

*Vortrag zum Tag der Offenen Tür in Luise-Henrietten-Stift, Kloster Lehnin: "Fit im Alter – Rückkehr zur Selbständigkeit"*

**„Wenn Altern anders wird als erwartet ...“ – Gedanken über Krankgewordene, ihre Angehörigen und die helfenden Institutionen**

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Professionelle, liebe Gäste,

zunächst möchte ich mich bedanken bei der Leitung des Hauses Herrn Dr. Möller, Herrn Dr. Bookhagen und insbesondere bei Herrn Dr. Sachse für die Einladung, hier an Ihrem Tag der Offenen Tür sprechen zu dürfen.

Der Tag des Luise-Henrietten-Stifts steht unter dem Motto „Fit im Alter – Rückkehr zur Selbständigkeit.“ Ich gestehe, dass ich – als ich den Titel hörte – etwas geschluckt habe und mich fragte, ob damit dem „Fitnessgedanken“ der modernen Gesellschaft – manchmal handelt es sich ja eher um einen Fitnesswahn – im Sinne von „leistungsfähig, sportlich durchtrainiert, gute körperliche Verfassung“ auch in dem Sinne gefolgt wird, dass damit transportiert werden soll, dass nach größeren gesundheitlich Einbrüchen fast alles an Gesundheit wieder herstellbar sei.

Da ich hier jedoch vor Fachfrauen und Fachmännern spreche, die die Praxis kennen, kam ich zu dem Schluß, dass doch wohl eher der Untertitel „Rückkehr zur Selbständigkeit“ den handlungsleitenden Satz darstellt.

Mit meinem Titel „Wenn das Altern anders wird als erwartet ...“, drängt sich natürlich die Frage auf, „wie ist Altern eigentlich?“ Nun kann ich da nur begrenzt mitreden. Die ersten Anzeichen haben sich eingestellt, aber fühle ich mich richtig alt während die Vorboten ihre langen Finger schon nach mir ausgestreckt haben, noch eher sanft und dezent, aber doch spürbar, unübersehbar?

Nein, das ist nicht so und da ich also nicht so richtig mitreden kann und im Laufe der letzten Jahre zurückhaltender geworden bin, über Dinge mitreden zu wollen, die ich aus eigenem Erleben gar nicht oder nur wenig kenne, möchte ich Ihnen einige Gedanken meines früheren Chefs der Westfälischen Klinik Gütersloh, Prof. Klaus Dörner zunächst vorlesen. Einige werden ihn vielleicht kennen als einen der beiden Verfasser des Buches „Irren ist menschlich“ oder den Verfasser von „Bürger und Irre“. Er, der in zwei Wochen 73 Jahre alt wird, schrieb vor kurzem zum Thema „Altern ist anders“ folgendes, ich zitiere:

„Als ich 1996 in Rente ging, wußte ich alles über das Alter (da war er 63 Jahre alt). Es nützte mir jedoch einen Dreck. Zwei Jahre Versuch und Irrtum waren erforderlich, bis ich einigermaßen klar hatte,

- dass Ruhestand nichts mit Untätigkeit zu tun hat, sondern dass ich genauso ausgelastet sein müsse wie während meiner Berufsjahre, wenn ich weiterhin, gesund bleiben wolle,
- dass es für Alte keine Rollen und keine Rollenerwartungen gibt, so dass sie in einer Art sozialem Niemandsland leben,
- dass ich mich selbst um diejenige Tagesdosis an Bedeutung für Andere (von anderen gebraucht zu werden, für Andere notwendig sein, Lasten für Andere

zu tragen) kümmern müsse, um auch psychisch gesund zu bleiben und zu einem Mindestmaß an Selbstachtung zu kommen,

