

Vortrag

„...*dieses Feuer das uns am Kochen hält*“

Leiten in Hospizarbeit und Palliative Care

13.Oktober 2009  
Kardinal König Haus

## 1. Begrüßung und Einstimmung

**Zum Titel des Vortrages:** „... dieses Feuer, das uns am Kochen hält!“

Der Titel ist ein Zitat einer Führungskraft, einer Leitungsperson, die ich für meine Studie zum Thema Leitung und Führung von Hospizarbeit und Palliative Care interviewt habe.

Ich habe für den Vortrag dieses Zitat gewählt, weil ich meine, dass damit bereits zentrale Aussagen für das Thema meines Vortrages getroffen werden: Es geht hier um ein „Feuer“, das könnte man auch übersetzen mit Engagement, mit innerer Motivation und es geht um ein „Kochen“, gemeint ist das Wachhalten dieses Engagements. Es geht hier also um **Haltung und Handeln** (2 Schlüsselqualifikationen für Führungskräfte).

Zum Schluß des Vortrages komme ich nochmals darauf zurück.

Mit dem Zitat teile ich Ihnen auch mit, auf welche Quellen sich mein Vortrag stützt: ich bin ja eine die nicht direkt mit Betroffenen, Sterbenden und deren Angehörigen in Hospizarbeit und Palliative Care arbeitet, sondern eine, die über 10 Jahre, das Feld beobachtet und Personen und Organisationen berät. Aus dieser Perspektive schaue ich auf das Feld.

## 2. Inhalte des Vortrages

Um die Besonderheiten von Hospizarbeit und Palliative Care, die relevant sind für die Themen dieses Vortrages, zu verdeutlichen – werde ich in die Geschichte zurückgehen. Daher werde ich zunächst einige Meilensteine von Hospizarbeit und Palliative Care skizzieren.

Danach werde ich Ihnen aktuelle Herausforderungen nennen, wie sie in jüngster Zeit in der Fachliteratur sowie von Menschen die im Feld Hospizarbeit und Palliative Care tätig sind, deutlich angesprochen werden.

Auf diesem Hintergrund werde ich die Rolle von Ehrenamtlichen im Zueinander mit Hauptamtlichen etwas genauer beleuchten.

Und Aspekte von Leitung in Hospizarbeit und Palliative Care skizzieren.

Mit persönlichen Wünschen für die Zukunft und einem Blick auf das Eingangszitat werde ich schließen.

## 3. Meilensteine der Hospizbewegung 1

Wenn sie Menschen aus der Hospizarbeit und Palliative Care treffen, die schon Jahre tätig sind – die PionierInnen, so werden sie feststellen, dass diese viel zu erzählen haben. Die Historisierung der Hospizarbeit hat längst begonnen, und ist bedeutsam für die Weiterentwicklung und für die Identität der Organisationen. Geschichte und Geschichten erzählen ist konstitutiv für die Identitätsbildung der Engagierten, ist sinnstiftend, und im Prozess des Erzählens werden das Dazugehören und auch die Abgrenzung geklärt.

Ich gehe davon aus, dass ihnen die beispiellose Erfolgsgeschichte von

Hospizarbeit und Palliative Care bekannt ist. Daher nur einige Meilensteine um die Bedeutung von Ehrenamt, Hauptamt und Leitung darzustellen.

Betrachtet man die Bewegung aus einer geschichtlichen und soziologischen Brille, so handelt es sich um eine unglaublich erfolgreiche Soziale Bewegung, die in Österreich (ist ja nicht reich an erfolgreichen Reformbewegungen) tatsächlich das Gesundheitssystem „revolutioniert“ hat und das in unvergleichlich kurzer Zeit. Es gibt Stimmen die sagen, dass die Hospizbewegung die einzige erfolgreiche „Reformbewegung“ im Gesundheitssystem darstellt. Weder Verordnungen von höchster Ebene noch durchaus bemühte Anstöße relevanter Machtgruppen haben vergleichbares zusammengebracht. Ich erinnere an immer wieder versuchte Reformansätze die in allen Regierungserklärungen festgeschrieben sind.

