
**Inauguraldissertation
zur Erlangung des akademischen Doktorgrades (Dr. phil.)
im Fach Diakoniewissenschaft
an der Fakultät für Verhaltens- und
Empirische Kulturwissenschaften
der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg**

Titel der Dissertation
Wohnen im Alter und Pflege im Wandel
Im Spiegel des Frankfurter Diakonissenhauses –
Perspektiven (diakonischen Handelns)
in einer alternden Gesellschaft

vorgelegt von
Rosemarie Schließmann
aus Wetzlar

Jahr der Einreichung
2015

Dekan: Prof. Dr. Klaus Fiedler
Berater: Prof. Dr. Heinz Schmidt

Inhaltsverzeichnis

1 Thematische Einleitung	4
2 Organisationstheoretische Vorüberlegungen als Instrument zur Analyse der geschichtlichen Entwicklungen in der Pflege.....	7
2.1 Institutionalistischer Ansatz.....	7
2.2 Funktionalistische Theorie	10
3 Geschichtliche Entwicklungen in der Pflege und seine Auswirkungen auf das Frankfurter Diakonissenhaus.....	15
3.1 Industrialisierung und Jahrhundertwende (1870-1914).....	15
3.1.1 Politische und sozialpolitische Ereignisse.....	16
3.1.2 Prägende Persönlichkeit der Pflege: Fliedner.....	17
3.1.3 Auswirkungen auf das Frankfurter Diakonissenhaus.....	19
3.1.3.1 Akteure, Kommunikation, Konfliktfelder.....	20
3.1.3.2 Arbeitsorganisation und Struktur	21
3.1.3.3 Werte und Ethik.....	25
3.2 Vom Ersten bis zum Zweiten Weltkrieg (1914-1945).....	25
3.2.1 Politische und sozialpolitische Ereignisse.....	26
3.2.2 Prägende Persönlichkeit der Pflege: Karl	29
3.2.3 Auswirkungen auf das Frankfurter Diakonissenhaus.....	32
3.2.3.1 Akteure, Kommunikation, Konfliktfelder.....	32
3.2.3.2 Arbeitsorganisation und Struktur	34
3.2.3.3 Werte und Ethik.....	37
3.3 Nach dem Zweiten Weltkrieg bis zum Pflegenotstand (1945-1980).....	39
3.3.1 Politische und sozialpolitische Ereignisse.....	39
3.3.2 Prägende Persönlichkeit der Epoche im Fokus der Pflege: Juchli....	43
3.3.3 Auswirkungen auf das Frankfurter Diakonissenhaus.....	45
3.3.3.1 Akteure, Kommunikation, Konfliktfelder.....	46
3.3.3.2 Arbeitsorganisation und Struktur	47
3.3.3.3 Werte und Ethik.....	50
3.4 Vom Pflegenotstand ins neue Jahrtausend (1980-2012).....	52
3.4.1 Politische und sozialpolitische Ereignisse.....	52
3.4.2 Prägende Persönlichkeit der Epoche im Fokus der Pflege: Dörner ..	57
3.4.3 Auswirkungen auf das Frankfurter Diakonissenhaus.....	60
3.4.3.1 Akteure, Kommunikation, Konfliktfelder.....	60

3.4.3.2 Arbeitsorganisation und Struktur	61
3.4.3.3 Werte und Ethik.....	67
3.5 Resümee.....	70
4 Entwicklungen in der Gemeindekranken- und Altenheimpflege aus der Sicht des Frankfurter Diakonissenhauses	78
4.1 Theoretische Grundlagen: Qualitative Leitfadeninterviews	78
4.2 Auswertung der qualitativen Interviews.....	82
4.2.1 Gemeindekrankenpflege (1970-1995).....	82
4.2.2 Altenpflegeheim (1980-2000)	88
4.3 Theoretische Grundlagen: Quantitative Fragebögen	91
4.4 Auswertungen der quantitativen Fragebögen	97
4.4.1 Ambulante Pflege	97
4.4.2 Pflegeheim Nellinistift	104
4.4.3 Feierabendschwwestern	113
4.4.4 Diakonissen im Dienst	122
4.5 Resümee.....	126
5 Perspektiven (diakonischen Handelns) in einer alternden Gesellschaft	128
5.1 Begriffsbestimmungen	128
5.1.1 Alternde Gesellschaft.....	128
5.1.2 Altersbilder.....	131
5.1.3 Aspekte diakonischer Bildung.....	136
5.2 Lebenswelten der älteren Generationen	141
5.3 Spiritualität im Älterwerden	147
5.4 Wohnformen im Alter	152
5.5 Demenz im Alter	157
5.6 Technikgestützte Assistenzsysteme	164
5.7 Solidarökonomische Blickwinkel	168
5.8 Resümee.....	174
6 Herausforderungen im 21. Jahrhundert: Vom Heim zum „stadtteil- integrierten Servicehaus“ – Sektorenübergreifende Zusammenarbeit	178
6.1 Konzeptionen	179
6.1.1 Soziale Stadt	179
6.1.2 Gemeinwesendiakonie	184
6.1.3 Integrierte Versorgung in Frankfurt.....	190
6.1.4 Soziale Innovationen	193

6.2 Resümee.....	201
7 Managementinstrumente.....	206
7.1 Case und Care Management.....	207
7.2 Change Management.....	213
7.3 Netzwerkmanagement.....	221
7.4 Freiwilligenmanagement.....	227
7.5 Informationsmanagement.....	233
8 Sektorenübergreifende Zusammenarbeit außerhalb und innerhalb von Deutschland.....	238
8.1 Schweiz.....	240
8.2 Niederlande.....	244
8.3 Großbritannien.....	248
8.4 Spanien.....	253
8.5 Deutschland.....	259
8.6 Resümee.....	269
9 Ausblick: Settings für alte Menschen und für Unterstützungsnetzwerke – Perspektivische Ansätze für das Frankfurter Diakonissenhaus.....	273
<hr/>	
Literaturverzeichnis.....	283
Abbildungsverzeichnis.....	327
Abkürzungsverzeichnis.....	331
Erklärung gemäß § 8 Abs. 1 Buchstabe b) und c) der.....	333
Promotionsordnung der Universität Heidelberg für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften.....	333
Anhang.....	334
Qualitative Leitfadeninterviews.....	334
Qualitative Inhaltsanalyse der Leitfadeninterviews.....	424
Quantitative Fragebögen.....	446
Bildmaterial aus dem Archiv des Frankfurter Diakonissenhauses.....	452
Danksagung.....	453

1 Thematische Einleitung

Der gegenwärtigen gesellschaftlichen Situation alter Menschen liegt eine lange geschichtliche Entwicklung zugrunde. Bis ins 19. Jahrhundert bedeutete Alter für viele Armut. Insgesamt gab es nur wenige alte bis sehr alte Menschen. Die Situation war insbesondere dann schwierig, wenn alte Menschen ihre Angehörigen durch Krankheit oder Tod verloren hatten.¹ Aufgrund des demografischen Wandels stellt sich auch heute die Frage nach der Versorgung alter Menschen, die nicht von Angehörigen umsorgt werden können. So hat sich neben der medizinisch-pflegerischen Betreuung die Unterstützung in der Lebens- und Alltagsgestaltung als Schwerpunkt der Altenpflege entwickelt. Jede Form von Pflege und Betreuung ist geprägt von den politischen, sozialen und wirtschaftlichen Voraussetzungen ihrer Zeit.² Wie sich Pflege und Wohnen im Alter in einer sich ständig verändernden Gesellschaft weiterentwickeln, stelle ich im Spiegel des Frankfurter Diakonissenhauses dar. Ziel dieser Arbeit ist es herauszufinden, wie sich die wirtschaftlichen, politischen und institutionellen Akteure gegenseitig beeinflussen, um geeignete Lösungen für die Versorgung und Betreuung alter Menschen zu finden: Welche Entwicklungen sind zu beobachten? Welche Faktoren spielen als Lösungsansätze eine Rolle? Welche Bedeutung hat die Geschichte für heutige Fragestellungen?

Um Kriterien für die Gegenüberstellung geschichtlicher Entwicklungen in der Pflege (Kap. 3.5) zu gewinnen, stelle ich organisationstheoretische Überlegungen voraus (Kap. 2): Der institutionalistische Ansatz (Kap. 2.1) beleuchtet Entwicklungen innerhalb einer Organisation oder in der Zusammenarbeit ähnlicher Organisationen. Die funktionalistische Theorie, die auf Luhmanns systemtheoretischem Ansatz fußt (Kap. 2.2), legt den Schwerpunkt auf die Kommunikation und auf relevante Umwelten, die für eine Organisation überlebenswichtig sind. Sodann werden die geschichtlichen Entwicklungen der Pflege von den Anfängen bis heute in Kapitel 3 entfaltet und in vier Epochen untergliedert: Industrialisierung und Jahrhundertwende (Kap. 3.1), vom Ersten bis zum Zweiten Weltkrieg (Kap. 3.2), nach dem Zweiten Weltkrieg bis zum Pflegenotstand (Kap. 3.3), vom Pflegenotstand ins neue Jahrtausend (Kap. 3.4). Dabei stehen die politischen und sozialpolitischen Ereignisse (Kap. 3.1.1, Kap. 3.2.1, Kap. 3.3.1, Kap. 3.4.1) und deren Auswirkungen auf das Frankfurter Diakonissenhaus (Kap.

¹ Vgl. <http://www.geroweb.de/krankenpflege/geschichte-der-pflege.html> (Abruf 2.9.11)

² Vgl. Kämmer, 2008, S. 23 f.

3.1.3, Kap. 3.2.3, Kap. 3.3.3, Kap. 3.4.3) im Fokus. Dementsprechend verschränken sich die allgemeinen gesellschaftlichen Entwicklungen mit einer konkreten diakonischen Einrichtung, dem Frankfurter Diakonissenhaus. Des Weiteren wird in jeder Epoche eine Persönlichkeit vorgestellt, die für die Weiterentwicklung der Pflege prägend war und ist: Theodor Fliedner als Begründer der diakonischen Krankenpflege (Kap. 3.1.2), Agnes Karll als Kämpferin für berufspolitische Fragestellungen in der Pflege (Kap. 3.2.1), Liliane Juchli als deutschsprachige Pionierin eines Pflegemodells (Kap. 3.3.2) und Klaus Dörner als Vordenker sektorenübergreifender Zusammenarbeit in der Pflege (Kap. 3.4.2). Diese Entwicklungen werden mit qualitativen Leitfadeninterviews (Kap. 4.2) in der Gemeindekrankenpflege und im Altenpflegeheim im Spiegel des Frankfurter Diakonissenhauses weiter ausdifferenziert. Mithilfe von quantitativen Fragebögen werden aktuelle Tendenzen in der ambulanten Pflege (Kap. 4.4.1), im Pflegeheim (Kap. 4.4.2), bei den Feierabendschwwestern als eine Gruppe älterer Personen im Frankfurter Diakonissenhaus (Kap. 4.4.3) und bei den dort lebenden Diakonissen im Dienst (Kap. 4.4.4) beleuchtet. Die unterschiedlichen Aufgabenfelder, die in einer alternden Gesellschaft (Kap. 5.1) Thema sind, wie beispielsweise Wohnformen im Alter (Kap. 5.4), Demenz im Alter (Kap. 5.5) oder technikgestützte Assistenzsysteme (Kap. 5.6), werden mit Perspektiven (diakonischen Handelns) verknüpft, die das Entwickeln von Altersbildern (Kap. 5.1.2) und (diakonischen) Handlungsperspektiven (Kap. 5.1.3) mit einschließen. Darüber hinaus werden die Lebenswelten der älteren Generationen (Kap. 5.2) und die Spiritualität im Älterwerden (Kap. 5.3) reflektiert, um Anknüpfungspunkte für Unterstützungsangebote im Alter zu gewinnen. Dabei eröffnen solidarökonomische Blickwinkel (Kap. 5.7) weitere Finanzierungsmodelle der Unterstützungsnetzwerke im Älterwerden. Aus den ausgeführten Perspektiven wird erkennbar, dass die sektorenübergreifende Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure aus Medizin, Pflege, Sozialer Arbeit, Wirtschaft etc. eine wesentliche Herausforderung in einer alternden Gesellschaft (Kap. 6, Kap. 8) ist. Dafür gibt es erprobte Konzeptionen und Projekte, die diesen Prozess voranbringen möchten, wie „Soziale Stadt“ (Kap. 6.1.1), Gemeinwesendiakonie (Kap. 6.1.2), Integrierte Versorgung (Kap. 6.1.3) und soziale Innovationen (Kap. 6.1.4). Um die Kommunikation zwischen den Sektoren verlässlich auszubauen, bedarf es diverser Managementinstrumente (Kap. 7), die an Beispielen der Pflege ausgeführt werden. Gleichzeitig ist auch die Finanzierung von Unterstützungsnetzwerken mit-

zubedenken. Ein Blick in andere Gesundheitssysteme wie in die Schweiz (Kap. 8.1), in die Niederlande (Kap. 8.2), nach Großbritannien (Kap. 8.3) und nach Spanien (Kap. 8.4) eröffnet weitere Handlungsperspektiven für die Ausgestaltung sektorenübergreifender Zusammenarbeit. Um diese Anregungen aufzunehmen, werden die Rahmenbedingungen innerhalb Deutschlands (Kap. 8.5) reflektiert.

Die in Kapitel 2 bis Kapitel 8 benannten unterschiedlichen Facetten zum „Wandel der Pflege“ und zu „Wohnen im Alter“ stehen nicht unbedingt in einem kausalen Zusammenhang, haben aber gemeinsame Berührungsflächen und helfen, Settings für alte Menschen und für Unterstützungsnetzwerke (Kap. 9) zu generieren. Dabei beziehe ich mich auf die Situation in Westdeutschland. Die Architektur dieser Arbeit lässt sich grafisch wie folgt darstellen:



Abb. 1: Architektur der Arbeit³

³ eigene Abbildung

2 Organisationstheoretische Vorüberlegungen als Instrument zur Analyse der geschichtlichen Entwicklungen in der Pflege

Organisationstheorien messen einer effizienten Steuerung von Arbeitsprozessen große Bedeutung bei, die sich in der Organisationsstruktur niederschlägt. Darüber hinaus ist das Wissen von relevanten Umwelten entscheidend, um das Überleben von Organisationen zu sichern.⁴ Der institutionalistische Ansatz und die funktionalistische Theorie beleuchten Anforderungen und Erwartungen entsprechender Umwelten. Die Umwelten des Frankfurter Diakonissenhauses haben sich im Laufe der Geschichte verändert und werden unter organisationstheoretischen Gesichtspunkten reflektiert.

2.1 Institutionalistischer Ansatz

Berger und Luckmann gehen in ihrer Theorie davon aus, dass „Wirklichkeit sozial konstruiert“ ist: Alltagserfahrungen bestimmen, was als „wirklich“ angesehen wird.⁵ Mit Institutionalisierung bezeichnen sie zum einen den Prozess, in dem soziale Beziehungen und Handlungen nicht mehr hinterfragt werden, da sie als geeignet und angemessen betrachtet werden. Zum anderen bezeichnen sie mit Institutionalisierung den Zustand gesellschaftlich und kulturell geteilter Gedanken, der Handlungen in einer Institution möglich werden lässt und andere nicht. D. h. Institutionen bestehen weniger aus bewussten Handlungen als vielmehr aus routinemäßigen Verfahren, die durch Störungen der Umwelt unterbrochen werden. Diese Verhaltensabläufe werden auch institutionalisierte Elemente genannt und sind „kulturell bedingte Regeln“, die bestimmten Handlungen Sinn und Bedeutung geben und diese in einen übergeordneten Rahmen stellen.⁶ Organisationen erhöhen ihre Legitimität, indem sie institutionalisierte Elemente in ihre Organisationsstruktur aufnehmen. Sie zeigen damit, dass sie ein „Subsystem der Gesellschaft und kein unabhängiges System“ sind. Unabhängig von ihrer technischen Wirksamkeit tragen institutionalisierte Elemente dazu bei, dass Organisationen den gesellschaftlichen Erfordernissen entsprechen, als organisiert und modern wahrgenommen werden. Damit verbessern sie auch den Zugang zu den Ressourcen für ihre Überlebensfähigkeit.⁷

⁴ Vgl. Kieser, 1999, S. 169.

⁵ Vgl. Walgenbach, 1999, S. 320.

⁶ Vgl. Walgenbach, 1999, S. 321-323.

⁷ Vgl. Meyer/Rowan, 1977, S. 344.

Nach Meyer / Rowan ist die Entwicklung institutionalisierter Rationalitätsmythen entscheidend. Dabei kann sich erheblich unterscheiden, was in einzelnen Umwelten als rational bezeichnet wird: Beispielsweise betonen technische Umwelten eine Rationalität, die sich an Vorschriften orientiert und in vorhersagbarer Weise Ergebnisse liefert. Hingegen liefern institutionelle Umwelten anderen Akteuren Begründungen für ihre Handlungen, Strukturen und Konzepte.⁸ „Normen der Rationalität sind nämlich keine allgemeinen Werte, sondern sie existieren in spezifischerer und einflußstärkerer Weise in den Regeln, dem Verständnis und der Bedeutung, die institutionalisierten Elementen in einzelnen Umwelten der Organisation gegeben werden. [...] Rationalitätsmythen bezeichnen Regeln und Annahmegerüste, die rational in dem Sinn sind, dass sie soziale Ziele bestimmen und in regelhafter Weise festlegen, welche Mittel zur rationalen Verfolgung dieser Zwecke angemessen sind.“⁹ D. h. ihre Wirksamkeit ist abhängig von gemeinsamen Glaubensüberzeugungen und kann nicht objektiv nachgeprüft werden. Daher werden sie als Mythen bezeichnet.¹⁰

Im institutionalistischen Ansatz werden folgende Strukturen untersucht: die Beziehungen zwischen ähnlichen Organisationen, die horizontalen Verbindungen zwischen Organisationen z. B. zwischen Unternehmen und Kunden, die vertikalen Beziehungen, beispielsweise Mutter- und Tochterunternehmen, und die lokalen und internationalen Beziehungen zwischen Organisationen. Der institutionalistische Ansatz bezieht sich somit nicht in erster Linie auf die ganze Gesellschaft oder auf einzelne Organisationen, sondern auf Gruppen von Organisationen, die von einem gemeinsamen Wertesystem getragen sind, die organisationalen Felder. Diese werden erkennbar durch aufeinander bezogene Handlungen und Regeln.¹¹ Vier Aspekte bestimmen den Prozess der Institutionalisierung und die Herausbildung solcher organisationaler Felder:

- eine zunehmende Wechselbeziehung zwischen den Organisationen
- Verbindungsmuster oder Machtstrukturen zwischen den Organisationen
- eine Zunahme von Informationen, die die Organisationen bewältigen müssen

⁸ Vgl. Walgenbach, 1999, S. 327.

⁹ Walgenbach, 1999, S. 325.

¹⁰ Vgl. Walgenbach, 1999, S. 325.

¹¹ Vgl. Walgenbach, 1999, S. 333.

- die wechselseitige Wahrnehmung der Zusammenarbeit unter den Mitgliedern der Organisationen und das Entwickeln eines gemeinsamen „Deutungssystems“¹²

Sobald sich ein organisationales Feld entwickelt hat, werden sich die darin agierenden Organisationen immer ähnlicher.¹³

Es treffen zwei unterschiedliche Sichtweisen aufeinander: In makroinstitutionalistischen Ansätzen werden die Erwartungen der Umwelten konkretisiert, wie z. B. der Einfluss des Staates oder der Berufs- und Wirtschaftsverbände. In mikroinstitutionalistischen Ansätzen werden Organisationen selbst als Institutionen betrachtet sowie der Aspekt, dass Organisationen moderne Gesellschaften durchdringen und verändern können. D. h. Organisationen werden dann zur Institution, wenn von ihnen maßgebliche Einflüsse auf die Umwelt ausgehen und sie kulturell beständig sind.¹⁴ Nach Oliver gibt es Strategien und Taktiken, mit denen Organisationen auf die Institutionalisierung von Regeln und Erwartungen antworten können. Damit wird deutlich, dass Organisationen aktive Verhaltensstrategien entwickeln können:

Strategien	Taktiken	Beispiele für die Taktiken
1. Erdulden	a. Gewöhnen b. Imitieren c. Befolgen	Als gesichert geltende Normen befolgen Institutionalisierte Modelle nachahmen Regeln befolgen und Normen akzeptieren
2. Kompromiß	a. Ausgleichen b. Befriedigen c. Verhandeln	Erwartungen unterschiedlicher Akteure ausgleichen Besänftigen, institutionalisierte Elemente anpassen Mit den "stakeholdern" in Verhandlungen treten
3. Vermeiden	a. Verbergen b. Puffern c. Fliehen	Nichtkonformität verstecken Anknüpfung zur institutionellen Umwelt lockern Ziele, Aktivitäten oder Standort ändern
4. Trotzen	a. Zurückweisen b. Herausfordern c. Angreifen	Explizite Normen und Werte ignorieren Gegen Regeln und Anforderungen ankämpfen Quellen institutionalisierter Zwänge angreifen
5. Manipulieren	a. Kooptieren b. Beeinflussen c. Steuern	Einflußreiche Akteure einbinden Werte und Kriterien entwickeln und formen Institutionelle Akteure und Prozesse beherrschen

Abb. 2: „Strategische Reaktionen auf institutionalisierte Erwartungen“¹⁵

Welche der Strategien angewandt wird, hängt u. a. von folgenden Faktoren ab:

- inwieweit eine Regel oder Erwartung institutionalisiert ist
- wie hoch ihre Wirksamkeit ist

¹² Vgl. Walgenbach, 1999, S. 333.

¹³ Vgl. Di Maggio/Powell, 1991, S. 64.

¹⁴ Vgl. Walgenbach, 1999, S. 342-343.

¹⁵ Oliver, 1991, S.152, in: Walgenbach, 1999, S. 349.

- welchen Interessen eine Organisation nachgeht
- welche Macht eine Organisation hat, um sich durchzusetzen¹⁶

Ist z. B. eine Erwartung wenig institutionalisiert oder steht in Widerspruch zu den Interessen der Organisation, kann sich eine Organisation, wenn sie über ausreichend Mittel und Macht verfügt, gegen die Erwartungen der neuen Anforderung stellen.

Die Stärken des institutionalistischen Ansatzes liegen darin, die Handlungsweisen von Organisationen zu erklären, die als stabil gelten. Des Weiteren werden die Auswirkungen institutioneller Umwelten auf Organisationen und den langfristigen Wandel von Organisationen näher beleuchtet.¹⁷ Die Schwächen dieses Ansatzes liegen u. a. darin, dass lediglich zwei Themen durchgängig thematisiert werden: Zum einen das Organisationsinteresse nach Sicherheit und Vorhersagbarkeit und zum anderen das Interesse, die eigene Überlebenswahrscheinlichkeit zu vergrößern. Wie sich institutionalisierte Regeln und Organisationen ändern, ist wenig begründet. Ein Erklärungsansatz wäre der Widerspruch zwischen institutionalisierten Elementen auf der Mikro- und Makroebene. Weitere Erklärungen bieten Variablen und Faktoren, die außerhalb der Organisation liegen: exogene Schocks wie z. B. Wirtschaftskrisen oder Macht und Interessen einzelner Akteure oder Gruppen. Der Faktor Macht findet in institutionalistischen Ansätzen wenig Beachtung und wenn, dann außerhalb der Organisation. So bleiben wichtige Fragen offen: z. B. wie der Wandel von Regeln und Erwartungen erklärt werden kann. Sie werden als passive Prozesse verstanden. Es fehlt die Einordnung aktiver Handlungen von Akteuren, die Einfluss auf institutionalisierte Erwartungen nehmen. Trotz der skizzierten Grenzen liegt die Bedeutung dieses Ansatzes in der Begründung von Selbstverständlichkeiten.¹⁸

2.2 Funktionalistische Theorie

Die funktionalistische Theorie fusst auf Luhmanns systemtheoretischem Ansatz: Luhmann definiert als kleinste Einheit aller sozialen Systeme die Kommunikation. Die Grenzen der Kommunikation sind anders definiert als die der Handlungen. Eine Handlung kann durch einen einzelnen Akteur geschehen, währenddessen in der Kommunikation mindestens zwei oder mehrere Akteure beteiligt

¹⁶ Vgl. Goodstein, 1994, S. 350-382, vgl. Walgenbach, 1999, S.349.

¹⁷ Vgl. Walgenbach, 1999, S. 350.

¹⁸ Vgl. Walgenbach, 1999, S. 351-353.

sind.¹⁹ Es kann niemand einseitig bestimmen, wie sein Verhalten von anderen gedeutet wird. So besteht die Funktion menschlicher Kommunikation nicht in erster Linie im Austausch von Nachrichten, sondern darin, das beobachtete Verhalten von Akteuren und ihren Aktionen zu interpretieren.²⁰ Das bedeutet, dass „Kommunikation nicht direkt beobachtet, sondern nur erschlossen werden kann.“²¹ Bezogen auf Organisationen bedeutet dies, dass sich durch Kommunikation die Handlungen unterschiedlicher Akteure verzahnen. Erst die Kommunikation macht Individuen zu Teilnehmern an sozialen Systemen und ermöglicht soziale Systeme. Die Organisation sorgt mithilfe ihrer routinierten Abläufe dafür, dass die Teilnehmer an der Kommunikation auswechselbar bleiben. Um dennoch ihre Funktionen aufrecht zu erhalten, werden Kommunikationsmuster ständig wiederholt.²²

Organisationen haben und brauchen keinen Sinn an sich. Sachliche Ziele sind gegenüber dem Bestehen des Systems an sich zweitrangig. Überleben bestimmt die Strategie des Handelns. So stellt sich die Frage nach relevanten Umwelten, die das Überleben sichern. Eine Organisation und ihre relevanten Umwelten überleben als eine Einheit und entwickeln sich gemeinsam. Beschäftigt eine Organisation z. B. bezahlte Mitarbeiter, muss das Wirtschaftssystem als relevante Umwelt beachtet werden. Dabei macht es für das Überleben und die dafür erforderliche Strategie einen großen Unterschied, woher die Zahlungen kommen: Ob sie auf Haushaltsplanungen, Verkaufserfolge oder politische Entscheidungen basieren oder durch Spenden finanziert werden. So werden in Organisationen unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt, sei es durch Lobbyarbeit, durch effektives Marketing oder durch Spendenakquisition. Unabhängig von den Zahlungen verschwindet eine Organisation, wenn ihre Mitglieder nicht mehr bereit sind, sich für sie einzusetzen.²³

Luhmann unterscheidet zwischen dem einzelnen Menschen, seinem menschlichen Körper und seiner Psyche einerseits und dem sozialen System als Kommunikationssystem andererseits: Er betrachtet den Körper und die Psyche eines Mitglieds als „eigenständige Umwelten der Organisation“. Die Organisation ist abhängig von den Umwelten ihrer Mitglieder, da nur sie ihre Wahrnehmungen in die Organisation einbringen können. Die Wahrnehmungen und Leis-

¹⁹ Vgl. Luhmann, 1984, S. 193 f.

²⁰ Vgl. Simon, 2011, S. 21.

²¹ Luhmann, 1984, S. 226.

²² Vgl. Simon, 2011, S. 22-23.

²³ Vgl. Simon, 2011, S. 31-34.

tungsfähigkeit der Mitglieder werden von Seiten der Organisation nur teilweise in Anspruch genommen. Wenn z. B. alle Mitarbeiter persönlich bemerken, dass eine Veränderung ansteht, dies aber niemand zum Thema macht, wird sich nichts verändern. Denn was nicht in die Kommunikation eingebracht wird, gibt es in einer Organisation nicht.²⁴

Des Weiteren definiert Luhmann, dass Personen durch die Teilnahme an Kommunikation zu Personen werden. Sie sind sozusagen „Konstruktionen der Kommunikation für Zwecke der Kommunikation.“²⁵ Darüber hinaus können Personen verschiedene Rollen einnehmen, d. h. unterschiedliche Funktionen innerhalb einer Handlung ausüben. Da Kommunikation nicht direkt auf ein psychisches System reagieren kann, reagiert sie auf ein Verhalten oder andere Äußerlichkeiten (wie z. B. Kleidung, Auto, Haus). Allgemein lassen sich soziale Systeme danach differenzieren, ob eher Personen oder sachliche Inhalte im Fokus der Aufmerksamkeit stehen und die Art der Kommunikation bestimmen. Folgende Fragen fördern die Differenzierung²⁶:

- Welche Themen sind in der Organisation von Interesse und welche nicht?
- Welches Selbstbild und welche (Denk)-Modelle prägen das Handeln?²⁷

Die Kommunikation von Erwartungen erleichtert die Abstimmung von Handlungen verschiedener Akteure und reduziert die Komplexität. Die Aufrechterhaltung von Organisationsstrukturen kann mit Hilfe von Spielregeln erklärt werden, die durch Wiederholung zu Routinen werden. Durch die Veränderung von Spielregeln können sich neue Strukturen herausbilden und alte Strukturen verändert werden. Darüber hinaus lassen sich Spielregeln in zwei Arten einteilen: in die „deskriptiven, beschreibenden Regeln“ (z. B. die Naturgesetze, die als gegeben hingenommen werden) und in „präskriptive, vorschreibende Regeln“, die eine Ordnung begründen. Präskriptive Regeln sind das Ergebnis von Entscheidungen: Gebote und Verbote sorgen dafür, dass sich Erwartungen herausbilden. Erwartungen sorgen wiederum dafür, dass Gebote und Verbote eingehalten werden.²⁸

Eine Unterscheidung in „innen“ und „außen“ ist notwendig, um die Beobachtung von Organisationen zu analysieren. Welche Systeme oder Einheiten werden gegen welche Umwelten benannt und welche Unterscheidungen werden einge-

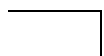
²⁴ Vgl. Simon, 2011, S. 37-41.

²⁵ Luhmann, 2000, S. 90 f.

²⁶ Vgl. Simon, 2011, S. 42-45.

²⁷ Vgl. Simon, 2011, S. 55.

²⁸ Vgl. Simon, 2011, S. 47-51.

führt? Der Mitarbeiter sieht eine Organisation als etwas anderes als ein Investor. Spencer-Brown²⁹ verwendet in seinen „Laws of Form“ ein einfaches Symbol, mit dem er hochkomplexe Systeme darstellt: einen Haken  den er Kreuz nennt.

Dieses Kreuz markiert eine „Innen-Außen-Unterscheidung“. Da jede Beobachtung von Unterscheidungen lebt, wird eine beobachtete Einheit entweder als „innen“ oder „außen“ definiert. So kann mit diesem Symbol einerseits die Beziehung der Einheiten einer Organisation dargestellt werden und andererseits die Grenze vom Zustand „vorher“ zum Zustand „nachher“ markieren.³⁰

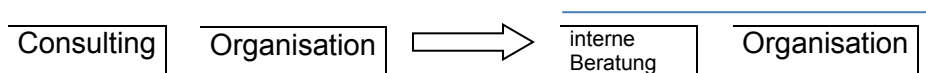


Abb. 3: Innen-Außen-Verortung von Organisationseinheiten³¹

Im oben genannten Beispiel wird externes Consulting in einem Prozess in die Organisation integriert und steht dann der Organisation als interne Beratung zur Verfügung. Das bedeutet, dass Organisationen nur dann überleben können, wenn sie zu den Umwelten passen, zu denen sie in einem wechselseitigen Abhängigkeitsverhältnis stehen. Wenn es einer Organisation gelingt, sich selbst und ihre relevanten Umwelten zu thematisieren, kann sie entsprechend handeln. Das ist eine Leitungsaufgabe innerhalb einer Organisation: „Wenn Umwelten markiert sind, werden sie bemerkt. Sie können als Unterscheidungen in das System eingeführt (Reentry) und beobachtet werden.“³² Wenn in einem Unternehmen im Vorstand über die Produktion und den Markt gesprochen wird, so ist dies ein Beispiel für das Reentry, der Unterscheidung zwischen der Organisation und einigen seiner Umwelten³³:

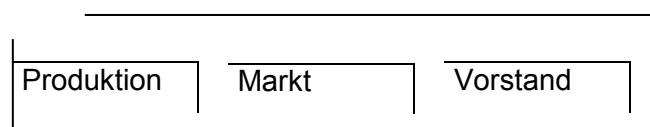


Abb. 4: Reentry³⁴

²⁹ Vgl. Simon, 2011, S. 55-56.

³⁰ Vgl. Simon, 2011, S. 56-57.

³¹ Vgl. Simon, 2011, S. 57.

³² Simon, 2011, S. 59.

³³ Vgl. Simon, 2011, S. 58-60.

³⁴ Vgl. Simon, 2011, S. 59.

Dass eine Organisation bis zu diesem Zeitpunkt überlebt hat, beweist, dass sie mit relevanten Umwelten zusammenarbeitet und ihr Wissen genügt. Um ihre Überlebensfähigkeit zu sichern, braucht sie die Entscheidungsmöglichkeit, zwischen Lernen und Nicht-Lernen zu wählen. Sie muss in der Lage sein, sich selbst als System und ihre Umwelten zu beobachten und die Wichtigkeit von Informationen zu beurteilen. Lernen bedeutet somit, dass Prozesse und Strukturen, also das Wissen von Organisationen, geändert werden können. So ist es der Organisation möglich, sich selbst umzugestalten.³⁵ Es müssen immer wieder Entscheidungen getroffen werden, um Unsicherheiten zu beseitigen. Entscheidungen schaffen Klarheit und bilden die Grundlage für weitere Entscheidungen. Es lassen sich drei unterschiedliche Entscheidungsvoraussetzungen in Organisationen feststellen: „Programme, Kommunikationswege und Personen“.³⁶ Was hier mit Programmen bezeichnet ist, sind Spielregeln, die in Verhaltensregeln, Handbüchern oder Gebrauchsanweisungen festgehalten sind. Mit Kommunikationswegen ist gemeint, dass andere Akteure einbezogen und gefragt werden, wie z. B. Experten, Vorgesetzte, andere Organisationsabteilungen, oder es müssen bestimmte Verfahrenswege oder Anordnungen eingehalten werden. Auch die Hierarchiebildung ist diesem Bereich zugeordnet. Durch Personen, d. h. durch die Verbindung der Organisation mit unverwechselbaren psychischen Systemen, fließen Kompetenz, Intelligenz, Kreativität und Urteilsvermögen von Individuen in die Organisation ein. Psychische Umwelten liefern einer Organisation das nötige Störpotential, durch die Wahrnehmungen und Meinungen in die Kommunikation einfließen und so zur Grundlage von Entscheidungen werden. Wo immer Personen als Entscheidungsträger agieren, ist mit Unvorhersehbarkeit zu rechnen. Daher bedeutet die Einstellung von neuem Personal für ein Unternehmen immer ein gewisses Risiko.³⁷

Organisationen unterscheiden sich auch darin, ob sie eher durch lose oder feste Kopplungsarten gekennzeichnet sind: Wie fest gefügt oder flexibel sind die Abläufe und Routinearbeiten? Wie starr sind die Programme und wie ungeordnet oder festgelegt sind die formalen Strukturen der Organisation? Wie ist die Kopplung der Personen untereinander bzw. mit der Organisation (z. B. Angestellte versus Zeitarbeiter)? Je stärker die Gefühle der Mitglieder mit den Spielregeln und Strukturen gekoppelt sind, desto langsamer und geringer geschieht

³⁵ Vgl. Simon, 2011, S. 62-65.

³⁶ Luhmann, zit. n. Simon, 2011, S. 70.

³⁷ Vgl. Simon, 2011, S. 70-75.

spontane Veränderung. Je höher die sachliche Zielorientierung ist, desto leichter und schneller vollzieht sich der Wandel.³⁸ Darüber hinaus sind Organisationen als soziale Systeme ohne den Faktor Macht nicht denkbar. Macht beinhaltet „auf der allgemeinen Ebene – immer die bestimmten Individuen oder Gruppen verfügbaren Möglichkeiten, auf andere Individuen oder Gruppen einzuwirken.“³⁹ Macht wirkt als Steuerungsmittel: Die formalen Strukturen einer Organisation sorgen dafür, dass die Rollen eindeutig sind, nämlich die des Machthabers und die des Untergebenen. Aber auch außerhalb formaler Strukturen entstehen Machtverhältnisse. Wenn die Machtstrukturen klar sind, entstehen weniger Machtkämpfe. So erfüllt Macht eine vorbeugende Funktion gegen Konflikte.⁴⁰ Daher ist Entscheiden eine wichtige Aufgabe für Führung und Management.

3 Geschichtliche Entwicklungen in der Pflege und seine Auswirkungen auf das Frankfurter Diakonissenhaus

Das Frankfurter Diakonissenhaus ist aufgrund seines Standortes von den Entwicklungen in Westdeutschland geprägt worden. Daher werde ich die Entwicklungen der Altenpflege in Ostdeutschland in dieser Arbeit nicht näher beleuchten.

3.1 Industrialisierung und Jahrhundertwende (1870-1914)

Am Anfang der Industrialisierung gab es noch keinen sozialen Sicherungsschutz. Infolgedessen führten Krankheit, Arbeitsunfähigkeit und Alter oft zu großen Problemen. Als Reaktion auf diese Situation bildeten sich im 19. Jahrhundert Organisationen, so z. B. 1836 das Diakonissenhaus in Kaiserswerth. Die Gründung von Wohlfahrtsverbänden und der Aufbau der Sozialversicherungen ab 1883 trugen dazu bei, dass sich die Alten- und Pflegeheime weiterentwickelten. Z. B. bestand mit der Einführung der Invaliditäts- und Altersversicherung 1889 für alleinstehende kranke Altersrentner ab 70 Jahren die Möglichkeit, in einem Altersheim aufgenommen zu werden. Die Voraussetzung dafür war, dass sie auf ihre Rente verzichteten.⁴¹

³⁸ Vgl. Simon, 2011, S. 76-81.

³⁹ Crozier / Friedberg, 1977, S. 39.

⁴⁰ Vgl. Simon, 2011, S. 87-89.

⁴¹ Vgl. <http://www.geroweb.de/krankenpflege/geschichte-der-pflege.html> (Abruf 2.9.11)

3.1.1 Politische und sozialpolitische Ereignisse

1871 erreichte Bismarck ein Ziel seiner Politik, die Einigung Deutschlands unter preußischer Herrschaft. Das deutsche Kaiserreich wurde gegründet, ohne dass liberale Vorstellungen wie Parlamentsherrschaft und Demokratie eine wesentliche Rolle spielten.⁴² Dieser Staat wurde zum Handeln aufgefordert: Einerseits durch die sozialen Hilfen, Angebote und Einrichtungen der evangelischen und katholischen Kirchen und andererseits durch die neu gegründeten Arbeitervereine mit Gewerkschaftskassen, die als Hilfskassen ebenfalls eine Versorgungslücke ausfüllten. Aber die Löhne von Tagelöhnern, Hilfskräften und anderen waren zu niedrig, als dass sie freiwillig in eine Kasse hätten einzahlen können.⁴³ Darüber hinaus überschlugen sich die Industrialisierung und Urbanisierung in dieser Zeitepoche. Die deutsche industrielle Gesamtproduktion übertraf in den siebziger Jahren die Nachbarstaaten und die Zahl der Fabrikarbeiter wuchs von sechs Millionen im Jahr 1895 auf etwa achteinhalb Millionen im Jahr 1907.⁴⁴

D. h. die Zahl der Arbeiter nahm schneller zu, als die unmenschlichen Arbeitsbedingungen beseitigt werden konnten. Außerdem führten die schlechten Wohnverhältnisse zu Gesundheitsproblemen.⁴⁵ Es wurde zwar 1883 eine Krankenversicherung für Arbeiter eingeführt, an der die Arbeitgeberseite zu einem Drittel und die Arbeitnehmer zu zwei Drittel beteiligt waren, aber es gab keine Reform der sozialen Verhältnisse: d. h. keinen Arbeitsschutz, keine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und keinen Mindestlohn. Die Leistungen der Krankenversicherung waren bescheiden, auch wenn die Kassen bestimmte Leistungen zu erfüllen hatten.⁴⁶

1884 war für Bismarck ein wichtiges Wahljahr. Und so deutet manches darauf hin, dass die Unfallversicherung 1884 sowie das 1889 folgende Gesetz zur Alters- und Invaliditätssicherung der Arbeiter (Rentenversicherung) dazu dienten, die Industriearbeiterschaft zu besänftigen. Bismarck war strikt gegen die Forderungen nach Demokratie und gegen die Abschaffung des Dreiklassenwahlrechts.⁴⁷ Es sind nach dem Arbeiterschutzgesetz 1891 bis 1911 keine größeren Fortschritte zu benennen, abgesehen vom Kinderschutzgesetz im Jahr 1903 und den besseren Arbeitszeitregelungen für Frauen und Jugendliche im

⁴² Vgl. Mann, 2011, S. 347.

⁴³ Vgl. Frevel / Dietz, 2008, S. 21-22.

⁴⁴ Vgl. Mann, 2011, S. 401-407.

⁴⁵ Vgl. Pleticha, 1993, Band 10, S. 34.

⁴⁶ Vgl. Pleticha, 1993, Band 10, S. 35.

⁴⁷ Vgl. Frevel / Dietz, 2008, S. 25-26.

Jahr 1908. Dennoch ist auffallend, dass drei Sozialversicherungen und eine Reihe anderer Bestimmungen auf den Schutz einer einzigen Gruppe zielen, der „Industriearbeiterschaft bei Arbeitsunfähigkeit“. In der Medizin herrschten um die Jahrhundertwende Forschergeist und Machbarkeitsglaube. Der Nachweis von Krankheitserregern in der Medizin, das Einführen von Impfungen, die ausreichende Nahrungsmittelversorgung durch den Einsatz von Dünger, die Verbesserung der öffentlichen Hygiene insbesondere der Trinkwasserversorgung und Abwasserentsorgung trugen dazu bei, dass die allgemeine Lebenserwartung stieg.⁴⁸

3.1.2 Prägende Persönlichkeit der Pflege: Fliedner

Theodor Fliedner (1800-1864) gründete 1836 in Kaiserswerth bei Düsseldorf die erste Pflegeschule. Im Kaiserswerther Mutterhaus erhielten Pflegerinnen eine Ausbildung. Inspiriert war er durch seine Reisen in England und Holland. In den reformierten Gemeinden der Niederlande lernte er das Amt der Diakone und Diakonissen kennen. Er sah in der Berufstätigkeit der Frau, die auf die Kirchengemeinde ausgerichtet ist, eine große Möglichkeit zum „Aufbau des Reiches Gottes“.⁴⁹ Fliedners Haltung gegenüber der Kirche war ambivalent. Einerseits waren seine Aktivitäten auf die Unterstützung der Kirche ausgerichtet, andererseits rief er eigene unabhängige Organisationsstrukturen und Vereine ins Leben: Zunächst gründete er eine Gefängnisgesellschaft und stattete sich als Geschäftsführer mit allen Vollmachten aus. Das Prinzip Leitung durch Generalvollmacht ist in seiner Arbeitsorganisation immer wieder zu finden. Fliedners theologische Vorstellungen waren vom Pietismus geprägt, insbesondere durch die Vorstellung, dass das Reich Gottes schon in dieser Welt zum Ausdruck kommen wird.⁵⁰ So sollten die Diakonissen einerseits in der Krankenpflege die Kirche zu den Menschen bringen und andererseits in Kleinkinderschulen Betreuung und Bildung zu den Kindern.⁵¹ In der Führung seines Unternehmens war Fliedner inspiriert vom Mutterhausprinzip des katholischen Ordens der Barmherzigen Schwestern. Er übernahm diese Organisationsform im Blick auf die Gemeinschaft der Schwestern, der Versorgung im Alter und der Leitungsposition der Vorsteherin. Aber im Gegensatz zu den Barmherzigen Schwestern

⁴⁸ Vgl. Frevel / Dietz, 2008, S. 27-28.

⁴⁹ Vgl. Friedrich, 2010, S. 34 f.

⁵⁰ Vgl. Friedrich, 2010, S. 41 f.

⁵¹ Vgl. Bauer / Hoede, 2001, S. 13.

legte er großen Wert darauf, dass die Schwestern regelmäßig von einem sachkundigen Arzt in praktischer Krankenpflege ausgebildet wurden. So begann im Kaiserswerther Diakonissenhaus eine fundierte Krankenpflegeausbildung.⁵² Dementsprechend lebten im ersten Diakonissenmutterhaus in Kaiserswerth unverheiratete Schwestern in einer ordensähnliche Glaubens- und Dienstgemeinschaft zusammen. Die Motive, aus denen Frauen in ein Diakonissenmutterhaus eintraten, waren sehr unterschiedlich, so spielten persönliche Fragestellungen, Glaubenserfahrungen, Krisen und die Hoffnung auf berufliche Perspektiven eine Rolle. Außerdem war das in der Gesellschaft verankerte christliche Frauenbild von Selbstlosigkeit, Demut und Hingabe geprägt.⁵³ Nach Fliedners Vorstellung traten die Diakonissen in ein dreifaches Dienstverhältnis ein: Sie waren „Dienerinnen Jesu“, „Dienerinnen der Kranken“ und „Dienerinnen untereinander.“ Demut, Selbstaufopferung, sich selbst und die eigenen Bedürfnisse und Wünsche zurücknehmen wurde für die Diakonisse als Haltung bestimmend.⁵⁴ Die seelsorgerliche Praxis der Schwestern bestand vor allem aus Vorlesen, Gesprächen und Handarbeiten. Die Diakonisse verband in ihrer Person pflegerische und geistliche Tätigkeiten.⁵⁵ So wurde der Lebensstil als Diakonisse und die Krankenpflege fest zusammengefügt. Fliedners zweite Frau und die Kontakte zu konservativen Kreisen beförderten diesen Prozess. Das Geistliche wurde bestimmend und die Berufsausbildung trat etwas in den Hintergrund. Aus dem anfänglichen Gehalt wurde ein Taschengeld.⁵⁶ Das Leben als Diakonisse hatte die gehorsame Frau zum Vorbild, die der Mutterhausleitung uneingeschränkt zur Verfügung stand. Damit prägte die Mutterhausdiakonie ein anderes Frauenbild als die aufkommende Frauenbewegung, deren Ausgangspunkt und Ziel die emanzipierte Frau war.⁵⁷ Fliedner war ein Pragmatiker und Stratege, der an die „Gestaltungskraft der Ordnung glaubte.“⁵⁸ Er hat eine innovative Schwesternausbildung mit theoretischen und praktischen Ausbildungsanteilen entwickelt und durch deren Verbreitung zu einer christlichen Berufsethik beigetragen. Daneben war Fliedner auch die Betreuung und Bildung von Kindern wichtig. Er leistete pädagogische Pio-

⁵² Vgl. Seidler / Leven, 2003, S. 213.

⁵³ Vgl. Bauer / Hoede, 2001, S.13.

⁵⁴ Vgl. Friedrich, 2010, S. 84-85.

⁵⁵ Vgl. Seidler / Leven, 2003, S. 213-214.

⁵⁶ Vgl. Sticker, 1989, S. 146.

⁵⁷ Vgl. Sticker, 1989, S. 147-150.

⁵⁸ Friedrich, 2010, S. 77.

nierarbeit und viele Diakonissen arbeiteten in neu gegründeten Kleinkinderschulen.⁵⁹ Des Weiteren expandierte die Mutterhausdiakonie auch ins Ausland (z. B. USA, Jerusalem, Europa, Balkan, Russland und Afrika). Als weiteren organisatorischen Baustein rief Fliedner 1861 die Generalkonferenz ins Leben, zu der die Vorstände aller Mutterhäuser nach Kaiserswerth kamen. Die Generalkonferenz trug wesentlich zur Vernetzung der Mutterhäuser bei. Zu dieser Zeit gab es mittlerweile 28 Mutterhäuser mit 1207 in aller Welt tätigen Diakonissen.⁶⁰

3.1.3 Auswirkungen auf das Frankfurter Diakonissenhaus

Zwei von den zuerst von Fliedner eingesegneten Diakonissen in Kaiserswerth wurden nach Frankfurt in das städtische Versorgungshaus entsendet, die 1847 wieder abberufen wurden.⁶¹

Im 19. Jahrhundert wurden in Frankfurt viele Vereine für kirchliche, soziale und kulturelle Zwecke ins Leben gerufen. Die Initiatoren des Diakonissenvereins waren gleichzeitig auch Mitglieder in anderen Vereinen, so im Frankfurter Frauenverein und im Evangelischen Verein für Innere Mission.⁶² Frauen und Männer lutherischer und reformierter Konfession gründeten im Jahr 1861 den Diakonissenverein, der fünf Jahre später durch die Stadt Frankfurt Vereinsrechte bekam und damit auch die Möglichkeit, Immobilien zu erwerben und Verträge zu schließen.⁶³ Schon 1861 kamen Diakonissen aus Karlsruhe nach Frankfurt, um im Auftrag des Diakonissenvereins Kranke zu pflegen und für Arme zu sorgen.⁶⁴ Der Ankauf eines Hauses, das als Krankenhaus eingerichtet wurde, ermöglichte die Ausbildung weiterer Diakonissen in der Krankenpflege. Als 1870 die Karlsruher Schwestern abberufen wurden, nahm der Vereinsvorstand die Gelegenheit wahr, berief im gleichen Jahr eine eigene Oberin und gab der Diakonissenanstalt den Status eines selbständigen Diakonissenmutterhauses. So wurde das Frankfurter Diakonissenhaus gegründet.⁶⁵

⁵⁹ Vgl. Seidler / Leven, 2003, S. 215.

⁶⁰ Vgl. Seidler / Leven, 2003, S. 215.

⁶¹ Vgl. Bauer / Hoede, 2001, S. 14.

⁶² Vgl. Bauer / Hoede, 2001, S. 14-15.

⁶³ Vgl. Lachenmann, 1995, S. 14-15.

⁶⁴ Vgl. <http://www.diakonisse.de/index.php/ueber-uns> (Abruf 14.9.13)

⁶⁵ Vgl. Bauer / Hoede, 2001, S. 14-15.

3.1.3.1 Akteure, Kommunikation, Konfliktfelder

Die Gründungsmitglieder des Diakonissenvereins waren einerseits angesehene Bürger Frankfurts, die Beziehungen in das gesellschaftlich öffentliche Leben hatten, andererseits waren sie auch in anderen Vereinen aktiv. So unterstützten sie den Diakonissenverein mit großzügigen Spenden, mit Kontakten, ideellen Werten, Geld- und Grundstücksinvestitionen. Das Ziel des Vereins bestand darin, eine fachkundige Krankenpflege durch evangelische Schwestern in Frankfurt aufzubauen und sicherzustellen. Im Blick waren zwei unterschiedliche Formen: die Gemeindefrankenpflege und die Gründung eines Diakonissenmutterhauses, das Sitz und Zentrale des Gesamtwerkes, Ausbildungsstätte und Heimat der Diakonissen wurde. Das Diakonissenmutterhaus war mit dem Krankenhaus baulich verbunden und hatte somit mehrere Funktionen.⁶⁶ Darüber hinaus steht der Begriff Diakonissenhaus bis heute für einen bestimmten Lebensstil:

- Die Diakonissen sind erkennbar durch ihre Tracht und Haube.
- Sie wählen aus ihrer Mitte eine Schwester zur Oberin, die die Schwesternschaft leitet.
- Diakonie in Gemeinschaft bedeutet Leben nach Regeln der Gemeinschaft, wobei Ehelosigkeit, Gehorsam und Armut im Zusammenleben bindend sind.
- Es gibt eine kontinuierliche theologische Unterweisung, die im Alltag durch Gebetszeiten, Andachten, Bibelarbeiten und den Austausch praktiziert wird.⁶⁷

Seit Anfang an hatte die Gastfreundschaft und Kontaktpflege einen großen Stellenwert. Es gab und gibt Kontakte:

- zur deutsch-reformierten Gemeinde, zur französisch-reformierten Gemeinde, zur lutherischen Gemeinde
- zu Menschen mit Einfluss (Stadtverordnetenversammlung, Banken, Advokaten...)
- zu anderen diakonischen Vereinen, zur Bibelgesellschaft, zu Missionsgesellschaften etc.

Der Diakonissenverein war auf Einnahmen von Spenden und Schenkungen angewiesen. Es wurden schon sehr früh Sammelaktionen durch Ehrenamtliche

⁶⁶ Vgl. Bauer / Hoede, 2001, S. 14 f.

⁶⁷ Vgl. Lachenmann, 1995, S. 56 f.

durchgeführt. Daneben waren Stiftungen und Erbschaften sowohl finanzieller Art als auch baulicher Art (Grundstücke und Gebäude) willkommen.⁶⁸ Neben dieser monetären Grundlage investierte man von Anfang an in Menschen: Frauen mit Leitungserfahrung übernahmen im Vorstand eine wichtige Funktion. Sie setzten sich dafür ein, neue Vereinsmitglieder oder Ehrenamtliche zu gewinnen.⁶⁹ Diese Faktoren wirkten wie eine Handlungskette ineinander:

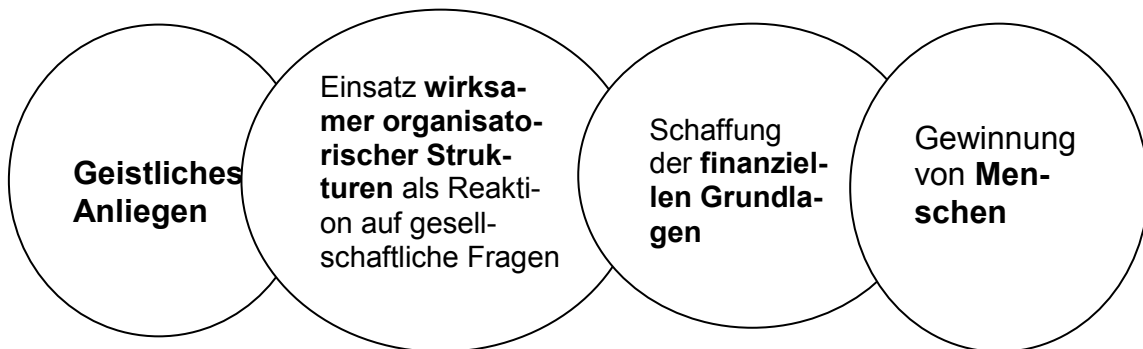


Abb. 5: Faktoren als Handlungskette⁷⁰

Um es mit Luhmann (Vgl. Kap. 2.2) auszudrücken, wurden einerseits die Kirchengemeinden als relevante Umwelten in den Blick genommen. Dort konnten Frauen als Diakonissen oder als Ehrenamtliche gewonnen werden. Andererseits sind die Funktionsträger als Umwelten zu nennen, die als Spender oder Multiplikatoren für den Diakonissenverein tätig wurden. Damit sicherte man sich das Überleben. Als Reentry lassen sich die Umwelten wie folgt darstellen:

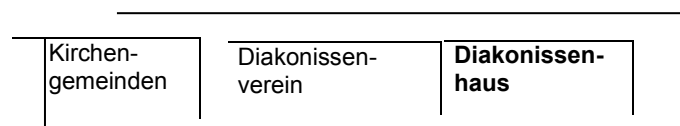


Abb. 6: Reentry Diakonissenhaus⁷¹

3.1.3.2 Arbeitsorganisation und Struktur

Der Oberin obliegt die selbständige Leitung der Schwesternschaft. Das Bild der Mutter war und ist bis heute prägend und bedeutet, dass sie sich neben dem Unterricht auch um die persönlichen Belange der Schwestern kümmert. Sie entscheidet selbständig über Aufnahme und Entlassung der Schwestern und ist mit stimmberechtigt im Diakonissenverein vertreten. Sie ist für den gesamten

⁶⁸ Vgl. Lachenmann, 1995, S. 14-40.

⁶⁹ Vgl. Lachenmann, 1995, S. 14-40.

⁷⁰ eigene Abbildung

⁷¹ eigene Abbildung

Haushalt verantwortlich und hat auch das Recht über kleine Veränderungen an der Tracht zu entscheiden.⁷²

In unmittelbarer Nähe zum Mutterhaus wurden zwei Siechenhäuser gestiftet, in denen unheilbar Kranke oder gebrechliche alte Frauen aufgenommen wurden – dies war sozusagen der Anfang der Altenpflege. Anders als in der Krankenpflege bestanden dort von Anfang an zwei Klassen: In der ersten Klasse gab es sechs Einzelzimmer, wofür die Pfleglinge wöchentlich 17 bis 20 Mark bezahlten. In der zweiten Klasse bewohnten sie zu zweit oder dritt ein Zimmer, erhielten eine einfachere Kost und zahlten 10 Mark pro Woche. Eine größere Anzahl von Freibetten war für gänzlich Unbemittelte vorgesehen. Die Leitung hatten die Diakonissen aus dem angrenzenden Mutterhaus inne, wobei sich die Stifterin jeweils die Oberleitung vorbehielt. Beispielsweise stiftete Rose Livingston etwas später ein Heim für alleinstehende ältere Damen, das Nellinistift. Dieses wurde 1913 eingeweiht und mit Ausbruch des 1. Weltkrieges zum Lazarett für Verwundete umfunktioniert.⁷³

1871 waren 19 Schwestern tätig, davon 8 eingeseignete und 11 Probeschwestern. Es bestand der Grundsatz, keine Schwester vor Ablauf des ersten Probejahres außer Haus zu beschäftigen, um eine gründliche Ausbildung zu gewährleisten. Die Ausbildung umfasste den ärztlichen Unterricht, den allgemeinen Unterricht und den Religionsunterricht. 1874 wurde schließlich das Diakonissenkrankenhaus mit allen Einrichtungen fertiggestellt, in dem zum einen 40 Kranke in drei Klassen und zum anderen 50 Diakonissen untergebracht werden konnten. Das Wachstum der Anstalt führte dazu, dass Pfarrer Leydhecker für die „geistliche Pflege“ der Schwestern und Seelsorge der Kranken gewonnen werden konnte.⁷⁴ Am 1.1.1911 erwarb die Diakonissenanstalt den Status einer landeskirchlichen Anstaltsgemeinde. Zu ihr gehören die Diakonissen und die auf dem Gelände wohnenden Mitarbeitenden mit ihren Familien.⁷⁵

Einige Diakonissen wurden als Gemeindegewestern eingesetzt, deren Aufgaben vielfältig waren: Sie kümmerten sich um unterstützungsbedürftige Familien, sie unterrichteten die Konfirmandinnen in Handarbeiten und die Frauen in Flecken und Nähen. Darüber hinaus versorgten sie die Kranken zu Hause.⁷⁶

⁷² Vgl. Lachenmann, 1995, S. 24.

⁷³ Vgl. Lachenmann, 1995, S. 31-42.

⁷⁴ Vgl. Lachenmann, 1995, S. 60 f.

⁷⁵ Vgl. <http://www.diakonisse.de/index.php/kirchengemeinde/gemeindekonzeption> (Abruf 18.8.12)

⁷⁶ Vgl. Lachenmann, 1995, S. 60 f.

Folgende Organisationsstrukturen waren in dieser Zeitepoche prägend, die ich mit Hilfe der Innen-Außenverortung nach Spencer-Brown (vgl. Kap. 2.2) darstelle. Damit werden unterschiedliche Aspekte der Organisationsstrukturen des Frankfurter Diakonissenhauses anschaulich:

Die Funktionen des Diakonissenhauses von 1870-1914 waren vielfältig, wobei die rechte Spalte anzeigt, welcher Aspekt genauer betrachtet wird. In der folgenden Grafik bildet das **Diakonissenhaus das Dach (fett gedruckt)**, dem andere Bereiche zugeordnet sind:

Gemeinde- kranken- pflege	Krankenhaus und Alters- siechenheim, Nellinistift	Arbeit mit Kindern, Magdale- nenhaus	Wohnort der Schwestern- schaft	Diakonissenhaus als Mutter- haus
---------------------------------	--	---	--------------------------------------	---

Abb. 7: Organisationsstruktur Diakonissenhaus von 1870-1914⁷⁷

Nun lassen sich einzelne Zweige des Gesamtkomplexes Mutterhaus weiter ausdifferenzieren. Im Folgenden stelle ich die **Schwesternschaft** in dieser Weise dar:

Äußere Kennzeichen: Haube und Tracht	Regeln der Gemeinschaft: Ehelosigkeit, Gehorsam, Armut	Pfarrer als Seelsorger der Schwes- tern und der Kranken	Oberin als selb- ständige Leitung der Schwestern- schaft	Schwesternschaft als Glaubens-, Le- bens- und Dienst- gemeinschaft
---	--	---	---	---

Abb. 8: Organisationsstruktur Schwesternschaft⁷⁸

Es gab neben der Pflege noch weitere Ausbildungszweige, die sich aus den gesellschaftlichen Anforderungen ergaben und die das Diakonissenhaus als diakonischen Auftrag übernommen hat. Folgende **Ausbildungsgänge** konnten im Frankfurter Diakonissenhaus absolviert werden:

Kranken- pflugeschule 1866-1999	Kleinkindergärtnerinnen- seminar, Fachschule für Sozialpädagogik 1882-2008	Pflegepraxis in Altenpflegeheim, Krankenhaus	Pädagogische Praxis in Hort, Kindergarten, Erziehungsheim	Ausbildungs- gänge
---------------------------------------	---	--	--	-------------------------------

Abb. 9: Ausbildungsgänge⁷⁹

⁷⁷ eigene Abbildung

⁷⁸ eigene Abbildung

⁷⁹ eigene Abbildung (Zahlen aus Jahresberichten)

Die **Krankenpflegeausbildung** zeichnete sich durch folgende Aspekte aus:

Praktische Ausbildung: im Mutterhaus, Krankenhaus, Alterssiedenheim	Theorie: Allgemeinbildung durch Oberin	Theorie: Religionsunterricht durch Hausgeistlichen	Theorie: Medizinunterricht durch Arzt	Krankenpflegeausbildung
---	--	--	---------------------------------------	--------------------------------

Abb. 10: Organisationsstruktur Ausbildung⁸⁰

Das **Krankenhaus** wurde mit Hilfe des Diakonissenvereins aufgebaut und bezahlt. Es erfüllte folgende Funktionen:

Diakonissen in Verwaltung, Labor und anderen Arbeitsbereichen des Krankenhauses	Diakonissen in der Pflege als Pflegedienstleitung, als Krankenschwestern und als Schülerinnen	3-Klassensystem und Freibetten	Ärztliche Leitung	Krankenhaus
---	---	--------------------------------	-------------------	--------------------

Abb. 11: Organisationsstruktur Krankenhaus⁸¹

Es wurden zwei Gebäude gestiftet: ein Haus für chronisch Kranke und ein **Alterssiedenheim**. In den Entscheidungsbefugnissen kommt der Rolle der Stifterin eine besondere Bedeutung zu:

2 Pflegeklassen mit Einzel- und Mehrbettzimmern, Pflegefreiplätze	Diakonissen als Hausleitung und in der Pflege	Stifterin als Oberleitung	Alterssiedenheim
---	---	---------------------------	-------------------------

Abb. 12: Organisationsstruktur Alterssiedenheim⁸²

Die **Gemeindekrankenpflege** umfasste folgende Aspekte:

Anleitung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten: Handarbeiten, Flecken, Nähen	Katechetische Tätigkeiten: Konfirmandenunterricht	Sozialarbeiterische und seelsorgerische Tätigkeiten	Krankenpflegerische Versorgung für eine bestimmte Region	Gemeindekrankenpflege
--	---	---	--	------------------------------

Abb. 13: Organisationsstruktur Gemeindekrankenpflege⁸³

Diese Darstellung nach Spencer-Brown ermöglicht, dass einerseits geschichtliche Entwicklungen des Diakonissenhauses nachgezeichnet werden können und andererseits die relevanten Umwelten der jeweiligen Zeitepoche erfasst werden.

⁸⁰ eigene Abbildung

⁸¹ eigene Abbildung

⁸² eigene Abbildung

⁸³ eigene Abbildung

3.1.3.3 Werte und Ethik

„Unter dem Begriff Werte versteht man die Grundsätze, nach denen eine Gruppe von Menschen, eine Organisation, ein Unternehmen oder die gesamte Gesellschaft ihr Zusammenleben richtet. Der Begriff Wertewandel kennzeichnet eine tief gehende Veränderung gesellschaftlicher und individueller Normen und Wertvorstellungen.“⁸⁴ Die gesellschaftliche Epoche zwischen 1870-1914 war geprägt von einem hierarchischen Gesellschaftssystem und einem patriarchalen Denken. Vernunft, das Herrschen über die Natur und technologische Fortschritte waren im Fokus.⁸⁵ Gleichzeitig wurden auch Werte wie Selbstverleugnung, Demut und Gehorsam gefördert. Dies äußerte sich in Zuschreibungen von männlichen und weiblichen Eigenschaften und Handlungsweisen. Dem Mann wurden die Eigenschaften zugeordnet: Ich-Stärke, logisches Denken, durchsetzungsstarkes und machtorientiertes Handeln. Frauen hingegen standen für die Werte: Wir-Stärke, Einfühlsamkeit, Kommunikation, beziehungsorientiertes und anpassungsfähiges Handeln.⁸⁶

Krankenpflege ist zu dieser Zeit als christliche Liebestätigkeit verstanden worden. Dabei stand der Erwerbsunterhalt nicht im Vordergrund, sondern die selbstlos dienende Haltung. Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts war das Mutterhausprinzip die einzige Organisationsform der Pflege in Deutschland und wurde auch von nicht religiösen Organisationen übernommen. Mit der Entwicklung der Medizin veränderte sich auch die Pflege: „aus der religiösen Berufung wurde der Beruf.“⁸⁷

3.2 Vom Ersten bis zum Zweiten Weltkrieg (1914-1945)

Die Arbeitsbedingungen der Schwestern waren zu Beginn des 20. Jahrhunderts schwierig. Es fehlten für das gesamte Krankenpflegepersonal gesetzliche Bestimmungen zur Regelung der Arbeitszeiten. So arbeiteten die Pflegerinnen zwischen 12 bis 14 Stunden. Darüber hinaus war das Verhältnis der Pflegekraft zur versorgenden Patientenzahl sehr ungünstig: Eine Pflegekraft war für 10-20 Betten verantwortlich.⁸⁸ Immer mehr ausgebildete Schwestern verließen ihre Mutterhäuser und gingen in die Privatpflege. Die Aussicht auf bessere Bezahlung und auf mehr persönliche Freiheiten bedeutete jedoch auch, selbst für den

⁸⁴ Koch, 2011, S. 15.

⁸⁵ Vgl. Koch, 2011, S. 24.

⁸⁶ Vgl. Koch, 2011, S. 28.

⁸⁷ <http://www.geroweb.de/krankenpflege/geschichte-der-pflege.html> (Abruf 2.9.11)

⁸⁸ Vgl. Möller / Hesselbarth, 1994, S. 104.

Lebensunterhalt zu sorgen und sich unter beruflicher Konkurrenz zu behaupten. Zeiten der Arbeitslosigkeit waren immer auch eine Existenzfrage für die Schwestern. In dieser Situation wurde 1903 die „Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands“ (B.O.K.D.) gegründet.⁸⁹ Mit dem Berufsverband sollten die beruflichen Rahmenbedingungen verbessert und eine gesetzliche Regelung der Krankenpflegeausbildung vorangebracht werden. 1907 trat die vom Bundesrat beschlossene Ausbildungsverordnung in Preußen in Kraft. Damit gab es eine staatliche Regelung in Bezug auf die Inhalte, Dauer und Prüfung der Krankenpflegeausbildung, wenngleich die Bestimmungen nicht den Erwartungen des Berufsverbandes entsprachen: Die Ausbildungsdauer war auf nur ein Jahr festgelegt, es gab keine geschützte Berufsbezeichnung und die Bestimmungen waren nicht verbindlich.⁹⁰ In diesen berufspolitischen Umbruchzeiten der Krankenpflege begann 1914 der Erste Weltkrieg.

3.2.1 Politische und sozialpolitische Ereignisse

Im Ersten Weltkrieg wurden auch Diakonissen zur Pflege in Lazaretten eingesetzt. Schließlich erhielt das Deutsche Rote Kreuz die Monopolstellung in der Organisation der Kriegspflege und des Sanitätsdienstes.⁹¹ Daneben unterstützten v. a. ehrenamtliche Helferinnen die Rotkreuz-Schwwestern. Deswegen wies das Kriegsministerium die freien Schwestern zurück mit der Begründung „[...] der Krieg sei nicht dazu da, arbeitslose Krankenpflegerinnen zu beschäftigen, und vorläufig ständen behördlicherseits keinerlei Gelder zur Besoldung der Schwestern zur Verfügung.“⁹² Erschwerend kam hinzu, dass bereits 1914 eine Sonderregelung galt, die Hilfsschwwestern bereits nach einem halben Jahr zur staatlichen Prüfung zuzulassen. Auch sie standen nach Kriegsende dem Arbeitsmarkt zur Verfügung. Und die Situation der Schwestern war schwierig.⁹³ So änderte sich auch die Einflussnahme der verschiedenen Schwesternschaften: Am Anfang des 20. Jahrhunderts gehörten 75% der Beschäftigten in der Krankenpflege zu konfessionellen Mutterhäusern. 1928 gab es schon 52,9% freie Schwestern und Pfleger. Neben weiteren kleineren Fraktionen gab es v. a. drei große Gruppierungen:⁹⁴

⁸⁹ Vgl. Prüfer, 1997, S. 32-33.

⁹⁰ Vgl. Prüfer, 1997, S. 33.

⁹¹ Vgl. <http://www.istavea.de> (Abruf 9.8.11)

⁹² Zit. n. Prüfer, 1997, S. 34.

⁹³ Vgl. Prüfer, 1997, S. 34.

⁹⁴ Vgl. Möller / Hesselbarth, 1994, S. 120.

- die kirchlichen Gemeinschaften (katholische und evangelische Verbände), die nach dem Mutterhaussystem organisiert waren
- die nicht religiösen Genossenschaften der Pflege (das Rote Kreuz, städtische Schwesternschaften etc.), die nur zum Teil nach dem Mutterhaussystem organisiert waren
- die freiberufliche Krankenpflege (Fachverbände, Gewerkschaften, freie Schwestern und Pfleger)⁹⁵

Jede Frau, die sich damals für die Krankenpflege ausbilden ließ, wurde sozusagen zum „Leibeigenen des Arbeitgebers.“ Das bedeutete, dass sie sich auch in ihrer dienstfreien Zeit im Krankenhaus aufhalten musste und nicht über ihre Freizeitgestaltung selbst entscheiden konnte.⁹⁶ Im Jahr 1919 legte das Reichsarbeitsministerium einen „vorläufigen Entwurf eines Gesetzes über die Arbeitszeit der Krankenpflegepersonen“ vor, der zu aufgeregten Reaktionen der Krankenhausträger, Mutterhäuser, Chefärzte und Krankenpflegeverbände führte.⁹⁷ Aber auch die Schwestern selbst wehrten sich gegen den Acht-Stunden-Tag, so dass 1920 ein neuer Entwurf erarbeitet wurde, der eine Arbeitszeit von täglich 10 Stunden und eine wöchentliche Arbeitszeit von 60 Stunden vorsah. Dass die Mehrheit der Pflegerinnen selbst eine angebotene Arbeitszeitverkürzung bei vollem Lohnausgleich ablehnte, ist einzigartig. Des Weiteren wurde zur Verwirklichung beruflicher Rechte ein allgemein gültiger Tarifvertrag erstellt, der allerdings nicht für Diakonissen galt. Insgesamt gab es nur langsame rechtliche Fortschritte in der Krankenpflege. Beispielsweise wurde 1928 die Berufsgenossenschaft „Gesundheits- und Wohlfahrtspflege“ gegründet und eine Unfallversicherung eingeführt. Und im Jahr 1929 wurde sowohl das Heiratsverbot für freie Schwestern abgeschafft als auch der Kost- und Logiszwang.⁹⁸ Einerseits waren in der Weimarer Republik neue Ideen nur schwer durchsetzbar und andererseits sprechen die Veränderungen dafür, dass sich die Verberuflichung der Krankenpflege in der Zeit zwischen 1918 und 1933 weiterentwickelte. Berufspolitische Kontroversen, wenig soziale Anerkennung, das Ideal der aufopferungsvollen kompetenten Schwester und die hierarchische Unterordnung unter die Ärzte prägten die Krankenpflege am Anfang des Nationalsozialismus.⁹⁹

⁹⁵ Vgl. Möller / Hesselbarth, 1994, S. 120.

⁹⁶ Vgl. Möller / Hesselbarth, 1994, S. 123.

⁹⁷ Vgl. Möller / Hesselbarth, 1994, S. 123.

⁹⁸ Vgl. Möller / Hesselbarth, 1994, S. 124 f.

⁹⁹ Vgl. Steppe, 1989, S. 47.

Mit der Machtübernahme Hitlers und der Nationalsozialistischen Deutschen Arbeiterpartei (NSDAP) am 30.1.1933 veränderte sich die Gesundheitspflege gänzlich. Die Gleichschaltung öffentlicher Bereiche betraf auch die Krankenpflege und die verschiedenen Krankenpflegeorganisationen mussten sich der nationalsozialistischen Doktrin unterordnen. 1934 wurde die NS-Schwesternschaft (braune Schwestern) gegründet und 1936 der Reichsbund der freien Schwestern und Pflegerinnen.¹⁰⁰ Ab 1936 bildeten folgende Verbände den „Fachausschuss für Schwesternwesen: Die NS-Schwesternschaft, der Reichsbund freier Schwestern und Pflegerinnen, die Schwesternschaft des Deutschen Roten Kreuzes, die Diakonie- und Caritasgemeinschaft.“¹⁰¹ Trotzdem ließen sich die Schwesternschaften vom Staat nicht völlig vereinnahmen. Die unterschiedlichen Weltanschauungen in den Verbänden trugen dazu bei, dass sie nicht so leicht gleichgeschaltet werden konnten. Das bedeutet auch, dass die NS-Schwestern trotz staatlicher Vorteile nie die größte Schwesternschaft war.¹⁰²

Das Rote Kreuz wurde 1937 dem Sanitätsdienst der Wehrmacht unterstellt. 1938 wurde das Gesetz zur Ordnung der Krankenpflege verabschiedet, das eine Ausbildungszeit von 2 Jahren vorsah. Die Ausbildung orientierte sich an der nationalsozialistischen Ideologie: Neben der Volksgesundheitspflege fanden auch das Fach Erb- und Rassenkunde Eingang in den Unterricht sowie die Fächer Kriegskrankenpflege und die Programme der Euthanasie. So wurde die Krankenpflege politisch vereinnahmt.¹⁰³ Nicht mehr das menschliche Leben an sich war schützenswert, sondern nur der, „wer sich als nützliches Mitglied der Rassegesellschaft hervortat“.¹⁰⁴ Die Gesinnung kommt in der Parole zum Ausdruck: „Du bist nichts, dein Volk ist alles.“¹⁰⁵ Die nationalsozialistische Bewegung war kämpferisch, die den Frauen die Rolle der Mutter zuschrieb: „Das Ziel der weiblichen Erziehung hat unverrückbar die kommende Mutter zu sein.“¹⁰⁶ Das bedeutete für die Krankenpflegeausbildung, dass der Schulleiter darüber entschied, wer zur Ausbildung zugelassen wurde. Die Bewerberin wurde auf ihre politische Zuverlässigkeit überprüft. Sie musste ihre arische Abstammung

¹⁰⁰ Vgl. Schell, 1999, S. 46 f.

¹⁰¹ Steppe, 1989, S. 52.

¹⁰² Vgl. Steppe, 1989, S. 52 f.

¹⁰³ Vgl. Schell, 1999, S. 47.

¹⁰⁴ Möller / Hesselbarth, 1994, S. 135.

¹⁰⁵ Hitler zit. n. Möller / Hesselbarth, 1994, S. 135.

¹⁰⁶ Hitler zit. n. Möller / Hesselbarth, 1994, S. 136.

nachweisen, das 18. Lebensjahr vollendet haben, einen guten Ruf haben, gesundheitlich geeignet sein, die Volksschule abgeschlossen haben und eine einjährige hauswirtschaftliche Tätigkeit vorweisen können.¹⁰⁷ Die rasche Verbreitung des nationalsozialistischen Gedankenguts wurde dadurch befördert, dass Gehorsam als Tugend in Deutschland einen wichtigen Stellenwert innehatte. Und dieser Wert wurde ideologisch gefüllt „zum Dienst am Volk, zum Opfer für Deutschland und zur Selbstlosigkeit.“¹⁰⁸ Es gab aber auch Widerstandsbewegungen, die sich dem Terror nicht beugten: So kämpfte Von Bodelschwingh als Leiter der „Ev. Heil- und Pfliganstalt für Epileptische des Rheinlands und Westfalens“ in Bethel gegen die Euthanasieprogramme der Regierung.¹⁰⁹ Niemöller gründete 1933 den Pfarrernotbund und forderte die deutschen Pfarrer auf, sich gegen den Arierparagaphen zu positionieren. Es entstand die Bekennende Kirche, der es um die „Verkündigung des Evangeliums gemäß der Heiligen Schrift und dem Bekenntnis der Kirche ging. Im Vordergrund stand das Recht, kirchliche Freiheiten zu bewahren.“¹¹⁰

Die Krankenpflege war im Nationalsozialismus aufgewertet, insbesondere dadurch, dass sie auch die Volksgesundheitspflege umfasste mit Präventionsmaßnahmen und fachkundiger Beratung durch Fürsorge- und Gemeindefachschwestern. Sie unterstützten die Menschen in Sachen Vorratshaltung und Sparsamkeit und leiteten Kuren oder Kinderlandverschickungen ein. Diese Kompetenzen erhielten allerdings nur Schwestern, die der nationalsozialistischen Ideologie entsprachen.¹¹¹

3.2.2 Prägende Persönlichkeit der Pflege: Karll

Agnes Karll (1868-1927), eine frühere Schwester des Roten Kreuzes, kämpfte für die Rechte der freiberuflichen Schwester. Als Kind träumte sie vom Medizinstudium. Aber es gab für begabte Mädchen nur die Aussicht, Volksschullehrerin oder Kindergärtnerin zu werden. Mit 14 Jahren besuchte Karll die Privatschule von Willborn in Schwerin, die in der Frauenbewegung engagiert war und eine Schule für Kindergärtnerinnen leitete. Dort lernte sie Eigeninitiative und Selbstständigkeit. Sie lernte, dass sich Frauen durch Vereinsgründungen selbst helfen

¹⁰⁷ Vgl. Möller / Hesselbarth, 1994, S. 147.

¹⁰⁸ Möller / Hesselbarth, 1994, S. 152 f.

¹⁰⁹ Vgl. Schell, 1999, S. 47.

¹¹⁰ http://www.helmholtz-bi.de/projekte/religion/Nationalsozialismus/html/die_bekennende_kirche.HTM
(Abruf 1.9.12)

¹¹¹ Vgl. Steppe, 1993, S. 61 f.

können. Nachdem sie sich vergeblich um eine Arbeitsstelle als Lehrerin bemüht hatte, entschloss sie sich zur Krankenpflegeausbildung im Clementinenstift in Hannover, einem Rotkreuzmutterhaus.¹¹² Die Ausbildung war hart und sie lernte die pflegerischen Tätigkeiten unter Aufsicht einer erfahrenen Schwester. Patienten mit Ansteckungsgefahr wurden zu dieser Zeit noch nicht isoliert und gefährdeten die Gesundheit der Schwestern. Es gab auch keine Erholungszeiten und keine warmen Mahlzeiten für die Schwestern. So prägte fortwährende Müdigkeit die Ausbildungszeit, auch durch wechselnde Tag- und Nachtdienste. Fehlende Organisation wurde durch Mehrarbeit der Schwestern ausgeglichen.¹¹³ Karll wollte die Missstände in der Pflege nicht hinnehmen und nahm eine selbständige Pflege in Berlin an. Sie hoffte auf eine Verbesserung ihrer Situation. Dort bekam sie 6 Mark für eine Ganztagespflege und versorgte ihre Patientin vier Monate lang. Ihre Erfahrungen und die Gespräche mit anderen Schwestern ermutigten sie dazu, einen Verein zu gründen, der zum Ziel hat, die Situation der Krankenpflegerinnen zu verbessern. Um ihren Unterhalt zu sichern, blieb ihr nichts anderes übrig, als eine Pflege nach der anderen anzunehmen. Als sie schließlich völlig überarbeitet war und körperlich und seelisch krank wurde, musste sie ihre Familie um Hilfe bitten. Denn für Krankenschwestern gab es keinen Versicherungsschutz bei Alter, Krankheit oder Arbeitslosigkeit. In ihr wuchs der Wunsch, sich für eine fundierte Krankenpflegeausbildung und für bessere Arbeitsbedingungen der Schwestern einzusetzen.¹¹⁴ Karll lernte Leyke kennen, den Direktor des Deutschen Ankers, einer Versicherung für Frauen. Sie veranlasste einen speziellen Vertrag für Krankenschwestern und unterschrieb als „Vorsteherin eines Privatschwesternvereins.“ Somit war sie die erste versicherte Krankenpflegerin des deutschen Ankers. Sie suchte sich weitere Verbündete und fand sie in Cauer, Storpp und Meyer.¹¹⁵ Auf der Generalversammlung des Bundes deutscher Frauenvereine 1902, auf der sich Vertreterinnen von 80.000 Frauenorganisationen trafen, legten diese vier Frauen einen Antrag zur Organisation der Krankenpflege vor, der mit großer Mehrheit angenommen wurde. Die Petition beinhaltete die Forderung nach einer dreijährigen Pflegeausbildung mit staatlicher Prüfung, nach Krankenhäusern mit einer maximalen Arbeitszeit von 11 Stunden am Tag und Sicherheiten für die Pflege-

¹¹² Vgl. Sticker, 1977, S. 22 f.

¹¹³ Vgl. Sticker, 1977, S. 27 f.

¹¹⁴ Vgl. Möller / Hesselbarth, 1993, S. 108-109.

¹¹⁵ Vgl. Möller / Hesselbarth, 1993, S. 110.

rinnen im Alter und bei Invalidität. Darüber hinaus sollten die staatlichen Krankenhäuser eine vorbildlich Organisation in Verwaltung, Ärzteschaft und Pflegepersonal nachweisen.¹¹⁶ Am 11.1.1903 war es dann soweit: Die „Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands“ wurde gegründet, und die Kombination von Fachverband und Schwesternschaft wurde Wirklichkeit. Auch die Anrede „Schwester“ unterstützte die Versammlung, obwohl Cauer eine andere Position favorisierte. Sie wollte für die Krankenpflegerinnen das Beamtentum wie bei den Lehrerinnen einführen.¹¹⁷ Auch wenn die Berufsorganisation gegenüber den Mutterhäusern einen schweren Stand hatte, stieg die Zahl der Mitglieder der Berufsorganisation stetig an. Im Jahr 1904 fand in Berlin der Weltfrauenkongress statt, der vom Internationalen Frauenverband („International Council of Women“ - ICW) organisiert war. Zum ICW gehörte auch der ICN („International Council of Nurses“), eine Untergruppierung mit Vertreterinnen, die für eine systematische Ausbildung und für die Verberuflichung der Krankenpflege einstanden. Karll war eingeladen, um auf diesem Frauenkongress ihre Überzeugungen zur freiberuflichen Pflege und zur Krankenpflegeausbildung darzustellen. Dies war eine große Anerkennung für sie. Schließlich bekundeten die Schwesternverbände aus Großbritannien, USA und Deutschland ihre Zusammenarbeit im ICN. Damit war der Weltbund der Pflegerinnen konstituiert. Ein wichtiges Ziel war, dass neben der Pflege auch präventive Maßnahmen künftig zu den Aufgaben der Schwester gehören sollten.¹¹⁸ Um die Einheit des Verbandes nach außen zu demonstrieren, trugen die Schwestern der Berufsorganisation eine einheitliche Tracht und Brosche. Zur Information der Mitglieder wurde 1905 die erste Ausgabe „Mitteilungen an unsere Schwestern“ ins Leben gerufen, aus der 1906 die Verbandszeitschrift „Unterm Lazaruskreuz“ wurde. In den Berufsverband wurden schließlich nur noch Pflegerinnen mit staatlicher Prüfung aufgenommen. So war ein gewisser Qualitätsstandard gewährleistet.¹¹⁹ Karll bemühte sich für den ICN-Kongress in Köln im Jahr 1912, alle großen Gruppierungen der deutschen Krankenpflege zu gewinnen. Doch die Kaiserswerther Generalkonferenz wies eine Beteiligung der Diakonissenmutterhäuser ab.¹²⁰ 1911 wurde die Frauenhochschule in Leipzig eröffnet. Karll gelang es, das Kuratorium davon zu überzeugen, einen Fortbildungslehrgang

¹¹⁶ Vgl. Möller / Hesselbarth, 1993, S. 110-111.

¹¹⁷ Vgl. Sticker, 1977, S. 121 f.

¹¹⁸ Vgl. Möller / Hesselbarth, 1993, S. 111-112.

¹¹⁹ Vgl. Sticker, 1977, S. 148 f.

¹²⁰ Vgl. Möller / Hesselbarth, 1993, S. 117.

für Krankenpflegerinnen einzurichten, der im Jahr 1912 begann. So studierten erstmals 10 Schwestern an einer deutschen Frauenhochschule, um künftig leitende Aufgaben zu übernehmen. Karll dozierte ohne akademischen Rang über die Geschichte der Krankenpflege. Aufgrund der Übersetzungsarbeiten des Nutting-Dock'schen Werks „The History of Nursing“ genoss sie den Ruf einer Expertin in diesem Fach. Der Hochschulbetrieb wurde mit dem Ersten Weltkrieg eingestellt. Agnes Karll schätzte die Lage so ein, dass wichtige Veränderungen in der Krankenpflege erst nach Ende des Krieges beginnen würden. 1927 erlag sie ihrer Krebserkrankung.¹²¹

3.2.3 Auswirkungen auf das Frankfurter Diakonissenhaus

Im Ersten Weltkrieg vereinbarte die Militärverwaltung mit dem Frankfurter Diakonissenhaus die Bereitstellung von 120 Betten für Verwundete. So wurde jeder verfügbare Platz im Mutterhaus oder im Nellinistift mit Verletzten belegt. Darüber hinaus wurden 20 Diakonissen in die Lazarette Crussy, Turenne und Nassau abgeordnet.¹²² Am 30.11.1914 reisten weitere 20 Schwestern zum Lazarettendienst nach Frankreich.

3.2.3.1 Akteure, Kommunikation, Konfliktfelder

Im Lazarett des Frankfurter Diakonissenhauses war während des Ersten Weltkriegs ein Kommen und Gehen: Leichtverwundete verließen das Haus, um Schwerverwundeten Platz zu machen. Für Beschäftigung sorgte eine Werkstatt, die zwischen den Siechenhäusern und der Kirche gebaut und von einer Diakonisse geleitet wurde. Die Werkstatt gab den Männern die Möglichkeit, ihre Zeit mit „Schreiner-, Schlosser-, Stuhlflecht- und Schuhmacherarbeiten“ zu füllen. So konnten sie der Langeweile entgegenwirken und gleichzeitig etwas Nützliches herstellen. Darüber hinaus organisierten die Schwestern Feste, auf denen die Körbe, Taschen und Spielsachen unter den Verwundeten verlost wurden.¹²³ Ein besonderer Tag für das Diakonissenhaus Frankfurt war der 4.5.1917: Kaiserin Victoria besuchte das Lazarett in Frankfurt. Dieser Besuch war ein Hoffnungszeichen für die Verwundeten und auch für die Schwestern. Zu einem späteren Zeitpunkt erhielt Diakonisse Theresa Dietlein für ihre außerordentlichen Dienste in Kriegszeiten eine Auszeichnung (vgl. Bildmaterial im Anhang aus

¹²¹ Vgl. Möller / Hesselbach, 1993, S. 117-120.

¹²² Vgl. Blätter aus dem Diakonissenhaus, Okt. - Dez. 1914.

¹²³ Vgl. Blätter aus dem Diakonissenhaus, April - Juni 1916.

dem Archiv des Diakonissenhauses).¹²⁴ Neben politischer Unsicherheit kamen Lebensmittel- und Kohlennot hinzu.

1933 versuchte der NS-Staat, die Kirchen und ihre Organisationen, die diakonischen Vereine und Einrichtungen gleichzuschalten. Der Kirchenkampf begann und das Frankfurter Diakonissenhaus war mittendrin. Den Schwestern wurde untersagt, an kirchenpolitischen Volksversammlungen teilzunehmen oder sich politisch zu äußern, da die Äußerung einer Schwester für das ganze Mutterhaus Konsequenzen haben konnte. Im Oktober 1934 hat die Diakonissenschaft einmütig beschlossen, in die Bekenntnissynode und in die Arbeitsgemeinschaft der missionarischen und diakonischen Werke in der Deutschen Evangelischen Kirche einzutreten. Dennoch war es jeder Schwester freigestellt, in Gewissensangelegenheiten selbst eine Entscheidung zu treffen. Die Kirchenleitung verlangte schließlich, dass mindestens 75% der Vorstandsmitglieder des Diakonissenvereins der NSDAP beitreten sollten. Der Vorsitzende lehnte dies ab und so wurde keiner im Vorstand Mitglied in der NSDAP. Mit dieser Entscheidung verzichtete der Diakonissenverein auf staatliche Zuschüsse und Kirchenkollekten.¹²⁵ Im weiteren Verlauf wurde das Frankfurter Diakonissenhaus zum Versammlungsort der Bekennenden Kirche: Vom 2.-6.9.1935 trafen sich etwa 300 Pfarrer zum großen Pfarrertag im Mutterhaus zum Thema „Staat und Kirche.“ Dieser sollte bewusst eine Gegenveranstaltung zum Pfarrertag in Bad Homburg sein, der vom Landesbischof Dietrich einberufen worden ist.¹²⁶ Immer deutlicher wurde, dass die Pfarrer die christliche Unterweisung nicht mehr alleine bewältigen konnten. Deshalb entstand 1939 ein einjähriger katechetischer Laienhelferkurs, den das Frankfurter Diakonissenhaus maßgeblich voranbrachte. Ziel der Ausbildung war, Kindern biblische Geschichten zu vermitteln, sich am Vorkonfirmandenunterricht zu beteiligen und Bibelstunden selbständig durchzuführen. Des Weiteren liefen die Krankenpflegeausbildung und die Fortbildungsveranstaltungen weiter, da die vorgegebenen Themen nach Vorschrift vermittelt wurden. Der Hausvorstand gab in Schwesternbriefen oder in den Blättern aus dem Diakonissenhaus keine Erklärung ab zum Unrecht gegen die Juden, aber der Arierparagraph wurde im Diakonissenhaus nicht angewandt, wie in einem Vorstandsprotokoll dokumentiert ist. Aufgrund des Krieges schritt die Auflösung von Arbeitszweigen weiter voran: 1941 wurde das Kindergärtnerin-

¹²⁴ Vgl. Blätter aus dem Diakonissenhaus, April - Juni 1917.

¹²⁵ Vgl. Lachenmann, 1995, S. 90-91.

¹²⁶ Vgl. Dokumentation zum Kirchenkampf in Hessen und Nassau, Band 4.

nen- und Hortnerinnenseminar aufgelöst und etliche Kindergärten wurden von der NSV übernommen.¹²⁷

Am 22. März 1944 gab es einen Bombenangriff auf die ganze Innenstadt. Es brannten etliche Gebäude ab, die zum Frankfurter Diakonissenhaus gehörten: das Nellinistift, die Kirche, zwei Drittel des Krankenhauses und das Dach des Arzthauses. Das Mutterhaus wurde zerstört. Eine Sprengbombe vernichtete schließlich alles, was noch an Krankenhausmobiliar, Instrumenten, im Keller übrig war. Die Kranken mussten in die Nachbargebäude verlegt werden, in denen der Brand schon gelöscht war. In all diesen Abbrüchen erlebten die Schwestern viel Unterstützung aus der Nachbarschaft. Um die Arbeit wieder aufnehmen zu können, wurde das Altersheim kurzfristig zum Krankenhaus umfunktioniert und nach einer Bleibe für die alten Menschen gesucht. Bei allem Tun musste darauf geachtet werden, dass die Häuser Luftschutzkeller hatten. Schließlich marschierten die Amerikaner ein. Die Schwestern übergaben am 30.4.1945 den Amerikanern ihre Häuser und errichteten in der Baugewerbeschule ein Notquartier.¹²⁸

3.2.3.2 Arbeitsorganisation und Struktur

Auch in Kriegszeiten war ein wichtiger Baustein diakonischer Pflege, Höhepunkte zu gestalten und der Seele etwas zu geben, woran sie sich freuen kann. Dazu gehörte unter anderem auch eine Kaninchenzucht, die neben der Werkstatt zur Beschäftigung der Männer eigens für die Verletzten eingerichtet wurde. So hatten die verwundeten Männer etwas, worum sie sich kümmern konnten (vgl. Bildmaterial im Anhang aus dem Archiv des Diakonissenhauses).

1920 war die Armut so groß, dass es keine einheitliche Tracht mehr für die Probeschwestern gab und jede das trug, was sie hatte. Aufgrund der Geldentwertung konnten viele Gemeinden nicht mehr das nötige Geld für ihre Schwestern aufbringen. Daher wurden die Beitragssätze der Gemeinden für die Schwestern gesenkt. Zur Aufbesserung ihres Haushaltsgeldes verkauften manche Schwestern neben ihrer Pfllegetätigkeit Schreibwaren. Dazu kam, dass die Krankenkassen das Pflegegeld kürzten und weitere Einsparungen folgten: Kürzungen in der Schwesternbekleidung und beim Gehalt sowie weniger Personal. Dennoch

¹²⁷ Vgl. Lachenmann, 1995, S. 93-100.

¹²⁸ Vgl. Lachenmann, 1995, S. 106-115.

erhielten 125 Erwerbslose täglich im Diakonissenhaus eine warme Mahlzeit.¹²⁹ Darüber hinaus standen bis 1928 fünf Frankfurter Diakonissen als Gemeindegewestern dem Bockenheimer Diakonissenverein zur Verfügung, die bedürftige Familien betreuten.¹³⁰

Mit dem Beginn des Dritten Reichs kämpfte das Mutterhaus wie viel anderen Gemeinden und die gesamte Diakonie um seine Selbständigkeit. Der Hausvorstand regelte die Verträge neu, um die Schwestern zu schützen. Beispielweise konnte keine Schwester bei anderen (staatlichen) Verbänden Mitglied werden. Anfragen dieser Art mussten ans Mutterhaus gestellt werden, über die dann der Hausvorstand entschied. Denn die Schwesternschaft war eine geschlossene Korporation, in der das Mutterhaus als Ganzes für die einzelne Schwester entschied. Die einzige Ausnahme bildete die Frauenhilfe als kirchliche Organisation, in der sich die Schwestern auch in leitender Position ohne Rücksprache mit dem Mutterhaus engagieren konnten. Auch die angestellten Krankenschwestern (Hilfsschwestern, freie Schwestern), die nicht zur Diakonissengemeinschaft gehörten und in Arbeitsfeldern des Kaiserswerther Verbands tätig waren, wurden in so genannten Verbandsschwesternschaften aufgenommen, die als zweite Schwesternschaft der Hausleitung unterstand. Dadurch waren sie vor dem Zugriff des Staates geschützt und konnten nicht in die NS-Schwesternschaft aufgenommen werden.¹³¹ Pfarrer Hofmann als Hausvorstand des Diakonissenhauses appellierte eindringlich an die Schwesternschaft, „sich in dieser Zeit im Schweigen zu üben, sich jeglicher Parteinahme zu enthalten und nur das Wohlergehen der Kranken und Kinder zu verfolgen.“¹³²

1941 wurde kirchlichen Amtsträgern untersagt, Sammelbestellungen für christliche Zeitschriften durchzuführen und zu verteilen. Das Frankfurter Diakonissenhaus hielt sich an diese Anordnung und fügte den Mitteilungen und Briefen an die Schwestern die Überschrift bei „Berufliche Mitteilungen, nur für die Schwestern des Hauses.“ So konnten die Schwestern auch über Entfernungen miteinander in Kontakt bleiben, ohne gegen die Anordnung zu verstoßen.¹³³

Der Kirchenkampf wirkte sich auch auf die Gemeindestationen aus: Die kommunalen Behörden verweigerten die Zuschüsse und versuchten auf diesem Weg, die Diakonissen durch Schwestern aus der NS-Schwesternschaft zu er-

¹²⁹ Vgl. Lachenmann, 1995, S. 81-82.

¹³⁰ Vgl. Bauer / Hoede, 2001, S. 54.

¹³¹ Vgl. Lachenmann, 1995, S. 86-89.

¹³² Hofmann, zit. n. Bauer / Hoede, 2001, S. 60.

¹³³ Vgl. Lachenmann, 1995, S. 92.

setzen. Letztlich konnten nur einige Stationen, die ganz von einer Kirchengemeinde getragen wurden, gehalten werden. Etliche Gemeindestationen wurden aufgelöst.¹³⁴

Nach langen Verhandlungen konnten die Diakonissen am 28.7.1945 in die Villa Manskopf einziehen.¹³⁵ Da die Frankfurter Diakonissen keinen eigenen Krankenhausbetrieb mehr hatten, waren genügend freie Kapazitäten vorhanden, die Pflege im Markuskrankenhaus in Bockenheim zu unterstützen. Über einen Gestellungsvertrag wurde die Entsendung der Diakonissen nach Bockenheim geregelt. Der Vertrag trat am 1.11.1945 in Kraft.¹³⁶

Die Organisationsstrukturen innerhalb dieser Zeitepoche haben sich weiter verändert. Ich werde sie wieder durch Reentrys darstellen, um Entwicklungen kenntlich zu machen. Während des 1. Weltkrieges prägten folgende pflegerische Arbeitszweige das Frankfurter Diakonissenhaus:

Pflegerische Ausbildung	Krankenhaus und Alterssiedenheim, Nellinistift, Gemeindepflege	Lazarettdienste in Frankfurt, Frankreich, Polen	Betreuung der Werkstatt für Verwundete und Kaninchenzucht	Pflegerische Arbeitszweige des Diakonissenhauses
-------------------------	--	---	---	---

Abb. 14: Pflegerische Arbeitszweige des Diakonissenhauses im 1. Weltkrieg¹³⁷

Während der Weimarer Republik waren folgende Problemfelder vorherrschend:

Situation der Kriegsoffer	Geldentwertung, Kohle-, Nahrungs-, Kleidungsnot	Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit	Kürzungen des Pflegegeldes durch die Krankenkassen	Vorherrschende Problemfelder in Weimarer Republik
---------------------------	---	-----------------------------------	--	--

Abb. 15: Vorherrschende Problemfelder in Weimarer Republik¹³⁸

Während des Dritten Reichs waren v. a. zwei Strategien von Verhaltensreper-toires maßgebend, um die politische Situation zu überleben: „Erdulden und Trotzen“ (vgl. nach Oliver in Kap. 2.1, Abb. 2). Das bedeutete einerseits die politischen Auflagen formal zu erfüllen, damit die Arbeit weitergeführt werden konnte, und andererseits, dass sich Organisationen zusammenschlossen, um der Vereinnahmung entgegenzuwirken.

¹³⁴ Vgl. Lachenmann, 1995, S. 92f.

¹³⁵ Vgl. Lachenmann, 1995, S. 113-118.

¹³⁶ Vgl. Bauer / Hoede, 2001, S. 96.

¹³⁷ eigene Abbildung

¹³⁸ eigene Abbildung

Inhalte der Krankenpflegeausbildung	Sammelbestellung christlicher Zeitschriften	Rückzug aus Arbeitsbereichen zum Schutz der Schwestern	Keine Stellungnahme zum Unrecht gegen die Juden	Erdulden der Vorschriften im Dritten Reich
-------------------------------------	---	--	---	---

Abb. 16: Erdulden der Vorschriften im Dritten Reich¹³⁹

Beitritt zur Bekenntnissynode	Beitritt zur AG Missionarisch Diakonischer Werke in der Dt. Ev. Kirche	Keine Anwendung des Arierparagraphen	Gründung eines Laienhelferkurses	Trotzen gegen politische Vereinnahmung im Dritten Reich
-------------------------------	--	--------------------------------------	----------------------------------	--

Abb. 17: Trotzen gegen politische Vereinnahmung im Dritten Reich¹⁴⁰

Darin zeigt sich, wie im institutionalistischen Ansatz beschrieben (vgl. Kap. 2.1), dass eine Organisation, wenn sie über ausreichend Mittel und Macht verfügt, gegen die Erwartungen von veränderten (staatlichen) Anforderungen agieren kann. Auch die funktionalistische Theorie liefert Begründungen für die geschichtliche Entwicklung: Je stärker die Mitglieder mit den Spielregeln und Strukturen einer Organisation verbunden sind (z. B. mit dem Mutterhaus), desto langsamer geschieht spontane Veränderung (vgl. Kap. 2.2). Je höher die sachliche Zielausrichtung ist (z. B. Pflege), desto schneller und leichter vollzieht sich eine Veränderung innerhalb einer Organisation (z. B. Kriegspflege).

3.2.3.3 Werte und Ethik

Auffallend für diese Epoche sind die Ansichten über die Rollenzuweisungen und Wirkungsbereiche von Mann und Frau. Medizinalrat Wick versuchte 1923 in einer Studie „eine natürliche Wesensungleichheit von Mann und Frau nachzuweisen“.¹⁴¹ Er kommt zu dem Resultat, dass bei Frauen das Denken, die Konzentration und die logischen Fähigkeiten kaum ausgebildet sind. Deswegen ist die eigentliche Berufung der Frau die Rolle der Mutter. D. h. die außerhäusliche Erwerbsarbeit kann die eigentliche Berufung nicht ersetzen.¹⁴² Auch wenn die Krankenpflege als eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe anerkannt war, blieb sie dennoch der Rolle als Ehefrau und Mutter nachgeordnet. Aber die Schwestern verkörperten eine Art „geistliche Mütterlichkeit“ und waren sehr geachtet, da ihre Arbeit mit selbständigen Tätigkeiten verbunden war. Frauen konnten in

¹³⁹ eigene Abbildung

¹⁴⁰ eigene Abbildung

¹⁴¹ Prüfer, 1997, S. 79.

¹⁴² Vgl. Prüfer, 1997, S. 79.

der Pflege auch als Vorgesetzte agieren, z. B. als Stationsschwestern oder als Oberinnen. In der Weimarer Republik war die Ehelosigkeit der Krankenschwestern die Regel. Bei einer Heirat wurde der Beruf nicht mehr ausgeübt. Seitens der konfessionellen Verbände und seitens des Berufsverbands B.O.K.D. wurden auch Veränderungen bzgl. der Frauenrolle in der Gesellschaft in Frage gestellt. Die Verbände standen dem neu eingeführten Wahlrecht für Frauen oder dem Engagement von Frauen im öffentlichen Leben kritisch gegenüber.¹⁴³ In der Weimarer Republik veränderte sich nur in kleinen Schritten die Berufsauffassung, die an der Bubikopfdebatte deutlich wird. Der Bubikopf wurde als Hinweis für die „mechanistische Gleichstellung von Mann und Frau“ gewertet, wohin gegen die Krankenschwester „als asexuelles Wesen am Krankenbett zu wirken und mit Ernst und Abgeklärtheit ihren Dienst zu verrichten hat.“¹⁴⁴ Das zeigt sich auch darin, dass Schwestern in den 1920er Jahren aufgrund ihres Haarschnitts (kurzes Haar, Bubikopf) aus dem Berufsverband ausgeschlossen werden konnten. Etliche junge Krankenschwestern konnten diese Positionen ihrer Vorgesetzten nicht nachvollziehen. Nicht zu unterschätzen ist, dass die Aufteilung in unterschiedliche Wirkungsbereiche von Mann und Frau auch dazu beitrugen, dass Ärztinnen nicht als Konkurrenten zu befürchten waren. Im Gegensatz zu den USA wurde nicht das Ziel verfolgt, die Pflege als wissenschaftliches Fach an der Hochschule aufzubauen. Die Gesellschaft war nach wie vor patriarchal geprägt und der Einfluss von Frauen war eher gering.¹⁴⁵ Der darauf folgende nationalsozialistische Staat stand im Zeichen der „rassistischen Ideologie“: Es sollte ein „neuer Mensch“ geschaffen werden, dessen Geist einfach gehalten wurde. Er sollte sich durch einen starken Körper auszeichnen, von seinen Instinkten geleitet sein, um gegebenenfalls im Kampf alle Moralgesetze hinter sich lassen zu können.¹⁴⁶ Das 1935 verabschiedete „Gesetz des deutschen Blutes und der deutschen Ehre“ bedeutete für die Frauen, die nicht den nationalsozialistischen Kriterien entsprachen, keine Kinder gebären zu dürfen, ja sogar sterilisiert oder getötet zu werden. Die Rolle der Frau lässt sich auf die Eigenschaften dienend und aufopferungsvoll reduzieren. Um die Ziele der Ideologie zu verwirklichen, wurde das gesamte Schulwesen nazifiziert: Lehrpläne und Lehrbücher wurden der Ideologie entsprechend umge-

¹⁴³ Vgl. Prüfer, 1997, S. 80-83.

¹⁴⁴ Zit. n. Veronika, Jg. 11, 1927, Nr. 2, S. 14 f.

¹⁴⁵ Vgl. Prüfer, 1997, S. 84-87.

¹⁴⁶ Vgl. Informationen zur politischen Bildung, 1991, 123 / 126 / 127, S. 8.

schrieben. Der Verfall der Naturwissenschaften war unter diesen Bedingungen die logische Folge.¹⁴⁷ Des Weiteren wurden Euthanasieprogramme eingeleitet, die geistig Behinderte und seelisch kranke Menschen töteten. Das Vertrauen und der Gehorsam gegenüber Ärzten und Vorgesetzten waren bedingungslos. Damit wird deutlich, dass Krankenpflege eine politische Kraft war und ist. Deswegen sollten Prinzipien und Werte stets hinterfragbar und diskutierbar bleiben. Gleichzeitig hat Krankenpflege auch die Aufgabe, ihre Interessen offensiv zu vertreten.¹⁴⁸

3.3 Nach dem Zweiten Weltkrieg bis zum Pflegenotstand (1945-1980)

Nach dem Zusammenbruch Deutschlands kamen am 5. Juni 1945 die vier Siegermächte England, Frankreich, USA und die Sowjetunion in Berlin zusammen und bildeten die oberste Regierungsgewalt über Deutschland. Sie teilten Deutschland in vier Besatzungszonen und erklärten Groß-Berlin als das gemeinsam besetzte Sondergebiet.¹⁴⁹

3.3.1 Politische und sozialpolitische Ereignisse

In Deutschland unterbanden die Besatzungsmächte in der Anfangszeit jede Art politischer Betätigung und es wurde ein Programm der Entnazifizierung mittels Fragebögen bis 1949 durchgeführt. Die Reichsmark verlor ihren Wert als Zahlungsmittel und viele Lebensmittel waren nur auf dem Schwarzmarkt erhältlich. Des Weiteren legte der Kohlemangel die Industrieproduktion lahm und Deutschland hungerte und fror im Winter 1946/47 ungemain. Ohne die Trümmerfrauen, die unter den Trümmern nach Angehörigen suchten, die Steine zur Wiederverwertung herrichteten und die Städte aufräumten, hätte es keinen so schnellen Wiederaufbau gegeben. Darüber hinaus trugen die Währungsreform und der Marshall-Plan zur positiven Entwicklung der deutschen Wirtschaft bei. Schließlich wurde 1949 das Grundgesetz beschlossen, Deutschland geteilt und die Bundesrepublik Deutschland bzw. die DDR gegründet.¹⁵⁰ Zunächst ging es um die Verbesserung der wirtschaftlichen und sozialen Lage der Menschen und um den gesellschaftlichen Frieden. Gleichzeitig wollte die Bundesrepublik Deutschland der DDR zeigen, dass der marktwirtschaftliche Weg leistungsfähiger und

¹⁴⁷ Vgl. Möller / Hesselbarth, 1993, S. 134-138.

¹⁴⁸ Vgl. Steppe, 1989, S. 6.

¹⁴⁹ Vgl. Pleticha, 1993, Band 12, S. 18-19.

¹⁵⁰ Vgl. Pleticha, 1993, Band 12, S. 27-45.

sozial gerechter ist als der sozialistische. So verkündete Erhard 1957 den „Wohlstand für alle“. Er wollte die sozialen Ungleichheiten zugunsten eines breiten Mittelstands verändern.¹⁵¹ Nach Meinung vieler war das Wirtschaftswunder v. a. durch den Fleiß der kleinen Leute Wirklichkeit geworden. Der Wohlstand wuchs. Aber in den 1960ern gab es eine erste konjunkturelle Abschwächung: Die Zahl der Arbeitslosen stieg auf 0,7%. Das kommunale Armenfürsorgerecht von 1924 wurde 1961 vom Bundessozialhilfegesetz abgelöst. Die Bundesrepublik Deutschland erlebte zwischen 1969 und 1972 große sozialgesetzliche Veränderungen:¹⁵² 1969 trat das Arbeitsförderungsgesetz in Kraft. 1970 wurde die sechswöchige Lohnfortzahlung im Krankheitsfall für Arbeiter und Angestellte eingeführt. Seit 1971 gilt der gesetzliche Unfallversicherungsschutz für Schüler und das Bundesausbildungsförderungsgesetz. Dann folgte eine Rentenreform. Nach der Konjunkturschwäche 1973/74 beendete die Regierung ihre ausgedehnte Sozialpolitik. D. h. es wurden Leistungen und Ausgaben nach und nach gekürzt. Dennoch hat sich in dieser Zeit die Sozialpolitik von einer „Spezial- zur Querschnittspolitik“ entwickelt. Die Frage nach sozialer Gerechtigkeit spielt seitdem in der „Tarif-, Steuer-, Wirtschafts- und Bildungspolitik“ eine Rolle.¹⁵³

Das Grundgesetz verpflichtet den Staat zu sozialstaatlicher Gestaltung. In Artikel 20, Absatz 1 heißt es: „Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat.“¹⁵⁴ „Damit ist verfassungsrechtlich verankert, dass soziale Verantwortung und Föderalismus untrennbar zusammengehören.“¹⁵⁵ In Art. 74 GG ist geregelt, dass Bund und Länder gemeinsam das Arbeits- und Sozialrecht verantworten. D. h. bei Änderungen in der Sozialgesetzgebung ist die Zustimmung von Bundestag und Bundesrat erforderlich.¹⁵⁶ Im Sozialversicherungssystem haben die gesetzlichen Krankenkassen eine herausragende Position. Als Körperschaften öffentlichen Rechts verwalten sie nicht nur die Krankenversicherungsbeiträge, sondern auch die Renten-, Arbeitslosen- und seit 1995 auch die Pflegeversicherungsbeiträge.¹⁵⁷

Des Weiteren vertreten Sozialverbände die politischen und sozialen Interessen von Rentnern, Sozialhilfeempfängern, Versicherten der gesetzlichen Kranken-

¹⁵¹ Vgl. Frevel / Dietz, 2008, S. 31-33.

¹⁵² Vgl. Frevel / Dietz, 2008, S. 33-35

¹⁵³ Vgl. Frevel / Dietz, 2008, S. 35-36.

¹⁵⁴ Deutscher Bundestag, 2010, S. 28.

¹⁵⁵ Frevel / Dietz, 2008, S. 76.

¹⁵⁶ Vgl. Frevel / Dietz, 2008, S. 76.

¹⁵⁷ Vgl. Frevel / Dietz, 2008, S. 84.

versicherung etc. und unterstützen den Bürger, wenn er sozialstaatliche Hilfe beansprucht. Von welchen Interessen diese Verbände geleitet werden, sich in die Sozialpolitik einzumischen, ist vielschichtig. Folgende Interessen spielen eine Rolle: „Identitätsinteresse, erwerbswirtschaftliches Interesse, advokatorisches Interesse, professionspolitisches Interesse.“¹⁵⁸

Für die Pflege haben Gesetzesänderungen einschneidende Veränderungen mit sich gebracht: 1957 wurde ein neues Krankenpflegegesetz verabschiedet. Bis dahin galt die Regelung von 1938. Das neue Gesetz hielt an der zweijährigen Ausbildungszeit fest, erweiterte aber die theoretischen Unterrichtsstunden von 200 auf 400 Stunden und fügte ein Berufspraktikum an. Parallel dazu entwickelte die Universität Heidelberg aus Mitteln der „Rockefeller-Foundation“ eine dreijährige Krankenpflegeausbildung, die mit der medizinischen Fakultät verbunden war. Unterrichtsschwestern planten sowohl den praktischen als auch den theoretischen Unterricht. Damit wollte man dem Berufsbild gerecht werden, das der Weltbund der Krankenpflegerinnen (ICN) forderte.¹⁵⁹ Im ICN wurden die „Basic principles of Nursing Care“ (Grundregeln der Krankenpflege) der amerikanischen Krankenschwester Henderson grundlegend. Sie leitete die pflegerischen Tätigkeiten aus den Grundbedürfnissen des Menschen ab. Nach Henderson kümmert sich die Pflege um „Atmung, Essen und Trinken, um die Ausscheidungen, um Lagerung und Bewegung, um Schlaf und Wachsein. Sie sorgt sich um Kleidung, um Temperatur und um Sauberkeit des Patienten, sie meidet Gefahren aus der Umgebung und ist einfühlsam für die Gemütsbewegungen des Leidenden, sie achtet den Glauben des Patienten im Leiden und Sterben. Und sie unterstützt den Willen und den Weg zur Wiedergenesung.“¹⁶⁰

Seit den 50er-Jahren haben sich vor allem in den USA, später dann auch in Europa, weitere Pflegemodelle entwickelt, z. B. das Pflegemodell nach Juchli, Peplau, Orem u. a. Ein Pflegemodell ist ein Schema, das die Pfl egetätigkeiten verständlich macht und unterschiedliche Perspektiven einbringt. Es basiert auf einer wissenschaftlichen Grundlage, hat eine innere Logik, ist systematisch aufgebaut und wird in der Praxis angewendet.¹⁶¹

Meleis unterteilt die Pflegemodelle in „drei Denkschulen:

- Das Bedürfnismodell beantwortet die Frage: Was ist Pflege?

¹⁵⁸ Vgl. Frevel / Dietz, 2008, S. 79-81.

¹⁵⁹ Vgl. Seidler / Leven, 2003, S. 264-265.

¹⁶⁰ Henderson, zit. n. Seidler / Leven, 2003, S. 266.

¹⁶¹ Vgl. Möller / Hesselbarth, 1994, S. 245.

- Das Interaktionsmodell beantwortet die Frage: Wie wird Pflege durchgeführt?
- Das Pflegergebnismodell begründet Ziele der Pflege: Warum und mit welchem Ziel wird die Pflege durchgeführt?¹⁶²

Patienten verbrachten Anfang der 50er Jahre durchschnittlich 25 Tage im Krankenhaus. Da es noch keine Fachabteilungen gab, blieben die Patienten während ihres Krankenhausaufenthaltes auf einer Station und wurden von einigen wenigen Krankenschwestern, meist Diakonissen, betreut. Die Krankenbeobachtung war die Pflegekompetenz der Schwestern, d. h. sie nahmen die Veränderungen am Kranken wahr, seine körperlichen Veränderungen und sein Verhalten. Als weitere Pflegekompetenz ist die Sterbebegleitung zu nennen. Insgesamt war das Aufgabengebiet der Schwestern abwechslungsreich, da auch die Vorbereitung und Durchführung der Stationsandachten, die Essensvorbereitung und auch Reinigungsarbeiten zum Pflegealltag dazugehörten. Die Rahmenbedingungen ließen eine bedürfnisorientierte Pflege zu, die zur Berufszufriedenheit der Schwestern beigetragen hat.¹⁶³

Das Berufsbild veränderte sich in den 60er-Jahren: Es entstanden Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen und Intensivstationen mit technischen Überwachungsmöglichkeiten. Diese Spezialisierung reduzierte den Kompetenzbereich der Schwestern: „Die Aufgaben wurden in ein höherwertiges arztnahes Feld und ein niederwertiges hausarbeitsnahes Segment aufgeteilt.“¹⁶⁴ Des Weiteren wurden unterschiedliche Berufsgruppen zur Versorgung der Kranken eingestellt, z. B. Pflegehilfskräfte, Krankenhausseelsorger, Reinigungskräfte, außerdem zentrale Wäschereien und Großküchen eingerichtet. Damit war die Funktionspflege, also eine tätigkeitsbezogene Arbeitsteilung eingeführt.¹⁶⁵ Die Nähe zum Patienten rückte in den Hintergrund. Aus der „Betreuerin der Kranken“ wurde die „Gehilfin des Arztes.“¹⁶⁶ Allmählich löste sich auch das Zusammengehörigkeitsgefühl der „Stationsfamilie“ auf. Die Ausbildung verantwortete die Krankenpflegeschule und das Ausbildungscurriculum sah einen kürzeren Einsatz der Schülerinnen auf unterschiedlichen Stationen vor. Des Weiteren führten häufiger Personalwechsel und die heterogene Zusammensetzung der Pflegekräfte auf den Stationen zu mehr Konflikten. Das Konzept der immer erreichbaren

¹⁶² Meleis, zit. n. Möller / Hesselbarth, 1994, S. 245.

¹⁶³ Vgl. Kreutzer 2010, S. 115-119.

¹⁶⁴ Kreutzer, 2010, S. 122.

¹⁶⁵ Vgl. Kreutzer, 2010, S. 119 f.

¹⁶⁶ Kreutzer, 2005, S. 255-273.

Stationsmutter gehörte der Vergangenheit an. Die Trennung von Arbeit und Freizeit war vollzogen. Dies trug zu einer enormen Entlastung der Schwestern bei, ebenso die Wochenarbeitszeitverkürzung und die Umstellung auf den Schichtdienst.¹⁶⁷

1965 trat ein neues Krankenpflegegesetz in Kraft: Die Ausbildung wurde auf drei Jahre festgesetzt mit 1.200 Stunden Theorieunterricht und verbindlichen praktischen Einsätzen im Bereich der Inneren Medizin, Chirurgie, Gynäkologie etc. Als Zugangsvoraussetzung wurde der Realschulabschluss gefordert.¹⁶⁸

Allerdings veränderten sich die Rahmenbedingungen in der Altenpflege nur zögerlich: In den 60er-Jahren etablierten sich die ersten selbständigen Altenpflegegeschulen, die das Verständnis von Betreuung und Pflege und den Umgang mit pflegebedürftigen Heimbewohnern positiv veränderten. Außerdem fanden die Interessen und Bedürfnisse der Bewohner durch das 1975 in Kraft getretene Heimgesetz mehr Gehör.¹⁶⁹

3.3.2 Prägende Persönlichkeit der Epoche im Fokus der Pflege: Juchli

Schwester Liliane Juchli (*1933) ist Ordensschwester der „Barmherzigen Schwestern vom Heiligen Kreuz“ in der Schweiz, ausgebildete Krankenschwester und lebt heute in Zürich. Ihr Name steht für das Pflegemodell der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ATL). Sie setzt sich für ein professionelles Verständnis und eine ganzheitliche Sicht der Pflege ein. Ihr Pflegeverständnis basiert auf christliche Werte, wobei ihr die Menschenwürde ein besonderes Anliegen ist.¹⁷⁰

In der patientenorientierten Pflege ist ihr wichtig, alle Bezugssysteme miteinzubeziehen, in denen Pflege geschieht. Denn Gesundheit umfasst für sie nicht nur den Körper, sondern auch den Geist und die Seele.¹⁷¹ Nach Juchli ist Krankenpflege ein Beruf, der von zwei Polen geprägt ist: „Er ist sowohl wissenschaftlich, rational-analytisch, zeitorientiert, selbstbestimmend und eigenständig als auch intuitiv, ganzheitlich, nach Synthese suchend, zeitunabhängig, umgebungsbestimmt und daher immer auch abhängig.“¹⁷²

Sie konzipierte in ihrer Pflgetheorie den Pflegeprozess als individuelle Pflegeplanung. Auch die Auffassung Nightingales aus den Jahren 1859/69 beeinfluss-

¹⁶⁷ Vgl. Kreutzer, 2010, S. 121-125.

¹⁶⁸ Vgl. Schell, 1999, S. 49.

¹⁶⁹ Vgl. <http://www.geroweb.de/krankenpflege/geschichte-der-pflege.html> (Abruf 2.9.11)

¹⁷⁰ Vgl. <http://www.kloster-ingenbohl.ch/orte/liliane.html> (Abruf 1.12.12)

¹⁷¹ Vgl. Juchli, 1986, S. 36-40.

¹⁷² Juchli, 1986, S. 79.

te ihr Denken, denn Nightingale sah die Aufgabe der Pflegenden darin, für eine bestmögliche Umgebung zu sorgen. Henderson definierte 1963 die Elemente des Krankenpflegeprozesses als „Denken, Entscheiden und Handeln“¹⁷³ Seitdem entstanden weitere Pflege-theorien v. a. im amerikanischen und englischen Raum. Und Juchli hat dem Konzept der 12 Lebensaktivitäten nach Roper, Logan und Tierney ihre persönliche christliche Sichtweise hinzugefügt.¹⁷⁴

Folgende Pflegemodelle waren schon entwickelt und bekannt:

a.) „Interaktionsmodell“ nach Peplau (1952)

Peplaus Theorie der zwischenmenschlichen Pflege war 1952 die erste Pflege-theorie: „Pflege soll erzieherisch und fördernd auf den Patienten wirken, um seine Entwicklung zu unterstützen.“¹⁷⁵ Nach Peplau sucht der Mensch in seinem Leben nach einem stabilen Gleichgewicht, worin ihn die Pflege unterstützen will. Sie betont in ihrem Modell die Beziehungsarbeit der Pflegenden.¹⁷⁶

b.) „Bedürfnisorientiertes Pflegemodell“ nach Henderson (1966)

Henderson geht von 14 Grundbedürfnissen des Menschen aus. D. h. die Pflege orientiert sich an den Bedürfnissen des Patienten. Sie versteht Pflege nicht allein krankheitsbezogen, sondern aktivierend. Ihr geht es um eine zielgerichtete Planung der Pflege mit dem Wunsch, sich als Pflegende überflüssig zu machen.¹⁷⁷

c.) „Transkulturelle Pflege“ nach Leininger (1966)

Leininger begründete die „Theorie der transkulturellen Fürsorgevielfalt.“ Sie geht davon aus, dass Patienten von ihrem sozialen, kulturellen und politischen Hintergrund verstanden werden wollen. Das von Leininger entwickelte Modell soll Pflegenden helfen, die kulturellen Einflüsse (Sprache, Sitten, Gebräuche, Umgang mit Krankheit und Tod) des Patienten wahrzunehmen und in die Pflege einzubeziehen.¹⁷⁸

d.) „Selbstpflegedefizitmodell“ nach Orem (1971)

Nach Orem braucht der Mensch mit Körper, Seele und Geist zwei Formen von Fürsorge: „die Selbstpflege und die Abhängigenpflege“. Beide dienen dazu, Lebensprozesse zu unterstützen, Krankheitsprozesse und Verletzungen vorzubeugen und Gesundheit zu fördern. Nach Orem ist dann Pflege nötig, wenn ein

¹⁷³ Henderson, zit. n. Juchli, 1986, S.175 f.

¹⁷⁴ Vgl. Menche / Bazlen / Kommerell (Hg.), 2001, S. 44.

¹⁷⁵ Menche / Bazlen / Kommerell (Hg.), 2001, S. 47.

¹⁷⁶ Vgl. Menche / Bazlen / Kommerell (Hg.), 2001, S. 47.

¹⁷⁷ Vgl. Menche / Bazlen / Kommerell (Hg.), 2001, S. 43.

¹⁷⁸ Vgl. Menche / Bazlen / Kommerell (Hg.), 2001, S. 48.

Selbstopfedefizit vorliegt. D. h. es geht in der Pflege um die „Aktivierung der Selbstpflegefähigkeiten“.¹⁷⁹

e.) „Lebensmodell“ nach Roper, Logan und Tierney (1973)

Ausgangspunkt dieses Lebensmodells ist ein Menschenbild, das auf Handlungen ausgerichtet ist. Es werden Lebensaktivitäten beschrieben, die zu jedem menschlichen Leben gehören und den Alltag bestimmen. Pflege wird dort nötig, wo Einschränkungen im Alltag vorliegen. Eine wichtige Aufgabe von Pflege ist es, den Patienten zu einem gesundheitsbewussten Lebensstil anzuregen und seine Ressourcen zu aktivieren.¹⁸⁰

1983 legte Juchli ihr Pflegemodell vor. Sie bezeichnet die Aktivitäten des täglichen Lebens als „Lebenskreise gesunder Lebensordnung, da sie sich in der alltäglichen Wirklichkeit abspielen.“¹⁸¹ Eine ganzheitliche Sichtweise der Pflege wurde von ihr im deutschsprachigen Raum geprägt und gefördert. Sie verfasste das Lehrbuch „Krankenpflege“ für den Pflegeberuf in Deutschland, war Autorin zahlreicher Bücher und veröffentlichte Beiträge in Fachzeitschriften.¹⁸² 1997 erhielt sie das Ehrendoktorat der theologischen Fakultät der Universität Freiburg in der Schweiz. Weitere Ehrungen folgten. Heute setzt sie sich in der Bildungsarbeit ein: Sie bietet seelsorgerliche Beratung und Kurse zur Sinnfindung und Lebensgestaltung an.¹⁸³

3.3.3 Auswirkungen auf das Frankfurter Diakonissenhaus

Am 30. Juni 1953 endete der Pachtvertrag für die Villa Manskopf. Dies wurde für die Diakonissen zur Existenzfrage. Das amerikanische Hauptquartier entschied 1953, die beschlagnahmten Gebäude nicht an die Diakonissen zurückzugeben. Daraufhin baute der Vorsteher Pfarrer Hofmann über eine Presseerklärung öffentlichen Druck auf und setzte schließlich durch, dass die Rückkehr der Diakonissen in die Kolonie, d. h. in das angrenzende Gelände an die Eschersheimer Landstraße, Cronstettenstraße, Eysseneckstraße und Holzhausenstraße, möglich wurde. Am 30. April 1955 kehrten die Diakonissen zurück, auch wenn manche Gebäude weiterhin beschlagnahmt blieben. Seitdem ist der 30. April ein Gedenktag der Diakonissengemeinschaft.¹⁸⁴

¹⁷⁹ Vgl. Menche / Bazlen / Kommerell (Hg.), 2001, S. 45-46.

¹⁸⁰ Vgl. Menche / Bazlen / Kommerell (Hg.), 2001, S. 43 f.

¹⁸¹ Juchli, 1998, S. 6.

¹⁸² Vgl. Menche / Bazlen / Kommerell (Hg.), 2001, S. 44.

¹⁸³ Vgl. <http://www.kloster-ingenbohl.ch/orte/liliane.html> (Abruf 1.12.12)

¹⁸⁴ Vgl. Lachenmann, 1995, S. 131-132.

3.3.3.1 Akteure, Kommunikation, Konfliktfelder

Mit der Rückkehr der Diakonissen begann ein neuer Abschnitt für das Frankfurter Diakonissenhaus. Die Gebäude mussten aufgebaut und saniert werden. Die Kirche und das Krankenhaus lagen in Trümmern. Aus einer Baracke wurde eine Notkirche erstellt. Zwei Entscheidungen sind in den 50er-Jahren gefallen: Zum einen wurde das Mutterhaus in der Eschersheimer Landstraße wieder hergerichtet. Zum anderen wurde für die Feierabendschwwestern kein eigenes Feierabendheim sondern ein Anbau an das Mutterhaus gebaut. Seitdem wohnen junge und alte Schwestern unter einem Dach.¹⁸⁵

Schließlich wurden Einkehrwochen mit Stundengebet, Bibelarbeit und Zeiten der Stille eingeführt. Bibelkreise und Gebetsgruppen entstanden. Der Diakonissenrat verabschiedete die Lebensordnung für das geistliche Leben der Diakonissen und überarbeitete die Berufsordnung.¹⁸⁶

Die zweite Entscheidung betraf die Gebäude in der Holzhausenstraße. Sie wurden aufgrund der ruhigen Lage und der Ausbaumöglichkeiten zum Krankenhaus bestimmt. Ziel war, die Kranken- und Altenpflege wieder aufzunehmen und die Schwestern in der Pflege auszubilden. Aus Platzgründen wurde das Altenheim zunächst im zweiten und dritten Stock des Krankenhauses untergebracht.¹⁸⁷

„Im Jahr 1956 gab es 62 Gemeindepflegestationen mit 88 Mutterhausschwwestern, 2 Verbandsschwwestern und 5 Verbandsschwwesternwärterinnen. In den Altersheimen standen 81 Plätze zur Verfügung. Darunter 20 Einzelzimmer, die von 10 Mutterhausschwwestern und einer Verbandsschwwestern versorgt wurden.“¹⁸⁸

Die einheitliche Notrufnummer 112 für Feuerwehr und Rettungsdienste wurde erst 1966 eingeführt. Insgesamt mangelte es in den 1960ern an Betten in ganz Frankfurt und der Schwesternmangel wurde zum Problem. Daraufhin wurde die Arbeitszeit der tariflich bezahlten Schwestern von 48 auf 44 Stunden die Woche zwischen 1960 und 1970 reduziert. Des Weiteren stellten die Krankenhäuser günstige Wohnungen und Kindergartenplätze bereit. Um die Krankenschwestern in der Pflege zu entlasten, wurde der Beruf des Krankenpflege-

¹⁸⁵ Vgl. Jahresbericht 1954 und 1955, S. 6-7.

¹⁸⁶ Vgl. Lachenmann, 1995, S. 136.

¹⁸⁷ Vgl. Jahresbericht 1954 und 1955, S. 7-8.

¹⁸⁸ Jahresbericht 1956 und 1957, S. 6-7.

helfers eingeführt.¹⁸⁹ Ferner wurde 1973 das Krankenhaus auf den Schwerpunkt Innere Medizin umgestellt und die Pflegeausbildung in Kooperation mit anderen Frankfurter Krankenhäusern organisiert.¹⁹⁰

Auch die Gemeindeschwestern waren zunehmend motorisiert und übernahmen größere Bezirke. Dennoch waren die Schwesternzahlen weiter rückläufig: Im Jahr 1974 waren von den noch 49 Gemeindeschwestern 25 über 60 Jahre alt. Um die Verbindung zwischen dem Diakonissenhaus und den Gemeinden aufrechtzuerhalten, gab es wechselseitige Besuche. Durch Freizeiten und Besuche lernten Gemeindeglieder das Frankfurter Diakonissenhaus kennen. Der Freundeskreis wuchs stetig an und zählte am 31.12.1974 328 Mitglieder.¹⁹¹

3.3.3.2 Arbeitsorganisation und Struktur

Nach dem 2. Weltkrieg war es wichtig, so schnell wie möglich die Vernetzung und den Informationsfluss zwischen dem Frankfurter Diakonissenhaus und den Kirchengemeinden in Hessen zu beleben. Ende der 1940er-Jahre ging das Mutterhausblatt, das zwischen 1936-1945 vom NS-Staat verboten war, wieder in den Druck – zunächst unter dem Namen „Freundesbrief“. So konnten wichtige Informationen aus dem Diakonissenhaus den Freundeskreis und interessierte Kirchengemeinden erreichen. Zum 80-jährigen Bestehen des Mutterhauses im Jahr 1950 lag auch wieder ein gedruckter Jahresbericht vor, der die Arbeit transparent machte.¹⁹² Schließlich kündigte das Frankfurter Diakonissenhaus 1955 den Gestellungsvertrag für die ins Bockenheimer entsandten Diakonissen, da sie für den Aufbau eigener Arbeitszweige gebraucht wurden.¹⁹³

Eine Baracke, in der die Amerikaner ihre Autos reparierten, wurde zur Kirche umgebaut und 1959 festlich eingeweiht. Sie bildete den Mittelpunkt der Siedlung und verdeutlichte, dass für die Diakonissen der gottesdienstliche Raum, ein Ort der Anbetung, der Verkündigung und Sakramente, das Zentrum ihrer Arbeit ist.¹⁹⁴ Die Zeit war geprägt vom Wiederaufbau. So konnten sowohl die Hostienbäckerei und die Paramentenwerkstatt in Betrieb genommen werden als auch die Fachschule für Kindergärtnerinnen, die Krankenpflegeschule und die Ausbildung von Haushalts-, Koch- und Schneiderlehrlingen. Darüber hinaus

¹⁸⁹ Vgl. Bauer / Hoede, 2001, S. 120-123.

¹⁹⁰ Vgl. Jahresbericht 1974, S. 12-14.

¹⁹¹ Vgl. Jahresbericht 1974, S. 9-11.

¹⁹² Vgl. Jahresbericht 1950, S. 1.

¹⁹³ Vgl. Bauer / Hoede, 2001, S. 116.

¹⁹⁴ Vgl. Jahresbericht 1952 und 1953, S. 4.

wurde am 15.7.63 die Altenpflegeschule eröffnet, in der in einjährigen Kursen Altenpflegerinnen ausgebildet wurden. Die Unterrichtsinhalte entsprachen den Richtlinien des Ev. Verbandes für Altenhilfe und umfasste Theorie und Praxis.¹⁹⁵ 1968 musste die Altenpflegeschule wieder eingestellt werden.

Zwischen 1955 und 1975 wurde ein Rosengarten in unmittelbarer Nähe zum Altenheim Nellinistift angelegt (vgl. Bildmaterial aus dem Archiv des Diakonissenhauses), der sowohl für die alten Menschen als auch für die Schwestern und Gäste zu einer Oase für Körper und Seele wurde. Die Investition in eine ansprechende Umgebung verstanden die Diakonissen als Teil ihres diakonischen Auftrags.¹⁹⁶

Es war eine Zeit des Umbruchs: Am 18.10.1970, im Jahr des 100-jährigen Jubiläums, wurde die Satzung geändert: Aus dem Diakonissenverein wurde der Verein Frankfurter Diakonissenhaus, dessen Mitglieder seitdem die eingesegneten Diakonissen sind. Sie wählen den Vorstand und die Oberin. So ist die Diakonissengemeinschaft Trägerin des Werkes und seitdem befugt, alle wichtigen Entscheidungen selbst zu treffen. Auch die anderen Ordnungen wurden aufgrund der neuen Satzung geändert: Seit 1975 leiten die Oberin und der Vorsteher gemeinsam das Werk. Die Leitung der Diakonissengemeinschaft ist alleinige Aufgabe der Oberin.¹⁹⁷ Auch wenn die Zahl der Diakonissen rückläufig war, nahm die Gästearbeit zu: Kinder- und Jugendfreizeiten, Singwochen und Einkehrtage belebten das Mutterhaus. Da sich nur wenige junge Frauen der Diakonissengemeinschaft anschlossen, mussten Gemeindestationen aufgegeben und in den Krankenhäusern und Altenheimen freie Mitarbeiter angestellt werden.¹⁹⁸

Auch in übergreifenden Organisationen wurden Anfang der 70er-Jahre neue Grundordnungen und Satzungen erarbeitet, die auch das Frankfurter Diakonissenhaus betrafen, so die Rahmenordnung der Kaiserswerther Generalkonferenz und die Satzung des Diakonischen Werkes in Hessen und Nassau. Es folgten Beratungen über eine engere Zusammenarbeit der evangelischen Krankenhäuser im hessischen Raum bedingt durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz. Auch die Neuordnung der ambulanten häuslichen Pflege wurde im Diakonischen Werk beraten. Ziel waren zentrale Krankenpflegestationen für ein

¹⁹⁵ Vgl. Jahresbericht 1962 und 1963, S. 4.

¹⁹⁶ Vgl. Lachenmann, 1995, S. 132 f.

¹⁹⁷ Vgl. Lachenmann, 1995, S. 135-137.

¹⁹⁸ Vgl. Lachenmann, 1995, S. 137-138.

Gebiet von 20.000 bis 30.000 Menschen, in denen neben den Krankenschwestern auch Altenpfleger, Familienhelfer sowie Sozialarbeiter arbeiten sollten. Letztlich wurde die häusliche Pflege umstrukturiert und zentral geregelt. Dennoch konnte in diesen Veränderungsprozessen ausgehandelt werden, dass die wenigen Diakonissen auf den bisherigen Gemeindestationen in den alten Strukturen bleiben und wie bisher arbeiten konnten. Gründe für diese Entscheidung waren, dass die Diakonissen neben der Krankenpflege auch die Leitung von Frauenkreisen und Kindergottesdienst als kirchliche Aufgaben innehatten.¹⁹⁹

Neben diesen inhaltlichen Umbrüchen waren permanente Baumaßnahmen zu bewältigen: 1975 begannen der Anbau ans Altenpflegeheim und der Bau eines Aufzugs am Mutterhaus. Sie waren erforderlich, da die alten Gebäude nicht mehr den gesetzlichen Vorschriften entsprachen. Schließlich konnten 1976 die pflegebedürftigen Heimbewohner ins neue Pflegeheim verlegt werden.²⁰⁰

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Zeit nach dem 2. Weltkrieg einerseits für die Diakonissen durch einen starken Aufbau von Gebäuden und Arbeitszweigen geprägt war. Andererseits erlebten sie, dass sich immer weniger junge Frauen für einen Weg in ihre Glaubens-, Lebens- und Dienstgemeinschaft entschieden. Seit den 50er-Jahren war es nicht mehr unbedingt erforderlich, sich einer Schwesternschaft anzuschließen, um sozial tätig zu sein. Deswegen wählten viele Frauen eine freiere Form der Zugehörigkeit: z. B. indem sie sich einer Diakonieschwernerschaft wie des Zehlendorfer Verbandes anschlossen, in der Heiraten möglich war. So nahm die Anzahl der Diakonissen weiter ab.

Wie in den vorangehenden Zeitepochen auch, stelle ich die Entwicklungen zwischen 1945 und 1980 in Form von Reentrys dar.

Der Aufbau von Arbeitszweigen lässt sich wie folgt skizzieren:

Krankenhaus und Krankenpflegeausbildung	Altersheim, Nellinistift und Altenpflegeschule	Mutterhaus mit Gästearbeit, Paramentwerkstatt, Hostienbäckerei, praktische Ausbildung von Haushaltslehrlingen etc.	Kindergarten, Hort, Kinderheim, Fachschule für Sozialpädagogik	Aufbau von Arbeitszweigen
---	--	--	--	----------------------------------

Abb. 18: Aufbau zwischen 1950-1965²⁰¹

¹⁹⁹ Vgl. Jahresbericht 1971, 1972 und 1973, S. 4.

²⁰⁰ Vgl. Jahresbericht 1976, S. 16.

²⁰¹ eigene Abbildung

Der Rückbau von Arbeitszweigen betraf folgende Bereiche:

Krankenpflegeausbildung in Kooperationen	Altenpflegeschule schließt (1963-1968)	Carl - Leydecker Altenheim schließt	Kündigungen von Gemeindenstationen	Rückbau von Arbeitszweigen
--	--	-------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------

Abb. 19: Rückbau zwischen 1965-1980²⁰²

Die Anzahl der Diakonissen verlief kontinuierlich rückläufig:

1950: 237 Diakonissen 28 Novizinnen 9 Probeschwestern	1960: 216 Diakonissen 20 Novizinnen 7 Probeschwestern	1970: 186 Diakonissen 8 Novizinnen	1980: 152 Diakonissen, davon 69 im Feierabend	Anzahl der Diakonissen
---	---	---	---	-------------------------------

Abb. 20: Anzahl der Diakonissen zwischen 1950-1980²⁰³

Diese Veränderungen führten dazu, dass folgende Fragen permanent mitgedacht wurden:

- Welche Arbeitszweige können bewahrt werden, was kann in welcher Form weitergeführt werden und was nicht?
- Welche Ressourcen stehen zur Verfügung?
- Welche Vision prägt die Zukunft?

Die Fragen sind bis heute offen und werden immer wieder neu gestellt.²⁰⁴

3.3.3.3 Werte und Ethik

Zwischen 1945 und 1980 haben sich die Lebensgestaltung sowie Grundhaltungen, Werte und Vorstellungen, was ein sinnvolles Leben ausmacht, grundlegend verändert und dementsprechend auch das Verhalten in Beruf und Alltag.²⁰⁵

Gravierende politische Umwälzungen, technologischer Fortschritt, ökonomische, kulturelle und politische Umbrüche sind nur ein Teil des Wandels. Dazu kam ein Sich-Abwenden von grundlegenden Werten, die lange Zeit bestimmend waren: Weg von Ehrgeiz, Pflichtgefühl und Gehorsam hin zugunsten von Selbstentfaltung, Individualität und Naturverbundenheit.²⁰⁶ Dies hat zur Folge, dass Menschen immer weniger über ein in sich stimmiges, stabiles Weltbild verfügen,

²⁰² eigene Abbildung

²⁰³ eigene Abbildung (Zahlen aus den Jahresberichten 1950, 1960, 1970, 1980)

²⁰⁴ Vgl. Lachenmann, 1995, S. 138.

²⁰⁵ Vgl. Koch, 2011, S. 57 f.

²⁰⁶ Vgl. Barz / Kampik / Singer/ Teuber, 2001, S. 71 f.

sondern sich ständig den jeweiligen Situationen und Umständen anpassen. Mit den Begriffen „Wertpluralismus“ und „Wertecollage“²⁰⁷ wird die heute leitende Orientierung etikettiert.

Den Wertewandel seit den 1950ern skizzieren Braz / Kampik / Singer / Teuper wie folgt: Die 50er-Jahre waren vom Wiederaufbau mit traditionellen Werten geprägt: „Disziplin, Leistung und Pflichtgefühl“ prägten die Gesellschaft. In den 1960ern standen materieller Wohlstand, Wirtschaftswachstum und Konsum im Vordergrund. Mit dem Protest der 68er-Bewegung und der Suche nach „Alternativen zum genormten Leben“ wurden Themen wie Frieden, Ökologie und soziale Gerechtigkeit diskutiert. In den 80er-Jahren bestimmten die Schlagworte „schneller, höher, weiter“ die öffentliche Debatte und es war eine Neigung hin zu „Oberflächlichkeit, Ich-Orientierung, Erlebnis- und Genussorientierung“ zu beobachten. Seit den 1990ern kann von einer Unübersichtlichkeit der Werte gesprochen werden: „Individualismus, Kommunikation, und Flexibilität“ sind im Trend.²⁰⁸

Neben der Institution Ehe haben sich viele Beziehungsmuster etabliert: Die ehelichen und nichtehelichen Gemeinschaften sind die größte Gruppierung, aber auch homosexuelle Lebensgemeinschaften und Ein-Eltern-Familien nehmen zu. Partnerschaftlichkeit und gemeinsame Entscheidungen in der Ehe werden selbstverständlich. Auch Frauen beanspruchen für sich mehr persönliche Freiräume und Selbständigkeit.²⁰⁹ Dennoch gibt es nach wie vor Gehaltsunterschiede zwischen Frauen und Männern. Unterschiedliche Statistiken stehen sich mit differierenden Zahlen gegenüber: Das statistische Bundesamt belegt, dass gleiche Arbeiten von Frauen um 7% schlechter bezahlt werden als die von Männern.²¹⁰ Nach einer Studie des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln (IW) liegt der Gehaltsunterschied zwischen Frauen und Männern jedoch bei nur 2%. Für den Gehaltsvergleich wurden Faktoren wie „Teilzeitbeschäftigung, Bildungsstand und Dauer der Betriebszugehörigkeit, die Länge familienbedingter Auszeiten wie Kindererziehung“²¹¹ berücksichtigt. Dadurch verringert sich der Lohnabstand von 25% auf 11%. Des Weiteren schrumpft der Gehaltsunter-

²⁰⁷ Barz / Kampik / Singer / Teuper, 2001, S. 71.

²⁰⁸ Vgl. Barz / Kampik / Singer / Teuper, 2001, S. 79 f.

²⁰⁹ Vgl. Barz / Kampik / Singer / Teuper, 2001, S. 120-126.

²¹⁰ Vgl. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/VerdiensteArbeitskosten/VerdiensteBranchen/Tabellen/LangeReiheNL.html> (Abruf 22.2.13)

²¹¹ <http://www.iwkoeln.de/de/presse/pressemitteilungen/beitrag/102500> (Abruf 2.2.13)

schied bis 2%, wenn Frauen weniger als 18 Monate Elternzeit für sich in Anspruch nehmen. Teilzeitbeschäftigung und familienbedingte Erwerbspausen sind nach dieser Studie die Ursachen der unterschiedlichen Verdienstmöglichkeiten von Frauen und Männern. Das bedeutet, dass gleiche Verdienstmöglichkeiten durch eine bessere Betreuungsinfrastruktur ermöglicht werden können.²¹²

Es hat sich ein Dreischritt im Wertewandel der Frauen vollzogen: War die Frau in den 50ern die „Nesthüterin“ und diejenige, die sich an andere angepasst hat, emanzipierte sie sich in den 70ern und ihre Selbstverwirklichung gewann mehr Kontur. Seit den 90ern stehen Frauen in einer „Innen- und Außenorientierung“, d. h. sie versuchen zwischen den eigenen Wünschen und Vorstellungen und denen ihrer Umwelt so zu vermitteln, so dass beides möglich ist. Dies wird mit „Selbstmanagement“ umschrieben.²¹³

Der Wertekanon einer Diakonissengemeinschaft ist von anderen Werten geprägt: Gemeinschaftssinn, ein maßvoller Lebensstil, Zuverlässigkeit, Sich-Zurücknehmen und einen Blick für andere haben, sind den Diakonissen wichtig. Die Herausforderung besteht darin, eine Brücke zwischen den „alten“ und „neuen Werten“ zu schaffen, indem einerseits der Gemeinsinn im Blick ist und andererseits der Einzelnen die größtmögliche Freiheit zur Selbstentfaltung gegeben wird.

3.4 Vom Pflegenotstand ins neue Jahrtausend (1980-2012)

Die Sozialstruktur der Gesellschaft veränderte sich weiter: Sie wird nicht mehr in Schichten und Unterschichten dargestellt, sondern in Milieus, die durch Lebensziele und -stile definiert werden und sich in „Konsumgewohnheiten“ unterscheiden. D. h. Einkommen, Bildung oder familiäre Herkunft sind nicht mehr ausschlaggebend für die Zugehörigkeit zu einem Milieu. Der Soziologe Beck stellte 1986 fest, dass die Gesellschaft und die Lebensentwürfe so individualisiert sind, dass die bestehenden Sicherungssysteme (z. B. die Versorgung und Pflege im Alter), für den Einzelnen nicht ausreichen.²¹⁴

3.4.1 Politische und sozialpolitische Ereignisse

Ein bedeutender geschichtlicher Einschnitt war 1989 die Wende. Zwei unterschiedliche Systeme mussten zusammenfinden, wobei die neuen Bundesländer

²¹² Vgl. <http://www.iwkoeln.de/de/presse/pressemitteilungen/beitrag/102500> (Abruf 2.2.13)

²¹³ Vgl. Barz / Kampik / Singer / Teuber, 2001, S. 127.