- dass so wie „Ruhestand“ auch „Freizeit“ ein ideologisch gebrauchter Begriff ist, da es in dem von ihm suggerierten Sinne keine freie Zeit geben kann, ein Zuviel davon sogar krank machen wird,
- dass man Altern nicht so sehr aktiv erfährt, dass es vielmehr eher zu dem gehört, was mir widerfährt,
- dass „das Altern sich vollzieht, während doch niemand es vollzieht“, was mit Vergehen und Abschiednehmen vom Sein zu tun hat (Emmanuel Levinas),
- dass ich damit zu etwas Anderem werde, mich ver-ändere.“

Dörner vertritt, dass die „Alters-Herausforderung“ menscheitsgeschichtlich völlig neuartig ist, weil Alte zwar einzeln vorkamen, aber niemals „in der Masse“. Und dass man somit von einer neuen menschlichen Seinsweise des Altseins sprechen kann und vielleicht noch radikaler von der neuen menschlichen Seinsweise des Dementseins. Und ein letzter wichtiger Satz: „Bevor ich alt bin, kann ich nicht wissen, wie ich alt sein will, und noch weniger, wie ich dement sein, in der Demenz leben will, was Verbindlichkeit von Patientenverfügungen so lächerlich macht.“<sup>1</sup>

Soweit Klaus Dörner, dessen Thesen selten zum „An-“ oder „Hinnehmen“, sondern zum „Streiten“ gedacht sind.

Hier im Luise-Henrietten-Stift werden Menschen behandelt, die Einschränkungen nach einem Schlaganfall, Multiinfarktdemenzen u.ä., hüftnahen Frakturen, Einschränkungen durch Herz-Lungen-Insuffizienz, andere Stoffwechselerkrankungen leiden oder nach einer intensivmedizinischen Behandlung noch so geschwächt sind, dass sie einer Rehabilitation bedürfen. Die dementiellen Syndrome sind zu einem gewissen Anteil Einweisungsgrund, dürften aber häufig als Begleitphänomene eine Rolle spielen, denn bei einem Altersdurchschnitt der behandelten Patienten von 79 Jahren, ist einfach die Tatsache gegeben, dass ca. 25% der Alterskohorte an dementiellen Symptomen leidet.

Ich möchte einige der Dörnerschen Feststellungen übersetzen auf Ihre Situation mit Ihren Patienten, deren Einschränkungen und deren Perspektive.

Wir, die wir nicht wirklich in den Situationen der Begegnung das erleiden und erlitten haben, was unser Gegenüber, der Patient hat, können sein Erleben nur bedingt nachvollziehen. Das Verstehen ist eine Fiktion, ich bin nicht er, und er ist nicht ich. Ich werde mich bemühen, mich in ihn/in sie hineinzufühlen, aber ich gehe nach Hause und kann noch laufen, greifen, eine Musikinstrument spielen, essen ohne, dass mir z.B. eine Gesichtshälfte nicht gehorcht.

Durch gute Aus- und Fortbildung, viel Erfahrung mit Menschen, die davon betroffen sind, kann ich sicherlich ein Mehr an Einfühlung, Motivationsaufbau für Behandlungen, an guter Anleitung zur Verbesserung der Einschränkungen, fachlich auf dem Wissen der Zeit angesiedelten kompetenten Behandlungsmethoden einbringen, aber es bleibt dabei, der „Erkrankte“ muß das „Wesentliche“ selbst herausfinden und leisten. Das „Wesentliche“ hat zwar einen

---

<sup>1</sup> Dörner, Klaus: Altern ist anders – Der Alters-Herausforderung begegnen – aber wie?, Soziale Psychiatrie, Okt. 2006, Heft 4, S. 10 f

Kern, der sich um die Grunderkrankung rankt, aber wie der einzelne Organismus die Störungen oder Ausfälle kompensieren kann, die Persönlichkeit damit zurecht kommt ist so unterschiedlich wie die Individuen selbst.

