

# Das Bezugspersonensystem im Case Management der Psychiatrie

Bezugspersonensystem und individuelle Fallführung in stationären psychiatrischen Einrichtungen als Voraussetzung für ein funktionierendes Case Management

Jörg Herdt, Marcel Maier und Verena Claussen

*Ein Bezugspersonensystem mit individueller Fallführung ist ein erster und entscheidender Schritt in Richtung eines umfassenden Case Management in der Psychiatrie. Doch wie und von welchem Dienst kann so ein System in einer psychiatrischen Institution implementiert werden? Im vorliegenden Artikel wird ein praxisbezogenes Modell für die aufbau- und ablauforganisatorische Umsetzung eines Bezugspersonensystems erarbeitet. Ferner werden Nutzen und mögliche Probleme diskutiert.*

## Ausgangslage

In der Schweiz leiden derzeit etwa 25 Prozent der Bevölkerung unter einer psychischen Beeinträchtigung, bei der eine Diagnose nach ICD-10 indiziert ist (13). In der Anzahl der Berentungen aufgrund psychischer Störungen nimmt die Schweiz im Vergleich zum europäischen Ausland einen Spitzenplatz ein. Allein im Zeitraum von 1986 bis 1998 hat sich die Gesamtzahl der Personen, welche aufgrund von psychischen Problemen berentet wurden, um über 100 Prozent erhöht (12).

Viele psychische Störungen haben ein frühes Erstmanifestationsalter und nehmen einen chronischen Verlauf, was eine lebenslange therapeutische Behandlung nach sich ziehen kann. Erschwerend kommt hinzu, dass psychische Erkrankungen immer noch mit einem Stigma belegt sind und oftmals tabuisiert werden. Dies erschwert eine Prävention und somit auch eine frühzeitige Behandlung, was die Langzeitprognosen zusätzlich ver-

schlechtert (6). Weiter wirkt sich eine psychische Erkrankung auf alle Lebensbereiche des Betroffenen und somit auf einen grossen Kreis von weiteren Beteiligten aus. Die Indikation für ein erweitertes, flankierendes und therapiebegleitendes Konzept, welches neben dem rein therapeutischen Setting auch die kontextuelle und soziale Lage des Betroffenen mit einschliesst, scheint also gegeben (8).

## Case Management in der Psychiatrie

Es wird zunehmend postuliert, dass Case Management (CM) ein adäquates Instrument sei, um eine frühzeitige Berentung bei psychischen Störungen zu vermeiden, Rehospitalisierungen zu verringern und somit auch die Kosten für das Gesundheitssystem zu senken (3, 15, 18). Durch die bessere Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringer könnte im Einzelfall sowohl Unterversorgung als auch Überversorgung (unkoordinierte Parallelversorgung) wirksam begegnet werden. Bei der Planung zur Implementierung ist zu beachten, dass CM aus unterschiedlichen Realisierungsebenen besteht. Wendt (17) unterscheidet zwischen dem CM auf Organisationsebene (Mesoebene/Systemsteuerung) und dem CM im Einzelfall (Mikroebene/individuelle Fallführung). Das «Netzwerk Case Management Schweiz» nennt mit der Versorgungsebene (normative Ebene) noch eine weitere übergeordnete, volkswirtschaftlich und politisch gesteuerte Instanz (11).

Ein Kernelement der individuellen Fallführung ist die durchgehende Betreuung durch einen zentralen Mitarbeiter («Case Manager»). Dieser fungiert als unabhängige Schlüssel-, Ansprech- und Bezugsperson. Als Koordinator organisiert und steuert er die Prozesse und wird zum Bindeglied des Helfernetzwerkes (1). Somit werden die Rolle und die damit notwendige organisatorische Struktur auf der Mesoebene zum elementaren Bestandteil eines funktionierenden CM.

