

Was tut not im Alter. 2. Teil

Autor(en): **Knecht, Margrit**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Heimwesen : Fachblatt VSA**

Band (Jahr): **64 (1993)**

Heft 4

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-811323>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

zidgefahr muss dringend gewarnt werden. Erst langjährige Berufserfahrung mit psychisch schwerkranken Klienten vermittelt diese Kompetenz.

Es ist dringend zu empfehlen, bei den geringsten Zweifeln einen Facharzt für Psychiatrie hinzuziehen, der vielleicht nicht unbedingt die bessere Beziehung zum Klienten aufbauen, aber gegebenenfalls juristische Verantwortung übernehmen oder auch bei akuter Selbstgefährdung eine Unterbringung des Klienten veranlassen kann. Falsch verstandene Fürsorge für den Klienten, den gerade Berufsanfänger vor der Psychiatrie bewahren wollen, kann sich für den Klienten fatal auswirken. Vielen Sozialarbeitern in diesem Arbeitsfeld sind Situationen in unangenehmer Erinnerung, in denen sie allein verantwortlich handeln wollten und dann in ihrem Privatleben keine Ruhe fanden, weil sie sich ständig um den Klienten sorgten.

Wünschenswert ist, dass Sozialarbeiter lange genug von erfahrenen Kollegen eingearbeitet werden, um dann ihre verantwortungsvolle Tätigkeit im Team ausüben zu können. Sie brauchen erfahrene Kollegen, die ihnen den Rücken stärken, mit denen sie sich bera-

ten und ihre eigene Arbeit offen gegenseitiger Kontrolle unterziehen können. Die Teams sollten sich aus Sozialarbeitern, Psychologen und Psychiatern zusammensetzen, die voneinander lernen, Verantwortung kollegial tragen und vertrauensvoll zusammenarbeiten.

In einem funktionierenden sozialpsychiatrischen Versorgungsnetz werden weniger Patienten in psychiatrische Kliniken eingewiesen. Die Sozialarbeiter, die gemeindenah für die Suizidprophylaxe zuständig sind, können im Vorfeld und in Krisen in Kooperation mit anderen Berufsgruppen und in Kontakt zu Angehörigen und Nachbarn tätig werden, zum Beispiel wenn es darum geht, einen alleinstehenden alten Menschen zwar zu Hause, aber nicht allein zu lassen. Sie können ihre Klienten, die häufig genug auch unter wiederkehrenden Krisen leiden, langfristig ambulant betreuen, wenn es gelingt, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen, in der sich der Klient auch sicher fühlen kann. Wie oft ist es dann ein befriedigendes Erfolgserlebnis, wenn sich Klienten erstmals von sich aus melden oder wegen eines Problems in die Sprechstunde kommen!

Was not tut im Alter

2. Teil

Referat von Dr. med. Margrit Knecht

3. Leben im Altersheim

Die Betreuung erfolgt durch das Pflegepersonal des Altersheims unter Miteinbeziehung von Angehörigen. Die Betreuungsdienste werden separat verrechnet, wie auch die ambulanten Dienste zu Hause. Das Altersheim kann auch Temporär-Aufenthalte zur Entlastung der Angehörigen anbieten. Koordination: Pflegepersonal des Altersheims.

4. Leben auf der Pflegestation

Betreuung durch das Pflegepersonal des Alters- bzw. Pflegeheims, unter Miteinbeziehung der Angehörigen. Eventuell Temporaufenthalte.

Temporär:

- von zu Hause – ins – Altersheim (zur Entlastung der Angehörigen)
- von zu Hause – ins – Pflegeheim (Entlastung der Angehörigen, evtl. für Erholung/Reha)
- vom Altersheim – ins – Pflegeheim (bei Krankheit oder zur Reha nach Krankheit/Unfall)

Ziel jeder Betreuung und Pflege, ob zu Hause oder in einem Heim, ist

- möglichst viel Selbständigkeit
- helfen, wo es nötig ist, das heisst nach Bedürftigkeit. Das ist das Ziel der sog. reaktivierenden Betreuung und Pflege.

