

## Liebe Leserinnen, liebe Leser!

### SPRECHEN UNTERSTÜTZEN BEGLEITEN

#### 4 Interview

„Wir brauchen eine neue Kultur der Nachbarschaftshilfe“

Ein Gespräch mit dem Psychiater und Historiker Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner

#### 8 Bericht

Eine Brücke zwischen Klinik und Zuhause

Die Pflege-Überleitung am Gemeinschafts Krankenhaus Herdecke

#### 10 Jubiläum

30 Jahre Filderklinik:  
Aufbruch in die Zukunft

#### Herdecke intern

Berichte aus dem Gemeinschafts-Krankenhaus Herdecke (Teilaufgabe)

#### 11 Bericht

Klänge sprechen lassen

Musiktherapie auf der Intensivstation

#### 12 Feature

Das Arzneimittel als Mittler finden

Die Herkulesstaude als Medikament bei Allergien und Asthma

#### 14 Reportage

„In Sterben und Tod – vom Leben umgeben“ Das Christophorus-

Gemeinschaftshospiz am Berliner Krankenhaus Havelhöhe

#### 18 Im Gespräch

„Was muss ich bei mir ändern, damit ein schwieriges Kind sich anders verhalten kann?“

Das Hagener Schulprojekt des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke

„Wir erfüllen keine Wünsche, wir übernehmen Verantwortung.“ Was würden Sie sagen, wenn Sie demnächst im Wartezimmer Ihres Arztes auf ein Plakat mit dieser Botschaft stoßen? Wollen wir denn, dass ein Arzt unsere Wünsche erfüllt? Vielleicht müssten wir überlegen, was wir selber tun können, wo wir uns von andern Menschen helfen lassen können, und was wir mit Recht, weil wir selber dafür zu krank sind und weil dafür die besondere professionelle Kompetenz des Arztes erforderlich ist, in seine Verantwortung übergeben können.

Klaus Dörner, den Annette Bopp in dieser Ausgabe interviewt, hat den Ärzten empfohlen, ein solches Plakat aufzuhängen. Aus seiner lebenslangen Erfahrung als Psychiater schreibt er den professionellen Helfern ins Stammbuch, endlich mit der Medizin als Beziehungsmedizin Ernst zu machen. Ein Teil der Überprofessionalisierung der Hilfeleistung müsse auf die Schultern der Bürger zurückverlagert werden, damit wir aus der Kostenfalle im Gesundheitswesen wieder herausfinden. Unsere Redaktion hat sich von Klaus Dörners Thesen anregen lassen und ist im Umfeld der anthroposophischen Krankenhäuser auf die Suche gegangen. Wo lassen sich Ansätze finden, die mit der Unterstützung der Eigenaktivität und Selbstverantwortung der Patienten und ihrer Angehörigen Ernst machen?

In Herdecke bereiten Marly Joosten und ihre Mitarbeiter in der „Brücke“ Angehörige

darauf vor, wie sie einen hilfe- oder pflegebedürftigen Patienten nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus zu Hause betreuen können. Monica Bissegger, Musiktherapeutin an der Filderklinik, spinnt mit Hilfe der Musik einen „Faden der Verbundenheit“, der es Patienten auf der Intensivstation ermöglicht, auf einen zarten Ruf zu antworten – ein Gespräch ohne Worte. Im Christophorus-Hospiz auf der Havelhöhe in Berlin erzählen Anja Girke und ihre Kollegen von der Bedeutung des Berührt-Werdens, das Menschen, die sich auf das Sterben vorbereiten, hilft, die Angst zu verlieren. Aniela Bockemühl, Heilpädagogin in der kinderpsychiatrischen Tagesklinik in Herdecke, versucht, Eltern und Lehrer in Hagener Schulen unabhängiger von medizinischer Hilfe zu machen, indem sie ihnen Handwerkszeug vermittelt, mit dem sie eingefahrene Gewohnheiten durchbrechen und die eigene Motivation stärken können, nach dem Motto: „Was muss ich bei mir ändern, damit das schwierige Kind sich verändern kann?“ Christof Schnürer findet in einer als unzählbares Unkraut geschmähten Pflanze ein mögliches Heilmittel für die schwer zu zähmenden Krankheiten unserer Zeit, gegen Allergien und Asthma – ein alter, neuer Weg der Kommunikation zwischen Medizin und Natur.

