

Online-Texte der Evangelischen Akademie Bad Boll

Von der "Liebesanstalt" zum Unternehmen

Pflege zwischen Ökonomie und Nächstenliebe

Cornelia Coenen-Marx

Ein Beitrag aus der Tagung:

Verantwortung tragen – voneinander lernen

Jahrestagung für leitende Mitarbeitende in Diakonie-Sozialstationen

Bad Boll, 9. – 10. März 2009, Tagungsnummer: 410209

Tagungsleitung: Dr. Günter Renz

Bitte beachten Sie:

Dieser Text ist ausschließlich zum persönlichen, privaten Gebrauch bestimmt. Jede weitere Vervielfältigung und Verbreitung bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Urhebers/der Urheberin bzw. der Evangelischen Akademie Bad Boll.

© 2009 Alle Rechte beim Autor/bei der Autorin dieses Textes

Eine Stellungnahme der Evangelischen Akademie Bad Boll ist mit der Veröffentlichung dieses Textes nicht ausgesprochen.

Evangelische Akademie Bad Boll
Akademieweg 11, D-73087 Bad Boll
E-Mail: info@ev-akademie-boll.de
Internet: www.ev-akademie-boll.de

Von der "Liebesanstalt" zum Unternehmen

Pflege zwischen Ökonomie und Nächstenliebe

Cornelia Coenen-Marx

1. Aktuelle Problemanzeigen

Erinnern Sie sich an die »Ex-Pflegerin« Eva Ohlert, die 2007 im Pflegereport der BILD-Zeitung »auspackte«? Jeder dritte »Pflegefall« bekomme nicht genug zu essen und zu trinken, jeder zehnte Heimbewohner werde durch falsche Pflege krank und jeder dritte Demenzkranke im Altenheim werde nicht vernünftig versorgt. Ihr Fazit: »Wir müssen in Pflege und nicht in Bürokratie investieren.« » Alte Menschen sind nur noch Kosten-Faktoren« titelte die »BILD«-Zeitung am 12.09.2007. Um die gleiche Zeit erschien ein GEO-Spezial-Heft zum Thema »Soziale Gerechtigkeit«. Darin fand sich eine Reportage über den Alltag von Schwester Silke Müller, die auf einer Intensivstation in Mecklenburg mit großer Liebe und Hingabe arbeitet und nach 30 Stunden mit einem Monatsgehalt von 1250 Euro nach Hause kommt. Daneben steht ein Gespräch mit dem Geschäftsführer ihrer Klinik, der sagt, das Krankenhaus sei ökonomisch betrachtet ausreichend besetzt, man müsse halt nur mehr interne Vernetzung und Synergien schaffen und das Bettenmanagement verbessern – und natürlich die Tätigkeiten ausgliedern, die nicht von Fachkräften erledigt werden müssen. Schwestern wie Silke sollen sich mehr und mehr auf hochwertige Aufgaben konzentrieren: sie sollten röntgen, Infusionen legen, Schmerzmedikation und Vitalfunktionen kontrollieren und natürlich auch dokumentieren. An einem Bett sitzen, eine Hand halten, einen Patienten zum Spazieren fahren gehört nicht dazu. Schwester Silke allerdings sagt, sie würde ihrer Tochter nicht mehr raten, Pflegekraft zu werden.

Wer die Situation der Pflege in unserem Land mit offenen Augen in den Blick nimmt, stößt derzeit vor allem auf Problemanzeigen und Katastrophenszenarien. Die Debatte um einen Mindestlohn für die Pflegebranche macht deutlich, dass viele Pflegekräfte mit ihrem monatlichen Einkommen nicht auskommen. Das mag daran liegen, dass manche von ihnen keine Vollzeitbeschäftigung haben – sei es, weil sie eine volle Erwerbstätigkeit, die zudem in der Regel im Schichtdienst organisiert ist, nicht mit ihrer Familientätigkeit vereinbaren können, sei es aber auch, weil die Arbeitgeber bevorzugt halbe Stellen oder 30-Stunden-Stellen ausschreiben, um die Dienste auch in Krankheits- und Urlaubszeiten besser abdecken zu können. Wer in der Pflege nicht voll erwerbstätig ist und zudem Kinder zu unterhalten hat, kann von den Entgelten in der Tat nicht leben. Dies gilt umso mehr, als viele der privaten Dienste, die seit Einführung der Pflegeversicherung Anfang der 90-er Jahre auf den Markt drängten, versuchen, den Wettbewerb mit Druck auf die Tarife zu gewinnen. Zunächst einfach, indem sie mit einem Tarifgefüge auftraten, das junge, leistungsfähige Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen honorierte, die älteren mit Erfahrung aber keinesfalls besser bezahlte, wie es im öffentlichen Dienst und damit auch in Kirche, Diakonie und Caritas tendenziell noch immer der Fall ist. Damit zogen sie jüngere Jobsuchende an und setzten die Wettbewerber, bei denen ältere Kräfte beschäftigt waren, unter erheblichen Budgetdruck. Die Reaktionen folgten sehr bald: mit neuen Tarifen auch in der Diakonie, mit Outsourcing von Pflegediensten, die niedrigere Einkommen ermöglichten, und schließlich sogar mit Leiharbeitsfirmen in kirchlich-diakonischer Trägerschaft. Es muss nicht wundern, wenn Mitarbeitende, die in einem solchen Kontext arbeiten, der Forderung nach einem Mindestlohn für die Pflege

zustimmen – und das, obwohl der Stundensatz, den sie verdienen, in der Regel weit über den oft geforderten 7,50 Euro liegt. Die Forderung ist wohl eher Ausdruck der berechtigten Sorge, dass der Markt diesen »Frauenberuf« in erheblicher Weise unter Druck setzt.