²¹⁴ Vgl. Frevel / Dietz, 2008, S. 36 f.

sich mehr an die alten Bundesländer angepasst haben als umgekehrt. Vergleicht man die Krankenpflegeausbildungen, so ist im deutsch-deutschen Vergleich in der pflegfachlichen Ausbildung kein wesentlicher Unterschied festzustellen. In der 3-jährigen Ausbildungszeit bestanden die Ausbildungsinhalte der DDR ebenso wie die der Bundesrepublik Deutschland in der Einführung der „Grundkrankenpflege, Krankenbeobachtung und in der Befähigung zur Ausführung ärztlicher Verordnungen“.²¹⁵ Neben dem theoretischen Unterricht gab es eine praktische Ausbildungszeit auf der Inneren, Chirurgie, Gynäkologie, Psychiatrie, Neurologie und Intensivstation.²¹⁶ In beiden Systemen war die Krankenpflegeausbildung eine staatliche Qualifikation mit dem Unterschied, dass in der DDR von 1969-1977 Unterrichtsschwestern („Lehrmeisterinnen“) ein dreijähriges Fachschulstudium absolvierten. Für Altenheime wurden in der DDR ausschließlich Krankenschwestern ausgebildet, denn den Beruf der Altenpflegerin gab es nicht.²¹⁷

Seit den 90er-Jahren rückt das Thema „demografischer Wandel“ in den Fokus: 1950 wurde nur 1% der Bevölkerung über 80 Jahre alt, 1990 waren es bereits 2%. Das Statistische Bundesamt rechnet damit, dass sich der Anteil der Über-80-Jährigen bis 2030 auf 7,3% und bis 2050 auf 12% erhöhen wird.²¹⁸

Eine Alterssicherung ist nach wie vor die Rente bzw. Pension, die von der Dauer und der Höhe der Renteneinzahlung abhängig ist. Probleme bei der Rentenversicherung ergeben sich v. a. dadurch, „dass die Rente von den aktuell gezahlten Beiträgen der heute beitragspflichtigen Arbeitnehmer im Umlageverfahren finanziert wird.“²¹⁹

Eine weitere Alterssicherung ist die 1995 eingeführte Pflegeversicherung. Damit wurde die Pflege erstmals „als eigene Versorgungsart im Sozialgesetzbuch XI abgebildet. Im Gegensatz zum Sozialgesetzbuch V, das die Finanzierung durch die Krankenversicherung regelt, wird in SGB XI die Pflege unabhängig vom ärztlichen Handeln dargestellt.“²²⁰ Die Pflegeversicherung soll pflegenden Angehörigen einen finanziellen Ausgleich schaffen und die Kosten der ambulanten wie stationären Pflege abfedern. Dennoch steht die Pflegeversicherung vor einem Strukturproblem: Zum einen steigt die Zahl der Pflegebedürftigen in einer

²¹⁵ Vgl. Wolff / Wolff, 2002, S. 258.

²¹⁶ Vgl. Wolff / Wolff, 2002, S. 258.

²¹⁷ Vgl. Wolff / Wolff, 2002, S. 248-261.

²¹⁸ Vgl. Frevel / Dietz, 2008, S. 109.

²¹⁹ Frevel / Dietz, 2008, S. 110.

²²⁰ Bartholomeyczik, 2010, S. 140.

alternden Gesellschaft kontinuierlich an. Zum anderen wird im Bereich der Leistungserbringung deutlich, dass es für Störungen, die eine eingeschränkte Alltagskompetenz zur Folge haben (z. B. bei Demenz), Nachbesserungen bedarf. Ebenso steht die Praxis der Gutachtenerstellung für Pflegebedürftige auf dem Prüfstand.²²¹ Erschwerend kommt hinzu, dass Hausärzte und Pflegedienste unabhängig voneinander statt gemeinsam in der ambulanten Versorgung arbeiten und die „pflegerische Kompetenz“ bisher nicht hinreichend definiert ist. Des Weiteren spielen gesellschaftliche Kräfteverhältnisse eine Rolle, wobei die Medizin die Definitionsmacht zu Fragen der Gesundheit beansprucht.²²²

Auch die Situation deutscher Krankenhäuser hat sich seit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 verändert: die Patientenzahlen steigen stetig bei sinkender Bettenzahl durch die Verkürzung der Liegezeiten. Um die Kosten einzudämmen, setzte man auf Budgetierung der Haushalte, Qualitätsmanagement, Computerprogramme für Verwaltungstätigkeiten der Pflegekräfte etc.²²³ Schließlich wurde 2004 die Finanzierung nach „Diagnosis Related Groups“ (DRG-Fallpauschalen) für alle Krankenhäuser in Deutschland eingeführt: Die DRG fasst Patientengruppen einer medizinischen Diagnose zusammen und geht von einem ähnlichen Versorgungsaufwand aus, der durch eine Pauschale zur Refinanzierung abgedeckt ist. Es wird nicht berücksichtigt, dass dieselbe medizinische Diagnose einen unterschiedlich hohen Pflege- und Versorgungsaufwand bedeuten kann. Folglich wurden die Pflegestellen in den vergangenen Jahren gesenkt und die Arztstellen erhöht. Obwohl 2008 wissenschaftlich begründete Pflegeindikatoren für das DRG-System entwickelt wurden, lehnte diese das Bundesgesundheitsministerium ab.²²⁴ Um dem Pflegenotstand entgegenzuwirken wurde im März 2009 das „Krankenhausfinanzierungs-Reformgesetz“ (KHRG) eingeführt, das den Aufbau von ca. 17.000 Stellen in der Pflege über drei Jahren hinweg vorsah. Für die Kliniken war dies rentabel, da die neuen Stellen zu 90% über die Krankenkassen zusätzlich finanziert wurden. Die Eigenbeteiligung der Kliniken lag bei 10%. Allerdings konnte das Förderprogramm aufgrund des Fachkräftemangels nicht voll ausgeschöpft werden.²²⁵ Schließlich wurden im Rahmen des zweiten Pflegegipfels 2009 die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversi-

²²¹ Vgl. Frevel / Dietz, 2008, S. 110-111.

²²² Vgl. Bartholomeyczik, 2010, S. 145 f.

²²³ Vgl. Stollberg, 2010, S. 74-75.

²²⁴ Vgl. Bartholomeyczik, 2010, S. 137-140.

²²⁵ Vgl. Wietek, 2012, S. 32-36.

cherung gemeinsam mit der Bundesärztekammer und dem Deutschen Pflegerat beauftragt, sowohl pflegerische Merkmale für eine hochaufwendige Pflege zu entwickeln als auch Kriterien für deren Finanzierung.²²⁶ Das Ergebnis war die Aufnahme von pflegerischen Komplexcodes in den OPS-Katalog („Operationen und Prozeduren Schlüssel“). Es wurden drei unterschiedliche OPS für hochaufwendige Pflege entwickelt: für Erwachsene, Kinder / Jugendliche und für Kleinkinder. Eine Expertengruppe des Deutschen Pflegerats (DPR) stellte die Pflege von hochaufwendigen Patienten im Krankenhaus auf Normalstationen in PKMS („Pflegekomplexmaßnahmen-Scores“) dar. D. h. wenn ein Patient in mindestens einem der Leistungsbereiche „Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Bewegen / Lagern / Mobilisation und / oder im Bereich Kommunizieren / Beschäftigen“ einen höheren Pflegebedarf als ein durchschnittlicher Patient hat, wird dieser Mehraufwand in Punkte abgebildet. Für höhere Punktwerte bekommt die Klinik ein höheres Budget.²²⁷

Insgesamt bedauern Pflegekräfte, dass im deutschen Gesundheitswesen kaum individuelle Handlungsspielräume und wenig Kommunikation möglich sind. Dies hat Auswirkungen auf das Engagement, die Verantwortungsbereitschaft und die Versorgungsqualität.²²⁸ Zeiten der Kommunikation zwischen Patient und dem Pflegepersonal lassen sich in den DRG`s bisher nicht abbilden und werden aus dem optimierten Ablauf gestrichen. So sind folgende Fragen offen: Welche Strukturen sind nötig, damit Pflegende mehr Handlungsfreiheit haben und sowohl patientenorientiert, fachlich fundiert als auch effizient arbeiten können?²²⁹

In den Jahren 2003-2004 wurden wesentliche Reformen in der Alten- und Krankenpflegeausbildung umgesetzt: Die Ausbildung in der Altenpflege wurde durch das Gesetz über die Berufe der Altenpflege des Bundes am 1.8.2003 zum ersten Mal bundeseinheitlich geregelt. Die Ausbildung in der Altenpflegehilfe hingegen blieb davon unberührt und ist weiterhin Sache der Länder. Ziel des bundesweiten Gesetzes ist es, ein einheitliches Ausbildungsniveau zu erreichen, dem Beruf des Altenpflegers ein klares Profil zu geben und ihn dadurch für junge Menschen attraktiver zu machen. Daneben sind eine einheitliche Regelung der Ausbildungsstruktur, der Ausbildungsinhalte und Prüfungsordnung wesent-

²²⁶ Vgl. Wieteck, 2012, S. 32 f.

²²⁷ Vgl. Wieteck, 2012, S. 32-48.

²²⁸ Vgl. Manzeschke, 2010, S. 175-176.

²²⁹ Vgl. Manzeschke, 2010, S. 179-191.

liche Bausteine zur Professionalisierung.²³⁰ „Die Ausbildung in der Altenpflege soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur selbständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind.“²³¹ Die Gesamtverantwortung für die dreijährige Ausbildung liegt bei den Altenpflegeschulen und besteht aus theoretischem und praktischem Unterricht. Auf Antrag kann die Ausbildung für Krankenschwestern, Kinderkrankenschwestern und Heilerziehungspflegerinnen auf bis zu zwei Jahre verkürzt werden.²³²

Im Jahr 2004 folgte ein neues Krankenpflegegesetz, das die Krankenpflegeausbildung umstrukturierte: Neu sind die gemeinsame Ausbildungszeit von zwei Jahren in der Kranken- und Kinderkrankenpflege, die sich erst im dritten Ausbildungsjahr unterscheidet, der bindende Hochschulabschluss der Unterrichtskräfte und die Praxisbegleitung im Krankenhaus durch Unterrichtskräfte. Die Stundenzahl für den theoretischen Unterricht wurde von 1600 auf 2100 Stunden aufgestockt und die praktische Ausbildungszeit von 3000 auf 2500 Stunden reduziert. Des Weiteren wurde das Berufsbild um „rehabilitative, palliative und ambulante Bereiche“ erweitert. „Pflegerberatung, Pflegeüberleitung und Pflegeprävention“²³³ kamen als Ausbildungsinhalte hinzu. Damit änderte sich auch die Berufsbezeichnung von Krankenschwester zur „Gesundheits- und Krankenpflegerin.“ Seitdem ist ein höherer Abstimmungsbedarf zwischen Krankenhaus und Schule notwendig. Dem reduzierten Praxisanteil stehen die Krankenhäuser kritisch gegenüber, erwarten aber eine höhere Qualifizierung durch die neuen Ausbildungsinhalte.²³⁴

Zur Reform des deutschen Sozialsystems und Arbeitsmarktes wurde die Agenda 2010 beschlossen, die von der Bundesregierung zwischen 2003 und 2005 in weiten Teilen umgesetzt wurde. Die Agenda 2010 verweist auf Europa: Die europäischen Staats- und Regierungschefs haben im Jahr 2000 auf einem Sondergipfel in Lissabon beschlossen, man wolle „die Europäische Union bis zum Jahr 2010 zum wettbewerbsfähigsten und dynamischsten wissensbasierten Wirtschaftsraum der Welt [...] machen – einem Wirtschaftsraum, der fähig ist, ein dauerhaftes Wirtschaftswachstum mit mehr und besseren Arbeitsplätzen und

²³⁰ Vgl. <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/gesetze,did=3268.html> (Abruf 8.3.13)

²³¹ <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/altpflg/gesamt.pdf> (Abruf 9.3.13)

²³² Vgl. <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/altpflg/gesamt.pdf> (Abruf 9.3.13)

²³³ <https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/pabis.pdf> (Abruf 9.3.13)

²³⁴ Vgl. <https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/pabis.pdf> (Abruf 9.3.13)

einem größeren sozialen Zusammenhalt zu erzielen.“²³⁵ Mit der Agenda 2010 sollten die Rahmenbedingungen für mehr Wachstum und für mehr Beschäftigung hervorgebracht werden, wobei die Leistungen des Staates gekürzt wurden. Dabei waren die Einschnitte für die Menschen durch Hartz IV besonders hoch. Hartz IV bedeutet die Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe zum 1.1.2005. D. h. alle Arbeitssuchenden, die keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld I geltend machen können, erhalten die „Grundsicherung für Arbeitssuchende“ (ALG II). Die Leistung bewegt sich auf Sozialhilfeniveau.²³⁶ Bei Arbeitslosigkeit spielt es nun keine Rolle mehr, ob die Qualifikation des Arbeitssuchenden höher ist als für die Stelle erforderlich. Jede Arbeit, die nicht sittenwidrig ist, gilt als zumutbar. Bei Nichtannahme zumutbarer Tätigkeiten werden die finanziellen Leistungen gekürzt. Die Agenda 2010 zeigt Wirkung: Zusätzliche Arbeitsplätze konnten geschaffen werden und die Zahl der Arbeitslosen ist deutlich gesunken. Gleichzeitig stieg die Beschäftigung im Niedriglohnsektor.²³⁷

Weitere Reformen waren im Jahr 2004 die Gesundheitsreform, deren Ziel die Senkung der Krankenkassenbeiträge von über 14% auf etwa 13% war. Damit wurden Patienten, Versicherte und Steuerzahler mehr belastet, denn eine höhere Selbstbeteiligung, weniger Leistungen und die Einführung der Praxisgebühr von 10 € pro Quartal waren die Folge.²³⁸ (Die Praxisgebühr wurde 2013 wieder abgeschafft). Am 1.1.2005 hat die Rentenreform den „Nachhaltigkeitsfaktor in die Rentenformel eingeführt“, um die Beitragszahler hinsichtlich des demografischen Wandels zu entlasten. Demzufolge fällt künftig die Rentenerhöhung niedriger aus, wenn die Zahl an Rentnern vergleichsweise zu den Beitragszahlern übermäßig ansteigt.²³⁹

3.4.2 Prägende Persönlichkeit der Epoche im Fokus der Pflege: Dörner

Klaus Dörner (*1933) war 1980-1996 leitender Arzt der Westfälischen Klinik für Psychiatrie und ist Mitbegründer der Reformbewegung in der Psychiatrie. Seine Forschungsschwerpunkte liegen zum einen in der Medizin- und Psychiatriegeschichte und zum anderen in der Versorgungsforschung psychisch kranker,

²³⁵ Europäischer Rat von Lissabon, 2000, S. 2.

²³⁶ Vgl. <http://www.bpb.de/apuz/28920/die-agenda-2010-eine-wirtschaftspolitische-bilanz?p=all> (Abruf 15.3.13)

²³⁷ Vgl. http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.79926.de/08-11-1.pdf (Abruf 15.3.13)

²³⁸ Vgl. <http://www.diabsite.de/aktuelles/nachrichten/2003/030725.html> (Abruf 7.3.13)

²³⁹ Vgl. <http://www.bpb.de/apuz/28920/die-agenda-2010-eine-wirtschaftspolitische-bilanz?p=all> (Abruf 15.3.13)

behinderter, alter und sterbender Menschen. Er sammelt in ganz Deutschland Ideen und Initiativen, die dazu beitragen, dass Menschen so lange wie möglich zu Hause leben können.²⁴⁰ Wenn aus gesundheitlichen Gründen das Leben in der eigenen Wohnung nicht mehr möglich ist, so ist nach Dörner die Lösung im „dritten Sozialraum der Nachbarschaft“ zu suchen. Die Nachbarschaft ist heute fast unsichtbar geworden, denn Helfen ist v. a. an Institutionen delegiert. Die Nachbarschaft liegt „zwischen dem ersten Sozialraum des Privaten und dem zweiten Sozialraum des Öffentlichen.“²⁴¹ Dörner ordnet damit die Pflege in einen gesellschaftlichen Zusammenhang ein und sucht nach geeigneten Rahmenbedingungen, um Lösungen für die Anforderungen in heutiger Zeit zu finden. Dabei stützen folgende Fakten seine Sichtweise:

- Der Hilfebedarf wächst: die Zahl der Schwerbehinderten ist auf 7 Millionen gestiegen und die der gesetzlich Betreuten auf 1,3 Millionen. Das Profi-Hilfe-System der Industriegesellschaft reicht nicht mehr aus, um dem wachsenden Hilfebedarf gerecht zu werden. Neben dem Grundbedürfnis nach Selbstbestimmung (im Alter) ist es Menschen ebenso ein Anliegen, „Bedeutung für Andere“ zu haben.²⁴²
- Demografen haben herausgefunden, dass der Prozess der Alterung und Unterjüngung der Gesellschaft weltweit geschieht: zunächst in Europa, dann in den USA, in Osteuropa, Asien, Südamerika und schließlich auch in Afrika. D. h. das Land mit dem qualifiziertesten Hilfesystem für diese Anforderungen hätte zukünftig einen „guten Exportartikel“.²⁴³
- Dabei gilt es, das 3. Lebensalter zu entdecken: Nach Ende der Berufszeit stehen Rentnern vom 65. Lebensjahr bis zum 80. Lebensjahr etwa 15 Jahre zur Verfügung, die zur Gestaltung offen sind. Gerade diese Altersgruppe engagiert sich zunehmend für Hochaltrige, von denen heute jede zweite Frau und jeder dritte Mann an Demenz sterben.²⁴⁴
- Daneben nimmt die Zahl derer zu, die sich in Nachbarschafts- und Hospizvereinen engagieren. Auch wird die mittelalterliche Bürgerstiftung wiederentdeckt, um der schwierigen Finanzsituation zu begegnen.²⁴⁵

²⁴⁰ Vgl. <http://www.imew.de/index.php?id=170> (Abruf 10.5.13)

²⁴¹ Vgl. Dörner, 2007, S. 92-93.

²⁴² Vgl. Dörner, 2012, S. 11-12.

²⁴³ Vgl. Dörner, 2012, S. 12.

²⁴⁴ Vgl. Epd-Dokumentation 49/2010.

²⁴⁵ Vgl. Dörner, 2012, S. 12-15.

- Seit 1980 sind etwa 2000 Projekte des generationsübergreifenden Wohnens entstanden und zeitgleich etwa 1000 ambulant betreute Wohnpflegengruppen. Hier sorgen Bürger (Nachbarn) in Kooperation mit Profis füreinander, so dass eine Heimunterbringung umgangen werden kann. Im Bürger-Profi-Mix („so viel Bürger wie möglich und so viel Profi wie nötig“) kommen Arbeits- und Lebenswelt wieder zusammen.²⁴⁶
- Inzwischen ist auch die Gast- oder Pflegefamilie eine erprobte Alternative für alterspflegebedürftige Singles.²⁴⁷
- Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge fordert die Kommunen auf, ihre Verwaltung vom Säulenmodell, das sich in der Industriegesellschaft bewährt hat, auf ein Sozialraummodell mit Sozialraumbudgets umzustellen. Der Reiz des Sozialraumbudgets besteht darin, dass Ziele vereinbart werden, die Wege dorthin aber den einzelnen Trägern überlassen werden.²⁴⁸

Dörner vertritt die These, dass wir uns gegenwärtig im Umbruch zwischen zwei Epochen befinden: nach einer 150-jährigen Epoche der Industriegesellschaft folgt nun die Epoche der Dienstleistungsgesellschaft.²⁴⁹ Und der Dienstleistungsbereich entwickelt sich zu einer Domäne der Frauen. Dies wird die Rollen von Männern und Frauen langfristig verändern. Ein weiteres Kennzeichen der Dienstleistungsgesellschaft ist, dass die Hilfe zu den Menschen gebracht wird und so den dritten Sozialraum des Stadtviertels oder der Dorfgemeinschaft wiederbelebt. Den Grundbedürfnissen nach Selbstbestimmung und Teilhabe kann durch „soziale Zeit“ für andere entsprochen werden. Das bedeutet auch mehr Verdienstmöglichkeiten für Bürgerhelfer, von der Aufwandsentschädigung oder Übungsleiterpauschale bis hin zu diversen Fortbildungsmöglichkeiten. Daneben ist auch ein Trend zu erkennen, nicht nur mit Blutsverwandten, sondern auch mit Wahlverwandten gemeinschaftlich zu wohnen und zu leben.²⁵⁰ Eine wichtige Aufgabe der Dienstleistungsgesellschaft wird sein, aus den neuen Hilfeformen eine „zukunftsfähige Hilfekultur“ für alle zu entwickeln: mehr sozialraumorientiert statt diagnosespezialisiert. Die zunehmenden Kooperationen mit Wohnungsbaugesellschaften eröffnen weitere Perspektiven. Das schließt auch

²⁴⁶ Vgl. Dörner, 2012, 12-15.

²⁴⁷ Vgl. Dörner, 2012, S. 12-16.

²⁴⁸ Vgl. Nachrichtendienst / NDV, 9/2008.

²⁴⁹ Vgl. Dörner, 2012, S. 7.

²⁵⁰ Vgl. Dörner, 2012, S. 35-41.

die Verantwortlichen in den verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen mit ein: von der Kommune über die Wirtschaft bis zur Bundespolitik.²⁵¹ Mit der Dienstleistungsgesellschaft leben wir nach Habermas in einer „postsäkularen Gesellschaft.“²⁵² Das bedeutet, dass der Mensch einen Sinn für sein Leben nicht allein in sich selbst findet, sondern dass er dazu andere braucht.²⁵³

3.4.3 Auswirkungen auf das Frankfurter Diakonissenhaus

Die Frankfurter Diakonissen haben neben der Krankenpflege unentgeltlich viel Zeit in den Krankenhausbetrieb investiert. Seit den 80er Jahren haben nur noch wenige Diakonissen im Diakonissenkrankenhaus gearbeitet. Demzufolge übernehmen heute Ehrenamtliche diese Dienste: 1985 wurde die Evangelische Krankenhaushilfe (EKH) im Diakonissenkrankenhaus eingeführt. Die Grünen Damen werden in monatlichen Treffen und jährlichen Fortbildungstagen geschult und bringen sich auf den Stationen für die Patienten mit kleinen Diensten ein. Auch wenn die Stationen zunächst wenig mit den neuen ehrenamtlichen Mitarbeitern anfangen konnten, etablierte sich die EKH: 1989 wurde im Nellinistift ein Nachmittags-Café eingerichtet, das von den Grünen Damen betreut wurde. Später kam ein Bücherwagen dazu, der die Patienten und Altenheimbewohner mit Lesematerial versorgte.²⁵⁴

3.4.3.1 Akteure, Kommunikation, Konfliktfelder

Trotz rückläufiger Diakonissenzahlen und Fachkräftemangel sah das Frankfurter Diakonissenhaus seine Arbeit nicht nur in der Seelsorge, sondern auch in der Trägerverantwortung des Diakonissenkrankenhauses. 1995 entwickelte es zusammen mit dem Diakoniewerk Bethanien und dem Verein für Krankenpflege und Diakonie ein „Diakonie-Konzept zur Sicherstellung der evangelischen Krankenhäuser in der Region Frankfurt am Main.“²⁵⁵ Danach arbeiten die Frankfurter Diakonie-Kliniken Bethanien- und Mühlberg-Krankenhaus sowie das Diakonissenkrankenhaus und Markus-Krankenhaus im Verbund zusammen. Gemeinsam waren sie Ende der 90er Jahre der größte diakonische Krankenhausträger in Hessen mit 1.057 Planbetten, 1.983 Mitarbeitenden und einem

²⁵¹ Vgl. Dörner, 2012, S. 6-15.

²⁵² Habermas, zit. n. Dörner, 2012, S. 45.

²⁵³ Vgl. Dörner, 2012, S. 45.

²⁵⁴ Vgl. Blätter aus dem Mutterhaus, 6/2010, S. 12.

²⁵⁵ Bauer / Hoede, 2001, S. 156.

Jahresumsatz von etwa 200 Millionen Mark.²⁵⁶ Die Frankfurter Diakoniekliniken sind Mitinitiatoren des bundesweiten Agaplesion-Konzerns.²⁵⁷

2002 wurde der gemeinnützige Konzern Agaplesion gegründet, um dem christlichen Auftrag der Nächstenliebe in medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen nachzukommen. Dabei ist Agaplesion gAG eine „nicht börsenorientierte Aktiengesellschaft“,²⁵⁸ in der die Überschüsse zurück in die beteiligten Einrichtungen fließen. D. h. die beteiligten Gesellschafter übernehmen eine Mitverantwortung für den Konzern und bleiben vor Ort weitgehend selbständig. Auf diese Weise kann die Identität der Einrichtungen erhalten bleiben und alle beteiligten Organisationen können sich auf ihre Kernkompetenz konzentrieren. Gleichzeitig stellt Agaplesion gAG seinen Einrichtungen zentrale Dienstleistungen wie Informationstechnologien, Qualitätsmanagementinstrumente u. a. zur Verfügung, um Kräfte zu bündeln und Synergien zu schaffen. Agaplesion verweist auf sein christliches Profil, das den Rahmen für die Ziele der Einrichtungen vorgibt, wobei sechs Werte für die gesamte Unternehmenskultur stehen: „Nächstenliebe, Wertschätzung, Verantwortung, Transparenz, Professionalität und Wirtschaftlichkeit.“²⁵⁹

Agaplesion gAG übernahm auch die Betriebsträgerschaft des Diakonissenkrankenhauses, wobei das Gebäude nach wie vor dem Verein Frankfurter Diakonissenhaus gehört. Im Jahr 2016 soll das Diakonissenkrankenhaus an den Standort Markus-Krankenhaus verlagert werden.²⁶⁰

3.4.3.2 Arbeitsorganisation und Struktur

Am 6.3.2008 erfolgte die Grundsteinlegung für das Bauprojekt Diakonissenmutterhaus, das neue Altenpflegeheim Nellinistift und das diakonische Begegnungszentrum. Das alte denkmalgeschützte Nellinistift wurde zur Zentrale des gesamten Werkes. Im neuen Pflegeheim Nellinistift konnte das Hausgemeinschaftsmodell für neun Hausgemeinschaften mit jeweils 10-12 Bewohnern verwirklicht werden. So sorgen neben den Pflegekräften hauswirtschaftlich und pflegerisch ausgebildete Alltagsbegleiter für so viel Alltagsnormalität wie mög-

²⁵⁶ Vgl. Bauer / Hoede, 2001, S. 149-157.

²⁵⁷ Vgl. <http://www.fdk.info/> (Abruf 15.5.13)

²⁵⁸ http://www.agaplesiongag.com/fileadmin/agaplesion/UNTERNEHMEN_D/DOWNLOADS_UNTERNEHMEN_D/RZ_AGA_Broschuere_Small_X3_16-01-2013.pdf.pdf (Abruf 15.5.13)

²⁵⁹ http://www.agaplesiongag.com/fileadmin/agaplesion/UNTERNEHMEN_D/DOWNLOADS_UNTERNEHMEN_D/RZ_AGA_Broschuere_Small_X3_16-01-2013.pdf.pdf (Abruf 15.5.13)

²⁶⁰ Vgl. <http://www.diakonissen-krankenhaus.de/UEber-uns.2215.0.html> (Abruf 21.6.13)

lich. Auch der ambulante Pflegedienst nahm wieder seine Tätigkeit auf. Neben der Grund- und Behandlungspflege umfasst das Angebot auch die Verhinderungspflege, die hauswirtschaftliche Versorgung, Mittagessen, Beratung etc.²⁶¹ Das Jahr 2009 war ein großer Einschnitt für die Frankfurter Diakonissen: Sie verließen das Mutterhaus in der Eschersheimer Landstraße, das seit 1874 Heimat der Schwestern war, und zogen ins neue Mutterhaus um, in das sanierte alte Nellinistift. „In diesen unruhigen Tagen fanden wir Ruhe in unserer Kirche, wo wir wie sonst die täglichen Andachten hielten. Die Ordnung der Gebetszeiten und die Stille und Weite des Gebetsraums haben Leib und Seele wohlgetan.“²⁶²

Die Einweihung der neuen Gebäude wurde am 7. Mai 2009 mit namhaften Vertretern aus Stadt und Kirche gefeiert. Die Diakonissengemeinschaft hat sich durch Verkleinerung und Konzentration den Entwicklungen der Zukunft gestellt. Sie verstehen sich als Teil der Stadt - auch als kleine diakonische Gemeinschaft.²⁶³

Eine weitere personelle Verzahnung erfolgte durch den langjährigen kaufmännischen Vorstand des Ev. Vereins für Innere Mission, der 2010 auch kaufmännischer Vorstand des Frankfurter Diakonissenhauses wurde. Die Zusammenarbeit mit dem Ev. Verein für Innere Mission schritt weiter voran. Die wirtschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen in der Altenpflege machten die Zusammenarbeit mit einem größeren Altenpflegeeinrichtungsträger erforderlich. Dafür war das Leitbild des Ev. Vereins für Innere Mission und die geschichtlichen Beziehungen zum Diakonissenhaus aus der Gründerzeit eine gute Basis.²⁶⁴ Im August 2010 übernahm der Ev. Verein für Innere Mission zunächst kommissarisch die Leitung des neuen Altenpflegeheims Nellinistift. Am 29.9.2010 haben die Vorstände des Frankfurter Diakonissenhauses und des Ev. Vereins für Innere Mission die Verträge ihrer ambulanten Pflegedienste unterzeichnet, der seitdem „Ambulanter Pflegedienst Hufelandhaus / Frankfurter Diakonissenhaus“ heißt.²⁶⁵ 2011 übernahm der Ev. Verein für Innere Mission auch die Betriebsträgerschaft des Altenpflegeheims Nellinistift. Dabei handelt es sich um eine weitreichende partnerschaftliche Zusammenarbeit, in der die Ressourcen der beteiligten Träger zusammengeführt sind, damit ein zukunfts-

²⁶¹ Vgl. Blätter aus dem Mutterhaus 4/ 2008, S. 7-15.

²⁶² Lachenmann zit. n. Blätter aus dem Mutterhaus 6/2009, S. 4.

²⁶³ Vgl. Blätter aus dem Mutterhaus, 6/2009, S. 5-8.

²⁶⁴ Vgl. Blätter aus dem Mutterhaus, 3/2010, S. 6.

²⁶⁵ Vgl. Blätter aus dem Mutterhaus, 9/2010, S. 10.

fähiges Angebot möglich ist. D. h. das Gebäude „Altenpflegeheim Nellinistift“ ist weiterhin im Besitz der Diakonissen und die Schwestern bringen sich dort in Besuchen und ehrenamtlichen Diensten ein.²⁶⁶

2010 musste aufgrund der hohen Pflegebedürftigkeit der Bewohner im Nellinistift das Hausgemeinschaftskonzept abgeändert werden: Die Bewohner essen zwar weiterhin, wenn möglich, zusammen in den Gemeinschaftsräumen. Aber es wird wieder für alle in einer Zentralküche gekocht. Daneben sorgt eine Diätassistentin für die altersgerechte Zusammenstellung der Speisen.²⁶⁷

Neben dem Altenpflegeheim Nellinistift entwickelte sich eine weitere Wohnform: ein gemeinschaftliches Leben von Nicht-Diakonissen und Diakonissen. Das Frankfurter Diakonissenhaus vermietet im Neubau des Mutterhauses Appartements an ältere Menschen. Das ermöglicht den neuen Mitbewohnern auch die Teilnahme an den Veranstaltungen des Frankfurter Diakonissenhauses und schafft Begegnungen und Gemeinschaft. Darüber hinaus trägt der ambulante Pflegedienst dazu bei, dass die Hausbewohner solange wie möglich selbständig in den eigenen vier Wänden leben können.²⁶⁸

Die 1959 fertig gestellte Diakonissenkirche wurde 1988/1989 renoviert und der Altarraum neu gestaltet. In sechs verschiedenen Gebäuden hat die Diakonissengemeinschaft in ihrer Geschichte Gottesdienst gefeiert. Die Schwesternschaft hat alle Gottesdienstorte ausschließlich aus Spenden und eigenem Vermögen finanziert.²⁶⁹ 2011 feierte die Anstaltsgemeinde ihr hundertjähriges Jubiläum. In diesem Zusammenhang bekam die Gemeinde aufgrund eines Kirchenleitungsbeschlusses eine neue Ordnung mit den Rechten einer regulären Kirchengemeinde. D. h. die Anstaltsgemeinde wird vom Frankfurter Diakonissenhaus finanziert und von landeskirchlichen Zuschüssen seitens der Ev. Kirche in Hessen und Nassau (EKHN) unterstützt. So führte die Gemeinde im Jahr 2011 erstmals einen Kirchenvorstand beim Jahresfest ein. Zu diesem Zeitpunkt hatte die Gemeinde 107 Mitglieder. Es gehören außer den Diakonissen auch diejenigen dazu, die auf dem Gelände des Diakonissenhauses leben und Menschen, die sich aus Verbundenheit zu den Schwestern umgemeinden ließen. Die Dia-

²⁶⁶ Vgl. Blätter aus dem Mutterhaus, 12/2010, S. 6.

²⁶⁷ Vgl. Blätter aus dem Mutterhaus, 3/2010, S. 6.

²⁶⁸ Vgl. Blätter aus dem Mutterhaus, 3/2010, S. 12.

²⁶⁹ Vgl. Blätter aus dem Mutterhaus, 3/2011, S. 4-5.

konissenkirche ist das Herzstück, das den Diakonissen von Anfang an geistlicher Ruhe- und Kraftpol war und ist.²⁷⁰

Das diakonische Begegnungszentrum eröffnet dem Frankfurter Diakonissenhaus neue Gestaltungsmöglichkeiten, z. B. für die Begegnung mit Menschen im direkten Wohnumfeld. In statistischen Erhebungen hat die EKHN die Stadtteilgebiete mit ihren Kirchengemeinden in Milieus dargestellt. Die Sinus-Milieus verbinden das Lebensalter mit den Lebenswelten der Menschen, d. h. mit ihrer Alltagswelt, ihren Lebensauffassungen und Lebensweisen. Die Sinus-Milieus sind als wissenschaftlich fundiertes Modell anerkannt. Um Menschen mit Angeboten anzusprechen, sind ihre Bedürfnisse, Werte und Orientierungen von Bedeutung. Sie sind Grundlage zur Einschätzung, was Menschen beschäftigt und was sie aktiv werden lässt.²⁷¹ Aufgrund dieser Statistik lassen sich folgende Personengruppen in unmittelbarer Nachbarschaft des Diakonissenhauses identifizieren: „die modernen Performer, die Etablierten, die Postmateriellen und die bürgerliche Mitte.“²⁷² Die Zuordnung in Sinusmilieus macht es möglich, dass Interessen und Lebensweisen der Menschen im Stadtteil abgebildet werden und dass zielgerichteter darüber nachgedacht werden kann, wie in dieser Umgebung eine missionarisch diakonische Kirchengemeinde gestaltet werden kann.²⁷³ Nach der Statistik wohnen weder die „Traditionsverwurzelten“ noch die „Konservativen“ im unmittelbaren Umfeld des Frankfurter Diakonissenhauses. Dennoch erachte ich diese Personengruppen als gewichtig. Menschen aus diesen beiden Milieus sind dem Diakonissenhaus in weiterer Nachbarschaft verbunden. Dies zeigt sich beispielweise darin, dass sie an den Veranstaltungen des Frankfurter Diakonissenhauses teilnehmen.

Im Folgenden skizziere ich die Milieus mit ihren spezifischen Wesensgehalten: Die „**Modernen Performer**“ (19-34 Jahre) werden als „junge, unkonventionelle Leistungselite“ bezeichnet. Sie verstehen Kirche als Dienstleistungsunternehmen und Religion als „Lebensabschnittsprojekt“. Sie schätzen Events und moderne (Klein)Kunst. Das Internet spielt in ihrem Leben eine große Rolle.²⁷⁴

Die „**Etablierten**“ (35-64 Jahre) werden als „Erfolgsorientierte im mittleren Alter“ bezeichnet. Sie verstehen Kirche als Kirche für andere und Religion zeigt

²⁷⁰ Vgl. Blätter aus dem Mutterhaus 3/2011, S. 4-6.

²⁷¹ Vgl. www.sinus-institut.de (Abruf 6.6.13)

²⁷² www.geoinfo.ekhn.de/ekhn1 (Abruf 6.6.13)

²⁷³ Vgl. www.reformiert-info.de (Abruf 6.6.13)

²⁷⁴ Vgl. Eberts / Hunstig, 2008, S. 31.

sich ihnen in der Natur. Sie schätzen Kunst- und Bildungsangebote und organisieren sich in Verbänden.²⁷⁵

Die „**Postmateriellen**“ (35-60 Jahre) werden als „ökologisch orientierte Bewegung“, als „Nach 68-er“ bezeichnet. Sie verstehen Kirche als Projekt. Religion ist für sie ein ganzheitliches Erlebnis. Sie schätzen eine „ethische Politik“ und Mystik. Sie organisieren sich in Bürgerinitiativen.²⁷⁶

Die „**Bürgerliche Mitte**“ (30-50 Jahre) wird als „familienorientierte Mittelschicht“ bezeichnet. Sie versteht Kirche als familienbezogene Gemeinschaft vor Ort, schätzt Familiengottesdienste und organisiert sich in Vereinen.²⁷⁷

Die „**Traditionsverwurzelten**“ (über 65 Jahre) werden als „Kriegsgeneration“ bezeichnet. Sie verstehen Kirche als „heimatliche Volkskirche“, wobei Religion für sie Kirche ist. Sie schätzen die Kirchengemeinde vor Ort und organisieren sich in Vereinen.²⁷⁸

Die „**Konservativen**“ (über 60 Jahre) werden als „altes Bildungsbürgertum“ bezeichnet. Sie verstehen Kirche als Kraft des Bewahrens. Religion gibt ihnen Halt. Sie schätzen liturgische Formen und gehen gerne in Opern und Museen.²⁷⁹

Zusammenfassend stelle ich die Entwicklungen zwischen 1980-2012 in Reentrys dar. Der Rückbau war zum einen durch den Verkauf mehrerer Gebäude geprägt.

Ehemals Feierabendhaus, dann Fachschule für Sozialpädagogik, Kinderhaus	Altes Mutterhaus in der Eschersheimer Landstraße	Verkauf von Gebäuden
---	--	-----------------------------

Abb. 21: Verkauf von Gebäuden des Frankfurter Diakonissenhauses²⁸⁰

Neben dem Verkauf von Gebäuden gab das Frankfurter Diakonissenhaus Arbeitszweige ab wie z. B. die Altenpflege, die seit 2010 vom Ev. Verein für Innere Mission weitergeführt wird. Die Innere Mission steht in ihren Werten dem Frankfurter Diakonissenhaus sehr nahe, denn Mitglieder im Verein für Innere Mission des 19. Jahrhunderts haben das Diakonissenhaus mitgegründet.

²⁷⁵ Vgl. Eberts / Hunstig, 2008, S. 30.

²⁷⁶ Vgl. Eberts / Hunstig, 2008, S. 30.

²⁷⁷ Vgl. Eberts / Hunstig, 2008, S. 30.

²⁷⁸ Vgl. Eberts / Hunstig, 2008, S. 30.

²⁷⁹ Vgl. Eberts / Hunstig, 2008, S. 30.

²⁸⁰ eigene Abbildung

Haus am Urselbach, Elisabeth-Maas Haus	Hufelandhaus, Schloss Meerholz	Ambulanter Pflegedienst Hufelandhaus/ Diakonissenhaus	Neues Pflegeheim Nellinistift	Ev. Verein für Innere Mission
--	--------------------------------	---	-------------------------------	--------------------------------------

Abb. 22: Altenpflege im neuen Nellinistift – in der Betriebsträgerschaft des Ev. Vereins für Innere Mission²⁸¹

In Frankfurt übernahm Agaplesion gAG die Betriebsträgerschaft der Frankfurter Diakoniekliniken als gemeinnütziger Gesundheitskonzern:

weitere Pflegeeinrichtungen in Deutschland	Markuskrankenhaus	Bethanienkrankenhaus	Diakonissenkrankenhaus	Agaplesion gAG
--	-------------------	----------------------	------------------------	-----------------------

Abb. 23: Diakonissenkrankenhaus - in Betriebsträgerschaft von Agaplesion gAG²⁸²

Trotz massivem Rückbau hat das Frankfurter Diakonissenhaus in einen Neubau investiert: in das neue Pflegeheim Nellinistift und in das diakonische Begegnungszentrum. Nach dem Rückbau bleiben dem Frankfurter Diakonissenhaus folgende Arbeitszweige und Gebäude erhalten:

Anstaltsgemeinde als Ev. Kirchengemeinde im Stadtviertel	Gebäude neues Pflegeheim Nellinistift	Mutterhaus im alten Nellinistift mit Gästearbeit, Hostienbäckerei, Diakon. Begegnungszentrum, Wohnungsvermietung	Kindergarten, Hort, angemietet in der Eschersheimer Landstraße	Frankfurter Diakonissenhaus umfasst
--	---------------------------------------	--	--	--

Abb. 24: Arbeitszweige des Frankfurter Diakonissenhauses²⁸³

Die Diakonissenzahlen entwickelten sich wie folgt:

1980: 152 Diakonissen, davon 69 im Feierabend	1990: 103 Diakonissen, 2 Novizen	2000: 74 Diakonissen, 1 Novize	2010: 46 Diakonissen, 1 Novize	Anzahl der Diakonissen
---	--	--	--	-------------------------------

Abb. 25: Anzahl der Diakonissen von 1980-2010²⁸⁴

²⁸¹ eigene Abbildung und <http://www.innere-mission-ffm.de/angebote/einrichtungen/> (Abruf 16.2.15)

²⁸² eigene Abbildung und http://www.agaplesiongag.com/fileadmin/agaplesion/UNTERNEHMEN_D/DOWNLOADS_UNTERNEHMEN_D/RZ_AGA_Broschuere_Small_X3_16-01-2013.pdf (Abruf 15.5.13)

²⁸³ eigene Abbildung

²⁸⁴ eigene Abbildung (Zahlen aus den Jahresberichten 1980-2010)

Trotz des Rückbaus wurde in die Öffentlichkeitsarbeit investiert. Neben den „Blättern aus dem Mutterhaus“ haben sich neue moderne Kommunikationswege etabliert:

Blätter aus dem Mutterhaus	Homepage	Newsletter	Flyer zu den Veranstaltungen	Öffentlichkeitsarbeit
----------------------------	----------	------------	------------------------------	------------------------------

Abb. 26: Öffentlichkeitsarbeit des Frankfurter Diakonissenhauses²⁸⁵

Im Wohnumfeld des Frankfurter Diakonissenhauses leben nach der EKHN-Statistik, eingeteilt in Sinus-Milieus, in direkter Nachbarschaft folgende Personengruppen:

Moderne Performer	Etablierte	Postmaterielle	Bürgerliche Mitte	Nachbarschaft des Frankfurter Diakonissenhauses
-------------------	------------	----------------	-------------------	--

Abb. 27: Nachbarschaft des Frankfurter Diakonissenhauses²⁸⁶

3.4.3.3 Werte und Ethik

In den Grundrechten des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland ist seit 1949 für alle Bereiche des Rechts eine gültige und anwendbare Werteordnung verankert: „Die unantastbare Würde des Menschen, das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, Gleichheit, Glaubens-, Gewissens- und Meinungsfreiheit sind unmittelbar geltendes Recht, die Werteordnung unseres Gemeinwesens.“²⁸⁷

Gleichzeitig ist Deutschland auch ein Teil Europas. Europa ist ein geografisches Gebilde und eine Völkergemeinschaft aus kulturellen Werten mit gemeinsamen politischen Ideen und philosophischen Ansichten, wie die gemeinsame Idee der Aufklärung im 18. Jahrhundert. Auch wenn Europa auf christliche Wurzeln zurückgreifen kann, so ist nach der Vorstellung der Aufklärung der Staat, der neutral gegenüber jeglicher Religionszugehörigkeit ist, der vorbildliche Staat. Das bedeutet, dass alle Menschen das gleiche Recht auf Würde haben – unabhängig von ihrer religiösen Überzeugung oder ethnischen Zugehörigkeit.²⁸⁸ So ist Integration und das Bemühen um Verbundenheit in aller Unterschiedlichkeit zu einer wesentlichen europäischen Aufgabe geworden. Um dies zu bewältigen,

²⁸⁵ eigene Abbildung

²⁸⁶ eigene Abbildung

²⁸⁷ Zit. n. Gross, 2012, S. 224-225.

²⁸⁸ Vgl. Weidenfeld, 2012, S. 72-75.

braucht Europa neben der gemeinsamen Geschichte, der Wirtschafts- und Währungsunion eine „Grundlage der politischen Kultur“. Dafür fehlt nach Weidenfeld „ein operatives Zentrum und v. a. ein strategisches Denken“, das in Krisen und Konflikten Orientierung geben kann.²⁸⁹ Ein Weg dorthin könnte die Entwicklung einer Erinnerungskultur sein: Das Erinnern an gemeinsame Vorbilder wie an Franz von Assisi oder Dietrich Bonhoeffer, die verbindende europäische Werte verkörpern, kann Kräfte wecken.²⁹⁰ „Das europäische Menschenbild, das auf der Grundlage des antiken Humanismus, des Christentums und der neuzeitlichen Aufklärung erwachsen ist, und die darauf folgenden allgemeinen Menschenrechte haben eine universelle Bedeutung. Sie gelten unabhängig von ihrer europäischen Entstehungsgeschichte universal.“²⁹¹ So steht Europa vor der Herausforderung, sich für „Gerechtigkeit, Frieden und für eine Kultur des Teilens“ einzusetzen, und sich um den „Dialog der Kulturen, und der Religionen“ zu bemühen.²⁹²

Werte sind daher nicht nur eine philosophische Größe, sondern sie unterstützen auch den Prozess, Grenzen zu legitimieren und Macht zu kontrollieren: Z. B. sichert die demokratisch gewählte Regierung dem Einzelnen das Recht auf Wohlstand und Gerechtigkeit zu. Damit schützt sie den Einzelnen vor einem „übermächtigen Staat“. Bezogen auf die neuen Informationstechnologien bedeutet das, dass es zwar immer schwieriger wird, Informationen zu schützen, aber Werte können einen verantwortlichen Umgang fördern. Denn die Vernetzung der Welt verändert die Einstellung, Werte und das Zusammenleben der Menschen. Der schnelle und einfache Zugang zu Informationen für jeden macht den Datenschutz schwieriger.²⁹³ Ein Wertekanon mit klaren Zielvorgaben kann helfen, die Informationsangebote verantwortlich zu nutzen. „Je freier wir leben, desto nötiger wird die Moral, das heißt Kenntnis und Kunst der Beherrschung der Regeln guten Lebens.“²⁹⁴ So ist die „Mäßigkeit, eine der Kardinaltugenden“, heute wieder gefragt. Als Folge der Modernisierung wachsen gegenseitige soziale, politische, ökonomische und ökologische Abhängigkeiten, wofür gemeinsame Regeln auszuhandeln sind.²⁹⁵ Wenn Teilhabegerechtigkeit auch im Be-

²⁸⁹ Vgl. Weidenfeld, 2012, S. 76-81.

²⁹⁰ Vgl. Kasper, 2012, S. 24-25.

²⁹¹ Kasper, 2012, S. 25.

²⁹² Vgl. Kasper, 2012, S. 24-28.

²⁹³ Vgl. Kornblum, 2012, S. 100-103.

²⁹⁴ Lübbe, 2012, S. 32.

²⁹⁵ Vgl. Lübbe, 2012, S. 29-34.

reich der Wirtschaft gelten soll, fördert eine Hinkehr zu Nachhaltigkeit, Gerechtigkeit und Schöpfungsverantwortung den Zusammenhalt des Gemeinwesens. „Vermögen und Besitz stehen dann im Dienst der gesamten Gesellschaft“ und werden nicht höher als der einzelne Mensch geschätzt.²⁹⁶ Die Demokratie ist ein „zerbrechliches Gebilde“ und ihr Erfolg ist mit dem allgemeinen Wohlstand der Bürger verbunden. Dass alle Bürger an dem Wohlstand einer Gesellschaft partizipieren können, ist wichtig für die „Wahrung des sozialen Friedens, der Freiheit und der Demokratie“. Es gilt allgemeingültige, verbindliche Kriterien für verantwortliches unternehmerisches Handeln zu entwickeln.²⁹⁷

„Die Arbeitswelt wandelt sich stetig. Ein Wert bleibt trotzdem unveränderte Normgröße: Es ist der arbeitende Mensch.“²⁹⁸ Er bringt gesellschaftlichen Reichtum hervor und ist Motor des gesellschaftlichen Fortschritts. D. h. die Ökonomie darf sich nicht verselbständigen. Untersuchungen belegen, dass Zufriedenheit nicht durch größeren persönlichen und gesellschaftlichen Wohlstand entsteht, sondern durch dessen gerechte Verteilung. Daher bringen marktwirtschaftliche Demokratien weniger soziale Probleme hervor, wenn die Werte wie „Solidarität, Gerechtigkeit und Toleranz“ verankert sind. Dafür braucht es Rahmenbedingungen, um gute Arbeit leisten zu können, die diese Werte sichtbar machen: z. B. eine angemessene Bezahlung, Freiraum für Kreativität und Qualifikation in der Arbeit, Raum für familiäre Verpflichtungen, Mitbestimmung als Ausdruck von Teilhabe und Identifikation mit der Arbeit und das Ausschließen von krankmachenden Faktoren in der Arbeitswelt.²⁹⁹

Die Finanzkrise 2011 macht deutlich, dass die Wertorientierungen der Finanzbranche erhebliche Auswirkungen auf die ganze Gesellschaft haben. Die Frage ist, wie sich „Verantwortungsbewusstsein, Vertrauenswürdigkeit und Verlässlichkeit in Strukturen und Geschäftsmodellen als Standard verankern lassen.“³⁰⁰ Folgende Grundeinsichten können dafür perspektivisch sein: Der eigene Profit darf anderen nicht schaden. Denn dauerhafter Erfolg für ein Unternehmen hängt davon ab, dass der eigene Vorteil, der Nutzen für den Kunden und für die Gesellschaft ausgewogen sind. Daher sollten diese Kriterien in Unternehmens-

²⁹⁶ Vgl. Schneider, 2012, S. 149-158.

²⁹⁷ Vgl. Von Metzler, 2012, S. 314-320.

²⁹⁸ Huber, 2012, S. 466.

²⁹⁹ Vgl. Huber, 2012, S. 460-466.

³⁰⁰ Fitschen, 2012, S. 514.

prozesse mitbedacht werden. Das bedeutet auch, dass auf Geschäfte verzichtet wird, die dieser Wertorientierung entgegenstehen.³⁰¹

3.5 Resümee

Aus den organisationstheoretischen Vorüberlegungen (Kap. 2) werde ich nun Kriterien ableiten, die relevant zum Überleben des Frankfurter Diakonissenhauses in den verschiedenen Epochen waren und sind. Die Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, aber die Kategorien ermöglichen einen Vergleich der reflektierten Zeitabschnitte. Dabei markiere ich stichwortartig wesentliche Aspekte, deren Grundlage Kap. 3.1 bis 3.4 bilden. Nach dem institutionalistischen Ansatz sind die organisationalen Felder (Kap. 2.1) von Bedeutung, also die Arbeitsbereiche, die das Frankfurter Diakonissenhaus zusammen mit anderen Organisationen wahrgenommen hat und woraus ein gemeinsames Deutungssystem erwachsen ist. Daneben sind die Interessen einer Organisation ausschlaggebend für die Entwicklungen, sozusagen ihre Mittel (Kap. 2.1) und Einflussmöglichkeiten, ihre Macht. Des Weiteren beeinflussen nach dem institutionalistischen Ansatz auch exogene Variablen und Faktoren eine ganze Gesellschaft und damit auch jede Organisation in der Gesellschaft. Nach der funktionalistischen Theorie, die auf Luhmanns systemtheoretischem Ansatz fußt, sehe ich in der Kommunikation (Kap. 2.2) und im Erkennen von relevanten Umwelten wesentliche Kriterien, damit eine Organisation bestehen kann. Dabei sind das Selbstverständnis oder das Selbstbild (Kap. 2.2) mit den je eigenen Werten und den Werten der Gesellschaft in Beziehung zu setzen. So werde ich die vier Epochen (Kap. 3.1 - 3.4) unter folgenden Kriterien darstellen und vergleichen: das Selbstbild (Selbstverständnis des Frankfurter Diakonissenhauses), ihre relevanten Umwelten, die Werte der Gesellschaft in den einzelnen Epochen, die Kommunikationsmuster (innerhalb des Frankfurter Diakonissenhauses), die Mittel, Macht und Einflussmöglichkeiten, die organisationalen Felder und exogenen Variablen. Diese Kriterien hängen wie Atome an einem Molekül zusammen, sind aufeinander bezogen und beeinflussen sich wechselseitig:

³⁰¹ Vgl. Fitschen, 2012, S. 514-524.

1870-1914:

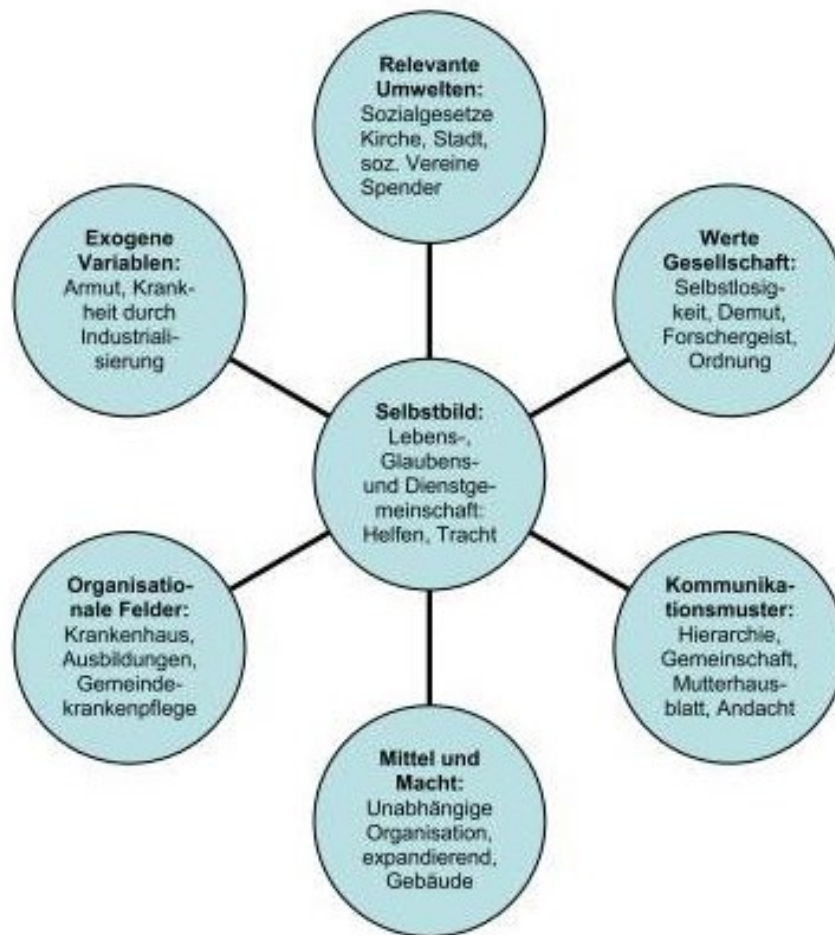


Abb. 28: Entwicklung des Frankfurter Diakonissenhauses von 1870-1914³⁰²

1861 wurde der Diakonissenverein gegründet mit dem Ziel, eine fachkundige Krankenpflege durch evangelische Schwestern in Frankfurt aufzubauen und sicherzustellen. Für das Selbstverständnis und den Lebensstil der Diakonissen sind der diakonische Auftrag der Kirche und die Gemeinschaft konstitutiv. Sie leben in einer Lebens-, Glaubens- und Dienstgemeinschaft nach den Regeln der Gemeinschaft von Ehelosigkeit, Gehorsam und Armut. Zwei Siechenhäuser wurden in unmittelbarer Nachbarschaft zum Mutterhaus gestiftet, die den Beginn der Altenpflege markieren. Schließlich konnte 1874 das Mutterhaus als Wohnort der Schwestern gebaut werden, das zugleich auch Krankenhaus war. Die Diakonissengemeinschaft wuchs und ein eigener Hausgeistlicher kümmerte sich ab 1874 um die geistliche Pflege der Schwestern und Kranken. Von Anfang an stand die geistliche und körperliche Fürsorge im Zentrum des Frankfurter Diakonissenhauses. Die Werte der Gesellschaft wie Selbstlosigkeit, Demut und Ordnung waren den Werten, die in der Diakonissengemeinschaft selbstver-

³⁰² eigene Abbildung

ständig waren, sehr ähnlich. Die gesellschaftlichen Herausforderungen zu dieser Zeit lagen in der Bewältigung von Armut und im Bekämpfen von Krankheiten und Seuchen, die mit dem Beginn der Industrialisierung in besonderer Weise in Erscheinung traten.

1914-1945:

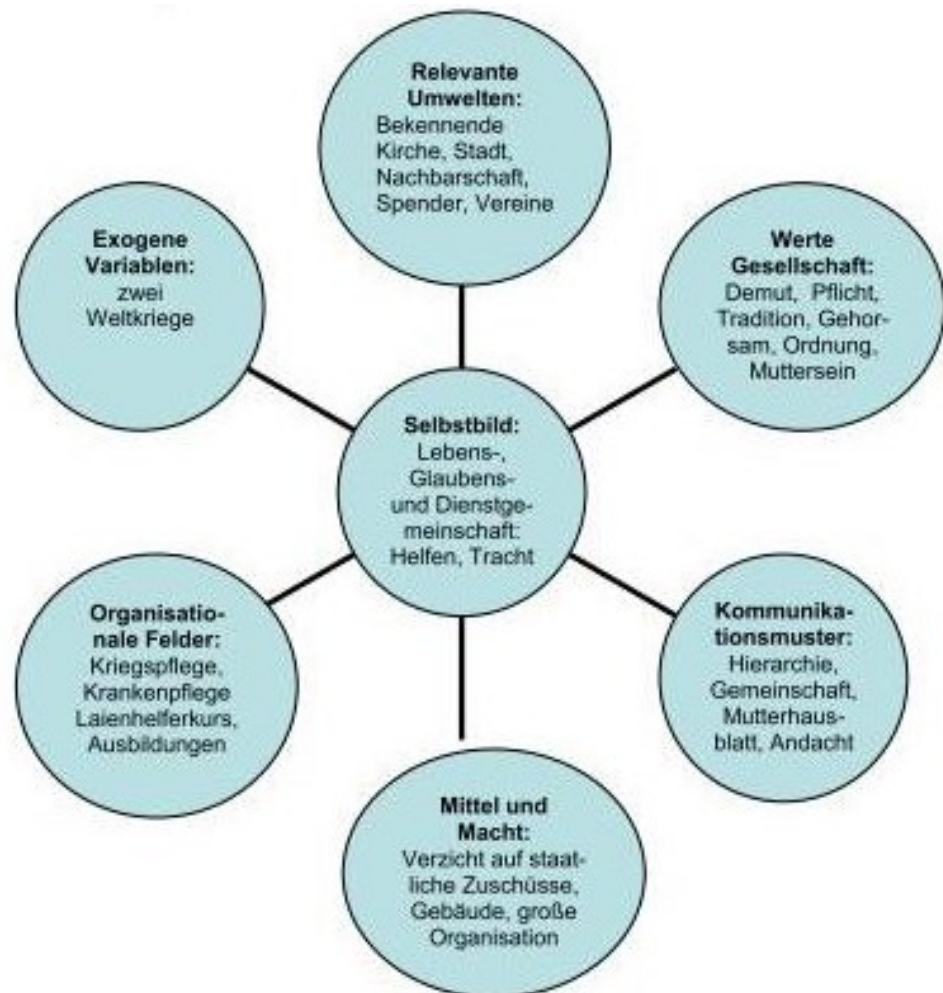


Abb. 29: Entwicklung des Frankfurter Diakonissenhauses von 1915-1945³⁰³

Immer mehr ausgebildete Schwestern verließen ihre Mutterhäuser und gingen in die Privatpflege. 1903 konstituierte sich der B.O.K.D. („Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands“), um die beruflichen Rahmenbedingungen in der Pflege zu verbessern und um eine gesetzliche Regelung der Krankenpflegeausbildung zu forcieren. Die Verberuflichung der Krankenpflege schritt nur zögerlich voran. Zum B.O.K.D. wurden seitens der Diakonissenmutterhäuser kein Kontakt gepflegt. In den Kriegsjahren waren Diakonissen auch in Lazaretten eingesetzt. Das Deutsche Rote Kreuz hatte die Monopolstellung in der

³⁰³ eigene Abbildung

Organisation der Kriegspflege und des Sanitätsdienstes inne. Mit der Machtübernahme von Hitler wurde auch die Krankenpflege gleichgeschaltet und der nationalsozialistischen Doktrin unterworfen. Dennoch fand der Arierparagraph im Frankfurter Diakonissenhaus keine Anwendung. 1934 fasste die Diakonissengemeinschaft den einmütigen Beschluss, der Bekenntnissynode beizutreten. So wurde das Frankfurter Diakonissenhaus zum Versammlungsort der Bekenntnenden Kirche. Kein Vorstandsmitglied trat der NSDAP bei. Das hatte zur Folge, dass keine staatlichen Zuschüsse und Kirchenkollekten mehr flossen. Aus der Not entstand ein neues Arbeitsfeld: Die christliche Unterweisung von Kindern und Jugendlichen durch die Einrichtung eines Laienhelferkurses.

1945-1980

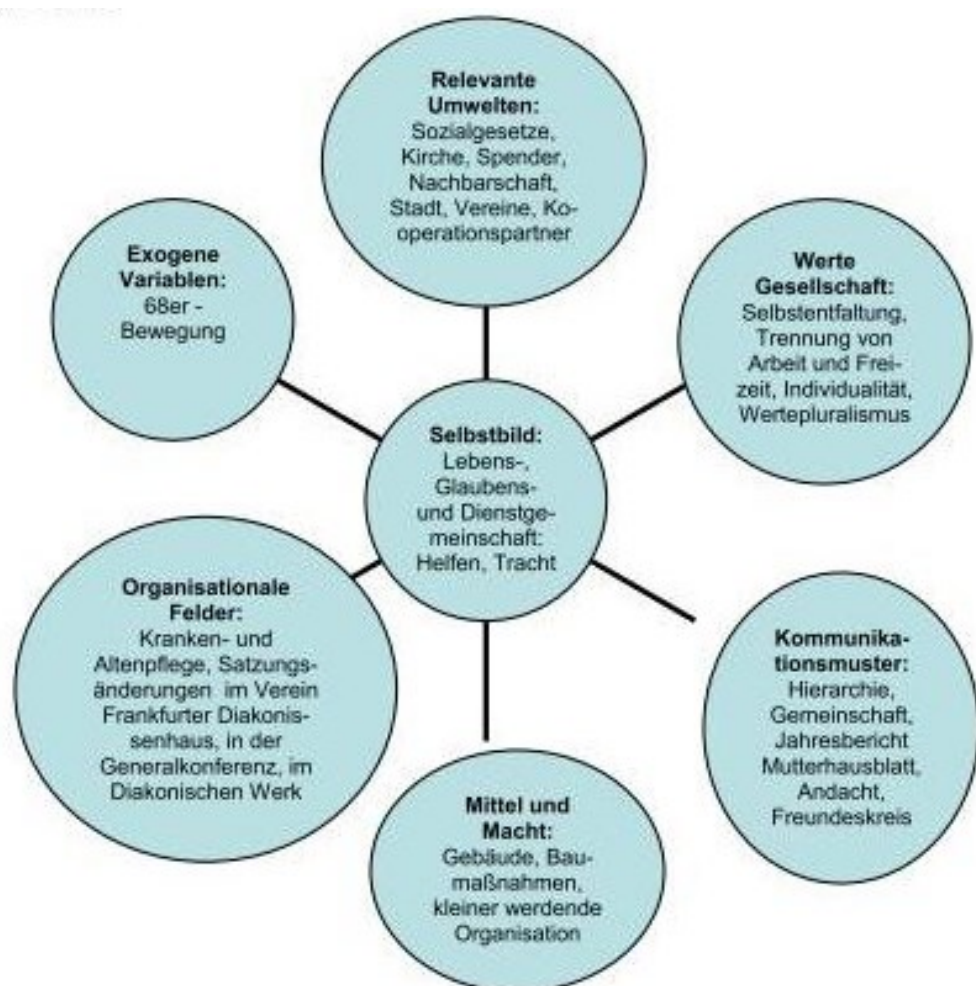


Abb. 30: Entwicklung des Frankfurter Diakonissenhauses von 1945-1980³⁰⁴

Die Bundesrepublik Deutschland erlebte zwischen 1969 und 1972 große sozialgesetzliche Veränderungen in ihrer Geschichte. In dieser Zeit hat sich die Sozi-

³⁰⁴ eigene Abbildung

alpolitik von einer Spezial- zur Querschnittspolitik entwickelt. Ein neues Krankenpflegegesetz trat 1957 in Kraft. Das Berufsbild der Pflege veränderte sich in den 1960ern grundlegend: Es entstanden spezialisierte Fachkrankenhäuser und Intensivstationen mit technischen Überwachungsmöglichkeiten. Es folgte die Umstellung auf den Schichtdienst und eine Wochenarbeitszeitverkürzung. Damit war die Trennung von Arbeit und Freizeit vollzogen. Zum 100-jährigen Jubiläum am 19.10.1970 wurde die Satzung geändert: Aus dem Diakonissenverein ist der Verein Frankfurter Diakonissenhaus geworden, dessen Mitglieder seitdem die eingeseigneten Diakonissen sind, die alle wichtigen Entscheidungen selbst treffen. Für die Altenheimbewohner brachte das 1975 eingeführte Heimgesetz mehr Selbstbestimmung.

1980-2012:

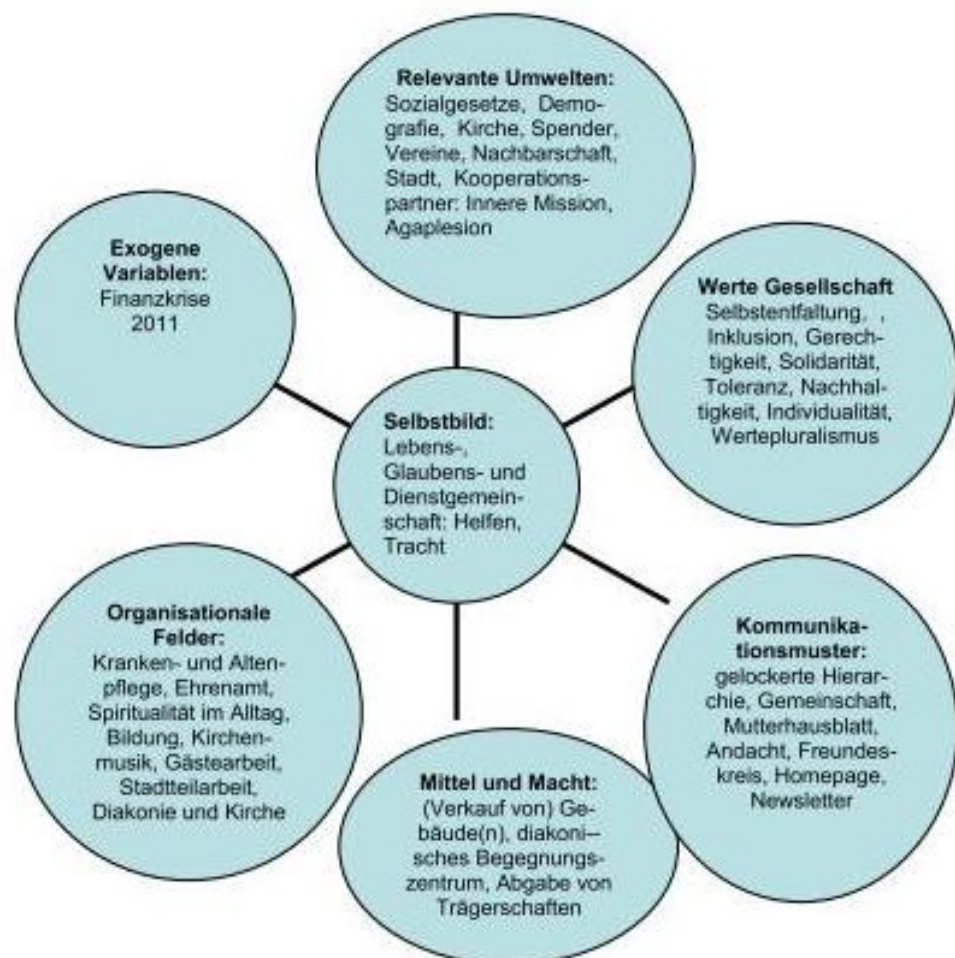


Abb. 31: Entwicklung des Frankfurter Diakonissenhauses von 1980-2012³⁰⁵

³⁰⁵ eigene Abbildung

Das Frankfurter Diakonissenhaus hat die Betriebsträgerschaft der Kranken- und Altenpflege in die Hände des Konzerns Agaplesion gAG und dem Ev. Verein für Innere Mission übergeben, da es zu wenige junge Diakonissen gibt, die diese Arbeit übernehmen könnten. In allen organisatorischen Veränderungen fällt auf, dass das Selbstbild der Diakonissen durch die Epochen gleich geblieben ist. Identitätsstiftend wirken bis heute die Glaubens-, Lebens- und Dienstgemeinschaft, die Tracht und die Bedeutung des Helfens in den gesellschaftlichen Anforderungen. Dennoch sind die Zahlen weiter rückläufig. Die meisten Diakonissen sind über 70 Jahre alt und im Ruhestand. Wenn in allen Umbrüchen das Leitmotiv der Glaubens-, Lebens- und Dienstgemeinschaft durchgetragen hat, dann ist nach meiner Einschätzung zu klären, was diese Begriffe in heutiger Zeit beinhalten können. Die Werte der Gesellschaft tendieren zu Individualismus, zu Freiheit und Selbstentfaltung. Daneben sind auch Werte wie Solidarität, Gerechtigkeit und Hilfsbereitschaft gefragt. Diese können eine Brücke zu den Werten der Diakonissengemeinschaft sein, so auch das neue Interesse an gemeinschaftlichem Wohnen im Alter. In diesen Veränderungen sucht das Frankfurter Diakonissenhaus nach Anknüpfungspunkten zu den Menschen im Stadtteil, macht Angebote im diakonischen Begegnungszentrum, vermietet Wohnungen im Mutterhaus und arbeitet mit den verschiedensten Organisationen in Kirche und Diakonie zusammen. All das verhilft zu neuen organisationalen Feldern und relevanten Umwelten. Auch die Kommunikation des Diakonissenhauses hat sich erweitert mit Elementen moderner Kommunikation wie beispielsweise der Homepage, dem Newsletter etc. Seit 1870 vereinen Diakonissen in ihrer Person alle drei Gemeinschaftsformen. Dennoch erwäge ich darüber nachzudenken, welche Auswirkungen es hätte, wenn sich die Lebens-, Glaubens- und Dienstgemeinschaft auf unterschiedliche Zielgruppen beziehen würde. Es würde zum einen bedeuten, dass nicht eine Person drei Gemeinschaftsformen in sich vereinigt, sondern die verschiedenen Gemeinschaftsarten von unterschiedlichen Personen wahrgenommen würden. Damit könnte sich zum anderen eine weitere Öffnung zu den Lebenswelten der Menschen entwickeln, denn Personen könnten sich dann nur für eine oder zwei statt für drei der Gemeinschaftsformen entscheiden – sozusagen hin zu einer offenen diakonischen Gemeinschaft. Gleichwohl können Schnittmengen der drei Gemeinschaftsarten entstehen. Dies würde den Interessen Einzelner in der heutigen Gesellschaft entgegenkommen, eine Brücke zu individuellen Lebensvorstellungen bauen

und auch das Erbe der Diakonissen weitertragen – in einer anderen Form. Es lässt sich feststellen, dass einige der oben skizzierten Gedanken schon Wirklichkeit geworden sind: Es besteht schon eine Wohngemeinschaft und „Alltagsgemeinschaft“ von Nicht-Diakonissen und Diakonissen, die darüber hinaus auch ihre eigene „Diakonissen-Lebensgemeinschaft“ pflegen. Des Weiteren gibt es sowohl eine erweiterte Glaubensgemeinschaft und „Wertegemeinschaft“ mit Menschen, die die spirituellen Angebote des Frankfurter Diakonissenhauses als Gäste wahrnehmen, als auch eine Form von Dienstgemeinschaft und „Tätigkeitsgemeinschaft“ mit Ehrenamtlichen und Mitarbeitenden im Altenpflegeheim Nellinistift.

Nachfolgend werden die Gemeinschaftsformen mit ihren Schnittmengen grafisch dargestellt. Die Diakonissen im Frankfurter Diakonissenhaus sind in der Mitte, im oberen grünen Feld anzusiedeln, da sie alle drei Gemeinschaftsformen in ihrer Person vereinen.

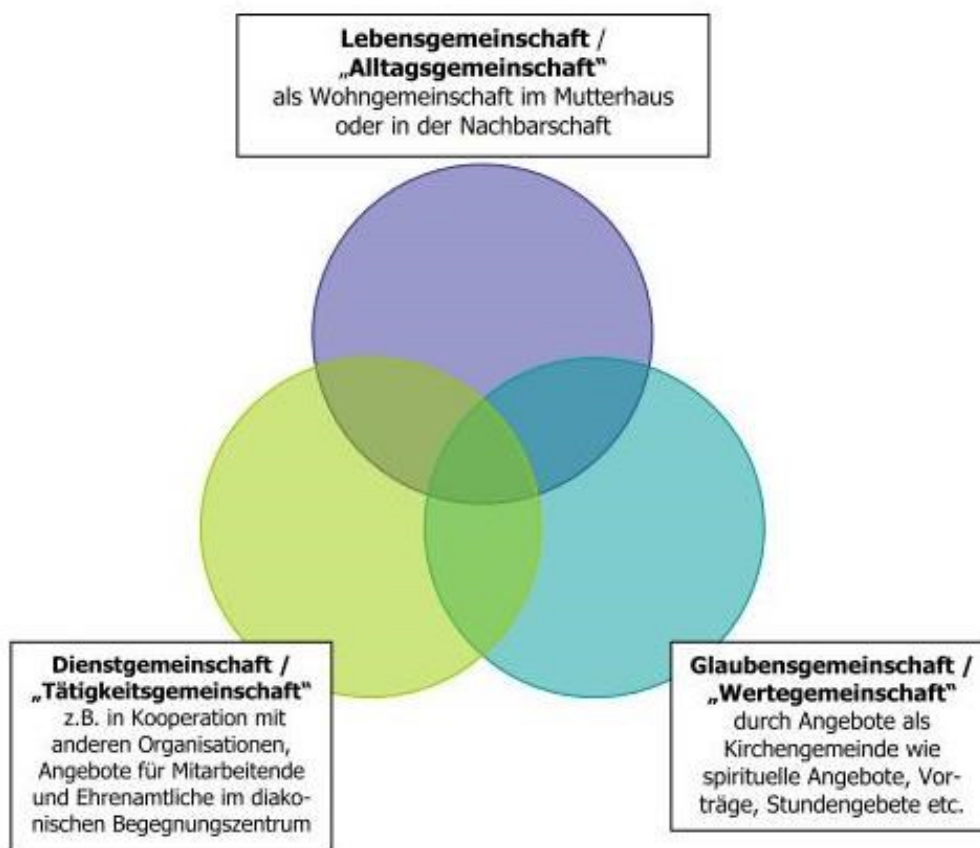


Abb. 32: Verhältnis von Glaubens-, Lebens- und Dienstgemeinschaft³⁰⁶

³⁰⁶ eigene Abbildung

Ein Blick auf die Angebote anderer Diakonissenhäuser, die vor ähnlichen Fragestellungen stehen, eröffnet weitere Gestaltungsmöglichkeiten der Gemeinschaftsformen. So teilt beispielsweise das Ev. Diakonissenmutterhaus Bremen sein Jahresprogramm in zwei Bereiche auf: in Bildung und Besinnung. D. h. die Aspekte der Dienstgemeinschaft (mit Ehren- und Hauptamtlichen) und die Glaubensgemeinschaft werden in Fortbildungsangeboten aufgegriffen, u. a. im Kurs „Grundlagen diakonischen Handelns“, der für Mitarbeitende kostenfrei ist. Auch andere Themen, die in der Pflege und im Umgang mit Menschen eine Rolle spielen, kommen zur Sprache wie „Wertschätzung, Umgang mit Grenzen, Leben mit Widerständen im Alltag, Spiritualität am Krankenbett“ etc. Darüber hinaus ergänzen Fachtage der Diakonie und spirituelle Angebote mit kreativen Elementen (Taizégottesdienste, meditative Tanztage, Labyrinth) das Angebot.³⁰⁷ Der Aspekt der Lebensgemeinschaft findet in der Diakonieschwesternschaft Bremen seinen Ausdruck, zu der die „Lebensgemeinschaft der Diakonissen“ in genossenschaftlicher Lebensform und die „Weggemeinschaft von Schwestern“ in individueller Lebensform gehören.³⁰⁸ Des Weiteren ermöglicht das Projekt „Feierabend – Wohnen und Leben in christlicher Gemeinschaft im Ev. Diakonissenmutterhaus Bremen“ Frauen im Ruhestand ein individuelles Wohnen und gemeinschaftliches Leben.³⁰⁹ Daneben fällt im Jahresprogramm der Ev. Diakonissenanstalt Stuttgart auf, dass es neben den Fortbildungsangeboten Angebote zur Netzworkebildung und Regionalgruppen für Ruheständler, für Diakonische Schwestern und Brüder und für Diakonissen gibt, die sich zum Austausch mehrmals im Jahr treffen. Auch das Feiern von Festen (zum Kirchenjahr) und Jubiläen, die Einladung zu Kunstausstellungen, Frühlings- und Herbstmärkten öffnen die Türen der Ev. Diakonissenanstalt Stuttgart³¹⁰ für Menschen in der Stadt, um nur einige wenige Beispiele aus anderen Einrichtungen zu nennen, wie dort Gemeinschaftsformen ausgestaltet werden.

³⁰⁷ Vgl. Jahresprogramm 2013 des Ev. Diakonissenmutterhauses Bremen

³⁰⁸ Vgl. Selbstverständnis Diakonie-Schwesternschaft Bremen, 2011

³⁰⁹ Vgl. „Feierabend“ - Wohnen und Leben in christlicher Gemeinschaft im Ev. Diakonissenmutterhaus Bremen

³¹⁰ Vgl. Angebote und Aktivitäten der Schwesternschaft und der Ev. Diakonissenanstalt Stuttgart 2013

4 Entwicklungen in der Gemeindekranken- und Altenheimpflege aus der Sicht des Frankfurter Diakonissenhauses

Um die geschichtlichen Entwicklungen in der Kranken- und Altenpflege im Spiegel des Frankfurter Diakonissenhauses darzustellen, habe ich Interviews mit Diakonissen, die in der Gemeindekrankenpflege und im Altenheim tätig waren, durchgeführt. Die aktuellen Entwicklungen in der Pflege sind mittels quantitativer Fragebögen an die Pflegekräfte in der ambulanten Pflege und im Altenpflegeheim Nellinistift erfasst worden. Darüber hinaus habe ich die Lebenssituation der Feierabendschwestern als eine Gruppe von älteren Menschen, die im Frankfurter Diakonissenhaus leben, mit einem quantitativen Fragebogen erhoben, ebenso auch die Situation der Diakonissen im Dienst. Die transkribierten Interviews, deren inhaltliche Strukturierung und Zusammenfassung sowie die quantitativen Fragebögen sind dem Anhang zu entnehmen.

4.1 Theoretische Grundlagen: Qualitative Leitfadeninterviews

„Empirische Sozialforschung ist die systematische Erfassung und Deutung sozialer Tatbestände.“³¹¹

a.) Vorüberlegungen und Planung:

Die persönliche Zeitgeschichte der älteren Diakonissen (älter als 70 Jahre), die in der Gemeindekrankenpflege tätig waren, sind im Folgenden mit qualitativen Einzelinterviews und einem Gruppeninterview dokumentiert. In den Interviews werden die Lebens- und Berufswirklichkeit der Gemeindegewestern in der Zeit von 1970-1995 nachgezeichnet. Darüber hinaus bezeugen zwei Einzelinterviews die Zeit des Umbruchs, als die Pflegeversicherung im Altenpflegeheim eingeführt wurde.

b.) Theoretische Bezugspunkte

Die Interviews wurden nach den theoretischen Grundlagen qualitativer Forschung nach Flick durchgeführt:

1. „*Gegenstandsangemessenheit von Methoden und Theorie*“: Für die Methodenauswahl ist das zu untersuchende Thema oder der Gegenstand Bezugspunkt. Dabei wird der Gegenstand in seiner Gesamtheit im jeweiligen Kontext untersucht.³¹²

³¹¹ Atteslander, 2008, S. 3

³¹² Vgl. Flick, 2010, S. 26.

2. „Berücksichtigung und Analyse unterschiedlicher Perspektiven“: Qualitative Forschung berücksichtigt, dass sich die Sicht- und Handlungsweisen auf das Thema unterscheiden, weil verschiedene subjektive Blickwinkel und soziale Hintergründe einfließen.³¹³
3. „Reflexivität des Forschers und der Forschung“: Die Reflexion des Forschers über seine Handlungen und Beobachtungen, seine Wahrnehmungen und Gefühle werden protokolliert und fließen als Daten in die Interpretation mit ein.³¹⁴

„Qualitative Forschung hat den Anspruch, Lebenswelten von innen heraus, aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Damit will sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale hinweisen.“³¹⁵

Des Weiteren hat sich die Oral History als Erhebungsverfahren und als eine eigenständige Forschungsmethode in den Geschichtswissenschaften etabliert. Es geht nicht um gegenwärtige Ansichten oder um gegenwärtige subjektive Erfahrungen, sondern um ehemalige und damit erinnerte Ereignisse: “Oral history is the recording of people`s memory. It is the living history of everyone`s unique life experiences.”³¹⁶

Oral History Interviews werden auf Tonträger aufgenommen, um die Erzählung als Quelle der geschichtlichen Forschung fruchtbar zu machen. Entscheidend dafür sind die „methodologischen Grundannahmen sowie das jeweilige Ziel des Interviews“. Mit eher geschlossenen Fragen werden Fakten erfasst. Das Gedächtnis wird als eine Art „fertiger Wissensspeicher“ betrachtet, aus dem Fakten abrufbar sind. Ferner kann eine Person durch Erzählen in den Prozess des Erinnerens gelangen.³¹⁷ In der Oral History gibt es beispielsweise Fragen nach der Lebensgeschichte oder die thematische Befragung, in der sich die Fragen auf das Forschungsthema beziehen.³¹⁸

Die drei Entscheidungsschritte qualitativer Interviewforschung nach Kruse sind:

1. „Festlegen des Forschungsgegenstandes und der Forschungsfrage: Was?“
2. Festlegen der Interviewmethode: Wie?

³¹³ Vgl. Flick, 2008, S. 28.

³¹⁴ Vgl. Flick, 2010, S. 29.

³¹⁵ Flick, Von Kardoff, Steinke (Hg.), 2008, S. 14.

³¹⁶ <http://www.ohs.org.uk> (Abruf 14.2.12)

³¹⁷ Vgl. [http://www.univie.ac.at/igl.geschichte/kaller-dietrich/WS%2006-](http://www.univie.ac.at/igl.geschichte/kaller-dietrich/WS%2006-07/MEXEX_06/061102Durchf%FCChrung%20von%20Interviews.pdf)

[07/MEXEX_06/061102Durchf%FCChrung%20von%20Interviews.pdf](http://www.univie.ac.at/igl.geschichte/kaller-dietrich/WS%2006-07/MEXEX_06/061102Durchf%FCChrung%20von%20Interviews.pdf) (Abruf 14.2.12)

³¹⁸ Vgl. http://www.oralhistory.ch/web/images/inhalte/Dossier_OralHistory.pdf (Abruf 19.2.15)

3. Festlegen der zu befragenden Personen: Wer?³¹⁹

c.) Instrumente

Für die Befragung wurde ein Leitfadeninterview erstellt. Das Forschungsinteresse bezog sich vor allem auf drei inhaltliche Zielrichtungen:

- *Diakonissenleben*: Was hat Sie bewogen, Diakonisse zu werden? Was trägt Sie als Diakonisse (welches Symbol, Wort oder Bild)? Wie sehen Sie die Zukunft der Diakonissen?
- *Gemeindekrankenpflege*: Welche Aufgaben und Funktionen hatten Sie als Gemeindegeschwister (vor und nach der Einführung der Pflegeversicherung)?
- *Altenpflege*: Welche Aufgaben und Funktionen hatten Sie im Altenpflegeheim (vor und nach der Einführung der Pflegeversicherung)?

Das vollständige Leitfadeninterview beinhaltete folgende Fragen:

- Sie waren in der Gemeindekrankenpflege / in der Altenheimpflege tätig. Wie sah Ihr Alltag aus? (zugeteilte Aufgaben, Eigeninitiative). Was war Ihnen in der Pflege wichtig? (Pflegeverständnis)
- Was war schön, was war schwierig?
- Wie war die Zusammenarbeit mit den Ärzten, mit dem Pfarrer, mit der Kirchengemeinde (Informationsfluss, Schnittstellen)?
- Pflege und Seelsorge mit alten Menschen: Wie haben Sie das gelebt? Welche Veränderungen haben sich im Lauf der Zeit ergeben?
- Gab es für Sie ein einschneidendes Erlebnis, an dem Sie gemerkt haben, jetzt ist die Arbeit (plötzlich) ganz anders als vorher? (gesellschaftlicher Wandel) Wie sind Sie damit umgegangen?
- Wie kam es, dass Sie gerade im Frankfurter Diakonissenhaus Diakonisse werden wollten? Was hat Sie angezogen? (Motivation, Zeitgeschichte, Ziele)
- Gibt es etwas im Frankfurter Diakonissenhaus, das es nur hier in dieser Weise gibt? (Spezifikum in den Werten, der Praxis?)
- Was ist Ihnen wichtig am Diakonissenleben? Gibt es dafür ein Bild, ein Symbol oder ein Zitat, das dies veranschaulichen könnte? Wie war es für Sie, wenn das Mutterhaus Sie auf eine andere Dienststelle berufen hat? (Umgang mit Neuanfängen, Überforderung, Einsamkeit)

³¹⁹ http://www.univie.ac.at/igl.geschichte/kaller-dietrich/WS%2006-07/MEXEX_06/061102Durchf%FCChrung%20von%20Interviews.pdf (Abruf 14.2.12)

- Offiziell heißt es: „Diakonissen leben in einer Glaubens-, Lebens- und Dienstgemeinschaft.“³²⁰ Wie sah das bei Ihnen aus in der Zeit des Berufsalltags in der Gemeindekrankenpflege / im Altenpflegeheim, wie dann später im Ruhestand? (Spiritualität im Alltag)
- Wie sehen Sie die Zukunft der Diakonissen? Was soll bleiben, was sollte sich verändern? Welche Herausforderungen und Ziele sehen Sie? (Glaubens-, Lebens- und Dienstgemeinschaft, in welcher Form?)

Die Gespräche wurden mit einem Tonband aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Die Transkription umfasst die Übertragung ins Schriftdeutsch, wobei emotionale Reaktionen, Pausen und Zögern mitprotokolliert wurden. Darüber hinaus wurde darauf geachtet, die Daten zu anonymisieren: Alle im Interview vorkommenden Namen wurden durch Buchstaben ersetzt. Mit Orten und Daten wurde ähnlich verfahren.³²¹

d.) Durchführung

Es gab ein Vorgespräch mit der Oberin, um zu klären, welche Schwestern in der Gemeindekrankenpflege und im Altenpflegeheim vor und direkt nach der Einführung der Pflegeversicherung tätig waren. Diese Schwestern wurden gefragt, ob sie sich ein Interview vorstellen können. So haben vier Schwestern sich für ein jeweils einstündiges Einzelinterview bereit erklärt (88 Jahre, 89 Jahre, 70 Jahre und 78 Jahre) und drei Schwestern für ein Gruppeninterview (78 Jahre, 80 Jahre und 79 Jahre) von ca. 1,5 Stunden. Diese unterschiedlichen Befragungssituationen haben einen Zugang zu den Alltagswelten der Diakonissen und ihren subjektiven Lebensentwürfen ermöglicht. Da es keine objektive Erinnerung gibt und immer auch beim Erzählen eigene Deutungen Gewicht haben, lassen sich nur bedingt allgemeingültige Erkenntnisse gewinnen. Wichtig ist die „Geschichtlichkeit der Aussagen in ihrer subjektiven und milieuspezifischen Form transparent zu machen, d. h. die Kontextrealisierung der Aussagen.“³²² Die geschilderten Erfahrungen der Diakonissen in den Interviews sind dokumentierte Zeitgeschichte, die über Leitfadeninterviews erhoben wurden. Die Auswahl der befragten Diakonissen ist das zur Verfügung stehende Zeugnis im Frankfurter Diakonissenhaus.

³²⁰ http://www.kaiserswerther-diakonie.de/die_kaiserswerther_diakonie/Geschichte.html (Abruf 9.7.12)

³²¹ Vgl. <http://www.i-study.de/f4/Transkribieren.pdf> (Abruf 25.10.11)

³²² Stöcker, 2009, S. 48.

4.2 Auswertung der qualitativen Interviews

Es wurde eine *Inhaltsanalyse* erstellt: „Die Inhaltsanalyse arbeitet mit Texten, Bildern, Noten, mit symbolischem Material. Gegenstand der Analyse ist somit fixierte Kommunikation.“³²³ Drei Grundformen des Interpretierens sind zu unterscheiden: „Die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung“. Je nach Forschungsfrage sind die geeigneten Techniken auszuwählen.³²⁴

In dieser Untersuchung wurden zwei Instrumente angewendet:

- Zum einen die „*Zusammenfassung*“, die das Erzählte reduziert, damit wesentliche Inhalte erhalten bleiben. Durch Abstraktion wird ein überschaubarer Text geschaffen, der das Erzählte abbildet. Die Vorgehensweise folgt dem Dreischritt: Paraphrase, Generalisierung und Reduktion. Daraus wurden induktive Kategorien abgeleitet.³²⁵
- Zum anderen die „*inhaltliche Strukturierung*“, die inhaltliche Aspekte des Erzählten herausfiltert, einen Querschnitt legt und bestimmte Aspekte untersucht und zusammenfasst.³²⁶

Das Ziel war, das breite Material der Daten sinnvoll zu kategorisieren und daraus weitere Fragestellungen abzuleiten.

4.2.1 Gemeindekrankenpflege (1970-1995)

Die Fragestellungen beziehen sich einerseits auf den Lebensstil der Diakonissen und andererseits auf das Berufsfeld der Gemeindekrankenpflege. In manchen Antworten sind auch Zukunftsperspektiven dargestellt.

Folgende Antworten fassen das Leben der befragten Diakonissen in der Gemeindekrankenpflege in der Zeit von 1970-1995 zusammen:

Diakonissenleben:

Was hat Sie bewogen, Diakonisse zu werden?

→ Persönliche Erlebnisse

- bewegendes Bibelwort oder bewegende Predigt
- erlebte Bewahrung
- Gemeinschaft
- gute (finanzierbare) Ausbildung

³²³ Mayring, 2010, S. 12.

³²⁴ Vgl. Mayring, 2010, S. 64-65.

³²⁵ Vgl. Mayring, 2010, S. 64-68.

³²⁶ Vgl. Mayring, 2010, S. 64-66.

- erlebte Zuwendung
- gebraucht zu werden
- ein schrittweises Hineinfinden in diesen Lebensstil
- im Alltag nicht allein auf sich gestellt sein: Verantwortung füreinander
- Geborgenheit
- vorbildlicher und attraktiver Lebensstil

→ Prägende Haltungen, Einstellungen, Motivation

- Begeisterung als Kind
- Gebet
- Gehorsam, Verbindlichkeit
- Sendung
- Mut und Vertrauen
- Achtsamkeit
- Glaubens-, Lebens- und Dienstgemeinschaft
- Segen der Eltern
- Geborgenheit, Sicherheit

Zukunft der Diakonissen – wie kann sie aussehen?

→ Folgende Fragen sollen in der Zukunft geklärt werden:

- Soll es zukünftig diakonische Bruder- und Schwesternschaften aus den Diakonissenhäusern heraus geben? In welcher Form: mit oder ohne Tracht, mit genereller Erkennbarkeit oder nicht? Wenn ja, wie?
- Mit welchen Menschen und für welche Menschen und mit welchem Dienstauftrag?
- Wie kann eine Balance von Gemeinschaft und Freiheit aussehen?

→ Werte, die auch für die Zukunft gelten sollen:

- Gemeinschaft leben (untereinander und mit anderen)
- Christliche Haltung der Freude, Dankbarkeit und Vergebungsbereitschaft
- Gebet und Offenheit für Gottes Wege
- Opferbereitschaft für das, was jetzt nötig ist: Sich zurücknehmen für gemeinsame Ziele
- Gelassenheit einüben

- Rückbau, Aufbau und Umbau von Arbeitsbereichen aktiv mitgestalten, Konzentration
- Suche von Kooperationspartnern mit ähnlichen Zielen und Werten
- Demokratische Strukturen als Möglichkeit der Tätigkeit und Partizipation

Bilder, Symbole, Zitate, die Kraftquelle waren und Hoffnung für die Zukunft geben?

→ Symbole und Bilder als Wegbegleiter:

- Kreuz
- Biblische Personen: Simeon und Maria, als der Engel kam
- Bilder von Vincent van Gogh
- Orchester

→ Bibelworte, die in Übergängen zugesprochen wurden:

- Wort zur Einsegnung
- Wort zur Novizeneinführung
- Konfirmationsspruch
- Selbst gewähltes Lebenslied und Lebenskapitel als Ankerpunkte

Was ist das Besondere oder Spezifische am Frankfurter Diakonissenhaus?

→ Anknüpfungspunkte:

- familiäre Kontakte
- freundschaftliche Kontakte
- über die Gemeindegewester
- überschaubares Haus, Zugehörigkeitsgefühl, Vertrautheit
- Ausbildung im Frankfurter Diakonissenhaus

→ Inhaltliche Aspekte:

- starke Persönlichkeiten im Vorstand als Vorbilder
- erlebte Freiheit und Offenheit im Lebensstil der Diakonissen
- Liturgie: Gregorianik und gesungene Psalmen (zunächst fremd, dann sehr geschätzt)³²⁷

³²⁷ Vgl. Interviews im Anhang, 2011, S. 334 f.

Gemeindekrankenpflege

Welche Aufgaben und Funktionen füllten Sie als Gemeindeschwester aus?

→ Leben als Diakonisse bedeutet

- Zeit haben, zuhören
- Sterbebegleitung (seelsorgerlich und pflegerisch)
- Nachtwachen bei Schwerkranken
- Begleitung in Krisen: z.B. Suizid
- Rückhalt vom Mutterhaus, organisierte Psychohygiene durch Fortbildungen, Bibelstunden, Anteilnahme, gemeinsames Kaffeetrinken
- Vor Ort: Wohngemeinschaft mit anderen Diakonissen, Unterstützung im Haushalt, gemeinsame Andachten und Mahlzeiten, gegenseitiger Austausch, gemeinsames Gebet, Besuche
- Dienende Haltung und dennoch auf Augenhöhe mit Pfarrer und Arzt
- Großes Vertrauen der Menschen, sich persönlich kennen
- Schweigepflicht, professionelle Distanz und den Menschen zugewandt

→ Rahmenbedingungen:

- 24 Stunden Erreichbarkeit
- Vertraglich geregelt: Pflege und Seelsorge
- Vertrag zwischen Kirchengemeinde / Diakonissenverein und Mutterhaus, d. h. die Diakonisse war nicht an einen Tarifvertrag gebunden

→ Funktionen in einer Person (in heutigen Begrifflichkeiten):

- Krankenpflegerin
- Gemeindepädagogin
- Sozialarbeiterin
- Seelsorgerin
- Respektsperson im Ort, Stadtteil

→ Kompetenzen:

- Pflegerische
- Gemeindepädagogische
- Sozialpädagogische
- Seelsorgerliche: implizit und explizit durch Zuhören, Dasein und Schweigen, Empathie, Zuspruch von Segensworten, Losung, Psalmen, Lieder
→ der Situation angepasst
- „diakonein: dazwischen gehen“ - nach Collins³²⁸ = Schnittstelle zwischen Kirche, Pflege und Beratung (in einer Person)
- Konfliktfähigkeit
- kommunikative Kompetenz

→ Ressourcen:

- Gebet als Kraftquelle
- Lebens-, Glaubens- und Dienstgemeinschaft
- Teamarbeit, guter Informationsfluss

→ Veränderungen:

- Strukturwechsel in Sozial- oder Diakoniestation
- Neue Verträge
- Neue Rahmenbedingungen: Abrechnung mit der Krankenkasse, erweiterte Dokumentation, Kontrolle durch Leistungsbögen, veränderte Erwartungen der Menschen: nur Pflege, keine Seelsorge³²⁹

Die Pflegebedürftigen, die zu Hause lebten, wurden in der Regel von Angehörigen versorgt. Bis in die 80er-, zum Teil auch bis in die 90er-Jahre hatten die Angehörigen Unterstützung von einer Diakonisse, die als Gemeindegeschwester tätig war. Die Diakonissen pflegten nach einem ganzheitlich religiös geprägten Menschenbild. Sie haben in ihrer Arbeit „die körperliche Gesundheit, das seelische Wohlbefinden, die soziale Integration und die geistliche Sinnerfüllung“ berücksichtigt.³³⁰ So war die Gemeindegeschwester in einer Person die Gesundheits- und Krankenpflegerin am Ort, die Gemeindepädagogin und die Sozial-

³²⁸ Benedict, 2006, S. 123.

³²⁹ Vgl. Interviews im Anhang, 2011, S. 334 f.

³³⁰ Vgl. Götzelmann, 2009, S. 27.

arbeiterin. Sie war eine bekannte, durch die Tracht erkennbare Respektperson, sozusagen eine Institution. Gleichzeitig war sie in ihrer Person die Schnittstelle zwischen Pflege, Beratung und Kirche und verkörperte alle drei Kompetenzen. Sie war dazwischen („diakonein“ – nach Collins)³³¹ und konnte mit ihrem inneren Team (pflegerische, seelsorgerische, gemeindepädagogische, sozialpädagogische Kompetenz) auf kurzem Weg klären, welche Handlungsweise im Vordergrund stehen soll. Die Gemeindeschwester wurde von der Kirchengemeinde angefordert und vom Mutterhaus entsandt. Der dafür gegründete Diakonissen- oder Krankenpflegeverein am Ort bezahlte den festgelegten Beitragssatz an das Mutterhaus. Der Vertrag regelte die Rahmenbedingungen und erlaubte auch die Entscheidungsfreiheit der Gemeindeschwester zwischen den oben aufgeführten unterschiedlichen Kompetenzen. Das große Vertrauen der Menschen in ihre Diakonisse prägte die Arbeit der Gemeindeschwester.³³²

Die Diakonissen erzählen durchweg, dass ihre Kraftquelle das Gebet und ihre Lebens-, Glaubens- und Dienstgemeinschaft war und ist. Die Abgrenzung in einen privaten und beruflichen Bereich ist ihnen fremd. Das innere Gleichgewicht und ihre Balance finden sie in einem Rhythmus von Beten und Arbeiten, im Austausch und Ruhen.³³³

Ebenso war der Rückhalt des Mutterhauses für die Gemeindeschwestern wichtig. Es wurden Fortbildungen, Bibelstunden, Zeiten des gemeinsamen Kaffeetrinkens zwischen den Diakonissenstationen organisiert. Diese bildeten einen wichtigen Rahmen für den regelmäßigen Austausch, die Anteilnahme und die nötige Psychohygiene. Die Wohngemeinschaft mit anderen Diakonissen entspannte den Alltag, da die Aufgaben im Haushalt aufgeteilt werden konnten, gemeinsame Mahlzeiten und Andachten möglich waren und keine Schwester auf sich allein gestellt war. (Zumindest war dies das Konzept, wenngleich auch später aufgrund von Nachwuchsmangel etliche Diakonissen allein auf den Stationen waren). Die Werte der Gemeindeschwester, wofür sie mit ihrer Tracht stand, prägten die Arbeit: Verlässlichkeit, Pünktlichkeit, Verschwiegenheit, Solidarität, Dasein und das gemeinsame Aushalten von Notsituationen, sich Zeit nehmen, Achtsamkeit und der gelebte Glaube nahe am Menschen. Die Motivation, als Diakonisse zu leben, wurde von den Frauen biografisch begründet.

³³¹ Benedict, 2006, S. 123.

³³² Vgl. Interviews im Anhang, 2011, S. 359 f.

³³³ Vgl. Interviews im Anhang, 2011, S. 357 f.

Zum einen war ein Bibelwort oder eine Predigt ein wichtiger Anstoß zum Leben als Diakonisse. Darüber hinaus kamen andere Aspekte hinzu wie die Möglichkeit einer guten Berufsausbildung oder das Erlebnis, im 2. Weltkrieg bewahrt worden zu sein. Auch die erlebte Gemeinschaft mit Diakonissen war anziehend und ihre Zuwendung prägend. Die Erfahrung gebraucht zu werden, die Möglichkeit in diesen Lebensstil schrittweise hineinzufinden und die Verantwortung füreinander wahrzunehmen, war für die befragten Diakonissen entscheidend. Ebenso wichtig war auch die Tatsache, dass keine auf sich allein gestellt war, sondern Teil einer größeren Gemeinschaft.³³⁴

Heute gibt es die Gemeindeschwester in dieser Weise nicht mehr. Ihre Kompetenzen werden von unterschiedlichen Institutionen mit unterschiedlichen Organisationsstrukturen ausgefüllt. Und so sind heute viele Fragen offen: Wie werden die Institutionen zu bekannten Personen für die Menschen am Ort wie früher die Gemeindeschwester? Wie wird das „dazwischen / diakonein“³³⁵ der Kommunikation ausgefüllt? Heute müssen verschiedene Personen in Kontakt miteinander sein, die zunächst (vertraglich) nichts miteinander zu tun haben, um diesem Anspruch gerecht zu werden. Wer übernimmt die Initiative für eine Zusammenarbeit dieser unterschiedlichen Organisationen? Welche Handlungskette zwischen den Institutionen kann verbindlich vereinbart werden? Ist dies gewollt oder bleibt es den Verantwortlichen überlassen?

4.2.2 Altenpflegeheim (1980-2000)

Zunächst als Gruppeninterview geplant, konnte aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen der angefragten Schwestern zunächst ein Einzelinterview durchgeführt werden. Einige Zeit später bestand die Möglichkeit für ein zweites Einzelinterview. Beide Interviews stellen die Arbeitssituation der Diakonissen im Altenpflegeheim in der Zeit dar, als die Pflegeversicherung eingeführt wurde (siehe Anhang), und dauerten etwa eine Stunde. Die Interviews dokumentieren eine Zeit des Umbruchs im Pflegealltag und sind das zur Verfügung stehende Zeugnis im Frankfurter Diakonissenhaus. Die Fragestellungen beziehen sich auf das Berufsfeld des Altenpflegeheims. Folgende Antworten fassen das Leben der befragten Diakonissen im Altenpflegeheim in der Zeit von 1980-2000 zusammen:

³³⁴ Vgl. Interviews, 2011, S. 334, S. 377 f.

³³⁵ Benedict, 2006, S. 125.

Welche Aufgaben und Funktionen füllten Sie im Altenpflegeheim aus?

→ Funktionen / Aufgaben:

- Wohnbereichsleitung
- Pflege
- Eine im multiprofessionellen Team
- Bastelstunden, Seniorengymnastik für Bewohner
- Jongleur zwischen anspruchsvollen Bewohnern und Angehörigen
- für gutes Betriebsklima sorgend: respektvoller Umgang
- fürsorglich mit alten Menschen
- Umstrukturierungsprozesse vorgebracht: Schichtdienst, Einstufung bei Pflegeversicherung, richtige Dokumentation
- Individuelle Essenszubereitung
- Seelsorge durch Bibelstunden, Abendmahl, Gebete
- Gestaltung von Festen entlang des Kirchenjahrs

→ Ressourcen:

- Gemeinschaft der Diakonissen
- Gemeinsame Rüstzeiten im Mutterhaus
- Guter Kontakt zu Schwestern in der Nähe
- Gegenseitige Hilfe als großes Plus (keine Abgrenzung)

→ Pflegeversicherung – großer Einschnitt:

- Einstufung nur über Dokumentation möglich
- Dokumentation an erste Stelle gerückt
- Hausarzt hat entscheidende Rolle bei der Einstufung
- Manche Arbeit zählt nicht als Arbeit
- Altenpflege hat geringes Ansehen

→ Angebote im Altenpflegeheim:

- Pfarrer
- Beschäftigungstherapeut
- Schwestern

→ Angebotsformen / Gemeinschaft:

- Bibelstunde
- Abendmahl
- Kreatives
- Gymnastik
- Singen
- Gespräche
- Aussegnung der Bewohner³³⁶

Das Altenpflegeheim Nellinistift des Frankfurter Diakonissenhauses war zunächst im heutigen Mutterhaus untergebracht, in dem auch die Diakonissen im oberen Stockwerk lebten und wohnten. Wohn- und Arbeitsstätte waren identisch, die Schwestern immer erreichbar. Die Stationen wurden von Diakonissen geleitet, die als Wohnbereichsleitungen ausgebildet waren. In einem multiprofessionellen Team von Heimleiter, Pflegedienstleitung, Beschäftigungstherapeuten, Pfarrer, Hausärzten, Krankenschwestern, ausländischen Mitarbeitern und Angehörigen wurden die Bewohner betreut. Für die Diakonissen war und ist die Altenpflege eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe: „Altenpflege ist ein Beruf und kein Job.“³³⁷ Schon früh gab es für die Bewohner verschiedene Angebote durch den Pfarrer, die Schwester oder den Beschäftigungstherapeuten: Bibelstunden, Abendmahl, Kreatives, Gymnastik, gemeinsames Singen und Gespräche gehörten selbstverständlich dazu. Ebenso auch die Gestaltung von Festen entlang des Kirchenjahrs, die zur Zufriedenheit der Bewohner und Pflegenden beigetragen haben. Oft hat die Diakonisse als Interessen-Jongleur zwischen den Bewohnern, den Angehörigen und den am Pflegeprozess Beteiligten ausgeglichen. Sie sorgte für ein gutes Betriebsklima und einen respektvollen Umgang mit den Bewohnern. Darüber hinaus leitete sie die Umstrukturierungsprozesse: Die Umstellung vom geteilten Dienst in den Schichtdienst und auch die Einstufung der Bewohner bei der Einführung der Pflegeversicherung in Pflegestufen.³³⁸

Die Einführung der Pflegeversicherung war ein großer Einschnitt in die Arbeitsweise des Altenpflegeheims: Der Zeitdruck erhöhte sich und die Dokumentation rückte an erste Stelle. Auch bekamen die Hausärzte eine entscheidende Rolle

³³⁶ Vgl. Interviews im Anhang, 2012/ 2014, S. 386 f.

³³⁷ Vgl. Interviews im Anhang, 2012, S. 395.

³³⁸ Vgl. Interviews im Anhang, 2012, S. 395 f.

zugewiesen: Wenn ein vermehrter Pflegeaufwand eines Bewohners festgestellt wurde, mussten sie informiert werden, damit die nächst-höhere Pflegestufe beantragt werden konnte. Neu war in der ganzen Umstellung, dass viele Tätigkeiten nicht mehr als Arbeit gelten, da sie nicht in Pflegeminuten dargestellt werden, obwohl sie gemacht werden müssen, wie z. B. die Essenseingabe bei einer „PEG-Sonde“. (Eine „PEG-Sonde“ ermöglicht die künstliche Ernährung mit Sondennahrung über die Bauchdecke.) So wurden die Handlungsspielräume der Pflegekräfte eingeschränkt und die Pflege in einzelne Tätigkeiten zersplittert, die nicht den Pflegeaufwand in Gänze darstellen. Dies stand und steht dem ganzheitlichen Pflegeverständnis der Diakonissen entgegen.

So sind viele Frage offen: Wie kann unter den veränderten Rahmenbedingungen der Pflegeversicherung eine ganzheitliche Pflege aussehen? Wo gibt es strukturelle Möglichkeiten, die Handlungsspielräume der Pflegekräfte zu erweitern und damit auch die Berufszufriedenheit? Welche zusätzlichen Finanzierungswege sind dafür zu entwickeln?

4.3 Theoretische Grundlagen: Quantitative Fragebögen

Um geschichtliche Entwicklungen der Pflege in heutiger Zeit zu erfassen und Antworten für die oben benannten Fragestellungen zu gewinnen, sind Umfragen mittels Fragebögen bei den Pflegekräften der „Ambulanten Pflege Hufelandhaus / Frankfurter Diakonissenhaus“ und im Pflegeheim Nellinistift durchgeführt worden. Darüber hinaus wurden die Diakonissen im Dienst und die Feierabendschwestern des Frankfurter Diakonissenhauses als eine Zielgruppe befragt, die Aspekte zum Leben und Wohnen im Alter beleuchten.

a.) Vorüberlegungen und Planung

Der Ablauf einer empirischen quantitativen Studie beinhaltet fünf Phasen, die vorzubereiten sind: „Die Formulierung des Forschungsproblems, die Planung und Vorbereitung der Erhebung, die Datenerhebung, die Datenauswertung und Berichterstattung.“³³⁹ Ein Forschungsproblem benennen bedeutet, eine Forschungshypothese zu entwickeln. Zu Beginn einer Untersuchung ist die Frage zu klären: „Was genau möchte ich wissen?“³⁴⁰

Pflegefachkräfte sind die Experten in Sachen Pflege, da sie täglich unter den gegebenen Rahmenbedingungen gesetzlicher Vorschriften die Pflege aktiv ge-

³³⁹ Diekmann, 1998, S. 162.

³⁴⁰ Diekmann, 1998, S. 162.

stalten. Daher ist es naheliegend, sie selbst zu befragen, welche Tätigkeiten heute zur Pflege dazugehören, welche davon am zeitintensivsten sind, welche Unterstützung sie erhalten, mit welchen Schwierigkeiten sie konfrontiert sind und welche strukturellen Veränderungen in ihren Augen möglich sind, damit Pflege noch besser gelingen kann. Mittels Fragebögen an die Pflegekräfte in der ambulanten Pflege und im Pflegeheim Nellinistift konnten deren Einschätzung bez. der Pflege erfasst werden.

b.) Theoretische Bezugspunkte

„In der empirischen Sozialforschung müssen sich Begriffe auf eine erfahrbare Realität beziehen. Sowohl die Definition als auch die Verwendung von Begriffen sind weder eindeutig von einer Theorie ableitbar, noch ergeben sie sich aus der Wirklichkeit.“³⁴¹ Es wird in jedem Fall abgewogen, ob diese Begriffe theoretisch sinnvoll und empirisch geeignet sind. Daraus wird eine Hypothese gebildet: „Eine Hypothese ist ein mit Begriffen formulierter Satz, der empirisch falsifizierbar ist.“³⁴² D. h. die Hypothese ist eine Aussage mit mindestens zwei aussagekräftigen Begriffen, die sich nicht widersprechen. Des Weiteren müssen die Begriffe auf ihre Wirklichkeit hin operationalisiert werden können und damit überprüfbar sein.³⁴³

Dabei sind nach Atteslander folgende Operationalisierungsschritte zu beachten:

1. *„Formulierung der Hypothese*
2. *Gegenstandsbenennung*, die von verschiedenen Bedingungen beeinflusst ist: von der Zeit, vom Gegenstandsbereich und vom Feldzugang
3. *Definition von Begriffen, relevanten Variablen und Indikatoren*“³⁴⁴

Die zielgerichtete Analyse der sozialen Wirklichkeit umfasst dabei vier Methoden: „die Beobachtung, die Befragung, das Experiment und die Inhaltsanalyse“. Je nach Forschungsschwerpunkt können auch unterschiedliche Methoden oder Kombinationen angewendet werden.³⁴⁵

Man kann zwei Haupttypen empirischer Forschung unterscheiden:

1. *„Die Grundlagenforschung* mit den Merkmalen: Gewinnung allgemeiner Erkenntnisse, umfassende Erhebung, kombinierter Einsatz von Methoden, Langzeitforschung

³⁴¹ Atteslander, 2008, S. 36.

³⁴² Atteslander, 2008, S. 37.

³⁴³ Vgl. Atteslander, 2008, S. 36-37.

³⁴⁴ Atteslander, 2008, S. 33, 42.

³⁴⁵ Vgl. Atteslander, 2008, S. 48.

2. *Die Bedarfsforschung* mit den Merkmalen: Gewinnung strategischer Erkenntnis, Erhebung eingegrenzter Daten, einzelner Einsatz von Methoden, Momentaufnahmen durch punktuelle Erhebung.³⁴⁶

Die durchgeführte Untersuchung zähle ich zur Bedarfsforschung, da sich die Befragung auf eingegrenzte Daten und auf nur eine Methode, die schriftliche Befragung, bezieht und somit eine Momentaufnahme darstellt. Der Aufwand und die Kosten sind bei einer schriftlichen Befragung gering und haben den Vorteil, dass die Befragten in Ruhe die Fragen durchdenken können. Das bedeutet auch, dass der Fragebogen einfach gestaltet und selbsterklärend sein muss. Dabei wurden auf sprachliche und inhaltliche Verständlichkeit der Fragen geachtet.

c.) *Instrumente*

Die Operationalisierungsschritte wurden im ersten Teil auf die Situation der Pflegekräfte angewandt und daraus folgende Hypothese formuliert:

Pflegekräfte brauchen mehr Zeit für eine aktivierende und kommunikative Pflege, als die Pflegeversicherung vorsieht. Mehr Zeit könnte zu mehr Zufriedenheit der Pflegekräfte und der Pflegebedürftigen beitragen.

Da ich mich in dieser Arbeit auf das Frankfurter Diakonissenhaus und seine Einrichtungen in der Altenpflege beziehe, sind die Pflegekräfte der „Ambulanten Pflege Hufelandhaus / Frankfurter Diakonissenhaus“ und die Pflegekräfte des Pflegeheims Nellinistift zur Teilnahme an der Umfrage gebeten worden.

Aus der Hypothese wurden folgende Begriffe, relevante Variablen und Indikatoren definiert:

Begriff: Eine Pflegekraft ist eine Person, die entsprechend des Kranken- bzw. Altenpflegegesetzes vor dem Prüfungsausschuss die staatliche Pflegeprüfung abgelegt hat.

Variablen: Krankenpflege – Altenpflege

Indikatoren: Ausbildung Einsatzorte:

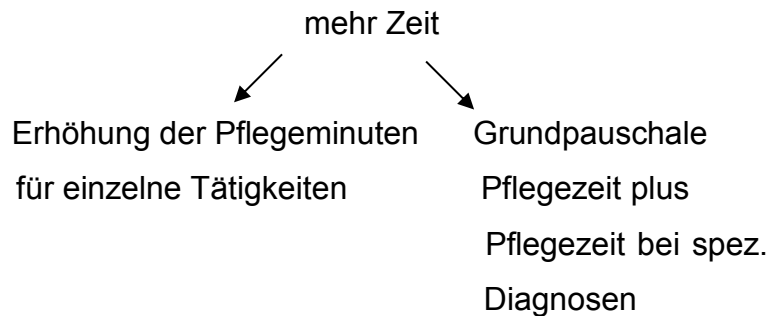
ambulante Pflege Pflegeheim

³⁴⁶ Atteslander, 2008, S. 53.

Begriff: Mehr Zeit als die Pflegeversicherung vorsieht: Einzelne und nur bestimmte Pflegetätigkeiten werden in Minuten abgerechnet und entsprechend der Pflegeversicherung vergütet.

Variablen:

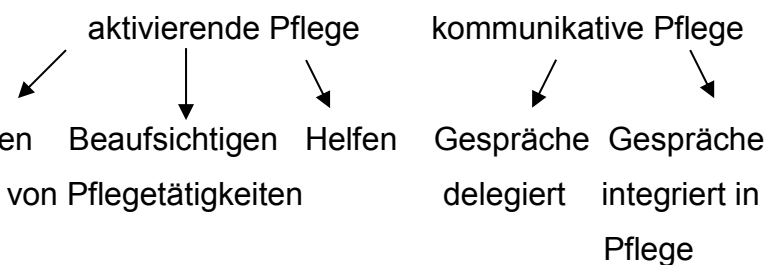
Indikatoren:



Begriff: Aktivierende und kommunikative Pflege will die Selbständigkeit und Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen erhalten und bezieht dabei seine Fähigkeiten aktiv mit ein, wobei Gesprächen eine wichtige Bedeutung zukommt.

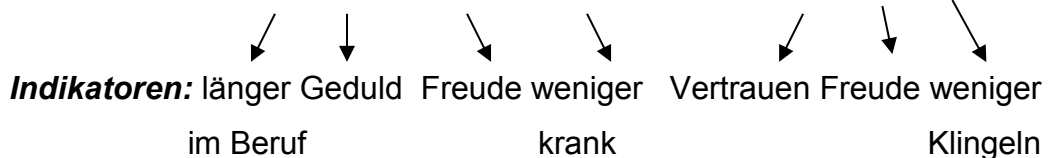
Variablen:

Indikatoren:



Begriff: Mehr Zeit könnte zu mehr Zufriedenheit von Pflegekräften und Pflegebedürftigen beitragen. Zufriedenheit ist eine wichtige Ressource im Pflegeprozess.

Variablen: Zufriedenheit der Pflegekräfte Zufriedenheit der Pflegebedürftigen



Im zweiten Teil wurden die Operationalisierungsschritte auf die Situation der Feierabendschwwestern angewandt als eine Personengruppe, die im Frankfurter Diakonissenhaus „Leben und Wohnen im Alter“ repräsentiert, und daraus folgende Hypothese erstellt:

Gemeinschaftliches Wohnen, Spiritualität im Alltag und die Möglichkeit, die eigenen Fähigkeiten so lange wie möglich für andere einsetzen zu können, sind wichtige Ressourcen im Alter.

Aus der Hypothese wurden folgende Begriffe, relevante Variablen und Indikatoren abgeleitet:

Begriff: Gemeinschaftliches Wohnen beinhaltet die Lebensgemeinschaft der Diakonissen und auch das Wohnen mit anderen Personen im Haus.

Variablen: Lebensgemeinschaft Wohngemeinschaft mit anderen

Indikatoren: Für einander da sein Feiern Miteinander essen sich Begegnen Gespräche

Begriff: Spiritualität im Alltag hat ihren Platz im Tagesrhythmus.

Variablen: sichtbare Spiritualität unsichtbare Spiritualität

Indikatoren: Tagzeiten-gebete Gottesdienste Veranstaltungen Glauben Gebete Zuversicht

Begriff: Die Möglichkeit, die eigenen Fähigkeiten so lange wie möglich für andere einsetzen zu können, braucht Raum und Anknüpfungspunkte.

Variablen: im Pflegeheim Nellinistift im Mutterhaus

Indikatoren: Besuche Angebote Begleitedienste Hauswirtschaft Angebote wahrnehmen im Begegnungszentrum Chor im Begegnungszentrum

Um die Hypothesen zu überprüfen, habe ich Fragebögen erstellt (siehe Anhang). Die Fragebögen an die Pflegekräfte in der „Ambulanten Pflege Hufelandhaus / Frankfurter Diakonissenhaus“ und im Pflegeheim Nellinistift beinhalten folgende Schwerpunkte:

- Tätigkeiten, die bei der Pflege im Vordergrund stehen, die am meisten Zeit in Anspruch nehmen und für die mehr Zeit nötig wäre

- Kontakte zu anderen Einrichtungen
- Werte, die im Pflegealltag wichtig sind
- Unterstützung für die Arbeit
- Resonanz auf die Pflege seitens der Pflegebedürftigen
- Bilder für die Pflege
- Was in der Pflege beibehalten bzw. verändert werden soll

Die Fragebögen an die Feierabendschwwestern des Frankfurter Diakonissenhauses und an die Diakonissen im Dienst haben folgende Schwerpunkte zum Inhalt:

- Motivation, Diakonisse zu sein
- Schönes im Alltag als Diakonisse
- Bedeutung der Lebens-, Glaubens- und Dienstgemeinschaft
- Schönes und Schweres im Alter als Feierabendschwester bzw. als Diakonisse im Dienst
- Aufgaben als Feierabendschwester bzw. als Diakonisse im Dienst
- Bilder, Ideen für zukünftige Gemeinschaftsformen und Angebotsstrukturen des Frankfurter Diakonissenhauses

Die gestellten Fragen und die gemessenen Daten wurden an den Erfordernissen der Hypothesen ausgerichtet.

d.) Durchführung

Es gab ein Vorgespräch mit der Heimleitung des Nellinistifts, dem Leiter der ambulanten Pflege und der Oberin, ob eine Umfrage mittels Fragebögen bei den Pflegekräften bzw. bei den Feierabendschwwestern / Diakonissen im Dienst möglich ist. Mein Anliegen wurde von allen aktiv unterstützt. So haben mich der Heimleiter und die Oberin dabei begleitet, als ich die Fragebögen auf den Stationen kurz vorgestellt und um Teilnahme an der Umfrage gebeten habe. Des Weiteren kümmerte sich eine Schwester speziell um die Fragebögen, die an die Feierabendschwwestern verteilt wurden, und der Leiter der ambulanten Pflege um die Fragebögen an die Pflegekräfte der ambulanten Pflege. Die Teilnahme war freiwillig. Die Rücklaufquoten der unterschiedlichen Fragebögen sind geeignet, um Tendenzen für das Frankfurter Diakonissenhaus darzustellen.

4.4 Auswertungen der quantitativen Fragebögen

Alle Antworten der Fragebögen sind als Daten in das Statistikprogramm Grafstat eingespeist worden. Grafstat ist ein Programm, das wissenschaftlich anerkannt ist. Mittels Grafiken lassen sich komparative Studien und Häufigkeiten der Antworten übersichtlich darstellen. D. h. die Aufbereitung und Analyse der Daten erfolgte computergestützt. Ziel der Befragung ist es, zuverlässige („reliable“) und gültige („valide“) Ergebnisse zu ermitteln. Offene Fragen haben gegenüber kategorisierten Fragen einen Mehraufwand an Zeit benötigt, da alle Antworten einzeln notiert wurden. Danach wurden entsprechende Kategorien gebildet, um die Daten zusammenzufassen.³⁴⁷

Im Folgenden stelle ich die Ergebnisse grafisch dar und ziehe Schlüsse auf dem Hintergrund der aufgestellten Hypothesen.

4.4.1 Ambulante Pflege

Die Sozial- und Diakoniestationen lösten die Gemeindeschwester ab. Neue Verträge und Rahmenbedingungen forderten eine andere Arbeitsorganisation im Team und Schichtdienst. Die Abrechnung der Pflege erfolgt nun mit den Krankenkassen, wofür eine sorgfältige Dokumentation und eine Einstufung in drei Pflegestufen der Patienten nötig sind. Die Kontrolle durch Leistungsbögen veränderte auch die Erwartung der Menschen und die Pflegeleistungen, die abgerechnet werden können, stehen im Vordergrund. Der Zeit- und Leistungsdruck ist gewachsen.³⁴⁸

So wird bei Pflegebedürftigkeit das Wohnen zu Hause in Zusammenarbeit mit den Angehörigen und verschiedenen professionellen Dienstleistern organisiert. Dabei unterstützt die ambulante Pflege die Pflegebedürftigen darin, solange wie möglich zu Hause leben zu können.

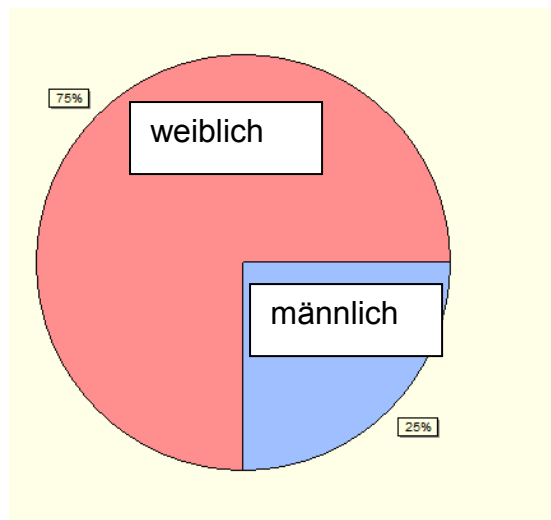
Die Umfrage in der „Ambulanten Pflege Hufelandhaus / Frankfurter Diakonissenhaus“ brachte folgende Ergebnisse: Insgesamt kamen 4 von 7 Fragebögen zurück. Das ist ein Rücklauf von 57%. Die Auswertung wurde im Statistikprogramm Grafstat im April 2012 erstellt (Abb. 33):³⁴⁹

³⁴⁷ Vgl. Atteslander, 2009, S. 273 f.

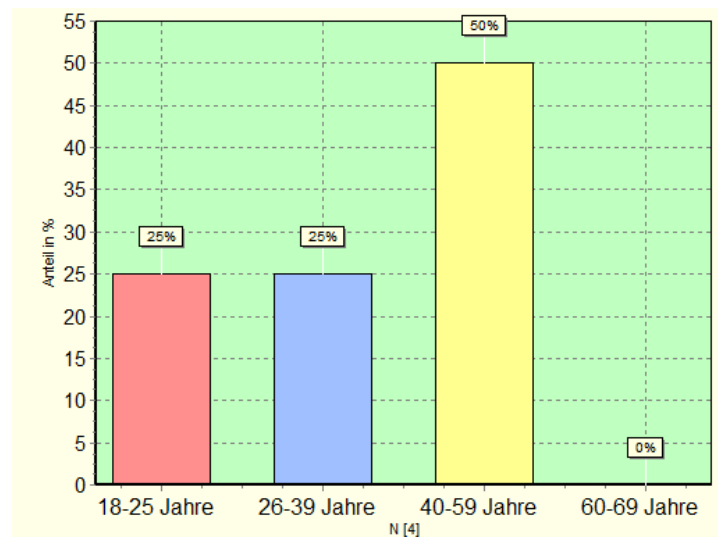
³⁴⁸ Vgl. Interviews, 2011-2012, S. 365, 373 f.

³⁴⁹ eigene Abbildungen

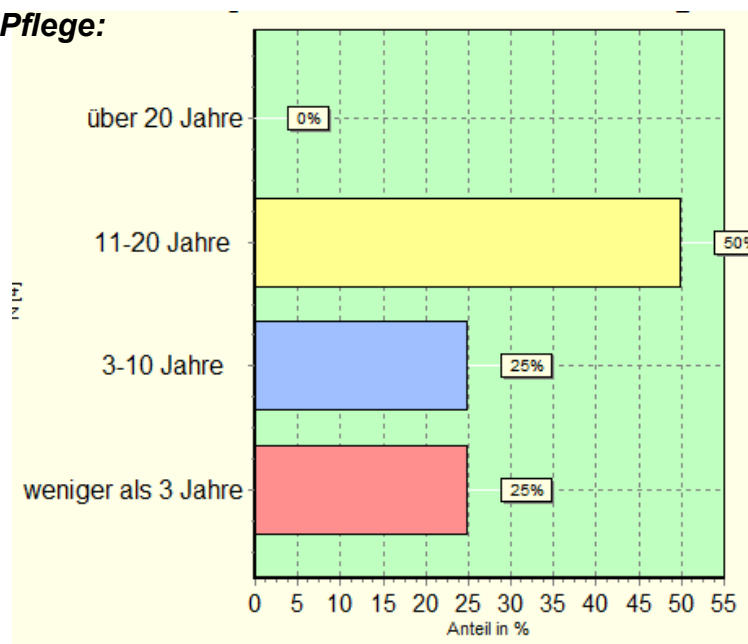
1. Geschlecht:



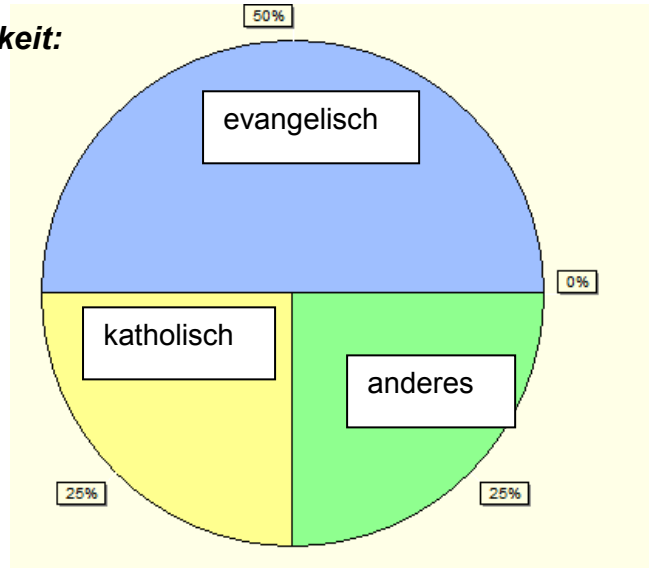
2. Alter:



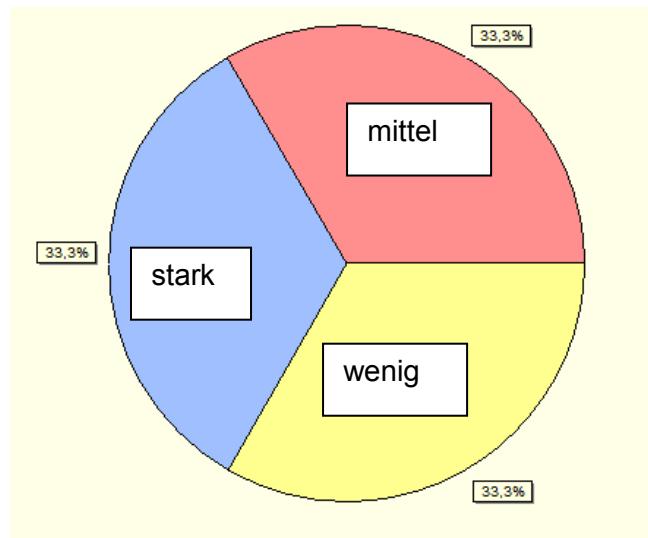
3. Arbeitsjahre in der Pflege:



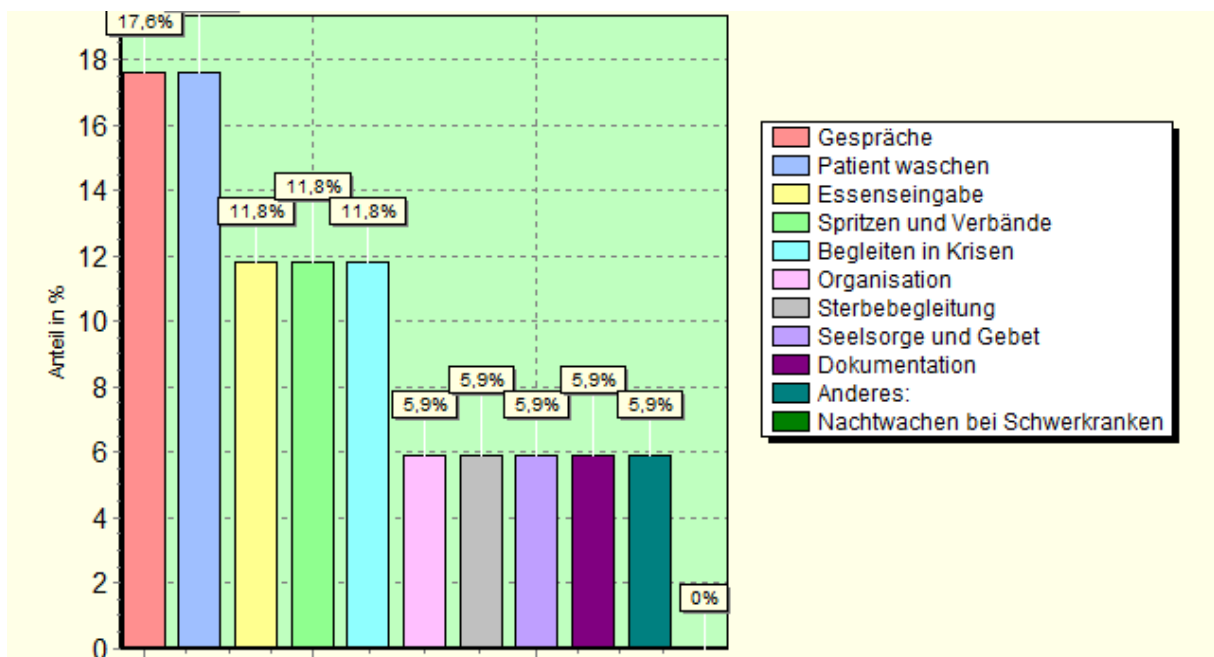
4. Konfessionszugehörigkeit:



5. Zugehörigkeitsgefühl zur Kirche:



6. Pflegetätigkeiten, die im Vordergrund stehen:



7. Tätigkeiten, die am meisten Zeit in Anspruch nehmen:

(alle Antworten sind aufgelistet)

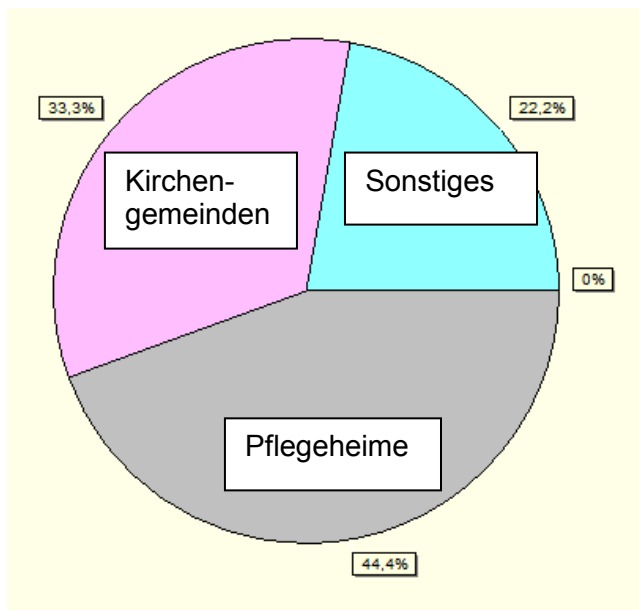
- Patient waschen (wurde zweimal genannt)
- Gespräche (wurde zweimal genannt)
- Organisation, aktivierende Pflege
- Dokumentation
- Verbände

8. Tätigkeiten, für die mehr Zeit nötig wäre:

(alle Antworten sind aufgelistet)

- Gespräche (wurde zweimal genannt)
- Sterbebegleitung
- Derzeit bei guter Organisation alles leistbar

9. Kontakt zu anderen Einrichtungen und Organisationen:



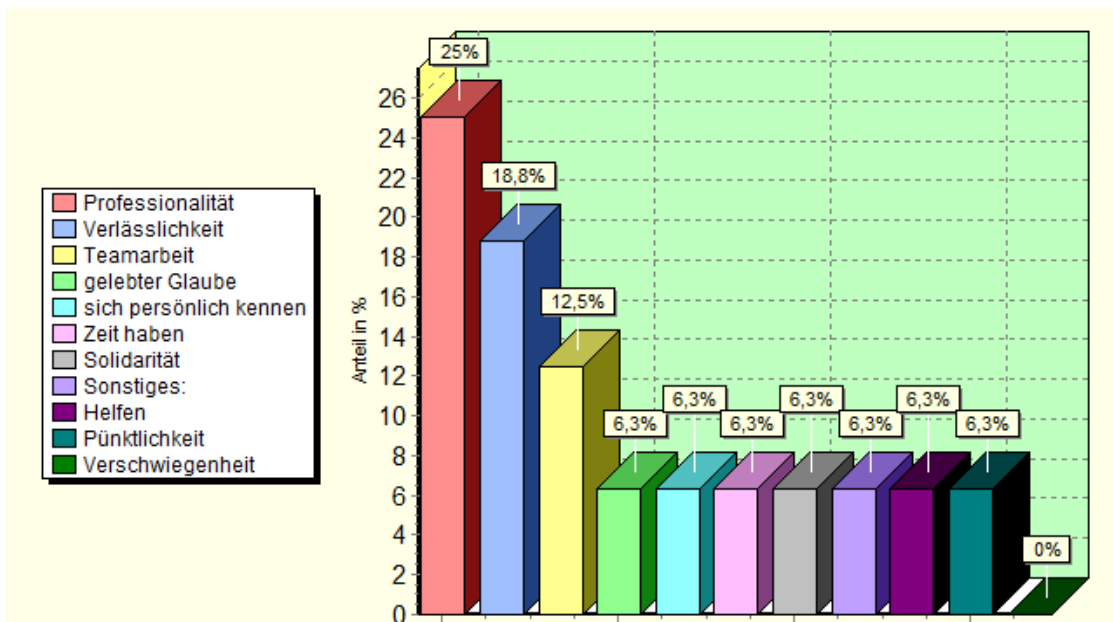
Sonstiges:

- Therapeuten
- Haus- und Fachärzte
- Ehrenamtliche Besuchsdienste
- Tagespflege
- Beratungsstellen
- Sozialamt
- Palliativ-Team
- Fußpflege

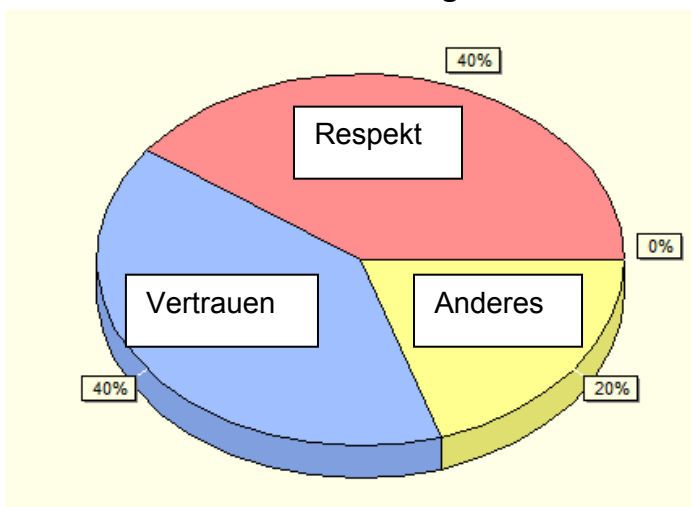
10. Initiative für Kontakte:

Nennung	Anteil
geht von unserer Organisation aus	60,0%
weiß nicht	20,0%
andere kommen auf uns zu	20,0%
Anteil	100,0%

11. Wichtige Werte in der Arbeit:



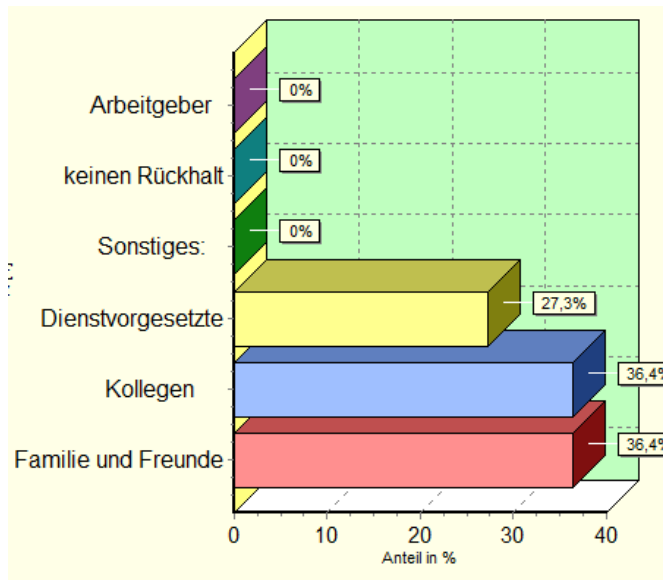
12. Resonanz auf die Pflege seitens der Pflegebedürftigen:



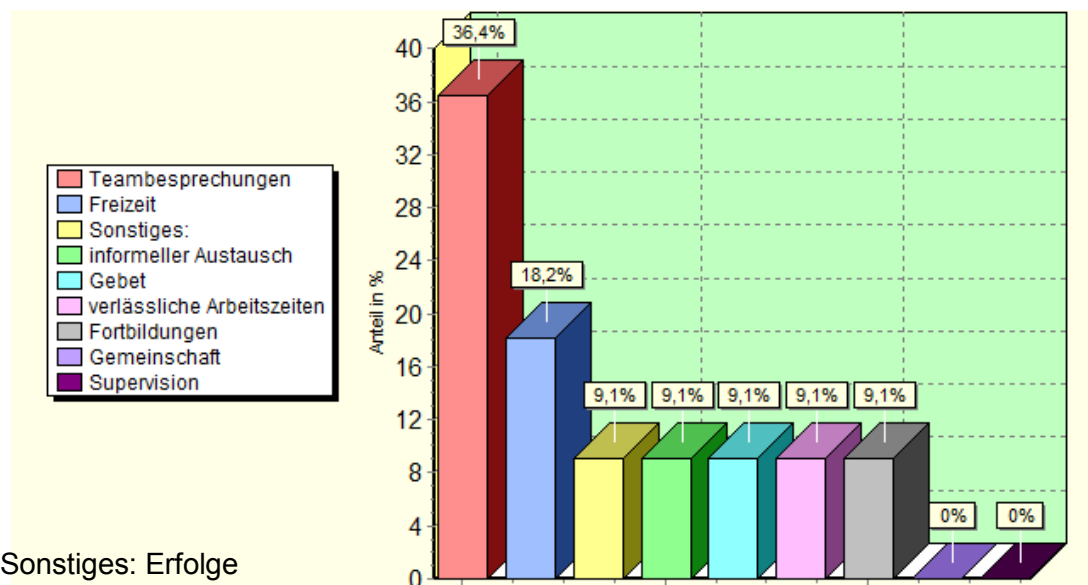
Anderes:

- Freundlichkeit
- Klienten suchen Halt
- Negative Gefühle werden auf uns projiziert

13. Rückhalt für die Arbeit:



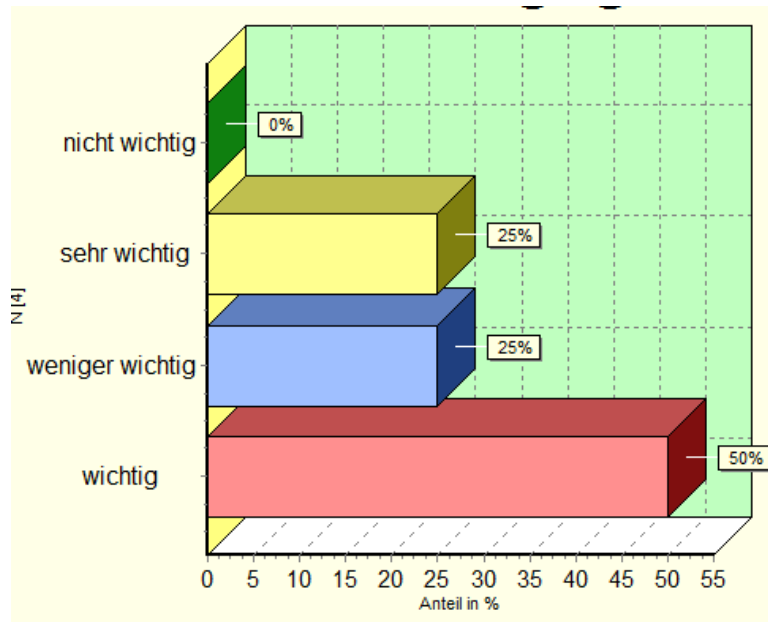
14. Unterstützung in der Arbeit:



15. Bilder und Wünsche für die Pflege:

- Vernetztes, individuelles, engagiertes Arbeiten
- Ganzheitliche Pflege
- Weniger Dokumentation
- Mehr Pflege und Berücksichtigung der Bedürfnisse der Kunden
- Kontinuität für die Dienstplangestaltung, dass Pflegeperson nicht zu oft wechselt, damit eine Beziehung des Vertrauens und der Sicherheit aufgebaut werden kann.

16. Wichtigkeit von ehrenamtlichem Engagement:



Aufgrund der Auswertungen der Fragebögen an die Pflegekräfte der ambulanten Pflege komme ich zu folgenden Feststellungen: Die Gespräche mit den Kunden und die Grundpflege bzw. die aktivierende Pflege haben in der ambulanten Pflege eine herausragende Rolle (17,6%), zu denen die Tätigkeiten: Essenseingabe, Begleiten in Krisen, Spritzen und Verbände (11,8%) unmittelbar dazukommen. Für die genannten Tätigkeiten hätten die Pflegekräfte im Pflegeprozess gerne mehr Zeit zur Verfügung als bisher von der Pflegeversicherung vorgesehen ist. Das bedeutet auch, dass Gespräche nicht immer an andere Berufsgruppen ohne weiteres delegiert werden können. Sie sind Teil des Pflegeprozesses, wenngleich die ambulante Pflege viele Kontakte zu anderen Organisationen, wie Besuchsdienste, Therapeuten, Haus- und Fachärzte, Beratungsstellen initiiert und koordiniert.

Nachfolgende Werte sind in der ambulanten Pflege nach dieser Befragung von Bedeutung: Professionalität (25%), Verlässlichkeit (18,8%) und Teamarbeit (12,5%). Die Kunden erwarten, dass die Pflegekräfte in aller Flexibilität verlässlich zu bestimmten Zeiten zu ihnen kommen. Um dem entsprechen zu können, fordert dies von den Pflegekräften sowohl hohe Professionalität als auch eine gut ineinander greifende Teamarbeit. Unterstützend in diesen Anforderungen sind dabei Teambesprechungen (34,4%), die Freizeit als Ausgleich zur Arbeit (18,2%) und Erfolge in der Arbeit, der informelle Austausch untereinander, Gebete, verlässliche Arbeitszeiten und Fortbildungen (9,1%). Nicht zu unterschät-

zen sind in der Arbeit der Rückhalt seitens der Familie und von Freunden (36,4%), von Kollegen (36,4%) und vom Dienstvorgesetzten (27,3%), um adäquat mit dem Zeitdruck und den unterschiedlichen Erwartungen der Pflegebedürftigen und Angehörigen umgehen zu können. Als Resonanz auf ihre Arbeit erleben die Befragten viel Respekt und Vertrauen (40%), aber auch die Suche nach Halt und die Erfahrung, dass negative Gefühle auf sie projiziert werden (20%).

Die Umfrage zeigt auf, dass die Hälfte der Pflegekräfte der ambulanten Pflege im Alter von 40-59 Jahren und seit 11-20 Jahren aktiv in der Pflege tätig sind (50%). Daraus schließe ich auch auf eine Zufriedenheit im pflegerischen Berufsalltag trotz der hohen Anforderungen. Als Bilder und Wünsche für die Pflege wurden benannt: Vernetztes, individuelles und engagiertes Arbeiten als Ausdruck für ganzheitliche Pflege, in der auf die Bedürfnisse der Kunden eingegangen werden kann.