Klaus Dörner hat Recht: das Umdenken hat schon begonnen. Lassen Sie uns überall nach Bundesgenossen suchen, die im gleichen Geiste unterwegs sind.

Herzlich, Ihr



*Peter Zimmermann*

Peter Zimmermann,

Vorstand des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke



*„Wir brauchen eine  
neue Kultur der  
Nachbarschaftshilfe“*



Die Beziehungen zwischen den Menschen so wiederherzustellen, dass vieles, was in der Medizin unnötigerweise professionalisiert worden ist, wieder zurückkommt in die Verantwortung der menschlichen Gemeinschaft – das ist eines der wichtigsten Anliegen von Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus Dörner. Der Psychiater ist bekannt für sein Engagement, altersverwirrte, demente und chronisch kranke Menschen nicht in Heime abzuschicken, sondern in die Gesellschaft zu integrieren. Warum er darin eine besondere Kraft für die Zukunft sieht, erläutert er im Gespräch mit Annette Bopp.

**Herr Dörner, Sie sagen, wir müssen stärker darauf hinwirken, aus der Professionalisierung der Medizin in mehr Nachbarschaftshilfe zu kommen. Was meinen Sie damit?**  
Dörner: Wir haben in den vergangenen Jahrzehnten, wo es uns luxuriös gut ging, einen immer größer werdenden Teil helfender Tätigkeiten den Bürgern weggenommen und professionalisiert. Das konnten wir uns über längere Zeit erlauben, weil wir die finanziellen Mittel dazu hatten. Wir haben aber nicht darüber nachgedacht, ob man den Bürgern dabei vielleicht etwas wegnimmt, was ihnen möglicherweise einen Teil ihres Lebensinn raubt und sie weniger gesund sein lässt.

Jeder Bürger ist ja von einem Grundwertepaar gesteuert. Der eine Teil ist die gesund-egoistische Selbsterhaltung, -bestimmung und -verwirklichung. Der andere Teil besteht in einem Grundbedürfnis, das für alle Menschen genauso wichtig ist: Bedeutung für andere zu haben, für andere dazusein, notwendig zu sein, Lasten für andere zu tragen. Das darf nicht zu viel sein, aber es darf auch nicht zu wenig sein. Und über diese Umladung von zu viel Lasten der Bürger auf professionelle Institutionen sind die Bürger gewissermaßen in eine soziale Unterlastung reingerutscht, während andererseits eine Überprofessionalität des Helfens entstand.

Vor 200 Jahren waren die Bürger eher sozial überlastet, dann bestand eine Zeitlang ein Gleichgewicht, und jetzt sind sie vor lauter Begeisterung in die soziale Unterlastung gerutscht. Die meisten haben das womöglich auch

noch als Freiheitsgewinn erlebt, wunden sich dann aber, wieso sie immer weniger Sinn im Leben sehen und wieso die Zahl der als psychisch krank diagnostizierten Menschen permanent astronomisch wächst. Das hängt nicht alles, aber doch überwiegend damit zusammen, dass sie sozial nicht ausgelastet sind – denn wenn sie sozial ausgelastet sind, vergessen sie, dass sie etwas an sich selbst als psychisch krank empfinden könnten.

**Welche sozialen Aufgaben könnten wir denn in die nachbarschaftlichen Bereiche zurücknehmen, anstatt sie den Profis oder der Medizin zuzuschieben?**

Es ist naturgemäß nicht die Herzoperation. Diese Rückverlagerung von helfenden Tätigkeiten auf die Bürger dient ja auch dem Zweck, wenigstens den technischen Kern moderner Errungenschaften wie komplizierte chirurgische Eingriffe, wo absolute professionelle Kompetenz erforderlich ist, bezahlbar zu halten. Es ist daher gerade im Interesse der technischen Medizin, einen Teil der Beziehungsmedizin oder der Pflege wieder umzulagern. Das sind Tätigkeiten, die jemand ohne Fortbildung oder mit einer gewissen Fortbildung übernehmen kann: pflegerische, begleitende, beziehungsstiftende Tätigkeiten.