Wie kommt es nun zum Erfolg der Hospizbewegung. Erinnern sie sich: wie alt waren sie vor ca. 20 Jahren! 1989! Was hat sie damals beschäftigt? Haben sie damals schon einiges gehört/gewusst von Hospiz oder Palliative Care? - Damals hat kaum jemand in Österreich etwas über Hospiz gewusst, wenn, ist eher damit das Hotel am Arlberg verbunden worden, und der Begriff „palliativ“ war überhaupt weitgehend unbekannt.

Um der Geschichte nachzugehen, ist es notwendig ein wenig international zu schauen: Es sind vor allem Frauen, die den Beginn der Hospizbewegung prägen, international – und auch in Österreich.

### **Frauen am Beginn der Hospizbewegung**

Cicely Saunders, Sozialarbeiterin, Krankenschwester, Ärztin und sehr christlich gläubig (1918-2005). Ihre Biografie (beruflich wie privat) gleichsam programmatisch: Das Bedeutsame ist, dass sie in ihrer Idee vom „guten Sterben“, „to die in dignity and character“ die Aufmerksamkeit auf die Individualität und die Bedürfnisse der Betroffenen gelegt hat (heißt dann später „Radikale Betroffenenorientierung“). (Das von ihr 1967 gegründete St. Christopher Hospiz wurde zum Vorbild für organisierte Formen von Hospizarbeit und PC).

„...dieses Feuer das uns am Kochen hält“. Leiten in Hospizarbeit und Palliative Care. Vortrag KKH\_13.10.2009

Für die Bewegung in Österreich ist eine 2. Frau sehr bedeutend: Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004), die schweizerisch-amerikanische Ärztin, die mit ihren Veröffentlichungen den Fokus vor allem auf die spirituellen und psychosozialen Aspekte gelegt hat. Ihr 5 Stufen Modell des Sterbens hat große Breitenwirkung erlangt und einen Anstoß für eine intensivere Beschäftigung mit den Themen Sterben und Tod in der Gesellschaft bewirkt.

In **Österreich** hat die Bewegung im internationalen Vergleich spät fuß gefasst: Bemerkenswert ist für Österreich, dass von Anfang an sehr viel Aufmerksamkeit auf die Aus- und Weiterbildung gelegt wurde. Das entscheidende dabei ist, dass die Initiativen nicht vom etablierten Gesundheitssystem ausgingen, sondern es waren Betroffene und auch Professionelle, die die Art wie in Österreich (vor allem in den Institutionen) gestorben wird schlicht nicht aushielten. Diese Not wurde über Bildungsmaßnahmen aufgegriffen: Und es waren vor allem Bildungshäuser, Einrichtungen der Erwachsenenbildung, die einen Rahmen für Auseinandersetzung und Lernen boten. Frau Mag. Karin Weiler hat im Rahmen der Feier zum 51. Lehrgang für Lebens- Sterbe- und Trauerbegleitung, die 1988/89 gestartet sind (mit Vorläufern der Sterbebegleitungskurse 1978/79 für Familien- und Altenbetreuung), skizziert, wie dieser Lehrgang zur „Keimzelle“ der vielfältigen Ausbildungsmaßnahmen geworden ist; eine „Linie“ davon sind die Palliativlehrgänge, die wiederum die Basis für das Masterstudium darstellen. Diese Lehrgänge waren von Anfang an interdisziplinär ausgerichtet um über das gemeinsame Lernen, die Methodik, die zentralen Botschaften von Hospizarbeit und Palliative Care zu vermitteln. Die TeilnehmerInnen der ersten Veranstaltungen waren immer auch wichtige MultiplikatorInnen für Hospizarbeit.

Auch in Österreich sind es Frauen, die die Anstöße zur Bewegung gaben.

In den 70er Jahren des 20 Jahrhunderts gab es eine Handvoll Menschen die sich über Bildungsmaßnahmen engagierten und auch versuchten, oft nach einem Kurs oder einer Veranstaltung (z.B. bei Kübler-Ross) einzelne Initiativen zu setzen. Der in Deutschland wegen der missverständlichen Nähe zur Euthanasie viel diskutierte

Film „Noch 16 Tage – eine Sterbeklinik in London“ (von Reinhold Iblaker, SJ) wurde in Österreich im ORF zunächst erst gar nicht gezeigt, dann erst gegen Mitternacht. Es wäre nicht Österreich wenn nicht ein schreckliches Vorkommnis oder „Skandal“ eine breite Diskussion über Altsein, Pflegebedürftigkeit und Sterben bewirkt hätte: nämlich der „Lainzer Skandal“ 1988 die Tötung von Menschen durch Pflegepersonal im KH Lainz.

