

Vortrag Walter Lamplmayr, Altenheimseelsorger in Linz

„Was willst du, dass ich dir tue?“

Die Begleitung von Menschen mit Demenz bis zu ihrem Sterben als ethische und praktische Herausforderung

Kurzgefasster Inhalt

Entlang meiner Erfahrungen als Altenheimseelsorger sowie als Ethikberater in der geriatrischen Langzeitpflege sollen die ethische Notwendigkeit und konkrete Beispiele der Begleitung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen in ihrer letzten Lebensphase aufgezeigt werden.

Werte Zuhörerinnen und Zuhörer!

Vor 22 Jahren habe ich meinen Dienst als Altenheimseelsorger begonnen.

Ich war davor bereits tätig gewesen im Schuldienst, in der Pfarrpastoral,
in der Krankenhausseelsorge und in der Notfallseelsorge.

Mit diesen Erfahrungen also und einschlägigen Fortbildungen
fühlte ich mich gut vorbereitet,
um eine neue berufliche Herausforderung anzunehmen.

Das Seniorenzentrum Spallerhof in Linz war
die größte geriatrische Langzeitpflegeeinrichtung in Oberösterreich:

Damals lebten dort ca. 550 Bewohnerinnen und Bewohner,
verteilt auf 4 Gebäude mit insgesamt 14 Wohnbereichen.

Dieses Seniorenzentrum war auch die erste Einrichtung,
in der seitens der Diözese
hauptamtliche Altenheimseelsorger:innen angestellt wurden.

Meine damalige Dienstvorgesetzte und ich hatten
entsprechend des jeweiligen Anstellungsausmaßes
Zuständigkeiten für die Wohnbereiche vereinbart
und so begann ich dann auch, Kontakte aufzunehmen
mit den unterschiedlichen Menschen,
die ich in den Aufenthaltsbereichen oder in ihren Zimmern antraf.

Das war von Anfang an interessant und bereichernd;
so viele unterschiedliche Frauen und Männer
mit ihren jeweiligen Lebensgeschichten;
so viel Glück und Leid von dem ich erfuhr
und ich durfte ein wenig mithelfen bei der Verarbeitung
und der Integration dieser Erlebnisse und Erfahrungen
in die je eigene Biografie.

Daneben kam es aber auch zu Begegnungen mit Menschen,
die mich irritierten und ratlos machten.

Ich betrat zum Beispiel ein Zimmer und der Mann,
der dort auf seiner Couch saß, stand freudig auf,
nahm mich in die Arme und sagte: „*Mein Gott, da Bua.*“

In einem anderen Zimmer traf ich eine bettlägerige Frau an.
Noch bevor ich mich vorstellen konnte, fragte sie ungeduldig:
„*Wann fahr ma denn? Wann fahr ma denn endlich?*“

Und dann holte mich eine Bereichsleiterin zu einer alten Dame,
die von der Frühe weg im Gang saß
und mit dem Oberkörper wippend schrie: „*Hallo, Hallo, Hallo!*“

Meine anfänglichen realitätsorientierenden
Klärungs- und Beruhigungsversuche scheiterten weitgehend.

Die mir bekannten Kommunikationstechniken der Gestaltberatung
und der Krisenintervention waren jetzt kaum mehr hilfreich.

Ich versuchte, mich mit allen Mitteln verständlich zu machen,
bis ich begriff:

Es geht bei Menschen, die von demenziellen Krankheiten betroffen sind,
nicht zuerst darum, **dass ich von ihnen verstanden werde**,
sondern **dass ich sie verstehe**;
dass ich ihnen in ihrem je eigenen Erleben zu begegnen versuche.

Ich begann, mich sprach- und interaktionsfähig zu machen
für den Umgang mit Menschen mit Demenz und ich tue es bis heute.

So lernte ich durch die **Biografiearbeit**,
dass die rechtzeitige Auseinandersetzung mit dem Geworden-Sein einer konkreten Person
Zugänge zu ihr im Hier und Jetzt ermöglicht.