Wenn wir nun der Dörnerschen These folgen, dass Ruhestand nichts mit Untätigkeit zu tun hat, dass Ausgelastetsein ein wesentliches Moment von Gesundbleiben ist, dass jeder die Tagesdosis an Bedeutung für Andere herausfinden muß, um auch psychisch gesund zu bleiben und ein Mindestmaß an Selbstachtung zu behalten, dann dürften wir eine Ahnung davon bekommen, was es heißt, diese Altersorientierungen, die jeder für sich selbst – bevor er krank wurde – einmal schon hat regeln müssen, erneut in Frage gestellt oder gar zerstört zu sehen.

Im Dörnerschen Ton: Sie befinden sich in einer Art sozialem Niemandsland und der Prozeß vollzieht sich, während doch niemand ihn vollzieht. Ich werde zum Objekt eines Prozesses, den ich subjektiv nicht gesteuert habe, geschweige denn gewollt habe.

Aber im Gegensatz zu den Dörnerschen Gedanken über die Sinnerfüllung und Nützlichkeit, steht zunächst bei Ihren Patienten nicht die soziale Sinnerfüllung, Neuorientierung im Vordergrund, sondern der Patient muß Basiskompetenzen erneut lernen, geduldig trainieren, um sich möglichst selbständig wieder anzuziehen, Treppen zu steigen, verständlicher zu sprechen, seine Schwäche und Hinfälligkeit langsam zu überwinden.

Er ist hilfloser als wahrscheinlich je zuvor, muß sich Handlungen zeigen lassen, mit Hilfsmitteln umgehen, kurz muß Hilfe annehmen. Dies fällt vielen Menschen zunächst schwer, denn in einer Gesellschaft der Individualisierung und Selbstverwirklichung hat Autonomie einen hohen Stellenwert. Der Verlust bis in die intimsten Lebensbereiche hinein, bedeutet sich unter anderem mit dem Gefühl der Beschämung, der Scham auseinandersetzen zu müssen. Wann sprechen wir in unserem gesunden Leben über Scham, außer vielleicht in einem geschützten Rahmen von Therapie oder in einer guten Ehe, mit einer ganz guten Freundin irgendwann einmal.

Zur Zeit ist eine Generation alt, die nicht unbedingt gelernt hat, über Gefühlsdinge zu sprechen. Sie gehört nicht zu dem Klientel der Therapieerfahrenen, die mit dem Altwerden der 68er auf uns zukommt – ob es leichter wird mit ihnen zu arbeiten, werden wir noch erfahren. Solche Gefühlszustände und die Schwierigkeiten der Kommunikation darüber sind einzubeziehen, wenn es darum geht zu verstehen, warum manche so verzweifelt, depressiv oder auch aggressiv-wehrig sind. Es ist immer eine Gratwanderung festzustellen, ob das, was wir da an Trauer und Verzweiflung sehen noch eine verständliche Anpassungsreaktion ist, die ihre Zeit braucht oder zu den behandlungsbedürftigen Depressionen schon gehört. Ich bekenne, ich bin für optimistisches Zuwarten, für Unterstützung, in Beziehung treten und nicht für ein vorschnelles Einsetzen von Antidepressiva, was aber aber auch nicht immer zu umgehen ist.

Der Prozess der psychischen und physischen Anpassung an die veränderte Lebenssituation bringt wahrscheinlich deutlicher als die meisten Situationen im Leben vorher die Gedanken über das Ende, das Abschiednehmen, das Sterben nahe. Es wird greifbarer, spürbarer, ist wieder ein bißchen weniger ein Abstraktum, von dem man weiß, dass es irgendwann kommt. Dieser Lern- und Anpassungsprozeß ist zu leisten vor dem Hintergrund geringerer

Kurzzeitgedächtnisfähigkeiten und einer geringeren Plastizität unseres Gehirn. Beides Tatsachen, die aber für das Neu- und Umlernen nicht unerheblich sind. Auch das muss man sich manchmal klar machen, wenn es nicht so geht, wie der Patient, die Angehörigen oder auch die Professionellen es gerne hätten.