## Bezugspersonensystem mit individueller Fallführung als Grundlage für CM

Das Konzept des Bezugspersonensystems wurde in den Sechzigerjahren in den USA im Bereich der Pflegewissenschaften entwickelt (10). Das unter dem Begriff des «Primary Nursing» bekannte Konzept ist ein Arbeitsorganisationsprinzip, nach welchem jeder Patientin und

Tabelle:

**Hauptmerkmale eines Bezugspersonensystems in der Pflege** (nach [10])

- (1) Zuteilung einer hauptverantwortlichen Bezugsperson
- (2) Zuteilung einer Bezugsperson für alle Patienten
- (3) Weitgehende Entscheidungsbefugnis der Bezugsperson
- (4) Einzelverantwortung der Bezugsperson
- (5) Die Bezugsperson begleitet den Patienten vom Eintritt auf einer Station bis zum Austritt aus dieser Station
- (6) Umfassende Verantwortung für den Pflegeprozess
- (7) Patientenorientierung
- (8) Kontinuität
- (9) Beziehung zu den Patienten
- (10) Kooperation
- (11) Koordination
- (12) Reflexion
- (13) Direkte Kommunikation (z.B. mit anderen Berufsgruppen, Angehörigen, etc.)
- (14) Wenn zum Angebot der Institution eine Nachbetreuung durch die Institution selber gehört, sollte die pflegerische Bezugsperson an dieser Nachbetreuung beteiligt sein.

jedem Patienten eine namentlich benannte Pflegeperson zugeordnet wird. Mit einer Organisation nach dem Bezugspersonensystem soll der angestrebten professionellen Pflege am besten entsprochen werden (2, 5). Die *Tabelle* zeigt die Hauptmerkmale eines Bezugspersonensystems in der stationären Pflege.

Dieses System ist mittlerweile auch im Bereich der psychiatrischen Pflege ein effektives Konzept, welches in zahlreichen schweizerischen Kliniken zum Einsatz kommt. Laut einer Studie von Needham und Abderhalden (10) arbeiteten bereits im Jahr 1999 266 (85,5%) von 315 befragten Stationen in stationären psychiatrischen Einrichtungen der deutschsprachigen Schweiz nach diesem Prinzip.

Anhand Punkt 5 dieser Aufzählung (*«Die Bezugsperson begleitet die Patientin/den Patienten vom Eintritt auf einer Station bis zum Austritt aus dieser Station»*) wird jedoch auch die strukturell bedingte Limitation in der Psychiatriepflege deutlich: Wechselt ein Patient im Laufe des Klinikaufenthalts die jeweilige Station, so wird die bis dahin lückenlos erfolgte Betreuung jäh unterbrochen. Aus diesem Grund ist dieses gängige Konzept ohne Änderungen in der Ablaufstruktur nicht als Grundlage für ein tragfähiges CM im stationären Bereich geeignet.

### Bezugspersonensystem durch den Sozialdienst

Der eingangs beschriebene CM-Aufbau impliziert, dass CM auf Betriebs- respektive Systemebene eine unabdingbare Voraussetzung für ein CM im Einzelfall ist. *«Nur wenn das CM in einer Organisation – zumindest für den entsprechenden Aufgabenbereich – dienstlich eingerichtet ist, kann die einzelne Fachkraft in diesem Rahmen einzelne Fälle nach der Methode des CM bearbeiten»* (17, S. 8). Ohne ein auf Systemebene eingeführtes, stationsübergreifendes Bezugspersonensystem kann also keine durchgehende Betreuung für den Einzelfall realisiert werden.

Aus Sicht einer stationären psychiatrischen Einrichtung stellen sich bei der Umsetzung der individuellen Fallführung folgende organisatorische Fragen:

- Wie sind die bestehenden Strukturen auf Meso- und Mikroebene organisiert?
- Wie sind die Zuständigkeiten und Kompetenzen verteilt?
- Wie müssen die Zuständigkeiten im Sinne eines funktionierenden Bezugspersonensystems neu organisiert werden?
- Welche weiteren Vorteile bringt ein Bezugspersonensystem, und mit welchen internen Interessenskonflikten und Problemen ist zu rechnen?