Beispiele:

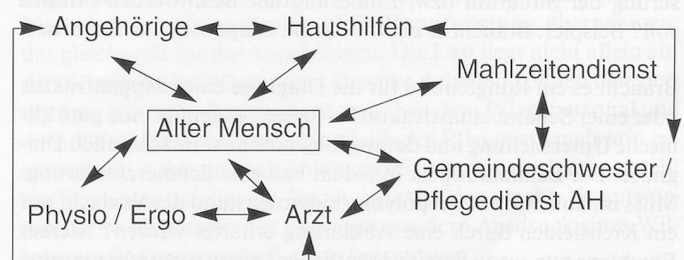
Nicht jeder, der einen Schlaganfall erleidet, muss nach einer Akutbehandlung im Spital oder Pflegeheim auf einer Pflegestation

bleiben. Nicht jeder muss nach einem Sturz mit einer Schenkelhalsfraktur in ein Pflegeheim oder Altersheim.

Nicht jeder muss nach einer Hospitalisierung wegen einer schweren Herzinsuffizienz oder einer Lungenentzündung und anschließender leichter Verwirrtheit in einem AH oder PH leben.

Es braucht Zeit und ein Team geschulter Fachkräfte, um eine individuell weitgehendste Selbständigkeit zu ermöglichen. Alte Menschen haben oft nicht nur ein Gebrechen, sie sind sogenannt polymorbid. Eine Prognose ist deshalb schwierig zu stellen. Dennoch, es lohnt sich, *die Lage des einzelnen medizinisch und sozial möglichst genau zu erfassen, um eine in allen Bereichen optimale Lösung zu finden*, das heisst, zu klären, wo der betroffene alte Mensch am ehesten daheim ist. Initial höhere Kosten lohnen sich, wenn später eine höhere Selbständigkeit erreicht wird. Es gibt Fälle, die einfach zu erfassen sind, die vom Patienten, seinem Hausarzt und evtl. der Gemeindegeschwester/Stationsschwester beurteilt werden können, sei es, weil die Selbständigkeit sehr einfach wieder erreicht werden kann und eine Rückkehr nach Hause, in die AW oder ins AH möglich ist, oder sei es, weil mit einer Selbständigkeit nicht mehr gerechnet werden kann.

Aus den Ausführungen sehen Sie, dass immer ein Team in der Betreuung alter Menschen zusammenarbeitet, ein Team von Menschen mit unterschiedlichen Aufgaben:



Ziel der Rehabilitation im Alter ist nicht die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess, wie es in jüngeren Jahren verstanden wird, sondern (wie auch dort teilweise) das Erhaltene (positive) erkennen und fördern noch vorhandener Fähigkeiten und dann mit der Behinderung leben lernen. Die Motivation dazu wird aus der Erfahrung geschöpft, wieviel Selbständigkeit noch vorhanden ist. In dieser Situation wird es auch möglich, zu *akzeptieren, dass es nie wieder kommt wie es war bis hin zur Grenzerfahrung der Vergänglichkeit*, so dass das Leben eingebettet ist in die Gesetze der Natur mit dem Tod als unentrinnbares Ende.

Rehabilitation hat nicht nur Mobilität als Ziel, auch Selbständigkeit, Selbstverantwortung und Freiheit. Das steht dem entgegen, dass wir oft das Bedürfnis haben – oder meinen, die Pflicht zu haben –, den alten Menschen alles abnehmen zu müssen: Sie dürfen nicht umfallen, sie dürfen die Medikamente nicht selber nehmen, sie müssen täglich von Kopf bis Fuss gewaschen werden und vieles mehr. Vielen könnten wir die Verantwortung dazu überlassen, ob sie die Medikamente nehmen oder nicht, ob sie sich waschen oder nicht, ob sie sich betrinken oder nicht. *Wir massen uns eine Bevormundung zu, wo sie in diesem Masse oft nicht zulänglich ist. Die alten Menschen sind nicht unmündige Kinder, die verhätschelt werden müssen, und auch nicht alle sind zu bevormundende Geisteskranke. Es sind Persönlichkeiten mit einem individuellen Schicksal.* Ihre Menschenwürde verlangt von uns ein Eintreten auf ihre Bedürfnisse. Es gibt viele Stufen der Mündigkeit bis hin zur Unmündigkeit, von der Handlungsfähigkeit bis zur Handlungsunfähigkeit im Alter. Wenn wir auf die individuelle Bedürftigkeit eingehen, so können umgekehrt die Hilfen auch besser akzeptiert werden, sie werden weniger als Defizit oder als Bevormundung aufgefasst.