Bei allem, was Institutionen der stationären und ambulanten Rehabilitation und Pflege älterer Menschen leisten können und auch mit Engagement leisten sollen, nämlich fachlich auf dem Stand des Wissens der Zeit medizinische Hilfen zu geben,

die Disziplinen von Pflege, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Kunst-, Gestaltungs-, Musiktherapie, Psychologie und Sozialarbeit zu nutzen – die Auflistung ist keine Werte- oder Bedeutungsskala –,

wohlwollend, unterstützend, ermutigend, motivierend mit dem Patienten und seinen Angehörigen zu arbeiten,

um eine möglichst große Rückgewinnung der Fähigkeiten zu ermöglichen, ist auch das Gegenüber – der kranke Alterspatient – genauer zu betrachten.

Sie sehen ihn hier in der Klinik in einer frühen Phase des Anpassungsprozesses. Andere Professionelle begleiten den späteren Weg. Mein Augenmerk in den folgenden Ausführungen gilt den Schwierigkeiten, denen Sie in diesem Prozeß oft begegnen. Krankheit und insbesondere Krankheit, die das nahende Lebensende unmißverständlich andeutet, berührt weit tiefer als andere Erfahrungen den innersten Kern eines Menschen. Mehr als irgendwo sonst handelt es sich um das Eigentliche des Menschen und seine Einsamkeit.

„Alle Menschen wollen glücklich sein.“ konstatierte Aristoteles.

Ein zurückgehender Gesundheitszustand und die subjektive Wahrnehmung davon, schlagen stark auf Zufriedenheitsprozesse oder die Gesamtbefindlichkeit durch – das haben psychologische Studien ausreichend nachweisen können und die meisten von uns wissen es aus eigenem Erleben.

Seit 20 Jahren befragt das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung Berlin jährlich 11.000 Personen nach ihrer objektiven Lebenssituation und dem subjektiven Lebensgefühl.

Langzeitarbeitslose erleben einen signifikanten Rückgang ihrer Lebenszufriedenheit und selbst wenn wieder eine Stelle aufgenommen wird nach einiger Zeit, erreicht die Lebenszufriedenheit nicht mehr das Niveau wie vorher. Die subjektiven Narben der Langzeitarbeitslosigkeit scheinen fast nicht mehr oder nur schwer zu verheilen.

Noch unzufriedener als Langzeitarbeitslose sind nach den Ergebnissen des sozio-ökonomischen Panels nur dauerhaft Pflegebedürftige, das sind nun einmal vorwiegend ältere und alte Menschen. Wer jedoch im Alter relativ gesund ist, ist ähnlich zufrieden mit dem Leben wie jüngere Menschen. Die Art des Glücksempfindens verändert sich im Laufe des Lebens: Jüngere Menschen sind euphorischer, ihre Gefühle bewegen sich heftiger zwischen Hoch und Tief, Ältere erleben diese weniger, empfinden eher gelassene Zufriedenheit.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Manuskript WDR 08.04.2006 Gedanken zur Zeit: Wilhelm Schmid, Gibt es eine Lebenskunst im Umgang mit Krankheit?

Die Patienten, die in die Rehabilitation kommen, wissen noch nicht vollständig, wie weit ihre Einschränkungen zurückgehen werden, wieweit sie somit auf Hilfe angewiesen bleiben.

Sie bringen ihre Lebenserfahrung mit, vorher schon schwere Krisen des Lebens gemeistert zu haben.

Sie haben eine Selbstüberzeugung, ob sie das können, ob sie stark sind, ob sie kämpfen wollen, ob sie eher Pech oder Glück haben im Leben – die Motivationspsychologie spricht da von Attributionsmustern, also Ursachenzuschreibungen. Und die Menschen haben unbewußt oder bewußt eine Haltung zum Thema „Alles hat seine Zeit“.