Wir begreifen dadurch etwas von dem,
was dieser Mensch schon vor seiner Erkrankung war
und wie er von anderen gesehen werden wollte.
Das ist oft der Schlüssel zum besseren Verständnis seiner Gegenwart.

Durch die **Validation** begriff ich, wie wichtig und entscheidend es ist,
die Gefühle des anderen als subjektiv wahr anzuerkennen,
weil gerade dadurch das schwindende Selbstwertgefühl
gestärkt wird.

Dazu braucht es ein symbolisches Verständnis für Personen, Gegenstände und Aussagen.

Dazu benötigt man viel Einfühlungsvermögen, denn es gilt

– mit den Worten Naomi Feil`s – zu versuchen: ZITAT

„*In den Schuhen des anderen zu gehen.*“ (1)

Das ist zwar manchmal unbequem, zeitaufwändig und man kann dabei
sogar hinfallen, wie der von Demenz betroffene Mensch selbst.
Es birgt jedoch die Chance, der Erlebenswelt des anderen
näher zu kommen; es beinhaltet die Möglichkeit echter Begegnung.

Im Kennenlernen des **mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodells**
wurde mir klar, dass es eine gemeinsame, möglichst interdisziplinäre Reflexion dessen braucht,
was im täglichen Kontakt mit den Bewohnern oft intuitiv richtig gemacht wird
und manchmal auch misslingt.

Fachleute aus Pflege, Therapie, Medizin und Seelsorge
müssen miteinander reden,
nicht nebeneinander oder gar gegeneinander arbeiten.

Es geht darum, gemeinsam dem konkreten Menschen
mit seinen individuellen Bedürfnissen nahe zu kommen
und diese Bedürfnisse handlungsleitend für den täglichen Umgang
zu machen.

Cora van der Kooij ist davon überzeugt: ZITAT
*„Ohne diese Zuwendung wäre unsere Gesellschaft ein ganzes Stück
kälter, ärmer und kränker.“ (2)*

Mit Hilfe der **Integrativen Validation** schließlich
wurde ich aufmerksamer für die Gefühle und Antriebe,
die Menschen zum Ausdruck bringen.

Die Akzeptanz und das Benennen der **Gefühle**
besonders im sogenannten *„herausfordernden Verhalten“*
können diese abschwächen und abfließen lassen.

Die Wahrnehmung der **Antriebe** wiederum
zeigt uns wesentliche Aspekte der Persönlichkeit
oder bestimmter Lebensthemen und ermöglicht so einen Zugang
zum Menschen im demenziellen Prozess.

Nicole Richard schreibt: ZITAT
*„Wenn es uns gelingt, uns in die lebendige „Innenwelt“ des Menschen mit Demenz einzufühlen,
sein Verhalten von daher zu verstehen
und seine Gefühle nachzuempfinden, kann eine würdevolle, annehmende und partnerschaftliche
Begegnung geschehen.“ (3)*

Geschätzte Zuhörerinnen und Zuhörer!

Wir haben heute im Umgang mit demenzerkrankten Menschen
viele Möglichkeiten und Methoden individuell und gezielt auf sie einzugehen,
die konkreten Bedürfnisse wahr- und ernst zu nehmen.
Ich habe hier nur einige Zugänge benannt.

Es ist uns möglich und wir stehen den Betroffenen nicht völlig hilflos gegenüber.

In meiner eigenen Begeisterung über die vielen positiven Begegnungen,
die mir geschenkt wurden, habe ich dann versucht,
auch andere für solche Kommunikationsansätze zu motivieren;
bis ein Pfleger zu mir sagte: „*Was bringt das?*“
Die Leute werden sowieso immer schlechter und dann sterben sie.“

Das traf mich und ich war sprachlos.

Gelungene Kommunikation ist doch nach meinem Dafürhalten
kein Luxus, sondern die Basis für Betreuung und Pflege.

Unser Seelsorge-Motto „*In der Begegnung aufleben*“,
eine Anlehnung an das Wort des jüdischen Religionsphilosophen
Martin Buber, dass *Alles wirkliche Leben Begegnung* sei (4);
sollte das nur ein frommer Wunsch, ein anzustrebendes Ideal sein?