**Früher, als die Großfamilie üblich war, mag das ja möglich gewesen sein, aber heute? Kann unsere Gesellschaft der Singles und der Kleinfamilie so etwas überhaupt leisten?**  
Das stimmt ja so nicht. Es gab früher auch vorwiegend die Kleinfamilie. Die Großfamilie mit Personal war ein Privileg der ländlichen und städtischen

Oberschicht. Die Masse der Bevölkerung lebte in Kleinfamilien. Und daher gab es eben – wie in sämtlichen anderen Menschheitskulturen – einen dritten Sozialraum zwischen dem privaten und dem öffentlichen: den Sozialraum der Nachbarschaft. Dort sahen sich die Bürger aufgefordert, wenn jemand überdurchschnittlich hilfsbedürftig war, auch jenseits der eigenen Familie diesen Bedarf abzudecken – vor allem durch die Gabe von Zeit.

Seit den Bismarck'schen Sozialgesetzen, also etwa seit 1880, träumen wir aber davon, genau diesen Nachbarschaftsbereich nicht mehr zu brauchen und stattdessen das Helfen durch Steuern und Beiträge zu professionalisieren und zu institutionalisieren – siehe Pflegegesetz. Die Zeit, die ein Bürger nach seiner Arbeit noch hat, solle im vollen Sinne des Wortes Freizeit sein, freie Zeit. Aber freie Zeit gibt es ja eigentlich gar nicht – es gibt Arbeitszeit und soziale Zeit.

Seit 1980 hat die Kostenkrise uns langsam aufgeweckt und wir haben gemerkt: Möglicherweise brauchen wir das mit der Nachbarschaft doch wieder. Und tatsächlich sind die Bürger seitdem dabei, diesen Bereich wieder zu beleben und aufzubauen. Aber kaum einer ist sich dessen bewusst, jeder pusselt alleine vor sich hin.

**Können Sie Beispiele benennen?**

Die Statistik zeigt das ganz deutlich: – Seit 1980 – nicht davor! – steigt die Zahl der Freiwilligen, die Zahl der Nachbarschaftsvereine, hat sich ein flächendeckendes System sozialer Hospize entwickelt, ambulanter Hospize, mit 80.000 Freiwilligen!

– Die Aids-Kranken haben bewiesen, dass man eine neue Kultur des Pflegens und des Sterbens in den eigenen vier Wänden wieder herstellen kann.

– Die Brückendienste bauen stationär-ambulante Brücken gerade für chronisch kranke oder sterbende Menschen.

– Die Familienpflege, die eigentlich schon ausgestorben zu sein schien, hat sich wieder neu aufgetan, also die Pflege innerhalb einer anderen Familie. Das war ja eine Errungenschaft des 19. Jahrhunderts. Die schien schon vorbei zu sein, und dann haben sie seit 1980 an verschiedenen Orten in Deutschland gleichzeitig, ohne dass die Leute voneinander wussten, dieses Instrument wieder flott gemacht. Sie fingen an, sich aktiv nach Familien umzuschauen, die bekömmlich sind für die geistig Behinderten oder psychisch Kranken – heute auch für die Altersverwirrten in immer größerer Zahl –, so dass das harmoniert und beide Seiten davon profitieren. Das ist sehr spannend zu sehen.

– Es haben sich ambulante nachbarschaftsbezogene Wohngruppen für Pflegebedürftige gegründet, nicht nur allein für Demente, in Haushaltsgemeinschaften.

– Es gibt die umwerfend große Bewegung des generationsübergreifenden gemeinschaftlichen Wohnens und Lebens, wo sich überall Siedlungsgemeinschaften – kleine mit 20-30 Leuten, aber auch große mit 200-300 Leuten – bilden, und die Leute reißen sich darum, solche Projekte machen zu können, mit dem Versprechen wechselseitiger Hilfe.