In einem diakonisch geprägten Haus ist Ihnen wahrscheinlich der Vers 3 aus dem Buch der Prediger präsent. Aber ich rufe ihn auch gerne in Erinnerung

Alles, was auf der Erde geschieht,  
hat seine von Gott bestimmte Zeit:  
geboren werden und sterben,  
einpflanzen und ausreißen,  
töten und Leben retten,  
niederreißen und aufbauen,  
weinen und lachen,  
wehklagen und tanzen,  
Steine werfen und Steine aufsammeln,  
sich umarmen und sich aus der Umarmung lösen,  
finden und verlieren,  
aufbewahren und wegwerfen,  
zerreißen und zusammennähen,  
schweigen und reden.  
Das Lieben hat seine Zeit und auch das Hassen,  
der Krieg und der Frieden.

Buch der Prediger, Vers 3

Mit welcher Überzeugung lebt dieser kranke Mensch, der so auf sein existentielles Sein zurückgeworfen ist? Ist Glück für ihn etwas, dass zu den vielen positiven Erfahrungen, die man hoffentlich im Leben machen kann, konnte, dazu gehört, mit den negativen Erfahrungen zurecht zu kommen?

Ist ihm bewußt geworden im Laufe des Lebens, dass das und genau nur das, das Glück der Fülle des Lebens ausmacht?

Oder hat er das verdrängt und gehofft nach den Kriegsjahren der Jugend, der Aufbauarbeit, dem Erreichen eines bescheidenen oder guten Wohlstandes sei die Gesundheit und das Glück dauerhafter Freund seines Lebens?

Wie gut und schnell jemand nach Belastungen sein inneres Gleichgewicht und Wohlgefühl wieder findet, scheint eine Frage von Vererbung und Sozialisation zu sein. Der letzte Faktor ist in diesem Falle entscheidender. Billigt dieser Mensch eher guten oder schmerzlichen Gefühlen Raum zu?

Und wie geht er mit den schmerzlichen um: annehmend, hadernd, bitter, es an seiner Umwelt auslassend oder sich Unterstützung und Verständnis suchend? Nimmt dieser Mensch nach einer Zeit des im-Mittelpunkt-Stehens im Hilfeprozess irgendwann auch Rücksicht darauf, dass die anderen, die Angehörigen, die Professionellen bei allem Dienstleistungsverständnis Grenzen haben?

Kann dieser Mensch grundsätzlich Dinge überhaupt positiv sehen, Herausforderungen als solche definieren und nicht nur als Anforderungen oder Schicksalsschläge?

Diese Kompetenz, irgendetwas vielleicht sogar daraus zu machen, etwas positiv zu wenden, wenn das möglich ist, sind Kompetenzen, die früh in unserer Entwicklung schon erlernt werden. Womit ich nicht sagen möchte, dass Menschen nicht dazu lernen können.

So könnte ein Mensch, der immer sehr auf Autonomie bedacht war, nach einer Zeit der Trauer und des Schmerzens über den Verlust und die Abhängigkeit von Hilfe z.B. zu der Haltung kommen, dass er sagt:

„Ich weiß, dass Autonomie und Unabhängigkeit immer einen sehr großen Wert für mich darstellten. Nun muß ich gegen Ende meines Lebens lernen, dass Hilfe annehmen auch zum Leben gehört. Wir sind nun mal soziale Wesen. Ich bin jahrelang überall hingekommen, wohin ich wollte. Ich war von meiner Bewegungsfähigkeit unabhängig und frei, und es war toll, jetzt bekomme ich die andere Seite ab. Ich hatte es ja irgendwo doch immer gewußt, wir haben das alles nicht auf Ewigkeit gepachtet. Es tut trotzdem weh. Aber ich will mich dem stellen, ich will sehen, was diese Situationen vielleicht an kleinen Glücken bereit halten.“

Das kann so etwas sein, dass eine ganz junge Krankenschwester oder ein junger Krankenpfleger einem pflegt und das mit der Beherztheit, dem Engagement und dem Glauben der Jugend tut, dass alles schon werden wird. Dass ein älterer Arzt Ruhe und Zuversicht ausstrahlt, auch nicht ganz gesund ist und es einfach Freude macht, diese Menschen in ihrer Aufgabe besonnen und engagiert zu erleben. Oder auch die Mühe, die sich andere Berufsgruppen geben, mir die Einschränkungen zu erleichtern, mir mit Würde und Respekt begegnen, auch wenn es einmal schlechte Tage gibt, Streß herrscht und der Ton einmal genervt ist.