Vergleiche ich die Auswertungen der Befragung mit meiner Hypothese, so stelle ich Übereinstimmungen fest.

4.4.2 Pflegeheim Nellinistift

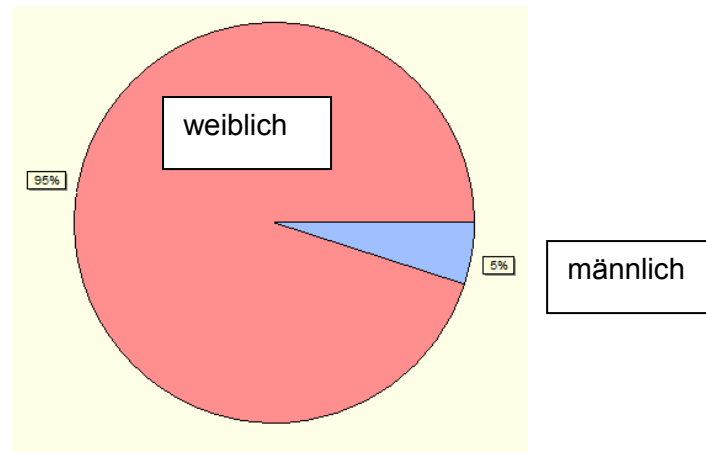
Viele ältere Menschen möchten in ihrer vertrauten Umgebung leben und zögern eine Heimunterbringung möglichst lange hinaus. Neue Konzepte in der Heimorganisation, wie die stationären Hausgemeinschaften, ermöglichen eine persönliche Betreuung und eine weitgehend eigenständige Lebensführung der Bewohner. Ein Großteil der Heimplätze (84 %) besteht aus Pflegeplätzen. Insgesamt ist ein Rückgang an Alten- und Wohnheimen zu verzeichnen, wobei die Zahl der Einrichtungen des Betreuten Wohnens zunimmt.³⁵⁰ 2009 wurde das neue Altenpflegeheim Nellinistift fertiggestellt und bezogen. Damit war auch eine Neu-Organisation nach dem Konzept des Hausgemeinschaftsmodells verbunden.

Die Umfrage im Pflegeheim Nellinistift brachte folgende Ergebnisse: Insgesamt kamen 20 von 53 Fragebögen zurück. Das ist ein Rücklauf von 37,7%. Die Auswertung wurde im Statistikprogramm Grafstat im Oktober 2013 erstellt (Abb. 34).³⁵¹

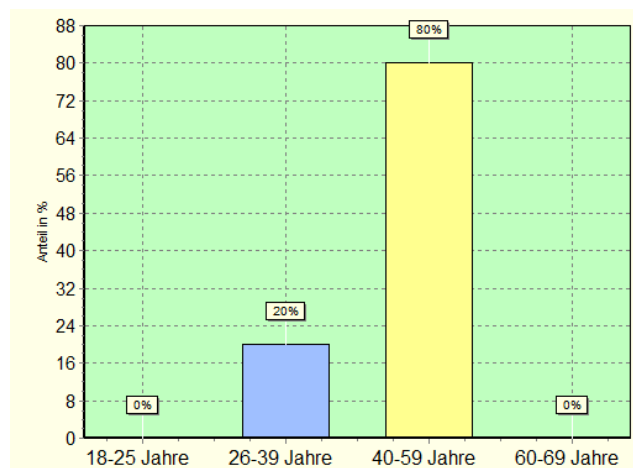
³⁵⁰ Vgl. http://www.schader-stiftung.de/wohn_wandel/997.php (Abruf 10.8.11)

³⁵¹ eigene Abbildungen

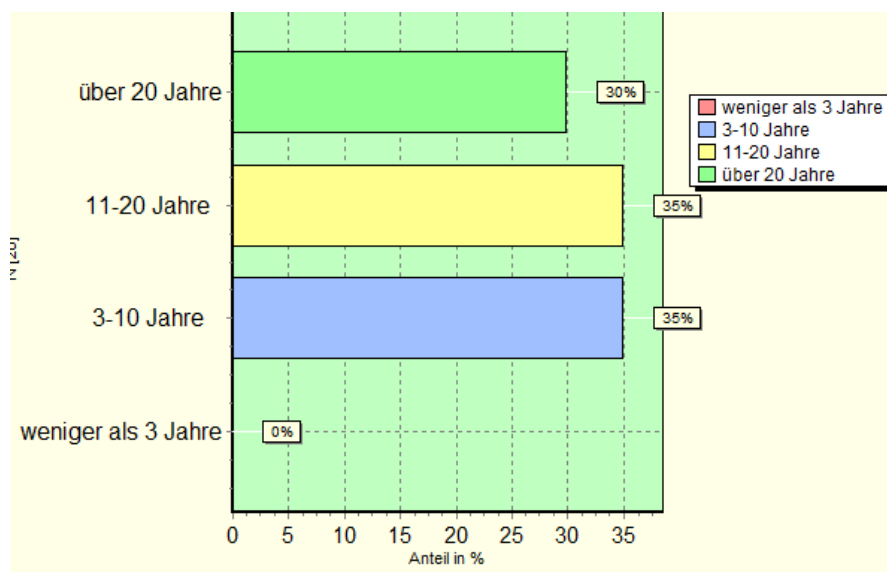
1. Geschlecht:



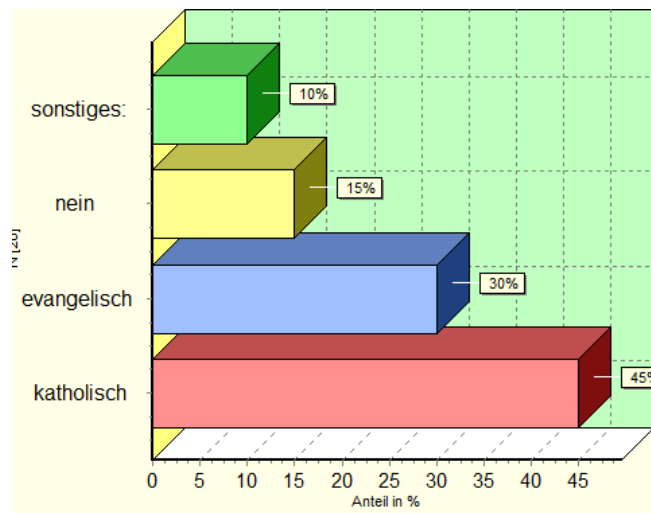
2. Alter:



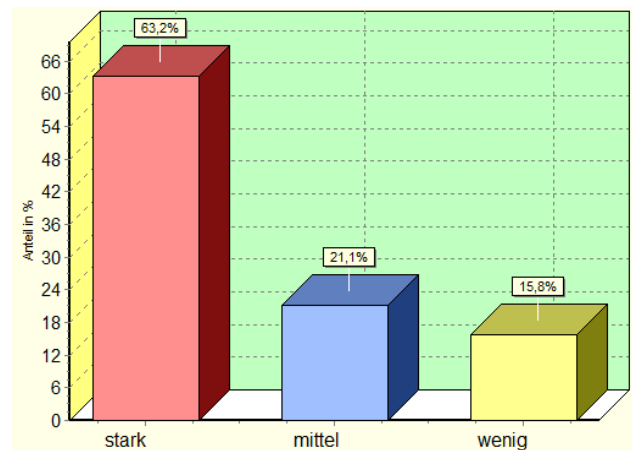
3. Arbeitsjahre in der Pflege:



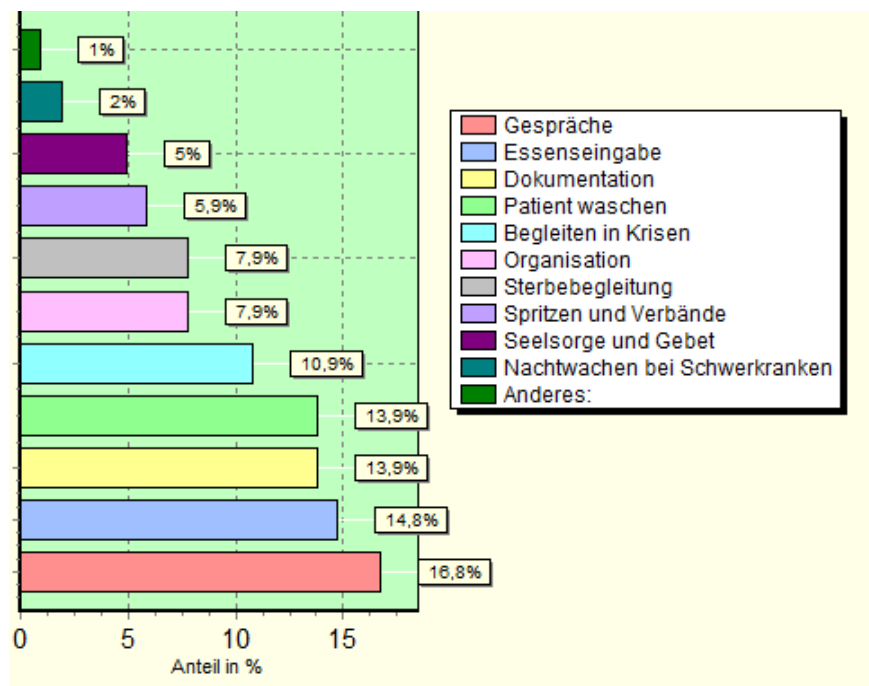
4. Konfessionszugehörigkeit:



5. Zugehörigkeitsgefühl zur Kirche:



6. Pflegetätigkeiten, die im Vordergrund stehen:

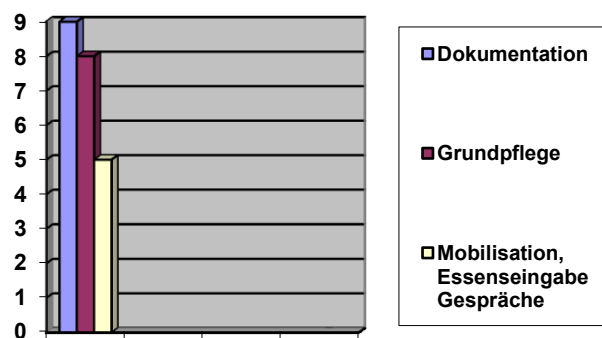


7. Tätigkeiten, die am meisten Zeit in Anspruch nehmen

(alle Antworten sind aufgelistet):

- Patient waschen (wurde fünfmal genannt)
- Dokumentation (wurde neunmal genannt)
- Grundpflege (wurde dreimal genannt)
- Angehörigengespräche
- Jede Tätigkeit kann anders laufen, wenn dafür mehr Zeit ist als geplant
- Aufräumen
- Mobilisation
- Essenseingabe

7b. Zusammenfassung:

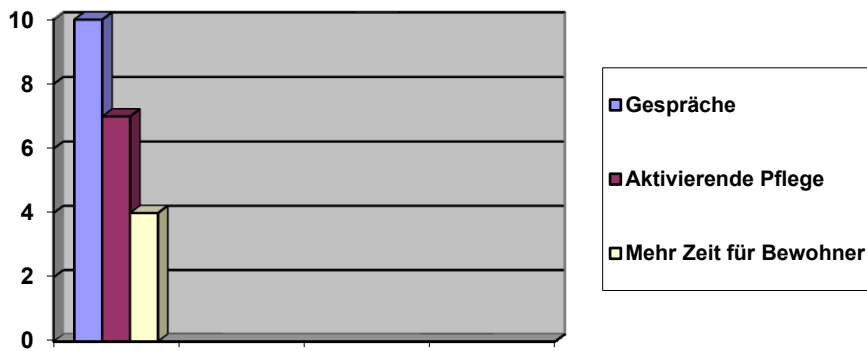


8. Tätigkeiten, für die mehr Zeit nötig wäre:

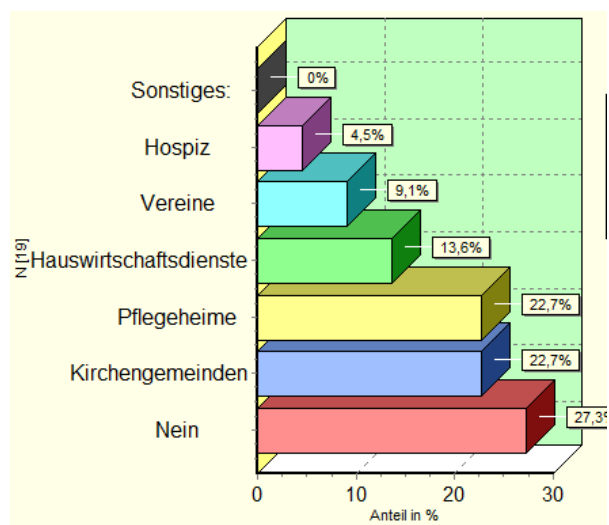
(alle Antworten sind aufgelistet)

- Gespräche mit Patienten / Bewohnern (wurde achtmal genannt)
- Begleiten in Krisen
- Für Bewohner bleibt zu wenig Zeit durch zu viele Aufgaben der Pflegekräfte
- Kurzer Spaziergang mit Bewohner in Garten (wurde zweimal genannt)
- Keine
- Mehr Zeit für Menschen mit Demenzerkrankung
- Patient im Mittelpunkt
- Für alle pflegerischen Tätigkeiten
- Essenseingabe
- Für Bewohner mehr Zeit
- Grundpflege (wurde zweimal genannt)
- Seelsorge

8b. Zusammenfassung:



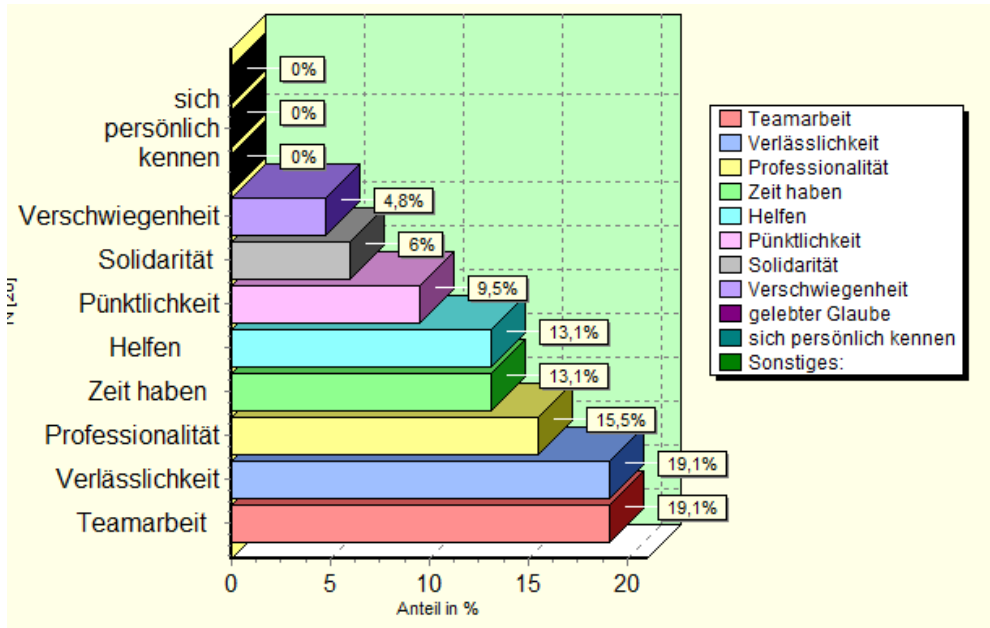
9. Kontakt zu anderen Einrichtungen und Organisationen



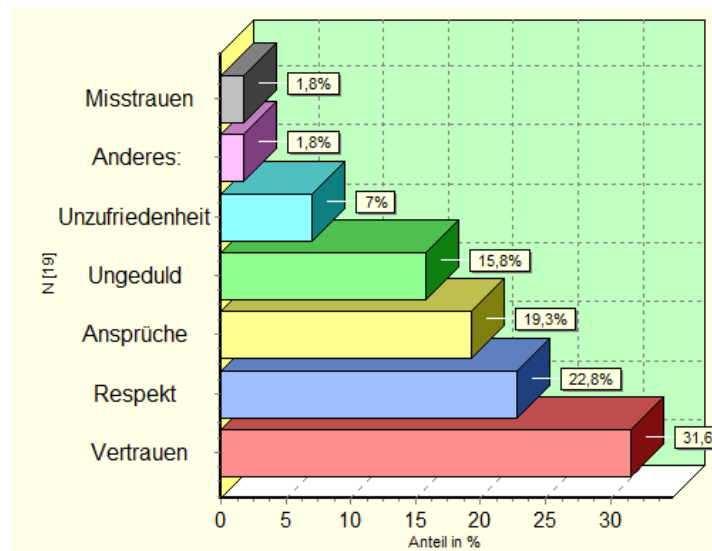
10. Initiative für Kontakte:

Nennung	Anteil
weiß nicht	52,9%
geht von unserer Organisation aus	41,2%
andere kommen auf uns zu	5,9%
Anteil	100,0%

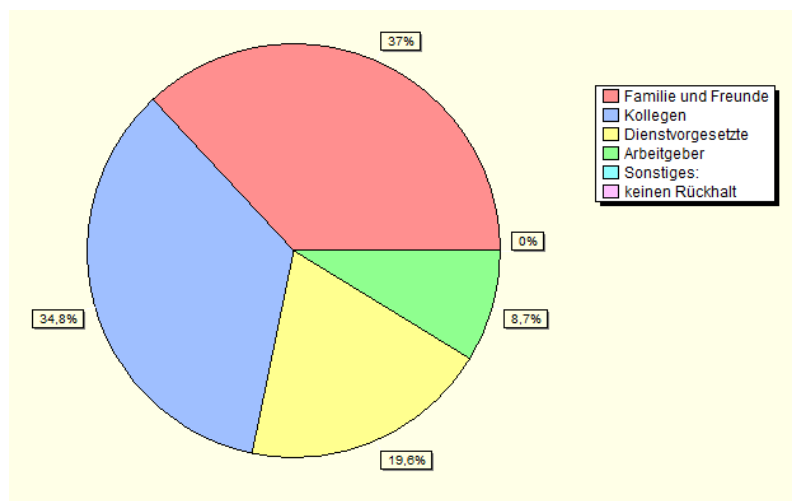
11. Wichtige Werte in der Arbeit:



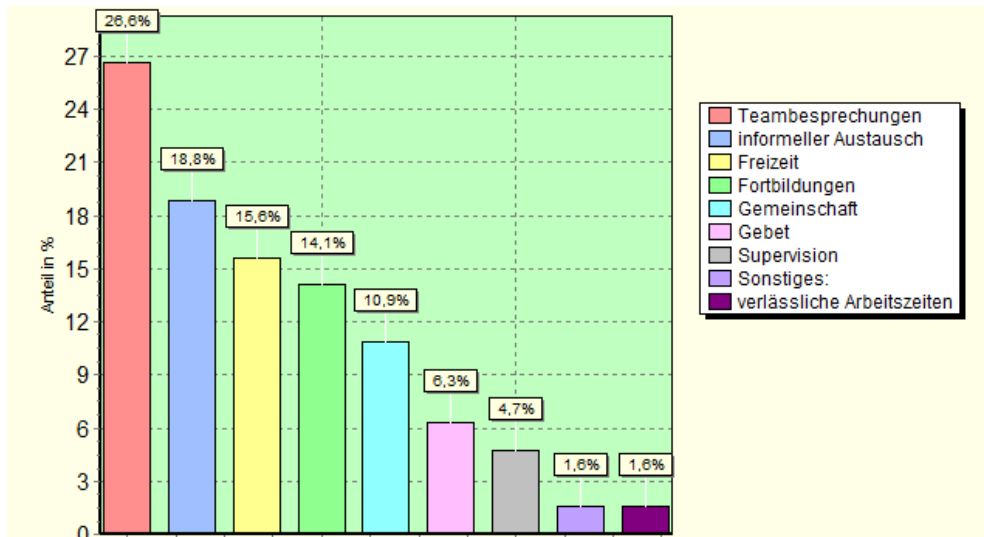
12. Resonanz auf die Pflege seitens der zu Pflegenden:



13. Rückhalt für die Arbeit:



14. Unterstützung in der Arbeit:



15. Bilder für die Pflege (alle Antworten sind aufgelistet)

- Wohngruppe
- Kleinere Wohngruppen (5-6 Bewohner) an einem großen Tisch
- Ein Lächeln zu zaubern
- Die Würde des Menschen
- Pflege mit mehr Personal für Bewohner
- Kleine Wohngemeinschaften, familiärer Charakter
- Mehr Zeit für die Bewohner
- Weniger Bewohner, um Zeit für sie zu haben
- Bessere Personalplanung und Einsatz

15a. Was beibehalten werden soll (alle Antworten sind aufgelistet)

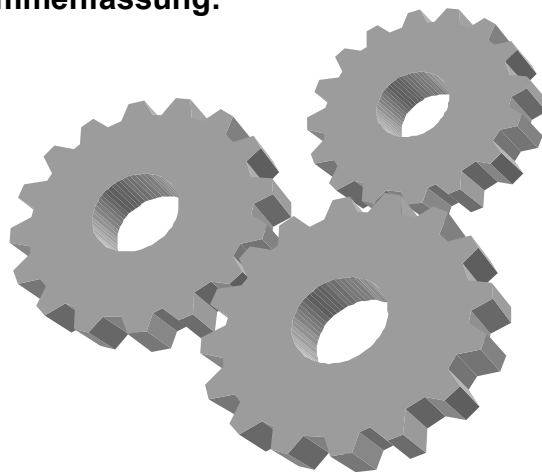
- Gespräche mit Bewohnern
- Wohngemeinschaften mit Präsenzkraft
- Teamgespräche, Supervision
- Viel Liebe, Geduld, Geborgenheit
- Individuelle Pflege
- Menschlichkeit
- Begleitung zur Pflege
- Strukturierter Tagesablauf, Rituale
- Pflege
- Hilfsmittel, Pflegeartikel, essen und trinken
- Arbeitszeiten

15b. Was verändert werden soll (alle Antworten sind aufgelistet)

- Mehr ehrenamtliches Personal, mehr Betreuung in Wohngruppen
- Dass nicht eine Pflegekraft für 11 und mehr Bewohner pro Wohnbereich zuständig und verantwortlich ist
- Weniger Dokumentation und mehr Zeit für Bewohner (wurde viermal genannt)
- Dass Patienten zufrieden sind
- Es muss mehr Geld für Pflege ausgegeben werden (wurde zweimal genannt)
- Konzepte erarbeiten, die es ermöglichen, alten Menschen das Gefühl zu geben, noch gebraucht zu werden, und sie nach deren Möglichkeiten in die kleine Gruppe einzubinden
- Bessere Auswahl der Aushilfen
- Mehr Kommunikation
- Mehr Sozialkontakte für Bewohner
- Mehr Personal
- Pflegeplanung nur zum Ankreuzen, weniger Schreibkram, mehr Hilfsmittel
- Mehr Aushilfen bzw. Sozialbetreuer

15c. Zusammenfassung:

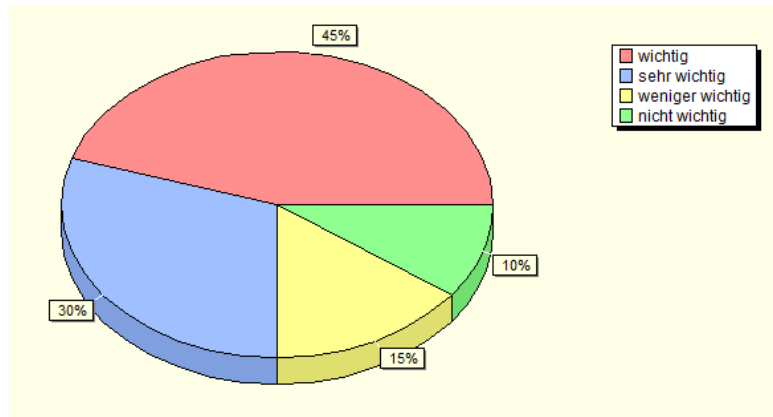
**Mehr Geld für
Pflege und
Pflegekräfte**



**Andere oder weniger
aufwändige Dokumenta-
tion**

**Mehr Personal und damit
mehr Zeit für Bewohner**

16. Wichtigkeit von ehrenamtlichem Engagement



Aufgrund der Auswertungen der Fragebögen an die Pflegekräfte des Pflegeheims Nellinistift komme ich zu folgenden Erkenntnissen: Die Gespräche mit den Bewohnern (16,8%) und die Essenseingabe (14,8%) haben im Pflegeheim ein besonderes Gewicht, an die die Tätigkeiten Grundpflege bzw. aktivierende Pflege (13,9%), Dokumentation (13,9%) und Begleiten in Krisen (10,9%) sich unmittelbar anschließen. Auffallend ist, dass nach Einschätzung der Pflegekräfte die Dokumentation vor der Grundpflege am meisten Zeit in Anspruch nimmt. Es wird deutlich, dass der Wunsch besteht, mehr Zeit, als die Pflegeversicherung vorsieht, für Gespräche und eine aktivierende Pflege sowie auch für die Essenseingabe, Mobilisation und Angehörigengespräche zur Verfügung zu haben. Als Teil des Pflegeprozesses können diese Tätigkeiten nicht immer an andere Personen delegiert werden, auch wenn das Pflegeheim Kontakte zu anderen Organisationen wie Kirchengemeinden, Pflegeheimen, Hauswirtschaftsdiensten, Vereinen, Hospizdiensten initiiert und koordiniert.

Nachfolgende Werte sind im Pflegeheim nach dieser Befragung von Bedeutung: Teamarbeit (19,1%), Verlässlichkeit (19,1%) und Professionalität (15,5%). Die Bewohner erwarten, dass die Pflegekräfte rund um die Uhr für sie da sind, was nur mit einer ineinandergreifenden Teamarbeit und guten Absprachen möglich ist. Das beansprucht von den Pflegekräften eine hohe Professionalität in der Arbeitsgestaltung wie auch eine große Verlässlichkeit in den Alltagsritualen und Zeitabläufen, um diesen Erwartungen entsprechen zu können. Unterstützend in diesen Anforderungen sind dabei Teambesprechungen (26,6%), der informelle Austausch (18,8%), die Freizeit als Ausgleich zur Arbeit (15,6%) und Fortbildungen (14,1%). Auch Gemeinschaftserlebnisse (10,9%), Gebete (6,3%) und die Möglichkeit zur Supervision (4,7%) fördern die Arbeit. Nicht zu unterschät-

zen sind für die Pflegekräfte der Rückhalt seitens der Familie, von Freunden (37%), von Kollegen (34,8%) und vom Dienstvorgesetzten (19,6%), um mit den unterschiedlichen Anforderungen des Pflegealltags umgehen zu können. Als Resonanz auf die Pflege erleben die Befragten von den Heimbewohnern viel Vertrauen (31,6%) und Respekt (22,8%). Gleichzeitig sind sie auch mit deren Ansprüchen (19,3%) konfrontiert, die deutlich artikuliert werden. Darüber hinaus gehören auch Ungeduld (15,8%) und Unzufriedenheit (7%) der Bewohner zum Pflegealltag.

Die Umfrage zeigt auf, dass ein Großteil der Pflegekräfte des Pflegeheims im Alter von 40-59 Jahren (70%) und seit 11-20 Jahren (35%) oder sogar mehr als 20 Jahren (30%) pflegerisch tätig ist. Daraus schließe ich auch auf eine Zufriedenheit im Berufsleben trotz der hohen Arbeitsdichte. Als Bilder und Wünsche für die Pflege wurden benannt: Kleine Wohngemeinschaften von 5-6 Personen an einem großen Tisch, die Würde des Menschen als Mittelpunkt der Pflege achten und dem Zwischenmenschlichen (Lächeln, Freude) mehr Raum geben. Veränderungswünsche betreffen v. a. die gesetzlichen und politischen Rahmenbedingungen: Ein anderer Personalschlüssel für mehr Handlungsspielräume der Pflegekräfte, mehr Zeit für die Bewohner und eine weniger aufwändige Dokumentation. Um dies zu erreichen, müsste insgesamt mehr Geld in die Pflege investiert werden. Die Pflege könnte dadurch eine Aufwertung erfahren und auch den Pflegekräften würde mehr Wertschätzung und Anerkennung entgegengebracht. Vergleiche ich die Auswertungen der Befragung mit meiner Hypothese, so gibt es Kongruenzen.

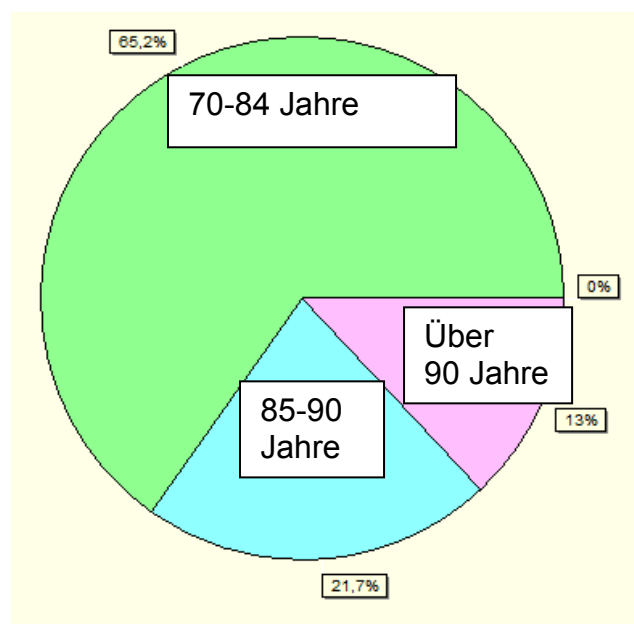
4.4.3 Feierabendschwwestern

Die Feierabendschwwestern repräsentieren die Personengruppe der älteren Diakonissen im Feierabend (Ruhestand) des Frankfurter Diakonissenhauses. Davon sind 65,2% im Alter zwischen 70-84 Jahren, 21% zwischen 85-90 Jahren und 13% über 90 Jahre. Sie leben jeweils in einem Appartement im Mutterhaus (91,3%). Wenn die Selbständigkeit nachlässt, haben sie die Möglichkeit im angrenzenden Pflegeheim Nellinistift (8,7%) einen Pflegeplatz zu finden. So können sie auf dem Gelände des Frankfurter Diakonissenhauses bis zum Lebensende mit ihren Mitschwwestern leben. Die Feierabendschwwestern haben sich schon in jungen Jahren für den Lebensstil der Diakonisse entschieden. Ihr Leben ist geprägt von der Lebens-, Glaubens- und Dienstgemeinschaft und somit

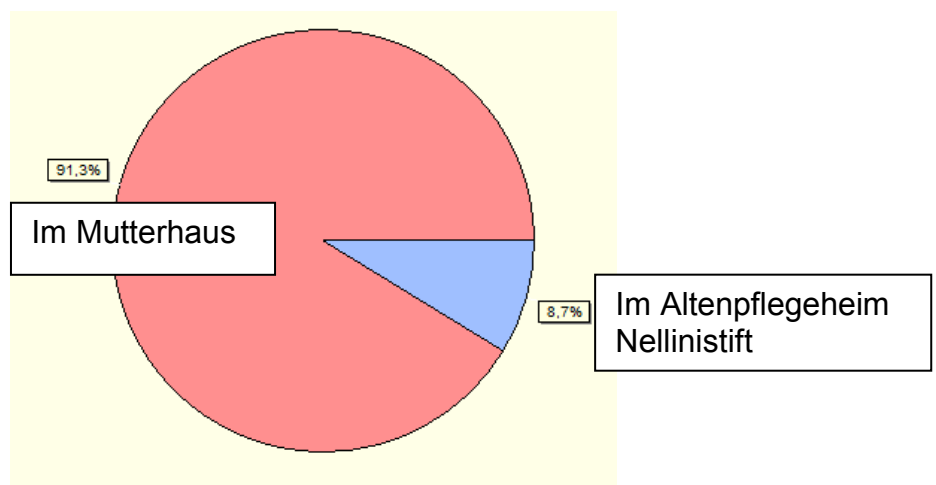
anders verlaufen als bei anderen Menschen ihres Alters. 47,8% der Feierabendschwwestern leben schon über 60 Jahre als Diakonisse, 26,1% von ihnen über 40 Jahre, 13% über 50 Jahre und 8,7% über 70 Jahre. Dieser Lebensstil hat sie in besonderer Weise geprägt. Daher habe ich diese Personengruppe zum Leben und Wohnen im Alter als Diakonisse befragt. Die Antworten werfen für heutige Fragestellungen weitere Perspektiven auf.

Die Umfrage bei den Feierabendschwwestern brachte folgende Ergebnisse: Insgesamt kamen 23 von 29 Fragebögen zurück. Das ist ein Rücklauf von 79%. Die Auswertung wurde im Statistikprogramm Grafstat im Sep. 2013 erstellt (Abb. 35):³⁵²

1. Alter:

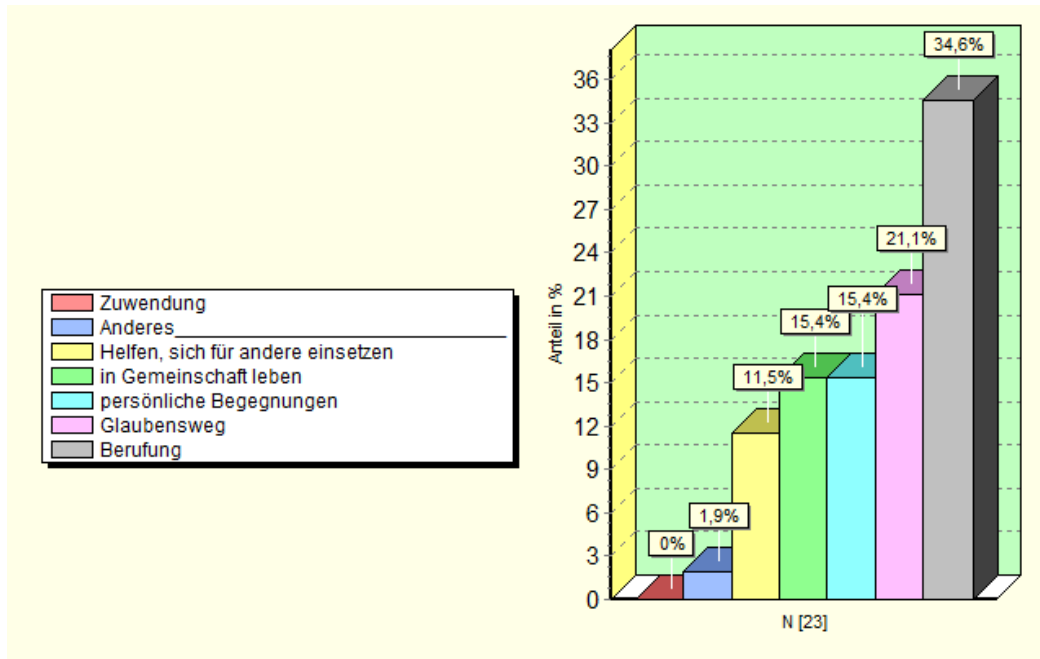


2. Wohnort:

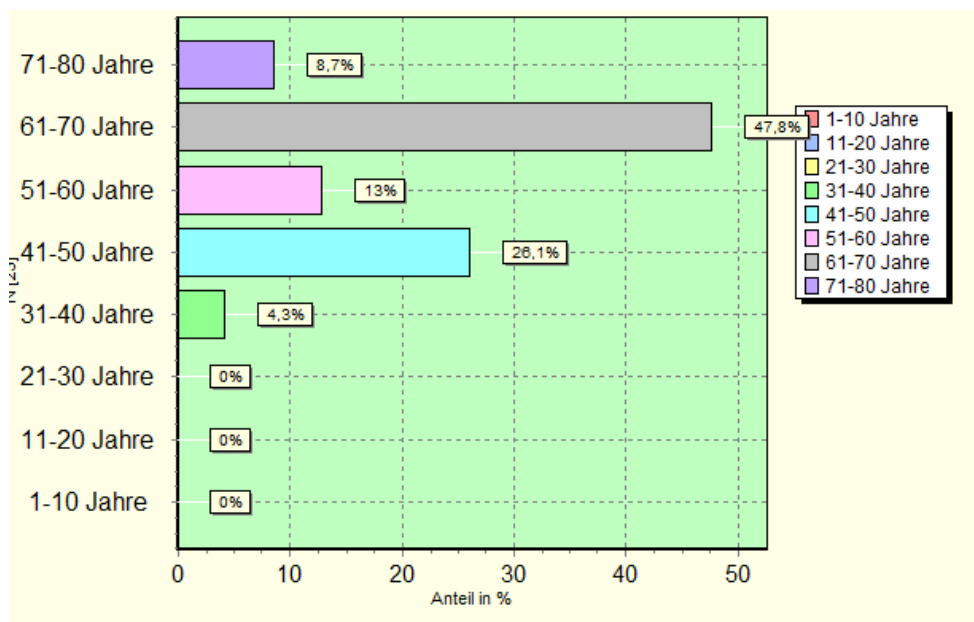


³⁵² eigene Abbildungen

3. Motivation, als Diakonisse zu leben:



4. Zugehörigkeit als Diakonisse zum Frankfurter Diakonissenhaus in Jahren:

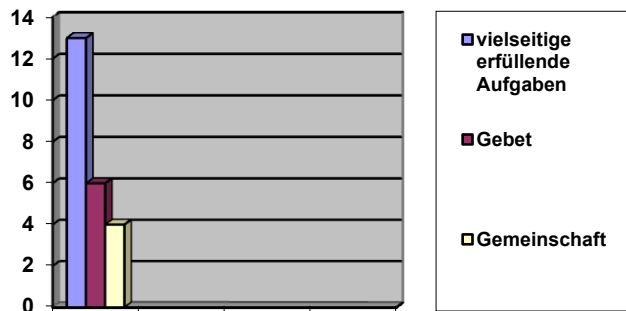


5. Schönes als Diakonisse im Dienst (alle Antworten sind aufgelistet):

- Als Gemeindeschwester: Beistand Gottes bei Familien, die Schweres erlebt haben. Sie haben meistens Seelsorge und Gebet dankbar angenommen.
- Der Dienst an gefährdeten Mädchen im Elisabethenhof in Marburg

- In Gemeinschaft mit meinen Schwestern zu leben, für Kinder und junge Menschen da zu sein - mit ihnen zu leben
- Kindergarten und Altenpflege
- In der Paramentik auf den Behängen am Altar und der Kanzel durch Sticken und Weben Gottes Wort symbolisch darstellen
- Menschen zu begleiten
- Leiterin der Fachschule für Sozialpädagogik, Begegnungen mit jungen Menschen und ihre Förderung, ihr Vertrauen. Zusammenarbeit im Kollegium
- Als Lehrerin der Fachschule für Sozialpädagogik, Chorleiterin u. a., Pflege der Liturgie, Neues lernen, Mitarbeit im DIAKONIA-Weltbund, Mitgestaltung des Frankfurter Diakonissenhauses durch Mitarbeit in Gremien (Diakonissenrat, Kuratorium)
- In der Gemeinde Dienst tun. Kontakt hatte man mit allen Generationen. Kindergottesdienst, Frauenstunden und Gebetskreise waren reiche Erlebnisse.
- Gemeindegemeinschaft, Pflege der Kranken, kirchlicher Dienst
- Kinder und Erwachsene zu pflegen, zu begleiten und zu unterrichten
- Gemeindedienst
- Gemeinschaft leben
- Anderen Menschen helfen zu können und sie zu erfreuen
- Als Kinderschwester erlebte ich die Offenheit und das Vertrauen der Kinder.
- Im Kunst-Unterricht / Fachschule: Inhalte, Ideen der Studierenden mit Glauben und Verkündigung zu verbinden
- Gemeindegemeinschaft zu sein
- In der Krankenpflege: mit einzelnen Patienten auch über Glaubensfragen im Gespräch zu sein
- Der Kirchendienst

5b. Zusammenfassung:

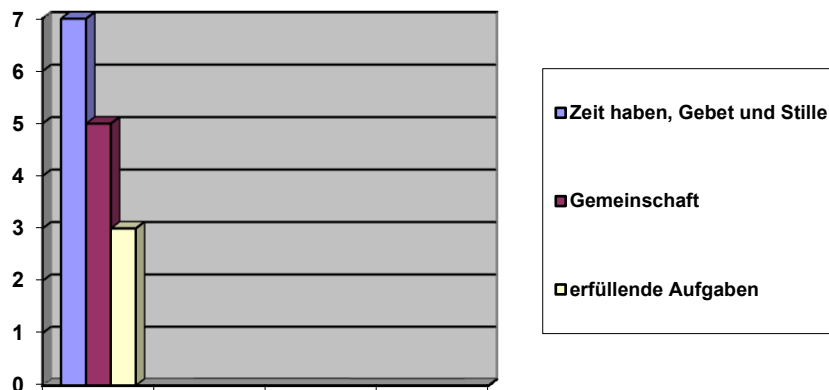


6. *Schönes im Alter als Feierabendschwester* (alle Antworten sind aufgelistet):

- Bibel, Gesangbuch, Lesen, Singen
- Die schwesterliche Gemeinschaft
- Zeit haben für mich und andere, ein gutes Buch lesen, Musik hören
- Zeit zur Stille und Gebet
- Nicht mehr unter Termindruck zu stehen. Frei zu sein für das, wo ich gebraucht werde.
- Die schwesterliche Gemeinschaft
- Zeit haben zum Spaziergehen, für Ausflüge, Museen u. a.
- Nicht verantwortlich sein, mehr Zeit für meine Familie, Bibelkreis in einer Gemeinde
- Teilnehmen an verschiedenen Angeboten ohne Dienstplan
- Die Stille unter Gottes Wort, Begleitdienst an Mitschwestern und Altenheimbewohnern
- Mein schönes Einzelzimmer und doch jederzeit Gemeinschaft zu finden
- Die Ruhe und die Gemeinschaft
- Zeit zu haben
- Dass einen die Hektik nicht mehr so treibt. Zeit zu haben für das Wichtigste.
- Guter Kontakt mit anderen Bewohnern. Anfangs: Lesen - früher dafür wenig Zeit. Jetzt sind die Augen schwach.
- Aktivität und Ruhe weitgehend selbst zu entscheiden
- Mehr Zeit zu haben, nicht immer nach der Uhr sehen zu müssen.

- Das schöne Appartement und die tägliche Zeit für persönliche Stille dort und freie Tagesgestaltung
- Ehrenämter, zeitliche Unabhängigkeit
- Dass ich keine abendlichen Verpflichtungen mehr habe

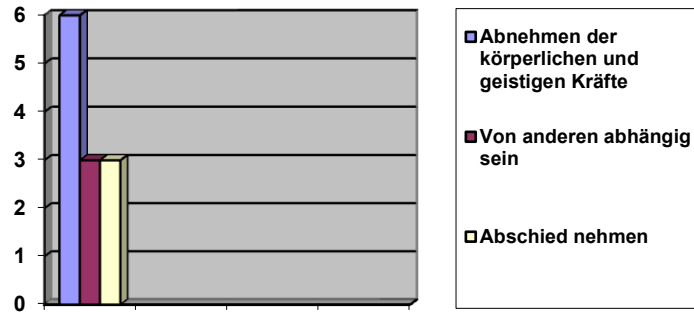
6b. Zusammenfassung:



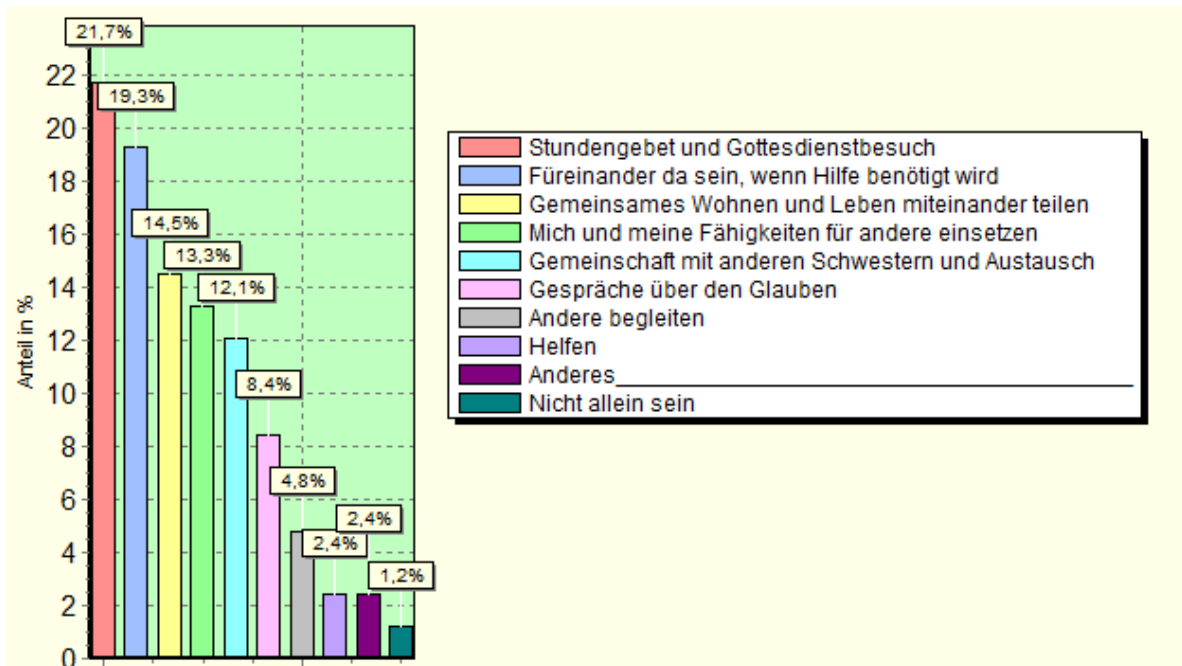
7. *Schweres im Alter als Feierabendschwester:*

- Schmerzen, Behinderungen und im Zimmer sein
- Zu erleben, dass wir immer weniger Schwestern werden
- Dass die körperlichen Kräfte nachlassen
- Dass die Kräfte abnehmen und man oft nicht mehr so kann, wie man will.
- Manches nicht mehr können: Andachten halten, Feste gestalten, Schriftverkehr
- Abnehmen der Kraft, Müdigkeit
- Abhängig sein von anderen, bevormundet werden.
- Zu erleben wie Mitschwestern, die vor wenigen Jahren aktiv, lebendig waren und nun leiblich und vor allem geistig schnell abbauen.
- Dass man schneller müder wird, nicht mehr so viel helfen zu können
- Das Abschiednehmen von Mitschwestern, die mir nahe waren.
- Das Altwerden der Mitschwestern auszuhalten

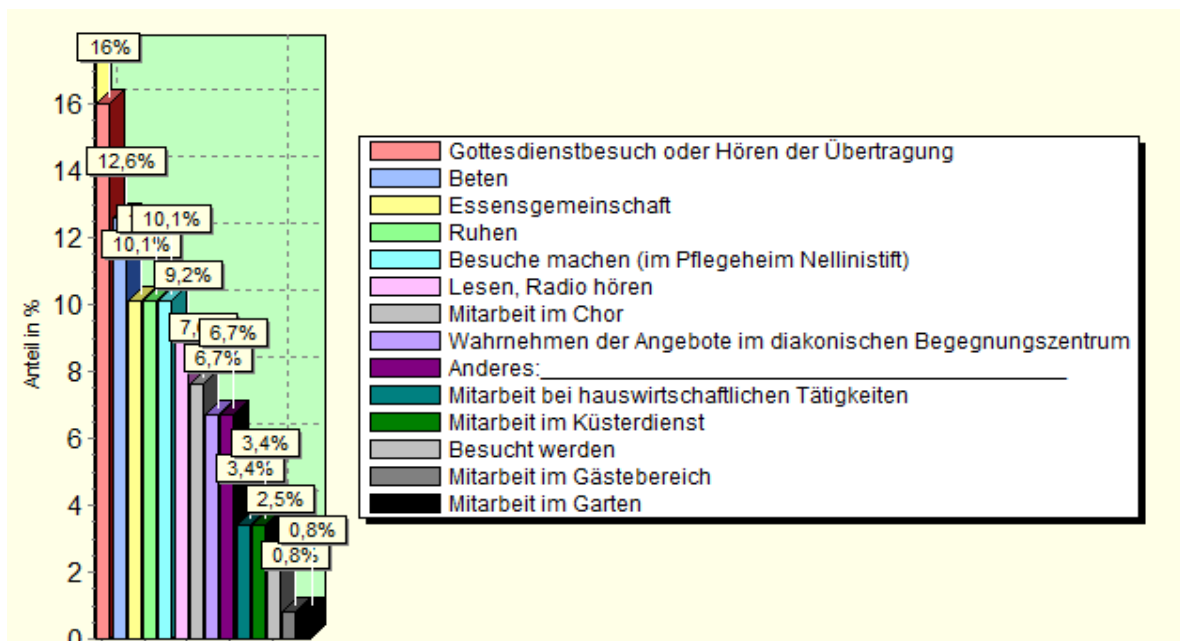
7b. Zusammenfassung:



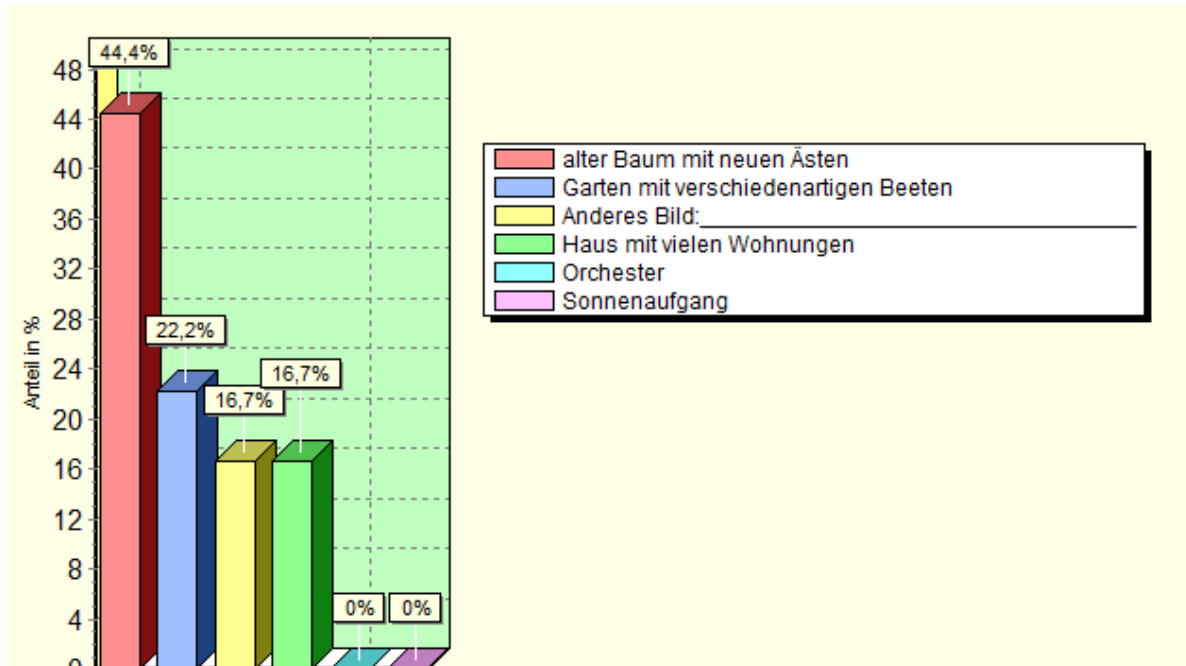
8. Bedeutung der Glaubens-, Lebens- und Dienstgemeinschaft:



9. Bestimmende Aufgaben als Feierabendschwester:



10. Bild für die Zukunft des Frankfurter Diakonissenhauses:



Anderes:

- Tun, was in unseren Kräften steht
- Ein stärkerer Besuch im Gottesdienst (Nachbarhäuser)
- Eine geistliche Gemeinschaft, um die sich andere Gemeinschaften sammeln

11. Ideen für zukünftige Gemeinschaftsformen und Angebotsstrukturen:

Nennung	Anteil
Spirituelle geistliche Angebote für Menschen im Stadtteil und für Mitarbeitende im Nellinstift	20,8%
Diakonissengemeinschaft	18,1%
Diakonische Kirchengemeinde im Stadtteil	15,3%
Diakoniegemeinschaft von ledigen und verheirateten Frauen und Männern	11,1%
Fortbildungsangebote für Haupt- und Ehrenamtliche in Diakonie und Kirche	9,7%
Wohngemeinschaft von Menschen, die der Diakonie nahe stehen	9,7%
Fachtagungen für Diakonie und Kirche im diakonischen Begegnungszentrum	6,9%
Anderes: _____	5,6%
Haus der Stille	2,8%
Keine Gemeinschaftsform	0,0%
Anteil	100,0%

Aufgrund der Auswertungen der Fragebögen an die Feierabendschwestern des Frankfurter Diakonissenhauses komme ich zu folgenden Einsichten:

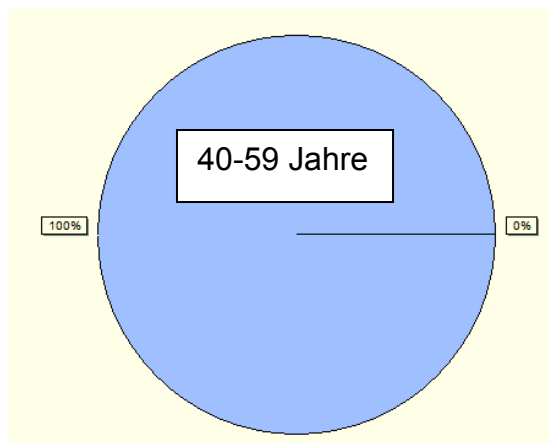
Die Motivation als Diakonisse zu leben, ist von den Feierabendschwestern biografisch begründet worden: Als wichtige Anstöße sind hierbei Berufungserfahrungen (34,6%) zu nennen, der Glaubensweg (21,1%), der sich in diese Richtung hin entwickelt hat, und persönliche Begegnungen (15,4%), die prägend waren. Weitere Motive waren das gemeinschaftliche Leben (15,4%) als Lebenshaltung und die Tatsache, dass es mit dieser Lebensform möglich war, auch als Frau (ohne emanzipatorische Ziele) helfen zu können und sich für andere einzusetzen (11,5%). Des Weiteren gaben viele der Befragten als Schönes im Dienst an, dass sie vielseitige und erfüllende Aufgaben im Lauf ihres Lebens übernehmen konnten, das Gebet im Alltag seinen festen Platz hatte und die Erfahrung, Teil eines größeren Ganzen zu sein. Diese Lebensinhalte haben sich in der Rangfolge als Feierabendschwester verschoben: Nun nehmen das Gebet und die Stille mehr Raum ein, als im Berufsleben möglich war. Dazu ist die Gemeinschaft noch wichtiger geworden und die erfüllenden Aufgaben sind nach hinten gerückt. Sie sind vorhanden, aber kleiner. Konkret heißt das für den Alltag der Feierabendschwestern, dass der Gottesdienstbesuch oder das Hören der Übertragung (16%) für sie weiterhin ein wesentlicher Bestandteil ihres Lebensrhythmus ist und zugleich eine Aufgabe. Daneben pflegen sie das Gebet (12,6%), die Essensgemeinschaft (10,1%), das Ausruhen (10,1%) und auch Besuche im Pflegeheim Nellinistift (10,1%). Neben diesen Aufgaben erleben die Feierabendschwestern ebenso das Schwere im Alter wie ihre Altersgenossen. Hierbei sind an erster Stelle das Abnehmen der körperlichen und geistigen Kräfte zu nennen und die Erfahrung, dass nicht mehr alles so möglich ist, wie man es früher konnte. Das erhöht das Gefühl, von anderen abhängig zu sein. Des Weiteren ist das Abschiednehmen von Mitschwestern, mit denen man eine lange Wegstrecke gegangen ist, immer wieder neu zu bewältigen. In diesem Schweren trägt sie die Glaubens-, Lebens- und Dienstgemeinschaft, die ihren Ausdruck im Stundengebet (21,7%) findet, das den Tag strukturiert, und im Dasein füreinander, wenn Hilfe benötigt wird. Dabei sind das gemeinsame Wohnen und die Möglichkeit, Leben miteinander zu teilen (13,3%), eine wichtige Kraftquelle. Die Feierabendschwestern sehen im Bild des Baumes mit neuen Ästen (44,4%) ein Zukunftsbild für das Frankfurter Diakonissenhaus. Es geben 20,8% der Schwestern an, dass sie in spirituellen geistlichen Angeboten für die

Menschen im Stadtteil und für die Mitarbeitenden im Nellinistift eine zukünftige Perspektive des Frankfurter Diakonissenhauses sehen. Außerdem ist die Diakonissengemeinschaft (18,1%) als wichtige Aufgabe benannt und die Vision, diakonische Kirchengemeinde im Stadtteil (15,3%) zu sein oder sich zu einer Diakoniegemeinschaft von ledigen und verheirateten Frauen und Männern (11,1%) zu öffnen.

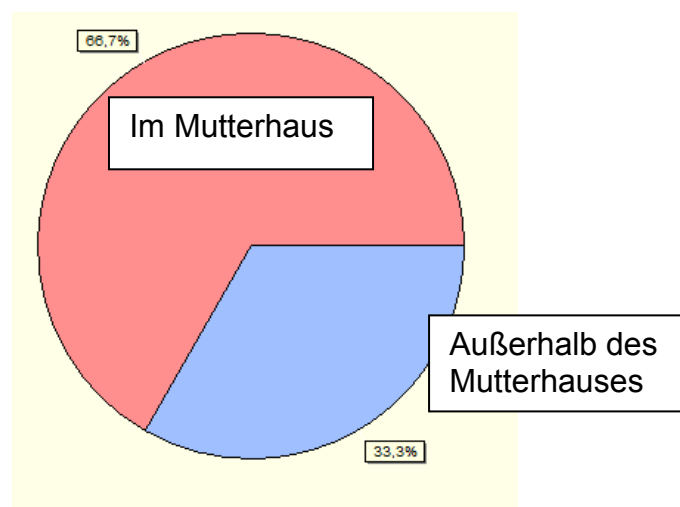
4.4.4 Diakonissen im Dienst

Eine kleine Gruppe der Frankfurter Diakonissen ist berufstätig im Alter von 40-59 Jahren. Sie gehören seit 4, 24 und 30 Jahren zum Frankfurter Diakonissenhaus. Die Fragebögen erbrachten folgende Erkenntnisse: Insgesamt kamen 3 von 5 Fragebögen zurück. Das ist ein Rücklauf von 60%. Die Auswertung wurde im Statistikprogramm Grafstat im September 2013 erstellt (Abb. 36):³⁵³

1. Alter:

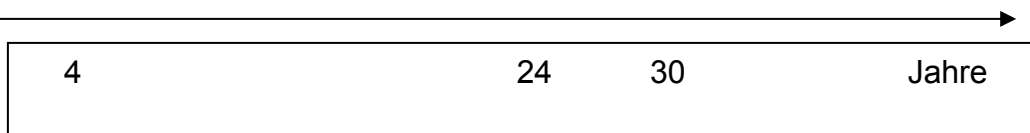


2. Wohnort:



³⁵³ eigene Abbildungen

3. Zugehörigkeit als Diakonisse zum Frankfurter Diakonissenhaus in Jahren



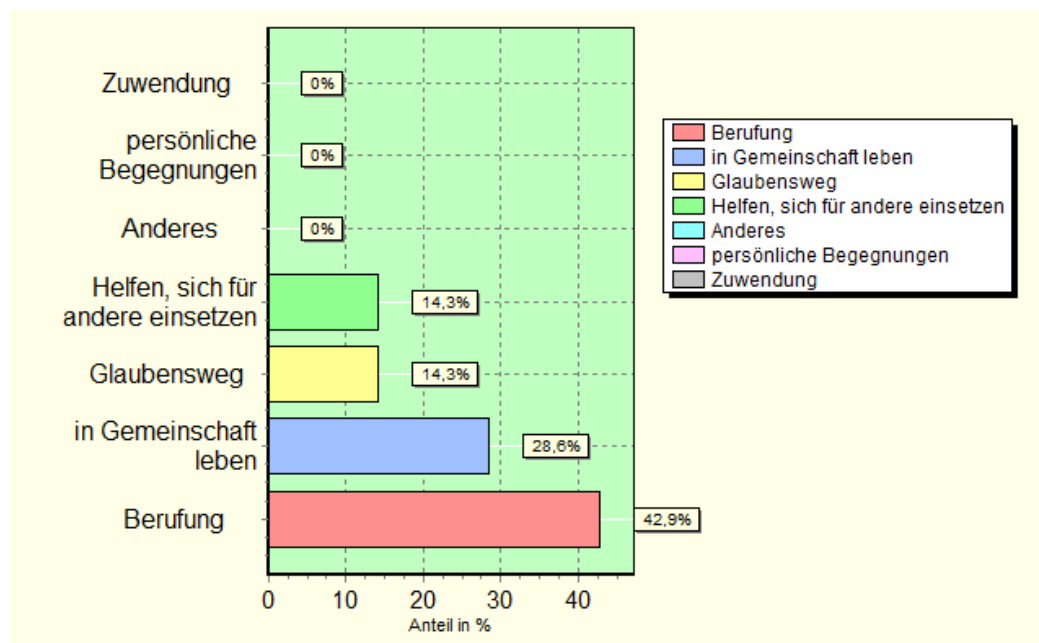
4. Was genießen Sie in Ihrer Lebensform als Diakonisse?

- Gemeinsames Leben mit gleichgesinnten Frauen
- Das Beten füreinander
- Das Wissen, auch über Entfernungen hinweg miteinander verbunden zu sein
- In Freiheit meinen Glauben leben

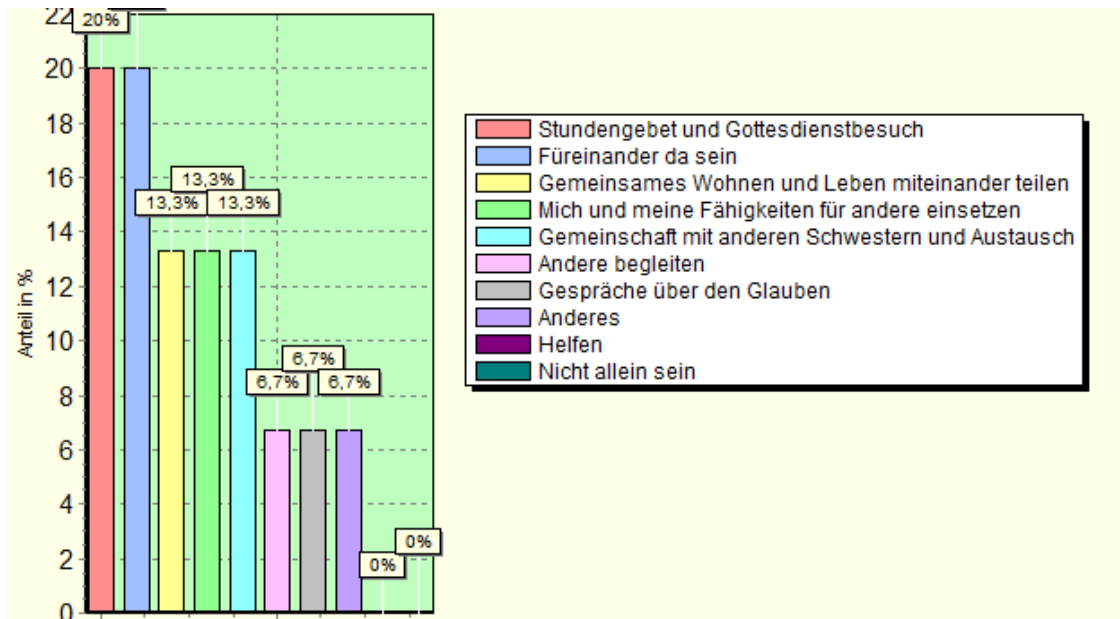
5. Was ist für Sie schwer als Diakonisse?

- Spagat zwischen Arbeit und Gemeinschaft durch die Entfernung (250km)
- Wenig Neueintritte

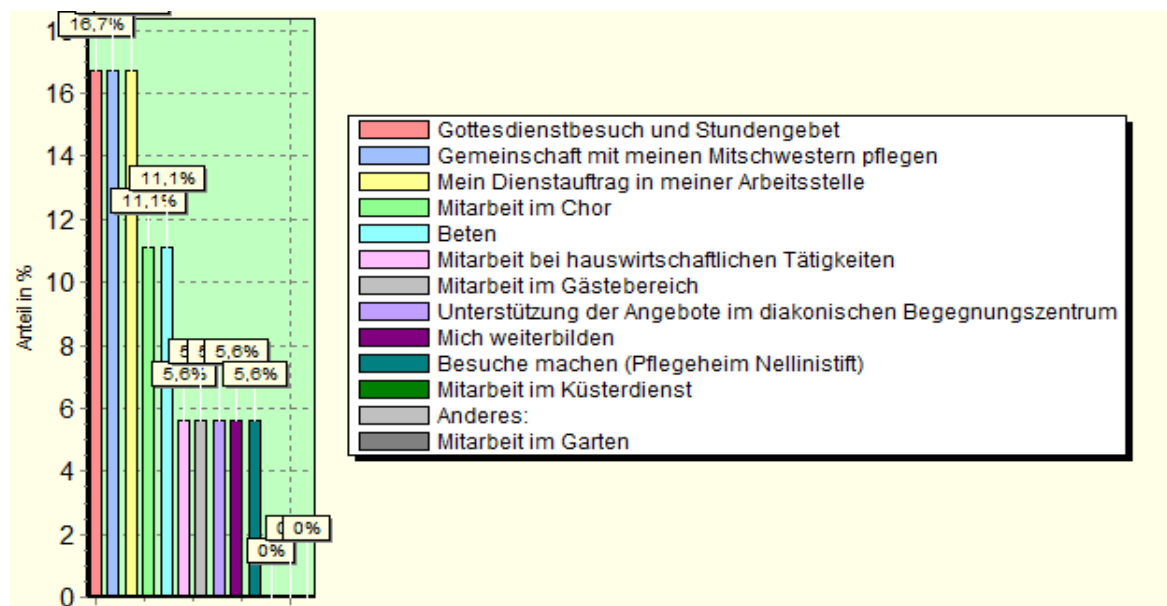
6. Motivation, als Diakonisse zu leben:



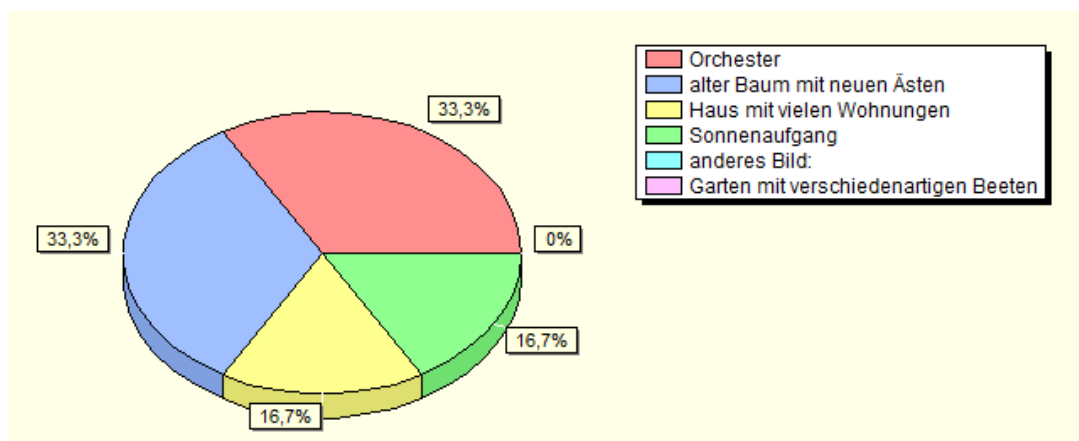
7. Bedeutung von Lebens-, Glaubens- und Dienstgemeinschaft:



8. Bestimmende Aufgaben im Alltag als Diakonisse:



9. Bild für die Zukunft des Frankfurter Diakonissenhauses:



10. Ideen für zukünftige Gemeinschaftsformen und Angebotsstrukturen:

Nennung	Anteil
Haus der Stille	15,8%
Spirituelle geistliche Angebote für Menschen im Stadtteil und für Menschen im Nellinistift	15,8%
Fortbildungsangebote für Haupt- und Ehrenamtliche in Diakonie und Kirche	15,8%
Diakonissengemeinschaft	15,8%
Fachtagungen für Diakonie und Kirche im diakonischen Begegnungszentrum	10,5%
Wohngemeinschaft von Menschen, die der Diakonie nahe stehen	10,5%
Diakoniegemeinschaft von ledigen und verheirateten Frauen und Männern	10,5%
Diakonische Kirchengemeinde im Stadtteil	5,3%
keine Gemeinschaftsform	0,0%
Anderes:	0,0%
Anteil	100,0%

Aufgrund der Auswertungen der Fragebögen an die Diakonissen des Frankfurter Diakonissenhauses im Dienst komme ich zu folgenden Einblicken:

Die Motivation, als Diakonisse zu leben, ist von den jüngeren Schwestern (ebenso wie von den Feierabendschwestern) biografisch begründet worden: Die Erfahrung, für diese Lebensform berufen zu sein (42,9%), spielt dabei die wichtigste Rolle, gefolgt von dem Wunsch, in einer Gemeinschaft zu leben (24,6%). Des Weiteren hat sich der Glaubensweg (14,3%) in diese Richtung hin entwickelt und das Anliegen, zu helfen und sich für andere einzusetzen (14,3%), unterstützte diesen Schritt. Darüber hinaus gaben die Befragten als Schönes in der Lebensform als Diakonisse an, dass sie mit gleichgesinnten Frauen gemeinsam leben und beten und in dieser Lebensform ihren Glauben in Freiheit leben können. Gleichzeitig erleben sie, dass sie auch über Entfernungen hinweg miteinander verbunden sind. Als Schwierigkeit im Leben als Diakonisse wird der Spagat zwischen der Arbeitsstätte und den Anforderungen des Gemeinschaftslebens (zum Teil über 250 km Entfernung) benannt und auch die Tatsache, dass es wenig Neueintritte gibt. Die bestimmenden Aufgaben im Alltag der Diakonissen unterteilen sich nach dieser Befragung zu gleichen Teilen in drei Bereiche: in den Dienstauftrag der Arbeitsstätte (16,7%), in die Pflege der Gemeinschaft mit den Mitschwestern (16,7%) und in den Gottesdienstbesuch bzw. das Stundengebet (16,7%). Dabei spielt die Glaubens-, Lebens- und Dienstgemeinschaft eine große Rolle, die für die berufstätigen Diakonissen

einerseits das Stundengebet und den Gottesdienstbesuch (20%) beinhalten und andererseits auch die Aufgabe, füreinander da zu sein (20%). Daneben ist es für sie wichtig, das Leben miteinander zu teilen und gemeinsam zu wohnen (13,3%), die eigenen Fähigkeiten für andere einzusetzen (13,3%) und der gemeinsame Austausch untereinander (13,3%). Sie sehen im Bild des Baumes mit neuen Ästen (33,3%) und im Bild des Orchesters (33,3%) Zukunftsbilder für das Frankfurter Diakonissenhaus. Es geben 15,8% der Schwestern an, dass sie in der Diakonissengemeinschaft und in spirituellen geistlichen Angeboten für die Menschen im Stadtteil und für die Mitarbeitenden im Nellinistift eine zukünftige Aufgabe des Frankfurter Diakonissenhauses sehen. Ebenso wurden als Perspektiven Fortbildungsangebote für Haupt- und Ehrenamtliche (15,8%) benannt, sich als Haus der Stille (15,8%) und als Diakoniegemeinschaft von ledigen und verheirateten Frauen und Männern (10,5%) zu öffnen.

4.5 Resümee

Es ist festzuhalten, dass sowohl die Zufriedenheit der Pflegekräfte als auch die der Pflegebedürftigen zum Gelingen des Pflegealltags beitragen. Trotz wenig Freizeit und hoher körperlicher und psychischer Belastungen hatten die Gemeindeschwestern im letzten Jahrhundert mehr Handlungsspielräume im Berufsalltag als die Pflegekräfte heute, da die gesetzlichen Rahmenbedingungen andere waren (vgl. Kap. 3.3.1 und Kap. 3.4.1). Nach dieser Untersuchung sind Merkmale benannt, die zu einer größeren Berufszufriedenheit beitragen können: Mehr Zeit für die Pflegebedürftigen, eigenständige Handlungsspielräume für die Pflegekräfte (d. h. auch mehr Personal) und eine weniger aufwändige Dokumentation. Um dies finanzieren zu können, müssen mehr Geldmittel für die Pflege bereitgestellt und auch neue Wege der Finanzierung gefunden werden. So bleibt es weiterhin eine politische Aufgabe, für mehr Anerkennung des Pflegeberufs und bessere Arbeitsbedingungen zu sorgen.

Das Anwerben von Pflegekräften aus dem Ausland allein wird nicht ausreichen, um die zukünftigen Herausforderungen des demografischen Wandels bewältigen zu können. Es fehlen schon jetzt 30.000 Pflegekräfte und bis zum Jahr 2025 werden voraussichtlich zusätzlich 400.000 Pflegekräfte benötigt. Daher wirbt Deutschland weltweit um Fachkräfte. Derzeit konzentrieren sich die Werbeaktivitäten auf neun Länder: Spanien, Italien, Portugal, Griechenland, Bos-

nien-Herzegowina, Serbien, Philippinen und Tunesien.³⁵⁴ Um Ideen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Pflege zu gewinnen, kann ein Blick in die europäischen Nachbarländer inspirierend sein. Daher werde ich in Kapitel 6 und Kapitel 8 Möglichkeiten sektorenübergreifender Zusammenarbeit in und über Deutschland hinaus darstellen, die weitere Aspekte zur Gestaltung von Pflege und deren Finanzierung einbringen.

„Ein hohes Alter erreichen bedeutet nicht zwangsläufig pflegebedürftig werden“³⁵⁵. Der Altersbegriff hat sich verändert und alt werden beinhaltet eine eigene Lebensqualität. Dies macht die Umfrage an die Feierabendschwwestern deutlich: Das Erleben von Gemeinschaft und Zugehörigkeit, eine Spiritualität im Alltag und kleine tägliche Aufgaben sind wichtige Ressourcen, um mit dem Abbau der körperlichen und geistigen Kräfte umgehen zu lernen. Im Alltag der Diakonissen ist die Verzahnung von Gemeinschaft und kleineren Aufgaben bei abnehmenden Kräften gegeben. Vergleicht man die Antworten der Feierabendschwwestern mit den Auskünften der Diakonissen im Dienst, so gibt es viele Übereinstimmungen in der Auffassung, was ihnen als Diakonisse wichtig ist: Die Berufung zu dieser Lebensform, die Bedeutung der Lebens-, Glaubens- und Dienstgemeinschaft und das Bild des alten Baumes mit neuen Ästen als ein Zukunftsbild für das Frankfurter Diakonissenhaus sind auffallend. Dagegen sind Unterschiede nur in Nuancen zu finden: So sehen die jüngeren Schwestern in der Diakonissengemeinschaft, in spirituellen Angeboten für Menschen im Stadtteil und für Menschen im Nellinistift, in Fortbildungsangeboten für Haupt- und Ehrenamtliche in Diakonie und Kirche und im Haus der Stille gleichwertige mögliche Ideen für die Zukunft, wo hingegen die Feierabendschwwestern v. a. in den spirituellen Angeboten für Menschen im Stadtteil und für Menschen im Pflegeheim Nellinistift als eine Perspektive erachten, gefolgt von der Diakonissengemeinschaft und von einer Diakoniegemeinschaft von ledigen und verheirateten Frauen und Männern. Die benannten Gemeinsamkeiten und Unterschiede können miteinander ins Gespräch gebracht werden.

³⁵⁴ Vgl. Wetzlarer Neue Zeitung vom 12.9.13, S. 2.

³⁵⁵ <http://www.hoepflinger.com/fhtop/ViertesLebensalter.pdf> (Abruf 24.2.15)

5 Perspektiven (diakonischen Handelns) in einer alternden Gesellschaft

Der christliche Glaube und gelebte Nächstenliebe sind die Grundlagen diakonischer Arbeit, die auch im täglichen Umgang mit alten Menschen zum Ausdruck kommt. Deswegen bietet die Diakonie Dienstleistungen an, die zu mehr Lebensqualität beitragen möchten und Menschen in ihrer jeweiligen Situation unterstützen.³⁵⁶ In diesem Kapitel werden Perspektiven (diakonischen Handelns) in einer alternden Gesellschaft untersucht.

5.1 Begriffsbestimmungen

Zur Begriffsschärfung werden zunächst die Begriffe „Alternde Gesellschaft“, „Altersbilder“ und „Aspekte diakonischer Bildung“ erläutert.

5.1.1 Alternde Gesellschaft

„Altern ist ein lebenslanger Prozess, der mit der Geburt beginnt und mit dem Tod endet. Demgegenüber steht der Begriff Alter für eine Lebensphase. Wann diese Lebensphase erreicht wird, ergibt sich nicht unmittelbar aus dem Verlauf des Alternsprozesses, sondern aus gesellschaftlicher Konvention.“³⁵⁷ Viele Menschen fühlen sich nicht alt, d. h. die Altersgrenzen sind relativ, wenn das subjektive Empfinden mitberücksichtigt wird. Dennoch sprechen die Zahlen für sich: 2015 ist zum ersten Mal mehr als die Hälfte der Bevölkerung Europas älter als 40 Jahre. Bis 2050 wird es doppelt so viele über 65-Jährige geben, die 30% der Gesamtbevölkerung ausmachen. Der Anteil der Erwerbstätigen über 55 Jahren wird bis zum Jahr 2035 auf 25% aller Arbeitnehmer wachsen. So wird deren Beschäftigung für die Sicherung des Wirtschaftsstandortes Deutschland entscheidend sein.³⁵⁸ Insgesamt ist die Lebenserwartung in Europa in den letzten Jahren deutlich gestiegen: Zu Beginn des 20. Jahrhunderts haben Sechzigjährige noch 13-14 Jahre im Ruhestand erwartet, heute sind es im Schnitt etwa 20-24 Jahre. Dabei bleiben ältere Menschen sowohl in körperlicher und geistiger Hinsicht als auch in emotionaler und sozialer Hinsicht länger fit als früher. Gleichzeitig wachsen weniger Kinder und Jugendliche heran. Daher spricht man neben der alternden Gesellschaft auch von einer „Unterjüngung der Ge-

³⁵⁶ Vgl. Sossau, 2008, S. 109-110.

³⁵⁷ Kruse / Wahl, 2010, S. 7.

³⁵⁸ Vgl. Kruse / Wahl, 2010, S. 45.

sellschaft“.³⁵⁹ So bleibt es eine gesellschaftspolitische Aufgabe, Rahmenbedingungen zu schaffen, damit Leben bis ins hohe Alter selbständig gestaltet werden kann. Dafür braucht es ein Miteinander der Generationen und eine „Gesellschaft für alle Lebensalter“.³⁶⁰ Dabei ist aufgrund genetischer Veranlagung des Einzelnen, aufgrund körperlicher, seelisch-geistiger und sozialer Entwicklungen das Leben Älterer individuell sehr verschieden.³⁶¹ Ferner kann das Seniorenalter in vier verschiedene Gruppen unterteilt werden, die verdeutlichen, dass das Alter mehrere Generationen umfasst:

- ➔ Menschen ab 50 Jahren (50 plus): „reife Erwachsene“
- ➔ Menschen ab 65 Jahren (65 plus): „Senioren“ (= 3. Lebensalter)
- ➔ Menschen ab 80 Jahren (80 plus): „Hochbetagte“ (= 4. Lebensalter)
- ➔ Menschen ab 100 Jahren (100 plus): „Langlebige“³⁶²

In der Öffentlichkeit wird das hohe Alter negativ für die Volkswirtschaft bewertet und als „Bedrohungs- und Belastungsdiskurs“ geführt. Darüber hinaus ist v. a. der körperliche und geistige Abbau im Fokus, sozusagen als „Defizit- und Verlustdiskurs“.³⁶³ Damit wird der älteren Generation vorgehalten, auf Kosten der jüngeren Generation zu leben. Aber das Alter allein nach ökonomischen Gesichtspunkten zu sehen, wird dem Thema nicht gerecht. Vielmehr braucht es eine Kultur, die ein „gelingendes und gutes Leben bis ins hohe Alter“ ermöglicht.³⁶⁴ Eine „altersfreundliche Kultur“ umfasst nach Kruse folgende Aspekte:

- Einbeziehen älterer Menschen in gesellschaftliche, politische und kulturelle Debatten (mit ihnen statt über sie reden)
- Reger Austausch von Erfahrungswissen, Hilfeleistungen, Empathie zwischen den Generationen (z. B. durch Patenschaften in der Arbeitswelt)
- Potenziale im Alter und Teilhabe fördern durch Kontakt- und Begegnungsmöglichkeiten im Stadtteil, durch Freiwilligenengagement, durch Möglichkeiten „flexibler Altersgrenzen in der Arbeitswelt“³⁶⁵
- Respekt und Sensibilität gegenüber Älteren, Achtung der Menschenwürde jedes Einzelnen
- Barrierefreie Umwelten, die Selbständigkeit und Beweglichkeit fördern

³⁵⁹ Hoeffe, 2013, S. 11.

³⁶⁰ Vgl. Höffle, 2013, S. 10-11.

³⁶¹ Vgl. Kruse, 2013, S. 7-11.

³⁶² Vgl. Kösters, 2006, S. 118.

³⁶³ Zimmermann, 2013, S. 103.

³⁶⁴ Vgl. Zimmermann, 2013, S. 103-105.

³⁶⁵ Vgl. Kruse, 2013, S. 38-39.

- Bereitstellung sozialer, medizinisch-pflegerischer Unterstützung
- Anerkennung der Rechte, Ansprüche und Bedürfnisse der jüngeren Generationen, damit keine Generation benachteiligt ist³⁶⁶

Es geht darum, die „Potenzial- und Verletzlichkeitsperspektive“ des Alters zu beachten, d. h. einerseits das Können (Wissen, Fertigkeiten) von alten Menschen und andererseits ihre abnehmende Leistungsfähigkeit im hohen Alter.³⁶⁷

Der Begriff der „Generativität“ beschreibt die Mitverantwortung und Fürsorge für nachfolgende Generationen als Entwicklungsaufgabe im Erwachsenenalter.³⁶⁸

Denn die Möglichkeit zur Mitverantwortung wird von älteren Menschen als Kraftquelle erlebt, als Ort der Zugehörigkeit, als Sinnerfüllung und Lebensqualität. Ein gelingendes Alter ist nach Arendt (1960) an die Möglichkeit gebunden, den „öffentlichen Raum mitzugestalten“. Wenn (alte) Menschen aus dem öffentlichen Raum ausgeschlossen werden, nimmt sich die Gesellschaft einen Teil ihres Reichtums.³⁶⁹ Befragt man Menschen im hohen Alter, was für sie ein gutes Leben ausmacht, so kommen einerseits Themen zur Sprache wie Gesundheit, Selbständigkeit, Sicherheit und Mobilität, aber auch die kleinen frohen Momente wie Besuche, die Freude an der Natur etc. werden benannt. Andererseits ist auch die Haltung und Einstellung gegenüber der eigenen Verletzlichkeit und Endlichkeit im Alter nicht zu unterschätzen. Die Kunst besteht darin, sich nicht entmutigen zu lassen von den Beeinträchtigungen des Alters, eine „Alters-Coolness“ zu entwickeln. Mit „Alters-Coolness“ ist eine Haltung gemeint, mit der Menschen sich darum bemühen, den Zumutungen des Alters gelassen zu begegnen.³⁷⁰ So wird der „aktiven Selbstsorge“ im Alter eine hohe Bedeutung beigemessen: Es geht um eine bewusste Auseinandersetzung mit dem Tod, die Akzeptanz nachlassender Kräfte und unerfüllter Wünsche, das Wachhalten von Erinnerungen und den Umgang mit inneren und äußeren Einschränkungen. Dennoch können nicht alle Belastungen durch Selbstsorge gelöst werden, da ebenso finanzielle Faktoren eine Rolle spielen und Erfahrungen von Einsamkeit, Ausgrenzung oder Abwertung nicht allein durch individuelles Verhalten verändert werden können.³⁷¹ Für Coenen-Marx ist ein Weg die „Caring Community, eine Gemeinschaft der wechselseitigen Hilfe und Solidarität“. Diese könnte in

³⁶⁶ Vgl. Kruse, 2013, S. 39-40.

³⁶⁷ Vgl. Kruse, 2013, S. 9-10.

³⁶⁸ Kruse / Wahl, 2010, S. 3-5.

³⁶⁹ Vgl. Kruse / Wahl, 2010, S. 38-39.

³⁷⁰ Vgl. Zimmermann, 2013, S. 112-121.

³⁷¹ Vgl. Grebe, 2013, S. 154-155.

der Zusammenarbeit von Kirchengemeinden, Bildungsträgern und sozialen Diensten Wirklichkeit werden. Den Werten der Gesellschaft, die stark von „Autonomie und Tätig-Sein“ bestimmt sind, wären Erfahrungen des „Angewiesenseins und der Vergänglichkeit“ hinzuzufügen.³⁷² Eine tragende Gemeinschaft zeigt sich u. a. in einer pflegefreundlichen Kultur: „dass Menschen auch in ihrer größten Verletzlichkeit von ihrer Freiheit und Würde her verstanden und in dieser angesprochen werden.“³⁷³

Daneben schließt eine „pflegefreundliche Kultur“ die Umgestaltung der Rahmenbedingungen in der Pflege mit ein:

- ➔ Ausreichende Bezahlung der Pflegefachkräfte
- ➔ Ansprechende Fort- und Weiterbildungen
- ➔ Eine höherer Personalschlüssel, der die Pflegequalität garantiert
- ➔ Wertschätzung der Pflege in der öffentlichen Presse³⁷⁴
- ➔ Wohnbedingungen in stationären Einrichtungen, die „vom Prinzip des Wohnens geleitet sind - mit den Komponenten: Heimatgefühl, Teilhabe, Zugehörigkeitsgefühl, Intimität, sensorische, emotionale, kognitive und soziale Stimulation“³⁷⁵
- ➔ Kooperation der Pflege mit medizinischen Fachbereichen, mit Sozialarbeit, Psychologie, Seelsorge, mit bürgerschaftlichem Engagement etc.
- ➔ Einbeziehen von physiotherapeutischer und ergotherapeutischer Elemente in die Pflege („präventive und rehabilitative Pflege“)
- ➔ Wohnpflegegruppen im Quartier³⁷⁶

Um dies zu erreichen, ist ein Umdenken nötig: Die Gesellschaft ist aufgefordert, mehr als bislang in die Pflege zu investieren.³⁷⁷

5.1.2 Altersbilder

Der Dreiklang „arm, alt, krank“ im Sprachgebrauch beschreibt ein defizitorientiertes Altersbild. Aber die heutigen Lebensbedingungen im Alter und die Lebenserwartungen älterer Menschen unterscheiden sich deutlich von früheren Generationen. Es verbreitet sich ein „neues, aktives und innovatives Bild vom

³⁷² Vgl. Coenen-Marx, 2011, S. 27-29.

³⁷³ Kruse, 2013, S. 48.

³⁷⁴ Vgl. Kruse, 2013, S. 49.

³⁷⁵ Kruse, 2013, S. 49.

³⁷⁶ Vgl. Kruse, 2013, S. 47-53.

³⁷⁷ Vgl. Kruse, 2013, S. 52.

Alter³⁷⁸, da sich Ältere am gesellschaftlichen Leben beteiligen, sich politisch engagieren und ebenso in den Bereichen Bildung, Kultur und auch in der Öffentlichkeit präsent sind.³⁷⁹ „Altersbilder sind kulturelle Prägungen und als solche sehr wirkmächtig, individuell wie gesellschaftlich.“³⁸⁰ Sie wirken in die persönliche Lebensgestaltung hinein, in Einstellungen und Haltungen, in gesellschafts- und fachpolitische Diskurse sowie in den Alltag.³⁸¹

Der 6. Altenbericht der Bundesregierung unterstreicht diese Entwicklung: „Altersbilder sind Wissenssysteme, die sich auf den Verlauf von Altersprozessen beziehen und damit für die Verwirklichung von Potenzialen ebenso wie für die Sensibilisierung für Grenzen und den Umgang mit diesen bedeutsam sind. Als ‚normatives Entwicklungswissen‘ formen Altersbilder die Wahrnehmung, Deutung und gedanklich-emotionale Vorwegnahme von Entwicklungsveränderungen. Damit tragen sie dazu bei, dass in verschiedenen Lebensabschnitten jeweils charakteristische Veränderungen erwartet und als stimmig erlebt, andere als verfrüht oder verspätet wahrgenommen werden.[...] In Altersbildern verdichten sich gesellschaftliche Erwartungen, wie die Anforderungen in verschiedenen Lebensaltern zu bewältigen sind (bzw. wo Grenzen der Bewältigung liegen.)“³⁸² Neben den gesellschaftlichen Erwartungen spielt auch die subjektive Wahrnehmung eine wichtige Rolle für das Wohlbefinden, für die persönliche Gesundheit und die Bemühungen um Selbständigkeit im Alter. Es konnte belegt werden, dass eine positive Haltung gegenüber dem eigenen Altersprozess zu einer höheren Lebenserwartung beiträgt.³⁸³ Differenzierte Altersbilder helfen, die Verschiedenheit des Alters abzubilden: Dabei ist neben den Potenzialen des Alters auch die besondere Verletzlichkeit des hohen Alters zu berücksichtigen. Die hohe Lebenserwartung bringt es mit sich, dass eine größere Anzahl von Menschen damit rechnen muss, über einen längeren Zeitraum mit Einschränkungen (Pflegebedürftigkeit, Demenz) zu leben.³⁸⁴ Aber gerade in Grenzerfahrungen können differenzierte Altersbilder bei der Verarbeitung unterstützen.

³⁷⁸ Erhardt, 2014, S. 22.

³⁷⁹ Vgl. Erhardt, 2014, S. 22.

³⁸⁰ Erhardt, 2014, S. 22.

³⁸¹ Vgl. Erhardt, 2014, S. 22-23.

³⁸² <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sexhster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, S. 499. (Abruf 8.7.14)

³⁸³ Vgl. Levy/Slade/Kasl, in <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sexhster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, S. 506. (Abruf 8.7.14)

³⁸⁴ Vgl. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sexhster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, S. 510. (Abruf 8.7.14)

Um differenzierte Altersbilder entwickeln zu können, sind drei Komponenten wesentlich:

1. Entwicklungspotenziale und –aufgaben, Handlungsmöglichkeiten im Alter sollten in institutionellen Bildungsangeboten (z. B. im Schulunterricht) und anderen Bildungsarrangements thematisiert werden.³⁸⁵
2. Es braucht in der Biografie „entwicklungsförderliche Lebensbedingungen“, um auch im Alter „gesellschaftlich anerkannte Rollen“ wahrnehmen zu können. Dabei sollte der Mensch im Alter nicht einseitig auf seine Nützlichkeit und auf seine kognitiven Fähigkeiten reduziert werden. Es geht darum, die emotionalen Fähigkeiten, seine Empathie und Zugehörigkeit wertzuschätzen.³⁸⁶
3. Reflexion der Sprache im Umgang mit älteren Menschen: Werden sie als „mitverantwortlich Handelnde“ oder als „passive, abhängige Mitglieder“ der Gesellschaft angesehen? Menschen haben unabhängig von ihrer Lebensleistung in sich das Potenzial zu einer erfüllenden Lebensgestaltung, die sich in der Möglichkeit zu Begegnung und Solidarität zeigt.³⁸⁷

Der sechste Altenbericht der Bundesregierung weist auf Variablen hin, die Einfluss auf individuelle Altersbilder haben: das Herkunftsland, die Schulbildung, Weiterbildungserfahrungen und die damit verbundenen sozialen Kontakte, Lebenslagen und Erwerbssituationen etc. Dabei lässt sich ein eher positives Altersbild identifizieren bei Personen mit höherer Schulbildung, mit gutem Gesundheitszustand und Menschen, die aktiv im Alter sind (z. B. durch ein Freiwilligenengagement), und ein eher negatives Altersbild bei Arbeitslosen und Erwerbsunfähigen mit einhergehendem schlechteren Gesundheitszustand.³⁸⁸

Auch wenn sich kein kausaler Zusammenhang feststellen lässt, so wirken dennoch Freizeitaktivitäten, ehrenamtliches Engagement, die Mitgliedschaft in einem Verein, die Teilnahme an kulturellen Angeboten, soziale Beziehungen und Aktivitäten positiv auf die individuellen Altersbilder und helfen, den Umgang mit

³⁸⁵ Vgl. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, S. 511. (Abruf 8.7.14)

³⁸⁶ Vgl. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, S. 512. (Abruf 8.7.14)

³⁸⁷ Vgl. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, S. 512-513. (Abruf 8.7.14)

³⁸⁸ Vgl. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, S. 154-155. (Abruf 8.7.14)

Verlusten und gesundheitlichen Einschränkungen zu verkräften. Dagegen verstärken negative Altersbilder schwierige Lebensumstände. Dabei sind Altersbilder keine fixen Größen: Denn in Altersbildern des mittleren Alters spiegeln sich oft „gesellschaftliche Altersbilder“, und in negativen Altersbildern Hochbetagter eigene Verlusterfahrungen wider.³⁸⁹ Aber gerade bei Hochbetagten kann nicht automatisch von einem negativen Altersbild ausgegangen werden. Sie haben bereits gelernt, mit Verlusterfahrungen umzugehen und mit kognitiven und körperlichen Einschränkungen zu leben. Wenn sie diese Verlusterfahrungen in ihr Selbstbild integrieren, hilft ihnen dies bez. der eigenen Zukunftsangst, und es bestärkt sie darin, künftigen Herausforderungen gewachsen zu sein.³⁹⁰ „Auf diese Weise bestimmen Vorstellungen vom Alter(n) in erheblichem Maß mit, welche Möglichkeiten dem Einzelnen im Alter offenstehen und sie beeinflussen die Lebensqualität Älterer.“³⁹¹ D. h. Altersbilder wirken nicht nur auf das Selbstbild und die sozialen Kontakte, sondern auch auf die Gesundheit. Das belegen Studien von Levy, Slade und Gill 2006: Negative Altersbilder vermindern beispielsweise die Hörfähigkeit, die Gedächtnisleistung, die eigene Zufriedenheit und die Lebenserwartung.³⁹²

Heute sind Personen in der nachberuflichen Phase weniger körperlich eingeschränkt als Jahrgänge zuvor und sie können mehr Chancen der Weiterentwicklung wahrnehmen. Das bedeutet für viele ein langes aktives und erfülltes Rentenalter, was wiederum die Gesundheit, das lebenslange Lernen und die gesellschaftliche Teilhabe positiv beeinflusst.³⁹³ Der Befund, dass Menschen mit niedriger Bildung selten das Älterwerden mit persönlicher Weiterentwicklung verbinden, macht deutlich, dass positive Altersbilder noch nicht in allen Bevölkerungsgruppen angekommen sind. Die Deutschen Alterssurveys aus den Jahren 1996, 2002 und 2008 veranschaulichen, dass eine Veränderung in der Wahrnehmung vom Alter(n) zwischen den Jahren 1996 und 2008 geschehen ist. 2002 hatten in den alten Bundesländern mehr Personen eine positive Perspektive auf das Älterwerden als noch im Jahr 1996, d. h. sie verbanden im Jahr 2002 Alter mit persönlicher Weiterentwicklung und weniger mit körperlichen Verlusten. Diese Entwicklung hat sich 2008 nicht fortgesetzt, aber die positive-

³⁸⁹ Vgl. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, S. 153-156, 497. (Abruf 8.7.14)

³⁹⁰ Vgl. Schmidt-Hertha / Mühlbauer, 2012, S. 139 f.

³⁹¹ Rossow, 2012, S. 13.

³⁹² Vgl. Schmidt-Hertha / Mühlbauer, 2012, S. 111-113.

³⁹³ Vgl. Wurm / Huxhold, 2012, S. 40-58.

ren Altersbilder haben sich gefestigt. Hingegen ist in den neuen Bundesländern eine rückläufige Entwicklung positiverer Altersbilder zu verzeichnen. Die Gründe hierfür sind vielfältig, u. a. könnten die negativen Entwicklungen des Arbeitsmarktes und regionale Nachteile eine Rolle spielen.³⁹⁴

Es gibt sehr unterschiedliche Altersbilder. Nachfolgend wird eine kleine Auswahl zur Konkretion vorgestellt. Mit Alter assoziieren ältere Erwachsene beispielsweise folgende Facetten:

- Degenerative Abbauprozesse, Angst vor Abhängigkeit, Verlust der Selbstständigkeit, Einsamkeit
- Finanzielle Einschränkungen, weniger Mobilität, das Gefühl, täglich weniger zu werden
- Würdevolles Altern: Zufriedenes Leben trotz Verluste
- Alter als Lebensaufgabe: Sich kümmern um nachfolgende Generationen, Bildung
- „Man ist so alt, wie man sich fühlt“
- Anti Aging, forever young
- Alter ist kein Thema, über das es sich nachzudenken lohnt
- Befreiung von gesellschaftlichem Leistungsdruck
- Weniger familiäre und berufliche Verantwortung
- Übernahme selbst gewählter Betätigungsfelder
- Freiwilligenengagement, Übernahme neuer gesellschaftlicher Rollen
- Innere Ruhe, Gelassenheit, Neues ausprobieren
- Eingebundensein in Familie, in Nachbarschaft, glückliche Partnerschaft
- Zeit für Aktivitäten wie Wandern, Reisen, Kreuzworträtsel, kreatives Gestalten, Lesen, Karten spielen etc.
- Stolz über Lebensleistung, Ehre und Lebensfreude³⁹⁵

Diese kleine Auswahl zeigt, dass Altersbilder sehr vielfältig sein können mit gleichermaßen positiven und negativen Bewertungen. Kein Altersbild kann die Komplexität des Alters vollständig abbilden. Es werden bestimmte Aspekte betont und andere treten in den Hintergrund.³⁹⁶

³⁹⁴ Vgl. Wurm / Huxhold, 2012, S. 51-67.

³⁹⁵ Vgl. Schmidt-Hertha / Mühlbauer, 2012, S. 121-146.

³⁹⁶ Vgl. Fiehler / Fitzner, 2012, S. 293 f.

5.1.3 Aspekte diakonischer Bildung

Wenn Vorstellungen vom Alter(n) die Lebensqualität entscheidend beeinflussen und mitbestimmen, welche Möglichkeiten dem Einzelnen im Alter offenstehen, dann können diakonische Bildungsimpulse diese Vorstellungen erweitern und zusätzliche Perspektiven in eine alternde Gesellschaft einbringen. Diese können sowohl in institutionellen als auch in non-formalen Bildungsprozessen stattfinden. Grundlage diakonischer Bildungsarbeit ist ein christliches Menschenbild, das Menschen in ihren verschiedenen Lebenslagen wahrnimmt. „Ein diakonisches Bildungsverständnis leistet Widerstand gegen den Trend der Verwertbarkeit und der Reduktion von Bildung auf kurzzeitig erworbenes Wissen“³⁹⁷, denn diakonische Bildung fördert die Selbstbildungskräfte eines jeden Einzelnen im Rahmen seiner Möglichkeiten. Dazu gehört auch die Entwicklung einer Bildungskultur, die Freude am Gelingen, aber auch den Umgang mit Misserfolgen in einem Klima der Achtung und Anerkennung ermöglicht.³⁹⁸ Bei diakonischer Bildung werden „Wahrnehmungs-, Deutungs- und Gestaltungskompetenzen ausgebildet sowie auch personale, interaktive, soziale, religiöse und kulturelle Kompetenzen“.³⁹⁹

Nach Zitt lebt „diakonische Bildung von folgenden Perspektiven, die immer wieder neu ins Gespräch und ins Handeln einzubringen sind:

1. Wir sind in eine Welt eingezeichnet, die in Gott geborgen ist.
2. Gerade die Gebrochenheit der Existenz hat bei Gott ihren Ort.
3. Menschen sind auf Hoffnung, auf Ermutigung angewiesen.
4. Menschen brauchen Beziehungen und Unterstützung bei der Gestaltung.“⁴⁰⁰

So kann „das Geschehen der Menschenfreundlichkeit Gottes als Geschenk der Versöhnung, als Ort der bedingungslosen Anerkennung des Anderen und als Ort des Zusammenlebens in gerechten Strukturen begriffen und gestaltet werden.“⁴⁰¹ Daher stehen „handlungsorientierte Wahrnehmung, emotionale Beteiligung und reflexive Durchdringung“ im Mittelpunkt diakonischer Bildungsprozesse.⁴⁰²

³⁹⁷ Gohde, 2006, S. 41.

³⁹⁸ Vgl. Gohde, 2006, S. 41-42.

³⁹⁹ Zitt, 2008, S. 140.

⁴⁰⁰ Zitt, 2008, S. 139.

⁴⁰¹ Zitt, 2008, S. 139.

⁴⁰² Schmidt, 2005, S. 432.

Darüber hinaus sind die Sinnsuche des Menschen und die Suche nach Sinnhaftigkeit wichtige Aspekte diakonischer Bildung, die sich beispielsweise in diakonischer Spiritualität ausdrücken. Steffensky beschreibt Spiritualität als geformte Aufmerksamkeit: „Spiritualität ist eine Lesekunst. Es ist die Fähigkeit, das zweite Gesicht der Dinge wahrzunehmen: die Augen Christi in den Augen des Kindes, das Augenzwinkern Gottes im Glanz der Dinge.“⁴⁰³ Spiritualität lehrt Respekt, Ehrfurcht und Ergriffenheit vor dem Leben. Sie bezeichnet eine Haltung, die Dinge des Lebens als Gabe zu verstehen und nicht einfach über sie zu verfügen und sie den eigenen Zwecken nutzbar zu machen.⁴⁰⁴ Des Weiteren holt sich diakonische Spiritualität Impulse aus den gottesdienstlichen Handlungen, wie zum Beispiel einer Andacht, dem Abendmahl, den Festen, Segnungsgottesdiensten etc. Wenn liturgische Feiern einen Lernraum ermöglichen, tragen sie zur „Lebens- und Handlungsbefähigung“ bei. „Als Raum der Menschlichkeit wird Liturgie so zu einem Fundament christlich motivierten Handelns.“⁴⁰⁵

Noller definiert diakonische Bildung wie folgt: „Diakonisches Lernen ist der Name für ein pädagogisches Konzept des christlich verantworteten solidarischen Lernens. Es geht darum, die Fähigkeit zu stärken, einander wahrzunehmen und zu verstehen über die Grenzen unterschiedlicher Kulturen, Milieus und Lebenswelten hinweg. Es geht darum, die Fähigkeit zu stärken, die eigene Hilfsbedürftigkeit als Grundlage und Ausgangspunkt zu bedenken. Es geht darum, Visionen einer gerechten Welt zu formulieren, individuelle Fragen einer sinnvollen Lebensgestaltung aufzuwerfen.“⁴⁰⁶

Im Folgenden leite ich aus ihrer Definition fünf Aspekte diakonischer Bildung ab und führe sie näher aus: Konstruktion von Wissen und Werten, Persönlichkeitsentwicklung, Compassion, Übernahme von (gesellschaftlicher) Verantwortung, Tätigkeit und Partizipation. Da diakonische Bildung kein Begriff ist, der abschließend zu klären ist, erhebt diese Auflistung keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Differenzierung in Aspekte diakonischer Bildung ermöglicht eine Begriffsschärfung: Ein Aspekt kann als diakonischer Bildungsimpuls wirken,

⁴⁰³ http://www.velkd.de/downloads/Das_Beten.pdf (Abruf 8.10.10)

⁴⁰⁴ Vgl. Eurich, 2007, S. 299.

⁴⁰⁵ Ruddat, 2005, S. 420.

⁴⁰⁶ Noller, 2008, S. 38.

aber es bleibt offen, inwieweit er das Selbst- und Weltbild des Einzelnen verändert bzw. erweitert.⁴⁰⁷

a.) Konstruktion von Wissen und Werten

„Diakonisches Lernen ist der Name für ein pädagogisches Konzept des christlich verantworteten solidarischen Lernens.“⁴⁰⁸

„Der didaktische Konstruktivismus geht davon aus, dass durch gemeinsames Handeln gelernt wird.“⁴⁰⁹ Die gemeinsam Handelnden bilden eine tätige Gemeinschaft. Wissen wird nicht einfach vermittelt, sondern individuell konstruiert, d. h. über eigene Erfahrungen gebildet. Deshalb braucht es eine Beziehung zum Sachverhalt, der zu lernen ist. Die persönliche Motivation ist von entscheidender Bedeutung. Dadurch, dass Lernende unterschiedlichen Perspektiven und Zusammenhängen zu einem Sachverhalt gegenüberstehen, wird die „Vernetzung und Flexibilisierung des Wissens“ gefördert.⁴¹⁰

b.) Persönlichkeitsentwicklung

„Es geht um die Fähigkeit, einander wahrzunehmen und zu verstehen über die Grenzen unterschiedlicher Kulturen, Milieus und Lebenswelten hinweg.“⁴¹¹

Menschen, die bereit sind, sich sozial zu engagieren, unterscheiden sich nicht nur durch größere Hilfsbereitschaft, Rücksichtnahme und Sensibilität von anderen Menschen, sondern sie haben auch ein anderes Selbstverständnis. Die aktive Übernahme von Tätigkeiten als Helfende fördert die Reflexion des eigenen Handelns und auf diesem Weg einen „Wandel des Selbstkonzeptes.“⁴¹²

Persönlichkeitsentwicklung durch diakonisch-soziales Lernen wird von folgenden Voraussetzungen begünstigt:

1. Möglichkeit, sich in einer diakonisch handelnden Gemeinschaft einzubringen
2. Begegnung mit Menschen, deren Selbstbild von einer Lebensanschauung bestimmt ist, die auf „diakonischen Überzeugungen“ beruht
3. Austausch mit Menschen über die diakonische Tätigkeit und dessen Bedeutung für sie selbst

⁴⁰⁷ Vgl. Schließmann, 2013, S. 136 f.

⁴⁰⁸ Noller, 2008, S. 38.

⁴⁰⁹ Schmidt, 2007, S. 114.

⁴¹⁰ Vgl. Schmidt, 2007, S. 114.

⁴¹¹ Noller, 2008, S. 38.

⁴¹² Vgl. Hanisch, 2006, S. 47.

4. Spüren der Wirksamkeit von diakonischem Handeln und die Ermutigung, auch in Zukunft entsprechend zu handeln.⁴¹³

c.) Compassion

„Es geht darum, die Fähigkeit zu stärken, die eigene Hilfsbedürftigkeit als Grundlage und Ausgangspunkt zu bedenken.“⁴¹⁴

Compassion bedeutet übersetzt die Fähigkeit mitzufühlen, mitzuleiden, mitzudenken, sich mitzufreuen. Compassion kann als diakonische Kompetenz verstanden werden. Metz zeigt auf, dass in allen Weltreligionen die Wahrnehmung von Leid und Not wichtig ist und zu einem Ausgangspunkt gemeinsamer Zusammenarbeit weltweit werden könnte.⁴¹⁵

Folgende Dimensionen der Compassion-Kompetenz sind zu unterscheiden:

- *Perspektive der Selbstbetroffenheit*: Es beginnt mit dem Sehen. Die Perspektive der Mitbetroffenheit kann als „diakonische Wahrnehmung“ bezeichnet werden.⁴¹⁶
- *Empathie als Handlungskompetenz*: Empathie bedeutet einführendes Verstehen und kann von Haupt- und Ehrenamtlichen gleichermaßen gelernt werden, z. B. nach dem Konzept der engagierten Zuwendung nach Carl Rogers.⁴¹⁷
- *Berührbarkeit als Ausdruck von Spiritualität*: Die Höhepunkt der Geschichte des barmherzigen Samariters (Lukas 10, 25 ff.)⁴¹⁸ ist: Derjenige, der hilft, wird beschenkt - nicht mit irgendetwas, sondern mit „Gottesnähe“. Man kann die Samaritererzählung als „existentiell-spirituelle Sinndeutung von Erfahrungen“ interpretieren, die durch gelebte Compassion geschieht.⁴¹⁹

d.) Übernahme von (gesellschaftlicher) Verantwortung

„Es geht darum, Visionen einer gerechten Welt zu formulieren.“⁴²⁰

Eine wichtige Aufgabe diakonischer Bildung ist es, „in Menschen Hoffnungs- und Gestaltungskräfte freizusetzen – auf allen Ebenen. Diakonie ist Teil des Kommunikationsgeschehens des Evangeliums. Diakonische Bildung muss erkennbar sein, sie muss sich beschreiben lassen. Sie muss Menschen überzeugen, stärken und ihnen etwas mit auf den Weg geben, das trägt in guten wie in

⁴¹³ Vgl. Hanisch, 2006, S. 48.

⁴¹⁴ Noller, 2008, S. 38.

⁴¹⁵ Vgl. Steinkamp, 2007, S. 100-101.

⁴¹⁶ Vgl. Steinkamp, 2007, S. 102-103.

⁴¹⁷ Vgl. Steinkamp, 2007, S. 104.

⁴¹⁸ Lutherbibel erklärt, 1984, S. 139.

⁴¹⁹ Vgl. Steinkamp, 2007, S. 108-109.

⁴²⁰ Noller, 2008, S. 38.

schweren Zeiten. Etwas, das handlungsfähig macht.“⁴²¹ D. h. diakonische Bildungsarbeit will verständlich machen, dass Diakonie nicht irgendein soziales Handeln oder Helfen ist. Im Zentrum des Evangeliums steht das Geschenk der Freiheit: die Erfahrung, frei zu werden von Abhängigkeiten und vom Zwang, sich um sich selbst zu drehen. Diakonische Bildung ist in der Lebenswelt der Menschen verankert und will zur Übernahme von Verantwortung anregen.⁴²²

e.) Tätigkeit und Partizipation

„[...] und individuelle Fragen einer sinnvollen Lebensgestaltung aufzuwerfen.“⁴²³

Es gibt verschiedene Begründungen, wie es zur Tätigkeit und Partizipation kommen kann. Nach der Lerntheorie von Bandura entwickeln wir eine Vorstellung davon, wie z. B. ein neues Verhalten aussehen kann, indem wir andere beobachten. Das Beobachten führt dann zum Tun.⁴²⁴ Nach der Lerntheorie von Bandura sind folgende Kriterien wichtig, damit Lernen aus Beobachtung gelingt:

- „*Aufmerksamkeit gegenüber dem Geschehen*“: Beim diakonischen Lernen geht es darum, die emotionale und diakonische Bedeutung einer Situation zu verstehen.
- „*Aufnahme*“: Das Beobachtete wird gespeichert und ist vom Gedächtnis abrufbar.
- „*Reproduktion*“: Die beobachteten Handlungen können nachgeahmt werden.
- „*Motivation*“: Derjenige, der beobachtet, nimmt positive Veränderungen durch die ausgeführten Handlungen wahr. Diese motivieren zur selbständigen Umsetzung der Handlung.⁴²⁵

In den dargestellten Aspekten diakonischer Bildung, in diakonischer Spiritualität und den Perspektiven, die diakonische Bildung ins Gespräch einbringen will, sehe ich Haltungen und Handlungsspielräume zur Gestaltung des demografischen Wandels.

Des Weiteren bieten die Geschichte und die empirische Untersuchung des Frankfurter Diakonissenhauses als eine diakonische Einrichtung (Kap. 3 und 4) weitere Gesichtspunkte: In allen (auch schwierigen) Entwicklungen waren und

⁴²¹ Gohde, 2007, S. 92, 94.

⁴²² Vgl. Gohde, 2007, S. 94-95.

⁴²³ Noller, 2008, S. 38.

⁴²⁴ Vgl. Sander-Gaiser, 2006, S. 255.

⁴²⁵ Vgl. Sander-Gaiser, 2006, S. 255.

sind für das Frankfurter Diakonissenhaus die Lebens-, Glaubens- und Dienstgemeinschaft tragend. Diese Gemeinschaftsformen unterstützen die Schwestern in ihrem Alltag. Sie konkretisieren ihre gemeinsamen Werte und ermöglichen Tätigkeiten mit anderen selbst bei Einschränkungen im Alter. So identifiziere ich unterschiedliche Formen des Zusammenlebens, die „die Alltagsgemeinschaft, die Tätigkeitsgemeinschaft und Wertegemeinschaft“ stärken, als weitere Aspekte diakonischer Bildung in einer alternden Gesellschaft.

Für zukunftsweisende Perspektiven (Kap. 4.3.3 und 4.3.4) halten die Frankfurter Feierabendschwestern und auch die Diakonissen im Dienst sowohl konkrete spirituelle Angebote mitten in der Stadt als auch Fortbildungsangebote für Mitarbeitende in der Diakonie. So können Angebote zu diakonischen Themen, die die Persönlichkeit und Seele stärken, Angebote, die zu einem rhythmischen Lebensstil beitragen, Handlungsperspektiven eröffnen.

Nachfolgend werde ich Aspekte des Älterwerdens beleuchten und anschließend mit den vorgestellten Aspekten diakonischer Bildung reflektieren, um Perspektiven (diakonischen Handelns) darzustellen.

5.2 Lebenswelten der älteren Generationen

Der Begriff Generation suggeriert, dass es so etwas wie eine „Altershomogenität“ gibt. Aber dass Menschen aufgrund ihres Alters und ähnlicher soziokultureller Erfahrungen ein größeres Verständnis füreinander oder gemeinsame Interessen entwickeln, kann nicht vorausgesetzt werden. Damit wäre die Wirklichkeit pluraler Lebenswelten ausgeblendet.⁴²⁶ („Lebenswelt = persönliches Umfeld; Welt, in der sich jemandes Leben abspielt“⁴²⁷) Solidarität kann beispielsweise über verbindende Normen und Werte entstehen. Sinus Sociovision formuliert es so: „Solidarität konstituiert sich über die gemeinsame Lebenswelt.“⁴²⁸

Nach der „50 plus“-Studie ist jeder vierte in Deutschland zwischen 50-70 Jahren. Erst im Jahr 2023 wird es eine Verschiebung von 31,8% zugunsten der über 50-Jährigen geben.⁴²⁹ Dabei leben 10% der Bundesbürger zwischen 50 und 70 Jahren in Lebenspartnerschaften und 75% sind verheiratet. Das sind etwa 14 Millionen Menschen, wobei die Anzahl der Verwitweten etwa 1,6 Mio. Menschen beträgt, davon 1,4 Mio. Frauen. Das Alter wird demnach vorwiegend in

⁴²⁶ Vgl. Otten, 2008, S. 62-63.

⁴²⁷ <http://www.duden.de/rechtschreibung/Lebenswelt> (Abruf 15.9.14)

⁴²⁸ Sinus Sociovision, zit. n. Otten, 2008, S. 63.

⁴²⁹ Vgl. Otten, 2008, S. 77 f.

Partnerschaften mit regem Gedankenaustausch und emotionaler Verbundenheit gelebt.⁴³⁰ Mit dem Eintritt in den Ruhestand gewinnen 50- bis 70-Jährige freie Zeit, die sie lieber in sinnvolle Tätigkeiten mit freier Zeiteinteilung investieren als ins Nichtstun. Ferner ist signifikant, dass sie am liebsten mit ihrem Partner ihre Freizeit verbringen (53,2%), gefolgt von der Familie (14,1%), allein (14%), mit Freunden (13,3%) oder in Vereinen (4,1%).⁴³¹ Dabei zeigen sich unterschiedliche Modelle der Paarbeziehung mit je eigenen Rollen der Herkunftsfamilie und des Freundeskreises. Folgende Beziehungsmuster unterscheiden sich:

1. Die Paarbeziehung wird als naturgegebene Generationenfolge betrachtet. Familiäre Unterstützung (seitens der Herkunftsfamilie) im Alltag ist selbstverständlich. Außerdem werden mit dem Beginn der Paarbeziehung individuelle Freundschaften und Netzwerke aufgegeben und v. a. Freundschaften zu anderen Paaren gepflegt. Für die Stabilität der Familienbeziehungen werden emotionale Verletzungen (mangelnde Beziehungsqualität) in Kauf genommen.⁴³²
2. Die Paarbeziehung stützt sich auf gegenseitigen Beistand der Partner und die Zweisamkeit steht im Vordergrund. Dabei werden Freundschaften und die Herkunftsfamilie als Außenkontakte gesehen und locker gepflegt. Da die Paarbeziehung Priorität hat, besteht die herausfordernde Aufgabe nach einem Bruch der Partnerschaft darin, verbindliche Beziehungen wieder neu aufzubauen.⁴³³
3. Paarbeziehung und Freundschaften werden in gleicherweise gepflegt, wobei die Herkunftsfamilie kaum eine Rolle spielt. Wichtig dabei ist, auch als Individuum in ein soziales Netzwerk eingebunden zu sein. Die Qualität der Beziehung ist das entscheidende Kriterium, inwieweit eine gewählte Bindung ausgestaltet oder beendet wird.⁴³⁴ „Beziehungsqualität schlägt Beziehungsdauer.“⁴³⁵

Freundschaftliche Netzwerke und Wahlfamilien könnten sich als „Kulturmuster“ durchsetzen. So ändern sich auch Familienkonstellationen, in denen Verbindlichkeiten neu ausgehandelt werden müssen. Die individuelle Kompetenz,

⁴³⁰ Vgl. Otten, 2008, S. 119-128.

⁴³¹ Vgl. Otten, 2008, S. 107-109.

⁴³² Vgl. Maier, 2008, S. 228-230.

⁴³³ Vgl. Maier, 2008, S. 229-230.

⁴³⁴ Vgl. Maier, 2008, S. 229-231.

⁴³⁵ Maier, 2008, S. 225.

Netzwerke aufzubauen, die Suche nach Kommunikationswegen und nach Konfliktlösungen in bestehenden Beziehungen entscheiden darüber, wie Älterwerden im Einzelnen aussieht.⁴³⁶

Derzeit kann die Hälfte der älteren Generation in bescheidenem Wohlstand leben und weitere 10-15% können wirtschaftlich erträglich existieren. Nach dem Mikrozensus von 2002 verfügen 25,4% der 50- bis 70-Jährigen über ein Haushaltseinkommen von über 2600€. Daneben müssen auch 24,7% mit weniger als 1300 € auskommen, 14,4% mit 1300-1700 € und 22,6% mit 1700-2600 €. ⁴³⁷ Des Weiteren hängt es von den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ab, wie sich die Lebensläufe von Frauen und Männern zukünftig entwickeln werden, d. h. von der gegenwärtigen Familien-, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik und von den biografischen, beruflichen und familiären Lebenswegen. So können sich beispielsweise Kriegstraumatisierungen bei Männern im Alter in psychischen und gesundheitlichen Einschränkungen auswirken oder geringe Erwerbsmöglichkeiten bei Frauen am Ende des Berufslebens in Altersarmut.⁴³⁸ 2014 wird in Deutschland als Jahr benannt, in dem die Bevölkerung nicht mehr wächst, und 2000 als das Jahr, in dem die Arbeitnehmerzahl zu schrumpfen beginnt.⁴³⁹ Der sinkenden Zahl der Erwerbstätigen begegnet die Bundesregierung mit unterschiedlichen Strategien: So wird einerseits das Renteneintrittsalter erhöht, die Wochenarbeitszeit aufgestockt, die Ausbildungszeiten verkürzt, Weiterqualifizierungen ins Berufsleben verlagert und Fachkräfte aus dem Ausland angeworben. Und andererseits liegt das Augenmerk auf einer stärkeren Erwerbsbeteiligung von Frauen und älteren Arbeitnehmern. Da sich die Rentenhöhe nach den beruflichen Erwerbsarbeitsjahren richtet, sind bislang diejenigen im Vorteil, die zu hundert Prozent beschäftigt sind.⁴⁴⁰

Nach wie vor hat nach der Studie der „Shell Deutschland Holding“ bei jungen Menschen, die 2060 in Rente gehen werden, die Familie einen hohen Stellenwert. Aber dennoch können Familienwünsche oft nicht realisiert werden.⁴⁴¹ Frauen verzichten aufgrund der schwierigen Vereinbarkeit von Familie und Beruf oder aus finanziellen Gründen auf Kinder. Darauf reagiert die Familienpolitik mit finanziellen Steuerungsinstrumenten wie dem Elterngeld und mit dem Aus-

⁴³⁶ Vgl. Maier, 2008, S. 228, 233-234.

⁴³⁷ Vgl. Otten, 2008, S. 86 f.

⁴³⁸ Vgl. Helfferich, 2008, S. 31-33.

⁴³⁹ Vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaft, 2005, S. 23.

⁴⁴⁰ Vgl. Helfferich, 2008, S. 33-38.

⁴⁴¹ Vgl. Shell Deutschland Holding, 2006, S. 50 f.

bau von Kinderbetreuungsangeboten, die die Vereinbarkeit von Familie und Beruf fördern sollen. Auch werden Wirtschaftsunternehmen eingebunden, um Frauen mit Kindern durch die Einführung von flexiblen Arbeitszeitmodellen den beruflichen Wiedereinstieg zu ermöglichen. Nichtsdestoweniger führt die finanzielle Unsicherheit zu einer geringeren Kinderzahl, da Frauen einer Doppel- bis Dreifachbelastung oder einer Berufsunterbrechung ausgesetzt sind, die wiederum Nachteile in der Altersversorgung nach sich zieht.⁴⁴²

Nicht zu unterschätzen ist in diesem Zusammenhang die Bedeutung der Bildungsbiografie. Es gibt einen Zusammenhang zwischen „Bildungsmotivation, Bildungserfahrungen und Bildungsabschlüssen in früheren Jahren“ und der Partizipation von Bildungsangeboten im Erwachsenenalter. So nutzen beispielsweise Personen mit Hochschulabschluss viermal häufiger berufliche Weiterbildungsangebote als Menschen ohne Berufsausbildung.⁴⁴³ Der Begriff „Lebenslanges Lernen“ wurde in den 90er Jahren bildungspolitisch etabliert und bedeutet, dass Lernen und menschliche Entwicklung im mittleren und höheren Erwachsenenalter nicht aufhört, sondern gestaltet werden kann („Plastizität“) insbesondere durch „formale, non-formale und informelle Lernprozesse“. Dazu bieten ehrenamtliche Tätigkeiten und bürgerschaftliches Engagement, Reisen, ein aktiver Lebensstil, Fernsehen etc. vielseitige Möglichkeiten.⁴⁴⁴

Sociovision hat für die „50 plus“-Studie informative Ergebnisse in der Differenzierung der Lebensstile erbracht. Die soziale Lage des Einzelnen, die Wertvorstellungen, die Bildung, die Freizeitgestaltung und das Einkommen sind wesentliche Kriterien, die die jeweilige Lebenswelt und den Lebensstil prägen.⁴⁴⁵

Die „50 plus“-Generation setzt sich nach dieser Studie aus drei Generationen zusammen:

- 1. Die „konservativen Senioren“**, die 24% der 65- bis 70-Jährigen ausmachen und sich aus den „häuslichen Rentnern“ (17%) und den „konservativen Senioren“ (7%) zusammensetzen. Die „häuslichen Rentner“ mit einfacher Schulausbildung (Hauptschule) waren ehemals Arbeiter, Angestellte, einfache Beamte oder Landwirte mit einem relativ niedrigen Einkommen (unter 1500 €). Ihre Werte orientieren sich an Sicher-

⁴⁴² Vgl. Helfferich, 2008, S. 37-42.

⁴⁴³ Vgl. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, S. 150-151. (Abruf 8.7.14)

⁴⁴⁴ Vgl. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, S. 151 f. (Abruf 8.7.14)

⁴⁴⁵ Vgl. Otten, 2008, S. 191.

heit, Ordnung und Bescheidenheit. Sie verstehen sich als traditionelle Rentner, wollen ihren Ruhestand genießen und ausruhen. Dabei verbringen die Frauen ihre Freizeit vorwiegend im Garten oder beim Spaziergehen, währenddessen die Männer gerne fernsehen, z. B. Fußball oder Krimis.⁴⁴⁶ Hingegen verfügen die „konservativen Senioren“ über ein höheres Nettoeinkommen zwischen 2000-3500 €. Sie haben meist Abitur, ein Studium oder eine qualifizierte Ausbildung hinter sich, verstehen sich als „gepflegte Senioren mit konservativen Ansichten“ und engagieren sich entsprechend ihrer Kräfte in ausgewählten Bereichen. Sie sind gerne zu Hause, im Garten, bewirten Gäste, treiben Seniorensport und gehen auch gelegentlich ins Theater oder in die Oper. Auch Ausflüge mit dem Auto stehen neben der Lektüre von „Spiegel“, „Stern“ und „Focus“ auf dem Freizeitprogramm.⁴⁴⁷ Sie verstehen Kirche als Volkskirche und als „Fundament und Garant für Moral, Kultur und Werte“⁴⁴⁸. Gerne bieten sie ihr Wissen an und ihre Präferenz liegt in liturgischen Gottesdiensten. Insgesamt werden die klassischen älteren Senioren zahlenmäßig immer weniger.⁴⁴⁹

2. Die „**älter gewordenen Hedonisten der 80er Jahre**“ und ein Großteil der „bürgerlichen Mitte“, **der „Mainstream“**, machen etwa 18% aus. Die „Hedonisten“ wollen ein schönes Leben führen und genießen die Spaßgesellschaft bis ins hohe Alter. Hingegen ist der „Mainstream“ materiell orientiert, Status und Besitz spielen eine wichtige Rolle. Sie haben mittlere Ausbildungsabschlüsse, mittlere Einkommen und wollen zu Hause und auf Reisen ihre wohlverdiente Rente genießen. Auch setzen sie sich für ihre Enkel ein und engagieren sich in zeitlich befristeten Projekten. Zu ihren Hauptfreizeitbeschäftigungen gehören Kochen, Backen, Gäste bewirten, Ausflüge mit dem Auto und sich um Haus und Garten kümmern.⁴⁵⁰ Die „Hedonisten“ verstehen Kirche als Hilfe für existenzielle Nöte und als Unterstützung in Phasen der Neuorientierung.⁴⁵¹ Religion ist für sie der Glaube an eine unsichtbare Macht. Hingegen schätzt der

⁴⁴⁶ Vgl. Otten, 2008, S. 192.

⁴⁴⁷ Vgl. Otten, 2008, S. 193, 204.

⁴⁴⁸ Hempelmann, 2013, S. 13.

⁴⁴⁹ Vgl. Ebertz / Hunstig (Hg.), 2008, S. 30-31.

⁴⁵⁰ Vgl. Otten, 2008, S.196-198, 205.

⁴⁵¹ Vgl. Hempelmann, 2013, S. 13.

„Mainstream“ Kirche als „familienbezogene Religionsgemeinschaft vor Ort mit Familiengottesdiensten.“⁴⁵²

3. **„Die jungen Alten“**, die etwa 20% der Befragten ausmachen, setzen sich aus den „bürgerlich Etablierten“, den „postmodernen Intellektuellen“ und den „Experimentalisten“ zusammen. Die „bürgerlich Etablierten“ sind die Oberschicht zum „Mainstream“ mit höheren Abschlüssen und höherem Einkommen, die sowohl Selbständige, Freiberufler als auch leitende Angestellte einschließen. Sie gehen gerne exklusiv einkaufen oder zum Essen auswärts, treiben Sport und Gymnastik, gehen ins Theater oder Kino, nutzen den Computer zum Online-Kauf, fotografieren und joggen gerne. Die „postmodernen Intellektuellen“, ein „(Nach)-68er-Milieu“ mit liberaler Grundhaltung, zu dem v. a. Entscheidungsträger mit sehr hohem Bildungsniveau gehören, bilanzieren ihr Leben im Alter kritisch und wollen unerfüllte Lebensträume nachholen. Sie interessieren sich für innovative Wohnformen im Alter und setzen sich für deren Umsetzung ein. Als Freizeitbeschäftigung ist ihnen Lesen, Kino-, Theater- oder Opernbesuche, Gäste, Shopping und Sport wichtig.⁴⁵³ Den Begriff der „Experimentalisten“ gibt es noch nicht so lange, und er verkörpert einen Teil des „postmodernen“ und des „hedonistischen Milieus“. „Experimentalisten“ genießen das Leben und sind dabei verantwortungsbewusst. Ihre Unabhängigkeit und die Bereitschaft, Neues auszuprobieren, sind ihnen wichtiger als Karriere. Sie sind agil und viel unterwegs. Kult und Stil sind beim Einkaufen wichtiger als Trends oder Marken. Sie legen sich ungern fest und suchen das Außergewöhnliche.⁴⁵⁴ Insgesamt ist die Gruppe der „jungen Alten“ eine „große Minderheit“. Dennoch beeinflussen sie mit ihren gesellschaftlichen Ansichten andere Milieus und versuchen, Andersdenkende für ihre Ideen zu gewinnen.⁴⁵⁵ In Bezug auf Kirche ist diese Gruppe ambivalent. „Für die bürgerlich Etablierten ist Kirche ein professionelles Unternehmen, für die postmodernen Intellektuellen eine Bewegung, die weltanschaulich, strukturell und sozial offen ist, und

⁴⁵² Ebertz / Hunstig (Hg.), 2008, S. 30-31.

⁴⁵³ Vgl. Otten, 2008, S. 197-205.

⁴⁵⁴ Vgl. http://www.sinus-institut.de/uploads/tx_mpdownloadcenter/sm_EXP.pdf (Abruf 16.9.14)

⁴⁵⁵ Vgl. Otten, 2008, S. 205.

für die Experimentalisten ist Kirche ein Raum für alternative spirituelle Sinnerfahrungen.⁴⁵⁶

Die Orientierung an den Lebenswelten der Menschen bieten Anknüpfungspunkte, um Perspektiven (diakonischen Handelns) in einer alternden Gesellschaft zu entwickeln.

5.3 Spiritualität im Älterwerden

Einem eindimensionalen „erfolgreichen Altern“ stehen die christliche Tradition und auch andere Religionen kritisch gegenüber. Der Islam, das Judentum, der Hinduismus und das Christentum haben gemeinsam, dass sie dem Alter eine besondere Bedeutung beimessen, dessen Eigenart durch die Nähe zum Tod bestimmt ist.⁴⁵⁷ Dabei wirken „positive Gottesbilder“ aufbauend und gesundheitsfördernd, wenn sie in der Lebenswelt der Glaubenden verankert sind. Religiöse Deutungsmuster können dabei helfen, die Sterblichkeit als etwas anzuerkennen, das zum menschlichen Leben dazugehört. Sie können Menschen darin unterstützen, zwischen Schuld und Schuldgefühlen zu unterscheiden, Vergebung anzunehmen und auszusprechen, Unsicherheiten auszuhalten, Hoffnung und den Glauben an ein ewiges Leben ins Gespräch zu bringen, Verluste anzunehmen oder auch Freude und Humor in den Alltag einzubringen.⁴⁵⁸ Der Franziskanerpater Richard Rohr beginnt sein Buch „Reifes Leben“ so: „Jeden von uns erwartet eine Reise in die zweite Hälfte des Lebens. Nicht jeder tritt diese Reise auch an, wenngleich wir alle älter werden. Aus irgendeinem Grund ist diese zweite Reise ein gut gehütetes Geheimnis. Viele von uns wissen nicht einmal, dass sie überhaupt existiert. Es gibt einfach zu wenig Menschen, die uns davon erzählen, und noch weniger, die uns den Weg weisen können oder wissen, dass sich diese Reise von der in der ersten Lebenshälfte unterscheidet.“⁴⁵⁹ Energie, Tatkraft, die Suche nach Erfolg oder nach dem Platz, gebraucht zu werden, sind demnach Ausdruck für Lebendigkeit in der ersten Lebenshälfte. Die Lebendigkeit in der zweiten Lebenshälfte hängt davon ab, welche inneren Bilder älteren Menschen zur Verfügung stehen und wovon sie sich

⁴⁵⁶ Hempelmann, 2013, S. 13.

⁴⁵⁷ Vgl. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, S. 416-420. (Abruf 8.7.14)

⁴⁵⁸ Vgl. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, S. 420-421. (Abruf 8.7.14)

⁴⁵⁹ Rohr, 2012, S. 9.

leiten lassen.⁴⁶⁰ So sind nach Vorländer „innere Bilder, die blockieren, zu meiden oder zu verlernen und die lebensstiftenden Vorstellungen in sich zu verankern.“⁴⁶¹

Folgende Beispiele sind Ausdruck für „innere Bilder, die blockieren“⁴⁶²:

- ➔ *Der „Vaterlose - Ich habe es so schwer gehabt“*: hat Mangel an Zuwendung, Geborgenheit und Aufmerksamkeit erlebt. Er sucht nach Lob und Anerkennung und stellt hohe Erwartungen an andere.⁴⁶³
- ➔ *Der „leidende Gerechte - Undank ist der Welt Lohn“*: will durch Helfen Einsamkeit vermeiden, Nähe erleben, sich stark fühlen. Es folgen Frustrationserfahrungen, die in Verbitterung und Selbstmitleid enden können.⁴⁶⁴
- ➔ *Der „Krieger / Rechthaber - Wenn die anderen es endlich begreifen würden“*: leidet darunter, dass er „im Leben nicht mehr zu sagen und zu bestimmen hatte.“ Er wirkt rechthaberisch und aggressiv, ist wenig gesprächsbereit und verschlossen gegenüber neuen (Lern)erfahrungen.⁴⁶⁵
- ➔ *Der „Märtyrer - Ich habe mich immer geopfert“*: fühlt sich als Opfer und bemitleidet sich selbst bez. der eigenen Krankheitsgeschichte. Er ist voller Vorwürfe anderen gegenüber⁴⁶⁶.
- ➔ *Der „Missionar - Ich habe Recht“*: ist der „moralische Perfektionist und Weltverbesserer.“ Es gibt für ihn nur „eine richtige Lösung“. Er ist nicht kompromissbereit und gebraucht die Schwachpunkte anderer, um sich selbst gut zu fühlen.⁴⁶⁷

Daneben gibt es „innere Bilder, die beflügeln und lebendig machen“⁴⁶⁸:

- ➔ *Der „Aussteiger - Ich muss nicht mehr unbedingt“*: nimmt sich im Alter die Freiheit und tanzt aus der Reihe. Er will nicht mehr mit der Masse mit schwimmen und sucht nach neuen (Lebens)-Wegen.⁴⁶⁹
- ➔ *Der „König - Ich bin kein Spielball der Umstände“*: geht aufrecht durchs Leben, hat eine innere Freiheit und Unabhängigkeit, ist in Frieden mit sich und anderen. Er folgt seiner „Berufung“.⁴⁷⁰

⁴⁶⁰ Vgl. Vorländer, 2013, S. 11-13.

⁴⁶¹ Vorländer, 2013, S. 13.

⁴⁶² Vorländer, 2013, S. 14.

⁴⁶³ Vgl. Vorländer, 2013, S. 14.

⁴⁶⁴ Vgl. Vorländer, 2013, S. 14-15.

⁴⁶⁵ Vgl. Vorländer, 2013, S. 15.

⁴⁶⁶ Vgl. Vorländer, 2013, S. 16.

⁴⁶⁷ Vgl. Vorländer, 2013, S. 17.

⁴⁶⁸ Vorländer, 2013, S. 17.

⁴⁶⁹ Vgl. Vorländer, 2013, S. 17.

- ➔ *Der „Pilger - Leben mit leichtem Gepäck“*: ist unterwegs, lässt los, entrümpelt und sortiert Ballast aus seinem Haus und Leben aus. Er sieht Umwege als etwas an, die ihn verlässlich ans Ziel bringen.⁴⁷¹
- ➔ *Der „Liebhaber - Ich habe Zeit... für nichts“*: will mit allen Sinnen das Leben genießen und feiern. Er macht sich frei von den Erwartungen anderer und gibt der Muße Raum.⁴⁷²
- ➔ *Der „Freund - Ich gebe und nehme Anteil“*: hat Zeit für Gespräche und Begegnungen, ist gastfreundlich und initiativ. Er fördert das Miteinander der Generationen.⁴⁷³
- ➔ *Der „Weise - Ich muss nichts mehr leisten, ich darf sein“*: gewährt anderen einen Vertrauensvorschuss und verbietet sich Pessimismus. Er hört zu und akzeptiert seinen Lebensweg. Er wirkt gütig, humorvoll und zugewandt.⁴⁷⁴

Menschen sind auf lebensspendende innere Bilder angewiesen, um mit den schmerzhaften Erfahrungen des Lebens umgehen zu lernen. Die christlichen Mystiker waren überzeugt: „In und unter der dunkelsten Stelle meines Lebens erwartet mich die Gegenwart Gottes in mir.“⁴⁷⁵ Aber neben dem Tiefsinn besteht das Älterwerden auch darin, der Leichtigkeit Raum zu verschaffen. Tiefsinn und Leichtsinn kommen in der zweiten Lebenshälfte am ehesten dann zum Ausdruck, wenn ein Mensch sich und anderen nichts mehr beweisen muss. So kann sich eine „innere Geräumigkeit“ einstellen trotz äußerer Grenzen. Naturerfahrungen, Meditation, Stille oder auch die entdeckende Neugier können diesen (inneren) Weg unterstützen.⁴⁷⁶

Frankl, der Begründer der Logotherapie und Existenzanalyse, formuliert es so: „Wir müssen lernen und die (älteren) verzweifelten Menschen lehren, dass es eigentlich nie und nimmer darauf ankommt, was wir vom Leben noch zu erwarten haben, vielmehr lediglich darauf: was das Leben von uns erwartet. Leben hat nicht nur Wunschcharakter, sondern auch Aufgabencharakter. Das Leben selbst ist es, das dem Menschen Fragen stellt. Er hat nicht zu fragen, er ist vielmehr der vom Leben Befragte, der dem Leben zu antworten hat. Die Frage

⁴⁷⁰ Vgl. Vorländer, 2013, S. 17-18.

⁴⁷¹ Vgl. Vorländer, 2013, S. 18.

⁴⁷² Vgl. Vorländer, 2013, S. 19.

⁴⁷³ Vgl. Vorländer, 2013, S. 20.

⁴⁷⁴ Vgl. Vorländer, 2013, S. 21.

⁴⁷⁵ Vorländer, 2013, S. 22.

⁴⁷⁶ Vorländer, 2013, S. 24-31.

kann nicht mehr lauten: Was habe ich vom Leben noch zu erwarten, sondern was erwartet das Leben in dieser Situation von mir? Welche Aufgabe im Leben wartet auf mich? Nicht wir dürfen nach dem Sinn des Lebens fragen – das Leben ist es, das Fragen an uns richtet und wir sind die Befragten.“⁴⁷⁷ Deshalb ist jeder Mensch herausgefordert, Antworten auf die Fragen zu suchen: Was muss ich lernen, wenn mein leistungsorientiertes Leben so nicht mehr weitergeht, wenn Verlusterfahrungen im Vordergrund stehen? Habe ich die Fähigkeit entwickelt, mein Schicksal so gut wie möglich zu gestalten oder eine befriedigende Einstellung dazu zu finden? Gleichzeitig hängt es auch von den Lebensumständen und vom sozialen Umfeld (Familie, Freunde, Gesellschaft, Staat) ab, ob ein alter Mensch in Würde leben kann. So ist auch die jüngere Generation aufgefordert, sich der Frage zu stellen: Wie gehen wir mit älteren Menschen um? Welchen Platz haben sie in unserer Gesellschaft?⁴⁷⁸ Alte Menschen sind von einem „freundschaftlichen Umsorgtwerden“ ihrer Umgebung abhängig. In Deutschland sterben alte Menschen häufig im Krankenhaus. Die Bedürfnisse alter Menschen werden dann auf Spezialisten unterschiedlicher Fachrichtungen aufgeteilt. Dabei bleibt die Frage offen, wie das „freundschaftliche Umsorgtwerden und die wärmende Nähe“ bei wachsender Professionalisierung aussehen können.⁴⁷⁹ Vielen Menschen ist das Vertrauen auf etwas, das nach dem Tod kommt, verloren gegangen. Der Tod wird als Ereignis verstanden, der das Leben beendet. So ist „das Leben, obwohl wir länger leben, um eine Ewigkeit kürzer geworden.“⁴⁸⁰ Dennoch gibt es trotz aller technischer und medizinischer Fortschritte kein leidfreies Leben und der leidende Mensch braucht Trost durch eine Person, eine Geste, eine Stimme, die ihm zugewandt ist. Er braucht ein Gegenüber, das mitleidensfähig ist und das Leiden begleitet. In der jüdisch-christlichen Tradition wird diese Haltung als Barmherzigkeit beschrieben.⁴⁸¹ „Die Barmherzigkeit ruft uns auf, mit den Notleidenden unsere Stimme zu erheben, mit den Verlassenen zu trauern und mit den Tränenüberströmten zu weinen.“⁴⁸² Barmherziges Handeln setzt Achtsamkeit und Aufmerksamkeit voraus. „Spiritualität ist gebildete Aufmerksamkeit“⁴⁸³ und ein Handwerk mit erlernbaren Regeln.

⁴⁷⁷ Frankl, 1988, S. 173.

⁴⁷⁸ Vgl. Oechsle, 2013, S. 50-62.

⁴⁷⁹ Vgl. Gronemeyer / Heller, 2014, S. 12-14.

⁴⁸⁰ Gronemeyer / Heller, 2014, S. 16, 36.

⁴⁸¹ Vgl. Gronemeyer / Heller, 2014, S. 81.

⁴⁸² Gronemeyer / Heller, 2014, S. 82.

⁴⁸³ Steffensky, 2006, S. 19.

Steffensky beschreibt Regeln und Empfehlungen für das Gebet, das Herzstück der Spiritualität:⁴⁸⁴

- Die augenblicklichen Bedürfnisse nicht zum Gradmesser des Handelns machen, sondern an Zeiten und Orten des Gebets festhalten. Denn Meditieren, Beten und Lesen sind anstrengend.
- Beten und Meditieren sind keine Kopfarbeit. Innere Bilder steigen auf und verblassen wieder. Wichtig ist dabei, sie nicht fassen zu wollen, sondern sie einfach wahrzunehmen.
- Eine kleine sich wiederholende Liturgie, eine Formel, eine Geste, Zeiten der Stille, das Ausweniglernen von Psalmen unterstützen die Meditation, verstetigen und vertiefen sie.
- Auch wenn es Zeiten gibt, in denen das Beten nicht möglich ist, so ist es dennoch wertvolle Zeit, einfach nur ruhig dazusitzen ohne etwas zu tun.⁴⁸⁵

Diese Schritte sind eine Möglichkeit, die christliche Tradition wieder neu zu entdecken und der Spiritualität im Älterwerden Raum zu geben.

Denn Spiritualität und Rituale unterstützen Menschen darin, Lebensübergänge zu meistern und mit Verlusten umzugehen. Sie tragen zur persönlichen Entwicklung bei. Zudem fördern religiöse Gemeinschaften soziale Kontakte und Gefühle der Zugehörigkeit.⁴⁸⁶

Daneben sind auch Erinnern und Klagen spirituelle Aspekte im Alter. Die biblische Tradition benennt sie als einen Weg, mit zerstörter Lebensfreude und Leid, mit widrigen Lebensumständen und zerstörerischer Bedrohung im Leben umzugehen. Der Klagende wehrt sich gegen Hoffnungslosigkeit. Darin liegt seine Kraft in der Hilflosigkeit.⁴⁸⁷ „Im Verlauf der Klage bleibt der Klagende nicht allein mit seinem Leid, er bleibt nicht isoliert stecken in seiner Not, klagend verwickelt er Gott in sein Leid.“⁴⁸⁸ Darüber hinaus lässt Erinnern nicht zu, dass ein Mensch auf seine gegenwärtige Not reduziert wird. Erinnern schützt davor, sich mit Not und Leiden einfach abzufinden, aufzugeben und zu vergessen, dass es noch andere Lebenswirklichkeiten gibt oder gegeben hat: So ist Erinnern ein Hoffnungsschimmer in der Resignation. Menschen, die nicht mehr klagen können,

⁴⁸⁴ Vgl. Steffensky, 2006, S. 18-20.

⁴⁸⁵ Vgl. Steffensky, 2006, S. 20-23.

⁴⁸⁶ Vgl. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sechster-altenbericht.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, S. 422. (Abruf 8.7.14)

⁴⁸⁷ Vgl. Schneider-Flume, 2008, S. 112-113.

⁴⁸⁸ Schneider-Flume, 2008, S. 113.

kann geholfen werden, indem jemand anderes für sie klagt. „Für-Klage“ ist eine Aufgabe in der Begleitung alter Menschen ohne Lebensmut, denn Worte können aus Lebensangst befreien.⁴⁸⁹

5.4 Wohnformen im Alter

Das Wohnangebot für ältere Menschen hat sich in den vergangenen Jahren verändert. Bisher gab es meist zwei Möglichkeiten, das Alter zu verbringen: „Entweder in der eigenen Familie, gepflegt von Töchtern oder Schwiegertöchtern, oder im Heim.“⁴⁹⁰

Zwischenzeitlich sind neue Wohnalternativen im Alter dazugekommen: Mehrgenerationenwohnen, Betreutes Wohnen, selbstorganisierte Wohn- und Hausgemeinschaften, Service-Wohnen, Seniorenresidenz, Altendorf, Versorgung zu Hause durch Pflege- und Betreuungskräfte aus Osteuropa, um nur einige Beispiele zu nennen.⁴⁹¹

Versucht man die Wohnformen älterer Menschen zu systematisieren, so ist neben dem Wohnangebot die Entscheidungssituation ein wesentliches Kriterium. Im Vordergrund stehen die Wohnwünsche älterer Menschen, die mit dem tatsächlichen Angebot im Wohnumfeld zusammenzubringen sind. Diese können in drei Gruppen unterteilt werden:⁴⁹²

- ➔ **„Solange wie möglich zu Hause bleiben** mithilfe von barrierefreien Wohnungen, angepassten Wohnungen, Betreutem Wohnen zu Hause, quartiersbezogenen Wohn- und Betreuungskonzepten.
- ➔ **Wohnsituation selbst verändern** mithilfe von Altenwohnungen, selbstorganisierten Wohn- oder Hausgemeinschaften, Mehrgenerationenwohnen / Integrierten Wohnprojekten, Betreutem Wohnen, Wohnstiften / Seniorenresidenzen.
- ➔ **Wohnsituation verändern, weil es nicht mehr anders geht** in Alten- und Pflegeheimen, in Hausgemeinschaften, in betreuten Wohngemeinschaften.“⁴⁹³

Auch wenn das normale Wohnen alter Menschen zu den Aufgaben der Altenhilfe zählt, so spielt die Anpassung der Wohnverhältnisse in der Praxis nur eine untergeordnete Rolle. 1992 wurde die Wohnungsanpassung in den Aufgaben-

⁴⁸⁹ Vgl. Schneider-Flume, 2008, S. 113-115.

⁴⁹⁰ Deutsch, 2007, S. 151.

⁴⁹¹ Vgl. Bertelsmann Stiftung / Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.), 2003, S. 15.

⁴⁹² Vgl. Bertelsmann Stiftung / Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.), 2003, S. 20.