Auch wenn sie zu einem anderen Schluss kommen, was den Mindestlohn angeht, empfinden das die Arbeitgeber in Diakonie und Caritas durchweg ähnlich. Sie befürchten nicht zuletzt, dass die Festsetzung eines Mindestlohns die Refinanzierung der Kassen nach unten beeinflussen könnte, was allerdings von den Kostenträgern vehement bestritten wird. Gemeinsam aber schauen beide, Arbeitgeber und Arbeitnehmerinnen, mit Sorge auf die Entwicklung der Schattenarbeit und der osteuropäischen Leihfirmen in diesem Bereich. Die Gründung von »Mc-Pflege« mit Leihmitarbeiterinnen aus Osteuropa im Sommer 2007 – die Firma verschwand aus rechtlichen Gründen schnell wieder vom Markt – war in dieser Hinsicht ein aufrüttelndes Signal. Ob ein Mindestlohn nach dem Arbeitnehmerentgesetz gerade deswegen sinnvoll sein und die Abwärtsspirale stoppen könnte, wird derzeit in Kirche und Diakonie heiß diskutiert. Jedenfalls sind wir eingeladen, uns an der entsprechenden Kommission zu beteiligen.

Die mangelnde ökonomische Wertschätzung der Pflege hat die Berufsgruppe wohl auch deshalb so »kalt erwischt«, weil der Kampf um die Akademisierung der Pflege, der in Deutschland Anfang der 90er Jahre begann, berechtigte Hoffnungen auf eine neue Anerkennung mit sich brachte. Anders als in Großbritannien und den USA ist nämlich die Pflege in Deutschland seit dem preußischen Krankenpflegegesetz als Heilhilfsberuf eingeschätzt und war damit immer der Medizin nachgeordnet. Erst die Entwicklung von Pflegepädagogik, Pflegemanagement und Pflegewissenschaften an den Hochschulen machte es möglich, Aufgaben, die bisher schon aus rechtlichen Gründen nur unter ärztlicher Aufsicht wahrgenommen werden konnten, mit Billigung der Kostenträger an Pflegende zu delegieren. Hier kommt es zur Zeit tatsächlich – und sei es nur aus Kostengründen – zu einer Veränderung der Ablauforganisation auf den Stationen wie in den Operationssälen mit neuen, selbständigen Verantwortungsbereichen für Pflegende und mit neuen Berufsbildern, die – wie z.B. den Operationstechnischen Assistenten – zwischen Pflege und Medizin angesiedelt sind. Mit diesen durchaus emanzipativen Entwicklungen der Pflege ging allerdings eine neue Hierarchisierung innerhalb der Berufsgruppe einher. Den gut ausgebildeten Leitungs- und Führungskräften stehen mehr und mehr Pflegehilfskräfte gegenüber, deren Entgelte nun ganz besonders unter Druck geraten sind. Diese Erfahrung, nicht die zunehmende Professionalisierung der Pflege, beherrscht derzeit die öffentliche Diskussion.

Grundsätzlich ist die Pflegewissenschaft, wie kürzlich Sabine Kühnert herausgearbeitet hat, individuums- und interaktionszentriert – ganz im Gegensatz zur Nachbarwissenschaft Medizin, die eher »kurativ« ausgerichtet ist, geht es in der Pflege um das »caring«, die pflegerische Fürsorge. Bei den Absolventinnen und Absolventen pflegewissenschaftlicher Studiengänge dominieren allerdings Tätigkeitsbereiche in Qualitätssicherung und Pflegemanagement, insbesondere im Krankenhaus, aber auch in Altenheimen.¹ Herausgefordert durch neue Abrechnungsmodalitäten in der Medizin hat das Pflegemanagement in den letzten Jahren Module und Prozesse zur Beschreibung der Pflegequalität entwickelt. Einzelne Verfahrensschritte lassen sich dokumentieren, verfolgen und kontrollieren, sie lassen sich nun aber auch abspalten, aufteilen und delegieren. Damit konnte, wie das Eingangsbeispiel von Schwester Silke Müller zeigt, eine ganze Gruppe von Tätigkeiten von Pflegefachkräften an Hilfskräfte abgegeben werden, während die Pflegenden selbst zunehmend mit Management- und Dokumentationsaufgaben belastet wurden, mit denen sie ihr Tun gegenüber den Kostenträgern rechtfertigen.

¹ Sabine Kühnert, Pflegewissenschaft am Puls der Zeit, in: Thomas Klie u.a.: Entwicklungslinien im Gesundheits- und Pflegewesen, FFM, 2003

Diese Entwicklung hat die lange hochgehaltene Beziehungspflege in den Hintergrund treten lassen: die Diagnose bestimmt die klinischen Pfade und Gestaltung der Sorgearbeit, die für Heilungsprozesse eine große Rolle spielen, fehlt.

Besonders dramatisch stellt sich diese Situation in der Altenpflege dar. Es hätte keines Pflegekritikers mit Bestsellerauflagen wie *Fussek*² oder der Pflegekampagne der Bildzeitung bedurft, um das festzustellen. Aber offensichtlich hatte die Gruppe der hochbetagten »Nutzer« bis vor kurzem keine entsprechende Lobby, und deren überlastete und erschöpfte Kindergeneration hatte, wenn Vater oder Mutter nach durchschnittlich 8 Jahren häuslicher Pflege in einer Einrichtung untergekommen war, zu viel Scham, um die Dinge beim Namen zu nennen. Seit der Privatisierung vieler Einrichtungen stehen die Träger der Altenhilfe unter besonderem Kostendruck. Und auch wenn der Beruf der Altenpflegerin oder des Altenpflegers in den letzten 15 Jahren zu einem dreijährigen Ausbildungsberuf aufgewertet wurde, so waren es doch eher die von den Jobagenturen geförderten Migranten und Mitarbeitende in Umschulungsmaßnahmen, die die Mehrheit der Schülerinnen und Schüler in den Altenpflegeschulen ausmachten. Gerade Altenhilfeeinrichtungen arbeiten in erheblichem Maße mit Pflegehelferinnen – oft an der Grenze der notwendigen Besetzung mit Fachpersonal in den einzelnen Schichten. Und es gibt inzwischen ganze Regionen, vor allem im Osten, in denen es kaum noch gelingt, Pflegefachkräfte zu gewinnen.