Warum **soll** man eigentlich in gelungene Augenblicke und würdevolle Begegnungen
so viel an Energie, Zeit und Geld investieren?

Mir ist mehr und mehr klar geworden,
mein persönlicher und seelsorglicher Anspruch,
Menschen mit Demenzerkrankungen verstehen zu wollen,
hat eine allgemeine **ethische** Qualität und Relevanz.

Es gilt – das, was wir **tun** oder auch **nicht tun**,
anhand anerkannter Wertmaßstäbe zu reflektieren
und die notwendigen Forderungen daraus abzuleiten.

Nur so können wir einander, vor allem aber den schwächeren
und hilfsbedürftigeren Menschen gerecht werden.

Menschen mit Demenz – zumal ihre Erkrankungen immer in den Tod führen –
gehören für mich unbedingt dazu.

So lernte ich im Rahmen eines umfassenden Lehrganges die sogenannte **Prinzipienethik** kennen,
die – von den USA herkommend – auch in der Medizin- und Bioethik des deutschsprachigen
Raumes breit rezipiert wird.

Die amerikanischen Philosophen Tom L. Beauchamp und James F. Childress
leisteten mit ihrem 1979 erstmals aufgelegten Buch „**Principles of Biomedical Ethics**“,
welches 2019 bereits in seiner 8. Auflage erschienen ist,
einen gewichtigen Beitrag für die ethische Bewertung
der immer mehr werdenden Fragen,
Probleme und Dilemmata des medizinischen Feldes
und der humanwissenschaftlichen Forschung.

Weil dieser Ansatz auch geeignet ist, die Situation von Menschen mit Demenz aus einer ethischen
Perspektive betrachten zu können, möchte ich ihn in aller Kürze darstellen.

In unserer pluralistischen Gesellschaft ist es nicht leicht
Werte und Wertmaßstäbe zu finden, die von möglichst vielen Menschen geteilt werden.

Beauchamp und Childress haben nun 4 Prinzipien zusammengestellt,
die auf breite gesellschaftliche Akzeptanz stoßen
und die ihren Niederschlag auch in vielen internationalen
und nationalstaatlichen Gesetzen gefunden haben.

Das 1. Prinzip Respekt vor der Autonomie / Selbstbestimmung.

Es verpflichtet dazu, den persönlichen Willen einer Person zu respektieren und
ihr Vermögen, diesen Willen zu äußern, auch zu fördern.

In der Betreuung von Menschen mit Demenz bedeutet das,
dass deren Wille nicht einfach übergangen werden darf.

Das 2. Prinzip Nichtschaden verlangt, dass jede Art von Risiken,
Belastungen und Schäden für eine Person zu unterlassen sind,
sofern sie nicht einem höheren (und gewollten) Nutzen dienen.

In der pflegerischen Praxis geht es hier darum, dass Bewohner:innen weder vorsätzlich
noch fahrlässig Schaden zugefügt werden darf.
Ein Beispiel wäre das Einsperren eines dementen Menschen.

Das 3. Prinzip Wohltun / Fürsorge verlangt,
dass wir dem anderen etwas Gutes und Nützliches tun.
Dieses Prinzip bildet eigentlich die Grundlage jeder Pflegehandlung,
steht aber immer auch in Spannung zum Prinzip der Autonomie.

Das 4. Prinzip ist jenes der Gerechtigkeit.

Dabei geht es um die Frage der Fairness gegenüber anderen Personen;
um Fragen der Ressourcenverteilung,
sowie der Über- und Unterversorgung von kranken Menschen.
Praktische Relevanz erhält dieses Prinzip im Kontext der Betreuung
von dementen Menschen, wenn es darum geht,
wieviel Zeit und Aufmerksamkeit ich dem einzelnen Menschen geben kann,
ohne die anderen zu vernachlässigen.

Wenn wir also im Blick auf konkrete Frage- oder Problemstellungen,
die sich im Umgang mit demenzerkrankten Menschen oft ergeben,
zu ethisch vertretbaren und praktikablen Lösungen kommen wollen,
dann ist es hilfreich, dies unter den genannten Gesichtspunkten
– anhand dieser 4 Prinzipien – zu tun.