Zur reaktivierenden Pflege gehört auch – so paradox das klingen mag – die Sterbebegleitung, indem das Sterben nicht verschwiegen wird, sondern offen, ehrlich und wahrhaftig auf die Fragen des Sterbenden eingegangen wird, anstatt ihn und uns in Ängsten allein zu lassen. Die Offenheit und Wahrhaftigkeit im Begleitenden gibt uns Einblicke in tiefste zwischenmenschliche Bindungen.

Es tut not, die Bedürfnisse der alten Menschen zu kennen.

Die Frage lautet: was braucht es wirklich, materiell und immateriell?

Notwendend ist das Einbetten in ein Hilfe-Netz, welches sich an der wirklichen Bedürftigkeit (körperlich, seelisch und sozial) orientiert. Ein solches ist definitionsgemäss und damit effizient und finanziell tragbar.

Ich erlaube mir einen kurzen Exkurs ins Finanzielle.

1. Ich bin der Ansicht, dass ein ökonomisches Denken, ein Denken, welches sich nach den Grundbedürfnissen richtet, auch finanziell tragbar sein muss. Was meine ich damit konkret:

Nicht jede Krankheit, nicht jeder alte Mensch braucht auf alle Fälle eine Menge Spezialabklärungen und Spezialisten. Es geht immer um die Frage: Was erwarte ich von einer Untersuchung? Hat eine Abklärung eine Konsequenz für die Therapie, die eine Verbesserung der Situation bzw. Linderung der Beschwerden bringen soll? Beispiel: Braucht es ein CT für die Diagnose einer Demenz?

Braucht es ein Röntgenbild für die Diagnose einer Rippenfraktur oder einer Schambeinastfraktur? – Selten: es genügt eine gute klinische Untersuchung und daraus folgend eine wahrscheinliche Diagnose. Die Behandlung ist in jedem Fall eine Schmerzlinderung. Muss im hohen Alter bei polymorbidem Zustand der Verdacht auf ein Krebsleiden durch eine Abklärung erhärtet werden? Meines Erachtens nur, wenn damit wesentliches Leiden verhindert werden

kann und der Eingriff zumutbar ist (und selbstverständlich vom Patienten gewünscht wird).

2. In den letzten Jahren wurden zunehmend kritische bis zynische Stimmen laut über die hohen Gesundheitskosten im Alter. Ich zitiere nur einige Absätze aus dem Weltwoche-Artikel vom 4. Juni dieses Jahres:

«Die Alten haben nicht das Recht, auf Kosten der Gesellschaft immer unsterblicher zu werden.»

«Gegen 60 Prozent der Gesundheits-Ausgaben werden für Patienten verwendet, die ein Jahr später tot sind.»

«Es gäbe keine Kostenexplosion im Gesundheitswesen, falls jeder Mensch einen Monat früher sterben würde.»

Ich möchte die Frage offen lassen, ob die Jungen in Zukunft noch bereit sein werden, für die Alten (uns) derart viele Lohnprozente abzugeben. Für uns Alte, die ihnen das unbegrenzte Konsumieren vorgelebt haben, die ihnen die Umwelt zerstört haben, die sie gelehrt haben, dass das Individuum und seine Entfaltung die höchste Priorität hat?

Wir wollen im Alter von den Jungen fordern, dass sie mit uns teilen sollen? – Wir haben jetzt noch ein paar Jahre Zeit, uns zu überlegen, wie wir entsorgt werden möchten.