Das System der stationären Altenpflege hat in Deutschland gegenüber dem des Krankenhauses einen doppelten Nachteil. Es ist zum einen nicht medizinisiert, sondern ein reines Pflegesystem mit freier Hausarztwahl der Patientinnen und Patienten; und es arbeitet zum anderen mit Menschen, von denen nicht mehr zu erwarten ist, dass sie wieder gesund, fit und leistungsstark werden. Beides hängt zusammen. Damit stehen die Pflegenden in der Altenpflege derzeit in der Gesundheitshierarchie eher unten – was sich in ihren Vergütungen niederschlägt. Angesichts des demographischen Wandels, in dem unser Land wie alle Länder Europas befindet, ist das inzwischen zu einer offensichtlichen Problemanzeige geworden. Denn wenn es nicht gelingt, das Gesundheits- und vor allem das Pflegesystem neu zu organisieren könnte es in den nächsten Jahrzehnten angesichts der Zahl der alten und pflegebedürftigen Menschen zum Kollaps der Einrichtungen kommen; und das, obwohl der Bau immer neuer Seniorenwohnanlagen nach wie vor ein lohnendes Renditeobjekt für Banken ist. Je nachdem, welche Annahmen über die Entwicklung der altersspezifischen Pflegefallhäufigkeiten getroffen werden, kursieren unterschiedliche Szenarien über die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit im Jahr 2040. Nach dem Grundmodell von Rothgang zum Beispiel steigt, bei im Zeitverlauf konstanten alters- und geschlechtsspezifischen Pflegehäufigkeiten, die Zahl der Leistungsempfänger in der Sozialen Pflegeversicherung zwischen 2000 und 2040 von 1,86 Mio. auf 2,98 Mio., also um 61%. Andere Schätzungen gehen sogar von einer Steigerung um 76% aus. Wesentlicher ist möglicherweise die Veränderung der Versorgungsstrukturen hin zu Ein- und Zweipersonenhaushalten mit einem anhaltenden Trend zur Singularisierung. Schon heute leben 41,3 % der 70 bis 85 Jahre alten Menschen in Einpersonenhaushalten.³ Ihre Möglichkeiten, bei Bedarf auf informelle Netze zurückzugreifen, sind sehr begrenzt.

² z.B. Claus Fussek, Im Netz der Pflegemafia. Wie mit menschenunwürdiger Pflege Geschäfte gemacht werden, Gütersloh 2008

³ Zahlen aus: Thomas von Winter: Demographischer Wandel und Pflegebedürftigkeit, in Thomas Klie u.a.: Entwicklungslinien im Gesundheits- und Pflegewesen, Frankfurt am Main, 2003

2. Herausforderungen für die Zukunft

Einige Herausforderungen zeichnen sich also heute schon sehr deutlich ab: neben der Notwendigkeit, professionelle Pflegekräfte zu gewinnen, muss es auch darum gehen, die informelle Pflegebereitschaft zu erhöhen und familiäre wie nachbarschaftliche Netze zu stärken. Das Pflegesetting der Zukunft lebt aus einer guten Kooperation zwischen Pflegefachkräften, Angehörigen und Freiwilligen.⁴ Deshalb müssen die notwendigen haushaltsnahen Dienstleistungen und Pflegedienste möglichst quartiernah vorgehalten und professionelle und lebensweltliche Hilfen müssen verschränkt werden. Die Flankierung von Pflegehaushalten und die Stabilisierung von Unterstützungssystemen muss dabei Priorität haben. Das gilt auch im Blick auf die zeitweilige Freistellung Erwerbstätiger für Pflegeaufgaben in der Familie. Darüber hinaus wird es gerade im Bereich der professionellen Altenpflege nötig sein, die Bedeutung der Bezugspflege zu stärken. Insbesondere die zunehmende Zahl der demenzerkrankten Menschen leidet mehr als alle anderen unter der Modularisierung der Pflege, die den einzelnen mit einer großen Zahl von Bezugspersonen konfrontiert, die Atmosphäre und Routine immer wieder verändern und die eigene Orientierung erschweren. Die Chancen überschaubarer Einheiten und abgestimmter Teams sind in vielen Modellprojekten der Demenzpflege sichtbar. In diesem Bereich gibt es inzwischen auch eine Reihe von Untersuchungen zur Bedeutung der Angehörigen für die Dienstleistungsqualität einer Organisation und die Wirkung einer systematischen Angehörigenarbeit.⁵ Die chronischen Erkrankungen alter Menschen und ihre Multimorbidität, aber auch die Aufgaben von Palliativversorgung und Sterbebegleitung erfordern darüber hinaus eine gute Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege. Angesichts der – auch versicherungstechnisch – absolut getrennten Systeme von Krankenhaus und Altenhilfe kommt es immer wieder zu unnötigen Wechseln zwischen Krankenhaus und Heim, zu Drehtüreffekten mit vielen Spannungen, unklaren Prozessen und Doppelungen. Hier müssen die Übergänge erleichtert werden. Dabei ist grundsätzlich zu fragen, in welchem Maße abgeschlossene Institutionen wie Heime und Kliniken noch zeitgemäß sind: Modellprojekte der Integrierten Versorgung zeigen, dass Versorgungsnetze, die stationäre und ambulante Dienste, gesundheitliche, pflegerische und soziale Dienste verbinden, gute Erfolge zeitigen.

Vielleicht ist die Hospiz- und Palliative-Care-Bewegung dafür ein Vorreiter: Ausgehend von eigenständigen Einrichtungen hat sie sich mit ihren Ideen in den Krankenhäusern und dann auch in der Altenhilfe festgesetzt, wo bald schon Palliativ-Stationen gegründet wurden und Palliativ-Care-Projekte entstanden. Fast von Anfang an, seit Mitte der 80-er Jahre, wurde die klinische Arbeit in Deutschland mit ambulanten Diensten aus Ärzten, Pflegenden und Freiwilligen kombiniert. Inzwischen überschreiten Palliative Netze die Sektoren und arbeiten auch in der Sterbebegleitung alter Menschen multiprofessionell mit Hauptberuflichen und Freiwilligen zusammen.⁶ Denn in diesem Feld der hochprofessionellen Intensivpflege wird am ehesten deutlich, dass Professionelle allein ein Beziehungsnetz nicht aufrechterhalten können. Es braucht Engagierte im Team, in der Nachbarschaft, in Familie und Freundeskreis. Wo das gelingt, ist es auch wieder möglich, dass Menschen da sterben, wo sie gelebt haben – in ihren eigenen vier Wänden, wie es sich die Mehrheit der Menschen wünscht.