Ich will das alles nicht schönreden. Ich will hier nicht so tun, als ob Verluste, Defizite, die bleiben, durch alle Rehabilitation der Welt umkehrbar sind. Aber nach dem gesellschaftlichen Jugendwahn der letzten beiden Jahrzehnte, des Fitseins um jeden Preis, hoffe ich, dass wir uns als Gesellschaft – auch wenn wir mehrheitlich nicht religiös leben – mit der Endlichkeit, einer gewissen Bescheidung im Leben und der Frage, wohin wir gehen wollen, worauf wir hinarbeiten wollen, was einen Sinn für uns darstellt, wieder anfreunden.

Marianne Gronemeier hat ein Buch mit dem Titel „Das Leben als letzte Gelegenheit“ geschrieben, ich habe es noch nicht gelesen. Ich wurde durch ein Radiofeature darauf aufmerksam und will Ihnen den Gedanken, der mich ansprach, nicht vorenthalten: Heute währt das Leben 80, 90 Jahre und danach nichts, davor alles? Früher dauerte es 50, 60 Jahre und danach vielleicht die Ewigkeit?

Ich fand beglückend prägnant auf den Punkt gebracht, dass dieses auch ein Grund sein könnte, warum die Einbußen und Verluste, Defizite und bleibende Störungen es so schwer mit uns haben? Das war kein Versprecher, ich meine es so, wie ich sage.

Vielleicht darf so etwas Thema sein in der Rehabilitation alter Menschen?

M.E. nach ist zu spüren, dass ein gesellschaftlicher Prozeß über diese Fragen ganz zaghaft in Gang kommt. Ich kann nicht umhin, als jemand, der seine

Tätigkeit im Sozialen auch immer politisch verankert gesehen hat, Sie daran zu erinnern, dass dieser gesellschaftliche Wertediskurs nicht loszukoppeln ist von gesamtgesellschaftlichen Fragen des Umgangs mit Reichtum und Armut, des Auseinanderdriftens der Schichten, dem Problem der Arbeitslosigkeit, dem Problem der Chancen der jungen Menschen.

Zurück zur Rehabilitation: Gibt es für solche Gespräche über Endlichkeit und Vorstellungen, was das Leben sei und war in der Rehabilitation und danach Zeit? Können die Menschen, die betroffen sind, auch mit ihren Professionellen über solche Gedanken sprechen und damit meine ich nicht nur Theologen oder seelsorgerisch tätige Philosophen? Ich vermute auf Grund meiner Kenntnis unseres Gesundheitssystems, dass dies in den Bereich der informellen Gespräche eines jeden Mitarbeiters fällt und die funktionelle Arbeit im Vordergrund steht. Die Einheit von Körper und Geist hat sich im Denken der Leistungsträger und ihrer Minutentakte im Grunde genommen eher verflüchtigt als niedergeschlagen.

Was folgt nun aus meinen Ausführungen über die komplexen Problemlagen der Rehabilitation älterer und alter Patienten für die Angehörigen und die Professionellen?

Nichts von dem, was über den Umgang mit Krisen, Verlusten gesagt wurde, steht nur im Zusammenhang mit den Patienten. Je mehr jeder einzelne sich mit diesen Dingen auseinander gesetzt hat – hier spielt natürlich das Lebensalter eine gewisse Rolle –, desto offener werden Angehörige und Professionelle dem Kranken in Bezug auf diese Fragen begegnen können. Eigene unreflektierte Ängste machen das Gespräch nicht unmöglich. Die Flucht nach vorne im Sinne von Ausweichen, Beschönigen, Drumherumreden und Verdrängung ist dann nicht notwendig, auch wenn der Prozess natürlich anstrengend bleibt.