Man muss sich nur mal vorstellen, alle die Menschen mit diesen unendlich vielen Aktivitäten – das waren ja noch längst nicht alle! – würden ein Bewusstsein davon gewinnen, was sie da eigentlich tun. Sie stellen eine neue soziale Bürgerbewegung, eine nachbarschaftsorientierte Bürgerbewegung dar, faktisch, mit Hunderttausenden von Menschen, die jetzt schon einbezogen sind.

Dies den Menschen bewusster zu machen, ist letztlich auch ein Zweck meines Wanderpredigerdaseins! Ich fühle mich manchmal wie ein Missionar, der durch die Gegend zieht und die Leute miteinander verstopft. Es gibt keinen Ort, wo

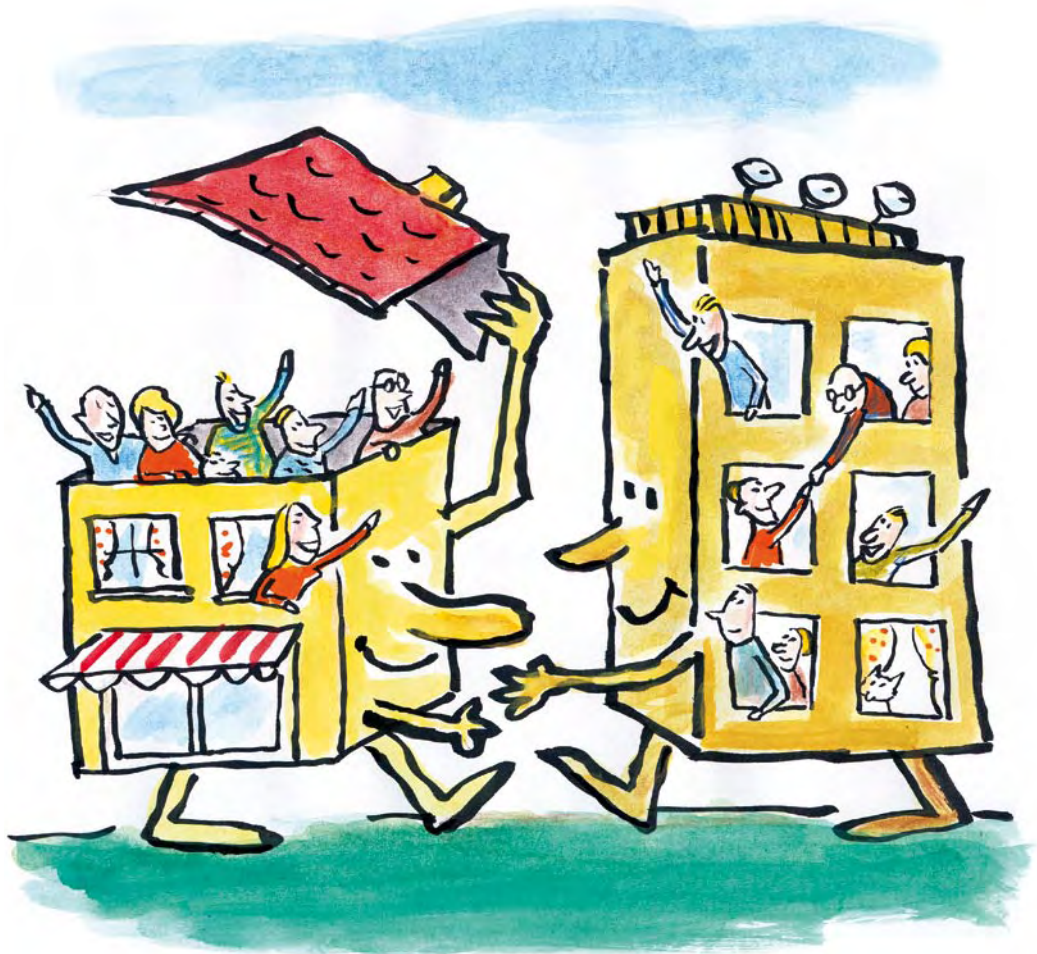
ich hinkomme und nicht solche Ansätze dieser Art vorfinde. Dann sag ich: denkt doch mal darüber nach, denkt über den Tellerrand hinweg – etwas Ähnliches wie ihr hier machen sie da so und dort so, und damit könnt ihr euch verknüpfen. Und dann fällt es ihnen wie Schuppen von den Augen.

