände. So können verschiedene Stoffe der Decke ertastet werden. Es können aber auch Gegenstände eingelegt werden oder es können sich Hände darin begegnen.

Selber hergestellt werden können Knetbälle, indem man einen Luftballon mit Hilfe eines Trichters mit etwa 125 g Kichererbsen oder normalen Erbsen prall füllt (Friese 2009:80). Anschließend wird ein zweiter Ballon zum Abdichten darüber gezogen. Um zusätzlich noch den Sehsinn zu aktivieren, kann der Ball mit einem lachenden Gesicht bemalt und mit Wollhaaren versehen werden (:80). *Mit verschiedenen Bällen können auch*

*biblische Geschichten erzählt werden. Die Bälle bringen dabei verschiedene Emotionen zum Ausdruck.*

Depping empfiehlt, Erinnerungsstücke einzusetzen: Gegenstände, die aus der persönlichen Lebensgeschichte des Menschen stammen und wieder erkannt werden (Depping 2008:41). Als Beispiel erwähnt er „Spielzeug aus der Kinderzeit, ein altes Essbesteck, das alte Werkzeug des Schuhmachers, das alte Butterfass der Hausfrau“ (:41). Aus dem religiösen Bereich nennt er Familienbibel, Gesangbuch, Trauring, Kreuz, geschnitzte betende Hände, Taufkleid und Kniekissen (:41). Sind Gegenstände im Altenheim nicht mehr vorhanden, empfehlen sich Ersatzstücke (:41). *In der Advents- und Weihnachtszeit wurden handgeschnitzte Krippenfiguren aus Olivenholz von den Bewohnern gut angenommen.*

Depping empfiehlt naturgetreu nachgebildete Haus- und Hoftiere, sowie die Nachbildung einer Kirche (Depping 2008:41). Als taktile Gegenstände besonderer Art nennt Depping „Übergangsobjekte“ (:42): Dies sind Objekte, mit denen kleine Kinder die Abwesenheit der Mutter bewältigen – „Stofftiere, Stoffpuppen, Schmusedecken“ (:42). Auch demente Menschen lieben solche Gegenstände (Dette 1991:81f; Klessmann 2006:104ff).<sup>165</sup>

*Frau B.X. (83 Jahre, Phase III, 6.9.2012) besitzt eine Puppe, die sie oft wie ein Baby im Arm wiegt und der sie gelegentlich auch in ihrer eigenen Sprache etwas erzählt. Schafe aus Plüsch können ebenfalls gut eingesetzt werden: Damit können biblische Inhalte wie der Psalm 23 oder Jesu Erzählung vom verlorenen Schaf im wörtlichen Sinn „begreifbar“ gemacht werden.*

Betroffene können mit Tastsäckchen aktiviert werden (Frieze 2009:75). In kleinen Stoffsäcken, Waschlappen oder Waschhandschuhen befinden sich Gegenstände zum Tasten. Dies können Schwämme, Murmeln, Kastanien oder Tannenzapfen sein. Auch Samt, Seide oder Fell eignen sich, um in Säckchen ertastet zu werden.

Als Begegnungsöffner kann auch eine „sensory box“ dienen: Ein Behälter mit tastbaren Gegenständen wie Muscheln, Steinen oder Schaffell soll den Betroffenen durch seinen Fühlsinn abholen (O`Connor 1992).<sup>166</sup> Diese Box soll einen dreifachen Nutzen haben: Erstens will sie Betroffenen helfen, die von Gott gegebenen Sinne auch nonverbal zu benutzen. Auch soll sie zweitens helfen, eine Beziehung zwischen dem Seelsorger und dem Menschen mit Demenz aufzubauen. Schließlich sollen die Gegenstände drittens zu Instrumenten werden, mit denen Betroffene ihre Geschichte im Lebensrückblick erzählen

---

<sup>165</sup> Beim Einsatz von solchen Gegenständen empfiehlt Depping ein umsichtiges Vorgehen (Depping 2008:42): Gelegentlich kann es vorkommen, dass der Einsatz als albern oder kindisch empfunden wird (Wollschläger, P. in Klessmann 2006:180ff).

<sup>166</sup> Auch schlägt O`Connor (1992) weitere Gegenstände für diese „sensory box“ vor, die die anderen Sinne ansprechen – etwa Parfum für den Geruchssinn, ein Rekorder mit Musik für den Hörsinn und Fotos für den Sehsinn.

können (:11). Daran anknüpfend kann eine zweite Box mit spezifisch christlichen Symbolen wie Bibel oder Gebeten zusammengestellt werden (:11).

## 5.6 Berühren

Betroffene sehnen sich nach körperlicher Zuwendung (Wehner & Schwinghammer 2009:7). Wurde das Bedürfnis nach Hautkontakt in der Kindheit durch die Eltern und im Erwachsenenleben durch den Partner gestillt, wird dieses Bedürfnis nun nicht mehr erfüllt (:7). Wendet man sich Menschen mit Demenz zu, werden sie zufrieden und ausgeglichen (:7). *Beim Bibelkreis zwischen Pfingsten und Trinitatis (Beobachtungsszene B) kamen die aufgeregten Bewohner zur Ruhe, als ihnen die Hand aufgelegt wurde.* Zu beachten ist, dass die Berührungen achtsam, sensibel, herzlich und gefühlvoll sind (Wehner & Schwinghammer 2009:10). Begegnet man Menschen mit Demenz, trägt dies dazu bei, dass sie ein positives Selbstbild erhalten (:11). Diese Begegnung soll wiederholt geschehen, indem man sich emotional zuwendet, verbal und nonverbal kommuniziert, ungeteilt aufmerksam ist – und eben Betroffene auch berührt (:10).

Betroffene können an Armen und Schultern mit einem Igelball in leichten Roll- und Kreisbewegungen massiert werden (Friese 2009:78-79). Auch kann zur selbstständigen Hand- und Fingermassage mit dem Igelball angeleitet werden (:79): Drehen, drücken und kneten stärkt die Handmuskulatur, mobilisiert die Nerven und regt die Durchblutung an (:79).

Beim Gebet mit Menschen mit Demenz empfiehlt Depping, körperliche Nähe zum Betroffenen zu suchen und evtl. die gefalteten Hände zu umfassen (Depping 2008:50).

*Beim achtsamen Gebet mit Frau X.B. (Beobachtungsszene C) wurde dies ausprobiert. Die gefalteten Hände von Frau X.B, umfasste ich mit meiner linken Hand.<sup>167</sup> Sie wirkte weniger konzentriert (die Mimik und Gestik war verkrampfter), wenn ihr dabei die Hände nicht gehalten wurden (Nr. 11, 45, 83, 86). Sie sprach an solchen Tagen auch keine Beziehungswörter wie „unser“ oder „dein“ mit.*

Brown prägte den Begriff der „nährenden Berührung“ (1988:135ff). Depping wendet diesen Begriff auf die Arbeit mit Menschen mit Demenz an (Depping 2008:74). Kennzeichnend für diese nährnde Berührung ist, dass der Betroffene „mit der Hand ohne Bewegung und ohne Druck, langsam und nahezu passiv berührt wird“ (:74): Dabei werden die Hände sanft auf verschiedene Körperregionen wie Hände, Füße, Schädel, Hinterkopf, Nacken oder Schultern aufgelegt. Brooks weist darauf hin, dass es dabei nicht um streicheln, kraulen oder tätscheln geht, sondern um den einfachen physischen Kontakt (2005:97ff) Werden die Hände aufgelegt, soll dadurch lediglich Nähe erfahren werden:

---

<sup>167</sup> Meine rechte Hand benötigte ich, um damit zu notieren, welche Worte Frau X.B. mitbetete.

Wie ein Kind auf den Armen seiner Mutter empfindet der Betroffene auf diese Weise Liebe (Depping 2008:75).

Gerade für Menschen mit Demenz ist Zärtlichkeit wichtig, die durch Berührung erlebt wird (Grond 2005:128ff). Legt man die Hand auf, wird Wärme übertragen. Stützt man mit der Hand, bedeutet dies Zärtlichkeit (Depping 2008:75). „Wer nicht berührt wird, fühlt sich nicht mehr liebenswert“ (Grond 2005:129). An diesem Punkt ist üblicherweise für den Seelsorger die Grenze erreicht: Mehr tun können hier noch pflegende Angehörige oder professionell Pflegende – sie haben einen „erweiterten Zugang zum Körper“ (Depping 2008:75).

Segenshandlungen wie die Handauflegung können bei Betroffenen Kindheitserinnerungen wecken (Plote & Tholen 2011:13). „Eine Handauflegung beim Segen, das Anfassen der Hände beim Schlusslied oder auch das Mitklatschen bei einem Lied mag auch beim religiös wenig geprägten Mensch Vertrautes wachrufen“ (:12). Andere hilfreiche Gesten bestehen darin, einander die Hand zu geben, dem Sitznachbar die Hand zu drücken, oder die Hand oder Wange zu streicheln (:13).

Während man in beginnenden Phasen mit Berührungen eher vorsichtig sein sollte, da diese von Betroffenen falsch aufgefasst werden können, nimmt im weiteren Verlauf der Demenz das Bedürfnis nach körperlicher Nähe zu (Fischer 2006:218). In der letzten Phase einer Demenz und in der Sterbephase ist das Bedürfnis nach Berührung und Wärme besonders stark (Grond 2006:3.6.3). Sterbende erfüllen bis zuletzt die Körpersprache ihres Begleiters (1999:14). Selbst über den Tod hinaus werden solche Berührungen noch wahrgenommen. Noch zehn Minuten nach dem klinischen Tod sind die wahrgenommenen Berührungen im Zwischengehirn gespeichert (2005:94).

## 5.7. Kuscheln und Fühlen mit Tieren

Therapie-Hunde wirken sich meist positiv auf den Allgemeinzustand Betroffener aus (Friese 2009:81; Urban 2009:191). Es kann sogar sein, dass der Blutdruck gesenkt, Stress abgebaut und Depressionen vermieden werden (Friese 2009:81). Hunde können Betroffene motivieren (Urban 2009:192): Bettlägerige setzten sich gelegentlich plötzlich auf, wenn sie einen Hund besser streicheln können. Menschen, die sprachlich eingeschränkt sind oder sich wegen einer Demenz zurückziehen, öffnen sich eher vor einem Hund als vor anderen Menschen (:193). Hunde spiegeln das Befinden von Menschen mit Demenz – dadurch fühlen sich Betroffene ernst genommen (Friese 2009:81).

*Frau I.X. (90 Jahre, Phase III) äußerte sich verbal nur noch an einzelnen Tagen. Oft passten ihre Äußerungen nicht ganz in den Alltag. Als ein kleiner Hund zu Besuch war, rief Frau I.X plötzlich ganz begeistert: „Ei, guck mal. Ein Hamster!“ (26.10.2010). Zu beachten sind evtl. Allergien der Bewohner auf Tierhaare (Friese 2009:81). Sind Tiere nicht ausgebildet, können sie auch Schaden anrichten. So haben Hunde bereits*

*das Essen von Bewohnern aufgegessen. Auch können Hunde selber Schaden leiden. Ein vom Personal mitgebrachter Hund hat versehentlich die Tablette eines Heimbewohners gefressen. Da es sich um ein Medikament handelte, das zu einer erhöhten Urinausscheidung führt, zeigten sich bald entsprechende Folgen im Wohnbereich.*

Auch andere Tiere wie Katzen oder Kaninchen können mit entsprechender Ausbildung therapeutisch eingesetzt werden (Friese 2009:82). Alternativ sind auch Kuschtiere einsetzbar (:78). Betroffene können sie in den Armen halten und mit ihnen kuscheln. Es sollten sich keine Kleinteile lösen, die Druckstellen verursachen oder verschluckt werden können.

## **5.8 Bewegung und Gymnastik**

Neben der erwähnten Gefahr von Wunden und Druckstellen sind alte Menschen verstärkt von einer Lungenentzündung bedroht. Kleine gymnastische Einlagen in einer Kleingruppe tragen ihren Teil zur Vorbeugung bei. Dies kann auch mit einer Geschichte verknüpft werden. Geht es um den großen Goliath, strecken alle ihre Arme nach oben. Kommt der verlorene Sohn nach Hause zurück, seufzen alle zusammen erleichtert auf und atmen dann gleich noch mal tief ein.

Mit einem Luftballon mit aufgemaltem Lachgesicht können Werf- und Fangübungen gemacht werden (Friese 2009:90). Ein Taschentuch kann auseinander und zusammen gefaltet werden (:90-91). Man kann mit einem Taschentuch auch winken, es hoch werfen und auffangen. Es kann auch von einem Bewohner an den nächsten weitergegeben werden, bis es eine Runde im Stuhlkreis durchlaufen hat.

Eine originelle Idee ist ein „Bewegungswürfel“ (Friese 2009:92). Jeder Bewohner darf würfeln. Je nach Zahl soll eine andere Übung durchgeführt werden. Dazu kann zunächst eine biblische Geschichte erzählt werden. Verknüpft mit dem Erlebnis des verlorenen Sohnes könnte dies folgendermaßen ablaufen: Der Sohn ärgert sich – wir boxen in die Luft. Er geht von zu Hause fort – alle machen mit den Armen Gehbewegungen. Er freut sich auf ein abenteuerliches Leben in der Fremde – die Teilnehmer reiben sich die Hände. Schließlich kommt der Sohn sich verloren vor und beschließt, wieder nach Hause zu gehen – wir klatschen gemeinsam in die Hände. Der Vater freut sich – alle zusammen winken. Es steigt eine riesige Party, die Mutter kocht schon mal was – gemeinsam machen alle Rührbewegungen mit den Fäusten. Nun könnte man jeder Bewegung eine Zahl auf einem Würfel zuordnen: (1) In die Luft boxen, (2) Gehbewegungen mit den Armen machen, (3) die Hände reiben, (4) klatschen, (5) winken und (6) mit den Fäusten Rührbewegungen machen. Im weiteren Verlauf der Kleingruppe kann immer wieder gewürfelt werden. Es wird die zugehörige Bewegung durchgeführt. Anschließend wird jeweils noch einmal kurz der entsprechende Teil der Geschichte wiederholt.

Auch Übungen mit einem Ball bereiten Menschen mit Demenz eine Freude (Schaade 2009:54): Bei beginnender Demenz können Betroffene Bälle noch gut werfen oder fangen. Je mehr die Demenz fortschreitet, umso schwerer fällt es ihnen. Um Betroffenen ein Erfolgserlebnis zu geben, kann ihre Hand geführt werden (:54). *Solche gymnastischen Übungen können gut in jede Kleingruppe eingebaut werden (z.B. Beobachtungsszene B).*

## 5.9 Atmung

Speziell um einer Lungenentzündung vorzubeugen, können Atemübungen eingebaut werden. Auch bei diesen Übungen können sich Betroffene selber spüren. Bei einer Seifenblasenübung sollen die Teilnehmer möglichst grosse Seifenblasen herstellen (Friese 2009:90). Auch Atemgemeinschaft kann Begleitung sein. Kommunikation über den Atemrhythmus ist für altersverwirrte Menschen empfehlenswert, die sonst kaum noch zu erreichen sind (Grond 2003:168-169; Nydahl & Bartoszek 2012:56). Man fühlt sich in den Atemrhythmus ein, atmet im gleichen Rhythmus mit und atmet immer wieder zwei- bis dreimal hörbar aus (Depping 2008:81). *Beim Segnen und Handauflegen (Beobachtungsszene B) wäre es auch denkbar gewesen, im gemeinsamen Rhythmus zu atmen.*

## 6 Musik spricht mehrere Sinne an

Die Sinne stehen zueinander in Wechselwirkung und die Eindrücke bilden gemeinsam eine Einheit (Schönhammer 2009:221). Verschiedene Areale des Gehirns tauschen sich dazu aus (:222). So sind Bereiche des visuellen Kortex aktiv, wenn Blinde Braille-Schrift ertasten (:223). Musik spricht nicht nur den Hörsinn an. Der Rhythmus ist fühlbar. Die Stimmung, die die Musik verbreitet, ist sichtbar.

Zwei Arten der Musiktherapie sind zu unterscheiden: Die *rezeptive* Musiktherapie wirkt als von außen kommendes Medium auf innere Vorstellungen des Menschen, während bei der *aktiven* Musiktherapie die Bewegung von innen nach außen geht (Latz 1991:101). Auch wird Musik auf nichtsprachlicher Ebene erlebt (Hamberger 2002:7; MDS 2009:143).

Menschen mit Demenz können vor allem über den Rhythmus einbezogen werden (Schaade 2009:97). Rhythmusinstrumente wie Schellen, Klangstäbe oder Rumberasseln sind dafür geeignet (:97). In späteren Phasen müssen Betroffene zunehmend unterstützt werden, indem z.B. ihre Hand geführt wird (:97). Um Menschen mit Demenz aktiv mitmachen zu lassen, kann man ihnen ein Instrument in die Hand geben, z.B. ein einfaches Rhythmusinstrument (Friese 2009:15). Dies kann auch selber gebastelt werden, z.B. indem man leere Brauseröhrchen oder sonstige Döschen mit Reis, Sand oder Kieselsteinen füllt. Der Gleichgewichtssinn kann verbessert werden, wenn man sich

im Takt zu den Liedern bewegt (Schaade 2009:55). Betroffene können dazu angeregt werden, indem man ihnen die Bewegung vormacht. Auch können sie in den Arm genommen und dabei in den Rhythmus hinein genommen werden.

Der Kirchenchor der Gemeinde kann angefragt werden, ob er nicht ein kleines Konzert im Altenheim anbieten möchte (Friese 2009:17).

*Leider sind Kirchen und Gemeinden zeitlich oft sehr ausgelastet. In Singen wurden fünf Gemeinden angefragt, ob sie mit einer kleinen Gruppe im Emil-Sräga-Haus ein kleines Konzert geben könnten. Alle diese Gemeinden hatten keine Zeit. Schließlich hat sich doch noch ein Frauenkreis gefunden, der inzwischen zum zweiten Mal ein kleines Konzert für die Bewohner gab. Die teilnehmenden Menschen mit Demenz waren begeistert, sogar als der Frauenkreis modernere Lieder sang, als die alten Menschen gewohnt waren.*

Im Verlauf einer Alzheimer-Demenz werden die musikalischen Areale des Gehirns erst viel später geschädigt als das Sprachzentrum (Bowlby 1993:155). „Musiktherapie ist auch bei fortgeschrittener Demenz im Endstadium einsetzbar“ (MDS 2009:143). Musik stiftet Identität und Gemeinschaft (Pavlicevic 1997:151). Depping hält sogar fest, bis zum Ende des Lebens funktioniere das limbische System, also das „Zentrum der Emotionen“ (2008:73). Darüber hinaus ist auch beim dementen Menschen das Gehör nach dem klinischen Tod noch 20 Sekunden aktiv (Grond 2005:204).

Im Rahmen der Therapie mit dementen Menschen haben Brörsen & van Nieuwenhuijzen (2004:155-156) angelehnt an Smeijsters (2000) fünf grundlegende Zugänge der Musik unterschieden und entsprechende Ziele zugeordnet.

- Stimulierend: Die Aufmerksamkeitsspanne wird verlängert und das Wandern verringert.
- Unterstützend: Angst vor Versagen und der Umgang mit Verlusten wird kompensiert.
- Lindernd: Körperliche und seelische Schmerzen werden verringert.
- Beruhigend: Depressive Stimmung wird verbessert, Ärger und Frustration vermieden.
- Wiederherstellend: Die soziale Integration wird verstärkt.

So wirkt sich Musik auf die Medikationsdosis aus, die der Betroffene aufgrund von Schlaflosigkeit, Depression oder Angst benötigt (Brörsen & van Nieuwenhuijzen 2004:177). Kirchenmusik kommt in der letzten Phase der Demenz eine ganz besondere Rolle zu: Kirchenmusik ist nährend und füllend (Depping 2008:78). Zudem gibt sie dem Hörer das Gefühl, dass Gott in seiner Nähe ist und ihn beschützt (Decker-Voigt 2000:185).

Solche Musik sollte verwendet werden, zu der Betroffene von ihrer Biographie her einen positiven Zugang haben. Ist der Musikgeschmack nicht bekannt, kann der Seelsorger darauf achten, wie sich Betroffene bei entsprechender Musik äußern, verhalten oder wie sich ihre Mimik und Gestik verändern (Friese 2009:14).

*Frau T.J. (86-87 Jahre, Phase III, 2012) war zeitlebens ein musikalischer Mensch. Inzwischen kann sie sich nicht mehr verbal äußern. In den Bibelkreis-Kleingruppen schläft sie bei verkündigenden und kreativen Elementen meist ein. Allerdings wacht sie auf, wenn wir gemeinsam singen oder Lieder von CD hören. Dann beginnt sie oftmals mitzusummen und häufig strahlt sie auch. Als Konsequenz wird in ihrer Bibelkreis-Kleingruppe vermehrt mit Liedern gearbeitet und Frau T.J. bekommt einen Sitzplatz in der Nähe der Musik.*

*Frau X.B. wirkte beim achtsamen Gebet (Beobachtungsszene C) entspannter, wenn im Hintergrund dezent klassische Musik lief (Nr. 51, 55, 62). Spielte dagegen ein Radiosender moderne Musik im Hintergrund, machte sie einen verkrampften Eindruck (Nr. 52). Bei klassischer Musik sprach sie zudem gehäuft Wendungen mit, die auf die transzendente Welt oder direkt auf Gott verwiesen („im Himmel“, „geheiligt werde dein Name“).*

*In der Beobachtungsszene B wurde Frau M.N. durch das gemeinsame Singen eines Liedes abgelenkt und wirkte danach beruhigt. Sie schimpfte nicht mehr weiter über Herrn H, wie sie das am Anfang getan hatte.*

Gerade alte Menschen kennen aus Kindheit und christlichem Unterricht noch viele geistliche Lieder. „Auch bei hirnrorganischen Schäden sind sie sehr oft noch abrufbar und wirken besonders auf der emotionalen Ebene“ (Depping 2008:47). Für Menschen mit Demenz empfehlen sich bekannte Lieder. Diese wirken durch ihre „Automatismen“ (Schaade 2009:119). Als allgemein bekannte Lieder nennt Depping (2008) nachfolgend aufgelistete Lieder. Da Depping auch auf die regional unterschiedliche Bekanntheit hinweist (:47), wurde im Emil-Sräga-Haus ausprobiert, welche Lieder wie bekannt sind. Dazu wurden jeweils nach den Bibelkreis-Kleingruppen und Gottesdiensten mit Menschen aller Demenzphasen Notizen gemacht.

## 6.1 Mehr oder weniger bekannte Lieder

Eine Reihe von Liedern konnte als *auswendig bekannt* eingestuft werden:

*Die meisten Teilnehmer der Bibelkreis-Kleingruppen kannten von diesen Liedern mehr als eine Strophe auswendig.*

- Lobe den Herren, den mächtigen König der Ehren (EG 317) (Depping 2008:47)
- Der Mond ist aufgegangen (EG 428) (:47)
- Nun danket alle Gott (EG 321) (:48)
- Nun danket all und bringet Ehr (EG 322) (:68)
- Ich singe dir mit Herz und Mund (EG 322) (:68)
- Befiehl du deine Wege (EG 361) (:68)
- Geh aus, mein Herz, und suche Freud (EG 503) (:48)
- Weißt du, wie viel Sternlein stehen (EG 511) (:48)
- Großer Gott, wir loben dich (EG 331) (:48)
- Gott ist gegenwärtig (EG 165) (:68)
- Macht hoch die Tür, die Tor macht weit (EG 1) (:112)
- Vom Himmel hoch, da komm ich her (EG 24) (:112)
- Es ist ein Ros entsprungen (EG 30) (:112)
- O du fröhliche (EG 44) (:112)
- Stille Nacht (EG 46) (:112)
- Wir pflügen und wir streuen (EG 508) (:113)

Andere Lieder können als *sehr bekannt* bezeichnet werden:

*Bei diesen Liedern war die erste Strophe auswendig bekannt.*

- O Heiland, rei die Himmel auf (EG 7) (Depping 2008:68)
- Befiehl du deine Wege (EG 361) (:48)
- Jesu geh voran auf der Lebensbahn (EG 391) (:69)
- Liebster Jesu, wir sind hier (EG 161) (:48)
- Lobet den Herren alle, die ihn ehren (EG 447) (:68)
- Sollt ich meinem Gott nicht singen (EG 325) (:68)
- Ein feste Burg ist unser Gott (EG 362) :48)
- So nimm denn meine Hände (EG 376) (:48)
- O Haupt voll Blut und Wunden (EG 85) (:112)
- Christus ist erstanden (EG 99) (:113)

Folgende Lieder sind *bekannt*:

*Von diesen Liedern wurden einzelne Worte oder Satzteile mitgesungen.*

- Jesu, geh voran auf der Lebensbahn (EG 391) (Depping 2008:47)
- Herr, dein Wort, die edle Gabe (EG 198) (:69)
- Jesus lebt, mit ihm auch ich (EG 115) (:48)
- Du meine Seele singe (EG 302) (:68)
- In dir ist Freude in allem Leide (EG 398) (:48)

Einige andere der von Depping vorgeschlagenen Lieder wurden hier nicht aufgenommen, weil die Heimbewohner sie nicht kannten. Es fällt auf, dass im Kirchenjahr verankerte Lieder sehr bekannt oder sogar auswendig bekannt sind. ber mehrere Strophen hinweg auswendig kennen die meisten Bewohner die Advents- und Weihnachtslieder „Macht hoch die Tür, die Tor macht weit“, „Vom Himmel hoch, da komm ich her“, „Es ist ein Ros entsprungen“, „O du fröhliche“, „Stille Nacht“. Auch die Passions- und Osterlieder „O Haupt voll Blut und Wunden“, „Christus ist erstanden“ oder „Jesus lebt, mit ihm auch ich“ sind sehr bekannt. Das zu Erntedank passende Lied „Wir pflügen und wir streuen“ erfreut sich so großer Beliebtheit, dass es ebenfalls auswendig bekannt ist.

Hilfreich sind auch Lieder, die in der Biographie des Betroffenen ihren Platz haben (Depping 2008:48). Evtl. ist es auch notwendig, die Lieder langsamer zu singen, damit der alte Mensch nachkommt (:48). Musik kann anregend aktivieren, vor allem Dur-Klänge, Dissonanzen und stark akzentuierte Rhythmen; sie kann aber auch beruhigen und entspannen, besonders durch Moll-Klänge, Konsonanzen und schwebende Rhythmen (Decker-Voigt 2000, Decker-Voigt 2008, Depping 2008:48). Musik kann Unruhezustände und Angst mindern (Stoppe & Mck 2007:55).

Eigens für alte Menschen wurde das Seniorenliederbuch herausgebracht (Stegmann 2011).

*Menschen mit Demenz haben mit Büchern jedoch Schwierigkeiten. Sie sind schnell überfordert, wenn sie ein ganzes Buch vor sich haben, können nicht umblättern oder reißen Seiten heraus. Gute Erfahrungen wurden in Bibelkreisen und Gottesdiensten mit Liedblttern gemacht. Die Blätter werden nur einseitig in großer Schrift bedruckt. In*

*der Regel werden nicht mehr als drei oder vier Strophen in großer Schrift auf eine DIN A 4-Seite passen. Vor dem Lied werden die Blätter an die Bewohner verteilt und danach wieder eingesammelt. Dies ermöglicht zudem einen zusätzlichen persönlichen Augen und Körperkontakt.*

## 6.2 Kleingruppen oder Gottesdienste mit Taizé-Liedern

Ein Beispiel für geeignete Musik für Menschen mit Demenz sind Taizé-Lieder. Die aus der Kommunität im französischen Burgund stammenden Gesänge sind kurz und wiederholen sich immer wieder: Dadurch sacken sie nach und nach in den Zuhörer (Lärm 2006:115). Selbst Demente in der letzten Phase können sich in diesen Gesängen zu Hause fühlen; ihre verbleibenden Sinne werden stimuliert (:116). Eine feste Liturgie, die aus immer gleichen Liedern und Gebeten besteht, kann auch über Jahre aufrechterhalten werden und schafft damit eine Kontinuität (:117). Durch entsprechende Rituale, wie Entzünden von Kerzen zu Beginn und Einreibungen mit Öl werden mehrere Sinne angesprochen (:117). Die Altenheimleiterin Mechthild Lärm, die mit ihren Mitarbeitern seit Jahren Taizé-Gebetsstunden gestaltet, kommt zu dem Fazit: „Es entsteht eine Verbindung zwischen Menschen, ob krank oder gesund, die ich in keiner anderen Situation kennen gelernt habe“ (:118). Zur Ergänzung der von außen einwirkenden Taizé-Lieder können Klangschalen mit einbezogen werden (Fröchtling 2008:334). Dadurch werden betroffene Menschen gefördert, innere emotionale Empfindungen auszudrücken.

Depping empfiehlt, während dem Summen oder Singen von Liedern dem Betroffenen die Hand auf den Rücken zu legen: So könne sich „der Rhythmus von Körper zu Körper fortschwingen“ (Depping 2008:74).

## 6.3 Musische Begleitung

Musik und Poesie, die zusammen die musische Begleitung ausmachen, kommen in Kirchenliedern zusammen (Depping 2008:67). Kirchenlieder als vertonte Gedichte sind häufig im Altgedächtnis von Menschen mit Demenz noch vorhanden (:67). Die Sprache aus Liedern bleibt länger erhalten als das übrige Sprachvermögen, Lieder werden noch gesungen, wenn sich Menschen mit Demenz ansonsten längst nicht mehr mündlich ausdrücken können (Feldmann 1992:57).

*Frau E.J. (87-88 Jahre, Phase II, 2012) kann sich z.B. längst nicht mehr adäquat ausdrücken. Ihre Konversation besteht aus Alltagsfloskeln und unverständlichen Lauten. Stimmt man bekannte Volks- oder Kirchenlieder an, kann sie den Text jedoch meist problemlos mitsingen.*

Selbst wenn ab dem mittleren Stadium das Verständnis für den Inhalt fehlt und Lieder nicht mehr gesungen werden können, wird doch die Melodie mitgesummt (Depping 2008:67; Götte & Lackmann 1997:131). Da Lieder ab Phase II der Demenz keine

Assoziationen mehr zu zusammenhängenden Ereignissen wecken, dienen sie vor allem der gefühlsmäßigen Begleitung (Depping 2008:67). Bis zum Tod und darüber hinaus ist der Mensch mit Demenz mit Musik zu erreichen: Das limbische System, das Zentrum des Emotionalen, ist bis zum Ende des irdischen Lebens aktiv – das Gehör erlischt sogar erst 20 Sekunden nach dem klinischen Tod (Grond 2005:204).

## **IV Beschenkt: Von Menschen mit Demenz lernen**

Nun wurde das gesamte Bild über „Demenz & Bibel: Seelsorge im Altenheim“ gemalt. Als Seelsorger und als Krankenpfleger war ich an diese Arbeit herangegangen. Als ein Mensch ohne Demenz habe ich Menschen mit Demenz begleitet.

### **1. Persönlicher Schluss**

Je mehr ich mich mit dem Thema und den Menschen auseinandersetze, ist mir bewusst geworden, dass auch ich Lernender und Hilfeempfänger bin. Menschen ohne Demenz können von Menschen mit Demenz viel lernen. Helfer können sich von Betroffenen beschenken lassen. Nachfolgend nur einige wenige Beispiele.