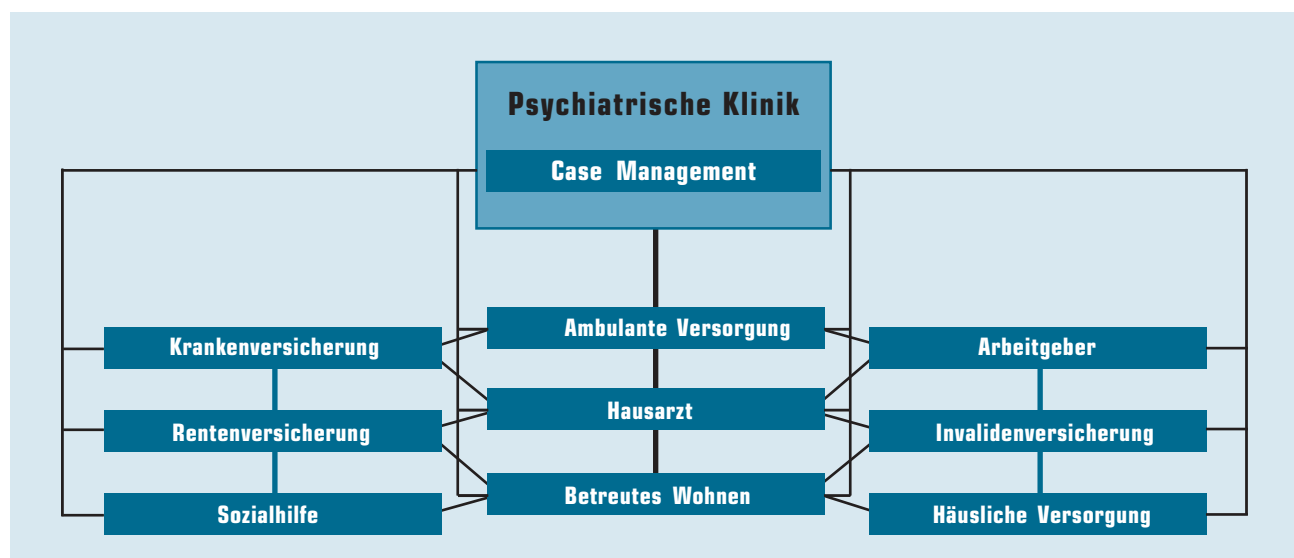


Abbildung 1: Beispielhafte Darstellung einer psychiatrischen Klinik im sozialen Netzwerk