Es ist schon absurd: Die scheinbar plötzlich über uns hereingebrochene Kostenkrise in Gesundheit und im Sozialen hat die politisch Verantwortlichen dazu verführt, rein in Richtung immer schärferer Ökonomisierung, Privatisierung, Profitorientierung, Vermarktung, Verbetriebswirtschaftlichung zu denken, kurzum: die Ökonomisierung des Sozialen zu betreiben. Zum selben Zeitpunkt und unabhängig davon gehen die Bürger von unten daran und steuern das Schiff genau in die entgegengesetzte Richtung. Sie steigern nicht den markt-

gesteuerten Teil des Helfens, sondern den solidaritätsgesteuerten Teil – Solidarität im Sinne von Halten für den Anderen. Das ist ein Trend, der wächst und der auch weiterhin wachsen wird.

#### **Wie lange, meinen Sie, wird es dauern, bis sich das erkennbar durchsetzt?**

Es ist ein jahrzehntelanger Prozess, bis das hinreichend verstanden sein wird. Es ist wie bei einem großen Öltanker: der fährt auch noch eine ganze Zeitlang in der falschen Richtung weiter, bis das Wendemanöver dann gelingt. Das kann man bedauern, aber man muss auch nüchtern genug sein, um zu sehen, dass das nicht einfacher zu haben ist. Denn je mehr man sich in die eine Richtung hinein vertieft und das Positive daran immer betont hat, desto länger dauert es, auch das Negative zu sehen und aus dieser Einsicht heraus dann in die andere Richtung zu gehen. Das kann gar nicht



anders sein. Aber die wachsende Zahl der hilfsbedürftigen Menschen unter uns ist dafür ein wichtiger Motor, vor allem die altersverwirrten und demenzen Menschen, aber auch die körperlich chronisch Kranken. Beides sind menschheitsgeschichtlich neue Bevölkerungsgruppen, die es früher immer nur im Einzelfall gegeben hat. Jetzt gibt es sie in Massen, und zwar wegen des medizinischen Fortschritts. Aufgrund der Tatsache, dass heute kaum noch ein Mensch an einer akuten Erkrankung stirbt, haben wir in Kauf genommen, dass viele davon nur um den Preis des chronisch Krankseins weiterleben können. Das gab's so vorher nicht als Massenphänomen – heute schon. Die Menschen leben länger und werden altersbedingt hilfsbedürftig.

Alle diese Menschen leben mehr oder weniger in einem sozialen Niemandsland ohne Rollenerwartungen, wo sie nicht wissen, wofür sie eigentlich leben, wofür sie gut sein können, ob sie nicht nur Ballast sind – mit all diesen Sachen müssen sie sich auseinandersetzen. Das wäre nicht so, wenn es für uns selbstverständlich wäre, dass ein großer Teil der Bevölkerung aus chronisch Kranken und Alterspflegebedürftigen besteht.

Unser Ziel muss sein, dass im Jahre 2050 die dann jungen Menschen zu uns Älteren sagen, was regt ihr euch denn so auf, das ist doch völlig selbstverständlich, dass etwa ein Drittel der Bevölkerung hilfsbedürftig ist und die anderen dafür da sind, zu helfen. Das kann doch gar nicht anders sein, das gehört sich doch so. Wenn wir das erreichen, haben wir unser Ziel erreicht.