3. Als Denkansatz wage ich die Aussage, dass das Subsidiaritätsprinzip zum Tragen kommen sollte: *Im AH und PH sollten reale (nicht subventionierte) Pensions-Preise verrechnet werden und eine Unterstützung nach Massgabe der Notwendigkeit erfolgen.*

Noch brisanter ist der Vorschlag, die AHV anders zu verteilen:

Die Einzahlung erfolgt weiterhin nach Lohnprozenten, die AHV-Auszahlung sollte sich aber nach der Bedürftigkeit richten, das heisst, dass diejenigen eine Maximalrente erhalten, welche keine oder nur eine sehr kleine andere Rente erhalten und umgekehrt, jemand mit sehr hohem Einkommen aus einer Pensionskasse und aus Vermögenszinsen eine Minimalrente erhält, als Anerkennung für seine Solidarität bei der Einzahlung.

4. Es muss auch eine *Solidarität im Alter* geben, finanziell und im zwischenmenschlichen Bereich. Recht viele heute alte Menschen verfügen über ein beträchtliches Vermögen. Dass diese noch Subventionsempfänger sind, ist in Anbetracht der finanziellen Not anderer (auch junger) für mich unverständlich. Solidarität im Alter bedeutet, dass *noch rüstige Senioren Schwächeren Hilfeleistung erbringen.* Neben der Erfüllung von persönlichen Wünschen, wie zum Beispiel Reisen und Pflegen familiärer Kontakte, könnte es ein Bedürfnis sein, anderen alten Menschen zu helfen – erstens, weil man selber bald bedürftig sein könnte und zweitens, um dem Leben im Alter nochmals einen Sinn zu geben, indem man sich der Verantwortung im sozialen Netz bewusst bleibt.

Nachdem ich mich auf das politische Glatteis begeben habe, nun wieder zurück zu einem nicht minder brisanten und letztlich auch wieder politischen Thema:

Pflegenotstand beziehungsweise Pflegedienstnotstand

Dabei ist es auch hier einerseits ein quantitatives Problem (es gibt zu wenig ausgebildetes Pflegepersonal und die Tendenz scheint sogar noch abnehmend zu sein, da der Pflegeberuf für viele junge Menschen nicht mehr attraktiv ist und andererseits ein qualitatives Problem (das Pflegepersonal ist überfordert, ausgebrannt, wenig motiviert).

Beide sind eng miteinander verbunden. Weil nach allgemeiner Meinung wenig Fachpersonal da ist, müssen angelernte Pflegerinnen eingestellt werden, die wertvolle Hilfen sind, aber bei zuviel Verantwortung überfordert werden. Oder wir sind auf ausländische Schwestern angewiesen, die teilweise keine vergleichbare Ausbildung gehabt haben und teilweise die deutsche Sprache nur schlecht verstehen. Der Einsatz von Zivildienstpflichtigen in der Altenpflege muss gut überdacht werden. Sinnvoll ist ein solcher Einsatz nur, wenn der betroffene Mann auch wirklich motiviert ist zu einer solchen Arbeit. Es darf nicht generell verordnet werden: wer keinen Militärdienst leistet, muss Zivildienst in einem AH oder PH leisten! Das brächte uns sicher viele Reibungsverluste. Dasselbe liesse sich auch zu den Asylanten sagen. *Wenn wir die Verantwortung für eine gute Betreuung und Pflege übernehmen sollen und wollen, können wir es uns nicht leisten, beliebig unmotiviertes Personal von Staates wegen einstellen zu müssen.*

Wo liegen denn die Ursachen für den Pflegedienst-Notstand? Was könnte die Not wenden?

Die Betreuung und Pflege von alten Menschen ist eine körperlich und vor allem seelisch belastende Arbeit, das heisst, die Anforderungen an die körperliche und seelische Belastbarkeit sind gross. Konsequenz davon wäre: Sie stellen nur Schwestern ein, die diesem Anforderungsprofil genügen. Und wenn Sie das noch könnten, wieso kommt es dann, dass auch diese starken Persönlichkeiten nach wenigen Jahren ausgebrannt sind, demotiviert und deshalb längeren Urlaub verlangen oder den Beruf verlassen?

Die Arbeit bzw. die Pflege in der jetzigen Form ist überfordernd – teilweise durch den Personalmangel, teilweise aber auch durch zu starre, dem Heim nicht angepasste Pflegeprinzipien.