Ende der 70er Jahre und in den 80er Jahren gab es einige Einzelinitiativen besonders im Zusammenhang mit Bildung und Öffentlichkeit. Gegen Ende der 80er Jahre formiert sich in Wien dann eine Hospizgruppe, die die Errichtung des 1. Hospizes, des Mobilen Hospizes der Caritas der ED Wien, vorantreibt. Damit beginnt auch in Österreich die Organisierung und Institutionalisierung. Es folgt dann in den 90er Jahren die Bildung von zahlreichen regionalen oder örtlichen Hospizinitiativen und Projekten die sich in z.B. Landesverbände zusammenschließen. Mit der Gründung von stationären Einrichtungen wird auch ein vielfältiges und ausdifferenziertes Angebot in Österreich geschaffen.

#### 4. Meilensteine der Hospizbewegung 2

Die Landschaft heute – also 20 Jahre seit der 1. organisationalen Initiative schaut so aus: Daten 31.12.2008 (Daten vom Dachverband Hospiz)

- i. Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich (incl. Hospizteams): 235 (135 Hospizteams, 31 PKD. 35 Mobile Palliativteams, 25 Palliativstationen, 2 Stationäre Hospize und 4 in Pflegeheimen, 3 Tageshospize)
- ii. Bettenanzahl: 270
- iii. Betreute PatientInnen: 35.000????
- iv. Hauptamtliche MitarbeiterInnen: 1.204 (659 Vollzeitäquivalente)
- v. Ehrenamtliche MitarbeiterInnen: 2.854 (306.608 Stunden)

Die Entwicklung in Österreich ist begründet durch die Einzelinitiativen von unten

„...dieses Feuer das uns am Kochen hält“. Leiten in Hospizarbeit und Palliative Care. Vortrag KKH\_13.10.2009

(nicht von oben vorgegeben), sehr heterogen, unabgestimmt und dynamisch gewachsen. Also ein Wildwuchs. Mit dem „Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung“ (ÖBIG 2004) nimmt sich die öffentliche Hand im Dialog mit den Verbänden darum an und legt Leitlinien und Strukturqualitätskriterien zur Weiterentwicklung vor. Diese sollen eine Palliative Grundversorgung sicherstellen. Spätestens damit und bereits mit der Übernahme in die Regelfinanzierung haben hospizliche Initiativen Eingang ins etablierte Versorgungssystem gefunden. (Die Umsetzung dieser Pläne ist derzeit in den Bundesländern unterschiedlich weit fortgeschritten).

## 5. Erfolg und Kritik

Anknüpfend an vorhin lässt sich sagen: die Hospizbewegung hat eine unvergleichliche Erfolgsgeschichte vorzuweisen: Es gibt ein großes, vielfältiges und ausdifferenziertes Angebot an hospizlichen und palliativen Diensten. Das Gesundheitssystem hat sich insofern auch verändert, dass sich keine Einrichtung leisten kann, Hospiz oder Palliative Care nicht im Angebot zu haben, wenn nicht als eigene Einheit (PKD, Palliativstation) so zumindest im Leitbild (hier wird ein Widerspruch zwischen öffentlicher Meinung und tatsächlicher Realität erlebt). Und das, wofür Hospizarbeit und Palliative Care steht, hat eine große Akzeptanz und Wertschätzung in der öffentlichen Meinung.

Erlauben sie mir bitte gerade deshalb einige kritische Anmerkungen: Offene Fragen

Spiegelt diese Erfolgsgeschichte auch eine erlebte Realität „vom guten Sterben“ wieder?

Steht in Einrichtungen des Versorgungssystems und in den Hospiz- und Palliativeinheiten, wirklich der Betroffene (mit den An-und Zugehörigen) im Mittelpunkt, wie es das Konzept Hospizarbeit und Palliative Care verlangt?