Menschen mit Demenz leben im Jetzt. Sie sind in eine Situation hinein geworfen und erleben ein bestimmtes Umfeld. Sie müssen dieses Umfeld deuten und sich damit arrangieren. Das Gestern und Morgen von Menschen mit Demenz löst sich im Heute auf. Für Betroffene werden elementare Bedürfnisse wie Essen, Trinken und Schlafen zentral. Diese Erfahrung hatte schon Elia gemacht, als er an das Ende seiner Kräfte gekommen war. Er setzte dann zunächst einmal Gottes ganz bodenständigen Ratschlag um – essen, trinken, schlafen (1Kö 19,4-10). Menschen mit Demenz lehren mich, mich auf die zentralen Dinge meines Lebens zu konzentrieren, nicht dem Gestern nachzuhängen oder vom Morgen zu träumen.

Im Laufe einer Demenz fallen alle Masken. Die Rollen und Zwänge, die unser gesellschaftliches Leben prägen, rücken in den Hintergrund. Einzelne Charakterzüge treten stärker hervor und mancher Betroffene wirkt wie eine unbeholfene Karikatur seiner selbst. Doch auch hier kann ich von Menschen mit Demenz lernen: Sie machen sich keine Gedanken mehr darüber, wie andere Menschen von ihnen denken. Sie sind echt. Betroffene sind ganz bei sich.

Wenn es stimmt, dass Weisheit das ist was bleibt, wenn alles Gelernte vergessen ist, sollten wir zu Menschen mit Demenz gehen. Sie können sich nicht mehr mit dem Verstand kontrollieren. Was bleibt, ist ihr Wesen und Grundzüge ihres erworbenen

Charakters. Jeder tut also sich selbst – und denen, die ihn später pflegen und betreuen – den größten Gefallen, wenn er zeitlebens in seinen Charakter investiert.

Menschen mit Demenz sind wertvoll – völlig unabhängig davon, was sie denken und leisten können. Wie oft neige ich dazu, meinen Wert davon abhängig zu machen, was ich leiste. Menschen mit Demenz lehren mich, dass ich unabhängig von aller Leistung wertvoll bin. Jeder Mensch ist wertvoll, weil Gott ihn so wunderbar geschaffen hat (Ps 139).

## 2. Fazit: Einen Schritt zurücktreten

Diese Masterarbeit wurde mit einem Bild verglichen. Nun ist die Zeit gekommen, um einen Schritt zurückzutreten und einen Blick auf das fertige Gemälde zu werfen. Wie sieht das Bild mit etwas Abstand aus? Wurde die Forschungsfrage beantwortet? Was habe ich selber durch diese Masterarbeit über das Thema gelernt? Welche Fragen sind offen geblieben? Sind in dieser Masterarbeit manche Aspekte vielleicht zu kurz gekommen? Wo lohnt es sich, weiter zu forschen?

Die Forschungsfrage zu dieser Arbeit lautete: *„Wie kann Menschen aller Demenzphasen in Kleingruppen im Altenheim die biblische Botschaft vermittelt werden?“* Menschen mit Demenz sind geistig eingeschränkt. Aber Betroffene können durch bestimmte Ressourcen erreicht werden. Dazu können Inhalte des Altgedächtnisses auf vielfältige Art angesprochen werden. Beispiele sind Verknüpfungen der biblischen Botschaft mit der Biographie, mit Scherzfragen oder Symbolen. Auch Speisen können geeignete Abholer sein – vor allem, wenn sie in der Biographie und der biblischen Botschaft verortet sind. Bei der Gestaltung von Kleingruppen mit Menschen mit Demenz ist unter anderem darauf zu achten, dass Betroffene trotz ihrer Einschränkungen geeignet sitzen. Unruhigen Menschen sollte man jederzeit die Hand halten können. Schwerhörigen Menschen hilft es, wenn sie den Redner gut sehen und hören. Die biblische Botschaft kann – Thurneysen und seinen Anhängern folgend – kerygmatisch verkündigt werden. Der Seelsorgebewegung folgend stehen Gespräch und Gegenüber stärker im Zentrum als die Bibel. Seelsorge für alle Sinne für Menschen mit Demenz vereinigt die positiven Effekte beider Herangehensweisen in sich. Der Betroffene wird mit seinen Einschränkungen wahrgenommen. Dabei bleibt man aber nicht stehen. Dem Menschen mit Demenz wird so begegnet, wie er es am besten verstehen kann: Durch die fünf Sinne. Sätze werden so formuliert, dass sie für Betroffene geeignet sind (z.B. kurze Sätze, keine Nebengedanken). Sichtbare Hilfsmittel werden einbezogen (z.B. alte Familienfotos). Ebenfalls können Gerüche eingesetzt werden (z.B. Milch und Honig für „das Land, in dem Milch und Honig fließt“). Durch geeignete Kostproben kann der Geschmackssinn angesprochen werden (z.B. kann Brot die Speisung durch Manna bei der

Wüstenwanderung verdeutlichen). Eine wichtige Ressource von Menschen mit Demenz ist der Tastsinn. Dieser kann aktiviert werden, indem sie Gegenstände abtasten (z.B. einen Igelball, der an Karfreitag die Stacheln der Dornenkrone verdeutlichen soll).

Bei meiner täglichen Arbeit merke ich, dass Theorie und Praxis nun stärker voneinander durchdrungen sind. Die Praxis ist reflektierter und die Theorie praktisch greifbarer geworden. Rein „technisch“ finde ich es eine hervorragende Methode, Menschen mit Demenz die Bibel über die fünf Sinne näher zu bringen. Die Gliederung in die fünf Sinne hat sich als eine einfache und praktisch einsetzbare Checkliste erwiesen. In der Auseinandersetzung mit Bibeltexten wird man sensibler dafür, welche Sinne durch einen konkreten Text angesprochen werden können: Wie wird der Text akustisch erlebbar? Finden sich in der Passage sichtbare Elemente, die man z.B. mit einem Symbol darstellen kann? Gibt es schmeckbare Elemente, die eingesetzt werden können? Wie kann der Tastsinn dem Text entsprechend angesprochen werden? Selbst der im Alter oft in Mitleidenschaft gezogene – und daher manchmal irreführende – Geruchssinn darf gelegentlich einbezogen werden. Inzwischen frage ich mich auch, wenn ich eine Predigt in einer Gemeinde halte, welche Sinne zusätzlich angesprochen werden können. Dabei ist festzustellen, dass auch bei Menschen ohne Demenz sinnliche Verstärkungen gut ankommen. Im Höhenflug des Forschens hatte ich zeitweise den Eindruck, einen neuen Ansatz für Menschen mit Demenz zu entwickeln. Mit etwas Abstand ist zu sagen, dass es bereits genügend geeignete Herangehensweisen gibt. Unter dieser Fülle von Ansätzen kann sicher jeder einen Weg finden, der zu ihm passt. Die Herangehensweise über die Sinne hat sich als die zu mir passende Methode gezeigt. Während der Forschung an der „technischen“ Seite ist mir aber auch bewusst geworden, dass das Thema noch wesentlich mehr Aspekte beinhaltet: Welchen Einfluss hat das Gebet? Wie wirkt der Heilige Geist? Welchen Einfluss hat das eigene geistliche Leben? Leider habe ich diese Aspekte in der letzten Abfassungsphase dieser Arbeit etwas vernachlässigt – und freue mich darauf, sie jetzt wieder neu zu beleben.

Mit dieser Masterarbeit möchte ich auch die Menschen ermutigen, die mit Betroffenen zu tun haben. Pfarrer und Seelsorger möchte ich dafür gewinnen, die Arbeit mit Menschen mit Demenz im Altenheim nicht als lästiges Muss zu sehen. Pflegekräfte, die in diesem Bereich tätig sind, sollen für ihre verantwortungs-, anspruchsvolle und wichtige Aufgabe motiviert werden. Aber auch Ehrenamtliche und potenzielle Ehrenamtliche sollen angespornt werden: Die Arbeit mit Menschen mit Demenz steckt voll mit kreativem Potenzial. Schön daran ist, dass jeder auf seine individuelle Art Betroffene begleiten kann.

Als methodische Anfrage an diese Arbeit ist nun noch einmal die Gefahr der Subjektivität zu erwähnen. Die Herangehensweise durch teilnehmende Beobachtung birgt sicher die Möglichkeit, dem Menschen näher zu kommen. Allerdings ist auch zu hinterfragen, ob man nicht dazu neigt, das zu beweisen, was man ohnehin beweisen

wollte. Inhaltlich ist weiter anzufragen, inwieweit Menschen mit Demenz trotz ihrer Krankheit einen Neuanfang mit Gott im Glauben erleben können. Praktisch würde sich die Frage stellen, inwieweit es möglich ist, mit Betroffenen, die offen für den christlichen Glauben sind, einen „Grundkurs des Glaubens“ durchzuführen. An die Gesellschaft und die Kirche ergeben sich ebenfalls Fragen. So wird sich die nächste Generation eines Tages fragen müssen, wie man in zwanzig Jahren biblische Inhalte weitergeben kann. Schließlich wird die folgende Generation auf weniger biblisches Grundwissen zurückgreifen können als die jetzige Altenheimgeneration. Zuletzt bleibt die Hoffnung, durch diese Arbeit Menschen mit Demenz ein wenig mehr ins Zentrum der Wahrnehmung gerückt zu haben.

### **3. Literaturtipps zum Weiterstudium**

Bereits in der Einleitung (1.6) wurde der Forschungsstand zum Thema entfaltet. Die Bibliographie bietet zahlreiche weitere hilfreiche Werke zur Thematik. In der Fülle der Titel wird es schwierig sein, rasch einen Überblick zu bekommen. Daher seien hier zum Schluss einige wenige Autoren hervorgehoben, die in den letzten Jahren noch einmal andere Aspekte des Themas beleuchtet haben.<sup>168</sup>

Über das Thema Demenz informieren Bauer (2010) und Förstl (2011a, 2011b). Speziell auf die Gegebenheiten in stationären Umfeldern, wie etwa Altenheimen, geht Newerla (2012) ein. Die Gottesdienstkultur im Altenheim beleuchtet Plieth (2012). Flemmer (2012) und Reuther (2010) sind neue Ratgeber für Angehörige von Menschen mit Demenz. Weitere wertvolle Impulse finden sich bei Panke-Kochinke (2013). Wie mit Demenz in der Zukunft gelebt werden kann, entfaltet Vollmar (2013). Auch ist Literatur zu verschiedenen Therapie- und Umgangsformen mit Demenz erschienen. So wurde eine Studie über die Biographiearbeit mit Medien und Filmen publiziert (Medebach 2011). Wie die Umwelt, speziell im Garten für Menschen mit Demenz, gestaltet werden kann, erklärt Föhn (2012). Bienstein & Fröhlich (2012a, 2012b) haben sich mit dem Thema „Essen als basale Stimulation“ beschäftigt. Zuletzt sei Wosch (2011) mit einem Beitrag zur Musiktherapie mit Menschen mit Demenz genannt.

---

<sup>168</sup> Die Auswahl beansprucht nicht, nur diese Autoren seien für das Weiterstudium geeignet.

## Bibliographie

- Abeln, R. & Kner, A. 1991. *Wie werde ich fertig mit meinem Alter*. 4. Aufl. Münsterschwarzach: Vier Türme.
- Abeln, R. & Kner, A. 1999. *Zu dir rufe ich, Herr: Gebete der Hoffnung im Alter*. Freiburg / Schweiz: Kanisius.
- Abramowski, C. 2004. Wenn ein Leben zu Ende geht: Zur Begleitung in Pflegeheimen. In: *Lilie, U. & Zwierlein, E. (Hg) Handbuch Integrierte Sterbebegleitung*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 359-366.
- Adams, J. E. 1983. *Grundlagen biblischer Lebensberatung: Beiträge zu einer Theologie der Seelsorge*. Gießen: Brunnen.
- Adams, J. E. 1988a. *Befreiende Seelsorge*. 5. Aufl. Gießen: Brunnen.
- Adams, J. E. 1988b. *Handbuch für Seelsorge*. 3. Aufl. Gießen: Brunnen.
- Adams, M. O. 1999. *Alzheimer's disease: Courage for those who care*. Cleveland: United Church Press.
- Adams, T. & Manthorpe, J. (Hg.) 2003. *Dementia care*. London: Arnold.
- Adler, G. 2011. Nicht-medikamentöse Hilfen für Menschen mit Demenz: Leitfaden für die Unterstützung und Beratung von Patienten und ihre Angehörigen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Affolderbach, M. 1989. *Gebete und Meditationen für Gruppen*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Agende für evangelisch-lutherische Kirchen und Gemeinden 2006. *Bd. 3: Dienst am Kranken*. 2. Aufl. Hannover: Lutherisches Verlagshaus.
- Ainlay, S.C. & Hunter, J.D. 1984. Religious Participation Among Older Mennonites. *Mennonite Quarterly Review*. 58, 70-79.
- Ainlay, S.C. & Smith, D.R. 1984. Aging and Religious Participation. *Journal of Gerontology*. 39, 357-363.
- Aland, K. 1968. *Synopsis Quattuor Evangeliorum: Locis parallelis evangeliorum apocryphorum et patrum adhibitis edidit*. 5. Aufl. Stuttgart: Württembergische Bibelanstalt.
- Aland, K. & Nestle, E. (Hg.) 1993. *Novum Testamentum Graece*. 27. revidierte Aufl. Stuttgart: Deutsche Bibelgesellschaft.
- Albertz, H. (Hg.) 1987. *Die zehn Gebote: Du sollst deinen Vater und deine Mutter ehren*. Eine Reihe mit Gedanken und Texten. Stuttgart: Radius.
- Albertz, H. 1991. *Am Ende des Weges: Nachdenken über das Alter*. München: Kindler.
- Albrecht, E., Orth, C. & Schmidt, H. 2002. *Hospizpraxis: Ein Leitfaden für Menschen, die Sterbenden helfen wollen*. 4. neubearb. Aufl. Freiburg i.Br.: Herder.
- Aldebert, H. 2005. Jenseits der Freiheit: Demenz verstehen, Verständnis entwickeln, Zusammenleben gestalten. *Arbeitshilfe für den evangelischen Religionsunterricht an Gymnasien. Bd. 132*. Erlangen: Gymnasialpädagogische Materialstelle der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern.
- Allemand, M. & Martin, M. 2007. Religiöse Ressourcen im Alter. In: Kunz, R. (Hg.) *Religiöse Begleitung im Alter: Religion als Thema der Gerontologie*. Zürich: Theologischer Verlag, 25-43.
- Allport, G. W. 1950. *The Individual and his Religion*. London: MacMillan Publishing Company.
- Allport, G. W. & Ross, J. M. 1967. Personal Religious Orientation and Prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*. 5, 432-443.
- Alter heißt Alzheimer. 2001 Die Lebenserwartung lässt sich steigern – der Geistesabbau nur hinauszögern. *Psychologie heute*. Nr.10, 52-53.

- Alzheimer-Ethik e.V. (Hg.) 2003. *Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen seelsorglich begleiten*. Hamm: Eigenverlag.
- Alzheimer-Europe (Hg.) 1999. *Handbuch der Betreuung und Pflege von Alzheimer-Patienten*. 2. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme.
- Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e.V. 2006. *Leben im Anderland: Informationen zu Alzheimer und anderen Demenzerkrankungen mit Schwerpunkten aus Baden-Württemberg*. 5. Aufl. Stuttgart: Barthel.
- Amann, A. (Hg.) 2000. *Kurswechsel für das Alter*. Wien: Böhlau.
- Améry, J. 1997. *Über das Altern*. Stuttgart: Klett.
- Andres, G., Bille, H. & Straub, F. 2000. *Alzheimer-Krankheit: Eine Krankheit verstehen und annehmen*. 2. aktualis. Aufl. Stuttgart: Fischer.
- Antonczyk, E. & Dommach, C. 2003. *Was ich bei der Begleitung kranker und sterbender Menschen wissen muss*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Appelkamp-Kragt, S. 2009. Am offenen Sarg. Pastoralpsychologische Aspekte zu Trauer und früher Trauerbegleitung. *Wege zum Menschen. Zeitschrift für Seelsorge und Beratung, heilendes und soziales Handeln*. Nr.1.
- Arbeiterwohlfahrt (AWO) 2007a. *Seniorenfamilie: Pflege der Zukunft in Singen, Freiburger Strasse*. Informationsblatt. Singen: Mattes.
- Arbeiterwohlfahrt (AWO) 2007b. *Seniorenfamilie: Pflege der Zukunft in Singen, Freiburger Strasse*. Informationsbroschüre.
- Arbeiterwohlfahrt (AWO) 2010. Emil-Sräga-Haus Singen am Hohentwiel. Online im Internet: URL: <http://seniorenfamilie.awo-konstanz.de> [30.1.2014].
- Arbeitsstelle für Gottesdienst und Kindergottesdienst der Evangelischen Kirche im Rheinland (Hg.) 1998. *Das ewig Licht scheint da hinein: Rituale für kranke, alte und sterbende Menschen*. Düsseldorf: Breklum.
- Ariès, P. 1984. *Geschichte des Todes*. München: DTV.
- Arndorfer, R. & Zsifkovic, M. 2009. Gestorben und vergessen: Wir gedenken der Verstorbenen des vergangenen Jahres. In: Kojer, M. (Hg.) *Alt, krank und verwirrt: Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie*. 3. Aufl. Freiburg i. Br.: Lambertus, 346-349.
- Assmann, A. & Harth, D. (Hg.) 1991. *Mnemosyne, Formen und Funktionen der kulturellen Erinnerung*. Frankfurt a.M.: Fischer Wissenschaft.
- Assmann, J. 1991. Die Katastrophe des Vergessens: Das Deuteronomium als Paradigma kultureller Mnemotechnik. In: *Mnemosyne, Formen und Funktionen der kulturellen Erinnerung*. Frankfurt a.M.: Fischer Wissenschaft, 337-355.
- Auer, A. 1996. *Geglücktes Altern: Eine theologisch-ethische Ermutigung*. 4. Aufl. Freiburg i. Br.: Herder.
- Bach, U. 1996. Siehe um Trost war mir sehr bange. *Wege zum Menschen*. 48. Jg., 410-422.
- Backes, G.M. 1997. *Alter(n) als gesellschaftliches Problem: Zur Vergesellschaftung des Alter(n)s im Kontext der Modernisierung*. Opladen: Leske + Budrich.
- Backes, G.M. & Clemens, W. (Hg.) 2002. *Zukunft der Soziologie des Alter(n)s*. Opladen: Leske + Budrich.
- Backes, G.M., Clemens, W. & Künemund, H. (Hg.) 2004. *Lebensformen und Lebensführung im Alter*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Backes, G.M. & Clemens, W. 2003. *Lebensphase Alter: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung*. 2. Aufl. Weinheim: Juventa.
- Baldermann, I. 1993. *Wer hört mein Weinen: Kinder entdecken sich selbst in den Psalmen*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener.
- Baldermann, I. 1994. *Ich werde nicht sterben, sondern leben: Die Psalmen als Gebrauchstexte*. 2. Aufl. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener.
- Balling, A.L. 1993. *Reife Ähren neigen sich. Vom Herbst des Lebens: Älterwerden macht Freude. Tips und Ratschläge nicht nur für Senioren*. 2. Aufl. Reimlingen: Missionsverlag Mariannhill Würzburg.
- Baltes, M. M. u.a. 1983. Die Mikroökologie von Bewohnern und Personal. Eine Behavior-Mapping-Studie im Altenheim. *Zeitschrift für Gerontologie*. 16, 18-26.
- Baltes, M.M., Kohli, M. & Sames, K. (Hg.) 1989. *Erfolgreiches Altern: Bedingungen und Variationen*. Bern: Hans Huber.
- Baltes, M.M. & Leo, M. (Hg.) 1996. *Produktives Leben im Alter*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. 1992. Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. *Baltes & Mittelstraß*, 1-34.
- Baltes, P.B. & Mittelstraß, J. (Hg.) 1992. *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*. Akademie der Wissenschaften zu Berlin. Berlin: Walter de Gruyter.
- Baltes, P.B. (Hg.) 1999. *Die Berliner Altersstudie (BASE): Das höhere Alter in interdisziplinärer Perspektive*. Berlin: Frankfurt a.M.: Lang.

- Baltes, P.B., Mittelstraß, J. & Staudinger, U.M. (Hg.) 1994. *Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie*. Sonderausgabe des 5. Forschungsberichts der Akademie der Wissenschaften zu Berlin von 1992. Berlin: de Gruyter.
- Bärenz, R. 1983. *Die Trauernden trösten: Für eine zeitgemäße Trauerpastorale*. München: Kösel.
- Barley, N. 1998. *Tanz ums Grab*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Barmer Gesundheitsexperten (BGEK) 2011. Demenz geht alle an: Alarmierende Ergebnisse aus dem Pflegereport 2010. *Das Magazin für Versicherte der Barmer GEK Nr. 1*, 34-35.
- Barnwell, B.O. 2004. Auge. *GBL*, 141.
- Barnwell, B.O. 2004. Ohr. *GBL*, 1084-1085.
- Bauer, A. & Schenk, W. (Hg.) 2003. *Mein Herz denkt an dein Wort: Gottesdienste mit alten und kranken Menschen*. Ostfildern: Schwaben.
- Bauer, J. 2008. *Prinzip Menschlichkeit*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Bauer, J. 2010. *Das Gedächtnis des Körpers*. München: Piper.
- Bauer, W. 1988. *Wörterbuch zum Neuen Testament*. 6. Aufl. Berlin: Walter de Gruyter.
- Bauer-Söllner, B. 2013. Düfte und Erinnerungsfreuden für Menschen mit Demenz. Online im Internet: URL: [http://www.alzheimer-bw.de/fileadmin/AGBW\\_Medien/Dokumente/Nachlesen/2009/090708%20Heike%20Degen-Hientz%20Düfte.pdf](http://www.alzheimer-bw.de/fileadmin/AGBW_Medien/Dokumente/Nachlesen/2009/090708%20Heike%20Degen-Hientz%20Düfte.pdf) [30.1.2014].
- Baumgartner, I. (Hg.) 1990. *Handbuch der Pastoralpsychologie. Einführung in die Praxis heilender Seelsorge*. Regensburg: Pustet.
- Baumgartner, K. 1990. Beichtgespräch und beratendes / geistliches Gespräch. In: Baumgartner, K. & Müller, W. (Hg.) *Beraten und begleiten: Handbuch für das seelsorgerliche Gespräch*. Freiburg: Herder, 116.
- Baumgartner, K. 2000. Alte Menschen. In: Haslinger, H. u.a. (Hg.) *Handbuch Praktische Theologie. Bd. 2: Durchführungen*. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag, 61-72.
- Baumgartner, K. & Müller, W. (Hg.) 1990. *Beraten und begleiten: Handbuch für das seelsorgerliche Gespräch*. Freiburg: Herder.
- Baumotte, M. 1989. *Du sollst getröstet werden*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Bäurle, P. 2005. Multikulti im Altenheim. *Psychologie heute*. Nr.4, 52-55.
- Bausewein, C., Roller, S. & Volz, R. (Hg.) 2010. *Leitfaden Palliativmedizin: Palliative Care*. Elsevier: Urban & Fischer.
- Bayen, U. & Hacker, W. 2005. Was geschieht mit dem Gedächtnis wenn wir älter werden. *Psychologie heute*. Nr.8, 30-34.
- Bayer, H. 2005. *Wie lange ist eigentlich nie mehr: Den Alltag menschlich gestalten*. In: Smeding, R.M. & Heidkönig, Wilp, M. (Hg.) *Trauer erschließen: Eine Tafel der Gezeiten*. Wuppertal: Hospiz, 181-188.
- Beauvoir, S. de 1982: *Das Alter: Ein Essay*. Reinbek: Rowolth.
- Becher, W. (Hg.) 1976. *Seelsorgeausbildung: Theorien, Methoden, Modelle*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Beck, U. (Hg.) 1997. *Kinder der Freiheit*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Beck, J.L. 2006. Ich stehe unter Gottes Schutz: Religion in der Begleitung alter Menschen. In: Kobler von Komorowski, S. & Schmidt, H. (Hg.) *Seelsorge im Alter: Herausforderungen für den Pflegealltag*. 2. Aufl. Diakoniewissenschaftliches Institut. Bd. 24. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, 77-92.
- Becker, D. 2006. *Die Rede vom Menschen als Beziehungswesen und ihre Bedeutung im Kontext Demenz*. In: Bolle, G.-F. (Hg.) *Komm mal mit: Demenz als theologische und kirchliche Herausforderung*. Glaubenszeugnisse unserer Zeit. Bd. 5. Wittingen: Erev Rav, 42-49.
- Becker, E. 1993. *Die Überwindung der Todesfurcht*. Berlin: Walter.
- Becker, K.F. u.a. 1978. *Kirche und ältere Generation*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Becker, K.F. & Thiele, F.K. 2000. *Alter und Glaube*. Holzgerlingen: Hänssler.
- Bejick, U. 2000. Der essbare Gott: Zur Spiritualität des Essens und Trinkens in der Altenheimseelsorge. *Evangelische Impulse* Nr.1, 29-32.
- Bejick, U. 2006. Seelsorge mit dementen Menschen als gemeinsamer spiritueller Weg. In: Kobler von Komorowski, S. & Schmidt, H. (Hg.) *Seelsorge im Alter: Herausforderungen für den Pflegealltag*. 2. Aufl. Diakoniewissenschaftliches Institut. Bd. 24. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, 118-122.
- Bell, D. & Fermor, G. (Hg.) 2009. *Seelsorge heute: Aktuelle Perspektiven aus Theorie und Praxis*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener.
- Bellinger, A. & Krieger, D.J. (Hg.) 1998. *Ritualtheorien: Ein einführendes Handbuch*. Opladen: Westdeutscher.
- Belwe, A. 2009. Die Zukunft des Sterbens: Wo und wie werden wir ewig ruhen. *Psychologie heute*. Nr.1, 36-39.
- Ben-Chorin, S. 1979. *Die Tafeln des Bundes: Das Zehnwort vom Sinai*. Tübingen: Mohr.

- Ben-Chorin, S. 1986. *Bruder Jesus: Der Nazarener in jüdischer Sicht*. 9. Aufl. München: dtv.
- Berg, H.K. 1991. *Ein Wort wie Feuer: Wege lebendiger Bibelauslegung*. München: Calwer.
- Berger, G. & Gerngross, G. 1994. *Die neu gewonnene Freiheit: Vier Modelle für erfolgreiches Altern*. Stuttgart: Kreuz.
- Berghoff, I. 1999. *Förderpflege mit Dementen: Das Selbst-Erhaltungs-Therapie-Konzept (SET)*. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Berlé, M.A. 1992. *Ich bin hier zu Haus: Mein Leben im Altenheim*. Stuttgart: Quell.
- Bernard, H.R. 1994. *Research methods in anthropology: qualitative and quantitative approaches*. 2. Aufl. Walnut Creek, CA: AltaMira Press.
- Bernard, H.R. (Hg.) 1998. *Handbook of methods in cultural anthropology*. Walnut Creek: AltaMira Press.
- Berry, C.-R.. 1993. *Die Erlöserfalle: Lust und Frust der Helfer-Typen*. Düsseldorf: Econ-Taschenbuch.
- Berufsverband der Augenärzte in Deutschland e.V. (BVA) (Hg.) 2008. *Augenärzte informieren: Bindehautentzündung (Konjunktivitis)*. Online im Internet: URL: <http://cms.augeninfo.de/hauptmenu/augenheilkunde/augenerkrankungen/entzuendungen-des-auges/bindehautentzuendung-konjunktivitis.html> [30.1.2014].
- Betz, O. 1986. *Worte zum Abschied*. Freiburg i.Br.: Herder.
- Betz, R. (Hg.) 1996. *Wer älter wird sieht tiefer*. München: Neue Stadt.
- Beubler, E. 2006. *Kompendium der medikamentösen Schmerztherapie*. Wien: Springer.
- Bevölkerung Deutschlands bis 2050* 2006. 11. koordinierte Bevölkerungsberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Beyreuther, K. (Hg.) 2002. *Demenzen: Grundlagen und Klinik*. Stuttgart: Thieme.
- Bianci, E.C. 1993. *Mit den Jahren gehen: Ein Wegbegleiter für ein schöpferisches Älterwerden*. Frankfurt: Fischer Taschenbuch.
- Bible works 2011. *Software zur Bibel. Version 9*.
- Bickel, H. 2005. Epidemiologie und Gesundheitsökonomie. In: Wallesch, C.W. & Förstl, H. (Hg.) *Demenzen. Referenzreihe Neurologie*. Stuttgart: Thieme, 1-15.
- Bickel, L. & Tausch-Flammer, D. 2000. *Wenn ein Mensch gestorben ist: Würdiger Umgang mit dem Toten*. Freiburg i.Br.: Herder.
- Bickel, L. & Tausch-Flammer, D. 2006. *Jeder Tag ist kostbar: Endlichkeit erfahren. Intensiver leben*. Freiburg i.Br.: Herder.
- Biedermann, M. 2011. *Essen als basale Stimulation*. 3. überarb. Aufl. Hannover: Vincentz.
- Biedermann, M. & Hoffmann, A. 2005. *Der Heimkoch: Esskultur im Heim*. Hannover: Vincentz Network.
- Bienstein, C. & Fröhlich, A. 2012a. *Basale Stimulation: Die Grundlagen*. Düsseldorf: Kallmeyer.
- Bienstein, C. & Fröhlich, A. 2012b. *Basale Stimulation in der Pflege*. 7. korr. und überarb. Aufl. Düsseldorf: Selbstbestimmtes Leben.
- Bieritz, K.-H. 1987. *Das Kirchenjahr: Feste, Gedenk- und Feiertage in Geschichte und Gegenwart*. München: C.H. Beck.
- Bieritz, K.-H. 1995. Das Kirchenjahr. In: Schmidt-Lauber, H.C. & Bieritz, K.-H. *Handbuch der Liturgik: Liturgiewissenschaft in Theologie und Praxis der Kirche*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht., 453-489.
- Bierlein, K.H. 1994. *Lebensbilanz: Krisen des Älterwerdens meistern: Kreativ auf das Leben zurückblicken. Zukunftspotentiale ausschöpfen*. München: Claudius.
- Bierlein, K.-H., Opp, J. & Winter, H. 1992. *Alt werden ohne Angst: Anregungen für ein gelingendes Miteinander der Generationen*. München: Claudius.
- Bierlein, K.H. 2004. *Seelsorge mit alten Menschen. Religion in Geschichte und Gegenwart (RGG)*<sup>4</sup>. Bd. 7. 4, 1122-1123.
- Binkert, D. 2009. Sterben ist die letzte narzisstische Kränkung: Interview mit Monika Renz. *Psychologie heute*. Nr.1, 41-54.
- Birg, H. 2005a. *Die Weltbevölkerung: Dynamik und Gefahren*. 2. Aufl. München: C.H. Beck.
- Birg, H. 2005b. Was taugen Prognosen: Grundkurs Demographie. Dritte Lektion. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*. 24.2. Nr. 46. Frankfurt: FAZ, 41.
- Bischl, K. 2003. Weil sie nicht mehr die Jüngsten sind. *Psychologie heute*. Nr.12, 8-9.
- Biser, E. 2006. Auf dem Weg zu einer mündigen Seniorschaft. In: Meier, C. (Hg.) *Praktische Theologie*. Zeitschrift für Praxis in Kirche, Gesellschaft und Kultur. Nr.4, 271-276.
- Bittner, J. 2013. *Die Decke des Schweigens*. 3. Aufl. Tübingen: Tos.
- Blasberg-Kuhnke, M. 1984. *Gerontologie und Praktische Theologie: Studien zu einer Neuorientierung der Altenpastoral an der psychischen und gesellschaftlichen Wirklichkeit des alten Menschen*. (Dissertation Westfälische Wilhelms-Universität) Münster/Westfalen.
- Blasberg-Kuhnke, M. (Hg.) 2007. *Handbuch christliche Altenarbeit*. München: Kösel.