Die Schwestern und Pflegerinnen haben ihre Ausbildung in Spitälern erhalten und übertragen so ihre Arbeitsweise auf die Pflege im Heim. Hier gelten aber ganz andere Maßstäbe. Im Spital verweilen die meisten Menschen nur kurze Zeit. Ziel ist dort, die Gesundheit einzuleiten und eine Entlassung nach Hause. Um möglichst sicher und bald gesund zu werden, sind wir bereit, persönliche Autonomie abzugeben. Wir begeben uns in die Obhut des Arztes und des Pflegepersonals. Wir schlucken bittere Pillen, wir sind mit unsympathischen Menschen im gleichen Zimmer, wir lassen uns um fünf Uhr morgens wecken für das Messen der Temperatur oder für die Körperpflege. Wir halten es aus, weil wir wissen, dass es nur beschränkte Zeit dauern wird und weil wir damit Aussicht auf Gesundheit haben.

Im Heim hingegen handelt es sich um Menschen, die in erster Linie hier wohnen, hier leben, und erst in zweiter Linie pflegerisch oder medizinisch betreut werden müssen. Viele sind nicht «krank», sie haben grössere oder kleinere «Altersschwächen».

Werden nun aber die Prioritäten der Spitalpflege auf das Heim übertragen, so ist die Zielsetzung verfehlt und aus zeitlichen Gründen kommt etwas zu kurz, entweder die Pflege oder das Wohnen/das Daheimsein. Dieses Dilemma des stets Ungenügendsein, das «keine Zeit haben» demotiviert und höhlt aus.

Deshalb ist ein Um-Denken nötig und daraus folgend ein «Umhandeln». *Die Pflege hat sich an den Bedürfnissen der alten Menschen zu orientieren und nicht umgekehrt.*

Wie um-denken? Wie finden wir neue Strukturen? Wie holen wir wieder Motivation zur Arbeit, Freude und Kreativität und den Mut, Verantwortung zu übernehmen?

Veteranentagung 1993

Die zur Tradition gewordene Zusammenkunft der Veteranen des VSA ist für dieses Jahr nach **Baden** im Aargau festgelegt worden. Sie findet statt:

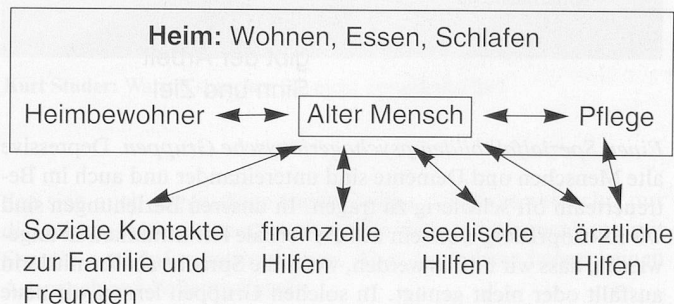
Donnerstag, 9. September 1993

im Casino der Badestadt Baden. Das nähere Programm erfahren Sie in der Mainnummer des Fachblattes. Bitte, notieren Sie jetzt schon das Datum unserer Zusammenkunft.

In den letzten Jahren habe ich oft den resignierenden und letztlich trotzigen Satz gehört: Ich kann dazu die Verantwortung nicht mehr übernehmen. Es ist zuviel, zu unübersichtlich geworden. Ich sehe kein Ziel mehr. Wir haben dann den Patienten verlegt, zum Beispiel in die Psychiatrie, oder wir haben Medikamente gegeben. Wir haben die Probleme an der Oberfläche verschoben. Wir haben «Tagespolitik» betrieben.