Wieweit wird denn tatsächlich Interdisziplinarität, im Zusammenspiel der 4

„...dieses Feuer das uns am Kochen hält“. Leiten in Hospizarbeit und Palliative Care. Vortrag KKH\_13.10.2009

Dimensionen oder 4 Säulen stehenden (Berufs-) gruppen (lt. Konzept physische: Medizin und Pflege, psychisch, sozial und spirituell) gelebt? Interdisziplinarität und multiprofessionelles Zusammenarbeiten, die ja den Paradigmenwechsel zur gängigen Versorgungslogik darstellen sollen ?

An diesen Fragen setzt die Sorge und die Kritik von manchen BeobachterInnen und PraktikerInnen an: Auch Hildegard Teuschl hat im Interview gewarnt davor, dass die in den Statistiken und Datenbanken sichtbar gemachten Erfolge zur Beruhigung beitragen und die Grundwerte und die Grundidee dann nicht mehr als notwendig erachtet werden, sondern verschwinden.

Einige Befürchtungen konkret:

- Stichwort Medikalisierung: Befürchtet wird auch für den Hospiz- und Palliativbereich eine stärkere Übernahme einer kurativ orientierten Sicht: „das Kranke wird groß“, medizinische oder pflegerische Fachkompetenz wird wichtiger als die hospizliche Haltung. Und mit der zunehmenden Dominanz der Medizin wird das, wofür die Hospizidee steht, der „gute Tod“ verdrängt wird.

- Stichwort Ökonomisierung: Zu den Erfolgen von Hospizarbeit und Palliative Care gehört zweifelsohne die Integration des Versorgungssystems mit der Übernahme in die Regelfinanzierung. Der Preis dafür sind auch Anpassung und Unterordnung an deren Logiken. Diese Übernahme der Versorgungslogiken führt auch ein Stück zum „Verrat an der Ursprungsidee“: ein Dilemma aus dem man nicht herauskommt. Mit der Übernahme in die Regelfinanzierung müssen die damit verknüpften Vorgaben mitübernommen werden; manches davon geht nicht unbedingt mit der Logik von Hospiz- und Palliative Care einher (z.B. Leistungserfassung, Entlassungen, Schwinden der Begleitung bis zuletzt etc.).

- Stichwort Institutionalisierung und Bürokratisierung: Reimer Gronemeyer warnt vor einem zunehmenden Sterben in Sterbe-Organisationen. Diese werden von den versorgenden zu entsorgenden Einrichtungen. Der Tod wird wieder in die

„...dieses Feuer das uns am Kochen hält“. Leiten in Hospizarbeit und Palliative Care. Vortrag KKH\_13.10.2009

Institutionen, als den Flucht-burgen verdrängt. Damit einher geht eine zunehmende Bürokratisierung auf Kosten der Zeit für die Betroffenen.

- Stichwort Professionalisierung: Es wird befürchtet, dass durch die Betonung der Fachdisziplinen, die gesellschafts- und medizinkritische Kraft der Hospizbewegung verloren geht; dass sich das Konzept auf Pflege und Medizin verengt (eine Beziehung die in der Praxis oft nicht friktionsfrei ist). Dass die lt. Konzept Hospizarbeit und Palliative Care auch wesentlichen Dimensionen (wie z.B.), die sozialen und spirituellen Bezüge, ausgeblendet und relevante Helfergruppen (wie Ehrenamtliche) zurückgedrängt werden.

## 6. Ehrenamtlichkeit

Wenn ich von der Befürchtung der Zurückdrängung des Ehrenamtes spreche - ein Widerspruch? wo doch lt. Statistik mehr als 3x so viele Ehrenamtliche wie Hauptamtliche in Hospiz- und Palliativeinrichtungen vertreten sind? Und doch, wenn ich jetzt lese, dass es wieder um die Integration des Ehrenamtes in die Einrichtungen geht, so frage ich mich, was ist passiert.