⁴⁹³ Bertelsmann Stiftung / Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.), 2003, S. 20.

katalog der Altenhilfe integriert und 1994 die Dachorganisation der Wohnberatungsstellen „Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung“ gegründet. Seit 1995 können Anpassungsmaßnahmen aus Leistungen der Pflegeversicherung finanziert werden. Die Wohnberatung erfolgt im Zusammenhang mit Quartierskonzepten und es arbeiten Personen aus dem Bereich Wohnen (Architekten, Handwerker) und sozialen Diensten (Sozialarbeiter, Soziologen, Verwaltungsfachleute, Hausfrauen, Freiwillige) zusammen. D. h. der „integrative Ansatz der Wohnberatung“ trägt dazu bei, Einschränkungen in der selbständigen Lebensführung alter Menschen vorzubeugen.⁴⁹⁴ Die Personal- und Sachkosten werden in der Regel mit öffentlichen Mitteln der Kommunen aus Landesmitteln im Rahmen von Modellprojekten finanziert, da es hierfür keine Regelfinanzierung gibt.⁴⁹⁵ Eine Modellrechnung in Nordrhein-Westfalen kommt zu dem Resultat, dass bei jährlich 215 Wohnberatungen und 80 durchgeführten Anpassungsmaßnahmen pro Beratungsstelle jährliche Kosteneinsparungen von 89.987 € bei den Kommunen und 161.057 € bei den Pflegekassen wahrscheinlich sind.⁴⁹⁶ So bestehen Überlegungen, ob die Kostenträger, die durch die Wohnberatung Kosten einsparen können, sich zukünftig an der Finanzierung von Wohnberatungsstellen beteiligen sollen. Aber die Anpassung der Wohnungen an die Bedürfnisse alter Menschen kann nur langfristig das Bleiben in der vertrauten Wohnumgebung sichern, wenn gleichzeitig auch pflegerische und hauswirtschaftliche Hilfen sowie Beratungsstellen vorhanden sind.⁴⁹⁷

Des Weiteren hat das Interesse an gemeinschaftlichen Wohnformen zugenommen. Im Gegensatz zu einer Nachbarschaft, die sich meist zufällig ergibt, beeinflussen die Mitglieder von Wohnprojekten aktiv die Zusammensetzung der Gruppe („Belegung“) und vereinbaren verbindliche Absprachen und Regeln des Zusammenlebens („Konzept“).⁴⁹⁸ Gemeinschaftliche Wohnprojekte funktionieren nach dem Prinzip „Geben (wollen) und Nehmen (können)“ und unterscheiden sich grundlegend vom Betreuten Wohnen. Denn dort werden gegen Bezahlung Hilfeleistungen durch eine Institution zur Verfügung gestellt. Es gibt unterschiedliche Formen gemeinschaftlichen Wohnens, die sich in ihrer Größe (Zahl der Haushalte und Bewohner), in ihrer Zusammensetzung (Altersmischung, Zielgruppen), in ihren Zielen (baulich, sozial, ökologisch etc.) und in ihrer

⁴⁹⁴ Vgl. Bertelsmann Stiftung / Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.), 2003, S. 34-45.

⁴⁹⁵ Vgl. Bertelsmann Stiftung / Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.), 2003, S. 46-48.

⁴⁹⁶ Vgl. Bertelsmann Stiftung / Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.), 2003, S. 49.

⁴⁹⁷ Vgl. Bertelsmann Stiftung / Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.), 2003, S. 49-55.

⁴⁹⁸ Vgl. Schader Stiftung / Stiftung trias (Hg.), 2008, S. 13.

Rechtsform unterscheiden. Die Rechtsform leitet sich aus der Zielsetzung des Projekts ab:⁴⁹⁹

Verbreitete Organisationsformen sind beispielsweise der Verein für kleinere Wohninitiativen mit einer Mindestzahl von 7 Personen oder die Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR), ein Modell für Gruppen bis zu 10 Beteiligten, wobei jedes GbR-Mitglied mit seinem ganzen Vermögen haftet. Weitere Modelle sind Eigentümergeinschaften oder Genossenschaften für größere Wohnprojekte. In der Kooperation mit Wohnungsbaugesellschaften können Verträge aus schon verwirklichten Wohnprojekten Vorbildfunktion haben.⁵⁰⁰

Gemeinschaftliche Wohnprojekte haben auch höhere Ansprüche an die Bauobjekte bez. Barrierefreiheit und der Gemeinschaftsräume und sind am Markt bislang benachteiligt. Denn oft dauern Gruppenprozesse so lange, dass manche Initiative schon vor der Umsetzung gescheitert ist. Daneben sind die üblichen Finanzierungsmodelle des Wohnungsmarktes für Wohnprojekte wenig geeignet. Es bedarf spezieller Förderinstrumente oder Kleinbürgschaften, die das Finanzierungsrisiko abfedern. Aber Kommunen haben auch die Möglichkeit, einen Teil ihrer Neubaugebiete als gruppenorientierte Wohnkonzepte auszuweisen, um so gemeinschaftliche Wohnformen zu fördern.⁵⁰¹ Gemeinschaftliche Wohnprojekte wollen ein neues soziales Miteinander gestalten. Sie sind Ausdruck des gesellschaftlichen Wandels. Patchwork-Biografien und die Brüche im eigenen Leben tragen dazu bei, dass sich (ältere) Menschen gegenüber neuen Wohnideen öffnen.⁵⁰² Des Weiteren hat das Konzept der betreuten Wohngemeinschaft die wohnortnahe, ambulante Versorgung pflegebedürftiger Menschen vorangebracht. D. h. der Bewohner hat nicht den Status eines Heimbewohners, sondern er ist Mieter, der seine Betreuungs- und Dienstleistungen selbst wählen kann, z. B. in Form eines Anbieters der ambulanten Pflege. Betreute Wohngemeinschaften unterstehen auch nicht dem Heimgesetz und es gibt eine Fülle an Konzepten, da sich diese Wohnform nicht nur auf Menschen mit Unterstützungsbedarf bezieht, sondern auch Alt und Jung, Menschen mit Demenz sowie Nicht-Pflegebedürftige mit einschließt. So kann die Betreuung

⁴⁹⁹ Vgl. Schader Stiftung / Stiftung trias (Hg.), 2008, S. 13-14.

⁵⁰⁰ Vgl. Schader Stiftung / Stiftung trias (Hg.), 2008, S. 14-15.

⁵⁰¹ Vgl. Schader Stiftung / Stiftung trias (Hg.), 2008, S. 15-17.

⁵⁰² Vgl. Deutsch, 2007, S. 156-157.

auf die Bedürfnisse der Bewohner individuell abgestimmt werden.⁵⁰³ Folgende Kennzeichen weisen betreute Wohngemeinschaften auf:

- Zusammenleben von 6-12 (älteren) Menschen mit Unterstützungsbedarf in einer barrierefreien Wohnung, die in ein Wohnquartier integriert ist.
- Jeder hat sein eigenes Zimmer. Gemeinsam werden Wohnküche, Pflegebad und Gemeinschaftsräume genutzt.
- Betreuungskräfte organisieren den Alltag und das gemeinschaftliche Leben, ambulante Dienste leisten die Pflege.⁵⁰⁴

Da immer mehr Bewohner mit Pflegestufe II oder III und dementiellen Erkrankungen in einer betreuten Wohngemeinschaft anzutreffen sind, ist ein gemeinsamer Alltag schwer zu gestalten. Des Weiteren fehlt es an lokalen und regionalen Begleit- und Beratungsstrukturen und auch an der Vernetzung der Initiativen solcher Wohngemeinschaften. Da es für betreute Wohngemeinschaften bisher keine verbindlichen Standards gibt, setzen einige Projekte gezielt auf die Qualitätskontrolle durch Ehrenamtliche, Angehörige oder die gesetzlichen Betreuer der Bewohner. Darüber hinaus stehen nur wenige staatliche Förderprogramme zur Verfügung, die den Ausbau betreuter Wohngemeinschaften fördern.⁵⁰⁵ So schlagen die „Schader und trias“-Stiftung folgende Punkte vor, um das gemeinschaftliche Wohnen bzw. die Initiativen für eine Betreute Wohngemeinschaft von der Idee bis zur Umsetzung zu fördern:

- Aufbau einer Infrastruktur aus Beratung und Netzwerken durch die Kommune oder Wohnungsbaugesellschaften, um Interessierte zusammenzubringen und die Gruppenfindung mit Erfahrungswissen aus bereits bestehenden gemeinschaftlichen Wohnprojekten zu unterstützen.⁵⁰⁶
- Durchführung von Zukunftswerkstätten mit externer Moderation und Fachberatern, um Gruppenprozesse in der Zielfindung und in den Entscheidungswegen voranzubringen.⁵⁰⁷
- Förderung von gemeinschaftlichen Wohnprojekten durch „Halbfertigprodukte“ von Wohnkonzepten, die die Gruppenprozesse beschleunigen und den Beginn eines gemeinschaftlichen Wohnprojekts vereinfachen.⁵⁰⁸

⁵⁰³ Vgl. Bertelsmann Stiftung / Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.), 2003, S. 131-137.

⁵⁰⁴ Vgl. Bertelsmann Stiftung / Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.), 2003, S. 134.

⁵⁰⁵ Vgl. Bertelsmann Stiftung / Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.), 2003, S. 145-153.

⁵⁰⁶ Vgl. Schader Stiftung / Stiftung trias (Hg.), 2008, S. 152-154.

⁵⁰⁷ Vgl. Schader Stiftung / Stiftung trias (Hg.), 2008, S. 153-154.

⁵⁰⁸ Vgl. Schader Stiftung / Stiftung trias (Hg.), 2008, S. 155.

- Aufbau und Entwicklung neuer Finanzkonzepte, die für gemeinschaftliche Wohnformen passen, inklusive staatlicher Förderprogramme.⁵⁰⁹

Dennoch brauchen Gruppen Zeit, um eine gemeinschaftliche Wohnform zu entwickeln und umzusetzen. Neben diesen neueren Wohnformen sind Pflegeheime nach wie vor von Bedeutung. Sie haben sich weiterentwickelt und so spricht man heute von der 5. Generation der Alten- und Pflegeheime, den sogenannten KDA-Quartiershäusern (**K**uratorium **D**eutsche **A**lters**h**ilfe).⁵¹⁰ Zum Verständnis werden nachfolgend in großen Linien die Entwicklung der Pflegeheime skizziert: Die 1. Generation (ca. 1940-1960) wird auch als „Verwahranstalt“ bezeichnet mit Mehrbettzimmern, minimaler (sanitärer) Ausstattung ohne Wohn- und Pflegekonzept. Die 2. Generation (ca. 1960-1980) hatte das Krankenhaus zum Vorbild, d. h. Pflegeheime wurden kaum als Wohnort älterer Menschen wahrgenommen. In der 3. Generation (seit ca. 1980) wurden auch die Wohnbedürfnisse beachtet und eine ganzheitliche Sichtweise des Menschen setzte sich durch, z. B. mit zunehmend mehr Einzelzimmern.⁵¹¹ Als 4. Generation (seit ca. 1995) kann das Hausgemeinschaftskonzept für alte Menschen bezeichnet werden. Das Leitbild orientiert sich am Familienleben und es leben ca. 10 Personen als kleine Gruppe zusammen. Das Gemeinschaftsleben findet v. a. im Wohn- und Essbereich und in der Küche statt, in das sich alte Menschen entsprechend ihren Fähigkeiten einbringen können, wenn sie das möchten.⁵¹² Für die Entwicklung der 4. Generation waren das „Normalitätsprinzip“ und das gemeinschaftliche Leben wesentlicher Ausgangspunkt. Bei der 5. Generation von Pflegeheimen, den KDA-Quartiershäusern, ist das „Leben in Gemeinschaft“ der 4. Generation das Fundament. Aber es wird um die Aspekte „Leben in Privatheit“ und „Leben in der Öffentlichkeit“ ergänzt.⁵¹³ Dort können alte Menschen in Einzelappartements leben, einem eigenen Rückzugsraum mit kleiner Küche. Dort besteht die Möglichkeit, sich kleinere Speisen zu erwärmen oder Kaffee zu kochen. Daneben gibt es eine eigene Haustür mit Klingel, Türschild und Briefkasten. So kann jeder bewusst entscheiden, wie viel Gemeinschaft und wie viel Privatheit er möchte. Mehr Selbstbestimmung hilft dabei, sich weniger abhängig zu fühlen.⁵¹⁴ Aber Normalität besteht auch in Außenkontakten.

⁵⁰⁹ Vgl. Schader Stiftung / Stiftung trias (Hg.), 2008, S. 156-157.

⁵¹⁰ Vgl. Michell-Auli / Sowinski, 2012, S. 7-10.

⁵¹¹ Vgl. Michell-Auli / Sowinski, 2012, S. 15-17.

⁵¹² Vgl. Michell-Auli / Sowinski, 2012, S. 17-18.

⁵¹³ Vgl. Michell-Auli / Sowinski, 2012, S. 27.

⁵¹⁴ Vgl. Michell-Auli / Sowinski, 2012, S. 27 f.

Das Prinzip „Leben in der Öffentlichkeit“ kann auf die Formel gebracht werden: „Ich gehe ins Quartier – das Quartier kommt zu mir.“⁵¹⁵ Damit öffnen sich Heime dem Quartier (Stadtteil), dessen Bürger sich durch ein gemeinsames Wohnumfeld und ein soziales Miteinander auszeichnen, und werden so zu Quartiershäusern. Darüber hinaus können auch Dienstleistungen vom Quartiershaus in den Stadtteil eingebracht werden z. B. durch Essenslieferungen an Ganztageschulen oder an ältere Bewohner des Stadtteils. Des Weiteren wird das kulturelle Angebot erweitert und Möglichkeiten für bürgerschaftliche Engagement geschaffen. Alten- und Pflegeheime können so in die Stadtteilentwicklung einbezogen und zu einer Institution des Gemeinwesens werden.⁵¹⁶ In der Quartiersentwicklung stehen die „wohnortnahe Beratung und Begleitung als Anlaufstelle für alle“ im Vordergrund. Bedarfe werden mit den bestehenden Angeboten abgeglichen und Versorgungsproblemen kann systematisch begegnet werden.⁵¹⁷ Unabhängig von der Wohnform fördern folgende Aspekte und Themen in der Begleitung älterer Menschen ein Leben in Normalität, die immer wieder ins Gespräch einzubringen sind:

- „Sinn finden (Was gibt meinem Leben Sinn? Woran habe ich Freude?)
- Selbstverwirklichung (Entfaltung der Talente, Hobbys)
- Gesundheit (medizinische und pflegerische Begleitung)
- Soziale Kontakte (Kinder, Partner, Freunde, Nachbarn)
- Sicherheit (körperlich, materiell, finanziell)
- Wohnen (Ausstattung, Barrierefreiheit)
- Grundbedürfnisse (Nahrung, Kleidung, Schlaf, Wärme)
- Tätigkeiten (Betreuung der Enkel, Haus- und Gartenarbeit, Handwerk).“⁵¹⁸

5.5 Demenz im Alter

Die Alzheimer Forschung Initiative e.V. definiert die Alzheimer-Krankheit als die am häufigsten auftretende Form der Demenz wie folgt: „Die Alzheimer-Krankheit ist eine fortschreitende, unheilbare Gehirnstörung mit unbekannter Ursache. Zu den Symptomen dieser Erkrankung zählen Gedächtnisverlust, Verwirrtheit und Desorientierung. Dazu kommen Veränderungen des Wesens,

⁵¹⁵ Michell-Auli / Sowinski, 2012, S. 80.

⁵¹⁶ Vgl. Michell-Auli / Sowinski, 2012, S. 80-87.

⁵¹⁷ Vgl. Michell-Auli / Sowinski, 2012, S. 83.

⁵¹⁸ Michell-Auli / Sowinski, 2012, S. 22.

ein beeinträchtigtetes Urteilsvermögen und der Verlust der Sprachfähigkeit. Schätzungsweise 1,2 Millionen Menschen leiden derzeit in Deutschland an der Alzheimer-Krankheit. Für das Jahr 2050 wird mit 3 Millionen Erkrankten gerechnet. Jedes Jahr sind mehr als 200.000 Menschen von der Diagnose Alzheimer betroffen. Man vermutet, dass die Dunkelziffer noch weit höher liegt. Alzheimer ist im Wesentlichen eine Erkrankung des höheren Lebensalters. Während nur 3-4% bei den 70-75-Jährigen betroffen sind, steigt die Häufigkeit der Erkrankung mit zunehmendem Alter an. Bei den über 90-Jährigen sind mehr als ein Drittel betroffen.⁵¹⁹

Demenz ist somit eine Begleiterscheinung des biologischen Alterns und die Zahl der Menschen mit Demenz ist vor allem auch deswegen gewachsen, weil die Lebenserwartung zugenommen hat. Neben dem biomedizinischen Ansatz, der Demenz als Krankheit versteht, hängt das biologische Altern auch von biografischen, sozialen und kulturellen Faktoren ab.⁵²⁰ Demenz ist ein Begriff, der mit Angst besetzt ist, denn die wachsende Zahl Hochbetagter und somit auch die wachsende Zahl von Menschen mit Demenz fordern dazu heraus, Demenz nicht ausschließlich als medizinische, sondern auch als soziale Aufgabe zu verstehen und nach Lösungen zu suchen, wie Betroffene und Angehörige in dieser Lebensphase umsorgt und unterstützt werden können. Das vierte Lebensalter kann von Abhängigkeit, Hinfälligkeit und Krankheit geprägt sein, aber es kann auch „Erkenntnis, Weisheit und Einverständnis“ mit sich bringen.⁵²¹ Snowden`s Untersuchung in Kentucky Ende der 80er-Jahre macht deutlich, dass Eiweißablagerungen in der Hirnrinde kein ausreichendes Merkmal dafür sind, dass automatisch die gefürchteten Symptome wie Vergesslichkeit und andere körperliche Einschränkungen eintreffen müssen. Er untersuchte die „Katholischen Schwestern von Notre Dame“, deren Lebensstil durch Ordensregeln („ora et labora“) und durch Aufgaben und Zugehörigkeit in einer sozialen Gemeinschaft geprägt ist. In Kognitionstests wurde ein Teil der Schwestern zu Lebzeiten als geistig rege eingestuft, aber in der Hirnautopsie nach ihrem Tod als hochgradig dement. Damit ist unverkennbar, dass neben den medizinischen Faktoren auch weitere Gründe bei der Entstehung von Demenz eine Rolle spielen.⁵²² Illich problematisiert eine einseitige Sicht: „Die Gastfreundschaft für den Andersarti-

⁵¹⁹ <http://www.alzheimer-forschung.de/alzheimer-krankheit/index.htm> (Abruf 3.9.14)

⁵²⁰ Vgl. Dammann / Gronemeyer, 2009, S. 89-92..

⁵²¹ Vgl. Gronemeyer, 2013, S. 21-33.

⁵²² Vgl. Dammann / Gronemeyer, 2009, S. 42-44.

gen wird durch die therapieorientierte Diagnostik bedroht, die Leidenskunst durch das Versprechen der Schmerzstillung untergraben und die Kunst des Sterbens durch den Kampf gegen den Tod überlagert.“⁵²³ Eine „neue Kultur des Helfens“ wäre nach Gronemeyer die Antwort auf die Einsamkeit alter Menschen, um neben den medizinischen und dienstleistungsorientierten Versorgungsangeboten eine zugewandte nachbarschaftlich orientierte Gesellschaft zu entwickeln, in der auch Menschen mit Demenz ihren Platz finden.⁵²⁴ Der Abbauprozess von Demenz hat nach dem Pathologen Bohl einen tieferen Sinn, so wie eine geschrumpfte Leber beispielsweise auf übermäßigen Alkoholkonsum hinweist. So könnte die Demenz auf einen „Hirnmissbrauch“ aufmerksam machen, auf ein „Übermaß an Unrat, Unglück und Sinnlosigkeit.“⁵²⁵ Bohl verknüpft als Mediziner Sinnfragen mit dem Thema Demenz und zählt Bedingungen auf, die zur Entstehung von Demenz beitragen: „Verlust von Kreativität, Schwund authentischer Erfahrungen, Niedergang religiöser Lebensbereiche, Fehlen eines tragfähigen Sinns, egoistische Verhaltensweisen, Vernachlässigung altruistischen Handelns und Denkens, Ausgrenzung des Todes, des Alters und der Leiden aus dem alltäglichen Erfahrungsbereich, wahnhaftes Streben nach Sicherheit [...], die Angst vor dem Leben, die Angst vor dem Tod, das Verlangen nach Dauer, Wiederholung und Ewigkeit, das Fehlen jeglicher Transzendenz, die Flucht vor den existenziellen Fragen in die Illusion des Ich, die Scheu, sich zu erinnern.“⁵²⁶

Der Psychologe Erikson ordnet in seiner Theorie den Entwicklungsstufen des Menschen unterschiedliche Lebensaufgaben zu, die in Zusammenhang mit den je eigenen biologischen, geistigen und sozialen Fähigkeiten stehen. Im Alter wird der Versuch unternommen, unerledigte Lebensaufgaben nachzuholen und zu erfüllen, was wiederum Ursache für verwirrtes Verhalten desorientierter Menschen sein kann.⁵²⁷ Feil entwickelte das Konzept der „Validation“. Die Grundlage für „Validation“ ist eine empathische Grundhaltung gegenüber verwirrten alten Menschen. „Validation“ und die dazu gehörenden speziellen Techniken unterstützen den Prozess, desorientierte Menschen besser zu verstehen

⁵²³ Illich, 1995, S. 208-213.

⁵²⁴ Vgl. Gronemeyer, 2013, S. 52-53.

⁵²⁵ Bohl, zit. n. Gronemeyer, 2013, S. 59-60.

⁵²⁶ Bohl, zit. n. Gronemeyer, 2013, S. 61-62.

⁵²⁷ Vgl. Feil, 2013, S. 24 f.

und ihnen ihre Würde wieder zurückzugeben.⁵²⁸ Folgende Grundsätze sind nach Feil leitend für eine gelingende „Validation“:

- Mangelhaft orientierte Menschen sind wertvoll und werden so akzeptiert wie sie sind. Es wird nicht versucht, sie zu verändern, denn es gibt einen Grund für ihr Verhalten.⁵²⁹
- Empathisches Zuhören schafft Vertrauen und vermindert Angst, denn schmerzhaft Gefühle, die ausgedrückt und bestätigt („validiert“) werden, werden schwächer.⁵³⁰
- Wenn die Sprachfähigkeit und das Kurzzeitgedächtnis nachlassen, kehrt frühererlerntes Verhalten zurück.⁵³¹
- Gegenstände aus der Gegenwart können für mangelhaft orientierte Menschen Gegenstände oder Personen aus der Vergangenheit symbolisieren. „Ereignisse, Emotionen, Farben, Klänge, Gerüche, Geschmacksrichtungen und Bilder im Heute“ können Gefühle aus der Vergangenheit wachrufen und auslösen.⁵³²

„Ziel der Validation ist es, dem Menschen in seiner eigenen Wirklichkeit so zu begegnen, dass er nicht alleine ist.“⁵³³ Folgende positive Veränderungen konnten aufgrund von regelmäßiger „Validation“ bei desorientierten alten Menschen erreicht werden: „eine aufrechte Sitzhaltung, weniger Wut und Angst, gesteigertes (nonverbales) Ausdrucksvermögen, einen verbesserten Gang, Sinn für Humor, längere Selbständigkeit in der eigenen Wohnung“, um nur einige Auswirkungen zu nennen.⁵³⁴ Das Konzept von Feil hat Richard weiterentwickelt: Die „integrative Validation (IVA)“ ist eine Methode für die Begleitung und Verständigung mit dementen Menschen in der Altenpflege. Sie fußt auf einem wertschätzenden Umgang und orientiert sich an den Ressourcen der Menschen.⁵³⁵ Richard fordert zu „ritualisierten Begegnungen“ auf: „Jeder Mensch hat ein Recht auf Wertschätzung. Menschen mit Demenz verlieren im Verlauf der Er-

⁵²⁸ Vgl. Feil, 2013, S. 15.

⁵²⁹ Vgl. Feil, 2013, S. 16-17.

⁵³⁰ Vgl. Feil, 2013, S. 16-17.

⁵³¹ Vgl. Feil, 2013, S. 20.

⁵³² Vgl. Feil, 2013, S. 20-22.

⁵³³ Feil, 2013, S. 56.

⁵³⁴ Vgl. Feil, 2013, S. 57.

⁵³⁵ Vgl. www.integrative-validation.de (Abruf 17.1.15)

krankung ihre Ich-Identität. Es unterstützt diese Menschen, wenn ihnen immer wieder ihre Lebensleistung berichtet wird.“⁵³⁶

Des Weiteren hat Böhm das „psychobiografische Pflegemodell“ entwickelt und die sich daraus ableitende „re-aktivierende Pflege“. Ihm geht es darum, die Emotionen und das Verhalten eines verwirrten Menschen von der Biografie her zu verstehen und das „So-Sein“ des Patienten zu akzeptieren.⁵³⁷ Das Pflegeziel ist die „Wiederbelebung der Altersseele, die im Rückzug ist“.⁵³⁸ Böhm vertritt die Ansicht, dass beim geistigen Abbau im Alter die Prägungen der ersten 25-30 Lebensjahre wieder mehr an Bedeutung gewinnen: Das, was in der Kinder- und Jugendzeit prägend und für einen Menschen normal war, sein Zuhause und wie er gelebt hat. Der Mensch bewegt sich bei Demenz aus dieser Welt in die Gefühle seiner Biografie zurück, um Wohlbefinden und Sicherheit zu finden. Mit dem psychobiografischen Hintergrund lassen sich Hochbetagte besser verstehen. In seinem Modell unterscheidet Böhm sieben emotionale Erreichbarkeitsstufen.⁵³⁹

1. *Stufe „Sozialisation“*: Dies entspricht der Erwachsenenstufe. Die Kommunikation findet auf der „Inhalts- und Bezugsebene“ statt, aktivierende Pflege ist möglich.⁵⁴⁰
2. *Stufe „Mutterwitz“*: Dies entspricht der Entwicklung bis etwa 25 Jahre, Humor und Dialekt werden verstanden und sind wirksam, aktivierende Pflege ist möglich.⁵⁴¹
3. *Stufe „seelische, soziale Grundbedürfnisse“*: Dies entspricht der Entwicklung in der Pubertät. Ab hier ist die „re-aktivierende Pflege“ der Seele notwendig. Die Anregungen sollten so sein, dass keine geistige und körperliche Überforderung entsteht.⁵⁴²
4. *Stufe „Prägungen“*: Dies entspricht der Entwicklung Jugendlicher. Prägungen sind erlernte eingespielte Verhaltensregeln, Rituale, die Sicherheit geben und v. a. in Grenzsituationen angewandt werden.⁵⁴³

⁵³⁶ http://www.apotheken-umschau.de/Alzheimer/Die-Integrative-Validation-nach-Nicole-Richard-125901_2.html (Abruf 17.1.15)

⁵³⁷ Vgl. Böhm, 1996, S. 55 f.

⁵³⁸ http://integra.at/files/integra%201998_Erwin_Boehm.pdf (Abruf 27.8.14)

⁵³⁹ Vgl. http://integra.at/files/integra%201998_Erwin_Boehm.pdf (Abruf 27.8.14)

⁵⁴⁰ Vgl. http://pflegen-online.de/download/artikel_prell.pdf, S. 4. (Abruf 27.8.14)

⁵⁴¹ Vgl. http://pflegen-online.de/download/artikel_prell.pdf, S. 5. (Abruf 27.8.14)

⁵⁴² Vgl. http://pflegen-online.de/download/artikel_prell.pdf, S. 5. (Abruf 27.8.14)

⁵⁴³ Vgl. http://pflegen-online.de/download/artikel_prell.pdf, S. 5. (Abruf 27.8.14)

5. *Stufe „Triebe“*: Dies entspricht dem Schulkindalter. Triebkräfte, Tagträume und Phantasien sind Kräfte, die in Bewegung setzen. Folgende Fragen sind für die Pflege leitend: Was kann man einem Kind in diesem Alter zumuten? Was kann gefordert werden und wie kann gefördert werden?⁵⁴⁴
6. *Stufe „Intuition“*: Dies entspricht dem Kleinkindalter. Märchen, religiöse Bilder, Aberglaube sind in dieser Stufe prägend. Die Intuition hilft dabei, sich in Menschen hineinversetzen zu können.⁵⁴⁵
7. *Stufe „Urkommunikation“*: Dies entspricht dem Säuglingsalter. Die emotionale und körperliche Erreichbarkeit ist der Stufe eines Säuglings entsprechend.⁵⁴⁶

„Die Erreichbarkeitsstufen sollen dabei helfen, den alten verwirrten Menschen zu finden.“ D. h. Menschen in Erreichbarkeitsstufe drei sind von Angehörigen und Pflegenden auf Stufe drei anzusprechen. So ist Kommunikation trotz kognitiver Einschränkungen möglich. Die Einführung der „re-aktivierenden Pflege“ auf einer Pflegestation dauert etwa vier Jahre.⁵⁴⁷

Ein weiterer Bezugsrahmen im Umgang von Menschen mit Demenz ist der „person-zentrierte Ansatz“ von Kitwood, der auf die klientenzentrierte Psychotherapie von Rogers zurückgeht. Das Ziel der „person-zentrierten Pflege“ ist, das „Personsein des Menschen mit Demenz zu erhalten, zu fördern oder wenn nötig wieder herzustellen.“⁵⁴⁸ Das „Personsein“ zeigt sich neben den kognitiven Fähigkeiten auch in „Gefühlen, Handlungen, Zugehörigkeit und Bindungen zu anderen Menschen - in der Identität“ des Menschen. Dabei ist das Wohlbefinden ein wichtiger Gradmesser für gut erhaltenes „Personsein“, das sich in den Gefühlen ausdrückt, „etwas wert zu sein, etwas bewirken zu können, in Sicherheit, Vertrauen und Hoffnung, in Kontakt zu anderen, dazuzugehören.“⁵⁴⁹ So stehen in der „person-zentrierten Pflege“ nicht die Krankheitssymptome im Vordergrund, sondern die Beobachtung des Wohlbefindens, der „Erhalt des Personseins“. Dabei spielt das humanistische Menschenbild eine wichtige Rolle, das Menschlichkeit und Menschenfreundlichkeit voraussetzt, die Haltung im

⁵⁴⁴ Vgl. http://pflegen-online.de/download/artikel_prell.pdf, S. 6. (Abruf 27.8.14)

⁵⁴⁵ Vgl. http://pflegen-online.de/download/artikel_prell.pdf, S. 6. (Abruf 27.8.14)

⁵⁴⁶ Vgl. http://pflegen-online.de/download/artikel_prell.pdf, S. 6. (Abruf 27.8.14)

⁵⁴⁷ Vgl. http://integra.at/files/integra%201998_Erwin_Boehm.pdf (Abruf 27.8.14)

⁵⁴⁸ http://www.prodos-verlag.de/pdf/personzentrierung_kitwood_0070.pdf, S. 1. (Abruf 27.8.14)

⁵⁴⁹ http://www.prodos-verlag.de/pdf/personzentrierung_kitwood_0070.pdf, S. 1. (Abruf 27.8.14)

Umgang mit dementen Menschen prägt und in „Empathie (einfühlerndes Verstehen), Akzeptanz (Wertschätzung) und Kongruenz (Echtheit)“ sichtbar wird.⁵⁵⁰

Demenz wird als eine Art Behinderung verstanden, die durch das Zusammenspiel von fünf Einflussfaktoren entsteht:

„Demenz = Persönlichkeit + Biographie + körperliche Gesundheit + Neurologische Beeinträchtigung + Sozialpsychologie“⁵⁵¹

Nach Kitwood hängt der Verlauf einer Demenz stark vom sozialen Umfeld ab, inwieweit dieses sich an die Person mit Demenz anpassen kann. Mit seinem „person-zentrierten Ansatz“ distanziert er sich vom biomedizinischen Modell. Die Bemühungen um Menschen mit Demenz sind nach seiner Denkweise vor allem Beziehungsarbeit und brauchen bindungsfähige Bezugspersonen. Damit erweitert er die Verantwortungsrolle von Pflegenden.⁵⁵²

Auffallend ist, dass in den beschriebenen Konzepten (Feil, Richard, Böhm, Kitwood) der Schwerpunkt in der Kommunikations- und Beziehungsgestaltung liegt, dafür eine spezielle Ausbildung hilfreich ist und auch entsprechend Zeit in der Pflege eingeräumt wird. Diese Ansätze unterstützen darin, mit der eigenen Hilfslosigkeit im Umgang mit dementen Menschen umgehen zu lernen.

Darüber hinaus gewinnt das Pflegekonzept Demenzdorf an Bedeutung, das allerdings unter Experten umstritten ist. „Tonebon am See“ in Hameln ist das erste Demenzdorf in Deutschland, aber es unterscheidet sich vom holländischen Vorbild „De Hogeweyk“ grundlegend. Es ist keine geschlossene Einrichtung mit eigener Infrastruktur wie Theater, Frisör, Bushaltestelle, Geschäften, sondern bietet eine personalintensive (und daher kostenintensive) Betreuung nach dem Hausgemeinschaftskonzept. Der Alltag ist durch Normalität bestimmt und die Bewohner sollen nicht ausgegrenzt werden, sondern weiter am gesellschaftlichen Leben Anteil nehmen. So steht in Frage, inwiefern es sich dabei tatsächlich um ein Demenzdorf handelt, da auch andere Pflegeheime mit ähnlichen Konzepten Menschen mit Demenz betreuen.⁵⁵³

⁵⁵⁰ Vgl. http://www.prodos-verlag.de/pdf/personzentrierung_kitwood_0070.pdf, S. 2. (Abruf 27.8.14)

⁵⁵¹ Kitwood, zit. n. Morton, 2002, S. 130.

⁵⁵² Vgl. http://www.prodos-verlag.de/pdf/personzentrierung_kitwood_0070.pdf, S. 4. (Abruf 27.8.14)

⁵⁵³ Vgl. <http://news.wohnen-im-alter.de/2014/04/erstes-demenzdorf-deruschlands-hamelnd-eroeffnet/> (Abruf 19.7.14)

5.6 Technikgestützte Assistenzsysteme

Bis 2050 wird eine Verdreifachung des Bedarfs an Pflegekräften erwartet und der Wegfall von Zivildienstleistenden verschlimmert die Situation zusätzlich. Auch das Anwerben von Fachkräften aus dem Ausland wird voraussichtlich nicht ausreichen, um den zukünftigen Pflegebedarf zu decken. Dabei verbringen auf den Pflegestationen Fachkräfte bis zu 20% ihrer Zeit mit nicht-pflegerischen Tätigkeiten wie beispielsweise Hol- und Bringediensten. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwieweit Serviceroboter Pflegekräfte unterstützen und entlasten können, damit mehr Zeit für die eigentlichen Pflegetätigkeiten und für den persönlichen Kontakt mit den Bewohnern bleibt.⁵⁵⁴ Seit einigen Jahren werden Roboter für Pflege und Gesundheitsversorgung entwickelt, wobei Japan als innovativer Vorreiter herausragt: So ist in diesem Zusammenhang der „Humanoid RI-MAN“ zu nennen, der für die Altenpflege entwickelt wurde, Lasten bis zu 70 kg vom Boden bzw. Bett aufhebt oder trägt und acht unterschiedliche Gerüche erkennen kann. In Deutschland entwickelte ein Forscherteam des Fraunhofer Instituts den „CARE-O-BOT“, ein Serviceroboter, der sich in Räumen bewegen und Patienten beispielsweise Wasser auf einem Tablett anreichen kann, und „CASERO“, ebenfalls ein Serviceroboter, der in Bahnen gehen und Transportwege für Wäsche oder Kontrollgänge für das Pflegepersonal übernehmen kann.⁵⁵⁵ Auf diese Weise können Serviceroboter bei den anfallenden Routinetätigkeiten den Pflegealltag erleichtern. Darüber hinaus können sie Fachkräfte beispielsweise an das Führen von Trinkprotokollen erinnern, beim Heben der Patienten unterstützen oder beim Sturz eines Patienten einen Erste-Hilfe-Koffer und Informationen aus der Notfallakte herbeibringen.⁵⁵⁶ Auch wenn Robotik in der Pflege die Verbesserung der Lebenssituationen pflegebedürftiger Menschen verspricht, sind deren Einsatzbereiche dennoch genau zu definieren, die Voraussetzungen dafür zu klären, rechtliche Aspekte zu Haftung und Sicherheit und auch die zu erwartenden sozialen Auswirkungen zu bedenken. Neben den Chancen des Robotikeinsatzes, wie die (körperliche) Entlastung des Pflegepersonals, mehr Selbständigkeit und Autonomie für die Patienten oder die Möglichkeit, mithilfe technischer Geräte länger in der eigenen Wohnung leben zu können, sind auch mögliche Risiken zu bedenken. Dazu

⁵⁵⁴ Vgl. Graf / Jacobs / Luz / Compagna / Derpmann / Shire, 2012, S. 268-269.

⁵⁵⁵ Vgl. http://www.pflege-shv.de/uploads/pflege-shv/Buch-Artikelempfehlungen/Roboter-in-der-pflege_Artikel_AvS_072011.pdf (Abruf 26.9.14)

⁵⁵⁶ Vgl. Graf / Jacobs / Luz / Compagna / Derpmann / Shire, 2012, S. 270.

gehören die Folgen und Haftungsfragen bei technischen Ausfällen, das Gefühl von Einsamkeit Pflegebedürftiger infolge noch weniger menschlicher Kontakte und Berührungen, hohe Herstellungs- und Wartungskosten, Überforderung der Angehörigen und Benutzer in der Bedienung technischer Geräte etc.⁵⁵⁷

Zwischenzeitlich wurde ein vielfältiges Angebot von Robotik für den Alltag entwickelt, das in folgende Felder unterteilt werden kann:

1. *„Trainingsgeräte und Hilfsmittel zur Bewegungsausführung, Mobilität und Selbständigkeit“*: Es können Bewegungen und Handlungsabläufe geübt werden ohne soziale Interaktion mit der Technik.⁵⁵⁸
2. *„Telepräsenz und Assistenzroboter“*: Eine Person wird in der Ausführung von Handlungen unterstützt, d. h. eine Pflegekraft, ein Arzt oder Therapeut wird mithilfe eines Roboters ersetzt oder ergänzt.⁵⁵⁹
3. *„Sozial-interaktive Roboter“*: Sie dienen als Begleiter von Menschen, wobei das soziale Miteinander im Vordergrund steht.⁵⁶⁰

Überdies teilt Butter et al. (2008) Robotik nach „zunehmenden Sicherheitsbedenken“ ein. So werden geringe Bedenken in Bezug auf Reinigungsroboter für Fußböden und Sanitäreinrichtungen geäußert oder für Gangtrainer (Roboter in Rehabilitationsmaßnahmen) und auch für Assistenzsysteme wie elektrisch verstellbare Betten oder halbautomatische Rollstühle, die mittels Sensoren Hindernissen ausweichen. Mittlere Bedenken bestehen bei „sensorbasierten Prothesen“, bei Service-Robotern, die Transportwege für das Pflegepersonal erledigen, und Telemedizinssystemen zur Überwachung der Vitalfunktion, die von Menschen kontrolliert werden. Dagegen bestehen große Bedenken bei „Care-robots“, die Patienten direkt mit Medikamenten und Essen versorgen oder Robotern, die autonom oder halbautonom Patienten operieren.⁵⁶¹ Aus diesen Sicherheitsabstufungen wird ersichtlich, dass menschliches Urteilsvermögen in Pflege und Medizin eine feste Größe ist, das nicht von Robotern ersetzt werden kann.⁵⁶² Des Weiteren ergaben Studien zur Akzeptanz von Robotern, dass Pflegekräfte technischen Assistenzsystemen positiv gegenüberstehen, wenn sie nicht dazu verwendet werden, Pflegepersonal einzusparen, sondern im kli-

⁵⁵⁷ Vgl. Becker / Scheermesser / Früh / Treusch / Auerbach / Hüppi / Meier, 2013, S. 6-7.

⁵⁵⁸ Vgl. Becker / Scheermesser / Früh / Treusch / Auerbach / Hüppi / Meier, 2013, S. 21.

⁵⁵⁹ Vgl. Becker / Scheermesser / Früh / Treusch / Auerbach / Hüppi / Meier, 2013, S. 21.

⁵⁶⁰ Vgl. Becker / Scheermesser / Früh / Treusch / Auerbach / Hüppi / Meier, 2013, S. 21.

⁵⁶¹ Vgl. Becker / Scheermesser / Früh / Treusch / Auerbach / Hüppi / Meier, 2013, S. 21-22.

⁵⁶² Vgl. http://www.pflege-shv.de/uploads/pflege-shv/Buch-Artikelempfehlungen/Roboter-in-der-pflege_Artikel_AvS_072011.pdf (Abruf 26.9.14)

nischen Ablauf die Fachkräfte unterstützen, dabei zuverlässig und genau sind, und mehr Zeit für die Begleitung von Patienten bleibt. Ebenso ist auch bei älteren Menschen eine positive Haltung gegenüber Robotern festzustellen, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind: Wenn Roboter kostengünstig sind und ihre technische Handhabung leicht verständlich und einfach umsetzbar ist, erhöht es deren Akzeptanz. Wenn die Privatsphäre und persönliche Selbständigkeit gewahrt bleiben und menschliche Pflegekräfte nach wie vor zur Verfügung stehen, sind Ältere moderner Technik gegenüber aufgeschlossen. Ferner übernehmen Pflegekräfte in der Vermittlung neuer Technologien und in der Nutzung der Geräte eine wichtige Rolle.⁵⁶³

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung definiert „Ambient Assisted Living“ (AAL) als „Konzepte, Produkte und Dienstleistungen, die neue Technologien und das soziale Umfeld miteinander vernetzen, um die Lebensqualität für Menschen in allen Lebensabschnitten zu erhöhen.“⁵⁶⁴ Es geht darum, „AAL“-Kompetenzen mit gerontologischen, medizinischen und sozialen Kompetenzen zu verbinden: Einerseits bedeutet es für die am Prozess Beteiligten, offen für die individuellen Lebenslagen der Menschen zu sein und andererseits die Bereitschaft mitzubringen, an der Weiterentwicklung technischer Assistenzsysteme mitzuwirken. Gleichzeitig steigen mit den technischen Innovationen auch die Qualitätsanforderungen an Pflegende und Betreuer.⁵⁶⁵

Es lassen sich drei Hauptbedürfnisse älterer Menschen im Gesundheitsbereich identifizieren, denen mit „AAL“-Systemen begegnet werden kann:

1. „*Unterstützung im alltäglichen Leben*“ durch Erinnerung an die Einnahmezeit von Medikamenten, Informationen über den aktuellen Gesundheitszustand etc.
2. „*Förderung der Gesundheit und Mobilität*“ durch Motivation zu einem gesundheitsbewussten Lebensstil, zu ausgewogener Ernährung und Bewegung mit technischen Daten, die zur Bewegung anregen.
3. „*Ermöglichung sozialer Kontakte*“ beispielsweise durch Internetkontakte mit dem Umfeld⁵⁶⁶

Damit ältere Menschen mit technischen Geräten zurechtkommen, braucht es eine einfache Menüstruktur mit nur wenigen Elementen auf der Benutzerober-

⁵⁶³ Vgl. Becker / Scheermesser / Früh / Treusch / Auerbach / Hüppi / Meier, 2013, S. 47-50.

⁵⁶⁴ <http://www.aal-deutschland.de> (Abruf 26.9.14)

⁵⁶⁵ Vgl. Haubner / Nöst, 2012, S. 23-27.

⁵⁶⁶ Vgl. Schmid / Dörfler / Dany / Böpple, 2012, S. 68-72.

fläche des „AAL“-Geräts, die mit gut lesbarem Text und einfachen Symbolen leicht zu verstehen ist. Dabei sind eine hohe Fehlertoleranz und häufiges Feedback zu Eingaben des Nutzers hilfreich sowie eine hohe Anpassungsfähigkeit an die individuellen Bedürfnisse des Benutzers. Nichtsdestoweniger ist die Gruppe der über 50-Jährigen heterogen und die Bedürfnisse daher sehr unterschiedlich, wobei auch der Bildungsgrad, der soziale und wirtschaftliche Hintergrund für das Verständnis von Technik eine Rolle spielen.⁵⁶⁷

Des Weiteren kann Monitoring das Leben von kranken alten Menschen zu Hause unterstützen und zu mehr Lebensqualität beitragen, insbesondere durch kontinuierliches, mobiles Monitoring („continuous mobile monitoring =CoMoMo“). Als Messort dient den Sensoren bspw. der äußere Gehörgang. Dort sind sie angenehm zu tragen und kaum spürbar. So können kontinuierlich Messungen der Herzfrequenz, der Sauerstoffsättigung und der Atemfrequenz durchgeführt werden. Auch können die Körpertemperatur, Bewegungs- und Beschleunigungsmessungen oder die Lage des Patienten im Raum dargestellt werden. Damit werden gerade in der ambulanten Pflege Überwachungslücken geschlossen.⁵⁶⁸ „CMMC - continuous mobile medical care“ beinhaltet somit nicht nur eine elektronische Patientenakte mit Laborbefunden, sondern es werden therapeutische Konsequenzen aus den Informationen des Telemonitorings abgeleitet und dem Patienten zur Verfügung gestellt.⁵⁶⁹

Als ein praktisches Beispiel einer „AAL“-Dienstleistung ist das „JUTTA“-Projekt („**JUsT**-in-Time **Assistance**“) zu nennen, das bestehende Strukturen eines ambulanten Pflegedienstes mit Techniklösungen verbindet: Es werden Sensoren in der Wohnung oder am Menschen angebracht, die Aktivitäten, Vitalfunktionen, Bewegungen und Verhalten des Menschen mit Assistenzbedarf erfassen. Diese sind über Telemonitoring mit dem Pflegedienst vernetzt. Wird ein Hilfebedarf gemeldet, so wird der räumlich nächste Mitarbeiter über GPS („Globales Positionsbestimmungssystem“) informiert, um möglichst schnell Hilfe zu leisten. Zusätzlich bezieht das „JUTTA“-System auch Angehörige, Nachbarschaften und Ehrenamtliche mit ein und fördert soziale Netzwerke im direkten Umfeld der Pflegebedürftigen.⁵⁷⁰ Der Technikeinsatz bei „JUTTA“ verfolgt das Ziel, die Selbstbestimmung des Menschen zu erhalten, damit er so lange wie möglich in

⁵⁶⁷ Vgl. Schmid / Dörfler / Dany / Böpple, 2012, S. 70-77.

⁵⁶⁸ Vgl. Buschmann / Huang, 2012, S. 187-188.

⁵⁶⁹ Vgl. Buschmann / Huang, 2012, S. 192.

⁵⁷⁰ Vgl. Kalfhues, Hübschen / Lührke / Nummer / Perszewski / Schulze / Stevens, 2012, S. 325-326.

seiner Wohnung leben kann. Dabei soll die menschliche Zuwendung nicht zu kurz kommen. Denn einerseits vermittelt die assistierende Technik dem Patienten ein Gefühl von Sicherheit und andererseits vergrößern sich auch die sozialen Kontakte, da zur Kontrolle der Technik eine Mitarbeiterin des Pflegedienstes häufiger vorbeikommt. Insgesamt helfen „AAL“-Systeme, auf kritische Gesundheitszustände auch im häuslichen Umfeld schnell zu reagieren, aber es muss auch mit Übertragungsfehlern der Geräte gerechnet werden.⁵⁷¹ So werden technische Daten über das Personal und die Pflegepatienten systematisch gesammelt und gleichzeitig auch die Privatsphäre eingeschränkt.

Darüber hinaus können Internetplattformen auch Freiwilligennetzwerke, Nachbarschaftshilfen und soziale örtliche Netzwerkgemeinschaften hervorbringen und unterstützen, wie z. B. der lokale soziale Marktplatz in Bad Tölz „Bring dich ein“, der speziell auf eine ältere Zielgruppe zugeschnitten ist. „Bring dich ein“ dient zum Austausch von kommerziellen und nicht-kommerziellen Dienstleistungen – sozusagen als Tauschring. Dazu gehören Besuchs- und Begleitedienste, die Unterstützung beim Einkaufen, bei Reparaturen oder im Haushalt, Hilfe bei der Gartenarbeit, Babysitting, Nachhilfe für Schüler etc. Im Gegensatz zu Facebook hat diese Plattform einen starken regionalen Bezug mit beschränkten Einstellungen zum Schutz der Privatsphäre und hilft, Angebot und Nachfrage vor Ort zusammenzubringen.⁵⁷²

Die genannten Beispiele von „AAL“-Systemen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, aber sie deuten an, wie sich Pflege weiter verändern wird. Und es drängen sich weitere Fragen auf: Ist alles technisch Machbare verantwortbar? Welche Kriterien werden sich durchsetzen, die dem Technikeinsatz in der Pflege Orientierung geben?

5.7 Solidarökonomische Blickwinkel

Bei allen Entwicklungen spielt die Frage der Finanzierbarkeit eine große Rolle. Was soll über Steuergelder, über Versicherungsbeiträge oder über persönliche Aufwendungen finanziert werden? Welche Lösungsansätze können entwickelt werden? Gibt es Grundwerte, auf die sich alle Menschen verständigen können und die richtungsweisend für die Zukunft sind? Küng sieht in zwei „weltethischen Normen“ das Fundament jeder Wirtschaftsordnung:

⁵⁷¹ Vgl. Kalfhues, Hübschen / Lührke / Nummer / Perszewski / Schulze / Stevens, 2012, S. 328-335.

⁵⁷² Vgl. Köbler / Koene / Horsonek / Esch / Leimeister / Krcmar, 2012, S. 215-230.

1. „Das Prinzip der *Humanität*: Jeder Mensch (ob Mann oder Frau, weiß oder farblich, reich oder arm, alt oder jung) soll menschlich behandelt werden.
2. Das Prinzip der *Gegenseitigkeit*, die goldene Regel: Was du nicht willst, das man dir tut, das füg auch keinem andern zu.“⁵⁷³

Damit begrenzt er die Werte Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung durch die Werte Selbstverantwortung, Verantwortung für den Mitmenschen und Verantwortung für die Natur. Gleichzeitig weist er der Wirtschaft den Stellenwert eines „Subsystems der Gesellschaft“ zu, das nicht über anderen Subsystemen wie dem des Rechts, der Politik, der Wissenschaft, der Kultur oder der Religion steht.⁵⁷⁴ Hauchler formuliert es so: „Es müsste vielmehr eine globale Marktwirtschaft sein, die auf humane und soziale Ziele politisch verpflichtet wird, die zukünftigen Bedürfnissen und Risiken gerecht wird und mit den natürlichen Lebensgrundlagen haushält.“⁵⁷⁵ Eine solche Wirtschaftsordnung schließt die Verantwortung für zukünftige Generationen mit ein, da sie auf nachhaltige Entwicklungen setzt.⁵⁷⁶ Sie schlägt sich in „Grundwerten wie Gewaltlosigkeit, Gerechtigkeit, Wahrhaftigkeit und Partnerschaft nieder und konkretisiert sich im Recht auf Entwicklung für alle über nachhaltiges Management, Korruptionsbekämpfung und im Bemühen um soziale Sicherheit bis zur Anerkennung kultureller Vielfalt und vertrauensvollen Geschäftsbeziehungen.“⁵⁷⁷

„2009 etablierte sich die Idee, finanzielle Anreize mit grünen Investitionen zu verbinden, der Green New Deal.“⁵⁷⁸ Das bedeutet, Konjunkturprogramme enthielten eine ökologische Komponente und die Länder investierten z. B. in die Entwicklung von kohlenstoffarmen Fahrzeugen, in erneuerbare Energie, in Recycling („Bewahrung der Umwelt“), in Grünflächen in der Stadt und Wohnungen („in Lebensqualität“), in Umweltschutz einschließlich Hochwasserschutz, in die IT- Branche und Transportwege („Infrastruktur“).⁵⁷⁹ Damit wird anschaulich, dass Investitionen in öffentliche Güter und in eine soziale Infrastruktur zur Nachhaltigkeit beitragen. Es geht darum, Anreize hin zu einer hilfsbereiten, aufmerksamen Gesellschaft zu setzen, damit die Arbeit mit Kindern, Alten,

⁵⁷³ Küng, 2010, S. 258.

⁵⁷⁴ Vgl. Küng, 2010, S. 126, 154 f.

⁵⁷⁵ Hauchler zit. n. Küng, 2010, S. 160.

⁵⁷⁶ Vgl. Küng, 2010, S. 181-183, 297.

⁵⁷⁷ Küng, 2010, S. 297.

⁵⁷⁸ Jackson, 2013, S. 100.

⁵⁷⁹ Vgl. Jackson, 2013, S. 100-101.

Kranken, Behinderten und freiwillige Arbeit ein gleich hohes Ansehen gewinnt wie Produktivität und Wirtschaftlichkeit.⁵⁸⁰

Simon, Mitglied der „Akademie Solidarische Ökonomie“, schlägt einen Systemwechsel vor, eine „Marktwirtschaft ohne Profit“, in der nicht der Wachstumszwang der Wertmaßstab ist, sondern die Schonung der Umwelt und soziale Teilhabe wesentliche Kriterien des Wirtschaftssystems bilden. Auch den Austausch von Waren und Dienstleistungen außerhalb der Geld- und Marktwirtschaft in Form von Tauschringen, Gemeinschaftsgärten, Erzeuger-Verbraucher-Gemeinschaften oder in Form freier Software gewichtet er als Alternativen zu einer globalisierten freien Marktwirtschaft.⁵⁸¹ Daneben hat Felber die „Gemeinwohlökonomie“ als einen weiteren solidarischen Ansatz entwickelt. In diesem Modell erhalten die Unternehmen, die sich „sozialer, ökologischer, demokratischer und solidarischer“ verhalten, einen Wettbewerbsvorteil. So ist die Finanzbilanz nicht mehr allein für die Wirtschaftlichkeit eines Unternehmens verantwortlich, sondern die Gemeinwohlbilanz mit 18 Gemeinwohlindikatoren, die den Nutzen eines Unternehmens für das Gemeinwohl misst.⁵⁸² Diese zeigen sich konkret in folgenden Parametern: „wie sinnvoll die Produkte / Dienstleistungen sind, wie human die Arbeitsbedingungen sind, wie ökologisch produziert wird, wie mit den Kunden umgegangen wird, wie kooperativ oder solidarisch sich das Unternehmen mit anderen Unternehmen verhält, wie die Erträge verteilt werden, ob Frauen gleich behandelt und bezahlt werden, wie demokratisch die Entscheidungen getroffen werden.“⁵⁸³ Die Grundidee ist, dass etwa 10-30 Erwartungen formuliert und durch ein Anreizsystem gefördert werden. Damit soll erreicht werden, dass die Marktgesetze mit den Beziehungs- und Verfassungswerten einer Gesellschaft zusammengebracht werden. Jedes Unternehmen kann insgesamt maximal 1000 Gemeinwohlpunkte erreichen und auf jedem Produkt und jeder Dienstleistung ist das Gemeinwohl-Bilanz-Ergebnis öffentlich als Ampel farblich dargestellt.⁵⁸⁴ Konkret sähe das so aus: „0-200 Gemeinwohlpunkte = rot, 201-400 Gemeinwohlpunkte = orange, 401-600 Gemeinwohlpunkte = gelb, 601-800 Gemeinwohlpunkte = hellgrün, 801-1000 Gemeinwohlpunkte = grün.“⁵⁸⁵ Mit der farblichen Ampeldarstellung wird die Transparenz erhöht und

⁵⁸⁰ Vgl. Jackson, 2013, S. 139.

⁵⁸¹ Vgl. Simon, 2014, S. 177-178.

⁵⁸² Vgl. Felber, 2012, S. 38 f.

⁵⁸³ Felber, 2012, S. 40.

⁵⁸⁴ Vgl. Felber, 2012, S. 38 f.

⁵⁸⁵ Felber, 2012, S. 46.

der Kunde hätte eine schnelle Information über das gekaufte Produkt oder die erworbene Dienstleistung.⁵⁸⁶ In der „Gemeinwohlökonomie“ sind Überschüsse und Gewinne eines Unternehmens möglich. Aber sie sollen in einen „sozialen und ökologischen Mehrwert“ investiert werden.⁵⁸⁷ Sie können auch als Rücklage für Verluste oder für Rückzahlungen von Bankkrediten eingesetzt werden. Des Weiteren können Gewinne an die Mitarbeitenden ausgeschüttet werden oder als Darlehen an Mitunternehmen verwendet werden. Dadurch, dass die Macht nicht von der Verantwortung entkoppelt ist, werden menschenunwürdige Arbeitsbedingungen, Umweltschäden und Risikotechnologien eingeschränkt. Es können nur Personen, die im Unternehmen arbeiten, an den Gewinnen beteiligt werden. Daneben gibt es einen gesetzlichen Mindestlohn und einen Maximallohn, der z. B. auf das Zehnfache des Mindestlohns festgesetzt ist.⁵⁸⁸ „Gemeinwohlökonomie“ ist somit kein geschlossener Begriff, sondern lediglich ein Hinweis dafür, dass das Wohl aller im Blick ist und als Ziel in demokratischen Prozessen verfolgt wird. Obwohl es bisher keine steuerlichen Vorteile für diese Art des Wirtschaftens gibt, haben sich bis zum Jahr 2013 insgesamt 1340 Unternehmen den Prinzipien der Gemeinwohlbilanz verpflichtet.⁵⁸⁹ Auch in der Politik werden die Prinzipien der „Gemeinwohlökonomie“ nachgefragt.⁵⁹⁰

Ebenso wollen Regionalwährungen bzw. soziale Währungen Projekte unterstützen, wie die Betreuung von Kindern und alten Menschen oder Angebote in der Jugend- und Seniorenarbeit auf regionaler Ebene.⁵⁹¹ Als Beispiel für soziale Währungen in der Pflege ist das japanische „Fureai-Kippu“-System zu nennen, in dem geleistete Pflegestunden auf einem Pflege-Ticket gutgeschrieben werden – sozusagen als Tauschsystem.⁵⁹² Diese können zu einem späteren Zeitpunkt eingelöst oder auch an entfernt lebende Angehörige verschenkt werden. Träger dieses Systems ist keine zentrale Organisation, sondern etwa 400 gemeinnützige Organisationen. Darüber hinaus gibt es zwei Rechnungstellen, die ähnlich wie Banken arbeiten und das System stabilisieren. Über „Fureai-Kippu“, das mit „gegenseitigem Kontakt“ übersetzt werden kann, will Japan eine „Kultur der Gegenseitigkeit“ und den Zusammenhalt in der Gesellschaft fördern.⁵⁹³

⁵⁸⁶ Vgl. Felber, 2012, S. 46.

⁵⁸⁷ Vgl. Felber, 2012, S. 51.

⁵⁸⁸ Vgl. Felber, 2012, S. 51-55.

⁵⁸⁹ Vgl. Simon, 2014, S. 212.

⁵⁹⁰ Vgl. Felber, 2012, S. 16.

⁵⁹¹ Vgl. Kennedy / Lietaer, 2004, S. 18.

⁵⁹² Vgl. Kennedy / Lietaer, 2004, S. 30-31.

⁵⁹³ Vgl. <http://diakonisch.wordpress.com/2011/04/04/fureai-kippu/> (Abruf 18.11.14)

Des Weiteren gehört zu einer Regionalwährung auch, dass neben dem sozialen System ein eigenes Währungssystem entwickelt wird. Dieses soll nicht die offizielle Währung ersetzen, sondern die Regionalwährung, der „Regio“, soll ergänzen, eine komplementäre Währung sein: Denn der „Regio“ kann unterschiedliche Partner in der Region zusammenbringen und vernetzen, ist Bestandteil von regionalen Wirtschaftskreisläufen, kann nur mithilfe von Bewohnern, mittelständischen Unternehmen und wichtigen Entscheidungsträgern einer Region eingeführt werden, ist gemeinnützig und gleichzeitig professionell organisiert, wird demokratisch kontrolliert und schafft mit diesen Komponenten eine neue Identität in der Region.⁵⁹⁴

Als solidar-ökonomische Bewegung können auch die Stiftungen gewertet werden. Im Jahr 2011 zählte Deutschland 18.946 Stiftungen. Damit gehört Deutschland zu den aktivsten Stiftungsländern in Europa. 95% der Stiftungen sind vom Finanzamt als steuerbegünstigt anerkannt. Und fast alle Stiftungen verfolgen gemeinnützige und gemeinwohlorientierte Ziele.⁵⁹⁵ In Stiftungen geben Menschen etwas von sich an die nächsten Generationen weiter. Sie engagieren sich für Themen, die außerhalb ihres persönlichen Lebens liegen. Bei einer Stiftungsgründung werden die Identität und die Ziele am Anfang vereinbart, die zu klaren Werten und zu einem Grundkapital beitragen.⁵⁹⁶ Stiftungen wollen Reformen anstoßen, Gesprächsräume zwischen Politik, Wissenschaft, Wirtschaft und Zivilgesellschaft ermöglichen und sich politisch einmischen. Sie verfolgen zwei Grundfunktionen, „Komplementarität und Innovation.“ D. h. sie stehen zwischen Staat und Markt und wirken als Bindeglied.⁵⁹⁷ Gleichzeitig sind Stiftungen kein Ersatz für den Sozialstaat und sie wollen nicht für öffentliche Aufgaben vereinnahmt werden, wenn der Staat nicht mehr seinen Verpflichtungen in Kultur, Bildung und im sozialen Bereich nachkommt.⁵⁹⁸ Stiftungen setzen sich für „Engagement und Partizipation“ ein. Dabei sind folgende Handlungsfelder zu benennen: „Aufbau einer Anerkennungskultur für Freiwillige und deren Ideen, Mitarbeit an einer Infrastruktur der Bürgergesellschaft und an der Professionalisierung des Freiwilligenengagements, gemeinschaftliche Vertretung von

⁵⁹⁴ Vgl. Kennedy / Lietaer, 2004, S. 115, 198 f.

⁵⁹⁵ Vgl. Haas / Verstl, 2013, S. 16-19.

⁵⁹⁶ Vgl. Haas, 2013, S. 228-229.

⁵⁹⁷ Vgl. Haas / Verstl, 2013, S. 29.

⁵⁹⁸ Vgl. Dittmer, 2013, S. 68.

Bürgern mit eigener Stimme und zukunftsweisenden Geschäftsideen im Dialog mit Politik, Wirtschaft und Wissenschaft.“⁵⁹⁹

Die Fördermittel aus Stiftungen sind in der Regel zeitlich auf drei bis fünf Jahre befristet. Das führt dazu, dass sich etliche Projekte nach Ende der Förderung wieder auflösen. Deswegen ist die Suche nach Konzepten, die innovative Projekte und Modelle in der Fläche verwirklichen und ausbreiten, sinnvoll. Aber die Implementierung von großflächigen Strukturen ist für eine einzelne Stiftung in der Regel nicht zu leisten. Dennoch kann ein besonderes Markenzeichen einer Stiftung sein, die Entwicklung einer Kommune zu fördern, um so eine „neue Kultur des Gemeinsinns“ zu schaffen.⁶⁰⁰ Des Weiteren ist die Kooperationsbereitschaft bei größeren Stiftungen häufiger anzutreffen. So kooperieren 58% der Stiftungen am ehesten mit anderen Stiftungen, danach folgen mit 50% andere gemeinnützige Organisationen. Dann schließen sich staatliche Einrichtungen mit 30% an und danach private Einrichtungen mit 24%.⁶⁰¹ Nach Putman gibt es einen Zusammenhang zwischen erlebter sozialer Verantwortung durch den Staat und der Bereitschaft zu Freiwilligen-Engagement seitens der Bürger. So können die Länder mit hoher staatlicher sozialer Verantwortung und Wohlfahrtspolitik (z. B. Niederlande) ein hohes soziales Bürgerengagement verzeichnen.⁶⁰² Da der Staat die rechtlichen Rahmenbedingungen des Sozial- und Gesundheitswesens festlegt, ist er für Stiftungen der entscheidende Partner und umgekehrt. Stiftungen sind einerseits Teil der Bürgergesellschaft und andererseits müssen sie sich im Markt bewähren. Das veranschaulicht das komplexe Beziehungsgefüge, in dem sich Stiftungen bewegen.⁶⁰³ Denn sie stehen dazwischen: zwischen individuellem Freiwilligenengagement und gemeinschaftlichen Interessen – sozusagen als „Intermediär zwischen den drei Sektoren von Staat, Wirtschaft und Zivilgesellschaft.“⁶⁰⁴

⁵⁹⁹ Dittmer, 2013, S. 69 f.

⁶⁰⁰ Vgl. Dittmer, 2013, S. 70-77.

⁶⁰¹ Vgl. Verstl, 2013, S. 192.

⁶⁰² Vgl. Dittmer, 2013, S. 79.

⁶⁰³ Vgl. Haas, 2013, S. 219.

⁶⁰⁴ Berger, zit. n. Haas, 2013, S. 220.

5.8 Resümee

Zusammenfassend reflektiere ich die genannten Aspekte des Älterwerdens unter folgenden Fragestellungen:

- Unterstützen Aspekte diakonischer Bildung die Möglichkeiten der Alltagsbewältigung im Alter?
- Fördern diakonische Bildungsimpulse Entwicklungspotenziale im Alter?
- Können Aspekte diakonischer Bildung Orientierungshilfen im Alter sein?

Wenn „diakonische Bildung eine handlungsorientierte Wahrnehmung, emotionale Beteiligung und reflexive Durchdringung“⁶⁰⁵ fördert, dann können Aspekte diakonischer Bildung, wie Konstruktion von Wissen und Werten, Persönlichkeitsentwicklung, Compassion, Übernahme von gesellschaftlicher Verantwortung, Tätigkeit und Partizipation, gemeinschaftliche Lebensformen, Spiritualität, ein rhythmischer Lebensstil (vgl. Kap. 5.1.3, Kap. 4.5, Kap. 3.5) den Aktions- und Erfahrungsradius im Alter erweitern und zu Handlungsperspektiven in einer alternden Gesellschaft beitragen:

a.) Unterstützung der Möglichkeiten in der Alltagsbewältigung im Alter:

Fragt man Menschen im hohen Alter, was für sie ein gutes Leben ausmacht, so werden einerseits Themen wie Gesundheit, Selbständigkeit, soziale Sicherheit und Mobilität genannt, aber auch die kleinen Momente der Zufriedenheit kommen zur Sprache wie Besuche und die Freude an kleinen Dingen. Dazu können Gemeinschaftsformen im Alltag beitragen, so genannte „Caring Communities“⁶⁰⁶, in denen Kirchengemeinden, Bildungsverantwortliche, Pflegende und soziale Dienste zusammenarbeiten. Des Weiteren öffnet die Fähigkeit, Wissen und Werte zu konstruieren, den Erlebens- und Erfahrungshorizont des Einzelnen und ermöglicht, Altersbilder und innere Bilder zu konstruieren, die die Haltung und Einstellung gegenüber dem Alter positiv beeinflussen, z. B. im Blick auf das Nachlassen der Kräfte oder in der Akzeptanz von unerfüllten Wünschen. In der Offenheit zu Spiritualität können Menschen Kraftquellen entdecken, um mit der Endlichkeit des Lebens umgehen zu lernen. Ferner unterstützen ritualisierte und rhythmisierte Tagesabläufe diesen Prozess. So kommt der Selbstsorge eine hohe Bedeutung im Alter bei. In der Möglichkeit zu Tätigkeit und Partizipation, sei es zu Hause, in betreuten Wohngemeinschaften oder KDA-Quartiershäusern, können alte Menschen ihren Platz in der Gesellschaft ein-

⁶⁰⁵ Schmidt, 2005, S. 432.

⁶⁰⁶ Coenen-Marx, 2011, S. 27 f.

nehmen. Und gleichzeitig ist die Gesellschaft herausgefordert zu fragen: Wie gehen wir mit älteren Menschen um? Sind sie „freundschaftlich umsorgt“?⁶⁰⁷ Was ist nötig, damit Ältere und Jüngere miteinander leben können? So sind Empathie und Compassion eine wichtige Voraussetzung im Umgang mit (alten) Menschen, um den entsprechenden Anforderungen begegnen zu können.

b.) Förderung der Entwicklungspotenziale im Alter

Die „50 plus“-Studie gibt aufschlussreiche Ergebnisse in der Differenzierung der Lebensstile, wobei die soziale Lage, die Wertvorstellungen, die Bildung, die Freizeitgestaltung und das Einkommen eine Rolle für die Lebenswelt und den jeweiligen Lebensstil spielen. Die Gruppe der „konservativen Senioren“ (24%) ist nach dieser Studie zahlenmäßig die größte, gefolgt von den „jungen Alten“ (20%), den „Hedonisten“ und dem „Mainstream“ (18%).⁶⁰⁸ Auffallend ist, dass v. a. für die „jungen Alten“ Mitdenken, Sich einmischen, also Tätigkeit und Partizipation, Übernahme von gesellschaftlicher Verantwortung, Persönlichkeitsentwicklung und das Interesse an innovativen Wohnformen wichtig sind. Sie suchen aktiv nach Wegen und Wohnarrangements für ein selbständiges Leben bis ins hohe Alter. Dabei sind sowohl die Kommunikation von Wertvorstellungen eine wichtige Voraussetzung (Konstruktion von Wissen und Werten) als auch eine größtmögliche Selbstbestimmung trotz möglicher Abhängigkeiten. Es geht darum, eine „neue Kultur des Helfens“⁶⁰⁹ zu entwickeln beispielsweise durch unterschiedlich akzentuierte Gemeinschaftsformen, die sich sowohl in der Verbindlichkeit als auch im Unterstützungsbedarf unterscheiden können. Gerade im Umgang mit dementen Menschen können solche Gemeinschaftsformen eine Entlastung für Angehörige und für Betroffene sein, um nicht auf sich allein gestellt zu sein. Auch bieten technikgestützte Assistenzsysteme Entwicklungspotenziale im Alter: Das Vernetzen von Technologien mit dem sozialen Umfeld oder ein kontinuierliches Monitoring können den Aktionsradius in der Wohnung trotz Einschränkungen erweitern. Sie fördern die Tätigkeit und Partizipation und die Persönlichkeitsentwicklung.

Des Weiteren tragen in einer alternden Gesellschaft Investitionen in eine soziale Infrastruktur zur Nachhaltigkeit bei. Dabei steht die Frage der Finanzierung im Vordergrund, die mit Komplementarität weiterentwickelt werden kann. So kann das bestehende Wirtschaftssystem mit Regionalwährungen, Komplen-

⁶⁰⁷ Gronemeyer / Heller, 2014, S. 14.

⁶⁰⁸ Vgl. Otten, 2008, S. 191-205.

⁶⁰⁹ Gronemeyer, 2013, S. 52.

tärwährungen, gemeinwohlökonomischen Aspekten oder Stiftungen ergänzt werden. Das führt zu neuen Handlungsspielräumen, da sich die Möglichkeiten zur Teilhabe (Tätigkeit und Partizipation) erweitern.

c.) Orientierungshilfen für Entscheidungssituationen im Alter

Aspekte diakonischer Bildung tragen dazu bei, dass sich ältere Menschen im gesellschaftlichen, politischen und kulturellen Diskurs beteiligen können. Deshalb sind vielfältige Kontaktmöglichkeiten und Gelegenheitsstrukturen in sozialen und diakonischen Institutionen zu schaffen. So ermöglichen Gemeinschaftsformen, dass Ältere mit ihren Fragen nicht allein bleiben, sondern sich mit anderen austauschen und Orientierung im Gespräch finden können. Auch können spirituelle Angebote (Gebete, Stille) einen rhythmischen Lebensstil vertiefen und Orientierung im Alltag geben, auch im Blick auf die Situation der Endlichkeit und Verletzlichkeit im Alter als einen Teil menschlichen Lebens. Ferner können bei Demenz Wissen und Werte die Kommunikation zwischen Betroffenen, Angehörigen und Betreuenden fördern und Orientierung im Miteinander geben, damit die Würde des Menschen bis zuletzt bewahrt bleibt.

Obwohl technikgestützte Assistenzsysteme den Aktionsradius von pflegebedürftigen alten Menschen erweitern können, bleiben dennoch Fragen offen, die individuell zu beantworten sind: Ist alles technisch Machbare verantwortbar? Einerseits können „GPS“-Systeme Pflegekräfte sofort ausfindig machen und sie darüber informieren, an welchem Ort ihre Hilfe benötigt wird, aber andererseits hat dies Auswirkungen auf die Arbeitsweise und das Selbstverständnis der Pflegekräfte. Ebenso ist auch der Einsatz von Robotern individuell zu prüfen. Hier können Aspekte diakonischer Bildung (Konstruktion von Wissen und Werten, Persönlichkeitsentwicklung, Übernahme von gesellschaftlicher Verantwortung) Orientierungshilfen in Entscheidungsprozessen geben. Denn viele Fragen sind nicht im Voraus zu klären, da die Bedürfnisse und Haltungen der Menschen sehr verschieden sind und sie auch zu unterschiedlichen Einschätzungen bez. der Inanspruchnahme von (technischen) Hilfeleistungen kommen werden. Zusammenfassend lassen sich die Ergebnisse grafisch wie folgt darstellen:

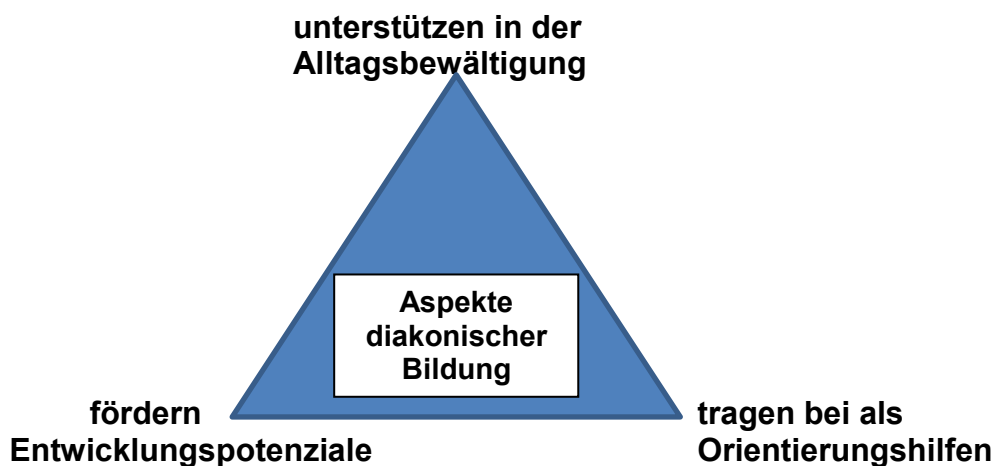


Abb. 37: Aspekte diakonischer Bildung und ihre Wirkungen⁶¹⁰

Damit sind die drei Ausgangsfragen zu Beginn dieses Kapitels mit „Ja“ beantwortet: Aspekte diakonischer Bildung fördern die Entwicklung diakonischer Handlungsperspektiven, denn sie können alte Menschen in der Alltagsbewältigung unterstützen, ihre Entwicklungspotenziale fördern und Orientierung in Entscheidungssituationen geben. Somit eröffnen sie einerseits weitere Gestaltungsräume und andererseits verändern sie Einstellungen und Haltungen, da sie sowohl die „Potenzial- als auch die Verletzlichkeitsperspektive“⁶¹¹ des Alters berücksichtigen.

Es geht um wechselseitige Unterstützung, um Kommunikation und um ein Miteinander der Generationen. Um dies zu erreichen, sind die unterschiedlichen Sektoren (medizinischer, pflegerischer, sozialer, diakonischer, kirchlicher, staatlicher) auf Kooperation angewiesen. Denn die Bedarfslagen im Alter sind so komplex, dass sie von keinem Sektor alleine bewältigt werden könnten. So wird eine zukünftige Aufgabe darin bestehen, Kooperationsarrangements zu entwickeln und Komplementarität auszugestalten. Die Kapitelüberschrift wurde bewusst benannt als „Perspektiven (diakonischen Handelns) in einer alternden Gesellschaft.“ Die in Klammern gesetzten Worte verdeutlichen, dass diakonisches Handeln nur ein kleiner Teil von vielen Perspektiven darstellt. Denn neben diakonischen Handlungsperspektiven, die z. B. durch diakonische Bildungsimpulse angeregt werden (vgl. Kap. 5.1.3), gibt es viele anders akzentuierte zukunftsweisende Initiativen für alte Menschen in einer alternden Gesellschaft (vgl. Kap. 5.4 – Kap. 5.7).

⁶¹⁰ eigene Abbildung

⁶¹¹ Kruse, 2013, S. 9.

Wenn staatliche Verantwortung im Sozialen als Vorbildfunktion entscheidend für bürgerschaftliches Engagement ist, dann ist es weiterführend, das Zusammenspiel von Staat, Wirtschaft und Zivilgesellschaft in unterschiedlichen Sozial- und Gesundheitssystemen zu beleuchten, um Kriterien zu identifizieren, wie sich diese drei Sektoren gegenseitig beeinflussen und wie sie sich miteinander vernetzen können. Daher untersuche ich zunächst die Bedingungen, Konzepte, sozialen Innovationen und Kommunikationswege sektorenübergreifender Zusammenarbeit innerhalb Deutschlands (Kap. 6 und Kap. 7). Anschließend wird die sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Pflege an vier Beispielen (Schweiz, Niederlande, Großbritannien, Spanien) im Vergleich zu Deutschland (Kap. 8) näher ausgeführt.

6 Herausforderungen im 21. Jahrhundert: Vom Heim zum „stadtteilintegrierten Servicehaus“ – Sektorenübergreifende Zusammenarbeit

Haas entfaltet den Begriff „stadtteilintegriertes Servicehaus“⁶¹² als eine mögliche Zukunftsperspektive für ältere Menschen. Ein „stadtteilintegriertes Servicehaus“ bietet Dienstleistungen an, Technikunterstützung und die Vermittlung von Ehrenamtlichen aus einer Hand – sozusagen als ein „Serviceintermediär.“⁶¹³ Es schließt auch den Aufbau eines 24-Stunden-Sozialtelefons mit ein, Nachbarschaftshilfen, niederschwellige pflegerische und haushaltsnahe Dienstleistungen, die mithilfe eines Netzwerks aus Dienstleistern, Anbietern und bürgerschaftlich Engagierten Möglichkeiten der Teilhabe und Teilgabe bieten. Durch die Zusammenarbeit mit Wohnungsbaugesellschaften im Stadtteil können Wohnungen entsprechend der Lebenssituation ausgestattet werden. So tragen „stadtteilintegrierte Servicehäuser“ dazu bei, dass alte Menschen mit entsprechendem Unterstützungsbedarf so lange wie möglich in ihrem Stadtteil leben können.⁶¹⁴ Auch die Programme „Soziale Stadt“, die Gemeinwesendiakonie und neue Integrierte Versorgungsverträge unterstützen Menschen in ihrer Selbständigkeit und Lebensgestaltung – auch in schwierigen Lebenssituationen.

⁶¹² http://www.ekkw.de/akademie.hofgeismar/publ/Vortraege/Neu%20ab%202010/10049_Kirche-findet-stadt/Haas-kirchengemeinden%20und%20diakonische%20Unternehmen%20...pdf (Abruf 6.8.11)

⁶¹³ Haas, 2013, S. 263.

⁶¹⁴ Haas, 2013, S. 263.

6.1 Konzeptionen

Das Frankfurter Diakonissenhaus trägt im Stadtteil zur Versorgung alter Menschen mit unterschiedlichen Angeboten und in unterschiedlichen Einrichtungen bei: Zum einen im Pflegeheim Nellinistift in Kooperation mit dem Ev. Verein für Innere Mission und in der ambulanten Pflege in Kooperation mit dem Hufelandhaus als Diakonisches Netzwerk sozialer Dienste. Das Gebäude des Diakonissenkrankenhauses ist nach wie vor im Besitz der Frankfurter Diakonissen, wobei die Betriebsträgerschaft dem Konzern Agaplesion gAG obliegt.⁶¹⁵ Des Weiteren ist die Stadt Frankfurt im Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ involviert. Im Folgenden stelle ich das Programm „Soziale Stadt“, die Gemeinwendiakonie und integrierte Versorgungsformen in Frankfurt dar. Sie sind Beispiele sektorenübergreifender Zusammenarbeit und bilden die Grundlage, aus denen sich soziale Innovationen für heutige gesellschaftliche Fragestellungen weiterentwickeln lassen.

6.1.1 Soziale Stadt

Das Land Hessen hat einen eigenen Weg gewählt und für die Umsetzung des Programms „Soziale Stadt“ die Servicestelle „HEGISS“ („Hessische Gemeinschaftsinitiative Soziale Stadt“) eingerichtet. Sie berät Kommunen und fördert die Zusammenarbeit zwischen den Projekten, den Kommunen und der Landesebene. Ziel ist, die Probleme in den Stadtteilen anzugehen und Strategien zu entwickeln, damit wichtige Akteure interdisziplinär an den Konzepten mitwirken können.⁶¹⁶

Das Bund-Länder-Programm "Soziale Stadt" bezieht die konkrete Lebenswirklichkeit der Menschen vor Ort mit ein, indem es sich um die wirtschaftlichen und sozial benachteiligten Stadtteile kümmert. Das Ziel ist, in diesen Stadtteilen die Lebensbedingungen zu verbessern und schwierigen Entwicklungen vorzubeugen. Dabei übernimmt die „Soziale Stadt“ eine „Leitfunktion in den Bereichen Städtebau, Soziales, Ökonomie, Infrastruktur, Kultur, Bildung und Beschäftigung. Sie vernetzt und bündelt komplementäre Programme.“⁶¹⁷

Auch in Frankfurt wurde das Programm „Soziale Stadt“ eingerichtet. Folgende Stadtteile sind dabei im Blick:

⁶¹⁵ Vgl. www.diakonisse.de (Abruf 5.11.12)

⁶¹⁶ Vgl. <http://www.hegiss.de/ziele-des-programms> (Abruf 26.9.11)

⁶¹⁷ <http://www.hegiss.de/ziele-des-programms> (Abruf 26.9.11)

- Stadtteile mit hoher Arbeitslosenquote, mit hohem Anteil an Hartz-IV-Empfängern
- Stadtgebiete, in denen zahlreiche Bewohner mit Migrationshintergrund, Alleinerziehende, viele Kinder, Jugendliche und ältere Menschen leben
- Stadtteile mit hohen sozialen Spannungen, Vandalismus, hoher Fluktuation und fehlender Identifikation der Bewohner mit ihrem Stadtteil
- Stadtteile mit Hochhäusern und hohem Sanierungsbedarf mit einer insgesamt schlechten Verkehrs- und Versorgungsstruktur, fehlenden Freizeitangeboten und hoher Luft- und Lärmbelästigung.⁶¹⁸

Im Programm „Soziale Stadt“ sind die Akteure vor Ort wichtig. Um dies zu erreichen, werden Stadtteilbüros und Stadtteilkonferenzen eingerichtet. Außerdem kümmern sich um die Koordination und Kooperation innerhalb der Verwaltung eine ämter- und dezernatsübergreifende Projekt- und Lenkungsgruppe.⁶¹⁹ Das Modell des Stadtteilmanagements sieht nach dem Hessischen Ministerium für Wirtschaft, Verkehr und Landesentwicklung wie folgt aus:

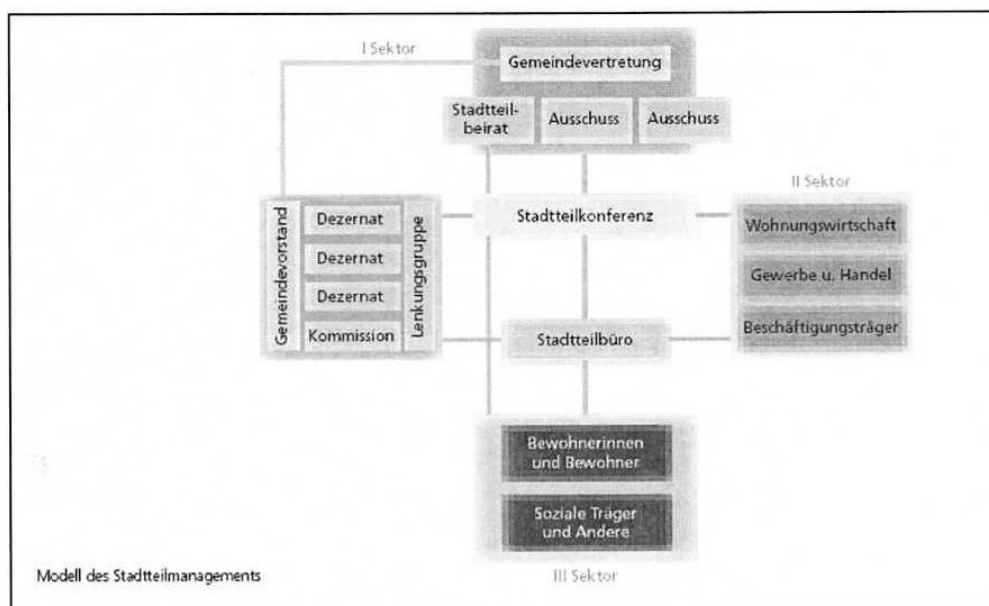


Abb. 38: „Modell des Stadtteilmanagements“⁶²⁰

Für die beiden Stadtteile „Gallus-Viertel“ und „Unterliederbach“ liegen in den „HEGISS“-Materialien Fallstudien vor, wie das Programm „Soziale Stadt“ in Frankfurt umgesetzt wurde. Um Merkmale zu identifizieren, die auch für andere

⁶¹⁸ Vgl. Evers/ Schulz/ Wiesner, 2004, S. 10.

⁶¹⁹ Vgl. Evers/ Schulz/ Wiesner, 2004, S. 10 f.

⁶²⁰ Hessisches Ministerium für Wirtschaft, Verkehr und Landesentwicklung, 2000, S. 20, in: Evers/ Schulz/ Wiesner, 2004, S. 19.

Stadtteile förderlich sind, werden diese beiden Beispiele im Folgenden dargestellt: Das „Gallus-Viertel“ liegt zwischen den Eisenbahnanlagen des Hauptbahnhofs und des ehemaligen Güterbahnhofs und ist einer der größten Stadtteile in Frankfurt. Der Stadtteil war das Arbeiterviertel des 19. Jahrhunderts und die Wohngebäude stammen aus den Anfängen des 20. Jahrhunderts. In den 90er Jahren kam es zu einem starken Abbau von Arbeitsplätzen im gewerblichen Bereich. Heute prägen neue Bürohäuser das Stadtbild. Viele Wohnungen sind sanierungsbedürftig. Durch eine Straßenbahnlinie und Busse ist die Verbindung zur Stadtmitte gut. Dagegen sind die Bildungsmöglichkeiten nicht hinreichend, denn es gibt z. B. keine weiterführende Schule vor Ort. Auch prägen hohe Umwelt- und Verkehrsbelastungen den Stadtteil sowie wenig öffentliche Grün- und Spielflächen. Etwa die Hälfte der Bewohner sind Menschen mit Migrationshintergrund. Des Weiteren hat das „Gallus-Viertel“ den höchsten Anteil an Arbeitslosen (9% im Jahr 2000) und Sozialhilfeempfängern (9,6% im Jahr 1999) in der Stadt Frankfurt.⁶²¹

Die Federführung zur Umsetzung des Programms „Soziale Stadt“ liegt im „Gallus-Viertel“ beim Stadtplanungsamt. Der zuständige Quartiersmanager konnte auf den Runden Tisch als eine Vorform für eine Stadtteilkonferenz zurückgreifen. Die Bewohner des Stadtviertels sind sehr aktiv und haben der Verwaltung Projektvorschläge zur Verbesserung des Wohnumfelds vorgestellt. Bevor weitere Maßnahmen konkretisiert werden, soll ein „integriertes Handlungskonzept“ erarbeitet und ein Stadtteilbüro eingerichtet werden sowie ein Überblick über die Bedarfe im Stadtteil ermittelt werden. Ein großes Plus war, dass wichtige Akteure wie Bürgerinitiativen von Anfang an bei der Vorbereitung des Programms beteiligt waren, so z. B. auch der Gewerbeverein als Vertreter der lokalen Wirtschaft. Der schon bestehende Runde Tisch wurde als „Trägerkooperation“ weiterentwickelt, um Spannungen zwischen bestehenden und neu zu schaffenden Strukturen gar nicht erst aufkommen zu lassen.⁶²²

Indessen liegt der Stadtteil „Frankfurt–Unterliederbach“ außerhalb der Innenstadt an der Autobahn A66. Während es im westlichen Stadtteil einen Ortskern und eine intakte Infrastruktur gibt, ist die Infrastruktur im Osten weniger gut ausgestattet: Viele Gebäude weisen bauliche Mängel auf und es gibt wenig Geschäfte zum Einkaufen. Des Weiteren bietet der östliche Standort keine Begeg-

⁶²¹ Vgl. Evers / Schulz / Wiesner, 2004, S. 101-102.

⁶²² Vgl. Evers / Schulz / Wiesner, 2004, S. 103-105.

nungs- und kaum Beschäftigungsmöglichkeiten. Viele Sozialhilfeempfänger und Langzeitarbeitslose leben dort. Der Caritas-Verband betreibt in diesem Stadtviertel einen Werkhof mit Qualifizierungs- und Beschäftigungsmaßnahmen. Gleichzeitig besteht ein Hilfenetz für arbeitslose Jugendliche, die sich etwas dazuverdienen können, indem sie ältere Bewohner mit kleineren Hilfen unterstützen. Dennoch gab es schon vor dem Programm „Soziale Stadt“ ein Stadtteilarbeitskreis, verschiedene Arbeitsgruppen wie z. B. die „AG Nachbarschaftshaus“. Jedoch waren Projekte, Vereine und Verbände am Standort kaum zu finden.⁶²³ Die Ziele, die mit dem Programm verfolgt werden, sind:

- *„Aktivierung der Bewohner“*: Insbesondere Benachteiligte sollen an Projekten beteiligt werden. Es soll ein nachbarschaftliches Netzwerk aufgebaut und Bewohnerinitiativen gefördert werden, die langfristig ohne professionelle Hilfe funktionieren.⁶²⁴
- *„Stärkung der lokalen Wirtschaft“*: Arbeitnehmer sollen so gefördert werden, dass sie eine größere Aussicht auf dem 1. Arbeitsmarkt haben.⁶²⁵
- *„Verbesserung des sozialen und kulturellen Lebens“*: Es sollen Sport- und Freizeitangebote für Kinder und Jugendliche entstehen, Freizeit und Kulturangebote für Erwachsene und Senioren, individuelle Betreuungsangebote sowie eine Interessenvertretung der Stadtteilbewohner.⁶²⁶
- *„Städtebauliche Stabilisierung“*: Für Begegnungsmöglichkeiten soll eine Stadtteilmitte entstehen, Versorgungsdefizite abgebaut, Grünflächen errichtet und der Stadtteil mit der Umgebung besser vernetzt werden.⁶²⁷
- *„Verbesserung der Wohn- und Lebensbedingungen“*: Der Wohnbestand soll durch Neubauten und Sanierungen aufgewertet und die Bewohnerstruktur durchmischt werden.⁶²⁸

Das Stadtplanungsamt hat in der Umsetzung dieser Ziele die Federführung übernommen, wobei die Koordination auf Referentenebene angesiedelt ist. Statt einer Stadtteilkonferenz wurde in „Frankfurt-Unterliederbach“ ein Beirat „Soziale Stadt“ gebildet, der Vorschläge sammelt und über Projekte abstimmt. Dabei wird kein Projekt ohne Zustimmung des Beirats umgesetzt. Denn im Stadtteilbeirat bilden die Bewohner eine Mehrheit, aber es gehören auch Vertre-

⁶²³ Vgl. Evers / Schulz / Wiesner, 2004, S. 106-107.

⁶²⁴ Vgl. Evers / Schulz / Wiesner, 2004, S. 108.

⁶²⁵ Vgl. Evers / Schulz / Wiesner, 2004, S. 108.

⁶²⁶ Vgl. Evers / Schulz / Wiesner, 2004, S. 108.

⁶²⁷ Vgl. Evers / Schulz / Wiesner, 2004, S. 108.

⁶²⁸ Vgl. Evers / Schulz / Wiesner, 2004, S. 109.

ter von offiziellen Organisationen dazu, u. a. auch die Kirchengemeinde.⁶²⁹ Mit der Implementierung von Projektgruppen wurde eine effektive Form der Bürgerbeteiligung gefunden. Ebenso wirkt sich der Beirat „Soziale Stadt“ positiv auf die Netzwerkstrukturen aus.⁶³⁰

Des Weiteren eröffnen sich für Gruppen und Einzelne verschiedenartige Wege der Beteiligung: So gibt es die Chance bei Entscheidungsprozessen mitzuwirken, in Projekten die Möglichkeit der aktiven Mitgestaltung und im Stadtteilbeirat das entsprechende Informationsangebot. Dabei hat es sich als förderlich herausgestellt, wenn Angestellte des Stadtteilbüros oder engagierte Bewohner, die Schlüsselpersonen des Netzwerkes sind, mit den Koordinatoren der Verwaltung gut zusammenarbeiten.⁶³¹ Im günstigsten Fall sind die beauftragten Netzwerkverantwortlichen im Programm „Soziale Stadt“ diejenigen, die sich schon vorher für den Standort eingesetzt haben und mit ihrem Engagement Menschen für die Anliegen des Stadtteils gewinnen konnten. Allerdings kann man den Erfolg der Netzwerkarbeit nicht eindeutig auf eine bestimmte Organisationsform zurückführen, sei sie nun „erwerbswirtschaftlich, verwaltungsintern oder freigemeinnützig.“⁶³² Ein Netzwerk ist dann erfolgreich, wenn sich die beteiligten Akteure die Aufgaben konstruktiv untereinander aufteilen, wobei die Interessen, Motivation, formellen Zuständigkeiten und die Gestaltung von Projekten entscheidend sind. Einerseits ist die Verwaltung als Netzwerkakteur wichtig, andererseits braucht ein erfolgreiches Netzwerk auch mehrere Verantwortungsträger. Dabei ist es förderlich, wenn Projekte mit großer Außenwirkung mit Projekten verknüpft werden, die für einen Strukturwandel notwendig sind, aber weniger Prestige einbringen.⁶³³ Ebenso ist festzustellen, dass fehlende politische Unterstützung „von oben“ und die Verortung von Verantwortung auf einer niedrigen Hierarchieebene die Wirkung eher verstärkt, dass das Programm „Soziale Stadt“ als ein Projekt unter vielen wahrgenommen wird.⁶³⁴

Auch wenn das Frankfurter Diakonissenhaus in einem anderen Stadtteil liegt und die dargestellten Stadtteile in Frankfurt sehr unterschiedlich sind, so liefern sie doch Erfahrungen und Erkenntnisse, die durch das Programm „Soziale Stadt“ für Frankfurt gewonnen wurden und auch für andere Stadtteile fruchtbar

⁶²⁹ Vgl. Evers / Schulz / Wiesner, 2004, S. 109-110.

⁶³⁰ Vgl. Evers / Schulz / Wiesner, 2004, S. 110-116.

⁶³¹ Vgl. Evers / Schulz / Wiesner, 2004, S. 194-197.

⁶³² Evers / Schulz / Wiesner, 2004, S. 215.

⁶³³ Vgl. Evers / Schulz / Wiesner, 2004, S. 214-229.

⁶³⁴ Vgl. Evers / Schulz / Wiesner, 2004, S. 260.

gemacht werden können. Wesentliche Fortschritte, die insbesondere auch älteren Menschen durch das Programm „Soziale Stadt“ in den Frankfurter Stadtteilen „Gallus-Viertel“ und „Unterliederbach“ zugute kommen, liegen in folgenden Punkten:

- Ansprechpartner in erreichbaren Stadtteilbüros
- Entwicklung eines „integrierten Handlungskonzepts“ für den gesamten Stadtteil, das auch die Bedarfe älterer Menschen berücksichtigt
- Entwicklung von Hilfenetzwerken durch unterschiedliche Akteure
- Möglichkeiten der Beteiligung in Projektgruppen
- Mitverantwortung für den Stadtteil durch Teilnahme an Stadtteilkonferenzen
- Begegnungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten
- Verbesserung der stadtteilspezifischen Infrastruktur.⁶³⁵

6.1.2 Gemeinwesendiakonie

Die theologische Arbeitsgruppe von Eurodiaconia hat in ihrem Bericht „Sein und Handeln. Diakonie und die Kirchen“ die fehlende Gemeinschaft von diakonischen Einrichtungen und Kirchengemeinden dargestellt und die Veränderung dieses Mangels als eine Herausforderung der nächsten Jahre benannt.⁶³⁶ Für dieses Ziel sind gemeinwesendiakonische Konzepte förderlich:

Gemeinwesendiakonie beschreibt eine gemeinsame Strategie, in der kirchliche und diakonische Einrichtungen mit nicht- oder anderskonfessionellen Akteuren im Stadtteil zusammenarbeiten. Dabei ist es ein Ziel, auf Bedarfe und Fragen der Zeit gemeinsame Lösungen zu finden, indem sich Institutionen zum Stadtteil hin öffnen. Gemeinwesendiakonie kann dazu beitragen, eine „neue Kultur des Sozialen“ zu verwirklichen. Strohm bezeichnet dies mit dem Begriff „Wichern drei“.⁶³⁷ Auch wenn die EKD-Denkschrift „Herz und Mund und Tat zum Leben“ (1998)⁶³⁸ nicht den Begriff der Gemeinwesendiakonie benennt, beschreiben die dort ausgeführten Aspekte im Wesentlichen, was mit Gemeinwesendiakonie gemeint ist: Die Distanz zwischen Kirchengemeinden und diakonischen Handlungsfeldern soll kleiner werden und der Kontakt zu Menschen, die in Not sind, verbessert werden. Darüber hinaus sind diakonische Organisatio-

⁶³⁵ Vgl. Evers / Schulz / Wiesner, 2004, S. 101-260.

⁶³⁶ Vgl. Eurodiaconia, 2005, S. 13.

⁶³⁷ Strohm, 2010, S. 17 f.

⁶³⁸ Vgl. Kirchenamt der EKD, 1998, S. 43.

nen aufgefordert, sich noch mehr an den Bedürfnissen der von Not Betroffenen zu orientieren und die Vernetzung mit „außerkirchlichen Initiativen“ voranzubringen.⁶³⁹

Für die Gemeinwesendiakonie haben sich nach Horstmann drei Handlungslogiken herausgebildet:

1. Die „*Aktivierungslogik*“ als Form der „klassischen Gemeinwesenarbeit“: Die Potenziale und Ressourcen der Bewohner im Stadtteil sollen aktiviert werden, um langfristig positive Veränderungen zu erzielen.⁶⁴⁰

2. Die „*Projektlogik*“ als Form des Projektmanagements: Es geht um Förderanträge, um die Akquise von Geldern für Stellenanteile, Raumbelagung etc.

3. Die „*Entrepreneurlogik*“ in Form von jungen Unternehmen mit innovativen Geschäftsideen: Sie ist gekennzeichnet durch aktives Gestalten, Initiativebereitschaft und der Lust, Neues zu gestalten und Dinge voranzutreiben.⁶⁴¹

Schwierigkeiten in der Umsetzung zur „neuen Kultur des Sozialen“⁶⁴² erwachsen aufgrund von unterschiedlichen Rollenverständnissen und Verhaltensweisen der Berufsgruppen und ihrer Organisationen. Die Kooperationen und gemeinsamen Trägerschaften führen meist nicht zu einer neuen Rechtsform, d. h. die vorhandenen Strukturen werden weiter genutzt. Die Strukturen können dabei sehr gegenläufig agieren, denn die Arbeitsweisen und Entscheidungswege einer Kirchengemeinde unterscheiden sich beispielsweise deutlich von denen einer Diakoniestation oder eines Krankenhauses. Entscheidend ist, dass nicht nur finanzielle Mittel als Ressourcen gewertet werden, sondern auch Kontakte, Beziehungen und Netzwerke, die jede Projektförderung mit sich bringt. Auch der Standort selbst ist eine wichtige Ressource, sein Image und das daraus folgende Vertrauen der Bürger.⁶⁴³ Zur Finanzierung von gemeinwesendiakonischen Projekten braucht es eine Anschubfinanzierung. Langfristig gesehen ist für die Gemeinwesendiakonie aber neben der Projektförderung auch eine eigenständige Finanzierungsgrundlage unumgänglich, um Kontinuität und Verlässlichkeit der Angebote zu gewährleisten. Dabei ist die Gründung von Förderkreisen und Stiftungen ein wichtiges Instrument. Hier vermischen sich monetäre und ideelle Aspekte.⁶⁴⁴ Des Weiteren sind gut erreichbare Bürger- und Service-

⁶³⁹ Vgl. Horstmann, 2010, S. 1-2.

⁶⁴⁰ Vgl. Horstmann, 2010, S. 13.

⁶⁴¹ Vgl. Horstmann, 2010., S. 13-15.

⁶⁴² Strohm, 2010, S. 17.

⁶⁴³ Vgl. Horstmann, 2010, S. 29-31.

⁶⁴⁴ Vgl. Horstmann, 2010, S. 31-33.

häuser im Stadtteil notwendig. Dazu braucht es Konzeptionen, die eine Vernetzung von Selbsthilfe, bürgerschaftlichem Engagement, technischen Unterstützungsangeboten für den Alltag und einen koordinierten Einsatz von professionellen Hilfen aus einer Hand ermöglichen.⁶⁴⁵

Wenn davon ausgegangen wird, dass für alle Problemlagen im Stadtteil eine Lösung gefunden werden kann, so ist die Suche nach Antworten auf folgende Fragen zielführend. Die Fünfer-Mix-Kaskade nach Haas:

- 1.) „Was kann der / die Betroffene selbst tun, um mit seiner neuen Lebenssituation besser zurechtzukommen?“
- 2.) Welche niederschweligen technischen Hilfsmittel gibt es, die die Selbstständigkeit der Betroffenen stützen?“
- 3.) Welche bürgerschaftlichen Kompetenzen können in ein Assistenzsetting verlässlich eingebaut werden?“
- 4.) Wo, in welchem Umfang und für wie lange ist der Einsatz von Profiasistenz notwendig?“
- 5.) Ab wann und für welchen Zeitraum muss ein institutionelles Angebot entwickelt werden, weil es keine verantwortbare Lösung mehr gibt?“⁶⁴⁶

Der Sozialraum eröffnet damit neue Berufsfelder, die übergeordnete und am Einzelnen orientierte Tätigkeiten miteinander verknüpfen, wobei die Lebensbewältigung der Menschen im Vordergrund steht. Folgende Ziele werden verfolgt: „Für die Menschen da sein (den Alltag teilen, Neues erproben), gesellschaftliche Verantwortung wahrnehmen und Brücken bauen zwischen Kirche und Diakonie mit einer Ausstrahlung in den kirchlichen und öffentlichen Raum.“⁶⁴⁷

Zum gemeinde- und gemeinwesenorientierten Handeln hat das Diakonische Werk der Ev. Kirche in Deutschland e. V. „konzeptionelle Eckpunkte“ entwickelt und im „G2-Modell“ dargestellt. Gemeinwesenorientiertes Handeln will damit allgemeine gesellschaftliche Ziele unterstützen, wie „soziale Sicherheit und Gerechtigkeit, Solidarität, Teilhabe, Beteiligung und gesellschaftliche Integration.“⁶⁴⁸

Mit der Implementierung des „G2-Modells“ bewegen sich die diakonischen Einrichtungen und Dienste auf die Kirchengemeinden und Kirchenkreise zu und

⁶⁴⁵ Vgl. http://www.ekkw.de/akademie.hofgeismar/publ/Vortraege/Neu%20ab%202010/10049_Kirche-findet-stadt/Haas-Kirchengemeinden%20und%20diakonische%20Unternehmen%20...pdf (Abruf 6.8.11)

⁶⁴⁶ http://www.ekkw.de/akademie.hofgeismar/publ/Vortraege/Neu%20ab%202010/10049_Kirche-findet-stadt/Haas-Kirchengemeinden%20und%20diakonische%20Unternehmen%20...pdf (Abruf 6.8.11)

⁶⁴⁷ Horstmann, 2010, S. 38-39.

⁶⁴⁸ Diakonisches Werk der Ev. Kirche in Deutschland e. V., 2007, S. 5-6.

führen die Zielvorgaben des 8. Leuchtfuers im Strategiepapier der EKD „Kirche der Freiheit“ näher aus.⁶⁴⁹ So steht „die Förderung der Diakonie der Gemeinden und die Förderung des gemeinde- und gemeinwesenorientierten Handelns der sozialen Dienste und Einrichtungen der Diakonie“ im Fokus.⁶⁵⁰ In Kirchen- und Diakoniegesetzen ist der Allgemeinen Sozialarbeit der Diakonie die Aufgabe gestellt, gemeinwesen- und gemeindeorientiert zu handeln. Das ist darin begründet, dass die Allgemeine Sozialarbeit der Diakonie am Anfang des 20. Jahrhunderts entstanden und bis heute ein offenes Hilfsangebot im Auftrag der Kirchengemeinden für Menschen in Notlagen ist. Sie wird vorwiegend aus kirchlichen Eigenmitteln finanziert und hat dadurch in der Konzeptionsentwicklung und -gestaltung Freiräume, die anderen refinanzierten Bereichen der Diakonie nicht offen stehen. Daher wird die Allgemeine Sozialarbeit der Diakonie auch als Koordinierungsstelle und als Basis für gemeinwesendiakonische Aufgaben vorgeschlagen.⁶⁵¹ Dabei sind, drei Ansätze zu unterscheiden:

1. „Förderansatz“: Kirchengemeinden werden in ihrem selbständigen diakonischen Handeln unterstützt, z. B. durch Beratung bei gemeindlichen Projekten, durch Unterstützung in der Konzeptionsentwicklung und in der Organisation von Veranstaltungen, durch Koordination und Vernetzung diakonischer Initiativen, durch Fundraising, durch Gewinnung und Qualifizierung von Haupt- und Ehrenamtlichen oder durch den Aufbau von Selbsthilfegruppen. Dabei stellt die Allgemeine Sozialarbeit der Diakonie ihr fachliches Wissen und Personal zur Verfügung, wobei die Kirchengemeinde selbst Veranstalter bleibt.⁶⁵²

2. „Projektansatz“: Beim Projektansatz liegt die Verantwortung und Trägerschaft bei der Allgemeinen Sozialarbeit der Diakonie (z. B. in der EKHN beim regionalen Diakonischen Werk). Sie stellt das erforderliche Personal zur Verfügung, beschafft Finanzmittel für befristete Projektstellen und Honorarkräfte, gewinnt, koordiniert und schult Ehrenamtliche für das Projekt. Die Kirchengemeinde ist Kooperationspartner und es können sich Mitglieder der Kirchengemeinde im Projekt beteiligen.⁶⁵³

3. „Integrationsansatz“: Die Trägerschaft des Projekts liegt bei einer diakonischen Einrichtung. Die Allgemeine Sozialarbeit der Diakonie begleitet und un-

⁶⁴⁹ Vgl. Rat der EKD, 2006, S. 83.

⁶⁵⁰ Diakonisches Werk der Ev. Kirche in Deutschland e. V., 2007, S. 23.

⁶⁵¹ Vgl. Diakonisches Werk der Ev. Kirche in Deutschland e. V., 2007, S. 21-22.

⁶⁵² Vgl. Diakonisches Werk der Ev. Kirche in Deutschland e. V., 2007, S. 24.

⁶⁵³ Vgl. Diakonisches Werk der Ev. Kirche in Deutschland e. V., 2007, S. 24-25.

terstützt in „Koordinations- und Vernetzungsaufgaben.“ Die Kirchengemeinde ist dann Kooperationspartner.⁶⁵⁴

Das bedeutet, dass bei der Entwicklung von gemeinde- und gemeinwesenorientierten Konzeptionen am Anfang zu klären ist, welche Rolle die Allgemeine Sozialarbeit der Diakonie übernimmt: ob Fachberatung ohne Projektverantwortung, ob Trägerschaft oder Kooperationspartner in einem vielschichtigen Beteiligungssystem.⁶⁵⁵ Dafür ist die Vernetzung unterschiedlicher Partner eine Grundvoraussetzung. In diesem Netzwerk sind Haupt- und Ehrenamtliche der Kirchengemeinden vertreten, die Fach- und Leitungsebene der sozialen Dienste und Einrichtungen der Diakonie und andere soziale Dienste, Vertreter der Zivilgesellschaft, der Kommunalpolitik, der lokalen Wirtschaft, der Presse und der Medien. Gemeinsam bilden sie eine „kirchlich-diakonische Fachgruppe Gemeinwesenarbeit (GWA)“ und vereinbaren ihre Art der Zusammenarbeit in einem Kooperationsvertrag. Insbesondere bringen die beteiligten Netzwerkpartner ihr Sozialraumwissen in die „GWA-Konferenz“ mit ein, wobei die Allgemeine Sozialarbeit der Diakonie dieses Erfahrungswissen in einem Sozialbericht zusammenfasst, aufbereitet und systematisiert. Der Sozialbericht ist dann die Grundlage für Empfehlungen an kirchlich-diakonische Entscheidungsgremien alle drei Jahre.⁶⁵⁶

Zur Implementierung des „G2-Modells“ sind die Bedingungen vor Ort zu beachten, die sehr unterschiedlich sein können. Folgende Ausgangslagen können angetroffen werden:

- A. „Die Allgemeine Sozialarbeit der Diakonie ist institutionalisiert und als Koordinierungsstelle der evangelischen Kirchen und ihrer Diakonie akzeptiert“:** Die kirchlichen und diakonischen Entscheidungsträger beauftragen die Allgemeine Sozialarbeit der Diakonie mit gemeinde- und gemeinwesenorientierten Projekten, für die der Sozialraum, die Problemlagen, die Ziele, die Dauer, die Tragweite des Netzwerkes und die Rolle der evangelischen Kirchen und ihrer Diakonie (ob Träger, Kooperationspartner, Initiator etc.) klar benannt werden. Dabei kümmert sich die Allgemeine Sozialarbeit der Diakonie u. a. um die Bildung von

⁶⁵⁴ Vgl. Diakonisches Werk der Ev. Kirche in Deutschland e. V., 2007, S. 25-26.

⁶⁵⁵ Vgl. Diakonisches Werk der Ev. Kirche in Deutschland e. V., 2007, S. 26.

⁶⁵⁶ Vgl. Diakonisches Werk der Ev. Kirche in Deutschland e. V., 2007, S. 26-27.

Netzwerken und Kooperationsstrukturen, Finanzierungsmöglichkeiten für zeitlich befristete „GWA“-Projekte.⁶⁵⁷

B. „Die Allgemeine Sozialarbeit der Diakonie ist nicht institutionalisiert“: Dann können folgende Handlungsmöglichkeiten erfolgen:

B1. Die Entscheidungsträger der evangelischen Kirchen und ihrer Diakonie sorgen für gemeinde- und gemeinwesenorientierte Personalstellen und für deren Finanzierung.

B2. Die örtlichen Diakonischen Werke richten Stabstellen für eine gemeinwesenorientierte Arbeit nach dem „G2-Modell“ ein.

B3. Bestehende kirchliche und / oder diakonische Gemeinwesen-Projekte bekommen die Aufgabe, das „G2-Modell“ oder Teile davon umzusetzen.

B4. Die Entscheidungsträger stellen kirchliche und / oder diakonische Mitarbeitende für die Aufgabe frei, das „G2-Modell“ einzuführen.⁶⁵⁸

C. „Die Allgemeine Sozialarbeit der Diakonie ist institutionalisiert, wird aber als Koordinierungsstelle in den evangelischen Kirchen und ihrer Diakonie nicht akzeptiert“: Dann kommen als Handlungsoptionen B2, B3 und B4 in Betracht.⁶⁵⁹

In der Zusammenarbeit von Diakonie, Kirchengemeinde und Kommune wird Neuland in der „sozialen Kommunikation“ beschritten. Dabei wird auf kirchliche Vereinnahmung verzichtet, da die Unterstützung von Menschen in Not im Vordergrund steht.⁶⁶⁰

Das Frankfurter Diakonissenhaus bietet verschiedene Anknüpfungspunkte für gemeinwesendiakonische Projekte: Zum einen ist das Diakonissenhaus evangelische Kirchengemeinde in Frankfurt mit engen Verbindungen zum Ev. Verein für Inneren Mission durch die ambulante Pflege und das Pflegeheim Nellinistift. Es pflegt Beziehungen zum Konzern Agaplesion gAG über den theologischen Vorstand, der im Aufsichtsrat von Agaplesion gAG vertreten ist und regelmäßig an den Gesellschafterversammlungen der Frankfurter Diakoniekliniken und der Hauptversammlung von Agaplesion gAG teilnimmt.⁶⁶¹ Des Weiteren hat das Frankfurter Diakonissenhaus Kontakte zur Stadt, zum Diakonischen Werk, zu anderen diakonischen Trägern und sozialen Verbänden, zu Beratungsdiensten,

⁶⁵⁷ Vgl. Diakonisches Werk der Ev. Kirche in Deutschland e. V., 2007, S. 36-38.

⁶⁵⁸ Vgl. Diakonisches Werk der Ev. Kirche in Deutschland e. V., 2007, S. 38.

⁶⁵⁹ Vgl. Diakonisches Werk der Ev. Kirche in Deutschland e. V., 2007, S. 34-38.

⁶⁶⁰ Vgl. Strohm, 2010, S. 21.

⁶⁶¹ Vgl. Blätter aus dem Mutterhaus, März 2014, S. 8.

zur „Initiative zur Förderung geistlichen Lebens - Haus der Stille e. V.“, um nur einige zu benennen.⁶⁶²

6.1.3 Integrierte Versorgung in Frankfurt

Die verschiedenen Krankenkassen haben mit Ärzten, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und Physiotherapeuten besondere Vereinbarungen getroffen, um ihren Patienten mehr Qualität und Service zu bieten. Dabei obliegt dem behandelnden Arzt als „Gatekeeper“ (Lotse) die Koordination der Zusammenarbeit mit allen weiteren Therapeuten. D. h. das Organisieren von Untersuchungs-, Behandlungs- und OP-Terminen entfällt für den Patienten und die Wartezeiten und Krankenhausaufenthalte können sich dadurch wesentlich verkürzen.⁶⁶³ Vergleicht man die Leistungsbereiche „Spezielle Ambulante Versorgung / Integrierte Versorgung“ der gesetzlichen Krankenkassen miteinander, so ist festzustellen, dass die Krankenkassen u. a. im Bereich der ambulanten Operationen, der Herz- und Kreislauferkrankungen, der Lungenerkrankungen, der neurologischen und psychischen Erkrankungen Behandlungspfade anbieten. Im Bereich der Altersmedizin, wie z. B. bei Demenz, sind nur teilweise „Disease Management-Programme“ entwickelt.⁶⁶⁴ Überdies haben auch Verbände, Gesellschaften und Ärzte gemeinsam Versorgungsmodelle zur Integrierten Versorgung als Beitrag zur Qualitätsverbesserung und Kostenoptimierung erstellt, so auch das „Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Demenzen“, deren Herausgeber die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) ist. Das Ziel ist, Demenzpatienten durch ein diagnostisches Verfahren frühzeitig wahrzunehmen und die Therapie mithilfe eines Netzwerks von Ärzten und anderen therapeutischen Berufsgruppen (Physiotherapeuten, Pflege etc.) einzuleiten, um Krankenhauseinweisungen zu vermeiden, die Unterbringung in Pflegeheimen hinauszuzögern und den Patienten so lange wie möglich ein Leben zu Hause zu ermöglichen. Das Rahmenkonzept informiert über Diagnostik- und Behandlungspfade.⁶⁶⁵

Aufgrund des großen Organisationsaufwands ist bei der Entwicklung von Angeboten zur „Integrierten-Versorgung“ (IV) in Deutschland eine gewisse Zurückhaltung festzustellen. „IV-Angebote“ bedeuten einen enormen Zeitaufwand an

⁶⁶² Vgl. <http://www.diakonisse.de> (Abruf 21.3.14)

⁶⁶³ Vgl. <http://www.tk.de/tk/138704> (Abruf 18.1.14)

⁶⁶⁴ Vgl. <http://www.gesetzlicheKrankenkassen.de> (Abruf 18.1.14)

⁶⁶⁵ Vgl. http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/dokumente/integrierte-versorgung/iv-rahmenkonzept-demenz-nervenarzt.pdf (Abruf 28.1.14)

Kooperation, Kommunikation und Koordination für die einzelnen Kooperationspartner. Neben der praktischen Aufgabenabstimmung kommt hinzu, dass es um die Zusammenführung zwei getrennter Sektoren mit unterschiedlichen Kulturen und Ablaufprozessen geht. Denn die Leistungen aus SGB XI können im Sinne einer Teilkaskoleistung in Anspruch genommen werden, wo hingegen das SGB V eine Vollversicherung darstellt. Zur Ausgestaltung der Integrierten Versorgung haben sich „drei Grundmodelle“ herauskristallisiert:⁶⁶⁶

- **„Integriertes Versorgungszentrum mit eingegliedertem Ärztenetz“:** Damit sind facharztspezifische Leistungen und eine flächendeckende ärztliche Grundversorgung in einem Zentrum gemeint. Darüber hinaus können zusätzlich pflegerische, physiotherapeutische und andere Leistungen angeboten werden.⁶⁶⁷
- **„Satellitenstrukturiertes dezentrales Ärztenetz“:** Das beinhaltet eine überregionale Gesamtstruktur, in der die Ärzte kleinräumig zusammenarbeiten.⁶⁶⁸
- **„Ambulantes Zentrum“:** Diese Zentren bieten „Disease Management-Programme“ an über den gesamten Krankheitsverlauf sowie auch weitere ärztliche Leistungen.⁶⁶⁹

Damit die Umsetzung integrierter Versorgungskonzepte gelingen kann, ist es wichtig, dass sich die beteiligten Partner als lernende Organisationen verstehen und bereit sind, bisherige Handlungsabläufe neu zu überdenken.⁶⁷⁰

Darüber hinaus haben sich in Frankfurt weitere Netzwerke entwickelt, von denen ich eine Auswahl benenne: Der Konzern Agaplesion hat sich im Bereich „Wohnen und Pflege“ etabliert mit „bundesweit 31 Wohn- und Pflegeeinrichtungen, mit mehr als 3000 Pflegeplätzen und 800 betreuten Wohnungen (Stand 31.12.2012)“.⁶⁷¹ Darüber hinaus wurde am 1.2.2013 das „Kompetenzzentrum Wohnen und Pflege“ gegründet für alle Wohn- und Pflegeeinrichtungen innerhalb von Agaplesion. Es soll Fachwissen bündeln, die Einrichtungen innerhalb des Konzerns beraten und die Wohn- und Pflegeeinrichtungen mit den entsprechenden Diensten, den Geschäftsführungen und dem Vorstand des Unterneh-

⁶⁶⁶ Vgl. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hg.), 2010, S. 93-94.

⁶⁶⁷ Vgl. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hg.), 2010, S. 94.

⁶⁶⁸ Vgl. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hg.), 2010, S. 94.

⁶⁶⁹ Vgl. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hg.), 2010, S. 94-95.

⁶⁷⁰ Vgl. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hg.), 2010, S. 95.

⁶⁷¹ http://www.agaplesion.de/fileadmin/agaplesion/HOME_D/Geschaeftsbericht_ANS.pdf (Abruf 24.1.14)

mens vernetzen.⁶⁷² Dabei verfolgt der Agaplesion Konzern mit einrichtungsübergreifenden Projekten innovative Konzepte. Dafür werden Fördersummen mit je 10.000 Euro für die besten Ideen bereitgestellt. Das wirkt als dynamische Anschubkraft und stellt zugleich eine Teilfinanzierung der Projekte dar. Folgende Ideen wurden prämiert:

- „*Ganzheitliche Pflege- und Betreuungsdokumentation mittels DAN-Software für Agaplesion*“: Durch Vereinfachung des Dokumentationssystems soll mehr Zeit für die eigentliche Pflege und Betreuung bleiben. Mit der Einführung von Dokumentationsvorlagen soll ein Agaplesion-Standard entstehen, der Rechtssicherheit gegenüber den Prüfern des Medizinischen Dienstes (MDK) gewährleistet und gleichzeitig weniger zeitaufwändig ist.⁶⁷³
- „*Expertenteam Demenz*“: Für die Weiterentwicklung der regionalen Pflegeeinrichtungen und deren professionellen Betreuung und Beratung zu den unterschiedlichen Formen von Demenz soll ein Expertenteam gegründet werden, das sich für höhere Pflegesätze („Wirtschaftlichkeit“), mehr Kompetenz der Mitarbeiter („Qualität“) und eine erfolgreiche Öffentlichkeitsarbeit („Marktposition und christliches Profil“) einsetzt.⁶⁷⁴
- „*Senioren-Urlaubsbörse*“: Bewohner eines Pflegeheims, des Betreuten Wohnens oder Kunden der ambulanten Pflege tauschen ihre Zimmer oder Wohnungen auf Zeit. Das ermöglicht einen günstigen Urlaub in einer anderen Region Deutschlands unter den gewohnten Agaplesion-Betreuungs-Standards.⁶⁷⁵

Des Weiteren wurde 2010 ein Altenhilfenetzwerk gegründet: „das Agaplesion Netzwerk Seniorenhilfe in Frankfurt. Zu diesem Netzwerk gehören drei Krankenhäuser, das Zentrum für Palliativmedizin, ein Medizinisches Versorgungszentrum mit Ärzten und Therapeuten, drei Pflegeheime, eine Seniorentagesstätte, ein ambulanter Pflegedienst und drei betreute Seniorenwohnanlagen.“⁶⁷⁶ Im Diakonissenkrankenhaus liegt der Schwerpunkt auf der medizinischen Ver-

⁶⁷² Vgl. http://www.agaplesion.de/fileadmin/agaplesion/HOME_D/Geschaeftsbericht_ANS.pdf (Abruf 24.1.14)

⁶⁷³ Vgl. http://www.agaplesion.de/fileadmin/agaplesion/HOME_D/Geschaeftsbericht_ANS.pdf (Abruf 24.1.14)

⁶⁷⁴ Vgl. http://www.agaplesion.de/fileadmin/agaplesion/HOME_D/Geschaeftsbericht_ANS.pdf (Abruf 24.1.14)

⁶⁷⁵ Vgl. http://www.agaplesion.de/fileadmin/agaplesion/HOME_D/Geschaeftsbericht_ANS.pdf (Abruf 24.1.14)

⁶⁷⁶ http://www.agaplesion.de/fileadmin/agaplesion/download/2014-01-07_AGAPLESION_Wissen_final.pdf, S. 26-27. (Abruf 26.1.14)

sorgung älterer Menschen mit vielerlei (chronischen) Erkrankungen. Es verfügt über einen geschützten Bereich für Demenzpatienten, eine Tagesklinik, eine Memory Clinic und ein Sturzzentrum.⁶⁷⁷ Die Einweisungs-, Überleitungs- und Entlassungsabläufe wurden in den verschiedenen Einrichtungen weiter entwickelt, die Kommunikation und der Informationsfluss durch Case Management für Demenzpatienten verbessert. Jeder neue Bewohner eines Pflegeheims bekommt vom Ambulanten Therapiezentrum ein „ergo- und psychotherapeutisches Assessment“. Die Ergebnisse werden an den betreuenden Arzt übermittelt, wobei die Therapien ambulant in den Einrichtungen durchgeführt werden können. Zusätzlich wird der Informationsfluss durch eine Gesundheitsmappe unterstützt, in der der Patient Arztbriefe, Behandlungsdokumente und medizinisch-pflegerische Daten sammelt. Gleichzeitig ist die Gesundheitsmappe ein Erkennungsmerkmal für Bewohner oder Patienten der Agaplesion-Einrichtungen.⁶⁷⁸

Ferner gibt es weitere „medizinische Versorgungszentren“ (MVZ), wovon ich drei benenne: so in Frankfurt-Rödelheim, das Facharztzentrum am Westend oder das „Medical Network Hessen“⁶⁷⁹, das sich speziell um ausländische Patienten und ihre Angehörigen kümmert. Im MVZ kooperieren verschiedene medizinische Fachrichtungen eng miteinander unter einem Dach und die Wege und Wartezeiten sind für den Patienten deutlich geringer.⁶⁸⁰ Diese Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie soll insbesondere den Facettenreichtum an medizinischen Versorgungszentren und Netzwerken in Frankfurt als Ausschnitt abbilden.

6.1.4 Soziale Innovationen

Die Frage nach gesellschaftlich notwendigen Dienstleistungen wirft die Suche nach geeigneten Rahmenbedingungen auf. Das Schaffen eines „innovationsfreundlichen Umfelds“ ist dafür eine wichtige Voraussetzung, da es soziale Innovationen hervorbringen kann, die Zapf 1989 wie folgt definiert⁶⁸¹:

⁶⁷⁷ Vgl. http://www.agaplesion.de/fileadmin/agaplesion/download/2014-01-07_AGAPLESION_Wissen_final.pdf, S. 27-28. (Abruf 26.1.14)

⁶⁷⁸ Vgl. http://www.agaplesion.de/fileadmin/agaplesion/download/2014-01-07_AGAPLESION_Wissen_final.pdf (Abruf 26.1.14)

⁶⁷⁹ <http://www.medical-network-hessen.de/> (Abruf 30.1.14)

⁶⁸⁰ Vgl. <http://frankfurt.arztzentrum.de/ihre-vorteile.html> (Abruf 29.1.14)

⁶⁸¹ Vgl. Leimeister / Peter, 2012, S. 3-5.

„[...] neue Wege, Ziele zu erreichen, insbesondere neue Organisationsformen, neue Regulierungen, neue Lebensstile, die die Richtung des sozialen Wandels verändern, Probleme besser lösen als frühere Praktiken, und deshalb wert sind, nachgeahmt und institutionalisiert zu werden.“⁶⁸²

In diesem Sinn haben soziale Innovationen zwei große gesellschaftliche Ziele: Einerseits bringen sie gesellschaftliche Lösungen nach einem „besseren, gerechteren und umweltschonenderen Leben“ hervor und andererseits beziehen sie Menschen und Institutionen aktiv in Veränderungsprozesse mit ein und ermöglichen Partizipation und Teilhabe.⁶⁸³ D. h. es geht um die Annahme und Verbreitung einer innovativen Idee: „Innovation = Invention/Erfindung + Diffusion/Verbreitung“⁶⁸⁴, die Veränderungen auf drei Ebenen nach sich zieht:

1. Eine veränderte Herangehensweise der Menschen zur Problemlage
2. Das Einbeziehen von sozialen Netzwerken, weiteren und bisher unberücksichtigten Personengruppen bei der Planung und Durchführung
3. Eine systematische Dienstleistungsentwicklung, die bestehende Dienstleistungen innovativ gestaltet bzw. neue und bedarfsgerechtere Dienstleistungen fördert.⁶⁸⁵

Soziale Innovationen können durch die Bürger, die Wirtschaft, den Staat oder durch andere Akteure initiiert werden. Aber es ist bisher ungeklärt, wie „verbreitet innerhalb eines Landes, wie dauerhaft und wie folgenreich eine Regelung oder Verhaltensänderung“ sein muss, um als soziale Innovation zu gelten, wobei eine nachgewiesene Größe von 50% unter den möglichen Nutzern ein Nachweis für eine innovative Entwicklung sein könnte.⁶⁸⁶ So kann das Ausmaß sozialer Innovationen unterschiedlich sein. In Veränderungsprozessen ist mit positiven, aber auch mit negativen Auswirkungen zu rechnen, mit Ein- und Ausgaben, mit Vor- und Nachteilen, mit Gewinn und Einbußen auf folgenden Gebieten⁶⁸⁷: „ökonomisch (Einkommen, Besitz, Arbeitskraft), sozial (Gewohnheiten, Beziehungen, Gesundheit), ökologisch (Umwelt, Klima), kulturell (Zeit, Wissen, Fähigkeiten), politisch (Macht und Einfluss).“⁶⁸⁸

⁶⁸² Zapf, zit. n. Leimeister / Peter, 2012, S. 3.

⁶⁸³ Vgl. Leimeister / Peter, 2012, S. 7.

⁶⁸⁴ Leimeister / Peter, 2012, S. 13.

⁶⁸⁵ Vgl. Leimeister / Peter, 2012, S. 14.

⁶⁸⁶ Vgl. Gillwald, 2012, S. 8-9.

⁶⁸⁷ Vgl. Gillwald, 2012, S. 15-20.

⁶⁸⁸ Gillwald, 2012, S. 21.

Die Motive von Innovations-Nutzern wurden empirisch erhoben und von Rogers (1983) dargestellt. Er unterscheidet „fünf Motivgruppen:

1. *Relative advantage*: Vorteile gegenüber vorigen Lösungen etwa finanzieller Art, bei Prestige, Komfort, Arbeits- und Zeitaufwand;
2. *Compatibility*: Vereinbarkeit mit bestehenden Werten, Erfahrungen und Bedürfnissen;
3. *Complexity*: Verständnisaufwand und Praktikabilität;
4. *Trialability*: Vorhandensein einer zeitlich begrenzten Testmöglichkeit;
5. *Observability*: Sichtbarkeit und Vermittelbarkeit der Innovation bzw. ihrer Ergebnisse)⁶⁸⁹

Des Weiteren sind die Beweggründe tragender Kräfte und Gegner von Innovationen entweder intrinsisch oder extrinsisch motiviert, wobei Eigeninteressen und politische Macht auch eine Rolle spielen.⁶⁹⁰ Außerdem setzen sich gute und neue Ideen nicht von selbst durch. Es braucht „unternehmerische Personen mit Hartnäckigkeit und langem Atem“, die sie vorantreiben und Organisationen, die diese Sozialunternehmer fördern und unterstützen. Ashoka ist eine solche Organisation und führend in der Förderung von Sozialunternehmern. Die Non-Profit-Organisation wurde 1980 in den USA gegründet und ist in über 70 Ländern verbreitet. Seit 2003 ist Ashoka als gemeinnützige GmbH auch in Deutschland aktiv.⁶⁹¹ Sozialunternehmer wollen gesellschaftliche Probleme verändern und suchen nach wirksamen Wegen durch „Um- und Zusammendenken von Ressourcen.“⁶⁹² Ashoka benennt vier Bereiche als Innovationshürden in Deutschland:

1. „*Fehlende und hinderliche Finanzierungsformen*“: Soziale Modellförderungsprogramme enden in der Regel nach drei Jahren, müssen vorfinanziert werden, schreiben Etatpläne vor ohne gezielte Anschlussfinanzierung. Außerdem finanzieren Innovationen in Bildung und Gesundheit langfristig die Kommunen. So kommen neue Konzepte aus Kostengründen oft nicht zum Tragen. Nicht die Wirksamkeit und Qualität der Innovationen entscheidet über die Vergabe, sondern allein der Preis.⁶⁹³

⁶⁸⁹ Rogers zit. n. Gillwald, 2012, S. 28.

⁶⁹⁰ Vgl. Gillwald, 2012, S. 27-28.

⁶⁹¹ Vgl. <http://www.germany.ashoka.org/sechs-ansatze-zur-verbretung-sozialer-innovation-deutschland.org> (Abruf 17.10.13)

⁶⁹² <http://www.germany.ashoka.org/sechs-ansatze-zur-verbretung-sozialer-innovation-deutschland.org> (Abruf 17.10.13)

⁶⁹³ Vgl. <http://www.germany.ashoka.org/sechs-ansatze-zur-verbretung-sozialer-innovation-deutschland.org> (Abruf 17.10.13)

2. *„Fehlende und hinderliche Kooperationsformen für Wachstum und Verbreitung“*: Es gibt für Innovationen zu wenig Bereitschaft zur Zusammenarbeit im Sozialsektor. Stiftungen, Staat und finanzielle Unterstützer arbeiten selten über mehrere Phasen innerhalb eines Projekts zusammen. Des Weiteren gibt es keine themenspezifischen Plattformen für einen Ideenaustausch.⁶⁹⁴
3. *„Fehlendes Fachpersonal, Management- und Organisationswissen“*: Das Sozialunternehmertum ist wegen niedriger Bezahlung und geringer Anerkennung für Fachpersonal aus der Wirtschaft nicht attraktiv. Darüber hinaus haben Sozialunternehmer oft nicht die passenden Finanzierungskonzepte für ihre Ideen zur Hand.⁶⁹⁵
4. *„Fehlendes Lobbying“*: Im Gegensatz zu großen Sozialverbänden fehlt Sozialunternehmern der Zugang zu politischen Entscheidungsträgern, um ihre Sichtweisen einzubringen.⁶⁹⁶

Ashoka Deutschland schlägt zur Überwindung dieser Hürden sechs konkrete Ansätze vor:

- *„Transferagenturen für soziale Innovationen“*: Der Sozialsektor braucht „soziale Transferagenturen“. Diese könnten soziale Innovationen und Finanzierungskonzepte zusammenbringen und so zur Nachahmung und zur Verbreitung sozialer Innovationen beitragen.⁶⁹⁷
- *„Soziale Innovationszentren“*: Manche Kommunen stellen Gründerzentren für die Wirtschaft mit entsprechender Infrastruktur, Dienstleistungen und Coaching bereit, was für den Sozialsektor ebenso hilfreich wäre. Der Kontakt von Sozialunternehmern zur Kommune könnte dadurch gefördert und Innovationen vor Ort unterstützt werden.⁶⁹⁸
- *„Innovative Finanzinstrumente“*: Begegnungsmöglichkeiten und Berichte über die Wirkung von sozialen Innovationen können Vertrauen schaffen. Daneben braucht es auch Stiftungen und Investoren, die unternehmerische Finanzierungsinstrumente ausprobieren, d. h. „Eigenkapital, Fremd-

⁶⁹⁴ Vgl. <http://www.germany.ashoka.org/sechs-ansaeetze-zur-verbretung-sozialer-innovation-deutschland.org> (Abruf 17.10.13)

⁶⁹⁵ Vgl. <http://www.germany.ashoka.org/sechs-ansaeetze-zur-verbretung-sozialer-innovation-deutschland.org> (Abruf 17.10.13)

⁶⁹⁶ Vgl. <http://www.germany.ashoka.org/sechs-ansaeetze-zur-verbretung-sozialer-innovation-deutschland.org> (Abruf 17.10.13)

⁶⁹⁷ Vgl. Höll / Oldenburg, 2011, S. 5.

⁶⁹⁸ Vgl. Höll / Oldenburg, 2011, S. 5-6.

kapital und Spenden kreativ kombinieren“, und staatliche Banken, die Teile des Risikos absichern.⁶⁹⁹

- „*Wirkungsorientierte öffentliche Mittelvergabe*“: Länder und Kommunen sollten „Wirkungsziele“ benennen und den Zuschlag für ein Projekt nicht in erster Linie am Preis festmachen. So könnten innovative Konzepte zum Zuge kommen.⁷⁰⁰
- „*Kooperation von Wohlfahrtsverbänden und Sozialunternehmern*“: Gemeinsam könnten Wohlfahrtsverbände und Sozialunternehmer Innovationen beschleunigen. Wenn Staat und Stiftungen eine Plattform zum Austausch beider Seiten ermöglichen, könnten funktionierende Kooperationen bekannter gemacht und „gemeinsame Konferenzen zum Innovationsbegriff“⁷⁰¹ ins Leben gerufen werden.
- „*Talentinitiative für den Sozialektor*“: Wirtschaftsunternehmen könnten Arbeitseinsätze im innovativen Sozialektor in ihre Personalentwicklung integrieren.⁷⁰²

Durch den demografischen Wandel entstehen Versorgungslücken, für die neue Institutionen oder neue Lösungen des Zusammendenkens von Ressourcen gesucht werden. Dabei stehen Ansätze im Vordergrund, die die selbständige Lebensführung fördern, erhalten und unterstützen.⁷⁰³ Bei Unterstützungsbedarf kann keine Form der Altenhilfe und kein Handlungssystem alleine die gesamte Hilfeleistung erbringen, vielmehr müssen die Verantwortlichkeiten aufgeteilt werden, nämlich unter der Person mit Unterstützungsbedarf und den Angehörigen, der Zivilgesellschaft, dem Staat, den Wohlfahrtsverbänden und dem Markt.⁷⁰⁴ Das Zusammenwirken mehrerer Teilsysteme oder Teilökonomien kann wie folgt dargestellt werden:

⁶⁹⁹ Vgl. Höll / Oldenburg, 2011, S. 6-7.

⁷⁰⁰ Vgl. Höll / Oldenburg, 2011, S. 7.

⁷⁰¹ Höll / Oldenburg, 2011, S. 7-8.

⁷⁰² Vgl. Höll / Oldenburg, 2011, S. 8.

⁷⁰³ Vgl. Lang / Wintergerst, 2011, S. 27.

⁷⁰⁴ Vgl. Lang / Wintergerst, 2011, S. 31.

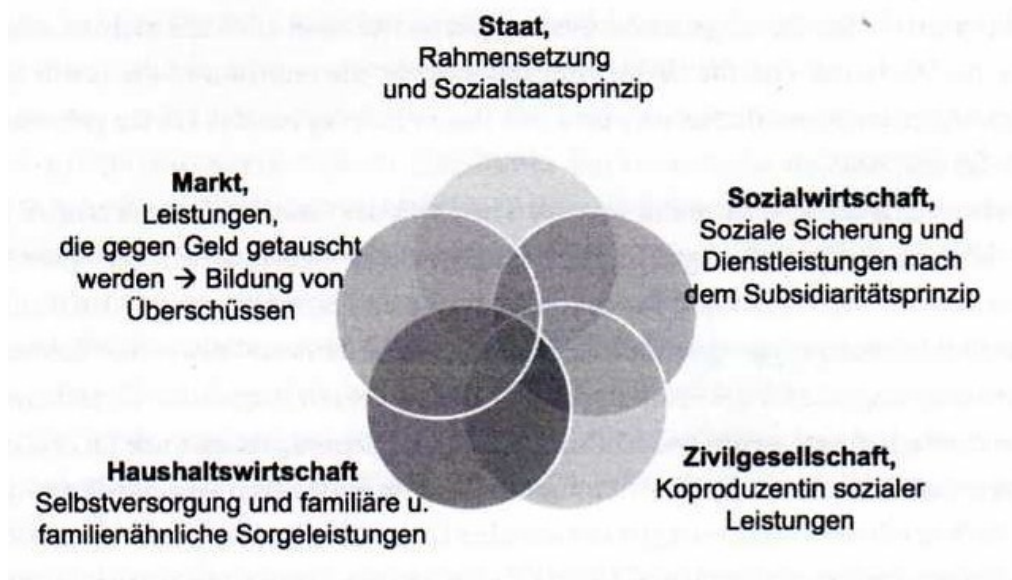


Abb. 39: „Die Teilökonomien“⁷⁰⁵

Es ist zu klären, wie sich diese Teilökonomien miteinander verschränken lassen und wie sie ihre Grenzen überschreiten können. Gerade in der Suche nach passenden Kooperationen besteht die Innovation, wobei die entwickelten Lösungen gemeinschaftlich, sozialraumorientiert und kostenbewusst sein sollen. Ein Weg dorthin sind hybride Organisationen, die verschiedene Funktionslogiken unter einem Dach vereinen, damit die Beziehungen zwischen den Teilökonomien organisiert, koordiniert und vorangebracht werden können. Dies fordert von allen Beteiligten viel Respekt und Toleranz im Blick auf die Zeiteinteilung, der Qualifikationen und Kommunikationswege der einzelnen Organisationen.⁷⁰⁶

Ein gelingendes Beispiel dafür ist die Seniorengenossenschaft Riedlingen, die zum Transfer einlädt und im Folgenden dargestellt wird: Martin beschäftigte sich Ende der 1980er Jahre mit der Frage: „Wie kann eine Struktur entstehen, die Unterstützung ermöglicht, wenn man sie braucht?“⁷⁰⁷ Die Gründungsphase war ein langer Prozess, bis die Seniorengenossenschaft 1991 starten konnte. In dieser Zeit unterstützte das Land Baden-Württemberg landesweit das Entstehen von Seniorengenossenschaften, wobei Riedlingen eine von zehn Modellstandorten wurde.⁷⁰⁸ „Genossenschaftliches Handeln bedeutet gemeinsames wirtschaftliches Handeln und eine Selbsthilfe, die den Mitgliedern zugute-

⁷⁰⁵ Lang / Wintergerst, 2011, S. 52.

⁷⁰⁶ Vgl. Lang Wintergerst, 2011, S. 57-62.

⁷⁰⁷ Martin, zit. n. Lang / Wintergerst, 2011, S. 88.

⁷⁰⁸ Vgl. Lang / Wintergerst, 2011, S. 88.

kommt.“⁷⁰⁹ Die Seniorengenossenschaft besteht aus ca. 670 Mitgliedern. Die Grundidee ist, dass rüstige Riedlinger älteren Mitbürgern helfen. Gleichzeitig sorgt die Seniorengenossenschaft dafür und garantiert, dass denjenigen ebenfalls entsprechende Hilfen zukommen, wenn sie diese benötigen. Dabei stehen die vielfältigen Unterstützungshilfen im Haushalt und Alltag im Vordergrund.⁷¹⁰ Für die Dienste bezahlen diejenigen, die sie erhalten, 8,20 € pro Stunde, wovon die Hilfeleistenden 6,80 € erhalten. Die Differenz von 1,40 € ist für die allgemeine Kostendeckung der Seniorengenossenschaft bestimmt. Gleichzeitig haben alle Hilfeleistenden die Möglichkeit, diese Summe bei der Seniorengenossenschaft anzusparen, die sie dann später als Altersvorsorge abrufen können. Diejenigen, die angespart haben, können Leistungen zum vergünstigten Tarif von 6,80 € erhalten, denn für sie entfällt der Gemeinkostenzuschlag. Des Weiteren nutzen viele die Zuverdienstmöglichkeiten, die innerhalb der Seniorengenossenschaft entstanden sind. Hervorzuheben ist, dass sich die Riedlinger gegen ein reines „Zeittauschmodell“ entschieden haben. So sind alle erbrachten Leistungen in Euro abgesichert und hinterlegt.⁷¹¹

Daneben betreibt die Seniorengenossenschaft eine Tagespflege mit Teilzeitkräften und vielen bürgerschaftlich Engagierten gegen eine Aufwandsentschädigung. Im Bereich Demenz wurde ein ambulanter Dienst aufgebaut, der durch die Reform der Pflegeversicherung 2008 möglich wurde: Geschulte Mitarbeiter entlasten die Angehörigen, indem sie die Betroffenen stundenweise zu Hause betreuen. (Die Nachfragenden bezahlen dafür 11 €, die Hilfeleistenden erhalten 6,15 €). Des Weiteren werden auch Fahrdienste und Essen auf Rädern in Kooperation mit der Altenwohnanlage angeboten. So hat die Seniorengenossenschaft im Raum Riedlingen das soziale Netzwerk entscheidend vorangebracht, dem mittlerweile alle Organisationen beigetreten sind, die soziale Hilfen, Beratung und Pflege anbieten, ebenso auch die entsprechenden Selbsthilfegruppen. Dabei sind die Vernetzungstreffen für den Erfahrungsaustausch wichtig und zur Vorbeugung von Konkurrenzsituationen hilfreich.⁷¹² Die Seniorengenossenschaft Riedlingen kann als soziale Innovation bezeichnet werden, da sie Grenzen der Teilökonomien überschritten hat. Sie kann auch als Modell für andere Organisationen dienen, die an ähnlichen Fragestellungen

⁷⁰⁹ Lang / Wintergerst, 2011, S. 89.

⁷¹⁰ Vgl. Lang / Wintergerst, 2011, S. 89.

⁷¹¹ Vgl. <http://www.martin-riedlingen.de/senioren/seniorenhomepage.html> (Abruf 25.11.13)

⁷¹² Vgl. Lang Wintergerst, 2011, S. 90-95.

arbeiten. Derzeit umfasst die Seniorengenossenschaft Riedlingen folgende Teilbereiche:

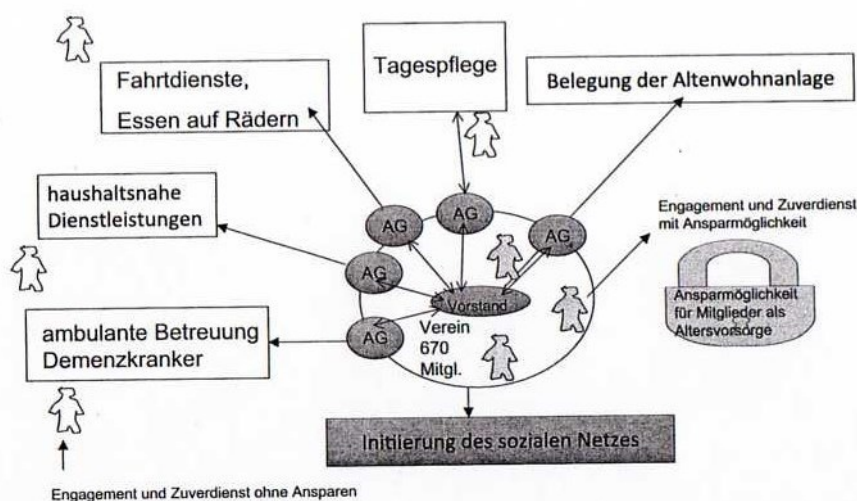


Abbildung 40: „Seniorengenossenschaft Riedlingen“⁷¹³

Neben der Seniorengenossenschaft Riedlingen gibt es weitere soziale Innovationen im Bereich der Komplementärökonomie, wie z. B. Talente-Tauschkreise, bei denen die Mitglieder mit der Währung „Talente“ Dienstleistungen tauschen. Auch ein Zeitkonto ist eine Möglichkeit, den sozialen Zusammenhalt einer Region zu fördern. Entscheidend ist die Antwort auf die Frage: Wer garantiert, dass die geleistete Zeit für andere nicht verloren geht und einem selbst auch zugutekommt, wenn man sie benötigt? In diesem Zusammenhang ist die Schweizer Stadt St. Gallen als ein gelungenes Beispiel zu nennen: Dort arbeiten Senioren als Freiwillige in Einrichtungen mit, die sich um alte Menschen zu Hause kümmern. Und die Helfenden bekommen ihre geleistete Zeit gutgeschrieben. Die Stadt St. Gallen und die dafür gegründete Stiftung garantieren die Einlösbarkeit dieser Stunden auch nach 30 Jahren.⁷¹⁴ Ebenso will der „Marktplatz der Generationen“ Teilökonomien überschreiten und ältere Menschen in neun ländlichen bayrischen Modellgemeinden darin unterstützen, dass sie so lange wie möglich ein selbständiges Leben in der eigenen Wohnung führen können. Gleichzeitig sollen auch die Bedürfnisse der jüngeren Generationen berücksichtigt werden. So werden über vier Jahre (2012-2016) generationsübergreifende Kooperationen angestoßen und begleitet. Es geht darum,

⁷¹³ Lang /Wintergerst, 2011, S. 96.