Für einen Heimbewohner kommt es darauf an, mit wem er im Zimmer leben muss, dass er überhaupt mit jemand das Zimmer teilen muss. Seine Lebensqualität hängt von seiner nächsten Umgebung, von der Atmosphäre im Zimmer ab. Für ihn ist es unter Umständen nicht selbstverständlich, dass er fast mitten in der Nacht für die Körperpflege geweckt wird, oder dass er schon um 18 Uhr ins Bett muss. Das sind Eingriffe in seinen Lebensrhythmus. *Ziel in der Betreuung alter Menschen im Heim ist es, ein Leben, so ähnlich wie möglich wie daheim zu führen und den persönlichen Lebensstil so gut wie möglich in die Heimatatmosphäre zu integrieren.*

Damit solche Ziele realistisch sind, ist es einfach abzuleiten, dass Lebensgemeinschaften nicht zu gross sein dürfen, dass Gruppen ähnlicher oder sich ergänzender Menschen gebildet werden müssen zu einer Art «Mittel- bis Grossfamilie».



Das ist ein Team, eine Schicksalsgemeinschaft, die eng zusammenarbeiten muss. Alle sind von einander abhängig. Niemand ist allein, die Verantwortung wird im Team getragen.

Wenn wir uns dieser Zusammenhänge bewusst werden, so müssen die Prioritäten in der Pflege anders gesetzt werden. Auch der alte Mensch kann oft noch eine (Teil-)Verantwortung übernehmen; das gleiche gilt für die Angehörigen. Die Last liegt nicht allein auf den Schultern der Pflegenden. Gewisse Arbeiten können delegiert werden. Wenn die Beziehungen zwischen dem Pflegepersonal und dem alten Menschen sowie innerhalb des Pflegepersonals von gegenseitiger Achtung und Abhängigkeit geprägt sind, so entsteht ein Vertrauen, welches ein Team auch tragfähig macht. Verantwortung ist so nicht mehr nur eine Last, sondern Ausdruck eines Willens, an die Gemeinschaft etwas beizutragen.

Ein weiterer und zugleich umstrittener Punkt ist heute die *Zusammensetzung und die Kompetenz des Pflege- bzw. Betreuungsteams*. Wenn wir uns nochmals vor Augen halten: Wer lebt in einem Heim und welches sind die Ziele in der Betreuung im Heim, so werden die Anforderungen ans Pflegepersonal klar ersichtlich. *Erste Priorität hat das Wohnen, das Leben und Zusammenleben*. Einige Bewohner haben chronische Krankheiten, hin und wieder wird jemand akut krank. Diese Menschen brauchen eine qualifizierte Pflege und medizinische Hilfe.

In einer solchen Pflegeeinheit braucht es nach meiner Meinung *wenig Krankenschwestern*. Sie tragen die pflegerische Leitung und Verantwortung. Für das Wohnen und Leben in der Gemeinschaft sowie für einfache Pflegevorrichtungen sind *Rotkreuzhelferinnen* und in Zukunft *Altenpflegerinnen* bestens ausgewiesen. *Sie bringen Lebenserfahrung mit, sie haben praktische Erfahrung mit dem Haushalt und haben bei der Erziehung ihrer Kinder gelernt zu spüren, wo es brennt und ob mit guten Worten oder mit einem einfachen Wickel geholfen werden kann oder ob die Hilfe eines Arztes notwendig ist*. Schwestern und Helferinnen sind unabdingbar aufeinander angewiesen. Beide bringen Wissen und Talente mit ins Team, die gleichermaßen wichtig sind. Somit wird das Selbstwertgefühl aller im Team angehoben. Es entsteht Freude am Mitdenken und Mitarbeiten. Die Mitverantwortung gibt der Arbeit Sinn und Ziel.

Ein Eingriff von oben oder aussen, von der Führung soll erst dann erfolgen, wenn die Gruppe wirklich nicht mehr im Stande ist, ein Problem zu lösen.



Einen Spezialfall bilden psychogeriatrische Gruppen. Depressive alte Menschen und Demente sind untereinander und auch im Betreuungsteam oft schwierig zu tragen. In unseren Beziehungen sind wir so «kopflastig», so sehr auf die verbale Kommunikation angewiesen, dass wir hilflos werden, wenn die Sprache als Vermittlerin ausfällt oder nicht genügt. In solchen Gruppen lernen wir neue Zugänge zum Mitmenschen zu finden über unsere Sinne: das Sehen, das Hören von Stimmen und Tönen, das Berühren. Das Aus- und Durchhalten seelischer Belastungen braucht oft Hilfen von aussen. Diese Hilfen können Fortbildungen sein oder eine Supervision durch einen Psychiater, einen Seelsorger oder einfach einen lebenserfahrenen Mitmenschen.