An der Wiege der Hospizbewegung steht nämlich ehrenamtliches Engagement. Es waren anfangs ausschließlich ehrenamtlich sich engagierende Bürgerinnen und Bürger, die Zivilgesellschaft. Auch Cicely Saunders hat ehrenamtlich (als Krankenschwester im St. Luke`s) begonnen und Ehrenamt ist (immer noch) konzeptionell festgeschrieben.

Worin liegt nun – ich meine für die Hospizbewegung „lebenswichtige“ Bedeutung des Ehrenamtes oder Freiwilligenarbeit: Die Bedeutung des Ehrenamtes für Hospizarbeit und Palliative Care liegt darin, dass Ehrenamtliche zur Integration der Hospizidee in die Gesellschaft beitragen. Zit. Christoph Student (1994): „Sie setzen durch ihre Anwesenheit ein Signal der Hoffnung. Sie zeigen wie Sterben wieder innerhalb des Gemeinwesens stattfinden kann als Prozess in dem der Sterbende selbst und seine Angehörigen diese wünschen“.

„...dieses Feuer das uns am Kochen hält“. Leiten in Hospizarbeit und Palliative Care. Vortrag KKH\_13.10.2009



Die Bedeutung des Ehrenamtes im Zusammenspiel mit dem Hauptamt besteht darin, dass EA Laien sind wenn man das an professioneller Fachlichkeit misst und ExpertInnen in Familien-Berufs- und Lebenserfahrung. Daher sagt Saunders auch, dass es schwieriger ist ein ehrenamtlicher MA zu werden als ein Mitglied des Führungsteams; gesucht wird – ein schönes Anforderungsprofil: „eine grundsätzlich optimistische, tatkräftige, praktisch denkende, freundliche Person, die Art Mensch, die jeder gerne hätte.“

Ehrenamtliche bringen Zeit ein und „größere Freiheit“, die es ihnen erlaubt eine kritische Haltung gegenüber dem Gesundheitssystem einzunehmen, weil sie sich in erster Linie den Kranken und deren Angehörigen verpflichtet fühlen. Der Wert für die Bewegung liegt in ihrem kritischen Element. Und gerade das macht es herausfordernd – konkret in der Zusammenarbeit im Team und auch für die Organisation.

Im Interview warnt H. Teuschl vor der Vernachlässigung des Ehrenamtes – weil es gerade diese sind, die psychosoziale und spirituelle Begleitung sichern; diese muss jedoch vom Träger gewollt sein; es gibt in diesem Bereich ja nur ganz wenige Hauptamtliche (1% Seelsorger, 1% Physiotherapeuten, 2% Psychotherapeuten, 3% SozialarbeiterInnen; 15% Ärzte; 68 Pflegenden, Sonstige). Diese „Lücke“ füllen gleichsam die Ehrenamtlichen. Zitat Teuschl: „Ich glaube, dass die Ehrenamtlichen absolut notwendig wichtig sind und dass die Leitenden viel zu wenig Ahnung haben, was Ehrenamtliche ihnen auch abnehmen könnten“.

## **7. Aspekte von Leitung bezogen auf ein Zueinander von Hauptamtlichen und Ehrenamtlichen**

Ich habe schon dargestellt, dass die Bewegung als ehrenamtliche entstanden ist; als kritische Reaktion auf das gängige Versorgungssystem. Engagierte in Hospizarbeit und Palliative Care sehen den Betroffenen mit ihren An- und Zugehörigen im Mittelpunkt. Den Betroffenen in all seinen Dimensionen: den

„...dieses Feuer das uns am Kochen hält“. Leiten in Hospizarbeit und Palliative Care. Vortrag KKH\_13.10.2009

physischen, psychischen, spirituellen, sozialen. Weil das von einem Menschen nicht so einfach abzudecken ist, braucht es die verschiedenen HelferInnengruppen die ggf. auf Wunsch des Betroffenen aktiv werden.

Für ein gelingendes Zusammenspiel der verschiedenen HelferInnengruppen erscheint mir eine Funktion, nämlich die der Leitung bedeutsam. Immer wissend, dass der Fokus die Betroffenen (die PatientInnen, Gäste, BewohnerInnen etc.) sind.