⁷¹⁴ Vgl. [http://science.apa.at/rubrik/kultur und Gesellschaft/komplementaere Waehrungen Graswurzelrevolution erobert Terrain](http://science.apa.at/rubrik/kultur%20und%20Gesellschaft/komplementaere%20Waehrungen%20Graswurzelrevolution%20erobert%20Terrain) (Abruf 8.11.13)

passende Lösungen vor Ort zu finden, indem in fünf Handlungsfeldern mit den Bürgern gemeinsam Ideen entwickelt und umgesetzt werden, die in Projekten konkretisiert werden.⁷¹⁵

1. *„Markt* (Dorfladen, Lieferservice)
2. *Dienstleistungen und Mobilität* (Fahrdienste, Nachbarschaftshilfe)
3. *Gesundheit und Pflege* (Gesundheitszentren, Betreutes Wohnen Zuhause, Sicherung der medizinischen und pflegerischen Versorgung vor Ort, Entlastung der Angehörigen durch ehrenamtliche Betreuung von Pflegebedürftigen, Besuchsdienste)
4. *Bürgerschaftliches Engagement und gesellschaftliche Teilhabe* (Veranstaltungs- und Begegnungsräume, Tauschringe, Kulturangebote, Seniorengenossenschaften, Patenschaften „Alt hilft Jung“)
5. *Wohnen* (Neue Wohnkonzepte, ambulant betreute Wohngemeinschaften, Tagespflegeeinrichtung, barrierefreie Wohnanlage)⁷¹⁶

Die genannten Beispiele sind Ausschnitte für eine erfolgreiche sektorenübergreifende Zusammenarbeit, denn es werden neue Wege der Kommunikation und des Miteinanders beschritten.

6.2 Resümee

Zwischen Medizin und Pflege sowie dem sozialen Sektor sind hierarchische Aufgabenteilungen zu überdenken und zu verändern, um nachhaltige Versorgungskonzepte zu entwickeln. Es ist empirisch nachgewiesen, dass eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe zu einer höheren Qualität der Arbeit und zu mehr Zufriedenheit der Berufsgruppen beiträgt.⁷¹⁷ Aber die Anreizmechanismen des deutschen sozialen Sicherungssystems fördern nicht den Hilfemix vor Ort, sondern die stationären Angebote. Denn bei höherem Unterstützungsbedarf kann nicht von einer verlässlichen Zusammenarbeit der sozialen Akteure und zivilgesellschaftlichen Initiativen ausgegangen werden. Es fehlen „Service-Intermediäre“, die die notwendige Koordination übernehmen.⁷¹⁸ Haas versteht unter „Service-Intermediär eine Organisation, die im Nahbereich eines Quartiers [...] durch die Verbindung von vorhandenen Angeboten in einem Mix von technischen Hilfsmitteln, zivilgesellschaftlichen Ressourcen und

⁷¹⁵ Vgl. <http://marktplatzdergenerationen.de> (Abruf 3.12.14)

⁷¹⁶ <http://marktplatzdergenerationen.de> (Abruf 3.12.14)

⁷¹⁷ Vgl. Schaeffer / Kulmey, 2012, S. 186-187.

⁷¹⁸ Vgl. Haas, 2013, S. 257-258.

Profieinsatz möglichst quartierstärkend die Bedarfe von Menschen mit Unterstützungsbedarf verlässlich so befriedigt, dass eine Versorgungsdichte entsteht, die eine (annähernde) vergleichbare Verlässlichkeit zu stationären Betreuungsalternativen darstellt.“⁷¹⁹

Es geht darum, die verschiedenen Angebote und Dienstleistungen bei Assistenzbedarf zu einem verlässlichen Netzwerk zusammenzubringen. Nach Haas könnte das zukünftig eine Aufgabe für gemeinwohlorientierte Unternehmen sein, die eine Brückenfunktion zwischen den Sektoren wahrnehmen. Denn der Rückbau des Sozialstaates bewirkt nicht automatisch den Zuwachs bürgerschaftlicher Initiativen. Des Weiteren sind rechtliche Rahmenbedingungen zu verändern. Bis dahin könnten Modelle durch Stiftungen, durch Eigenmittel von Sozialunternehmen oder durch Länderförderungen Initiativen in Richtung „Service-Intermediäre“ oder „stadtteilintegrierte Servicehäuser“ voranbringen.⁷²⁰

Vergleicht man die Programme „Soziale Stadt“, die Gemeinwesendiakonie und die Integrierte Versorgung miteinander, so ist festzuhalten, dass in allen Konzepten Erfahrungen für sektorenübergreifendes Arbeiten gesammelt und die entsprechenden Informationen in einem Zentrum gebündelt werden, sei es in Stadtteilbüros, in medizinischen Versorgungszentren oder in Mehrgenerationenhäusern. Dennoch hat jedes dieser Netzwerke bloß Kontakte und Erfahrungen zu bestimmten Sektoren. So kann über ein gemeinsames Thema oder eine gemeinsame Aufgabe die Kommunikation zwischen den Sektoren und den unterschiedlich akzentuierten Netzwerken angeregt werden. Dabei unterstützen diverse Managementinstrumente wie das Case- und Care-Management, Change Management, Netzwerkmanagement, Freiwilligenmanagement und Informationsmanagement (vgl. Kap. 7) den Prozess, neben informellen Kommunikationswegen auch formale und institutionalisierte Strukturen aufzubauen. Beispielsweise kann das Thema „Älter werden im Stadtteil“ die Kommunikation verschiedener Netzwerkpartner voranbringen. Da für dieses Themenfeld noch keine passende Lösung für alle Bedarfslagen gefunden ist - weder vom Programm „Soziale Stadt“ noch von der Gemeinwesendiakonie noch von medizinischen Versorgungszentren - entsteht ein „Leer-Raum“ für soziale Innovationen in Bezug auf Angebotsstrukturen, Finanzierungsideen und Engagementbereiche. Über das gemeinsame Thema rücken die Netzwerke näher zusam-

⁷¹⁹ Haas, 2013, S. 263.

⁷²⁰ Vgl. Haas, 2013, S. 266-270.

men und gestalten diesen „Leer-Raum.“ So können Konzeptionen für „Service-Intermediäre“ in einem bestimmten Stadtteil bzw. einer Region entstehen. Grafisch lassen sich diese Überlegungen wie folgt darstellen: Der Prozess beginnt mit wechselseitiger Kommunikation.

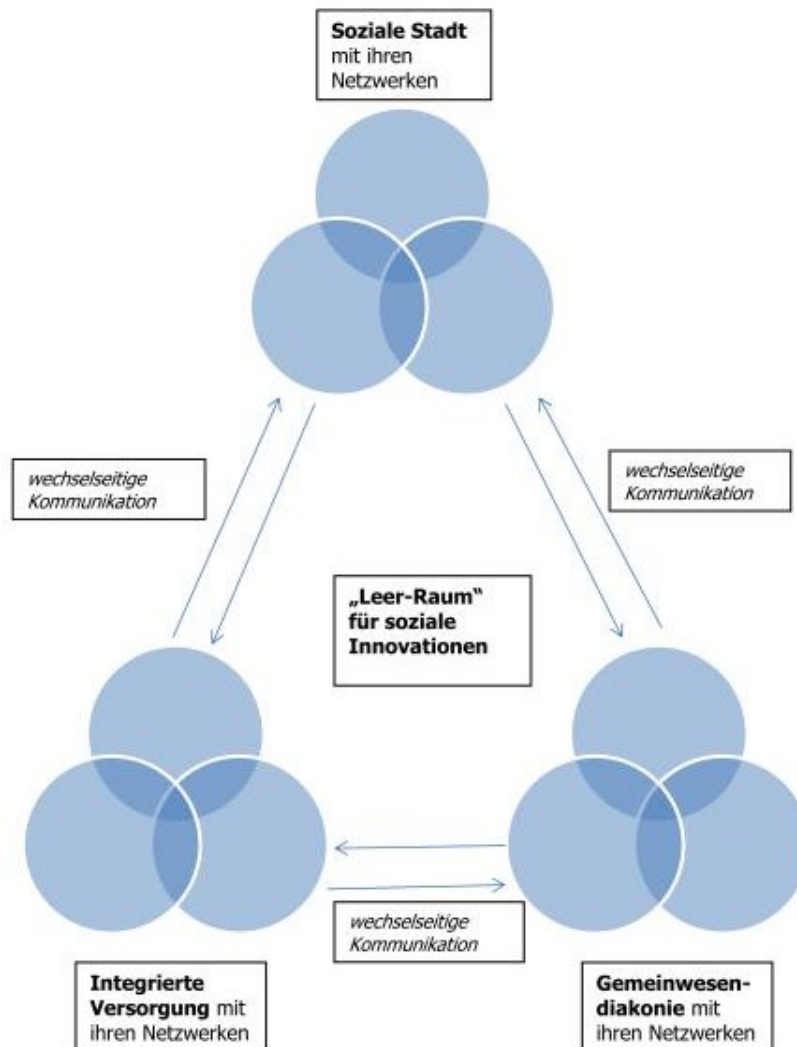


Abb. 41: Netzwerkcommunication als Enabler für soziale Innovationen⁷²¹

Wird der „Leer-Raum für soziale Innovationen“ mit Ideen für das gemeinsame Thema oder die gemeinsame Aufgabe gefüllt, verändern sich die Schnittmengen, die Kommunikationswege und Engagementbereiche der beteiligten Netzwerkpartner: Informelle Kommunikationswege werden durch institutionalisierte ergänzt. Die Netzwerkpartner rücken näher zusammen:

⁷²¹ eigene Abbildung

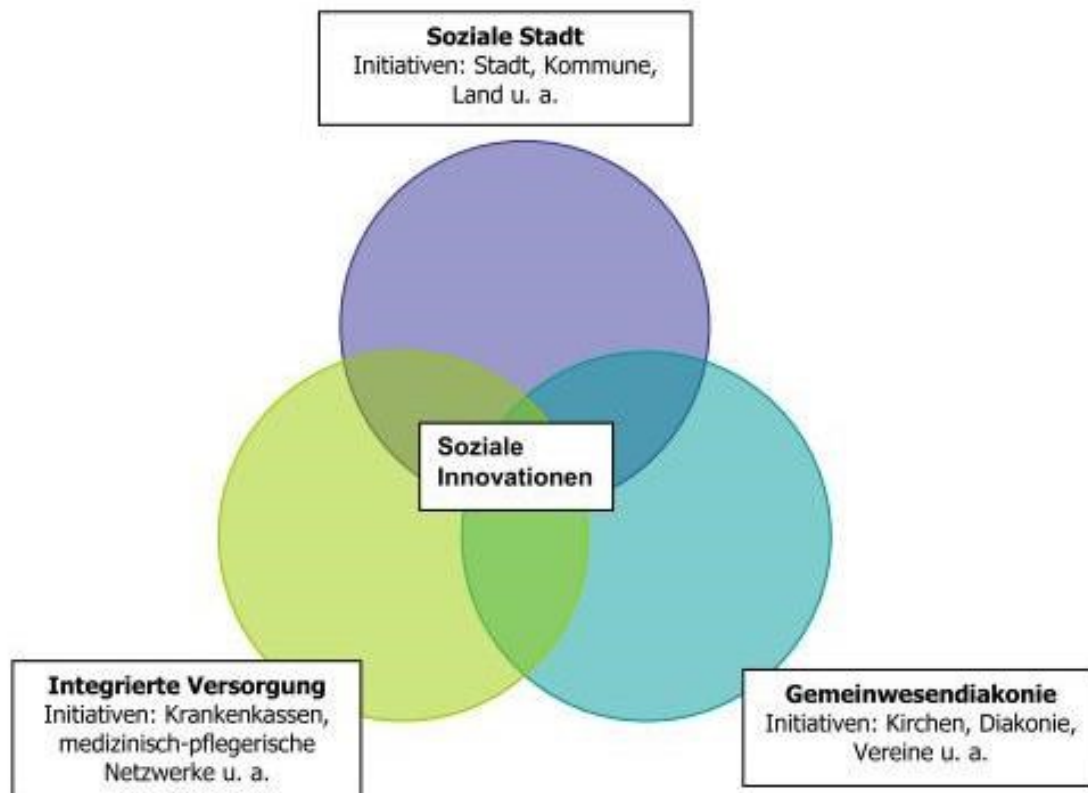


Abb. 42: Soziale Stadt, Gemeinwesendiakonie, Integrierte Versorgung – Zusammenspiel für soziale Innovationen⁷²²

In der Regel kommen nicht alle drei Netzwerksysteme („Soziale Stadt“, Gemeinwesendiakonie, Integrierte Versorgung) gleichzeitig in einem Stadtteil oder in einer Region vor. Wichtig ist, die bestehenden Organisationen zu identifizieren und ihre spezifischen Netzwerke miteinander in Kontakt zu bringen. In unmittelbarer Umgebung des Frankfurter Diakonissenhauses fallen mir drei Institutionen auf, die aus unterschiedlichen Perspektiven den Bereich: „Älter werden im Stadtteil“ aufnehmen und sektorenübergreifend zusammenarbeiten: Der Agaplesion-Konzern (medizinischer, pflegerischer und diakonischer Bereich), der Ev. Verein für Innere Mission (pflegerischer und diakonischer Bereich) und das Frankfurter Diakonissenhaus (kirchlicher und diakonischer Bereich). Darüber hinaus bestehen Kontakte zur Stadt und weiteren Organisationen, die sich für ältere Menschen engagieren. Die Entwicklung sozialer Innovationen kann durch die bestehenden Kooperationen gefördert werden.

⁷²² eigene Abbildung

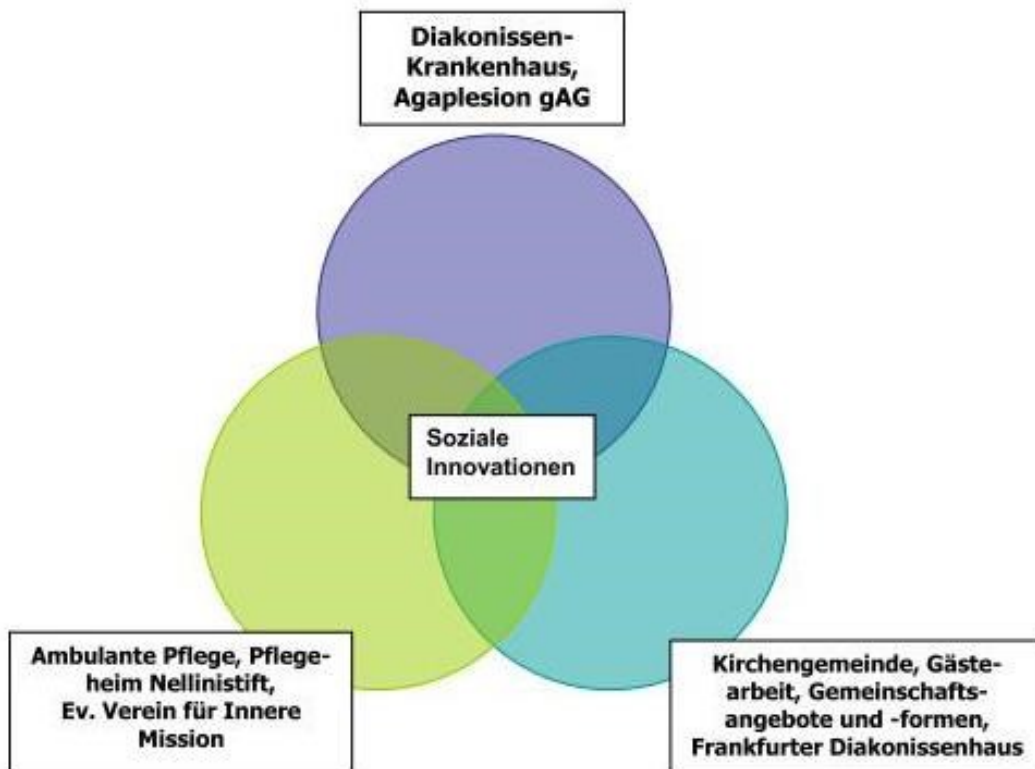


Abb. 43: Bestehende Institutionen in der Umgebung des Frankfurter Diakonissenhauses als Basis für soziale Innovationen⁷²³

Zur Konkretion bietet das Konzept „Wohnquartier hoch 4“ Anknüpfungspunkte, wie sich Altenheime als Nachbarschaftszentren öffnen oder wie Kirchengemeinden als soziale und kulturelle Zentren im Stadtteil wahrgenommen werden können. Das Ziel ist die Entwicklung „sozialer Stadtquartiere“, in denen selbstbestimmtes Leben und Teilhabe bis ins hohe Alter Wirklichkeit werden.⁷²⁴ (vgl. „Marktplatz der Generationen: Markt, Dienstleistungen und Mobilität, bürgerschaftliches Engagement und gesellschaftliche Teilhabe, Wohnen“).⁷²⁵ Dabei unterstützen sich vier Faktoren im wechselseitigen Handeln, die mit Beispielen konkretisiert werden:

1. „*Partizipation und Kommunikation*“: Entwicklung von Kommunikations- und Begegnungsorten, z. B. durch Mitarbeit bei Projekten, durch transparente Entscheidungswege⁷²⁶

⁷²³ eigene Abbildung

⁷²⁴ Vgl. HOCHTIEF Construction AG / Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe / Ev. Verband für Altenarbeit RWL / Ev. Erwachsenenbildungswerk Nordrhein e.V., 2011, S. 14- 23.

⁷²⁵ <http://marktplatzdergenerationen.de> (Abruf 3.12.14)

⁷²⁶ Vgl. HOCHTIEF Construction AG / Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe / Ev. Verband für Altenarbeit RWL / Ev. Erwachsenenbildungswerk Nordrhein e.V., 2011, S. 24.

2. „*Wohnen und Wohnumfeld*“: Barrierefreier Wohnraum, Identität für das Wohnviertel, Verkehrsanbindung und Versorgungsmöglichkeiten, Freizeitangebote, individuelle und gemeinschaftliche Wohnformen⁷²⁷
3. „*Gesundheit, Service und Pflege*“: bestehendes Dienstleistungsangebot ausgestalten, Angebote verschiedener Dienstleister und den benötigten Pflege- und Unterstützungsbedarf zusammenbringen, passende finanzierbare und kultursensible Angebote entwickeln, die die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben verbessern⁷²⁸
4. „*Bildung, Kunst und Kultur*“: werden als „Lebensmittel und als Impuls zur Lebensgestaltung“ verstanden, Möglichkeit zur Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte und mit verborgenen Zukunftshoffnungen, die Wiederentdeckung einer „Alltagskultur“ (z. B. miteinander essen und sich unterhalten)⁷²⁹

Insgesamt geht es um die Gestaltung von Kooperationen und um das Zusammenführen unterschiedlicher Denkweisen und Ressourcen. Daraus können nachhaltige Konzepte zur Bewältigung der demografischen Herausforderungen erwachsen.

7 Managementinstrumente

Auch wenn noch immer etwa 80% der täglichen Hilfe- und Unterstützungsleistungen für Pflegebedürftige von Familienangehörigen übernommen werden, so ist bereits im Jahr 2000 ein Rückgang von etwa 30.000 Fällen festzustellen. Auffallend ist, dass erst dann Freunde und Nachbarn als Helfende in Betracht kommen, wenn familiäre Kontakte fehlen. Dennoch können sie die verwandtschaftlichen Beziehungen nicht vollständig ausgleichen. Eine wichtige Voraussetzung zur Übernahme von Unterstützungshilfen ist die räumliche und emotionale Nähe der Helfenden zu den Pflegebedürftigen.⁷³⁰ Oft werden professionelle Dienste kaum in Anspruch genommen. Eine Studie im angelsächsischen Raum hat untersucht, welche Faktoren dazu beitragen, dass Menschen bereit

⁷²⁷ Vgl. HOCHTIEF Construction AG / Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe / Ev. Verband für Altenarbeit RWL / Ev. Erwachsenenbildungswerk Nordrhein e.V., 2011, S. 24.

⁷²⁸ Vgl. HOCHTIEF Construction AG / Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe / Ev. Verband für Altenarbeit RWL / Ev. Erwachsenenbildungswerk Nordrhein e.V., 2011, S. 24.

⁷²⁹ Vgl. HOCHTIEF Construction AG / Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe / Ev. Verband für Altenarbeit RWL / Ev. Erwachsenenbildungswerk Nordrhein e.V., 2011, S. 24.

⁷³⁰ Vgl. Hasseler / Görres, 2005, S. 33-34.

sind, professionelle Dienste in Anspruch zu nehmen. Folgende Faktoren wurden benannt: „Verlust oder Wechsel der Hauptpflegeperson, Alter des Pflegebedürftigen, fehlende soziale Netzwerke (z. B. von Alleinlebenden), Übernahme von Pflege- und Unterstützungsleistungen durch Nicht-Verwandte, Verschlechterung des Gesundheitszustands, eingeschränkte Fähigkeiten zur Ausübung der Aktivitäten des täglichen Lebens, Verwirrheitszustände, Veränderungen im kognitiven Bereich, Anzahl und Dauer der Krankenhausaufenthalte.“⁷³¹

Aufgrund des demografischen Wandels verändern sich auch die Erwartungen und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen: So können sich heute alte Menschen durchaus Hilfen von Nicht-Verwandten vorstellen, v. a. im hauswirtschaftlichen Bereich oder der Gartenarbeit. Das führt zu einem höheren Abstimmungsbedarf von formellen und informellen Netzwerken, zu neuen Aufgaben- und Tätigkeitsfeldern der Pflegeberufe und zu Veränderungen der Pflegearrangements.⁷³² Um eine entlastende Infrastruktur im Pflegebereich auszubauen und um den neuen komplexen Anforderungen zu entsprechen, bedarf es diverser Managementinstrumente, von denen ich im Folgenden eine Auswahl darstellen werde. Sie tragen zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit im medizinischen, pflegerischen und sozialen Bereich bei. Beispiele aus der Praxis, die auch außerhalb von Frankfurt stammen, belegen deren Wirksamkeit.

7.1 Case und Care Management

Das aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum kommende Case Management hat sich auch in Deutschland etabliert. Für Case Management gibt es zahlreiche Definitionen. Auffallend ist, dass die Kriterien „*over time*“ und „*across services*“ in den meisten Definitionen zu finden sind. So geht es beim Case Management nicht um einzelne Unterstützungsangebote, sondern um eine ganzheitliche Begleitung des Patienten und seiner Lebenssituation. Um dies zu erreichen, bedarf es Kooperationsverträge der am Pflegeprozess Beteiligten, d. h. zwischen Patienten, Angehörigen, Dienstleistern, Kostenträgern etc., die der Case Manager zu einem „integrierten Hilfesystem“ zusammenfügt.⁷³³ Durch

⁷³¹ Tennstedt/Harrow/Crawford 1996, Miller/Weissert 2000, Aditya et al. 2003, zit. n. Hasseler/Görres, 2005, S. 36.

⁷³² Vgl. Hasseler/Görres, 2005, S. 39.

⁷³³ Vgl. Ewers, 2005, S. 56-57.

seine Koordination sollen Problemlagen gelöst und die Qualität der Versorgung gesichert und weiterentwickelt werden.⁷³⁴

Dabei lassen sich drei Kernfunktionen von Case Management identifizieren:

1. **„Die Advocacy oder anwaltschaftliche Funktion“** unterstützt Menschen in schwierigen Lebenssituationen oder unvorhergesehenen biografischen Krisen (z. B. bei Unfall, Arbeitslosigkeit, schwerer Erkrankung), die aufgrund von Hilfsbedürftigkeit oder Machtlosigkeit nicht in der Lage sind, ihre persönlichen Interessen zu vertreten. Die „Advocacy-Funktion“ geht über den konkreten Einzelfall hinaus und will Lücken im Versorgungssystem ausfindig machen und diese Information an die entsprechenden übergeordneten Handlungs- und Entscheidungsträger weiterleiten.⁷³⁵
2. **„Die Broker oder vermittelnde Funktion“** möchte Patienten in der Auswahl von Dienstleistungen in einem unübersichtlichen Sozial- und Gesundheitssystem unterstützen. Der Case Manager ist neutraler Vermittler zwischen Nutzern und Anbietern von sozialen, pflegerischen und medizinischen Dienstleistungen und ist nicht einem Leistungserbringer verpflichtet. Die „Broker-Funktion“ wird häufig von privaten Case-Management-Organisationen als gebührenpflichtige Dienstleistung angeboten und ist beispielweise für alte Menschen ohne Familie und Freunde und ohne die Möglichkeit, „öffentlich-finanzierte Case-Management-Programme“ in Anspruch nehmen zu können, eine Entlastung.⁷³⁶
3. **„Die Gate-Keeper oder selektierende Funktion“** hat den Schwerpunkt, die Kosten im Gesundheits- und Sozialsystem zu begrenzen („guarding the dollars“). Daher ist der Case Manager v. a. bei Kostenträgern und Leistungserbringern angesiedelt (z. B. bei Krankenkassen oder Krankenhäusern), denn er vertritt als Türwächter („Gate-Keeper“) einerseits die Interessen der Patienten und hat andererseits die der Dienstleistungsanbieter und Kostenträger im Blick. Durch eine gezielte Steuerung in der Krankenversorgung übernimmt er eine Schlüsselrolle im Versorgungssystem. Ein Assessmentverfahren entscheidet über den Anspruch des Patienten auf Case Management und auf bestimmte Dienstleistungen.⁷³⁷

⁷³⁴ Vgl. Wendt, 2009, S. 14 f.

⁷³⁵ Vgl. Ewers, 2005, S. 63-65.

⁷³⁶ Vgl. Ewers, 2005, S. 66-68.

⁷³⁷ Vgl. Ewers, 2005, S. 69-71.

Diese drei Funktionen werden in vielen Case-Management-Konzepten miteinander verknüpft und kommen in der Regel nicht in der oben dargestellten Reinform vor. Die einzelnen Arbeitsphasen des Case Managements erinnern an einen Pflegeprozess mit dem Unterschied, dass er nicht bei allen Patienten einer Einrichtung angewandt wird, sondern nur bei denen, die bestimmten Kriterien entsprechen.⁷³⁸ Grundsätzlich ist der Case-Management-Ansatz sinnvoll, wenn viele Problemlagen vorliegen: z. B. schwere chronische Erkrankungen, eingeschränkte Selbstversorgung und Selbständigkeit ohne familiäre Unterstützung.⁷³⁹ Die Arbeitsphasen von Case Management werden unterschiedlich bezeichnet. Aber es lassen sich fünf Phasen benennen, die in fast allen Konzepten Eingang gefunden haben:

1. „*Klärungsphase*“: Es werden die Zugangsvoraussetzungen und Kriterien für die Auswahl der Klienten zum Case Management sowie die Inhalte der Betreuung und Begleitung schriftlich festgelegt, das prinzipiell freiwillig ist.⁷⁴⁰
2. „*Falleinschätzung*“: Im Assessmentverfahren werden die „Bedürfnisse, Erwartungen, Probleme, Fähigkeiten und Wünsche der Klienten festgestellt.“ Zur Datensammlung gibt es standardisierte Erhebungsbögen, die die Selbständigkeit des Klienten und seiner psychosozialen Situation darstellen. Daneben werden die sozialen Kontakte (Familie, Nachbarschaft etc.) und Hilfesysteme (z. B. Ärzte, ambulante Pflege) des Klienten in einer „Netzwerkanalyse“ grafisch erfasst und die Ressourcen und Problemlagen beschrieben.⁷⁴¹
3. „*Zielformulierung und Hilfeplanung*“: Die Betroffenen sollen ihre Ziele mit Hilfe des Case Managers benennen. Dabei werden auch Visionen (Globalziele) festgehalten, die ein positives Zukunftsbild entwerfen und zum Handeln motivieren. Handlungsziele folgen den „SMART-Kriterien (spezifisch, messbar, attraktiv, realistisch, terminiert)“. Im Hilfeplan wird dokumentiert, wer (Familie, Nachbarn, ambulanter Pflegedienst) welche Leistungen zu welchem Zeitpunkt einbringen soll.⁷⁴²
4. „*Umsetzung des Hilfeplans und Überprüfung*“: Es wird ein Netzwerk für den Klienten durch den Case Manager aufgebaut, das in Fallkonferenzen

⁷³⁸ Vgl. Ewers, 2005, S. 71-72.

⁷³⁹ Vgl. Wendt, 2009, S. 25 f.

⁷⁴⁰ Vgl. Ehlers, 2011, S. 30-32.

⁷⁴¹ Vgl. Ehlers, 2011, S. 39-52.

⁷⁴² Vgl. Ehlers, 2011, S. 53-59.

mit den beteiligten Akteuren abgestimmt und in einer Netzwerkkarte visualisiert und dokumentiert wird. Es wird kontinuierlich überprüft, ob alle Dienstleistungen entsprechend der getroffenen Absprachen erbracht werden und die festgelegten Zielvereinbarungen erreicht sind.⁷⁴³

5. *„Evaluation und Rechenschaftslegung“*: Am Ende des Case-Management-Prozesses gibt es eine Auswertung, bei der auch Klienten und Angehörige mitwirken. „Dabei werden die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse des erfolgten Case-Managements überprüft. Weitere Ziele sind die Dokumentation der Mittelverwendung, die Darlegung von Versorgungsstrukturen und der Lebensverhältnisse, die Wirkung von Case Management und die wissenschaftliche Evaluation.“⁷⁴⁴

„Mit der Einführung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes (PfWG) haben seit dem 1.1.2009 alle Personen, die Leistungen nach dem Elften Sozialgesetzbuch beziehen, gemäß §7a SGB XI einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch Pflegeberater. Sie beraten umfassend, unabhängig und unentgeltlich (§7a des PfWG).“⁷⁴⁵ Als Beratungskonzept wird das Case Management genannt und es stehen pro Beratungsstelle 2,5 Vollzeitstellen zur Verfügung, die sich Pflegekräfte, Sozialarbeiter und Sozialversicherungsangestellte miteinander teilen. Pflegestützpunkte haben eine „Lotsenfunktion“: Einerseits sollen sie Einzelne beraten und begleiten und andererseits die bestehenden Angebote miteinander vernetzen.⁷⁴⁶ Sie arbeiten nach folgenden Ansätzen:

- *„Präventiv“*: Bei 50% der Beratungen liegt keine Pflegestufe vor. Mit frühzeitigen Unterstützungsangeboten, durch Begleitung oder Hilfen bei der Antragstellung öffnen Pflegestützpunkte vielen die Tür zum System.⁷⁴⁷
- *„Steuerungsfunktion bei Notfällen“*: 7% der Beratungsgründe sind Notfallsituationen, in denen die stationäre Pflege als einziger Ausweg erscheint. Durch Beratungs- und Begleitungsangebote können weitere Lösungen gefunden werden.⁷⁴⁸
- *„Kooperation mit bürgerschaftlichem Engagement“*: Die Stützpunkte wissen auch über die Angebote von freiwillig Engagierten, Selbsthilfegrup-

⁷⁴³ Vgl. Ehlers, 2011, S. 61-68.

⁷⁴⁴ Ehlers, 2011, S. 69-74.

⁷⁴⁵ Ehlers, 2011, S. 98-99.

⁷⁴⁶ Vgl. Ehlers, 2011, S. 98-101.

⁷⁴⁷ Vgl. Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2010, S. 4-5.

⁷⁴⁸ Vgl. Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2010, S. 5.

pen etc. Bescheid und koordinieren sie innerhalb des Beratungs- und Begleitungsprozesses zu einem umfassenden Hilfeangebot.⁷⁴⁹

- „Weiterentwicklung der Versorgungsangebote“: Vernetzungen mit weiteren Beratungsstellen, Leistungserbringern, mit den Kassen und dem MDK, mit freiwillig Engagierten ermöglichen eine umfassende Beratung und Begleitung. Die Schnittstelle zwischen dem SGB V, XI und XII wird durch die institutionalisierte Kooperation fruchtbar überbrückt.⁷⁵⁰

Dennoch gibt es neben fördernden auch hemmenden Faktoren, die die Umsetzung von Case Management-Prozessen erschweren. Dazu zählen:

- Konkurrenz unter den Akteuren
- Festhalten an bisherigen Alltagsroutinen in den Einrichtungen
- Unterschiedliche Fachsprachen der Berufsgruppen, die eine Verständigung schwierig machen
- Wissens- und Kommunikationslücken (durch vorenthaltene Protokolle)
- Überschneidung der Arbeitsbereiche
- Datenschutzrechtliche Bestimmungen, die einen Informationsaustausch erschweren.⁷⁵¹

Bei der Entwicklung von Case-Management-Programmen fördert die Definition von Ergebnissen („outcomes“), Kreativität seitens der Pflegekräfte und anderen Akteuren, v. a. dann, wenn die angestrebten Ergebnisse durch die bisherigen Lösungswege nicht erreicht werden konnten. Sie erleben sich dadurch als Mitglieder eines Pflorgeteams, das die Grenzen „einer Versorgungsorganisation“ überschreitet. Dadurch können sie ihre Arbeit anders als bisher gestalten, z. B. durch eine Verbesserung der Patientenunterweisung oder in der Entwicklung von neuen regionalen Versorgungsangeboten.⁷⁵² Der Amerikanische Berufsverband für Pflegeberufe („**American Nurse Association**“) definiert „spezifische ergebnisorientierte Verhaltensanweisungen in seinen Richtlinien für die Pflegepraxis“ (ANA 1997). Hier werden die erwarteten „Outcomes“ am Beginn des Prozesses formuliert, d. h. konkret nach dem Assessment und vor der Pflegeplanung. Mit diesem Instrument kann sich die Pflege weiterentwickeln.⁷⁵³

Nachfolgend stelle ich das Wiener Modellprojekt „Ganzheitliche Hauskrankenpflege“ in Auszügen dar, das wichtige Erkenntnisse für die Implementierung von

⁷⁴⁹ Vgl. Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2010, S. 5

⁷⁵⁰ Vgl. Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2010, S. 5-6.

⁷⁵¹ Vgl. Ehlers, 2011, S. 123.

⁷⁵² Vgl. Zander, 2005, S. 180-183.

⁷⁵³ Vgl. Zander, 2005, S. 184-185.

Case Management in der Pflege bietet, denn es wurden von Beginn an Pflegekräfte mit der Aufgabe des Case Management betraut. Dafür gab es zwei Optionen: Entweder sollte das Case Management durch eine Funktionsstelle mit dafür ausgewählten Pflegekräften erfolgen (d. h. 40 Patienten auf eine Case Managerin) oder das Case Management konnte durch jede Pflegekraft des Wiener Roten Kreuzes wahrgenommen werden („Primary Care Case Management“). Aufgrund des knappen Personalschlüssels und der Tatsache, dass die Bedarfs- und Kostenabklärung durch eine Pflegekraft einer externen Organisation durchgeführt wurde, die zugleich Auftrag- und Geldgeber war, wurde die zweite Option gewählt.⁷⁵⁴

Der zeitliche Aufwand der Pflegekraft für Case Management während der durchschnittlichen Betreuungszeit von acht Wochen betrug im Schnitt 7,2 Stunden (431 Minuten). Der niedrigste lag bei 90 Minuten, der höchste bei 26 Stunden (1560 Minuten). Das verdeutlicht den erheblichen Zeitaufwand von Case-Management-Programmen, der in der Leistungsvergütung bisher keine ausreichende Berücksichtigung gefunden hat, da es hierfür noch kein systematisches Dokumentationssystem gibt. Als zeitaufwändigster Faktor hat sich das Einbeziehen der betreuenden Pflegekräfte, der Pflegehelfer, der Betreuungskräfte und die notwendigen Teamgespräche (29%) herausgestellt, gefolgt von den Gesprächen mit dem Patienten und seinen Angehörigen (25%) und den Beratungsgesprächen mit den behandelnden Ärzten (21%).⁷⁵⁵

Die im Modell betreuten Patienten waren mit der Betreuung und Versorgungsleistung sehr zufrieden (90%) und würden sich wieder für das Modell entscheiden (90%).⁷⁵⁶ Auch für die Pflegekräfte war die Implementierung von Case Management im Pflegeprozess eine positive und wichtige Erfahrung, wobei die Schwierigkeiten unter folgenden Punkten zusammengefasst werden können:

- Krankenhauserlassungen am Freitagnachmittag ohne vorheriger Absprachen mit dem Pflegeteam
- Schwierigkeiten in der Kooperation mit den Angehörigen und komplizierte Familienkonstellationen
- Krankenseinweisungen durch Notärzte aufgrund mangelnder Kommunikation zwischen Hausärzten und den Angehörigen
- Höherer Zeitbedarf für die psychosoziale Betreuung (von Sterbenden)

⁷⁵⁴ Vgl. Grundböck/ Krajić /Stricker/Pelikan, 2005, S. 237-238.

⁷⁵⁵ Vgl. Grundböck/ Krajić /Stricker/Pelikan, 2005, S. 240-242.

⁷⁵⁶ Vgl. Grundböck/ Krajić /Stricker/Pelikan, 2005, S. 235.

- Konflikte mit kritischen Patienten
- Zusammenarbeit mit manchen Ärzten⁷⁵⁷

Die Case Manager gaben in den Fragebögen an, dass sie in 74% der Fälle mit ihrer Leistung sehr zufrieden waren und in 18% eher zufrieden. Hingegen fielen die Beurteilungen der Ärzte positiver aus: In 80% waren sie mit der erbrachten Betreuung sehr zufrieden und in 18% eher zufrieden. Diese Ergebnisse bringen eine große Wertschätzung der Ärzte gegenüber den Pflegekräften zum Ausdruck, die als professionelle Dienstleister, Koordinatoren ambulanter Betreuungsangebote und als kompetente Experten wahrgenommen werden.⁷⁵⁸

In dem Projekt „Ergänzende Maßnahmen zur ambulanten Rehabilitation älterer Menschen“ des Sozialwerks Berlin e. V. wurde von April 1994 bis März 1996 untersucht, wie es mit Hilfe von Case Management gelingen kann, zukünftige Heimeinweisungen zu vermeiden oder hinauszuzögern. Entscheidend war, dass mit der Aufnahme alter Menschen im Krankenhaus möglichst frühzeitig ein Kontakt zum externen Case Manager des Sozialwerks Berlin e. V. (Sozialarbeiter) hergestellt wurde, um die Lebenslagen, Lebensgewohnheiten und das häusliche Umfeld mit den entsprechenden Hilfen zu erfassen und zu organisieren.⁷⁵⁹ Ein Case Manager verwendete im ersten Quartal des Projektjahres 26% der Zeit zur Konzeptentwicklung, die sich bis zum dritten Quartal auf 14% reduzierte. Für den Bereich Verwaltung wurde im ersten Quartal 40% der Zeit aufgewendet, der im dritten Quartal schließlich nur noch 33% betrug. Die Beratungszeit stieg von 22% im ersten Quartal auf 41% im dritten Quartal. Diese unterschiedlichen Funktionszeiten sind bei der Implementierung von Case-Management-Programmen zu bedenken.⁷⁶⁰

7.2 Change Management

Für eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Sozial- und Gesundheitswesen sind Veränderungsprozesse unumgänglich. Dabei unterstützen zwei Faktoren Change-Management-Prozesse: „ein klarer Zukunftsentwurf und ein gemeinsames Ziel.“⁷⁶¹ Das „Zugvogel-Prinzip“ verdeutlicht, was in aussichtsreichen Veränderungsprozessen geschieht: Zugvögel steuern ein klar definiertes Ziel an, nämlich ihre Winter- oder Sommerquartiere. Dabei spielt es keine Rolle,

⁷⁵⁷ Vgl. Grundböck/ Krajić /Stricker/Pelikan, 2005, S. 241.

⁷⁵⁸ Vgl. Grundböck/ Krajić /Stricker/Pelikan, 2005, S. 242-243.

⁷⁵⁹ Vgl. Wissert, 2009, S. 208-224.

⁷⁶⁰ Vgl. Wissert, 2009, S. 224.

⁷⁶¹ Straub / Kuhnecke / Kirchmann, 2013, S. 17.

ob sie Gegen- oder Rückenwind haben. Sie beenden ihre Reise nicht eher, als dass sie dieses Ziel erreichen. Dabei fangen Zugvögel nicht sofort mit der V-Formation in höchster Höhe an. Sie üben zunächst verschiedene Flugmanöver in kleinen Gruppen und bilden dann immer größere Formationen. Auf dem Weg nach Afrika orientieren sie sich an ihren sieben unmittelbaren Nachbarn und verlassen sich auf sie. D. h. Richtungsänderungen des Schwarms können von jedem einzelnen Zugvogel angestoßen werden, wenn beispielsweise ein Raubtier oder eine Nahrungsquelle entdeckt wird. Damit verändert sich kurzfristig die gesamte Formation in einer Kettenreaktion: Der Schwarm orientiert sich in dieser Situation an dem, der ein Ausweichmanöver einleitet. Damit organisiert sich der Schwarm dezentral um. So verbinden Zugvögel „Flexibilität im Kleinen mit Disziplin im Großen“ für das gemeinsame Ziel Afrika.⁷⁶² Menschen werden nicht wie Zugvögel instinktgesteuert, sondern durch Einsicht. Aber auch Einsicht erhöht nicht generell die Bereitschaft, Gewohntes zu verändern. Bereits in den 60ern haben Psychologen wie Beckhard die „Einflussfaktoren von Handlungsbarrieren in Unternehmen“ untersucht. Die mathematische Beschreibung lässt sich auf folgende Ungleichung bringen:⁷⁶³

„Schmerz x Zukunftsentwurf x erste Schritte > Angst + Gewohnheit + Illusion

Das Produkt der Faktoren auf der linken Seite muss größer sein als die Summe auf der rechten Seite.“⁷⁶⁴

So ist der gemeinsam erlebte Schmerz über den gegenwärtigen Zustand im Unternehmen oft der Anfang von Veränderungen. Daraufhin werden gemeinsame Ziele entwickelt und auch Wertmaßstäbe definiert, wie diese Ziele konkret aussehen und erreicht werden sollen. Dennoch scheitern Projekte immer wieder an sogenannten „Schubvernichtern.“ Es sind Verhaltensmuster, die sich nahezu unbemerkt einfinden, da das Nicht-Erreichen von Zielen in vielen Organisationen keine Konsequenzen hat.⁷⁶⁵ Sie erfolgen in fünf Schritten: „Vereinbaren – Verkomplizieren – Verwässern – Versanden – Vergeben“⁷⁶⁶ – und der Kreislauf beginnt von vorne.

⁷⁶² Vgl. Straub / Kuhnecke / Kirchmann, 2013, S. 19, 27-37.

⁷⁶³ Vgl. Straub / Kuhnecke / Kirchmann, 2013, S. 22.

⁷⁶⁴ Straub / Kuhnecke / Kirchmann, 2013, S. 23.

⁷⁶⁵ Vgl. Straub / Kuhnecke / Kirchmann, 2013, S. 84-89.

⁷⁶⁶ Straub / Kuhnecke / Kirchmann, 2013, S. 84.

Ein erfolgreicher Veränderungsprozess braucht die Unterstützung der Leitungsebene. Um „Schubvernichtern“ vorzubeugen, hat sich das sogenannte „Maßnahmen-Kleeblatt“ bewährt, das strukturierte Maßnahmen in vier Feldern („vier Kleeblättern“) darstellt und zur Konkretion in der Projektdarstellung zwingt⁷⁶⁷:

<p>Projektdefinition</p> <p>Die Projektverantwortlichen werden benannt und das Projekt beschrieben</p>	<p>Wirkung</p> <p>Die zu erwartende Wirkung wird geschätzt, auf die Gesamtheit zur Überprüfung bezogen und in Euro dargestellt</p>
<p>Meilensteine</p> <p>Was soll bis wann, in welcher Größe und von wem erreicht werden?</p>	<p>Aktueller Status</p> <p>Maßnahmen, Projektfortschritte, Besonderheiten und mögliche Risiken werden beschrieben</p>

Abbildung 44: Vereinfachte Darstellung des Maßnahmen-Kleeblatts⁷⁶⁸

Neben der konkreten Projektplanung ist in Change Management Prozessen die Kommunikation zu beachten, da schon manche Veränderung an zu wenig Kommunikation gescheitert ist. Es geht darum, die Mitarbeiter zu Beteiligten des Veränderungsprozesses zu machen. Das wird nicht allein durch Informationsveranstaltungen erreicht, sondern durch Dialoge. Folgende Aspekte unterstützen eine „Zwei-Wege-Kommunikation“: Wenn der Change-Manager Offenheit für die Sicht der Mitarbeiter signalisiert, ihnen zuhört und Respekt entgegenbringt, dann erhöht sich deren Bereitschaft, in dem Veränderungsprozess mitzugehen. Wenn Führungskräfte davon reden, was ihnen wirklich am Herzen liegt und das Gespräch verlangsamen, so dass Mitarbeiter die Möglichkeit haben nachzufragen, können Vorurteile gegenüber den Veränderungen abgebaut und eine gemeinsame Sichtweise entwickelt werden.⁷⁶⁹

Trotzdem lässt es sich bei Veränderungsprozessen nicht vermeiden, dass Schwierigkeiten auftreten. Daher ist es günstig, diese mit allen am Prozess Beteiligten frühzeitig zu besprechen. So können Rückschläge leichter ertragen werden. Auch wenn der eine den Tiefpunkt früher und der andere später erlebt, lässt sich die Veränderungskurve grafisch wie folgt darstellen⁷⁷⁰:

⁷⁶⁷ Vgl. Straub / Kuhnecke / Kirchmann, 2013, S. 164-168.

⁷⁶⁸ Vgl. Straub / Kuhnecke / Kirchmann, 2013, S. 164-168.

⁷⁶⁹ Vgl. Wiesenbauer, 2009, S. 119-221.

⁷⁷⁰ Vgl. Wiesenbauer, 2009, S. 104-107.

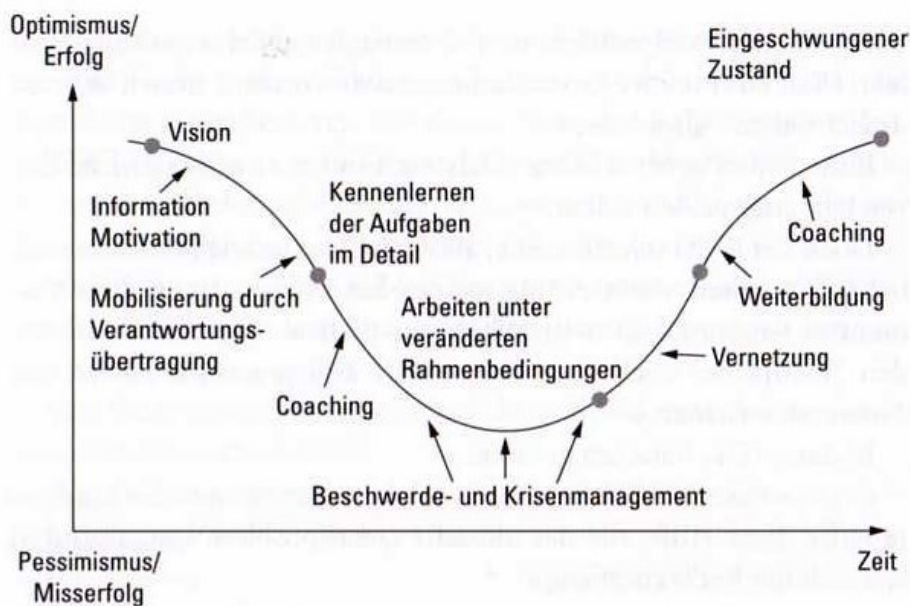


Abb. 45: „Die Kurve der Veränderung“⁷⁷¹

Beim Arbeiten unter veränderten Rahmenbedingungen spüren die Mitarbeiter die eigenen Grenzen. Dann bedarf es eines Krisenmanagements durch konkrete Unterstützung bei auftauchenden Problemen und Fragen, indem Pausen eingelegt werden oder indem das aussichtsreiche Ziel vor Augen gestellt wird. All das kann dazu beitragen, dass Krisensituationen entschärft werden. Dieser Prozess verändert auch die bisherige Einstellung und Haltung der Beteiligten. So sind die Emotionen in Veränderungsprozessen nicht zu unterschätzen und in den einzelnen Projektphasen mitzubedenken.⁷⁷²

Folgende Stufen der emotionalen Steuerung lassen sich im Change-Management-Prozess benennen, die Doppler und Voigt in einem „Masterplan zusammenfassen:

- A. Die Ausgangslage erkunden
- B. Die sieben Stufen der emotionalen Steuerung
 1. Unbehagen mit dem Status quo bewirken
 2. Lust und Energie zum Verändern entstehen lassen
 3. Zukunft greifbar machen durch Story, Marke und Bild
 4. Mental mobil machen
 5. Zeichen zum Aufbruch setzen
 6. Anker lichten und alte Ufer verlassen

⁷⁷¹ Wiesenbauer, 2009, S. 107.

⁷⁷² Vgl. Wiesenbauer, 2009, S. 107-110.

7. Gefühl erzeugen, erfolgreich auf dem Weg sein.

C. Menschen in Bewegung halten⁷⁷³

Veränderungsprozesse sind hoch komplex und eine passende Dramaturgie ist hilfreich, um sie zu bewältigen. Dabei setzt eine Dramaturgie einen klaren Anfang und ein klares Ende des Spannungsbogens. Gleichzeitig werden Teilziele benannt, die für die Mitarbeiter Zwischentappen darstellen und zu motivierenden Erfolgserlebnissen führen können.⁷⁷⁴

Des Weiteren gibt es „keine Veränderung ohne Widerstand.“

Folgende Phänomene sind Anzeichen für Widerstand seitens der Mitarbeiter:

- „Hohe Fehlzeiten und Mitarbeiterfluktuation, hoher Krankenstand
- Streit, Intrigen, Cliquenbildung, Gerede
- Sturer Formalismus, Unwichtiges diskutieren
- Hohe Reibungsverluste, Pannen
- Offene Vorwürfe, Drohungen, Polemik
- Schweigen, Bagatellisieren, ins Lächerliche ziehen
- Unaufmerksamkeit, Müdigkeit, innere Emigration⁷⁷⁵

Ungeduld und Ärger sowie sachliche Erklärungen bringen an dieser Stelle nicht weiter. Um die Ursachen des Widerstands herauszufinden, sind die Ängste und Sorgen der Mitarbeiter zur Sprache zu bringen. Folgende Fragen können dabei eine Rolle spielen:

- Werden Lohneinbußen durch die Veränderung befürchtet?
- Ist mit einem Wechsel oder sogar Verlust des Arbeitsplatzes zu rechnen?
- Ist eine Zusammenarbeit mit schwierigen Kollegen zu erwarten und der Verlust von angenehmen Arbeitskollegen?
- Bestehen Ängste, dass die neue Arbeitssituation fachlich oder persönlich überlastet?
- Werden durch die Veränderung Entscheidungsbefugnisse und Handlungsspielräume eingeschränkt?
- Welche Entwicklungschancen gibt es für die Mitarbeiter?⁷⁷⁶

Außerdem kann das Angebot einer Experimentierphase das Vertrauen der Mitarbeiter in den Veränderungsprozess stärken.

⁷⁷³ Doppler / Voigt, 2012, S. 121.

⁷⁷⁴ Vgl. Doppler / Voigt, 2012, S. 127 f.

⁷⁷⁵ Doppler / Lauterburg, 2008, S. 336-339.

⁷⁷⁶ Vgl. Doppler / Lauterburg, 2008, S. 340-341.

Nachfolgend stelle ich in Auszügen den Change-Management-Prozess „Pflege und Betreuung aus einer Hand“ dar, der vom St. Elisabeth-Stift 2006 in Sendenhorst (Münsterland) angestoßen wurde. Ein Ziel dieses Veränderungsprozesses war, mehr Zeit für die Pflegebedürftigen zu gewinnen. Das St. Elisabeth-Stift bietet 62 alten Menschen ein Zuhause in Einzelappartements. Das Haus ist in drei Wohnbereiche aufgeteilt. Der Mittelpunkt der Wohngemeinschaften von jeweils 11 Personen bildet das jeweilige Wohn-Esszimmer.⁷⁷⁷ Bei den Bewohnern konnte festgestellt werden, dass die Pflegebedürftigkeit nach und nach zunahm und Müdigkeit, Erschöpfung und der Unterstützungsbedarf bei den Mahlzeiten größer wurde. Außerdem hielten sich mehr Bewohner im Wohn-Essbereich auf, ohne dass sie dort spezielle Anregungen oder Angebote in Anspruch nehmen konnten. Eine Vereinzelung der Bewohner war die Folge. Auch in der separaten zentralen Betreuungsgruppe für Demenzkranke konnte ebenfalls eine höhere Passivität beobachtet werden. Insgesamt fiel auf, dass sich die Bewohner beim Frühstück oder Abendbrot lieber von einem Tablett vorbereitete Brote nahmen, als sich selbst welche zu richten. Einerseits war das auf den Unterstützungsbedarf der Bewohner zurückzuführen und andererseits auf die engen personellen Ressourcen und den Zeitdruck der Mitarbeiter. Aber diese „Versorgungsmentalität“ stand im Widerspruch zum Grundsatz des St. Elisabeth-Stifts: „So selbständig wie möglich, so viel Hilfe wie nötig.“⁷⁷⁸ Das Ziel war somit benannt: Sowohl Demenzkranke als auch stark gebrechliche Bewohner sollen entsprechend ihrer Bedürfnisse Begleitung, Zuwendung und aktivierende Angebote erfahren. D. h. es soll eine „Betreuungszeit“ für alle in den Wohn-Esszimmern eingerichtet werden, für die das Mitarbeiterteam des Wohnbereichs verantwortlich ist. Dafür wurde der Personalschlüssel erhöht⁷⁷⁹ Die Kernelemente der „Betreuungszeit“ entsprechen der bisherigen Konzeption:

- Biografische Grundhaltung: Die Lebensgeschichte der Bewohner bekommt Aufmerksamkeit
- Schaffen eines „Daheim-Gefühls“
- Atmosphäre von Ruhe, Angenommensein und Toleranz
- Anregende, nicht überfordernde Umgebungsgestaltung

⁷⁷⁷ Vgl. Bukmakowski, 2007, S. 175-177.

⁷⁷⁸ Vgl. Bukmakowski, 2007, S. 178-179.

⁷⁷⁹ Vgl. Bukmakowski, 2007, S. 180.

- Sicherheiten geben durch Stetigkeit, durch einen rhythmisierten Alltag und Vorhersehbarkeit⁷⁸⁰

In einem Mitarbeiterworkshop wurden im April 2006 allen Mitarbeitern die gegenwärtige Lage und die Vorschläge der Steuerungsgruppe vorgestellt. Mit dabei waren auch die Hauswirtschaftsleitung und der Leiter der Personalabteilung. Besonders hervorzuheben ist, dass die Mitarbeiter in Kleingruppen die Ideen weiterentwickeln und für ihre Wohnbereiche ausarbeiten konnten.⁷⁸¹ Des Weiteren sollten die Betreuungs- und Hauswirtschaftsmitarbeiter in die Teams der Wohnbereiche integriert werden mit folgenden Zielen:

1. Es soll mehr Aufmerksamkeit für die Bewohnerbedürfnisse durch Zuwendung, Gemeinschaft, Ruhe und konkrete Angebote erreicht werden.
2. Ein Arbeiterteam ist für alle Belange der Bewohner verantwortlich.
3. Es gibt einen Dienstplan und eine Vorgesetzte für alle Mitarbeiter.
4. Ein vergrößertes Team kann die Zeitengpässe besser auffangen.
5. Ein besserer Informationsfluss führt zu einem besseren Überblick, der höhere Arbeitszufriedenheit mit sich bringt.
6. Mit dieser Veränderung entstehen für die Mitarbeiter neue attraktive Entwicklungsmöglichkeiten und Herausforderungen.⁷⁸²

In der Umsetzungsphase wurde zum einem für die „Betreuungszeit“ von 10.30-11.30 Uhr und für die Mahlzeiten eine zusätzliche Mitarbeiterin eingeplant und zum anderen die Hauswirtschaftskräfte in das Pflorgeteam integriert. Seitdem steht ein größeres Team für die vielfältigen Aufgaben zur Verfügung. Des Weiteren haben die Hauswirtschaftskräfte einen Pflegehelferkurs belegt, um den neuen Anforderungen gerecht zu werden.⁷⁸³ Für den Zeitplan bedeutete dies, dass ab Juli 2006 die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten in die Aufgabenliste des Wohnbereichsteams aufgenommen wurden mit einer entsprechenden Einarbeitungszeit für alle Mitarbeiter. Außerdem wurde ab Juli 2006 die zentrale Betreuungsgruppe für Menschen mit Demenz aufgelöst und ab Oktober die „Betreuungszeit“ in den Wohnbereichen eingeführt, wofür es im Vorfeld Schulungsangebote gab.⁷⁸⁴ Ebenfalls haben die Mitarbeiter die Tisch- und Sitzordnungen für die Mahlzeiten in ihrem Wohnbereich überdacht, damit eine Tischgemeinschaft unter den Bewohnern möglich wird und sich die Essensteilnehmer ge-

⁷⁸⁰ Vgl. Bukmakowski, 2007, S. 180.

⁷⁸¹ Vgl. Bukmakowski, 2007, S. 181,

⁷⁸² Vgl. Bukmakowski, 2007, S. 181.

⁷⁸³ Vgl. Bukmakowski, 2007, S. 181-182.

⁷⁸⁴ Vgl. Bukmakowski, 2007, S. 183.

gegenseitig unterstützen können. Das bedeutet auch, dass diejenigen, die mehr Hilfe beim Essen benötigen, sich nun zu anderen Essenszeiten treffen als die übrigen Bewohner.⁷⁸⁵ Außerdem soll die „Betreuungszeit“ nach den Bedürfnissen der Bewohner gestaltet werden, beispielsweise durch:

- Einzelangebote: ungeteilte Aufmerksamkeit für den Einzelnen
- Gruppenbewegungsangebote am Tisch oder im Stuhlkreis
- Spiele
- Singen (Volkslieder, Kirchenlieder, Schlager etc.)
- Erzähl- und Vorleseangebote
- Hauswirtschaftliche Beschäftigungen⁷⁸⁶

Aus diesem Grund wurde in allen Wohnbereichen eine einheitliche Dokumentation eingeführt, die die Inhalte der Betreuungszeit, die Teilnehmer, die Zeit und die persönliche Entwicklung der einzelnen Teilnehmer darstellen.⁷⁸⁷ Um Kontinuität zu gewährleisten, haben die Mitarbeiter neue Dienstzeiten entwickelt. Das Neue daran ist, dass ein und derselbe Mitarbeiter für das Frühstück, die „Betreuungszeit“ und das Mittagessen für etwa fünf Tage verantwortlich ist. Durch die Anwesenheit dieser Bezugsperson über einen längeren Zeitraum stellten sich positive Entwicklungen ein.⁷⁸⁸

- *„Personenbezogene Erfolge“*: mehr Lebensfreude durch intensivere Kontakte, besserer Ernährungszustand, mehr Eigenaktivität der Bewohner, Wachheit, Motivation, Verringerung depressiver Phasen
- *„Positive Veränderungen im Gemeinschaftsleben“*: mehr Toleranz, mehr Interesse am Tagesgeschehen, mehr Nähe der Bewohner untereinander, höheres Zusammengehörigkeitsgefühl der Gruppe
- *„Milieubezogene Entwicklung“*: mehr Geselligkeit, ruhige und entspannte Atmosphäre, Balance von Aktivität und Entspannung⁷⁸⁹

Auch die Mitarbeiterzufriedenheit ist seitdem gewachsen, denn mit den geänderten Rahmenbedingungen wurde eine ganzheitliche Pflege und Betreuung Wirklichkeit. In der Evaluation stellte sich heraus, dass den Mitarbeitern die „Be-

⁷⁸⁵ Vgl. Bukmakowski, 2007, S. 184.

⁷⁸⁶ Vgl. Bukmakowski, 2007, S. 185.

⁷⁸⁷ Vgl. Bukmakowski, 2007, S. 185.

⁷⁸⁸ Vgl. Bukmakowski, 2007, S. 185.

⁷⁸⁹ Vgl. Bukmakowski, 2007, S. 186.

treuungszeit“ besonders viel Freude macht, weil sie seither mehr Zeit für die Bewohner haben und noch mehr ihr Ausbildungswissen einsetzen können.⁷⁹⁰

7.3 Netzwerkmanagement

Netzwerke sind eine Antwort auf komplexe gesellschaftliche Problemlagen, die weder vom Markt noch vom Staat alleine bewältigt werden können. Durch den Zusammenschluss verschiedener Akteure werden Voraussetzungen für ein gemeinsam organisiertes Handeln geschaffen, das Entwicklungen, Innovationen und Problemlösungen hervorbringen möchte.⁷⁹¹ „Als Netzwerk bezeichnet man in der Regel den losen Zusammenschluss von eigenständigen Akteuren mit unterschiedlichen, eigenständigen Interessen und mindestens einem gemeinsamen Ziel und einer gemeinsamen Vision. Die Netzwerkarbeit hat dabei die Aufgabe, Wissen und andere Ressourcen der verschiedenen Akteure zusammenzutragen, in einen neuen übergreifenden Kontext unterschiedlicher Problemwahrnehmungen und Interessen einzubringen (...) und über Sektorgrenzen hinweg neue Lösungsansätze zu entwickeln.“⁷⁹²

Tatsächlich entstehen (neue) Netzwerke oftmals aus Veränderungsprozessen heraus: „Die **U**nzufriedenheit mit dem Ist-Zustand multipliziert mit der Kraft einer realistischen **V**ision multipliziert mit der Ernsthaftigkeit sofort begonnener **M**aßnahmen muss größer sein als der Veränderungswiderstand in den beteiligten Organisationen, damit Änderungen in Gang kommen können:

$$U \times V \times M > W^{793}$$

Ein Netzwerk folgt dann in seinem Aufbau Gesetzmäßigkeiten, die sich trotz unterschiedlicher Ausprägungen wiederholen:

1. „*Planungsebene*“: Eine Netzwerkgründung beginnt in der Regel mit einem Beschluss bzw. einer Entscheidung. Der Impuls kann von außen kommen (z. B. aus der Politik), oder die Akteure beschließen selbst aufgrund eines konkreten Bedarfs, ein Netzwerk zu initiieren⁷⁹⁴.
2. „*Institutionsebene / Partner*“: Danach ist zu klären, welche möglichen Partner für das Netzwerk gewonnen werden sollen, welche Organisatio-

⁷⁹⁰ Vgl. Bukmakowski, 2007, S. 187.

⁷⁹¹ Vgl. Teller / Longmuß, 2007, S. 15.

⁷⁹² Brocke, zit.n. Quilling / Nicolini /Graf / Starke, 2013, S. 12.

⁷⁹³ Teller / Longmuß, 2007, S. 83.

⁷⁹⁴ Vgl. Quilling/ Nicolini /Graf / Starke, 2013, S. 20.

nen an ähnlichen Themen arbeiten. Dennoch sollten sich die Netzwerkpartner nicht zu ähnlich sein, damit sich neue Ideen entwickeln.⁷⁹⁵

3. „*Strukturebene*“: In einem weiteren Schritt müssen die Arbeitsstrukturen transparent auf allen Ebenen geklärt werden. Dabei lassen sich zwei Arbeitsgremien identifizieren, die in den meisten Netzwerken, die aus mehr als zehn Netzwerkpartnern bestehen, zu finden sind: Die Steuerungsgruppe als Entscheidungsinstanz, in der alle relevanten Institutionen und Akteure mit Entscheidungsbefugnis vertreten sind, und das Netzwerkmanagement, das die Ebenen miteinander koordiniert und den Informationsfluss gewährleistet.⁷⁹⁶

„Ein Netzwerk lebt vom Nutzen, den es stiftet.“ Die Kernfrage ist: Reicht der gegenwärtige Nutzen aus, um das Netzwerk auf Dauer zu erhalten? Daher ist es wichtig, neue Nutzungsmöglichkeiten als Entwicklungsperspektive zu schaffen, sei sie „strategischer, marktbezogener, organisatorischer, technischer, sozialer oder entwicklungsbezogener“ Art.⁷⁹⁷ Um zu diesen Zielvereinbarungen zu finden, ist eine Netzwerkmoderation hilfreich. Sie ist eine neutrale Unterstützung von außen. Sie sorgt für eine offene Arbeitsatmosphäre, Wertschätzung und Achtsamkeit der Netzwerkpartner, benennt Stimmungen und richtet den Prozess auf die gemeinsamen Ziele aus, die miteinander ausgehandelt werden müssen.⁷⁹⁸

Nach Mennemann zeichnen sich funktionierende Netzwerke dadurch aus, dass sich alle Akteure als Teil des Netzwerks verstehen und allen Netzwerkpartnern bekannt ist, welche Aufgaben und Angebote die jeweils anderen Akteure einbringen. Außerdem ist die Zusammenarbeit vertraglich geregelt, die Ziele definiert und die Leitbilder der Netzwerkpartner stimmen in wesentlichen Punkten überein. Auch müssen die Schnittstellen allen Netzwerkpartnern bekannt sein und die dafür vorgesehenen Maßnahmen zur Überbrückung dieser Schnittstellen entsprechend umgesetzt werden. Auch der Zugang zu Daten und Informationen ist für alle Beteiligten geklärt.⁷⁹⁹

Um diese Ziele zu erreichen, ist es schon bei der Initiierung von Netzwerken wichtig, systematisch zu analysieren, wer für das Netzwerk einflussstarker Partner sein könnte:

⁷⁹⁵ Vgl. Quilling/ Nicolini /Graf/ Starke, 2013, S. 20-21.

⁷⁹⁶ Vgl. Quilling/ Nicolini /Graf/ Starke, 2013, S. 22-23.

⁷⁹⁷ Vgl. Teller / Longmuß, 2007, S. 22-25.

⁷⁹⁸ Vgl. Teller / Longmuß, 2007, S. 26-30.

⁷⁹⁹ Vgl. Mennemann, 2006, S. 14.

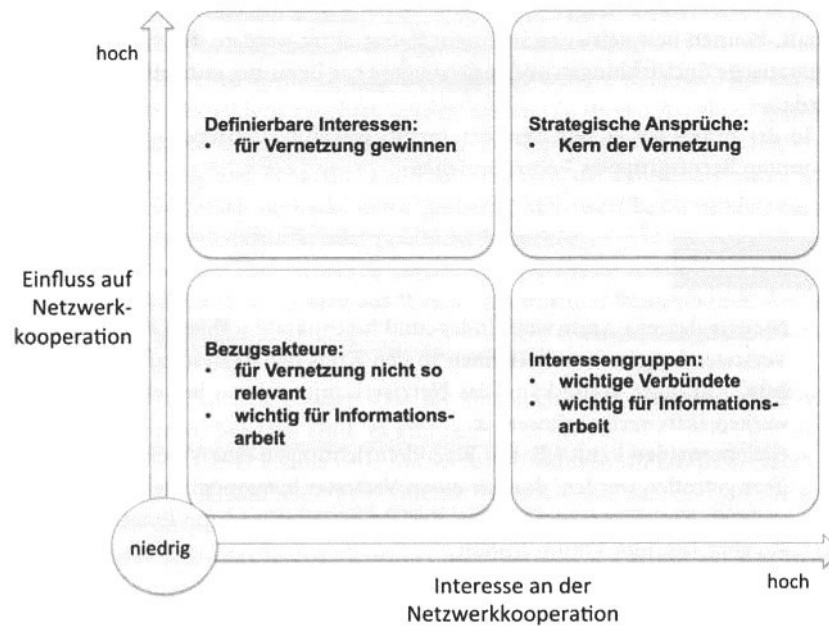


Abb. 43: „Stakeholdermatrix nach Einfluss und Interesse einer Netzwerkkoope-ration“⁸⁰⁰

Für ein wirksames Netzwerk sind die einflussreichen Akteure, die ein hohes Interesse am Projekt haben, von Bedeutung. Daneben braucht es auch die einflussstarken Akteure mit noch wenig Interesse am Projekt, die dadurch gewonnen werden können, dass ihnen der Netzwerknutzen plausibel wird.⁸⁰¹ Darüber hinaus sind Personen für ein Netzwerk entscheidend, die sich durch Überzeugungskraft, Begeisterung und Beharrlichkeit auszeichnen. Auch zeigt die Praxis, dass nicht schon von Anfang an alle relevanten Akteure miteinbezogen sein müssen. Erst die Zusammenarbeit deckt auf, welche weiteren Akteure für das Netzwerk von Bedeutung sind. Daher sollte ein Netzwerk immer auch für neue Partner offen sein.⁸⁰² Letztlich ist es Aufgabe des Netzwerkmanagements, die Akteure mit ihren unterschiedlichen Arbeitsstrukturen (seien sie zentral, dezentral oder hybrid organisiert), an ein Netzwerk zu binden. Zu den zentralen Aufgaben des Netzwerkmanagements gehören die „Netzwerkplanung, -koordination und -organisation“ in Abstimmung mit der Steuerungsgruppe und den Akteuren. Dabei kann den Netzwerkpartnern die Verantwortung zur Umsetzung geplanter Aktivitäten übertragen werden. Je komplexer das Netzwerk ist, umso mehr ist ein entsprechendes Controlling seitens des Netzwerkmanagements erforderlich. Darüber hinaus kann die Evaluation beispielweise in Form eines

⁸⁰⁰ Schubert / Spieckermann, 2009, S. 50, in: Quilling / Nicolini / Graf / Starke, 2013, S. 39.

⁸⁰¹ Vgl. Schubert / Spieckermann, 2009, S. 50 f.

⁸⁰² Vgl. Quilling / Nicolini / Graf / Starke, 2013, S. 38-41.

externen Auftrags vergeben werden, die in enger Abstimmung mit dem Netzwerkmanagement erfolgt.⁸⁰³ Die Komplexität von Netzwerkarbeit wird grafisch deutlich:

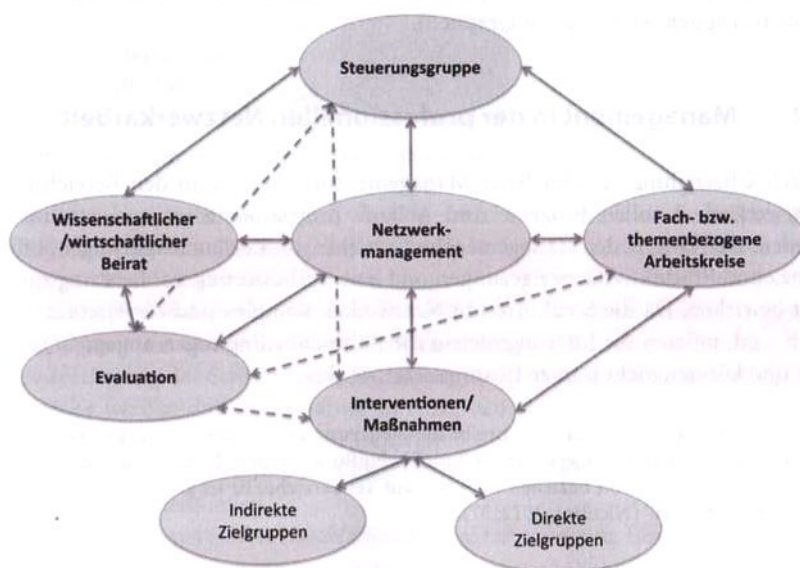


Abb. 47: „Strukturen und Dimensionen der Netzwerkarbeit“⁸⁰⁴

Daneben gibt es auch Netzwerke, die ohne Management existieren. Z. B. ermöglicht das Internet virtuelle Netzwerke und jeder kann einer Gruppe ohne persönliche Begegnung beitreten. Es gibt keine Hierarchien, keine Strukturen und keiner hat die Macht, Regeln durchzusetzen. Und dennoch funktionieren sie, weil solche Netzwerke auf Vertrauen, Kooperation und gegenseitiger Unterstützung aufbauen. Bei „Wikipedia“ besteht die Norm, dass jeder grundsätzlich nur gut recherchierte Beiträge in „Wikipedia“ einträgt. Gleichzeitig achten alle Teilnehmer dieses Netzwerkes darauf, dass nur fundierte Einträge in „Wikipedia“ Bestand haben. Entsprechen Artikel nicht dieser Norm, sorgen die anderen Netzwerkteilnehmer dafür, dass Artikel gelöscht werden. Der Erfolg gibt dem Netzwerk „Wikipedia“ Recht.⁸⁰⁵ D. h. für das Funktionieren sozialer Netzwerke sind zwei Kriterien wichtig: „das Bonding Capital (das interne Vertrauen, die Identität und die Beziehungen der Mitglieder zueinander) und das Bridging Capital (das Vertrauen und die Beziehungen des Netzwerks nach außen).“⁸⁰⁶ Des Weiteren brauchen auch soziale Netzwerke eine tragfähige Finanzierung. Daher ist die Beschaffung finanzieller Mittel, z. B. aus Fördermitteln von Bund,

⁸⁰³ Vgl. Quilling / Nicolini / Graf / Starke, 2013, S. 62-64.

⁸⁰⁴ Quilling/ Nicolini / Graf / Starke, 2013, S. 63.

⁸⁰⁵ Vgl. Brafman / Beckström, 2007, S. 77-80.

⁸⁰⁶ Putnam, 2001, S. 614.

Ländern, Gemeinden, der Bundesagentur für Arbeit, der Europäischen Union, von Gewerkschaften, Unternehmen, Dachorganisationen, Verbänden, privaten Einrichtungen, Stiftungen und Einzelpersonen, aus Mitgliedsbeiträgen, Spenden etc. eine mögliche Mischfinanzierung.⁸⁰⁷

Von November 1992 bis November 1996 wurde in einem Modellprojekt mit wissenschaftlicher Begleitung ein Netzwerk erprobt, das die Gesundheitsförderung und Betreuung älterer hilfsbedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen zum Ziel hatte. Ein Hausarzt und ein Patientenbegleiter (Altenpfleger mit Zusatzqualifikationen und langjährigen Erfahrungen) bildeten jeweils ein „Ambulantes Gerontologisches Team“ (AGT). Es gab drei solcher Teams in zwei Hamburger Modellregionen, die alle von einer Koordinatorin unterstützt wurden. Die Ziele dieses Netzwerkes bestanden darin, die Patienten in ein soziales Netz einzubinden, Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern, Krankenhaus- und Pflegeheimeinweisungen zu vermeiden, Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Patienten und ihre Lebensqualität zu fördern.⁸⁰⁸ Da etwa 90% der über 65-Jährigen regelmäßig ihren Hausarzt aufsuchen, besteht gerade in der Hausarztpraxis die Möglichkeit, einen Unterstützungsbedarf frühzeitig zu erkennen. Der Hausarzt hat in diesem Projekt mithilfe eines systematischen Testverfahrens hilfsbedürftige Patienten auffindig machen und wahrnehmen können. Er hat einen Kontakt zum Patientenbegleiter vermittelt, wenn der Patient dies wollte. Daraufhin besuchte der Patientenbegleiter den Patienten zu Hause, um mit ihm und seinen Angehörigen die derzeitige Situation zu besprechen.⁸⁰⁹ Im persönlichen Gespräch konnte der Hilfebedarf geklärt werden. Des Weiteren erstellten der Patientenbegleiter und der Arzt gemeinsam in einer Teambesprechung den Behandlungsplan für den Patienten. Die Koordinatorin bündelte alle Informationen über die bestehenden Unterstützungsangebote in der Region in einer computergestützten Datenbank. Außerdem arbeiteten die „Ambulanten Gerontologischen Teams“ mit den lokalen Gesundheits- und Sozialdiensten zusammen, wobei der Patientenbegleiter die Interessen des Patienten gegenüber Behörden, Krankenkassen und Pflegekassen, MDK, gegenüber den Krankenhäusern oder den ambulanten Pflegediensten vertrat.⁸¹⁰ Hervorzuheben ist, dass die Patientenbegleiter auf die bestehenden Dienste zugehen und sich so eine vertrauensvolle Zusammenar-

⁸⁰⁷ Vgl. Quilling/ Nicolini /Graf/ Starke, 2013, S. 148-149.

⁸⁰⁸ Vgl. Kofahl / Döhner, 1997, S. 107.

⁸⁰⁹ Vgl. Kofahl / Döhner, 1997, S. 110-114.

⁸¹⁰ Vgl. Kofahl / Döhner, 1997, S. 114-115.

beit entwickeln konnte, insbesondere durch ihre Neutralität und Loyalität und durch ihre fachliche Kompetenz bei der „Betreuung von schwierigen Patienten.“⁸¹¹ Da sich viele alte Menschen in einem Abhängigkeitsverhältnis erleben, beschwerten sie sich nicht oft über Misstände aus Angst vor Nachteilen. Aber die Rückmeldungen sind entscheidend für die Qualität der Pflege. In diesem Modell gab der Patientenbegleiter die Rückmeldung der Patienten an die entsprechenden Dienste direkt weiter, mit dem Anspruch, dass die Mängel korrigiert werden. Ließen sich die Probleme dennoch nicht verändern, wurde auf eine weitere Zusammenarbeit verzichtet. D. h. die Patientenbegleiter waren eine „weiche Kontrollinstanz“ und trugen direkt zur Qualitätsverbesserung bei.⁸¹²

Die benannten Ziele konnten mit diesem Netzwerk erreicht werden. Durch die Beziehung zum Patientenbegleiter erhöhte sich auch das Sicherheitsgefühl der alten Menschen, was ihre Lebensqualität verbesserte. Die gute Kommunikation und Kooperation zwischen Patientenbegleitern, ambulanten Diensten und Hausärzten trugen zu einer höheren (Arbeits)-Zufriedenheit aller Beteiligten bei.⁸¹³

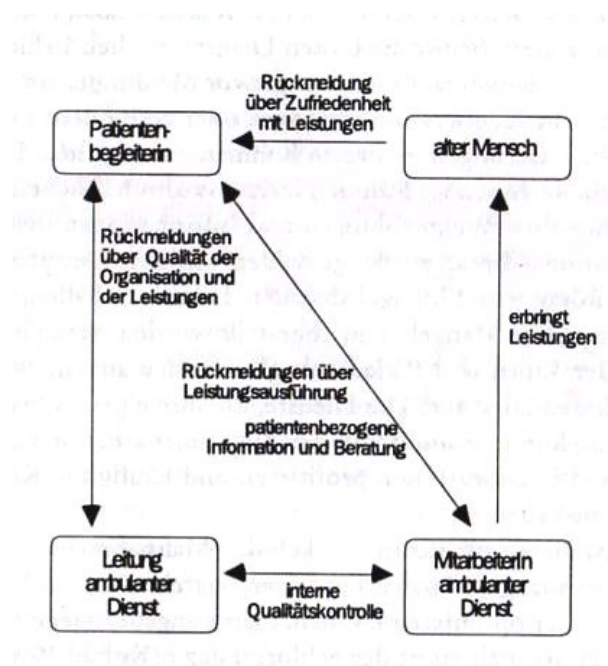


Abb. 48: „Beispiel für qualitätsfördernde Rückmeldeschleifen“⁸¹⁴

⁸¹¹ Vgl. Kofahl / Döhner, 1997, S. 116-119.

⁸¹² Vgl. Kofahl / Döhner, 1997, S. 120-129.

⁸¹³ Vgl. Kofahl / Döhner, 1997, S. 116-120.

⁸¹⁴ Kofahl / Döhner, 1997, S. 127.

7.4 Freiwilligenmanagement

Viele Bürger sind in Vereinen, Kirchengemeinden oder Verbänden freiwillig bzw. ehrenamtlich aktiv. Allerdings hat der Anteil von Ehrenamtlichen, die in Vereinen Leitungsfunktionen wahrnehmen, abgenommen: nach den Freiwilligensurveys von 38% im Jahr 1999 auf 32% im Jahr 2009. Und gleichzeitig nimmt die Zahl der Vereine weiter zu: seit 1990 von 330.000 auf 550.000.⁸¹⁵ „Mit Ehrenamt, freiwilligen Engagement oder Freiwilligenarbeit ist der freiwillige unentgeltliche Einsatz für das Gemeinwohl gemeint, sei es ein gewähltes Amt, eine zeitlich befristete Aufgabe oder eine umfangreiche Tätigkeit mit großer Verantwortung.“⁸¹⁶ Damit ehrenamtliche Tätigkeit auf Dauer gelingen kann, ist die Implementierung eines Freiwilligenmanagements sinnvoll, damit sowohl die Interessen und Erwartungen der Organisation als auch die der Engagierten zusammen gebracht werden.⁸¹⁷ Es ist zu beobachten, dass sich die „neuen Ehrenamtlichen“ v. a. in zeitlich befristeten Aufgaben einbringen. Daher finden sich für Projekte mit einem klaren Anfang und Ende als Organisationsform eher Freiwillige als für Engagementbereiche, die zeitlich nicht befristet sind. In Projekten können sich Freiwillige individuell, flexibel und kreativ einbringen.⁸¹⁸

Aber bevor das Freiwilligenmanagement in einer Organisation eingeführt wird, ist die Frage zu beantworten: Was soll durch freiwilliges Engagement erreicht werden? Dabei spielen die „Perspektiven und der Nutzen unterschiedlicher Interessengruppen“ eine wichtige Rolle.⁸¹⁹ Folgende Grafik gibt einen Überblick:

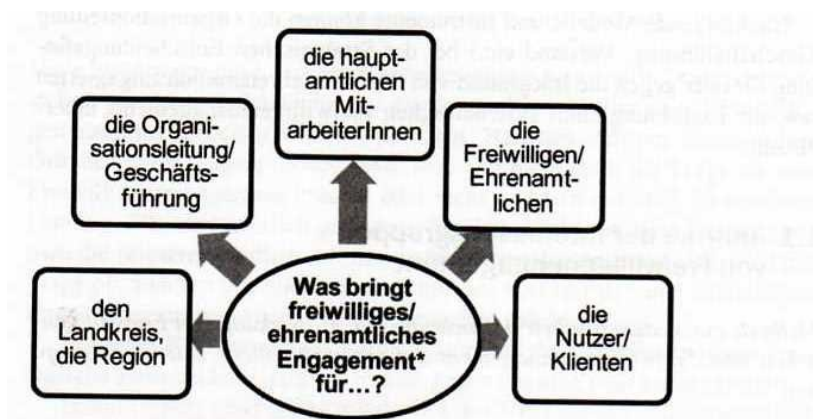


Abb. 49: „Nutzen des ehrenamtlichen Engagements für verschiedene Interessengruppen“⁸²⁰

⁸¹⁵ Vgl. Glaser, 2012, S. 207.

⁸¹⁶ Reifenhäuser, 2013, S. 11.

⁸¹⁷ Vgl. Reifenhäuser, 2013, S. 14-15.

⁸¹⁸ Vgl. Reifenhäuser, 2013, S. 72.

⁸¹⁹ Vgl. Reifenhäuser, 2013, S. 20.

⁸²⁰ Reifenhäuser, 2013, S. 20.

Die Einführung eines systematischen Freiwilligenmanagements wird eine Organisation in ihrer Struktur, in ihrer Kultur und auch in der Personalentwicklung verändern. Dafür braucht es verantwortliche Mitarbeiter, die für diese Aufgabe mit entsprechender Zeit, Wissen, Geld- und Sachmittel ausgestattet werden. Sie sind die Multiplikatoren und Bindeglieder in der Organisation zwischen Ehren- und Hauptamtlichen.⁸²¹ Die Aufgaben im Freiwilligenmanagement lassen sich in drei unterschiedliche Verantwortungsbereiche einteilen:

- „Strategie und Organisationsentwicklung
- Überfachliche Begleitung und Koordination
- Fachliche Zusammenarbeit und Anleitung“⁸²²

Für das Freiwilligenmanagement gibt es in der Regel keine 100 % Stellen. 45% der befragten Freiwilligenmanager oder -koordinatoren haben für diese Tätigkeit einen Stellenanteil von 0% bis 25 % angegeben und 25% der Befragten haben keine Freistellung für das Freiwilligenmanagement. In kleineren Organisationen bündeln sich in einem haupt- oder ehrenamtlichen Mitarbeiter alle drei Rollen, mit folgenden Zuständigkeiten⁸²³:

⁸²¹ Vgl. Reifenhäuser, 2013, S. 28-35

⁸²² Reifenhäuser, 2013, S. 34.

⁸²³ Vgl. Reifenhäuser, 2013, S. 37.

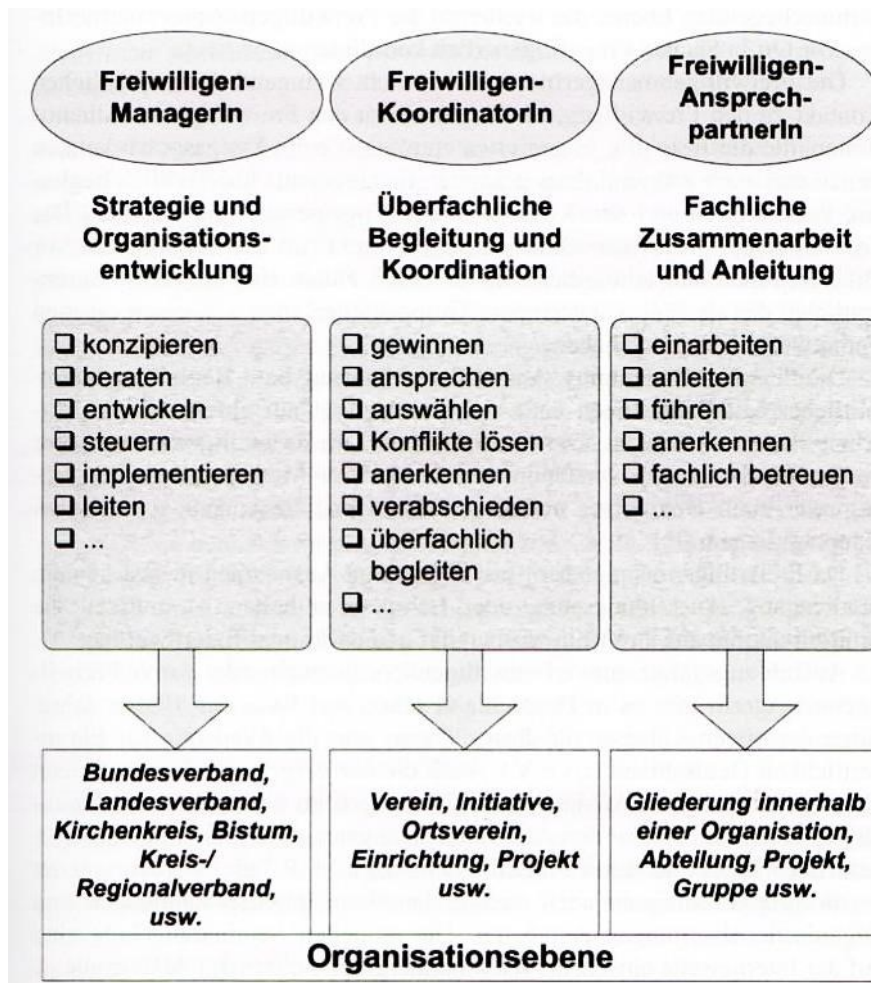


Abb. 50: „Modell zur personellen Verankerung von Freiwilligenmanagement in Organisationen, Multiplikatoren Modell“⁸²⁴

Ein besonderes Augenmerk liegt im Freiwilligenmanagement in der Entwicklung einer stimmigen Anerkennungskultur, in der zum Ausdruck kommt, wie das Engagement der Freiwilligen in der Organisation gesehen und wertgeschätzt wird. Folgende Formen und Ebenen der Anerkennung lassen sich unterscheiden:

- „*Ideelle Anerkennung*“ durch zwischenmenschliche Kommunikation: „danke“ sagen, Geburtstagskarte, öffentliche Anerkennung, Beziehungspflege, Urkunden, Pressebericht, Mitarbeiter-Dankeschön-Fest etc.⁸²⁵
- „*Geldwerte Anerkennung*“ durch gute Rahmenbedingungen und Geschenke wie Blumenstrauß, Theater-Freikarten, Fort- und Weiterbildungsangebote, Team-Abendessen, Ausflug, Ehrenamtscard, Reisekostenübernahme, Versicherung etc.⁸²⁶

⁸²⁴ Reifenhäuser, 2013, S. 35.

⁸²⁵ Vgl. Schaaf-Derichs, 2013, S. 64-65.

⁸²⁶ Vgl. Schaaf-Derichs, 2013, S. 64-65.

- „*Monetäre Anerkennung*“ in Form einer Aufwandsentschädigung oder von Honoraren, Anwendung der Übungsleiterpauschale etc.⁸²⁷

So wichtig Anerkennung ist, so unterschiedlich wird sie vom Einzelnen wahrgenommen. Daher ist es wichtig, frühzeitig nachzufragen, welche Form der Wertschätzung gewünscht ist.⁸²⁸ Auch ist die Herangehensweise der Freiwilligen an das Engagement sehr individuell und hängt von deren Persönlichkeit ab. Die „beratergruppe ehrenamt“ hat das Konzept der „Engagement-Stile“ entwickelt. Dabei werden vier „Engagement-Stile“ unterschieden, die einerseits durch „das Bedürfnis nach Beständigkeit oder Wandel und andererseits durch den Wunsch nach Nähe oder Distanz gekennzeichnet sind“.⁸²⁹

Die vier „Engagement-Stile“ brauchen unterschiedliche Rahmenbedingungen, damit Freiwillige sich entfalten können:

1. „*Initiatoren*“: brauchen Herausforderungen, die Möglichkeit, eigene Ideen und selbst gesetzte Ziele zu erreichen. Sie wollen ihre Fähigkeiten einbringen. Sie brauchen Anerkennung und Handlungsspielräume für ihre Ideen und keine Routineaufgaben.⁸³⁰
2. „*Animateure*“: brauchen Kontakte, Wertschätzung, wechselseitige Unterstützung, Teamarbeit. Sie sorgen für gute Stimmung und dafür, dass alle in der gemeinsamen Aufgabe einbezogen sind.⁸³¹
3. „*Dienstleister*“: brauchen klare Aufgaben, Ziele und Strukturen, Anerkennung durch ihr Umfeld und suchen im Engagement nach Beständigkeit. Sie wollen eingebunden sein und stehen hinter den Werten und Zielen ihrer Organisation.⁸³²
4. „*Organisatoren*“: brauchen strategische und planerische Verantwortungsbereiche. Sie sorgen dafür, dass alles zuverlässig, systematisch und geordnet abläuft. „Sie fühlen sich stärker der Aufgabe als der Organisation verpflichtet.“⁸³³

In der Regel verkörpert kein Freiwillig-Engagierter die oben genannten „Engagement-Stile“ in Reinform, sondern in einer je individuellen Mischform. Außerdem ist zu beachten, dass sich der „Engagement-Stil“ je nach Lebenssituation

⁸²⁷ Vgl. Schaaf-Derichs, 2013, S. 64-65.

⁸²⁸ Vgl. Schaaf-Derichs, 2013, S. 66.

⁸²⁹ Hoffmann, 2013, S. 117.

⁸³⁰ Vgl. Hoffmann, 2013, S. 117.

⁸³¹ Vgl. Hoffmann, 2013, S. 117.

⁸³² Vgl. Hoffmann, 2013, S. 118.

⁸³³ Hoffmann, 2013, S. 118.

verändern kann und dass Freiwillige in ihrem Engagement gerne eine Seite verwirklichen, die in anderen Lebensbezügen kaum zum Tragen kommt.⁸³⁴

Des Weiteren ist es nützlich, die Motive von Freiwilligen zu kennen. Es lassen sich unterschiedliche Beweggründe identifizieren, die unter den Oberbegriffen „extrinsische und intrinsische Motivation“ zusammengefasst werden können und mittels einer Befragung von Ehrenamtlichen gesammelt wurden. Als stärkste Motivation für ehrenamtliches Engagement wurde „Spaß an der Tätigkeit“ und „soziale Verantwortung“ genannt. „Soziale Verantwortung“ wurde insbesondere von älteren Menschen hervorgehoben und ist eher intrinsisch motiviert. Im mittleren Bereich wurden die Motive „soziale Bindung, Selbsterfahrung, Berufsausgleich und politische Verantwortung“ benannt. Eine schwächer ausgeprägte Nennung fanden die Motive „Selbstwert, Anerkennung, soziale Beeinflussung und Karriere“, die eher extrinsisch motiviert sind und mehr von Jüngeren hervorgehoben wurden.⁸³⁵ Neben den Motiven unterstützen Informationen bzgl. des Alters, der Bildungsabschlüsse und Interessen Organisationen darin, ihren Freiwilligen passende Engagementangebote unterbreiten zu können.⁸³⁶

Schwierig wird es dort, wo sich haupt- und ehrenamtliche Tätigkeiten vermischen und wenn bisher hauptamtliche Tätigkeiten zukünftig ehrenamtlich erwartet werden, um Personalkosten zu sparen.⁸³⁷ Um Konflikten zwischen Ehren- und Hauptamtlichen vorzubeugen, haben sich klare Aufgabenbeschreibungen als förderlich erwiesen sowie eindeutig definierte Zuständigkeiten und Entscheidungsbefugnisse.⁸³⁸ Darüber hinaus sind Vertrauen unter Haupt- und Ehrenamtlichen entscheidend für eine gute Zusammenarbeit und ein freundschaftlicher Umgangston, gegenseitige Wertschätzung, die Anerkennung der Verantwortungsbereiche und ein regelmäßiger Austausch.⁸³⁹

In der Altenhilfe werden zunehmend Freiwillige in den Alltag miteinbezogen. Das Pflegequalitätssicherungsgesetz (PQsG) und das novellierte Heimgesetz (beide seit 1.1.2002 gültig) fordern von den Pflegeeinrichtungen Angebote der „sozialen Begleitung“ wie z. B. Spaziergänge, Ausflüge und Gespräche, ohne dass diese entsprechend bezahlt würden. Der Einsatz von Freiwilligen in der

⁸³⁴ Vgl. Hoffmann, 2013, S. 118.

⁸³⁵ Vgl. Bierhoff, 2012, S. 38-41.

⁸³⁶ Vgl. Rosenkranz / Görtler, 2012, S. 46-47.

⁸³⁷ Vgl. Regnet, 2012, S. 134.

⁸³⁸ Vgl. Biedermann, 2012, S. 63-64.

⁸³⁹ Vgl. Regnet, 2012, S. 136.

„sozialen Begleitung“ hilft den Einrichtungen, diesen Aufgaben dennoch nachzukommen.⁸⁴⁰ Darüber hinaus können Freiwillige Alltägliches aus dem früheren Lebensumfeld der Pflegebedürftigen einbringen und sie mit Zeit beschenken. Auch ist zwischen Pflegebedürftigen und Freiwilligen das Ungleichgewicht geringer als zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden, denn in den Besuchen der Freiwilligen steht der Alltag und die emotionale Nähe im Vordergrund und nicht die körperliche Pflege.⁸⁴¹

Viele ältere Menschen leben zu Hause in ihrer Wohnung und benötigen bei Bedarf Unterstützung. Dafür haben manche Kommunen, Kirchengemeinden und Vereine Hilfebörsen eingerichtet, die Einsätze von Freiwilligen vermitteln. Über diese Plattform werden Leistungen wechselseitig getauscht oder es können durch den Beitritt in einen entsprechenden Verein kostengünstig Hilfen in Anspruch genommen werden. Es werden v. a. folgende Leistungen vermittelt: Erledigung von Schriftverkehr und Ausfüllen von Formularen, Begleitung, Fahrdienste, Blumen gießen, Haustiere versorgen, Hilfestellung am Computer, Einkaufen, Putzen, Wäsche bügeln, Mahlzeiten vorbereiten, Gartenarbeit, kleine handwerkliche Tätigkeiten, Krankenbesuche, Vorlesen etc. Die Freiwilligen sind über den Anbieter haftpflicht- und unfallversichert.⁸⁴² Außerdem bieten Organisationen und Einrichtungen Vorträge an, kulturelle, kreative und gesellige Veranstaltungen, die vorwiegend von Freiwillig-Engagierten geleitet werden. So bleiben Senioren z. B. durch Gedächtnistraining geistig und körperlich rege. Außerdem ermöglichen diese Angebote neue Kontakte und Gemeinschaft auch im fortgeschrittenen Alter.⁸⁴³

Über die „Evangelische oder Ökumenische Krankenhaus- und Altenheimhilfe“ (EKH, ÖKH) setzen sich bundesweit etwa 11.000 Helfer als Grüne Damen und Herren in mehr als 700 Krankenhäusern und Altenpflegeheimen für kranke und alte Menschen ein. Dabei sind Frauen zwischen 50-74 Jahren am häufigsten anzutreffen.⁸⁴⁴ Es gibt viele weitere Freiwilligen-Initiativen, von denen ich ein weiteres Beispiel nenne: das Bundesmodellprogramm „Erfahrungswissen für Initiativen“ (EFI), in dem „seniorTrainer“ ausgebildet werden mit dem Ziel, dass Senioren Freiwillige in ihrem Umfeld begleiten.⁸⁴⁵

⁸⁴⁰ Vgl. Daneke, 2003, S. 18.

⁸⁴¹ Vgl. Daneke, 2003, S. 25-26.

⁸⁴² Vgl. Daneke, 2003, S. 38-39.

⁸⁴³ Vgl. Daneke, 2003, S. 40-41.

⁸⁴⁴ Vgl. <http://www.ekh-deutschland.de/startseite/> (Abruf 6.12.14)

⁸⁴⁵ Vgl. Ev. Erwachsenenbildungswerk Nordrhein, 2007, S. 8.

7.5 Informationsmanagement

Pflegeeinrichtungen müssen eine Pflegedokumentation führen, da dies in den Gesetzen (§ 80 SGB XI) und der Rahmenvereinbarung des jeweiligen Bundeslandes (§ 75 SGB XI) verankert ist. Das bedeutet, dass eine Pflegedokumentation „fachgerecht, sachgerecht, in geeigneter Form und kontinuierlich“⁸⁴⁶ zu führen ist. Sie ist ein „fachliches Planungsinstrument“ und dient dem Informationsaustausch derer, die an der Betreuung, Versorgung, Pflege und Behandlung einer pflegebedürftigen Person beteiligt sind. D. h. der Verlauf und der Stand des Pflegeprozesses müssen aus den Unterlagen jederzeit ersichtlich sein. Daneben ist sie Grundlage zur Abrechnung gegenüber den Kostenträgern und ein Nachweis ordnungsgemäßer Arbeit aus haftungsrechtlichen Gründen.⁸⁴⁷ Dabei soll der Arbeitgeber entsprechende Rahmenbedingungen schaffen, dass eine Pflegekraft den gesetzlichen Verpflichtungen entsprechen kann. Dafür sind ein Pflegemodell, genügend Fachkräfte und eine patientenorientierte Arbeitsweise wichtige Voraussetzungen. In der Dokumentationserstellung sind eine feste Tages- und Nachtstrukturierung mit einem standardisierten Leistungsnachweis zeitsparend. Dafür reicht das Abzeichnen der Leistungen mit einer einzigen Unterschrift der Fachkraft, denn durch die „standardisierte Leistungserbringung“ ist ersichtlich, was im Detail und wie gemacht wurde. Außerdem können in einem Berichtsblatt die Besonderheiten separat vermerkt werden.⁸⁴⁸

Es gibt allerdings kein Gesetz, das die Dokumentationsform eindeutig regelt. Das bedeutet, die Dokumentation kann je nach Bedarf auf die spezifischen Bedürfnisse einer Einrichtung erstellt werden.⁸⁴⁹ Und so gibt es sehr unterschiedliche Vorstellungen darüber, was, wie und wie häufig dokumentiert werden muss. So unterscheiden sich die Sichtweisen des MDK-Prüfers, der Heimaufsicht, der Pflegedienstleitung und die der jeweiligen Pflegekraft. Diese unterschiedlichen Herangehensweisen an die Dokumentation erschweren den Alltag. Die entscheidende Frage nach König ist, wenn Dokumentationsregelungen in einer Einrichtung getroffen werden: „Wo steht das?“⁸⁵⁰ In der MDK-Anleitung und bei einigen Heimaufsichtsbehörden sind Qualitätskriterien festgehalten, aber vieles ist in der Pflegedokumentation nicht geregelt. Es geht vielmehr darum, den

⁸⁴⁶ Kamm, 2008, S. 165.

⁸⁴⁷ Vgl. Kamm, 2008, S. 166-167.

⁸⁴⁸ Vgl. Kamm, 2008, S. 168-170.

⁸⁴⁹ Vgl. König, 2011, S. 14-18.

⁸⁵⁰ König, 2011, S. 19-20.

Pflegeprozess auf möglichst praktikable Art und Weise umzusetzen.⁸⁵¹ Der Pflegeprozess erfolgt nach Fiechter und Maier in sechs Schritten: „Informationen sammeln – Pflegeprobleme und Ressourcen erfassen - Ziele setzen – Pflegemaßnahmen planen – Pflegemaßnahmen durchführen – Effektivität der Maßnahmen kontrollieren, auswerten und ggf. verbessern (Evaluation).“⁸⁵²

Bei der Evaluation stehen folgende Fragen im Mittelpunkt:

- „Werden die Maßnahmen so durchgeführt, wie sie geplant sind?
- Decken sich die geplanten Maßnahmen mit den Durchführungs- und Leistungsnachweisen?
- Welche Ziele wurden erreicht, welches Ergebnis der Pflege liegt vor, was konnte erreicht werden?
- Stimmen die Probleme noch so, wie sie in der Planung formuliert sind? Sind neue Probleme hinzugekommen, haben sich welche verändert?
- Sind die Ressourcen noch so vorhanden, wie sie in der Planung stehen oder hat sich etwas verändert? Sind neue Ressourcen hinzugekommen oder welche weggefallen?
- Gibt es neue oder weitere Informationen zum Pflegebedürftigen?“⁸⁵³

Zur Entbürokratisierung der Dokumentation schlägt König vor, auf die Darstellung des Pflegemodells nach Juchli oder Krohwinkel zu verzichten und die 12 ATL („Aktivitäten des täglichen Lebens“) bzw. die 13 AEDL („Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens“) auf fünf Kategorien einzugrenzen. Das Wesentliche in der Pflege eines Menschen und dessen Bedürfnisse bei seinen Aktivitäten können mit diesem Dokumentationsinstrument ganzheitlich abgebildet werden⁸⁵⁴.

1. „Körperpflege und Kleiden (AEDL 4,7,10)
2. Ausscheidung (AEDL 6)
3. Ernährung und Trinken (AEDL 5)
4. Mobilität (AEDL 2,11)
5. Psycho-soziale Lebensaktivitäten (AEDL 8,9,12,13)⁸⁵⁵

⁸⁵¹ Vgl. König, 2011, S. 20-21.

⁸⁵² Fiechter / Maier zit. n. Menche / Bazlen / Kommerell, 2001, S. 34.

⁸⁵³ König, 2011, S. 51-52.

⁸⁵⁴ Vgl. König, 2011, S. 116.

⁸⁵⁵ König, 2011, S. 116-122.

Dementsprechend reichen folgende acht Papiere vollständig aus, den gesamten Pflegeprozess zu dokumentieren, den gesetzlichen Anforderungen zu entsprechen und eine „MDK-Prüfung zu bestehen:

1. Stammblatt
2. Medizinische Verordnungen / Behandlungspflege / ärztliche Verordnungen
3. Pflegeplanung (nach den oben aufgeführten 5 Kategorien)
4. Durchführungsnachweise / Leistungsnachweise
5. Pflegebericht
6. Risikoerhebung Mangelernährung
7. Schmerzmanagement
8. Sturzrisikoeinschätzungsbogen

Ggf. im Einzelfall: Wunddokumentation, Nebenprotokolle wie Trinkprotokoll, Ernährungsprotokoll, Miktionsprotokoll, Lagerungs-/Bewegungsprotokoll.⁸⁵⁶

Wichtig ist, dass alle Informationen in die Planung des Pflegeprozesses einbezogen werden. Dabei sollte die Pflegeplanung ressourcenorientiert und weniger problemorientiert ausgerichtet sein.⁸⁵⁷

Das „mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell“ von Van der Kooij wird in Wohngruppen, in der Tagespflege, in der Psychiatrie, bei Demenzkranken, im Hospiz und in anderen Bereichen eingesetzt: Die Pflegebeziehung steht im Mittelpunkt und es spielen die „Erlebenswelt“ der Bewohner im Pflegeheim und ihrer Familie sowie auch die „Erlebenswelt“ der Pflegenden eine Rolle.⁸⁵⁸ Neben der Wissenschaft setzt dieses Modell auf weitere Kompetenzen: auf die Expertenerfahrung der Fachkräfte (z. B. von mehr als 10 Jahren Berufserfahrung in der Pflege), auf die Lebenserfahrung, auf vereinbarte Bestimmungen und Verhaltensvorschriften und auf die Sichtweise und Einsichten der Pflegekräfte.⁸⁵⁹ In der Mäeutik ist die „professionelle Nähe“ wichtig. Es wird nach Wegen gesucht, wie sich die gefühlsmäßige Seite in die Arbeit integrieren lässt.⁸⁶⁰

Van der Kooij benennt zwei Wege zum Menschsein bei Krankheit, Einschränkungen oder Behinderung:

1. „Selbsterfahrung“: Wie Menschen ihre Identität (Selbstbild) entwickeln und aufrechterhalten.

⁸⁵⁶ König, 2011, S. 96.

⁸⁵⁷ Vgl. König, 2011, S. 95 f.

⁸⁵⁸ Vgl. Van der Kooij, 2010, S. 20-21.

⁸⁵⁹ Vgl. Van der Kooij, 2010, S. 21.

⁸⁶⁰ Vgl. Van der Kooij, 2010, S. 22.

2. „Verletzlichkeit und Abhängigkeit“: Wie die Krankheit in der bisher erlebten Lebensgeschichte eingefügt wird und einen Platz bekommt.⁸⁶¹

Wer gesundheitlich stark beeinträchtigt ist, muss in seinem Alltag lernen damit umzugehen. D. h. der Betroffene verändert in dieser Phase sein Selbstbild, weil er vom Wohlwollen anderer abhängig ist. Pflegekräfte begleiten die Bewohner im Pflegeheim und akzeptieren, dass dieser Aspekt zum Leben dazugehört. Sie müssen mit ihm gemeinsam herausfinden, welche Möglichkeiten und welche Ressourcen ihm trotzdem bleiben.⁸⁶² Dabei ist Zuwendung und Begegnung in der Pflege entscheidend, denn dann fühlt sich der Bewohner als Mensch wertgeschätzt. Wenn dafür keine Zeit ist, wird Ohnmacht und Sinnlosigkeit seitens der Pflegenden und der zu Pflegenden erlebt.⁸⁶³ Eine Besonderheit im mäeutischen Modell ist daher, auf die „guten Momente und wirklichen Begegnungen zu achten und sie zu reflektieren.“⁸⁶⁴ Genauso wichtig ist es, diese im Team zu berichten und systematisch in „Umgangsempfehlungen“ zu übersetzen. So haben Pflegenden im Pflegeprozess die Möglichkeit, mit dem Bewohner gefühlsmäßig in „Kontakt“ zu sein. Es wird auch „Herzdenken“ genannt.⁸⁶⁵

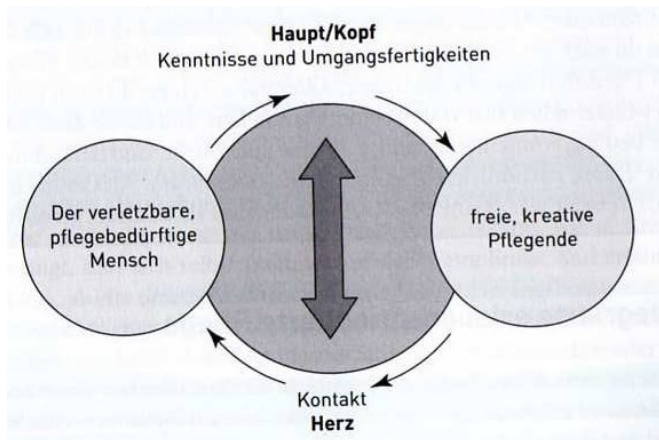


Abb. 51: „Herzdenken“⁸⁶⁶

Die Implementierung dieses Modells dauert ca. 6-12 Monate je nach Anzahl der Bewohner und beginnt mit dem Beobachtungsbogen „Erlebensorientierte Pflege.“ Die mäeutische Pflegedokumentation ist entlang der Phasen des Pflegeprozesses eines Bewohners aufgebaut: „Empfang und Einzug, Eingewöhnung,

⁸⁶¹ Vgl. Van der Kooij, 2010, S. 23-24.

⁸⁶² Vgl. Van der Kooij, 2010, S. 39-41.

⁸⁶³ Vgl. Van der Kooij, 2010, S. 44.

⁸⁶⁴ Van der Kooij, 2010, S. 47.

⁸⁶⁵ Vgl. Van der Kooij, 2010, S. 47-52.

⁸⁶⁶ Van der Kooij, 2010, S. 52.

Aufenthalt, Abrundung und Abschied.“⁸⁶⁷ Vier bis sechs Wochen nach dem Einzug erstellen die Mitarbeiter gemeinsam eine „Charakteristik des Bewohners“ in einer Bewohnerbesprechung: Dazu gehören die Zusammenfassung der Lebensgeschichte, die Eigenschaften, die ihn geprägt haben und immer noch prägen („Kernqualitäten“), wie sich der Bewohner fühlt, was er braucht und wie am besten mit ihm umzugehen ist.⁸⁶⁸ Dann berichten alle Pflegekräfte von „schönen Kontaktmomenten“. Die Bewohnerbesprechung soll die Beziehungsgestaltung fördern, in dem alle Betreuenden wie z. B. Seniorenbegleiter, Präsenzkkräfte, Musiktherapeuten, Ehrenamtliche, kirchliche und soziale Mitarbeiter daran teilnehmen können. Die Ergebnisse der Bewohnerbesprechung führen zu einer (Neu-)Formulierung der Pflegeziele und -maßnahmen. Das bedeutet auch, dass die Übergabezeit anders gestaltet wird, um diese besonderen Informationsakzente in der verfügbaren Zeit zu vermitteln.⁸⁶⁹

Aus England stammt ein weiteres Konzept, das den sektorübergreifenden Informationsfluss fördert: das „Primary Nursing“. Ein besonderes Kennzeichen der „Primären Pflege“ ist, dass die „Primary Nurse“ über den gesamten Pflegezeitraum hinweg für bestimmte Pflegepatienten auch in ihrer Abwesenheit zuständig und verantwortlich ist. D. h. sie ist für den Patienten und die Angehörigen erster Ansprechpartner, sie muss Rechenschaft über die geplante und geleistete Pflege gegenüber der Pflegedienstleistung und den Patienten und deren Angehörigen ablegen und sie vertritt im therapeutischen Team die Interessen des Pflegebedürftigen.⁸⁷⁰ Die Vorgesetzte der „Primary Nurse“ ist die Stations- oder Pflegedienstleitung. Aber die „Primary Nurse“ kann in ihrem Pflegeteam die fachlichen Entscheidungen selbst treffen und ist weisungsbefugt. Zu ihrem Team gehören die „Associate Nurse“, an die die Durchführung der Grund- und Behandlungspflege delegiert werden kann und wofür sie die Verantwortung trägt, und die „Assistant Nurse“, die grundpflegerische und hauswirtschaftliche Tätigkeiten in der ambulanten Pflege übernimmt. In jedem Fall hat die „Primary Nurse“ die Planungsverantwortung. An sie werden alle relevanten Informationen direkt weitergeleitet.⁸⁷¹ Das bedeutet, dass die „Primary Nurse“ das Aufnahmegespräch mit dem Patienten führt und eine Beziehung zu ihm aufbaut, Informationen sammelt, die Pflegeplanung erstellt, den Einsatz des

⁸⁶⁷ Van der Kooij, 2010, S. 67 -68.

⁸⁶⁸ Vgl. Van der Kooij, 2010, S. 68-69.

⁸⁶⁹ Vgl. Van der Kooij, 2010, S. 67 f.

⁸⁷⁰ Vgl. Josuks, 2008, S. 18.

⁸⁷¹ Vgl. Josuks, 2008, S. 20-23.

Teams koordiniert, die Dokumentation überprüft, die Pflege evaluiert und für die Informationsweitergabe an die entsprechenden Berufsgruppen, Ehrenamtlichen oder Selbsthilfegruppen sorgt. Außerdem erstellt sie die Einsatzpläne für die Pflegekräfte in ihrem Team, leitet Auszubildende und ungelerntes Personal an, klärt ihre persönliche Vertretungsregelung und kümmert sich um die Team- und Fallbesprechungen.⁸⁷² Das hat zur Folge, dass sich unterschiedliche Pflegerollen im System entwickeln, was in Bezug auf den zu erwartenden Fachkräftemangel ein wichtiger Aspekt ist. Allerdings ist die Abrechnung mit den Kranken- und Pflegekassen für die „primäre Pflege“ nicht geklärt, ebenso wenig die Eingruppierung und das Ausbildungsniveau der „Primary Nurse“. Gerade in Bezug auf die Entlohnung ist eine deutliche Erhöhung notwendig, die der Verantwortungsrolle der „Primary Nurse“ gerecht wird. Ebenso notwendig ist eine entsprechende fachliche Besetzung im Team, um die Beständigkeit in der Patientenversorgung zu gewährleisten, damit das „Primary Nursing“ nicht dafür ausgenutzt wird, mit größtenteils ungelerten Hilfskräften und nur einem Minimum an Pflegekräften zu arbeiten.⁸⁷³

8 Sektorenübergreifende Zusammenarbeit außerhalb und innerhalb von Deutschland

Der Vertrag von Maastricht 1993 benennt das Gesundheitswesen als „länder-spezifische Aufgabe der Mitgliedsstaaten“,⁸⁷⁴ die nicht auf die Europäische Union übertragen werden kann. Dennoch soll die EU einen Beitrag zur „Erreichung eines hohen Gesundheitsniveaus“⁸⁷⁵ leisten. Trotz unterschiedlicher Gesundheitssysteme innerhalb Europas können „Best-Practice-Ansätze“ dazu beitragen, zukunftsweisende Beispiele in der Patientenversorgung länderübergreifend wahrzunehmen und die Zusammenarbeit zu fördern.⁸⁷⁶

Europas Bevölkerung wird bis zum Jahr 2020 etwa zu 25% aus Senioren über 60 Jahren bestehen, die aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind.⁸⁷⁷

Das wird die Konsumnachfrage und das Angebot verändern. Des Weiteren führt das Zusammenwachsen Europas zu einem Wettbewerb der Gesundheitssysteme, die wirtschaftliche Standortvorteile und –nachteile bedeuten. Es braucht

⁸⁷² Vgl. Josuks, 2008, S. 22-23.

⁸⁷³ Vgl. Josuks, 2008, S. 26-30, 96 f.

⁸⁷⁴ Jaeckel, 2009, S. 32.

⁸⁷⁵ Jaeckel, 2009, S. 33.

⁸⁷⁶ Vgl. Jaeckel, 2009, S. 32-34.

⁸⁷⁷ Vgl. Bartels, 2004, S. 11.

europäische Strategien, um mit weniger Finanzmitteln eine zukunftsfähige Versorgung zu gewährleisten. Folgende Aktivitäten können dabei unterstützen: Internationale Begegnungen von Fach- und Führungskräften in der Altenpflege, die Entwicklung europäischer Partnerschaften von Altenpflegeheimen und europäische Workshops, z. B. zu Themen wie die Einstufung der Pflegebedürftigkeit oder computergestützte Programme in der Altenpflege etc.⁸⁷⁸ Um alten Menschen ein langes Leben zu Hause zu ermöglichen, werden „Integrierte Versorgungssysteme“ für Pflegebedürftige nachgefragt. Unter „Integrierten Versorgungssystemen oder Integrated Delivery Systems (IDS) wird ein Netzwerk von Organisationen verstanden, das die Leistungen selbst erbringt oder die Erstellung organisiert und zwar über das gesamte Kontinuum von Gesundheitsbedürfnissen hinweg.“⁸⁷⁹ Folgende Funktionen beinhalten „Integrierte Versorgungssysteme: Eine gemeinsame Führungsstruktur und Funktionsintegration, integrierte Informationssysteme, ein Kontinuum der Leistungserstellung, ein integriertes Qualitätsmanagement, Kopfpauschalen und die Verantwortung für den Gesundheitsstatus einer definierten Population.“⁸⁸⁰ Der Erfolg eines „IDS“ hängt wesentlich davon ab, ob sich unterschiedliche Unternehmenskulturen verbinden. Obwohl elektronische Informationssysteme für die Arbeitsweise eines „IDS“ erforderlich sind, wirft die elektronische Patientenakte Fragen des Datenschutzes auf. „IDS“ sind nach außen auf Wettbewerb eingestellt und nach innen funktionieren sie nach Planungszielen.⁸⁸¹ Im Folgenden werden die Arbeitsweisen und Funktionen „Integrierter Versorgungssysteme“ anhand von vier Länderbeispielen erläutert:

- Die Schweiz, die als Vorreiter für Integrierte Versorgung gilt.
- Die Niederlande, die dem Sozialversicherungssystem in Deutschland sehr ähnlich ist und z. T. andere Entwicklungen genommen hat.
- Großbritannien, das sein Gesundheitssystem staatlich zentral organisiert und sich vom deutschen System grundlegend unterscheidet.
- Spanien, das sein Gesundheitssystem staatlich dezentral organisiert und sich wiederum deutlich vom englischen und auch vom deutschen System unterscheidet.

⁸⁷⁸ Vgl. Bartels, 2004, S. 12-13.

⁸⁷⁹ Amelung, 2009, S. 10.

⁸⁸⁰ Amelung, 2009, S. 11

⁸⁸¹ Vgl. Amelung, 2009, S. 11.

8.1 Schweiz

In Europa kann die Schweiz als Vorreiter für Integrierte Versorgung angesehen werden. In der Schweiz sind die Kantone für das Gesundheitswesen zuständig. Das bedeutet, dass es 26 unterschiedliche Gesetzgebungen und Einzelsysteme gibt. Die Kompetenzen des Bundes liegen auf der Erlassung von Rahmengesetzen. So hat der Bund 1996 mit dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) geregelt, dass alle Bürger der Schweiz eine Krankenversicherung abschließen müssen. Diese Grundversicherung deckt die Behandlungskosten im Krankheitsfall. Durch die föderale Ausrichtung der Schweiz kommt es zu Preisdifferenzen gleicher medizinischer Leistungen in unterschiedlichen Kantonen. Des Weiteren existiert in der Schweiz das „Kopfprämienmodell“, d. h. es wird ein fixer Beitrag (Prämie) von allen beitragspflichtigen Versicherten gezahlt, der unabhängig vom Einkommen ist. Ein Nachteil dieses Modells besteht darin, dass ein Großteil der Gesundheitskosten im Alter anfällt, aber die Prämien für alle Versicherten gleich hoch sind.⁸⁸² Eine Pflegeversicherung wie in Deutschland gibt es in der Schweiz nicht – auch keine Altenpflegeausbildung. 1992 wurde die dreijährige Diplombildung zur Allgemeinen Krankenpflege zur Diplombildung in „Gesundheits- und Krankenpflege Diplommniveau II“ („DN II“, vier Jahre) und „Diplommniveau I“ („DN I“, drei Jahre) verändert.⁸⁸³ 2004 trat das Berufsbildungsgesetz in Kraft und überführte die Ausbildungsgänge „DN I“ und „DN II“ schrittweise in Abschlüsse an der höheren Fachschule (HF) mit der Bezeichnung „dipl. Pflegefachfrau HF“ (3 Jahre Ausbildung) oder an der Fachhochschule (FH) mit der Berufsbezeichnung „dipl. Pflegefachfrau FH“ (3 Jahre Studium).⁸⁸⁴ Die häusliche Krankenpflege spielt in der Schweiz eine besondere Rolle. Diese obliegt den Gemeinden und wird weitgehend durch privatrechtliche Vereine, den Spitex („Spitalexterne Kranken- und Gesundheitspflege“), geleistet.⁸⁸⁵ Die Dienstleistungen der Spitex werden von der Sozial- und Krankenversicherung, von öffentlichen Mitteln sowie durch Beiträge der Patienten finanziert. Der Spitex-Verband Schweiz versteht sich als Dachorganisation der Spitex-Organisationen, die als Non-profit-Organisationen arbeiten und für die ambulante Pflege und Hilfe zuständig sind.⁸⁸⁶ Diese umfassen die „Gesundheits- und Kranken-

⁸⁸² Vgl. Deimel, 2009, S. 68-72.

⁸⁸³ Vgl. Becker, 2001, S. 121.

⁸⁸⁴ [https://www.fhsg.ch/fhs.nsf/files/fbge_Pr%C3%A4sentationen_Anlass%20Berufsberatungen/\\$FILE/Pr%C3%A4sentation_Gemeinsamkeiten_Unterschiede_HF_FH_6.%20Mai.pdf](https://www.fhsg.ch/fhs.nsf/files/fbge_Pr%C3%A4sentationen_Anlass%20Berufsberatungen/$FILE/Pr%C3%A4sentation_Gemeinsamkeiten_Unterschiede_HF_FH_6.%20Mai.pdf) (Abruf 25.8.15)

⁸⁸⁵ Vgl. Deimel, 2009, S. 70.

⁸⁸⁶ Vgl. Fischer, 2001, S. 130-133.

pflege, die Hauspflege und Haushilfe“⁸⁸⁷. Zunächst wird der jeweilige Betreuungs- und Pflegebedarf mithilfe eines „Bedarfsklärungs-Instruments“ erfasst, um die notwendige Hilfe- und Pflegeplanung zu erstellen. Die Bedarfsklärung ist die Grundlage für medizinische Verordnungen, die durch die Grundversicherung abgedeckt sind. Im Pflegeprozess bedarf es interdisziplinärer Teamarbeit, in der die professionell Pflegenden eine zentrale Führungsrolle übernehmen und sich um die Anleitung und Koordination innerhalb der eigenen Organisation sowie um die Kontakte nach außen kümmern.⁸⁸⁸ Beispielsweise werden komplexe Patientensituationen durch Fallmanager betreut, die sich um die Steuerung der beteiligten ambulanten und stationären Einrichtungen kümmern. In diesem Zusammenhang ist das Case Management in der Schweiz sehr verbreitet. Verschiedene Modelle haben sich etabliert, die sich in ihrer Perspektive („Leistungserbringer, Versicherer, Patient“) unterscheiden⁸⁸⁹:

- Im „Brokerage-Modell“ wird dem Patienten zusätzlich ein Fallmanager zugeordnet, der organisationsunabhängig einen Betreuungsplan erstellt, um doppelte Untersuchungen zu vermeiden.⁸⁹⁰
- Im „umfassenden integrierten Modell“ bringt das behandelnde, interdisziplinäre Team selbst Fallmanagement und Patientenbetreuung ein.⁸⁹¹
- Im „Modell des Self-managed Care“ wird der Patient durch einen Fallmanager dazu angeleitet, größtenteils selbst die Koordination seiner Betreuung zu übernehmen.⁸⁹²
- Dagegen haben sich „Disease Management-Programme“ in der Schweiz kaum durchgesetzt. „Sie beschreiben Behandlungspfade über ganze Krankheitsverläufe hinweg - von der Prävention über die Diagnose, Behandlung und die Nachbetreuung.“⁸⁹³ Sie beziehen sich auf klar eingegrenzte Diagnosen und chronische Krankheiten, wie z. B. Diabetes mellitus, koronare Herzkrankheiten, Asthma bronchiale, Hypertonie etc.⁸⁹⁴
- Das „Demand Management“ umfasst „Beratungs- und Leitsysteme für Patienten“, um bei Krankheit oder nach einem Unfall den Behandlungs- und Pflegebedarf einzuschätzen. Im Vordergrund steht die Telefonbera-

⁸⁸⁷ Fischer, 2001, S. 132.

⁸⁸⁸ Vgl. Fischer, 2001, S. 134-137.

⁸⁸⁹ Vgl. Berchtold, 2009, S. 75-80.

⁸⁹⁰ Vgl. Berchtold, 2009, S. 79.

⁸⁹¹ Vgl. Berchtold, 2009, S. 79.

⁸⁹² Vgl. Berchtold, 2009, S. 79.

⁸⁹³ Berchtold, 2009, S. 79.

⁸⁹⁴ Vgl. Berchtold, 2009, S. 79.

tung. Zurzeit gibt es zwei große Telefonberatungsdienste in der Schweiz, die von 1-2% der Bevölkerung in Anspruch genommen werden. Die Vorteile liegen für den Patienten in der 24-Stunden-Erreichbarkeit und einer schnellen ärztlichen oder pflegerischen Beratung ohne Wartezeiten.⁸⁹⁵

Informations- und Kommunikationstechnologien („IKT“) helfen im Gesundheitswesen die hohe Datendichte und –komplexität zu optimieren. Ein Großteil der Schweizer Ärztenetzwerke konzentriert sich darauf, die Versorgungsstruktur zu verbessern. Aber ebenso erforderlich ist der Blick auf die Prozessqualität, damit der bereichsübergreifende Einsatz von „IKT“ in der Grundversorgung zu entscheidenden Verbesserungen führt. Der Schweizer Bundesrat hat 2007 die Strategie „eHealth Schweiz“ verabschiedet, die drei Handlungsfelder einschließt:⁸⁹⁶

1. „*Elektronisches Patientendossier*“: umfasst eine elektronische Versicherungskarte und die Entwicklung einer elektronischen Patientenakte mit den wesentlichen Informationen zur Patientenbehandlung.⁸⁹⁷
2. „*Online-Dienste*“: stellen die Qualitätssicherung für Online-Dienstleistungen sicher. Es soll ein nationales Gesundheitsportal entstehen, über das auch Zugang zum „elektronischen Patientendossier“ möglich ist.⁸⁹⁸
3. „*Umsetzung Strategie eHealth*“: bildet den Rahmen für alle Handlungsfelder und beschreibt Maßnahmen zur erfolgreichen Umsetzung von „eHealth Schweiz“. Sie soll die Zusammenarbeit von Bund, Kantonen und Gemeinden unterstützen.⁸⁹⁹

Zu diesem Zweck wurde eine Rahmenvereinbarung zwischen dem Bund und den kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK) getroffen und die Koordinationsstelle „eHealth Schweiz“ zum 1.1.2008 eingerichtet. Diese Koordinationsstelle gibt Empfehlungen an alle Akteure im Gesundheitswesen. Auch wenn Bund und Kantone nicht dazu verpflichtet sind, wollen sie die Empfehlungen nach Bedarf rechtlich einbinden. So kann „e-Health Schweiz“ die Informationslücke zwischen den Partnern im Gesundheitssystem schließen. Zur Umsetzung braucht es Personen mit multidisziplinären Erfahrungen, die über die „Fach-, Berufs- und Branchengrenzen hinweg neue Brücken bauen“.⁹⁰⁰

⁸⁹⁵ Vgl. Berchtold, 2009, S. 79-80

⁸⁹⁶ Vgl. Denz, 2009, S. 87-92.

⁸⁹⁷ Vgl. Denz, 2009, S. 93.

⁸⁹⁸ Vgl. Denz, 2009, S. 93-94.

⁸⁹⁹ Vgl. Denz, 2009, S. 94.

⁹⁰⁰ Vgl. Denz, 2009, S. 94-95.

Als Beispiele für erfolgreiche Implementierung von „Integrierten Versorgungskonzepten“ sind zwei unterschiedliche Projekte zu nennen: „GeWint Gesundheitsregion Winterthur“ und das „Gesundheitsnetz 2025 Zürich“. Für die Gesundheitsregion Winterthur wurde ein Dienstleistungsangebot entwickelt, das auf „vier Dienstleistungsbereichen aufbaut: Information, individuelle Leistungen, Gesundheitsförderung und Krankheitsmanagement.“⁹⁰¹ Dafür ist die Zusammenarbeit von ambulanten und stationären Leistungserbringern wesentlich. Neben den Hausarztnetzwerken werden auch ambulante Spezialisten, Apotheken, Spitexeinrichtungen, Pflegezentren und Therapeuten miteinbezogen. „GeWint“ wurde von Akteuren aus dem Gesundheitsbereich, dem Verein von regionalen Einrichtungen des Gesundheitswesens, der Stadt Winterthur, den örtlichen Krankenhäusern und einer Krankenkasse ins Leben gerufen. In diesem Projekt der Integrierten Versorgung steht die konzeptionelle Ebene im Vordergrund.⁹⁰²

Im Gegensatz dazu wurde das „Gesundheitsnetz 2025 Zürich“ als Plattform und Kommunikationsnetz für Akteure im Gesundheitswesen initiiert. Dabei ist die Stadt durch das stadt eigene Versorgungsangebot mit zwei Krankenhäusern, mehreren Pflegezentren, Altenheimen, Spitexeinrichtungen etc. in der Versorgung schnittstellen- und sektorenübergreifend tätig. Die Stadt Zürich möchte das Arbeiten in Netzwerken fördern, wobei ausdrücklich auf partnerschaftliche Zusammenarbeit Wert gelegt wird.⁹⁰³

Folgende Pilotprojekte wurden gestartet:

- **„Quartierpraxis“:** Niederschwelliger und ortsnaher Zugang zu ambulanten Versorgungsleistungen, Erweiterung der Hausbesuche und der Öffnungszeiten der Notfalldienste incl. der Vernetzung mit der Notfallstation des Stadtkrankenhauses⁹⁰⁴
- **„Spitalassoziierte Notfallpraxis“:** Eine ambulante Hausarzt-Versorgung wird der stationären Notfallaufnahme vorgeschaltet. Die Infrastruktur befindet sich in einem Krankenhaus und die Hausärzte gewährleisten die Behandlung.⁹⁰⁵

⁹⁰¹ Auerbach / Imhof, 2009, S. 224.

⁹⁰² Vgl. Auerbach / Imhof, 2009, S. 221-224.

⁹⁰³ Vgl. Auerbach / Imhof, 2009, S. 225.

⁹⁰⁴ Vgl. Auerbach / Imhof, 2009, S. 226.

⁹⁰⁵ Vgl. Auerbach / Imhof, 2009, S. 226.

- **„Zentrum für integrierte Langzeitbetreuung (ZiL)“:** Dieses Zentrum ist für chronisch Kranke und multimorbide Menschen gedacht (Herz, Lunge, Rheuma, onkologische Erkrankungen etc.). Es ergänzt die Spitex-Angebote.⁹⁰⁶
- **„Spezialisierte integrierte Langzeitversorgung“:** Ein ambulantes Zentrum für Demenzkranke und ihre Angehörige sowie auch für alle anderen Beteiligten, damit die Schnittstellen leichter bewältigt werden können.⁹⁰⁷

Das „Gesundheitsnetzwerk 2025 Zürich“ wurde von der Politik und der Verwaltung ins Leben gerufen. Es kann nur funktionieren, wenn sich ein Gewinn für Leistungserbringer, Kostenträger und Patienten abzeichnet. Dabei sind die Inhalte nicht zentral geplant, sondern es werden die Aufgabenbereiche gefördert, für die es Initiativen gibt.⁹⁰⁸

Beiden Beispielen ist ein Umdenken in der Zusammenarbeit von ambulanten und stationären Einrichtungen gemeinsam.

8.2 Niederlande

In den Niederlanden gilt der Grundsatz: „Die Versorgung soll allen Bürgern zur Verfügung stehen.“⁹⁰⁹ Das niederländische und deutsche Gesundheitssystem sind sich sehr ähnlich: Beide werden größtenteils aus Sozialversicherungsbeiträgen finanziert, wobei das niederländische System Elemente der Bürgerversicherung und der Kopfprämie verbindet. Für jeden Einwohner in den Niederlanden besteht die Krankenversicherungspflicht ab dem 18. Lebensjahr. Versichert sich ein Bürger nicht, riskiert er ein Bußgeld.⁹¹⁰ „Den Kern des Systems bilden die gesetzliche Krankenversicherung ‚ZFK - Ziekenfondswet‘ und die Pflegeversicherung ‚AWBZ - Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten‘. Beide Säulen wurden bereits vor 30 Jahren eingeführt.“⁹¹¹ In den 70ern lebten in den Niederlanden 10% der Menschen über 65 Jahren in Altenwohnheimen. Aufgrund der steigenden Kosten steuerte die Regierung dagegen, schloss alte Häuser dieser Art und baute keine neuen mehr. So leben heute nur noch 5% der über 65-Jährigen in einer solchen Einrichtung. Dementsprechend kommt der häuslichen Versorgung eine zentrale Bedeutung zu. Zahlreiche kleine Organisationen der

⁹⁰⁶ Vgl. Auerbach / Imhof, 2009, S. 226-227.

⁹⁰⁷ Vgl. Auerbach / Imhof, 2009, S. 227.

⁹⁰⁸ Vgl. Auerbach / Imhof, 2009, S. 227.

⁹⁰⁹ Van Rooij, 2009, S. 110.

⁹¹⁰ Vgl. Van Rooij, 2009, S. 99- 102.

⁹¹¹ Lucassen, 2004, S. 82.

privaten Pflege und häuslichen Kranken- und Altenpflege haben sich zusammengeschlossen, so dass manche Organisationen bis zu 10.000 Arbeitnehmer beschäftigen.⁹¹² Die Bedarfsermittlung für Pflegebedürftige erfolgt über eine unabhängige Meldestelle („Regionaal Indicateorgaan“), die die Art und den Umfang der Pflegeleistung bestimmt. Die Zuweisung der Pflege geschieht über den so genannten „Zorgkantoor“, der dies in Absprache mit den Versicherern organisiert. Diejenigen, die eine Pflegeleistung erhalten, zahlen einen einkommensabhängigen Betrag, der aufgrund der in Stunden und Minuten erbrachten Leistungen errechnet wird.⁹¹³

Seit 1.1.2001 ist gesetzlich geregelt, dass die Alten- und Pflegeheime sowie die ambulante Pflege der „AWBZ“ zugeordnet sind. Das bedeutet, dass sich die Pflegeversicherung für die regionale Altenhilfe in Bezug auf Planung und Finanzierung verantwortlich zeichnet, wobei die Provinzen nur noch beratend tätig sind.⁹¹⁴ Um auf die Anforderungen des Arbeitsmarktes flexibel reagieren zu können, wurde 1997 die Berufsausbildung für Pflegeberufe in ein übersichtliches zusammenhängendes System gebracht. Jeder Ausbildungsstufe sind bestimmte pflegerische Aufgaben zugeordnet, so dass entsprechend dem jeweiligen Pflegebedarf die Mitarbeiter qualifikations- und situationsgerecht eingesetzt werden können.⁹¹⁵

„Es besteht folgende Ausbildungsstruktur:

- Qualifikationsniveau 1: ‚Zorghulp‘ (hauswirtschaftliche Helfer, 1-jährige Ausbildung)
- Qualifikationsniveau 2: ‚Helpende‘ (Pflegehelfer, 2-jährige Ausbildung)
- Qualifikationsniveau 3: ‚Verzorgende‘ (Krankenbetreuer, 3-jährige Ausbildung – vergleichbar mit der deutschen Altenpflegeausbildung)
- Qualifikationsniveau 4: ‚Verpleegkundige‘ (Krankenpfleger, 4-jährige Ausbildung – vergleichbar mit der deutschen 3-jährigen Krankenpflegeausbildung)
- Qualifikationsniveau 5: 4 Jahre Studium ‚Verpleegkunde‘ an einer Fachhochschule (qualifiziert auch für Leitungs- und Managementtätigkeiten)⁹¹⁶

⁹¹² Vgl. Lucassen, 2004, S. 82.

⁹¹³ Vgl. Lucassen, 2004, S. 81-83.

⁹¹⁴ Vgl. Lucassen, 2004, S. 86.

⁹¹⁵ Vgl. Lucassen, 2004, S. 84-85.

⁹¹⁶ Lucassen, 2004, S. 85.

Der Vorteil dieses System besteht darin, dass jedes Qualifikationsniveau mit einem Berufsabschluss endet, so dass man auch zu einem späteren Zeitpunkt (z. B. nach einer Elternzeit) die nächsthöhere Stufe erreichen kann. Dieses System kann schnell auf die Anforderungen des Arbeitsmarkts reagieren und berücksichtigt die Interessen der Patienten, Pflegekräfte und Dienstleister.⁹¹⁷ Seit 1.1.2006 ist die Trennung zwischen gesetzlichen und privaten Krankenkassen abgeschafft. Die neuen Kassen agieren nun gewinnorientiert.⁹¹⁸ Elemente des neuen Gesetzes sind eine Basisversicherung für alle, die freie Krankenkassenwahl, wobei ein jährlicher Wechsel möglich ist und freiwillige Zusatzversicherungen, die den Basisschutz erweitern. Die Beiträge bestehen aus einer einheitlichen Basispauschale plus eines einkommensabhängigen Anteils, wobei es für sozial Schwache einen Zuschuss gibt und die Versicherung von Kindern aus Steuermitteln finanziert wird.⁹¹⁹

Der erste Ansprechpartner für einen Patienten ist in der Regel der Hausarzt. Die niederländischen Hausärzte arbeiten vermehrt in Gruppenpraxen zusammen. Daneben besteht die Notfallversorgung rund um die Uhr und wird größtenteils durch das Engagement von Hausärzten („Hausarztposten“) gewährleistet. Ein kleines Team von Ärzten und Fahrern organisiert die Versorgung von ca. 100.000 bis 500.000 Patienten.⁹²⁰ Eine Selbstverwaltung von Institutionen wie z. B. die Kassenärztlichen Vereinigungen gibt es in den Niederlanden nicht, dafür aber das „CVZ“ („college voor zorgverzekeringen“), das den Minister für Gesundheitsversorgung berät. Er legt das jährliche „Basispaket“ für Versicherer fest und somit welche Leistungen erstattet werden.⁹²¹ Das Finanzamt behält die einkommensabhängigen Anteile direkt ein, die dann in einem Fonds landen, der vom „CVZ“ verwaltet wird. Dass die Gelder gerecht an die Kassen weitergeleitet werden, dafür sorgt der Risikostrukturausgleich. Dabei werden folgende Merkmale berücksichtigt: Das Alter und Geschlecht der Versicherten sowie die Region und die Einkommensart der Versicherten.⁹²²

Am 8.4.2008 wurde die Bürgerversicherungsnummer („BSN“) eingeführt. Damit werden die in Anspruch genommenen medizinischen Dienstleistungen mit anderen Daten des Finanzamtes verknüpft. Außerdem ist die „BSN“-Nummer Vo-

⁹¹⁷ Vgl. Lucassen, 2004, S. 86.

⁹¹⁸ Vgl. Van Rooij, 2009, S. 102.

⁹¹⁹ Vgl. Van Rooij, 2009, S. 102.

⁹²⁰ Vgl. Van Rooij, 2009, S. 105-106.

⁹²¹ Vgl. Van Rooij, 2009, S. 111-112.

⁹²² Vgl. Van Rooij, 2009, S. 107-112.

raussetzung für die „virtuelle bundesweite elektronische Patientenakte (EPD)“, die nach und nach eingeführt wird.⁹²³

Gewisse fachliche Eigenständigkeit, Regelungen und Standards sind hilfreich, um Diagnosen und Behandlungen festzulegen. Aber bei zuvielen Regelungen werden sie schnell zur Bürokratie. Daher sollte sich der Wettbewerb auf die Qualität der Versorgung beziehen und helfen, Bürokratie abzubauen. Beispielsweise wird die Eigenständigkeit der Patienten in den Niederlanden durch ein „persönliches Budget“ gefördert. Die Bedürfnisse eines Patienten werden eingeschätzt und daraus wird abgeleitet, über welchen Geldbetrag bzw. über wie viele Gutscheine er verfügt. Dieses Budgetsystem fördert die freie Wahl des Anbieters. Dieser Ansatz kann künftig den gesamten Gesundheitsmarkt verändern. Für die Zukunft ist zwischen der Selbstverwaltung der Leistungserbringer, den Standards sowie dem Wettbewerb eine Balance zu finden, wobei der Marktwettbewerb erweitert werden soll, um die Patientenorientierung zu fördern.⁹²⁴

Es wird das Ziel verfolgt, eine gute Versorgung zum günstigen Preis anzubieten. Zwischen 90-95% der Bürger schlossen Zusatzversicherungen ab. D. h. die Versicherer, die Zusatzversicherungen anbieten, zählen zu den Gewinnern. Künftig ist für die Versicherer ein Umdenken gefragt: weg vom Versorgungsvermittler hin zum Versorgungsanbieter, der die Interessen der Patienten in den entsprechenden Angeboten aufnimmt. Dabei spielen „Integrierte Versorgungskonzepte“ sowie die Weiterentwicklung zum „Komplettversicherer“ eine Rolle.⁹²⁵ Oder es entwickeln sich stattdessen „Health Maintenance Organizations“ („HMO“), die für beides zuständig sind: für die Leistungsfinanzierung und –erbringung. Da eine „HMO“ an der Gesundheit ihrer Mitglieder verdient, werden Präventionsangebote mehr Beachtung finden.⁹²⁶

Bereits heute nehmen 60% der Gesundheitsleistungen alte Menschen in Anspruch. Der Höhepunkt dieser Entwicklung wird im Jahr 2040 erwartet, wenn 25% der Niederländer über 65 Jahre alt sein wird. So wächst die Nachfrage an ambulanter Versorgung. Deshalb haben viele Alten- und Pflegeheime ihre Leistungen um einen teilstationären Bereich wie die Tages- oder Nachtpflege erweitert oder Notrufsysteme und einen ambulanten Pflegedienst eingerichtet. Dabei

⁹²³ Vgl. Van Rooij, 2009, S. 116.

⁹²⁴ Vgl. Caris, 2009, S. 128-134.

⁹²⁵ Vgl. Dekker, 2009, S. 138-139.

⁹²⁶ Vgl. Dekker, 2009, S. 136-139.

erlebt die Pflege einen Wandel hin zur patientenorientierten Nachfrage: „Pflege nach Maß“, das „persönliche Budget“ und das Einbeziehen alter Menschen in Entscheidungen ihrer Versorgung und Pflege unterstützen diesen Prozess. Es sollen noch mehr Angebote des Gesundheitswesens mit denen des Sozialwesens zusammengeführt werden, um „integrierte Servicepakete zu standardisierten Preisen“ anzubieten.⁹²⁷ Das erfordert eine stärkere Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Dienstleistungsbereichen. Nicht zu unterschätzen ist dabei, dass der größte Teil häuslicher Pflege alter Menschen nach wie vor durch Angehörige geschieht, die durch ambulante Angebote unterstützt und entlastet werden sollen. Anders als in Deutschland wird den Pflegebedürftigen kein Pflegegeld ausbezahlt, das sie an Verwandte für die geleistete Pflege weitergeben könnten.⁹²⁸ Aber es besteht für pflegende Angehörige die Möglichkeit, einen finanziellen Ausgleich zu erhalten z. B. für eine Laufbahnunterbrechung, für Sonderurlaub, um die Pflege bewerkstelligen zu können, oder für die Reduzierung der Arbeitszeit von einem Zeitraum bis zu 18 Monaten. Des Weiteren erhalten pflegende Angehörige Unterstützung in Selbsthilfegruppen und Beratungsbüros. Ein Großteil der Niederländer ist in gemeinnützigen Vereinen aktiv, die überwiegend ehrenamtliche Tätigkeiten im Gesundheitsbereich übernehmen. Beispielsweise gibt es Organisationen zur „Entlastung pflegender Angehöriger“. Sie vermitteln Personen, die in der häuslichen Pflege unterstützen. Zukünftig kommt den Gesundheitsberufen eine immer größere Vermittlerrolle zu, um zwischen den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, den professionellen Ansprüchen und der Gesetzgebung den Bedarf und das Angebot auszuloten.⁹²⁹

8.3 Großbritannien

In Großbritannien gibt es seit 1948 den „National Health Service“ („NHS“), eine staatliche Gesundheitsbehörde, die über Steuermittel eine freie Krankenversorgung für alle Einwohner bereitstellt. Der „NHS“ wird zu 70% aus Steuermitteln finanziert, zu 20% aus Sozialabgaben und aus Zuzahlungen der Patienten.⁹³⁰

Tatsächlich gibt es in Großbritannien vier Services: für England, Schottland, Wales und Nordirland. Der „NHS“ ist für die Infrastruktur des Gesundheitswe-

⁹²⁷ Streit / Haijjer, 2001, S. 105-107.

⁹²⁸ Streit / Haijjer, 2001, S. 101.

⁹²⁹ Vgl. Streit / Haijjer, 2001, S. 101-107.

⁹³⁰ Vgl. Weatherly, 2009, S. 144-147.

sens verantwortlich. Gleichzeitig ist er Arbeitgeber für alle Mitarbeiter des Gesundheitssystems außer den niedergelassenen Ärzten, Zahnärzten und den Angestellten der parallel existierenden „privaten Krankenversorgung“. ⁹³¹ So steht das System des „NHS“ im Spannungsfeld begrenzter Mittel und dem Anspruch einer Grundversorgung bzw. einer Vollversorgung für Bürger mit niedrigem Einkommen. Angebot und Nachfrage werden dementsprechend über Wartelisten geregelt. Ebenso stellt das Gesundheitssystem an die Patienten einen Mithilfeanspruch. Im „WHO Health Report 2000“, der Wirksamkeit und Finanzierungsgerechtigkeit der Gesundheitssysteme vergleicht, steht Großbritannien auf Platz 18, vor der Schweiz und Deutschland. ⁹³²

In den 80er Jahren wurden Managementsysteme im „NHS“ eingeführt. Das bedeutet, dass nicht mehr ein Konsens zwischen Verwaltung, Pflege und Medizin zur Verteilung der Mittel gefunden werden muss, sondern für die einzelnen Kliniken sind nun Wirtschaftsexperten („General Manager“) alleinverantwortlich zuständig. ⁹³³ Außerdem hat die Regierungspolitik Langzeitpatienten aus dem „NHS“-Bereich ausgegliedert und dem privaten Sektor zugewiesen. Ziel war eine Kostensenkung. Denn die Dienstleistungen im Gesundheitswesen sind für alle Patienten kostenfrei, indessen sind die Hilfen im sozialen Sektor abhängig vom Einkommen. Und ob ein Anspruch geltend gemacht werden kann, wird in einem Verfahren geprüft. Wer ambulante Hilfe beansprucht, meldet sich beim regionalen „Social Service“ (englische Bezirksbehörde), das einen „Care Manager“ (einen Sozialarbeiter oder eine „Registered Nurse“) schickt, um den Bedarf an hauswirtschaftlichen und pflegerischen Leistungen festzustellen. Die hauswirtschaftliche Versorgung bezahlt der Patient selbst, die Grundpflege übernimmt das „Social Service.“ ⁹³⁴

Die Hausärzte sind für Patienten bei gesundheitlichen Problemen die ersten Ansprechpartner, wobei die Arztwahl eingeschränkt ist. Denn der Hausarzt muss innerhalb eines Radius von 1,5 km vom Wohnort des Patienten praktizieren. In der Praxis arbeiten neben den Ärzten auch mehrere Krankenschwestern mit Zusatzqualifikationen, die im ambulanten Bereich einen erweiterten Zuständigkeitsbereich haben. Das bedeutet, dass die „District oder Community Nurses“ in der ambulanten Versorgung eine wichtige Funktion innehaben. Sie dür-

⁹³¹ Vgl. Weatherly, 2009, S. 143-144.

⁹³² Vgl. Weatherly, 2009, S. 143-144.