**Das heißt aber auch, dass ein Großteil dieser Menschen keiner High-Tech-Medizin bedarf, sondern eher der Beziehung und Begleitung.**

Ja, sicher. Deshalb lässt sich diese Überprofessionalisierung ja auch relativ leicht abbauen. Und das Schöne ist, dass man – wenn man sich genau umguckt in dieser Gesellschaft – Menschen, Stadtviertel, Kommunen und Landkreise sieht, die das intuitiv erahnt haben und sich auf diesen Weg machen.

Das schönste Beispiel ist für mich der Landkreis Schwandorf in Bayern, nahe der tschechischen Grenze. Dieser Landkreis verfügt inzwischen über ein geradezu modellhaft wirksames, flächendeckendes Hilfesystem über drei Ebenen:

– Die erste Ebene sind sage und schreibe 40 Krankenhilfevereine, angelehnt an die Pfarreien. Dort kann sich keine Gemeinde erlauben, keinen Krankenhilfeverein zu betreiben. Das ist so flächendeckend, dass ein Viertel der Bevölkerung Mitglied ist, das sind 15.000 Menschen. Die Vereinsmitglieder kümmern sich um Hilfsbedürftige durch die Vergabe von Zeit, und sie zahlen Beiträge. Da kommt einiges zusammen, wovon man Dinge bezahlen kann, die sonst nicht bezahlbar wären – auf der zweiten und dritten Ebene.

– Die zweite Ebene ist der Clou an diesem Modell: Das sind weitere vier Vereine, den Profi-Diensten regional zugeordnet, wo sich all diejenigen Bürger organisieren, die Spaß am Helfen gefunden haben und dies im größeren Umfang tun wollen, aber dann nicht mehr umsonst, sie wollen auch daran verdienen. Sie bekommen eine Fortbildung durch die Profis und können dann – nur nebenamtlich – durch ihre pflegerische Kompetenz etwas dazuverdienen. Das ist der neue Typ des Bürgers als sozialer Zuverdiener.

– Die dritte Ebene sind vier ambulante Pflegedienste in Form von vier Caritas-Stationen, das sind die Profis.

Dieses Modell nimmt auch Bezug auf das andere Dilemma, die Arbeitslosigkeit: Der Einzelhaushalt lässt sich immer weniger nur durch Erwerbsarbeit finanzieren – denn es gibt ja nicht mehr genug Erwerbsarbeit. Auf diese Weise entsteht in größerem Umfang zuviel so genannte freie Zeit, die es, wie schon gesagt, ja nicht gibt. So wird es immer notwendiger werden, neben freiwilligen Tätigkeiten auch semiprofessionelle bezahlte soziale Arbeit zu verrichten, mit der ich einen Teil meines Haushaltvolumens fülle. Zukunftsfähig werden vor allem solche Hilfeformen sein, die einen Mix aus Bürgern und Profis darstellen.



## Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus Dörner

*geb. 1933, ist Psychiater und Historiker. Er lehrte Psychiatrie an der Universität Witten-Herdecke und ist seit den 60er Jahren einer der profiliertesten Vordenker und -kämpfer für eine Reform der Psychiatrie und eine menschliche, integrative Medizin. Von 1980 bis 1996 leitete er die Westfälische Klinik für Psychiatrie in Gütersloh und brachte es in dieser Zeit fertig, sämtliche 435 Langzeitpatienten in eigene Wohnungen zu entlassen und ihnen Arbeitsplätze zu vermitteln.*

*Seine Bücher „Irren ist menschlich“ (Psychiatrie-Verlag, 2004), „Das Gesundheitsdilemma“ (Ullstein 2004) und „Der gute Arzt“ (Schattauer Verlag, 2003) weisen Wege aus der Kostenfalle, in die sich das deutsche Gesundheitswesen selbst hineinmanövriert hat.*

*Aufgabe des Arztes ist für ihn nicht, den Anderen – den Patienten, seine Angehörigen – besser zu verstehen, sondern die Beziehung zu diesem Gegenüber so zu gestalten, dass dieser sich selbst besser versteht. Arztsein, so Dörner, darf sich nicht vom Arzt her definieren und begreifen, sondern vom Anderen, vom Patienten her.*