- Blattner, J., Gareis, B. & Plewa, A. (Hg.) 1992. *Handbuch der Psychologie für die Seelsorge*. Bd. 1. Psychologische Grundlagen. Düsseldorf: Patmos.
- Blazer, D. & Palmore, E. 1976. Religion & Aging in a Longitudinal Panel. *The Gerontologist*. 16, 82-85.
- Bliersbach, G. 2004. Rituale: Was das Leben zusammenhält. *Psychologie heute*. Nr.4, 20-27.
- Blimlinger, E. u.a. 1996. *Lebensgeschichten: Biografiearbeit mit alten Menschen*. Hannover: Vinzentz.
- Blöm, T. 1993. *Alter als Alternative: Gut und gerne älter werden*. München: Ariston.
- Blome, A. 1994. *Frau und Alter: Alter eine Kategorie feministischer Befreiungstheologie*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Blonski, H. (Hg.) 1995. Alte Menschen und ihre Ängste: Ursachen, Behandlung, praktische Hilfen. *Reinhardts Gerontologische Reihe*. Bd. 11. München: E. Reinhardt.
- Bobert-Stützel, S. 2001. Wir blicken jetzt in einen Spiegel: Begräbnisliturgie und neue Bestattungskultur. *Theologische Beiträge* 32. Jg. Nr.4, 199-210.
- Bockmühl, K. 1990. *Hören auf den Gott der redet*. Gießen: Brunnen.
- Bockmühl, K. 1999. *Christliche Lebensführung: Eine Ethik der zehn Gebote*. Giessen: Brunnen.
- Böckler, R. & Dirschauer, K. (Hg.) 1990. *Emanzipiertes Alter*. Bd. 1. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Böckler, R. 1999. *Im Alter Neues beginnen: Verwirklichungen einer Altersstruktur*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Böhm, E. 2001. *Psychobiografisches Pflegemodell nach Erwin Böhm*. Bd. I: Grundlagen. Bd. II: Arbeitsbuch. Wien: Wilhelm Maudrich.
- Böhme, G. 2008. *Förderung der kommunikativen Fähigkeiten bei Demenz*. Bern: Huber.
- Bohren, R. 1983. *Trost: Predigten*. 2. Aufl. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener.
- Bohren, R. 1982. *Prophetie und Seelsorge: Eduard Thurneysen*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener.
- Bolay, W. 2008. Ich bin gespannt, wie der Himmel aussieht: Seelsorge mit Sterbenden. In: Klessmann, M. (Hg.) *Handbuch der Krankenhausseelsorge*. 3. überarb. und erw. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 103-112.
- Bolle, G.-F. 2006a. Der Name. In: Bolle, G.-F. (Hg.) *Komm mal mit: Demenz als theologische und kirchliche Herausforderung*. Glaubenszeugnisse unserer Zeit. Bd. 5. Wittingen: Erev Rav, 29-33.
- Bolle, G.-F. 2006b. Einander verstehen. In: Bolle, G.-F. (Hg.) *Komm mal mit: Demenz als theologische und kirchliche Herausforderung*. Glaubenszeugnisse unserer Zeit. Bd. 5. Wittingen: Erev Rav, 51-54.
- Bolle, G.-F. (Hg.) 2006c. *Komm mal mit: Demenz als theologische und kirchliche Herausforderung*. Glaubenszeugnisse unserer Zeit. Bd. 5. Wittingen: Erev Rav.
- Bolle, G.-F. 2006d. Komm mal mit: Gemeinsames Leben – seelsorgerliche Begleitung. In: Bolle, G.-F. (Hg.) *Komm mal mit: Demenz als theologische und kirchliche Herausforderung*. Glaubenszeugnisse unserer Zeit. Bd. 5. Wittingen: Erev Rav, 85-91.
- Bolle, G.-F. 2006e. Vergessen und Erinnern. In: Bolle, G.-F. (Hg.) *Komm mal mit: Demenz als theologische und kirchliche Herausforderung*. Glaubenszeugnisse unserer Zeit. Bd. 5. Wittingen: Erev Rav, 13-16.
- Bollnow, O.F. 1990. *Mensch und Raum*. 6. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bolton, G. u.a. 2004. *Writing cures: An introductory handbook of writing in counselling and psychotherapy*. New York: Brunner & Routledge.
- Bonhöffer, D. 1987. *Nachfolge*. 16. Aufl. München: Kaiser.
- Bonhöffer, D. 2001. *Gemeinsames Leben*. 26. überarbeitete Auflage. Gütersloh: Gütersloher.
- Bonhöffer, T. 1993. Sterben: Eine Aufgabe des Lebens. *Wege zum Menschen*. 45. Jg., 289-296.
- Borscheid, P. u.a. 1998. *Die Gesellschaft braucht die Alten: Fragen der (Wieder-) Eingliederung in den Lebenszusammenhang*. Opladen: Leske + Budrich.
- Bortz, J. & Döring, N. 2006. *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. 4., überarb. Aufl. Heidelberg: Springer Medizin.
- Bosch, C.F.M. 1998. *Vertrautheit: Studie zur Lebenswelt dementierender alter Menschen*. Wiesbaden: Ullstein medical.
- Bötsch, T., Stübner, S. & Auer, S. 2003. Klinisches Bild, Verlauf und Prognose. In: Hampel, H., Padberg, F. & Möller, H.-J. (Hg.) *Alzheimer-Demenz: Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 73-98.
- Bowlby, C. 1993. *Therapeutic activities with persons disabled by Alzheimer's disease and related disorders*. Gaithersburg: Aspen.
- Bowlby, J. 1994. *Verlust: Trauer und Depression*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Bowlby Sifton, C. 2011. *Das Demenz-Buch: Ein Wegbegleiter für Angehörige und Pflegende*. Bern u.a.: Huber.

- Braam, S. 2008. *Ich habe Alzheimer: Wie die Krankheit sich anfühlt*. 3. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Brandhorst, H.-H. 1994. Textorientierung und Gesellschaftsbezug im religions- und gemeindepädagogisch orientierten Bibliodrama. In: Warns, E.N. & Fallner, H. (Hg.) *Bibliodrama als Prozess: Leitung und Beratung*. Bielefeld: Luther, 151-173.
- Brathuhn, S. 2006. *Trauer und Selbstwerdung: Eine philosophisch-pädagogische Grundlegung des Phänomens Trauer*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Brauchbar, M. & Heer, H. 1995. *Zukunft Alter: Herausforderung und Chance*. Hamburg: Artemis & Winkler.
- Bräumer, H. 1979. Pneumatische Seelsorge. In: Seelsorge im Spannungsfeld Bibelorientierung – Gruppendynamik. Schriftreihe Zur Sache: *Kirchliche Aspekte heute*. Nr. 16. Hamburg: Lutherisches Verlagshaus, 35-46.
- Braun, H. 1992. *Alter als gesellschaftliche Herausforderung*. Regensburg: Pustet.
- Braun, R. 2001. Sterben und Tod: Überblick über die gegenwärtigen Evangelischen Gesangbücher. *Theologische Beiträge* 32. Jg. Nr.4, 211-213.
- Bredenkamp, R. u.a. 2008. *Die Krankheit frühzeitig auffangen*. Bern: Huber.
- Breitscheidel, M. 2006. Abgezockt und totgepflegt: Alltag in deutschen Pflegeheimen. Berlin: Econ.
- Breitinger, R. 2000. *Demenz: Eine Indikation für Musiktherapie*. Heidelberg: Grin.
- Brenni, P. 1998. *Beerdigungsgottesdienste und Gedächtnisfeiern*. Luzern: Rex.
- Breuer, P. 2011. Visuelle Kommunikation für Menschen mit Demenz Grundlagen zur visuellen Gestaltung des Umfeldes für Senioren mit (Alzheimer-) Demenz. Bern: Hans Huber.
- Briner, H.R. 2002. Olfaktologie: Störung des Geruchssinnes. Online im Internet: URL: <http://www.mcsmed.de/dgmcs-recovery/pdf/orl-hirslanden.pdf> [30.1.2014].
- Brockhaus 2005. *Elberfelder Studienbibel mit Sprachschlüssel*. Wuppertal: R. Brockhaus.
- Brooks, C.V.W. 2005. Erleben durch die Sinne. 10. Aufl. München: dtv.
- Brörsen, M. & van Nieuwenhuijzen, N. 2004. Music therapy for persons with dementia. In: *Care-giving in Dementia*. Bd. 3. London: Routledge, 155-180.
- Brown, M. 1988. *Die heilende Berührung*. 2. Aufl. Essen: Synthesis.
- Bruder, J. 2011. Alten- und Pflegeheime. In: Förstl, H. (Hg.) *Demenzen in Theorie und Praxis*. 3. aktualis. und bearb. Aufl. Berlin u.a.: Springer, 467-480.
- Bryan, K. & Maxim, J. 2003. Meaning language and communication difficulties in Alzheimer`s dementia: The link to behaviour. In: Adams, T. & Manthorpe, J. (Hg.) *Dementia care*. London: Arnold, 69-85.
- Buber, M. 2008. *Ich und Du*. 11. Aufl. Stuttgart: Reclam.
- Buchholz, T. & Schürenberg, A. 2003. *Lebensbegleitung alter Menschen*. Bern: Huber.
- Buchholz, T. & Schürenberg, A. 2008. *Basale Stimulation in der Pflege alter Menschen*. 3. überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber.
- Bucher, A.A. 1992. *Bibel-Psychologie: Psychologische Zugänge zu biblischen Texten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Buchmann, K.-P. 2007. *Demenz und Hospiz: Sterben an Demenz erkrankte Menschen anders*. Wuppertal: Hospiz.
- Buijssen, H. 1997. *Senile Demenz: Eine praktische Anleitung für den Umgang mit Alzheimer-Patienten*. Weinheim: Beltz.
- Buijssen, H. 2008. *Demenz und Alzheimer verstehen: Erleben, Hilfe, Pflege. Ein praktischer Ratgeber*. 4. vollst. überarb. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Bukowski, P. 2009. Seelsorge und die Bibel. In: Bell, D. & Fermor, G. (Hg.) *Seelsorge heute: Aktuelle Perspektiven aus Theorie und Praxis*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener, 49-61.
- Bukowski, P. 2011. *Die Bibel ins Gespräch bringen: Erwägungen zu einer Grundfrage der Seelsorge*. 8. Aufl. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener.
- Bultmann, R. 1935. elpis (Hoffnung). *THWNT*. Bd. 2, 525-524.
- Bultmann, R. 1942. Iyrä (Leid). *THWNT*. Bd. 4, 314-325.
- Bultmann, R. 1959. pisteuo (glauben), *THWNT*. Bd. 6, 197-230.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hg.) 2006. Die Erforschung der menschlichen Sinne: Funktionen und Leistungen, Störungen und Therapien. Bonn / Berlin: Science & Media. Online im Internet: URL: [http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/\\_media/Sinnesforschung\\_doppelseitig.pdf](http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/Sinnesforschung_doppelseitig.pdf) [30.1.2014].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 1994. *Die Alten der Zukunft: Bevölkerungsstatistische Datenanalyse*. Forschungsbericht. 32. 2. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 1997. *Die Alten der Zukunft: Bevölkerungsstatistische Datenanalyse*. Forschungsbericht. 35. Stuttgart: W. Kohlhammer.

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2001. *Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft. Stellungnahme der Bundesregierung*. Berlin: Deutscher Bundestag.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2002. *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger. Unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Stellungnahme der Bundesregierung*. Berlin: Deutscher Bundestag.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2006. *Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen*. Berlin: Deutscher Bundestag.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2007a. *Bekanntmachung der Gesundheitsforschung über Demenz*. Online im Internet: URL: [http://www.dlr.de/pt/Portaldaten/45/Resources/dokumente/gesundheitsforschung/Bekanntmachung\\_Zukunftswerkstatt\\_final\\_05\\_30.pdf](http://www.dlr.de/pt/Portaldaten/45/Resources/dokumente/gesundheitsforschung/Bekanntmachung_Zukunftswerkstatt_final_05_30.pdf) [30.1.2014].
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hg.) 2007b. *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. Online im Internet: URL: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/fa\\_redaktion\\_bak/pdf\\_publicationen/Forschungsbericht\\_Rahmenempfehlungen\\_Umgang\\_Demenz.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/fa_redaktion_bak/pdf_publicationen/Forschungsbericht_Rahmenempfehlungen_Umgang_Demenz.pdf) [30.1.2014].
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hg.) 2008. *Wenn das Gedächtnis nachlässt: Von der Diagnose bis zur Betreuung*. Ratgeber. Meckenheim: DVG. Online im Internet: URL: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Broschueren/Broschuere\\_Wenn\\_das\\_Gedaechtnis\\_nachlaesst\\_Ratgeber\\_von\\_der\\_Diagnose\\_bis\\_zur\\_Betreuung.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Broschueren/Broschuere_Wenn_das_Gedaechtnis_nachlaesst_Ratgeber_von_der_Diagnose_bis_zur_Betreuung.pdf) [30.1.2014].
- Burdach, K.J. 1988. *Geschmack und Geruch*. Bern u.a.: Huber.
- Burgdörfer, L. & Kuhn, M. 2007. *Trauern braucht seine Zeit: Täglicher Begleiter für das erste Trauerjahr*. 2. Aufl. Gießen: Brunnen.
- Burgheim, W. (Hg.) 2006. *Qualifizierte Begleitung von Trauernden und Sterbenden: Medizinische, rechtliche, psychosoziale und spirituelle Hilfestellungen*. Bd. 2. Merching: Forum.
- Burkhardt, H. (Hg.) *GBL*. 2004.
- Burt, D.X. 1997. *Wenn du aber alt geworden bist: Betrachtungen über die späten Jahre*. Würzburg: Echter.
- Butting, K. 2006. Von menschlicher Treue und Gottes Glauben. In: Bolle, G.-F. (Hg.) *Komm mal mit: Demenz als theologische und kirchliche Herausforderung*. Glaubenszeugnisse unserer Zeit. Bd. 5. Wittingen: Erev Rav, 107-112.
- Caduff, C. & Pfaff-Czarnecka, J. (Hg.) 1999. *Rituale heute: Theorien. Kontroversen. Entwürfe*. Berlin: Reimer.
- Calabrese, P., Lang, C. & Förstl, H. 2011. Gedächtnisfunktionen und Gedächtnisstrukturen. In: Förstl, H. (Hg.) *Demenzen in Theorie und Praxis*. 3. aktualis. und bearb. Aufl. Berlin u.a.: Springer, 11-24.
- Calvin, J. 2008. *Unterricht in der christlichen Religion: Institutio Christianae Religionis*. Neukirchen-Vluyn: Födu.
- Canacakis, J. 1993. *Ich sehe deine Tränen*, Stuttgart: Kreuz.
- Canacakis, J. 2007. *Ich begleite dich durch deine Trauer: Lebensfördernde Wege aus dem Trauerlabyrinth*. Stuttgart: Kreuz.
- Chapman, A., Jackson, G.A. & McDonald, C. 2004. *Wenn Verhalten uns herausfordert*. Stuttgart: Demenz Support.
- Chapman, A. & Marshall, M. (Hg.) 2001. *Dementia: New skills for social workers*. London & Philadelphia: Kingsley.
- Cardinal, C. 2010. *Sterbe- und Trauerbegleitung: Ein Handbuch*. Mannheim: Patmos.
- Cassidy, S. 1995. *Die Dunkelheit teilen. Spiritualität und Praxis der Sterbebegleitung*. Freiburg i.Br.: Herder.
- Cheston, R., Jones, K. & Gilliard, J. 2006. Psychotherapeutic groups for people with dementia: The Dementia Voice group psychotherapy project. In: *Care-giving in Dementia*. Bd. 3. London: Routledge, 259-270.
- Chladek, A. & Kojer, M. 2009. Einbindung und Begleitung von Angehörigen. In: Kojer, M. (Hg.) *Alt, krank und verwirrt: Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie*. 3. Aufl. Freiburg i. Br.: Lambertus, 350-370.
- Christen, M., Osmann, C. & Baumann-Hölzle, R. (Hg.) 2010. Herausforderung Demenz: Spannungsfelder und Dilemmata in der Betreuung demenzkranker Menschen, *Interdisziplinärer Dialog. Ethik im Gesundheitswesen*. Bd. 9. Bern: Peter Lang.
- Clements, W. (Hg.) 1980. *Ministry with the Aging*. San Francisco: Harper & Row Publishers.

- Closs, C. & Kempe, P. 1979. Kontaktverhalten von Heimbewohnern. Binnen- und Außenorientierung und differentielle Bezüge zu Lebenszufriedenheit und selbstwahrgenommener Kontaktfähigkeit. *Zeitschrift für Gerontologie*. Nr. 12, 328-340.
- Cop Pro 2013. Cop Pro 6. Software für Datenverwaltung, Pflegeplanung und Leistungserfassung im Altenheim. Singen: Emil-Srąga-Haus.
- Crawley, H. 2005. *Essen und Trinken bei Demenz*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Crüsemann, F. u.a. 2004. *Dem Tod nicht glauben: Sozialgeschichte aus der Bibel*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Cumming, E. & Henry, W.E. (Hg.) 1961. *Growing Old: The Process of Disengagement*. 3. Aufl. New York: Basic.
- Dal-Bianco, P. & Schmidt, R. (Hg.) 2008. *Memories: Leben mit Alzheimer*. Wien: Verlagshaus der Ärzte.
- Dalton, D.S. u.a. 2003. The impact of hearing loss on quality of life in older adults. *Gerontologist* 43, 661-668.
- Dannenmann, M. 2009. Die Begleitung älterer Menschen durch Bildung, Gemeindeaufbau und Seelsorge: Ein wachsender Auftrag christlicher Gemeinden in einer älter werdenden Gesellschaft. *Gerontologie und Gesellschaft*. Bd. 1. (Dissertation Praktische Theologie Universität Greifswald) Berlin: Weißensee.
- Danzeglocke, K. 2005. Taizé. RGG<sup>4</sup>. Bd. 8, 14-15.
- D'Arcy, P. 1993. *Wenn ein naher Mensch in Trauer ist: Wie wir richtig begleiten können*. Freiburg i.Br.: Herder.
- Dech, H. 2009. Sterbebegleitung von demenzkranken Menschen im Rahmen der Hospizarbeit. *Wege zum Menschen*. 61. Jg. Nr.4, 311-326.
- Decker-Voigt, H.-H. 2000. *Aus der Seele gespielt: Eine Einführung in die Musiktherapie*. München: Wilhelm Goldmann.
- Decker-Voigt, H.-H. 2008. *Mit Musik ins Leben*. München u.a.: Wilhelm Goldmann.
- Deits, B. 1992. *Wohin mit meiner Trauer: Menschliche Verluste als persönliche Herausforderung*. München: Heyne.
- De Klerk-Rubin, V. 2006. *Mit dementen Menschen richtig umgehen: Validation für Angehörige*. München: Reinhardt.
- Delitzsch, F. 1876. *Biblischer Commentar über die poetischen Bücher des Alten Testaments*. Bd. 2. Das Buch Iob. Leipzig: Dörfeling und Franke.
- Depping, K. 1993. *Altersverwirrte Menschen seelsorgerlich begleiten. Bd. 2: Eine Vermittlungshilfe für Aus- und Fortbildende verschiedener Bereiche*. Hannover: Lutherisches Verlagshaus.
- Depping, K. 2002. *Depressive alte Menschen seelsorgerlich begleiten: Auswege aus Schwermut und Verzweiflung*. 2. Aufl. Hannover: Lutherisches Verlagshaus.
- Depping, K. 2008. *Altersverwirrte Menschen seelsorgerlich begleiten. Bd. 1: Hintergründe, Zugänge, Begegnungsebenen*. 3. überarb. und aktualis. Aufl. Hannover: Lutherisches Verlagshaus.
- Dessecker, H. 2006. Stand der Altenseelsorge in Deutschland. In: Kobler von Komorowski, S. & Schmidt, H. (Hg.) *Seelsorge im Alter: Herausforderungen für den Pflegealltag*. 2. Aufl. Diakoniewissenschaftliches Institut. Bd. 24. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, 268-271.
- Detle, U. 1991. *Ein langer Abschied: Tagebuch. Der Verlauf einer Alzheimer-Krankheit*. 2. Aufl. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (DAIzG) 2000. Fortschritte und Defizite im Problemfeld Demenz. *Referate auf dem 2. Kongreß der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft*. 9.-11. September 1999. Berlin: Meta Data.
- Deutsche Alzheimer-Gesellschaft e.V. (DAIzG) 2002. *Alzheimer-Krankheit: Sie sind nicht allein. Informationen und Tipps für Angehörige*. Frankfurt: Eisai.
- Deutsche Bibelgesellschaft (Hg.) 1996. *Nicht allein gelassen: Eine Handreichung zur Begleitung von schwerkranken und sterbenden Menschen*. Stuttgart: Deutsche Bibelgesellschaft.
- Deutsche Bischofskonferenz 2000. *Dem Leben auf der Spur: Einsichten und Hilfen beim Älterwerden*. Bonn.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) (Hg.) 2005. *Ohrenscherzen: DEGAM-Leitlinie Nr. 7*. Düsseldorf: Omikron.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) (Hg.) 2008. *Demenz: DEGAM-Leitlinie Nr. 12*. Düsseldorf: Omikron.
- Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit e.V. (Hg.) 1997. *Menschenwürde, Markt und Management: Diakonische Altenarbeit im Wandel. Dokumentation*. Stuttgart: DEVAP.
- DeWalt, K.M. & DeWalt, B.R. 2002. *Participant observation: a guide for fieldworkers*. Walnut Creek, CA: AltaMira Press.

- Diakonie 2008. *Ich werde bleiben im Hause des Herrn immerdar: Gottesdienstentwürfe – Menschen mit Demenz feiern Gottesdienst*. Diakonie Rheinland – Westfalen – Lippe e.V. Münster: Buschmann.
- Diener, H. C. & Maier, C. 2008. *Die Schmerztherapie: Interdisziplinäre Diagnose- und Behandlungsstrategien*. Elsevier: Urban & Fischer.
- Dieterich, H.L. 2001. Von der Einsamkeit des Leidenden. *Seelsorge*. Jg. 3. Nr. 1. Nr.10.
- Dieterich, M. 1987. *Psychotherapie, Seelsorge, Biblisch-therapeutische Seelsorge*. Neuhausen: Hänssler.
- Dieterich, M. 1989a. *Depressionen: Hilfen aus biblischer und psychotherapeutischer Sicht*. 4. Aufl. Gießen: Brunnen.
- Dieterich, M. 1989b. *Wir brauchen Entspannung: Streß, Verspannungen, Schlafstörungen und was man dagegen tun kann*. 2. Aufl. Gießen: Brunnen.
- Dieterich, M. 1989c. *Wörterbuch Psychologie & Seelsorge*. Wuppertal: R. Brockhaus.
- Dieterich, M. (Hg.) 1994. *Biblisch-therapeutische Seelsorge BTS: Entstehungsgeschichte, Grundlagen und praktische Einsatzmöglichkeiten für Menschen unserer Tage*. Nenzingen: Ed Ton Art.
- Dieterich, M. 1997a. *Handbuch Psychologie und Seelsorge*. 5. Aufl. Wuppertal: R. Brockhaus.
- Dieterich, M. 1997b. *Persönlichkeitsdiagnostik: Theorie und Praxis in ganzheitlicher Sicht*. Wuppertal: R. Brockhaus.
- Dieterich, M. & Dieterich, J. (Hg.) 1996. *Wörterbuch Psychologie & Seelsorge*. Wuppertal: R. Brockhaus.
- Dietz, O. 1991. *Es lohnt sich, alt zu werden*. 9. Aufl. Wesel: Jugend und Gemeinde.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. 1993. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Weltgesundheitsorganisation. IDC-10*. 2. Aufl. Bern: Hans Huber.
- Dinter, A., Heimbrock, H.-G. & Söderblom, K. (Hg.) 2007. *Einführung in die Empirische Theologie: Gelebte Religion erforschen* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Diözese Linz, Behelfsdienst (Hg.) 2005a. *Abschiedsrituale: Abschieds-, Trauer und Gedenkfeiern*. 4. Aufl. Linz: Pastoralamt.
- Diözese Linz, Behelfsdienst (Hg.) 2005b. *Sterben ist wie geboren werden: Totenwache*. 3. Aufl. Linz: Pastoralamt.
- Dirschauer, K. 1987. *Altenstudie: Standortbestimmung der Kirche*. Bremen: Donat & Temmen.
- Dirschauer, K. (Hg.) 1990. *Emanzipiertes Alter. Bd. 2: Werkbuch*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Dirschauer, K. 1992. Seelsorge in den Übergängen des Lebens. *Wege zum Menschen*. 44. Jg., 407-422.
- Dirschauer, K. 2005. *Worte zur Trauer*. 2. Aufl. München: Claudius.
- Dittmann-Kohli, F. 1990. Sinnggebung im Alter. In: Mayring, P. & Saup, W. (Hg.) *Entwicklungsprozesse im Alter*. Stuttgart: Kohlhammer, 145-166.
- Domay, E. & Methfessel, A. (Hg.) 2004. *Arbeitsbuch Trauernde begleiten: Erfahrungen, Konzepte und Gottesdienste aus der Praxis der Trauerarbeit*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Döring, D. 2004. *Rollentausch: Wenn Eltern in die Jahre kommen*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener.
- Döring, D. 2007. *Die Brücke zurück ins Leben finden: Hilfen für Trauernde nach dem Verlust eines geliebten Menschen*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Dörner, K. 1996: *Irren ist menschlich: Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. Bonn: Psychiatrie.
- Dörner, K. 2006a. Das Alter gestalten. In: *Meier, C. (Hg.) Praktische Theologie. Nr.4*, 252-259.
- Dörner, K. 2006b. Das ganze Land ohne Heime: Eine Utopie. In: Breitscheidel, M. 2006. *Abgezockt und totgepflegt: Alltag in deutschen Pflegeheimen*. Berlin: Econ, 201-215.
- Doty, R.L & Snow, J.B. 1988. Age-related changes in olfactory structure and function. In: Margolis, R.L. & Getchell, T.V. (Hg.) *Molecular neurobiology of the olfactory system*. Plenum Press: New York, 355-374.
- Drechsel, W. 1994. *Pastoralpsychologische Bibelarbeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Drechsel, W. 2006. Das Schweigen der Hirten: Altenseelsorge als (kein) Thema der Theoriebildung. In: Kobler von Komorowski, S. & Schmidt, H. (Hg.) *Seelsorge im Alter: Herausforderungen für den Pflegealltag*. 2. Aufl. Diakoniewissenschaftliches Institut. Bd. 24. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, 45-63.
- Drechsel, W. 2007. Wenn ich mich auf deine Welt einlasse: Altenseelsorge als eine Anfrage an Seelsorgetheorie und Theologie. In: Kunz, R. (Hg.) *Religiöse Begleitung im Alter: Religion als Thema der Gerontologie*. Zürich: Theologischer, 187-216.
- Duden 2006. Bd. 5: *Das Fremdwörterbuch*. 9. Aufl. Mannheim: Duden.
- Duden 2009. *Bd.1: Die deutsche Rechtschreibung*. 25. völlig neu bearb. und erw. Auflage. Mannheim: Duden.

- Dulin, R.Z. 1998. *A Crown of Glory: A Biblical View of Aging*. New York: Paulist.
- Düsberg, H. 2004. Das Zeitliche segnen. *Wege zum Menschen*. 56. Jg, 122-133.
- Ebertz, M.N. 1997. *Kirche im Gegenwind: Zum Umbruch der religiösen Landschaft*. Freiburg: Herder.
- Eckstein, H.J. 2003. Jesus Christus. Gott wird Mensch: Konsequenzen für unser Menschenbild. *Theologische Beiträge* 34. Jg. Nr.5, 270-278.
- Ehret, O. 2010a. *Singen: Seniorenwegweiser*. Herausgegeben in Zusammenarbeit mit der Stadt Singen, Fachbereich Jugend, Soziales, Ordnung. 3. Aufl. Mering: Weka Info.
- Ehret, O. 2010b. *Singen von A bis Z: Die offizielle Stadtinformation*. Konstanz: Stadler.
- Ehrhardt, T. & Plattner, A. 1999. *Verhaltenstherapie bei Morbus Alzheimer*. Göttingen: Hogrefe.
- Eibach, U. 1978. Seelsorge als Glaubenshilfe und als Lebenshilfe: Bemerkungen zur Relevanz theologischer Entscheidungen für die Seelsorge. *Theologische Beiträge*. 9. Jg, 22-38.
- Eibach, U. 2004. Streit um Menschenwürde und Gottesebenbildlichkeit: Seine Bedeutung für den Umgang mit schwerstpflegebedürftigen und sterbenden Menschen. *Theologische Beiträge* 35.Jg. 5, 245-261.
- Eibach, U. 2005. Alter. Ethisch. RGG<sup>4</sup>. Bd. 1, 363-364.
- Eibach, U. 2008. Gesundheit und Krankheit: Anthropologische, theologische und ethische Aspekte. In: Klessmann, M. (Hg.) *Handbuch der Krankenhausseelsorge*. 3. überarb. und erw. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 229-240.
- Eichrodt, W. 1947. *Das Menschenverständnis des Alten Testaments*. Zürich: Zwingli.
- Eisenburger, M. 2005. *Zuerst muss die Seele bewegt werden: Psychomotorik in Pflegeheimen. Ein theoriegeleitetes Praxisbuch*. Dortmund: Modernes Lernen.
- Eisenburger, M., Gstöttner, E. & Zak, T. 2008. *In Bewegungsrunden aktivieren: Ideen und Anregungen aus der Psychomotorik*. Hannover: Vincentz.
- Elwert, H. 2005. Alte Geschichten in neuen Gedichten. Unveröffentlicht. Zu beziehen bei Hans-Bonnie\_Elwert@sil.org.
- Elwert, H. 2008. Dichtung und Wahrheit. Unveröffentlicht. Zu beziehen bei Hans-Bonnie\_Elwert@sil.org.
- Elwert, H. 2009. 365 Tage: Weihnachtsgedicht. Unveröffentlicht. Zu beziehen bei Hans-Bonnie\_Elwert@sil.org.
- Emmendorffer, M. 2002. Trauer II. *TRE*. Bd. 34. Berlin: Walter de Gruyter, 8-11.
- Engelsberger, G. 1994. *Wenn der Mandelbaum blüht: Altersweisheit in der Bibel*. Stuttgart: Quell.
- Engemann, W. 2002. *Einführung in die Homiletik*. Tübingen: Francke.
- Engemann, W. 2009: *Handbuch der Seelsorge: Grundlagen und Profile*. 2. Aufl. Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt.
- Enzner-Probst, B. 2002. Schreien lernen oder Von der heilsamen Kraft des Klagens: Klageliturgien als Raum seelsorgerlicher Begleitung. *Praktische Theologie*. 37.Jg. Nr.3, 188-195.
- Enzner-Probst, B. 2005. *Heimkommen: Segensworte, Gebete und Rituale für die Kranken- und Sterbebegleitung*. München: Claudius.
- Erdmann, A. u.a. (Hg.) 2005a. Aufnahme von Informationen: Sinnesphysiologie. In: Erdmann, A. u.a. (Hg.) *Neurobiologie. Grüne Reihe Materialien S 2*. Braunschweig: Schroedel, 34-57.
- Erdmann, A. u.a. (Hg.) 2005b. Neurobiologie. *Grüne Reihe Materialien S 2*. Braunschweig: Schroedel.
- Erikson, E.H. 1995. *Identität und Lebenszyklus*. 15. Aufl. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Erikson, E.H. 1998. *Der vollständige Lebenszyklus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Ernst H. 2004. An ihren Ritualen sollt ihr sie erkennen. *Psychologie heute*. Nr.4. 3.
- Ernst, H. 2005. Zur schönen Aussicht. *Psychologie heute*. Nr.8, 3.
- Erzdiözese 2008. *Seelsorge im Heimaltag: Dokumentation der diözesanen Werkstatt-Tagung Altenheimseelsorge*. Seniorenreferat der Erzdiözese Freiburg. 20.11. Rastatt: Caritas.
- Erzdiözese München, Fachbereich kirchliche Altenarbeit. (Hg.) 2003. Schwerpunktthema: Abschied nehmen. *Materialbrief Zeitlebens*. Seelsorgerliche Arbeit in Seniorenheimen. München: Eigenverlag.
- Eschmann, H. 2002. *Theologie der Seelsorge: Grundlagen, Konkretionen, Perspektiven*. 2. Aufl. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener.
- Esser, G.W. 1991. *Gott reift in uns: Lebensphasen und religiöse Entwicklung*. München: Kösel.
- Ester, A. 2004. Palliative Care für alte Menschen. In: *Lilie, U. & Zwierlein, E. (Hg) Handbuch Integrierte Sterbebegleitung*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 345-358.
- Etgen, T. 2011. Behandelbare somatische Risikofaktoren. In: Förstl, H. (Hg.) *Demenzen in Theorie und Praxis*. 3. aktualis. und bearb. Aufl. Berlin u.a.: Springer, 317-336.
- Evangelische Arbeitsgemeinschaft für Altenarbeit (EaFA) 1999. *Ein Fenster öffnen: Perspektiven des Glaubens im Alter*. Hannover: EaFA.
- Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) 2005. *Zahlen und Fakten zum kirchlichen Leben*. Hannover: EKD.

- Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) (Hg.) 2008. *Leben mit Demenz: Beiträge aus medizinisch-pflegerischer, theologischer und lebenspraktischer Sicht. EKD-Texte Nr. 98.* Hannover: EKD.
- Evangelische Landeskirche in Baden 1995. *Bekennnisschriften der Evangelischen Landeskirche in Baden.* 9., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Karlsruhe: Heidelberger Verlagsanstalt.
- Evangelischer Pressedienst (EPD) (Hg.) 1994. *Alt werden – alt sein: Neue Horizonte für engagierte kirchliche Altenarbeit in Deutschland.* Frankfurt a.M.: EPD.
- Evangelisches Erwachsenenbildungswerk Nordrhein e.V. (EEB) (Hg.) 2007. *Die Begleitung von demenzerkrankten Menschen in ihrer letzten Lebensphase.* Düsseldorf: Diakonisches Werk.
- Evangelisches Kirchenlexikon (EKL).* Bd. 2. 2004.
- Evangelisches Lexikon für Theologie und Gemeinde (ELThG).* Bd. 3. 1994.
- Evangelisches Pastoral 1998. *Gebete und Lesungen zur Seelsorge.* Lutherische Konferenz. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Failing, W.-E. 2005. Alter III. Praktisch-theologisch. *RGG<sup>4</sup>.* Bd. 1, 364-366.
- Fallner, H. 1994. Bibliodrama als prozessuales Konzept. In: Warns, E.N. & Fallner, H. (Hg.) *Bibliodrama als Prozess: Leitung und Beratung.* Bielefeld: Luther, 85-126.
- Feifel, H. (Hg.) 1995. *Befehl dem Herrn deinen Weg: Gottesdienste mit Senioren.* Ostfildern: Schwaben.
- Feil, N. 1993. *Ausbruch in die Menschenwürde.* Wien: Altern & Kultur.
- Feil, N. 2003. *The validation breakthrough: Simple techniques for communicating with people with Alzheimer`s-type-dementia.* Baltimore: Health Profession Press.
- Feil, N. 2005. *Validation.* 9. Aufl. München: Reinhardt.
- Feil, N. 2007. *Validation in Anwendung und Beispielen: Der Umgang mit verwirrten alten Menschen.* München: Reinhardt.
- Feil, N., Sutton, E. & Johnson, F. 2001. *Trainingsprogramm Validation. Bd. 1 und 2.* München: Reinhardt.
- Feld, T. 2008. Seelsorge mit psychiatrischen Patienten. In: Klessmann, M. (Hg.) *Handbuch der Krankenhauseelsorge.* 3. überarb. und erw. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 133-143.
- Feldmann, L. 1992. *Leben mit der Alzheimer-Krankheit: Eine Therapeutin und Betroffene berichtet.* 2. Aufl. München: Piper.
- Fiedler, A. 2001. *Ich war tot und ihr habt meinen Leichnam geehrt: Unser Umgang mit den Verstorbenen.* Mainz: Matthias Grünewald.
- Fincke, A. 2004. Freie Theologen, freie Redner, freie Ritendesigner: Der neue Markt kirchenferner Riten. *Materialdienst. Zeitschrift der Evangelischen Zentralstelle für Religions- und Weltanschauungsfragen (EZW).* 67. Jg. 4, 123-134.
- Fischedick, H. 2004. *Die Kraft der Rituale: Lebensübergänge bewusst erleben und gestalten.* Stuttgart: Kreuz.
- Fischer, B. (Hg.) 2008. Musik macht geistig fit. In Zusammenarbeit mit der Memory-Liga e.V., dem Verband der Gehirntainer Deutschlands und Wissiomed Akademie Haslach. Online im Internet: URL: [http://www.alzheimerforum.de/3/1/6/12/Musik\\_und\\_Demenz.pdf](http://www.alzheimerforum.de/3/1/6/12/Musik_und_Demenz.pdf) [30.1.2014].
- Fischer, G. C. (Hg.) 1993. *Allgemeinmedizin.* Heidelberg: Springer.
- Fischer, H. 1978. *Anthropologie als Thema der Theologie.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Fischer, J. 2006. Ethische Dimension der Spitalseelsorge. *Wege zum Menschen.* 58. Jg. 3, 218.
- Fischer, N. (Hg.) 2001. *Totengedenken und Trauerkultur: Geschichte und Zukunft des Umgangs mit Verstorbenen.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Fischer, K. & Winter, G. 1985. *Spirituality for the Later Years.* New York: Paulist Press International.
- Fitchett, G. 1980. The first moments of grief: What may we expect. *APHA Bulletin* 44. Nr.2, 123-130.
- Flammer, A. 2004. Brauchen wir wieder Übergangsrituale. *Psychologie heute.* Nr.4, 28-29.
- Flemmer, A. 2012. Demenz natürlich behandeln: Das können Sie selbst tun, so helfen Sie als Angehöriger. Hannover: Schlütersche.
- Flemming, D. 2006. *Keiner ist allein: Demenz und Alzheimer. Tipps und Hilfen für Angehörige.* Beltz Taschenbuch Bd. 895. Weinheim: Beltz.
- Flemming, D. & Kreter, C. 2008. *Ja zum Alten- und Pflegeheim: Wie der Übergang gelingt.* Weinheim: Beltz.
- Flick, U. 2007. *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung.* Vollständig überarb. und erw. Neuausgabe. Reinbek: Rowohlt.
- Föhn, M. & Dietrich, C. (Hg.) 2012. *Garten und Demenz: Gestaltung und Nutzung von Außenanlagen für Menschen mit Demenz.* Bern u.a. Hans Huber.

- Fooker, I. 1990. Partnerverlust im Alter. In: Mayring, P. & Saup, W. (Hg.) *Entwicklungsprozesse im Alter*. Stuttgart: Kohlhammer, 57-73.
- Förstl, H. (Hg.) 2004. *Antidementiva*. München u.a.: Urban & Fischer.
- Förstl, H. 2005. *Frontalhirn: Funktionen und Erkrankungen*. 2. Aufl. Berlin u.a.: Springer.
- Förstl, H. (Hg.) 2011a. *Demenzen in Theorie und Praxis*. 3. aktualis. und bearb. Aufl. Berlin u.a.: Springer.
- Förstl, H. 2011b. Rationelle Diagnostik. In: Förstl, H. (Hg.) *Demenzen in Theorie und Praxis*. 3. aktualis. und bearb. Aufl. Berlin u.a.: Springer, 265-285.
- Förstl, H., Kurz, A. & Hartmann, T. 2011. Alzheimer-Demenz. In: Förstl, H. (Hg.) *Demenzen in Theorie und Praxis*. 3. aktualis. und bearb. Aufl. Berlin u.a.: Springer, 47-72.
- Förstl, H. & Lang, C. 2011. Was ist Demenz. In: Förstl, H. (Hg.) *Demenzen in Theorie und Praxis*. 3. aktualis. und bearb. Aufl. Berlin u.a.: Springer, 3-10.
- Forstmeier, S., Uhlendorff, H. & Märcker, A. 2005. Diagnostik von Ressourcen im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*. 18, 227-257.
- Fowler, J. W. 1991. *Stufen des Glaubens: Die Psychologie der menschlichen Entwicklung und die Suche nach Sinn*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Franck, N. & Stry, J. 2008. *Die Technik wissenschaftlichen Arbeitens*. 14. Aufl. Paderborn u.a.: Schöningh.
- Franke, L. & Kämmerer, S. 2003. Pflege und Betreuung Demenzkranker. In: Wächtler, C. (Hg.) *Demenzen*. 2. aktualis. und erw. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme, 72-83.
- Freising, W.E. 2005. Alter. Praktisch-theologisch. RGG<sup>4</sup>. Bd. 1, 364-366.
- Freud, S. 1907. Zwangshandlungen und Religionsübungen. *Gesammelte Werke*. Bd. 7.
- Freud, S. 1916. Trauer und Melancholie. In: *Freud, S. 1967*, 428-446.
- Freud, S. 1975b. Trauer und Melancholie. In: *Mitscherlich 1975*.
- Frey, C. 1979. *Arbeitsbuch Anthropologie: Christliche Lehre vom Menschen und humanwissenschaftliche Forschung*. Stuttgart: Kreuz.
- Frey, C. 2004. Gespräch zwischen Disziplinen: Leben – Sein Wert und seine Würde. *Glaube und Lernen. Theologie interdisziplinär und praktisch*. 19. Jg. Nr.2. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 154-168.
- Friedmann, R. J. & Katz, M. M. (Hg.) 1974. *The psychology of depression*. New York: Wiley and Sons.
- Friese, A. 2009. *Bettlägerige aktivieren: 111 Ideen aus der Praxis*. Hannover: Vincentz.
- Fritzche, K. 2003. *Psychosomatische Grundversorgung*. Berlin: Springer.
- Fröchtling, A. 2008. Und dann habe ich auch noch den Kopf verloren: Menschen mit Demenz in Theologie, Seelsorge und Gottesdienst wahrnehmen. *Engemann, W., Grethlein, C. & Hermelink, J. Arbeiten zur Praktischen Theologie*. Bd. 38. Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt.
- Fröscher, W. (Hg.) 2004. *Lehrbuch Neurologie mit Repetitorium*. Augsburg: Weltbild.
- Früchtel, U. 1994. *Mit der Bibel Symbole entdecken*. 2. durchges. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Fuchsberger, J. 2011. *Altwerden ist nichts für Feiglinge*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Fulcomer, D.M. 1942. *The Adjustive Behavior Of Some Recently Bereaved Spouses*. Philosophische Dissertation. Northwestern University. Illinois: Evanston.
- Funke, A. 1998. *Mit einer Alzheimer-Kranken leben: Ein Erfahrungsbericht*. Bielefeld: Luther.
- Furman, B. 2002. *Es ist nie zu spät eine glückliche Kindheit zu haben*. 4. Aufl. Dortmund: Borgmann.
- Furtmayr-Schuh, A. 2000. *Die Alzheimer-Krankheit: Das große Vergessen*. Stuttgart: Kreuz.
- Füsigen, I. (Hg.) 2003. *Sprech- und Schluckstörungen: Problemfeld in der Demenztherapie*. Wiesbaden: Medical Tribune.
- Gailing, K. 1947. *Das Bild des Menschen in biblischer Sicht*. Mainzer Universitäts-Reden. Mainz: Kupferberg.
- Gärtner, H. 2006. *Menschen im Alter verstehen und begleiten*. Gütersloh: Gütersloher Verlags-Haus Gerd Mohn.
- Ganß, M. 2004. Das offene Atelier. In: *Wissmann 2004*, 156-173.
- Gardner, I. 2001. Psychotherapeutic intervention with individuals and families where dementia is present. In: Chapman, A. & Marshall, M. (Hg.) *Dementia: New skills for social workers*. London & Philadelphia: Kingsley, 16-39.
- Gastager, H. (Hg.) 1975. *Praktisches Wörterbuch der Pastoral-Anthropologie: Sorge um den Menschen*. Wien: Herder.
- Gatterer, G. (Hg.) 2003. *Multiprofessionelle Altenbetreuung: Ein praxisbezogenes Handbuch*. Wien: Springer.

- Gatterer, G. & Croy, A. 2003. Kommunikation und Interaktion im Rahmen der Altenbetreuung. In: Gatterer, G. (Hg.) *Multiprofessionelle Altenbetreuung: Ein praxisbezogenes Handbuch*. Wien: Springer, 77-94.
- Gatterer, G. & Croy, A. 2005. *Leben mit Demenz: Praxisbezogener Ratgeber für Pflege und Betreuung*. Wien: Springer.
- Gauer, J. 2011. *Von allen Seiten umgibst du mich: Symbolgottesdienste für Senioren*. Ostfildern: Schwabenverlag.
- Geiger, A. 2011. *Der alte König in seinem Exil*. München: Carl Hanser.
- Geissler, R.-H. 1981. *Seelsorge an alten Menschen*. Darmstadt: EKHN.
- Geissler, R.-H. 2006. Symbole und Rituale: Zeichensprache der seelsorgerlichen Beziehung. In: Kobler von Komorowski, S. & Schmidt, H. (Hg.) *Seelsorge im Alter: Herausforderungen für den Pflegealltag*. 2. Aufl. Diakoniewissenschaftliches Institut. Bd. 24. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, 104-117.
- Gengnagel, L. & Gutbrod, K. 1961. *Mein kirchlicher Lehrauftrag im sechsten Schuljahr*. Stuttgart: Calwer.
- Gengnagel, L. & Gutbrod, K. 1962. *Mein kirchlicher Lehrauftrag im fünften Schuljahr*. 2. Aufl. Stuttgart: Calwer.
- Gengnagel, L. & Gutbrod, K. 1963a. *Mein kirchlicher Lehrauftrag im zweiten Schuljahr*. 2., neu bearb. und erw. Aufl. Stuttgart: Calwer.
- Gengnagel, L. & Gutbrod, K. 1963b. *Mein kirchlicher Lehrauftrag im dritten Schuljahr*. 3. erw. Aufl. Stuttgart: Calwer.
- Gengnagel, L. & Gutbrod, K. 1963c. *Mein kirchlicher Lehrauftrag im siebten Schuljahr*. Stuttgart: Calwer.
- Gengnagel, L. & Gutbrod, K. 1964a. *Mein kirchlicher Lehrauftrag im ersten Schuljahr*. 4. Aufl. Stuttgart: Calwer.
- Gengnagel, L. & Gutbrod, K. 1964b. *Mein kirchlicher Lehrauftrag im vierten Schuljahr*. 3. Aufl. Stuttgart: Calwer.
- Gengnagel, L. & Gutbrod, K. 1965. *Mein kirchlicher Lehrauftrag im achten Schuljahr*. Stuttgart: Calwer.
- Gerber, S. 1982. *Sterben will gelernt sein*. Basel: Brunnen.
- Gerber, S., Kratzsch, U. & Wißmann, P. 2006. Gottesdienste für Menschen mit Demenz. In: Bolle, G.-F. (Hg.) *Komm mal mit: Demenz als theologische und kirchliche Herausforderung*. Glaubenszeugnisse unserer Zeit. Bd. 5. Wittingen: Erev Rav, 113-114.
- Gerhardt, A. [1989]. *Jeder Morgen spricht von neuem Leben: Ermutigungen in Krankheit und Alter. Sonderausgabe für die Krankenhausseelsorge*. Fulda: Parzeller.
- Gesenius, W. 1962. *Hebräisches und aramäisches Handwörterbuch über das Alte Testament*. 17. Auflage. Berlin: Springer.
- Geuter, U. 2006. Generationen strukturieren heute nicht mehr die Gesellschaft. *Psychologie heute*. Nr. 6, 36-39.
- Gilse, L. van 1993. *Ein bisschen durcheinander: Über Altersverwirrtheit. Beschreibungen, Berichte, Hilfen*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener.
- Giovanelli-Blocher, J. 2004. *Das Glück der späten Jahre: Mein Plädoyer für das Alter*. 2. Aufl. Zürich: Pendo.
- Girtler, R. 2001. *Methoden der Feldforschung*. 4., völlig neu bearb. Aufl. Wien u.a.: Böhlau.
- Gitt, W. 1996. *Faszination Mensch*. Bielefeld: CLV.
- Glomp, I. 2003. Verblüffend anpassungsfähig: Das menschliche Gehirn. *Psychologie heute*. Nr.1, 46-49.
- Glück, J. & Bluck, S. 2003. Jedes Alter hat seine Weisheit. *Psychologie heute*. Nr.4, 36-39.
- Göckenjan, G. 2000. *Das Alter würdigen: Altersbilder und Bedeutungswandel des Alters*. Wissenschaft. Bd. 1446. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Goldbrunner, H. 1996. *Trauer und Beziehung: Systemische und gesellschaftliche Dimensionen der Verarbeitung von Verlusterlebnissen*. Mainz: Matthias Grünewald.
- Goldsmith, M. 2002. *Hearing the voice of people with dementia: Opportunities and obstacles*. London & Bristol: Kingsley.
- Görke-Sauer, M. 2006. *Im Land der Trauer: Abschiedsrituale*. Düsseldorf: Patmos.
- Götte, R. & Lackmann, E. 1997. *Alzheimer, was tun: Eine Familie lernt, mit der Krankheit zu leben*. Weinheim: Beltz.
- Grabe, M. 2003. *Trauer und Depression: Vom Umgang mit Grenzerfahrungen*. Marburg an der Lahn: Francke.
- Grabe, M. 2007. *Lebenskunst Vergebung: Befreiender Umgang mit Verletzungen*. 3. Aufl. Marburg an der Lahn: Francke.
- Granzow, S. 1994. *Das autobiographische Gedächtnis: Kognitionspsychologische und psychoanalytische Perspektiven*. Berlin: Quintessenz.

- Greinacher, Norbert 1974. Das Theorie-Praxis-Problem in der Praktischen Theologie. Klostermann F. & Zerfaß R. (Hg.) *Praktische Theologie heute*, 103-118.
- Greschat, H.J. 2005. Alter. Religionswissenschaftlich. *RGG*<sup>4</sup>. Bd. 1, 363.
- Grethlein, C. 2001. *Grundfragen der Liturgik: Ein Studienbuch zur zeitgemäßen Gottesdienstgestaltung*. Gütersloh: Chr. Kaiser Gütersloher Verlagshaus.
- Grethlein, C. & Ruddat, G. (Hg.) 2003. *Liturgisches Kompendium*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Greve, W. & Wentura, D. 1997. *Wissenschaftliche Beobachtung: Eine Einführung*. Weinheim: Beltz.
- Greving, H. & Niehoff, D. (Hg.) 2011. *Basale Stimulation und Kommunikation: Methoden in Heilpädagogik und Heilerziehungspflege*. 3. Aufl. Köln: Bildungverlag Eins.
- Grözinger, A. 1996. Eduard Thurneysen. In: Möller, C. (Hg.) *Geschichte der Seelsorge in Einzelporträts. Bd. 3: Von Friedrich Schleiermacher bis Karl Rahner*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 277-294.
- Grom, B. 1992. *Religionspsychologie*. München: Kösel.
- Grond, E. 1983. *Praxis der psychischen Altenpflege: Betonung körperlich und seelisch Kranker. Leitfaden für auszubildende Ärzte, Schwestern, Helfer, Sozialarbeiter und pflegende Angehörige*. 3. Aufl. München-Gräfelfing: Werk-Verlag Banaschewski.
- Grond, E. 1999. *Bleib` bei mir, auch wenn ich verwirrt sterbe*. Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand. Freiburg: Lambertus.
- Grond, E. 2000. *Altenpflege als Beziehungs- oder Bezugspersonenpflege: Ein interaktionelles Pflegekonzept*. 2. Aufl. Hagen: Brigitte Kunz.
- Grond, E. 2003. *Die Pflege verwirrter alter Menschen: Psychisch Alterskranke und ihre Helfer im menschlichen Miteinander*. 9. vollst. überarb. Aufl. Freiburg: Lambertus.
- Grond, E. 2004. *Palliativpflege in der Gerontopsychiatrie. Leitfaden für Pflegenden in der Altenhilfe*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Grond, E. 2005. *Pflege Demenzkranker*. 3., vollst. überarb. Aufl. Hannover: Schlütersche.
- Grond, E. 2006. Sterbebegleitung verwirrter Menschen. In: Burgheim, W. (Hg.) *Qualifizierte Begleitung von Trauernden und Sterbenden: Medizinische, rechtliche, psychosoziale und spirituelle Hilfestellungen*. Bd. 2. Merching: Forum. 3.6,1-6.
- Gross, C.S. 2001. *Der ansteckende Tod: Eine ethnologische Studie zum Sterben im Altersheim*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Grün, A. 1997. *Geborgenheit finden. Rituale feiern: Wege zu mehr Lebensfreude*. Stuttgart: Kreuz.
- Grün, A. 1999. *Du wirst getröstet*. Stuttgart: Kreuz.
- Guardini, R. 1990. *Die Annahme seiner selbst: Den Menschen erkennt nur wer von Gott weiß*. 2. Taschenbuchauflage. Mainz: Matthias-Grünwald.
- Guardini, R. 1995. *Die Lebensalter: Ihre ethische und pädagogische Bedeutung*. 8. Aufl. Würzburg: Werkbund.
- Günther-Burghardt, B. & de Freese-Weers, H. 2005. *Als ich ein Kind war: Fotografien und Geschichten zur Erinnerungspflege mit alten und dementen Menschen*. Dortmund: Modernes Lernen.
- Gutensohn, S. 2000. *Endstation Alzheimer: Ein überzeugendes Konzept zur stationären Betreuung*. Frankfurt: Mabuse.
- Guthenthaler, U. 2009. Basale Stimulation in der Palliativen Geriatrie. In: Kojer, M. (Hg.) 2009. *Alt, krank und verwirrt: Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie*. 3. Aufl. Freiburg i. Br.: Lambertus, 166-177.
- Guthenthaler, U. & Kojer, M. 2009. Die Kunst der Validation: Kommunikation mit dementen und verwirrten alten Menschen. In: Kojer, M. (Hg.) *Alt, krank und verwirrt: Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie*. 3. Aufl. Freiburg i. Br.: Lambertus, 123-165.
- Gutmann, H.-M. 2004. Weicht ihr Trauergeister: Die Wahrnehmung des Todes und die Aufgabe der evangelischen Bestattung. *Wege zum Menschen*. 56. Jg. 105-121, 105-121.
- Gutsche, F. (Hg.) 1974. *Mut zur Seelsorge: Die Grenzen der Fachleute und die Möglichkeiten der Gemeinden*. Wuppertal: Brockhaus.
- Gutschmidt, G. 2004. Das Komplott gegen die Alten. *Psychologie heute*. Nr.5, 62-68.
- Gutzmann, H. 1998. Nichtmedikamentöse Behandlung dementer Patienten. *Evangelische Impulse* Nr. 1, 17-18.
- Gutzmann, H. 2003. Therapeutische Ansätze bei Demenzen. In: Wächtler, C. (Hg.) *Demenzen*. 2. aktualis. und erw. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme, 51-71.
- Gutzmann, H. & Mahlberg, R. 2011. Rationelle Therapie. In: Förstl, H. (Hg.) *Demenzen in Theorie und Praxis*. 3. aktualis. und bearb. Aufl. Berlin u.a.: Springer, 299-315.
- Gutzmann, H. & Zank, S. 2005. *Demenzielle Erkrankungen: Medizinische und psychosoziale Interventionen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Haarhaus, F. 1999. *Zeit wird zum Geschenk: Gebete für Ältere*. Würzburg: Echter.

- Haarhaus, F. (Hg.) 2000. *Praxisbuch Seniorenarbeit 2000/2001: Geschenkte Stunden, Gebete, Andachten, Gottesdienste, Bildbetrachtungen, Meditationen, Feste und Feiern*. Aachen: Bergmoser + Höller.
- Haarhaus, F. 2001. *Jetzt und in der Stunde unseres Todes: Gebete, Meditationen und Segensfeiern für Sterbende und ihre Begleiter*. Würzburg: Echter.
- Haarhaus, F. (Hg.) 2003. Themenheft: Trauern und trösten. *Bausteine Altenarbeit*, 11. Jg. Nr.3. Aachen: Bergmoser + Höller.
- Haberstroh, J. & Pantel, J. 2011. *Kommunikation bei Demenz: TANDEM Trainingsmanual*. Berlin: Springer.
- Hackler, E. (Hg.) 2010. *Altersschwerhörigkeit: Fachinformation*. Deutsche Seniorenliga: Bonn.
- Häfner, K. 2006. Seelsorge an alten Menschen in der Ortsgemeinde. *Praktische Theologie* Nr.4. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus Gerd Mohn.
- Hallwirth-Spörk, C. (Hg.) 2005. *Merkmale der sokratischen Methode im mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodell von Cora von der Kooij*. Apeldoorn: Zorgtalentproducties.
- Hallwirth-Spörk, C., Heller, A. & Weiler, K. (Hg.) 2008. *Hospizkultur und Mäeutik: Offen sein für Leben und Sterben*. Freiburg: Lambertus.
- Hamberger, M. 2002. *Mit Musik Demenzkranke begleiten: Informationen und Tipps*. Berlin: Deutsche Alzheimergesellschaft.
- Hampel, H., Padberg, F. & Möller, H.-J. (Hg.) 2003. *Alzheimer-Demenz: Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Hanke, M. 2006. Der Umgang mit dem Tod: Warum wir trauern. *Psychologie heute*. Nr.4, 44-50.
- Hans-Seidel-Stiftung (Hg.) 2002. Antworten auf die demografische Herausforderung. *Politische Studien. Sonderheft Nr.2*. München: Atwerb.
- Harnisch, G. 2003. *Inspiration und Kraft der Symbole*. Freiburg i.Br.: Herder.
- Harris, J.G. 1987. *Biblical Perspectives on Aging: God and the Elderly. Overtures to Biblical Theology 22*. Philadelphia: Augsburg Fortress.
- Harrison, R. 2006. *Die Herrschaft des Todes*. München: Hanser.
- Hartmann, G. 1993. *Lebensdeutung: Theologie für die Seelsorge*. Göttingen: Vandenhoeck.
- Hartmann, Y. u.a. 1992. *Altersdemenz: Verzicht auf Leben. Therapie und Pflege auf neuen Wegen. Köhler, W. (Hg.) Geist und Psyche*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Hartwanger, A. 2006. Guten Appetit. *Altenpflege* 31(5), 28-31.
- Hartwig, I., Karsunke, I. & Spengler, T. 2003. *Kursbuch 151: Das Alter*. Berlin: Rowolth.
- Haslinger, H. u.a. (Hg.) 2000. *Handbuch Praktische Theologie. Bd. 2: Durchführungen*. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Hatt, H. & Dee, R. 2010. *Das Maiglöckchen-Phänomen: Alles über das Riechen und wie es unser Leben bestimmt*. 5. Aufl. München u.a.: Piper.
- Haupt, M. 2003. Nicht-pharmakologische Interventionen. In: Hampel, H., Padberg, F. & Möller, H.-J. (Hg.) *Alzheimer-Demenz: Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 392-399.
- Hauschildt, E. 1993. Was ist ein Ritual. *Wege zum Menschen*. 45. Jg., 24-35.
- Hauschildt, E. 2009. Interkulturelle Herausforderungen an die Seelsorge. In: Bell, D. & Fermor, G. (Hg.) *Seelsorge heute: Aktuelle Perspektiven aus Theorie und Praxis*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener, 80-100.
- Hauser, T. 1991. *Du hast mich geführt: Sich betend erinnern*. Freiburg i.Br.: Herder.
- Hauser, T. 1997. *Zeit inneren Wachstums: Die späten Jahre*. München: Kösel.
- Hausmann, J. 1995. *Studien zum Menschenbild der älteren Weisheit*. Tübingen: J.C.B. Mohr.
- Hebgen, H. 1992. *Älter werden am liebsten als Christ: Nützliche Hinweise für ein Leben im Alter als Christ*. Speyer: Pilger.
- Hecht, M. 2006. Nicht ganz bei Trost. Wird schon wieder: Von der Unfähigkeit mit der Krise des anderen umzugehen. *Psychologie heute*. Nr.7, 48-53.
- Hegedusch, E. & Hegedusch, L. 2007. *Tiergestützte Therapie bei Demenz*. Hannover: Schlütersche.
- Hegerl, U., Zaudig, M. & Möller, H.-J. (Hg.) 2001. *Depression und Demenz im Alter: Abgrenzung, Wechselwirkung, Diagnose, Therapie*. Wien: Springer.
- Hegi, F. 1986. *Improvisation und Musiktherapie: Möglichkeiten und Wirkungen von freier Musik*. Paderborn: Wiesbaden: Reichert.
- Heidegger, M. 1954. *Vorträge und Aufsätze*. Pfullingen: Neske.
- Heigl-Evers, A. & Heigl, F. 1992. Altern und Psychotherapie: Ein Dialog. *Wege zum Menschen*. 44. Jg., 502-512.
- Heimerl, K., Heller, A. & Kittelberger, F. (Hg.) 2005. *Leben bis zuletzt: Palliative Care im Alten- und Pflegeheim. Mehr als ein Leitfaden*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Heinz-Mohr, G. 1997. *Lexikon der Symbole: Bilder und Zeichen der christlichen Kunst*. 11. Aufl.