⁹³³ Vgl. Arndt, 2003, S. 68.

⁹³⁴ Vgl. Levett / Bartels, 2001, S. 121-126.

fen Wundversorgungen bei Patienten zu Hause und in der Praxis durchführen und auch bei Erkrankungen wie Harnwegsinfekten oder Erkältungen Medikamente verschreiben.⁹³⁵ Weitere Neuentwicklungen waren die so genannten „Nurse-led-clinics“ (von Pflegekräften geführte Sprechstunden) in der Krebsvorsorge und -beratung, in Frauenambulanzen und in Mutter-Kind-Beratungsstellen.⁹³⁶ Die erweiterten Kompetenzen für Krankenschwestern erfolgten aufgrund eines chronischen Ärztemangels und der Erkenntnis, dass Pflegekräfte Patienten nach Standards versorgen können. Eine Studie in Glasgow hat erwiesen, dass mithilfe der Betreuung durch Krankenschwestern mit spezieller Zusatzqualifikation die Einweisungsquote von herzinsuffizienten Patienten halbiert werden konnte und dass sich deren allgemeiner Gesundheitszustand verbessert hat.⁹³⁷ So stellt die Regierung zusätzliche Gelder für Fortbildungsmaßnahmen zur Verfügung und verfolgt die 3 R-Strategie: „Recruit – Retain – Return“ („anwerben, beibehalten, zurückkommen“). Durch attraktive Arbeitsbedingungen sollen Pflegekräfte aus dem Ausland angeworben werden und der Wiedereinstieg für ehemalige Krankenschwestern erleichtert werden.⁹³⁸

Der „NHS“ ist in Gesellschaften organisiert, den so genannten „Trusts“, wobei die „Primary Care Trusts“ („PCTs“) für die ambulante Gesundheitsversorgung einer Region zuständig sind und dafür einen Etat erhalten. Des Weiteren werden die „PCTs“ durch Gremien geführt, in denen Ärzte und andere medizinisches Personal zusammenarbeiten. Ein Großteil der Aufgaben wird nach Standards erledigt. Darüber hinaus entscheiden die „PCTs“ über die Verwendung von 80% der Finanzmittel, die für das Gesundheitswesen bereit gestellt sind. Sie befinden auch selbständig über die Bezahlung spezieller Behandlungsmethoden, so dass es in den Regionen zu Unterschieden in der Versorgungsqualität kommen kann. Zusätzlich kaufen „PCTs“ weitere Leistungen bei anderen „Trusts“ ein: stationäre Behandlungen in Krankenhäusern bei „Hospital Trusts“, Notfall und Rettungsdienste bei den „Ambulance Services“, Pflegedienstleistungen bei den „Care Trusts“, eine psychiatrische Versorgung bei den „Mental Health Services“ oder bei privaten Anbietern.⁹³⁹ Fachärzte sind in den „Outpatient Department der Trusts“ zu finden, an die entweder der Hausarzt

⁹³⁵ Vgl. Höhdorf, 2002, S. 3.

⁹³⁶ Vgl. Arndt, 2003, S. 70.

⁹³⁷ Vgl. www.oegkv.at/uploads/media/oblatunji.pdf (Abruf 9.7.13)

⁹³⁸ Vgl. Höhdorf, 2002, S. 5.

⁹³⁹ Vgl. Weatherly, 2009, S. 145-146.

oder die Notaufnahme überweisen. Obwohl sie im Krankenhaus ansässig sind, werden sie der ambulanten Versorgung zugeordnet.⁹⁴⁰

Um Leistungsanreize für Anbieter von Gesundheitsleistungen zu schaffen und eine effizientere Arbeitsweise des „NHS“ zu erreichen, wurde in den Jahren 1991 bis 1994 schrittweise der „Internal Market“ eingeführt, in dem die Gesundheitsdienstleister untereinander konkurrieren. Das wichtigste Ziel war, die Wartezeiten für eine Behandlung zu verkürzen. Der „Internal Market“ brachte eine kurzfristige aber unwesentliche Verbesserung der Effizienz des „NHS“. 2007 ist die Warteliste erstmals auf unter 700.000 Personen gesunken – ein vergleichsweise niedriger Wert. (1999 waren es 1.072.860 Personen). Außerdem wurde das Ziel einer 6-monatigen Wartezeit erreicht und es setzte ein Trend von stationären hin zu ambulanten Behandlungen ein.⁹⁴¹ Ferner wurde das Institut für Qualität und Gesundheitswesen gegründet, die staatliche Einrichtung NICE („National Institute for Clinical Excellence“), die Behandlungen nach deren Wirkung und Kosten beurteilt und dann entscheidet, ob sie als Leistung im „NHS“ zur Verfügung stehen sollen. Eine weitere Entwicklung ist der „Privatsektor-Vertrag“: Um Wartezeiten zu verkürzen, können für eine Behandlung auch private Anbieter außerhalb des Wohngebiets des Patienten und auch Anbieter aus dem Ausland aufgesucht werden. Damit Ärzte ihren Patienten eine gewisse Krankenhauswahl anbieten können, wurde 2005 das Zahlungssystem der „Healthcare Resource Group“ („HRG“) gültig. Da die „HRG“-Preise einzelner Behandlungen feststehen, können sich Krankenhäuser im Wettbewerb durch bessere Qualität hervorheben.⁹⁴² Letztlich wurde der „NHS“ durch die Einführung von „Star Ratings“ in den Jahren von 2001-2005 weiter umgeformt. Dieses System beinhaltet eine Leistungsbewertung mit neun Zielen zur Qualität der Leistung. Davon betreffen sechs Ziele die Wartezeiten, die anderen betreffen die Wirtschaftlichkeit, die Hygiene und die Arbeitsbedingungen des Personals. Diese Ziele wurden dann durch weitere Merkmale ergänzt.⁹⁴³

Hibbard formuliert vier Anforderungen an ein System der Leistungsbeurteilung, „die Auswirkungen auf Leistungserbringer des Gesundheitswesens haben:

- Ein Rankingsystem
- Eine breite Veröffentlichung

⁹⁴⁰ Vgl. Höhndorf, 2002, S. 3.

⁹⁴¹ Vgl. Oliver, 2009, S. 152-153, 158-162.

⁹⁴² Vgl. Oliver, 2009, S. 154-158.

⁹⁴³ Vgl. Bevan, 2009, S. 168-169.

- Eine einfache Verständlichkeit für die Öffentlichkeit, so dass ersichtlich ist, welche Leistungserbringer eine gute bzw. eine schlechte Leistung erbringen.
- Anschlussberichte, welche belegen, ob die Leistungserbringung verbessert wurde oder nicht.⁹⁴⁴

Da in den „Star Ratings“ der Schwerpunkt auf der Reduzierung der Wartezeiten liegt und nur ein Ziel die Wirtschaftlichkeit betrifft, stiegen die Kosten im Gesundheitswesen weiter an.⁹⁴⁵ Trotz mancher Mängel ermöglicht das englische Gesundheitssystem einen kostenfreien Zugang zur medizinischen Versorgung für alle. Gleichzeitig besteht ein Wettbewerb unter den Gesundheitsdienstleistungen, ohne dass sie völlig der privaten Wirtschaft überlassen sind.⁹⁴⁶

In Bezug auf die Altenpflegeheime ist hervorzuheben, dass sie bei der zuständigen Gesundheitsbehörde erfasst sind. Sie werden nach bestimmten Kriterien überprüft, eingestuft und zugelassen. Indessen sind Altenwohnheime bei der Sozialbehörde gemeldet. Beide Behörden führen unangekündigt mindestens alle 6 Monate Kontrollen durch. Im Jahr 2000 wurde das Gesetz „Care Standard Bill“ verabschiedet, das einen „Standard für Pflegequalität“ sichert. So wird bei der Kontrolle nicht mehr die soziale und pflegerische Versorgung unterschieden, sondern es werden beide Bereiche überprüft.⁹⁴⁷

In Großbritannien wird Pflege an Hochschulen unterrichtet mit graduiertem Hochschulabschluss (Bachelor oder Master). Für die Pflegepraxis entstehen neue Pflegerollen: Hoch dotierte Stellen wurden geschaffen, die für Pflegekräfte die Chance für eine Karriereplanung innerhalb des Pflegebereichs möglich machen. Daneben gibt es für die pflegerische Arbeit das Programm der „Care Assistants“ (Pflegehilfskräfte): Hausfrauen und Arbeitslose können in einer dreimonatigen Kurzausbildung diesen Status erlangen und in Krankenhäusern arbeiten.⁹⁴⁸ In schulischen Aufbaukursen von ein bis zwei Jahren können Jugendliche Schulabschlüsse erreichen, die ihnen die Arbeit als „Care Assistants“ in Altenheimen oder Krankenhäusern ermöglichen. Gerade in Großstädten sind diese schulischen Berufsqualifikationen gefragt. Darüber hinaus werden auch „Supportworkers“ zur Unterstützung der Pflegefachkraft eingestellt. Die Pflege-

⁹⁴⁴ Hibbard, zit. n. Bevan, 2009, S. 167-168.

⁹⁴⁵ Vgl. Bevan, 2009, S. 175-178.

⁹⁴⁶ Vgl. Höhndorf, 2002, S. 8.

⁹⁴⁷ Vgl. Levett / Bartels, 2001, S. 124-125.

⁹⁴⁸ Vgl. Arndt, 2003, S. 70-71.

kraft kann so bei therapeutischen und diagnostischen Behandlungen neue Verantwortungsrollen wahrnehmen.⁹⁴⁹

Daneben ist in der Pflege alter Menschen („Nursing Older People“) erklärtes Ausbildungsziel, die Fähigkeiten des Einzelnen zu einem selbständigen Leben zu fördern, wie eingeschränkt es auch ist.⁹⁵⁰ Um dem zu entsprechen hat das „Royal College of Nursing“, der berufspolitische Verband des Pflegepersonals, einen speziellen Studiengang für gerontologische Pflege entwickelt. Dieser Studiengang umfasst sechs Module mit den Inhalten⁹⁵¹:

- „Werte in der Geschichte – die alternde Gesellschaft;
- Forschungsprojekte in der Praxis des Altenpflegers / der Altenpflegerin;
- Das Abbild eines Lebens – ein Verhältnis zum älteren Menschen aufbauen und mit ihm arbeiten;
- Führungsaufgaben für Altenpflegespezialisten
- Vielfältigkeit in den Zweigen der Gesellschaft
- Abschlussarbeit.⁹⁵²

Die Qualifizierung von Pflegekräften in unterschiedliche Fachrichtungen ist in Großbritannien eine Antwort auf die zunehmende Pflegebedürftigkeit.

8.4 Spanien

Im Jahr 1978 wurde in Spanien das „Recht auf Gesundheit für die ganze Bevölkerung“ in der Verfassung verankert.⁹⁵³ Das derzeitige Gesundheitssystem Spaniens basiert auf dem Allgemeinen Gesundheitsgesetz von 1986: Spanien hat sich vom Sozialversicherungsmodell abgewendet und hin zu einem staatlichen Gesundheitssystem nach dem „Beveridge-Modell“ („Fürsorgemodell“) entwickelt.⁹⁵⁴ Dieses staatliche Gesundheitssystem wird zu 80% aus Steuermitteln und zu 20 % aus Sozialbeiträgen finanziert. Die sozialen Dienste werden über die Gemeindesteuer bezahlt und teilweise von den Provinzen mitfinanziert.⁹⁵⁵ Inzwischen hat sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessert: Die durchschnittliche Lebenserwartung liegt bei etwa 83 Jahren für Frauen bzw. 76 Jahren für Männer und ist eine der höchsten der Welt. Außerdem hat

⁹⁴⁹ Vgl. Arndt, 2003, S. 70-71, 80.

⁹⁵⁰ Vgl. Levett / Bartels, 2001, S. 125.

⁹⁵¹ Vgl. Levett, 2004, S. 34.

⁹⁵² Levett, 2004, S. 34.

⁹⁵³ Vgl. Aznar / Bes, 2001, S. 51.

⁹⁵⁴ Vgl. Reuter / Zippan, 2009, S. 183-184.

⁹⁵⁵ Vgl. Aznar / Bes, 2001, S. 60.

die Kindersterblichkeitsrate seit den 1970er Jahren deutlich abgenommen und befindet sich an zweiter Stelle in der Weltrangliste. Schwierig ist allerdings die ungleiche Versorgungsverteilung im Land.⁹⁵⁶ Das von der WHO (Weltgesundheitsorganisation) verabschiedete Programm „Gesundheit für alle bis zum Jahre 2000“ wurde auch von Spanien unterstützt. Dafür wurden eine Neuordnung der Gesundheitsdienste, die Entwicklung von Gesundheitsförderprogrammen und Präventionsmaßnahmen, die Behandlung und Rehabilitation von Krankheiten als Zielpunkte festgelegt. Heute ist das spanische Gesundheitssystem auf drei Ebenen organisiert: zentral, in den Regionen / Provinzen („Comunidades Autónomas“) und in den Gesundheitsbezirken. Das Modell eines nationalen Gesundheitssystems, das die Geschäftsführung in die Regionen verlagert, hat mehr Gemeinsamkeiten mit den nordeuropäischen Ländern wie Norwegen oder Dänemark als mit dem „National Health Service“ in Großbritannien.⁹⁵⁷

Es gibt die allgemeinen und die spezialisierten Leistungen der Gesundheitsdienste. In den Gesundheitszentren zur allgemeinen Versorgung arbeiten Krankenschwestern, Ärzte, Kinderärzte und Sozialarbeiter zusammen. Zu dieser Gruppe können so viele andere Berufsgruppen hinzukommen, wie notwendig sind, beispielsweise Hebammen, Physiotherapeuten, Beschäftigungstherapeuten, Psychologen etc. In den Gesundheitszentren werden „Basisleistungen der Allgemeinmedizin, Kinderheilkunde, Krankenpflege und Haushaltshilfe“ angeboten.⁹⁵⁸ Auch die Gutachtergruppen arbeiten interdisziplinär zusammen, um den medizinischen, pflegerischen und sozialen Bedarf der Patienten festzustellen. Sie setzen dafür Gutachterformulare ein, um eine bessere Verteilung der Gesundheitsdienstleistungen zu erreichen. Daneben erfolgt die spezialisierte Gesundheitsversorgung im Krankenhaus und in den Facharzt-Praxen.⁹⁵⁹

Im Gegensatz zum Gesundheitssystem gibt es für die sozialen Dienste in Spanien kein einheitliches Gesetz für das ganze Land. Den Regionen / Provinzen obliegt die Entscheidungsbefugnis über die sozialen Dienste. Es gibt die sozialen Gemeindedienste, die in den Rathäusern ansässig sind und Dienstleistungen zur Unterstützung für zu Hause anbieten, z. B. Haushaltshilfsdienste, telefonische Hilfsdienste und Tageszentren, die älteren Menschen helfen, so lange wie möglich in ihrem Wohnumfeld leben zu können. Andere Unterstützungs-

⁹⁵⁶ Vgl. Reuter / Zippan, 2009, S. 184.

⁹⁵⁷ Vgl. Aznar / Bes, 2001, S. 51-52.

⁹⁵⁸ Vgl. Aznar / Bes, 2001, S. 52-53.

⁹⁵⁹ Vgl. Aznar / Bes, 2001, S. 52, 57.

angebote der Gemeindedienste sind beispielsweise die Kurzzeitpflege in Altenheimen, das Essen auf Rädern, die Wäschereinigung, Wohnungsanpassungen, Beratung etc.⁹⁶⁰ In Spanien kümmert sich um ältere und behinderte Menschen zuallererst das informelle System: 80-90% der alten Menschen werden von ihren Familien versorgt. Aber die zunehmende Berufstätigkeit der Frauen, die Abnahme der Kinderzahlen in den Familien und der Wertewandel der Älteren, die sich zunehmend mehr Unabhängigkeit und Selbständigkeit wünschen, machen es erforderlich, dass die formellen Pflege- und Unterstützungsangebote ausgebaut werden. 1996 wurde das „Gesetz zur Bürgerhilfe“ verabschiedet. Das Gesetz schützt und fördert Ehrenamtliche, die einen Teil ihrer Freizeit unentgeltlich und freiwillig anderen Menschen zur Verfügung stellen. Wenn ein alter Mensch krank wird, treten oft auch soziale Probleme auf. Aber die Gesundheitsdienste auf der einen und die sozialen Dienste auf der anderen Seite mit voneinander unabhängigen Teams und unterschiedlichen Arbeitsweisen erschweren die Zusammenarbeit. Ein Problem ist das Fehlen einer „institutionalisierten Koordination auf höherer Ebene“ beider Systeme.⁹⁶¹ Die Gesundheits- und sozialen Dienste in Spanien lassen sich in einer Grafik wie folgt darstellen:

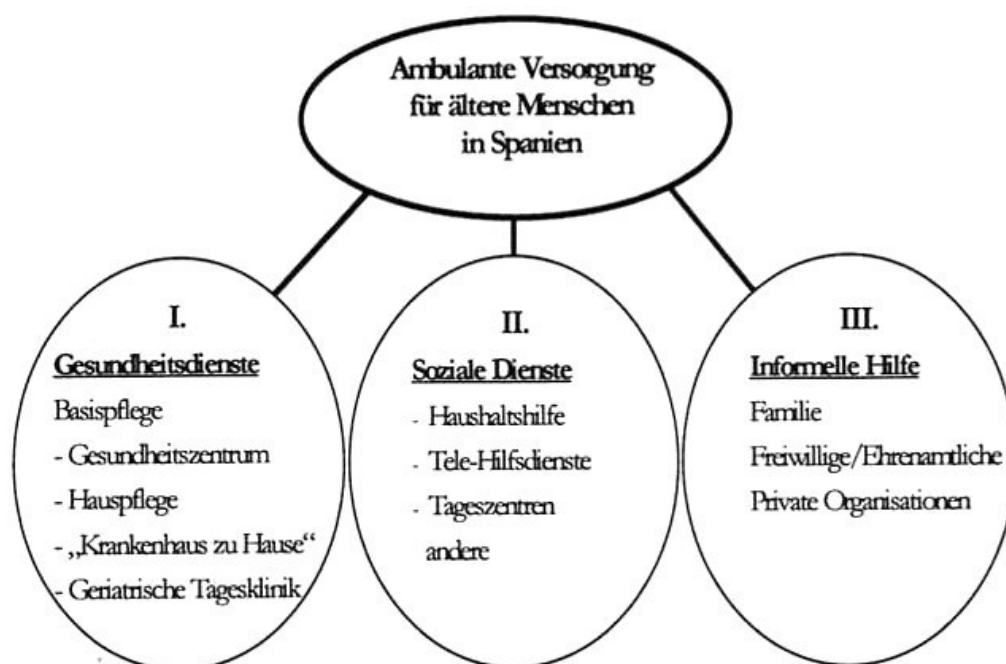


Abb. 52: „Ambulante Versorgungsangebote für ältere Menschen in Spanien“⁹⁶²

⁹⁶⁰ Vgl. Aznar / Bes, 2001, S. 57-58.

⁹⁶¹ Vgl. Aznar / Bes, 2001, S. 60-64.

⁹⁶² Aznar / Bes, 2001, S. 56.

Das spanische Kultus- und Bildungsministerium ist verantwortlich für die Anerkennung von Berufsabschlüssen. Das berufliche Niveau in der Pflege entspricht einer Grundausbildung im Gesundheitssektor an einer berufsbildenden Schule oder an einer Universität. Für Pflegehilfskräfte ist eine abgeschlossene Schulausbildung Bedingung sowie die Teilnahme an einem speziellen Kurs, den das spanische Kultus- und Bildungsministerium verantwortet. Europäische Pflegekräfte können sich nach ihrer Anerkennung bei Städten und Gemeinden oder bei Privatfirmen um einen Arbeitsplatz bewerben. Ein Großteil der Pflegekräfte ist bei privaten Unternehmen angestellt, die für die Gemeinden und die regionalen Sozialdienste tätig sind.⁹⁶³

Auch in Spanien ist der Hausarzt der erste Ansprechpartner für Patienten. Er legt den Behandlungsplan fest und überweist zu Fachärzten in den Krankenhäusern. Dennoch gehen Patienten auch ohne vorherigen Hausarztbesuch zu Fachärzten und in die Notfallaufnahme, da sie sich dort eine bessere medizinische Versorgung erhoffen. Denn der bürokratische Einweisungsprozess ins Krankenhaus ist zeitintensiv und mit langen Wartezeiten verbunden. Insgesamt sind Wartezeiten in Spanien ein Problem: In Madrid sind Wartezeiten von 240 Tagen für einen Termin beim Gynäkologen und 178 Tagen bei einem Neurologen die Regel. Die langen Wartezeiten führen dazu, dass ein „privat finanziertes Parallelsystem“ entsteht, mit dem die mangelnde Versorgung ausgeglichen werden soll.⁹⁶⁴ Des Weiteren müssen sich die Patienten bei den Arzneimittelkosten bis zu 40% selbst beteiligen. Davon ausgenommen sind Rentner und ihre Angehörigen. Chronisch Kranke werden nur bis zu einer Höchstgrenze von 10% je Medikament zur Kasse gebeten. In diesem Zusammenhang wurde zur Kostendämpfung 1993 eine Negativliste eingeführt, die darlegt, welche Arzneimittel staatlich nicht gefördert werden. Um das Kostenbewusstsein zu heben, wurde für praktizierende Ärzte das „individuelle Arzneimittelbudget“ eingeführt und der Generika-Markt gezielt gefördert.⁹⁶⁵

Um die Kosten im Gesundheitswesen abzumildern, sucht der Staat nach privaten Kooperationspartnern, die in der Gesundheitsversorgung Verantwortung übernehmen. In der Modellregion Denia übernimmt beispielweise die spanische Tochter der „DKV“ („Deutsche Krankenversicherung AG“) mit der Betreibergesellschaft „Marina Salud“ seit 2008 die gesamte öffentliche Gesundheitsversor-

⁹⁶³ Vgl. Hevia, 2004, S.134-135.

⁹⁶⁴ Vgl. Reuter / Zippan, 2009, S. 188.

⁹⁶⁵ Vgl. Reuter / Zippan, 2009, S. 189.

gung für etwa 200.000 Einwohner. Die Versorgung entspricht den staatlichen Gesundheitsleistungen. Dafür bezahlt die Regionalverwaltung einen fest vereinbarten Betrag als Kopfpauschale pro Einwohner (und nicht pro Patient) an die Versicherung. Davon muss die „DKV“ sowohl die medizinischen Leistungen finanzieren als auch die Kosten für den Bau eines Krankenhauses. Wenn sich ein Patient aus der Nachbarregion in Denia behandeln lässt, berechnet „Marina Salud“ der Nachbarregion die Kosten. Nach Ablauf von 15 Jahren geht das Krankenhaus wieder zurück in den Besitz der Region.⁹⁶⁶

Die Mitarbeiter des spanischen Gesundheitssystems sind Angestellte im öffentlichen Dienst. Hausärzte erhalten ein Grundgehalt und die Kopfpauschale, Fachärzte und Krankenhausärzte ein von der Regierung festgelegtes Gehalt. Des Weiteren bekommen Krankenhäuser ein Gesamtbudget von der Regionalregierung zugeteilt, das jährlich fortgeschrieben wird. D. h. am Ende eines Jahres werden sämtliche Kosten erstattet. Seit den 1990er Jahren soll nun über Verhandlungen zwischen Krankenhaus und dem Kostenträger vorausschauend der finanzielle Bedarf ermittelt werden und nicht mehr rückwirkend bezahlt werden.⁹⁶⁷

Z. B. wurde in Castelldefels bei Barcelona im Jahr 2005 „CASAP“ gegründet („Consorti Castelldefels Agents de Salut d’Atenció Primària“), eine öffentlich-rechtliche Organisationsform mit modernen Managementstrukturen. So verfügt „CASAP“ über eine ähnliche Struktur wie die Privatwirtschaft mit entsprechenden Möglichkeiten in Bezug auf die Einstellung von Mitarbeitern mit Arbeitsvertrag, auf den Einkauf von Materialien und Dienstleistungen durch die Einrichtung und selbständige finanzielle Mittel, bez. der Aufgabenzuschüsse für die einzelnen Berufsgruppen etc.⁹⁶⁸

In „CASAP“ wurde die Qualifikation des Pflegepersonals so erweitert, dass sie wie Allgemeinärzte als „Gatekeeper“ (Lotse durch das Gesundheitssystem) agieren können. Auch die Kompetenzen des Verwaltungspersonals wurden ausgebaut. Sie sind nunmehr für die Versorgungsprozesse verantwortlich. Das Miteinbeziehen der verschiedenen Berufsgruppen bei der Definition der Behandlungspfade und der Aufteilung der Verantwortlichkeiten führte zum Empowerment der Mitarbeitenden und zu einer höheren Zufriedenheit der Beschäf-

⁹⁶⁶ Vgl. Reuter / Zippan, 2009, S. 192-193

⁹⁶⁷ Vgl. Reuter / Zippan, 2009, S. 190.

⁹⁶⁸ Vgl. Grao / Brugués / Aguasca, 2009, S. 195-197.

tigten.⁹⁶⁹ Im Sommer 2005 wurde das leitende Team von „CASAP“ gewählt und ein Kriterienkatalog bezüglich der Fähigkeiten, Motivation, Berufserfahrung und des Spezialwissens für das weitere Personal erstellt. Darüber hinaus wurden verschiedene Geräte zur Diagnostik angeschafft und zusätzliche Gesundheitsdienstleistungen ins Angebot aufgenommen: Raucherentwöhnungsprogramme, Ernährungsberatung, kleine chirurgische Eingriffe etc. Auch das Angebot privater Dienstleistungen hat sich in den Bereichen Zahnmedizin, Logopädie, Psychologie, Akupunktur und Yoga etabliert. Es wird aber darauf geachtet, dass keine Konkurrenz zum öffentlichen Angebot entsteht.⁹⁷⁰

Folgende Arbeitsweisen wurden eingeführt: Entsprechend den Bedürfnissen der Bevölkerung wurden die Sprechstundenzeiten von 8.30 Uhr bis 21 Uhr verlängert. In jeder Schicht gibt es einen Verantwortlichen für die Krankenpflege, für Hausbesuche, für chronische Patienten und für akute Notfälle. So können Patienten direkt beim Pflegepersonal oder in einem Callcenter Termine vereinbaren. Zwar ist die Anzahl der Arztbesuche begrenzt, aber Pflegekräfte können in bis zu 30 Gesundheitsbereichen (Verletzungen, akute Gastroenteritis, Blasenentzündungen etc.) selbständig bestimmte Tätigkeiten übernehmen. Dafür werden vom Team erarbeitete Standards eingesetzt. Die Schulungsmaßnahmen des Personals werden als Arbeitszeit verrechnet. Auch können Ärzte und Krankenschwestern ihre Dienstpläne selbst organisieren.⁹⁷¹ Des Weiteren ist das Amt für Soziale Dienste des Verwaltungsbezirks von Castelldefels in „CASAP“ miteinbezogen und die Aufteilung der Aufgaben wird gemeinsam abgesprochen. Sozialarbeiter und Erzieher, die für die gleiche Region zuständig sind, arbeiten unter einem Dach zusammen. Außerdem nimmt „CASAP“ an verschiedenen Projekten teil, die die Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Bildungseinrichtungen, Rehasentren und anderen Organisationen fördern. Insgesamt kann das „CASAP“-Modell gute Ergebnisse in Bezug auf die Gesundheitsversorgung und der Qualität vorweisen.⁹⁷²

Als weiteres Projekt ist „Catsalut“ in Katalonien zu nennen, das eine verbesserte Gesundheitsversorgung und eine effizientere Zusammenarbeit der Gesund-

⁹⁶⁹ Vgl. Grao / Brugués / Aguasca, 2009, S. 197-198.

⁹⁷⁰ Vgl. Grao / Brugués / Aguasca, 2009, S. 198-199.

⁹⁷¹ Vgl. Grao / Brugués / Aguasca, 2009, S. 200-202.

⁹⁷² Vgl. Grao / Brugués / Aguasca, 2009, S. 202-204.

heitsdienstleister zum Ziel hat und Integrierte Versorgungsangebote erstellt, die über eine Kopfpauschale finanziert werden.⁹⁷³

Folgende Faktoren erschwerten dort die Zusammenarbeit und Koordination:

- Mehrere Einrichtungen hatten das gleiche Dienstleistungsangebot.
- Die Einrichtungen befürchteten einen Identitätsverlust.
- Die Mitarbeiter im Gesundheitsbereich hatten z. T. ähnliche Aufgaben, wurden aber unterschiedlich bezahlt.
- Es fehlte an Fachwissen der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen u. a.⁹⁷⁴

So war nur eine begrenzte Vernetzung im Sinne einer Integrierten Versorgung möglich, denn die partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Beteiligten ist eine wesentliche Voraussetzung dafür. Dabei soll die Verwaltung die verschiedenen Gesundheitsdienstleister koordinieren und ein „Management-Informationssystem“ soll den Patienten über den ganzen Behandlungsverlauf hinweg zur Verfügung stehen. Ferner sind Case Management oder Disease-Management-Programme und die Bereitstellung finanzieller Mittel ein wichtiges Fundament.⁹⁷⁵ Aber gerade die Finanzmittel sind in der Finanzkrise eine Frage. Einerseits soll Spanien 10 Milliarden Euro im Gesundheits- und Bildungsbereich einsparen und andererseits hat die spanische Regierung in diesen Bereichen keine Entscheidungsbefugnis, da hierfür die Regionen zuständig sind.⁹⁷⁶ Außerdem werden in Spanien alte Menschen hauptsächlich von Angehörigen versorgt. Daher gibt es wenige Seniorenheime oder ähnliche Einrichtungen. So finden ausgebildete Pflegehelfer in Spanien kaum Arbeit. Gleichzeitig will die Bundesregierung in Deutschland mehr als 45.000 Fachkräfte neu einstellen, um die Situation in der Pflege zu verbessern. So werden durch Kooperationsverträge auch spanische Pflegekräfte nach Deutschland angeworben.⁹⁷⁷

8.5 Deutschland

Das deutsche Gesundheitssystem wird nach dem Sozialversicherungsmodell finanziert. Ein wesentliches Merkmal dafür ist, dass der Staat die Regulierung wahrnimmt und mit Sozialversicherungsbeiträgen die öffentlichen und privaten Versorgungsleistungen finanziert. Dafür schließen Krankenversicherungen mit

⁹⁷³ Vgl. Argimon / Brosa / Casas / Agustí, 2009, S. 211.

⁹⁷⁴ Vgl. Argimon / Brosa / Casas / Agustí, 2009, S. 215.

⁹⁷⁵ Vgl. Argimon / Brosa / Casas / Agustí, 2009, S. 205, 215-216.

⁹⁷⁶ Vgl. <http://www.handelsblatt.com/politik/international/staatsschulden-spanien-rutscht-immer-tiefer-in-die-krise/6493488.html> (Abruf 21.9.13)

⁹⁷⁷ <http://www.sunacare.de/pflegekraefte-aus-spanien/> (Abruf 8.11.14)

Leistungserbringern (öffentliche, freigemeinnützige und private Einrichtungen) Versorgungsverträge ab und bezahlen die erbrachten Dienstleistungen.⁹⁷⁸ Seit 2009 gilt für alle Bürger in Deutschland eine allgemeine Versicherungspflicht. Wer nicht in einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert ist, muss eine private Krankenversicherung abschließen. Das bedeutet auch, dass die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet sind, alle versicherungspflichtigen Personen aufzunehmen. Die Krankenkassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und werden für Aufgaben „staatlicher Regulierungen“ eingesetzt. Sie verwalten sich selbst und entlasten den Staat von diesen Aufgaben, indem personelle und sachliche Leistungen nicht aus Steuermitteln finanziert werden.⁹⁷⁹ Daneben kommt den Verbänden (Krankenhausgesellschaften, Verbände der Krankenkassen) im deutschen Gesundheitssystem eine wesentliche Rolle zu. Sie vertreten die Interessen ihrer Mitglieder, erfüllen an sie übertragene Aufgaben und nehmen Einfluss auf die Ausgestaltung des Gesundheitssystems.⁹⁸⁰ In den letzten 15 Jahren hat sich die Finanzierung im Gesundheitswesen verschoben: Heute sind die privaten Haushalte nach der GKV zweitwichtigster Finanzierungsträger, gefolgt von der privaten Krankenversicherung. Erst an vierter Stelle schließen sich die öffentlichen Haushalte an. Diese Entwicklung macht deutlich, dass sich die Zuzahlungen der Versicherten erhöht haben.⁹⁸¹ „Das Zusammenspiel aus staatlicher Regulierung, Beitragsfinanzierung und überwiegend freigemeinnütziger und privater Leistungserbringung gibt dem deutschen Gesundheitssystem seine Grundstruktur.“⁹⁸² Sie kann grafisch wie folgt dargestellt werden:

⁹⁷⁸ Vgl. Simon, 2010, S. 93-95.

⁹⁷⁹ Vgl. Simon, 2010, S. 87-91, 101.

⁹⁸⁰ Vgl. <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72575/verbaende-und-koerperschaften?p=all> (Abruf 11.11.14)

⁹⁸¹ Vgl. Simon, 2010, S. 101-105.

⁹⁸² Simon, 2010, S. 108.

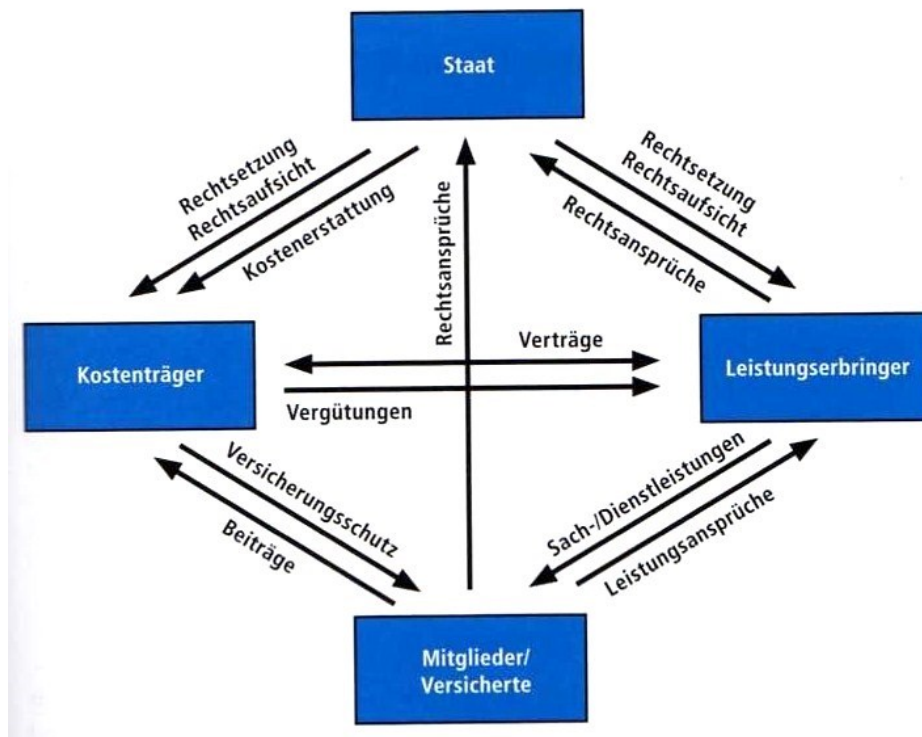


Abb. 53: „Die Grundstruktur des deutschen Gesundheitssystems“⁹⁸³

Nach § 1 SGB V besteht die Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung darin, „die Gesundheit der Versicherten zu erhalten und wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern und die Versicherten aufzuklären, zu beraten und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.“⁹⁸⁴

Um diese Aufgaben zu erfüllen, gewährt die GKV gemäß § 11 SGB V „Leistungen zur Verhütung, zur Früherkennung von Krankheiten, zur Behandlung von Krankheiten, zur medizinischen Rehabilitation, zur Empfängnisverhütung, Sterilisation, zum Schwangerschaftsabbruch sowie Krankengeld zu zahlen.“⁹⁸⁵

Mit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 wurde ein eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eingeführt, der unter dem Dach der Krankenkassen verwaltet wird. Des Weiteren sollte die „Gesundheitsreform 2000“ die „starreren sektoralen Budgetgrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung durch ein sektorübergreifendes Globalbudget auflösen.“⁹⁸⁶ Der innovative Kern, die Einführung „Integrierter Versorgungsformen“, wurde zwar im Gesetz

⁹⁸³ Simon, 2010, S. 109.

⁹⁸⁴ <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/grundprinzipien/aufgaben-und-organisation-der-gkv.html> (Abruf 11.11.14)

⁹⁸⁵ Simon, 2010, S. 138.

⁹⁸⁶ Simon, 2010, S. 56.

verankert, aber in der Praxis kaum angewandt.⁹⁸⁷ 2008 trat das Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PfWG) in Kraft, das die Pflegeversicherung von 1995 reformierte. „Wesentliche Inhalte des PfWG sind die Erhöhung des Beitragsatzes (§ 55 SGB XI), eine Erhöhung und Dynamisierung der Leistungssätze für Sach- und Geldleistungen, gestaffelt über mehrere Jahre (§§ 36-43 SGB XI) und verbesserte Leistungen für Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, z. B. bei Demenz (§§ 45a, 45b SGB XI). Des Weiteren wurde ein gesetzlicher Anspruch der Versicherten auf Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) eingeführt, die flächendeckende Einrichtung von Pflegestützpunkten (§ 92c SGB XI) und ein Anspruch auf Pflegezeit für abhängig Beschäftigte, d. h. eine Freistellung von der Arbeit bis zu sechs Monaten, um ihnen die Pflege Angehöriger zu ermöglichen (Art. 3 des PfWG).“⁹⁸⁸ Des Weiteren sind folgende Reformen zu benennen: Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz im Jahr 2013 (PNG), das die Leistungen für Demenzkranke weiter verbessert und Anreize schafft, dass die Pflege zu Hause von Angehörigen so lange wie möglich zu schaffen ist. (Z. B. wird das Pflegegeld auch bei Kurzzeit- und Verhinderungspflege weiter gezahlt.) Auch alternative Wohnformen werden mit einem Zuschuss bis zu 2500€ pro Bewohner gefördert, ebenso der Abschluss von privaten Zusatzpflegeversicherungen mit einer steuerfinanzierten Förderung von 5 € monatlich.⁹⁸⁹

Das Pflegestärkungsgesetz 1, das seit 1.1.2015 wirksam ist, ist eine Vorstufe zur Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017. D. h. es werden „zusätzliche Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige um niedrigschwellige Entlastungsleistungen für Angehörige ergänzt.“⁹⁹⁰ Bisher wurde nur der Zeitaufwand der Pflege und Betreuung den drei Pflegestufen zugrunde gelegt. Die Alltagskompetenz (z. B. bei psychisch Kranken oder Demenzkranken) war nicht ausreichend berücksichtigt. Zukünftig werden in einem „Begutachtungsassessment“ folgende Bereiche nachgeprüft: „Hilfen bei Alltagsverrichtungen, psychoziale Unterstützung, nächtlicher Hilfebedarf, Präsenz am Tag, Unterstützung beim Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen, Organisation der Hilfen.“⁹⁹¹ Diese Kriterien spielen dann bei der Einstufung in fünf Pflegegrade

⁹⁸⁷ Vgl. Simon, 2010, S. 55-56.

⁹⁸⁸ Simon, 2010, S. 62.

⁹⁸⁹ Vgl. <http://www.wohnen-im-alter.de/seniorenratgeber-pflegefall-pflegeneuausrichtungsgesetz.html> (Abruf 27.1.15)

⁹⁹⁰ http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegestaerkungsgesetze/Pflegeleistungen_nach_Einfuehrung_des_Pflegestaerkungsgesetz_1.pdf (Abruf 26.1.15)

⁹⁹¹ <http://www.wohnen-im-alter.de/seniorenratgeber-pflegefall-pflegegrade.html> (Abruf 26.1.15)

eine Rolle. D. h. „der Maßstab soll in Zukunft der Grad der Selbständigkeit sein.“⁹⁹²

„Disease-Management-Programme“ sind stark medizinisch orientiert und berücksichtigen wenig die pflegerischen und psychosozialen Aspekte eines Patienten. Hingegen beziehen „Casemanagement-Projekte“ diese Gesichtspunkte mit ein. Manche dieser Projekte werden über Förderprogramme von Bund und Ländern und durch Eigenmittel der Organisationen unterstützt. Manche werden im Rahmen des SGB V auf der Grundlage nach § 63 finanziert oder im Rahmen von Strukturverträgen nach § 73 oder im Rahmen der Integrierten Versorgung nach § 140 a - h.⁹⁹³ Da der Hausarzt die erste Anlaufstelle für Patienten ist, übernimmt er oft als Casemanager die Koordination der Versorgung. Etliche Situationen chronisch Kranker betreffen sowohl Bereiche des SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) und SGB XI (Soziale Pflegeversicherung), das Bundessozialhilfegesetz BSHG als auch das SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen), die bei der Abstimmung berücksichtigt werden müssen. Durch ein „personenbezogenes Budget“ wäre die Verschränkung der Leistungen zwischen SGB V, SGB XI und BSHG möglich.⁹⁹⁴ Das 2004 gestartete 8 Mio. Euro starke Modellprojekt „Persönliche Pflegebudgets“ setzte an diesem Punkt an. In diesem Projekt wurden 1000 Teilnehmer in sieben deutschen Regionen von ausgebildeten Casemanagern betreut.⁹⁹⁵ Parallel dazu existieren Erfahrungen im Behindertenbereich mit „trägerübergreifenden persönlichen Budgets“ auf der Grundlage von § 57 SGB VII. Bei beiden Budgetarten können die Betroffenen selbst entscheiden, welche „Unterstützungs- oder Entlastungsleistungen“ sie in Anspruch nehmen wollen.⁹⁹⁶ Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 wurde § 140 a - d SGB V dahingehend verändert, dass Anreize geschaffen wurden, eine sektorenübergreifende Versorgung zu befördern. Dazu können Verträge zwischen Krankenkassen, Ärzten, Kliniken, Pflegediensten und anderen Anbietern geschlossen werden. Z. B. gab es die 1%-Anschubfinanzierung, die das Risiko für alle beteiligten Akteure begrenzt.⁹⁹⁷ Diese wurde inzwischen wieder aufgehoben. Mittlerweile sind die unterschiedlichsten „Integrierten Versorgungsprojekte“ in Deutschland entstanden. Exemplarisch wer-

⁹⁹² <http://www.wohnen-im-alter.de/seniorenratgeber-pflegefall-pflegegrade.html> (Abruf 26.1.15)

⁹⁹³ Vgl. Kofahl / Dahl / Döhner, 2004, S. 12-15.

⁹⁹⁴ Vgl. Kofahl / Dahl / Döhner, 2004, S. 15-28.

⁹⁹⁵ Vgl. http://www.pflegebudget.de/presse/32_f_w.pdf (Abruf 11.11.14)

⁹⁹⁶ Vgl. Kofahl / Dahl / Döhner, 2004, S. 28.

⁹⁹⁷ Vgl. Kofahl / Dahl / Döhner, 2004, S. 26-28.

den zwei davon vorgestellt: die „GMZ GmbH“ mit dem „Patient-Partner-Verbund“ in Bayern und „UGOM – Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte“. 1998 wurde die „GMZ GmbH“ („GesundheitsManagement Zentral Gesellschaft“) von sieben Ärztesellschaften gegründet. Die „GMZ GmbH“ hat sich zur Aufgabe gemacht, „Integrierte-Versorgungsprojekte“ zu planen und umzusetzen, zentrale Verträge auszuhandeln und für das Finanz- und Projektmanagement zu sorgen. Auf der Ebene des „Patient-Partner-Ärzte Verbundes“ („PPÄV“) kam es zur ersten Vernetzung zwischen Haus- und Fachärzten durch einen „Strukturvertrag mit den Betriebskrankenkassen“.⁹⁹⁸ Danach wurde ein „Apotheker-Verbund“ gegründet und weitere Partner wie Pflegedienste über Kooperationsverträge angegliedert. Damit waren Verbindungen zwischen unterschiedlichen ambulanten Bereichen hergestellt. Im „Patient-Partner-Verbund“ werden ca. 8000 eingetragene Patienten versorgt. Seit 1996 gibt es vier hausärztliche Bereitschaftspraxen, die an Kliniken angeschlossen sind und die hausärztliche Akutversorgung sowie die Bereitschaft am Wochenende übernehmen. Diese Bereitschaftspraxen kooperieren mit den Klinikambulanzen und –stationen. Darüber hinaus sind Haus-, Fachärzte und Apotheker über eine „elektronische Gesundheitsakte“ miteinander vernetzt, die der Patient entsprechend freischaltet. Dadurch dass alle Partner über die Diagnosen der Patienten Bescheid wissen, können Doppeluntersuchungen vermieden und eine höhere Wirtschaftlichkeit erreicht werden.⁹⁹⁹ Darüber hinaus wurden Spezialpraxen für besondere Erkrankungen als neuer Leistungsbereich in das „Integrierte Versorgungssystem“ aufgenommen. Die Spezialpraxis wird von einem Haus- oder Facharzt geleitet und durch ein „Kompetenzteam“ unterstützt, das vom „Patient-Partner-Verbund“ personell besetzt wird. Dieses „Kompetenzteam“ entwickelt und überwacht die Versorgungsstandards in der Spezialpraxis.¹⁰⁰⁰ So wurde 2005 die Spezialpraxis „Chronische Wunde“ und 2006 die Spezialpraxis „Herzinsuffizienz“ eingeführt. D. h. die Spezialpraxen behandeln die Patienten mit den entsprechenden Diagnosen und alle anderen Erkrankungen werden nach wie vor vom Hausarzt versorgt. Auch stationäre Patienten mit diesen Diagnosen werden durch die Spezialpraxis betreut. Dadurch werden Ressourcen gebündelt

⁹⁹⁸ Vgl. Schmid, 2007, S. 174.

⁹⁹⁹ Vgl. Schmid, 2007, S. 173-175.

¹⁰⁰⁰ Vgl. Schmid, 2007, S. 175.

und die Qualität verbessert.¹⁰⁰¹ In der geriatrischen Versorgung trifft sich der Hausarzt einmal im Monat zu einem Fallgespräch mit den anderen behandelnden Berufsgruppen (Pflegedienst, Physiotherapeuten, Apotheker) und bespricht die Medikation, Krankheitsentwicklung etc. Es wird ein Protokoll erstellt, das über die „elektronische Gesundheitsakte“ allen Beteiligten zur Verfügung steht. So sind alle auf dem aktuellsten Stand. Mit diesem neuen Versorgungskonzept konnten die Klinikaufenthalte der Patienten deutlich verringert und frühzeitige Heimaufenthalte vermieden werden. Im Bereich der Prävention erhalten die Patienten kostenfrei einen regelmäßigen Gesundheitscheck und die Möglichkeit, ihre „elektronische Gesundheitsakte“ („LifeSensor“) zu nutzen, indem sie beispielsweise ihre selbst gemessenen Blutdruckwerte etc. eintragen können. Der Patient kann auch im „Patient-Partner-Club“ Mitglied werden und seine Vorstellungen bez. der Versorgungsangebote einbringen.¹⁰⁰²

Eine wichtige Aufgabe der „GMZ GmbH“ ist die Verteilung der Honorare an alle beteiligten Leistungserbringer. Die Vergütungen werden nach einem speziellen „Honorarverteilungsplan“¹⁰⁰³ ausbezahlt. Dabei zahlt die AOK Bayern Pauschalen aus, die in Einzelvergütungen auf die verschiedenen Fachbereiche aufgeteilt werden. Durch die „elektronische Gesundheitsakte“ brauchen die Ärzte nicht mehr selbst abzurechnen, da dies für sie die „GMZ GmbH“ übernimmt. Für die „GMZ GmbH“ stehen Verhandlungen an über weitere Verträge, z. B. Integrierte Versorgungsverträge mit anderen Krankenkassen oder Kooperationsverträge mit anderen Unternehmen, mit Krankenhäusern, Pflegediensten, den Ausbau der „elektronischen Gesundheitsakte“ sowie auch die Erstellung von Werbematerialien etc.¹⁰⁰⁴

Eine „hausarztbasierte Versorgung“ wurde durch die Kombination aus § 140f. SGB V und 73b SGB V und entsprechender Verträge möglich, die die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns abgeschlossen hat. Des Weiteren ist die Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen im Blick. Deshalb werden die Kommunikations- und Informationswege zwischen Pflegediensten, Hausärzten und anderen Partnern durch gemeinsame Fortbildungsangebote, durch Management, durch die „elektronischen Gesundheitsakte“ und mithilfe von Evaluation gefördert. Während die „GMZ GmbH“ sich um alle organisatorischen, finan-

¹⁰⁰¹ Vgl. Schmid, 2007, S. 175-176.

¹⁰⁰² Vgl. Schmid, 2007, S. 176-179.

¹⁰⁰³ Schmid, 2007, S. 180.

¹⁰⁰⁴ Vgl. Schmid, 2007, S. 180-181.

ziellen und technischen Belange kümmert, ist es die Aufgabe der Netzwerke, das Versorgungsangebot sicherzustellen. Durch dezentrale Versorgungsstrukturen hat sich eine umfassende Versorgung in der Region etabliert. Die „GMZ GmbH“ ist das einzige Netzwerk mit ca. 4000 angelegten „elektronischen Gesundheitsakten“. Auch die Kommunikation zwischen den Leistungserbringern hat sich verbessert, denn fast alle Sektoren finden in diesem System zusammen.¹⁰⁰⁵

Als weiteres Projekt Integrierter Versorgung ist das 2002 gegründete „Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte GmbH“ zu nennen. Dafür wurde die Software „PieData PDE TOP“ ausgewählt, in die sich 42 Ärzte des Ärzteverbandes einarbeiteten und dann in ihren Praxen einführten. Bis 2006 ist das Unternehmen auf 86 Gesellschafter angewachsen, das das gesamte Versorgungsspektrum im stationären und ambulanten Bereich abdeckt.¹⁰⁰⁶

Sieben Faktoren tragen zum Erfolg dieses Modells bei:

- Therapieziele werden durch „Qualitätsindikatoren“ definiert und evaluiert.¹⁰⁰⁷
- Behandlungspfade werden auf dem neuesten Stand von Wissenschaft und Forschung von den Gesellschaftern entwickelt und in die Praxen eingeführt.¹⁰⁰⁸
- Gesundheitsteams bekommen eine klare Aufgabenbeschreibung in allen Behandlungsebenen mit klarer „Struktur- und Prozessqualität“.¹⁰⁰⁹
- Die Kommunikation, Koordination und Kooperation im Team wird durch eine „elektronische Patientenakte“ unter Beachtung des Patientendatenschutzes sektorenübergreifend gefördert.¹⁰¹⁰
- Alle Teilnehmer (einschließlich der Patienten) werden durch erreichbare evaluierbare Ziele motiviert.¹⁰¹¹
- Mit den wesentlichen Krankenkassen werden vertragliche Rahmenbedingungen vereinbart.¹⁰¹²

¹⁰⁰⁵ Vgl. Schmid, 2007, S. 180-185.

¹⁰⁰⁶ Vgl. Voss / Amelung, 2007, S. 153-154.

¹⁰⁰⁷ Vgl. Voss / Amelung, 2007, S. 154.

¹⁰⁰⁸ Vgl. Voss / Amelung, 2007, S. 154.

¹⁰⁰⁹ Vgl. Voss / Amelung, 2007, S. 154.

¹⁰¹⁰ Vgl. Voss / Amelung, 2007, S. 154.

¹⁰¹¹ Vgl. Voss / Amelung, 2007, S. 154.

¹⁰¹² Vgl. Voss / Amelung, 2007, S. 154.

- Im Rahmen regionaler Gesundheitstage wird in der Presse, im Radio, Fernsehen und Internet öffentlich auf das Unternehmen „UGOM“ aufmerksam gemacht, um Patienten zu informieren.¹⁰¹³

Aufgrund dieser Faktoren hat sich das System etabliert: Der „Netzpatient“ wählt einen Betreuungsarzt. Alle am Behandlungsprozess beteiligten Ärzte erhalten dann Informationen über die „elektronische Patientenakte“. Des Weiteren wird der „Netzpatient“ als „VIP“ (very important person) bei der Anmeldung erkannt und erhält, wenn nötig, beispielweise einen Facharzttermin innerhalb von 24 Stunden. Auch wurden z. B. für die Diagnosen Diabetes, Hypertonie, Herzinsuffizienz, Schmerz, Onkologie, Asthma, Schlaganfall, Depression Behandlungspfade entwickelt. Denn nach Einschätzung von „UGOM“ veranlassen diese Diagnosen ca. 90% der Kosten im Gesundheitssystem. Außerdem ist das Qualitätsmanagement in den Praxisteams erweitert worden und alle Gesellschafter sind seit 2006 nach DIN ISO 9001:2000 zertifiziert.¹⁰¹⁴

In „UGOM“ sind 43% der Ärzte aus der Region integriert und ca. 62% der Patienten. Darüber hinaus sind „telemetrische Messungen“ für Herzinsuffizienzpatienten, für Patienten mit Asthma und Diabetiker mit Spätfolgen möglich in Form von elektronischen Blutdruck- und Blutzuckermessern, die die Werte automatisch in die „elektronische Patientenakte“ eintragen. Bei Erreichen bestimmter Grenzwerte werden die Patienten von einem Call-Center angerufen und bei Bedarf werden Handlungs- und Betreuungsketten ausgelöst. Dadurch lassen sich Notarzteinsätze und stationäre Aufenthalte vermeiden.¹⁰¹⁵

Das sind nur zwei Beispiele, die durch „IV-Verträge“ („Integrierte Versorgungsverträge“) möglich wurden. Ein großer Vorteil der „IV-Verträge“ liegt in der spezifischen regionalen Versorgung der Patienten. Dazu sind drei Entwicklungen aus der Sicht des Bundesverbandes Managed Care e.V. (BMC) besonders hervorzuheben, die in der Umsetzung parallel verlaufen können¹⁰¹⁶:

- Die „Neuorganisation des ambulanten Sektors“ in überregionale Ketten von „Medizinischen Versorgungszentren“ (sozusagen die „Fielmanns“ in der ambulanten Versorgung)¹⁰¹⁷

¹⁰¹³ Vgl. Voss / Amelung, 2007, S. 154.

¹⁰¹⁴ Vgl. Voss / Amelung, 2007, S. 154-156.

¹⁰¹⁵ Vgl. Voss / Amelung, 2007, S. 158-160.

¹⁰¹⁶ Vgl. Amelung, 2008, S. 25.

¹⁰¹⁷ Vgl. Amelung, 2008, S. 25.

- Die „populationsorientierte integrierte Versorgung“: Eine Institution übernimmt für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe für eine begrenzte Zeit die Versorgung zu einem festgelegten Qualitätsstandard mit einem definierten Budget.¹⁰¹⁸
- Innovative Versorgungsformen für schwer zu versorgende Gebiete¹⁰¹⁹

Abschließend stelle ich die fünf genannten Gesundheitssysteme tabellarisch unter den Kriterien Ausbildung, Finanzierung und Leistungen im Überblick dar:

	Pflegeausbildung	Finanzierung	Leistungen
Schweiz	„Dipl. Pflegefachfrau HF“: 3 Jahre Ausbildung „Dipl. Pflegefachfrau FH“: 3 Jahre Studium Bachelor und Master „Assistent Gesundheit und Soziales“: 2 Jahre ¹⁰²⁰	Kombination Bürgerversicherung und Kopfprämie	Behandlung bei Krankheit und Pflege, Case Management, Telefonberatungssysteme, eHealth, Integrierte Versorgung
Niederlande	Niveau 1: 1 Jahr Niveau 2: 2 Jahre Niveau 3: 3 Jahre Niveau 4: 4 Jahre Niveau 5: 4 Jahre Studium	Sozialversicherungsbeiträge: Kombination Bürgerversicherung und Kopfprämie	Behandlung bei Krankheit und Pflege, elektronische Patientenakte, persönliches Patientenbudget, Integrierte Versorgung
Großbritannien	Bachelor und Master Pflegehilfskräfte: 3 Monate	Steuermittel	Behandlung bei Krankheit und Pflege, Care Management, Integrierte Versorgung
Spanien	Hochschulstudium: 4 Jahre, Pflegehilfskräfte: 2 Jahre ¹⁰²¹	Steuermittel	Behandlung bei Krankheit und Pflege, Gesundheitszentren, Bürgerhilfe, Integrierte Versorgung

¹⁰¹⁸ Vgl. Amelung, 2008, S. 25, 29.

¹⁰¹⁹ Vgl. Amelung, 2008, S. 25-31.

¹⁰²⁰ Vgl. <http://www.curaviva.ch/Bildung/CURAVIVA-Berufsbildung/Arbeitsplatz-Heim/Laufbahnen/Pflegeassistentinnen-und-Pflegeassistenten-SRK/Pvj7T/?sesURLcheck=true> (Abruf 25.8.15)

¹⁰²¹ <http://www.ich-pflege-weil.de/melitta-keller.html> (Abruf 12.11.14)

Deutschland	Gesundheits- und Krankenpfleger: 3 Jahre Altenpfleger: 3 Jahre Pflegehelfer: 1 Jahr Studium Pflege: Bachelor und Master	Sozialversicherungsbeiträge: Kranken- und Pflegeversicherung, finanzielle Eigenbeteiligung	Behandlung bei Krankheit und Pflege, Case Management, Integrierte Versorgung am Anfang
--------------------	--	---	--

Abb. 54: Übersicht der genannten Gesundheitssysteme nach den Kriterien: Ausbildung, Finanzierung und Leistungen¹⁰²²

8.6 Resümee

Die Versorgung bei Pflegebedürftigkeit kann auf keine internationale Tradition zurückgreifen. Sie ist ein relativ neues Phänomen. „Heute anerkennt und achtet die Europäische Union gemäß Art. 34 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union das Recht auf den Zugang zu den Leistungen der sozialen Sicherheit und zu den sozialen Diensten, die in Fällen wie Mutterschaft, Krankheit, Arbeitsunfall, im Alter, bei Verlust des Arbeitsplatzes sowie auch im Fall der Pflegebedürftigkeit Schutz gewähren. Hier wird die Absicherung bei Pflegebedürftigkeit ausdrücklich als staatliche Aufgabe anerkannt.“¹⁰²³ D. h. das Thema der Pflegebedürftigkeit rückt in Europa zunehmend ins Blickfeld. Dennoch gibt es keine einheitliche europäische Gesundheitspolitik und jedes Land hat seine eigene Gesetzgebung. Das bedeutet auch, dass die Gesundheitssysteme nicht direkt vergleichbar sind. Jüttner, Vorsitzender des Paritätischen Gesamtverbands, sieht in der mangelnden Anerkennung und zu hohen Arbeitsbelastung Motive für den Wegzug der Pflegekräfte: „Jedes Jahr verlassen zig ausgebildete Pflegekräfte Deutschland, um in Skandinavien, Österreich oder der Schweiz zu arbeiten, was den Pflegenotstand in Deutschland verschärft. Die Leute gehen, weil die Akzeptanz für ihre Beschäftigung in diesen Ländern schlicht viel höher und die Belastung wegen größerer Personalschlüssel nicht so gewaltig ist.“¹⁰²⁴

Nichtsdestoweniger sind durch veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen in Deutschland neue medizinische Versorgungsformen entstanden. Folgende Gesetzesparagrafen ermöglichen eine Organisationsvielfalt im Gesundheitswesen, die sich grafisch wie folgt zusammenfassen lassen:

¹⁰²² eigene Abbildung

¹⁰²³ http://www.sozialerfortschritt.de/wp-content/uploads/2009/05/Schulte_09_05_06.pdf (Abruf 4.9.13)

¹⁰²⁴ <http://www.tagesspiegel.de/wirtschaft/fachkraeftemangel-abwanderung-gruende-fuers-gehen/1896788.html> (Abruf 4.9.13)



Abb. 55: „Ausgewählte Ansätze neuer Versorgungsformen“¹⁰²⁵

Des Weiteren ist festzuhalten, dass eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Pflege in den dargestellten Ländern nicht allein von der Finanzierung abhängt, sondern im Wesentlichen durch drei Kriterien bestimmt ist:

1. Informationsmanagement
2. Kooperationsgestaltung und Schnittstellenmanagement
3. Ausbildungskonzepte in der Pflege

Den einzelnen Kategorien ordne ich Aspekte aus dem europäischen Vergleich zu, die sich in der Ausgestaltung der Integrierten Versorgung hervorheben.

Informationsmanagement: Um den Informationsfluss zwischen den Sektoren zu gewährleisten, ist die „elektronische Patientenakte“ entscheidend: In den Niederlanden wurde mit der Einführung der Bürgerversicherungsnummer („BSN“), die medizinische Dienstleistungsdaten mit anderen Daten verknüpft, die Einführung der „elektronischen Patientenakte“ schrittweise eingeführt und sektorenübergreifend genutzt.¹⁰²⁶

Die Schweiz hat das Koordinierungsorgan „eHealth Schweiz“ entwickelt, das Empfehlungen für alle Akteure im Gesundheitswesen erarbeitet. Darüber hinaus erhalten Patienten in der Schweiz über den Einsatz von 24-Stunden-Telefonberatungsdiensten einen raschen Zugang zu pflegerischer und medizinischer Beratung ohne Wartezeiten.¹⁰²⁷

¹⁰²⁵ Amelung, 2008, S. 37.

¹⁰²⁶ Vgl. Van Rooij, 2009, S. 116.

¹⁰²⁷ Vgl. Denz, 2009, S. 93-95.

Kooperationsgestaltung und Schnittstellenmanagement: Unabhängig davon, ob das Gesundheitssystem über Steuermittel oder aus Sozialversicherungsbeiträgen finanziert wird, sucht der Staat in den dargestellten Ländern nach Kooperationspartnern in Wirtschaft und (gemeinnützigen) Organisationen, um die medizinische, pflegerische und soziale Versorgung sicherzustellen.

Auffallend sind im Schweizer Gesundheitssystem die besondere Rolle der häuslichen Pflege und die zentrale Rolle der Pflegefachkräfte. Sie werden als Fallmanager nach dem Prinzip des Case Management eingesetzt und arbeiten in multidisziplinären Teams zusammen, was den Pflegekräften Entwicklungsperspektiven im eigenen Berufsfeld ermöglicht.

In den Niederlanden wird die Eigenständigkeit der Patienten durch ein „persönliches Patientenbudget“ mit freier Anbieterwahl gefördert. D. h. der Patient entscheidet selbst, welche Hilfen er für sich in Anspruch nimmt. So kann er eigene Schwerpunkte setzen, sei es im sozialen oder pflegerischen Bereich. Dieser Ansatz kann den gesamten Gesundheitsmarkt in einen „Anbieter-Kunden-Markt“¹⁰²⁸ verändern. Neben den staatlichen Hilfen organisieren sich die Niederländer in gemeinnützigen Vereinen, um Angehörige in der Pflege zu unterstützen. Dieser Ansatz könnte eine Idee für manchen Krankenpflegeverein in Deutschland sein, der nach neuen Aufgaben sucht.

In Großbritannien spielen die „District oder Community Nurses“, Krankenschwestern mit Zusatzqualifikationen und einem erweiterten krankenpflegerischen Kompetenzbereich, in der ambulanten Versorgung eine große Rolle.¹⁰²⁹ Sie dürfen Wundversorgungen selbständig durchführen und auch Medikamente verschreiben. Sie verkörpern in einer Person unterschiedliche Funktionen und Bereiche.

Im spanischen Gesundheitssystem sind die Gesundheitszentren hervorzuheben, in denen Krankenschwestern, Allgemeinmediziner, Kinderärzte und Sozialarbeiter zusammenarbeiten. Obwohl die Teams mit unterschiedlichen Arbeitsmethoden unter einem Dach arbeiten, fehlt eine „institutionalisierte Koordination beider Systeme auf höherer Ebene“.¹⁰³⁰ Dies ist nach meiner Einschätzung ein Anstoß, in Deutschland über ein Koordinationsorgan auf höherer Ebene nachzudenken. In Spanien entstehen öffentlich-rechtliche Organisationsformen mit

¹⁰²⁸ Dekker, 2001, S. 140.

¹⁰²⁹ Vgl. Höhdorf, 2002, S. 3.

¹⁰³⁰ Aznar / Bes, 2001, S. 60-64.

modernen Managementprinzipien. Diese Organisationen verfügen über eigenständige finanzielle Mittel und sie können die Aufgaben für einzelne Berufsgruppen neu definieren. Das Miteinbeziehen der verschiedenen Berufsgruppen bei der Festlegung der Behandlungspfade und bei der Aufteilung der Verantwortlichkeiten führte zum Empowerment der Mitarbeiter.

Ausbildungskonzepte in der Pflege: Auch wenn in Deutschland eine generalistische Krankenpflegeausbildung gilt, ist das Modulsystem der Niederlande in unterschiedliche Qualifikationsniveaus auffallend. Gerade im Blick auf den Fachkräftemangel und die Zuwanderung von Pflegefachkräften aus dem (europäischen) Ausland könnte dieses modulare Splitting des Ausbildungsniveaus hilfreich für die Ausbildungsanerkennung und den entsprechenden Einsatzbereich sein. Denn dieses System kann sehr schnell auf Arbeitsmarktsituationen reagieren. Gerade in der Integrierten Versorgung ermöglichen unterschiedliche Qualifikationsniveaus die Entwicklung entsprechender Arbeitsbereiche und eine berufliche Karriereplanung verbunden mit einer höheren Arbeitszufriedenheit.

Nicht zuletzt eröffnet die Pflegeausbildung an Hochschulen mit Hochschulabschluss (Bachelor und Master) weitere Berufsperspektiven: Neue Pflegerollen mit mehr Verantwortung entstehen. So kann Pflege eigenständige Wege gehen. Ferner ist die britische 3R-Strategie: „Recruit – Retain – Return“¹⁰³¹ zu erwähnen, die sich um attraktivere Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte bemüht. Viele Ansätze der Integrierten Versorgung haben in Deutschland lediglich Projektcharakter. So gibt es weiterhin die herkömmlichen Versorgungsstrukturen, die ein umfassendes Engagement in Richtung Integrierte Versorgung hemmen. Daneben sind die Datenschutzgesetze eine Schwierigkeit, da sie den Informationsfluss zwischen den Sektoren einschränken und somit auch die Integrierte Versorgung.¹⁰³² Dennoch sind medizinische Versorgungszentren (MVZ) im Kommen. Entscheidend ist, dass sich Initiativen, Vereine und Kirchen mit ihrem Angebot einmischen und Kontakt zu den dort arbeitenden Berufsgruppen aufnehmen. Kontakte ermöglichen, dass Gemeindebriefe, Flyer für Seniorentreffs und Angebote des Besuchsdienstes beworben werden können. Auch wenn dieser Weg nur Projektcharakter hat, liegt darin die Chance, dass Menschen mit Angeboten in Berührung kommen, die ihnen Begegnungen ermöglichen und ihren Aktionsradius erweitern.

¹⁰³¹ Vgl. Höhndorf, 2002, S. 5.

¹⁰³² Vgl. Amelung / Lägel, 2008, S. 69.

9 Ausblick: Settings für alte Menschen und für Unterstützungsnetzwerke – Perspektivische Ansätze für das Frankfurter Diakonissenhaus

„Ein Setting ist die Gesamtheit von Merkmalen der Umgebung, in deren Rahmen etwas stattfindet oder erlebt wird.“¹⁰³³ Die Herausforderungen des demografischen Wandels sind komplex. So sind die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen im Allgemeinen und im Konkreten ausschlaggebend, ob alte Menschen (mit Unterstützungsbedarf) so lange wie möglich selbständig in ihrer vertrauten Umgebung leben können oder nicht. Gleichzeitig sind auch arbeitsfähige Strukturen für alle Beteiligten in den Unterstützungsnetzwerken, seien es Pflegende, Ärzte, Sozialarbeiter, Angehörige, freiwillig Engagierte, Voraussetzung dafür, dass dieses Ziel erreicht werden kann. Die unterschiedlichen Aspekte stehen nicht unbedingt in einem kausalen Zusammenhang, sondern wirken zunächst wie heterogene Bausteine (Waben), die in der Zusammenschau neue Einsichten eröffnen. Die sechseckigen Waben haben Berührungsflächen nach sechs Seiten. So ermöglicht die Wabenform die Darstellung komplexer Zusammenhänge und die Fokussierung auf Teilbereiche. Den Bienen dient diese Form als Nahrungsdepot. Dieses Bild ist für mich leitend, wenn ich die Perspektiven, die ich in Kapitel 2 bis Kapitel 8 entfaltet habe, miteinander in Beziehung setze. Gerade die Verschiedenheit der Gesichtspunkte ist wie ein „Nahrungsdepot“ und verhilft zu Perspektiven (diakonischen Handelns) in einer alternden Gesellschaft, da sie sich gegenseitig berühren und beeinflussen. Die Wabenform lässt zu, dass lückenlos weitere Aspekte hinzugefügt und in die Betrachtungen miteinbezogen werden können:

¹⁰³³ <http://www.duden.de/rechtschreibung/Setting> (Abruf 19.12.14)

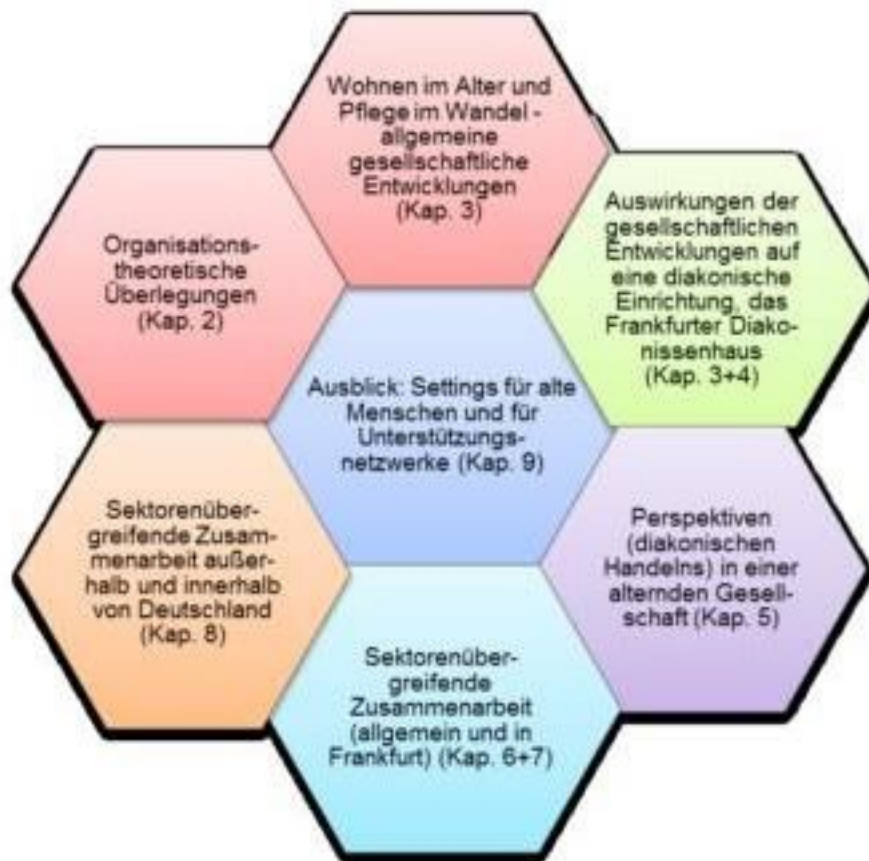


Abb. 56: Struktur der Arbeit¹⁰³⁴

Aus diesen unterschiedlichen Blickwinkeln gewinne ich folgende Erkenntnisse, die für die Entwicklung von Settings für alte Menschen und für Unterstützungsnetzwerke förderlich sind, und fasse sie in sieben Thesen zusammen:

1. Relevante Umwelten erkennen und organisationale Felder mit Organisationen (vor Ort) aufbauen, die sich um das Älterwerden und seine Auswirkungen bemühen (vgl. Kap. 2 bis 3).
2. Gemeinschaftsformen (in der Kommune, im Stadtteil) entwickeln, die unterschiedliche Verbindlichkeitsstufen zulassen: Tätigkeitsgemeinschaften, Wertegemeinschaften, Alltagsgemeinschaften (vgl. Kap. 3 bis 5).
3. Phantasie einsetzen, um Handlungsspielräume und Zeit für alte Menschen und für alle Beteiligten in den Unterstützungsnetzwerken zu gewinnen (vgl. Kap. 4). Zur Finanzierung können auch komplementäre Währungen (Stiftungen, Regionalwährungen etc.) miteinbezogen werden (vgl. Kap. 5.7).

¹⁰³⁴ eigene Abbildung

4. Eine digitale Dokumentation entwickeln, die dem sektorenübergreifenden Zusammenarbeiten dient, wenig aufwändig ist und gleichzeitig den Datenschutzgesetzen entspricht (vgl. Kap. 6, Kap. 7 und Kap. 8).
5. Die Pflege, den sozialen Sektor und das Freiwilligenengagement aufwerten durch eine entsprechende Vergütung bzw. Honorierung und eine positive Öffentlichkeitsarbeit (vgl. Kap. 4 und Kap. 8).
6. Die Kommunikation zwischen den Sektoren nicht dem Zufall überlassen, sondern mithilfe von Managementinstrumenten verlässliche Strukturen schaffen (vgl. Kap. 6, Kap. 7 und Kap. 8).
7. Modulares Ausbildungssystem in der Pflege, im sozialen Sektor und für Freiwillige entwickeln, um Entwicklungsperspektiven zu ermöglichen und dem Fachkräftemangel zu begegnen (vgl. Kap. 8.2).

Letztlich beansprucht die „Potenzial- und Verletzlichkeitsperspektive“¹⁰³⁵ im Alter mehr Kommunikation und Komplementarität in der Organisation von Unterstützungsnetzwerken, um eine strukturelle Verankerung auf höherer Ebene und eine konkrete Verortung sicherzustellen. Es geht darum, das Abhängigkeitsverhältnis und gleichzeitig die Selbständigkeit im Alter so zu arrangieren, dass für alle an diesem Prozess Beteiligten Zufriedenheit möglich ist. Aspekte diakonischer Bildung können in der Ausgestaltung dieser Arrangements Orientierungshilfen geben, denn die „Konstruktion von Wissen und Werten, die Übernahme von (gesellschaftlicher) Verantwortung, Tätigkeit und Partizipation, Compassion und der Möglichkeit zur Persönlichkeitsentwicklung“ (vgl. Kap. 5.1.3) sind in diesem Prozess förderlich. Dazu greife ich erneut das Bild der Bienenwaben auf, um die Thesen und die Aspekte diakonischer Bildung, die sich berühren, miteinander zu verbinden:

¹⁰³⁵ Kruse, 2013, S. 9.

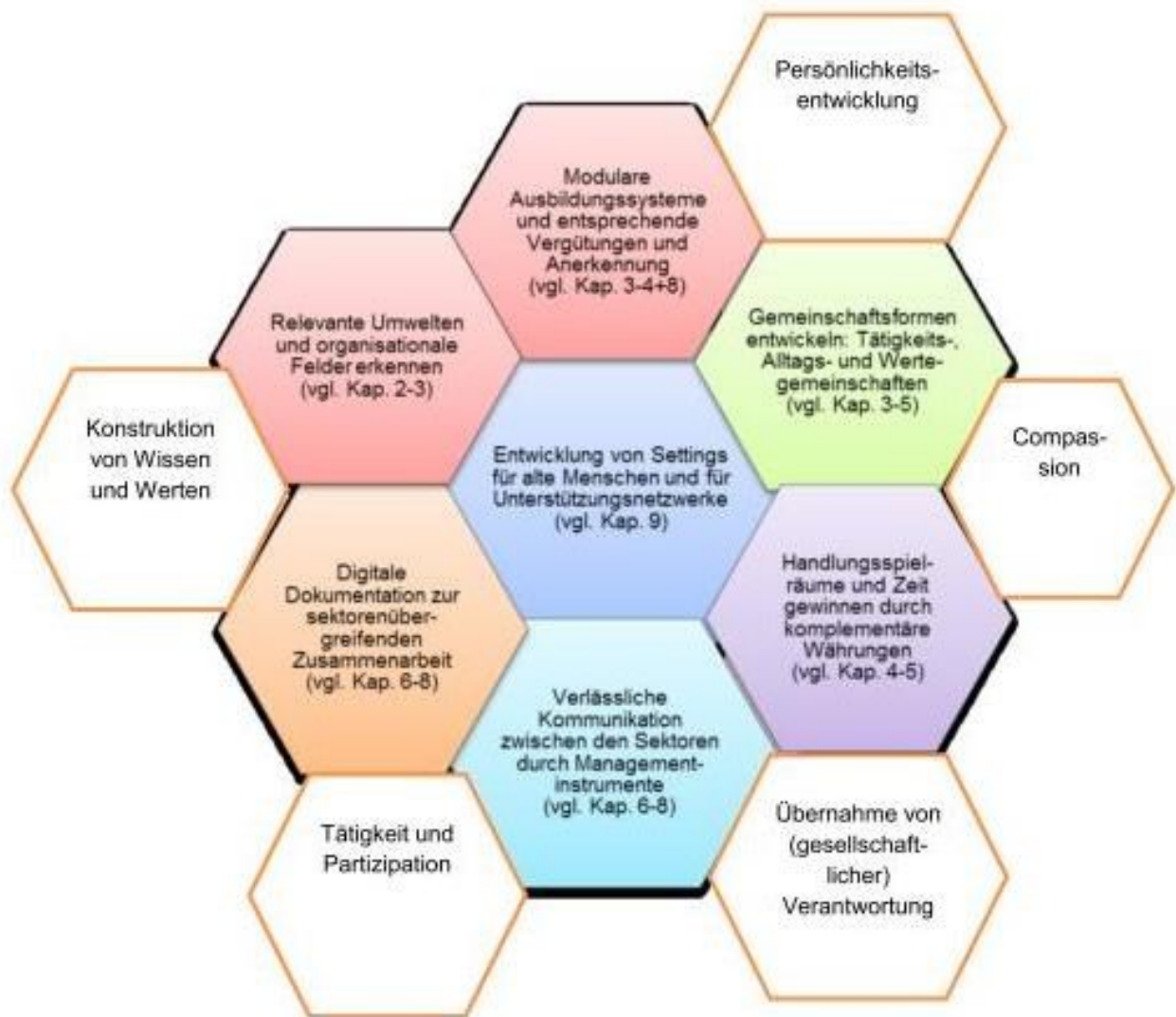


Abb. 57: Entwicklung von Settings für alte Menschen und für Unterstützungsnetzwerke¹⁰³⁶

Mithilfe der Wabenstruktur können beispielsweise einzelne Aspekte diakonischer Bildung (weiße Wabenformen) in den Mittelpunkt der Betrachtungen gestellt werden. In diesem Prozess können dann weitere Gesichtspunkte ergänzt werden, die z. B. der Tätigkeit und Partizipation oder der Persönlichkeitsentwicklung alter Menschen und der Beteiligten in den Unterstützungsnetzwerken dienen. Dieser Vorgang enthält eine kreative Nuance und schafft Freiräume für Phantasie in komplexen Zusammenhängen. Die Wabenstruktur ermöglicht eine offene Entwicklungsperspektive und die Fokussierung auf einen Teilbereich:

¹⁰³⁶ eigene Abbildung



Abb. 58: Entwicklungsperspektiven unter dem Aspekt „Persönlichkeitsentwicklung“¹⁰³⁷

Die Persönlichkeitsentwicklung von alten Menschen und den Beteiligten in Unterstützungsnetzwerken kann z. B. durch Gemeinschaftsformen, Kommunikationsförderung und durch modulare Ausbildungsgänge unterstützt werden. Die einzelnen Blickwinkel werden weiter ausdifferenziert: Es kann formuliert werden, wie die Ausbildungscurricula aussehen sollen, dass Pflegekräfte, Mediziner, Gemeindepädagogen, Theologen, Sozialarbeiter und Freiwillige in für sie fremde Organisationsstrukturen hineinschnuppern können sowie gemeinsame Seminare der unterschiedlichen Berufsgruppen und (Auslands)-Praktika möglich sind. So wird das Verständnis der Berufsgruppen untereinander positiv beeinflusst, die Persönlichkeitsentwicklung und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit durch einen erweiterten Erfahrungshorizont gefördert und auch die sozialen und pflegerischen Berufsperspektiven attraktiver (vgl. Kap. 6, Kap. 7). Des Weiteren lassen sich anhand der skizzierten Waben in Abb. 57 Settings für alte Menschen und für Unterstützungsnetzwerke entwickeln und auch weitere Forschungsprojekte benennen:

Für eine Kultur des Helfens oder eine „Caring Community“¹⁰³⁸ ist die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Sektoren (Medizin, Pflege mit „AAL“-Systemen,

¹⁰³⁷ eigene Abbildung

¹⁰³⁸ Coenen-Marx, 2010, S. 29.

freiwilliges Bürgerengagement, Soziale Arbeit, Staat, Wirtschaft, Kirche, Diakonie etc.) eine zentrale Voraussetzung. Diese bedürfen der Koordination in einem Zentrum auf höherer Ebene (vgl. Kap. 6.2, Kap. 8.4). Solch ein Zentrum oder „stadtteilintegriertes Servicehaus“ kann ein Stadtteilbüro sein, eine Beratungsstelle, ein Pflegeheim, ein KDA-Quartiershaus, ein medizinisches Versorgungszentrum, ein Mehrgenerationenhaus, ein Nachbarschaftszentrum, ein Pflegestützpunkt, eine ambulant betreute Wohngemeinschaft, wobei die Trägerschaft (staatlich, kirchlich, bürgerschaftlich in Vereinen oder Genossenschaften etc.) nicht im Vordergrund steht. Wichtig ist, dass in einem Zentrum alle Informationen der bestehenden Unterstützungsnetzwerke in der Region bekannt sind, damit diejenigen, die sie brauchen, sie dort finden können. Für die Etablierung eines „stadtteilintegrierten Servicehauses“ ist die konkrete gewachsene Struktur vor Ort wahrzunehmen und diese zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit mit den spezifischen Gegebenheiten anzuregen. Darüber hinaus ist „Neutralität“ ohne Gewinnerorientierung als Funktionslogik für einen „Serviceintermediär“ grundlegend. Das Verbindende zwischen den Sektoren ist eine gemeinsame Fragestellung, wie das Thema „Älter werden im Stadtteil“, damit entsprechende Kooperationspartner zueinander finden. Ein Setting könnte sein, dass die Kommune selbst die Koordination auf höherer Ebene wahrnimmt oder dafür sorgt, dass eine andere Organisation diese übernimmt. Sie legt sich auf ein Zentrum im Stadtteil, im Dorf oder in der Region fest, in dem mindestens drei Sektoren (Medizin, Pflege mit „AAL“-Systemen, Soziale Arbeit, freiwilliges Bürgerengagement, Staat, Kirche, Diakonie, Wirtschaft etc.) zusammenarbeiten und miteinander verlässliche regelhafte Kommunikationsstrukturen aufbauen. Managementinstrumente, die in Kap. 7 mit Beispielen aus der Pflege ausgeführt sind, können für die Ausgestaltung Anstöße geben, wobei es immer ein Aushandeln der Akteure vor Ort bedarf, um lokalen Spezifika gerecht zu werden. Zu diesem Zentrum können weitere Kooperationspartner im Laufe der Zeit hinzukommen, die aber nicht alle zwingend unter einem Dach arbeiten. Mit dem Kooperationsnachweis sollte nach meinen Überlegungen der Kommune ein Sozialraumbudget für ältere Menschen beispielweise ab 65 Jahren (im Stadtteil) zustehen, um Anreize für die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu setzen (vgl. Kap. 8). Dabei ist nicht im Detail vorgegeben, wie der Fortschritt aussehen soll, denn dieser kann sowohl den Ausbau des Freiwilligenengagements betreffen, den Informationsfluss zwischen den Sektoren, die Netzwerkzusammenar-

beit (vgl. Kap. 7) als auch den Ausbau von „AAL“-Systemen, die Entwicklung neuer Wohnformen, Begegnungs- oder Gemeinschaftsformen (vgl. Kap. 5). Die Konzepte „Marktplatz der Generationen“ (Kap. 6.1.4) oder „Wohnquartier hoch 4“ (Kap. 6.2) benennen Kriterien, wie die medizinische, pflegerische und soziale Infrastruktur miteinander vernetzt und gestärkt werden. Die Aufgabe besteht darin, die Bereiche „Markt, Dienstleistungen und Mobilität, Gesundheit und Pflege, bürgerschaftliches Engagement und gesellschaftliche Teilhabe, Wohnen und Wohnumfeld, Partizipation und Kommunikation, Bildung, Kunst und Kultur“¹⁰³⁹ im Stadtteil zu fördern (vgl. Kap. 6.1.4 und Kap. 6.2), was gleichzeitig auch anderen Generationen zugutekommt. Es stellt sich die Frage, auf welche Weise ein Sozialraumbudget finanziert werden kann. Aufgrund der Recherchen für diese Arbeit komme ich zu dem Ergebnis, dass eine Mischfinanzierung aus Steuern, aus einem Anteil der Pflegeversicherung, aus Stiftungen, Vereinen, Genossenschaften, Regionalwährungen (vgl. Kap. 3.4.1, Kap. 5.7, Kap. 8.5) Gestaltungsräume eröffnet. Wie die Gewichtung aussehen kann, wäre in weiteren Forschungsprojekten wissenschaftlich auszuwerten. Dabei können die Akzentuierungen in den einzelnen Projekten einerseits in der Unterschiedlichkeit der Finanzierung liegen und andererseits in der Verschiedenheit der Träger-schaften, die die Koordination auf höherer Ebene wahrnehmen. Hier können die Auswirkungen der einzelnen Variablen auf die Zufriedenheit von alten Menschen und auf die Beteiligten in den Unterstützungsnetzwerken beobachtet und dokumentiert werden. Ein weiteres Forschungsprojekt könnte die Finanzierung in Kombination mit einer komplementären Währung sein: Um mehr Handlungsspielräume für Pflegekräfte zu erlangen, wären Menschen zu gewinnen, die sich z. B. über einen Zeitraum von drei Jahren bereit erklären, 10% ihres Gehalts bei einer 100%-Anstellung in Form einer komplementären Währung zu erhalten. Diese 10% komplementäre Währung bedeuten 10% mehr Handlungsspielräume, die sich auf die Zeitgestaltung mit alten Menschen auswirken: D. h. mehr Zeit in der Pflege für Gespräche und die Möglichkeit, mehr auf die Bedürfnisse von alten Menschen eingehen zu können. Damit würde sich auch der Pflegeschlüssel erhöhen. Es wäre zu untersuchen, welche Auswirkungen diese Variable auf die Zufriedenheit der Pflegekräfte und der Pflegebedürftigen hätte.

¹⁰³⁹ <http://marktplatzdergenerationen.de> (Abruf 3.12.14) und HOCHTIEF Construction AG / Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe / Ev. Verband für Altenarbeit RWL / Ev. Erwachsenenbildungswerk Nordrhein e.V., 2011, S. 24.

Aus Abb. 57 lassen sich weitere Settings erschließen; die genannten Perspektiven sind Beispiele und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

In dieser Arbeit habe ich die gesellschaftlichen Entwicklungen im Blick auf den demografischen Wandel und die Entwicklungen im Frankfurter Diakonissenhaus dargestellt, um allgemeine und konkrete Auswirkungen aufzuzeigen. Das kann in einer anderen diakonischen Einrichtung oder in einem anderen Stadtteil anders aussehen. Einerseits bietet das Frankfurter Diakonissenhaus eine Geschichte von den Anfängen diakonischer Pflege bis heute und andererseits veranschaulicht es auch eine spezielle Lebensform, die nicht ohne weiteres übertragbar ist. Aber die Altersforschung von Snowden in Bezug auf Demenz zeigt auf, dass eine Ordensgemeinschaft mit einem rhythmischen Lebensstil („ora et labora“) und das Eingebundensein in eine Gemeinschaft der Entstehung von Demenz vorbeugen können¹⁰⁴⁰ (vgl. Kap. 5.5). Auch das Frankfurter Diakonissenhaus lebt in einem rhythmischen Lebensstil, der durch die Gebetszeiten, durch (diakonische) Arbeit und Gemeinschaft geprägt ist. So kann eine rhythmische Lebensform eine spezielle Anregung für eine alternde Gesellschaft sein. Erweitert man den Gedanken der Glaubens-, Lebens- und Dienstgemeinschaft der Diakonissen um die Aspekte „Werte-, Alltags- und Tätigkeitsgemeinschaft“ (vgl. Kap. 3.5), dann könnte das Frankfurter Diakonissenhaus beispielsweise für seine unmittelbare und weitere Nachbarschaft, für die „modernen Performer, Postmateriellen, Etablierten, die bürgerliche Mitte, Traditionsverwurzelten, Konservativen“ (vgl. Kap. 3.1.3.2), Gemeinschaftsformen und Konzepte im diakonischen Begegnungszentrum weiterentwickeln. Gleichzeitig bieten die Aspekte diakonischer Bildung (vgl. Kap. 5.1.3) Anregungen für spirituelle und diakonische Angebote für Haupt- und Ehrenamtliche in Diakonie und Kirche. Neue Ressourcen für das Frankfurter Diakonissenhaus sind u. a. die Kooperation mit der „Initiative zur Förderung geistlichen Lebens - Haus der Stille e. V.“ und der Ausbau der Gästearbeit.¹⁰⁴¹ Damit sind zusätzliche Möglichkeiten trotz abnehmender Diakonissenzahlen eröffnet. Dieser Ansatz nimmt auch die Einschätzung der Feierabendschwwestern und der Diakonissen im Dienst aus der Umfrage bez. ihrer Zukunft auf: Beide Personengruppen sehen in der Entwicklung von spirituellen Angeboten für Menschen im Stadtteil und für Mitarbeitende im Nellinistift, in (diakonischer) Gemeinschaft und in Fortbildungsangeboten für

¹⁰⁴⁰ Vgl. Dammann / Gronemeyer, 2009, S. 43 f.

¹⁰⁴¹ Vgl. Blätter aus dem Mutterhaus, Juni 2014, S. 9.

Haupt- und Ehrenamtliche in Diakonie und Kirche zukunftsweisende Projekte (vgl. Kap. 4.4.3 und Kap. 4.4.4).

Eine weitere Ressource des Frankfurter Diakonissenhauses sind die Präsenz in (Entscheidungs)-Gremien (vgl. Kap. 3.4.3.2) und die vielfältigen Kontakte zu anderen Diakonissenhäusern durch den Kaiserswerther Verband, zu diakonischen Gemeinschaften, zum Ev. Verein für Innere Mission, zum Agaplesion-Konzern, zur Landeskirche EKHN, zum Diakonischen Werk und zu anderen Akteuren (in Frankfurt). Es bestehen bereits neben informellen Wegen auch formale regelhafte Kommunikationsstrukturen (vgl. Kap. 3.4.3, Kap. 3.5, Kap. 6.2). Für die Entwicklung eines „stadtteilintegrierten Servicehauses“ bedarf es vieler solcher Kontakte und Kommunikationswege, damit sektorenübergreifende Zusammenarbeit gelingen kann (vgl. Kap. 6 und 7). Auch im Holzhausenviertel, in dem das Frankfurter Diakonissenhaus angesiedelt ist, könnte ein „stadtteilintegriertes Servicehaus“ zukunftsweisend sein. Zum jetzigen Zeitpunkt ist offen, ob und welche Organisation für ein solches Vorhaben die Federführung übernimmt. Aber das Konzept „Wohnquartier hoch 4“¹⁰⁴² (vgl. Kap. 6.2) bietet dem Frankfurter Diakonissenhaus Anknüpfungspunkte in solch einem Prozess: Z. B. gibt es schon im diakonischen Begegnungszentrum Treffpunkte wie das Waffelcafé und Feste (zusammen mit dem Kinderhaus),¹⁰⁴³ die die „Kommunikation und Partizipation“ im Stadtteil fördern. Das Pflegeheim Nellinistift, der ambulante Pflegedienst in der Betriebsträgerschaft des Ev. Vereins für Innere Mission und die Agaplesionklinik auf dem Gelände des Frankfurter Diakonissenhauses bieten „Gesundheit, Service und Pflege“ im direkten Wohnumfeld. Ebenso erweitert das Vermieten von Wohnungen an Nicht-Diakonissen im alten Nellinistift, dem jetzigen Mutterhaus, individuelle und gemeinschaftliche Wohnformen und Freizeitmöglichkeiten im Holzhausenviertel. Auch der Bereich „Bildung, Kunst und Kultur“ wird durch Veranstaltungen im diakonischen Begegnungszentrum und in Angeboten der Kirchengemeinde verwirklicht, in Form von Vorträgen, Ausstellungen, Exerzitien im Alltag, Bibliologien, Freizeiten, Gottesdiensten, musikalischen Angeboten und Möglichkeiten zum Freiwilligenengagement, um nur einige Punkte zu nennen. Das sind Angebote, die das Frankfurter Diakonissenhaus in die kulturelle Vielfalt Frankfurts einbringt. Neben den genannten Aspekte (Kap. 3 und Kap. 4) lassen sich weitere Ideen in einem ständig kreativen

¹⁰⁴² Vgl. HOCHTIEF Construction AG / Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe / Ev. Verband für Altenarbeit RWL / Ev. Erwachsenenbildungswerk Nordrhein e.V., 2011, S. 24.

¹⁰⁴³ Vgl. Blätter aus dem Mutterhaus, 6/2014, S. 12.

Prozess entwickeln, z. B. mithilfe der Wabenstruktur in Abb. 57 und Abb. 58. Aufgrund der abnehmenden Diakonissenzahlen wird das Frankfurter Diakonissenhaus Projekte und Ideen v. a. in Kooperationen verwirklichen können. So sind Kooperationsvereinbarungen und die Erschließung organisationaler Felder einerseits eine Ressource und andererseits auch Zukunftsaufgabe diakonischen Handelns. Des Weiteren könnte die Gründung einer Stiftung (vgl. Kap. 5.7) eine weitere Akzentuierung diakonischer Arbeit im Frankfurter Diakonissenhaus für spätere Generationen setzen. Ob eine Stiftung Projekte unterstützt, die die Zusammenarbeit in einem „stadtteilintegrierten Servicehaus“ mit kirchlichen und diakonischen Trägern fördern, ist offen. Oder ob es andere Stiftungs-ideen gibt, z. B. die Entwicklung von attraktiven Rahmenbedingungen für diejenigen, die in den Unterstützungsnetzwerken (für ältere Menschen) aktiv sind in Kombination mit komplementären Währungen etc. Sie können ins Gespräch gebracht und diskutiert werden und zu innovativen Denkweisen anregen. In der Wabenstruktur lassen sich diese Überlegungen wie folgt darstellen:



Abb. 59: Entwicklungsperspektiven unter dem Aspekt „Kommunikation und Partizipation“ im Frankfurter Diakonissenhaus

So ermöglicht die Verschränkung von allgemeinen gesellschaftlichen und konkreten Entwicklungen einer diakonischen Einrichtung die Zusammenschau unterschiedlicher Aspekte (Waben) und eröffnet Perspektiven (diakonischen Handelns) in einer alternden Gesellschaft.

Literaturverzeichnis

Adam, Gottfried / Hanisch, Helmut / Schmidt, Heinz / Zitt, Renate (Hg.) (2006):
Unterwegs zu einer Kultur des Helfens. Stuttgart.

Amelung, Volker-Eric / Wagner, Christoph / Schubert, Barbara / Hild, Petra
(2007): Lebensqualität und würdevolles Sterben – das Dresdner Brückenkonzept in der Palliativversorgung. In: Weatherly, John N. / Seiler, Rainer / Meyer-Lutterloh, Klaus / Schmid, Elmar / Lägél, Ralph / Amelung, Volker-Eric (Hg.): Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis. Berlin. S. 91-100.

Amelung, Volker E. (2007): Nicht nur für Berlin ein zukunftsweisendes Modell – Das POLIKUM Friedenau. In: Weatherly, John N. / Seiler, Rainer / Meyer-Lutterloh, Klaus / Schmid, Elmar / Lägél, Ralph / Amelung, Volker-Eric (Hg.): Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis. Berlin. S. 225-234.

Amelung, Volker-Eric / Meyer-Lutterloh, Klaus / Schmid, Elmar / Seiler, Rainer / Lägél, Ralph / Weatherly, John N. (2008): Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Von der Idee zur Umsetzung. 2. Auflage. Berlin.

Amelung, Volker Eric (2008): Managed Care – Modell der Zukunft? In: Amelung, Volker-Eric / Meyer-Lutterloh, Klaus / Schmid, Elmar / Seiler, Rainer / Lägél, Ralph / Weatherly, John N.: Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Von der Idee zur Umsetzung. 2. Auflage. Berlin. S.1-34.

Amelung, Volker Eric / Lägél, Ralph (2008): Neue Versorgungsformen – Eine Idee setzt sich durch. In: Amelung, Volker-Eric / Meyer-Lutterloh, Klaus / Schmid, Elmar / Seiler, Rainer / Lägél, Ralph / Weatherly, John N.: Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Von der Idee zur Umsetzung. 2. Auflage. Berlin. S. 35-76.

Amelung, Volker Eric / Deimel, Dominik / Reuter, Wolfgang / Van Rooij, Norbert/ Weatherly, John N. (Hg.) (2009): Managed Care in Europa. Berlin.

Amelung, Volker Eric (2009): Managed Care – Neue Wege im Gesundheits-Management. In: Amelung, Volker Eric / Deimel, Dominik / Reuter, Wolfgang / Van Rooij, Norbert / Weatherly, John N. (Hg.): Managed Care in Europa. Berlin. S. 3-30.

- Anker, Heinrich (2010): *Balanced Valuecard. Leistung statt Egoismus*. Bern. Stuttgart. Wien.
- Argimon, Josep M. / Brosa, Francesc / Casas, Carmen / Agusti, Enric (2009): *Smart Purchasing – Selektives Kontrahieren in Spanien*. In: Amelung, Volker Eric / Deimel, Dominik / Reuter, Wolfgang / Van Rooij, Norbert / Weatherly, John N. (Hg.): *Managed Care in Europa*. Berlin. S. 205-218.
- Arndt, Marianne (2003): *Mit knappen Ressourcen (über)leben. Verteilungsgerechtigkeit und Pflege. Perspektiven im britischen Gesundheitswesen*. In: Dibelius, Olivia / Arndt Marianne (Hg.): *Pflegemanagement zwischen Ethik und Ökonomie*. Hannover. S. 63-81.
- Atteslander, Peter (2008): *Methoden der empirischen Sozialforschung*. 12. Auflage. Berlin.
- Auerbach, Holger / Imhof, Daniel (2009): *Integrierte Versorgung in der Schweiz – zwei unterschiedliche Herangehensweisen im Kanton Zürich: GeWint Gesundheitsregion Winterthur und Gesundheitsnetz 2025 Zürich*. In: Amelung, Volker Eric / Deimel, Dominik / Reuter, Wolfgang / Van Rooij, Norbert / Weatherly, John N. (Hg.): *Managed Care in Europa*. Berlin. S. 221-230.
- Aznar, Thomàs / Bes, Concha Germàn (2001): *Modelle der ambulanten Pflege alter Menschen in Spanien*. In: Kollak, Ingrid (Hg.): *Internationale Modelle häuslicher Pflege. Eine Herausforderung und verschiedene Antworten*. Frankfurt am Main. S. 51-72.
- Bartels, Andreas / Jenrich, Holger (Hg.) (2004): *Alt werden in Europa. Entwicklungen in der europäischen Altenhilfe*. Frankfurt am Main.
- Bartels, Andreas (2004): *Europa: Grenzenloses Vertrauen*. In: Bartels, Andreas / Jenrich, Holger (Hg.): *Alt werden in Europa. Entwicklungen in der europäischen Altenhilfe*. Frankfurt am Main. S. 9-14.
- Bartholomeyczik, Sabine (2010): *Professionelle Pflege heute. Einige Thesen*. In: Kreuzer, Susanne (Hg.): *Transformationen pflegerischen Handelns*. Os-nabrück. S. 133-154.
- Barz, Heiner / Kampik, Wilhelm / Singer, Thomas / Teuber, Stephan (2001): *Neue Werte - neue Wünsche. Wie sich Konsummotive auf Produktentwicklung und Marketing auswirken*. Berlin.
- Bateson, Gregory (1972): *Ökologie des Geistes*. Frankfurt am Main.

Bauer, Thomas / Hoede, Roland (2001): In guten Händen. Vom Bockenheimer Diakonissenverein zum Frankfurter Markus-Krankenhaus. Frankfurt am Main.

Bazlen, Ulrike / Kommerell, Tilmann / Menche, Nicole (Hg.) (2001): Pflege heute. Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe. 2. Auflage. München.

Bechtel, Gerd (2010): Vernetzung diakonischer Arbeitsbereiche im Sozialraum. In: Herrmann, Volker / Horstmann, Martin (Hg.): Wichern drei – gemeinwesendiakonische Impulse. Neukirchen-Vluyn. S. 91-94.

Becker, Heidrun / Scheermesser, Mandy / Früh, Michael / Treusch, Yvonne / Auerbach, Holger / Hüppi, Richard Alexander / Meier, Flurina (2013): Robotik in Betreuung und Gesundheitsversorgung. Zürich.

Becker, Michael (2004): Schweiz: Allianzen schmieden. In: Bartels, Andreas / Jenrich, Holger (Hg.): Alt werden in Europa. Entwicklungen in der europäischen Altenhilfe. Frankfurt am Main. S. 121-130.

Becker, Thomas (Hg.) (2007): Netzwerkmanagement. Mit Kooperation zum Unternehmenserfolg. Heidelberg.

Becker, Uwe (2011): Perspektiven der Diakonie im gesellschaftlichen Wandel. Eine Expertise im Auftrag der Diakonischen Konferenz des Diakonischen Werks der Evangelischen Kirche in Deutschland. Neukirchen.

Beckmann, Hans-Jörg / Beneke, Heinz Georg / Schrewe, Claudia (2007): Der Klassiker der Netze – Medizin und Mehr (MuM) Bünde. In: Weatherly, John N. / Seiler, Rainer / Meyer-Lutterloh, Klaus / Schmid, Elmar / Lägell, Ralph / Amelung, Volker-Eric (Hg.): Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis. Berlin. S.189-199.

Benedict, Hans-Jürgen (2006): Beruht der Anspruch der evangelischen Diakonie auf einer Missinterpretation der antiken Quellen? In: Herrmann, Volker / Horstmann, Martin (Hrsg.): Studienbuch Diakonik Band 1. Biblische, historische und theologische Zugänge zur Diakonie. Neukirchen-Vluyn. S. 117-133.

Benedict, Hans-Jürgen (2010): Gemeinwesenorientierte Diakonie. In: Herrmann, Volker / Horstmann, Martin (Hg.): Wichern drei – gemeinwesendiakonische Impulse. Neukirchen-Vluyn. S. 46-58.

- Benedict, Hans-Jürgen (2010): Gabenökonomie. In: Herrmann, Volker / Horstmann, Martin (Hg.): Wichern drei – gemeinwesendiakonische Impulse. Neukirchen-Vluyn. S. 161-164.
- Berchtold, Peter (2009): Vorreiter in Managed Care – Reformen in der Schweiz. In: Amelung, Volker Eric / Deimel, Dominik / Reuter, Wolfgang / Van Rooij, Norbert / Weatherly, John N. (Hg.): Managed Care in Europa. Berlin. S. 75-82.
- Berner, Frank / Rossow, Judith / Schwitzer, Klaus-Peter (Hg.) (2012): Individuelle und kulturelle Altersbilder. Expertisen zum Sechsten Altenbericht der Bundesregierung. Band 1. Wiesbaden.
- Bertelsmann Stiftung / Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.) (2003): Leben und Wohnen im Alter. Neue Wohnkonzepte. Bestandsanalyse. Gütersloh.
- Bevan, Gwyn (2009): Ernstgemeinte Leistungsbeurteilungen – Ein Ansatz zur Verbesserung der Gesundheitssysteme. In: Amelung, Volker Eric / Deimel, Dominik / Reuter, Wolfgang / Van Rooij, Norbert / Weatherly, John N. (Hg.): Managed Care in Europa. Berlin. S. 165-180.
- Beyer, Thomas (2012): Identität statt Ressource. Das Ehrenamt und die Freie Wohlfahrtspflege. In: Rosenkranz, Doris / Weber, Angelika (Hg.): Freiwilligenarbeit. Einführung in das Management von Ehrenamtlichen in der Sozialen Arbeit. 2. Auflage. Weinheim und Basel. S. 27-35.
- Biedermann, Christiane (2012): Freiwilligen-Management: Die Zusammenarbeit mit Freiwilligen organisieren. In: Rosenkranz, Doris / Weber, Angelika (Hg.): Freiwilligenarbeit. Einführung in das Management von Ehrenamtlichen in der Sozialen Arbeit. 2. Auflage. Weinheim und Basel. S. 57-66.
- Bierhoff, Hans- Werner (2012): Wie entsteht soziales Engagement und wie wird es aufrechterhalten? In: Rosenkranz, Doris / Weber, Angelika (Hg.): Freiwilligenarbeit. Einführung in das Management von Ehrenamtlichen in der Sozialen Arbeit. 2. Auflage. Weinheim und Basel. S. 36-45.
- Biermann, Thomas (2007): Kompakt-Training. Dienstleistungsmanagement. 2. Auflage. Leipzig.
- Biesinger, Albert (2010): Die Kunst des Älterwerdens. Spirituelle Impulse. Freiburg im Breisgau.

- Bischoff, Cornelia (1984): Frauen in der Krankenpflege – zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert. Campus Forschung. Frankfurt / Main.
- Blasberg-Kuhnke, Martina / Wittrahm, Andreas (Hg.) (2007): Altern in Freiheit und Würde. Handbuch christliche Altenarbeit. München.
- Blonski, Harald (Hg.) (2007): Den Wandel gestalten. Change Management in Pflegeorganisationen. Frankfurt / Main.
- Bodenschatz, Ralf / Weatherly John N. (2007): Versorgung strukturschwacher Regionen – Mittweida. In: Weatherly, John N. / Seiler, Rainer / Meyer-Lutterloh, Klaus / Schmid, Elmar / Lägell, Ralph / Amelung, Volker-Eric (Hg.): Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis. Berlin. S. 241-246.
- Böhm, Erwin (2000): Alte verstehen. Grundlagen und Praxis der Pflegediagnosen. 6. Auflage. Bonn.
- Böhm, Erwin (1996): Ist heute Montag oder Dezember? Erfahrungen mit der Übergangspflege. 5. Auflage. Bonn.
- Bönte, Andreas (2012): Gutes tun – und darüber reden! Gezielte Öffentlichkeitsarbeit im Ehrenamt. In: Rosenkranz, Doris / Weber, Angelika (Hg.): Freiwilligenarbeit. Einführung in das Management von Ehrenamtlichen in der Sozialen Arbeit. 2. Auflage. Weinheim und Basel. S. 90-97.
- Brafman, Ori / Beckström, Rod A. (2007): Der Seestern und die Spinne. Die beständige Stärke einer kopflosen Organisation. Weinheim.
- Brakemeier, Ruthild (2002): Die Mutterhausdiakonie und ihr Weg in die Zukunft. Kassel.
- Brinkmann, Malte (2008): Lernen, Verlernen und Umlernen im Alter. In: Buchen, Sylvia / Maier, Maja S. (Hg.): Älterwerden neu denken. Interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel. Wiesbaden. S. 113-130.
- Broll, Berthold (2013): Kirche in Bewegung. Zur Besonderheit und Chance kirchlicher Stiftungen. In: Haas, Hanns-Stephan / Verstl, Jörg (Hg.): Stiftungen bewegen. Ein Perspektivenwechsel zur Gestaltung des Sozialen. Stuttgart. S. 141-148.

- Bronner, Andrea / Weatherly John N. (2007): Gemeinsam mit dem Krankenhaus versorgen – das MVZ Lichtenberg. In: Weatherly, John N. / Seiler, Rainer / Meyer-Lutterloh, Klaus / Schmid, Elmar / Lägell, Ralph / Amelung, Volker-Eric (Hg.): Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis. Berlin. S. 235-240.
- Bubmann, Peter / Doyé, Götz / Keßler, Hildrun / Oesselmann, Dirk / Piroth, Nicole / Steinhäuser (Hg.) (2012): Gemeindepädagogik. Berlin / Boston.
- Buchen, Sylvia (2008): Bildung in der dritten Lebensphase zwischen „lebenslangem Lernen“ und lernen loszulassen. In: Buchen, Sylvia / Maier, Maja S. (Hg.): Älterwerden neu denken. Interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel. Wiesbaden. S. 95-112.
- Buchen, Sylvia / Maier, Maja S. (2008): Älterwerden neu denken. Interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel. Eine Einleitung. In: Buchen, Sylvia / Maier, Maja S. (Hg.): Älterwerden neu denken. Interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel. Wiesbaden. S. 7-30.
- Buchen, Sylvia / Maier, Maja S. (Hg.) (2008): Älterwerden neu denken. Interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel. Wiesbaden.
- Bukmakowski, Carla (2007): Immer in Bewegung – Veränderungen als Chance nutzen. Projektbericht aus dem St. Elisabeth-Stift, Wohnhaus für ältere Menschen in Sendenhorst. In: Blonski, Halraald (Hg.): Den Wandel gestalten. Change Management in Pflegeorganisationen. Frankfurt / Main. S. 175-187.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland – Altersbilder in der Gesellschaft. (Bundestagsdrucksache 17 /3815). Berlin.
- Buschmann, Johannes P. / Huang, Jin (2012): Mobiles Monitoring – Quo Vadis? Körperkerntemperatur und Pulsoximetrie werden kontinuierliche mobile Vitalparameter. In: Shire, Karen A. / Leimeister, Jan Marco (Hg.): Technologiegestützte Dienstleistungsinnovation in der Gesundheitswirtschaft. Wiesbaden. S. 187-214.

- Caris, Jo (2009): Das Gesundheitswesen in den Niederlanden: Fakten, Fragestellungen und Schwierigkeiten. In: Amelung, Volker Eric / Deimel, Dominik / Reuter, Wolfgang / Van Rooij, Norbert / Weatherly, John N. (Hg.): Managed Care in Europa. Berlin. S. 121-134.
- Coenen-Marx, Cornelia (2010): Freiwilliges Engagement als Kern des zivilgesellschaftlichen Beitrags der Kirche. In: Herrmann, Volker / Horstmann, Martin (Hg.): Wichern drei – gemeinwesendiakonische Impulse. Neukirchen-Vluyn. S. 95-103.
- Coenen-Marx, Cornelia (2010): Verpflichtet zur Selbstsorge – Angewiesen auf Solidarität. Alte Menschen in der Kirchengemeinde. In: EAfA - Ev. Arbeitsgemeinschaft für Altenarbeit in der EKD (Hg.): Solidarisch oder gerecht? Gesundheitschancen und Gesundheitspolitik in der alternden Gesellschaft. Hannover. S. 27-31.
- Crozier M. / Friedberg, E. (1977): Macht und Organisation. Die Zwänge kollektiven Handelns. Königstein (Athenäum).
- Dammann, Rüdiger / Gronemeyer, Reimer (2009): Ist Altern eine Krankheit? Wie wir die gesellschaftlichen Herausforderungen der Demenz bewältigen. Frankfurt / Main.
- Daneke, Sigrid (2003): Freiwilligenarbeit in der Altenhilfe. Motivieren – organisieren – honorieren. München – Jena.
- Deccer, Oscar (2009): Auswirkungen der niederländischen Gesundheitsreform aus Sicht der Versicherer. In: Amelung, Volker Eric / Deimel, Dominik / Reuter, Wolfgang / Van Rooij, Norbert / Weatherly, John N. (Hg.): Managed Care in Europa. Berlin. S. 135-140.
- Deeg, Steffen (2012). Gut vernetzt. Chancen für social media in der Freiwilligenarbeit. Grundlagen und Beispiele. In: Rosenkranz, Doris / Weber, Angelika (Hg.): Freiwilligenarbeit. Einführung in das Management von Ehrenamtlichen in der Sozialen Arbeit. 2. Auflage. Weinheim und Basel. S. 198-106.
- Degen, Johannes (2010): Leben in Nachbarschaft. In: Herrmann, Volker / Horstmann, Martin (Hg.): Wichern drei – gemeinwesendiakonische Impulse. Neukirchen-Vluyn. S. 76-81.

- Deimel, Dominik (2009): Das Schweizer Gesundheitssystem im Überblick. In: Amelung, Volker Eric / Deimel, Dominik / Reuter, Wolfgang / Van Rooij, Norbert / Weatherly, John N. (Hg.): Managed Care in Europa. Berlin. S. 67-74.
- Denz, Martin D. (2009): Managed Care und E-Health: Einblick in Schweizer Parallelwelten. In: Amelung, Volker Eric / Deimel, Dominik / Reuter, Wolfgang / Van Rooij, Norbert / Weatherly, John N. (Hg.): Managed Care in Europa. Berlin. S. 87-96.
- De Roest, Henk (2010): Der diakonische Ort des Dazwischen. In: Herrmann, Volker / Horstmann, Martin (Hg.): Wichern drei – gemeinwesendiakonische Impulse. Neukirchen-Vluyn. S. 151-160.
- Deutsch, Dorette (2006): Schöne Aussichten fürs Alter. Wie ein italienisches Dorf unser Leben verändern kann. München.
- Deutsch, Dorette (2007): Lebensträume kennen kein Alter. Neue Ideen für das Zusammenwohnen in der Zukunft. Frankfurt am Main.
- Deutscher Bundestag (Hg.) (2010): Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Berlin.
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hg.) (2010): Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld. Innovationen für Menschen mit Pflegebedürftigkeit und Behinderung. Hannover.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.) (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland – Altersbilder in der Gesellschaft. Bericht der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin.
- Diakonisches Werk der Ev. Kirche in Deutschland e.V. (Hg.) (2007): Die Rolle der Allgemeinen Sozialarbeit im Rahmen gemeinde- und gemeinwesenorientiertem Handelns der Diakonie (G2-Modell). Konzeptionelle Eckpunkte. Stuttgart.
- Diakonissenmutterhaus Frankfurt am Main (Hg.) (1963): Lebensordnung für Diakonissen. Frankfurt am Main / Butzbach.
- Diakonissenmutterhaus der Henriettenstiftung (Hg.) (2010): Krankenpflege und religiöse Gemeinschaft. Das Beispiel des Diakonissen-Mutterhauses der Henriettenstiftung in Hannover seit 1944. Hannover.

- Diakonissenmutterhaus der Henriettenstiftung (Hg.) (2010): Als die Schwester noch mit dem Fahrrad kam. Ein Streifzug durch die Geschichte der ambulanten Pflege. Hannover.
- Dibelius, Olivia (2003): Altersrationierung: Gerechtigkeit und Fairness im Gesundheitswesen? Eine Studie zum ethischen Führungshandeln von Pflegemanager/innen in der stationären und teilstationären Altenpflege. In: Dibelius, Olivia / Arndt Marianne (Hg.): Pflegemanagement zwischen Ethik und Ökonomie. Hannover. S. 23-36.
- Dieris, Barbara / Breuer, Franz (2008): Aushandlung familiärer Besitz- und Kümmerverhältnisse zwischen den Generationen. In: Buchen, Sylvia / Maier, Maja S. (Hg.): Älterwerden neu denken. Interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel. Wiesbaden. S. 249-264.
- Di Maggio, P.J. / Powell, W.W. (1991): The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. In: Powell W.W. / Di Maggio P.J. (Hg.): The new institutionalism in organizational analysis. Chicago. S. 62-82.
- Dittmer, Lothar (2013): Die Bürgergesellschaft stärken. Engagement und Beteiligung als Herausforderung für die Arbeit von Stiftungen. In: Haas, Hanns-Stephan / Verstl, Jörg (Hg.): Stiftungen bewegen. Ein Perspektivenwechsel zur Gestaltung des Sozialen. Stuttgart. S. 65-86.
- Doekmann, Andreas (1998): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 4. Auflage. Reinbek bei Hamburg.
- Doppler Klaus / Lauterburg, Christoph (2008): Change Management. Den Unternehmenswandel gestalten. 12. Auflage. Frankfurt / Main.
- Doppler, Klaus / Voigt, Bert (2012): Feel the change! Wie erfolgreiche Change Manager Emotionen steuern. Frankfurt / Main.
- Dörner, Klaus (1996): Kieselsteine. Ausgewählte Schriften. Gütersloh.
- Dörner, Klaus (2007): Leben und sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. 3. Auflage. Neumünster.
- Dörner, Klaus (2012): Helfensbedürftig. Heimfrei ins Dienstleistungsjahrhundert. 2. Auflage. Neumünster.

- Dowding, Dawn (2003): Entscheidungsfindung in der pflegerischen Praxis. In: Dibelius, Olivia / Arndt, Marianne (Hg.). Pflegemanagement zwischen Ethik und Ökonomie. Hannover. S.82-94.
- Drach, Horst / Josten, Ute / Köhl, Georg (Hg.) (2011): Diakonische Gemeindeentwicklung. Praktische Erfahrungen und theoretische Reflexionen. Berlin.
- Drucker, Peter F. (1989): Neue Realitäten. Wertewandel in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft. Düsseldorf / Wien / New York.
- Duden, Barbara (2010): Mit Kopf und Sinnen, mit Händen und Verstand. Ein Versuch zur Bedeutsamkeit der Pflegenden im modernen Medizinsystem. In: Kreutzer, Susanne (Hg.): Transformationen pflegerischen Handelns. Göttingen. S. 19-32.
- EAFa - Ev. Arbeitsgemeinschaft für Altenarbeit in der EKD (Hg.) (2009): Alter als Chance für Re-Sozialisierung. Wie wollen wir leben? Hannover.
- EAFa - Ev. Arbeitsgemeinschaft für Altenarbeit in der EKD (Hg.) (2011): Solidarisch oder gerecht? Gesundheitschancen und Gesundheitspolitik in der alternden Gesellschaft. Hannover.
- EAFa – Ev. Arbeitsgemeinschaft für Altenarbeit in der EKD (Hg.) (2004): Potenziale des Alters. Chance für Kirche und Gesellschaft. Statements & Beiträge des Symposiums vom 15. März 2004. Hannover.
- Ebertz, Michael N. / Hunstig, Hans-Georg (Hg.) (2008): Hinaus ins Weite. Gehversuche einer milieusensiblen Kirche. 2. Auflage. Würzburg.
- Edtbauer, Richard / Köhler-Offierski, Alexa (2008): Evangelisch - Diakonisch. Evangelische Hochschulperspektiven. Band 4. Freiburg.
- Ehlers, Corinna (2011): Pflegiothek: Care und Case Management in der Pflege für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Berlin.
- Endres, Egon / Thiess, Michael (2012): Corporate Citizenship. Neue Formen der Vernetzung zwischen Unternehmen und Gemeinwohlorganisationen. In: Rosenkranz, Doris / Weber, Angelika (Hg.): Freiwilligenarbeit. Einführung in das Management von Ehrenamtlichen in der Sozialen Arbeit. 2. Auflage. Weinheim und Basel. S. 169-182.
- Erhardt, Martin / Hoffmann, Lothar/ Roos, Horst (2014): Altenarbeit weiterdenken. Theorien – Konzepte – Praxis. Stuttgart.

- Erhardt, Martin (2014): Strukturwandel des Alters und neues Altersbild. In: Erhardt, Martin / Hoffmann, Lothar / Roos, Horst: Altenarbeit weiterdenken. Theorien – Konzepte – Praxis. Stuttgart. S. 22-25.
- Erikson, Erik H. (1966): Einsicht und Verantwortung. Stuttgart.
- Eurich, Johannes (2012): Hybride Organisationsformen und multiple Identitäten im Dritten Sektor. Zum organisationalen Wandel der Dienstleistungserbringung und der Steuerungsform in diakonischen Einrichtungen. In: Schmidt, Heinz / Hildemann, Klaus D. (Hg.): Nächstenliebe und Organisation. Zur Zukunft einer polyhybriden Organisation in zivilgesellschaftlicher Perspektive. Leipzig. S. 43-60.
- Eurich, Johannes (2007): Diakonische Spiritualität. In: Herrmann, Volker (Hg.): Diakonische Existenz im Wandel. „Hephata – öffne dich“. DWI-INFO Nr. 39. Heidelberg. S. 294-306.
- Eurodiaconia (Hg.) (2005): Sein und Handeln. Diakonie und die Kirchen. Brüssel.
- Ev. Bildungswerk Nordrhein e.V. (Hg.) (2007): Evangelisches Zentrum für Innovative Seniorenarbeit. Düsseldorf.
- Evers, Adalbert / Schulz, Andreas / Wiesner, Claudia (2004): Netzwerkanalyse und dialogische Begleitung. Untersuchungszeitraum 2002-2004. Schlussbericht. HEGISS Materialien. Begleitforschung 4. Frankfurt.
- Ev. Missionswerk in Deutschland (Hg.) (2013): Jung und Alt in Nord und Süd. Die Generationenfrage weltweit im Wandel. Jahrbuch Mission 2013. Hamburg.
- Ewers, Michael / Schaeffer, Doris (Hg.) (2005): Case Management in Theorie und Praxis. 2. ergänzte Auflage. Bern.
- Ewers, Michael (2005): Case Management im Schatten von Managed Care: Sozial- und gesundheitspolitische Grundlagen. In: Ewers, Michael (Hg.): Case Management in Theorie und Praxis. 2. ergänzte Auflage. Bern. S. 29-52.
- Ewers, Michael (2005): Das anglo-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In: Ewers, Michael (Hg.): Case Management in Theorie und Praxis. 2. ergänzte Auflage. Bern. S. 53-90.

- Faix, Tobias / Reimer, Johannes (Hg.) (2012): Die Welt verstehen. Kontextanalyse als Sehhilfe für die Gemeinde. Transformationsstudien. Band 3. Marburg an der Lahn.
- Feil, Naomi / De Klerk-Rubin, Vicki (2013): Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. München.
- Felber, Christian (2012): Gemeinwohlökonomie. Eine demokratische Alternative wächst. Erweiterte Ausgabe. Wien.
- Felder, Stefan (2012): Auswirkungen der älter werdenden Gesellschaft auf das Gesundheitswesen – bleibt es bezahlbar? In: Günster, Christian / Klose, Joachim / Schmacke, Norbert (Hg.): Versorgungs-Report 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Stuttgart. S. 23-32.
- Fichtmüller, Matthias (Hg.) (2013): Interdisziplinäre Beiträge für eine innovative Diakonie. Oberlin-Innovationspreis 2012. Arbeiten der Finalteilnehmer für den Oberlin-Innovationspreis 2012. Potsdam.
- Fiehler, Reinhard / Fitzner, Wolfgang (2012): Bilder des Alters im Sprachgebrauch. In: Berner, Frank / Rossow, Judith / Schwitzer, Klaus-Peter (Hg.): Individuelle und kulturelle Altersbilder. Expertisen zum Sechsten Altenbericht der Bundesregierung. Band 1. Wiesbaden. S. 289-372.
- Fischer, Franz (2001): Ambulante Pflege in der Schweiz. In: Kollak, Ingrid (Hg.): Internationale Modelle häuslicher Pflege. Eine Herausforderung und verschiedene Antworten. Frankfurt am Main. S. 129 – 140.
- Fitschen, Jürgen (2012): Werte und Wertewandel in der Finanzbranche aus Sicht global agierender Banken. In: Hennerkes, Brun-Hagen / Augustin, Georg (Hg.): Wertewandel mitgestalten. Gut handeln in Gesellschaft und Wirtschaft. Freiburg im Breisgau. S. 514-525.
- Fleßa, Steffen / Städtler-Mach, Barbara (2001): Konkurs der Nächstenliebe?. Diakonie zwischen Auftrag und Wirtschaftlichkeit. Göttingen.
- Flick, Uwe (2010): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 3. Auflage. Reinbek bei Hamburg.
- Flick, Uwe / Von Kardoff, Ernst / Steinke, Iris (2008): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 6. Auflage. Reinbek bei Hamburg.
- Frank, Viktor E. (1988): Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn. München.

- Freie Scholle Nachbarschaftshilfe (Hg.) (2005): Nachbarschaftlich wohnen in der Freien Scholle. Soziales Leben in Verein und Genossenschaft. 2. überarbeitete Auflage. Bielefeld.
- Frevel, Bernhard / Dietz, Berthold (2008): Sozialpolitik kompakt. 2. Auflage. Wiesbaden.
- Friebe, Jens (2001): Pflege und Altern in westafrikanischen Ländern – Beispiele aus Senegal. In: Kollak, Ingrid (Hg.): Internationale Modelle häuslicher Pflege. Eine Herausforderung und verschiedene Antworten. Frankfurt am Main. S. 195-204.
- Friedrich, Norbert (2010): Der Kaiserswerther. Wie Theodor Fliedner Frauen einen Beruf gab. Wittenberg.
- Frölich, Michaela / Hedtmann, Barbara (2013): Biografiearbeit mit Glaubensschätzen. Anleitung für kreative Senioren- und Konfirmandenstunden. Göttingen.
- Gastmans, Chris (2003): Der soziale, interprofessionelle und institutionelle Kontext der Pflegepraxis: hemmender Widerstand oder Beschleunigungskraft? In: Dibelius, Olivia / Arndt, Marianne (Hg.): Pflegemanagement zwischen Ethik und Ökonomie. Hannover. S. 95-113.
- Gaudig, Maren / Ruckdäschel, Stepha / Marx, Peter / Mehlig, Hilmar / Grässel, Elmar / Wunder, Sonja / Holle, Rolf / Marnach-Kopp, Barbara / Amelung, Volker E. (2007): IDA – Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin. Ein Public-Private-Partnership-Projekt zur besseren Versorgung Demenzkranker und ihrer Angehörigen. In: Weatherly, John N. / Seiler, Rainer / Meyer-Lutterloh, Klaus / Schmid, Elmar / Lägel, Ralph / Amelung, Volker-Eric (Hg.): Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis. Berlin. S. 101-109.
- Gildemeister, Regine (2008): Was wird aus der Geschlechterdifferenz im Alter? Über die Angleichung von Lebensformen und das Ringen um biografische Kontinuität. In: Buchen, Sylvia / Maier, Maja S. (Hg.): Älterwerden neu denken. Interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel. Wiesbaden. S. 197-218.
- Gillwald, Katrin (2012): Konzepte sozialer Innovation. WZB. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Poo-519. Querschnittsgruppe Arbeit und Ökologie. Berlin.

- Glaser, Uli (2012): Engagementförderung und Freiwilligenmanagement im kommunalen Aufgabenfeld. In: Rosenkranz, Doris / Weber, Angelika (Hg.): Freiwilligenarbeit. Einführung in das Management von Ehrenamtlichen in der Sozialen Arbeit. 2. Auflage. Weinheim und Basel. S. 191-213.
- Gleißner, Werner (2004): Future Value. 12 Module für eine strategische wertorientierte Unternehmensführung. Wiesbaden.
- Gobrecht, Jakob (2009): Zustände und Zuständigkeiten der europäischen Gesundheitspolitik. Die gesundheitspolitische Agenda der Europäischen Union. In: Amelung, Volker Eric / Deimel, Dominik / Reuter, Wolfgang / Van Rooij, Norbert / Weatherly, John N. (Hg.): Managed Care in Europa. Berlin. S. 55-64.
- Görtler, Edmund (2012): Evaluation im Freiwilligenmanagement. In: Rosenkranz, Doris / Weber, Angelika (Hg.): Freiwilligenarbeit. Einführung in das Management von Ehrenamtlichen in der Sozialen Arbeit. 2. Auflage. Weinheim und Basel. S. 116-124.
- Götzelmann, Arnd (2009): Frauendiakonie und Krankenpflege. Im Gespräch mit Diakonissen in Speyer. Heidelberg.
- Götzelmann, Arnd (2010): Kirchliche Gemeinwesenarbeit. In: Herrmann, Volker / Horstmann, Martin (Hg.): Wichern drei – gemeinwesendiakonische Impulse. Neukirchen-Vluyn. S. 31-46.
- Götzelmann, Arnd (2010): Diakonische Seelsorgekonzepte für das Gemeinwesen. In: Herrmann, Volker / Horstmann, Martin (Hg.): Wichern drei – gemeinwesendiakonische Impulse. Neukirchen-Vluyn. S. 191- 210.
- Goodstein, J. D. (1994): Institutional pressures and strategic responsiveness: Employer involvement in work-family issues. In: Academy of Management Journal 37, S. 350-382.
- Gohde, Jürgen (2007): Bildung heißt Verantwortung übernehmen können. In: Herrmann, Volker (Hg.): Diakonische Existenz im Wandel. „Hephata – öffne dich“. DWI-INFO Nr.39. S. 92-98.
- Gohde, Jürgen (2006): Profile diakonisch-sozialer Bildung. In: Adam, Gottfried u.a. (Hg.): Unterwegs zu einer Kultur des Helfens. Handbuch des diakonisch-sozialen Lernens. Stuttgart. S. 33-42.

- Graf, Birgit / Jacobs, Theo / Luz, Jochen / Compagna, Diego / Derpmann, Stefan / Shire, Karen (2012): Einsatz und Pilotierung mobiler Serviceroboter zur Unterstützung von Dienstleistungen in der stationären Altenpflege. In: Shire, Karen A. / Leimeister, Jan Marco (Hg.): Technologiegestützte Dienstleistungsinnovation in der Gesundheitswirtschaft. Wiesbaden. S. 265-288.
- Grao, Antoni Peris / Brugués Brugués, Alba / Aguasca, Tino Marti (2009): CASAP – “New Public Management” in der Primärversorgung. In: Amelung, Volker Eric / Deimel, Dominik / Reuter, Wolfgang / Van Rooij, Norbert / Weatherly, John N. (Hg.): Managed Care in Europa. Berlin. S. 195-204.
- Grebe, Heinrich (2013): Selbstsorge im Angesicht von Verletzlichkeit und Endlichkeit: Facetten einer Lebenskunst des hohen Alters. In: Rentsch, Thomas / Zimmermann, Harm-Peer / Kruse, Andreas (Hg.): Altern in unserer Zeit. Frankfurt am Main. S. 136-162.
- Gronemeyer, Reimer / Heller, Andreas (2014): In Ruhe sterben. Was wir uns wünschen und was die moderne Medizin nicht leisten kann. München.
- Gronemeyer, Reimer (2013): Das 4. Lebensalter. Demenz ist keine Krankheit. München.
- Gross, Norbert (2012): Werte und Wertewandel im Recht. In: Hennerkes, Brunhagen / Augustin, Georg (Hg.): Wertewandel mitgestalten. Gut handeln in Gesellschaft und Wirtschaft. Freiburg im Breisgau. S. 224-233.
- Grünberg, Wolfgang (2010): Körper, Geist und Seele der Stadt. In: Herrmann, Volker / Horstmann, Martin (Hg.): Wichern drei – gemeinwesendiakonische Impulse. Neukirchen-Vluyn. S. 165-176.
- Grundböck, Alice / Krajic, Karl / Stricker, Susanne / Pelikan, Jürgen M. (2005): Case Management in einem Wiener Modellprojekt zur ambulanten Versorgung von Patienten mit komplexem Betreuungsbedarf. In: Ewers, Michael (Hg.): Case Management in Theorie und Praxis. 2. ergänzte Auflage. Bern. S. 217-250.
- Günster, Christian / Klose, Joachim / Schmacke, Norbert (Hg.) (2012): Versorgungs-Report 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Stuttgart.
- Haas, Hanns-Stephan (2010): Kooperation und Koopetition. In: Herrmann, Volker / Horstmann, Martin (Hg.): Wichern drei – gemeinwesendiakonische Impulse. Neukirchen-Vluyn. S. 115-120.

- Haas, Hanns-Stephan (2010): Theologie und Ökonomie. Management-Modelle. Theologisch-ökonomische Grundlegung. Diskurspartnerschaft. Stuttgart.
- Haas, Hanns-Stephan / Verstl, Jörg (2013): Diesseits leerer Kassen. Zu den gesellschaftlichen Herausforderungen des Sozialstaates und der Bedeutung von Stiftungen heute. In: Haas, Hanns-Stephan / Verstl, Jörg (Hg.): Stiftungen bewegen. Ein Perspektivenwechsel zur Gestaltung des Sozialen. Stuttgart. S. 9-33.
- Haas, Hanns-Stephan (2013): Wie leitet man eine Stiftung? Zur Auswirkung der Rechtsform „Stiftung“ auf die Führungsaufgabe. In: Haas, Hanns-Stephan / Verstl, Jörg (Hg.): Stiftungen bewegen. Ein Perspektivenwechsel zur Gestaltung des Sozialen. Stuttgart. S. 9-33.
- Haas, Hanns-Stephan / Verstl, Jörg (2013): Stiftungen bewegen. Ein Perspektivenwechsel zur Gestaltung des Sozialen. Stuttgart.
- Haas, Hanns-Stephan (2012): Von Dienstleistern zu Service-Intermediären. Zur zukünftigen Rolle diakonischer Unternehmen im Sozialraum. In: Schmidt, Heinz / Hildemann, Klaus D. (Hg.): Nächstenliebe und Organisation. Zur Zukunft einer polyhybriden Organisation in zivilgesellschaftlicher Perspektive. Leipzig. S. 257-270.
- Hanisch, Helmut (2006): Diakonisch-soziales Lernen als Impuls zur Persönlichkeitsentwicklung. In: Adam, Gottfried u.a. (Hg.): Unterwegs zu einer Kultur des Helfens. Handbuch des diakonisch-sozialen Lernens. Stuttgart. S. 43-55.
- Hasseler, Martina / Görres, Stefan (2005): Was Pflegebedürftige wirklich brauchen. Zukünftige Herausforderungen an eine bedarfsgerechte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung. Hannover.
- Haubner, Dominik / Nöst, Stefan (2012): Pflegekräfte – die Leerstelle bei der Nutzerintegration von Assistenztechnologien. In: Shire, Karen A. / Leimeister, Jan Marco (Hg.): Technologiegestützte Dienstleistungsinnovation in der Gesundheitswirtschaft. Wiesbaden. S. 3-30.
- Hecke, Torsten / Weatherly, John N. (2007): Neue Technologien sinnvoll nutzen. Telemedizin mit der Techniker Krankenkasse. In: Weatherly, John N. / Seiler, Rainer / Meyer-Lutterloh, Klaus / Schmid, Elmar / Lägell, Ralph / Amelung, Volker-Eric (Hg.): Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis. Berlin. S. 57-64.

- Helfferrich, Cornelia (2008): Alles beim Alten? Wie der demografische Wandel Lebenslaufmuster von morgen und das Alter übermorgen beeinflusst. In: Buchen, Sylvia / Maier, Maja S. (Hg.): Älterwerden neu denken. Interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel. Wiesbaden. S. 31-46.
- Hempelmann, Heinzpeter (2013): Gott im Milieu. Wie Sinusstudien der Kirche helfen können, Menschen zu erreichen. 2. erweiterte Auflage. Gießen.
- Herrmann, Volker / Horstmann, Martin (Hg.) (2010): Wichern drei – Gemeinwesendiakonische Impulse. Neukirchen-Vluyn.
- Herrmann, Volker (2007) (Hg.): Diakonische Existenz im Wandel. „Hephata – öffne dich“. DWI-INFO Nr. 39. Heidelberg.
- Herrmann, Volker / Horstmann, Martin (Hg.) (2006): Studienbuch Diakonik Band 1: Biblische, historische und theologische Zugänge zur Diakonie. Neukirchen-Vluyn.
- Hesse, Helge (2011): Ich habe einen Traum. In 80 Sätzen durch das 20. Jahrhundert. 2. Auflage. München / Zürich.
- Hessisches Ministerium für Wirtschaft, Verkehr und Landesentwicklung (2000): Hessische Gemeinschaftsinitiative „Soziale Stadt“ – HEGISS. Wiesbaden.
- Hevia, Marià Josè (2004): Spanien: Nicht ohne die Familie. In: Bartels, Andreas / Jenrich, Holger (Hg.): Alt werden in Europa. Entwicklungen in der europäischen Altenhilfe. Frankfurt am Main. S.131-136.
- Hillgruber, Christian (2012): Wert – Rechtswert – Verfassungswert. In: Hennerkes, Brun-Hagen / Augustin, Georg (Hg.): Wertewandel mitgestalten. Gut handeln in Gesellschaft und Wirtschaft. Freiburg im Breisgau. S. 214-223.
- HOCHTIEF Construction AG / Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe / Ev. Verband für Altenarbeit RWL / Ev. Erwachsenenbildungswerk Nordrhein e.V. (Hg.) (2011): Einfach entwerfen. Wohnviertel für die Zukunft. Düsseldorf / Essen.
- Höffe, Ottfried (2013): In Würde altern. In: Rentsch, Thomas / Zimmermann, Harm-Peer / Kruse, Andreas (Hg.): Altern in unserer Zeit. Frankfurt am Main. S. 10-26.

Höhmann, Ulrike / Müller-Mundt, Gabriele / Schulz, Brigitte (1998): Qualität durch Kooperation. Gesundheitsdienste in der Vernetzung. Frankfurt am Main.

Höhndorf, Annika (2002): Gesundheitssystem und Gesundheitspolitik in England. In: Studentische Online-Zeitschrift für Pflege und Gesundheit an der HAW-Hamburg. PuG-Journal. Nr. 2. Dezember 2002.

Höll, Rainer / Oldenburg, Felix (2011): Wie überwinden wir Hürden für soziale Problemlöser und Social Entrepreneurship in Deutschland? Ashoka Deutschland. München.

Hoffmann, Sarah G. (2013): Vier Engagementstile. In: Reifenhäuser, Carola / Reifenhäuser, Oliver (Hg.): Praxishandbuch Freiwilligenmanagement. Weinheim und Basel. S.116-120.

Hofmann, Martin/ Lenz, Hans Friedrich/ Schäfer, Paul Gerhard /Flechsenhaar, Günther/ Sames, Ernst (Hg.) (1983): Dokumentation zum Kirchenkampf in Hessen und Nassau, Band 4. Darmstadt.

Horstmann, Martin / Neuhausen, Elke (2010): Mutig mittendrin. Gemeinwesen-
diakonie in Deutschland. Münster.

Horstmann, Martin (2011): Das Diakonische entdecken. Didaktische Zugänge zur Diakonie. Heidelberg.

Huber, Berthold (2012): Werte in der Arbeitswelt. In: Hennerkes, Brun-Hagen / Augustin, Georg: Wertewandel mitgestalten. Gut handeln in Gesellschaft und Wirtschaft. Freiburg im Breisgau. S.456-466.

Huber, Wolfgang / Friedrich, Johannes / Steinacker, Peter (Hg.) (2006): Kirche in der Vielfalt der Lebensbezüge. Die vierte EKD-Erhebung über Kirchenmitgliedschaft. Gütersloh.

Hülsken-Giesler, Manfred (2010): Modernisierungsparadoxien der beruflichen Pflege im 21. Jahrhundert. In: Kreuzer, Susanne (Hg.): Transformationen pflegerischen Handelns. Göttingen. S. 155-174.

Illich, Ivan (1995): Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens. 4. Auflage. München.

Jackson, Tim (2013): Wohlstand ohne Wachstum. Leben und wirtschaften in einer endlichen Welt. Überarbeitete Neuauflage. München.

- Jaeckel, Roger (2009): Gesundheitssystemvergleich – Auf dem Weg zu einem europapolitischen Best-Practice-Ansatz. In: Amelung, Volker Eric / Deimel, Dominik / Reuter, Wolfgang / Van Rooij, Norbert / Weatherly, John N. (Hg.): Managed Care in Europa. Berlin. S. 31-54.
- Josuks, Hannelore (2008): Primary Nursing: Ein Konzept für die ambulante Pflege. Ein Leitfaden zur Implementierung eines neuen Pflegesystems. 2. Auflage. Hannover.
- Juchli, Liliane (1985): Alt werden – alt sein. Ein ABC für die Begleitung und Betreuung Betagter. 2. Auflage. Basel.
- Juchli, Liliane (1986): Heilen durch Wiederentdecken der Ganzheit. 2. Auflage. Stuttgart.
- Juchli, Liliane (1991): Krankenpflege. 6. Auflage. Stuttgart.
- Juchli, Liliane (1997): Pflege. Stuttgart.
- Juchli, Liliane (1992): Sein und Handeln. Ein ABC für Schwestern und Pfleger. 5. Auflage. Basel.
- Jüllig, Carola / Röper, Ursula (Hg.) (1998): Die Macht der Nächstenliebe. Einhundertfünfzig Jahre Innere Mission und Diakonie 1848-1998. Stuttgart.
- Juffernbruch, Klaus (2009): Schottland erprobt die Zukunft der medizinischen Telekonsultation. In: Amelung, Volker Eric / Deimel, Dominik / Reuter, Wolfgang / Van Rooij, Norbert / Weatherly, John N. (Hg.): Managed Care in Europa. Berlin. S. 231-234.
- Kämmer, Karla (Hg.) (2008): Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen. Hannover.
- Kahlert, Heike (2008): Die Bedeutung der Hochschulen in der alternden Gesellschaft. In: Buchen, Sylvia / Maier, Maja S. (Hg.): Älterwerden neu denken. Interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel. Wiesbaden. S. 63-74.

- Kalfhues, Adolf Johannes / Hübschen, Michael / Lührke, Enrico / Nummer, Gerhard / Perszewski, Heike / Schulze, Jan-Erc / Stevens, Torsten (2012): JUTTA – JusT-in-Time Assistance: Betreuung und Pflege nach Bedarf. In: Shire, Karen A. / Leimeister, Jan Marco (Hg.): Technologiegestützte Dienstleistungsinnovation in der Gesundheitswirtschaft. Wiesbaden. S. 325-346.
- Kamm, Johannes (2008): Rechtssicherheit durch eine Unterschrift? In: Kämmer, Karla: Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen. Hannover. S.164-170.
- Kasper, Lisa / Olschewsky, Christin (2012): Soziale Dienstleistungen unter dem Dach von AAL, Independent Living und Vernetztem Wohnen – Reflexion eines Pilotvorhabens. In: Shire, Karen A. / Leimeister, Jan Marco (Hg.): Technologiegestützte Dienstleistungsinnovation in der Gesundheitswirtschaft. Wiesbaden. S. 311-324.
- Kasper, Walter Kardinal (2012): Die geistigen Grundlagen Europas. In: Hennerkes, Brun-Hagen / Augustin, Georg: Wertewandel mitgestalten. Gut handeln in Gesellschaft und Wirtschaft. Freiburg im Breisgau. S. 17-28.
- Katscher, Liselotte (1989): Geschichte der Krankenpflege. Ein Leitfaden für den Unterricht an Krankenpflegesschulen. Berlin.
- Kegel, Thomas (2012): Perspektive strategischen Managements. In: Rosenkranz, Doris / Weber, Angelika (Hg.): Freiwilligenarbeit. Einführung in das Management von Ehrenamtlichen in der Sozialen Arbeit. 2. Auflage. Weinheim und Basel. S. 67-77.
- Kennedy, Margrit / Lietaer, Bernard A. (2004): Regionalwährungen. Neue Wege zu nachhaltigem Wohlstand. 4. Auflage. München.
- Keßler, Hildrun (2012): Gemeindepädagogische Berufstätigkeit zwischen Sozialarbeit und Pfarramt. In: Bubmann, Peter / Doyé, Götz / Keßler, Hildrun / Oesselmann, Dirk / Piroth, Nicole / Steinhäuser (Hg.): Gemeindepädagogik. Berlin / Boston. S. 265-294.
- Kieser, Alfred (Hg.) (1999): Organisationstheorien. 3. Auflage. Stuttgart.
- Kirchenamt der Ev. Kirche in Deutschland (Hg.) (2009): Im Alter neu werden können. Evangelische Perspektiven für Individuum, Gesellschaft und Kirche. Gütersloh.

- Klemann, Ansgar (2007): Management sektorübergreifender Kooperationen. Implikationen und Gestaltungsempfehlungen für erfolgreiche Kooperationen in der Schnittstelle von Akutversorgung und medizinischer Rehabilitation. Stuttgart.
- Klenk, Dominik (2013): Wie Gefährten leben. Eine Grammatik der Gemeinschaft. Die OJC Kommunität mit Dominik Klenk. Basel.
- Koch, Andreas (2011): Wertewandel. Nur Schlagwort? Oder Innovationskraft des 21. Jahrhunderts? Bremen.
- Köbler, Felix / Koene, Philip / Horsonek, Agnieszka / Esch, Sebastian / Leimeister, Jan Marco / Krcmar, Helmut (2012): „Bring dich ein!“ – Generationsübergreifende Vermittlung von Dienstleistungen auf einem virtuellen sozialen Marktplatz. In: Shire, Karen A. / Leimeister, Jan Marco (Hg.): Technologiestützte Dienstleistungsinnovation in der Gesundheitswirtschaft. Wiesbaden. S. 215-240.
- König, Jutta (2011): Dokumentationswahnsinn in der Pflege – es geht auch anders. Hannover.
- Köser, Silke (2006): Denn eine Diakonisse darf kein Alltagsmensch sein. Kollektive Identitäten Kaiserswerther Diakonissen 1836-1914. Leipzig.
- Kösters, Winfried (2006): Weniger, bunter, älter. Wie der demografische Wandel Deutschland verändert – den Weg zur Multiminoritätengesellschaft aktiv gestalten. München.
- Kofahl, Christopher / Dahl, Katharina / Döhner, Hanneli (2004): Vernetzte Versorgung für ältere Menschen in Deutschland. Band 8. Münster.
- Kofahl, Christopher / Döhner, Hanneli (1997): Kooperation in der Primärversorgung. In: Organisationsgruppe studentische Fachtagung Bremen (Hg.): PflegekultTour 2001. Impulse und Perspektiven. Fünftes Jahrbuch der studentischen Fachtagung Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Frankfurt am Main. S. 107-131.
- Kollak, Ingrid (Hg.) (2001): Internationale Modelle häuslicher Pflege. Eine Herausforderung und verschiedene Antworten. Frankfurt am Main.
- Kollak, Ingrid / Pillen, Angelika (Hg.) (1998): Pflegeausbildung im Gespräch. Ein internationaler Vergleich. Frankfurt am Main.