In der ethischen Fallberatung des Landesverbandes Hospiz Oberösterreich
können wir hier seit einigen Jahren den Alten- und Pflegeheimen
einen wertvollen Dienst anbieten, um in schwierigen Fällen
zu neuen Perspektiven und guten Entscheidungen zu kommen.

Wenn wir nun durch die Brille der Prinzipienethik
wieder auf den konkreten Menschen blicken,
der sich in einem demenziellen Krankheitsprozess befindet,
dann können wir nicht mehr anders,
als diesen mit seinen individuellen Bedürfnissen
wohlwollend wahrzunehmen, um ihm und seinem sozialen Umfeld gerecht zu werden.

Der Deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme zum Thema
„Demenz und Selbstbestimmung“ aus dem Jahre 2012 sagt es so: ZITAT

*„Die neueren wissenschaftlichen Erkenntnisse zeigen,
dass selbst an fortgeschrittener Demenz erkrankte Menschen
zu individuellem Erleben und sensibler sozialer Wahrnehmung fähig sind
und persönliche Wünsche haben.*

*Sie können daher sehr wohl noch als empfindsame Subjekte handeln
und von anderen wahrgenommen werden.*

*Je nach den Möglichkeiten, die der Krankheitsverlauf dem Betroffenen
lässt, kann er sein Leben weiterleben und Freude empfinden.*

*Folglich ist es nicht nur ein therapeutisches,
sondern vor allem ein elementares menschliches Gebot,
mit ihnen in ihrer persönlichen Eigenart
und in der Kontinuität ihrer persönlichen Biografie umzugehen
und ihre jeweils noch mögliche Selbstbestimmung zu achten.“ (5)*

Und damit komme ich zum Titel meines Vortrages:
„Was willst du, dass ich dir tue?“ (Mk 10,51)

Diese Frage stellt Jesus im Markusevangelium einem blinden Bettler,
der sich schreiend an ihn wendet.

Von vielen, die das mitbekommen, wird er abgewiesen oder ignoriert.
Es scheint klar zu sein, was er will: Gesundheit und Geld.

Jesus aber lässt ihn holen, er wendet sich ihm zu und stellt ihm
– noch bevor er ihn heilt – diese Frage: „Was willst **du**, dass ich **dir** tue?“

Für mich kommt darin eine Grundhaltung zum Ausdruck,
die auch im Umgang mit demenzerkrankten Menschen wichtig ist.

Wenn auch ihre Bedürfnisse klar zu sein scheinen,
wenn wir einen Fürsorgeauftrag haben und immer mehr an
Verantwortung für den andren übernehmen müssen,
dürfen wir nicht darauf vergessen,
nach dem Willen des betroffenen Menschen zu fragen oder zu suchen
und diesen im Rahmen des Möglichen zu berücksichtigen.

Hierin liegt der Unterschied zwischen dem **Wohl – Wollen**,
bei dem die Wahrnehmung bei den Bedürfnissen des anderen ist

und dem **Gut – Meinen**,
bei dem die Wahrnehmung auf meinen eigenen Vorstellungen
und Ideen liegt; im Sinne von: Ich weiß schon, was für dich das Beste ist.

Eine an frontotemporaler Demenz erkrankte Frau
formulierte ihren Wunsch in einer Veröffentlichung des Demenz Support Stuttgart so:

*„Wir begrüßen es, wenn man über die Dinge, die uns angehen, mit uns
statt über unsere Köpfe hinweg spricht.“ (6)*

Natürlich müssen wir im Pflegealltag oft eigenmächtig
und ohne zu fragen die Initiative ergreifen,
um selbst- und fremdgefährdende Situationen zu vermeiden.

Wenn jemand beispielsweise aus einem Bewegungsdrang heraus
auf der nahegelegenen Stadtautobahn spazieren gehen möchte,
dann gilt es natürlich, dies zu verhindern.