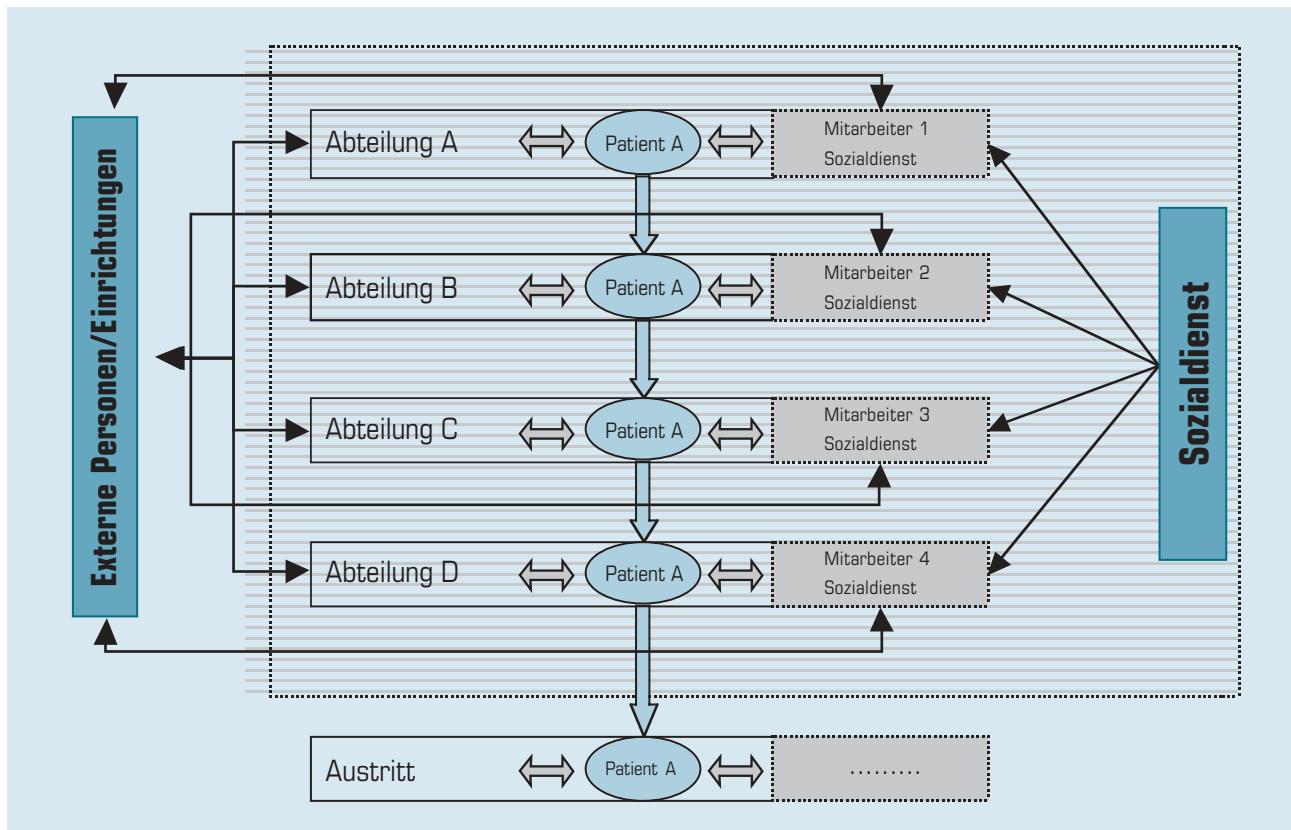


Abbildung 2: Ausgangslage ohne durchgehende Betreuung

Aufgrund der Aufgabenstellungen in der Erwachsenenpsychiatrie bestehen vielfältige Schnittstellen zu verschiedenen Einrichtungen des Sozialwesens (4). Dies begründet sich darin, dass – wie bereits eingangs erwähnt – psychisches Leiden nicht nur häufig zur Fürsorgebedürftigkeit führt, sondern in Manifestation und Verlauf stark vom sozialen Umfeld abhängig ist und dieses reziprok beeinflusst. Wegen der Nähe zum eigenen Aufgabengebiet kann in der Regel der Sozialdienst einer Klinik das operative Case Management in diesem Bereich übernehmen.

### Die Ausgangslage

Eine stationäre psychiatrische Einrichtung ist lediglich ein «Player» in einem komplex gegliederten Gesundheitsversorgungssystem mit einer Vielzahl weiterer Leistungserbringer und unterschiedlicher Leistungsträger (Abbildung 1).

Case Management auf System-, respektive Betriebsebene stellt eine herausfordernde Aufgabe dar, die erhebliche Fachkompetenz erfordert. Das «Netzwerk Case Management Schweiz» definiert CM auf der Betriebsebene wie folgt: «CM als eine Kombination von Fall- und Systemsteuerung bedarf intern eines klaren institutionellen Auftrags entsprechend der Strategien, Konzepten, Strukturen, Arbeitsabläufen und Mitteln sowie extern der Koordination und Kooperation der Dienste, zur Optimierung der interdisziplinären Zusammenhänge der Versorgung» (11, Seite 5). Es wurden ferner Definitionen, Arbeitsprinzipien

und Leitlinien für CM und den Case Manager erarbeitet, die diesem komplexen Umstand Rechnung tragen (11). Gerade auf der Ebene der einzelnen Organisation – im vorliegenden Fall einer stationären psychiatrischen Einrichtung – stellen Fallführung und durchgehende Betreuung innerhalb der Institution ein nicht triviales Problem dar.

Betrachten wir einen innerhalb des Klinikbetriebs dezentral organisierten Sozialdienst. Das gängige Betreuungsverfahren ist demnach so strukturiert, dass die Mitarbeitenden des Sozialdienstes einzelnen Stationen zugeordnet (Abbildung 2) beziehungsweise fest in die Stationsstruktur integriert sind. Vom Prinzip her finden wir ein analoges Verfahren, wie es bereits für den pflegerischen Bereich beschrieben wurde. Das Bezugspersonensystem ist auf die jeweilige Station oder Abteilung ausgerichtet. Wird der Patient auf eine andere Abteilung verlegt, so wechselt neben dem medizinischen Betreuungspersonal auch die soziale Betreuung.

Die Nachteile sind evident: Die soziale Betreuung wird unterbrochen; der neue Verantwortliche muss sich wiederum neu in den «Fall» einarbeiten. Es besteht die Gefahr von Doppelspurigkeiten; andere externe Institutionen des Versorgungssystems haben für einen Patienten unterschiedliche Ansprechpartner. Jedoch sind auch gewisse Vorteile nicht von der Hand zu weisen. Die Mitarbeitenden sind in die Abteilungsteams integriert, wodurch ein enger zeitnaher wie auch informeller Austausch