- Kommission der Europäischen Gemeinschaft (2005): Grünbuch: "Angesichts des demografischen Wandels – eine neue Solidarität zwischen den Generationen". Brüssel.
- Kornblum, John C. (2012): Die Rolle der Werte in einer globalisierten Welt. In: Hennerkes, Brun-Hagen / Augustin, Georg: Wertewandel mitgestalten. Gut handeln in Gesellschaft und Wirtschaft. Freiburg im Breisgau. S. 100-106.
- Kottnik, Klaus-Dieter K. (2010): Soziale Stadt- und Gemeindeentwicklung in Partnerschaft von Kirche und Kommune. In: Herrmann, Volker / Horstmann, Martin (Hg.): Wichern drei – gemeinwesendiakonische Impulse. Neukirchen-Vluyn. S. 229-234.
- Kottnik, Klaus-Dieter K. / Hauschildt, Eberhardt (Hg.) (2008): Diakoniefibel. Grundwissen für alle, die mit Diakonie zu tun haben. Gütersloh.
- Krell, Wolfgang (2012): Freiwilligen-Agenturen – Entwicklungsagenturen für bürgerschaftliches Engagement. In: Rosenkranz, Doris / Weber, Angelika (Hg.): Freiwilligenarbeit. Einführung in das Management von Ehrenamtlichen in der Sozialen Arbeit. 2. Auflage. Weinheim und Basel. S. 78-89.
- Kreutzer, Susanne (2005): Vom Liebesdienst zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945. Frankfurt am Main.
- Kreutzer, Susanne (Hg.) (2010): Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert. Osnabrück.
- Kreutzer, Susanne (2010): Fragmentierung der Pflege. Umbrüche pflegerischen Handelns in den 1960er Jahren. In: Kreutzer, Susanne (Hg.): Transformationen pflegerischen Handelns. Osnabrück. S. 109-132.
- Kricheldorf, Cornelia (2008): Neue Wohnformen und gemeinschaftliches Wohnen im Alter. In: Buchen, Sylvia / Maier, Maja S. (Hg.): Älterwerden neu denken. Interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel. Wiesbaden. S. 237-248.
- Krüger, Helga (1997): Korsettstangen und besetzte Stühle. Wege aus den Sackgassen der Pflege. In: Organisationsgruppe studentische Fachtagung Bremen (Hg.): PflegekultTour 2001. Impulse und Perspektiven. Fünftes Jahrbuch der studentischen Fachtagung Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Frankfurt am Main. S. 175-193.

- Kruse, Andreas / Wahl, Hans-Werner (2010): Zukunft Altern. Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen. Heidelberg.
- Kruse, Andreas (2013): Alternde Gesellschaft - eine Bedrohung?. Ein Gegenentwurf von Andreas Kruse. Aus der Reihe Soziale Arbeit kontrovers. Band 2. Ettenheim.
- Küng, Hans (2010): Anständig wirtschaften. Warum Ökonomie Moral braucht. München.
- Küstermann, Burkhard (2012): Bürgerstiftungen und Ehrenamt. In: Rosenkranz, Doris / Weber, Angelika (Hg.): Freiwilligenarbeit. Einführung in das Management von Ehrenamtlichen in der Sozialen Arbeit. 2. Auflage. Weinheim und Basel. S. 158-168.
- Kunze, Karl / Wolff, Karl (1989): Grundwissen Geschichte. 5. Auflage. Stuttgart.
- Kuratorium Deutsche Altenhilfe (2010): Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung. Kurzfassung der Ergebnisse aus der „Werkstatt Pflegestützpunkte“. Köln.
- Lachenmann, Hanna u.a. (Hg.) (1995): Getrost und freudig. Festschrift – 125 Jahre Frankfurter Diakonissenhaus 1870-1995. Frankfurt am Main.
- Lägel, Ralph / Möws, Volker (2007): „Psychiatrisch-Psychotherapeutisches Netzwerk“ – ein Projekt der TK MVP. In: Weatherly, John N. / Seiler, Rainer / Meyer-Lutterloh, Klaus / Schmid, Elmar / Lägel, Ralph / Amelung, Volker-Eric (Hg.): Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis. Berlin. S. 111-116.
- Lägel, Ralph / Medenbach, Jürgen (2007): „Rund-um-Versorgung aus einer Hand“ – ein Projekt der TK Nordrhein-Westfalen. In: Weatherly, John N. / Seiler, Rainer / Meyer-Lutterloh, Klaus / Schmid, Elmar / Lägel, Ralph / Amelung, Volker-Eric (Hg.): Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis. Berlin. S. 117-121.
- Lang, Eva / Wintergerst, Theresia (2011): Am Puls des langen Lebens. Soziale Innovationen für die alternde Gesellschaft. München.
- Lay, Reinhard (2008): Ethik in Pflege und Begleitung. In: Kämmer, Karla: Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen. Hannover. S. 79-96.

- Leimeister, Jan Marco / Peters, Christoph (2012): Gesellschaftlich notwendige Dienstleistungen – soziale Innovationen denken lernen. Arbeitspapier im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn.
- Levett, Dawn / Bartels, Andreas (2001): Die Pflege älterer Menschen in England. Eine Perspektive aus Kent. In: Kollak, Ingrid (Hg.): Internationale Modelle häuslicher Pflege. Eine Herausforderung und verschiedene Antworten. Frankfurt am Main. S. 121-128.
- Levett, Dawn (2004): England: Die Fehler der Vergangenheit. In: Bartels, Andreas / Jenrich, Holger (Hg.): Alt werden in Europa. Entwicklungen in der europäischen Altenhilfe. Frankfurt am Main. S. 31-36.
- Lie, Thomas / Stascheit, Ulrich (Hg.) (2008): Gesetze für Pflegeberufe – Gesetze –Verordnungen - Richtlinien. 2008/2009. Frankfurt am Main.
- Limbeck, Brigitte (2012): Mit den Freiwilligenmanagern der Seniorenarbeit im Gespräch. Gruppendiskussionen als professionelle Methode im Freiwilligenmanagement. In: Rosenkranz, Doris / Weber, Angelika (Hg.): Freiwilligenarbeit. Einführung in das Management von Ehrenamtlichen in der Sozialen Arbeit. 2. Auflage. Weinheim und Basel. S. 226-236.
- Löcherbach, Peter / Klug, Wolfgang / Remmel-Faßbender, Ruth / Wendt, Wolf Rainer (Hg.) (2009): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. 4. Auflage. München.
- Lucassen, Mary (2001): Niederlande: Holland in Not? In: Bartels, Andreas / Jenrich, Holger (Hg.): Alt werden in Europa. Entwicklungen in der europäischen Altenhilfe. Frankfurt am Main. S. 81-87.
- Lübbe, Hermann (2012): Werte – ihr Begriff, ihr Wandel und ihr moralistischer Missbrauch. In: Hennerkes, Brun-Hagen / Augustin, Georg: Wertewandel mitgestalten. Gut handeln in Gesellschaft und Wirtschaft. Freiburg im Breisgau. S. 29-39.
- Lück, Wolfgang (2006): Die Zukunft der Kirche. Evangelische Gemeinden im 21. Jahrhundert. Darmstadt.
- Luhmann, Niklas (1975): Macht. 3. Auflage. Stuttgart.
- Luhmann, Niklas (1984): Soziale Systeme. Frankfurt am Main.
- Luhmann, Niklas (2000): Organisation und Entscheidung. Frankfurt am Main.

- Lutherbibel erklärt (1987): Die heilige Schrift in der Übersetzung Martin Luthers mit Erläuterungen für die bibellesende Gemeinde. Bibeltext in der revidierten Fassung von 1984. Stuttgart.
- Maier, Maja S. (2008): Familien, Freundschaften, Netzwerke. Zur Zukunft persönlicher Unterstützungsbeziehungen. In: Buchen, Sylvia / Maier, Maja S. (Hg.): Älterwerden neu denken. Interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel. Wiesbaden. S. 219-236.
- Manderscheid, Hejo (2010): Solidaritätsstiftende Arrangements. In: Herrmann, Volker / Horstmann, Martin (Hg.): Wichern drei – gemeinwesendiakonische Impulse. Neukirchen-Vluyn. S. 59-65.
- Mann, Golo (2011). Deutsche Geschichte des 19. und 20. Jahrhunderts. 13. Auflage. Frankfurt.
- Manzeschke, Arne (2010): Transformation der Pflege. Ethische Aspekte eines subtilen und zugleich offenkundigen Wandels. In: Kreuzer, Susanne (Hg.): Transformationen pflegerischen Handelns. Osnabrück. S. 175-194.
- Maurer, Ute / Vorländer, Karin und Wolfgang (Hg.) (2013): Die Frucht der Jahre. Spiritualität im Älterwerden. Gerlingen.
- Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel.
- Menche, Nicole / Bazlen, Ulrike / Kommerell, Tilmann (Hg.) (2001): Pflege heute. Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe. 2. Auflage. München / Jena.
- Mennemann, Hugo (2006): Case Management auf der Systemebene – Aufbau von Netzwerken. In: Case Management, 1/2006; *Economica*, S. 12-17.
- Meyer, J. W. / Rowan, B. (1977): Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. In: *American Journal of Sociology* 83. S. 340-363.
- Michell-Auli / Sowinski, Christine (2012): Die 5. Generation: KDA Quartiershäuser. Ansätze zur Neuausrichtung von Alten- und Pflegeheimen. Köln.
- Möller, Ute / Hesselbarth, Ulrike (1994): Die geschichtliche Entwicklung der Krankenpflege. Hintergründe, Analysen, Perspektiven. Hagen.
- Morton, Ian (2002): Personenzentrierte Ansätze in der Betreuung von Menschen mit Demenz. Stuttgart.

- Müller, Hans-Adolf / Vössing, Christiane / Amelung, Volker E. (2007): Das Verbundsystem Knappschaft. In: Weatherly, John N. / Seiler, Rainer / Meyer-Lutterloh, Klaus / Schmid, Elmar / Lägell, Ralph / Amelung, Volker-Eric (Hg.): Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis. Berlin. S. 131-138.
- Nachtmann, Ralf (2012). Freiwilligenmanagement und Qualitätssicherung. In: Rosenkranz, Doris / Weber, Angelika (Hg.): Freiwilligenarbeit. Einführung in das Management von Ehrenamtlichen in der Sozialen Arbeit. 2. Auflage. Weinheim und Basel. S. 107-115.
- Noller, Annette (2008): Diakonie und Bildung. In: Kottnik, Klaus-Dieter K. / Hauschildt, Eberhardt (Hg.): Diakoniefibel. Grundwissen für alle, die mit Diakonie zu tun haben. Gütersloh. S. 37-41.
- Nordstokke, Kjell / Schlagenhaft, Frederick (Hg.) (2009): Dem ganzen Menschen dienen. Praxis und Verständnis von Diakonie in der lutherischen Gemeinschaft. Dokumentation 54 / 2009. Genf.
- Oelschlägel, Christian (Hg.) (2010): Diakonische Einblicke. DWI-Jahrbuch. Bd. 41. Heidelberg.
- Oliver, Adam (2009): Entwicklungslinien des staatlichen Gesundheitsdienstes in England. In: Amelung, Volker Eric / Deimel, Dominik / Reuter, Wolfgang / Van Rooij, Norbert / Weatherly, John N. (Hg.): Managed Care in Europa. Berlin. S. 151-164.
- Opielka, Michael (2008): Sozialpolitik. Grundlagen und vergleichende Perspektiven. 2. Auflage. Reinbek bei Hamburg.
- Organisationsgruppe studentische Fachtagung Bremen (Hg.) (1997): PflegekultTour 2001. Impulse und Perspektiven. Fünftes Jahrbuch der studentischen Fachtagung Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Frankfurt am Main.
- Otten, Dieter (2008): Die 50+ Studie. Wie die jungen Alten die Gesellschaft revolutionieren. Reinbek bei Hamburg.
- Overbeck, A./ Sauer, P. / Wissert, M. (1997): Wieviel Beratungszeit ist notwendig? Untersuchung zu Beratungszeitprofilen beim Case Management in Berlin. Häusliche Pflege. In: Löcherbach, Peter / Klug, Wolfgang / Remmel-Faßbender, Ruth / Wendt, Wolf Rainer (Hg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. 4. Auflage. München. S. 224-225.

- Panke-Kochinke, Birgit (2001): Die Geschichte der Krankenpflege (1679-2000). Ein Quellenbuch. Frankfurt am Main.
- Petersen, Monika Hoeck (2000): Dänemark: Neue Ideen aus Kopenhagen. In: Bartels, Andreas / Jenrich, Holger (Hg.): Alt werden in Europa. Entwicklungen in der europäischen Altenhilfe. Frankfurt am Main. S. 20-25.
- Pleticha, Heinrich (Hg.) (1993): Deutsche Geschichte. Band 10. Bismarck-Reich und Wilhelminische Zeit 1871-1918. Gütersloh.
- Pleticha, Heinrich (Hg.) (1993): Deutsche Geschichte. Band 11. Republik und Diktatur 1918-1945. Gütersloh.
- Pleticha, Heinrich (Hg.) (1993): Deutsche Geschichte. Band 12. Teilung und Wiedervereinigung 1945 bis heute. Gütersloh.
- Powell, W.W. / Di Maggio, P.J. (Hg.): The new institutionalism in organizational analysis. Chicago.
- Preissing, Sigrun (2009): Tauschen – Schenken – Geld? Ökonomische und gesellschaftliche Gegenentwürfe. Berlin.
- Prilla, Michael / Frerichs, Alexandra / Rascher, Ingolf / Herrmann, Thomas (2012): Partizipative Prozessgestaltung von AAL-Dienstleistungen: Erfahrungen aus dem Projekt service4home. In: Shire, Karen A. / Leimeister, Jan Marco (Hg.): Technologiegestützte Dienstleistungsinnovation in der Gesundheitswirtschaft. Wiesbaden. S. 159-186.
- Prüfer, Agnes (1997): Vom Liebesdienst zur Profession? Krankenpflege als weiblicher Beruf 1918-1933. Hagen.
- Putnam, R.D. (2001): Gesellschaft und Gemeinsinn. Sozialkapital im internationalen Vergleich. Gütersloh.
- Quilling, Eike / Nicolini, Hans J. / Graf, Christine / Starke, Dagmar (2013): Praxiswissen Netzwerkarbeit. Gemeinnützige Netzwerke erfolgreich gestalten. Wiesbaden.
- Rat der EKD (2006): Kirche der Freiheit. Perspektiven für die evangelische Kirche im 21. Jahrhundert. Berlin.

- Regenet, Erika (2012): Management von Ehrenamtlichen – Management durch Ehrenamtliche: Konfliktpotenziale und erfolgreiches Konfliktmanagement. In: Rosenkranz, Doris / Weber, Angelika (Hg.): Freiwilligenarbeit. Einführung in das Management von Ehrenamtlichen in der Sozialen Arbeit. 2. Auflage. Weinheim und Basel. S. 125-140.
- Reifenhäuser, Carola / Reifenhäuser, Oliver (Hg.) (2013): Praxishandbuch Freiwilligenmanagement. Weinheim und Basel.
- Reinprecht, Thomas (2010): Kooperation zwischen sozialen Nonprofit- und Profit-Organisationen. Gestaltungsansatz zum Management einer interorganisationalen Zusammenarbeit. Saarbrücken.
- Remmers, Hartmut (2010): Transformationen pflegerischen Handelns. Entwurf einer theoretischen Erklärungsskizze. In: Kreutzer, Susanne (Hg.): Transformationen pflegerischen Handelns. Göttingen. S. 33-66.
- Rentsch, Thomas / Zimmermann, Harm-Peer / Kruse, Andreas (Hg.) (2013): Altern in unserer Zeit. Frankfurt am Main.
- Reuter, Wolfgang / Zippan, Norma (2009): Das spanische Gesundheitssystem im Überblick. In: Amelung, Volker Eric / Deimel, Dominik / Reuter, Wolfgang / Van Rooij, Norbert / Weatherly, John N. (Hg.): Managed Care in Europa. Berlin. S. 183-194.
- Roebke, Thomas (2012): Freiwilligenmanagement zwischen Engagementpolitik und Praxis vor Ort. In: Rosenkranz, Doris / Weber, Angelika (Hg.): Freiwilligenarbeit. Einführung in das Management von Ehrenamtlichen in der Sozialen Arbeit. 2. Auflage. Weinheim und Basel. S. 15-26.
- Rohr, Richard (2012): Reifes Leben. Eine spirituelle Reise. Freiburg / Basel / Wien.
- Rosenkranz, Doris / Weber, Angelika (Hg.) (2012): Freiwilligenarbeit. Einführung in das Management von Ehrenamtlichen in der Sozialen Arbeit. 2. Auflage. Weinheim und Basel.
- Rosenkranz, Doris / Weber, Angelika (2012): Freiwilligenarbeit in der Sozialen Arbeit zwischen Tradition, „Homöopathie“ und Zukunftsaufgabe. In: Rosenkranz, Doris / Weber, Angelika (Hg.): Freiwilligenarbeit. Einführung in das Management von Ehrenamtlichen in der Sozialen Arbeit. 2. Auflage. Weinheim und Basel. S. 11-14.

- Rosenkranz, Doris / Görtler, Edmund (2012): Woher kommen künftig die Freiwilligen? Die Notwendigkeit einer gezielten Engagementplanung in der Wohlfahrtspflege. In: Rosenkranz, Doris / Weber, Angelika (Hg.): Freiwilligenarbeit. Einführung in das Management von Ehrenamtlichen in der Sozialen Arbeit. 2. Auflage. Weinheim und Basel. S. 46-56.
- Rossow, Judith (2012): Einführung individuelle und kulturelle Altersbilder. In: Berner, Frank / Rossow, Judith / Schwitzer, Klaus-Peter (Hg.): Individuelle und kulturelle Altersbilder. Expertisen zum Sechsten Altenbericht der Bundesregierung. Band 1. Wiesbaden. S. 9-26.
- Rottenhofer, Ingrid / Wild, Monika (2002): Österreich: Jenseits von Wien. In: Bartels, Andreas / Jenrich, Holger (Hg.): Alt werden in Europa. Entwicklungen in der europäischen Altenhilfe. Frankfurt am Main. S. 93-99.
- Ruddat, Günter / Schäfer, Gerhard K. (Hg.) (2005): Diakonisches Kompendium. Göttingen.
- Ruddat, Günter (2005): Diakonische Spiritualität. In: Ruddat, Günter / Schäfer, Gerhard K. (Hg.): Diakonisches Kompendium. Göttingen. S. 407-420.
- Rudloff, Bernd / Hilse, Thomas / Kottmeier, Andreas (2007): Über Marken kommunizieren – die goMedus-Zentren der DKV. In: Weatherly, John N. / Seiler, Rainer / Meyer-Lutterloh, Klaus / Schmid, Elmar / Lägel, Ralph / Amelung, Volker-Eric (Hg.): Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis. Berlin. S. 247-253.
- Sander-Gaiser, Martin (2006): Diakonisches Lernen als Tätigkeit und Partizipation. In: Adam, Gottfried u.a. (Hg.): Unterwegs zu einer Kultur des Helfens. Handbuch des diakonisch-sozialen Lernens. Stuttgart. S. 235-259.
- Sairanen, Raija (2000): Finnland: Willkommen in GeroCity. In: Bartels, Andreas / Jenrich, Holger (Hg.): Alt werden in Europa. Entwicklungen in der europäischen Altenhilfe. Frankfurt am Main. S. 43-48.
- Schaaf-Derichs, Carola (2013): Anerkennungskultur anpassen. In: Reifenhäuser, Carola / Reifenhäuser, Oliver (Hg.): Praxishandbuch Freiwilligenmanagement. Weinheim und Basel. S. 64-66.
- Schader Stiftung und Stiftung trias (Hg.) (2008): Raus aus der Nische – rein in den Markt! Ein Plädoyer für das Produkt „gemeinschaftliches Wohnen“. Darmstadt.

- Schaeffer, Doris / Kuhlmeier, Adelheid (2012): Neue Modelle für die pflegerische Versorgung alter Menschen – Herausforderungen in der ambulanten Pflege. In: Günster, Christian / Klose, Joachim / Schmacke, Norbert (Hg.): Versorgungs-Report 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Stuttgart. S. 177-192.
- Schell, Werner (1999): Kurzgefasste Medizin- und Krankenpflegegeschichte. 2. Auflage. Hagen.
- Schließmann, Rosemarie (2013): Projekte der Generation 55 plus als diakonische Bildungsimpulse – eine Antwort auf die Herausforderungen des demografischen Wandels? In: Fichtmüller, Matthias (Hg.): Interdisziplinäre Beiträge für eine innovative Diakonie. Oberlin-Innovationspreis 2012. Arbeiten der Finalteilnehmer. Potsdam. S. 117-170.
- Schmacke, Norbert (2012): Alter und Krankheit: eine Frage neuer Versorgungsformen, nicht nur für alte Menschen. In: Günster, Christian / Klose, Joachim / Schmacke, Norbert (Hg.): Versorgungs-Report 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Stuttgart. S. 33-50.
- Schmid, Andreas / Dörfler, Isabel / Dany, Fabian / Böppele, Oliver (2012): Analyse der Akzeptanzkriterien für mobile Anwendungen im Bereich Gesundheit in der Zielgruppe 50+. In: Shire, Karen A. / Leimeister, Jan Marco (Hg.): Technologiegestützte Dienstleistungsinnovation in der Gesundheitswirtschaft. Wiesbaden. S. 57-84.
- Schmid, Elmar (2007): Die GMZ GmbH und der Patient-Partner-Verbund. In: Weatherly, John N. / Seiler, Rainer / Meyer-Lutterloh, Klaus / Schmid, Elmar / Lägell, Ralph / Amelung, Volker-Eric (Hg.): Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis. Berlin. S. 173-187.
- Schmid, Elmar / Wambach, Veit (2007): Das Praxisnetz Nürnberg Nord e.V. und die Qualität und Effizienz – QuE eG. In: Weatherly, John N. / Seiler, Rainer / Meyer-Lutterloh, Klaus / Schmid, Elmar / Lägell, Ralph / Amelung, Volker-Eric (Hg.): Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis. Berlin. S. 209-221.
- Schmidt, Guido (2008): Migration und Alter. Eine essayistische Skizze zur italienischen „Gastarbeiter“-Generation. In: Buchen, Sylvia / Maier, Maja S. (Hg.): Älterwerden neu denken. Interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel. Wiesbaden. S. 275-286.

- Schmidt, Heinz / Hildemann, Klaus D. (Hg.) (2012): Nächstenliebe und Organisation. Zur Zukunft einer polyhybriden Organisation in zivilgesellschaftlicher Perspektive. Leipzig.
- Schmidt, Heinz (2007): Diakonische Bildung als Konstruktion von Wissen und Werten. Didaktische Anregungen aus konstruktivistischer Sicht. In Herrmann, Volker (Hg.): Diakonische Existenz im Wandel. „Hephata – öffne dich“. DWI INFO Nr. 39. Heidelberg. S. 111-122.
- Schmidt, Heinz (2005): Diakonisches Lernen – diakonische Bildung. In: Ruddat, Günter / Schäfer, Gerhard K. (Hg.): Diakonisches Kompendium. Göttingen. S. 421-438.
- Schmidt-Hertha, Bernhard / Mühlbauer, Catharina (2012): Lebensbedingungen, Lebensstile und Altersbilder älterer Erwachsener. In: Berner, Frank / Rossow, Judith / Schwitzer, Klaus-Peter (Hg.): Individuelle und kulturelle Altersbilder. Expertisen zum Sechsten Altenbericht der Bundesregierung. Band 1. Wiesbaden. S. 109-154.
- Schneider, Nikolaus (2012): Von der Zweitrangigkeit aller Werte. In: Hennerkes, Brun-Hagen / Augustin, Georg: Wertewandel mitgestalten. Gut handeln in Gesellschaft und Wirtschaft. Freiburg im Breisgau. S. 149-158.
- Schneider-Flume, Gunda (2008): Alter – Schicksal oder Gnade? Göttingen.
- Schubert, H. / Spiekermann, H. (2009): Arbeitshilfen zur Entwicklung und Steuerung von Netzwerken früher Förderung. Köln.
- Schulz, Claudia / Hauschildt, Eberhard / Kohler, Eike (2010): Milieus praktisch II. Konkretionen für helfendes Handeln in Kirche und Diakonie. Göttingen.
- Schwegler, Daniela / Bosshard-Kälin, Susann (2011): Unter der Haube. Diakonissen erzählen aus ihrem Leben. Frauenfeld. Schweiz
- Seidler, Eduard / Leven, Karl-Heinz (2003): Geschichte der Medizin und Krankenpflege. 7. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart.
- Seiler, Rainer (2007): Die Schwarzwaldformel – das Modell „Gesundes Kinzigtal“. In: Weatherly, John N. / Seiler, Rainer / Meyer-Lutterloh, Klaus / Schmid, Elmar / Lägell, Ralph / Amelung, Volker-Eric (Hg.): Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis. Berlin. S. 139-149.

- Seiler, Rainer (2007): Den Strukturwandel gestalten – die Gesundheitszentren des AlbDonau-Kreises. In: Weatherly, John N. / Seiler, Rainer / Meyer-Lutterloh, Klaus / Schmid, Elmar / Lägel, Ralph / Amelung, Volker-Eric (Hg.): Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis. Berlin. S. 255-267.
- Shell Deutschland Holding (Hg.) (2006): Shell Jugendstudie 2006. Frankfurt am Main.
- Shire, Karen A. / Leimeister, Jan Marco (Hg.) (2012): Technologiegestützte Dienstleistungsinnovation in der Gesundheitswirtschaft. Wiesbaden.
- Shire, Karen A. / Leimeister, Jan Marco (2012): Gesundheit, Dienstleistungen und Technologie. In: Shire, Karen A. / Leimeister, Jan Marco (Hg.): Technologiegestützte Dienstleistungsinnovation in der Gesundheitswirtschaft. Wiesbaden. S. 13-29.
- Sieck, Jörg-Rüdiger (2008): Wohnen im Alter. Zeitgemäße Alternativen für einen neuen Lebensabschnitt. Hannover.
- Siersch, Erika / Kämmer, Karla (2008): Prozesssteuerung mit der Risikopotenzialanalyse. In: Kämmer, Karla (Hg.): Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen. Hannover. S. 148-163.
- Simon, Fritz. B. (2011): Einführung in die systemische Organisationstheorie. 3. Auflage. Heidelberg.
- Simon, Klaus (2014): Zwickmühle Kapitalismus. Auswüchse und Auswege. Marburg.
- Simon, Michael (2010): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 3. Auflage. Bern.
- Sinus Sociovision (2008): Lebenswelten 50 plus in Deutschland. Auswertungen für die Universität Osnabrück. Heidelberg.
- Sirsch, Erika (2008): Pflegeprozessplanung – worauf es ankommt. In: Kämmer, Karla: Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen. Hannover. S. 137-147.
- Sirsch, Erika (2008): Entbürokratisierte Pflegedokumentation aus pflegerischer Sicht. In: Kämmer, Karla: Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen. Hannover. S. 158-163.

- Slotala, Lukas (2010): Gute Pflege trotz Ökonomisierung? Ambulante Pflegedienste im Spannungsfeld zwischen wirtschaftlichen Zielvorgaben und Versorgungsbedarf. In: Kreuzer, Susanne (Hg.): Transformationen pflegerischen Handelns. Göttingen. S. 195-214.
- Sossau, René (2008): Altenhilfe. In Kottnik, Klaus-Dieter K. / Hauschildt, Eberhardt (Hg.): Diakoniefibel. Grundwissen für alle, die mit Diakonie zu tun haben. Gütersloh. S. 109-113.
- Stascheit, Ulrich (Hg.) (2008): Gesetze für Sozialberufe. Die Gesetzessammlung für Studium und Praxis. Frankfurt am Main.
- Steffensky, Fulbert (2006): Schwarzbrot-Spiritualität. Stuttgart.
- Stein, Anne-Dore (2010): Community Living und Gemeinwesen – gemeinsame Perspektive. In: Herrmann, Volker / Horstmann, Martin (Hg.): Wichern drei – gemeinwesendiakonische Impulse. Neukirchen-Vluyn. S. 211-228.
- Steinkamp, Hermann (2007): Compassion als diakonische Basiskompetenz. In: Herrmann, Volker (Hg.): Diakonische Existenz im Wandel. „Hephata – öffne dich“. DWI-INFO Nr. 39. Heidelberg. S. 99-110.
- Steppe, Hilde (Hg.) (1989): Krankenpflege im Nationalsozialismus. 5. Auflage. Frankfurt.
- Steppe, Hilde (Hg.) (1993): Krankenpflege im Nationalsozialismus. 7. Auflage. Frankfurt.
- Sticker, Anna (1989): Theodor und Friederike Fliedner. Wuppertal und Zürich.
- Sticker, Anna (1977): Agnes Karll – die Reformerin der deutschen Krankenpflege. Wuppertal.
- Stöcker, Jens (2009): Kulturwissenschaftliche Methoden zum Projekt „Diakonissen Speyer“. In: Götzelmann, Arnd: Frauendiakonie und Krankenpflege. Im Gespräch mit Diakonissen in Speyer. Heidelberg.
- Stollberg, Gunnar (2010): Sozialer Wandel in der Krankenversorgung seit dem 19. Jahrhundert. In: Kreuzer, Susanne (Hg.): Transformationen pflegerischen Handelns. Osnabrück. S. 67-86.
- Straub, Dietmar / Kuhnecke, Frank / Kirchmann, Torsten (2013): Change Management: Das Zugvogelprinzip. Notwendige Veränderungen erkennen und gemeinsam umsetzen. München.

- Streit, Elke / Hauer, Jan (2001): Die ambulante Pflege alter Menschen in den Niederlanden. In: Kollak, Ingrid (Hg.): Internationale Modelle häuslicher Pflege. Eine Herausforderung und verschiedene Antworten. Frankfurt am Main. S. 95-108.
- Strohm, Theodor (2010): „Wichern drei“ – auf dem Weg zu einer neuen Kultur des Sozialen. In: Herrmann, Volker / Horstmann, Martin (Hg.): Wichern drei – gemeinwesendiakonische Impulse. Neukirchen-Vluyn. S. 17-24.
- Teller, Matthias / Longmuß, Jörg (2007): Netzwerkmoderation. Netzwerke zum Erfolg führen. Bobingen.
- Theile, Gudrun / Junius-Walker, Ulrike / Hummers-Pradier, Eva (2012): Einsatz des STEP-Assessments zur systematischen Krankheitserfassung und –bewertung älterer Menschen in Hausarztpraxen. In: Günster, Christian / Klose, Joachim / Schmacke, Norbert (Hg.): Versorgungs-Report 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Stuttgart. S. 193-205.
- Thiekötter, Andrea (Hg.) (2008): Alltag in der Pflege. Wie machten Pflegenden sich bemerkbar? Beiträge des 8. internationalen Kongresses zur Geschichte der Pflege. Frankfurt am Main.
- Thies, Reinhard (2010): Sozialarbeit und Stadtplanung auf Augenhöhe. In: Herrmann, Volker / Horstmann, Martin (Hg.): Wichern drei – gemeinwesendiakonische Impulse. Neukirchen-Vluyn. S. 82-90.
- Tolar, Marianne (2010): Computer und Pflege. Eine widersprüchliche Beziehung. In: Kreuzer, Susanne (Hg.): Transformationen pflegerischen Handelns. Göttingen. S. 215-230.
- Unschuld, Paul U. (2009): Ware Gesundheit. Das Ende der klassischen Medizin. Nördlingen.
- Van Breemen, Piet (2006): Alt werden als geistlicher Weg. 4. Auflage. Würzburg.
- Van der Kooij, Cora (2010): Das mütterliche Pflege- und Betreuungsmodell. Darstellung und Dokumentation. Bern.
- Van Rooij, Norbert (2009): Das niederländische Gesundheitswesen im Überblick. In: Amelung, Volker Eric / Deimel, Dominik / Reuter, Wolfgang / Van Rooij, Norbert / Weatherly, John N. (Hg.): Managed Care in Europa. Berlin. S. 99-120.

- Verstl, Jörg (2013): Kooperation von Stiftungen. In: Haas, Hanns-Stephan / Verstl, Jörg (Hg.): Stiftungen bewegen. Ein Perspektivenwechsel zur Gestaltung des Sozialen. Stuttgart. S. 187-209.
- Völkel, Ingrid / Ehmann, Marlies (2000): Spezielle Pflegeplanung in der Altenpflege. Qualitätssicherung bei der stationären und ambulanten Pflege. 2. Auflage. München und Jena.
- Voigt, Wilfried (2004): Deutschland: Pflegefall Altenpflege. In: Bartels, Andreas / Jenrich, Holger (Hg.): Alt werden in Europa. Entwicklungen in der europäischen Altenhilfe. Frankfurt am Main. S. 26-30.
- Von Kroge, Margitta / Lipka, Karen: Ganz oder garnix? Gedanken zur Ganzheitlichkeit der Pflege. In: Organisationsgruppe studentische Fachtagung Bremen (Hg.): PflegekultTour 2001. Impulse und Perspektiven. Fünftes Jahrbuch der studentischen Fachtagung Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Frankfurt am Main. S. 153-161.
- Von Metzler, Friedrich (2012): Die Verantwortung des Unternehmers in der Bürgergesellschaft. In: Hennerkes, Brun-Hagen / Augustin, Georg: Wertewandel mitgestalten. Gut handeln in Gesellschaft und Wirtschaft. Freiburg im Breisgau. S. 309-321.
- Vorländer, Wolfgang (2013): Die zweite Hälfte des Lebensbogens. Hinweisschilder auf dem Weg zu innerer Geräumigkeit. In: Maurer, Ute / Vorländer, Karin und Wolfgang (Hg.): Die Frucht der Jahre. Spiritualität im Älterwerden. Gerlingen. S. 11-31.
- Voss, Hanswerner / Amelung, Volker E. (2007): Capitation umsetzen – UGOM Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte. In: Weatherly, John N. / Seiler, Rainer / Meyer-Lutterloh, Klaus / Schmid, Elmar / Lägell, Ralph / Amelung, Volker-Eric (Hg.): Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis. Berlin. S. 151-162.
- Waldhausen, Anna (2013): Auswertung der Konferenz „Neue Spielräume oder neue Beschränkungen? Soziale Innovation und Anbieter von sozialen Dienstleistungen in Europa.“ BBE-Newsletter 3/2013. Berlin.
- Walgenbach, Peter (1999): Institutionalistische Ansätze in der Organisationstheorie. In: Kieser, Alfred (Hg.) Organisationstheorien. 3. Auflage. Stuttgart. S. 319-353.

- Weatherly, John N. (2009): Das englische Gesundheitssystem im Überblick. In: Amelung, Volker Eric / Deimel, Dominik / Reuter, Wolfgang / Van Rooij, Norbert / Weatherly, John N. (Hg.): Managed Care in Europa. Berlin. S. 143-150.
- Weatherly, John N. / Seiler, Rainer / Meyer-Lutterloh, Klaus / Schmid, Elmar / Lägel, Ralph / Amelung, Volker-Eric (Hg.) (2007): Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis. Berlin.
- Weidenfeld, Werner (2012): Europäische Selbstverständigung und Integration. In: Hennerkes, Brun-Hagen / Augustin, Georg: Wertewandel mitgestalten. Gut handeln in Gesellschaft und Wirtschaft. Freiburg im Breisgau. S. 72-81.
- Wendt, Wolf Rainer (2009): Case Management. Stand und Positionen in der Bundesrepublik. In: Löcherbach, Peter / Klug, Wolfgang / Rimmel-Faßbender, Ruth / Wendt, Wolf Rainer (Hg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. 4. Auflage. München. S. 14-39.
- Wiesenbauer, Ludwig (2009): Wir schaffen das! Veränderungen erfolgreich in Gang setzen. Weinheim und Basel.
- Wieteck, Pia (Hg.) (2012): Handbuch 2012 für PKMS und PPR-A4. Kodierrichtlinien und praktische Anwendung des OPS 9-20 hochaufwendige Pflege von Patienten. Kassel.
- Willim, Bud A. (2012): Die Praxis des Corporate Volunteering. In: Rosenkranz, Doris / Weber, Angelika (Hg.): Freiwilligenarbeit. Einführung in das Management von Ehrenamtlichen in der Sozialen Arbeit. 2. Auflage. Weinheim und Basel. S. 182-190.
- Winker, Gabriele (2008): Neoliberale Regulierung von Care Work und deren demografische Mystifikationen. In: Buchen, Sylvia / Maier, Maja S. (Hg.): Älterwerden neu denken. Interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel. Wiesbaden. S. 47-62.
- Wissert, Michael (2009): Case Management mit alten pflegebedürftigen Menschen. Lehren aus einem Modellversuch. In: Löcherbach, Peter / Klug, Wolfgang / Rimmel-Faßbender, Ruth / Wendt, Wolf Rainer (Hg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. 4. Auflage. München. S. 208-225.

- Wolff, Horst-Peter (Hg.) (2002): Studien zur deutschsprachigen Geschichte der Pflege. Frankfurt am Main.
- Wolff, Horst-Peter / Wolff, Jutta (2002): Zur Geschichte der Krankenpflegeausbildung in der DDR von 1945-1989. In: Wolff, Horst-Peter (Hg.): Studien zur deutschsprachigen Geschichte der Pflege. Frankfurt am Main. S. 223-273.
- Wounters, Gerlinde (2012): Warum es im Bürgerschaftlichen Engagement ohne Netzwerkarbeit nicht geht. Praxis Netzwerkarbeit am Beispiel München. In: Rosenkranz, Doris / Weber, Angelika (Hg.): Freiwilligenarbeit. Einführung in das Management von Ehrenamtlichen in der Sozialen Arbeit. 2. Auflage. Weinheim und Basel. S. 214-225.
- Wurm, Susanne / Huxhold, Oliver (2012): Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung von Altersbildern. In: Berner, Frank / Rossow, Judith / Schwitzer, Klaus-Peter (Hg.): Individuelle und kulturelle Altersbilder. Expertisen zum Sechsten Altenbericht der Bundesregierung. Band 1. Wiesbaden. S. 27-70.
- Zander, Karen (2005): Case Management, klinische Pfade und CareMaps: Stand der Entwicklung und Diskussion in den USA. In: Ewers, Michael (Hg.): Case Management in Theorie und Praxis. 2. ergänzte Auflage. Bern. S. 91-116.
- Zander, Karen (2005): Case Management und Ergebnisorientierung: Auswirkungen auf die US-amerikanische Pflege. In: Ewers, Michael (Hg.): Case Management in Theorie und Praxis. 2. ergänzte Auflage. Bern. S. 179-194.
- Zimmermann, Peter / Von Leoprechting, Gunther / Amelung, Volker E. (2007): MQMH – vom Ärztenetzwerk mit Krankenhaus zu einem regionalen Vollversorger. In: Weatherly, John N. / Seiler, Rainer / Meyer-Lutterloh, Klaus / Schmid, Elmar / Lägell, Ralph / Amelung, Volker-Eric (Hg.): Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis. Berlin. S. 163-171.
- Zimmermann, Harm-Peer (2013): Alters-Coolness – Gefasstheit und Fähigkeit zur Distanzierung. In: Rentsch, Thomas / Zimmermann, Harm-Peer / Kruse, Andreas (Hg.): Altern in unserer Zeit. Frankfurt am Main. S. 101-124.

Zippert, Thomas (2010): Gemeinwesenarbeit – Arbeit im „Milieu“? Zum Verhältnis von Gemeinwesenarbeit und Milieutheorie. In: Herrmann, Volker / Horstmann, Martin (Hg.): Wichern drei – gemeinwesendiakonische Impulse. Neukirchen-Vluyn. S. 177-190.

Zitt, Renate (2008): Diakonische Spiritualität. In: Kottnik, Klaus-Dieter / Hauschildt, Eberhardt (Hg.): Diakoniefibel. Grundwissen für alle, die mit Diakonie zu tun haben. Gütersloh. S. 169-173.

Zitt, Renate (2008): „Gibt es einen diakonischen Bildungsbegriff?“ oder: „Was ist diakonische Bildung?“ In: Edtbauer, Richard / Köhler-Offierski, Alexa: Evangelisch - Diakonisch. Evangelische Hochschulperspektiven. Band 4. Freiburg. S.129-142.

Zeitschriften

Angebote und Aktivitäten der Schwesternschaft und der Ev. Diakonissenanstalt 2013. Ev. Diakonissenanstalt Stuttgart.

Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa: Newsletter Ausgabe 1/2012. Berlin.

Bildung und Besinnung - Jahresprogramm 2013 des Ev. Diakonissenmutterhauses Bremen.

Blätter aus dem Diakonissenhaus. Archiv-Ausgaben 1914-1917. Frankfurt /Main.

Blätter aus dem Mutterhaus. Archiv- Ausgaben 1950-2014. Frankfurt am Main

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2012): Stellungnahme des deutschen Vereins zum Vorschlag für eine Verordnung über ein Programm der Europäischen Union für sozialen Wandel und soziale Innovation. DV 9/12. Berlin.

Epd-Dokumentation 49/2010. Frankfurt am Main.

Europäischer Rat von Lissabon (2000): Schlussfolgerungen des Vorsitzes, SN 100/00. Lissabon.

„Feierabend.“ Wohnen und Leben in christlicher Gemeinschaft im Ev. Diakonissenmutterhaus Bremen.

Informationen zur politischen Bildung, 1991, 123 / 126 / 127: Der Nationalsozialismus. München.

Jahresberichte aus dem Diakonissenmutterhaus. Archiv-Ausgaben 1950-1980. Frankfurt am Main

NDV-Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. 9/2008. Berlin.

PuG-Journal. Studentische Online-Zeitschrift für Pflege und Gesundheit an der HAW-Hamburg. In: www.rzbd.haw.hamburg.de/fsroet/fsrpug/ Nr.2. Dezember 2002.

Selbstverständnis: Diakonie-Schwesternschaft Bremen 2011. Bremen.

Veronika. Fachblatt des Verbandes katholischer weltlicher Krankenschwestern und Pflegerinnen e.V. Jg. 2-18. Berlin 1918-1934.

Wetzlarer Neue Zeitung. Ausgabe vom 12.9.2013.

Internetquellen:

<http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/LERNEN/Modelllernen.shtml> (Abruf 10.10.10)

http://www.velkd.de/downloads/Das_Beten.pdf (Abruf 8.10.10)

<http://www.fdk.info/unternehmen-kooperationen/frankfurter-diakoniekliniken/historie.html> (Abruf 6.8.11)

<http://www.geroweb.de/krankenpflege/geschichte-der-pflege.html> (Abruf 2.9.11)

<http://www.i-study.de/f4/Transkribieren.pdf> (Abruf 25.10.11)

<http://www.istavea.de> (Abruf 9.8.11)

[http://www.axa-pflegewelt.de/pb/site/pflegewelt/node/236616\(Lde/erste-schritte-in-pflegefall.html](http://www.axa-pflegewelt.de/pb/site/pflegewelt/node/236616(Lde/erste-schritte-in-pflegefall.html) (Abruf 8.8.11)

http://www.schader-stiftung.de/wohn_wandel/997.php (Abruf 10.8.11)

<http://www.fdk.info/unternehmen-kooperationen/agaplesion/agaplesion-.html> (Abruf 26.9.11)

<http://www.hegiss.de/ziele-des-programms> (Abruf 26.9.11)

http://www.ekkw.de/akademie.hofgeismar/publ/Vortraege/Neu%20ab%202010/10049_Kirche-findet-stadt/Haas-Kirchengemeinden%20und%20diakonische%20Unternehmen%20....pdf
(Abruf 6.8.11)

http://www.univie.ac.at/igl.geschichte/kaller-dietrich/WS%2006-07/MEXEX_06/061102Durchf%FCChrung%20von%20Interviews.pdf
(Abruf 14.2.12)

www.ohs.org.uk (Abruf 14.2.12)

http://www.unimuenster.de/imperia/md/content/geographie_methodenseminar/qualitativemethoden/auswertung_interviews_kurzfassung.pdf (Abruf 15.2.12)

http://www.kaiserswerther-diakonie.de/die_kaiserswerther_diakonie/Geschichte.html (Abruf 9.7.12)

http://www.helmholtz-bi.de/projekte/religion/Nationalsozialismus/html/die_bekennende_kirche.HTM (Abruf 1.9.12)

www.diakonisse.de/index.php/kirchengemeinde/gemeindekonzeption (Abruf 18.8.12)

www.kloster-ingenbohl.ch/orte/liliane.html (Abruf 1.12.12)

www.pflegeportal.ch/pflegeportal/persoenlichkeiten_in_der_Pflege.php (Abruf 1.12.12)

www.mutzumhandeln.de/downloads/heimgesetz-betreuungskraefte.pdf (Abruf 5.12.12)

<http://www.iwkoeln.de/de/presse/pressemitteilungen/beitrag/102500> (Abruf 2.2.2013)

<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/gesetze,did=3268.html> (Abruf 8.3.13)

<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/altpflg/gesamt.pdf> (Abruf 9.3.13)

<https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/pabis.pdf> (Abruf 9.3.13)

<http://www.bpb.de/apuz/28920/die-agenda-2010-eine-wirtschaftspolitische-bilanz?p=all> (Abruf 15.3.13)

http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.79926.de/08-11-1.pdf
(Abruf 15.3.13)

<http://www.imew.de/index.php?id=170> (Abruf 10.5.13)

<http://www.diakonissen-krankenhaus.de/UEber-uns.2215.0.html> (Abruf 15.5.13)

http://www.diakonissen-krankenhaus.de/fileadmin/agaplesion/UNTERNEHMEN_D/DOWNLOADS_UNTERNEHMEN_D/RZ_AGA_Broschuere_Small_X3_16-01-2013.pdf.pdf (Abruf 15.5.13)

<http://www.fdk.info/> (Abruf 15.5.13)

http://www.agaplesiongag.com/fileadmin/agaplesion/UNTERNEHMEN_D/DOWNLOADS_UNTERNEHMEN_D/RZ_AGA_Broschuere_Small_X3_16-01-2013.pdf.pdf (Abruf 15.5.13)

<http://www.sinus-institut.de> (Abruf 6.6.13)

<http://geoinfo.ekhn.de/ekhn1> (Abruf 6.6.13)

<http://www.reformiert-info.de> (Abruf 6.6.13)

<http://www.oegkv.at/uploads/media/oblatunji.pdf> (Abruf 9.7.13)

http://www.sozialerfortschritt.de/wp-content/uploads/2009/05/Schulte_09_05_06.pdf (Abruf 4.9.13)

<http://www.tagesspiegel.de/wirtschaft/fachkraeftemangel-abwanderung-gruende-fuers-gehen/1896788.html> (Abruf 4.9.13)

<http://www.handelsblatt.com/politik/international/staatsschulden-spanien-rutscht-immer-tiefer-in-die-krise/6493488.html> (Abruf 21.9.13)

<http://www.beobachtungsstele-gesellschaftspolitik.de/soziale-innovatione.html>
(Abruf 7.10.13)

<http://www.germany.ashoka.org/sechs-ansaezte-zur-verbretung-sozialer-innovation-deutschland.org> (Abruf 17.10.13)

<http://www.wip-online.orgpublic/47a8a983d283.pdf> (Abruf 21.10.13)

<http://www.martin-riedlingen.de/senioren/seniorenhomepage.html> (Abruf 25.11.13)

[http://science.apa.at/rubrik/kultur und Gesellschaft/komplementaere Waehrungen Graswurzelerrevolution erobert Terrain](http://science.apa.at/rubrik/kultur%20und%20Gesellschaft/komplementaere%20Waehrungen%20Graswurzelerrevolution%20erobert%20Terrain) (Abruf 8.11.13)

<http://www.gemeinwesen-diakonie.de> (Abruf 18.1.14)

<http://diakonisch.wordpress.com/dossiers/dossier-gemeinwesen/> (Abruf 18.1.14)

<http://kirche-findet-stadt.de> (Abruf 18.1.14)

<http://www.tk.de/tk/138704> (Abruf 18.1.14)

<http://www.gesetzlicheKrankenkassen.de> (Abruf 18.1.14)

http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/dokumente/integrierte-versorgung/iv-rahmenkonzept-demenz-nervenarzt.pdf (Abruf 28.1.14)

<http://klinikallianz-plus.de/k2/fka/Home> (Abruf 29.1.14)

http://www.agaplesion.de/fileadmin/agaplesion/download/2014-01-07_AGAPLESION_Wissen_final.pdf (Abruf 26.1.14)

<http://www.loah.net> (Abruf 29.1.)

<http://www.Patienten.de> (Abruf 29.1.14)

<http://www.sozialnetz.de> (Abruf 29.1.14)

<http://www.medical-network-hessen.de/> (Abruf 30.1.14)

<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (Abruf 8.7.14)

<http://news.wohnen-im-alter.de/2014/04/erstes-demenzdorf-deutschlands-hameln-eroeffnet/> (Abruf 19.7.14)

http://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/Positionen/2014/BAGSO_Positionspapier_Wohnen_im_Alter_072014.pdf (Abruf 23.7.14)

http://www.prodos-verlag.de/pdf/personzentrierung_kitwood_0070.pdf (Abruf 27.8.14)

http://pflegen-online.de/download/artikel_prell.pdf (Abruf 27.8.14)

www.integra.at/files/integra%201998_Erwin_Boehm.pdf (Abruf 27.8.14)

<http://www.alzheimer-forschung.de/alzheimer-krankheit/index.htm> (Abruf 3.9.14)

<http://www.duden.de/rechtschreibung/Lebenswelt> (Abruf 15.9.14)

http://www.sinus-institut.de/uploads/tx_mpdownloadcenter/sm_EXP.pdf (Abruf 16.9.14)

http://www.pflege-shv.de/uploads/pflege-shv/Buch-Artikelempfehlungen/Roboter-in-der-pflege_Artikel_AvS_072011.pdf (Abruf 26.9.14)

<http://www.aal-deutschland.de> (Abruf 26.9.14)

<http://www.service4home.net> (Abruf 26.9.14)

<http://www.care-o-bot.de> (Abruf 26.9.14)

<http://www.sunacare.de/pflegekraefte-aus-spanien/> (Abruf 8.11.14)

<http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72575/verbaende-und-koerperschaften?p=all> (Abruf 11.11.14)

<http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/grundprinzipien/aufgaben-und-organisation-der-gkv.html> (Abruf 11.11.14)

http://www.pflegebudget.de/presse/32_f_w.pdf (Abruf 11.11.14)

<http://www.ich-pflege-weil.de/melitta-keller.html> (Abruf 12.11.14)

http://www.sozialministerium-bw.de/fm7/1442/Wissensmag02_1102_fin.522993.pdf (Abruf 18.11.14)

<http://diakonisch.wordpress.com/2011/04/04/fureai-kippu/> (Abruf 18.11.14)

<http://marktplatzdergenerationen.de> (Abruf 3.12.14)

<http://www.ekh-deutschland.de/startseite/> (Abruf 6.12.14)

<http://www.duden.de/rechtschreibung/Setting> (Abruf 19.12.14)

www.integrative-validation.de (Abruf 17.1.15)

http://www.apotheken-umschau.de/Alzheimer/Die-Integrative-Validation-nach-Nicole-Richard-125901_2.html (Abruf 17.1.15)

http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegestaerkungsgesetz/Pflegeleistungen_nach_Einfuehrung_des_Pflegestaerkungsgesetz_1.pdf
(Abruf 26.1.15)

<http://www.berliner-zeitung.de/wirtschaft/fuenf-statt-drei-was-die-neuen-pflegestufen-bedeuten,10808230,26846476.html> (Abruf 26.1.15)

<http://www.wohnen-im-alter.de/seniorenratgeber-pflegefall-pflegegrade.html>
(Abruf 26.1.15)

<http://www.wohnen-im-alter.de/seniorenratgeber-pflegefall-pflegeneuausrichtungsgesetz.html> (Abruf 27.1.15)

<http://www.innere-mission-ffm.de/angebote/einrichtungen/> (Abruf 16.2.15)

http://www.oralhistory.ch/web/images/inhalte/Dossier_OralHistory.pdf (Abruf 19.2.15)

<http://www.hoepflinger.com/fhtop/ViertesLebensalter.pdf> (Abruf 24.2.15)

http://www.kda.de/tl_files/werkstatt_pflegestuetzpunkte/PDF%20Dateien/2010-PSP-Abschlussbericht_Kurzfassung.pdf (Abruf 2.3.15)

[https://www.fhsg.ch/fhs.nsf/files/fbge_Pr%C3%A4sentationen_Anlass%20Berufsberatung/\\$FILE/Pr%C3%A4sentation_Gemeinsamkeiten_Unterschiede_HF_FH_6.%20Mai.pdf](https://www.fhsg.ch/fhs.nsf/files/fbge_Pr%C3%A4sentationen_Anlass%20Berufsberatung/$FILE/Pr%C3%A4sentation_Gemeinsamkeiten_Unterschiede_HF_FH_6.%20Mai.pdf) (Abruf 25.8.15)

<http://www.curaviva.ch/Bildung/CURAVIVA-Berufsbildung/Arbeitsplatz-Heim/Laufbahnen/Pflegeassistentinnen-und-Pflegeassistenten-SRK/Pvj7T/?sesURLcheck=true> (Abruf 25.8.15)

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Architektur der Arbeit	S. 6.
Abb. 2	„Strategische Reaktionen auf institutionalisierte Erwartungen“	S. 9.
Abb. 3	Innen-Außen-Verortung von Organisationseinheiten	S. 13.
Abb. 4	Reentry	S. 13.
Abb. 5	Faktoren als Handlungskette	S. 21.
Abb. 6	Reentry Diakonissenhaus	S. 21.
Abb. 7	Organisationsstruktur Diakonissenhaus von 1870-1914	S. 23.
Abb. 8	Organisationsstruktur Schwesternschaft	S. 23.
Abb. 9	Ausbildungsgänge	S. 23.
Abb. 10	Organisationsstruktur Ausbildung	S. 24.
Abb. 11	Organisationsstruktur Krankenhaus	S. 24.
Abb. 12	Organisationsstruktur Alterssiedenheim	S. 24.
Abb. 13	Organisationsstruktur Gemeindekrankenpflege	S. 24.
Abb. 14	Pflegerische Arbeitszweige des Diakonissenhauses im 1. Weltkrieg	S. 36.
Abb. 15	Vorherrschende Problemfelder in der Weimarer Republik	S. 36.
Abb. 16	Erdulden der Vorschriften im Dritten Reich	S. 37.
Abb. 17	Trotzen gegen politische Vereinnahmung im Dritten Reich	S. 37.
Abb. 18	Aufbau zwischen 1950-1965	S. 49.
Abb. 19	Rückbau zwischen 1965-1980	S. 50.
Abb. 20	Anzahl der Diakonissen zwischen 1950-1980	S. 50.
Abb. 21	Verkauf von Gebäuden des Frankfurter Diakonissenhauses	S. 65.
Abb. 22	Altenpflege im neuen Nellinistift – in Betriebsträgerschaft des Ev. Vereins für Innere Mission	S. 66.
Abb. 23	Diakonissenkrankenhaus – in Betriebsträgerschaft von Agaplesion gAG	S. 66.
Abb. 24	Arbeitszweige des Frankfurter Diakonissenhauses	S. 66.
Abb. 25	Anzahl der Diakonissen von 1980-2010	S. 66.
Abb. 26	Öffentlichkeitsarbeit des Frankfurter Diakonissenhauses	S. 67.
Abb. 27	Nachbarschaft des Frankfurter Diakonissenhauses	S. 67.
Abb. 28	Entwicklung des Frankfurter Diakonissenhauses von 1870-1914	S. 71.
Abb. 29	Entwicklung des Frankfurter Diakonissenhauses von 1915-1945	S. 72.
Abb. 30	Entwicklung des Frankfurter Diakonissenhauses von 1945-1980	S. 73.
Abb. 31	Entwicklung des Frankfurter Diakonissenhauses von 1980-2012	S. 74.
Abb. 32	Verhältnis von Glaubens-, Lebens- und Dienstgemeinschaft	S. 76.

Abb. 33	<p>Auswertungen „Ambulante Pflege Hufelandhaus / Frankfurter Diakonissenhaus“:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Geschlecht 2. Alter 3. Arbeitsjahre in der Pflege 4. Konfessionszugehörigkeit 5. Zugehörigkeitsgefühl zur Kirche 6. Pfl egetätigkeiten, die im Vordergrund stehen 7. Tätigkeiten, die am meisten Zeit beanspruchen 8. Tätigkeiten, für die mehr Zeit nötig wäre 9. Kontakt zu anderen Einrichtungen und Organisationen 10. Initiative für Kontakte 11. Wichtige Werte in der Arbeit 12. Resonanz auf die Pflege von Seiten der Pflegebedürftigen 13. Rückhalt für die Arbeit 14. Unterstützung in der Arbeit 15. Bilder und Wünsche für die Pflege 16. Wichtigkeit von ehrenamtlichem Engagement 	<p>S. 98. S. 98. S. 98. S. 99. S. 99. S. 99. S. 100. S. 100. S. 100. S. 101. S. 101. S. 101. S. 102. S. 102. S. 102. S. 103.</p>
Abb. 34	<p>Auswertungen Pflegeheim Nellinistift:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Geschlecht 2. Alter 3. Arbeitsjahre in der Pflege 4. Konfessionszugehörigkeit 5. Zugehörigkeitsgefühl zur Kirche 6. Pfl egetätigkeiten, die im Vordergrund stehen 7. Tätigkeiten, die am meisten Zeit beanspruchen 7b. Zusammenfassung 8. Tätigkeiten, für die mehr Zeit nötig wäre 8b. Zusammenfassung 9. Kontakt zu anderen Einrichtungen und Organisationen 10. Initiative für Kontakte 11. Wichtige Werte in der Arbeit 12. Resonanz auf die Pflege von Seiten der zu Pflegenden 13. Rückhalt für die Arbeit 	<p>S. 105. S. 105. S. 105. S. 106. S. 106. S. 106. S. 107. S. 107. S. 107. S. 108. S. 108. S. 108. S. 109. S. 109. S. 109.</p>

	14. Unterstützung in der Arbeit 15. Bilder und Wünsche für die Pflege 15a. Was beibehalten werden soll 15b. Was verändert werden soll 15c. Zusammenfassung 16. Wichtigkeit von ehrenamtlichem Engagement	S. 110. S. 110. S. 110. S. 111. S. 111. S. 112.
Abb. 35	Auswertungen Feierabendschwestern: 1. Alter 2. Wohnort 3. Motivation, Diakonisse zu werden 4. Zugehörigkeit als Diakonisse zum Frankfurter Diakonissenhaus in Jahren 5. Schönes als Diakonisse im Dienst 5b. Zusammenfassung 6. Schönes im Alter als Feierabendschwester 6b. Zusammenfassung 7. Schweres im Alter als Feierabendschwester 7b. Zusammenfassung 8. Bedeutung von Glaubens-, Lebens- und Dienstgemeinschaft 9. Bestimmende Aufgaben als Feierabendschwester 10. Bild für die Zukunft des Frankfurter Diakonissenhauses 11. Ideen für zukünftige Gemeinschaftsformen und Angebotsstrukturen	S. 114. S. 114. S. 115. S. 115. S. 115. S. 117. S. 117. S. 118. S. 118. S. 119. S. 119. S. 119. S. 120. S. 120.
Abb. 36	Auswertungen Diakonissen im Dienst: 1. Alter 2. Wohnort 3. Zugehörigkeit als Diakonisse zum Frankfurter Diakonissenhaus in Jahren 4. Schönes als Diakonisse im Dienst 5. Schweres als Diakonisse im Dienst 6. Motivation, Diakonisse zu werden 7. Bedeutung von Glaubens-, Lebens- und Dienstgemeinschaft 8. Bestimmende Aufgaben im Alltag als Diakonisse 9. Bild für die Zukunft des Frankfurter Diakonissenhauses 10. Ideen für zukünftige Gemeinschaftsformen und Angebotsstrukturen	S. 122. S. 122. S. 123. S. 123. S. 123. S. 123. S. 124. S. 124. S. 124. S. 125.

Abb. 37	Aspekte diakonischer Bildung und ihre Wirkungen	S. 177.
Abb. 38:	„Modell des Stadtteilmanagements“	S. 180.
Abb. 39	„Die Teilökonomien“	S. 198.
Abb. 40	„Senioren-genossenschaft Riedlingen“	S. 200.
Abb. 41	Netzwerk-kommunikation als Enabler für soziale Innovationen	S. 203.
Abb. 42	Soziale Stadt, Gemeinwesendiakonie, Integrierte Versorgung – Zusammenspiel für soziale Innovationen	S. 204.
Abb. 43	Bestehende Institutionen in der Umgebung des Frankfurter Diakonissenhauses als Basis für soziale Innovationen	S. 205.
Abb. 44	Vereinfachte Darstellung des Maßnahmen-Kleeblatts	S. 215.
Abb. 45	„Die Kurve der Veränderung“	S. 216.
Abb. 46	„Stakeholdermatrix nach Einfluss und Interesse einer Netzwerkkoope-ration“	S. 223.
Abb. 47	„Strukturen und Dimensionen der Netzwerkarbeit“	S. 224.
Abb. 48	„Beispiel für qualitätsfördernde Rückmeldeschleifen“	S. 226.
Abb. 49	„Nutzen des ehrenamtlichen Engagements für verschiedene Interessengruppen“	S. 227.
Abb. 50	„Modell zur personellen Verankerung von Freiwilligenmanagement in Organisationen, Multiplikatoren-Modell“	S. 229.
Abb. 51	„Herzdenken“	S. 236.
Abb. 52:	„Ambulante Versorgungsangebote für ältere Menschen in Spanien“	S. 255.
Abb. 53	„Die Grundstruktur des deutschen Gesundheitssystems“	S. 261.
Abb. 54	Übersicht der genannten Gesundheitssysteme nach den Kriterien: Ausbildung, Finanzierung und Leistung	S. 268.
Abb. 55	Ausgewählte Ansätze neuer Versorgungsformen	S. 270.
Abb. 56	Struktur der Arbeit	S. 274.
Abb. 57	Entwicklung von Settings und Unterstützungsnetzwerken	S. 276.
Abb. 58	Entwicklungsperspektiven unter dem Aspekt „Persönlichkeitsentwicklung“	S. 277.
Abb. 59	Entwicklungsmöglichkeiten unter dem Aspekt „Kommunikation und Partizipation“ im Frankfurter Diakonissenhaus	S. 282.

Abkürzungsverzeichnis

AAL	Ambient Assisted Living
Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
AEDL	Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens
AG	Arbeitsgemeinschaft
AGT	Ambulantes Gerontologisches Team
ALG	Arbeitslosengeld
ANA	American Nurse Association
AOK	Allgemeine Örtliche Krankenkasse
Art.	Artikel
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BOKD	Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands
BMC	Berufsverband Managed Care
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BSN	Bürgerversicherungsnummer
CASAP	Consorti Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària
CMMC	continuous mobile medical care
CoMoMo	continuous mobile monitoring
COPD	chronisch obstruktive Lungenerkrankung
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DIN	DIN ISO 9001: 2000
DKV	Deutsche Krankenversicherungs AG
DN	Diplom Niveau
DPR	Deutscher Pflegerat
DRG	diagnosis related groups
EDV	elektronische Datenverarbeitung
EFI	Erfahrungswissen für Initiativen
EKD	Evangelische Kirche in Deutschland
EKH	Evangelische Krankenhaushilfe
EKHN	Evangelische Kirche in Hessen und Nassau
EPD	elektronische Patientenakte
EU	Europäische Union
ev.	evangelisch
gAG	gemeinnützige Aktiengesellschaft
GG	Grundgesetz
GWA	Gemeinwesenarbeit
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
GDK	Gesundheitsdirektoren

GeWint	Gesundheitsregion Winterthur
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GMZ GmbH	Gesundheitsmanagement Zentral Gesellschaft
HEGISS	Hessische Gemeinschaftsinitiative Soziale Stadt
HMO	Health Maintenance Organization
ICN	International Council of Nurses
ICW	International Council of Women
IDS	Integrated Delivery Systems
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologien
IT	Informationstechnik
IV	Integrierte Versorgung
IVA	Integrative Validation
JUTTA	JusT-in-Time Assistance
Kap.	Kapitel
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
KHRG	Krankenhausfinanzierungs-Reformgesetz
KVG	Krankenversicherungsgesetz
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Clinical Excellence
NS	Nationalsozialismus
NSDAP	Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei
NSV	Nationalsozialistische Volkswohlfahrt
ÖKH	Ökumensiche Krankenhaushilfe
OP	Operation
OPS	Operationen- und Prozeduren-Schlüssel
PCT	Primary Care Trust
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie
PfWG	Pflegeweiterentwicklungsgesetz
PKMS	Pflegekomplexmaßnahmen-Score
PPÄV	Patient-Partner-Ärzte-Verbund
PQsG	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz
Regio	Regionalwährung
SGB	Sozialgesetzbuch
SMART	spezifisch-messbar-attraktiv-realistisch-terminiert
spez.	spezifisch
Spitex	Spitalexterne Kranken- und Gesundheitspflege
St.	Sankt
UGOM	Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte
VIP	very important person
WHO	World Health Organisation
ZFK	zielenfondswet

**Erklärung gemäß § 8 Abs. 1 Buchstabe b) und c) der
Promotionsordnung der Universität Heidelberg für die Fakultät für
Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften**

**Erklärung gemäß § 8 Abs. 1 Buchstabe b) der Promotionordnung
der Universität Heidelberg
für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften**

Ich erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation selbständig angefertigt, nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt und die Zitate gekennzeichnet habe.

**Erklärung gemäß § 8 Abs. 1 Buchstabe c) der Promotionordnung
der Universität Heidelberg
für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften**

Ich erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation in dieser oder einer anderen Form nicht anderweitig als Prüfungsarbeit verwendet oder einer anderen Fakultät als Dissertation vorgelegt habe.

Name, Vorname: Schließmann, Rosemarie

gez. R. Schließmann

Anhang

Qualitative Leitfadeninterviews

Interview am 24.10.11 mit Schwester A. (88 Jahre) – Gemeindekrankenpflege

Schwester A. erzählt von sich aus. Mikrofon wurde währenddessen angestellt.

Schwester A. 1: Ja, er hat uns Konfirmandenstunde gegeben. Ja, und er hat mir einen so schönen Spruch gegeben - einen Konfirmationsspruch, der hieß: Saget den verzagten Herzen, seid getrost, fürchtet euch nicht! Das ist ein Wort aus Jesaja 35. Und das fand ich so sehr schön. Aber, weil er jüdischer Abstammung war, hatte er es nicht so ganz leicht gehabt. Aber dieser Kirchenvorsteher hat ihm beigestanden. Das war schön. Aber sonst wurde er sehr geschätzt in der Gemeinde - bis auf Menschen, die auch nicht in die Kirche gingen und sehr nationalsozialistisch waren.

Interviewer 1: Und was hat Sie bewogen, dann ins Mutterhaus zu gehen?

Schwester A. 2: Ich bin hier in die Krankenpflege (überlegt)... Anfang der 40er Jahre muss es gewesen sein - als Krankenpflegeschülerin. Und da war ich wie die Schwester F. freie Schwester oder diakonische Schwester, noch nicht eingetreten als Diakonisse. Und dann bin ich eingetreten nach einem halben Jahr so etwa...

Interviewer 2: Und gab es einen besonderen Grund dafür?

Schwester A. 3: Damals, ich weiß, es war noch Krieg damals. Es war eine schwere Zeit. Es waren die Fliegerangriffe auf Frankfurt. Frankfurt hat furchtbare Angriffe gehabt. Und es war sehr zerstört. Fast die ganze Altstadt wurde damals zerstört. Und da haben wir im Luftschutzkeller gegessen. Das war ein Keller unter einem Haus, das jetzt nicht mehr steht. Das so genannte Jäger`sche Haus. Ein hohes ganz massives Haus. Und da denk ich jetzt, wenn das Haus auf uns gefallen wäre, dann wäre da niemand mehr raus gekommen... Wir saßen im Keller. Da haben wir gebetet und gesungen. Und wie ein Wunder sind wir da behütet worden. Unsere Kirche, die ist damals abgebrannt, die wir da hatten. Die Kirche, wo hab ich das denn hingelegt, das Bild? (sucht, raschelt) Hier hatte ich eben noch ein Heftchen liegen. Ach, da ist es ja! Ähm... das ist das Mutterhaus, die Kirche schloss sich an das Mutterhaus, die brannte damals ab durch Brandbomben. Und da haben wir dabeigestanden. Die brannte schnell und der große Raum war mit viel Holz. Und da brannte sie schnell. Da waren nachher nur noch Ruinen von der Kirche. Das hat mich auch sehr beeindruckt. Da standen wir dabei. Und (überlegt)... diese Zeit im Krieg. Obwohl ich muss sagen, ich hatte eigentlich keine Angst. Angst hatte ich eigentlich nicht. Das war

sicher auch schon die Gemeinschaft, in der man lebte. Die hat einen so getragen. Und dann hat man ja als junge Schwester gemeinsame Bibelstunden und wir haben dann jede Woche ein Lied auswendig gelernt. Das war das so genannte Wochenlied. Das haben wir auswendig gelernt. Bibelstunden und Bibelkunde und eine gute Ausbildung so für Laien - eine gute Ausbildung! Ja, besonders hat mich die Kirchengeschichte interessiert. Das hat mich besonders interessiert.

Interviewer 3: Aber wahrscheinlich war, wenn ich Sie richtig verstanden habe, schon das Erlebnis im Luftschuttkeller, das Miteinander dort ein wichtiger Baustein für ihren Weg, um Diakonisse zu werden, oder? Oder ist das nicht richtig?

Schwester A. 4: Vielleicht... aber eigentlich hatte ich es da schon in meinen Gedanken gehabt.

Interviewer 4: Da wussten Sie es für sich schon?

Schwester A. 5: Ja... (Pause) meinen Eltern glaube ich, dass es denen schwer gewesen ist, dass ich weggegangen bin. Mein Vater, als er mich damals an die Bahn gebracht hat - mit Kofferchen nach Frankfurt, der hat da gesagt: Wenn es dir nicht gefällt, dann kannst du wiederkommen. (lacht) Ich hatte auch sehr Heimweh zuerst. Dass ich auch gedacht habe, einmal überlegt habe... Da war die Schwester I., da dachte ich, dann bitte ich sie, dass sie mir den Koffer holt und dann fährst du wieder nach Hause. (lacht) Nachher war aber das Heimweh überwunden! Ja, und ich weiß, meine Mutter hat mich einmal besucht. Und dann hat sie mir durch eine Schwester, die ihr begegnet ist... Meine Mutter hat mir einen Tannenzweig mit schönen Tannenzapfen gekauft. Und da ist ihr eine Schwester begegnet, und der hat sie diesen Zweig gegeben. Und die hat mir diesen dann mitgebracht. (lacht) Ja.

Interviewer 5: Schön. Und dann waren Sie in der Gemeindekrankenpflege. Wo waren Sie denn?

Schwester A. 6: Also am längsten, war ich in G. Und zwar in einer Gemeinde, einer Landgemeinde. Das ist etwa... Von Frankfurt nach H. sind es etwa 100 km auf der Autobahn. Da bin ich dann auch mit dem Auto gefahren, wenn ich ins Mutterhaus wollte. Und dann nochmals von H. in diese Landgemeinde G. - das waren so etwa 15 km. Das war eine sehr schöne Gemeinde auch landschaftlich. Ein schönes Tal - ein wunderschönes Tal.

Interviewer 6: Wie hieß dieses Tal?

Schwester A. 7: G.-tal. Und da gehörten mehrere Dörfer dazu. Da war so ein schöner Wald auch, wunderschön - landschaftlich wunderschön. Der Hauptort

hieß J. Und die Dörfer sind jetzt zusammengefasst als G.- tal. Da gibt es einen kleinen Bach, der heißt G. – von daher heißt es G.- tal. (lacht)

Interviewer 7: Wie lange waren Sie da?

Schwester A. 8: Ach wie lang war ich da? Etwa 30 Jahre, denke ich.

Interviewer 8: Und davor?

Schwester A. 9: Davor da war ich kurz in der Ausbildung im Krankenhaus und dann war ich für eine kurze Zeit hier in einer Gemeinde in (berlegt) L. – war ich eine Zeit. Kurze Zeit in M. Aber das war alles nicht so lang. Die längste Zeit war ich hier in dieser Landgemeinde in G. Ich war da sehr gerne. Und da war ich mit einer Schwester zusammen. Mit Schwester P., einer ganz lieben Diakonisse. Die war so schlicht und so anspruchslos. Sie war eine feine Frau. Die war wie so eine Mutter zu mir. Ich war ja viel jünger, das habe ich auch geschrieben (zeigt auf das Mutterhausblatt). Und wenn sie das Brot angeschnitten hat, hat sie erst ein Kreuz auf das Brot gemacht. Und sie hat einmal gesagt: Sie möchte gern schnell sterben und niemandem Arbeit machen. Die starb in einem Augenblick an einem Herzversagen. Und ich stand daneben. Sie fiel. Wir hatten unser Zimmer nebeneinander, ich hrte in der Nacht einen Schlag auf den Boden. Da denke ich, jetzt ist die Schwester P. gefallen. Da war sie nochmals auf der Toilette gewesen, wahrscheinlich. Und da bin ich ins Zimmer und da lag sie auf dem Boden ganz gerade. Im Nachthemd schön ganz gerade, auf dem Rücken. Und da habe ich mich nieder gebeugt. Und sie hat noch ein paar Mal geatmet und dann starb sie. Und das, was sie sich gewünscht hat, sie hat vielleicht auch darum gebetet. Schnell sterben und niemandem Arbeit machen. Sie wurde dann überführt hier nach Frankfurt auf dem Friedhof haben wir zwei Plätze, wo Schwestern beerdigt werden.

Interviewer 9: Und was waren Ihre Aufgaben in der Gemeinde?

Schwester A. 10: Also, ich hatte da auch Kindergottesdienst und Jungschar (berlegt) aber nachher, habe ich keine Jungschar mehr gehalten. Ich hatte dann in der Gemeinde viel zu tun - mit mehreren Dörfern. Aber es war noch eine Schwester dort von einer evangelischen Freikirche. Und die haben dort ein schönes Altenheim und eine große Gemeinde. Also, da gab es die katholische Gemeinde, das waren meist Heimatvertriebene, die evangelische Gemeinde und diese Freikirche. Aber die haben sich verstanden. Da war keine Konkurrenz. Ja, das war sehr schön. Ja, und dann bekam ich das Auto, weil die Gemeinde so groß war. Die Schwester P. wurde immer älter. Und vorher ist die Schwester P immer mit dem Fahrrad gefahren. Ich auch, aber nur ganz kurz. Und bei der großen Gemeinde, ging das nicht mehr mit dem Fahrrad. Da hätte ich nur in ein Dorf morgens fahren können - vielleicht eine Frau waschen. Dann wäre der

Morgen bald um. Da bekam ich ein Auto. Und dann habe ich noch den Führerschein gemacht in H. Und die Schwester P. hat mich immer abgehört mit dem Fragebogen und so, dass ich das dann alles wusste. Und ich hatte immer Ängste, das bestehst du nicht. Naja, ich bin dann zur Prüfung. Und dann habe ich gedacht, wenn Gott will, dass du den Führerschein bekommst, dann kannst du auch sagen, du willst zuerst fahren. Dann bin ich auch zuerst eingestiegen. Der Prüfer sitzt neben einem. Und dann dachte ich: Pass auf, erst in den Seitenspiegel kucken. Das war das wichtigste, nicht? Und dann, ich konnte immer nicht Rückwärtsfahren. Und da konnte ich wunderbar zweimal Rückwärtsfahren. Das hat wunderbar geklappt. Das, was ich also nicht konnte, das hat geklappt. Ja, und dann bin ich gefahren. Und dann, wie ich fertig war, da hab ich gesagt: Bin ich nicht durchgefallen? Und da hat er gesagt: Wollten Sie das denn? (lacht) Und da wusste ich dann schon, dass ich bestanden habe. Ja, und da war ich ganz glücklich! Und das erste Auto, das ich hatte, das war ein VW-Käfer. Die waren damals - heute gibt's die ganz selten. Die werden gar nicht mehr hergestellt bei uns. Das ist so was für Liebhaber. Vor einiger Zeit da stand ich mal im Q-weg vor einer Ampel. Das sind aber schon zwei Jahre her oder länger. Und wer kam da her? Ein Käfer kam da hergefahren. Da war ich ganz weg. Das erste Auto... Und das letzte Auto, das ich hatte, das war ein VW-Golf mit vier Türen. Sie wollten gerne dieses Auto, damit ich auch mal jemand mitnehmen kann - zum Arzt, von den Dörfern, dass ich jemand mitnehmen kann.

Interviewer 10: Und was haben Sie gemacht? Wie sah Ihr Alltag aus?

Schwester A. 11: Ja, man ist dann morgens losgefahren und hat in den Familien Leute gewaschen, gekämmt, Betten gemacht. Oft war auch jemand von der Familie dabei, der einem geholfen hat. Und in manche Familien ist man sehr lange gegangen, wenn der Kranke lange gelegen hatte. Ja, (überlegt). Der Sonntag war ganz schön: wegen dem Kindergottesdienst war er so schön. Aber wenn jemand schwerkrank war, ist man auch sonntags gegangen. Es ist nicht so wie heute, die Form der Sozialstation. Da war eine Krankenschwester auf der Station, die war für alles zuständig, die war immer da (lacht): die Diakonisse. Auch nachts konnte man die rufen, die war immer Ansprechpartner. Auch wenn jemand gestorben ist, haben die Leute dann Bescheid geschickt. Und wenn man dann gedacht hat... Man hat auch mal eine Nachtwache gehalten, dass die Leute nicht allein waren. (überlegt) Also, das war... das Ganze war einfach familiär da. In dieser Gemeinde sein. Da war ich so hineingenommen. Es gibt Leute, die mir jetzt noch schreiben oder anrufen. Einer hat mir neulich mal ein Päckchen geschickt. Es gibt so Ofenplätzchen, sagen die Leute dazu. Die sind von Kartoffeln gemacht und Mehl und die werden auf so einer Platte gebraten (zeigt): etwa so groß. Da hat mir neulich eine Frau ein ganzes Päckchen geschickt. Und die habe ich dann eingefroren. Und die kann man dann heiß machen und da kommt Butter drauf. In einer Familie war ich ganz besonders zu Hause. Aber da muss man aufpassen in der Gemeinde, dass die Leute nicht

sagen: da geht sie immer hin. Man muss da neutral sein, gell?! Aber die L., die rufen mich jetzt noch an und ich rufe auch an (lacht) mit einigen Leuten. Und dann noch eine Frau, die mich auch anruft und schreibt. Ich hab da noch Briefverkehr und Briefverbindung. Und diese Gemeinde ist sehr verbunden mit dem Mutterhaus. Da ist eine Frau in der Gemeinde also. Wenn so eine Frau da ist, die etwas in die Hand nimmt. Das ist die Frau S. Die ist jetzt 75. Und S. ist Witwe schon lange und ist sehr sozial eingestellt. Die hat Leute aufgenommen in ihre Familie. Der T., der kam aus assozialen Verhältnissen. Und den hat sie so gefördert. Der konnte nachher auf eigenen Füßen stehen. Ist dann auch ausgezogen, hat dann, glaube ich, auch geheiratet. Und jetzt hat sie noch den X. Der ist intelligent, ein feiner Mann - aber auch aus schwierigen Verhältnissen, aber ein ganz gebildeter feiner Mann. Aber der ist so stark sehbehindert, dass er seinen Beruf nicht ausführen kann. Der macht bei Frau S. den Haushalt. Und so ist die sozial eingestellt. Und dann hat sie einen Raum gemietet für demenzkranke Leute. Und so ist die in der Gemeinde sehr tätig. Da habe ich auch gute Verbindungen mit ihr. Die kommt einmal im Jahr, kann man sagen, da kommt die Frau S. mit einem Bus von Leuten ins Mutterhaus. S. sagt: Wir fahren ins Mutterhaus, dann melden sich die Leute. Da kamen 40 Leute. Da habe ich sie mal aufgeklebt. (zeigt auf Bild) Schauen Sie, da waren sie mal da. Das ist sie hier mit der weißen Tasche, die S.; Schwester A. ist in der Mitte mit dem Stühlchen da.

Interviewer 11: Schön.

Schwester A. 12: Das ist eine gute Verbindung. Denke ich, solange die Frau S. da ist. Die hält das zusammen. Und solange sind auch die Busfahrten.

Interviewer 12: Vorher waren Sie das als Gemeindegeschwester. Sie haben ja auch vieles zusammengehalten, oder?

Schwester A. 13: Ja, man ist doch sehr vertraut mit den Familien, weil man so viel erlebt. Man erlebt auch das Sterben. Und was mir ein ganz großes Anliegen war in der Gemeinde, dass ich Hausbesuche gemacht habe. Dass ich nicht zu Hause auf dem Stühlchen sitze am Nachmittag und denke: So, jetzt bist du ja fertig, sondern dass ich Leute zu Hause besucht habe. Leute, die gebrechlich waren oder wo man gedacht hat, denen tut's gut, wenn man sie besucht. Besonders ältere Leute.

Interviewer 13: Wurden Sie vom Pfarrer geschickt?

Schwester A. 14: Nein, das wusste man ja selber. Es war eher so, dass man dem Pfarrer Leute meldet und sagt, der ist so krank.

Interviewer 14: Und wie war die Zusammenarbeit mit den Pfarrern und Ärzten?

Schwester A. 15: Gut! Ja, gut - auch mit den Ärzten. Man muss auch sehen, es gibt immer mal eine Meinungsverschiedenheit oder so. Aber dass man immer ausgleicht. Es ist da jeder Mensch anders, gell?! Dass man immer im Guten bleibt. In dieser guten Sache an einem Strang zieht. Ja, und das war auch schön.

Interviewer 15: Und haben Sie ein besonders schönes oder schweres Erlebnis in der Gemeinde erlebt?

Schwester A. 16: Was ein schönes Erlebnis war: Ich kam einmal in einen Außenort ganz spät abends. Es war dunkel. Es könnte 10 Uhr gewesen sein. Da war ich noch mal bei einem Schwerkranken. Ich kam heim und es war Winter. Es hatte geschneit und ich sah neben auf dem Bürgersteig einen Mann liegen im Schnee. Da habe ich gedacht: Das hat Gott gefügt. Der wäre erfroren in der Nacht. Es war ein Alkoholiker. Den habe ich dann ins Auto gepackt und nach Hause gefahren. Und der hat sich so bedankt bei mir nachher. Der hat mir einen Blumenstrauß geschenkt. (lacht) In meiner Nachbarschaft da war auch eine Familie, da waren die Männer auch Alkoholiker. Der Vater und der Sohn auch. Die waren auch Alkoholiker. Und der Vater, der lag auch abends mal im Schnee, als ich nochmals an den Briefkasten gehen wollte. Der wäre da auch erfroren. Den habe ich auch gefunden. Dann hab ich gedacht: Das macht Gott, dass diese Menschen doch gerettet werden. Aber das war in der Familie in der einen... Und diese Alkoholikerfamilie war in unserer Nachbarschaft. Der T., der hat die Mutter auch manchmal bedroht. Dann hat er eine Türe eingetreten und er wurde gewalttätig. Und dann habe ich gesagt, sie soll zu mir kommen und soll bei mir schlafen. Das hat sie eine kurze Zeit gemacht. Ich hatte ein schönes kleines Wohnzimmer mit einer Liege. Da kam die Frau E. zu mir. Und da kam sie; da war sie in Schutz. Der T., der stand auch einmal vor mir und hat mich bedroht - hat mir aber nichts gemacht. Und die kam dann die Frau E. Und die ist morgens... Da wollte sie nicht, dass das jemand sieht, dass sie bei mir geschlafen hat in meiner Wohnung. Da ist sie ganz früh morgens um fünf oder wann ist sie gegangen. Damit sie niemand sieht. So hat man Menschen auch mal so beistehen können. Das ist schön. In ihren Ängsten. Was war noch Besonderes?

Also mit dem Auto, ich bin ja gern Auto gefahren. (lacht) Ich hatte so eine Ausfahrt aus der Garage. Da musste ich immer auf einen großen freien Platz fahren. Ein großer freier Platz war das. Da hätten viele Autos parken können. Da bin ich drüber gefahren auf die Straße. Und gegenüber wohnte der U. Und der U. hatte so ein Fahrzeug, ein Unimog. Da hat er mir den Schnee weggemacht, damit ich da raus kam. Jetzt ist nicht mehr so viel Schnee heute, gell? Nein, aber damals war das noch. Da musste man schaufeln, da waren solche Berge Schnee (zeigt mit der Hand) am Haus. Das war damals noch. Da bin ich auch behütet worden beim Fahren. Da musste man damals Winterreifen haben. Auch eine kurze Zeit mal Spikes. Aber die wurden dann verboten, weil sie die

Straßendecke kaputtmachen. Mit so ganz feinen Spitzen. Da musste man zeitig diese dicken Winterreifen drauf machen. Da fuhr man nicht so gut damit, aber es musste sein. Man musste aber vorsichtig fahren. Da musste ich dann immer in die Werkstatt nach H. Da war eine VW-Werkstatt. Aber mit so einem Auto, das war für mich nachher mehr wie Blech. Da hat man mit gelebt, wie wenn's ein Freund wär. Auch im Auto gebetet oder mal drin gesungen. Ja, also da hatte ich einen guten Kontakt auch in einem Ort in K. Da war eine Geschäftsfrau. Und die Frau Y... Da war die Mutter bettlägerig lange. Da bin ich auch hingegangen. Die Y. musste im Geschäft sein. Die hatten so Lebensmittel und da habe ich die Mutter betreut. Die hatte so lange Zöpfe. Da hab ich immer die Zöpfe geflochten. Es war eine liebe Frau die Frau D. Die Y. hat mir dann oft auch etwas aus ihrem Laden geschenkt. Da kriegt man dann immer mal wieder etwas geschenkt. Wir kriegten ja Haushaltsgeld vom Mutterhaus. Es wurde immer überwiesen. Aber da hatte ich meistens übrig. Da bekommt man Eier geschenkt, mal bekam man Kuchen geschenkt oder so. Und Y. hat mir oft etwas geschenkt, wenn ich dahin kam. Weil sie diesen Laden hatte und ich die Mutter gepflegt habe. Da bin ich so gerne hin nach der Frau D. Und da ist eine ganz gute Beziehung geblieben zu der Frau Y. Die lebt nicht mehr. Aber die Tochter, die lebt noch. Ich glaub, die war auch beim Ausflug mit hier. Da kommen die Leute alle mit, wenn ein Ausflug ins Mutterhaus ist, weil man zu den Familien solch eine Beziehung hatte.

Interviewer 16: Sie haben vorher gesagt, dass Ihnen bei den Aufgaben die Hausbesuche wichtig waren, die Pflege - auch die Seelsorge? Wie haben Sie das gemacht?

Schwester A. 17: Ja, auch die Seelsorge. Ich habe auch mal. Ja, (überlegt) das ist so, wenn man die Menschen wirklich lieb hat. Dann möchte man auch, dass sie das Evangelium erfahren, weil das so froh macht. Ich hab auch mal eine Zeit lang ... hier im Krankenhaus haben wir auch eine Zeit lang mal Besuche gemacht. Wir hatten eine kleine Besuchergruppe, die in unser Krankenhaus ging. Da war ich auch dabei. Das gehört uns ja jetzt nicht mehr. Da war auch eine Besuchergruppe von ein paar Schwestern. Da sind wir auf die Stationen gegangen. Und dann habe ich gedacht: Beten ja - was sollst du beten? Du kennst die Leute nicht. Und du willst auch niemanden verletzen mit einem Gebet. Da hab ich dann auch mal gesungen: Jesu geh voran auf der Lebensbahn. Die Leute konnten das. Alte Leute konnten das Lied noch. Und dann habe ich oft gesungen. Gesungen habe ich in den Krankenzimmern. Da ist einmal eine Therapeutin vorbei. Die hat einmal die Türe geöffnet und um die Ecke gekuckt und wollte mal kucken, wer da singt. Das war ich. Ich dachte (lacht), so theologische Reden wollte ich nicht so gerne... Weil der eine glaubt nichts. Der eine ist evangelisch, der andere katholisch. Du tust dann irgendjemandem zu nahe treten. Oder einer fühlt sich ausgeschlossen. Und dann habe ich einfach ge-

sungen. Und das war schön. Alte Leute konnten das noch: Jesu geh voran auf der Lebensbahn. (lacht) Kennen Sie das auch? (lacht)

Interviewer 17: Ja, die haben dann auch mitgesungen?

Schwester A. 18: Ja, ich hab dann mitgesungen. Ja, alte Leute konnten das noch. Und das habe ich dann auch gern gemacht. So im Krankenhaus.

Interviewer 18: Und wenn Sie gemerkt haben, jemand ist so gar nicht darauf ansprechbar?

Schwester A. 19: Wenn jemand im Sterben lag und war nicht so richtig dabei. Dann habe ich mich dann so ganz niedergebeugt, weil ich nicht wusste: Ist er noch da? Dann habe ich auch ganz leise gesungen. Ich wusste nicht, ob es denjenigen noch erreicht. Und in der Gemeinde, wenn jemand gestorben ist, das war immer mal auch schwer. Oft hatte man die Leute länger gepflegt. Und manche starben so unerwartet. Ganz plötzlich. Das war auch schwer, wenn jemand so unerwartet an einem Herzschlag gestorben ist oder so. Aber manche hatten auch eine Leidenszeit. Und dann haben einen die Angehörigen gerufen. Heute ist es ja so: In der Stadt kommen die Bestatter. Das ist jetzt sicher auch dort so, wo ich war. Dass der Schreiner kommt. Ja, der kommt ja sowieso mit dem Sarg. Und die wohnten auch in unserer Nähe die Schreiner, die Särge hatten. Und dann hat man eben, wenn jemand gestorben ist. Dann hatte ich immer gerne, wenn die Leute gleich rufen. Weil wenn sie länger liegen, sind sie so steif nachher die Toten. Und dann haben wir sie angezogen. Aber meistens hat mir dabei jemand geholfen. Wenn's gar nicht ging, hat man das Hemd eben aufgeschnitten. Dann hat man das so umgemacht, dass man es so anziehen konnte. Das Sterben ist schwer immer. Immer. Ich denke auch an mein Sterben.

(...) Gespräch ohne Aufnahme

Interviewer 20: Haben Sie gemerkt, dass es einen Einschnitt gab, in der sich die Pflege grundlegend verändert hat? Dass nichts mehr so wie vorher war, wie Sie es all die Jahre erlebt haben?

Schwester A. 20: Nach uns kam die Sozialstation. Ja, und dann wurde es so, dass die flächendeckend gearbeitet haben. Und haben dann auch bestimmte Stunden gearbeitet und wurden dann abgelöst. Bei uns war das... Wir waren immer da. Das war ein ganz anderer Rhythmus. Und ich sag immer: Die haben's genauso gut gemacht wie die Diakonissen. Genauso gut. Genauso mit Liebe. Und ich bin sicher, dass da auch Menschen dabei sind, die gebetet haben. Aber sie hatten wenig Zeit zum Beten. Denn die Zeit wurde ja bemessen. In der Zeit muss man da sein, in der Zeit muss man da sein, und in der Zeit da sein. Es wurde vorgeschrieben die Zeit. Sie mussten in einer bestimmten Zeit

das und das bewältigt haben. Das war bei uns nicht. Wir brauchten nicht nach der Zeit zu kucken.

Interviewer 21: Und das war eine Freiheit für Sie?

Schwester A. 21: Ja, das war schön! Und wenn ich heim bin, dann hab ich mir was gekocht. Und ich habe gerne... Was ich gerne gekocht habe: Ich habe gerne alles in einen Topf getan! Gemüse hinein, Kartoffel hinein und alles miteinander gekocht. Dann habe ich gedacht: Da sind ja alle Nährstoffe drin und ich habe nichts abgeschüttet. Vielleicht noch ein bisschen Gehacktes obendrauf. Alles in einen Topf. Und dann habe ich so viel gekocht, dass ich mir noch eingefroren habe für ein, zwei oder drei Tage. Und wenn man gesund ist, schmeckt einem das ja auch. (lacht)

Interviewer 22: Aber die Sozialstation das war nach ihrer Zeit? Sie kam danach?

Schwester A. 22: Ich bin Ende der 80er Jahre weg aus der Gemeinde, bin ich verabschiedet worden. Und danach kamen dann die Sozialstationen. Ich denk immer... Ach, ich denke immer wieder, man soll nicht denken, die Diakonissen haben das so besonders gut gemacht. Diese Menschen haben genau die gleiche Liebe und pflegen genauso gewissenhaft. Und da ist kein Unterschied. Und ich kann den anderen nicht beurteilen in seiner inneren Einstellung. Der ist auch ... man spricht auch nicht so über seinen Glauben. Da ist gewiss auch mal jemand, der mit ihnen betet. Das weiß ich nicht. Aber ich denke, ich kann mir nicht vorstellen, dass man einen solchen Beruf, bei dem es immer um Sterben geht und um Grenzen zwischen Leben und Tod geht - kann ich mir nicht so gut vorstellen, dass man da ganz ohne einen Halt leben kann. Ich weiß es nicht. Also ich habe das sehr gebraucht. Sonst hätte ich das nicht bewältigt. Ich bin sensibel.

Interviewer 23: Was würden Sie sagen war das Besondere, als die Diakonissen in der Gemeinde waren? Welche Funktion hatten sie? Es war noch mehr als ausschließlich die Gemeindecrankenpflege. Sie hatten da viele verschiedene Funktionen, denke ich?

Schwester A. 23: Ja, die Hausbesuche waren wichtig und auch Kindergottesdienst. Und ich hatte damals eine Laute gehabt. Da bin ich dann mit der Laute in den Kindergottesdienst. Und dann habe ich mit den Kindern gesungen. Da hatten wir auch ein Extrabuch für Kinder. Mit Liedern, die zu Kindern passten: Gott ist die Liebe. Oder: Kommt, stimmt alle jubelnd ein, Gott hat uns alle lieb, freut euch an seinem Gnadenschein. Es waren so pietistische Lieder. Und die konnte ich auf der Laute auch spielen. Und das habe ich auch gern gemacht. Dann haben die mitgesungen (lacht).

Interviewer 24: Es war die Gemeindegarbeit neben der Gemeindegkrankenpflege, Seelsorge auch?

Schwester A. 24: Ja, das war dabei. Ich finde das sehr wichtig. Dass das mit dabei ist. Bei einem selber und für die anderen. Selber braucht man das auch. Damit man da auch... Wenn man sensibel ist, nicht in Hoffnungslosigkeit und Traurigkeit lebt. Man lebt mit der Gewissheit, der Herr Jesus ist lebendig. Er ist jetzt da. Er lebt. Er ist nahe. Dem andern nahe und mir nahe. Das ist so, was einen froh macht. Auch wenn da jemand stirbt. Aber Sterben ist nicht so leicht. Und das bewegt einen auch. Und wenn dann jemand gestorben war, dann hatte ich immer einen extra Kittel an, wenn man die angezogen hat und fertig gemacht hat. Und dieser Kittel, der kam dann nachher in die Wäsche. (Pause) Was war noch?

Interviewer 25: Ich habe noch ein paar Fragen. Sie sind ja ins Frankfurter Diakonissenhaus eingetreten als Diakonisse. Warum gerade Frankfurt? Gab es dafür Gründe?

Schwester A. 25: Die erste Frau von meinem Vater hatte eine Tuberkulose. Und meine Schwester, die ist in Frankfurt geboren, die gesagt hatte: die Namen, die mit a aufhören sind altmodisch. Die hieß B., aber war eine ganz liebe Frau. Sie war meine halbe Schwester. Sie hat unserer Familie so viel Gutes getan. Dann ist mein Vater mit seiner Frau und mit der B., die sind dann zurück in unser Dorf. Und die ist dann an TB gestorben. Die erste Frau. Damals gab es noch keine Medikamente gegen TB. Die starben dann. Und in manchen Familien da war eine TB, dass sie sich untereinander angesteckt hatten. Das war damals. Und da ist sie früh gestorben. Und sie konnte wunderschöne Handarbeiten machen diese erste Frau von meinem Vater. Meine Schwester hat immer noch welche. So Hardanger-Arbeiten. Und dann die zweite Frau von meinem Vater, das war meine Mutter. Und aus der zweiten Ehe ist mein Bruder und ich. Und wir wohnten da in unserem Dorf. Mein Bruder ist von unserem Dorf nach Z. in die Ingenieurschule gefahren. (lacht) Das war auch sein Beruf. Er hat zuletzt mit seiner Familie in O. gelebt. Da wohnt noch meine Schwägerin. Und die Jungen, die drei Jungen sind alle drei in Y. Mein Bruder ist schon gestorben. Der war ein lieber Mann. Ein ganz lieber. Der hat sich vorher schon seinen Spruch für die Todesanzeige ausgesucht: Meine Zeit steht in deinen Händen. Er wusste, dass er sterben musste. Und er war so bereit. Vorher wollte er gerne nochmals zu mir. Nach Frankfurt. Und da kamen sie nochmals vier Wochen, glaube ich, also kurz vorher kamen sie nochmals mit dem Auto mit ihm. Und er war doch so schon elend. Dann hat er bei mir auf dem Bett gelegen. So elend war er. Aber er wollte noch mal zu mir. Und dann kam er zurück. Und wieder nach Hause. Und kam ins Krankenhaus. Und da ist er gestorben. Und ich bin, aber da konnte ich noch laufen, da hatte ich noch keinen Rollator. Da konnte ich noch gut gehen. Da bin ich hin zu meiner Schwägerin und dann haben wir

ihn jeden Tag besucht. Wir sind von morgens bis abends bei ihm am Bett gesessen. Da kam der Pfarrer auch und hat ihm mit uns zusammen das Abendmahl gegeben. Und da ist er gestorben an Krebs auch... Und dann wurde er eingeäschert. Er wollte gerne in Y., wo seine Jungs sind, wollte er gern beige-setzt sein. Und dann wollte er gerne eingeäschert sein in einem Grab in Y.

Interviewer 26: Ja, Sie wollten mir erzählen, warum Sie gerade in Frankfurt Diakonisse geworden sind.

Schwester A. 26: Meine Eltern hatten Bekannte. Die stammten von K. Und die sind hierher gezogen nach Frankfurt. Der Herr D., der war bei Lackscha. Das war früher ein Lebensmittelkonzern. Haben Sie vielleicht schon einmal gehört? Lackscha liefert Lebensmittel. Da war er Prokurist. Und die wohnten in Frankfurt. Und die Frau von ihm, das war eine Bekannte von meiner Mutter, die Tante B. Und die sind dann hierher. Sie wohnten in der Z-Straße hier oben. Das ist gar nicht so weit. Und die haben wir dann besucht. Meine Mutter und ich haben die dann besucht. In den Ferien sind wir dahin. Meine Mutter und ich. Und da haben wir auch Verwandtenbesuche gemacht. Meine Mutter hatte noch einen Vetter hier in Frankfurt. Der Onkel N. Die haben wir auch besucht. Und da war so ein bisschen eine Beziehung zu Frankfurt. Vielleicht dadurch. Ja.

Interviewer 27: Dann haben Sie auch hier Ihre Ausbildung gemacht?

Schwester A. 27: Ja:

Interviewer 28: Ja, gibt es irgendetwas Spezifisches am Frankfurter Diakonissenhaus, das Sie angezogen hat? Etwas, was Sie besonders bereichert hat: bei den Andachten oder wie man zusammenlebt? Gibt es etwas Spezifisches?

Schwester A. 28: Ich bin ja immer auch von der Gemeinde hierher gefahren. Wenn Feste waren oder wenn sonst eine besondere Veranstaltung war, bin ich immer hierher gefahren. Da war und ist der Kontakt immer geblieben zum Mutterhaus. Und dann kam auch mal die Oberin zu uns. In unserem Bezirk waren mehrere Schwestern vom Mutterhaus. Und da kamen wir zu einer Konferenz zusammen. Und da kam sie zu uns gefahren. Und dann haben wir Bibelarbeit miteinander gehabt. Aber ich bin auch gerne hierher gefahren. Das muss ich sagen. Wenn Einsegnung war und so, da bin ich auch hierher gefahren. Ich habe auch ein paar Tage Urlaub hier gemacht.

Interviewer 29: Urlaub hatten Sie von Anfang an? Urlaub hatten Sie immer? Wie viele Tage denn?

Schwester A. 29: Ja, das weiß ich jetzt gar nicht mehr. Das kann ich gar nicht sagen. Da muss ich mich erst besinnen. Ferien haben wir immer gekriegt. Ob

es drei Wochen waren? Ich glaube. In die Ferien bin ich auch mit meinen Verwandten gefahren - mit meinem Bruder und mit meiner Schwägerin. In den Ferien. Auch von der Gemeinde aus. Als ich da Gemeindegewesener war. Da sind wir gefahren nach Q. Da haben wir auf dem Zeltplatz gezeltet. Ich hatte ein kleines Extrazelt. Mein Bruder und meine Schwägerin hatten ein größeres Zelt. Das war wie so ein Küchenzelt. Da haben wir auf dem Campingplatz gezeltet. Und ich wollte da nicht gerne in Tracht gehen, dass die sagen: Das ist eine Schwester. Da hatte ich einen langen Rock und eine weiße Bluse und einen Hut. So bin ich dann gegangen. Und da waren wir einmal in K. Da waren wir bei Muslimen. Da war da ein muslimischer Friedhof oder was. Auf jeden Fall meine Schwägerin und mein Bruder, die haben ihn besichtigt bei den Muslimen. Und da wollte ich mir nicht so gern die Schuhe ausziehen. Und da habe ich draußen gesessen und gewartet bis die wieder kommen. Und weil ich da nicht mit dabei war, da hat der Muslime gesagt: Klosterfrau? (lacht) Ich sah dann, wie meine Schwägerin so vor sich hin lachte. Klosterfrau, weil ich nicht mitgegangen bin. Und da habe ich da gesessen und gewartet, bis sie wieder kamen. Aber ich habe ihm dann noch gewinkt. Damit er nicht denkt, ich bin ihm feindlich gesonnen. Dann haben wir uns noch gewinkt. Da haben wir einen schönen Urlaub gemacht: In Q. waren wir und haben dort Urlaub gemacht. Und nachher mehr nach dem Süden unten auch auf dem Zeltplatz. Das war wunderschön. Mein Bruder hatte ein Auto, mit dem sind wir durch die Gegend gefahren. Da waren wir unterwegs mit dem Auto. Einmal sind wir auch über V. gefahren, als wir zurückgefahren sind. Wir hatten schöne Erlebnisse.

Interviewer 30: Ich möchte noch eine Frage stellen: Gibt es ein Bild, ein Symbol oder ein Zitat, von dem Sie sagen: Das zeigt deutlich, was für Sie das Diakonissenleben bedeutet?

Schwester A. 30: Ein Symbol? Wir haben hier ja das Kreuz. Das bekommt man zur Einsegnung. Und da steht hinten unser Hausspruch drauf: Wer sein Leben lieb hat, der wird es verlieren... Der ist auch unten an der Wand im Speisesaal.

Interviewer 31: Gibt es für Sie persönlich noch ein Bild, das Sie in Ihrem Diakonissenleben begleitet hat? Oder vielleicht ein Bibelwort, das Sie lange stark geprägt hat?

Schwester A. 31: (überlegt) Moment. Ich habe immer mal wieder so Kärtchen stehen. Wir haben eine Beziehung zum G.-Haus. Die G.-Schwestern. Das ist auch eine Kommunität. Und die kommen einmal im Jahr zur Buchmesse. Und die bringen uns Kärtchen mit. Und da lag neulich mal auf jedem Platz ein Kärtchen. Und dann habe ich gedacht: Das ist jetzt für dich. Das sollte dir jetzt. Das darfst du dir jetzt nehmen. Diese Kärtchen, die begleiten mich dann auch. Und wenn ich dann auf ...

Ich hab gerne auch Bilder. Bilder an der Wand. Ich sehe gerne schöne Bilder. Das da sind alles Drucke. Das sind keine Echten. Drucke von Kalenderblättern. Das hier hat mir eine Schwester gerahmt (zeigt darauf). Das ist von Frankreich. Und das ist der Vincent van Gogh: die Schiffe.

Dann habe ich eine Freundin in Israel. Da war ich zur Erholung. Es ist ein Israelzentrum. Da war ich mal in Urlaub. Sie haben auch ein Gästehaus. Und es hat eine Jüdin eine Woche lang die Bibelarbeiten gehalten. Und diese Jüdin, da hab ich auch Fotos von hängen. Da ist sie... (zeigt darauf) Und das ist eine promovierte Jüdin: Dr. U. Sie wohnt in Israel. Sie wollte aber nicht Frau Doktor genannt werden. Sie hat gleich gesagt, wie sie uns gesehen hat, wir sollten U. zu ihr sagen. U. und Du. Das mussten wir machen. Das haben wir auch gesagt: U. und Du. Obwohl das im ersten Moment ein bisschen schwierig ist, jemand gleich mit Du anzureden. Aber das haben wir gemacht. Und die lebt in Israel und kommt einmal im Jahr und hält eine Woche Bibelarbeit. Und sie ist also eine messianische Jüdin. Es gibt ja auch die orthodoxen Juden. Aber sie glaubt an Jesus. Und sie ist in den USA geboren. Und sie lebt aber in Israel. Und sie tut im sozialen Bereich ganz viel Gutes. (...) (lacht) Sie lebt sehr ihren Glauben.

Interviewer 32: Sie haben eine Satzung im Mutterhaus, in der drin steht: Sie leben in einer Glaubens-, Lebens- und Dienstgemeinschaft. Wie haben Sie das erlebt in der Gemeinde, im Mutterhaus, als Feierabendschwester? War es verschieden?

Schwester A. 32: Ich kann leider nicht mehr so gut laufen. Dann geh ich werktags nicht in die Andacht. Wir haben eine sehr gute Übertragung. Ich geh nur sonntags mit dem Rollator in die Kirche. Aber ich schätze auch sehr unseren Pfarrer. Ich habe auch Bilder von ihm hängen an der Wand. Das hab ich nur mit Tesa so festgemacht. Dann sieht man sie. Und was wollt ich noch? Ich schätze sehr unsere Gemeinschaft. Je älter ich werde, umso mehr schätze ich, dass man in einer Gemeinschaft lebt. Also man wird gefragt: Du warst heute Morgen nicht da. Wo warst du denn? Ja, ich war beim Arzt heute Morgen. Wo warst du denn heute Mittag? Da hat einer ein Auge auf den anderen, gell? Die andere ist einem nicht egal. Jetzt sitze ich mittags am Tisch auf einem Platz von der K. Und die K. ist im Krankenhaus. Unsere Schwestern sind uns doch sehr nahe, muss ich sagen. Ist wie in einer Familie. Ist uns nicht egal, wie es der anderen geht.

Interviewer 33: Also dieses Nachfragen und Hören, wie`s dem anderen geht?

Schwester A. 33: Ja, und wir werden auch immer informiert. Und einmal haben wir in der Woche einen Diakonissenabend, wo wir alle zusammenkommen. Und da wird dann... Die Oberin sagt dann über unser Werk, was sich ereignet hat.

Oder auch, was wir planen. Und da können aber auch Schwestern Fragen stellen. Das ist so ein Gespräch. Also, was wir planen in unserem Werk.

Früher haben wir zu unserer Oberin Sie gesagt, aber heute sagen wir Du. Das ist so. Bei der Schwester I. haben wir Sie gesagt. Das war eine Lehrerin, eine kluge, intelligente Frau. Da haben wir auch Frau Oberin gesagt. Jetzt sagen wir Schwester E. und Du...

Interviewer 34: Wie sehen Sie die Zukunft der Diakonissen? Was müsste bleiben, was müsste sich ändern - was denken Sie?

Schwester A. 34: Ich denke, es sollte bei uns so bleiben. Denn ich verspreche mir von Veränderungen nichts. Das Wesentliche ist, dass wir innerlich mit dem Evangelium leben. Befreit und froh und dankbar sind. Das Äußere, das ist nicht entscheidend. Das kann ruhig so bleiben. Die Haube und die Kleidung, die können ruhig so bleiben. Das Wesentliche ist, dass wir von innen her auf unserem Fundament immer bleiben. Und da sind Sie ja auch drauf. Und das sind ja die anderen Christen auch. Das ist ja eine Gemeinde. Ich denke immer, dass die Leute nicht denken, Diakonissen sind etwas Besonderes. Wir sind Gemeinde. Und der andere ist Jesus genau so nah, wie ich mit meiner Tracht. Da ist kein Unterschied. Es gibt Leute, die meinen, Diakonissen wären etwas Besonderes. Die anderen sind genauso aus demselben Holz.

Interviewer 35: Wenn Sie das sagen?

Schwester A. 35: Doch, doch. Wir leben alle von der Vergebung der Sünden. Was hier noch schön ist, es ist zweimal im Monat im Altenheim eine Messe. Da kommt ein Pater. Ein Jesuitenpater. Der kommt gerne. Und ich sage: Wir freuen uns, wenn Sie kommen. Und ich bin dann Messdiener mit Rollator. Ich hole keine Leute ab, aber ich schreibe immer auf, wer abgeholt werden muss. Dann sind das also 18-20 Leute. Die sitzen in einem großen Raum um den Tisch. Dann kommt der Pater. Er hat hier eine Pfarrei (überlegt). Er ist Jesuitenpater. Der hat auch eine evangelische Mutter.

Interviewer 36: Und dadurch vielleicht auch die Nähe zu Ihnen?

Schwester A. 36: Er ist sehr offen. Ja, und dann kommt der Pater und zieht sich schön an mit einer Albe und ein schönes Gewand. Und eine sehr schöne Stola drüber. Und dann hält er uns eine ganz gute Andacht. Es ist ökumenisch. Wir sind da alle mit hineingenommen. Und er hält eine ausgezeichnete Andacht. Und dann bringt er auch mal etwas Persönliches hinein, etwas Lustiges. (...) Dann kommen auch immer zwei Dominikanerinnen dazu von auswärts. Und zwar wohnen die hier (überlegt): Eine Station mit der U-Bahn. Und da geht eine kleine Straße ab. Zwei Ordensfrauen. Die erkennen sie aber nicht als Ordensfrauen. Die gehen in Zivil. Die beiden haben ein Kreuz umhängen. Da ist auch

so ein guter Kontakt. Die sind auch hier in dem Heftchen drin. Und er ist auch drin im Heft (zeigt auf das Mutterhausblatt). Der Pater und die Dominikanerinnen. Ich freue mich immer, wenn die Dominikanerinnen kommen. Und die helfen dann nachher auch, wieder jemanden wegfahren und so von den Rollstuhl-leuten. Und von der Gemeinde vom Pater kommt dann auch noch eine Frau dazu und die fährt Leute und noch eine andere. Die gehören zu seiner Gemein-de. Aber die kommen dann hierher von auswärts. Es ist ja nicht weit. Es ist ein Fest, denk ich immer, wenn er kommt. Es ist schön. Es ist einfach schön. Das ist alle 14 Tage. Und ich schreibe immer auf die Leute, die geholt werden müs-sen. Obwohl die Frauen wissen das ja auch. Aber ich denk dann, das sind dann 14 Tage dazwischen und dann überlegen die doch wieder: Wer war das denn alles? Wer muss denn geholt werden? Dann ist es besser, ich schreibe die auf, die in den einzelnen Stockwerken sind. Das ist einfacher.

Interviewer 37: Jetzt habe ich noch eine Frage. Sie wurden ja versetzt auf eine andere Dienststelle. Und dann mussten Sie auch mit Einsamkeit, vielleicht auch mit Überforderung umgehen. Wie sind Sie damit umgegangen?

Schwester A. 37: Ich war ja nicht allein. Ich war immer auf einer Station gewe-sen, wo zwei Schwestern waren. Also das heißt, zuletzt war ich allein. Aber da war ich in der Gemeinde so zu Hause. Und da hatte ich ja ein Auto. Und dann brauchte ich keine Bedenken haben: Du kannst das jetzt nicht bewältigen. Die Gemeinde ist zu groß. Du kommst da gar nicht überall hin. Da hättest du auch noch hingemusst. Und da ist jemand krank. Den hast Du nicht gewaschen. Oder den hast Du nicht besucht. Und daher war das Auto großartig! Und hatte ich das schon gesagt: Da war auch eine evangelische Freikirche? Und diese Schwester hatte auch ein Auto. Also, ich hatte nicht alles allein. Und die hatte auch ihre Gemeinde. Die freikirchliche Gemeinde. Aber mein Bezirk war größer. Unsere Gemeinde war größer. Es war so richtig schön. Es hat mir Freude ge-macht.

Interviewer 28: Dann bedanke ich mich ganz herzlich bei Ihnen, Schwester A., für das Gespräch.

Interview am 24.10.11 mit Schwester B. (89 Jahre) – Gemeindekrankenpflege

Interviewer 1: Schwester B., ich freue mich, dass wir heute das Gespräch miteinander haben. Sie waren ja in der Gemeindekrankenpflege tätig. Was waren Ihre Aufgaben? Können Sie darüber etwas erzählen? Wie sah Ihr Alltag in der Gemeindekrankenpflege aus? Von wann bis wann waren Sie tätig?

Schwester B. 1: Ja (lacht). Ich war dann, als ich im Mutterhaus eingetreten bin, gell. Da war ich dann Ende der 40er Jahre im Krankenhaus. Also zur Ausbildung... Und dann bin ich in die Gemeinde als Gemeindeschwester gekommen. Da war dann erst noch unserer Einsegnung dazwischen. Das war so ein gutes halbes Jahr. Da waren wir als diakonischer Kursus. Dann war ich dann (überlegt). Dann kam ich schon nach X. als Gemeindeschwester (lacht).

Interviewer 2: Von wann bis wann waren Sie in X?

Schwester B. 2: Anfang der 50er Jahre. Und dann... Wir wurden ja versetzt. Wir konnten nicht sagen, wir wollten woanders hin. Wir kriegten den Bescheid vom Mutterhaus, dann und dann also dahin. Da kam ich dann von einem Tag auf den andern in das Dorf Z.

Interviewer 3: Wie lange waren Sie in Z.?

Schwester B. 3: Da war ich 4 Jahre. Da wurde ich mal wieder ins Mutterhaus gerufen, aber nur ein Vierteljahr, da ich dann in eine Gemeinde sollte, wo noch eine Schwester war. Im Mutterhaus war ich ein Vierteljahr und habe unsere alten Schwestern versorgt... Dann kam ich für 2 Jahre nach Y. Dann kam ich nach W.

Interviewer 4: Wie lange waren Sie in W.?

Schwester B. 4: 5 Jahre. Und dann kam ich nach U. Da bin ich bis zuletzt gewesen.

Interviewer 5: Dann waren Sie 15 Jahre in U. Das war Ihr längster Einsatz?

Schwester B. 5: Ja, ja.

Interviewer 6: Was haben Sie für Aufgaben in der Gemeindekrankenpflege gehabt? War das unterschiedlich in den Gemeinden?

Schwester B. 6: Man kann eigentlich sagen, es war überall dasselbe. Wir haben Kindergottesdienst gehalten und Frauenstunde. Das war aber nicht überall.

Das war nur in Y. und in U. Ja. Da habe ich Frauenstunde gehalten und auch eine Zeit mal Mädchenkreis. Das ging dann nicht so, also. Ja. (nachdenklich)

Interviewer 7: Und wie sah Ihr Alltag als Gemeindeschwester aus? Wie kann man sich das vorstellen? Wann ging es morgens los?

Schwester B. 7: (lacht) Morgens sind wir um 8:00 Uhr aus dem Haus gegangen. Und dann zum Mittagessen wieder nach Hause, gell? Und (überlegt) in X. da waren wir mit mehr Schwestern. Ja, es war ja schon ein Städtchen X. Und da hatten wir dann auch eine alte Feierabendschwester, die uns gekocht hat. Wir waren nur zwei Schwestern in dem Städtchen ganz allein als Gemeindeschwester. Und die eine Schwester hatte für uns gekocht. Da konnten wir uns gleich an den Tisch setzen, wenn wir zum Essen kamen. Da war noch eine Schwester. Die hatte den ganzen X-kreis als Jugendsekretärin vielleicht. Die war noch mit bei uns. Wir waren zu viert da auf der Station. Ja... Aber zu der Zeit gab es kein Telefon noch nicht, wir hatten kein Telefon da (lacht). Und naja so war das. Wenn wir in der Krankenpflege ein bisschen Zeit hatten, haben wir alte Leute besucht. (überlegt) Wie haben wir das genannt? Das eine war die Pflege und das andere waren die Hausbesuche. Das war so überall. Aber dann, wo ich alleine war, musste ich mir auch selber kochen.

Interviewer 8: In welcher Station war das dann? War das schon in Z., dass Sie alleine waren?

Schwester B. 8: Ja, da war ich schon alleine. Von da kam ich dann nach Y. Da war dann auch der Kindergarten in dem Haus, in dem ich gewohnt habe. Das war so. Dort haben Schwestern von uns im Kindergarten gearbeitet. Nachher hatten wir nicht mehr so viele Schwestern. Dann haben die, die bei uns ausgebildet waren, dort gearbeitet. Die wurden ja dorthin versetzt, wenn sie die Ausbildung hatten. Da war immer auch eine Kindergärtnerin, so nannte man dies damals, und ich als Gemeindeschwester. (lacht) Und weil die kamen mittags mal eine Stunde und so. Wir haben ja zusammen gewohnt, gell? Die konnten ja nichts im Haushalt machen. Das musste ja die Gemeindeschwester dann noch machen. Kochen und Waschen und das, was im Haushalt anfiel. Ja... (überlegt): Das war in Y. und in X. Da waren wir auch wieder im Kindergarten. Da waren wir zwei Gemeindeschwestern und auch zwei Kindergärtnerinnen, die mit uns gewohnt haben. Da war es genauso, gell?

Interviewer 9: Und wie sah das gemeinsame Wohnen aus? Was haben Sie zusammen gemacht? Haben Sie die Mahlzeiten miteinander eingenommen?

Schwester B. 9: Ja, dann kamen sie hoch vom Kindergarten, wenn die Kinder weg waren in der Stunde. Und die haben auch mit uns auf der Station gewohnt mit uns zusammen. Morgens beim Kaffeetrinken waren wir ja zusammen. Dann

wurde eine Andacht gelesen, bis wir dann in die Gemeinde gingen und die in den Kindergarten. Ja, und abends das Essen war gemeinsam. Die blieben ja auch da. Sie waren ja auch von Frankfurt. Zwei waren von Frankfurt. Die konnten ja dann nicht nach Hause gehen. Die Kindergärtnerinnen, die vom Ort waren, konnten abends nach Hause gehen. Aber die anderen blieben dann bei uns auf der Station. Dann wurde abends auch nochmals eine Andacht gelesen.

Interviewer 10: Und sich ausgetauscht wahrscheinlich und erzählt?

Schwester B. 10: (lacht) Jaja. Jaja. Dann haben die erzählt von den Kindern. Wir haben dann manchmal was von der Gemeinde erzählt. Jaja. (lacht)

Interviewer 11.: Gibt es ein schönes Erlebnis, das für Sie ganz wichtig war in der Gemeindecrankenpflege, für Sie als Gemeindecchwester?

Schwester B. 11: Ja, es gab Schönes und Schwieriges in der Gemeindecrankenpflege. So wie es war, wurde es dann eben auch erzählt, gell. Ja. (überlegt) Einmal im Jahr hatte dann die Frauenhilfe einen Abend, einen fröhlichen Abend. Naja einen Abend mit Kaffee und Kuchen. Den brachten sie dann mit, das war dann... Das war dann eben so.

Interviewer 12: Gab es ein Erlebnis, wo Sie gemerkt haben: Ich bin einfach ganz gerne Gemeindecchwester. Das hat mich so bestätigt in meinem Tun. Gab es so etwas?

Schwester B. 12: Ach ja, ja. Ich habe viel Fröhliches erlebt, aber ich hab auch viel Schweres erlebt. Ja. Das Schwerste, das immer war, das war, naja wenn (überlegt) wenn sich jemand das Leben genommen hatte, gell. Und die Angehörigen kamen dann... Meistens hat sie ja der Schreiner eingesargt. Aber manchmal kamen sie dann auch zu uns, dass wir sie erst noch anziehen mussten und waschen und fertig machen. Naja, und dann nachher habe ich dann die Leute besucht nachher... Denn in dem Moment kann man gar nicht so viel reden mit den Menschen. Naja. Denn immer kurze Zeit mal gewartet und dann doch die Leute dann besucht. Die waren doch sehr... Und gerade auf dem Land. Ich war ja nur in X. in der Stadt und dann in Y. Da war das nicht ganz so, weil dies dann doch nicht so unter die Leute alle kam. Auf dem Dorf, da wusste es dann das ganze Dorf, gell?! Die Menschen wussten das dann alles und da wurde dann viel geschwätzt und so. Und da waren die Leute doch sehr betroffen. Wenn so was war, ja... Das war doch das Schwerste doch, was ich erlebt habe.

Ach, und einmal das war aber, na ja. Das ist mir die Tage so gekommen, als ich wieder gedacht habe... Ja, das war auch eine Frau, die ach, die wollte immer krank sein. Aber sie war nicht krank (mit Nachdruck). Und sie hatte immer dem Mann und der Tochter... Da lebten ja die Leute noch in Großfamilien. Sie hatten

ja ihren Haushalt für sich, aber sie wohnten doch zusammen. Und ihr hat sie`s auch so schwer gemacht. Und ach, ich konnte mit ihr reden, was ich wollte. Aber es kam nicht bei ihr an. Das war mir auch immer schwer. Weil man ja nicht helfen konnte (sucht nach Worten). Und es ist dann ja auch, dass sie zu einem Arzt gehen mussten, aber die gab's da auch noch nicht so die Ärzte auf dem Land. Da sind die Leute auch nicht so hingegangen. Ja, ach, da war die Tochter, sie hatte ihre Brust entfernt bekommen. Das war wohl bösartig gewesen. Jetzt kamen die Leute zu der Tochter zum Besuchen. Und sie hat sich so darüber geärgert, dass sie nicht zu ihr kamen. Ach, und der Tochter war das so schwer. Dass die Mutter so war - auch gegen sie. Das war schwer. Und eines Tages... Ja, das ging aber auch noch über Jahre hin. Sie hatte wirklich einen guten Mann. Alle sagten zu ihm: Geh doch fort von der Frau. Naja, er hat`s nicht gemacht, gell. Und eines Tages, da war ich im anderen Dorf. Und da sagten sie: Ach, die Frau... Der Mann hatte so eine kleine Werkstatt. Die ist da rein gegangen und hat sich mit dem Beil die Hand abgehakt. Ja, und ich war ja auch in der Gemeinde noch. Sie ist dann gleich fortgekommen und geflogen worden. Sie war dann ja auch länger fort. Sie konnten die Hand aber nicht mehr annähen. Als sie dann wieder da war, da hatte ich in der ersten Zeit eine Zeitlang gewartet. Ach, ich wusste auch nicht, wie wird es denn jetzt sein? Naja, wie ich dann dahin bin (erstaunt), hat die Frau... Die war ja, als wäre gar nichts gewesen mit ihr. Sie war so frei und gar nicht bedrückt und nichts. Ach, ich hab dann auch nicht angefangen davon. Was sollte ich denn da reden? Ich war nicht enttäuscht, aber... Es war mir so komisch (lacht).

Interviewer 13: Sie konnten es nicht verstehen?

Schwester B. 13: (lacht) Ich konnte nicht verstehen, dass sie jetzt so war. Aber jetzt war sie die Bedauernswerte. Und das wollte sie sein. Sie wollte immer bedauert werden. Naja, das ist mir auch nur das eine Mal so passiert. Naja, eine andere Frau (sucht nach Worten), die hatte eine Tochter. Die war nicht verheiratet, aber sie zog immer mit Männern herum. Das war den Eltern so schwer. Zuhause war sie denn auch nicht mehr. Sie hat gearbeitet, sie hat auch viel Geld verdient aber... Ja, und sie hat dann Jahre lang darum gebetet. Und die Frau kam auch in die Kirche und in die Frauenstunde und hat die Kranken besucht, alos die Mutter... Das war also furchtbar. Naja, und auf einmal, da war sie denn auch... Viele Jahre waren rum - bestimmt 10 Jahre. Da wollte sie nichts mehr hören, nichts mehr hören. Auch nicht der Pfarrer sollte kommen, in die Kirche kam sie nicht mehr und

Naja, es war alles nichts, sie konnte nicht... Wahrscheinlich konnte sie nicht mehr glauben. Ja, und die sind dann doch mal zu einem Arzt gegangen bis nach I. Das war da schon ein bisschen weiter weg. Und die wurde dann nachher auch wieder. Und ich war ja schon ein paar Jahre hier. Da hatte sich die Mutter das Leben genommen. Und ein Sohn, er hatte sich schon früh das Leben genommen. Und das war auch so ein lieber Mensch gewesen. Er war nicht

verheiratet. Da haben die Leute erzählt, man kann ja nicht... Ich konnte da nicht so nachfragen. Die haben gesagt, er hätte gemeint, er wäre kein richtiger Mann. Und dadurch hat er sich das Leben genommen. Ja, und der andere Sohn, ach ja, der war so ein tüchtiger Mann. Die hatten ja keine Kinder. Und seine Frau, die war auch lieb zu ihrer Schwiegermutter, aber diese richtige Liebe zu ihr war doch nicht da. Die hat sie vermisst. Ja, da waren sie denn im Urlaub die jungen Leute. Und da taten sie dann die Mutter ins Heim. Und da schrieb sie mir: Im Heim gefiel es ihr so gut. Und dort würde sie auch Liebe empfangen oder so. Sie hat nicht über ihre Schwiegertochter geredet oder so, aber das hat gefehlt bei der Schwiegertochter. Das habe ich selber so gemerkt. Naja.. Und dann hat sich der auch noch das Leben genommen. Kinder hatten sie nicht.

Interviewer 14: Dann waren Sie da immer mittendrin und waren in der Funktion zu trösten und zuzuhören. Oder wie würden Sie es selbst beschreiben?

Schwester B. 14: Jaja, zuhören, viel zuhören. Ja, bei Schwerkranken haben wir auch Nachtwachen gemacht. Ja, und dann kamen nachts die Leute und schelten. Wir hatten ja noch kein Telefon. Ja, und überall war kein Telefon. Als ich in Y. war, da kriegten wir mit dem Kindergarten zusammen ein Telefon. Und wie ich dann nach U. kam, war da wieder keins. Naja, nebenan war ja das Pfarrhaus. Naja, und dann mussten wir ins Telefonhäuschen gehen. Da mussten wir da telefonieren. Da kam ich denn hin. Da war dann manchmal eine Schlange. Da musste ich dann warten, bis ich dran kam. Und wenn ich dann dran kam, dann war vielleicht besetzt.... (lacht) Ja, das war so. Ja, in einem Jahr... Wann war ich denn dahin gekommen? Ja, da war auch der Kindergarten unten. Und abends da hatten sie manchmal Elternabend. Und in dem einen Jahr bekamen wir keine Kindergärtnerin. Da waren zwei Frauen. Die eine hatte bei uns angefangen. Nicht bei uns in Frankfurt, sondern wo anders, Kindergärtnerin zu studieren. Und da erwartete sie ein Kind. Und da hatte sie ja die Ausbildung abgebrochen. Sie hat das dann nicht mehr gelernt. Und die eine war in der Kinderklinik, also auch als Schwester. Und da sagte ich zum Pfarrer, die könnte doch dann mal den Kindergarten machen. Die hatte ja auch ein bisschen Ahnung mit Kindern. Und da hat er gesagt: Ja, er wollte, sie mal fragen. Das hat er dann auch gemacht. Aber sie konnte dann keinen Elternabend halten. Und dann hat der Pfarrer die in I. geholt, die den ganzen Kreis verwaltete von den Kindergärtnerinnen. Die kam mit dem Zug gefahren, aber wie der fertig war, da ging ja kein Zug mehr. Da hatte der Pfarrer sie heimgefahren. Ja, und seine Frau stand auch vor der Tür und wollte dann mit ihm fahren. Und da fragte ich: Fahren Sie mit? Und da sagte sie: Mein Mann nimmt mich gern mit. Und am andern Morgen schellt es bei mir an der Tür. Und da kam die Frau, die immer bei dem Pfarrer geputzt hat, weil seine Frau hatte so arg Rheuma und alles, und so konnte sie das nicht so. Und da sagt sie: Gestern Abend sind die tödlich verunglückt. Der Pfarrer und seine Frau. Da haben sie die heimgefahren nach I. Und auf dem Rückweg unterwegs ist ihnen ein anderer rein gefahren.

Sie war gleich tot und ihn haben sie noch mitgenommen ins Krankenhaus. Dort ist er dann auch gleich gestorben. Naja, jetzt hatten wir keinen Pfarrer. Und dann habe ich dann auch nachher ein Telefon gekriegt. Sonst war das ja vom Pfarrhaus aus möglich, weil da telefoniert wurde. Naja, da hatte ich dann ein Telefon gekriegt. Aber auch wieder mit dem Kindergarten zusammen. (lacht)

Interviewer 15: Mussten Sie dann auch Gottesdienst halten, als der Pfarrer ausfiel?

Schwester B. 15: Gottesdienste, das war dann... In meinem Bericht hab ich das ja auch geschrieben: Sonntags hatten wir dann Pfarrer für den Gottesdienst zum Predigen. Aber in der Gemeinde fehlte dann doch die Seelsorge. Ein Jahr und acht Monate meine ich, hätte ich da geschrieben, waren wir ohne Pfarrer. Ich hab dann Andachten gehalten. Auch diese Passionsandachten, die sonst der Pfarrer abends hielt. Ja, aber predigen brauchte ich nicht. Da hatten wir einen Prädikanten im Dorf. Und wenn kein Pfarrer da war, dann hat der Gottesdienst gehalten. Oder ein Lektor, der einen Lesegottesdienst gehalten hat, oder es waren dann immer Pfarrer da.

Interviewer 16: Und wie war die Zusammenarbeit mit den Pfarrern und den Ärzten? Wie kann man sich das vorstellen? Sind Sie dann immer zu ihm gegangen? Oder hat er den Kontakt mit Ihnen gesucht? Wie war das?

Schwester B. 16: Jaja, bei dem Pfarrer konnte... In U., wenn jemand krank war, dann hab ich's ihm gesagt. Und dann ist er hingegangen. Und in U. da war auch eine Frau, ach, da kam ich morgens hin und da hatte sie Tabletten genommen, gell. Naja, die hatte mir einen Schlüssel von ihrer Wohnung gegeben. Das war ja ein bisschen komisch. Dass ich da dann rein konnte. Da musste ich dann den Arzt anrufen. Da musste ich dann auch an das Häuschen gehen. Und da blieb der so lange weg. Und da habe ich also auf die Straße geschaut, weil sie ja allein in dem Häuschen war. Es war ja kein großes Haus. Und da kam der Nachbar und der hat gesagt... Er hat mich gesehen und hat dann gesagt, was da wäre? Und da habe ich dann gesagt: Ich warte auf den Arzt. Er hat dann gesagt: Ich kann Sie nach Z. fahren mit dem Auto zum Hausarzt. Es war ein Samstag. Und so mussten wir zur Vertretung, der nicht herbeikam. Und als wir dann zurückkamen, war dann auch die Vertretung da. Ja, ich wusste dann, dass die Tochter in Z. wohnte, weil ich ja früher mal in Z. war. Und dann sind wir da hin. Sie war ja nicht da, aber die Enkelin war da. Die ist dann auch mitgekommen. Damit jemand da war, denn sie kam ja nachher ins Krankenhaus. Ich bin dann zum Pfarrer hin und habe ihm das auch gesagt (lacht). Und der war ein guter Seelsorger.

Interviewer 17: Habe ich das richtig verstanden, dass Sie den Pfarrer immer wieder informiert haben, wenn jemand Seelsorge von ihm wollte. Hat der Pfarrer Sie manchmal auch zu Kranken geschickt?

Schwester B. 17: Naja, das kam schon auch mal vor, aber nicht so oft.

Interviewer 18: Kamen die Leute dann direkt zu Ihnen?

Schwester B. 18: Jaja.

Interviewer 19: Und wie war es mit den Ärzten? Wie kann man sich das vorstellen? Hatten Sie da weniger Kontakt?

Schwester B. 19: In X. mit den Ärzten, wo ich zuerst war, da hatte ich sehr guten Kontakt. (überlegt) Und in Z. da hatten wir nicht so viel Kontakt mit den Ärzten. Da gab es mehrere. In Y. da hatte ich guten Kontakt. Einmal da hat der Arzt zu mir gesagt, ich soll mal mit ins andere Zimmer kommen. Und da hat er mich gefragt, was ich meine: Sollen wir die Frau ins Krankenhaus tun oder kann sie lieber zu Hause bleiben? Und da habe ich gesagt: Sie kann zu Hause bleiben. Ja, das hat mich der Arzt gefragt! (mit Nachdruck) Mit dem Arzt war ich sehr bekannt.

Interviewer 20: Sie waren sehr angesehen. Gab es in Y. auch mehrere Ärzte oder gab es nur einen?

Schwester B. 20: Da gab es zwei.

Interviewer 21: Und Sie kamen mit beiden gut zurecht?

Schwester B. 21: Ach ja, mit dem einen war es nicht so, aber... Der eine Arzt, der hat so viel getrunken. Da musste manchmal der andere Arzt für ihn dann, wenn er... Ach liebe Zeit, das war... Aber wie die Station dann gekündigt wurde, bin ich dann mit dem Fahrrad gefahren. Dann kam er mit dem Auto vorbei und hielt dann an. Und dann hat er gesagt: Sie können doch nicht weggehen. Wer soll denn die Kranken machen? (überrascht) Mit dem hatte ich sonst so keinen Kontakt. Wir hatten nichts Negatives aber auch nichts Positives miteinander. Aber da hat er dann doch gemeint (lacht): Das wäre doch nicht möglich oder so.

Interviewer 22: Ja, das war eine Wertschätzung?

Schwester B. 22: (lacht) Ja.

Interviewer 23: Wie war das mit der Seelsorge mit alten Menschen? Wie haben Sie das gemacht? Sie haben gepflegt und...

Schwester B. 23: Ich hatte so ein kleines Büchlein, in dem stand für jeden Tag eine kleine Krankenandacht. Aber kurz, gell: ein Bibelspruch, und auch das Gebet war nur ganz kurz. Und das habe ich dann gelesen. (nachdenklich) Naja, es gab auch mal Menschen, von denen ich wusste, die keinen Wert drauflegen. Die sieht man auch nicht in der Kirche und so. Und da konnte ich das nicht immer so gerade machen. Aber manchmal hab ich es doch gemacht. Aber nicht immer konnte ich das machen.

Ja, und einmal da war eine Frau, die war so schwer krebskrank. Sie hatte Knochenkrebs. Und was hatte sie all für Schmerzen gehabt. Und als ich dann sonntags hinkam... Wir haben ja auch sonntags gepflegt. Wir hatten ja keine Vertretung für Samstag oder Sonntag. Und da wollte ich auch in den Gottesdienst. Und da wollte ich sie dann nur so fertig machen und wollte dann keine Andacht lesen, da hat sie gesagt: Lesen Sie doch mal die Andacht. Die anderen können das andere dann machen, was da noch zu machen ist. Dass ich dann in die Kirche käme also... Die Leute waren auf dem Dorf doch noch sehr empfänglich dafür. Ich hatte niemand, der es mal abgelehnt hätte oder so. Das habe ich nicht erlebt. Die eine Schwester, die vor mir war, sagte, dass ein Mann es so abgelehnt hätte und zu ihr gesagt hätte: Halt's Maul. Der ist dann gestorben, den habe ich nicht mehr kennen gelernt.

Interviewer 24: Sie haben ja auch immer wieder abgewogen. Sie haben mir gesagt, dass Sie es nicht bei jeder Person machen konnten. War es eine Intuition? Oder wie würden Sie es beschreiben?

Schwester B. 24: (lacht) Naja, es war eine Frage des Muts. Man hätte es vielleicht gerade doch machen müssen? (lacht)

Interviewer 25: Vielleicht war es doch Intuition? Dass Sie ein Gespür dafür hatten, wer dafür empfänglich ist und wer nicht?

Schwester B. 25: Ja. Ach ja, manche hatten es ja auch zu Hause wirklich schlecht bei den Angehörigen, gell? Nicht die meisten, aber manche hatten es nicht gut zu Hause. Ach ja, und wenn ich dann die Treppen hochging... Da waren ja immer auch Treppen. Da habe ich dann gebetet, dass Gott mir doch die rechten Worte geben sollte...

Manchmal musste ich auch hinterher denken, dass Gott mir vergibt. Wie soll ich das sagen? Da gibt es doch so ein Lied, wo es heißt: Was nicht richtig war (lacht). Naja, ich kann manchmal auch nicht mehr so richtig denken. Da sind meine Gedanken fort (lacht).

Interviewer 26: Dass es dann nicht so ins Gewicht fällt? Oder so ähnlich?

Schwester B. 26: (lacht) Ja. Ja. Die Leute hatten doch auch so ein Vertrauen. Das hat man doch auch gespürt.

Interviewer 27: Und Sie haben auch von Situationen erzählt, wo Sie hilflos waren. Wie sind Sie mit Ihrer Hilflosigkeit umgegangen? Was hat Ihnen da geholfen?

Schwester B. 27: Ach, nur das Gebet. Dann abends oder auch wenn ich wieder nach Hause kam oder so. Oder wenn ich von einem zum andern ging.

Interviewer 28: Und vielleicht auch der Austausch mit den anderen Schwestern? War das auch eine Hilfe?

Schwester B. 28: Ach, ja, ja. Da hatten wir ja einmal im Monat Bibelstunde. Da kamen ein paar Stationen zusammen aus dem Kreis. Naja, und hinterher wurde miteinander Kaffee getrunken. Da kam dann doch vieles zur Aussprache. Oder auch die Nachbarschwester, die kam auch mal zu mir, wie sie so bedrückt war. Und sie erzählte, was sie erlebt hat. Ja, das konnte man ja dann machen.

Nachher da musste ich dann Autofahren lernen mit 50 Jahren. Ach ja. (lacht) Ja, ich sollte es ja schon in Z. lernen. Und da hab ich gesagt: Nein, nein, nein. Ich kann es nicht. Und dann habe ich ein Mofa gekriegt. Aber ich bin auch immer mit dem Fahrrad dann gefahren. Vom Mofa bin ich dann abgesprungen wie man vom Fahrrad abspringt. Ach nee. Und dann sollte der Freund von der Kindergärtnerin dann mal mit mir ein bisschen fahren. Aber dann wusste ich nachher nicht, wenn ich an der Straße warten musste: Habe ich Vorfahrt, darf ich oder darf ich nicht fahren? Da war ich so ängstlich. Ich hab's Mofa stehen lassen und bin wieder Fahrrad gefahren.

Aber wie ich dann in U. war, da sagte eine Frau in U., die in Z. verheiratet war: In U. können Sie's ruhig lernen. Da ist nicht so viel Verkehr und Sie kriegen jetzt auch noch eine Umgehungsstraße vom Dorf. Da können Sie es ruhig lernen. Das hab ich dann auch da gelernt! Beim Pfarrer A., der hat es noch erlebt. Ich hab im April den Führerschein gemacht. Und ich kriegte erst im Oktober das Auto. Jetzt bin ich so lange nicht mehr gefahren. Da war ich dann doch sehr ängstlich.

Ach, dann sagte er: Fahren Sie mal da hin. Da sollte ich aus dem Dorf rausfahren. Und da konnte ich auch schön fahren. Und da sagte ich: Ach, ich kann doch so schlecht rückwärts einparken. Ach, da ist genug Platz, hat er dann gesagt.

Nach Frankfurt wär ich nie gefahren. Es sind ja auch Schwestern nach Frankfurt gefahren. Aber es gab auch andere, die nicht hinfuhren. In der Stadt bin ich nicht gefahren, nee. Ich bin gerade mal vier Dörfer gefahren.

Interviewer 29: Sie haben ja erzählt, dass die Diakonissenstation dann aufgelöst wurde und zur Sozialstation wurde - wie war das für Sie?

Schwester B. 29: Ja, die Sozialstation, die kamen ja erst später. Ich habe Ende der 80er Jahre aufgehört.

Und die kamen ja erst so die letzten 2-3 Jahre, kamen die erst die Sozialstationen. Diakoniestationen haben sie sie auch genannt. Naja, (lacht) ich war nicht dafür. Ich hab dann gesagt: Ich muss dann nach auswärts, wenn ich nachts gerufen werde. Man hatte dann mehrere Dörfer, wenn man Vertretung hatte. Samstag und Sonntag hatte man dann auch Vertretung von den anderen Dörfern. Wir haben alles immer selber gemacht, aber da musste dann Samstag und Sonntag nur der, der Dienst hatte, auf die anderen Dörfer usw. Und das wollte ich nicht. Und dann... Ach nee. Ich hab dann gesagt: Nein, nein. Das möchte ich nicht mitmachen, solange ich noch Schwester war. Sie wussten ja auch, dass ich nicht mehr lange Dienst hatte.

Ich brauchte es dann nicht zu machen. Dann durfte ich meine Dörfer noch alleine fertig machen.

Interviewer 30: So wie Sie es gewohnt waren?

Schwester B. 30: Ja. Ja.

Interviewer 31: Und was war das Schöne daran? Sie haben gesagt, Sie haben die Patienten gekannt, Sie konnten pflegen und Seelsorge machen.

Schwester B. 31: Ja, was kann ich denn dazu sagen? Da hat man doch Gutes wirklich erlebt, aber ich komme im Augenblick nicht so richtig drauf.

Interviewer 32: Für Sie war es wichtig, dass Sie Ihres weiterleben konnten, auch wenn die Sozialstation anders organisiert war? Das durften Sie selbst entscheiden, dass Sie Ihres hatten?

Schwester B. 32: Jetzt hatten wir viel Schreibarbeit dann. Wir haben sonst nicht über die Kranken, was wir gemacht haben, geschrieben. Nur jeden Monat einen vorgedruckten Zettel vom Mutterhaus ausgefüllt. Wie viele Krankenbesuche, wie viele Hausbesuche wir gemacht haben. Das mussten wir melden. Und ich hab dann von einer Schwester gehört, die auch im Kreis I. war. Und die hat gar nichts geschrieben. Sie mussten auch ins Mutterhaus nichts melden. Wir haben schon immer geschrieben, wie viele Besuche wir gemacht haben. Was wir bei den Leuten gemacht haben, mussten wir nicht melden. Also, wieviel Besuche, ob wir Kindergottesdienst gemacht haben, das mussten wir dem Mutterhaus melden. Was wollte ich denn nun noch sagen?

Interviewer 33: Schreibarbeiten mussten Sie auch mitmachen?

Schwester B. 33: Ja. Ja, dann kam es aber auch, dass wir... Ich war von der Kirchengemeinde angestellt. In Y. war es ja die politische Gemeinde. Wir kriegten unser Haushaltsgeld. Das kriegten wir jetzt. Das hat das Mutterhaus festgesetzt, was sie uns geben mussten. Das haben wir dann... Das kriegten

wir dann vom Rentamt. Das Geld für den Haushalt. Da wollten die auch Zuschüsse haben von der Krankenkasse. Das haben wir vorher nicht gebraucht. Das kriegten wir nicht für die Pflege, nur für das, was so gemacht werden musste wie Spritzen und einen Einlauf oder einen Verband. Das kriegte man bezahlt. Nur wie nennt man das denn?

Interviewer 34: Die Besuche und Seelsorge wurden nicht bezahlt?

Schwester B. 34: Nein, nein. Auch die Pflege nicht. Wenn ich die fertig machte, das Waschen und so... Das wurde nicht bezahlt. Also zu meiner Zeit noch nicht. Und das musste der Arzt verordnen. Und dann mussten wir sehen, dass der Arzt dies verordnete. Und die Spritzen, die musste er ja auch verschreiben, Verbände ja auch. Aber Einläufe und so alles... Das hatten wir immer so gemacht. Das mussten wir nun auch verordnen lassen. Da mussten wir erst den Doktor fragen, dass er es verordnete. Da musste man dann alles haben: die Papiere, dass er das verordnet hat. Da musste man ein bisschen viel schreiben. Da sagte eine: Da kann ich ja eine Sekretärin gebrauchen, wenn ich das alles aufschreiben soll. (lacht)

Interviewer 35: Das war für Sie vorher einfacher, da konnten Sie alles selber entscheiden?

Schwester B. 35: Ja. Ja. Spritzen und so musste der Arzt ja auch verschreiben. Aber das andere konnten wir selber entscheiden: Verband, Wunden verbinden, was da gemacht werden musste.

Interviewer 36: Sie haben erzählt, dass Sie nach dem Krieg ins Mutterhaus eingetreten sind. Was hat Sie denn bewogen, dass sie Diakonisse werden wollten?

Schwester B. 36: Ach du liebe Zeit, wir hatten zu Hause keine Gemeindegemeinschaft. (überlegt) Als ich neun Jahre alt war, bekamen wir eine Schwester. Unser Pfarrer ist in den Ruhestand gegangen. Da bekamen wir einen anderen Pfarrer, der die Vertretung hatte. Und der hatte schon lange Diakonissen für den Kindergarten und auch für die Gemeindepflege. Und da hat er gesagt, in unserem Dorf bräuchten wir auch eine Gemeindegemeinschaft. Und die hatten von O. eine Schwester. Da hat er dorthin geschrieben. Aber die hatten keine. Und da haben sie sich nach Frankfurt gewandt. Und dann kriegten wir eine Schwester von Frankfurt. Da war ich neun Jahre alt. Und wir Kinder, wir wollten mal gerne die Schwester sehen. Wir haben bisher noch keine Schwester gesehen. Und wir Kinder, wir waren ganz begeistert, gell! Und da habe ich schon mal gesagt als Kind: Ach, ich werde auch mal Schwester. Naja, (lacht) als ich dann älter war, hab ich gedacht: Ach, wenn ich das alles machen muss, das kann ich denn doch nicht.

Und ich habe noch drei Schwestern. Und meine Mutter, die betete und sagte auch, sie hätte gerne, dass eine von uns Diakonisse werde. Und ich war ja die Älteste von den drei Schwestern. Und, naja... Dann kam der Krieg. Und da hat uns die Gemeindeschwester, die wir hatten, die hat mich immer mitgenommen, wenn sie mal auf eine andere Station ging. Und sie war immer so ein bisschen für mich (lacht). Und Ende der 30er Jahre, wie der Krieg ausbrach, waren schon sieben Mädchen von unserer Gemeinde Diakonisse geworden. Ja, und dann war es so. Sie hat mich immer mitgenommen auf andere Stationen und mit ins Mutterhaus mitgenommen. Und einmal kam sie aus dem Mutterhaus zurück. Ich hab Kindergottesdienst gehalten. Da sagte sie: Komm mal mit. Ach, der Pfarrer hat so gebetet für Nachwuchs. Und da hab ich an dich gedacht, ob ich nicht wollte. Sie hatte mich vorher schon mitgenommen zur Einsegnung. Und da war eine Schwester, die sagte: Du willst doch nicht die letzte von E. sein? Und das war gerade, als der Krieg ausgebrochen war. Naja, sie war angemeldet. Und dann ist sie auch eingetreten. Und da haben wir auch ein bisschen gesprochen. Und ich habe gebetet, Gott soll mir doch zeigen, was ich denn nun machen soll. Und da habe ich gesagt: Ja. Und da hat mich die Schwester schon angemeldet. Aber mein Vater hat gesagt: Nein, solange der Krieg ist, nicht. Ich hatte einen Bruder, der war erst 18 Jahre alt. Ach (traurig), den haben wir nie wieder gesehen. Aber so lange Krieg wäre und hier in Frankfurt die Flieger so schlimm sind, sollte ich nicht. Der Krieg dauert nicht mehr so lange, sagte mein Vater. Und dann kann ich gehen. Naja, und dann war er ja zu Ende der Krieg in 1945. Und die Gemeindeschwester hat mich auch schon angemeldet im Mutterhaus, dass ich kommen wollte. Naja, da bin ich dann eingetreten.