So gibt es viele Situationen, in denen wir einfühlsam-wertschätzend
gegen das aktuelle Bedürfnis einer Person auftreten müssen.

Das heißt aber nicht, dass wir ab einer bestimmten Phase der Demenz
gar nicht mehr nach dem Willen des betroffenen Menschen
fragen müssen.

In der zuvor genannten Grundhaltung
nehmen wir den anderen immer wieder und immer noch
als vollwertiges **Leib – Seele und Geistwesen** wahr.

Wir bemühen uns weiterhin, seine Bedürfnisse in körperlicher,
in sozial-kommunikativer und in spiritueller Hinsicht zu ermitteln,
weil auch für demenzerkrankte Personen gilt: ZITAT

*«Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren.
Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt
und sollen einander im Geiste der Brüderlichkeit begegnen.»*

Artikel 1 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (1948),
die ihren gesetzlichen Niederschlag
in der Europäischen Menschenrechtskonvention (1958) gefunden hat.

Was aber bedeutet das nun
im sozialen Umgang und in der Betreuungs-Praxis?
Wie sieht das konkret aus?

Als Seelsorger gehe ich zu jeder Bewohnerin, zu jedem Bewohner
solange dies nicht ausdrücklich abgelehnt wird.

Ich gehe auch zu denen, von denen gesagt wird,
sie seien „**nicht ansprechbar**“
und ich spreche sie an und berühre sie mitunter
am Oberarm oder an der Hand.

Aus der Basalen Stimulation wissen wir,
dass Kontaktaufnahme über den Körper möglich und sinnvoll sein kann.

Menschen bleiben also ansprechbar, selbst dort, wo sie zu keiner
oder zu keiner verständlichen Reaktion mehr in der Lage sind.

Ich spreche immer so,
als **WÜRDE** der kranke Mensch mich hören und verstehen können.

Und durch die unterschiedliche Schreibform wird auch deutlich,
was ich in meinem Vorgehen zum Ausdruck bringen will:

Die immanente und unverlierbare Würde jedes Menschen
kann durch die Krankheit und die abnehmenden Fähigkeiten
in keiner Weise geschmälert werden.

Das vermittele ich auch Angehörigen,
mit denen ich mich im Bewohnerzimmer über die Betroffenen unterhalte.
Die Mutter, der Vater, der Ehemann –
sie sollten jederzeit hören und verstehen können,
was wir über sie sagen und von ihnen erzählen.

Manchmal – wenn jemand sich in einem anderen Bewusstseinszustand
befindet – versuche ich auf den Körper zu achten.

Gibt es Hinweise auf ein erhöhtes Schmerzaufkommen,
welches sich im Gesichtsausdruck in Schonhaltungen
oder in spontanen Reaktionen zeigt?

Solche Wahrnehmungen sind abzuklären, weil man davon ausgehen kann,
dass Schmerzfreiheit oder Schmerzlinderung erwünscht ist
und die Lebensqualität verbessert.

Demenzerkrankte Menschen,
die noch zu sprachlichen Äußerungen fähig sind, frage ich oft:

Wie geht es Ihnen heute?
Was möchten Sie?
Was brauchen Sie?
Was ist Ihnen wichtig?
Wen mögen sie?

Wenn ich mit jemandem spreche, sehe ich mich im Zimmer um:
Welche Fotos und Kunstgegenstände,
welche religiösen Symbole, Bücher und Pflanzen bemerke ich da?

Ich versuche, mir ein Bild zu machen, von Interessen,
Vorlieben und Wertvorstellungen einer Person
und ich mache mir anschließend Notizen für die Pflegedokumentation.

Ich spreche mit Angehörigen und wichtigen Bezugspersonen darüber,
wer und wie dieser Mensch war vor seiner Demenzerkrankung.

Ich frage nach, ob es frühere Willenskundgebungen gibt
im Hinblick auf Situationen, in denen medizinische Entscheidungen
notwendig werden könnten – Stichwort **„Patientenverfügung“** –
oder ob Stellvertreter für solche Fälle bestimmt wurden –
Stichwort **„Vorsorge-Vollmacht“**.