Tendieren die Angehörigen zu dem selben Muster wie der Kranke, sind sie der ausgleichende Gegenpol oder gar derjenige, der in das Leid fällt im Sinne, „wie soll das alles nur werden“ während der Kranke den kühlen Kopf und Optimismus behält? Sind sie verzweifelt, haben sie Angst vor dem, was nun ansteht? Ich denke oft ist das so, aber man glaubt selbst, das sei nicht akzeptabel.

Wieviel Platz hatten Gefühle in der Beziehung bislang? Wurde gesprochen über das, was in beiden vorgeht? Wurde gesprochen zwischen Eltern und Kindern? Wieviele alte Rechnungen der Kränkung und Verletzung sind offen? Und jetzt muß Unterstützung und Versorgung organisiert werden! Hat dieses Paar, hat diese Familie gute nachbarschaftliche Kontakte oder zumindest solche in die Großfamilie? Und wenn nein, folgt nun die große Einsamkeit? Kann Hilfe angenommen werden, auch wenn sie Geld kostet, schaffen die Familien es, den direkt Pflegenden und sich selbst gewisse Freiräume zu erhalten? Oder ist das Paar zufrieden damit, dass der Pflegende sein Leben völlig auf die Anforderungen durch den Kranken einstellt?

Diese Fragen werden nicht alle Thema werden in der Rehabilitation, sondern erst im Laufe des Prozesses. Auch hier wird sich widerspiegeln, welches Selbstverständnis die Individuen von Individualität in Beziehungen hatten, ob Beziehung verantwortungsbewußte Hingabe, Pflege, Hintenanstellen der eigenen Bedürfnisse bedeutet oder auch Balancen denkbar sind. Es ist ein Aushandlungsprozeß und so unterschiedliche wie die Menschen vorher gelebt

haben, sind die Lösungen genauso hier. Auch hier will ich nicht schönreden, dass Dinge getan werden müssen, Notwendigkeiten auf einmal sind und Einschränkungen nach sich ziehen und dass ausreichend Geld und Kontakte, verlässliche Freundschaften zu haben, hilft, erträgliche und gute Lösungen herbeizuführen.

Schlimm wird die Situation dann, wenn Sprachlosigkeit weiter herrscht, Aggression, Wut, Ärger, Verzweiflung, Angst nicht Thema werden dürfen, sondern mit zusammen gebissenen Zähnen durchgehalten wird. Hier sind Professionelle gefordert, vorsichtig das Gespräch zu beginnen oder darauf einzugehen, um zu helfen, dass Freiräume geschaffen und genutzt werden. Die absoluten Zwänge, dass man es nur so und nicht anders machen kann, sind in der Regel etwas Subjektives, manchmal eine Art Gefängnis. Fast alle vermeintlich ausgeweglosen Situationen halten verschiedene Möglichkeiten der Gestaltung bereit.

Ich hoffe zu erleben, dass Nachbarschaftshilfe in unserem Land, in unserer Zeit wieder eine Entwicklung zum „mehr“ durchläuft, so dass die Menschen mit ihren Schicksalen nicht so einsam hinter ihren Wohnungstüren bleiben.

Ich plädiere auch dafür, dass Angehörige wie Professionelle im Falle von Überlastung durch die Verzweiflung oder Bitterkeit, Hadern, Entwertung der Dienstleistungen, die vollbracht werden, sich gegenüber dem Kranken nach einer Zeit des Ermutigens, Probierens, Hinwendens abgrenzen, d.h. auch ihre Befindlichkeit in dieser Unterstützungssituation dem Kranken gegenüber zum Thema machen.