⁴ Beispiele dafür hat das Sozialwissenschaftliche Institut der EKD 2007 in der Dokumentation des Projekts »Das Ethos fürsorglicher Pflege« dargestellt

⁵ So z.B. Roland Schmidt, Angehörigenarbeit von Menschen mit Demenz, in: Thomas Klie u.a.: Entwicklungslinien im Gesundheits- und Pflegewesen, FFM, 2003

⁶ Wie sich dieser Bereich nun auch in der Altenhilfe entwickelt hat, lässt sich nachlesen bei: Andreas Heller u.a. (Hrsg.), Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können, 3. erweiterte Auflage, Freiburg 2007

Klaus Dörner hat diesen Wunsch vor einiger Zeit auf das Leben im Alter übertragen⁷ und nach der Gemeindepsychiatrie der 70er Jahre nun den Dritten Sektor für die Sozial- und Pflegearbeit ausgerufen, die sich im Stadtteil neu organisieren soll. Die Palliative-Care-Bewegung zeigt: das fordert neue, sektorübergreifende Strukturen, Eigenständigkeit und hohe Professionalität der Pflegenden, eine gute Zusammenarbeit der Berufsgruppen im Sozial- und Gesundheitswesen, aber auch einen Mentalitätswandel in der Bevölkerung. Der Umgang mit Vergänglichkeit und Gebrechlichkeit, mit Angewiesensein und Hilfebedürftigkeit, mit Pflege und Zuwendung ist eben nicht nur Sache der Profis. Umgekehrt gilt: Wer sich in diesem Bereich engagiert, weiß die Profis zu schätzen: Pflegefachlichkeit, die den Dekubitus und Austrocknung verhindert, Erfahrung, die beginnende Krankheitsprozesse erkennt und rechtzeitig gegensteuern kann, Distanzierung, die beratend Gefühle ordnen hilft und Gewalt verhindert und nicht zuletzt das Wissen um andere Betroffene und hilfreiche Netze, die den Einzelnen einbettet in größere Zusammenhänge. Denn Pflege ist in ihrer Fachlichkeit wesentlich Interaktion: zwischen beruflichen und informellen Netzen, zwischen den Personen im Pflegesetting, zwischen Erfahrung, Wissen und Intuition, und nicht zuletzt zwischen Pflegekraft und zu Pflegendem. Interaktion ist letztlich auch das Handwerk der Pflege. Im gemeinsamen Reden und Tun, in Berührung und Gestaltung müssen gute Lösungen für unterschiedliche Lebenszusammenhänge und Wertesysteme gefunden und auch ethische Konflikte ausgetragen werden. Pflegenden brauchen neben Pflegefachlichkeit und Managementkompetenz vor allem ethische und Sozialkompetenz und nicht zuletzt eine stärkere Autonomie. Nicht nur die Aus- und Fortbildung, sondern auch die gesetzlichen Grundlagen müssen entsprechend entwickelt werden.

3. Eine Vision des 19. Jahrhunderts – und was davon blieb

Kürzlich fand in der EKD eine Veranstaltung der Gleichstellungsreferate und des KDA zum Thema Frauen im Mindestlohn statt. Der Titel der Veranstaltung: »Mein Lohn ist, dass ich darf« – ein Motto von Wilhelm Löhe, des Gründers von Neuendettelsau. Die Debatte um den Mindestlohn und um Dumpingpreise in der Pflege führt uns tatsächlich zurück in die Mitte des 19. Jahrhunderts, als die beginnende Industrialisierung, Frauenerwerbstätigkeit und neue Mobilität die noch großen Familien mit ihren Pflege- und Erziehungsaufgaben überforderte. Krankenhäuser waren zu diesem Zeitpunkt vor allem Pflegeeinrichtungen, in denen Ärzte Krankenbesuche abstatteten, soweit die Einzelnen es sich leisten konnten. Auch professionelle Pflegekräfte im heutigen Sinne gab es nicht. Die Krankenschwestern lebten von dem, was die Gäste für Kost, Logis und Hilfstätigkeiten erübrigen konnten. Es waren erweckte Christen wie Amalie Sieveking in Hamburg oder Theodor Fliedner in Kaiserswerth, die diese Zustände als menschenunwürdig begriffen; mehr noch: die darin Glauben und Kirche herausgefordert sahen. Die Gleichnisse der Evangelien, am meisten vielleicht das vom großen Weltgericht in Matthäus 25, standen Pate, als sie die Werke der Barmherzigkeit für die evangelische Kirche neu entdeckten. Dabei waren sie im Zuge dieser ersten Globalisierungsphase durchaus offen für ökumenische Blickwinkel und diakonische Ideen aus England und den Niederlanden, aber auch für die Tradition der Barmherzigen Schwestern des Vincent von Paul, kurz: für die Wiederentdeckung der Barmherzigkeit in der Nachfolge des mitleidenden Gottes. Die Schweizer Pflegewissenschaftlerin Silvia Käppeli⁸ hat gezeigt, dass das Motiv des mitleidenden Gottes im Christentum und im Judentum unsere Vorstellung von Diakonie und Pflege entscheidend geprägt hat. Dabei bezieht sie sich auf

⁷ Klaus Dörner, *Leben und sterben, wo ich hingehöre*, Neumünster 2007

⁸ Silvia Käppeli: *Vom Glaubenswerk zur Pflegewissenschaft*, Bern 2004

einen roten Faden biblischer Texte, der von der Befreiung aus Ägypten bis zum Hebräerbrief führt: »Wir haben einen Hohenpriester, der mit unseren Schwächen mitfühlt und mitleidet.«⁹ Hier liegen die Wurzeln für die Arbeit von Theodor Fliedner oder Florence Nightingale, aber auch für den Begriff »compassion«, der die moderne Pflegewissenschaft prägt.