Je mehr wir von einem Menschen und seiner Geschichte wissen,
je öfter wir uns mit ihm im demenziellen Krankheitsverlauf befassen,
desto besser können wir ihn begleiten im Leben und im Sterben.

Und immer wieder werden mir Momente geschenkt,
in denen ich erleben darf, dass ich mit meinem Bemühen am richtigen Weg bin.

Vor kurzem erst besuchte ich eine sehr gläubige Bewohnerin,
die ich vor längerer Zeit kennenlernen durfte.
Sie war infolge des demenziellen Prozesses nicht mehr in der Lage,
den Gottesdienst mitzufeiern und hatte vor Wochen bereits die Sprache verloren.

Nun sah sie ins Leere und ich dachte,
sie mittlerweile ganz verloren zu haben.

Ich schwieg und nach wenigen Minuten sagte ich zu ihr:
„Frau Maria, ich schließe sie ein in mein Gebet.“

Und Maria sagte nach Wochen der Sprachlosigkeit: **„Danke“**.

Ich bin mir nicht sicher, ob das nur ein glücklicher Zufall war.

Nun, werte Zuhörerinnen und Zuhörer
möchte ich noch 2 Beispiele schildern, um zu verdeutlichen,
wie man Menschen mit Demenz
auch in ihrem Sterbeprozess gerecht werden kann.

Im ersten Fall aus der ethischen Fallberatung
handelte es sich um eine Bewohnerin im Alter von 87 Jahren.

Sie war nach einem schweren Schlaganfall vor 16 Jahren
also mit 71 Jahren im Heim aufgenommen worden.

Mittlerweile lag sie seit 10 Jahren im Bett
und musste durch eine PEG-Sonde ernährt werden.

Durch das andauernde Liegen hatten sich offene Hautstellen gebildet,
die regelmäßig versorgt wurden.

Die Schmerztherapie musste immer wieder neu angepasst werden.

Ihr war daneben eine Demenzerkrankung diagnostiziert worden
mit einem Mini Mental Status von 0; d.h. in ihrer schwersten Form.

Die Tochter und der Adoptivsohn,
die ein sehr gutes Verhältnis zur Bewohnerin hatten,
wandten sich an die Pflegedienstleitung,
weil der Mutter zum dritten Mal im vergangenen Jahr
die PEG-Sonde gelegt werden musste.

Sie hatte diese mehrfach unbewusst mit ihren Händen herausgerissen.

Den Krankenhaustransport, das mehrfache Umlagern und Heben
beobachtete die Tochter als enorme Belastung für die Mutter.

Die Frage war also:
Sollte man ihr dies gegebenenfalls ein weiteres Mal zumuten?

In der Fallbesprechung mit den Angehörigen,
der Hausärztin, der Bereichs- und der Pflegedienstleitung
wurden alle möglichen medizinischen und pflegerischen Interventionen besprochen.

Auf der anderen Seite unterhielten wir uns darüber,
welcher Mensch sie vor Ihrem schweren Schlaganfall war;
was sie gerne tat und was sie nicht wollte.
Wir erfuhren, wie wichtig ihr die Bewegung im Freien und das Reisen waren.

Und schließlich meinte die Tochter: „*So hätte Mama nie leben wollen.*“
was vom Adoptivsohn bestätigt wurde.

Nach gewissenhaftem Abwägen kam die Familie
gemeinsam mit dem Behandlungsteam zur Entscheidung,
dass im Falle einer weiteren Dislokation der Sonde,
diese nicht mehr gesetzt werden sollte.

Die Zufuhr der Flüssigkeit sollte in diesem Fall
allein über Infusionen erfolgen.

Ein früheres Sterben würde unter Berücksichtigung des mutmaßlichen Willens
der betroffenen Bewohnerin in Kauf genommen werden.

Wir baten die Tochter und den Adoptivsohn, dass sie diese Entscheidung
der schwer dementen Mutter mitteilen sollten,
was sie in meinem Beisein – um das sie gebeten hatten – auch taten.