Sie sehen also, das Umdenken ist vorläufig eine

Führungsaufgabe

in der Heim- und Pflegeleitung. Es braucht nicht in erster Linie mehr Personal, sondern eine effizientere Arbeitsweise im Sinne von mehr Leistung durch mehr Motivation, damit das gute Personal nicht ausbrennt und länger bei der Stange bzw. bei der Arbeit im Heim bleibt. Wir brauchen nicht Funktionäre in einer Institution, nicht Heimverwalter, Schwestern, Pflegerinnen und Ärzte.

Wir brauchen Menschen, die mit ihrer Funktion identisch werden im Netz der Beziehungen.

Das Umdenken braucht Mut, ein möglicherweise entstehendes Chaos durchzustehen und daraus neue Strukturen – individuell für jedes Heim – zu finden. Mut und eben Führungskraft.

Was bedeutet «Führen»?

Leben im Heim ist etwas Dynamisches. Festhalten an einer einmal gegebenen Ordnung tötet das Leben. Wir können in einem komplexen System zwischenmenschlicher Beziehungen nicht alles «erfassen». Es untersteht nur wenig unserem Willen. Wie weit können wir einen Mitmenschen – unsere Allernächsten – schon verstehen. Wir sind nicht identisch. Jeder hat seine eigenen Gefühls- und Denkmuster. Wenn wir unsere Nächsten nur teilweise verstehen, wie können wir die Dynamik in einer Gruppe von Menschen vorausehen? Unmöglich.

Führungseigenschaften

- Körperliche und seelische Belastbarkeit
- Wahrhaftigkeit
- Liebe

Es ist die Aufgabe der Führung, Veränderungen und Einflüsse frühzeitig zu erkennen, damit meine ich eben «gegenwärtig sein» und sie nicht ängstlich zu unterdrücken. Eine sensible Führung schafft Zeit, in dynamischen Prozessen neue Strukturen und Ordnungen zu erkennen. Führen heisst unterwegs sein. Führen ist nie angelangt.

Unterdrücken, Abklemmen darf man nur, was die Grundfesten angreift – und diese sind nicht Ordnung, sondern das, was schon vorher war, das was Ordnung schafft:

das Urvertrauen in die menschliche Beziehungen,
das Urvertrauen ins Leben bzw. das Lebendige,
das Urvertrauen in Gott.

Dieses Vertrauen lässt tiefste Dunkelheit zwischenmenschlichen Chaos' durchhalten, und ums Durchhalten geht es.

Zusammenfassend: Was tut not, was wendet Not im Heim?

Wir brauchen **Führungskraft, Persönlichkeit**. Wir brauchen Menschen, die sich an einem neuen Lebensstil orientieren, wo die menschlichen Grundbedürfnisse durch die Eingebundenheit in die zwischenmenschlichen Beziehungen befriedigt werden.

Welche Eigenschaften braucht eine gute Führung?

- Neben körperlicher und seelischer grosser Belastbarkeit,
- Wahrhaftigkeit, das heisst die Wahrheit auch zu leben, und durchzusetzen,
- und Liebe zum Menschen, und zwar in einer Form, in der die Beziehungen offen sind, wo jeder den andern in seiner Individualität anerkennt und vom anderen um seine hellen und dunklen Seiten weiss. Diese Form von Liebe ist wie das klare Wasser eines Bergbaches. Wir können es mit offenen Händen schöpfen und uns erfrischen – fassen, halten können wir es nicht.

Ich möchte schliessen mit einem Gedicht von Jacques Prevert:

*Le lézard de l'amour s'est enfuit encore une fois
et m'a laissé sa queue entre les doigts
c'est bien fait, j'avais voulu le garder pour moi.*

*Die Eidechse der Liebe ist wieder einmal entwischt
und hat mir ihren Schwanz in den Fingern zurückgelassen.
Das ist gut so, ich wollte sie für mich behalten.*