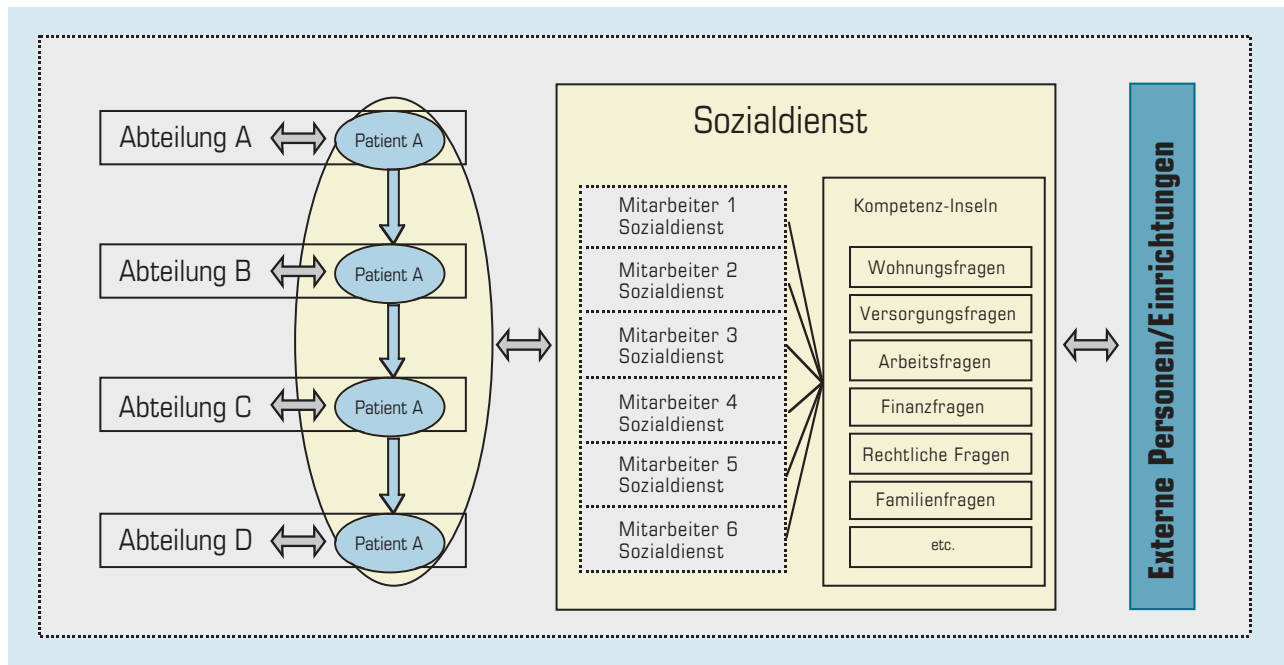


Abbildung 3: Beispielhaftes Modell einer durchgehenden Betreuung (Bezugspersonensystem)

stattfinden kann. Die Vorgehensweise der Betreuung kann an die individuellen Bedürfnisse der jeweiligen Abteilungen angepasst werden.

Bezogen auf die Koordinierung der internen und externen Leistungen und Angebote bedeutet der Abteilungswechsel eines Patienten in diesem Modell einen zusätzlichen Mehraufwand und grosse Umstellungen für den Patienten. Dies gibt Anlass zur Überlegung eines modifizierten Betreuungskonzeptes.

### Das Bezugspersonensystem

Abbildung 3 zeigt die für eine durchgehende soziale Betreuung optimierte Funktionsweise der individuellen Fallführung. In diesem beispielhaften Modell wird von dem operativen Case Management beziehungsweise der Fallführung durch den Sozialdienst ausgegangen. Der Patient erhält bei Klinikeintritt nach Bedarf einen festen Mitarbeitenden des Sozialdienstes zugeteilt. Dieser übernimmt auf Fallebene die Funktion eines Case Managers. Auch bei Verlegung in andere Abteilungen bleibt er für «seine» Patienten zuständig. Diese durchgehende Betreuung gewährleistet neben einer längeren und somit vermutlich vertrauensvolleren Beziehung zwischen Patient und Case Manager auch eine lückenlose Betreuung. Gegenüber externen Institutionen übernimmt der Sozialdienst als Organisationseinheit eine Brückenfunktion. Alle für die sozialen Belange relevanten Angelegenheiten zwischen Patient und «Aussenwelt» werden über diese zentrale Anlaufstelle reguliert. Klinikexterne haben einen einzigen zentralen Ansprechpartner pro Patient, der als Koordinator fungiert. Doppelspurigkeiten, unklare Kompetenzen und die Suche nach internen Ansprechpersonen werden vermieden. Der administrative Aufwand in-

folge von Patientenübergabe bei Abteilungswechsel wird reduziert. Abläufe können standardisiert und somit auch evaluiert werden, was zu einer langfristigen Erhöhung der Dienstleistungsqualität führt.