In den Anfängen der Hospizbewegung hat Leitung, formelle Leitung keine zentrale Bedeutung gehabt. Erst mit dem Aufbau von Organisationen, mit der damit einhergehenden Unüberschaubarkeit sind Strukturen und Funktionen geschaffen worden. Die ersten Leitenden waren meist auch die zur Pioniergeneration gehörenden; sie sind in ihre Leitungsfunktion hineingewachsen und haben die Entwicklung daher auch entscheidend mitgeprägt und das Konzept Hospiz gleichsam „inhaliert“. Jetzt kommt eine neue Generation von Leitenden, die „fertige“ Organisationseinheiten vorfinden, eingesetzt werden und für die Umsetzung des Konzeptes sorgen sollen.

Und integraler Bestandteil des Konzeptes Hospizarbeit und Palliative Care stellt die Interdisziplinäre oder interprofessionelle Zusammenarbeit dar. Wie diese organisieren, wo es kaum Erfahrungen gibt? Wer von uns hat Erfahrungen mit gelebter Interdisziplinarität und gelingender Teamarbeit? Wir haben Erfahrungen mit den Monologiken, einem getrennten Agieren der Berufsgruppen und klaren über die Hierarchie vorgegebenen Entscheidungsabläufen. So ist auch die Realität der traditionellen Versorgung.

Die Herausforderungen für Leitende bestehen in der Organisation der Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team. Und wer im Einzelnen dazu gehört hängt von den Bedürfnissen, Symptomen oder dem Aufenthaltsort des Betroffenen ab; üblicherweise gehören zum Team neben den Ehrenamtlichen, die Hauptamtlichen (Pflege und Medizin), vielleicht ein/e Sozialarbeiter/in, manchmal

„...dieses Feuer das uns am Kochen hält“. Leiten in Hospizarbeit und Palliative Care. Vortrag KKH\_13.10.2009

auch ein Seelsorger/Psychologin oder TherapeutInnen die beigezogen werden. Diese gilt es im Sinne einer radikalen Betroffenenorientierung aufeinander abzustimmen unter Berücksichtigung der relevanten Umwelten (das sind neben den Angehörigen z.B. die Organisation Krankenhaus oder Altenheim, der Träger, die Kassenfinanzierung, das gesellschaftliche Umfeld, Gesetze: z.B. Anordnungsberechtigung etc.). Hier prallen unterschiedliche Kompetenzen, Interessen und Kulturen aufeinander. Konkret heißt das für Leitende Widersprüche und Unterschiede der Disziplinen zugunsten der Anliegen, der Ziele des Betroffenen auszubalancieren. Und das ist eine Herausforderung. Das erfordert von den einzelnen im Team die Relativierung der eigenen Disziplin, eine Haltung der Demut. Ein hoher Anspruch, der oft schon an den unterschiedlichen „Fachsprachen scheitert“. Empirische Untersuchungen zeigen, dass die Umsetzung von Hospizarbeit und Palliative Care von gelingender Teamarbeit abhängt. Ein Versuch dies zu lernen stellen die interdisziplinär geführten Lehrgänge dar.

Die Funktion Leitung umfasst vielfältige Tätigkeit. Es sind zwei zentrale Hauptaufgaben warum es Leitung gibt und sich Organisationen diese Position als Strukturprinzip geschaffen haben: das Überleben der Organisation zu sichern und damit zusammenhängend Unentscheidbares zu entscheiden. Hier greife ich einen Aspekt davon auf: die Teamleitung. Diese hat also dafür zu sorgen, einen Rahmen zu schaffen, dass der Kernauftrag für Hospizarbeit und Palliative Care, ein „gutes Sterben ermöglichen“ gelingt. Es gilt einen Rahmen für Aushandlungs- und Verständigungsprozesse zu schaffen. Dies erfordert Moderations-, Prozess- und Entscheidungskompetenz der Leitenden. Es ist also eine „Ermöglichungs- eine Dienstfunktion“, die Wissen über Haltungen und Orientierungen von Hospizarbeit und Palliative Care voraussetzen. Auf diesem Hintergrund können Unterschiede in den Positionierungen (der einzelnen Professionen) herausgearbeitet werden und dialogisch Prozesse zugunsten der Betroffenen und deren Angehörige geführt werden. Diese Prozesse sind (immer) auch gemeinsame Lernvorgänge. In einem hierarchischen und bürokratischen Klima eher nicht förderlich; vielmehr benötigen sie einen wertschätzenden Raum, in dem sowohl Stärken als auch Schwächen der Beteiligten sich zu einer gemeinsamen Sinfonie (mit allen vorhandenen

„...dieses Feuer das uns am Kochen hält“. Leiten in Hospizarbeit und Palliative Care. Vortrag KKH\_13.10.2009

Dissonanzen) vereinigen kann.