- Heitzer, A. 2005. *Kochbuch der Erinnerungen*. Remscheid: RGA.
- Held-Hildebrandt, R. 2004. Die Finalphase des Lebens. In: *Lilie, U. & Zwielerlein, E. (Hg) Handbuch Integrierte Sterbebegleitung*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 247-251.
- Heller, A. (Hg.) 2007. *Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun: Wie alte Menschen würdig sterben können*. 3. aktual. und erw. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Heller, B. 2008. *Hingehen, wo andere weglafen: Andachten für den Alltag in diakonischen Einrichtungen*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Hempel, R. 1995. *Hol dir die Freude zurück: Auch Älterwerden kann schön sein*. Lahr: St. Johannis.
- Herbst, M. 1996. *Missionarischer Gemeindeaufbau in der Volkskirche*. (Dissertation Praktische Theologie Universität Erlangen). 4. Aufl. Stuttgart: Calwer.
- Herbst, M. 2001. Sterbebegleitung versus Sterbehilfe: Zusammenfassung des Fakultätsgutachtens der Theologischen Fakultät Greifswald „Der Mensch und sein Tod“. *Theologische Beiträge*. 32. Jg. Nr.4, 216-224.
- Herbst, M. 2012. *Beziehungsweise: Grundlagen und Praxisfelder evangelischer Seelsorge*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener.
- Hermann, J. 2006. Seelsorge mit alten Menschen. *Pastoraltheologie. Monatsschrift für Wissen und Praxis in Kirche und Gesellschaft*. 95. Jg. Nr.6, 202-216.
- Herms, E. 1990a. *Erfahrbare Kirche. Beiträge zur Ekklesiologie*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Herms, E. 1990b. Ist Religion noch gefragt. In: Herms, E. *Erfahrbare Kirche. Beiträge zur Ekklesiologie*. Tübingen: Mohr Siebeck, 25-48.
- Hertzer, K. 2002. Auf einmal war ich 103. *Psychologie heute*. Nr.7, 48-53.
- Herz, R. 2009. *Weil ich dich riechen kann: Der fünfte Sinn und sein Geheimnis*. München: Herbig.
- Hesse, G. & Laubert, A. 2005. Hörminderung im Alter: Ausprägung und Lokalisation. *Deutsches Ärzteblatt*. 102. Jg. Heft 41, 2864-2868.
- Heuvel, W.J.A. von u.a. (Hg.) 1992. *Opportunities and Challenges in an Ageing Society*. North-Holland.
- Heymel, M. 2005. Seelsorge als Klanggeschehen. *Wege zum Menschen*. 57. Jg. 1, 29-42.
- Heymel, M. 2007. *Was alten Menschen heilig ist: Möglichkeiten der Altenseelsorge heute*. In: Kunz, R. (Hg.) *Religiöse Begleitung im Alter: Religion als Thema der Gerontologie*. Zürich: Theologischer, 271-293.
- Hiemenz, T. & Kottnik, R. (Hg) 2000. *Sich Einlassen und Loslassen*. Freiburg: Herder.
- Hillmann, J. 2000. *Vom Sinn des langen Lebens: Wir werden was wir sind*. München: Kösel.
- Hilsberg, T. & Hilsberg, M. 2011. *Erinnern und Vertrauen: Glaubenskurs für Hochbetagte*. Karlsruhe: AMD.
- Hippius, H. 1990. Aloys Alzheimer: 14.6.1864-19.12.1915. In: Maurer, K., Riederer, P. & Beckmann, H. (Hg.) *Alzheimer`s disease, epidemiology, neuropathology, neurochemistry and clinics*. Wien: Springer, 13-29.
- Hirsch, R.-D. 1994. *Psychotherapie bei Demenzen*. Darmstadt: Steinkopff.
- Hirsch, R.-D. 2011. Zur Psychotherapie. In: Förstl, H. (Hg.) *Demenzen in Theorie und Praxis*. 3. aktualis. und bearb. Aufl. Berlin u.a.: Springer, 481-502.
- Hoch, D. 1977. Offenbarungstheologie und Tiefenpsychologie. *Theologische Existenz heute* 195. München: Chr. Kaiser, 9-10.
- Hoffsümmer, W. 2004. *111 Ideen für Gottesdienste und Feiern mit Senioren: Mit 50 Gebeten*. Mainz: Matthias Grünewald.
- Hofman, A. u.a. 1991. The prevalence of dementia in Europe: A collaborative study of 1980-1990 findings. *International Journal of Epidemiology*, 736-748.
- Hofstee, E. 2006. *Constructing a good dissertation: A practical guide to finishing a Masters, MBA or PhD on schedule*. Johannesburg: EBE. exactico.co.za [20.9.2010].
- Hohmeier, J. & Pohl, H.-J. (Hg.) 1978. *Alter als Stigma: Wie man alt gemacht wird*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Holzschuh, S. 2006. *Raum und Trauer: Eine praktisch-theologische Untersuchung zu Abschiedsräumen*. Würzburg: Echter.
- Horkel, W. (Hg.) 1994. *Zeiten, Tage und Stunden: Ein Lesebuch über das Älterwerden*. Hamburg: Agentur des Rauhen Hauses.
- Hossfeld, F.L. 1990. Graue Panther im Alten Testament: Das Alter in der Bibel. *Arzt und Christ. Vierteljahresschrift für medizinisch-ethische Grundsatzfragen*. Nr.1, 1-11.
- Höwler, E. 2007. *Interaktionen zwischen Pflegenden und Personen mit Demenz: Ein pflegedidaktisches Konzept für Ausbildung und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hradli, S. 2006. *Die Sozialstruktur Deutschland im internationalen Vergleich*. 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

- Huber, S. 2007. Spirituelle Räume: Ein Beitrag zur Phänomenologie des religiösen Erlebens und Verhaltens im Alter. In: Kunz, R. (Hg.) *Religiöse Begleitung im Alter: Religion als Thema der Gerontologie*. Zürich: Theologischer, 45-71.
- Hübner, R., Kubitzka, E. & Rohrer, F. 1985. *Biblische Geschichten erleben: Spielversuche zu biblischen Texten*. Gelnhausen: Burckhardts-Laetare.
- Hulsegge, J. & Verheul, A. 2005. *Snoezelen: Eine andere Welt*. 10. Aufl. Marburg: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung.
- Hummel, C. 2008. Vom Riechen. Online im Internet: URL: <http://www.uniklinikum-dresden.de/das-klinikum/kliniken-polikliniken-institute/hno/forschung/interdisziplinaires-zentrum-fur-riechen-und-schmecken/downloads/downloads/jugendinfo.pdf> [30.1.2014].
- Hummel, K. 2008. *Gute Nacht Liebster: Demenz. Ein berührender Bericht über Liebe und Vergessen*. 2. Aufl. Bergisch Gladbach: Lübbe.
- Hungs, F.-J. 1988. *Das Alter ein Weg zu Gott: Orientierungen für die Altenpastoral*. Frankfurt a.M.: Knecht.
- Hünig, S. 2010. Sehschaden im Alter vorbeugen und lindern: Informationen und Empfehlungen zur altersbedingten Makuladegeneration und zum Grauen Star. Online im Internet: URL: [http://www.klinikum-karlsruhe.com/fileadmin/Medien/Kliniken\\_und\\_Medizinische\\_Zentren/Kopfkliniken/Augenklinik/makulahuenig.pdf](http://www.klinikum-karlsruhe.com/fileadmin/Medien/Kliniken_und_Medizinische_Zentren/Kopfkliniken/Augenklinik/makulahuenig.pdf) [31.1.2014].
- Hunter, S. (Hg.) 1997. *Dementia: Challenges and new directions*. London: Kingsley.
- Hüther, G. 2004. *Die Macht der inneren Bilder: Wie Visionen das Gehirn, den Menschen und die Welt verändern*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ignatius, J. 2002. Validation: Eine Möglichkeit, Würde, Selbstwertgefühl und Identität zu bewahren. Online im Internet: URL: <http://www.alzheimer-angehoerigen-initiative.de/HA-VeranstaltungenAP/Ignatius.pdf> [30.1.2014].
- Imhof, A.E. 1981. *Die gewonnenen Jahre: Von der Zunahme unserer Lebensspanne seit dreihundert Jahren oder von der Notwendigkeit einer neuen Einstellung zu Leben und Sterben*. München: C.H.Beck.
- Innes, A. & Hatfield, K. (Hg.) 2001. *Healing arts therapies and person-centred dementia care*. London & Bristol: Kingsley.
- Innes, A. (Hg.) 2004. *Die Dementia Care Mapping Methode (DCM)*. Bern: Huber.
- Institut der deutschen Wirtschaft Köln (Hg.) 2004. *Deutschland altert: Die demographische Herausforderung*. Köln: Deutscher Instituts-Verlag.
- Institut der deutschen Wirtschaft Köln (Hg.) 2004. *Perspektive 2050: Ökonomik des demographischen Wandels*. Köln: Deutscher Instituts-Verlag.
- Ist Opa jetzt im Himmel. 2003. *Psychologie heute*. Nr. 11, 10.
- Jäggi, E. 2006. Von den Grenzen der Psychotherapie. *Materialdienst. Zeitschrift der Evangelischen Zentralstelle für Religions- und Weltanschauungsfragen (EZW)*. 69. Jg. 12, 463-470.
- Jansen, B. u.a. (Hg.) 1999. *Soziale Gerontologie: Ein Handbuch für die Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Jenkins, D. 2006. *Der beste Anzug: Hautpflege bei Menschen mit Demenz*. Köln: KDA.
- Jenni, E. 2003. *Lehrbuch der hebräischen Sprache des Alten Testaments*. Basel: Schwabe & Co.
- Jens, W. & Küng, H. 2010. *Menschenwürdig sterben: Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*. München: Piper.
- Jentsch, W. 1982. *Der Seelsorger: Beraten, Bezeugen, Befreien. Grundzüge biblischer Seelsorge*. Mörs: Brendow.
- Jepsen, M. (Hg.) 2004. *Evangelische Spiritualität heute: Mehr als ein Gefühl*. Stuttgart: Kreuz.
- Jerneizig R., u.a. 1991. *Leitfaden zur Trauertherapie und Trauerberatung*. Göttingen: Vandenhoeck u. Ruprecht.
- Jetter, W. 1986. *Symbol und Ritual: Anthropologische Elemente im Gottesdienst*. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Joas, R. 2009. Das Beste kommt noch: Gedanken zum Älterwerden. *Zeitzeichen – die Inforeihe zum Thema Glaube und Leben*. Missionswerk Werner Heuckelbach. Hagen: Basse.
- Jonasson, J. 2011. *Der Hundertjährige der aus dem Fenster stieg und verschwand*. 24. Aufl. München: Random House.
- Jones, G. M. M. & Miesen, B. M. L. (Hg.) 2004. *Care-giving in Dementia. Bd. 3*. London: Routledge.
- Jopping, W. 2003. *Gruppenarbeit mit Senioren*. 5. Aufl. Troisdorf: Bildungsverlag Eins.
- Jopping, W. 2008. *Gedächtnistraining mit dementen Menschen*. Praxisreihe Altenpflege. 2. Aufl. Troisdorf: Bildungsverlag Eins.
- Jopping, W. 2009. *Bildungs- und Biografiearbeit*. 2. Aufl. Troisdorf: Bildungsverlag Eins.
- Jordahn, O. 1995. Die Bestattung: In: Schmidt-Lauber, H.C. & Bieritz, K.-H. *Handbuch der Liturgik: Liturgiewissenschaft in Theologie und Praxis der Kirche*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 415-431.

- Jordahn, O. 2005. Trauerbräuche V. Praktisch-theologisch. *RGG*<sup>4</sup>. Bd. 8, 562-563.
- Jorm, A. F., Korten, A.E. & Henderson, A.S. 1987. *The prevalence of dementia: A quantitative integration of the literature*. Scandinavica: Acta Psychiatrica, 465-479.
- Josuttis, M. 1993. Seelsorgebewegung und Praktische Theologie. *Wege zum Menschen*. 45. Jg., 460-471.
- Josuttis, M. 2000. *Der Weg in das Leben: Eine Einführung in den Gottesdienst auf verhaltenswissenschaftlicher Grundlage*. Gütersloh: Kaiser & Gütersloher Verlagshaus.
- Josuttis, M. 2002a. Spiritualität in wissenschaftlicher Sicht. *Verkündigung und Forschung*. 47. Jg. Nr. 1. München: Chr. Kaiser, 70.89.
- Josuttis, M. 2002b. *Religion als Handwerk: Zur Handlungslogik spiritueller Methoden*. Gütersloh: Kaiser.
- Josuttis, M. 2002c. *Segenskräfte: Potentiale einer energetischen Seelsorge*. 2. Aufl. Gütersloh: Kaiser.
- Josuttis, M. 2009. *Kraft durch Glauben: Grundlinien einer energetischen Seelsorge*. In: Bell, D. & Fermor, G. (Hg.) *Seelsorge heute: Aktuelle Perspektiven aus Theorie und Praxis*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener, 34-48.
- Joss-Dubach, B. 1987. *Das Alter: Eine Herausforderung für die Kirche. Ein theologischer Beitrag zur Auseinandersetzung mit den Fragen des dritten und vierten Lebensabschnitts* (Dissertation). Zürich: Theologischer.
- Juengel, E. 1990. *Tod*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus Gerd Mohn.
- Jung, C.G. 1972. *Über die Psychologie der Dementia Praecox: Ein Versuch*. Olten: Walter.
- Jürgs, M. (Hg.) 1999. *Alzheimer: Spurensuche im Niemandsland*. München: List.
- Kade, S. 1994. *Individualisierung und Älterwerden*. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Kaiser-Stearns, A.. 1991. *Und plötzlich ist alles ganz anders: Verluste verstehen und meistern*. München: Kössel.
- Karle, I. 2009. Sinnlosigkeit aushalten: Ein Plädoyer gegen die Spiritualisierung von Krankheit. *Wege zum Menschen*. 61. Jg. 1, 19-34.
- Käsler, H. 1993. *Mit der Trauer leben*. München: Kössel.
- Kasper, H. 2004. *Ernährungsmedizin und Diätetik*. 10. neu bearb. Aufl. München u.a.: Urban & Fischer.
- Kast, V. 1987. *Der schöpferische Sprung*. Olten: DTV.
- Kast, V. 1994. *Sich einlassen und loslassen*. Freiburg i.Br.: Herder.
- Kast, V. 2008. *Tauern: Phasen und Chancen des psychischen Prozesses*. 6. Aufl. Stuttgart: Kreuz.
- Kasten, E., Utecht, C. & Waselewski, M. 2004. *Den Alltag demenzkranker Menschen neu gestalten*. Hannover: Schlütersche.
- Kastner, U. & Löbach, R. 2007. *Handbuch Demenz*. München: Elsevier.
- Kawulich, B.B. 2005. Participant Observation as a Data Collection Method [81 paragraphs]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 6(2), Art. 43, Online im Internet: URL: <http://www.nbn-resolving.de> [30.1.2014].
- Keetmann, R. & Bejick, U. 2006. Verwirrte alte Menschen seelsorgerlich begleiten. In: Kobler von Komorowski, S. & Schmidt, H. (Hg.) *Seelsorge im Alter: Herausforderungen für den Pflegealltag*. 2. Aufl. Diakoniewissenschaftliches Institut. Bd. 24. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, 124-141.
- Kelle, U. 2008. *Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung: Theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte*. 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Keller, S. 2004. *Alter und Krankheit*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA).
- Kerkhoff, B. & Halbach, A. 2002. *Biografisches Arbeiten: Beispiele für die praktische Umsetzung*. Hannover: Vincentz.
- Keßler, H. 1996. *Bibliodrama und Leiblichkeit: Leibhaftige Textauslegung im theologischen und therapeutischen Diskurs*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kettling, S. 1990. *Du gibst mich nicht dem Tode preis*. 2. Aufl. Wuppertal: R. Brockhaus.
- Kettling, S. 1993: *Typisch evangelisch: Grundbegriffe des Glaubens*. 2. Aufl. Giessen: Brunnen.
- Keupp, H. 2000. *Eine Gesellschaft der Ichlinge*. München: Eigenverlag.
- Kiesling, U. 1999. *Sensorische Integration im Dialog: Verstehen lernen und helfen ins Gleichgewicht zu kommen*. 2. Aufl. Dortmund: Modernes Lernen.
- Kießling, K. 2007. Schlimmer als das Vergessen – Vergessen zu werden: Pastoralpsychologische Orientierung bei Desorientierung durch Demenz. *Wege zum Menschen*. 59. Jg., 461-473.
- Kimble, M.A. u.a. 1995. *Aging, Spirituality and Religion: A Handbook*. Minneapolis: Augsburg Fortress.
- Kirchenverwaltung der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau (Hg.) 1993. *Schriftworte und liturgische Texte (Teil IV) für den Bestattungsdienst*. Darmstadt: EKD.

- Kitwood, T. 1997. Personhood, dementia and dementia care. In: Hunter, S. (Hg.) *Dementia: Challenges and new directions*. London: Kingsley, 9-23.
- Kitwood, T. 2008. *Demenz: Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. 5. Aufl. Bern u.a.: Huber.
- Kitwood, T. & Bredin, K. 1994. *Evaluating Dementia Care: The DCM method*. Bradford: Bradford Dementia Research Group.
- Klaus, B. & Winkler, K. 1975. *Begräbnis-Homiletik: Trauerhilfe, Glaubenshilfe und Lebenshilfe für Hinterbliebene als Dienst der Kirche*. München: Claudius.
- Kleiber, D. & Filsinger, D. 1989. *Altern: Bewältigen und helfen*. Heidelberg: Roland Asanger.
- Klein, S. 2005. *Erkenntnis und Methode in der Praktischen Theologie*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Klessmann, E. 2006. *Wenn Eltern Kinder werden und doch Eltern bleiben: Die Doppelbotschaft der Altersdemenz*. 6., durchges. Aufl. Bern: Huber.
- Klessmann, M. 2004. Seelsorgebewegung. *RGG*<sup>4</sup>. Bd. 7, 1124-1125.
- Klessmann, M. 2008a. Einleitung: Seelsorge in der Institution Krankenhaus. In: Klessmann, M. (Hg.) *Handbuch der Krankenhauseselsorge*. 3. überarb. und erw. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 13-27.
- Klessmann, M. (Hg.) 2008b. *Handbuch der Krankenhauseselsorge*. 3. überarb. und erw. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Klessmann, M. 2008c. Von der Krankenseelsorge zur Krankenhauseselsorge: Historische Streiflichter. In: Klessmann, M. (Hg.) *Handbuch der Krankenhauseselsorge*. 3. überarb. und erw. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 56-64.
- Klessmann, M. 2009a. Seelsorge als Kommunikationsprozess: Pastoralpsychologische Perspektiven. In: Bell, D. & Fermor, G. (Hg.) *Seelsorge heute: Aktuelle Perspektiven aus Theorie und Praxis*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener, 11-33.
- Klessmann, M. 2009b. *Seelsorge: Begleitung, Begegnung, Lebensdeutung im Horizont des christlichen Glaubens*. 2. Aufl. Neukirchen Vluyn: Neukirchener.
- Klimek, L., Moll, B. & Kopal, G. 2000. Riech- und Schmeckvermögen im Alter. *Deutsches Ärzteblatt*. 97(14), 911-918.
- Klose, H.U. (Hg.) 1993. *Altern der Gesellschaft: Antworten auf den demographischen Wandel*. Köln: Bund.
- Klostermann, F. & Zerfaß, R. (Hg.) 1974. *Praktische Theologie heute*. München: Kaiser.
- Knierim, R. 1980. Age and Aging in the Old Testament. In: Clements, W. (Hg.) *Ministry with the Aging*. San Francisco: Harper & Row Publishers, 21-36.
- Knohl, G. (Hg.) 2007. *Seelsorge-Ausbildung von Ehrenamtlichen: Leitlinien, Materialien, Entwürfe*. Im Auftrag des Zentrums Seelsorge und Beratung der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau. Friedberg: ZSB. zsb.ekhn.org [7.8.2010].
- Kobler von Komorowski, S. & Schmidt, H. (Hg.) 2006. *Seelsorge im Alter: Herausforderungen für den Pflegealltag*. 2. Aufl. Diakoniewissenschaftliches Institut. Bd. 24. Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Koch, T. 2003. Der Notfall provoziert durch den Tod als Ernstfall: Theologische Überlegungen zur Notfallseelsorge. *Pastoraltheologie* 92. Jg. 119-126.
- Koch-Straube, U. 2003. *Fremde Welt Pflegeheim*. Bern: Hans Huber.
- Kochendörfer, G. 1998. *Sprachverarbeitung bei Alzheimer-Demenz: Hypothesen aus neuronalen Modellen*. Tübingen: Narr.
- Köckenberger, H. 2004. *Bewegungsspiele mit Alltagsmaterial: Für Sportunterricht, psychomotorische Förderung, Bewegungs- und Wahrnehmungstherapie*. 4. unveränd. Aufl. Dortmund: Modernes Lernen.
- Köhler, L. 1954. *Wahres Leben: Ein Buch für die Nöte und Pflege des täglichen Lebens*. Witten: Luther.
- Köhler, L. 1980. *Der hebräische Mensch*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Kojer, M. (Hg.) 2009. *Alt, krank und verwirrt: Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie*. 3. Aufl. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Kojer, M. & Pirker, S. 2009. Palliative Care. In: Kojer, M. (Hg.) *Alt, krank und verwirrt: Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie*. 3. Aufl. Freiburg i. Br.: Lambertus, 36-46.
- Kojer, M., Pirker, S. & Schmidl, M. 2009. Müssen alte Menschen Schmerzen haben. In: Kojer, M. (Hg.) *Alt, krank und verwirrt: Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie*. 3. Aufl. Freiburg i. Br.: Lambertus, 233-294.
- König, J. & Zemlin, C. 2008. 100 Fehler im Umgang mit Menschen mit Demenz und was Sie dagegen tun können. Hannover: Schlütersche.
- Köster, R. 1976. Seelsorge im Übergang von der innengeleiteten zur außengeleiteten Gesellschaft. In: Becher, W. (Hg.) *Seelsorgeausbildung: Theorien, Methoden, Modelle*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 54-75.

- Kostrzewa, S. 2010. *Palliative Pflege von Menschen mit Demenz*. 2. vollst. Überarb. und erw. Aufl. Bern: Hans Huber.
- Kostrzewa, S. & Kutzner, M. 2009. *Was wir noch tun können: Basale Stimulation in der Sterbebegleitung*. 4. überarb. und erg. Aufl. Bern: Hans Huber.
- Kotre, J. 2004. *Lebenslauf und Lebenskunst: Über den Umgang mit der eigenen Biografie*. München: dtv.
- Kottak, C.P. 1994. *Cultural anthropology*. 6. Aufl. New York: McGraw-Hill.
- Kötter, H.U. & Hampel, H. 2003. Mythos Alzheimer-Demenz: Ein Krankheitsbegriff im Wandel. In: Hampel, H., Padberg, F. & Möller, H.-J. (Hg.) *Alzheimer-Demenz: Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 14-27.
- Kramer, A., Ruddat, G. & Schirrmacher, F. (Hg.) 2009. *Ambivalenzen der Seelsorge: Michael Klessmann zum 65. Geburtstag*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener.
- Kraus, B. 1996. *Endlich leben: Mehr Lebenslust beim Älterwerden*. Freiburg i.Br.: Herder.
- Kreisel-Liebermann, H. 2001. *Dem Leben so nah: Schwerstkranke und Sterbende begleiten*. Bd. 63. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kremer H. 1958. Leiden. *EKL*. Bd. 2, 1067-1069.
- Kreß, H. 2004. Die Würde von Sterbenden achten. In: *Lilie, U. & Zwierlein, E. (Hg) Handbuch Integrierte Sterbebegleitung*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 34-44.
- Kropp, W. & Huber, A. 2010. *Studienarbeiten interaktiv: Erfolgreich wissenschaftlich denken, schreiben, präsentieren*. 2. Aufl. Berlin: Erich Schmidt.
- Kruhoffer, G. 1999. *Der Mensch: Das Bild Gottes*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kruse, A. 1990a. Psychologisch-anthropologische Beiträge zum Verständnis des Alternsprozesses. In: Schmitz-Scherzer, R., Kruse, A. & Olbrich, E. (Hg.) *Altern: Ein lebenslanger Prozess der sozialen Interaktion*. Darmstadt: Steinkopf, 29-42.
- Kruse, A. 1990b. *Zu neuen Kräften finden: Rat und Hilfe für pflegebedürftige alte Menschen und ihre Angehörigen*. Freiburg: Herder.
- Kruse, A. 2006a. Alter hat Zukunft: Stärken des Alterns erkennen und nutzen. *Praktische Theologie*. Nr. 4, 245-251.
- Kruse, A. 2006b. Neue Seelsorge mit alten Menschen. In: Kobler von Komorowski, S. & Schmidt, H. (Hg.) *Seelsorge im Alter: Herausforderungen für den Pflegealltag*. 2. Aufl. Diakoniewissenschaftliches Institut. Bd. 24. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, 34-44.
- Kruse, A. 2007. Chancen und Grenzen der Selbstverantwortung im Alter. *Wege zum Menschen*. Nr. 5, 422-446.
- Kruse, A. (Hg.) 2010. *Lebensqualität bei Demenz: Zur Auseinandersetzung des Menschen mit Grenzsituationen*. Berlin: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Kruse, A., Lehr, U. & Rott, C. (Hg.) 1987. *Gerontologie: Eine interdisziplinäre Wissenschaft. Beiträge zur ersten Gerontologischen Woche*. München: Bayerischer Monatsspiegel Verlagsgesellschaft.
- Kruse, A. u.a. (Hg.) 1988. *Gerontologie: Wissenschaftliche Erkenntnisse und Folgerungen für die Praxis. Beiträge zur zweiten Gerontologischen Woche*. München: Bayerischer Monatsspiegel Verlagsgesellschaft.
- Kruse, A. u.a. 1992. Konflikt- und Belastungssituationen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe und Möglichkeiten ihrer Bewältigung. *Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kühn, M. 2003. *Kant: Eine Biographie*. München: C.H. Beck.
- Kuhn, P. 2002. Trauer III. *TRE*. Bd. 34, 11-14.
- Kuntze, S. 2011. *Altern wie ein Gentleman: Zwischen Müßiggang und Engagement*. München: C. Bertelsmann.
- Kunz, R. (Hg.) 2007. *Religiöse Begleitung im Alter: Religion als Thema der Gerontologie*. Zürich: Theologischer.
- Kuratorium Deutsche Altenhilfe (Hg.) 1996. *Rund ums Alter: Alles Wissenswerte von A bis Z*. München: C.H. Beck.
- Kuratorium Gutes Sehen (KGS) (Hg.) 2012. *Sehprobleme: Die häufigsten Sehfehler und Augenerkrankungen*. Online im Internet: URL: [http://www.sehen.de/fileadmin/user\\_upload/sehen.de/sehprobleme\\_rz\\_web.pdf](http://www.sehen.de/fileadmin/user_upload/sehen.de/sehprobleme_rz_web.pdf) [30.1.2014].
- Kurz, A. 2002. Klinik. In: Beyreuther, K. (Hg.) *Demenzen: Grundlagen und Klinik*. Stuttgart: Thieme, 168-186.
- Kurz, A. & Jendroska, K. 2002. Therapie und Prävention. In: Beyreuther, K. (Hg.) *Demenzen: Grundlagen und Klinik*. Stuttgart: Thieme, 182-210.
- Lamnek, S. 2005. *Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch*. 4., vollst. überarb. Aufl. Weinheim: Beltz.

- Lämmermann, G. 2006. Einführung in die Religionspsychologie: Grundfragen, Theorien, Themen. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener.
- Lammer, K. 2004. Das Unfassbare bewältigen. *Psychologie heute*. Nr.12, 62-69.
- Lammer, K. 2006. *Den Tod begreifen: Neue Wege in der Trauerbegleitung*. 5. Aufl. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener.
- Lammer, K. 2007. *Trauer verstehen: Formen, Erklärungen, Hilfen*. 2. Aufl. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener.
- Lamp, I. 1994. *So alt ihr auch werdet: Biblische Perspektiven fürs Älterwerden*. Kevelär: Butzon & Bercker.
- Lamp, I. (Hg.) 2010. *Umsorgt sterben: Menschen mit Demenz in ihrer letzten Lebensphase begleiten*. Mit einem Geleitwort von Andreas Kruse. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lamp, I. & Küpper-Popp, K. 2008. *Abschied nehmen am Totenbett: Rituale und Hilfen für die Praxis*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Lander, H.-M. & Zohner, M.-R. 1992. *Trauer und Abschied: Ritual und Tanz für die Arbeit mit Gruppen*. Mainz: Grünewald.
- Landowicz, E. 1993. *Älter werden wir doch alle*. Frankfurt a.M.: Fischer-Taschenbuch.
- Lang, K.K. 1995. *Das Alter und ich: Ein Brevier in 52 Kapiteln*. Ravensburg: Oberschwäbische Verlagsanstalt Drexler & Co.
- Langenmayr, A. 1999. *Trauerbegleitung: Beratung. Therapie. Fortbildung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Langer, P. (Hg.) 1993. *Höhe des Lebens: Senioren auf dem Weg*. Nettetal: Steyler.
- Lapide, P. 1985. *Am Scheitern hoffen lernen*. Gütersloh: GTB Siebenstern.
- Lärm, M. 2006. Taizé-Gebetsstunde für Menschen mit einer schweren Demenz. In: Bolle, G.-F. (Hg.) *Komm mal mit: Demenz als theologische und kirchliche Herausforderung*. Glaubenszeugnisse unserer Zeit. Bd. 5. Wittlingen: Erev Rav, 115-118.
- Lärm, M. 2011. Essen und Trinken: Die Ernährung Demenzkranker. Online im Internet: URL: [http://www.demenz-ded.de/fileadmin/redaktion/demenz-ded.de/Download/Essen\\_und\\_Trinken.pdf](http://www.demenz-ded.de/fileadmin/redaktion/demenz-ded.de/Download/Essen_und_Trinken.pdf) [30.1.2014].
- Latz, I. 1991. *Musik im Leben älterer Menschen*. Bonn: Dümmler.
- Lauther, C. & Möller, C. 1996. Helmut Tacke. In: Möller, C. (Hg.) *Geschichte der Seelsorge in Einzelporträts. Bd. 3: Von Friedrich Schleiermacher bis Karl Rahner*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 341-358.
- Leboyer, F. 2007. *Sanfte Hände*. 24. Aufl. München: Kösel.
- Legatis, G. 1974. *Älterwerden: Schicksal oder Lebensaufgabe*. Hamburg: Furche.
- Legatis, G. 1984. Gerontologie. *TRE 12*. Berlin: Walter de Gruyter, 524-532.
- Leggewie, O. (Hg.) 1986. *Die Welt der Hellenen*. 3. verb. Auflage. Münster: Aschendorff.
- Lehmkuhl, D., Bosch, G. & Steinhart, I. 1986. Alte Menschen in Heimen. *Zeitschrift für Gerontologie*. 19, 56-64.
- Lehr, U. 1983. *Altern: Tatsachen und Perspektiven*. Bonn: Bouvier.
- Lehr, U. 1987. *Persönlichkeitsentwicklung im höheren Lebensalter: Differentielle Aspekte im höheren Lebensalter*. Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Lehr, U. 2005. Älter werden in Zeiten des demografischen Wandels: Eine Herausforderung. In: Stappen, B. (Hg.) *Begleitung pflegebedürftiger und an Demenz erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen*. Mainz: Matthias-Grünewald, 93-113.
- Lehr, U. 2007. *Psychologie des Alterns*. 11. korr. Auflage. Wiebelsheim: Quelle & Meyer.
- Lehr, U. & Minnemann, E. 1987. Veränderung von Quantität und Qualität sozialer Kontakte vom 7. bis 9. Lebensjahrzehnt. In: Lehr, U. & Thomä, H. (Hg.) *Formen seelischen Alterns: Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA)*. Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Lehr, U. & Repgen, K. (Hg.) 1994. *Älterwerden: Chance für Mensch und Gesellschaft*. München: Olzog.
- Lehr, U. & Thomä, H. (Hg.) 1987. *Formen seelischen Alterns: Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA)*. Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Leibl, M.T.R. 2004. Stärke in Schwachheit: Ethische und theologische Überlegungen zur Hospizarbeit. *Wege zum Menschen*. Nr.2, 151-167.
- Leonhardt, R. 2004. *Grundinformation Dogmatik*. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Levend, H. 2006a. Selbstbestimmtes Sterben: Eine Illusion. *Psychologie heute*. Nr.7, 42-44.
- Levend, H. 2006b. Jetzt sehe ich die Weite: Palliativpflege als Stiefkind der Medizin. *Psychologie heute*. Nr.7, 45-47.
- Lewinsohn, P. M. 1974. A behavioral approach to depression. In: Friedmann, R. J. & Katz, M. M. (Hg.) *The psychology of depression*. New York: Wiley and Sons, 83-97.
- Lewis, C.S. 1982. *Über die Trauer*. Köln: Benziger.
- Lexikon für Theologie und Kirche (LThK)* 2006. 3. Aufl.