Um die optimale Wissensnutzung des bisher von einzelnen Mitarbeitenden aufgebauten Spezialwissens sicherzustellen, werden zusätzlich «Kompetenz-Inseln» in das Modell integriert. Diese Wissenszentren werden von denjenigen Mitarbeitenden des Sozialdienstes betreut, welche sich auf ein bestimmtes Fachgebiet spezialisiert haben. Die Zentren sind abhängig von den Bedürfnissen der Klinik und den Spezialisierungen der Mitarbeitenden zu gestalten. Mit dieser Einrichtung kann der Bedarf an Fachwissen intern gedeckt werden, was zu einer gesamtartigen Kompetenzsteigerung des Dienstes führt.

Aus der Perspektive der beteiligten Mitarbeitenden dürften vor allem die Akzeptanz des neuen Ansatzes und die Überzeugung von dessen Sinnhaftigkeit die zentralen Faktoren für die erfolgreiche Umstellung auf ein Bezugspersonensystem sein. Positive Konsequenz der Umstrukturierung für die einzelnen Mitarbeitenden ist unter anderem die Entwicklung vom stationsgebundenen Spezialisten zum klinikweiten Generalisten. Das Tätigkeitsfeld wird dadurch breiter und abwechslungsreicher. Auf der anderen Seite ist es generell schwierig, lang gediente und lieb gewonnene Abläufe zu durchbrechen und Beharrungstendenzen abzubauen. In einer auf die einzelnen Stationen/Abteilungen fokussierten Organisation (wie in *Abbildung 2* dargestellt) ist davon auszugehen, dass die Mitarbeitenden sehr stark in die von ihnen betreuten Stationen/Abteilungen integriert und verwoben sind. Identifikation und Zugehörigkeitsgefühl für die Abteilung sind dadurch oftmals grösser als für den eigenen

Dienst, der möglicherweise mehr virtuell als konkret greifbar besteht. Auf der anderen Seite kann man auch davon ausgehen, dass die einzelnen Abteilungen sich ihrerseits an die Zusammenarbeit mit «ihren» Sozialarbeitern gewöhnt haben und mit deren Vorgehensweisen vertraut sind. Bestehende Abläufe sind abteilungsspezifisch gestaltet, routiniert eingespielt und in ein informelles Netzwerk eingebettet.

Das oben beschriebene Modell ist ein Beispiel für die aufbau- und ablauforganisatorische Umsetzung eines Bezugspersonensystems. In der Praxis versteht es sich von selbst, dass das System an die gegebenen Strukturen innerhalb einer Einrichtung angepasst werden muss.

### Praktische Beispiele

Ein Beispiel für die fruchtbare Umsetzung des Bezugspersonensystems in der Psychiatrie im ambulanten Sektor beschreibt Kalthoff (7) anhand der Vorgehensweise des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Stadt Bochum. Aber auch in der Schweiz sind einige Beispiele bekannt. Der Ambulante Dienst Sucht (ADS) ist eine Abteilung des Bereichs Abhängigkeitserkrankungen der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel und eine von vier kantonalen Indikationsstellen für Substitutionsbehandlungen. Dort werden Patienten behandelt, die vorwiegend eine Störung durch den Gebrauch von Opiaten und weiteren psychotropen Substanzen aufweisen. Zum multidisziplinären Behandlungsteam des ADS gehören Ärzte sowie Fachleute aus Psychiatriepflege, Psychologie und Sozialarbeit. Prinzipiell erhalten alle Patienten eine feste Bezugsperson zugewiesen, die eng mit den jeweiligen anderen Berufsgruppen zusammenarbeitet. In regelmäßig angebotenen Gesprächen werden die unterschiedlichsten Belange erörtert. Dies sind unter anderem Fragen zur Medikation, Gesundheit, Alltagsgestaltung, Finanzen, Beziehungen oder Arbeit. Auf Wunsch werden die Patienten im Kontakt mit Spitälern, Vermietern, Behörden et cetera von den Betreuern unterstützt. Somit kann eine ganzheitliche Betreuung nach den Grundsätzen des Case Management gewährleistet werden (16). Allerdings ist auch hier die Betreuung auf das ambulante Setting beschränkt.