Als Theodor Fliedner mit seiner Frau Friederike Münster 1836 in Kaiserswerth das erste Diakonissenmutterhaus gründete, konnte er noch nicht wissen, dass diese kleine Einrichtung mit zunächst einer Handvoll Schwestern bald schon boomen würde, ja mehr noch – dass sie die Wurzel einer Bewegung mit Nachfolgeeinrichtungen in aller Welt werden würde.¹⁰ Seine Idee bot eine Lösung für drei große Nöte der damaligen Zeit: er bot professionelle Hilfen zur Erziehung und Pflege an, er bot unverheirateten jungen Frauen die Chance einer Ausbildung in diesen Arbeitsbereichen und einer sinnvollen Betätigung, und er schuf eine Gemeinschaft, die für diese Frauen zur Ersatzfamilie auf Dauer oder jedenfalls auf Zeit werden konnte – einer Familie, in der sie geschützt und versorgt wurden. Er fasste damit soziale Nöte an und – das war für ihn das Wichtigste – er machte deutlich, wie das Evangelium Leben und Welt gestaltet. Das Mutterhaus, ein Krankenhaus mit angeschlossener Schule und Kirche, bot eine ganzheitliche Perspektive: es war ein Werk des Glaubens, diakonische Kirche und Lebenshilfe für Kranke wie für die Schwestern. Glaubens-, Lebens- und Dienstgemeinschaft. »Man sagt, so eintönige Verrichtungen wie das Kämmen schmutziger Köpfe und das Verbinden abstoßender Wunden könnten nur die übernehmen, die darauf angewiesen sind, Geld zu verdienen«, schrieb damals Florence Nightingale, Fliedners Schwesternschülerin, in ihr Kaiserswerther Tagebuch. »Die so denken, sollten einmal die Atmosphäre erleben, die ein Krankenhaus beseelt, das man als Schule Gottes ansehen darf, in der Patienten wie Pflegerinnen Gewinn davon tragen.«

Später kritisierte die Erfinderin der modernen Krankenpflege, dass ihre damalige Pflegeausbildung in hohem Maße aus Allgemeinbildung und biblischem Unterricht bestand. Auch von einem Verdienst konnte damals kaum die Rede sein – Versorgung war der entscheidende Vorteil. Aber das Ansehen dieser Frauen war eben so hoch wie ihr Selbstbewusstsein, das Bewusstsein, eine neue soziale und kirchliche Bewegung mit zu gestalten – und zwar mit eigener Würde und mit Sinn für Qualität. In den Gestellungsverträgen der Schwestern mit anderen Einrichtungen legte das Mutterhaus viel Wert auf die Zeiten für Bildung und Erholung, aber auch auf die Qualität der Arbeit. War die nicht mehr gewährleistet, wurden die Kaiserswerther Diakonissen zurückbeordert. Dass die Ersatzfamilie nach patriarchalen Strukturen funktionierte, entsprach den Regeln der Zeit. Damit wurde allerdings die Grundlage gelegt für eine Dominanz der geistlichen, später der medizinischen Leitung über die Pflege. Friederike Münster, Theodor Fliedners erste Frau, hat das, wie wir in ihren Briefen lesen, vorsichtig kritisiert. Mehr noch: sie hat auch damals schon gefragt, ob die selbstverständliche Verknüpfung von Pflegeausbildung und Diakonissengemeinschaft ein Zukunftsmodell ist. Es war diese Frage, die später, als Säkularisierung und Frauenemanzipation sich ausbreiteten, die Grundfesten der Mutterhäuser erschüttern sollte. Freie Pflegeverbände entwickelten sich, und auch innerhalb der Kirche wurde mit Friedrich Zimmers Diakonieverein in Zehlendorf eine Alternative zum Diakonissenmodell, und bald auch zur Versorgungs- und Taschengelddiakonie aufgebaut. Die Grundlage der so genannten »weiblichen Diakonie« – die Zuordnung von Pflege und Erziehungsarbeit zu einem Frauenberuf, der Versorgung und Schutz, oft auch Vorbereitung auf die Mutterrolle, aber kaum Entlohnung bot, und schließlich die Identifikation des Diakonats der Frau mit dem Beruf der Diakonisse erodierten in den

⁹ Hebr. 4, 14f.

¹⁰ Im Jahr 1930 gab es ca. 30.000 Diakonissen im Kaiserswerther Verband, zu dem bis heute 64 Mutterhäuser in Deutschland und (über die Generalkonferenz) auch Gemeinschaften von Skandinavien bis Brasilien gehören. Vgl. Cornelia Coenen-Marx, Art. Diakon, Diakonisse, Evangelisches Soziallexikon, Stuttgart 2001

60-er und 70-er Jahren. Der wachsende Wohlfahrtsstaat, die Frauenbewegung, ein neues Selbstverständnis der Pflege und nicht zuletzt eine zunehmende Selbstsäkularisierung der Diakonie ließen die Mutterhäuser der »weiblichen Diakonie« zu Diakoniewerken und bald schon zu Diakonieunternehmen werden. Frauen, die sich zusätzlich zu ihrer Fachlichkeit biblisch-diakonisch ausbilden lassen wollten, konnten jetzt Diakoninnen werden und zogen damit der »männlichen Diakonie« Wicherscher Prägung gleich. An die Stelle der Vorsteher traten bald schon Kaufleute, Altenheim- und Krankenhausmanager, an die Stelle der Oberinnen Pflegedienstleitungen, inzwischen auch Pflegemanager.¹¹ Pflege ist auch in den Einrichtungen der Diakonie zu einer qualifizierten Dienstleistung geworden, deren geistliche Ausrichtung für die Fachlichkeit keine Rolle mehr spielt.

Einige Probleme, Fragen und Ideen aber sind geblieben: Noch immer nämlich werden die Pflege- und Erziehungsberufe wie typische Frauenberufe bezahlt, zu gering bezahlt also, als ginge es lediglich um zusätzliche Versorgung und nicht um eine Vollerwerbstätigkeit. Nur, dass der niedrige Verdienst eben nicht mehr durch den gesellschaftlichen Status der neuen, sozialen Bewegung ausgeglichen wird. Auch heute gibt es noch – oder wieder – Versorgungsprobleme, was die Care-Arbeit in einer zunehmend globalen und mobilen Wirtschaft mit hoher Frauenerwerbstätigkeit angeht. Es gibt einen Nachholbedarf an Betreuungseinrichtungen insbesondere für die Kinderbetreuung, und einen wachsenden Bedarf an Pflege. Angesichts des quantitativen Ausbaus und der Belastung der sozialen Sicherungssysteme bzw. der Lohnkosten durch Sozialkosten¹² wurde bislang nur in Ansätzen über die Qualität von öffentlicher Erziehung und Kinderbetreuung, und erst in den letzten Jahren über die Qualität der Pflege diskutiert. Der besondere Wert der beruflichen Bildung, der Mitte des 19. Jahrhunderts auch im Blick auf die berufliche Weiterbildung diakonischer Schwestern und Brüder außer Frage stand, wird zwar heute öffentlich viel beschworen; noch immer aber lässt die Durchlässigkeit des Pflegebildungssystem zwischen den verschiedenen Pflegefachschulen, Hochschulen und Weiterbildungseinrichtungen zu wünschen übrig. Und schließlich ist der Zusammenhang von Fachlichkeit und Spiritualität auch in Einrichtungen von Diakonie und Caritas neu zu buchstabieren.