- Liebermann, M.A. & Tobin, S.S. 1983. *The Experience of Age: Stress, Coping and Survival*. New York: Basic Books.
- Liedke, U. 2009. *Beziehungsreiches Leben: Studien zu einer inklusiven theologischen Anthropologie für Menschen mit und ohne Behinderung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lilie, U. 2004a. Rechtliche Diskussion der Sterbehilfe in Deutschland. In: *Lilie, U. & Zwielerlein, E. (Hg.) Handbuch Integrierte Sterbebegleitung*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 165-172.
- Lilie, U. 2004b. Zur Seelsorge an Sterbenden. In: *Lilie, U. & Zwielerlein, E. (Hg.) Handbuch Integrierte Sterbebegleitung*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 82-88.
- Lilie, U. & Zwielerlein, E. (Hg.) 2004. *Handbuch Integrierte Sterbebegleitung*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Lindemann, E. 1985. *Jenseits von Trauer: Beiträge zur Krisenbewältigung und Krankheitsvorbeugung*. Mainz: Med.
- Lindner, R. & Nitschke, H. (Hg.) 1984. *Trauernden predigen. Gottesdienstpraxis Serie B: Arbeitshilfen für die Gottesdienste zu den Festzeiten und für Kasualien*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus Gerd Mohn.
- Linke, A. 2002. *Wenn die Psyche Hilfe sucht: Krankheitsbilder. Hilfen. Therapien. Fachleute in der Nähe*. Ein Ratgeber vom Landesverband Westfalen-Lippe. Münster: Agentia.
- Lipinska, D. 2010. Menschen mit Demenz personenzentriert beraten: Dem Selbst eine Bedeutung geben. Bern u.a. Hans Huber.
- Löckner, S. (Hg.) 2000. *Promovieren: Christlicher Promotionsratgeber*. Marburg: Francke.
- Lödel, R. (Hg.) 2003. *Seelsorge in der Altenhilfe: Ein Praxisbuch*. Düsseldorf: Patmos.
- Löding, C. 2004. *Snoezelen*. München u.a.: Urban & Fischer.
- Lohse, T.H. 2003. *Das Kurzgespräch in Seelsorge und Beratung: Eine methodische Anleitung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Longaker, C. 1997. *Dem Tod begegnen und Hoffnung finden: Die emotionale und spirituelle Begleitung Sterbender*. München: Piper.
- Lubkoll, K. 1993. *In der Tiefe des Lebens: Perspektiven unserer Hoffnung*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener.
- Lorefält, B. u.a. 2005. Smaller but energy and protein-enriched meals improve energy and nutrient intakes in elderly patients. *JNHA* Nr.9, 234-247.
- Lücht-Steinberg, M. *Gespräche mit älteren Menschen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lückel, K. 1985. *Begegnung mit Sterbenden: Gestaltseelsorge in der Begleitung sterbender Menschen*. 2. Aufl. München: Kaiser.
- Ludwig, C. 2006. Seelsorgerliche Begleitung dementiell erkrankter Menschen in diakonischen Pflegeeinrichtungen. In: Bolle, G.-F. (Hg.) *Komm mal mit: Demenz als theologische und kirchliche Herausforderung*. Glaubenszeugnisse unserer Zeit. Bd. 5. Wittingen: Erev Rav, 92-99.
- Lukas, E. 1994. *Alles fügt sich und erfüllt sich: Die Sinnfrage im Alter*. Stuttgart: Quell.
- Lünstroth, R. 2006. Vom Kranken zum Menschen: Ein Plädoyer gegen die Rede vom defizitären Menschen. In: Bolle, G.-F. (Hg.) *Komm mal mit: Demenz als theologische und kirchliche Herausforderung*. Glaubenszeugnisse unserer Zeit. Bd. 5. Wittingen: Erev Rav, 35-41.
- Luther, H. 1991. Leben als Fragment: Der Mythos von der Ganzheit. *Wege zum Menschen*. 43. Jg., 262-273.
- Lüthi, W. (1970). *Der Prediger Salomo lebt das Leben*. Basel: Friedrich Reinhardt.
- Luy, M. 2006. *Perspektiven für die zukünftige Entwicklung der Lebenserwartung*. Dezember. Rostock: Rostocker Zentrum für Erforschung des Demografischen Wandels, 12-13.
- Mace, N. & Rabins, P. 1988. *Der 36-Stunden-Tag: Die Pflege des verwirrten, älteren Menschen, speziell des Alzheimer-Kranken*. Bern: Hans Huber.
- Mader, H. 1990. *Es ist echt zu bitter: Todesanzeigen gesammelt und kommentiert*. Hamburg: Germa Press.
- Mädler, I. 2007. Ein Weg zur gegenstandsbegründeten Theoriebildung: Grounded Theory. In: Dinter, A., Heimbrock, H.-G. & Söderblom, K. (Hg.) *Einführung in die Empirische Theologie: Gelebte Religion erforschen* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 242-254.
- Maier, G. 1990. *Biblische Hermeneutik*. Wuppertal: Brockhaus.
- Mamerow, R. 2003. *Projekte mit alten Menschen: Kreativ, praxisorientiert, finanzierbar*. München u.a.: Urban & Fischer.
- Margolis, R.L. & Getchell, T.V. (Hg.) 1888. *Molecular neurobiology of the olfactory system*. Plenum Press: New York.
- Maringer, C. 2012. *Keine Angst vor Demenz - Praktische Tipps für pflegende Angehörige*. Pettendorf: Best off.

- Märkel, F. 1979. Im Spannungsfeld gegenwärtiger Seelsorgekonzeptionen. In: Seelsorge im Spannungsfeld Bibelorientierung – Gruppendynamik. Schriftreihe Zur Sache: *Kirchliche Aspekte heute*. Nr. 16. Hamburg: Lutherisches Verlagshaus, 23-33.
- Markides, K.S. 1983. Aging, Religiosity and Adjustment: A Longitudinal Analysis. *Journal of Gerontology*. Nr.38, 612-625.
- Markides, K.S., Levin, J.S. & Ray, L.A. 1987. Religion, Aging and Life Satisfaction: An Eight-Year, Three Wave Longitudinal Study: *The Gerontologist*. Nr.27, 660-665.
- Marquardt, F.-W. 1993. *Was dürfen wir hoffen wenn wir hoffen dürfen: Eine Eschatologie*. Bd. 1. Gütersloh: Kaiser.
- Marr, D. 1995. *Kunsttherapie mit altersverwirrten Menschen*. Weinheim: Beltz PVU.
- Marshall, M. 2001. New trends and dilemmas in working with people with dementia and their carers. In: Chapman, A. & Marshall, M. (Hg.) *Dementia: New skills for social workers*. London & Philadelphia: Kingsley, 3-15.
- Marshall, M. & Allan, K. 2009. *Ich muss nach Hause: Ruhelos umhergehende Menschen mit einer Demenz verstehen*. Bern: Huber.
- Martin, G.M. 2001. *Sachbuch Bibliodrama: Praxis und Theorie*. 2., aktualis. & erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Martin, M. & Schelling, H.R. (Hg.) 2005. *Demenz in Schlüsselbegriffen*. Bern: Huber.
- Martin, W. & Bartlett, H. 2003. Valuing people with dementia. In: Adams, T. & Manthorpe, J. (Hg.) *Dementia care*. London: Arnold, 22-34.
- Masuhr, K.F. & Neumann, M. 1998. *Neurologie*. 4. überarb. Aufl. *Bob. A. & K. (Hg.) Duale Reihe*. Stuttgart: Hippokrates.
- Mäule, T. & Riedel, A. 2006. Religiöse Bedürfnisse pflegebedürftiger älterer Menschen: Herausforderungen und Aufgaben für seelsorgerliche Begleitung, Kirchengemeinden, Altenhilfeeinrichtungen. In: Kobler von Komorowski, S. & Schmidt, H. (Hg.) *Seelsorge im Alter: Herausforderungen für den Pflegealltag*. 2. Aufl. Diakoniewissenschaftliches Institut. Bd. 24. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, 93-103.
- Maurer, A. & Reber, J. (Hg.) 2008. *Bleibe bei uns Herr: Gottesdienste und Rituale in Einrichtungen der Altenpflege*. Ostfildern: Schwaben.
- Maurer, K. & Maurer, U. (Hg.) 1998. *Alzheimer: Das Leben eines Arztes und die Karriere einer Krankheit*. München: Piper.
- Maurer, K., Riederer, P. & Beckmann, H. (Hg.) 1990. *Alzheimer's disease, epidemiology, neuropathology, neurochemistry and clinics*. Wien: Springer.
- Mawick, G. (Hg.) 2000. *In allen Gesichtern suche ich dich: Gebete für Hausbesuche*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Mayring, P. 2002. *Einführung in die Qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. 5. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. 2003. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 8. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. & Saup, W. (Hg.) 1990. *Entwicklungsprozesse im Alter*. Stuttgart: Kohlhammer.
- McFague, S. 2002. *Speaking in parables: Studies in metaphor and theology*. London: SCM.
- Medebach, D.H. 2011. Filmische Biographiearbeit im Bereich Demenz - Eine soziologische Studie über Interaktion, Medien, Biographie und Identität in der stationären Pflege. Münster: Lit.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) 2009. *Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen: Grundsatzstellungnahme. Stellungnahmen und Empfehlungen*. Köln: Asmuth + Crossmedia.
- Mehrabian, A. 1971. *Silent messages: Implicit communication of emotions and attitudes*. Belmont: Wadsworth.
- Meier, C. & Richte, J. 2005. *Sinnvoll und alltäglich: Materialsammlung für Kinder mit Wahrnehmungsstörungen*. 10. unveränd. Aufl. Dortmund: Modernes Lernen.
- Meier, C. & Städtler-Mach, B. 2006. Alter als Chance: Ein Perspektivenwechsel. *Praktische Theologie*. Nr.4, 243-244.
- Meier, E. 2010. Gottesdienst als Ritual: Erarbeitung und Anwendung von Kriterien für wirkungsmächtige Gottesdienstrituale. Magisterarbeit University of Wales. Unveröffentlicht.
- Meister, K. & Speeling, S. 2009. *Öle: Mehr als ein Hautpflegemittel*. Pflegezeitschrift Nr.3.
- Menzen, K.H. 2004. *Kunsttherapie mit altersverwirrten Menschen*. München: Reinhardt.
- Merz-Abt, T. & Stutz, P. 1992. *Gottesdienst feiern mit Trauernden: Anregungen zur Auseinandersetzung mit Sterben, Tod und Auferstehung und Gottesdienstmodelle*. Luzern: Rex.
- Messer, B. 2009. *100 Tipps für die Validation*. 2. aktualis. Aufl. Hannover: Brigitte Kunz.
- Meyer-Blanck, M. 2008. Praktische Theologie und Systematische Theologie. In: Meyer-Blanck, M. & Weyel, B. *Studien- und Arbeitsbuch Praktische Theologie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 38-39.

- Meyer-Blanck, M. & Weyel, B. 2008. *Studien- und Arbeitsbuch Praktische Theologie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Michel, K.-H. 2001. Aussegnung: Zwei modellhafte Formulare. *Theologische Beiträge* 32. Jg. Nr.4, 214-215.
- Middendorf, I. 1988. *Der erfahrbare Atem*. 5. Aufl. Paderborn: Junfermann.
- Mietzel, G. 1992. *Wege in die Entwicklungspsychologie: Erwachsenenalter und Lebensende. Eine Einführung*. München: Quintessenz.
- Mindel, C. & Vaughan, E. 1978. A Multidimensional Approach to Religiosity and Disengagement. *Journal of Gerontology*. 33, 103-108.
- Mitscherlich, A. & Mitscherlich, M. 1968. *Die Unfähigkeit zu trauern*. München: R. Piper & Co.
- Mitscherlich, A. (Hg.) 1975. *Sigmund Freud. Studienausgabe. Bd. 3*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Mitscherlich, M. 1993. *Erinnerungsarbeit*. Frankfurt: Fischer.
- Mitscherlich, M. 1995. *Trauer ist der halbe Trost*. Zürich: Pendo.
- Mittag, O. 1994. *Sterbende begleiten: Ratschläge und praktische Hilfen*. Stuttgart: Trias.
- Mohl, H. 1993. *Die Altersexplosion: Droht uns ein Krieg der Generationen*. Stuttgart: Kreuz.
- Möller, C. (Hg.) 1995. *Geschichte der Seelsorge in Einzelporträts. Bd. 2: Von Martin Luther bis Matthias Claudius*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Möller, C. (Hg.) 1996. *Geschichte der Seelsorge in Einzelporträts. Bd. 3: Von Friedrich Schleiermacher bis Karl Rahner*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Möller, C. 2004. *Einführung in die Praktische Theologie*. Tübingen: A. Francke.
- Möller, O. 2007. *Große Handpuppen ins Spiel bringen: Technik Tipps und Tricks für den kreativen Einsatz in Kindergarten Schule Familie und Therapie*. Münster: Ökotoxia.
- Moltmann, J. 1974. *Das Experiment Hoffnung: Einführungen*. München: Ch. Kaiser.
- Moltmann, J. 1984. *Diakonie im Horizont des Reiches Gottes: Schritte zum Diakonatum aller Gläubigen*. Neukirchen-Vlyn: Neukirchener.
- Moltmann, J. 1997. *Theologie der Hoffnung: Untersuchungen zur Begründung und zu den Konsequenzen einer christlichen Eschatologie*. 13. Aufl. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Morgenthaler, C. 2000. *Systemische Seelsorge: Impulse der Familien- und Systemtherapie für die kirchliche Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Morgenthaler, C. 2008. Abendrituale: Umrisse einer ethnografischen Liturgik. *Pastoraltheologie*. 97. Jg. Nr.6, 168-185.
- Morgenthaler, C. 2009. Seelsorge. Grötzing, A., Morgenthaler, C. & Schweitzer, F. *Lehrbuch Praktische Theologie. Bd. 3*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Morton, I. (Hg.) 1999. *Person-centred approaches to dementia care*. Bicester: Winslow.
- Moser, B. 1986. *Bilder, Zeichen und Gebärden: Die Welt der Symbole*. München: Suedwest.
- Moser, U. 2000. Identität, Spiritualität und Lebenssinn: Grundlagen seelsorgerlicher Begleitung im Altenheim. (Dissertation Theologie Freiburg 1999) *Studien zur Theologie und Praxis der Seelsorge. Bd. 42*. Würzburg: Echter.
- Moser, U. 2005. Pflege und Begleitung verwirrter alter Menschen aus theologischer Sicht. In: Stappen, B. (Hg.) *Begleitung pflegebedürftiger und an Demenz erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen*. Mainz: Matthias-Grünwald, 114-131.
- Motel-Klingebiel, A., Kondratowitz, H.J.v. & Tesch-Römer, C. (Hg.) 2002. *Lebensqualität im Alter: Generationsbeziehungen und öffentliche Servicesysteme im sozialen Wandel*. Opladen: Jeske + Budrich.
- Mötzing, G. 2005. *Beschäftigung mit alten Menschen*. Elsevier: Urban & Fischer.
- Mötzing, G. & Wurlitzer, G. 2005. *Leitfaden Altenpflege*. Elsevier: Urban & Fischer.
- Mouton, J. 2004. *How to succeed in your Master's & Doctoral Studies: A South African guide and resource book*. 6. Aufl. Pretoria: Van Schaik Publishers.
- Müller, M. 2004. *Dem Sterben Leben geben: Die Begleitung sterbender und trauernder Menschen als spiritueller Weg*. 3. Aufl. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Müller, M. 2013. *Trends 2021: Es wird anders werden*. Gießen: Brunnen.
- Müller, M. & Schnegg, M. 1999. *Unwiederbringlich: Vom Sinn der Trauer: Hilfen bei Verlust und Tod*. Freiburg i.Br.: Herder.
- Müller, W. 1993. *Meine Seele weint: Die therapeutische Wirkung der Psalmen für die Trauerarbeit*. Münsterschwarzach: Vier Türme.
- Müller-Hergl, C. 2003. Dementia Care Mapping. In: Schindler, U. (Hg.) *Die Pflege demenziell Erkrankter neu erleben: Mäeutik im Pflegealltag*. Hannover: Vincentz, 83-94.
- Münch, M. & Schwermann, M. 2007. *Professionelles Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Muntanjohl, F. 2005. *Ich will euch tragen bis zum Alter hin: Gottesdienste, Rituale und Besuche in Pflegeheimen*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

- Muntanjohl, F. 2007. Der letzte Umzug: Seelsorge bei Menschen in Pflegeheimen. In: Kunz, R. (Hg.) *Religiöse Begleitung im Alter: Religion als Thema der Gerontologie*. Zürich: Theologischer, 295-306.
- Muntanjohl, F. 2011. *Du sammelst meine Tränen in deinen Krug: Symbol-Gottesdienste in einfacher Sprache*. 2. Aufl. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Muthesius, D. 2000. Gefühle altern nicht: Musiktherapie mit dementen Patienten. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Fortschritte und Defizite im Problemfeld Demenz. *Referate auf dem 2. Kongreß der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft*. 9.11. September 1999. Berlin: Meta Data, 167-177.
- Nassehi, A. & Weber, G. 1989. *Tod, Modernität und Gesellschaft: Entwurf einer Theorie der Todesverdrängung*. Opladen: Westdeutscher.
- Naurath, E. 2000. *Seelsorge als Leibsorge: Perspektiven einer leiborientierten Krankenhausseelsorge*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Neander, K.K. (Hg.) 2002. *Musik und Pflege*. Elsevier: Urban & Fischer.
- Nelson, D. 1996. *Die Kraft der heilsamen Berührung: Alte Menschen, Kranke und Sterbende liebevoll umsorgen*. Aus dem Amerikanischen von Adelheid Ohlig. München: Kösel.
- Nern, E. 2010. Das große Vergessen Demenz: Praxisbezogene Tipps und Hilfen für Angehörige und Pflegekräfte. Frankfurt: Friedrich Verlagsmedien.
- Neukom, G. 2008. Unsere Sinne im Alter. Bulletin Leben wie zuvor. 69-72. Online im Internet: URL: [http://www.leben-wie-zuvor.ch/v/medizinische\\_infos/germaine\\_neukom-unsere\\_sinne\\_im\\_alter.pdf](http://www.leben-wie-zuvor.ch/v/medizinische_infos/germaine_neukom-unsere_sinne_im_alter.pdf) [30.1.2014].
- Neumann, E.-M. 2006. Demenzerkrankungen. In: Bolle, G.-F. (Hg.) *Komm mal mit: Demenz als theologische und kirchliche Herausforderung*. Glaubenszeugnisse unserer Zeit. Bd. 5. Wittingen: Erev Rav, 18-28.
- Newerla, A. 2012. Verwirrte pflegen, verwirrt Pflege: Handlungsprobleme und Handlungsstrategien in der stationären Pflege von Menschen mit Demenz. Eine ethnographische Studie. Münster: Lit.
- Neysters, P. & Schmitt, K.-H. 1993. *Denn sie werden getröstet werden: Das Hausbuch zu Leid und Trauer, Sterben und Tod*. München: Kösel.
- Neysters, P. 2005. *Werkbuch Seniorenarbeit: Texte, Ideen und Gottesdienste*. Freiburg i.Br.: Herder.
- Nicol, M. 2000. *Grundwissen Praktische Theologie*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Niemeyer, G. 1990. *Altenheimseelsorge: Anregungen aus der Praxis für die Praxis*. Stuttgart: Verlagswerk der Diakonie.
- Nouwen H. J. M. 1997. *Siehe ich mache alles Neu: Trost in Trauer*. Freiburg i.Br.: Herder.
- Nüchtern, M. 2008. Bestattungskultur in Bewegung. *Materialdienst. Zeitschrift der Evangelischen Zentralstelle für Religions- und Weltanschauungsfragen (EZW) Nr.4*, 5-17.
- Nydahl, P. & Bartoszek, G. (Hg.) 2012. *Basale Stimulation: Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker*. 6. Aufl. Elsevier: Urban & Fischer.
- Oberkirchenrat 1996. *Agende für die Evangelische Landeskirche in Baden. Bd. 1. Ordnungen der Gottesdienste*. Karlsruhe: Schneider.
- Oberkirchenrat 2000. *Gottesdienstbuch für die Evangelische Landeskirche in Württemberg: Sakramente und Amtshandlungen. Teil 2: Die Bestattung*. Stuttgart: Gesangbuch.
- O`Connor, T. 2002. Ministry without a future: A pastoral care approach to patients with senile dementia. *Journal of Pastoral Care* 46 (1), 5-12.
- Odermatt, M. 2008. *Faszination Erinnerung: Erinnerung als Lebenssinn im Alter*. Zürich: Theologischer.
- Ohly, L. 2003. Vom sechsten Sinn der Ewigkeit im Angesicht des Todes: Eine zeichentheoretische Interpretation. In: *Wege zum Menschen*. 55. Jg. Nr.5, 264-279.
- Örter, R. & Montada, L. (Hg.) 2008. *Entwicklungspsychologie: Ein Lehrbuch*. 6. vollst. überarb. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Österreicher, E. u.a. (Hg.) 2003. *HNO, Augenheilkunde, Dermatologie und Urologie für Pflegeberufe*. Stuttgart: Thieme.
- Oswald, W.D. 1988. Möglichkeiten und Grenzen der Psychometrie in der psychogeriatrischen Forschung. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*. Nr.3, 181-197.
- Otterstedt, C. 2001. *Sterbenden Brücken bauen*. Freiburg i.Br.: Herder.
- Otterstedt, C. 2005. Rituale bei Abschied: Stützungen der Seele. In: *Qualifizierte Begleitung von Trauernden und Sterbenden: Medizinische, rechtliche, psychosoziale und spirituelle Hilfestellungen*. Bd. 2. Merching: Forum, 1-28.
- Otto, G. 2002. Tod und Trauer brauchen Sprache. *Praktische Theologie*. 37. Jg. Nr.3, 164-167.
- Owens, V.S. 2009. Wo bist du nur hingegangen Mama: Die letzten Jahre mit meiner demenzkranken Mutter. Gießen: Brunnen.

- Padberg, F., Möller, H.J. & Hampel, H. 2003. Therapie. In: Hampel, H., Padberg, F. & Möller, H.-J. (Hg.) *Alzheimer-Demenz: Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 319-413.
- Pagel, M. 2007. *Jeder Tag hat seine Würde: Gottesdienste mit dementen Menschen in Alten- und Pflegeheimen*. Regensburg: Pustet.
- Panke-Kochinke, B. 2013. Menschen mit Demenz in Selbsthilfegruppen: Krankheitsbewältigung im Vergleich zu Menschen mit Multipler Sklerose. Versorgungsstrategien für Menschen mit Demenz. Weinheim: Juventa.
- Pannenberg, W. 1968. *Was ist der Mensch: Die Anthropologie der Gegenwart im Lichte der Theologie*. 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Pantlen, A. 1999. Ratgeber zur Auswahl eines Heimplatzes für ältere Menschen und ihre Angehörigen. München: Urban & Fischer.
- Pardue, L. 1991. Models for Ministry: The Spiritual Needs of the Frail Elderly Living in Long-Term Care Facilities. *Journal of Religious Gerontology*. 8, 13-24.
- Pargament, K.I. 1999. The Psychology of Religion and Spirituality: Yes or No. *The International Journal for the Psychology of Religion*. 9/1, 3-16.
- Patton, J. 1992. Auf der Grenze zur Vergangenheit: Seelsorge als Erinnerungsarbeit. *Wege zum Menschen*. 44. Jg. 1992, 321-332.
- Patzek, M. 1994. *Lebensernte: Lieder und Gebete für Ältere*. 2. Aufl. Kevelär: Butzon & Bercker.
- Paul-Lempp-Stiftung (Hg.) 2001. *Demenz – Verstehen kommt von Beobachten: Abbildung des Wohlbefindens von dementiell Erkrankten mit der Methode Dementia Care Mapping (DMC)*. Stuttgart: Lempp.
- Pauls, C., Sanneck, U. & Wiese, A. 2003. *Rituale in der Trauer*. Hamburg: Ellert & Richter.
- Pavlicevic, M. 1997. *Music therapy in context: Music, meaning and relationship*. London: Kingley.
- Pechmann, B. 2007. *Durch die Wintermonate des Lebens: Seelsorge für alte Menschen*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Pennington, M. 2001. *Memento mori: Eine Kulturgeschichte des Todes*. Stuttgart: Kreuz.
- Peplau, H. E. 1952. *Interpersonal relations in nursing*. New York: Putman`s & Sons.
- Pera, H. 1995. *Sterbende verstehen: Ein praktischer Leitfaden zur Sterbebegleitung*. Freiburg i.Br.: Herder.
- Peters, U. H. 1997. *Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie*. Augsburg: Bechtermünz.
- Peters, M. 2006. *Psychosoziale Beratung und Psychotherapie im Alter*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petzelt, P. & Reck, N. (Hg.) 2003. *Erinnern: Erkundungen zu einer theologischen Basiskategorie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Petzold, H. (Hg.) 1985. *Mit alten Menschen arbeiten: Bildungsarbeit, Psychotherapie, Soziotherapie*. München: Pfeiffer.
- Pigorsch, M. u.a. 2004. *Rückschau-Arbeit: Übungen mit dementiell veränderten Menschen*. 2. Aufl. Dortmund: Modernes Lernen.
- Pisarski, W. 2001. *Anders trauern: Anders leben*. 6. Aufl. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Plattig, M. 2000. Christliche Spiritualität in der Seelsorge. In: Hiemenz, T. & Kottnik, R. (Hg.) *Sich Einlassen und Loslassen*. Freiburg: Herder, 63-64.
- Plattner, A. & Ehrhardt, T. 2003. Psychotherapie: Aktivitätenaufbau. In: Hampel, H., Padberg, F. & Möller, H.-J. (Hg.) *Alzheimer-Demenz: Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 400-413.
- Pleschberger, S. 2004. *Bloß nicht zur Last fallen: Leben und Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen*. (Dissertation Justus-Liebig-Universität Gießen). Online im Internet: URL: <http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2005/2157/pdf/PleschbergerSabine-2005-03-14.pdf> [30.1.2014].
- Plieth, M. 2008. *Gnade ist bunt: Gottesdienste im Altenheim*. 2. Aufl. Neukirchen Vluyn: Neukirchener Aussaat.
- Plieth, M. 2010. *Licht, das in die Welt gekommen: Advent und Weihnachten feiern mit Senioren*. Neukirchen-Vluyn: Aussaat.
- Plieth, M. 2012. Da will ich hin, da darf ich sein: Zur Gottesdienstkultur im Altenheim. *Pastoraltheologie*. Nr.4. 101. Jg., 169-187.
- Plote, U. & Tholen, I. 2011. *Für den Augenblick: Gottesdienste mit Demenzkranken und ihren Angehörigen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Pohl, R. 2007. *Das autobiografische Gedächtnis: Die Psychologie unserer Lebensgeschichte*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Pompe, C. 2006. Evangelische Lebensberatung. *Materialdienst. Zeitschrift der Evangelischen Zentralstelle für Religions- und Weltanschauungsfragen (EZW)*. 71. Jg. 3., 47-53.

- Powell, J. 2009. *Hilfen zur Kommunikation bei Demenz*. 4. Aufl. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe. Online im Internet: URL: <http://www.kda.de> [13.7.2010].
- Pincus, L. 1992. *Das hohe Alter: Lebendig bleiben bis zuletzt*. München: Piper.
- Piper, H.-C. & Piper, I. 2008. Religiöse Erfahrung in einer säkularen Institution. In: Klessmann, M. (Hg.) *Handbuch der Krankenhausseelsorge*. 3. überarb. und erw. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 197-208.
- Prahl, H.W. & Schröter, K.R. 1996. *Soziologie des Alterns: Eine Einführung*. Paderborn: Schöningh.
- Preute, M. 1994. *Wenn du alt wirst in Deutschland: Der Ratgeber für Wohnen und Leben im Alter*. München: Piper.
- Przyklenk, A. 1996. *Handbuch Alter: Gesundheit, Geld, Wohnen, Reisen, Partnerschaft*. München: Deutscher Taschenbuchverlag.
- Pschierer, I. 2005. Bedeutung von Riechen und Schmecken für die Lebensqualität älterer Menschen. Doktorarbeit. Medizinische Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München. Online im Internet: URL: [http://edoc.ub.uni-muenchen.de/4626/1/Pschierer\\_Iris.pdf](http://edoc.ub.uni-muenchen.de/4626/1/Pschierer_Iris.pdf) [30.1.2014].
- Pschyrembel 1994. *Klinisches Wörterbuch*. 257. Aufl. Berlin: Walter de Gruyter.
- Pschyrembel 2001. *Therapeutisches Wörterbuch*. 2. Aufl. Berlin: Walter de Gruyter.
- Pulheim, P. 2008. Kranke, die mehr FreundInnen unter den Toten als unter den Lebenden haben: Seelsorge in der Geriatrie. In: Klessmann, M. (Hg.) *Handbuch der Krankenhausseelsorge*. 3. überarb. und erw. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 144-158.
- Radda, M. 2012. Augenerkrankungen im Alter. [http://www.m-radda.at/publikationen/Augenerkrankungen\\_im\\_Alter.pdf](http://www.m-radda.at/publikationen/Augenerkrankungen_im_Alter.pdf) [30.1.2014].
- Rainer, M. & Krüger-Rainer, C. 2003. Multiprofessionelles Demenzmanagement: Allgemeine Aspekte. In: Gatterer, G. (Hg.) *Multiprofessionelle Altenbetreuung: Ein praxisbezogenes Handbuch*. Wien: Springer, 205-227.
- Rath, B. 1997. *Den Spuren innerer Welten folgen: Psychotherapeutische Aspekte bei Alzheimer-Demenz*. Forum Sozialstation Nr.88, 22-25.
- Rauscher, A. (Hg.) 1993. *Christliches Menschenbild und soziale Ordnung*. Köln: J.P. Bachem.
- Rechenberg-Winter, P. & Fischinger, E. 2008. *Kursbuch Systemische Trauerbegleitung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Reedijk, L. 1991. *Als ich die Mutter meiner Mutter wurde: Über den Umgang mit alten Menschen*. Heilbronn: Salzer.
- Rehl, A. 2004. Damit aus Trauer nicht Depression wird. *Psychologie heute*. Nr.1, 66-69.
- Reisberg, B. 1986. Dementia: A systematic approach to identifying reversible causes. *Geriatrics* 41, 30-46.
- Religion in Geschichte und Gegenwart (RGG)*<sup>4</sup> 2000. Bd. 3. 4. Aufl.
- Religion in Geschichte und Gegenwart (RGG)*<sup>4</sup> 2004. Bd. 7. 4. Aufl.
- Religion in Geschichte und Gegenwart (RGG)*<sup>4</sup> 2005. Bd. 1. 4. Aufl.
- Religion in Geschichte und Gegenwart (RGG)*<sup>4</sup> 2005. Bd. 8. 4. Aufl.
- Religion in Geschichte und Gegenwart (RGG)*<sup>4</sup> 2007. *Abkürzungen Theologie und Religionswissenschaft nach RGG*<sup>4</sup>.
- Religionsunterrichtsbeirat beim Landeskirchenamt in Hannover 1928/1929: Lehrplan für den Ev.-luth. Religionsunterricht an Volksschulen. Hannover. Zitiert in *Depping 2008*, 45.
- Reller, H. & Sperl, A. (Hg.) 1979. Seelsorge im Spannungsfeld Bibelorientierung – Gruppendynamik. Schriftreihe Zur Sache: *Kirchliche Aspekte heute*. Nr. 16. Hamburg: Lutherisches Verlagshaus.
- Renz, R. 2010. Heilige Zeichen: Dem Leben begegnen im Ritual. *Alternative. Das Magazin für aktive Seniorenarbeit*. Nr.1. Stadtdekanat Stuttgart. Online im Internet: URL: [http://www.kath-kirche-stuttgart.de/fileadmin/stadtdekanat/seelsorge/Alternative\\_1-2010\\_Einzelseiten.pdf](http://www.kath-kirche-stuttgart.de/fileadmin/stadtdekanat/seelsorge/Alternative_1-2010_Einzelseiten.pdf) [30.1.2014].
- Rest, F. 2006. *Sterbebeistand und Sterbebegleitung: Handbuch für den stationären und ambulanten Bereich*. 5. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Reuther, J. 2010. Demenz und Alzheimer Ratgeber für Angehörige. So erreichen Sie den Betroffenen, so helfen Sie richtig, so sorgen Sie für sich. Königswinter: Heel.
- Rexrodt, F.W. 1999. *Das Heil aus der Bibel: Eine Krankheitsbewältigung mit der Bibel*. Lahr: St. Johannis.
- Rey, K.G. & Hess, E. 2003. *Die Reise ist noch nicht zu Ende: Seelische Entwicklung und neue Spiritualität in späten Jahren*. Stuttgart: Kreuz.
- Rieder, F. 2005. *Zum letzten Abschied: Trauerreden halten, Kondolenzschreiben formulieren, Todesanzeigen gestalten*. Augsburg: Bechtermünz.
- Rienecker, F. (Hg.) 1988. *Lexikon zur Bibel*. 11. Aufl. der Volksausgabe. 18. Gesamtaufl.
- Riess, J.W. 2007. *Die Kunst der Aromapflege: Ein Handbuch für Pflegeberufe*. Roter Faden.