Eine Woche danach schlief diese Frau im Kreise ihrer Familie für immer ein.

Es war zu keinen Komplikationen mehr gekommen.

Der zweite Fall ergab sich im Rahmen meiner Seelsorgepraxis.

Ich war von einer Bewohnerin, deren Ehegatte ebenfalls im Heim lebte, angesprochen worden.

Sie erzählte mir, dass ihr von der Alzheimer-Krankheit betroffene Mann
vor wenigen Tagen völlig unerwartet ins Krankenhaus gebracht werden musste.

Die Bereichsleiterin konnte ihr später mitteilen, dass er eine Gehirnblutung erlitten hatte.

Die Bewohnerin war jetzt sehr aufgeregt, weil man sie heute darüber informiert hat,
dass ihr Mann wieder zu Bewusstsein gekommen sei.

Sie wollte nun, dass ich mit ihr ins Spital fahre,
damit wir mit ihm eine Krankensegnung feiern könnten.

Die Bewohnerin war sehr gläubig und sie setzte große Hoffnung in dieses Ritual.

Nachdem wir ihr die Möglichkeit des Besuches
in Absprache mit dem zuständigen Behandlungsteam eröffnen konnten,
fuhren wir mit dem Taxi in die Klinik.

Auf der Intensivstation fanden wir ihren Ehemann vor.

Er lag mit geschlossenen Augen in seinem Bett
und reagierte kaum auf die Worte und Berührungen seiner Frau.

Da er mir vor längerer Zeit das Du-Wort angeboten hatte,
sprach ich ihn mit seinem Vornamen an. Er reagierte nicht darauf.

Nach ein paar Minuten der Stille bat mich die Frau,
mit der Segnung zu beginnen.

Ich berührte den Mann also bei der Hand und sagte:
*„Heinz, deine Frau, die Resi und ich, der Walter, der Seelsorger, sind da.
Du bist sehr krank und wir möchten ein Segensgebet für dich sprechen.
Willst du das?“*

Heinz öffnete auf einmal die Augen, sah mich an und sagte: *„Nu net!“*

Wir waren völlig überrascht.

Seine Frau wandte sich ihm zu und streichelte ihn
und ich sagte: *„Heinz, du bist und bleibst ein alter Kämpfer.“*

Wir waren vielleicht eine Viertelstunde bei ihm.

Dann haben die Ehefrau und ich die Kapelle des Krankenhauses
aufgesucht und ein Licht für Heinz entzündet.

Damit gaben wir ihrer Hoffnung einen Ausdruck
und konnten zugleich Heinz in seinem Erleben gerecht werden.

Geschätzte Zuhörer und Zuhörerinnen!

Menschen mit Demenz
brauchen die wohl-wollende Aufmerksamkeit von anderen
und sie haben ein Recht darauf.

Es liegt an uns, ihre Bedürfnisse und ihren Willen wahrzunehmen,
so gut wir es nach bestem Wissen und Gewissen können bis zuletzt.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Anmerkungen

- (1) **FEIL**, Naomi (2000): Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. 6. Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag, S.11.
- (2) **VAN DER KOOIJ**, Cora (2007): Ein Lächeln im Vorübergehen. Erlebnisorientierte Altenpflege mit Hilfe der Mäeutik. 1. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber, S.21.
- (3) **RICHARD**, Nicole (2014): Integrative Validation nach Nicole Richard. 1. Auflage, Bollendorf: Eigenverlag Carlo Richard, S.5.
- (4) Vgl. **BUBER**, Martin (1923): Ich und Du. Leipzig: Inselverlag, S.18.
- (5) **DEUTSCHER ETHIKRAT** (2012): Demenz und Selbstbestimmung. Stellungnahme. bezogen unter: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-demenz-und-selbstbestimmung.pdf> , S.8.
- (6) **CAIRNS**, Doreen (2010): Die Stimme erheben, Grenzen überschreiten.
In: Demenz Support Stuttgart (Hrsg.): „Ich spreche für mich selbst“. Menschen mit Demenz melden sich zu Wort. Frankfurt am Main: Mabuse, S.37.