4. Zerbrochene Ganzheitlichkeit oder Chancen und Grenzen des diakonischen Profils

Als theologischer Vorstand der Kaiserswerther Diakonie, dem alten Diakonissenmutterhaus Theodor Fliedners, habe ich zwischen 1998 und 2014 versucht, an einigen dieser Fragen zu arbeiten. Es ging mir darum, die Chancen eines diakonischen Komplexunternehmens zu nutzen, zu dem unter anderem Krankenhaus, Altenhilfeeinrichtungen, Behindertenarbeit, Psychiatrie und Diakoniestation gehören. Wo Menschen früher »von der Wiege bis zur Bahre« ein Stück Heimat in Krisen und Schwellensituationen fanden, ist inzwischen ein diakonischer Konzern entstanden. Gleiche Qualitätskriterien, ein abgestimmtes Prozessmanagement und ein gutes Case-Management können auch heute die Schwellen senken und die Übergänge erleichtern, können Menschen Sicherheit geben in einer fremden Umgebung. Mit ihren betreuten Wohneinrichtungen und ambulanten Diensten, den Unterstützungssystemen von Familienpflege bis zu Elternschulen reicht die Kaiserswerther Diakonie in das Lebensumfeld

¹¹ In welchem Umfang die Zahl der Leitenden Theologen zurückgeht, hat der Verband Diakonischer Dienstgeber im Jahr 2008 in einer Umfrage erhoben.

¹² Der Anteil der Gesundheitsausgaben ist allerdings gemessen am Bruttoinlandsprodukt in den letzten 15 Jahren (zwischen 1992 und 2007) lediglich von 10,1 % auf 11,1% gestiegen, so Bettina Schmidt in Eigenverantwortung haben immer die anderen, Bern 2008, S. 77

der Stadt hinein, lässt die Grenzen der stationären Systeme wie einst die der Anstaltsmauern hinter sich. Ich habe davon geträumt, dass die Kaiserswerther Pflege wieder zu einer Marke werde könnte für eine professionelle, beziehungs- und teamorientierte, ethisch bewusste, kultursensible und spirituelle Pflegearbeit. Schließlich gehört bis heute ein ganzes System von Pflegeschulen und Fortbildungsstätten zu diesem Unternehmen; und nicht zuletzt liegen zwei wunderschöne alte Kirchen inmitten der Einrichtungen und Diensten. In einem solchen Milieu, bei diesen Chancen und dieser großen Geschichte käme es, so dachte ich, nur darauf an, die besondere diakonische Kultur neu zu beleben – mit ihrer Ästhetik und bedachten Personalentwicklung, mit ihren Ritualen und Fortbildungsangeboten. Gemeinden und Ehrenamtliche und vor allem die Nutzer, die von der Diakonie noch immer einen besonderen Dienst erwarten, müssten sich dafür gewinnen lassen. Kurz: das Unternehmen sollte ein deutlicheres diakonisches Profil gewinnen und damit die Kirche auf dem Markt gut vertreten – dem Pflege- und Gesundheitsmarkt, wie auch dem wachsenden Markt der Engagierten und Sinnsuchenden.

Denn seit Anfang der 90er Jahre ist klar, dass der Sozialstaat bundesrepublikanischer Prägung gerade im Bereich der Pflege von einem Sozialmarkt abgelöst wurde, der die alten Erstattungs- und Abstimmungsmuster der Freien Wohlfahrtspflege aufgebrochen hat und auf Wettbewerb setzt. Die Institutionenorientierung ist damit der Nutzerorientierung gewichen, statt langfristiger Beziehungen und Lebensräume werden Produkte angeboten, verglichen und verkauft. In Folge dieser Logik arbeiten Kassen wie Nutzer mit dem günstigsten, kompetentesten und effektivsten Anbieter im jeweiligen Sektor zusammen, so dass die Komplexunternehmen sich in Geschäftsbereiche aufspalten. Erfahrungen aus der Wirtschaft und Hinweise von Unternehmensberatungen spielen in den Aufsichtsräten eine immer größere Rolle. Warum aber sollte es nicht gelingen, ein Geschäftsfeld »Gesundheit und Pflege« so auszustatten, dass die Nutzer vom Krankenhaus über die häusliche Versorgung und Beratung bis zu Altenhilfe und Hospiz »alles aus einer Hand« bekommen – ohne Umwege und mit gutem Case-Management?

Sofern die Qualität in allen Bereichen stimmt, wird das wohl eines Tages möglich sein. Voraussetzung wäre allerdings ein Globalbudget, das die Sektorengrenzen zwischen krankenversicherungsfinanzierten und pflegeversicherungsfinanzierten Einrichtungen und Diensten aufhebt und den Wettbewerb zwischen verschiedenen Komplexanbietern ermöglicht. Die Modelle der Integrierten Versorgung machen einstweilen deutlich, wie kompliziert auf Seite der Leistungserbringer die Integration pflegerischen Handelns zwischen Grund- und Behandlungspflege, Kranken- und Altenpflege, Akut- und Langzeitpflege ist und wie viele Schritte noch zu gehen sind, bis die unterschiedlichen Aufgaben- und Leistungsbereiche wirklich anschlussfähig und gleichbedeutend nebeneinander stehen. Dazu bedarf es definierter Verfahren und Verantwortungsbereiche, interdisziplinärer und standardisierter Dokumentationen, definierter Qualitätsindikatoren und Verfahren der Überleitung und gemeinsamer Budgetverhandlungen. Transparenz und Öffnung, eine gemeinsame Sprache und Kultur und letztlich ein gemeinsames Berufsverständnis sind also gefragt.