Weitere erfolgreiche Beispiele in der Psychiatrie finden sich in der Forel-Klinik, einer Fachklinik für Substanzabhängigkeit (9), der «Perspektive Fachstelle für soziale Dienstleistungen Solothurn» (14) und der «Integrierten Psychiatrie Winterthur». In der letztgenannten Institution wird der Case Manager als Koordinator, Regulator und Katalysator des gesamten Helfernetzes eingesetzt (1). Diese Aufzählung ist lediglich beispielhaft und keinesfalls erschöpfend. Sie gibt jedoch Hinweise darauf, dass das Bezugspersonenkonzept bereits in verschiedenen psychiatrischen Bereichen unterschiedlicher Ausrichtung in ambulanten und stationären Settings zum Einsatz kommt.

### Fazit

In der vorliegenden Arbeit wurde ein Betreuungskonzept aus dem pflegerischen Bereich – das pflegerische Bezugspersonensystem – zum Vorbild genommen und im Sinne eines Case-Management-Konzepts auf Einzelfallebene an die Anforderungen einer stationären psychiatrischen Einrichtung adaptiert.

Wie alle organisatorischen Änderungen der Aufbau- und Ablauforganisation, so bringt auch die Umstellung auf ein Bezugspersonensystem mit durchgehender Betreuung erhebliches Diskussionspotenzial mit sich. Änderungen der bisherigen Abläufe und der bestehenden Strukturen stellen anspruchsvolle Führungsaufgaben dar, die ein geschicktes Change Management mit einer gehörigen Portion Fingerspitzengefühl verlangen. Dies kann nur im Rahmen eines abgestimmten und vom Klinikmanagement getragenen Gesamtkonzepts top-down umgesetzt werden. Einzelaktivitäten, die den notwendigen strukturellen Veränderungen nicht Rechnung tragen, können insgesamt nicht erfolgreich sein.

Als einleitende respektive flankierende Massnahmen sollten auf jeden Fall hinreichende Erläuterungen und Begründungen der Umstellung im Kontext des Gesamtkonzeptes erfolgen. Die Thematisierung des Ansatzes auf möglichst vielen Ebenen – von der Umsetzung der allgemeinen Vision einer Klinik über die Definition von Jahreszielen bis zur konkreten Aufgabenbeschreibung und Definition einzelner Prozesse – kann die Akzeptanz aller Beteiligten gegenüber den erforderlichen Veränderungen wesentlich erhöhen.

Ein Bezugspersonensystem zur Sicherstellung einer abteilungsübergreifenden, durchgehenden Betreuung ist die Mindestanforderung für die Implementierung eines Case Management auf Fallebene. Es stellt einen ersten, aber entscheidenden Schritt in Richtung umfassendes Case Management dar. ■



Für die Autoren:  
Dr. phil. Jörg Herdt  
Universitäre Psychiatrische Kliniken  
Psychologischer Dienst  
Versorgungsforschung & Qualitätssicherung  
Wilhelm Klein-Strasse 27, 4025 Basel

Interessenkonflikte: keine

Das Literaturverzeichnis findet sich auf Seite 33.