## 8. Wie geht es weiter?

Bezugnehmend auf die von wohlwollenden KritikerInnen geäußerten Beobachtungen, wie oben genannt (Medikalisierung, Institutionalisierung, Ökonomisierung, Bürokratisierung, Professionalisierung) möchte ich mit einem persönlichen Bekenntnis schließen: Wie möchte ich sterben? Und wir alle hier sind Sterbende?

Meine Wünsche sind hier nichts besonderes, ich spreche hier wahrscheinlich auch für die Mehrheit: So wie ich es für mich jetzt sagen kann, ist es gar nicht so viel und doch alles: ich werde wahrscheinlich (die Statistiken sagen es) in einer Institution sterben, wenn ich die durchschnittliche Lebenserwartung erlange so werden dort mehr hochbetagte Frauen als Männer sein: ich möchte mich schon als Mensch, als Frau, in all mir wichtigen Dimensionen wahrgenommen werden – und nicht fragmentiert auf eine, die physisch und wünsche mir, wenn ich selber dazu nicht mehr imstande bin, dass das die, die dann evtl. um mich sind, tun. Ich hätte gerne, dass die, die um mich sind (meine Lieben, Professionelle), dass die mir buchstabieren was sie tun oder lassen, dass ich sie ggf. auch wegschicken kann. Und ich möchte gerne und hier komme ich zum Ausgangspunkt zurück: wenn Menschen um mich sind, dass das keine Automaten sind, die sich selber fragmentiert haben (die dürfen ruhig auch mal emotional sein). Ich möchte nicht wie eine triviale Maschine behandelt werden, der ein bestimmter Input zugeführt wird und daraufhin ein vorher berechneter Output herauskommt.

Ich werde wahrscheinlich nur jene, die unmittelbar mit mir zu tun haben, mit denen ich es zu tun habe, bemerken. Nicht jene, die für den Rahmen sorgen: dass es diese Organisation/Institution in der Weise gibt, dass ich es mir leisten kann in dieser Institution zu sein, dass ich ein Essen oder was auch immer bekomme...etc. diesen Rahmen werde ich wahrscheinlich als selbstverständlich annehmen und er fällt mir nur auf, wenn etwas nicht passt. Ich werde wahrscheinlich auch die

Leitungsperson nicht kennen, sie zu kennen wird mir auch nicht so wichtig sein. Sie wird mir vielleicht auffallen wenn etwas nicht passt (d.h., Entscheidungen zu fällen sind oder nicht gefällt werden). Aber all das werde ich wenn überhaupt – mehr nebenher, unbewusst wahrnehmen. Und doch, wenn dieser Rahmen nicht gegeben ist, wenn niemand da ist, der/die dafür sorgt, dass das Zusammenspiel all der vielen HelferInnen und Helfer (von der Reinigung, über die Küche, bis hin zum Hausmeister und den Professionellen sowie im weiteren auch die Träger, der Gesetzgeber, Krankenkasse bis hin zur Gesellschaft) nicht gegeben ist...? Und ich hilfsbedürftig bin ...?

Ich komme zurück auf das Eingangsbild: Es wird daher Menschen brauchen die wie lebende Systeme (und das sind Personen und Organisationen) agieren, nicht nur nach Vorgaben, routiniert und abgeklärt, für alles eine Antwort oder ein Medikament parat habend, sondern Engagierte die neugierig sind auf den/die Andere, die die Aufmerksamkeit richten auf die Person mit ihren Bedürfnissen. Dieses Interesse, diese Neugier, diese Aufmerksamkeit hat die interviewte Führungskraft mit dem Brennen gemeint, ein Brennen, das auch durch Krisenzeiten hindurchhilft.