Eine diakonische Pflegekette mit einem gemeinsamen Leitbild, gemeinsamen Qualitätskriterien und einem besonderen ethischen und spirituellen Profil, die Mitarbeitende entsprechend ausbildet und qualifiziert und damit gerade solche Nutzer anspricht, die von der Diakonie mehr erwarten als professionelle Arbeit – das wäre eine interessante Zukunftsvision. Liegt nicht gerade darin ein Mehrwert gegenüber Mitbewerbern wie Helios oder Asklepios, ähnlich wie anthroposophische Häuser ihn sich – oft sogar unter Einkommensverzichten der Mitarbeiterschaft – erarbeitet haben? Allerdings wird die Seelsorge hierzulande nach wie vor als Versorgungsleistung der großen Volkskirchen verstanden und über Steuern finanziert – auch wenn die Kosten für Krankenhaus- und Altenheimseelsorge oder

Hospizseelsorge inzwischen zunehmend von den diakonischen Trägern selbst erbracht werden – ebenso wie übrigens die für den Ethikunterricht in den Pflegeschulen. Bei allem Interesse an diakonischer Profilierung müssen diese Ausgaben dann aus den Leistungen der Kostenträger mitfinanziert werden und gehen damit bei einem engen Budget zu Lasten von ärztlichen oder pflegerischen Diensten. Die Profilierung der Diakonie hängt also ganz wesentlich davon ab, dass und wie sich Gemeinden und engagierte Christen mit diakonischen Einrichtungen und Diensten vernetzen. Wo das gelingt, können Gemeinden und ambulante Dienste der Diakonie gemeinsam viel beitragen zur Entwicklung des Dritten Sektors oder der Caring Communities, die wir aus der amerikanischen Gemeinwesenarbeit kennen.

Tatsächlich aber brauchen solche Prozesse eine Verständigung über unterschiedliche Kulturen hinweg. Der Druck einer durchorganisierten Arbeitswelt in der Unternehmensdiakonie im Unterschied zur Lebenswelt-Orientierung der Kirchengemeinden, die Spannung zwischen ökonomisierter Marktlogik und steuerfinanzierten Gemeindesystemen, zwischen Beruflichkeit und Ehrenamt kann die Vernetzung erschweren. Viel hängt davon ab, dass Gemeinden das gesamte Quartier, ja die Region im Blick haben, in der sie arbeiten und leben – mit ihren Altenwohnungen und Gesundheitsdiensten, mit Kommune und Wohlfahrtseinrichtungen und vor allem mit den Menschen, die heute dringend Unterstützung brauchen. Gebrechliche und Demenzkranke, Empfänger von Transferleistungen, von Armut bedrohte Familien finden oft nur noch schwer Zugang zum Gesundheitssystem. Angehörige die oft bis an den Rand ihrer Kräfte Nächstenliebe üben, vereinsamen und werden oft übersehen.

5. Von den Grenzen des Marktparadigmas : Verletzlichkeit, Ausschluss und Überforderung

»Wenn ich das Sagen hätte, würde ein Staatssekretär für die Emanzipation von Menschen mit Alzheimer eingesetzt und die Politik träge Vorbereitungen für die Demenz-Explosion. Dann stünden unsere Wünsche bei der Pflege im Mittelpunkt, und auch der Demenzkranke hätte das Recht auf Privatsphäre und Freiheit. Wenn ich das Sagen hätte, würde Ruhe-Medikation verboten ...«, fordert Stella Braam in dem Buch, das sie zusammen mit ihrem Alzheimer-kranken Vater aufgeschrieben hat.¹³ Sie bezweifelt, dass die notwendigen Veränderungen auf dem Pflegesektor aus den sozialen Diensten selbst kommen. Eine Betroffenen- und Angehörigenbewegung sei vielmehr notwendig, meint sie – ein Mentalitätswandel, der am Ende auch die Dienste verändert. Die stillschweigende Aussonderung der Gebrechlichen und Sterbenden aus der Gesellschaft der Fitten und Leistungsstarken müsse einer wirklichen Integration weichen. Ein Menschenbild, das im Wesentlichen auf Autonomie und Tätigsein ausgerichtet war, müsse um die Aspekte der Angewiesenheit und Vergänglichkeit ergänzt werden. Und die Pflege, die in den letzten Jahren auf ihre körperlichen Aspekte reduziert worden war, müsse wieder in ihren sozialen, psychischen und spirituellen Dimensionen gesehen werden.

Die Entwicklung der sozialen Dienste auf dem europäischen Markt lässt allerdings befürchten, dass die Versorgung der Schwächsten auf Dauer noch schwieriger wird. Im Februar 2007 haben die Church and Society-Kommission der KEK und Eurodiaconia gemeinsam ihrer Sorge Ausdruck verliehen, dass die grenzüberschreitende Expansion der Dienste einer Marktlogik Vorschub leisten könn-

¹³ Stella Braam, »Ich habe Alzheimer«, Beltz-Verlag 2008.

te, die sie ihrer speziellen Kennzeichen, ihres öffentlichen und solidarischen Charakters beraubt.¹⁴ Dabei haben sie deutlich gemacht, dass Gesundheits- und Pflegedienste wie soziale Dienste insgesamt nicht der Produzenten-Konsumenten-Logik folgen, sondern dass sie auf einen persönlichen Zugang angewiesen sind, der die Verletzlichen und Abhängigen in einer asymmetrischen Beziehung schützt. Wer Gesundheitsgüter benötigt, befindet sich in einer vulnerablen Situation, die wirtschaftlich zudem leicht ausgenutzt werden kann. Unsicherheiten und Ängste führen dazu, dass Kranke eher auf Maximalversorgung setzen und in ihren Entscheidungen vom Rat der Fachleute abhängig sind. Die mit Gesundheits- und Pflegeberufen verbundenen konfliktären ethischen Fragestellungen wie Entscheidungen über Medikamente, Entmündigung, Einstellung von lebenserhaltenden Maßnahmen oder assistierter Suizid unterliegen in den 27 Mitgliedsländern unterschiedlichen Regelungen, die in die jeweilige Kultur und Sozialgesetzgebung eingebettet sind. Eine Ablösung der Dienste aus diesen historisch, konfessionell und kulturell bedingten gesetzlichen Zusammenhängen bedeutet eine große Gefahr für ihre ethische Verankerung und die Beziehungsgestaltung. Gesundheits- und Pflegedienste können nicht behandelt werden wie andere personale Dienstleistungen etwa im Friseurhandwerk.