- Riess, R. 1971. Zur Analyse der poimenischen Ausbildung und zur Aufnahme des Clinical Pastoral Training. *Deutsches Pfarrblatt (DtPfrBl)* 71, 277-279.
- Rieth-Kunert A. 2008. Einflussfaktoren auf den Verlauf der Alzheimer Demenz: Betreuung, Pflegeeinstufung, Heimeinweisung und Versterben im Verlauf von vier Jahren bei Patienten der Gedächtnissprechstunde Hannover. (*Dissertation Universität Hannover*) dart-europe.eu [13.7.2010].
- Ringel, E. 1994. *Das Alter wagen: Wege zu einem erfüllten Lebensabend*. München: DTV.
- Ritchie, K. & Kildea, D. 1995. *Is senile dementia age-related or ageing-related: Evidence from meta-analysis of dementia prevalence in the oldest old*. *Landet*, 931-934.
- Robert-Koch-Institut 2002. Gesundheit im Alter: *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 10*. Robert-Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Röckle, G. 1981. Die Botschaft vom menschen suchenden Gott. *Das missionarische Wort. Zeitschrift für Verkündigung und Gemeindeaufbau*. 34. Jg., 17-22.
- Rohrbach, H. 1995. *Selbstbewusst älter werden*. Düsseldorf: Patmos.
- Romero, B. & Eder, G. 1992. Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET): Konzept einer neuropsychologischen Therapie bei Alzheimer-Kranken. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie Nr. 5*, 267-282.
- Romero, B. 1997. Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET): Betreuungsprinzipien, psychotherapeutische Interventionen und Bewahren des Selbstwissens bei Alzheimerkranken. In: Weis, S. & Weber, G. (Hg.) *Handbuch Morbus Alzheimer: Neurobiologie, Diagnose, Therapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1209-1221.
- Rosenmayr, L. 1983. *Die späte Freiheit: Das Alter. Ein Stück bewusst gelebten Lebens*. Berlin: Siedler.
- Rosenmayr, L. 1990. *Die Kräfte des Alters*. Wien: Atelier.
- Rosenmayr, L. 1996. *Altern im Lebenslauf. Soziale Position, Konflikt und Liebe in den späten Jahren*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Roser, T. 2007. Ich habe mich selbst verloren: Demenzerkrankung als Problem evangelischer Seelsorge. In: Kunz, R. (Hg.) *Religiöse Begleitung im Alter: Religion als Thema der Gerontologie*. Zürich: Theologischer, 307-319.
- Rösner, M. 2007. *Humor trotz(t) Demenz: Humor in der Altenpflege*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Rössler, Dietrich 1993<sup>2</sup>. *Grundriß der Praktischen Theologie*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Rückert, W. u.a. 2007. *Ernährung bei Demenz*. Robert Bosch Stiftung (Hg) Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz. Bern u.a.: Huber.
- Ruddat, G. & Schäfer, G.K. (Hg.) 2005. *Diakonisches Kompendium*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rüegger, H. 2007. Langlebigkeit, Anti-Aging und die Lebenskunst des Alterns: Von der Ablehnung des Alterns zu einer Kultur des Pro-Aging. *Wege zum Menschen*. 59. Jg., 474-488.
- Ruhe, H.G. 2008. *Methoden der Biografiearbeit: Lebensspuren entdecken und verstehen*. 4. Aufl. Weinheim: Juventa.
- Rupprecht, W. 1966. *Der alte Mensch: Eine biblische Besinnung*. Stuttgart: Calwer.
- Saake, I. 1998. *Theorien über das Alter: Perspektiven einer konstruktivistischen Alternsforschung*. Opladen: Westdeutscher.
- Sachweh, S. 2008. *Spurenlesen im Sprachdschungel: Kommunikation und Verständigung mit demenzkranken Menschen*. Bern: Huber.
- Sapp, S. 1987. *Full of Years: Aging and the Elderly in the Bible and today*. Nashville: Abingdon Press.
- Sauer, R. 1996. *Die Kunst Gott zu feiern: Liturgie wiederentdecken und einüben*. München: Kösel.
- Saup, W. 1989. Die Auswirkungen mikroökologischer Veränderung in Altenheimen. In: Kleiber, D. & Filsinger, D. *Altern: Bewältigen und helfen*. Heidelberg: Roland Asanger, 89-99.
- Saup, W. 1990. Übersiedlung und Aufenthalt im Alten- und Pflegeheim. In: Mayring, P. & Saup, W. (Hg.) *Entwicklungsprozesse im Alter*. Stuttgart: Kohlhammer, 75-104.
- Saup, W. 1994. Altsein aus sozialwissenschaftlicher Perspektive: Konstruktives Altern – eine Herausforderung für die Gesellschaft und für den Einzelnen. *EPD*, 27-43.
- Sauter, H. 2003. *Du bist vertraut mit all meinen Wegen: Seniorengottesdienste*. Regensburg: Pustet.
- Sauter, H. 2007. *Du zeigst mir den Weg zum Leben: Neue Seniorengottesdienste*. Regensburg: Pustet.
- Schaade, G. 1998. *Ergotherapeutisches Förderprogramm*. Evangelische Impulse. Nr.1, 22-23.
- Schaade, G. 2008. *Ergotherapie bei Demenzerkrankungen*. Heidelberg: Springer.
- Schaade, G. 2009. *Demenz: Therapeutische Behandlungsansätze für alle Stadien der Erkrankung*. Heidelberg: Springer.

- Schädle-Deininger, H. 2006. *Fachpflege Psychiatrie*. München: Urban & Fischer.
- Schäfer, A. 2007. Sehr alt zu werden ist kein Zuckerschlecken: Porträt von Paul Baltes. *Psychologie heute*. Nr. 2, 38-45.
- Schäfer, E. 2009. Vom Abschied im Badezimmer zur Palliative Care. In: Kojer, M. (Hg.) *Alt, krank und verwirrt: Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie*. 3. Aufl. Freiburg i. Br.: Lambertus, 301-302.
- Schäfer, P. 1999. *Spiritualität des Alters*. Winzer: Duschl.
- Schäffer, D. & Müller-Mundt, G. (Hg.) 2002. *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. Bern: Hans Huber.
- Schäffer, D. & Wingenfeld, K. 2008. Qualität der Versorgung Demenzkranker: Strukturelle Probleme und Herausforderungen. *Pflege & Gesellschaft. Zeitschrift für Pflegewissenschaft. Ein Organ der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft*. e. V. Nr.4, 293-305.
- Schaffer, H. 2003. *Das Alter: Ein Traum von Jugend*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Scharf, I. & Schmidl, M. 2009. Alltägliche Entscheidungen in der Pflege. In: Kojer, M. (Hg.) *Alt, krank und verwirrt: Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie*. 3. Aufl. Freiburg i. Br.: Lambertus, 78-81.
- Scharffenroth, G. (Hg.) 1997. *Werft eure Zuversicht nicht weg: Alterserfahrungen im Spiegel der Bibel*. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Scheidgen, H. (Hg.) 1988. *Die allerbesten Jahre: Thema Alter*. Weinheim: Beltz.
- Schenk, H. 2005. Altwerden: Lebenskunst für Fortgeschrittene. *Psychologie heute*. Nr.8, 20-29.
- Schibilsky, M. (1989) 1994. *Trauerwege: Beratung für helfende Berufe*. 4. Aufl. Düsseldorf: Patmos.
- Schibilsky, M. 2002. Trauer VI. Praktisch-theologisch. *TRE*. Bd. 34, 23-27.
- Schicktanz, S. & Schweda, M. (Hg.) 2010. *Altern im Fokus der modernen Medizin: Ethische und kulturelle Perspektiven*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Schildknecht, S. (Hg.) 1998. *Mit sprechenden Gesichtern: Gottesdienste in Altenheimen*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Schilling, H. 1997. *Der Menschen Schönheit Ende: Voraussetzungen, Bedingungen und Maßstäbe kirchlicher Altenarbeit*. München: Don Bosco.
- Schindehütte, M. 1997. Weil du so wert geachtet bist in meinen Augen: Leben mit dementen und psychisch kranken alten Menschen. Biblische Besinnung zum Thema. *Deutscher Verband für Altenarbeit*, 152-155.
- Schindler, U. (Hg.) 2003a. *Die Pflege demenziell Erkrankter neu erleben: Mäeutik im Pflegealltag*. Hannover: Vincentz.
- Schindler, U. 2003b. Grundzüge erlebnisorientierter Pflege. In: Schindler, U. (Hg.) *Die Pflege demenziell Erkrankter neu erleben: Mäeutik im Pflegealltag*. Hannover: Vincentz, 9-18.
- Schirmmayer, F. 2004. *Das Methusalem-Komplott*. 6. Aufl. München: Karl Blessing.
- Schladoth, P. 2005. *Glaube im Alter: Auch wenn ich alt und grau werde verlässt du mich nicht*. 2. Aufl. Münster: Aschendorff.
- Schlink, E. 1983. *Ökumenische Dogmatik: Grundzüge*. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schlißke, O. 1971. *Evangelisches Altenbuch: Eine Lebenshilfe*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus Gerd Mohn.
- Schmauch, J. (Hg.) 1978. *Handbuch kirchlicher Altenarbeit*. Mainz: Matthias-Grünwald.
- Schmidbauer, W. 1991. *Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe*. Reinbek bei Hamburg: Rowolth.
- Schmidbauer, W. 1992. *Helfen als Beruf*. Hamburg: Rowolth.
- Schmidbauer, W. 2003. *Altern ohne Angst: Ein psychologischer Begleiter*. Hamburg: Rowolth Taschenbuch.
- Schmidl, M. 2009. Kleine Ethik für alle Tage. In: Kojer, M. (Hg.) *Alt, krank und verwirrt: Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie*. 3. Aufl. Freiburg i. Br.: Lambertus, 71-77.
- Schmidt, A. & Neu, H. 2004. Validation und Sterben. In: *Lilie, U. & Zwierlein, E. (Hg) Handbuch Integrierte Sterbebegleitung*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 99-108.
- Schmidt, L. 2002. Bewegen, Berühren, Wahrnehmen: Das Konzept der basalen Stimulation in der Pflege. *Heilberufe Nr.5*, 20-21.
- Schmidt, S. J. (Hg.) 1991. *Gedächtnis: Probleme und Perspektiven der interdisziplinären Gedächtnisforschung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.
- Schmidt-Lauber, H.-C. 2003. *Handbuch der Liturgik. Liturgiewissenschaft in Theologie und Praxis der Kirche*. 3. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmidt-Lauber, H.C. & Bieritz, K.-H. 1995. *Handbuch der Liturgik: Liturgiewissenschaft in Theologie und Praxis der Kirche*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmidt-Rost, R. 2005. Thurneysen. *RGG<sup>4</sup>*. Bd. 8, 394.

- Schmied, G. 1998. *Sterben und Trauern in der modernen Gesellschaft. Serie Piper. Bd. 936.* München: Piper.
- Schmitt, K.H. & Neysters, P. 1996. *Jeder Tag voll Leben: Das Buch fürs Älterwerden.* München: Kösel.
- Schmitt-Pridik U. 2003. *Hoffnungsvolles Altern: Gerontologische Bibelauslegung.* Neukirchen-Vluyn: Neukirchener.
- Schmitz-Scherzer, R. (Hg.) 1992. *Altern und Sterben.* Bern: Huber.
- Schmitz-Scherzer, R., Kruse, A. & Olbrich, E. (Hg.) 2012. *Altern: Ein lebenslanger Prozess der sozialen Interaktion.* Darmstadt: Steinkopf.
- Schneberger, M., Jahn, S. & Marino, E. 2008. *Mutti lässt grüssen: Biografiearbeit und Schlüsselwörter in der Pflege von Menschen mit Demenz.* Hannover: Schlütersche.
- Schneider, B. 1993. Vom garstigen Graben zwischen Pastoral und Psychologie. *Wege zum Menschen* 45. Jg., 157-168.
- Schneider-Harpprecht, C. 2002. Das Profil der Seelsorge im Unternehmen Krankenhaus. *Wege zum Menschen*. 54. Jg. Nr.7, 424-438.
- Schneider-Harpprecht, C. 2007. Altenseelsorge im Kontext: Lebenswelt, Lebensraum und soziale Beziehungssysteme in der Seelsorgearbeit mit alten Menschen. In: Kunz, R. (Hg.) *Religiöse Begleitung im Alter: Religion als Thema der Gerontologie.* Zürich: Theologischer, 321-363.
- Schnetter, O., Eckstein, E. & Johns, G. 1998. *Praxisbuch Seniorenarbeit: So wird's gemacht.* Neuhausen-Stuttgart: Hänssler.
- Schoberth, W. 2006. *Einführung in die theologische Anthropologie.* Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft (WBG).
- Schoch, A. 1992. *Morgen besser als heute: Perspektiven des Älterwerdens.* Frankfurt a.M.: Ullstein.
- Schönhammer, R. 2009. *Einführung in die Wahrnehmungspsychologie: Sinne, Körper, Bewegung.* Wien: Facultas.
- Schopf, A. 2006. Gedächtnis. Philosophisch. *LThK Bd. 4*, 335-336.
- Schragel, S. 2009. Handeln wir in deinem Sinne: Was tun, wenn ein alter Mensch nicht mehr selbst entscheiden kann. In: Kojer, M. (Hg.) *Alt, krank und verwirrt: Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie.* 3. Aufl. Freiburg i. Br.: Lambertus, 61-70.
- Schröer, H. 2005. *Bibliodrama. RGG<sup>+</sup>. Bd. 1*, 1539.
- Schröter-Witke, H. 2009. Zur Recreation des Gemüths: Musik als Seelsorge. In: Bell, D. & Fermor, G. (Hg.) *Seelsorge heute: Aktuelle Perspektiven aus Theorie und Praxis.* Neukirchen-Vluyn: Neukirchener, 149-165.
- Schuchardt, E. 1993. *Warum gerade ich: Leiden und Glaube.* Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Schulz-Nieswandt, F. 2000. *Das Altern sinnvoll gestalten: Überlegungen zum Problem der Altersgrenze.* Köln: Bachem.
- Schumann, E. 2008. Gibt es einen Zusammenhang zwischen kognitiver Verlangsamung und Sprachdefiziten bei leichter Alzheimer-Demenz: Eine Pilotstudie. (Dissertation Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br.) Online im Internet: URL: <http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/6730/pdf/Dissertation.ElkeSchumann.pdf> [6.5.2010].
- Schupper, F. 2004. *Wir bleiben wenn du gehst: Gebete, Lesungen und Lieder am Sterbebett.* Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Schütte, A. 2006. Würde im Alter im Horizont von Seelsorge und Pflege: Der Beitrag eines integrativen dialogischen Seelsorgekonzepts in der palliativen Betreuung pflegebedürftiger Menschen in Altenpflegeheimen. *Studien zur Theologie und Praxis der Seelsorge. Bd. 64.* (Dissertation Theologie Universität Osnabrück) Würzburg: Echter.
- Schütz, W. 1977. *Seelsorge: Ein Grundriss.* Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus Gerd Mohn.
- Schützendorf, E. & Wallrafen-Dreisow, H. 2010. In Ruhe verrückt werden dürfen: Für ein anderes Denken in der Altenpflege. 15. Aufl. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Schwarz, C. (Hg.) 2009. *Gottesdienste mit alten Menschen. Gottesdienstpraxis Serie B.* Mit CD-ROM. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Schwarz, G. 2000. *Hilfe für Alzheimer-Patienten: Ein Ratgeber für Kranke und Angehörige.* Weyarn: Seehammer.
- Schwarz, G. 2009. *Basiswissen: Umgang mit demenzkranken Menschen.* Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Schwegler, J. S. 1996. *Der Mensch: Anatomie und Physiologie.* Stuttgart: Thieme.
- Schweitzer, P. & Bruce, E. 2010. *Das Reminiszenz-Buch: Praxisleitfaden zur Biographie- und Erinnerungsarbeit mit alten Menschen.* Bern: Huber.
- Schwikart, G. 1998. *Die richtigen Worte im Trauerfall: Textbeispiele und Formulierungshilfen.* Kevelär: Butzon und Bercker.

- Schwikart, G. (Hg.) 2005a. *Wunderbar geborgen: Trauerfeiern und Beerdigungsansprachen mit Texten von Dietrich Bonhöffer*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Schwikart, G. (Hg.) 2005b. *Von Tag zu Tag: Ein Begleiter durch das Trauerjahr*. Stuttgart: Kreuz.
- Seeberger, A. (Hg.) 2001. *Und deine Jahre enden nie: Gottesdienste mit Älteren*. Ostfildern: Schwaben.
- Seidel, A. D. & Danford, S. (Hg.) 1979. *Environmental design: Research, theory and applications*. Buffalo, New York: Edra.
- Seiß, Rudolf 1994: *Dynamik der geistlichen Entwicklung: Schritte und typische Verlaufsformen geistlichen Wachstums*. Basel: Brunnen.
- Seitz, M. 1974. Überlegungen zum Verhältnis von Theologie und Psychologie. In: Gutsche, F. (Hg.) *Mut zur Seelsorge: Die Grenzen der Fachleute und die Möglichkeiten der Gemeinden*. Wuppertal: Brockhaus, 18-30.
- Seitz, M. 1979. Aufgaben und Möglichkeiten der Seelsorge heute: Situation, Theologie, Praxis. In: Seelsorge im Spannungsfeld Bibelorientierung – Gruppendynamik. Schriftreihe Zur Sache: *Kirchliche Aspekte heute*. Nr. 16. Hamburg: Lutherisches Verlagshaus, 63-76.
- Seitz, M. 1985a. Das Altwerden des Menschen als Aufgabe der Seelsorge. In: Seitz, M. *Praxis des Glaubens: Gottesdienst, Seelsorge und Spiritualität*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 120-130.
- Seitz, M. 1985b. Der alte Mensch und sein Tod. In: Seitz, M. *Praxis des Glaubens: Gottesdienst, Seelsorge und Spiritualität*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 138-143.
- Seitz, M. 1985c. Der Fortschritt im Verhältnis von Seelsorge und Beratung und die bleibenden Aufgaben. In: Seitz, M. *Praxis des Glaubens: Gottesdienst, Seelsorge und Spiritualität*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 144-153.
- Seitz, M. 1985d. *Praxis des Glaubens: Gottesdienst, Seelsorge und Spiritualität*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Seitz, M. 1985e. Theologie angesichts des Todes. In: Seitz, M. *Praxis des Glaubens: Gottesdienst, Seelsorge und Spiritualität*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 131-137.
- Seitz, M. 1985f. Überlegungen zu einer biblischen Theologie der Seelsorge. In: Seitz, M. *Praxis des Glaubens: Gottesdienst, Seelsorge und Spiritualität*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 84-96.
- Shamy, E. 2003. *A guide to the spiritual dimension of care for people with Alzheimer's disease and related dementia: More than body, brain and breath*. London & New York: Kingsley.
- Siebert, I.-C. 1992. Alte wie Junge werden Träume und Visionen haben: Beistehen in Übergängen des Alters. *Wege zum Menschen*. 44. Jg., 396-406.
- Sill, B. 2002. Den Tod bedenken um des Lebens willen. *Psychologie heute*. Nr. 11, 50-53.
- Simmen, M. 1995. *Ich bin ganz gerne alt: Aus der Fülle später Jahre*. 2. Aufl. München: DTV.
- Sinason, V. (Hg.) 1992. *Mental handicap and human condition: New approaches from the tavistock*. London: Free Association Books.
- Sinason, V. 1992. The man who was losing his brain. In: Sinason. (Hg.) *Mental handicap and human condition: New approaches from the tavistock*. London: Free Association Books, 87-110.
- Smeding, R.M. & Heidkönig, Wilp, M. (Hg.) 2005. *Trauer erschließen: Eine Tafel der Gezeiten*. Wuppertal: Hospiz.
- Smeijsters, H. 2000. *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Coutinho.
- Sölle, D. 1983. *Die Hinreise zur religiösen Erfahrung: Texte und Überlegungen*. Stuttgart: Kreuz.
- Sons, R. 1995. Seelsorge zwischen Bibel und Psychotherapie: Die Entwicklung der evangelischen Seelsorge in der Gegenwart. *Calwer Theologische Monographien*. Reihe C. Band 24. Stuttgart: Calwer.
- Spämann, C. 2008. Chancen christlicher Gesundheitsangebote. *EZW-Texte* Nr.3. Berlin: EZW, 7-16.
- Specht-Tomann, M. & Tropper, D. 2000. *Zeit des Abschieds*. 3. unveränd. Aufl. Düsseldorf: Patmos.
- Specht-Tomann, M. & Tropper, D. 2001. *Wege aus der Trauer*. Freiburg: Kreuz.
- Sperling, U. 2007. Spiritualität und Wohlbefinden im Alter. In: Kunz, R. (Hg.) *Religiöse Begleitung im Alter: Religion als Thema der Gerontologie*. Zürich: Theologischer Verlag, 73-98.
- Spiegel, Y. (1973) 1992. Der Prozeß des Trauerns: Analyse und Beratung. *Kaiser-Reihe*. Gütersloh: Gütersloher.
- Spitzer, M. 2005. Wenn Impulse über Synapsen rauschen: Was uns die Neurowissenschaft über das Lernen sagt. *IPS* Nr. 12. Freudenstadt: IPS, 13-24.
- Sporken, P. (Hg.) 1986. *Was alte Menschen brauchen*. Freiburg: Herder.
- Spradley, J.P. 1980. Participant observation. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Squire, L. & Kandel, E.R. 2009. *Die Natur des Erinnerns*. 2. Aufl. Heidelberg: Spektrum.

- Staack, S. 2004. *Millieuthérapie: Ein Konzept zur Betreuung demenziell Erkrankter*. Hannover: Vincentz.
- Städtler-Mach, B. 2006. Würde: Wert und Sinn des Alters. *Praktische Theologie* Nr.4. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus Gerd Mohn, 264-271.
- Stählin, G. 1974. Von der Seelsorge im Neuen Testament. *Theologische Beiträge*. Nr.5.
- Stappen, B. (Hg.) 2005a. *Begleitung pflegebedürftiger und an Demenz erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen*. Mainz: Matthias-Grünwald.
- Stappen, B. 2005b. Die Pflege von Menschen mit Demenz. In: Stappen, B. (Hg.) *Begleitung pflegebedürftiger und an Demenz erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen*. Mainz: Matthias-Grünwald, 44-59.
- Stappen, B. 2005c. Wie Leben gelingen kann: Leidbewältigung als Sinnerfüllung. In: Stappen, B. (Hg.) *Begleitung pflegebedürftiger und an Demenz erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen*. Mainz: Matthias-Grünwald, 88-92.
- Stappen, B. & Moser, U. 1994. *Alter als Chance: Grundlegung einer Pastoralgerontologie*. München: Don Bosco.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) 2000. *Statistisches Jahrbuch 2000 für die Bundesrepublik Deutschland*. Wiesbaden: SFG.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) 2011. Im Blickpunkt: Ältere Menschen in Deutschland und der EU. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. [bmfjsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Aeltere-Menschen-Deutschland-EU,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf](http://bmfjsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Aeltere-Menschen-Deutschland-EU,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf) [30.1.2014].
- Staudinger, U. M. 2000. Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau*. 51, 185-197.
- Stavemann, H.H. 2007. *Sokratische Gesprächsführung in Therapie und Beratung: Eine Anleitung für Psychotherapeuten, Berater und Seelsorger*. 2. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Steffen, N. 2008. *Lernstationen: Demenzielle Erkrankungen. Lernzirkel in der Pflegeausbildung*. Elsevier: Urban & Fischer.
- Stefflitsch, M. & Stefflitsch, W. 2007. *Die Kunst der Aromapflege: Ein Handbuch für Pflegeberufe*. Wien: Springer.
- Stegmann, C. (Hg.) 2011. *Seniorengebetbuch: Bekannte Texte aus dem EG*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Steinkamp, H. 2003. Das Generationenverhältnis im Spiegel biblischer Motive. *Wege zum Menschen*. 55. Jg. 2., 68-80.
- Steinmeier, A. M. 2009. Kunst als Seelsorge. In: Bell, D. & Fermor, G. (Hg.) *Seelsorge heute: Aktuelle Perspektiven aus Theorie und Praxis*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener, 166-180.
- Steurer, J. 2004. Hospiz am Wendepunkt: Chancen und Gefahren für die ambulante Hospizarbeit durch die Krankenkassenfinanzierung gemäß § 39a Abs. 2 SGB V (Rahmenvereinbarung vom 3.9.2002). *Wege zum Menschen*. 56. Jg., 168-183.
- Stevens, M. A. P. & Willems, E. P. 1979. Everyday behavior of older persons in institutional housing: Some implications for design. In: Seidel & Danford (Hg.) *Environmental design: Research, theory and applications*. Buffalo, New York: Edra, 344-348.
- Sticht, F. 1999. *Seelsorge: Ganzheitlich. Anschaulich. Praxisorientiert. Damit dir das Leben gelinge*. Giessen: Brunnen.
- Stiewe, M. 1981. Die bergende Kraft des Gottesdienstes. *Das missionarische Wort*. 34. Jg. 1981, 23-26.
- Stoll, C.D. 1996. Biblisch-therapeutische Seelsorge. In: *Wörterbuch Psychologie & Seelsorge*. Wuppertal: R. Brockhaus, 52-52.
- Stoll, C.D. 2004. Furcht / Furcht Gottes. *GBL 2004*. 395.
- Stollberg, D. 1969a. Seelsorge und Psychotherapie: Zwei Wege ein Ziel. Kirchliche Seelsorge als Kommunikationsmodus. PTh 58. 369-405. In: Riess, R. Zur Analyse der poimenischen Ausbildung und zur Aufnahme des Clinical Pastoral Training. *Deutsches Pfarrblatt (DtPfrBl)* 71, 277-279.
- Stollberg, D. 1971a. Alle sind Seelsorger: Chancen im Umbruch – Möglichkeiten verantwortlicher Neugestaltung des seelsorgerlichen Dienstes. *Kerygma und Dogma. Zeitschrift für theologische Forschung und kirchliche Lehre*. 17. Jg. 1971, 86-95.
- Stollberg, D. 1971b. *Seelsorge praktisch*. 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Stollberg, D. 2008. Seelsorge und Gottesdienst. In: Klessmann, M. (Hg.) *Handbuch der Krankenhausseelsorge*. 3. überarb. und erw. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 221-228.
- Stollberg, D. 2009. Heilig und alltäglich, sakral und profan. In: Kramer, A., Ruddat, G. & Schirmacher, F. (Hg.) *Ambivalenzen der Seelsorge: Michael Klessmann zum 65. Geburtstag*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener, 19-31.

- Stolz, F. 1984a. bl (*trauern*). *THAT. Bd. 1*, 27-31.
- Stolz, F. 1984b. bkh (*weinen*). *THAT. Bd. 1*, 313-316.
- Stoppe, G. & Mäck, L. 2007. Therapie von Verhaltensstörungen bei Menschen mit Demenz. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie. 20/1*, 53-58.
- Stowasser, J. M., Petschening, M. & Skutsch, F. 1994. *Stowasser: Lateinisch-deutsches Schulwörterbuch*. Wien: Hölder-Pichler-Tempsky.
- Strätling, U. 2012. Omas Kuchen ist der beste: *Geschichten zum Vorlesen für Demenzkranke. 2.* Aufl. Giessen: Brunnen.
- Stuart-Hamilton, I. 1994. *Die Psychologie des Alterns*. Hamburg: Rororo.
- Sturm, W., Herrmann, M. & Münte, T.F. 2009. *Lehrbuch der klinischen Neuropsychologie. 2.* Aufl. Heidelberg: Spektrum.
- Stutz, P. 1998. *Gottesdienst feiern mit Trauernden: Neue Modelle*. Luzern: Rex.
- Suchla, P. 2006. Gedächtnis. Psychologisch. *LThK Bd. 4*, 336-337.
- Südkurier 2010a. Hier ist es wie in einer Familie: In Wohngruppen blühen viele Demenz-Kranke auf. Auf der Suche nach dem richtigen Konzept. Ein Besuch im Awo-Pflegeheim in der Singener Südstadt. *Südkurier Nr. 219. 23.09.* Unabhängige Tageszeitung in Baden-Württemberg, 2-3.
- Südkurier 2010b. Wege aus der Hilflosigkeit: Malteser bieten Mitarbeitern und Angehörigen Lehrgang für Umgang mit Demenzkranken an. *Südkurier. Nr. 37. 15.02.* Unabhängige Tageszeitung in Baden-Württemberg, 17.
- Südkurier 2011a. Deutschland geht der Nachwuchs aus. *Südkurier. Nr. 179. 5.8.* Unabhängige Tageszeitung in Baden-Württemberg, 1.
- Südkurier 2011b. Galerie Sachbuch: Hannelore-Kohl-Buch hält Platz 1. *Südkurier. Nr. 189. 17.8.* Unabhängige Tageszeitung in Baden-Württemberg, 13.
- Südkurier 2012. Das Land wird älter. *Südkurier. Nr. 117. 22.5.* Unabhängige Tageszeitung in Baden-Württemberg, 1.
- Südkurier 2013. Herausforderungen des Alterns. *Südkurier. Nr. 123. 31.5.* Unabhängige Tageszeitung in Baden-Württemberg, 27.
- Sulser, R. 2010. *Ausdrucksmalen für Menschen mit Demenz*. Bern u.a.: Hans Huber.
- Sümpelmann, C. 2009. Zur diagnostischen Unterscheidung von beginnender Alzheimer-Demenz und Major-Depression im hohen Alter. (Dissertation Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt a.M.) [worldcat.org/title/zur-diagnostischen-unterscheidung-von-beginnender-alzheimer-demenz-und-major-depression-im-hohen-alter/oclc/320544761&referer=brief\\_results](http://worldcat.org/title/zur-diagnostischen-unterscheidung-von-beginnender-alzheimer-demenz-und-major-depression-im-hohen-alter/oclc/320544761&referer=brief_results) [30.1.2014].
- Sutter Rehmann, L. 2003. Ins Leben rufen: Ein Beitrag zur Hermeneutik des Erinnerens. In: Petzel, P. & Reck, N. (Hg.) *Erinnern: Erkundungen zu einer theologischen Basiskategorie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 26-40.
- Tacke, H. 1979. Lebenshilfe durch Glaubenshilfe. In: Seelsorge im Spannungsfeld Bibelorientierung – Gruppendynamik. Schriftreihe Zur Sache: *Kirchliche Aspekte heute. Nr. 16.* Hamburg: Lutherisches Verlagshaus, 133-150.
- Tacke, H. 1981. Glauben zur Sprache bringen. Arbeitsgemeinschaft Missionarische Dienste (Hg) *Das missionarische Wort. 34. Jg.*, 190-193.
- Tacke, H. 1989. Mit den Müden zur rechten Zeit zu reden: Beiträge zu einer bibelorientierten Seelsorge. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener.
- Tacke, H. 1993. *Glaubenshilfe als Lebenshilfe: Probleme und Chancen heutiger Seelsorge. 3.* Aufl. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener.
- Tackenberg, P. & Abt-Zegelin, A. (Hg). 2004. *Demenz und Pflege: Eine interdisziplinäre Betrachtung*. Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Tartler, R. 1961. *Das Alter in der modernen Gesellschaft*. Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Tausch-Flammer, D. & Bickel, L. 1994. *Wenn Kinder nach dem Sterben fragen: Ein beratendes Buch für Eltern und Kinder. Mit praktischen Anleitungen*. Freiburg i.Br.: Herder.
- Tausch-Flammer, D. & Bickel, L. 1997. *Wenn ein Mensch gestorben ist: Wie gehen wir mit den Toten um. Anregungen und Hilfen. 3.* Aufl. Freiburg i.Br.: Herder.
- Taylor, S.J. & Bogdan, R. 1984. *Introduction to qualitative research: The search for meanings. 2.* Aufl. New York: John Wiley.
- Teichert, W. 2002. Trauer als Raum: Eine Anfrage an das Phasenmodell. *Pastoraltheologie. 91. Jg.*, 403-410.
- Teising, M. 1998. *Altern: Äußere Realität, innere Wirklichkeiten: Psychoanalytische Beiträge zum Prozeß des Alterns*. Opladen: Westdeutscher.
- Tenzer, E. 2004. Das dritte Lebensalter: Manche können es genießen. *Psychologie heute. Nr.4*, 46-51.
- Tews, H.P. 1995. *Altersbilder: Über Wandel und Beeinflussung von Vorstellungen vom und Einstellungen zum Alter*. Kuratorium Deutsche Altershilfe. 2. Aufl. Köln: KDA.