## Literatur:

1. Andreae A, Schröder S (2004). *Patientenorientierung in der Integrierten Psychiatrie Winterthur. Managed Care* (7), 18–20.
2. Bowers L (1989). *The significance of primary nursing. Journal of Advanced Nursing*, 14, 13–19.
3. Bundesamt für Sozialversicherung (2005). *Invaliderität infolge psychischer Beeinträchtigung; Zahlen- und Massnahmenvergleich in sechs Ländern – Forschungsbericht Nr. 7/05. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.*
4. Cahn T (2003). *Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept des Kantons Basel-Landschaft. In: Kantonale Psychiatrische Dienste (Ed.). Liestal: Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion Kanton Basel-Landschaft.*
5. Drummond J (1990). *The work style of students of mental health nursing undertaking the Project 2000 schemes of training: a logical analysis. Journal of Advanced Nursing*, 15, 977–984.
6. Junghan UM, Ricka R (2006). *Kernelemente moderner psychiatrischer Versorgungsangebote. Managed Care* (1), 13–15.
7. Kalthoff J (2002). *Sozialpsychiatrische Leistungserbringung als kommunale Aufgabe. Gesundheitswesen*, 64, 108–112.
8. Maier M, Herdt J, Kuhl C (2006). *Case Management für die Psychiatrie in der Schweiz: Bedarf, Nutzen und Herausforderungen. Managed Care* (5), 25–27.
9. Meyer T, Fehr M, Köhler C, Lang F, Peter B, Wolfensberger T (2000). *Therapiekonzept der Forel Klinik. Ellikon a.d. Thur.*
10. Needham I, Abderhalden C (2002). *Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege. Psych. Pflege Heute*, 8, 189–193.
11. Netzwerk Case Management Schweiz (2006). *Definition Case Management / Standards Case Management. www.netzwerk-cm.ch [2006, 01.10.2006].*
12. Rüesch P, Manzoni P (2003). *Psychische Gesundheit in der Schweiz – Monitoring. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.*
13. Schuler D, Meyer PC (2006). *Psychische Gesundheit/Krankheit: die Versorgungslage in der Schweiz. Managed Care* (1), 6–8.
14. Stoop K, Leber L (2001). *Organisationsentwicklung und regionales Management ambulanter Suchthilfe. Suchttherapie*, 2, 84–89.
15. Thomas T, Secker J, Grove B (2002). *Job retention and mental health: a review of the literature. London: Departement of Work and Pensions.*
16. Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (2006). *Ambulanter Dienst Sucht. www.upkbs.ch [2006, 01.10.2006].*
17. Wendt WR (2005). *Case Management: ein Konzept, viele Anwendungen. Managed Care* (2), 7–9.
18. WHO (2005). *Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit, Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit. Helsinki, Finnland.*

## Die Unfähigkeit zu zweifeln

### Welche Überzeugungen wir haben und wann sie pathologisch werden

Gmür Mario, Klett-Cotta 2006, Stuttgart

Das neue Werk von Mario Gmür mit dem Titel «Die Unfähigkeit zu zweifeln» kommt zur rechten Zeit. Die Begriffe des «Überzeugungswahns», der «Überzeugungskrankheit», lassen an aktuelle Akteure denken, welche nicht als von Zweifeln geplagt erlebt werden.

Beim Weiterlesen erkennen wir, dass die Geschichte voll ist von «Überzeugungstätern», und Gmür geht so auch dezidiert auf die schrecklichen Ereignisse des 20. und 21. Jahrhunderts ein – nicht nur auf einzelne Personen, sondern auch auf Massenphänomene.

Die These von Freud, dass das Ich nicht Herr im eigenen Hause sei, zieht sich durch das Buch; Gmür scheut sich nicht, auch auf die Verfehlungen von C.G. Jung einzugehen, der eine Phase nazifreundlicher und antijüdischer Ein-

stellungen hatte. Zum Glück führt er auch Menschen auf, die Dank ihrer Überzeugungen Grosses geleistet haben, wie z.B. Mahatma Gandhi.

Letztendlich spricht er sich für eine Kultur, eine Kunst des Zweifels aus: «Anzustreben ist daher ein reflektiertes Zweifeln, das einerseits kritisches Denken ist, andererseits auch die

von Albert Schweizer postulierte Ehrfurcht vor dem Leben umschliesst, eine Grundhaltung des Respekts und des Wohlwollens allem Lebendigen gegenüber. In dieser Grundhaltung können wir auch darauf verzichten, uns der Welt durch Überzeugung zu bemächtigen. Wer sich selbst als kleinen, aber wertvollen Teil einer grossen Schöpfung versteht, ist weniger in der Gefahr, sich selber absolut zu setzen. Er ist zu einem Staunen fähig, das die Dinge in ihrem Selbstwert und So- sein achtet und nicht zum Objekt besitz-



ergreifender Schaulust degradiert. Solches Staunen aus Erkenntniswillen und aus Achtung führt zu einer Philosophie des Dazwischen, die vom Eindeutigen weg- führt zum Möglichen hin und zwischen und hinter den Tatsachen Räume aufspannt mit Wegen, auf welchen wir weiterkommen,

auch wenn wir stehen bleiben.»

Selbstverständlich kommt hierbei «die Kunst der Überzeugung», d.h. der Aspekt, welcher Grossartiges auch durch unerschütterliche Überzeugung geleistet werden konnte, zu kurz, auch wenn Gandhi erwähnt wird; dies hat sich aber Gmür auch in seinem Buch nicht zur primären Aufgabe gemacht. Letztendlich muss auch er – wie wir alle – die Fragen der Hintergründe der menschlichen Destruktivität, die uns immer wieder aufs Neue erschüttert, offen lassen.

(ge)