5. Blick zurück nach vorn: Neue Zweige als alten Wurzeln?

Nächstenliebe ist mit ökonomischen Kategorien nicht zu erfassen. Aber was wird aus ihr in einem ökonomisierten gesellschaftlichen Umfeld? Interessanterweise bin ich im letzten Jahr des öfteren Schwestern begegnet, die sich aus großen Organisationen gelöst und selbständig gemacht haben – in der Intensivpflege oder Kinderkrankenpflege zum Beispiel. 20 bis 30 Jahre, nachdem die allermeisten Gemeindefröhen an Diakoniestationen abgegeben wurden, scheint das alte Fließbandmodell der Gemeindefröhen wieder lebendig zu werden. Selbständige Pflegekräfte sind die Akteure von Basisgesundheitsdiensten in Mecklenburg und halten gemeinsam mit Hausärzten die Versorgung in größeren Regionen aufrecht. Und selbst hochqualifizierte Pflegekräfte machen sich selbständig, um – selbst unter Verzicht auf Einkommen – die Rhythmen ihrer Arbeit beziehungsorientiert gestalten zu können.

Auch die Idee der Lebens- und Arbeitsgemeinschaft hat sich in einigen Modellen fortgesetzt: in den Häusern der »Arche« leben behinderte und nichtbehinderte Menschen zusammen, Berufstätige und diejenigen, die für Care-Arbeit zuständig sind, teilen ihr Einkommen und der gemeinsame Glaube hält sie zusammen. Aber auch in den neuen Lebensgemeinschaften von Älteren, in den Mehrgenerationenhäusern wird Leben und Hilfe geteilt. Wohngruppen für Demenzkranke, in denen eine überschaubare Zahl von Mitarbeitenden für Kontinuität sorgt und die Hausarbeit so wichtig genommen wird wie die Pflege, leben von Unmittelbarkeit, Überschaubarkeit und der Teilhabe aller. Gemeindefröhen, Lebens- und Wohngemeinschaften, Orientierung an Rhythmen und Lebensvollzügen, spirituelle Achtsamkeit – das alles scheint inzwischen vielen, die auf ihre eigene Gesundheit achten oder in Gesundheitsberufen arbeiten, so wichtig wie das Nachdenken über Institutionen, Organisationen und Management. Eine Graswurzelbewegung ist im Gang, die sich ausbreitet und Elemente der Anfänge wieder aufnimmt, während die privaten und gemeinnützigen Gesundheitsunternehmen sich unter großer Publicity zu immer größeren, wettbewerbsfähigen Ketten zusammenschließen.

¹⁴ Presseerklärung der Kommission Kirche und Gesellschaft der Konferenz Europäischer Kirchen und des Sekretariats von Eurodiaconia, Februar 2008

Wie kann die Zukunft der Pflege aussehen angesichts der Herausforderungen des demographischen Wandels, angesichts der Zunahme chronischer und psychischer Erkrankungen, von Demenz und Depression? Gesellschaftspolitisch gilt es einzustehen für eine Aufwertung der Pflege als eigenständigem Beruf in Kooperation mit den Mediziner*innen, aber auch für letztlich kostensparende, qualitativ hochwertige medizinische Kompetenzzentren, eine Überschreitung stationärer und ambulanter Sektoren, die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und unausgelasteten technischen Geräten – kurz für Investitionen in Menschen und Netzwerke statt in Status, Technik und minimale Innovationen im Arzneimittelmarkt. Hier liegen alternative Wirtschaftlichkeitsreserven für das Gesundheitswesen, die öffentlich kaum diskutiert werden – ebenso wenig wie die Möglichkeit, offensiv in die arbeitsplatzrelevante Wachstumsbranche Gesundheitswesen zu investieren, obgleich schon eine Beitragssteigerung von 1% in der GVK zu einem Beschäftigungszuwachs von 95.000 Jobs führen könnte.¹⁵ Solche Maßnahmen des Umsteuerns ließen sich allerdings nur dann erreichen, wenn ein neues Bewusstsein für den Wert der Pflege Raum griffe.

Der dafür notwendige Mentalitätswandel wird schwierig, ist aber in jedem Fall unvermeidbar. Schließlich ist er auch die Voraussetzung für die Anerkennung des Einsatzes von Familienangehörigen, Nachbarn und Freunden. Die Zukunft gehört den kleinen Einheiten, die mit spezialisierten Diensten und Einrichtungen vernetzt sind. Wohnortnah werden sie die Chance bieten, Freiwillige und eben auch die Kirchengemeinden weit mehr als bisher einzubeziehen. Damit kommt »die Diakonie« zurück in die Gemeinde – in den ambulantiserten Unternehmensteilen ist sie längst da. Das zu entdecken und die damit verbundenen Chancen zu nutzen, wird wesentlich für die gegenwärtigen Reformprozesse der Kirche sein, bei denen in mancher Hinsicht durchaus an Wicherns Reformideen anzuknüpfen wäre.¹⁶ Gemeinden, die diakonisch gut vernetzt und orientiert sind, bieten lohnende Lebensräume für Ältere wie für Familien, aber auch für alle, die sich sinnvoll engagieren möchten. Nächstenliebe nämlich lässt sich nicht professionalisieren – professionalisieren lassen sich nur die Rahmenbedingungen der Arbeit, die Schutzräume, die den Respekt vor der Person sichern, die Fachlichkeit – kaum aber die innere Haltung, und letztlich gar nicht die Emotionalität. »Es gebe niemand die Seele preis um der Kunst willen«, hat Friederike Fliedner einmal gesagt. Sie meinte die Krankenpflegekunst. Professionalisierung und Ökonomisierung sind an eine Grenze gelangt. Wir brauchen eine neue Bewegung der spirituellen Achtsamkeit und des bewussten Carings – mit Männern und Frauen, in und außerhalb der Kirche.

Cornelia Coenen-Marx, Bad Boll, 10. März 2009

¹⁵ so z.B. Bettina Schmidt in »Eigenverantwortung haben immer die anderen«, Bern 2008, S. 69

¹⁶ vgl. z.B. Frank Otfried July, Kirche und Diakonie- eine Erinnerung an Wichern in gegenwärtiger Absicht in: Volker Hermann (Hrsg) Johann Hinrich Wichern- Erbe und Auftrag, Heidelberg 2007