Schwer ist es natürlich, wenn z.B. eine hirnrorganische Schädigung die Gesprächs- und Verständnisfähigkeit völlig reduziert hat. Dann wird der Wege über Medikamente, die das Verhalten beeinflussen, gewählt werden.

Bei allem Werben für einen breiten und langmütigen Verstehensansatz, wie würde es mir gehen, wenn ich dran bin, dass substantielle Einschränkungen mein Leben beheimaten, gibt es Grenzen, was aushaltbar und leistbar ist. Wie viel Ermutigung, Unterstützung kann ich über Jahre geben?

Fünf Jahre gerontopsychiatrische Basisarbeit haben mich das sowohl selbst spüren als auch bei vielen meiner Kollegen auf Seiten der Pflege, Ärzte und anderen Berufsgruppen beobachten lassen. Neben den bekannten Möglichkeiten, Professionelle zu unterstützen, dass sie diese Arbeit mit Alterskranken ohne allzu großen Verschleiß ihres Engagements bei hoher Professionalität machen können, wie gute Teambesprechungen, kollegiale Intervision, phasenweise Supervision, klare Zuständigkeiten, ein hohes Maß an Eigenverantwortung und das Nutzen von Kompetenzen, Transparenz von Strukturen, Förderung von Fortbildung etc., ist m. E. nach der Geist eines Krankenhauses, eines ambulanten Pflegedienstes entscheidend: Das Klima der Berufsgruppen untereinander, das Verständnis von Leitung, die Wertschätzung der Arbeit aller, die an dem Prozeß beteiligt sind, Lob und Anerkennung von Team- und Einzelleistungen als ehrliche Rückmeldung und Haltung im Hause und nicht, weil es heute in Managementseminaren antrainiert wird. Mitarbeiter spüren sehr genau, wie etwas gemeint ist. Wichtig ist auch, dass ein möglichst angstarmes Klima – völlige Angstfreiheit ist einfach illusorisch – herrscht, in dem schwierige Gefühle gegenüber Kranken und ggfls. Fehler, die passiert sind, Platz haben und nicht geleugnet werden müssen. Damit spreche ich nicht der Nachlässigkeit und sich ausleben zu können, wie es einem gerade zumute ist, das Wort, aber für ein Klima, in dem Pflegende, Ärzte und andere Berufsgruppen als menschliche Mitarbeiter vorkommen und nicht der Mitarbeiter



eine übermenschliche Maschine zu sein hat, die Dienstleistungen nach einer idealen DIN-Norm erbringt.

Ideale brauchen wir und Standards auch, aber ansonsten wird es m.E. nach Zeit dem Qualitätsmanagement in den Arbeitsbereichen des Sozial- und Gesundheitswesens den reduzierten Platz wieder einzuräumen, der ihm gebührt und sich nicht von Leistungsträgern und Papierbergen immer weiter einschüchtern zu lassen. Dies ist leichter gesagt als getan, aber ich bin der Überzeugung, dass Fehlentwicklungen auch eine Gegenbewegung hervorrufen nach einigem Leiden unter den Zuständen.

Sie sehen, es ist ein großer Bogen geworden, den ich geschlagen habe. Am meisten Zeit habe ich mit „Ihren Kranken“ in meinen Ausführungen verbracht, aber vieles von dem, können, dürfen, vielleicht auch sollen Professionelle und Angehörige auf sich anwenden. Es gibt keine einfachen Lösungen im Bereich der Rehabilitation, des Abschiednehmens von Fähigkeiten und letztlich vom Leben.

Aber es gibt auch in dieser Rede „Letzte Worte“:

Marc Aurel, Nie wieder  
Wenn Du die Zeit nicht zur Aufheiterung Deiner Seele verwendest,  
wird Sie entschwinden,  
und Du wirst entschwinden,  
und ein zweites Mal wird es nicht möglich sein,  
sie zu verwenden.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.