- Textor, A.M. 2001. *Sag es treffender: Ein Handbuch mit 25000 sinnverwandten Wörtern und Ausdrücken für den täglichen Gebrauch in Büro, Schule und Haus*. 42. Aufl. Vollst. üa. Reinbek: Rowolth.
- Theißen, G. 1994. *Zeichensprache des Glaubens: Chancen der Predigt bis heute*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Theißen, G. 2007. *Erleben und Verhalten der ersten Christen: Eine Psychologie des Urchristentums*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Theologische Real Enzyklopädie (TRE)*. Bd. 34. Berlin: Walter de Gruyter.
- Theologisches Handwörterbuch zum Alten Testament (THAT)* 1984. Bd. 1. München: Chr. Kaiser.
- ThWNT* 1964. Bd.1. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- ThWNT* 1935. Bd. 2. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- ThWNT* 1942. Bd. 4. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- ThWNT* 1959. Bd. 6. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Thiede, W. (Hg.) 2001. Über den Tod hinaus: Perspektiven und Fragen. *Materialdienst. Zeitschrift der Evangelischen Zentralstelle für Religions- und Weltanschauungsfragen (EZW)*. 64. Jg. Nr. 1, 1-20.
- Thielicke, H. 1976. *Mensch sein, Mensch werden: Entwurf einer christlichen Anthropologie*. München: R. Piper & Co.
- Thilo, H.-J. 1971. *Beratende Seelsorge: Tiefenpsychologische Methodik dargestellt am Kasualgespräch*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Thilo, H.-J. 1987. *Auf unsere alten Tage*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Thomä, H. & Lehr, U. (Hg.) 1986. *Altern: Probleme und Tatsachen*. 2. Aufl. Frankfurt a.M.: Aula.
- Thomä, H. 1983. *Alternsstile und Altersschicksale: Ein Beitrag zur Differentiellen Gerontologie*. Bern: Huber.
- Thomas, C. 1994. *Berührungsängste: Vom Umgang mit der Leiche*. Köln: VGS.
- Thun, T. 1969. *Das religiöse Schicksal des alten Menschen: Eine religionspsychologische Untersuchung*. Stuttgart: Klett.
- Thurneysen, E. 1928. Rechtfertigung und Seelsorge. Zwischen den Zeiten Nr.6. 197-218. Neu abgedruckt in *Wintzer* 1985, 73-93.
- Thurneysen, E. 1965. *Die Lehre der Seelsorge*. 3. Aufl. Zürich: EVZ.
- Thurneysen, E. 1968. *Seelsorge im Vollzug*. Zürich: EVZ.
- Tillich, P. 1987a. *Systematische Theologie*. Bd. 1. 8. Aufl. Berlin / New York: Walter de Gruyter.
- Tillich, P. 1987b. *Systematische Theologie*. Bd. 2. 8. Aufl. Berlin / New York: Walter de Gruyter.
- Timm, H. 1993. *Wahr-Zeichen: Angebote zur Erneuerung religiöser Symbolkultur*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Timmermanns, P. 2004. Der Schmerz und die Ethik der Sterbebegleitung. In: *Lilie, U. & Zwierlein, E. (Hg.) Handbuch Integrierte Sterbebegleitung*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 23-33.
- Tournier, P. 1978. *Die Chance des Alters: Erfahrungen mit einer neuen Freiheit*. Freiburg i.Br.: Herder.
- Trautner, H.M. 1991. *Lehrbuch der Entwicklungspsychologie*. Bd. 2. Göttingen: Hogrefe.
- Trilling, A. u.a. 2001. *Erinnerungen pflegen: Unterstützung und Entlastung für Pflegenden und Menschen mit Demenz*. Hannover: Vincentz.
- Turner, V. 1989. *Das Ritual: Struktur und Antistruktur*. Frankfurt/Main. New York: Campus.
- Twer, K.-J. 2003. *Ich kann es noch nicht fassen: Begleitung und Betreuung von Trauernden in der Gemeindefarbeit*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Uhle, H.-J. 1991. *Vor uns liegt noch Glück: Im Alter neu Gemeinschaft finden*. Freiburg: Herder.
- Uhsadel, W. 1966. *Evangelische Seelsorge*. Heidelberg: Quelle & Meyer.
- Ulrich, R. 2005. Wahrnehmung: Naturwissenschaftlich und psychologisch. *RGG*<sup>4</sup>. Bd. 8, 1259-1261.
- Universität Leipzig 2010. Leipziger Forscher sehen Alzheimer als Folge von Hirnentwicklungsstörung. Pressemeldung 26.7 <http://idw-online.de/pages/de/news380589> [30.1.2014].
- Urban, A. & Staack, S. 2009. *Biografiearbeit*. Bonn: VNR Verlag für die deutsche Wirtschaft.
- Urban, R. 2009. Freunde mit vier Beinen: Tierunterstützte Therapie. In: Kojer, M. (Hg) *Alt, krank und verwirrt: Einführung in die Praxis der Palliativen Geriatrie*. 3. Aufl. Freiburg i. Br.: Lambertus, 190-193.
- Urbas, S. 2000. Kunsttherapie bei Demenzzkranken. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Fortschritte und Defizite im Problemfeld Demenz. *Referate auf dem 2. Kongreß der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft*. 9.11. September 1999. Berlin: Meta Data, 179-187.
- Van der Kooij, C. 2007. *Ein Lächeln im Vorübergehen: Erlebnisorientierte Altenpflege mit Hilfe der Mäeutik*. Bern: Hans Huber.

- VandreCreek (Hg). 1999. *Spiritual Care for persons with dementia: Fundamentals for pastoral practice*. New York: Haworth Pastoral Press.
- Vaske, B. 2003. Chancen und Grenzen der Persönlichkeitsstruktur: Wo tun Grenzen gut. *Seelsorge. Jg. 5. IPS Nr. 1*. Freudenstadt: IPS.
- Veese, W. 1996. Alzheimersche Erkrankung. In: *Wörterbuch Psychologie & Seelsorge*. Wuppertal: R. Brockhaus., 15-16.
- Veese, W. 1989b. Trösten. In: *Wörterbuch Psychologie & Seelsorge*. Wuppertal: R. Brockhaus., 369-370.
- Verband katholischer Heime und Einrichtungen der Altenhilfe in Deutschland (Hg). 1985. *Das Altenheim: Eine Chance der Lebenserfüllung*. Freiburg: Herder.
- Vollmar, H. C. (Hg) 2013. *Leben mit Demenz im Jahr 2030: Ein interdisziplinäres Szenario-Projekt zur Zukunftsgestaltung. Versorgungsstrategien für Menschen mit Demenz*. Weinheim: Juventa.
- Wabner, D. & Beider, C. (Hg). 2012. *Aromatherapie: Grundlagen, Wirkprinzipien, Praxis*. 2. Aufl. München: Urban & Fischer.
- Wachinger, L. 1991. *Wie Wunden heilen: Sanfte Wege der Psychotherapie*. Freiburg i.Br.: Herder.
- Wadenpohl, S. 2008. *Demenz und Partnerschaft*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Wächtler, C. (Hg). 2003. *Demenzen*. 2. aktualis. und erw. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme.
- Wagner-Rau U. 2004. Viel tausend Weisen zu retten aus dem Tod: Praktisch-theologische Reflexionen über Trost und Trösten. *Pastoraltheologie*. 93. Jg. Nr. 1, 2-216.
- Wagner-Rau, U. 2005. Trauer. *RGG<sup>4</sup>*. Bd. 8.
- Waller, D. & Gilroy, A. (Hg). 1994. *Art therapy: A handbook*. Buckingham: Open University Press.
- Wallesch, C.W. & Förstl, H. (Hg). 2005. *Demenzen. Referenzreihe Neurologie*. Stuttgart: Thieme.
- Walter, H. 1995. *Das Alter leben: Herausforderungen und neue Lebensqualitäten*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Wancata, J., Meise, U. & Markensteiner, J. 2003. *Grauzone: Die Versorgung älterer psychisch Kranker*. Innsbruck: VIP.
- Wareing, L. A. 2006. Occupational therapy use of sensory stimulation techniques to enhance engagement in later stage dementia care. In: *Care-giving in Dementia*. Bd. 3. London: Routledge, 175-198.
- Warns, E. 1994. Bibliodrama: Hermeneutik und Theologie. In: Warns, E.N. & Fallner, H. (Hg). *Bibliodrama als Prozess: Leitung und Beratung*. Bielefeld: Luther, 127-150.
- Warns, E.N. & Fallner, H. (Hg). 1994. *Bibliodrama als Prozess: Leitung und Beratung*. Bielefeld: Luther.
- Warns, E.N. & Redecker, D. 1994. Die ästhetische Dimension des Bibliodramas. In: Warns, E.N. & Fallner, H. (Hg). *Bibliodrama als Prozess: Leitung und Beratung*. Bielefeld: Luther, 13-84.
- Wedek, M. 2004. *Altenheimseelsorge mit altersverwirrten Menschen als Thema diakonischer Altenarbeit*. Diplomarbeit. Online im Internet: URL: <http://www.archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/3225/1/Wedek.pdf> [30.1.2014].
- Weenolsen, P. 1996. *The Art of Dying: How to Leave This World with Dignity and Grace at Peace with Yourself and Your Loved Ones*. New York: St. Martin`s Press.
- Wehner, L. & Schwinghammer, Y. 2009. *Sensorische Wahrnehmung: Ein ganzheitliches Förderkonzept für hochbetagte und demente Menschen*. Wien u.a.: Springer.
- Weidenfelder, M. 2004. *Mit dem Vergessen leben: Demenz, Verwirrte alte Menschen verstehen und einfühlsam begleiten*. Stuttgart: Kreuz.
- Weier, E. 1999. *Die Religion, die Trauer und der Trost: Seelsorge an den Grenzen des Lebens*. Mainz: Matthias-Grünwald.
- Weier, E. 2006. Spiritualität in der Begleitung alter und sterbender Menschen. In: Kobler von Komorowski, S. & Schmidt, H. (Hg). *Seelsorge im Alter: Herausforderungen für den Pflegealltag*. 2. Aufl. Diakoniewissenschaftliches Institut. Bd. 24. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, 64-76.
- Weis, S. & Weber, G. (Hg.) 1997. *Handbuch Morbus Alzheimer: Neurobiologie, Diagnose, Therapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Weiss, A. 2004. Berührende Sterbebegleitung. In: *Lilie, U. & Zwielerlein, E. (Hg). Handbuch Integrierte Sterbebegleitung*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 109-114.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2006. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10*. Bern: Huber.
- Weltreck, R. 2004. Wie wird über mich entschieden wenn ich nicht mehr entscheiden kann: Entscheidungsqualität, ethische Strukturentwicklung und ethische Moderation im Umgang mit der Sterbephase. *Wege zum Menschen*. 56. Jg. Nr. 6, 514-526.
- Wentrobe, D.P. 1999. Pastoral care of problematic Alzheimer`s disease and dementia affected residents in a long-term care setting. *VandreCreek*, 59-76.

- Werheid, K. & Thöne-Otto, A. 2010. *Alzheimer-Krankheit: Ein neuropsychologisch-verhaltenstherapeutisches Manual*. Weinheim: Beltz.
- Werner, M. & von Braunschweig, R. 2005. *Praxis Aromatherapie: Grundlagen, Steckbriefe, Indikationen*. Stuttgart: Karl F. Haug.
- Wessells, M.G. 1994. *Kognitive Psychologie*. 3. verb. Aufl. München u.a.: Reinhardt.
- Westermann, C. 2000. *Der Mensch im Alten Testament*. Münster: Lit.
- Westberg, G.E. 1962. *Good Grief. A Constructive Approach of the Problem of Loss*. Philadelphia: Fortress Press.
- Wetzstein, V. 2005. Diagnose Alzheimer: Grundlagen einer Ethik der Demenz. *Kultur der Medizin*. Bd. 16. Frankfurt a.M.: Campus.
- Weyerer, S. 2010. Altersdemenz. *Gesundheitsberichtserstattung des Bundes*. Heft 28. Statistisches Bundesamt. Robert-Koch-Institut. Berlin: Robert-Koch. Online im Internet: URL: [http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gasts&p\\_aid=&p\\_knoten=FID&p\\_sprache=D&p\\_suchstring=9663::Mortalit%E4t](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasts&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=9663::Mortalit%E4t) [30.1.2014].
- Weyhoben, H.T. 1983. *Trost: Modelle des religiösen und philosophischen Trostes und ihrer Bedeutung durch die Religionskritik*. Frankfurt a.M.: Lang.
- Wiggermann, K.-F. (Hg.) 1998. *Du bist bei mir: Gebete für ältere Menschen*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Wilkening, K. & Kunz, R. 2005. *Sterben im Pflegeheim: Perspektiven und Praxis einer neuen Abschiedskultur*. 2. aktualis. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wilkening, K. 2007. Spirituelle Dimensionen und Begegnungsebenen mit Tod und Sterben im Alter. In: Kunz, R. (Hg.) *Religiöse Begleitung im Alter: Religion als Thema der Gerontologie*. Zürich: Theologischer, 121-142.
- Williams, R.H., Tibbitts, C. & Donahue, W. (Hg.) 1963. *Process of aging: Social and Psychological Perspectives*. Bd. 1. New York: Aldine Transaction.
- Wind, R. 2004. Weil ich Jesu Schäflein bin: Theologische Anmerkungen zu einer pastoralen Idylle. In: Crüsemann, F. u.a. *Dem Tod nicht glauben: Sozialgeschichte aus der Bibel*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 619-628.
- Windisch, H. (Hg.) 1995. *Seelsorge neu gestalten: Fragen und Impulse*. Graz: Styra.
- Winkler, K. 1979. Was kann Theologie von den Humanwissenschaften lernen. In: Seelsorge im Spannungsfeld Bibelorientierung – Gruppendynamik. Schriftreihe Zur Sache: *Kirchliche Aspekte heute*. Nr. 16. Hamburg: Lutherisches Verlagshaus, 77-89.
- Winkler, K. 1992. Alter als Verzichtleistung. *Wege zum Menschen*. 44. Jg., 386-395.
- Winkler, K. 1993. Die Seelsorgebewegung. *Wege zum Menschen*. 45. Jg., 434-442.
- Winkler, K. 2000. *Seelsorge*. 2. Aufl. Berlin / New York: Walter de Gruyter.
- Winnicott, D. W. 1974. *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Winter, F. 1975. *Seelsorge an Sterbenden und Trauernden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wintzer, F. (Hg.) 1985. *Seelsorge: Texte zum gewandelten Verständnis und zur Praxis der Seelsorge in der Neuzeit*. 2. Aufl. München: Kaiser.
- Wischeropp, G. 2002. Wieder trauern lernen: Alte Bestattungsrituale helfen Leben. *Psychologie heute*. Nr. 11, 54-55.
- Wißmann, P. (Hg.) 2004. *Werkstatt Demenz*. Hannover: Vincentz.
- Wissmann, P. 2008. Sterben und Sterbebegleitung bei Menschen mit Demenz: Was wissen wir. Gekürzte Fassung eines mündlichen Vortrags im Rahmen des Werkstattgesprächs Glaube und Demenz. Online im Internet: URL: <http://www.glaube-und-demenz.de/downloads/Werkstattgespraech2008.pdf> [30.1.2014].
- Wittrahm, A. 1991. *Ein Leben lang im Aufbruch: Biblische Einsichten über das Älterwerden*. Freiburg i.Br.: Herder.
- Wittrahm, A. 1993. *Orientierungen zur ganzheitlichen Altenpflege*. Bonn: Dümmler.
- Wittrahm, A. 1996. Verlaß mich nicht wenn ich alt bin. *Wege zum Menschen*. 48. Jg., 422-431.
- Wojnar, J. 2004. *Ernährung in der häuslichen Pflege Demenzkranker*. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft.
- Wojnar, J. 2006a. Die Welt des dementen Menschen: Was sehen, denken, fühlen Demenzkranke. In: Meier, C. (Hg.) *Praktische Theologie*. Nr. 4, 259-264.
- Wojnar, J. 2006b. Humor in der Begegnung mit Demenzkranken. In: Bolle, G.-F. (Hg.) *Komm mal mit: Demenz als theologische und kirchliche Herausforderung*. Glaubenszeugnisse unserer Zeit. Bd. 5. Wittingen: Erev Rav, 100-105.
- Wojnar, J. 2007. *Die Welt der Demenzkranken: Leben im Augenblick*. Hannover: Vincentz Network.
- Wolcott, H. F. 2001. *The art of fieldwork*. Walnut Creek, CA: AltaMira Press.
- Wolf, B. & Haubold, T. 2009. *Daran erinnere ich mich gern: Ein Bilder-Buch für die Biografiearbeit*. Hannover: Schlütersche.

- Wolff, H. 1990. *Jesus als Psychotherapeut: Jesu Menschenbehandlung als Modell moderner Psychoanalyse*. 9. Aufl. Stuttgart: Radius.
- Wolff, H. W. 2002. *Anthropologie des Alten Testaments*. 7. Aufl. Gütersloh: Chr. Kaiser.
- Wolfsberger, J. 2009. *Frei geschrieben: Mut, Freiheit und Strategie für wissenschaftliche Abschlussarbeiten*. 6. Aufl. Köln u.a.: Böhlau.
- Worden, W. 1991. *Grief, Counselling & Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*. 2. Aufl. New York: Springer Publishing Company.
- Worden, W.J. 1999. *Beratung und Therapie in Trauerfällen: Ein Handbuch*. Bern: Huber.
- Wosch, T. (Hg.) 2011. *Musik und Alter in Therapie und Pflege. Grundlagen, Institutionen und Praxis der Musiktherapie im Alter und bei Demenz*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wulf, C. et. al. 2001. *Das Soziale als Ritual: Zur performativen Bildung von Gesellschaften*. Opladen: Leske und Budrich.
- Zeh, K. 2009. *Handbuch Ätherische Öle: 65 Duftöle für die Hausapotheke, Schönheit und Genuss*. 3. Aufl. Oy-Mittelberg: Joy.
- Zeisel, J. 2011. *Ich bin noch hier: Menschen mit Alzheimer-Demenz kreativ begleiten eine neue Philosophie*. Bern u.a.: Hans Huber.
- Zenz, M. & Jurna, I. (Hg.) 2007. *Lehrbuch der Schmerztherapie*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Zenz, M., Strumpf, M. & Willweber-Strumpf, A. 2007. *Taschenbuch der Schmerztherapie: Bochumer Leitlinien zur Diagnostik und Therapie*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Zerfaß, R. 1974. *Praktische Theologie als Handlungswissenschaft*. In: Klostermann, F. & Zerfaß, R. (Hg.) *Praktische Theologie heute*. München: Kaiser, 165-177.
- Zerfaß, R. 1985. *Lebenserfüllung im Heim: Welche Chancen haben Menschen in unseren Einrichtungen*. *Verband katholischer Heime und Einrichtungen der Altenhilfe in Deutschland*, 48-62.
- Zgola, J.M. 1999. *Etwas tun: Die Arbeit mit Alzheimerkranken und anderen chronisch Verwirrten*. 2. Aufl. Bern u.a.: Hans Huber.
- Ziemer, J. 1993. *Pastoralpsychologisch orientierte Seelsorge im Horizont einer säkularen Gesellschaft: Erfahrungen und Problemanzeigen*. *Wege zum Menschen*, 45. Jg., 144-156.
- Ziemer, J. 2004a. *Seelsorge*. *RGG*<sup>4</sup>. Bd. 7, 1110-1111.
- Ziemer, J. 2004b. *Seelsorgelehre. Eine Einführung in Studium und Praxis*. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ziemer, J. 2009. *Sünde und Gnade*. In: Kramer, A., Ruddat, G. & Schirmmayer, F. (Hg.) *Ambivalenzen der Seelsorge: Michael Klessmann zum 65. Geburtstag*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener, 32-45.
- Zimmermann, M. & Zimmermann, R. 1999. *Multidimensionalität und Identität in der Seelsorge: Die poimenische Herausforderung durch altersverwirrte Menschen*. *Praktische Theologie*. 88. Jg., 404-442.
- Zilleßen, D. 1999. *Ritual oder Theater im Spiel des Lebens*. *Pastoraltheologie*. Nr.2, 229-250.
- Zimmerling, P. 2003. *Evangelische Spiritualität: Wurzeln und Zugänge*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Zimmerling, P. 2004. *Hören*. *GBL*, 600-601.
- Zimmermann, E. 2008. *Aromatherapie für Pflege- und Heilberufe: Kursbuch für Ausbildung und Praxis*. Stuttgart: Medizinverlage.
- Zink, J. 1972. *Die Mitte der Nacht ist der Anfang des Tages: Bilder und Gedanken zu den Grenzen unseres Lebens*. Stuttgart: Kreuz.
- Zink, J. 1992. *Ich werde gerne alt*. 4. Aufl. Stuttgart: Kreuz.
- Zippert, T. 2004. *Indikationen für Seelsorge*. *Pastoraltheologie* Nr.1, 312-332.
- Zwierlein, E. 2004. *Grundlagen der Kommunikation*. In: *Lilie, U. & Zwierlein, E. (Hg) Handbuch Integrierte Sterbebegleitung*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 67-74.

## Anhang

Nachfolgend einige von Hans Elwert geschriebene (und anschließend für Menschen mit Demenz überarbeitete) Weihnachtsgedichte, die sich in dieser Form als geeignet erwiesen haben. Zuerst kommen drei Gedichte, die in Weihnachtsgottesdiensten und Bibelkreisen in Kombination mit Figuren aus der Weihnachtskrippe ihren Platz fanden. Danach folgt ein längeres Gedicht, das zunächst den Wirt aus Bethlehem ins Zentrum rückt. Dieses Gedicht sollte mindestens in fünf kleineren Teilen vorgelesen werden, um der Aufmerksamkeit von Menschen mit Demenz gerecht werden zu können. Am Ende des Reimes wird durch Bindestrich angezeigt, wo eine Lesepause sinnvoll ist:

### Die Hirten

Die Hirten steh`n in einer Ecke.  
 Sie stecken unter einer – Decke.  
 Was tun die Hirten dieser Erde?  
 Sie hüten draußen ihre – Herde.  
 Ein Engel die Stille durchbricht,  
 indem er sagt: „Fürchtet euch – nicht.“  
 Der Welterlöser ist auserkoren.  
 Christus ist heute – geboren.  
 Er kam, der retten will und kann  
 für dich, für mich, für jeder – mann.  
 Er kam für Gute und für Böse,  
 dass er von Sünde uns – erlöse.  
 Er liegt in der Krippe für das Futter  
 in Windeln neben Vater und – Mutter.  
 Die Hirten gingen hin zu schauen  
 und wollten ihren Augen nicht – trauen.  
 Sie sahen Josef ganz genau  
 und auch Maria, seine – Frau.  
 Dazu das Kindlein, noch ganz neu  
 in einer Krippe voll von – Heu.  
 Was ihnen ward berichtet dort  
 sagten sie weiter Wort für – Wort.  
 Von einem Kindlein, grad geboren,  
 für eine Welt, die sonst ver – loren.  
 Für die Hirten war es bald so weit  
 umzukehren zu dieser – Zeit.  
 Für sie begann, welch ein Lohn  
 ein neues Leben durch Gottes – Sohn.

### Die Familie: Maria, Josef und das Kind

Josef hat sich in der Nacht  
 aus Galiläa auf – gemacht.  
 Aus Nazareth, und ging von dort  
 an den für ihn bestimmten – Ort.

Zu Davids Stadt, des Stammbaums wegen  
 im jüdischen Gebiet ge – legen,  
 Und dieser Ort war außerdem  
 bekannt als die Stadt Beth – lehem.  
 Weil er vom Hause Davids war,  
 war das sein Zielort, ist doch – klar.  
 Das heißt auf Deutsch: Er war verwandt,  
 mit König David, wohl be – kannt.  
 Und so ging Josef nun ganz genau  
 dorthin mit seiner verlobten – Frau.  
 Es war nicht einfach für die zwei.  
 Genau genommen war`n sie – drei.  
 Denn sie, Maria, seine Frau  
 war schwanger, man sah`s ganz – genau.  
 In Bethlehem war`s dann soweit,  
 zu der Geburt kam nun die – Zeit.  
 Ihr erstes Kind sie dort gebar.  
 Es war ein Sohn, wie froh sie – war.  
 Sie wickelte das Kind nun ein  
 in Windeln, es war noch so – klein.  
 Die Futterkrippe ungeniert  
 wurd gleich als Bett umfunk – tioniert.  
 Denn niemand in der ganzen Stadt  
 ein Zimmer ihr gegeben – hat.  
 Nicht eine Kammer, keinen Raum.  
 Nur einen Stall, man glaubt es – kaum.  
 Ja, alles sonst war ausgebucht.  
 Sie hatten lang herum – gesucht.

### **Die Weisen aus dem Morgenland**

Die Weihnachtsgeschichte am Rand  
 erwähnt drei Weise aus dem – Morgenland.  
 Ganz überrascht, am Himmel fern  
 erspähten sie `nen hellen – Stern.  
 Ein neues Königreich verspricht  
 ihnen dieses helle – Licht.  
 In Juda soll geboren werden  
 der neue Herrscher dieser – Erden.  
 So machen sie sich auf die Beine,  
 denn Eisenbahn gab es noch – keine.  
 Schließlich erreicht die ganze Sippe  
 in Bethlehem die – (Weihnachts-)Krippe.  
 Die Weisen sehen durch die Spalten  
 die Umrisse von drei Ge – stalten:  
 Maria, Josef und das Kind  
 und im Eck Esel und – Rind  
 Als Zeichen ihrer großen Ehrung  
 kommt gleich als nächstes die Be – scherung.  
 Sie bringen Gold, was jeder liebt,  
 und was man einem König – gibt.  
 Auch Weihrauch haben sie dabei -  
 Geschenkartikel Nummer – zwei.

Und Myrrhe, was bisweilen  
wird benutzt zum – Heilen.

### 365 Tage

Auf Bethlehem, mit Farbenpracht,  
senkt langsam sich die kühle – Nacht.  
Die Händler, die die Straßen säumen,  
allmählich ihre Plätze – räumen.  
Im fahlen Licht vom Mondenschein  
packt jeder seine Sachen – ein.  
Selbst der Marktplatz ist verlassen,  
jetzt wird es still in allen – Gassen.  
Ein Gastwirt nun endlich macht  
den Laden dicht für diese – Nacht.  
Er pfeift ganz fröhlich vor sich hin,  
beträchtlich war heut' sein Ge–winn.  
Doch dann er ganz verstört  
von draußen eine Stimme – hört.  
„Ach bitte, hätten Sie denn nicht  
ein Notquartier, nur klein und – schlicht?“  
Er geht zurück, um nachzusehen  
und sieht zwei Leute draußen – stehen.  
Er hört geduldig auf die Worte  
des jungen Paares an der – Pforte:  
„Es ist ja wohl kaum zu fassen.  
Wir sollen uns hier zählen – lassen.  
Die Zimmersuche hier ist schwer.  
Seit Stunden irren wir – umher,  
doch es gibt nie und nimmer  
auch nur ein kleines – Zimmer.  
Der Wirt betrachtet ganz genau  
zuerst den Mann und dann die – Frau.  
Er trägt ein schäbiges Gewand,  
aus zweiter oder dritter – Hand.  
Und sie ist schwanger außerdem.  
Was soll's? Ist ja nicht sein – Problem.  
Dies eine int'ressiert ihn bloß:  
„Wie werd' ich diese Leute – los?“  
Mit viel Bedacht wählt er die Zeilen,  
die schlechte Nachricht mitzu – teilen.  
„Wie liebend gerne hätten wir  
bereitgestellt ein Nacht – quartier.  
Doch g'rade heut', so ist es eben,  
ist alles hier bereits – vergeben;  
das ganze Haus, es ist ein Jammer!  
Selbst Abstellraum und – Rumpelkammer.  
Es tut mir leid, doch würd' ich sagen,  
probier'n sie's noch mal in drei – Tagen.“  
So sagt er und beginnt, den Lieben  
die Türe ins Gesicht zu – schieben.  
Doch dieser Akt wird jäh gestört  
von seiner Frau, die mit – gehört,

„Ich kann's nicht glauben – bist du blind?  
Die Frau erwartet doch ein – Kind!  
Wir werden doch, sei's auch bescheiden,  
noch etwas haben für die – beiden.“  
So sagt sie und sie lächelt nett,  
„Im Notfall unser eig'nes – Bett.“  
Er denkt im Stillen: „Nie und nimmer  
geb' ich für die mein eignes – Zimmer.“  
Und sagt: „Wie wär's in diesem Fall,  
mit einem netten, kleinen – Stall?  
Nun kommen Sie, ich geh' voraus,  
der Stall ist gar nicht weit vom – Haus.“  
Als sie die Tür zur Seite schieben,  
,bescheiden' wär' noch unter – trieben.  
Doch ist es besser, sei beachtet,  
als wenn man draußen – übernachtet.  
Und dann, ganz einsam und verloren,  
wird Jesus dort im Stall – geboren;  
vorhergesagt von den Propheten,  
ganz ohne Pauken und – Trompeten.  
Es bleibt nun jedem überlassen,  
sich selbst mit Jesus zu – befassen.  
Bin ich bereit in meinem Leben,  
für Jesus etwas – abzugeben?  
Ich spreche hier in diesem Fall,  
nicht von der Ecke in dem – Stall:  
Es geht um andre Dimensionen,  
denn Jesus möchte in mir – wohnen.  
Er will den Alltag mit mir teilen,  
er möchte helfen, möchte – heilen.  
Er wirbt darum, mich zu gewinnen,  
ein neues Leben zu – beginnen,  
Er klopft und wartet – er hat Zeit –  
bis wir zum Öffnen sind – bereit.  
Dann tritt er ein in unser Leben,  
um Ziel und Hoffnung uns zu – geben:  
das ganze Jahr, in jeder Lage –  
365 – Tage!