Interviewer 37: Dann kam so ein Stückchen zum andern dazu? Es war ein Weg für Sie?

Schwester B. 37: Ja. Ja.

Interviewer 38: Gibt es hier im Frankfurter Diakonissenhaus etwas ganz Spezielles, das Sie sehr angezogen hat - sei es von den Ritualen, von den Gebetszeiten, von den Werten?

Schwester B. 38: Ich hab dann auf der Station so manches mitgekriegt bei denen... Da habe ich mich gleich so reingefunden. Ich meine (lacht), ich kann nicht sagen, dass es etwas Besonderes war.

Interviewer 39: Ich habe mitbekommen, dass das Mittags- und Abendgebet mehr mit gregorianischen Gesängen gestaltet wird. War das früher auch schon so?

Schwester B. 39: Das war noch nicht ganz so. Nein, nein. Es war doch ein bisschen einfacher alles. Aber so Psalmen wurden immer schon gesungen. Da

war man am Anfang erst ein bisschen befremdet, denn so Psalmen singen, kannte ich von zu Hause nicht. Naja, aber es gab ja auch keine Kirche in 1945. Wir waren doch im Mutterhaus 10 Jahre weg.

Interviewer 40: Ja, da hab ich davon gelesen.

Schwester B. 40: Haben Sie davon gelesen? Ich bin dann gleich ins Oberforsthaus in die Villa Manskopf gekommen. Ja, da bin ich eingetreten. Da war es auch so schön. Da war gleich gegenüber der Wald. Und jetzt ist es da schon verbaut lange Jahre. Da war ich ein bisschen froh, dass ich das so mitten in der Stadt hatte. (lacht)

Interviewer 41: Weil Sie auch vom Land kommen?

Schwester B. 41: Ja. Ja. (lacht)

Interviewer 42: Ihnen ist das Diakonissenleben ja ganz wichtig geworden. Gibt es dafür ein Bild, ein Symbol oder ein Zitat, was mir veranschaulichen könnte, was Ihnen das Diakonissenleben bedeutet? Gibt es ein Bild dafür, ein Zitat, ein Bibelwort? Das ausdrückt, was Sie als Diakonisse leben konnten?

Schwester B. 42: Ach, da gibt's eigentlich... Wie ich in Y. war und die Station gekündigt wurde. Ach, das war mir so furchtbar, weil da war dann niemand da - keine Schwester. Ach, und die Kranken, die dann niemand hatten... Ja, und dann war doch an dem Tag, an dem ich wegkommen sollte... Am letzten Tag... Man wusste das schon ein paar Monate vorher. Die Station musste ja ein Vierteljahr vorher gekündigt werden. Und da war die Losung... Ich hab es mir aufgeschrieben: Ich bin mit dir gewesen, wo du hingegangen bist. Und das hat mich ja so, so getröstet. Ja, ich meine, so hat es geheißen. Ich hab es auch aufgeschrieben. Dann wusste es Gott ja auch... Wenn er... Er lenkt ja dann auch alles. Es fällt ja kein Haar von unserem Kopf, was er nicht wüsste. Dann weiß er auch, dass ich nun weg musste von der Station. Ja.

Interviewer 43: Dieses Bibelwort war für Sie tröstend in diesem Abschied nehmen?

Schwester B. 43: Ja! Ja! Und so ist immer mal ein Bibelwort, naja.

Interviewer 44: Vielleicht gibt es auch noch ein Bild oder ein Symbol dafür? Als Diakonisse waren Sie viel unterwegs, Sie wurden abgerufen in andere Dienststellen. Das war ja auch nicht immer so einfach, schätze ich mal? Gibt es dazu ein Bild, das Sie immer wieder getragen hat? So all die Jahre?

Schwester B. 44: Schauen Sie mal. Das Bild hab ich so gerne. (zeigt) Und das mag ich gerne. Das ist von Simeon. Und das ist das Bild von Maria von der Verkündigung, (überlegt) als der Engel kam. Also die beiden hab ich sehr gerne. (lacht)

Interviewer 45: Diese Bilder haben Sie auch begleitet in Ihrem Leben?

Schwester B. 45: Ach, nicht im ganzen Leben, aber eine Zeit. Das eine war ja... Das war ja auch in unserm Gebetsraum... Ach (denkt nach). Ach ja, wie hieß der denn?

Interviewer 46: Sie haben jetzt auch schon ganz viel erzählt... Vielen Dank. Sie haben es vorher angedeutet. Sie haben es auch erlebt auf der Station: Die Diakonissen leben in einer Glaubens-, Lebens- und Dienstgemeinschaft. So heißt es ja auch offiziell. Das wurde wahrscheinlich unterschiedlich gelebt. Auf der Diakonissenstation war es, denke ich, anders als jetzt im Mutterhaus im Ruhestand. Gab es einen Unterschied für Sie?

Schwester B. 46: Ach nee, wir haben uns sehr daran halten müssen. Müssen, naja, wir haben es auch getan! Die monatlichen Bibelstunden, die wir da hatten, auf der Station mit anderen Schwestern zusammen. Und wir sind ja auch viel ins Mutterhaus gefahren zu Veranstaltungen. So, kann ich das auch nicht so sagen.

Interviewer 47: War es für Sie dann ein Unterschied, wieder im Mutterhaus zu leben, wenn Sie vorher als Gemeindeschwester viel entscheiden durften?

Schwester B. 47: (lacht) Ach ja, naja. Da musste man sich auch wieder umstellen. (lacht) Ja. Ja. Wenn man selber machen konnte, was man wollte oder so. Aber hier musste man sich dann doch wieder mehr unterordnen. Oder wie soll ich sagen? Das ging ja nicht. Da kann nicht jeder so machen, wie er will. Das ging ja nicht. (lacht)

Interviewer 48: Sie haben es mit Humor getragen?

Schwester B. 48: (lacht) Ja!!

Interviewer 49: Jetzt habe ich noch eine Frage für die Zukunft. Die Zukunft der Diakonissen, wie sehen Sie die? Welche Herausforderung gibt es, welche Möglichkeiten sehen Sie? Was soll bleiben, was soll sich verändern, dass es mehr Diakonissen gibt?

Schwester B. 49: Ach, das kann auch nur unser Gott schenken. Wir können doch nicht, ja... Also, (zögert) die Schwester K. hat auch mal gesagt, naja... Es

gibt denn auch Schwestern, die meinen, wir hätten nicht genug gebetet oder richtig gebetet. Oder so. Und da hat sie gesagt: Wir haben doch immer gebetet und so. Und wenn das jetzt so ist... Nur unser Gott kann doch die Menschen dafür machen. Wir können sie doch nicht... Wir können beten, ja. Aber mehr nicht. Das meine ich auch. Wenn es Gottes Wille ist, dass wir jetzt nicht mehr so viele junge Schwestern kriegen. Andere Häuser haben ja noch weniger. Aber damit soll man sich ja nicht trösten. So ist es ja nicht... Aber dafür können wir dankbar sein, dass wir dann immer noch welche haben. Dann ist es doch auch Gottes Wille, wenn die Diakonissenhäuser jetzt nicht mehr... Manche jetzt schon ganz aufhören müssen. Ja, niemanden haben. Es ist doch nicht allein unser Verdienst. Naja, unser Verdienst wäre das ja nicht, wer viel hat oder wer wenig hat. Das ist doch nur Gottes Geschenk!

Interviewer 50: Sie sagen, man muss jetzt einfach abwarten, wie sich die Dinge weiter entwickeln? Und Sie geben Ihres dazu bei mit Ihren Gebetszeiten und mit dem, was Sie können... Und dann muss man sehen, was daraus wird?

Schwester B. 50: Ja, Ja. Ich weiß, wie ich im Krankenhaus war. Da war da eine Praktikantin, glaub ich, war das. Ach, das war so ein liebes Mädchen und so... Und da dachte ich auch: Ich will sie mal darauf ansprechen, ob sie Schwester werden will. Und da hat sie dann mal, wie eine ganze Zeit rum war, gesagt: Weil Sie so gesprochen haben, da dachte ich... Ach ja, sie müsste denn auch Schwester werden. Und da hab ich gedacht... Ich darf doch nicht, nur weil ich das wollte, soll sie doch nicht wegen dir Schwester werden oder wegen mir eintreten. Und da hab ich das nicht mehr gemacht, weil ich dachte: Nein, das darf man auch nicht. Wegen mir sollte sie nicht eintreten. Sie sollte nur eintreten, wenn sie die Berufung von Gott auch hatte. So sehe ich das.
(lacht)

Interviewer 51: Sie haben ja auch erlebt, dass Sie von einer Schwester angesprochen wurden und für Sie hat es gut gepasst. Für Sie war es stimmig auf Ihrem Weg. Und es kann sein, dass es bei jemand anderem dann anders ist?

Schwester B. 51: (lacht) Ja. Ja.

Interviewer 52: Gibt es noch etwas, was Sie mir sagen möchten? Ich habe meine Fragen alle gestellt. Haben Sie noch etwas, was Sie mir sagen möchten?

Schwester B. 52: Ach, vielleicht hab ich jetzt etwas vergessen. Ich komme nicht mehr so drauf. Ich kann auch nicht mehr so viel lesen. Das kriege ich nicht mehr so in meinem Kopf hinein. Dann habe ich's gelesen und weiß es hinterher nicht mehr. Es geht mir auch in der Kirche so bei der Predigt. Ich weiß dann hinterher nicht mehr, was war. Ich werde dann auf einmal so müde. Und ich nehme es nicht mehr so alles auf. Ach ja, und dann denk ich, die Gebete und

die Lieder, die man gesungen hat, da ist ja auch so viel drin. Und wenn ich es jetzt nicht mehr so weiss, also... Also, dann bin ich manchmal auch traurig darüber. Das wüsste ich gerne noch. (lacht)

Interviewer 53: Ich denke, es ist auch schön, wenn man Texte einfach mitbe-
ten kann, die andere verfasst haben. Wenn man sich einfach einreihet.

Schwester B. 53: Ja. Ja.

Interviewer 54: Ja, dann bedanke ich mich ganz herzlich bei Ihnen, Schwester
B. Dann schalt ich jetzt unser Gerät aus und wir können uns so noch ein biss-
chen unterhalten...

Gruppeninterview am 4.11.11 mit Schwester C. (79 Jahre), Schwester D. (78 Jahre) und Schwester F. (80 Jahre) - Gemeindekrankenpflege

Interviewer 1: Ich freue mich, dass wir heute zusammen dieses Gespräch haben. Und meine erste Frage ist: Welche Aufgaben hatten Sie in der Gemeindekrankenpflege? Was haben Sie gemacht? Was war da prägend? Sie haben gehört, dass die Diakoniestationen danach anders gearbeitet haben? Was war das Besondere, als Sie in der Gemeindekrankenpflege tätig waren?

Schwester D. 1: Wir wussten ja, in welchem Auftrag wir diesen Dienst machen. Und da muss man sehr differenzieren. Auf jeden Fall, was ganz wichtig war, nach Möglichkeit immer pünktlich sein. Weil der alte oder kranke Mensch einfach gewartet hat. Ja, und der meinte, wenn man nicht pünktlich war oder nicht da sein konnte: Ach, jetzt bin ich den ganzen Tag allein. Die Schwester kommt nicht. Und das hat ja Angst ausgelöst. Und wir hatten ja unseren festen Plan. Jeder Tag war also schon ausgebucht mit den Besuchen, die wir zu machen hatten. Ich erzähle jetzt erstmal in der Hauptsache von X. Da war ich mit einer freien Mitschwester zusammen. Meine Mitschwester, die Diakonisse, ist in Ruhestand gegangen. Und da hatten wir Bezirke. Ich hatte also die eine Hälfte von X. Ja, und da hat man eben zuallererst die wichtigsten Sachen gemacht. Zu der Zeit gab es noch nicht die Erleichterung mit den Spritzpistolen und so, sondern man musste einfach noch die Insulinspritzen machen. Und auch darauf achten, dass die Spritzen steril waren. Es war noch ein bisschen anders, als wie es nachher am Schluss war. Manche haben auch selbst ihre Spritzen ausgekocht. (lacht) Und da konnte man Dinge erleben, die erschütternd waren. Einmal wurde vergessen, dass die Spritze draufstand. Und da war sie also verbrannt oder verschmolzen. Man musste sich zusehends immer auf neue Dinge einstellen. Auch wenn es ungefähr immer die gleiche Aufgabe war, die man bewältigen musste.

Schwester F. 1: Ich erzähl einmal weiter. Ich bin ja nur drei Jahre im Ganzen Gemeindegemeinschaft gewesen in einer Landgemeinde. Ich war dort sehr gerne. Was mir dort wichtig war neben den pflegerischen Maßnahmen, die alten Menschen zu besuchen. Die alten Menschen, die sehr alleine waren, weil ja tagsüber die Verwandten und Bekannten, alle, die zu ihnen gehörten, nicht da waren, zur Arbeit waren. Es war damals noch sehr viel Landwirtschaft gewesen. Und die alten Menschen haben sich sehr gefreut, haben auch dankbar angenommen, wenn ich ihnen mal etwas vorgelesen hatte. Und es war damals so, dass man noch nicht so sehr im Leistungsdruck gewesen ist. Schon im Zeitdruck, aber nicht so, dass man das alles aufschreiben musste. Man konnte halt, wenn man dann eine Viertelstunde später nach Hause gekommen ist, war das auch in Ordnung. Und das fand ich das Schöne in den drei Jahren. Ohne Druck, ohne Leistungsdruck die Menschen zu besuchen. Was sehr schön an der Gemeindegemeinschaft war, fand ich und finde es heute noch, dass man eine ganze Fa-

milie zusammen hatte: Kinder, Großeltern, Eltern und die Nachbarsleute. Soweit erstmal, ja?

Schwester C. 1: Was Schwester F. erzählt hat, da kann ich nicht so ganz mit. Ich bin, wenn ich in die Gemeinde bin, wirklich als Krankenpflegerin hingegangen. Die Menschen, die ich besucht hatte, waren krank. Manche lagen ganz fest im Bett, andere waren so krank, dass man ihnen einfach helfen musste aufzustehen, weil es allein nicht möglich war. Waschen und Kämmen war alles dabei. Und bei manchen alten Menschen waren auch noch Angehörige, die es halt nicht allein geschafft hatten. Wo man mithelfen musste. Ja, und eine Frau hatte ich, die war ziemlich gelähmt und es wurde als mehr. Und sie lag viel im Bett. Und das eine hab ich auch gemacht, was Schwester F. gemacht hat. Ich hab immer irgendwie versucht, den Menschen ein Wort Gottes zu sagen, die Losung gelesen zum Beispiel. Und das habe ich auch bei dieser Frau gemacht. Und eines Tages, ich wusste nicht, woher sie das wusste: Ich hatte viele auf einmal, es waren sehr viele Kranke dazu gekommen. Und da hat sie gesagt zu mir: Schwester C., ich weiß, dass Sie sehr, sehr viel haben und darum bitte ich Sie, machen Sie gar nichts an mir, pflegen Sie mich nicht, aber die Losung lesen Sie mir! Das will ich haben! Wissen Sie, das Wort Gottes ist mir so wichtig. Und ich sage Ihnen auch, warum. In meiner Krankheit sind mir schon große Anfechtungen gekommen. Und ich habe gedacht, eigentlich könntest du ja einen kleinen Gang machen und da, wo es dir möglich ist, dich irgendwo runterstürzen, nimmst dir das Leben. Und da hat mich immer wieder festgehalten das Wort Gottes, das da stand und zu mir sprach. Und dann habe ich den Gang nicht tun brauchen. Das hat mich immer wieder davor bewahrt, dass ich so etwas getan habe.

Schwester F. 1a: Könnte ich noch etwas einflechten? Ich hab es mir so einteilen können, dass ich vormittags natürlich die Pflegearbeit gemacht habe, die nötig war so wie Schwester C. Und nachmittags, wenn ich ein bisschen freier war, da hab ich die alten Menschen besucht. Ja, so in dem Turnus. Und ich kann mich an eine Frau erinnern, die auch gesagt hat: Schwester F., das andere macht meine Tochter, aber bitte lesen Sie mir die Losung. Das war vielen alten Menschen sehr wichtig. Das wollte ich nur noch ergänzen.

Interviewer 2: Wurde das auch immer angenommen? Oder haben Sie auch die Erfahrung gemacht, dass das manche nicht wollten?

Schwester F. 2: Ja, ich hab gefragt: Darf ich Ihnen etwas vorlesen? Und dann haben die meisten gesagt: Ja, gerne. Einmal weiß ich, dass jemand gesagt hat: Nein. Ich kann das selber lesen. Das gibt es natürlich auch. Gut. Was war da noch wichtig gewesen? Vielleicht muss man dazu sagen, ich bin mit dem Fahrrad gefahren. Ich hatte drei Dörfer. Und die waren so 2-3 km auseinander. Das

war schon auch eine körperliche Anstrengung. Auch im Winter. Da bin ich gelaufen (lacht) mit Stiefeln.

Schwester C. 2: Ich muss sagen, das war bei mir ähnlich. Ich hatte auch am Anfang mehrere Dörfer und bin mit dem Fahrrad gefahren. Und damals hatten wir bei unserer Schwestertracht. Das muss ich jetzt auch mal erzählen, wenn's... (überlegt) Jetzt weiß ich nicht mehr, wenn's festlich war oder überhaupt. Wir hatten über unserer Haube eine schwarze Überhaube. Und die Haube war vorne mit Schleife. Die war anders als die hier (zeigt auf Haube). Und da war so eine schwarze Überhaube. Und da musste ich auch oft aufs Nachbardorf. Da war's schon dunkel oder halb Nacht. Ja, da war noch irgendetwas zu erledigen oder es war ein Ruf gekommen. Und da hat eines Tages mich unterwegs ein Mann angehalten, woher er mich kannte oder woher er wusste, was ich machte, weiß ich nicht. Und der hat zu mir gesagt: Ich will Ihnen mal einen guten Rat geben, wenn Sie um die Zeit unterwegs sind, dann setzen Sie bitte die schwarze Haube ab, dass man die weiße Haube sieht und dass jeder Sie sieht. Damit Sie niemand anfällt oder überfällt. Das gab es damals auch schon, was heute der Fall ist, dass Frauen von Männern überfallen worden sind. Gell, setzen Sie die schwarze Haube ab. Wenn all die Leute die weiße Haube sehen, wissen Sie: Das ist eine Diakonisse, und dann ist alles gut.

Schwester F. und Schwester D. bestätigen dieses.

Schwester D. 2: Also die Gemeindefarbeit war ja nun sehr unterschiedlich. Wie Schwester F. schon sagte, man hatte eben die ganze Familie. Man muss da sehr genau wissen, wo man was gesprochen hat. Also, man kam in den Hof rein. Da stand also der Opa, will ich jetzt mal sagen, der Großvater und hat eben seine Not loswerden wollen, dass es eben kein anderer hört. Entweder gut oder weniger gut. Dann kam man ins Haus rein. Da stand die Schwiegertochter. Die klagte dann über den Opa und über die Oma, die oben liegt. Und so ging das von Stockwerk zu Stockwerk oder von Tür zu Tür weiter. Man musste sehr viel Weisheit und sehr viel Liebe einbringen jeden Tag neu. Und es war ganz wichtig, dass man genau wusste, die Leute verdrehen oft Sachen zu ihren Gunsten oder zu Gunsten anderer... Ja, und da wird man mit der Zeit weise und auch stille und hört sich vieles an. Oder man sagt dann, was ich manchmal gesagt habe, das müsst ihr einmal bitte miteinander selber ausmachen. Ja, das muss geklärt werden. Möchten Sie, dass wir das mal zusammen besprechen? Und ansonsten möchte ich, da habe ich mich auch geschützt, dass ich dann gesagt habe: Ich will all das nicht hören, was Sie mir sagen. Und was mir eine ganz große Hilfe war und was mir auch heute immer noch eine Hilfe ist bei allen Situationen, wenn ich merke, es wird Ungutes über einen anderen gesprochen oder etwas, das nicht ganz der Wahrheit entspricht oder was ich nicht durchblicken kann, dass ich dann einfach sagte: Gell, wir sind jetzt hier zu zweit, aber Sie wissen ja wir sind zu dritt. Nö, hier ist doch niemand mehr.

Doch, habe ich gesagt, Gott hört mit. Und vor ihm müssen wir verantworten, was wir jetzt sagen. Und damit habe ich mir wirklich ganz viel Geschwätz auch von mir abwenden können.

Interviewer 3: Das ist auch ein gutes Stichwort, das Sie sagen: Geschwätz ist etwas anderes als Seelsorge.

Schwester D. 3: Ja, ein Gespräch. Und es gibt ja Menschen, die sind... Wir müssen auch immer selbst auf uns aufpassen, in welche Richtung führe ich jetzt meine Gespräche. Was will ich damit ausrichten und was will ich damit bezwecken? Und das ist einfach immer wieder auch eine Selbstkontrolle. Und das ist für eine Gemeindegewesin oder für alle, die in einer öffentlichen Arbeit stehen, wichtig. Also, das habe ich immer wieder als das allerwichtigste empfunden, dass die Leute nicht sagen konnten, die Schwester oder der Pfarrer oder der Doktor, der hat mir das und das erzählt. Ja, und ich habe also eine alte Dame gehabt, die hat uns sehr geschätzt. Sie wollte immer neues wissen. Und wenn ich dann hinkam, da hat sie gesagt: Schwester D., was gibt's denn Neues? Ach, habe ich gesagt, wissen Sie, Sie haben die Zeitung schon gelesen. Ich hatte noch keine Zeit dafür. Und wenn sie dann eben gestutzt hat. Ja, ich will doch etwas anderes wissen: Wie geht's denn der und der? Wie war sie denn heute gewesen? Und dann habe ich gesagt: Möchten Sie, dass ich denen, der und der erzähle, was ich jetzt heute bei Ihnen gemacht habe? Ja, und da muss man den Mut dazu haben, Nein zu sagen.

Interviewer 4: Sie haben alle drei die Seelsorge betont bei den alten Menschen. Wie haben Sie das gemacht? Sie haben gesagt, nachmittags waren Sie eher zu Besuchen da. Ja, wie sah das aus? Seelsorge mit alten Menschen in Kombination mit der Pflege?

Schwester D. 4: Ja, ich würde sagen, die Seelsorge ist sehr, sehr unterschiedlich. Ich kann also nicht sagen, wenn ich jetzt die Losung gelesen habe, dann habe ich das erfüllt. Es ist manchmal ein einziges Wort oder ein einziger Satz. Und mir hat immer sehr geholfen, dass ich mein Gesangbuch auswendig konnte. Ja, und da habe ich manchmal oder sehr oft, ich hab die meiste Zeit mit dem Gesangbuch gelebt. Und das ist ja Wort Gottes. Das war eigentlich für mich zu allen Zeiten bei Tag und bei Nacht wirklich der Zugang und die Stelle, wo ich was weitergeben konnte. Wo andere Menschen Jahrhunderte lang davon gelebt haben, da durfte ich jetzt auch für mich persönlich und für die anderen wirklich den Wert raus lesen, was ein Paul Gerhardt sagt: Denk nicht in deiner Drangsal Hitze, dass du von Gott verlassen seist. Und dass der im Schoße sitze, nicht mit großem Glücke speist. Die Folgezeit verändert viel und setzt jeglichem sein Ziel.

Ja, und dann immer der Situation angepasst. Wirklich aus dem Gesangbuch leben. Das war dann nicht meine Antwort, sondern das war die Antwort von Menschen, die es uns geschenkt haben und die damit gelebt haben.

Schwester F. 4: Eine kleine Ergänzung dazu. Also meistens haben sich die alten Menschen gefreut, wenn man ein Lied gesungen hat. Nun habe ich gern gesungen oder einem Psalm gelesen. Das muss nicht viel gewesen sein. Oder einfach nur, dass man stille bei ihnen gesessen hat bei dem kranken alten Menschen. Dass er das Gefühl hatte, er war nicht verlassen oder vergessen. Und da hatte ich einmal eine Praktikantin. Das war sehr schön für mich. Die hat Gitarre gespielt. Dann haben wir miteinander, sie hat gespielt, und ich hab gesungen. Das war natürlich ideal. Das war eine schöne Zeit. Die war vier Wochen bei mir, war hier im Mutterhaus ausgebildet, und dann hatte sie eine Zeit für die Gemeindecrankenpflege. Das haben nicht alle wahrgenommen, aber manche vier Wochen. Und es war eine sehr schöne Zeit.

Schwester D. 4a: Das muss ich auch sagen.

Schwester C. 4: Ich möchte nur etwas Äußeres sagen. Von der Seelsorge haben wir ja nun genug gesprochen. Selbstverständlich war das bei mir auch. Aber weil ich so viele Wege hatte, hat die Gemeinde nachher beschlossen, dass ich nicht mehr mit dem Fahrrad sondern mit dem Auto fahren sollte. Und da habe ich noch in der Gemeinde... Ich war Mitte 30 ungefähr, da hab ich den Führerschein gemacht und bin dann auch Auto gefahren. Das war dann irgendwie wieder etwas anders. Man hat Zeit gespart, man ist schneller hingekommen zu den Leuten. Und die Seelsorge und das alles musste man auch machen. Ich kann da jetzt im Einzelnen nichts anführen, was ich außer den Lösungen noch gemacht habe. Aber es ist ja schon reichlich gesprochen worden.

Schwester F. 4a: Ich wollte jetzt, ohne dass ich... Ich wollte dich nur dran erinnern: Hast du den Führerschein nicht in Z. gemacht? Und die Gemeinde hat dir dann ein Auto gegeben? Und du hast zuerst kein Auto gehabt?

Schwester C. 4a: Ja, das kann sein.

Schwester F. 4b: Ich weiß noch, als du den Führerschein gemacht hast und kamst und sagst: Ich hab bestanden. Weiß ich noch (lacht). Und die Gemeinde, wo sie dann hin ist, hatte noch kein Auto für sie. Also lag der Führerschein erst einmal auf Eis. Aber dann haben sie dir ein Auto gegeben.

Interviewer 5: Für mich wäre auch noch eine Frage: Wie war die Zusammenarbeit mit den Ärzten, mit dem Pfarrer. Wer hat wen informiert? Wie lief das denn?

Schwester F. 5: Soll ich gleich mal dran bleiben? Also, ich hatte einen sehr guten Pfarrer, der war drei Jahre bei uns im Mutterhaus Zweitpfarrer gewesen. Und der war dort in der Gemeinde. Der hat auch sehr viele Hausbesuche gemacht, hat mich informiert, wenn Schwerkranke da waren oder Menschen, die Probleme hatten oder wo man einfach mal hingehen musste. Das war eine große Hilfe. Ich habe alle 14 Tage eine Frauenstunde, einen Frauenkreis, gehabt in der Gemeinde. Und die Frauen, die waren sehr tätig. Die haben mir auch immer einen Wink gegeben: Schwester F., da müssen Sie mal hingehen. Oder da müssten Sie mal hingehen. Der hat's nötig. Der ist nicht gerade schwer krank, aber der wartet auf einen Besuch. Und das war sehr schön. In allen drei Gemeinden.

Interviewer 6: Dass es also gar nicht so sehr über den Pfarrer ging sondern über die Gemeindeglieder?

Schwester F. 6: Ja, besonders über die Frauen. Die Frauen sind so wichtig für uns, gell?

Schwester C. 6: Mir fällt noch etwas ein. Sie haben ja gefragt vorhin, wie die Leute das aufnahmen, was wir taten? Mit Gottes Wort und mit Seelsorge... Eigentlich wussten die Leute ja, dass wir Diakonissen sind. Und sie wussten auch, dass ihre Gemeinde im Mutterhaus Schwestern bestellt hatte für die Krankenpflege. Und da hat ein Vertrag bestanden. Folglich dessen mussten sie auch damit rechnen, dass wir ihnen das Wort Gottes bringen und dass wir versuchen, sie damit vertrauter zu machen. Im Allgemeinen meine ich bei mir, ist es auch angekommen. Das tut mir so leid, aber ich konnte es nicht aufrechterhalten. Ich hatte zum Schluss in dem einen Dorf eine Ärztin. Die war verhältnismäßig spät erst dahin gekommen. Sie hat sich sehr für uns interessiert und wollte auch Verbindung mit mir aufrechterhalten, dann auch im Mutterhaus. Aber es hat irgendwie nicht geklappt, ist nicht hingekommen. Also ich möchte damit sagen: Die mussten ja damit rechnen, weil sie wussten, dass die Gemeindeschwestern vom Mutterhaus waren. Und da waren ja lauter Diakonissen. Und da mussten sie damit rechnen, dass das Wort Gottes gebracht wird.

Interviewer 7: Weil man sehr mit der Kirchengemeinde verwoben war... Das ist dann anders geworden mit den Diakoniestationen, weil die Verträge dann auch anders waren. Das war ein wichtiges Stichwort. Verträge zeigen schon etwas, in welche Richtung es geht: Da ist etwas in dieser Richtung zu erwarten oder nicht.

Schwester F. 7: Ja, da war schon eine Erwartung da. Da ist man auch sehr oft drauf angesprochen worden.

Schwester D. 7: Es ging ja gerade um die Frage wegen dem Auto. Also, ich bin, wenn ich nicht Rad gefahren bin oder gelaufen bin, dann konnte ich ja nicht Auto fahren. Ich hatte ja keinen Führerschein. Da habe ich auch Frauenstunde gehalten. Frauenhilfe hieß das oder heißt das. Und da war also ein ganz treuer Kreis von Frauen, wo wir ganz genau wussten, die beten auch für die Arbeit von den Schwestern. Das bestand auf Gegenseitigkeit: Wir trugen die Gemeinde vor Gott. Und die haben uns vor Gott getragen auch mit unseren Aufgaben und Verpflichtungen.

Und eines Tages sagte eine von den ältesten Damen: Schwester D., wie wäre das denn... Da bin ich also mit dem Fahrrad durch den Ort gefahren... Wie wäre es denn, wenn Sie den Führerschein machten? (lacht) Dann hab ich gesagt: Das würde ich gerne tun, aber wer soll mir den Führerschein bezahlen? Wer soll mir die Ausbildung zahlen? Ja, das haben wir uns überlegt. Die Frauenhilfe bezahlt Ihre Fahrstunden. Sie dürfen also den Führerschein machen. Und für das Auto muss dann die Gemeinde sorgen. Wenn Sie den also bestanden haben, kriegen Sie ein Auto. Ja, also das war schön. Da hatte ich schon mal den Vorzug, den Führerschein zu haben, und die Gemeinde hatte dann das Auto. Und die waren auch sehr großzügig uns gegenüber, muss ich sagen. Ich hatte eine alte Mutter, wenn ich die dann mal... Wenn ich dann in Urlaub fuhr, dann haben sie also in dem Ort gesagt: Gell, Sie nehmen das Auto mit? Und dann bezahlen Sie nur das Benzin. Das war also wirklich ein wunderbares Entgegenkommen. Das muss ich sagen! Das war schon schön. Und als ich dann nach X, in die Land- oder Stadtgemeinde kam, da hatte ich wohl den Führerschein aber nur ein Fahrrad. Und da war das gar nicht schlecht. Ich bin also durch X. gefahren mit meinem Fahrrad. Und da konnte man wunderbar Kontakte knüpfen: Guten Morgen, guten Morgen. Ach, gut geschlafen? Also so ging das dann. Und dadurch hatte ich viele Menschen kennen gelernt. Und man hat dann schon einen Blick dafür bekommen, wer dir begegnet ist auf der Straße. Wer grüßt wieder zurück, wer ist verhalten und ist also unnahbar. Und da war es mir immer eine ganz große Freude, wenn die Leute einen Hund hatten. Und wenn ich dann den Leuten guten Morgen gesagt habe und sie waren immer noch so verschlossen, da habe ich einfach mit dem Hund geredet. Dann habe ich gesagt: Ach, was bist du für ein schöner Kerl! Ja, und wie schön, dass du mit dem Frauchen spazieren gehst. Also, meine Liebe zu den Tieren hat mich dann über das Tier zu den Menschen gebracht. Das waren also Erfahrungen, die ich also auch immer weiter gepflegt habe. Ja.

Schwester F. 7a: Das war das Schöne am Radfahren. Ja, dann stand die Mutter schon am Gartentürchen und hat es aufgemacht, dass man durchfahren konnte.

Schwester C. 7: Es war vorhin die Rede von der Frauenhilfe. Und deshalb komme ich jetzt da drauf, das habe ich nicht getan. Ich habe keine Frauenhilfe gehalten, obwohl es bei uns auch Frauenhilfe gab. Aber ich hab ja in einem

Haus gewohnt, in dem auch noch eine andere Diakonisse, die älter war als ich, gewohnt hat. Und diese Diakonisse war Kinderschwester. Sie hat den Kindergarten geleitet. Und die hat auch die Stunden gehalten. Sie hat Frauenhilfe und Kindergottesdienst gehalten. Manchmal hatte sie sogar, wenn der Pfarrer nicht konnte, ihn vertreten und die Predigt gehalten. So dass also das Theologische oder Seelsorgerliche nicht zu kurz kamen und von uns schon beachtet wurde, aber nicht von mir allein. Denn das hat dann diese Schwester gemacht. Und diese Schwester ist wesentlich älter wie ich. Aber ich kann`s ja ruhig mal dazu sagen, sie lebt heute noch. Sie ist drüben in unserm Altenheim. Wir haben sehr viele Jahre da zusammen in dieser einen Wohnung gewohnt. Und dadurch kam`s, dass ich keine Frauenhilfe gehalten habe. Diese Sachen hat sie dann gemacht.

Interviewer 8: Das haben Sie sich dann aufgeteilt.

Schwester C. 8: Ja.

Interviewer 9: Jetzt wollte ich noch fragen: Gab es ein einschneidendes Erlebnis, wo Sie erlebt haben, jetzt ist die Arbeit anders als vorher, sie hat sich sehr verändert? Jetzt ist es nicht mehr so, wie ich es all die Jahre gemacht habe. Ich muss mich umstellen. Gab es so etwas?

Schwester D. 9: Also da war es gut, wenn man ein gutes Miteinander mit dem Pfarrer oder der Pfarrerin hatte. Und auch ein gutes Miteinander mit den Ärzten. Da kam die Zeit, dass die Leistungsbögen ausgefüllt werden mussten. Und das muss ja ganz genau... Zuerst musste man ein Rezept vom Doktor haben. Das mussten die Leute sich selbst vom Doktor besorgen. Und dann kamen die Leistungsblätter. Da muss ja alles eingetragen werden. Gott sei Dank nicht die Uhrzeit und solche Sachen, die nachher den Menschen wirklich die Kraft gekostet haben und dann so denken: Du musst jetzt alles eintragen. Und das war das Schöne. Es war einfach noch... Es war dieses Persönliche, nicht dieses Abhören und dieses Kontrollieren. Und das Vertrauen, das einem entgegengebracht wurde, das war einfach wunderbar.

Ja. Und dem Pfarrer lag dran, der musste die Blätter ja vorzeigen und musste es dann nachher auf dem Rathaus abgeben wegen der Abrechnung. Aber wir mussten nicht, wie das dann später war, alles dokumentieren. Und ich war, ich war sehr froh, dass ich... Ja, ich muss es so sagen: Ich wurde dann krank, hatte das Bein gebrochen, was alles dann so war. Und die Arbeit in der Gemeinde fiel mir dann schwer, weil ich auch sonstige Beschwerden hatte. Und dann bin ich abgelöst worden. Ich war aber mit einer Mitschwester zusammen, einer freien Schwester, und wir hatten das, was früher nicht war. Früher war man mit einer Mitschwester, einer Diakonisse, zusammen. Und da hatte man nicht eine geregelte Freizeit. So will ich`s mal nennen. Und von dem Moment an, wo ich

mit einer freien Schwester zusammen war, haben wir uns einfach abgesprochen. Alle 14 Tage hatte eine von uns freies Wochenende.

Ich hatte hier im Altenheim meine Mutter. Mein Bruder war gestorben, mein Vater war gestorben und meine Mutter musste also Bewohnerin im Nellinistift sein. Und die wartete immer alle 14 Tage schon auf ihre D. Und das war ein gutes Gefühl zu wissen, die Mitschwester macht jetzt die Arbeit. Man hat vorher besprochen, das und das ist nötig. Das und das ist nicht nötig. Man musste das eben schon ordnen und besprechen. Und das war also eine große Hilfe.

Interviewer 10: Das war also eine große Hilfe, durch die Pflegeversicherung Regelungen zu finden...

Schwester D. 10: Ja, das will ich nicht einmal sagen durch die Pflegeversicherung. Das haben wir Schwestern miteinander ausgemacht. Hatte nichts mit der Pflegeversicherung zu tun. Gute Absprachen. Und die Absprachen, die sind geschehen, mit dem Pfarramt. Dass der Pfarrer genau wusste oder die Pfarrerin, dann und dann ist die eine Schwester dran und dann ist die andere Schwester dran. Ja, und das war dann einfach so.

Sie hatten ja gefragt, ob wir ein gutes Miteinander mit den Ärzten hatten. Da muss ich sagen, in der Regel. Es gibt immer Ausnahmen. In der Regel war das wirklich ein gutes Miteinander. Und ein ganz großes Vertrauen wurde uns auch entgegengebracht. Und das, was sie dann (lacht) nicht am Wochenende machen wollten, man hatte seine Leute auch kennen gelernt. Dann haben sie gesagt: Schwester D., machen Sie mal dem die Spritze. Und da wusste ich dann ganz genau, es hätte ja sonst ein anderer Arzt machen müssen. Und dann habe ich gedacht: Ja, also gut. Wie gesagt, man lernt ja auch dann Menschen kennen. Und wir hatten also ganz, ganz wertvolle Ärzte.

Interviewer 11: Das machte dann die Zusammenarbeit auch leichter?

Schwester D. 11: Ja. Ja. Man durfte auch ganz frei sagen... Oder ich habe mir die Freiheit genommen zu sagen: Das und das hat mir nicht zugesagt. Warum haben Sie das so entschieden? Dass sie auch wussten, man hat nicht alles so hingenommen. Ja, es kommt immer auch darauf an. Der Ton macht die Musik.

Schwester F. 11: Ich möchte dazu auch etwas sagen. Also, ich habe noch die Leistungsbögen erlebt. Und (überlegt) dann war es so, dass ich ja Fahrrad gefahren bin. Und dann hieß es auf einmal von der Frauenhilfe: Schwester F., können Sie nicht auch den Führerschein machen? Das Auto stand nämlich in der Garage.

Meine Vorgängerin, auch eine Mitschwester von mir, wurde sehr schwer krank. Ich habe noch ein paar Wochen mit ihr gearbeitet. Dann musste sie aufhören. Und das Auto stand in der Garage. Ich hab das immer angekuckt und hab gedacht: Ne, das ist nichts für dich, usw. (lacht). Fahr lieber Fahrrad. Aber ich hab

mich dann dazu aufgerufen und hab einige Fahrstunden genommen. Also im dritten Jahr, als ich beinahe schon gegangen bin. Und ich hab noch ein paar Runden mit meinem Fahrrad gedreht, weil ich noch eine Dame besuchen wollte, der ich noch etwas bringen wollte, bevor ich in die Ferien fuhr. Und dann bin ich an einer abschüssigen Ecke in den Gartenzaun gerammt. Aber ziemlich gerammt. Ich bin vom Fahrrad gestürzt und hatte einen ziemlichen Unfall. Und ich musste dann aufhören. Also, es war die Schulter kaputt, gebrochen. Das Knie war kaputt. Und man hat gesagt, es hat jetzt keinen Wert. Ich werde zu lange ausfallen für die Gemeinde. Vier Wochen hätten sie gewartet, aber es ist ein Vierteljahr oder fast ein ganzes Jahr daraus geworden. Ja, und dann habe ich mit diesem Unfall meine Gemeindegewandlung beendet, die nur drei Jahre gewährt hat. Aber es waren drei so intensive Jahre. Es sind jetzt 25 Jahre her, dass ich heute noch viele Namen weiß, viele Leute kenne. Und das war so intensiv. Das war eine so schöne Zeit. Und ich denke im Nachhinein, ich bin davor bewahrt worden, dass diese ganzen... Also vor dem, was nachher gekommen ist mit der Zentralstation: Dieses minutengenaue Aufschreiben und Dokumentieren. Davor bin ich bewahrt worden. Das wäre mir sehr schwer gefallen, nicht weil ich nicht schreiben kann, sondern weil ich Zeit für die Menschen gebraucht habe. Und die hätte ich da nicht mehr gehabt. Vielleicht, nicht mehr so intensiv. Also, der Unfall war schon schlimm.

Schwester C. 11: Den hab ich miterlebt?

Schwester F. 11a: Ja, meine Schwestern in der Umgebung haben das miterlebt. Die haben mich auch treu besucht. Ich lag in der Unfallklinik. Das waren die treuen Begleiterinnen. Bis ich dann nachher transportfähig war und hier nach Frankfurt gekommen bin und dann noch Weiterbehandlung hatte. Das hat wirklich ein halbes Jahr gedauert. Und danach bin ich nicht mehr in die Gemeinde gegangen, weil sich die Gemeinde inzwischen auch umsehen musste. Und dann kam das mit den Zentralstationen. Es wurde eh umgestellt. Trotzdem war es für mich eine wunderschöne Zeit. Ich möchte sie nicht missen. Auch nicht das Radfahren durch die Gemeinde... Da sind so schöne Wiesen. Ich sehe die heute noch vor mir (lacht).

Interviewer 12: Haben Sie ein einschneidendes Erlebnis in der Gemeindegewandlung gehabt?

Schwester D. 12: Du bist doch zu mir nach G. gekommen?

Schwester C. 12: Ja, ich bin zu dir nach G. gekommen. Ja, aber wie ich nach G. kam, das war doch schon Feierabend.

Schwester F. 12: Dann ist sie wohl routinemäßig abgelöst worden.

Schwester C. 12a: Es war vielleicht verkehrt, aber wie ich 65 Jahre alt war habe ich gesagt: Jetzt will ich aufhören mit der Gemeindearbeit. Ich hätte es vielleicht nicht tun sollen. Wir hätten vielleicht auch weiter arbeiten dürfen, aber ich habe gedacht: Mit 65 reicht's. Das war vielleicht nicht so ganz richtig von mir, dass ich das gemacht habe. Aber ich hab's gemacht. Und dann bin ich weg gekommen. Dann bin ich nochmals weggegangen auf Anraten unserer Frau Oberin nach G. und hab da etwas im Haushalt mitgeholfen.

Interviewer 13: Was ich so raushöre, ist, dass Sie die Versetzungen alle gar nicht so schlimm gefunden haben, dass es manchmal auch ein Segen war, dass man vor manchem bewahrt geblieben ist?

Schwester C. 13: Wir haben ja auch dem Mutterhaus, als wir angefangen haben... Wir haben gesagt, dass wir das tun, was das Mutterhaus will, dass wir gehorsam sind. Dass wir Ja sagen zu dem, was das Mutterhaus zu uns sagt. Wir durften auch einmal einen Einwand bringen, das haben auch verschiedene gemacht. Ich habe das auch einmal gemacht. Aber wenn das Mutterhaus gesagt hat: Du sollst da und da hin, da ist eine Not. Dann ist man hingegangen, weil man das ja versprochen hatte.

Interviewer 14: Das war Ihre Haltung?

Schwester D. 14: Das war das Sendungsprinzip. Also ich glaube, es war manchmal eine harte Zeit. Gegen das eigene Ich, so will ich mal sagen. Aber es war auch eine Segenszeit. Dass man dann ganz genau... Dass man vertraute, dass die Menschen, die mich jetzt aussenden, haben darüber gebetet und haben sich darüber Gedanken gemacht. Ja, und haben einem dadurch auch Mut zugebetet, es zu wagen. Und man hat dann nicht gleich, wie es leider heute häufig so ist, wenn es einem nicht passt, lässt man's einfach fallen und fängt etwas Neues, etwas anderes an. Ich glaube jede von uns, unsere Generation will ich mal sagen, hat diesen Segen wirklich auch erleben dürfen. Denn man hat gelernt oder man durfte es lernen, sich selbst auch zurückzunehmen und die Sache zu sehen, um die es jetzt geht, ja? Wenn ich so an die Ehen denke. Heute weiß man ziemlich genau, es sind die Hälfte der Ehen, die halten nicht länger als 5 oder 10 Jahre. Dann gibt's eine Trennung. Mag alles gut und schön sein. Jeder muss auch selbst entscheiden, aber wenn ich so an die Ehen von früher denke, durch welche Tiefen Vater und Mutter gegangen sind und dadurch einfach innerlich gewonnen haben. Es wurde nicht alles hinterfragt, sondern im Vertrauen einfach angenommen und im Glauben gewagt, ja. Und ich glaube dieses Erwachen und diese Veränderung hat unsere Kirche auch nötig, unsere Gesellschaft. Ja, und jeder hat es an sich selbst erlebt. Im Nachhinein haben wir gedacht. Ich hab eine Mitschwester, die habe ich abgelöst, hier in der Gemeinde. Die hat immer gesagt: Schwester D. (Pause)... Weil viele Dinge, die schwer waren, und es gab vieles, wo man sich durchringen musste

und auch Vertrauen haben musste. Die hat immer gesagt: Schwester D., vergiss es nie: Gott macht Maßarbeit. Du wirst es erst hernach erfahren, für was das und das gut war. Ja, und ich glaube, das müssen wir auch der nachfolgenden Generation vorleben - nicht vorsprechen. Das glauben sie einem nicht. Dann sagen sie: Du bist ja nicht ganz gescheit. Selbstverwirklichen und lauter solche Sachen ist heute angesagt - solche Fiesematenten sagen sie dann. Ja, aber das ist was ganz Wichtiges.

Interviewer 15: Das ist auch meine nächste Frage. Ich kann mir vorstellen, dass es durch Stellenwechsel auch solche Themen wie Einsamkeit, Überforderung gab. Wie sind Sie damit umgegangen mit Einsamkeit und Überforderung?

Schwester D. 15: Ich glaube, das hängt auch mit der Mentalität jedes Einzelnen zusammen. Das kann man nicht verallgemeinern.

Interviewer 16: Wie sind Sie damit umgegangen?

Schwester D. 16: Ich glaube (lacht) nicht so schwer. Ich hab das Leben einfach, obwohl es nicht leicht war, ja wirklich versucht, im Vertrauen anzunehmen. Ja, auch wenn Sachen kamen, die mir gar nicht gefallen haben. Ja, das habe ich von meinen Eltern gelernt. Da wurde nicht so viel geredet. Meine Mutter hat gesagt: Pack's an, und dann siehst du, wie es geht. Tu nicht alles durchsprechen. Und das habe ich mir einfach gemerkt, das ist wohl mit der Muttermilch schon eingesogen worden.

Interviewer 17: Wie haben das Ihre Mitschwestern gemacht?

Schwester F. 17: Da muss ich dazu sagen, ich war ja Kinderschwester wie Krankenschwester. Wir waren damals auf unseren Stationen nie allein. Wir haben eine Mitschwester gehabt, die man mehr oder weniger gekannt hatte. Oder man hat sich dann dort kennen gelernt. Aber Einsamkeit gab es eigentlich nicht. Das war einmal, als ich da die letzten drei Jahre Gemeindeschwester war, da war ich allein, weil der Kindergarten in zivilen Händen lag. Aber der Kindergarten war in demselben Haus. Und da war immer was los, ja. Ich war froh, wenn abends mal nichts los war. Ich hab's eigentlich ziemlich gut überwinden können. Einsamkeit ist mir kein großes Problem geworden. Und ich schließe mich auch gerne an, bin immer fröhlich gewesen und lustig. Und hab das eigentlich gut... Manchmal war's mir auch zu viel, alle paar Jahre wechseln. Aber mein Vater hat gesagt: Kind, solange man Lehrbub ist, muss man lernen (lacht). Das war nicht so ein großes Problem, solange wir nicht alleine waren. Und wir waren ja zu zweien oder zu dreien manchmal in einer Gemeinschaft. Das war schon schön. Ich würde Ihnen gerne noch etwas sagen, aber da müssten Sie das Mikrophon ausmachen. (Mikrofon wird ausgestellt.) (...)

Schwester C. 17: Wegen der Einsamkeit, fragen Sie? Also, ich habe mich in der Gemeinde nicht einsam gefühlt. Erstens haben Sie ja gehört, die Kinderchwester hat bei mir gewohnt und dann hatten wir die Angewohnheit, ich glaube es war alle vier Wochen oder es war noch öfter, haben sich die Gemeindegewestern rundum getroffen und ausgesprochen. Und das war sehr schön und sehr wichtig. Und dadurch ist das Gefühl der Einsamkeit auch nicht so aufgekomen. Das wollte ich nur zu dem Gefühl Einsamkeit sagen.

Interviewer 18: Es ist etwas organisiert worden - vom Mutterhaus aus, oder?

Schwester F. 18: Ja. Aber wir haben uns auch gegenseitig besucht. Also, wenn wir näher zusammen waren. Und da haben wir uns gegenseitig besucht. Schwester B. wohnte in Y., die hat mich besucht. Ich habe auch jemand besucht. Das ging also von uns aus. Wir müssen den anderen nicht alleine lassen. Und das war eigentlich in uns drin. Und das haben wir ausgefüllt.

Schwester D. 18: Das ist etwas ganz Wichtiges. Wie ich mich selber in der Gemeinschaft einbringe. Wenn ich ein Einzelgänger bin und immer nur mein Süppchen koche, dann werde ich auch, wenn ich die Veranlagung habe zum Einsamsein, auch sehr darunter leiden. Aber es ist einfach ganz wichtig, wir sind als junge Schwestern in eine Gemeinschaft eingetreten. Und dann ist mir die Gemeinschaft so viel wert geworden, dass ich nicht gut auf die andere letztlich verzichten kann. Das heißt nicht, dass man nicht allein sein möchte mal. Das ist wunderbar, dass es das gibt. Wir haben jetzt hier, wo wir jetzt hier wohnen, auch jede sein Zimmer für sich. Das hatten wir auch drüben im Mutterhaus. Früher haben wir zusammen gewohnt, wie wir jünger waren. Da gab es den Probesaal. Da waren mehrere drin. Dann war das Novizenzimmer. Da waren also die Schwestern, die vom Alter und vom Jahrgang zusammenpassten - nicht vom Geburtsjahrgang. Wir hatten 18-Jährige und 36-Jährige zusammen. Wir hatten 45-Jährige und 19-Jährige zusammen. Man musste sich schon immer auch einüben, sich anzupassen. Wenn man also zum Beispiel zu acht im Probesaal gewohnt hat, da konnte der eine nicht immer da rumtanzen oder Fiesematenten machen oder immer die Rede führen, sondern da war man dann gemeinsam still. Wir waren aber auch gemeinsam fröhlich. Dieses aufeinander achten...

Interviewer 19: Da ist auch noch eine Frage. Das Diakonissenleben bedeutet Ihren Lebensinhalt. Gibt es dafür ein Bild, ein Symbol ein Bibelzitat, das verdeutlicht, was Ihnen das Diakonissenleben bedeutet? Oder ein Wort, ein Bild, das Sie lange begleitet hat, wo Sie merken, das macht deutlich: Das bedeutet mir das Diakonissenleben. Gibt's da etwas?

Schwester F. 19: Eigentlich unser Kreuz.

Schwester D. 19: Wer mir dienen will, der folge mir nach. Und wo ich bin, da soll mein Diener auch sein. Wer mir dienen wird, den wird mein Vater ehren.

(Pause)

Ja, das ist einfach: Wir sind eine dienende Gemeinschaft. Und das gelingt uns nicht immer, weil wir selber ja oft so große Egoisten sind. Das fällt mir nicht gerade zu, sondern ich muss vom ersten Tag des Eintritts bis zum letzten Atemzug auch in meiner Mitschwesterngemeinschaft lernen, dass ich nicht die erste Geige spiele. Aber dass ich in dieses Konzert hineingehöre.

Interviewer 20: Ein schönes Bild - ein Konzert, ein Orchester...

Schwestern: Ja!

Schwester D. 20: Da fällt mir ein. Da gibt es eine sehr schöne Legende von Engeln, nein von Mönchen. Da ist also ein alter Mönch, der kann nicht mehr singen. Und da gehören wir ja jetzt auch dazu. Ich hatte früher eine wunderbare Stimme. Jetzt kann ich nicht mehr singen. Darunter leide ich, aber das ist die Tatsache. Und dann haben sie also zu dem Älteren gesagt: Sei still. Du musst still sein. Du störst den Gesang. Und eines Tages kam ein Engel von Gott herunter und hat gesagt: Komisch. Euer Konzert oder euer Gesang ist irgendwie anders geworden. Irgendetwas fehlt. Gebt ihr euch auch genug Mühe? Da fehlt eine bestimmte Stimme. Und da war das der alte Mönch, der nicht mehr singen konnte oder verkehrt gesungen hat. Aber im himmlischen Chor hat's gefehlt.

Schwester F. 20: Eigentlich mein Einsegnungsspruch, mein Spruch zur Novizeneinführung: Die Liebe verträgt alles, sie glaubt alles, sie duldet alles. Die Liebe geht niemals zu Ende. Das ist jetzt eine freie Übersetzung von mir (lacht). Sie hört nie mehr auf.

Schwester C. 20: Ich weiß im Augenblick keine genaue Antwort darauf. Ich weiß nur, dass ich ja nicht einfach eingetreten bin, um Diakonisse zu werden oder weil mir die Gesellschaft gefallen hat oder das ganze Mutterhaus oder so. Sondern das war damals, ich hatte es auch aufgeschrieben, aber ich weiß es nicht mehr auswendig. Es war durch ein Wort Gottes, das so deutlich war und zu mir gesprochen hatte. Und damals habe ich gedacht: Wenn ich das erfüllen soll in meinem Leben, dann muss ich entweder einen Missionar heiraten und mit dem hinausgehen, dass wir draußen in der Welt, wo er, Jesus, nicht bekannt ist, bekannt machen. Oder ich muss Diakonisse werden. Und da hat es sich dann ergeben nach einer gewissen Zeit, dass ich wusste: Ich werde nicht heiraten, ich trete als Diakonisse ein. Ja, aber ich kann Ihnen das Wort nicht auswendig sagen. Aber in meinem Lebenslauf habe ich es aufgeschrieben. (lacht) Aber so kann ich es nicht sagen. Und jetzt wollte ich auch noch etwas ohne das Mikrofon sagen. (Mikrofon wird ausgestellt) (...)

Interviewer 21: Nun die nächste Frage. In Ihrer Satzung habe ich gelesen, da steht ja: Sie leben in einer Glaubens-, Lebens- und Dienstgemeinschaft. Das hat sich im Lauf der Zeit bestimmt weiter entwickelt: in der Gemeindekrankenpflege war es wahrscheinlich anders als nachher als Feierabendschwester. Wie haben Sie das erlebt? Wie füllen Sie das aus: Glaubens-, Lebens- und Dienstgemeinschaft?

Schwester D. 21: Ja, ich würde sagen, das gehört zusammen. Durch den Glauben sind wir erstmal zusammengekommen. Zum Leben gehört der Dienst. Es geht nicht ohne das andere. Also eins gehört zum anderen. Das kann man nicht trennen! Wenn ich jetzt also die Dienstgemeinschaft von der Glaubensgemeinschaft abtrenne, dann bin ich wie ein amputierter Mensch.

Interviewer 22: Wie haben Sie das gelebt in der Gemeindekrankenpflege, wie nachher im Mutterhaus?

Schwester D. 22: Ja, das ist das, was ich vorhin schon einmal sagte. Wenn man ganz bewusst wirklich diesen Schritt gegangen ist, dann gehört es einfach zum Leben dazu: zu meinem Leben und dem Leben, das ich mir gewählt habe, indem ich in die Diakonie eingetreten bin, Diakonisse geworden bin. Da kann ich nicht eins vom anderen trennen! Der Alltag fordert mich dann ganz mit Glauben, Leben und Dienst. Das geht nicht anders. Denn wenn ich eins von diesen weglasse, zum Beispiel jetzt im Feierabend kann ich nun nicht mehr den Dienst tun, den ich halt noch vor zehn Jahren getan habe. Das geht nicht mehr. Aber ich muss mir dann einfach schenken lassen, auch von meinem Willen her schenken lassen, dass ich jetzt etwas anderes tue. Was in den Augen der anderen ganz armselig ist. Aber wenn mir jetzt oben an meiner Nähmaschine jemand etwas hinlegt und sagt: Da sind zwei Bänder abgerissen und da habe ich ein ganz großes Loch. Kannst du mir das vielleicht oder können Sie mir das vielleicht nähen oder stopfen oder wie auch immer? Dann ist das im Moment mein Dienst. Gestern brachte mir eine unserer Schwestern zwei große Schachteln mit Knöpfen. Die waren alle durcheinander. Die sollten also für unsere Schneiderin nach Möglichkeit ein bisschen sortiert werden. Ja, da habe ich dann gestern Nachmittag da gesessen und habe zwei Schachteln Knöpfe sortiert und aufgefädelt. Die zusammengehören wieder zusammengebunden und ins Kästchen getan. Ja, wissen Sie? Dann kann ich nicht sagen, das das ist... Ich erzähl das sonst gar nicht. Das ist jetzt einfach mal ein ganz banales Beispiel, wie mein Alltag ist. Ja? Ja, und wenn ich dann nicht denken muss, dann kann ich in der Zeit, wo ich auch sonst nichts mache als nur Knöpfe sortieren, in Gedanken einfach die Menschen vor Gott bringen, was mich im Moment einfach bewegt. Schwerkranke. Ja? Ich muss jetzt nicht unbedingt die Händefalten, sondern ich kann sagen: Jesus, du weißt, wie arm der und der jetzt dran ist. Ach sei doch so gut, wenn's in deinem Plan ist, lass ihn doch gesund werden.

Ja, wissen Sie, das ist wie ich mich ganz bewusst und willig einbringe in den Dienst, der jetzt im Moment gefragt ist.

Interviewer 23: Ja, danke. Das ist auch dem Alter entsprechend angepasst?

Schwester D. 23: Ja, der Situation!

Schwester F. 23: Das ist auch so, wenn man wieder ins Mutterhaus zurückkehrt, dass man auch dann die kleinen Dienste tut, die getan werden müssen. Wir helfen beim Tischdecken, für die Mitschwestern beim Einkaufen, in die Apotheke gehen und solche Dinge. Das ist die kleinere Dienstgemeinschaft, aber die für alle wichtig ist, wenn wir uns untereinander helfen. Im Alter ist das sehr viel. Es sind nicht mehr die großen Dinge, aber es sind die kleinen Dinge, die uns miteinander verbinden. Glauben, Leben und Dienen. Diese drei Dinge. Im kleineren Umkreis, im kleineren Maß, aber sie bleiben. Glaube, Liebe und Hoffnung.

Schwester D. 23a: Ich möchte noch etwas dazu sagen. In einer Gemeinschaft, in der wir jetzt leben, wir sind jetzt fast alles ältere Schwestern, die eigentlich im Ruhestand sind. Und wir unterscheiden uns gar nicht von den Leuten, die draußen sind. Überhaupt nicht. Nur wir wissen, wohin wir gehen können mit unseren Sorgen. Wir haben jemanden, den wir ansprechen können. Aber wir müssen lernen... Und das glaube ich, ist ganz, ganz wichtig. Wir müssen lernen, uns zurückzunehmen. Und nicht meinen, ich müsste jetzt bei allem etwas zu sagen haben. Die Zeiten sind vorbei. Das habe ich machen müssen, wo ich in der Verantwortung stand. Aber ich kann nicht zu allem meinen Senf dazu geben.

Interviewer 24: Das ist ein Lernfeld?

Schwester D. 24: Ein Zurücknehmen. Aber ganz bewusst, ganz bewusst zu entscheiden: Muss ich jetzt etwas sagen oder ist es unnützlich, wenn ich etwas sage?

Interviewer 25: Da gibt es ja auch ein Zitat, das besagt: Man soll sich überlegen, wann man etwas sagt und wenn man sich zurücknehmen soll oder schweigen. Immer wieder diese Frage.

Schwester F. 25: Denn die Erfahrungen sind ja groß. Und ein großer Schatz. Und den zurückzuhalten und den nicht immer gleich so preiszugeben oder so... Da gibt es so ein Wort von einer, ich komme jetzt aber nicht drauf, von einer alten katholischen Schwester, die das sagt: Es sind nicht die alten Frauen, die überall ihren Senf dazu geben müssen, sondern wir müssen lernen, uns zurückzunehmen. Da liegt viel Weisheit drin.

Schwester D. 25: Das ist einfach wichtig, wenn ich jetzt nichts mehr zu sagen habe, will ich jetzt mal in Anführungsstrichen sagen. Da kann ich doch dafür beten, ja? Das braucht ja jetzt gar niemand zu wissen. Aber ich bete vielleicht für die, die sich immerzu kippeln müssen. Ja? Weil sie noch nicht gelernt haben, sich zurückzunehmen. Das nervt mich, ja? Aber wenn ich noch etwas dazusage, dann wird's ja noch schlimmer! Und da ist uns einfach wirklich geschenkt, dass wir einfach diese Brücke schlagen dürfen...

Schwester F. 25a: Jetzt noch etwas Schönes zum Schluss. Die wir älter werden, haben ja Zeit. Wir haben jetzt Zeit, uns Zeit zu nehmen, um zuzuhören, um zu lesen, um in unsere Andachten zu gehen, wer es noch kann oder zu hören. Wir haben Zeit bekommen!

Interviewer 26: Und ich wollte Sie noch fragen: Die Zukunft der Diakonissen - wie sehen Sie die? Was muss bleiben, was soll sich verändern? Dass die Diakonissen Zukunft haben? Was denken Sie? Das ist eine schwierige Frage...

Schwester D. 26: Wir können nicht in die Zukunft blicken. Ja, in dem Sinn. Gott sitzt im Regimente und führet alles wohl. Und wenn er es möchte, dann wird auch die Diakonie und das Diakonissenhaus weiterleben. Wenn er es möchte, nicht wenn nur wir es möchten. (Pause) Also das ist mein Vertrauen, was ich einfach auch Gott entgegenbringen darf. Denn ich weiß nicht, unsere jungen Schwestern, na jung... Die sind auch schon alle über 30. Das ist heute nicht mehr jung, gell? Die sind alle über 30 und da hat jede ihren Beruf. Und von denen wird ganz anderes abverlangt als, was uns abverlangt worden ist. Und jede Zeit fordert auch, ja, auch ihre Opfer. Und ich glaube, das Wichtigste ist, wenn ich in diesem Beruf gehen will oder mich dazu berufen fühle, dann geht es nicht ohne Opfer! (mit Nachdruck) Es geht nicht ohne Opfer. Und wenn es das Opfer ist, dass ich das jetzt nicht allein erledigen will, allein regieren will. Die Zeit ist so, so schnell geworden, so hektisch geworden, ja zum Teil so unpersönlich geworden, dass es einem fast Angst werden kann. Ja, und was diesen Menschen, die nach uns kommen, abverlangt wird, das wissen wir ja heute noch gar nicht. Ja, wir können Gott nur immer wieder bitten: Führe du deine Sache weiter. Nicht unsere Sache, aber gebrauche uns. Gebrauche uns, aber führ Du deine Sache weiter. Du ganz allein kannst es machen. Wie schnell, wie schnell werden die dann... Wir haben so viele junge Menschen hier im Haus gehabt. Wenn die alle noch bei uns wären, über die Jahre - über Jahrzehnte. Ja dann wären wir eine riesengroße Schwesternschar. Aber wo es dann dran ging, dass sie wirklich sich selbst ganz einbringen müssen, sind sie gegangen.

Schwester F. 26: Also, mein Gebet geht dahin, dass es Christen gibt, die denn auch ohne Tracht leben können. Das kann man nicht mehr erwarten, von ganz wenigen vielleicht. Dass es Christen gibt, die in Verantwortung das weiterführen, was wir einmal vor 150 Jahren angefangen haben. Ich sehe das an einem an-

deren Mutterhaus. Die haben noch ganz wenige Diakonissen. Eine Diakonisse davon gehörte zu uns, war Oberin und ist jetzt im Ruhestand. Die haben eine gute freie Mitarbeiterschaft, die wirklich in Verantwortung das Werk übernommen haben. Die nennen sich auch diakonische Bruder- und Schwesternschaft, stehen in der Arbeit, stehen in der Verantwortung und stehen auch in einer guten Glaubensgemeinschaft. So etwas wünschte ich mir für die Zukunft.

Schwester C. 26: Dazu habe ich nichts mehr zu sagen. Vorhin wurde das gesagt mit dem, dass man hilft, was man kann, das mach ich auch. Soweit mein körperliches Befinden das zulässt. Dann helfe ich mal einem älteren Menschen, der noch schwächer ist oder erledige etwas für ihn. Und so im Allgemeinen muss ich ganz ehrlich sagen: Ich habe viele kleine körperliche Gebrechen, die aber doch so sind, dass ich auch gewisse Zeiten wirklich auch für mich brauche. Was einfach nicht mehr zu ändern geht. Deshalb fühle ich mich aber nicht ausgeschlossen aus der Gemeinschaft und bin auch immer wieder dabei. Wir haben ja auch immer wieder gemeinsame Stunden. Wir haben jede Woche einmal Diakonissenabend, wo wir alle zusammen sind. Wir haben Bibelstunden. Ich gehe, wenn's irgend möglich ist, morgens in die Andacht und abends ins Nachtgebet. Da sind wir auch zusammen... Und auch zum Essen.

Interviewer 27: Zum Schluss möchte ich noch eine Frage vom Anfang aufgreifen: Was hat Sie bewogen, Diakonisse zu werden? Für uns heute ist das etwas Besonderes. Sie haben schon gesagt, ein Wort Gottes hat Sie angesprochen. Kann ich von Ihnen beiden noch dazu etwas hören? Wie kam es dazu, dass Sie gesagt haben: Das ist es, was ich möchte?

Schwester F. 27: Tja, ich hab erst einmal zugeschaut. Als Kindergärtnerin war ich ja noch keine Diakonisse. Da habe ich in einer Gemeinschaft gelebt mit einer Diakonisse. Und das hat mir schon großen Eindruck gemacht. Und dann das Wort Gottes würde ich sagen: eine Predigt. Da hat es mich getroffen. Und da gab es noch einmal einen Einschnitt: Da starb eine Schwester des Mutterhauses in der Nachbarstation, die dort gelebt hat, die ich geschätzt habe. Und ich war bei der Beerdigung dabei. Und der damalige Pfarrer sagte nach seiner Predigt: Und wer wird einmal in diese Lücke springen? Und da hab ich mir gesagt: Das wirst du wahrscheinlich sein! Also, ich hab mich gemeint. Es hat noch einige Jahre gedauert, aber es hat mich nicht losgelassen. Bis ich dann Ja gesagt habe. Also die Unruhe war immer da. Obwohl andere schöne Angebote auch waren (lacht), z. B. in meiner eigenen Kirchengemeinde arbeiten als Kindergärtnerin. Aber das hat mir keine Ruhe gelassen. Also das Vorbild der Schwestern. Das war schon wichtig! Und das Wort Gottes, das mich getroffen hat. In manchen Predigten, nicht nur einmal, sondern mehrere Male. Und das eine Erlebnis, das letzte...

Schwester D. 27: Ja, wenn ich so bedenke, was hat mich bewegt? Eigentlich, dass ich über viele, viele Jahre, immer wieder mal über meine Mutter an Diakonissen gekommen bin. Da hatte ich aber... Ich wollte immer Schwester werden. Säuglingsschwester. Und das war also nicht möglich, weil aus dem einfachen Grund: Man hätte zu meiner Zeit noch Schulgeld bezahlen müssen, um Säuglingsschwester zu werden. Und da hatten wir kein Geld dazu. Also, dann ist das schon ganz weggefallen. Und dann, meine Mutter war schwer herzkrank. Und wir sind sonntags in unsere Notkirche gegangen und Mutter wurde oftmals ohnmächtig, wenn keine gute Luft da war. Und dann haben wir... Und da wurde sie hinaus getragen (bei der Notkirche wohnte die Gemeindegemeinschaft). Und dann wurde die Notkirche werktags auch als Kindergarten benutzt. Da, wo die Leute sonntags drauf gesessen haben auf den Bänken, das waren montags unsere Tischchen für die Kinder. Nur als Vorrede. Nun kurz um, meine Mutter lag da und kam aber wieder zu sich. Und da sagte die Gemeindegemeinschaft: Du bleibst jetzt hier einmal bei deiner Mutter. Die Schwester S., die kommt auch noch. Das war die Kinderschwester. Naja, kurz um die Schwester S. kam und meine Mutter war wieder bei sich. Und da sagte sie: Was machst du denn? Hat sie mich gefragt. Ich geh noch in die Schule, aber es gefällt mir da nicht mehr, weil wir da nicht richtig lernen. Es war in der Kriegszeit oder Nachkriegszeit. Und was möchtest du denn gerne? Ach, hab ich gesagt, ich möchte eigentlich gerne im Kindergarten arbeiten. Und da hat sie gesagt: Das kommt mir gerade recht. Vielleicht hat deswegen deine Mutter heute einen Herzanfall kriegen müssen, dass wir da miteinander reden können.

Ja, ich habe es bewerkstelligt, dass ich aus der Schule weggehen konnte. Ich war ja 14 Jahre und hatte nicht mal eine mittlere Reife fertig gemacht, weil es wirklich einfach keine schöne Zeit war. Nach dem Krieg - unsere Schulzeit. Und dann habe ich im Kindergarten zwei Jahre als Kindergartenhelferin gearbeitet und war immer... Ich hätte fast gesagt Tag und Nacht mit der Schwester S. zusammen. Und die war ja wirklich ein Aushängeschild für die Diakonie. Eine fröhliche Frau. Eine ja, eine fröhliche Diakonisse. Und die Gemeindegemeinschaft war eine sehr bestimmte, ja, wie soll ich sagen, eine zielstrebige Diakonisse, die den Menschen einfach vorgelebt hat, was Pflege heißt. Sie kam also in unser Haus, mein Vater war schwer kriegsbeschädigt. Und sie kam viel in unser Haus. Und dann hat sie gesagt: Schön, dass Du jetzt im Kindergarten arbeitest, aber du könntest noch mehr machen. Du könntest einmal noch in die Hauswirtschaftslehre gehen ins Mutterhaus. Ja, wie sich das so ergeben hat. Ich hab dann zwei Jahre nach dem Kindergarten im Mutterhaus als Haushaltslehrling gearbeitet. Und da ist man ja ständig mit Diakonissen zusammen gewesen. Und der Pfarrer dort, der hat es auch wirklich verstanden, Menschen in die Nachfolge zu rufen. Ja, und wenn man dann zwei Jahre immer wieder auch hört: Jesus wartet auf dich. Und Jesus ruft dich. Du musst dich nur entscheiden. Das überlässt er dir. Da ist also dieser Wunsch gewachsen und dann ebenso geworden, dass ich mit 18 Jahre Diakonisse geworden bin. Probeschwester geworden bin. Ja, besser einfach... Das gehörte dazu! Und schon als Kind...

Meine Mutter hatte bei den Schwestern gewaschen und gebügelt. Und da habe ich auch eben die alten Schwestern schon kennen gelernt. Aber da war mir noch nie der Gedanke gekommen, dass ich das einmal machen werde.

Interviewer 28: Ich fand das auch einen schönen Satz, als Sie sagten: Der Wunsch ist gewachsen. Ich glaube, das ist auch etwas, was wir heute immer wieder erleben, dass ein Wunsch langsam wächst in eine Sache.

Schwester D. 28: Ja. Ja. Und dann ist ja das Entscheidende gewesen, dass... Es war ja ganz was Wichtiges... Ich hatte eine kranke Mutter und einen kranken Vater. Und hatte drei erwachsene Brüder, die aber zwei schon im Krieg geblieben sind. Und da sagte ich eines Tages zu meinen Eltern: Ach, ich möchte eigentlich ganz gern Diakonisse werden. Und ich wusste, was ich damit ausspreche. Ich war ja dann nicht mehr für die Eltern da, ja? Und da haben meine Eltern gesagt: Die Buben durften lernen, was sie wollten. Und du darfst es auch!

Interviewer 29: Den Segen der Eltern bekommen?

Schwester D. 29: Ja, das war so etwas Entscheidendes! Und unsere damalige Oberin, die hat das auch immer geachtet und immer wieder auch mit in ihre Planungen hineingenommen. Sie hat mich nie aus Frankfurt versetzt. Sie hat gesagt: Solange deine Eltern... Sie haben Ja gesagt zu deinem Weg. Und wir wollen versuchen, dass deine Eltern dich wenigstens einmal in der Woche sehen. Und wenn's nur ein freier Nachmittag war. Und das ist eben das Miteinander, die Gemeinschaft! Und da darf man spüren: Da sind Menschen, die denken jetzt auch mit.

Interviewer 30: Jetzt wollte ich noch eine Frage zum Schluss stellen: Gibt es etwas ganz Spezifisches im Diakonissenhaus in Frankfurt, was es nur hier gibt? Was es in anderen Häusern zum Beispiel nicht gibt? Kann man da etwas sagen? Da sind Sie vielleicht auch ein bisschen stolz darauf? Gibt es so etwas Spezifisches bei den Frankfurtern?

Denkpause

Schwester D. 30: Ich kenne eigentlich nicht sehr viele andere Mutterhäuser. Deswegen kann ich mir nicht erlauben, darüber etwas zu sagen. Aber was unser Mutterhaus, glaube ich, über die Jahrzehnte geprägt hat: Das war auch unser Vorstand. Wir hatten immer Oberinnen, die in diesem Dreiklang, von dem wir vorhin gesprochen haben, in diesem Dreiklang uns vorgelebt haben. Und wir hatten immer Pfarrer, deren Herz... Also Vorsteher will ich mal sagen, Pfarrer hatten wir auch ganz wertvolle, die als Zweitpfarrer da waren, Krankenhausseelsorger und so. Aber unsere Vorstände waren immer Menschen, ja, an denen man hochkucken konnte. Ja, also aufschauen konnte. Die uns wirklich vor-

gelebt haben, was es heißt: Diakonissenhaus Frankfurt. Und auch sonst unsere Vorstandsmitglieder, die haben wir zum Teil nicht erlebt, weil wir ja später gekommen sind. Aber wenn man dann so gehört hat, wie die Vorstandsmitglieder, ja, die unser Haus geliebt haben und getragen haben... Und sich ganz mitsamt der Familie eingesetzt haben. Ja, die Familie hat ja auch das Diakonissenhaus mitgeheiratet. Gell, wenn ich so denke, unser Herr Pfarrer, der kam jeden Sonntag mit seiner Familie zu uns zum Essen. Das war eine große Familie. Unser Schreinermeister hat für seine Eltern und seine Schwester jeden Sonntag Mittagessen in der Küche geholt. Ja, es war eine große Familie! Ja, und das prägt sich irgendwie auf die Schwestern aus.

Interviewer 31: Ich hätte jetzt gedacht, dass Sie die Gesänge der Psalmen ansprechen, dass dies etwas Spezifisches des Frankfurter Diakonissenhauses ist?

Schwester F. 31: Ja, ich denke, das unterscheidet uns von manchen Diakonissenmutterhäusern, dass wir die Komplet singen abends. Gut, morgens Andacht gehalten, das wird auch in den anderen Diakonissenhäusern. Das ist klar. Und Gottesdienste auch. Und die haben sicher auch prächtige Menschen gehabt im Vorstand. Aber dass wir das Komplet singen, das Nachtgebet abends. Ich denke, das ist etwas Besonderes in unserem Frankfurter Diakonissenhaus

Schwester D. 31: Ja, und auch unsere Liturgie.

Schwester F. 31a: Ja, die ist lutherisch. Aber ich würde sagen: Das Nachtgebet, das wir bis heute singen!

Interviewer 32: Ja, vielen Dank für das Gespräch. Jetzt machen wir das Gerät aus.

Interview am 20.1.12 mit Schwester Z. (70 Jahre) - Gemeindegrenkenpflege und Altenheimpflege

Interviewer 1: Ja, ich freue mich, dass Sie das Interview mit mir machen. Als erstes möchte ich Sie fragen: An welchen Einsatzorten waren Sie seit Sie im Diakonissenhaus in Frankfurt sind?

Schwester Z. 1: Als junge Schwester war ich in der Hausarbeit.

Interviewer 2: Hier im Diakonissenhaus?

Schwester Z. 2: Ja. Dann war ich kurze Zeit im Altenheim. (Pause) Dann habe ich eine Ausbildung als Kinderpflegerin gemacht. (Pause) Und nach der Novizeneinführung wurde ich versetzt in den Kindergarten nach X.

Interviewer 3: Ach ja...

Schwester Z. 3: (lacht)

Interviewer 4: Da bin ich schon gepilgert auf den Spuren der Heiligen Elisabeth.

Schwester Z. 4: Dann, es war ein gutes Jahr später, wurde ich versetzt nach Y.

Interviewer 5: Dann waren Sie nur ein Jahr in X?

Schwester Z. 5: Ja (lacht), aber es war eines von meinen Bedeutendsten. Von dort gab es dann eine Einberufung in den diakonischen Kursus und dann die Vorbereitung zur Einsegnung, also wieder ins Mutterhaus zurück. Und nach der Einsegnung war ich etwa 4 Jahre im Kindergarten. Und dann bin ich in den 70er Jahren wieder zurückversetzt worden ins Mutterhaus. Und zwar in die Ausbildung als Krankenpflegehelferin. Und danach habe ich dann noch die große, die dreijährige Ausbildung gemacht, in unserem Diakonissenkrankenhaus.

Interviewer 6: 10 Jahre waren es dann insgesamt?

Schwester Z. 6: Ja, also mit Ausbildung. Und dann bin ich nach Y. wieder zurückgekommen als Gemeindegrenkenpflegerin.

Interviewer 7: Wie lange waren Sie Gemeindegrenkenpflegerin?

Schwester Z. 7: (überlegt) Es war eine schöne Zeit als Gemeindegrenkenpflegerin. Und dann war ich hier im Altenheim und hab dann zwischendurch eine Fortbildung für Wohnbereichsleitung gemacht. Und dann bin ich ins Mutterhaus zu

unseren alten Schwestern gekommen und habe die alten Schwestern betreut bis ich 65 Jahre wurde.

Interviewer 8: Dann hatten Sie ein ganz buntes Berufsleben vom Kindergarten über Gemeindefrankenpflege bis Altenpflege. Da ist ja alles drin gewesen?

Schwester Z. 8: Ja, da ist alles drin gewesen.

Interviewer 9: Das ist für mich auch interessant, wenn sie beides erlebt haben: die Aufgaben im Altenheim und in der Gemeindefrankenpflege...

Schwester Z. 9: Das sind zwei Paar Schuhe.

Interviewer 10: Können Sie die Unterschiede ein bisschen beschreiben? Wie war Ihre Funktion, Ihre Stellung in der Gemeindefrankenpflege und wie nachher im Altenheim?

Schwester Z. 10: Ich habe die Zeit erlebt, als es noch keine Diakoniestationen waren, sondern ich war zuständig für die Gemeindefrankenpflege in Y. Ich hatte dabei aber auch noch die kirchliche Arbeit: Kindergottesdienst (überlegt), Frauenkreis, Gebetskreis... Den hab ich nachher auch übernommen, weil wir nachher vakant waren. Ja, das blieb dann nachher auch bei mir. Dann hab ich noch Küsterdienst gemacht (lacht), den Altar hergerichtet mit Blumenschmuck, Paramentenwechsel und so. Und das war so eine Aufgabe der Gemeindefrankenpflegerin. Ich habe auch gemerkt, es wird mir etwas zu viel... Und ich habe gedacht, es kann nicht sein, dass du immer alles machst. Du kannst von heute auf morgen auch versetzt werden. Und dann steh`n die da und haben niemanden, der angeleitet worden ist. Das habe ich dann angesprochen beim Pfarrer. Und wir hatten dann ein neues Küsterehepaar. Und von der Frau wusste ich, dass sie geschickt ist im Blumen arrangieren und so. Bei Festtagen haben wir es immer gemeinsam gemacht. Und dann habe ich gesagt, es wäre doch sicher eine Idee, wenn die beiden das zusammen machen würden. Und da hat sie der Pfarrer gefragt und da war sie hell begeistert. Und sie konnte es gar nicht fassen (lacht), dass sie also diesen Dienst übernehmen konnte. Das war dann auch ganz günstig, denn ich musste oft sonntags ja auch noch vor dem Gottesdienst in die Gemeinde. Und dann brauchte ich mich samstags also nicht mehr um den Blumenschmuck und all dies zu kümmern. Das lief dann ganz gut. Das war eine weise Voraussicht, denn es kam dann bald die Versetzung. Das hatte man dann geklärt!

Interviewer 11: Dass man andere anleitet, dass es auch ohne einen weitergeht.

Schwester Z. 11: Ja, das ist sehr wichtig! Ja, das war dann nachher auch sehr schön, als ich dann versetzt wurde. Der Frauenkreis wurde von der Pfarrfrau

und von einer anderen Frau aus der Gemeinde weitergemacht. Das war schon ein Pluspunkt.

Interviewer 12: Das ist schon ein schönes Gefühl, wenn man merkt, man geht und es bricht nicht alles zusammen?

Schwester Z. 12: Ja, das war schon ein sehr schönes Geschenk! Ja, und dann in der Gemeinde. Da hat man ja erst einmal alle! Die ganze Familie: Also die Alten und die Kranken, die Mittleren und Jungen und auch die ganz Jungen. Man kommt also mit allen Generationen zusammen. Spritzen geben, Verbände anlegen, aber auch Hausbesuche. Die sind auch sehr wichtig! Und was auch wichtig ist, dass man also den Kontakt zum Pfarrhaus gehalten hat. Dass also auch der Pfarrer Krankenbesuche gemacht hat, wenn's erwünscht war. Das muss man auch immer dazu erst fragen, ob's angenehm ist, ob's gewünscht ist. Manchmal ist es ja auch so eine Erwartungshaltung von den Menschen auf der einen Seite. Und dann gibt's auch wieder Menschen, die sagen: Wenn der Pfarrer kommt, dann sterbe ich gleich - so ungefähr. Aber dies ist auch ein bisschen zu vermitteln. Das war auch eine Aufgabe der Gemeindeschwester.

Interviewer 13: Dann waren Sie eine Schnittstelle zwischen Pflege und Kirche? Kann man das so sagen?

Schwester Z. 13: Ja! Das kann man so sagen. Dazu kamen dann auch noch die Alten, die Feiern mit den alten Menschen. Das war der Alternachmittag. Ein ökumenischer Alternachmittag war das eigentlich. Mit der katholischen Kirchengemeinde, also mit dem Pfarrer hatten wir ein gutes Miteinander. Das war sehr fruchtbar. Und dann dieser gemeinsame Nachmittag war auch sehr schön.

Interviewer 14: War das einmal im Monat gewesen?

Schwester Z. 14: Nein, einmal im Jahr. Und das war in der Adventzeit. Aber es gab auch Alternachmittage von der Volkshochschule, die haben das auch gemacht. Und da bin ich auch hin und wieder eingeladen worden. Und ich habe dort hin und wieder eine Andacht gehalten. (Pause)
Sterbebegleitung war natürlich auch dabei. Ja, das ist also auch sehr wichtig gewesen. Und was in der Gemeinde oder was auf dem Land eine Selbstverständlichkeit war, dass die Schwester gerufen worden ist, wenn jemand verstorben war. Und das war nicht immer so ganz... (Pause) so ganz einfach, oder so leicht. Manchmal hatte man denjenigen ja gar nicht so richtig gekannt. Y. ist auch ein großer Ort. Wenn man nicht wusste, wo stehen die Menschen eigentlich? Was kann man sagen? Oder man kam da nicht hin als irgendwer, sondern man war eine Diakonisse. Und ich weiß, einmal als ich dann fertig war mit allem, dann habe ich gesagt: Ich würde gerne noch ein Gebet sprechen. Und dann haben sie gesagt: Nein, das brauchen Sie nicht, das ist nicht notwendig.

Interviewer 15: Dann haben Sie es gelassen?

Schwester Z. 15: Ja, dann habe ich es gelassen. Dann bin ich gegangen. Ein anderer Fall war - das war ziemlich dramatisch. Da wurde ich gerufen, da war eine jüngere Frau noch, die ist vom Hausarzt gekommen und sagt noch: Mir ist nicht gut. Und sie legt sich hin auf die Couch und stirbt. Und (Pause) dieses Überraschende und dieses Schnelle war für alle irgendwie eine Überforderung. Und als ich dann in das Haus kam, da war das wirklich ein großes Weinen und Schreien. Die Schwägerin von dieser Frau, die hat mir dann geholfen. Und ich war erstens nicht in der Lage, etwas zu sagen, und zweitens wäre es auch nicht angekommen, weil das Herzeleid zu groß war. Und da kann man sich nicht hinstellen und etwas sagen. (Pause - räuspert sich) Ja, dann bin ich halt wieder nach Hause. Und ich hab es dann aber mit dem Gemeindepfarrer besprochen und habe auch erzählt, dass es mich auch ein Stück belasten würde. Er hatte aber dann gesagt, das dürfen Sie nicht. Das dürfen Sie nicht als Belastung empfinden. Sondern Sie haben das getan, was sie tun mussten. Und allein Ihre Anwesenheit – das war auch schon etwas, ja? Aber ich konnte diesen großen Schmerz dort nicht auffangen. Ich musste das einfach aus der Hand geben. Ich hatte später nochmals einen Besuch bei dem Mann gemacht. Aber das war sehr eindrücklich. Das ist sehr, sehr lange mit mir mitgegangen. Ja, es waren manchmal schon auch einschneidende Erlebnisse, die man hatte. Dass die Familie zerstritten war, also der Sohn mit seinen Eltern. Der Vater lag im Sterben. Und als wir ihn gebeten haben, er möge doch nochmals kommen, ist er also nicht in das Zimmer gekommen. Der Vater starb dann am Heiligen Abend. Also, das sind Dinge, die einem unter die Haut gehen. Und die gehen mit einem. Ich hab dann auch danach diese Frau noch ein Stückchen begleitet. Das sind so Dinge, wo man auch sagen muss: Unser Gott wird es irgendwie in Ordnung bringen. Wenn nicht hier, dann später.

Interviewer 16: Das war also Ihre Erfahrung in der Gemeindekrankenpflege. Wenn Sie das vergleichen mit dem Altenheim. Sie haben festgestellt, dass Sie als Gemeindegeschwester auch immer wieder die Schnittstelle waren zwischen Kirche und Pflege. Und wie war das im Altenheim?

Schwester Z. 16: Das war schon mal eine ganz andere (Pause), eine ganz andere Arbeit. Denn da kommen die alten Menschen ja von zu Hause in ein Haus, das ihnen erst einmal fremd ist. Sie kommen ins Zweibettzimmer, kennen den Nachbarn nicht. Sie haben ein Bett, ein Nachttisch und müssen den Tisch miteinander teilen. Ja, und haben Angehörige, die anspruchsvoll sind. Oder aber auch (Pause), dass nicht viele Angehörige da sind oder fast keine Angehörige da sind. Das gibt es ja auch. Und die sind ja nicht in dem Sinne krank. Sie sind entweder leicht dement oder sie können sich zu Hause nicht mehr vorstehen und brauchen dann fremde Hilfe. Ja, das war schon anders.

(Eine kleine Unterbrechung, da das Diktiergerät sich ausschaltet. Nach einem Batterienwechsel geht das Interview weiter)

Interviewer 17: Da erschrickt man dann, wenn die Technik etwas anderes tut, als man gewohnt ist. Aber nun können wir weitermachen...

Schwester Z. 17: Wenn man sich helfen kann, ist das ja o.k.

Ja, dann sind da ja auch noch die Mitarbeiter, die in diesem Pflegeprozess mit eingeplant sind. Und die, die drumherum sind: Dann ist da noch der Heimleiter, der war aber Heimleiter und Pflegedienst in einem. Schwester O. war in der Sozialarbeit. Also das sind alle, die dazugehören. Auch die Pfarrerin, die für unser Altenheim zuständig war, kommt dann auch noch hinzu. Ja, die Angehörigen hatte ich schon genannt und der Hausarzt.

Interviewer 18: Das waren bei den verschiedenen Personen verschiedene Hausärzte?

Schwester Z. 18: Ja, verschiedene Hausärzte, die Heimaufsicht (überlegt), das Gesundheitsamt auch. Kontrollen wurden durchgeführt. (Pause) Es hat gedauert bis ich dann alle erst einmal kennen gelernt habe. Ich war hier oben im ersten Stock. Und dann kamen ja immer meine Fortbildungen dazwischen. Also das war dann immer so ein Block, eine ganze Woche. Und dann musste ich auch die Aufgaben, die dort gestellt wurden, ja auch machen. Und die Arbeit lief dann auch weiter. Und das war manchmal nicht so ganz einfach. Es war nicht immer so ganz einfach, weil verschiedene Personen verschiedene Ansichten hatten. Und ich kam dann so auf die Art, dass man mehr auf die Leute zuing. Dass, wenn man den Leuten das Essen herrichtet, das Besteck dazulegt, auch wenn das Brot vielleicht schon gestrichen ist. Und da hatte ich am Anfang schon ein bisschen Schwierigkeiten, bis ich dann auch meinen Stil hineingebracht habe. So nach einem Jahr ging es dann auch, dann hatte es sich einge spielt. Ich hatte überwiegend ausländische Mitarbeiter aus Jugoslawien.

Interviewer 19: Das war in den 90ern?

Schwester Z. 19: Ja, aus Jugoslawien, aus Bosnien, aus Griechenland. Da war oft auch die Kommunikation schwierig und stand dann sehr im Vordergrund, so vom Sprachlichen her. Da war eine Mitarbeiterin, die war schon länger da, die hat mir immer ganz gut geholfen und auch so ein bisschen gedolmetscht, wenn da Anfangsschwierigkeiten waren. Aber sonst hatten wir eine richtig gute Gemeinschaft. Und auch mit den Bewohnern und den Angehörigen war das gut. Sie haben uns manchmal gesagt: Das ist beinahe wie in einer Familie. Das finden Sie heute nicht mehr.

Interviewer 20: Für wie viele Menschen waren Sie Ansprechpartnerin?

Schwester Z. 20: (überlegt) Wir hatten hier auf der Station 25 Personen. Ich glaub so etwa 25 hatten wir dann hier.

Interviewer 21: Und da hatten Sie auch geregelte Arbeitszeiten?

Schwester Z. 21: Als ich angefangen hatte, war es so, dass der so genannte Teildienst noch da war. Und als wir dann den neuen Heimleiter bekommen haben, sind wir dann langsam zum Schichtdienst übergegangen. Das war noch einmal ein ziemlicher Prozess. Bis das dann auch so in den Köpfen war.

Interviewer 22: Wann war das denn in etwa die Umstellung zum Schichtdienst?

Schwester Z. 22: Das war vielleicht so Anfang der 90er Jahre. Ja, und in diese Zeit fiel dann auch die Pflegeversicherung rein. Dokumentation, Pflegeversicherung... Das waren alles auch Umbrüche, die irgendwie ja auch bewältigt werden mussten. Ich kann mich gut dran erinnern, als die Einstufung vollzogen werden sollte. Ich weiß nicht mehr, wie viel Tage wir da gebraucht haben. Und die kamen dann. Und da haben wir erst die Bewohner im Dienstzimmer besprochen, wirklich besprochen! Dass ich ihnen alles gesagt habe, was ich von ihm wusste, was zu ihm gehörte zu seiner Pflege. Und das war schon ein ganz schöner Batzen! Ja, aber dann hat die immer wieder gesagt: Also, das ist mir nun auch noch nicht begegnet! Ich sagte: Was? Ja, dass Sie so genau Bescheid wissen! Ja, ich muss doch wissen, was mit den mir anvertrauten Menschen los ist! Ich muss doch wissen, was die haben, was die brauchen, was für eine Pflege nötig ist... Da sagte sie dann: Ja, das sagen Sie so. Das ist nicht immer gegeben. Da sagte ich: Das geht nicht ohne, denn dann kann ich auch keine Mitarbeiter führen. Ja, und ich war nicht nur die Leitung, sondern ich war mittendrin. Ich habe mit in der Pflege gearbeitet - auch als Leitung! (nachdrücklich) Das war etwas, was auch die Mitarbeiter ein Stück weit geschätzt haben. Ja. Gut, wir hatten auch mal Differenzen. Das wäre ja schlimm, wenn es das nicht gegeben hätte. Das wäre nicht normal. Aber insgesamt war das so eine Einheit. Und ich pflegte immer zu sagen: Wenn der Kopf funktioniert, dann funktioniert auch das andere. Ja, wenn die Mitarbeiter sich dann an der Leitung ausrichten können, dann klappt auch das andere. Und das spüren die Bewohner, das spüren die Angehörigen.

Interviewer 23: Da war also ein sehr respektvoller Umgang miteinander?

Schwester Z. 23: Ja, da haben wir immer darauf geachtet! Ja, auch das Verhältnis von der Pflegerin zum Patienten, zum Bewohner hin. Es gibt halt Menschen, die sind manchmal so überschwänglich. Und die sagen dann auch: Mein Schätzchen und Du und so. Und das gab es nicht. Und wenn das dann war, dann haben wir gesagt: Bitte, das lassen. Ja, das geht nicht! Der Mensch ist

eine Persönlichkeit, auch wenn er noch so verwirrt oder vielleicht auch bösartig ist. Das gab's ja auch mal. Wir hatten eine Bewohnerin, die war manchmal wirklich böse. Aber sie konnte nichts dazu (nachdrücklich). Sie war am Bein amputiert und sie war irgendwo verbittert in ihrem ganzen Wesen, dass es so ist, wie es ist. Aber man kam auch nicht so richtig ins Tiefere an sie ran.

Interviewer 24: Und dann hat es sich so geäußert?

Schwester Z. 24: Ja, und dann hat sie sich über alles Mögliche dann beschwert. Und als es dann zu Ende ging, bin ich denn bis zuletzt an ihrem Bett gesessen, weil sonst auch niemand da gewesen ist. Die Tochter war verstorben. Das sind Dinge, die dann auch mitgetragen werden müssen ein Stück weit. Nur so, dass man sich da nicht ganz verausgabt. Man muss schon wissen, wo die eigenen Grenzen sind. Bei aller Liebe, bei aller Fürsorge, bei allem sich Hineinfinden, muss man wissen, so weit kann ich gehen und nicht weiter.

Interviewer 25: Und wenn Sie jetzt nochmals schauen auf die Zeit vor der Pflegeversicherung und nach der Pflegeversicherung: Was ist besser geworden, wie würden Sie das einschätzen? Oder was ist schwieriger geworden?

Schwester Z. 25: Also, es ist auf alle Fälle schwieriger geworden, dass jetzt noch viel mehr die Dokumentation an erster Stelle steht. Leider! Und dass dadurch der Mensch ein Stück weit auf der Strecke bleibt. Bei uns war es vielleicht noch so, dass wir versucht haben noch ein Stück weit das aufrecht zu erhalten, aber die Dokumentation, die hat uns schon ganz schön auch Schwierigkeiten gebracht. Weil wenn unsere ausländischen Mitarbeiter dokumentieren sollten, dann war das oft nicht so, wie es eigentlich hätte sein müssen. Oder was sehr wichtig war, war ja die Biografie, die Pflegeplanung. Das haben wir in der Ausbildung und in der Weiterbildung auch ein Stück weit gelernt. Das war schwer, das richtig zu vermitteln. Das sage ich ganz ehrlich. Das war schon ein Knackpunkt.

Interviewer 26: Und das hat auch viel Zeit in Anspruch genommen?

Schwester Z. 26: Das hat viel Zeit in Anspruch genommen. Aber es musste ja dokumentiert werden! Ohne Dokumentation geht's halt nicht. Nur es wird jetzt manchmal überbewertet. Ja, ich weiß, ich bin dann einmal vom ersten Stock im Haus im Gartengeschoss gewesen (überlegt). Schwester W. ging weg und ich bin dann nach unten in die kleinere Station. Da hatte ich denn auch irgendwas geschrieben und dann kam die vom Versorgungsamt. Und sie haben das Haar in der Suppe gesucht. Das war nicht schön. Ich seh's ein, ohne Dokumentation gibt's keine Gelder. Und wenn eine Einstufung sein soll, dann musste das alles auch begründet sein, warum die Pflegestufe jetzt angefordert wird oder so.

Und da hat man manchmal auch Willkür erlebt. Es kam immer drauf an, wer kam. Das wussten wir dann auch schon.

Interviewer 27: Dann konnte man sich dementsprechend drauf einstellen?

Schwester Z. 27: Ja, dann konnte man sich darauf einstellen. Ja, und einmal haben wir es erlebt... Also es war keine von den großen Krankenkassen. Da ist einer gekommen, ohne sich zu melden... Weder im Stationszimmer noch wusste da jemand irgendetwas davon. Und die Tochter kriegt einen Bescheid: Pflegestufe null. Und sie war außer sich! Das könne doch nicht angehen. Und wir haben gesagt: Wir wissen davon nichts. Und die Mutter hat gesagt, sie mache alles selber. Sie mache die Medikamente selber, sie badet, also alles! Aber das konnte sie schon gar nicht mehr. Und der hat das alles aufgeschrieben und keine Rücksprache mit uns gehalten. Und da hat die Heimleitung natürlich Widerspruch eingelegt. Und der wurde dann auch nicht mehr zugelassen. Aber so etwas hat man auch erlebt. Es wurde uns sehr propagiert, dass es durch die Pflegeversicherung große Vorteile gibt. Ja, vielleicht auch ein Stück weit. Gleichzeitig musste man da schon sehr genau und ordentlich arbeiten. Nicht, dass das vorher nicht gewesen wäre - so nicht! Aber es musste auf dem Papier transparent gemacht werden! Man musste das schon richtig dokumentieren. Die Nachtwachen, die mussten dann auch dokumentieren. Da musste man dann drauf achten. Und das war manchmal schon aufreibend.

Interviewer 28: Gibt es eine Sache, die sich richtig gut entwickelt hat durch die Pflegeversicherung? Können Sie da auch etwas benennen - gerade im Altenpflegeheim?

Schwester Z. 28: Also, ich denk schon, dass dadurch manches auch vielleicht gefördert wurde (überlegt). Ja, die Anschaffungen, das war ja mehr vom Hause her. Die Angehörigen müssen ja dann das Defizit begleichen. Das war manchmal auch nicht so ganz einfach. Also, ich denk schon, dass da manche Menschen auch ein bisschen entlastet wurden. Aber man muss immer sehen, wenn man eine Veränderung bemerkt, dass man dann den richtigen Zeitpunkt erwischt, um mit dem Hausarzt zu sprechen, dass er das auch weiß und das auch unterstützt. Dass da jetzt eine Veränderung mit dem Bewohner vorgegangen ist, dass er mehr Pflege braucht als vorher. Und dass man dann mehr investieren muss an Zeit. Aber das ist ja gerade der Punkt! Dass es nach der Uhr geht, dass solche Fragebögen wichtig sind. Und dann haben sie gesagt: Wieviele Minuten brauchen Sie, wenn der Patient zur Toilette geht?

Interviewer 29: Das muss man dann erstmal stoppen, dass man das weiß?

Schwester Z. 29: Ja. Das ist irre so etwas! Wenn ich jemanden habe, den ich aus dem Bett rausholen muss. Dann müssen Sie erst einmal zusehen, dass er

seine Hausschuhe anzieht, dass er seinen Morgenmantel anzieht und dann ihn zur Toilette begleiten. Und das Gleiche dann nachher wieder zurück. Hat derjenige aber schon einen Dauerkatheter, entfällt das. Und schon kriegt man den Punkt abgezogen. Hat jemand eine PEG-Sonde, braucht man ja demjenigen nicht mehr das Essen zu reichen. Das bisschen Joghurt oder Pudding, das gegeben wird. Das, was man auch machen soll, das fällt da nicht mehr darunter. Und schon bleibt man auf der Pflegestufe 2 hängen.

Interviewer 30: Dass auch manches unter den Tisch fällt, was man macht. Es wird nicht berücksichtigt?

Schwester Z. 30: Es wird nicht berücksichtigt, dass das auch Arbeit ist. Ja. Also das ist dann wieder der Knackpunkt, also wirklich nur das, was sichtbar ist, was Leistung ist, das wird dann berechnet. Und das war manchmal schon sehr niederschmetternd. Da war einmal eine Frau, die war auch dement. Die hätte man gar nicht außerhalb des Bettes haben können. Fixieren darf man auch nicht. Und da hat er mir gesagt: Dann legen Sie doch eine Matratze neben das Bett, d. h. die Seitenstützen hoch. Wenn man Gitter hat, musste dies auch alles dokumentiert werden und zumindest ein gerichtlicher Beschluss dafür eingeholt werden. Das ist sonst eine Verletzung der persönlichen Freiheit. Dann hat er gesagt: Dann können Sie das Gitter untenlassen. Und Sie können dann unten eine Matratze hinlegen auf den Boden. Ich habe gefragt: Und wie stellen Sie sich das vor, wenn die andere Bewohnerin in ihr Bett will? Wenn zwei Betten nebeneinander sind, wenn ich zu der hin muss? Da konnte er mir nichts darauf antworten. Stellen Sie sich das mal vor: Solche Sachen bekommen Sie dann auch gesagt. Wie es heute ist, kann ich nicht mehr sagen, weil ich ja jetzt eine ganze Zeit schon draußen bin... Aber solche Erfahrungen hab ich halt auch gemacht. Und die Frau kam in keine höhere Stufe. Wir mussten Essen reichen, alles! Weil sie nicht mehr alleine essen konnte. Es musste auch zubereitet werden.

Interviewer 31: Das kostet auch alles Zeit...

Schwester Z. 31: Da denk ich manchmal: Das wird alles vom grünen Tisch her gemacht...

Interviewer 32: Da wäre es gut, diejenigen, die in der Pflege arbeiten, mit einzubeziehen beim Erstellen der Standards?

Schwester Z. 32: Jetzt machen sie es ja so, dass sie für die Dementen mehr Geld geben wollen, weil die ja mehr Betreuung brauchen. Wenn ich denke seit ... (überlegt) Die Bewohner haben sich auch verändert. Die Angehörigen haben sich verändert. Das spürt man irgendwie. Heute werden die Erwartungen so hoch gestellt. Aber auch nur, weil alle Leute wissen, was Sache ist. Was ne-

gativ ist, das kommt sowieso immer rüber. Aber was positiv ist, das lesen Sie nicht in der Zeitung! Das ist halt auch, was die Altenarbeit leider ein bisschen als Stiefkind erscheinen lässt.... Das hören Sie oft: Altenpflege, was ist das schon? Oder als sie damals gesagt haben, sie würden Leute, die arbeitslos sind, in die Altenheime schicken, damit sie dann da in dem Altenheim helfen sollen, war ich entsetzt. (mit Nachdruck) Wer Altenpflege lernen will, der muss ein Herz für den Menschen haben. Und nicht nur grade so, wie ich vielleicht ein paar Brötchen verkaufe oder ein Brot. So geht's nicht! Das ist kein Job. Das ist ein Beruf.

Interviewer 33: Da haben Sie sich praktisch als Wohnbereichsleitung auch immer wieder als Jongleur gesehen zwischen den Angehörigen und den Bewohnern?

Schwester Z. 33: Ja, unbedingt! Wir hatten mal eine Bewohnerin, die war über hundert. Und die kamen mit ihrer alten Mutter zu Hause nicht mehr klar. Und dann haben sie sie halt zu uns gebracht. Aber sie kamen dann und wollten immer mitmischen. Das und das und dies und jenes. Und der Schwiegersohn kam immer an und sagte: Ja, könnte ich Sie eine Minute sprechen? Und da hab ich gedacht: Oh, was haben wir denn jetzt schon wieder verkehrt gemacht? Also, es war unangenehm. Man kann mit einer Hundertjährigen nicht weiß was für eine Beschäftigungstherapie machen. Wenn es ihr dann auch wirklich schlecht geht und sie dann fast auch auf dem Weg zum Sterben ist. Dann auch noch Bewegungsübungen machen oder Atemübungen, macht wenig Sinn.

Interviewer 34: Da muss man dann auch schauen, wie ist die Relation zwischen den Ansprüchen der Angehörigen und dem, was der Bewohner jetzt nicht mehr kann?

Schwester Z. 34: Eben. Ich denke, das muss man eben auch im Gefühl haben.

Interviewer 35: Und die Zusammenarbeit mit den Ärzten, mit dem Pfarrer und den Kirchengemeinden... Wie war das für Sie?

Schwester Z. 35: Wir waren da noch keine Kirchengemeinde. Wir hatten da eine Pfarrerin, die bei uns war. Sie war für Krankenhaus und Altenheim zuständig und hat Bibelstunden gehalten. Und Abendmahl haben wir auch gefeiert mit den alten Menschen. Das war auch immer schön. Und wenn wir dann auch mal Probleme hatten, waren sie und der Heimleiter für uns Ansprechpartner. Das war immer ein gutes Miteinander. Und mit den Hausärzten sowieso. Manchmal mussten wir auch mit den Notärzten verhandeln, wenn es Mittwoch oder ein Wochenende war. Dann hatte man keinen Hausarzt gekriegt, dann hat man nur den Notarzt bekommen. Ich weiß einmal, da hab ich auch die Vertretung angerufen und habe gesagt: Ich habe hier eine Bewohnerin, die sieht so aus als

wenn sie einen Schlaganfall hätte. Woher können Sie denn das wissen? Ja, es ist meine Erfahrung. Und es sieht so aus. Na ja, sie wollte dann kommen. Es hat sich nachher bestätigt. Dann hat sie sich auch entschuldigt. Aber sie hat mich am Telefon behandelt wie so ein kleines, dummes Kind.

Interviewer 36: Und Sie haben eine Pflegeausbildung gehabt und Sie können es dadurch auch beurteilen?

Schwester Z. 36: Ich würde nie auf die Idee kommen und würde sagen: Das und das liegt vor. Einmal wurde ich nach unten gerufen, weil die Schwester nicht da war. Da hat die Mitarbeiterin gerufen: Kommen Sie mal nach unten. Und da ist jemand gestürzt. Und dann kam ich runter und sah schon: Das Bein war nach außen rotiert und auch kürzer. Die hat wohl einen Schenkelhalsbruch. Dann hab ich den Doktor angerufen, den Hausarzt, und hab geschildert so und so ist das. Und dann hat er gesagt: Eindeutig Schenkelhalsbruch. Das war dann auch so. Aber das macht die Erfahrung! (mit Nachdruck) Ja. Ich würde mir nie anmaßen, das zu sagen. Aber die Erfahrung zeigt einem auch dies, was es eventuell sein könnte.

Interviewer 37: Natürlich muss man es dann noch abklären. Aber es hilft schon mal das Ganze einzugrenzen?

Schwester Z. 37: Ja, natürlich. Eben. Aber dass man dann so abgekanzelt und so hingestellt wird: Na, was könnt ihr schon? Also, das war schon ein bisschen verletzend!

Interviewer 38: Und wie war insgesamt der Informationsfluss zwischen den verschiedenen Stellen? Haben Sie da immer von sich aus Informationen holen müssen oder wurden Ihnen auch Dinge gesagt? Wie war es z.B. mit den Ärzten, mit der Pfarrerin oder auch der Sozialarbeit?

Schwester Z. 38: Nein, da wurde man schon informiert. Jeder hatte seine Aufgabe wahrgenommen. Die Informationen mussten wir ja auch den Ärzten geben, wenn wir etwas beobachtet haben oder so. Das war schon sehr wichtig! Und die haben das auch erwartet. Gut, wenn jemand neu war, dann wusste der Heimleiter oder die Sozialarbeiterin, die wussten dann vielleicht ein bisschen mehr noch und haben das dann weitergegeben. Ich weiß einmal, da hab ich die Information weitergegeben. Also, da kam eine Frau mit Schlaganfall. Die war aus der Reha aus B. gekommen. Und der Enkel brachte die Oma. Sie war in sich so ernst und so wortkarg. Und ich war dann also im Zimmer und dann hat der Enkel zu mir gesagt: Versprechen Sie mir, dass Sie mit meiner Oma ein bisschen mehr reden wie die in der Reha? Und ich wollte das versuchen. Und während ich im Zimmer war und alles Mögliche gemacht habe, da hat mir die Frau innerhalb, man kann sagen von zehn Minuten, ihre ganze Lebensge-

schichte erzählt. Und da wusste ich, warum sie so und so war. Und wir hatten noch keine Zeit, mit den Mitarbeitern so richtig zu reden. Und dann war eine, die hatte Spätdienst, und war auch im Zimmer und hat da etwas gemacht. Die kam dann wieder raus und hat gesagt: Komische Frau... Und dann hab ich gesagt: Jetzt bei der Übergabe werde ich euch mal erzählen, wie die Sache ist. Und dann habe ich gesagt so und so ist das. Ach so, war dann die Reaktion. Also immer erst abwarten, immer erst kucken und hören, was da der Hintergrund ist. Warum diejenige so und so reagiert. Und das war nachher ein so nettes und gutes Verhältnis miteinander mit dieser Frau. Und sie hatte eine nette Mitbewohnerin (lacht). Und da wollte jeder rein in das Zimmer. Es gab auch Zimmer, wo manche auch gesagt haben: Ach, nee, da geh ich heute nicht so gerne rein. Muss ich da rein? So eben menschlich... Aber das ist immer hilfreich, wenn auch die Angehörigen einem ein bisschen oder die Bewohner, die es noch selber können, ein bisschen erzählen, was sie gemacht haben. Ja, und warum so und so. Dann kann man mit denen besser umgehen. Man kann sie besser einordnen.

Interviewer 39: Sie haben auch gesagt, dass es auch viel Schweres gab und Pflege und Seelsorge bei Ihnen immer zusammengehört haben. Wie haben Sie das gemacht? Haben Sie auch im Altenheim mal etwas vorgelesen? Ich kann mir vorstellen, dass dafür gar keine Zeit war...

Schwester Z. 39: Nein, wir hatten ja eine Beschäftigungstherapeutin und die hat sehr viel mit unseren Bewohnerinnen und Bewohnern gemacht. Also die kamen alle immer irgendwann mal dran, auch die, die im Zimmer waren, und nicht unbedingt runter konnten. Da kam die dann und hat sich mit denen beschäftigt (überlegt). Einmal sind wir zusammen gesessen und haben auch mal einen Kaffee zusammen getrunken oder so. Aber die meisten Veranstaltungen kamen dann durch sie von außen. Da wo wir jetzt essen, das war der Raum, wo unten Beschäftigung war. Und ganz unten gab es das auch noch. Und das war sehr, sehr attraktiv und schön. Und das haben sie auch alle gerne mitgemacht. Und Schwester W. hat auch Gymnastik gemacht mit denen und Schwester I. hat Singstunde mit ihnen gehalten. Samstags war meistens Singstunde. Wer wollte, konnte dahin gehen. Und Bibelstunde war auch. Das war also ein Angebot, was vom Haus aus gemacht wurde.

Interviewer 40: Und Sie waren dann auf der Station die einzige Diakonisse?

Schwester Z. 40: Ja, auf jeder Station war eine.

Interviewer 41: Und diejenige war dann in der Leitung für die anderen Mitarbeiter...?

Schwester Z. 41: Wir hatten diakonische Schwestern. Das waren drei. Zwei waren im Erdgeschoss und eine hatte ich oben bei mir im ersten Stock. Das war schon auch gut. Und was auch noch wichtig war: Wir haben einander informiert. Zum Beispiel wenn einer mal nicht da war. Wir wohnten ja alle hier oben. Ja, über dem Altenheim. Arbeitsplatz war gleich Wohnstätte. Das war nicht immer ganz gut, weil man alles mitnimmt. Wir hatten keinen Abstand... Wenn ich jetzt in ein anderes Haus gegangen wäre, da wäre schon allein der Weg ein Abstand gewesen. Aber auf der anderen Seite, wenn etwas war, das war nun halt mal so, dann sind die Schwestern auch nachts gerufen worden. Wenn jemand schlecht war oder ins Krankenhaus musste oder sterbend war. Dann wurde die Schwester gerufen. Es war ein ungeschriebenes Gesetz.

Interviewer 42: Es hat Ihnen nicht so viel ausgemacht?

Schwester Z. 42: Nein, das wussten wir ja. Und wenn man nicht weiter wusste, hat man die andere gefragt: So und so ist das. Ich habe oft auch Schwester K. gefragt, wie soll ich mich denn da und da verhalten? Das und das liegt vor. Kannst Du mal kommen? Ich bin mir nicht ganz sicher, wie wir uns da verhalten sollen... Und das war eben das Plus (mit Nachdruck) - das Plus. Das muss man einfach sagen. Und dass die anderen wussten, da ist Not, vielleicht kann man auch mal helfen. Das haben wir auch versucht. Es war ja auch so, dass manche einmal durch Krankheit oder durch solche Dinge ausfielen. Und da haben wir versucht, das unter uns zu regeln und aufzufangen. Wir hatten auch nette Aushilfen. Die Wochenenden waren manchmal schon sehr hart.

Interviewer 43: Sie haben erzählt, dass sie in den 60ern ins Mutterhaus eingetreten sind. Was hat Sie denn bewogen, Diakonisse zu werden?

Schwester Z. 43: Also ich muss vorausschicken, ich hatte eine Tante, die war Diakonisse. Das war die jüngste Schwester meiner Mutter. Und dann hatten wir auch eine Gemeindegewister im Ort. Und das hat mich ein Stück weit auch immer interessiert. Und das wollte ich halt auch gerne werden. Und ich hab mich dann auch einfach berufen gefühlt.

Interviewer 44: Gab es dafür ein einschneidendes Erlebnis oder hat sich das Stück für Stück entwickelt?

Schwester Z. 44: Nein, das hat sich eigentlich so entwickelt. Nach der Konfirmation stand für mich fest, dass ich diesen Schritt tun würde.

Interviewer 45: Also sehr früh?

Schwester Z. 45: Ja, ich bin sehr früh eingetreten.

Interviewer 46: Warum gerade das Frankfurter Diakonissenhaus, es hätte ja auch ein anderes Diakonissenhaus sein können?

Schwester Z. 46: Ja, Frankfurt war nahe liegend, einmal durch die Tante, obwohl sie mich nicht beeinflusst hat. Ja, im Gegenteil, die hat immer noch ein bisschen gebremst und hat gesagt: Ach nein, du bist ja noch so jung. Du könntest ja noch vielleicht etwas anderes machen, ein soziales Jahr oder so. Und ich hab dann mal einen Kontakt gehabt, weil als junger Mensch ist man ja auch immer wieder so ein bisschen auf der Suche... Da bin ich einmal bei einem christlichen Treffen gewesen und da kam ich auch mit einer Diakonisse aus einem anderen Haus ins Gespräch: Ja, ich hätte auch vor einzutreten, wo ich denn hin wollte? Und ich hab gesagt: Nach Frankfurt. Und da hat sie gesagt: Und warum nicht hier zu uns? Es ist doch in der Nähe, aber wer zu uns kommt, der muss bekehrt sein. Da war ich vor den Kopf gestoßen. Das wollte ich so nicht. Dann habe ich noch für mich gedacht, wenn du das mal machst, dann wirst du mit einem jungen Menschen anders reden.

Interviewer 47: Dann war das Frankfurter Diakonissenhaus, obwohl es räumlich weiter weg war, Ihnen innerlich näher?

Schwester Z. 47: Ja, Frankfurt war näher. Aber es war auch der Kontakt durch die Tante und durch die Gemeindegewester, die mir auch immer viel vom Mutterhaus erzählt hat und mir auch Lieder beigebracht hat und so. Und ich hab dann auch im Kindergottesdienst geholfen. Und mein Konfirmator hat mich darin auch gut unterstützt. Und es war für mich einfach klar, dass ich hierher gehe.

Interviewer 48: Und wie haben es Ihre Eltern aufgenommen?

Schwester Z. 48: Mein Vater war schon verstorben. Meine Mutter hat mir nichts in den Weg gelegt. Meine Mutter hat nur gesagt: Das ist deine Entscheidung. Obwohl ich ja noch nicht volljährig war. Sie musste ja unterschreiben. Denn da war ja noch die Volljährigkeit mit 21. Ja, aber sie hat gesagt: Das musst du wissen. Und ich sage nicht Ja, und ich sag auch nicht Nein. Du kannst mir auch nachher, wenn's irgendwie nicht klappt ... Das kann ja auch alles sein. Dann kannst du nicht sagen: Du hast es nicht erlaubt, du wolltest es nicht. Also, sie hat es mir eigentlich selber überlassen! Und das war gut für mich.

Interviewer 49: Gibt es etwas Spezifisches am Frankfurter Diakonissenhaus, wovon Sie sagen: Das haben nur wir hier oder das unterscheidet uns auch von anderen Diakonissenhäusern? Oder ist Ihnen etwas ganz lieb geworden?

Schwester Z. 49: (Pause) Also vielleicht, dass wir nie so riesengroß waren oder noch nie gewesen sind. Also, ein überschaubares Haus. Ja, und die Gemeinschaft mit den andern jungen Schwestern, das war irgendwie schön... Als

ich eingetreten bin, waren wir zehn Probeschwestern. Und wir sind dann auch miteinander in all das hineingewachsen. Ja, einmal war ich mit einer andern Schwester bei einem Treffen in einem anderen Haus. Und da weiß ich noch, dass ich gesagt habe: Ich bin froh, dass ich im Frankfurter Diakonissenhaus bin. (lacht)

Interviewer 50: Das war ein intuitives Gespür?

Schwester Z. 50: Ja, ich gehörte einfach hierher. Ich habe mich von Anfang an hier wohl gefühlt. Obwohl es manchmal auch Zeiten gab, wo's dann auch mal kritisch wird. Das ist eigentlich ganz normal. Es wäre komisch, wenn ein Mensch nicht irgendwann auch mal eine Krise hat. Aber er muss versuchen und sehen, dass er aus der Krise rauskommt.

Interviewer 51: Entscheidungen werden in Frage gestellt?

Schwester Z. 51: Oder zu sagen: Das und das macht mir jetzt so zu schaffen... Und es ist doch nicht das Richtige.

Interviewer 52: Hatten Sie dann immer eine Ansprechpartnerin?

Schwester Z. 52: Ja, immer! Es gibt ja Menschen, die haben eine spezielle Schwester, ich sage jetzt mal Freundin. Ich hab mehrere (lacht). Vielleicht hat man manchmal auch zu jemandem mehr Kontakt als zu den anderen. Aber dadurch bin ich frei! Ja, also wenn da jetzt jemand ist, der ist mit ihr zusammen, das kann ich gut ertragen. Da bin ich dann nicht so: Ach, dass der nur mit ihr ist oder so. So nicht. Also. Ich kann da offen sein. Und das ist ein großes Geschenk. Denn auch in einer Gemeinschaft kann es so sein, dass man sich so auf einen fixiert. Da ist es immer gut, wenn man offen ist für die anderen.

Interviewer 53: Gibt es so etwas wie ein Symbol, ein Zitat oder ein Bild, das veranschaulicht, was das Diakonissenleben für Sie bedeutet? Oder ein Wort, das Sie schon lange begleitet und Sie immer wieder gestärkt hat auf Ihrem Weg?

Schwester Z. 53: Das war einmal (lacht), das war einmal schon das Wort, als ich eingetreten bin. Das war ein Wort aus dem Alten Testament von der Berufung des Jeremia, das besagt: Sage nicht, ich bin zu jung, sondern du sollst gehen, wohin ich dich sende und predigen, was ich dich heiße. Das war für mich schon einmal so eine Bestätigung. Und mein Konfirmationsspruch: Sei getreu bis an den Tod. (Pause) Und dann ist es ja nachher so, dass wir uns ein Lebenslied aussuchen können. Nee, der Einsegnungsspruch, der wird einem zugesprochen. Ja, aber das Lebenslied und das Lebenskapitel darf man sich selber aussuchen. Und da ich ja im Weihnachtskreis Geburtstag habe, habe ich mich für das Lied der Freude entschieden: Fröhlich soll mein Herze springen.

Und aus dem Philipperbrief: Freut euch in dem Herrn alle Wege. Das sind so meine Ankerpunkte. Oder als Novizin habe ich das Wort bekommen: Ich will dir folgen, wo du hingehst.

Interviewer 54: Ein großes Wort?

Schwester Z. 54: Ja, da hat man dann auch dran zu buchstabieren. Denn wenn ich Ihnen erzählt habe, wo und wie das alles so war. Und es waren immer wieder verschiedene Menschen, auf die man sich dann einstellen musste. Das war nicht immer einfach.

Interviewer 55: Das ist auch meine nächste Frage: Wie ging es Ihnen, wenn Sie an eine neue Dienststelle berufen worden sind? Wie war das mit Einsamkeit, auf sich gestellt sein, vielleicht auch überfordert sein?

Schwester Z. 55: (Pause)

Interviewer 56: Oder ist das ganz anders? Ich kenne das von mir, dass ich bei Neuanfängen auch überfordert bin, mir Kontakte erst suchen muss...

Schwester Z. 56: Ja, das stimmt. Man muss sich erst langsam vortasten. Also die erste Stelle, das war dann nach der Einführung, da waren wir vier Diakonissen auf einer Station. Das war natürlich eine ideale Konstellation. Da musste ich mich auch erst langsam reintasten. Aber das war schön. Da war die Gemeindegemeinschaft, das war für mich so ein Punkt, die mir da sehr geholfen hat. Und das war hart. Dann diesen Punkt zu verlassen und dann woanders hinzugehen, wo es total anders war. Und da ich ja nur Kinderpflegerin war, hatte ich ja eine zivile Leitung über mir im Kindergarten in Y. Und das war hart. Da war zwar noch eine Gemeindegemeinschaft, aber es war eine harte Schule. Im Nachhinein sage ich, dass dies alles so auch sein sollte. Es gehörte zu meinem Weg und zu meinem Erwachsenwerden. Denn nachher war es ja dann umgekehrt. (lacht) Dann kam ich da wieder hin in die Gemeinde Y., aber jetzt als jemand anderes. Jemand, der selbständig seine Arbeit aufbauen musste. Gut, da war der Pfarrer, der da noch sehr streng war und alles nach i- Pünktchen haben wollte. Und man es dann so machen musste. Aber das hat dann nicht mehr so lange gedauert, dann ist er ja in Ruhestand gegangen. Dann hatte ich auf einmal eine Vakanz. Da war ich dann ganz auf mich gestellt und musste das bewältigen. Da kann ich nur sagen, da war es schön, dass man in der Nachbarschaft auch eine Diakonisse hatte. Und wir haben uns monatlich in X. getroffen zur Bibelstunde und zum Austausch untereinander. Oder dass eine Fortbildung war und man hat sich denn da wieder getroffen hat. Und dass man auch den Rückhalt vom Mutterhaus hatte. Ja, durch Post durch Anrufe oder einen Brief vom Diakonissenabend, in dem erzählt wurde, und jeder seinen Namen darun-

ter geschrieben hatte. Und man wusste, die sind jetzt beisammen und denken auch an einen. Du bist mit denen verbunden. Das war schon was!

Interviewer 57: Sie waren nicht allein, obwohl Sie dort schon allein waren?

Schwester Z. 57: Die Gefahr ist ja, wenn man allein ist, dass man auch in der Gemeinde Freundschaften anfangen kann und so etwas. Die Gefahr ist da. Gar nicht böse gemeint. Was Gutes tun, man wird eingeladen... Das habe ich aber nicht gemacht. Und dadurch konnte ich allen auch offen begegnen. Also nur mal ein Beispiel: Ich war bei einer Patientin. Zweimal die Woche bin ich da hin oder auch ein bisschen öfters und hab die dann gewaschen. Und eines Tages bin ich da fertig und räume alle meine Sachen auf. Dann komm ich in die Küche und da ist der Tisch gedeckt und alles Mögliche. Und da sagt die Schwiegertochter: Schwester Z., jetzt wollte ich Sie gerne einladen zum Frühstück. Ich hab die dann erst ganz groß angekuckt und hab dann gesagt: Tut mir leid, das kann ich nicht machen. Ich kann mich jetzt nicht hier zu Ihnen hinsetzen und mit Ihnen frühstücken. Ich habe noch andere Patienten zu versorgen. Und außerdem, wenn ich heute mit Ihnen hier sitze und mit Ihnen frühstücke, dann ist das heute Abend schon im Dorf. Und dann heißt es: Die hat sich da hingesezt und mit der gefrühstückt. Darauf hat sie so verdattert geschaut. Nee, sagte ich. Das tut mir leid.

Interviewer 58: Dann haben Sie ganz klare Vorstellungen gehabt, wie Sie ihren Beruf leben wollen und haben auch Grenzen gezogen, um sich zu schützen?

Schwester Z. 58: Ja, um mich zu schützen und um auch das Mutterhaus zu schützen. Da war vorher einiges gelaufen und das war nicht gerade schön. Und jetzt kam ich da hin. Ja. Jetzt musste ich mich schon auch ein Stück bewähren! Aber ich sagte dann: Wenn Sie mir etwas einpacken, das nehme ich dann gerne mit. Aber ich kann mich jetzt nicht hier mit Ihnen hinsetzen.

Interviewer 59: Dann haben Sie nach einem Kompromiss gesucht, dass die andere nicht so vor den Kopf gestoßen ist?

Schwester Z. 59 (mit Nachdruck): Ja, sie hat das nicht böse gemeint, aber ich musste klare Linien ziehen. Ich konnte das nicht machen. Da wäre ja derselbe Schlendrian wieder eingezogen. Ich musste ja hier meine Arbeit machen! Ich bin ja nicht in die Gemeinde geschickt worden, dass ich bei den Leuten frühstücke (lacht). Und auf dem Land ist das so! Wenn man bei dem einen mehr ist, dann wird geredet! Ja, und die Schwester und der Pfarrer, die sind nun halt mal auch Leute, die in der Öffentlichkeit stehen. Und da muss man sich ein Stück weit, wie Sie selber auch sagten, sich selbst schützen oder auch oft um der anderen willen.

Interviewer 60: Eine professionelle Distanz, oder?

Schwester Z. 60: Ja, aber die hat man oder man hat nicht. Das muss man auch dazu sagen...

Interviewer 61: Die Diakonissenhäuser hatten eine Blütezeit, die liegt schon eine ganze Zeit zurück. Wie sehen Sie die Zukunft der Diakonissen? Was soll bleiben, was soll sich verändern, dass es weitergehen kann?

Schwester Z. 61: Also erstmal muss das jedes Haus für sich selbst entscheiden. Und auch wir hier müssen nach Wegen suchen, die uns im Moment auch noch nicht so ganz klar sind. Wir müssen überlegen. Wir wissen nicht, ob uns Gott noch junge Menschen schickt oder junge Frauen. Auf alle Fälle sind die ja nicht mehr so jung, wie ich damals. Die jetzt bei uns sind, sind über oder an die 40. Und so junge Leute, wie wir einmal eingetreten sind, diese Zeit ist vorbei! Das muss man ganz klar sehen. Aber was wir hier haben sollen, das ist unsere Gemeinschaft als Diakonissen. Wir wollen schon zeigen, wir sind noch da. Und wir leben bewusst auch in der alten Form: Ja, mit Taschengeld, in der Tracht auch im Urlaub. Mit Ausnahme wenn ich an der See bin, da kann ich schlecht in Tracht rumlaufen. Oder wenn ich auf den Berg klettere. Das sind die Ausnahmen. Wir sind generell, auch wenn wir frei haben, sichtbar gekennzeichnet. Und wir erleben immer wieder, dass wir angesprochen werden in der Straßenbahn...

Interviewer 62: Was sagen die Leute dann?

Schwester Z. 62: Ja, die fragen dann auch mal: Wo kommen Sie her, was machen Sie? Man wird wahrgenommen! (mit Nachdruck) Oder auch im Urlaub, da kann es auch passieren, dass die Leute sagen: Darf ich mal mit Ihnen sprechen? Im Zug hab ich auch schon nette Gespräche gehabt. Ja, dass man gefragt wird: Sind Sie evangelisch oder sind Sie katholisch? (lacht) Ja, man ist schon sichtbar! Und ich denke, das sollten wir auch weitermachen. Auch in dem Bereich hier in unserem Altenheim, wo manche noch ehrenamtlich etwas tun. Einfach das Begegnen draußen im Garten, mit den Angehörigen auch mal sprechen. Das ist schon wichtig.

Interviewer 63: Und dass junge Frauen dazu kommen... Sie würden sagen, die Tracht ist nach wie vor ein wichtiges Kennzeichen der Diakonissen?

Schwester Z. 63: Ja, und alle drei, die gekommen sind, die haben sich ja bewusst für diese alte Form entschieden. Sie hätten ja auch nach M. gehen können, wo das nicht mehr so ist, wo die neuere Form da ist. Aber sie haben die alte Form gewählt. Und da müssen wir uns überlegen, wollen wir das so weitermachen?

Interviewer 64: Das wird wahrscheinlich auch unterschiedlich gesehen von den Schwestern?

Schwester Z. 64: Ja, aber wir müssen generell nachdenken! Die meisten von unseren Schwestern sind ja die ältere Generation. Und ich gehöre ja auch schon dazu. Ich bin 70 geworden. Da müssen wir schon nachdenken. Wir können nicht einfach sagen, wir machen hier noch ein Stück weiter. Und die jungen Schwestern sollen dann sehen, wie es weitergeht. Das geht nicht! Wir müssen insgesamt dann gemeinsam überlegen. Das ist noch im Werden. Da müssen wir uns erst noch zusammensetzen und denken und überlegen. Das ist auch eine finanzielle Sache. Da muss man ja auch dran denken.

Interviewer 65: Gibt es dafür Visionen?

Schwester Z. 65: Eigentlich noch nicht! Wir sind auf dem Weg und wollen uns da jetzt auch zusammensetzen und überlegen: Was ist jetzt konkret oder was wollen wir? Wir können nicht überall sein. Das geht nicht! Ja, wir müssen uns für etwas entscheiden. Ja, das Altenheim haben wir nun der Inneren Mission übergeben. Das ist sicher auch besser, weil die auch mehrere Häuser haben. Da können sie ganz anders fungieren. Und dann haben wir noch das Kinderhaus. Die Kinderarbeit, das bleibt erst noch in unserem Bereich. Die ziehen ja in diesem Jahr um in den Neubau.

Interviewer 66: Wo ist der Neubau?

Schwester Z. 66: In der Eschersheimer Landstraße. Also, wenn Sie von der U-Bahn hochkommen, das erste Haus. Die untere Etage und die obere Etage, glaube ich. Das ist für Kindergarten, Hort und Krabbelgruppe.

Interviewer 67: Was passiert mit dem alten Kinderhaus dann?

Schwester Z. 67: Das ist verkauft. Da ist schon ein Schild, wenn Sie wieder zurückgehen, da müssen Sie mal kucken. Da steht's darauf geschrieben. Das neue Kinderhaus wird dann angemietet, wo sie rein ziehen in den Neubau. Und das alte Kinderhaus wird dann umgebaut. Da werden Wohnungen draus. Wir kriegen viele Leute hin in unsere Gegend (lacht). Und das kann ja auch für unsere Gemeinde gut sein. Bekommen wir vielleicht auch neue Mitglieder noch in die Kirchengemeinde. Und dadurch können wir auch noch einen großen Dienst tun. Wenn wir nur den Kirchendienst machen und für die Menschen beten. Dann ist das noch eine Aufgabe, nicht?

Interviewer 68: Sie haben ja auch die Stundengebete.

Schwester Z. 68: Ja, und die Glocken läuten morgens, mittags und abends. Das ist schon etwas. Die Menschen fragen auch durch unsere Vorträge. Gestern Abend hatten wir einen sehr schönen Vortrag über Dietrich Bonhoeffer. Und da waren auch einige von außerhalb da. Eine ganze Reihe sogar, nicht nur einige!

Interviewer 69: Das freut einen dann?

Schwester Z. 69: Ja. Früher war es so, dass die Gemeindeschwestern auch in der Stadt Frankfurt waren. Da waren wir noch präsenter. Aber Schwester L. ist ja nun in der Uni, studiert da. Schwester P. ist im Kinderhaus. Sie hat ja auch dann Publikum. Und Schwester E. ist beim Diakonischen Werk. Also auch sichtbar.

Interviewer 70: In der ambulanten Krankenpflege haben Sie auch noch Diakonissen hier in Frankfurt?

Schwester Z. 70: Nein, nicht mehr. Nein, die wurden alle dann ins Mutterhaus berufen, weil die Diakoniestation entstanden ist. Das haben Ihnen ja auch schon die anderen erzählt. Ja, weil es einfach nicht mehr ging. Was wir auch aufgegeben haben, ist unser Erholungshaus in Oberursel im Taunus. Das mussten wir aufgeben, weil die beiden Schwestern... Das war Schwester D., die kennen Sie ja auch, Schwester F. und Schwester C., die waren dort. Da waren sie auch schon Feierabendschwestern. Das konnten sie dann nachher auch kräftemäßig nicht mehr. Und zivile Leute einzustellen, das hätten wir nicht geschafft, auch finanziell nicht geschafft, weil das dann sehr große Kosten sind.

Interviewer 71: Dann haben Sie in den letzten Jahren ganz viel aktiv gestaltet und sich auch von vielem getrennt? Ein Rückbau, der gut überlegt war und nicht nur in Reaktion war, wenn ich das richtig verstanden habe?

Schwester Z. 71: Ja, das ist richtig! Die Altenarbeit und Kinderarbeit wollten wir auf alle Fälle weiterführen. Und es hat sich dann mit der Inneren Mission gut ergeben. Unsere Wurzeln sind ja auch in der Inneren Mission. Das ist gar nicht ein so fremder Bruch, sondern das ist jemand, wo wir zurückgekehrt sind. Und da sind wir gut aufgehoben bei denen. Also, was das Altenheim betrifft.

Interviewer 72: Durch das neue Gebäude haben Sie auch viel gewonnen und es wird viel Lärm abgehalten?

Schwester Z. 72: Ja, das stimmt schon, aber es war schon ein Einschnitt! Ich nehme mich mal raus, weil ich ja hier gearbeitet und gewohnt habe. Ich bin noch ein bisschen jünger im Gegensatz zu den anderen. Das war schon auch ein bisschen eine Einschränkung! Das muss man schon sagen. Ja. Drüben hat-

ten wir riesige Räume, einen riesigen Speisesaal, einen riesigen Festsaal. Das war schön...

Aber man muss sich ja überlegen, das geht nicht so. Wenn das nur noch so wenige sind, dann können wir nicht so riesige Räume heizen... Das geht nicht! Also da muss man schon auch realistisch sein. Das haben wir ja auch gemeinsam entschieden. Das ist auch das Schöne: Die Schwesternschaft entscheidet. Die Schwesternschaft ist die Mitgliederversammlung. Und was das Kuratorium und der Vorstand vorschlagen, entscheidet dann die Mitgliederversammlung. Es ist also nicht so, dass das Kuratorium sagt: Das und das ist vorgegeben und das wird gemacht. Und somit ist jede, jede (mit Nachdruck) in der Verantwortung. Das muss man sich auch gut durchdenken. Sie müssen für sich entscheiden. Und wir müssen hier genauso für uns entscheiden.

Interviewer 73: Gab es die Mitgliederversammlung von Anfang an oder hat sich das erst entwickelt?

Schwester Z. 73: Nein, (überlegt) das ist 1970 entstanden. Das war eine sehr weise Entscheidung.

Interviewer 74: Sehr demokratisch und den Menschen zugewandt?

Schwester Z. 74: Ja. Da wird abgestimmt, wie sonst auch. Aber das ist wichtig und gut!

Interviewer 75: Dann kann niemand sagen: Ich bin übergangen worden?

Schwester Z. 75: Da kann keiner sagen, wir sind überrumpelt worden. Wir sind gefragt worden. Und dafür haben wir uns entschieden, weil wir das auch gesehen haben.

Interviewer 76: Ich denke, es ist immer schwierig einen Rückbau zu gestalten, oder? Lieber baut man auf...

Schwester Z. 76: Ja, sicher: Gemeindefarbeit abgegeben, Krankenhaus abgegeben, Fachschule abgegeben und jetzt dann das Altenheim ja auch. Das ist auch schwer. Man wird schon beschnitten. Aber, das ist sicher notwendig und noch haben wir uns.

Interviewer 77: Und Sie tragen es gemeinsam auch mit?

Schwester Z. 77: Ja, und deshalb ist es so wichtig, dass die Gemeinschaft zueinander steht. Wir können nur bestehen, weil wir aus der Vergebung leben. Dass jede Einzelne wirklich auch berufen ist. Und so müssen wir uns sehen.

Und dann muss man auch Schwierigkeiten aushalten können, die dann kommen. Es ist ganz logisch.

Interviewer 78: Wenn Sie auf Ihr Leben zurückschauen. Es waren ja bisher über 40 Jahre als Diakonisse, was erleben Sie als Diakonisse als das Schönste?

Schwester Z. 78: Ja, dass man einfach in einer Gemeinschaft lebt, dass man zusammengehört und dass wir das gleiche Ziel haben. Nämlich das Ziel, zu Jesus Christus zu gehören und bei ihm sind und bei ihm bleiben wollen bis ans Ende. Das ist das Einzige, was uns trägt.

Interviewer 79: Vielen Dank für dieses Gespräch. Es war sehr informativ für mich. Danke.

Interview am 22.3.14 mit Schwester K. (78 Jahre) - Altenheimpflege

Schwester K. erzählt von sich aus. Mikrofon wurde währenddessen angestellt.

Interviewer 1: Sie hatten gesagt, Sie wollten Kindergärtnerin werden...

Schwester K. 1: Ja, und ich hatte nur die Volksschule. Deswegen habe ich hier im Diakonissenhaus einen Kursus besucht, der nannte sich... Also, er war nur für sozialpädagogische Lehranstalten, mittlere Reife schmalspurig. Ja, und dann habe ich zuerst im Kindergarten gearbeitet, Hauswirtschaft musste ich auch ein bisschen was lernen usw. Und dann habe ich meine Ausbildung als Kindergärtnerin hier begonnen.

Interviewer 2: Wann war das?

Schwester K. 2: Das war in den 50ern.

Interviewer 3: Da waren Sie erst 16?

Schwester K. 3: Ja, da habe ich den Vorkursus besucht. Ein Jahr später habe ich den Vorkursus wiederholen müssen, da ich eine schwere Nierensache hatte. Da habe ich bald ein halbes Jahr im Krankenhaus gelegen. Da habe ich die vorgeschriebenen Termine nicht geschafft. Nun, ich hab ihn auf Deutsch gesagt, zweimal gemacht. Und dann habe ich meine Ausbildung als Kindergärtnerin absolviert.

Interviewer 4: Und wie sind Sie dann zur Pflege gekommen? Oder wann wurden Sie Diakonisse? Wie war das denn?

Schwester K. 4: Weil ich ja Vollwaise war, hatte ich keine Gelder im Hinterhalt, dass ich hier die Ausbildung bezahlen konnte. Die war ja nicht gebührenfrei. Und außerdem habe ich dann hier gewohnt. Also, ich brauchte ja für Kost und Logis auch Geld und das habe ich vom Diakonissenhaus gestundet bekommen mit der Auflage, dass ich das nach meiner Ausbildung zurückzahle. Und das habe ich gemacht. Und ich war dankbar, dass wir vom Haus aus schon Stellen angeboten bekamen als Kindergärtnerin. Und da war ich erst in Y. im Kindergarten und dann in G.

Interviewer 5: Wie lange waren Sie da?

Schwester K. 5: Also in Y. nur ein Jahr und in G. nochmals 4 Jahre. Und dann bin ich eingetreten. In der Zeit hatte ich dann meine Sache abbezahlt und musste dann auch privat etwas haben: Unterwäsche usw. Das habe ich mir

noch angeschafft und dann bin ich als Schwester eingetreten. Ich habe also das Haus vorher gekannt.

Interviewer 6: Sie wussten, worauf Sie sich einlassen, um eine innere Gewissheit zu bekommen?

Schwester K. 6: Ja, ja. Das musste sein. Und ich war und bin auch heute noch fest überzeugt, dass das der Weg für mich in meinem Leben gewesen ist. Die Ehelosigkeit - und ich war an sich nicht unglücklich über diese Ehelosigkeit. Dann war ich also über 20 Jahre im Kindergarten. Es waren große Kindergärten: 100 Kinder, aber ich war nie allein. Ich hatte sehr gute und nette Mitarbeiterinnen. (zögernd) Das hat sich auch geändert. Wir wurden da hingeschickt, wo irgendwie Not war in der Arbeit. Und heute bringen die jungen Menschen ja alle schon Ausbildungen mit und werden beruflich da eingesetzt, wo sie auch gearbeitet haben. Z. B. Schwester I. ist im Kinderhaus tätig und hat da die ganze musikalische Erziehung.

Interviewer 7: Ja, das habe ich gelesen. Da kam im Mutterhausblatt ein Artikel darüber.

Schwester K. 7: Ja, also und zu meiner Zeit hieß es: Im Nellinistift wird eine Heimleiterin gebraucht und wir haben an dich gedacht. Kannst du dir das vorstellen? Ja, aber ich hatte ja überhaupt keine Ahnung von Krankenpflege und Altenpflege. Und da habe ich nochmals eine Ausbildung gemacht, also nochmals zwei Jahre. Und in der Altenpflegeschule im D.-Haus. Das ist ein katholisches Haus. Ich war da eigentlich sehr glücklich. Sehr. Ich habe da gerne gearbeitet. Und die Schwestern waren sehr einfühlsam. Ich war natürlich furchtbar ängstlich beim Anfassen und so. Am Anfang haben die Leute gesagt: Von Ihnen wollen wir nie gehoben werden. Weil ich so zaghaft zugelangt habe... Aber es hat sich auch verändert. Ja, und dann kam ich wieder hier zurück ins Nellinistift. Und dann hat sich das ergeben. (Pause) Ich mach das kurz, dass ich die Leitung nicht übernehmen konnte. Die Schwester, die das vorher gemacht hat, ist weiterhin geblieben. Und ich habe dann auf einer Station gearbeitet als ganz normale Altenpflegerin.

Interviewer 8: Also, Sie wurden gefragt und haben dann abgelehnt? Oder wie kann ich mir das vorstellen?

Schwester K. 8: Also, wissen Sie, ich hätte das gemacht, wenn`s nötig gewesen wäre. Aber mit einmal meinte die Schwester, sie könnte noch weiterhin diese Leitung machen... (Pause)

Interviewer 9: Und da wollten Sie sich nicht aufdrängen?

Schwester K. 9: Ja, und ich habe dann gesagt, ich muss nicht unbedingt eine leitende Stelle haben. Und dann habe ich erst so als Altenpflegerin auf einer Station mitgearbeitet. Und später hatte ich dann eine eigene Station.

Interviewer 10: Manchmal ist es auch ein sanfterer Einstieg, wenn man erstmal Teil des Teams ist und erst dann Verantwortung für das ganze Team übernimmt?

Schwester K. 10: Also, wissen Sie, die Schwester hätte nicht gleich von heute auf morgen aufhören müssen. Ich wäre dankbar gewesen, wenn sie mich hier eingeführt hätte.

Interviewer 11: Das sind auch Erfahrungen, die traurig sind?

Schwester K. 11: Ja, und ich muss sagen, ich habe hier eine große Bestätigung gefunden und war glücklich mit meiner Station und mit den Mitarbeiterinnen. Es war ja nicht so wie heute, dass man da so viel am Schreibtisch gesessen ist. Wir haben sehr mitarbeiten müssen. (Pause)

Interviewer 12: Und wie lange waren Sie dann im Team im Nellinistift tätig? Von wann bis wann etwa?

Schwester K. 12: Das kann ich nicht so genau sagen. Das werden 3-4 Jahre gewesen sein. Ich weiß nicht mehr so genau. Das war dann auch gut.

Interviewer 13: Und dann sind Sie in die Leitung eingestiegen?

Schwester K. 13: Ja, aber nur von einer Station als Stationsleitung. Und dann habe ich mir da unten alles Mögliche aufgebaut. Z. B. gab es damals noch keine Ergotherapeutin. Mir hat das immer Spaß gemacht. Und da habe ich damit auch angefangen mit Bastelstunden. Aber es waren auch Schwerstpflegebedürftige auf der Station. Ich konnte da nicht eine Stunde raus. Und da musste ich mit dem Wohlwollen meiner Mitarbeiterinnen rechnen. Und das konnte ich auch. Wir waren ein gutes Team da unten. Also im Gartengeschoss zu der Zeit. Das war da, wo jetzt der Anbau steht. Naja, und dann hatte mir die Leiterin unseres Diakonissenhauses, die Oberin, angeboten, ob ich nicht Lust hätte den Übungsleiterschein für Seniorengymnastik zu machen? Der wurde angeboten vom Kaiserswerther Verband. Und das habe ich natürlich gerne angenommen. Ja, das war sehr schön. Den konnte ich in I. absolvieren und es war zunächst ein Grundkursus. Und dann wurde im nächsten Jahr auf diesen aufgebaut. Und da bekam man dann einen regulären Übungsleiterschein für Seniorengymnastik. Ja, und das war auch für besondere Herzkrankheiten und so. Aber das brauchte ich nicht. Und dieser Schein musste alle drei Jahre wiederholt werden. Und da fuhr ich immer wieder nach I. Und das war sehr schön (strahlt). Ja, das

war schön. Ich hatte ja viele ältere Damen. Und ich habe das gerne gemacht: mit Bällen, mit Reifen, mit Seilen oder auch so nur. Es war schon schön. Ja, und da musste ich nochmals praktisch solch eine Stunde in I. anbieten. Und da bekam ich in I. Gruppen zugewiesen. Und die waren fitter als meine Damen hier. Aber das war nicht schlimm. Und da mussten wir auch immer Protokolle abgeben. Es war sehr schön. Das habe ich gemacht bis ich in Rente ging. Bis zu meinem 65. Lebensjahr habe ich ihn immer wiederholt, dass ich wieder hier einsteigen konnte.

Interviewer 14: Sie konnten die Seniorengymnastik auch während Ihrer Dienstzeit machen?

Schwester K. 14: Ja (Pause) Ja. Da haben sie im Grunde alle hinter mir gestanden. Wir hatten ja nur 60 Bewohner erst. Ja, und da machten alle mit. Und sogar, was heute im Nellinistift gar nicht möglich ist, sie brachten mir die Damen zur Gymnastik, die wollten. Ja, und da hatte ich 20 Frauen, die gerne kamen. Und da machten wirklich alle Stationen mit. Ja, ich sagte Ihnen ja, wir hatten unten ein gutes Klima. Und meine Mitarbeiterinnen waren davon überzeugt, dass es nötig ist, und haben dann mal die Stunde ohne mich gearbeitet. Und was man heute auch nicht mehr machen darf: Wir haben dann morgens einfach früher angefangen, damit wir die Arbeit geschafft hatten, bis ich zwischen 10 und 11 Uhr wegging. Ja, und wir hatten da auch einen Gymnastikraum. Das war immer schön. Aber da haben alle mitgemacht. Da habe ich ja auch keinem etwas weggenommen bei der Arbeit.

Interviewer 15: Und wie war es dann, als Sie in der Leitung waren? Hatten Sie da andere Aufgaben?

Schwester K. 15: Nein, nein. Nun war ich verantwortlich für den Tagesplan und für den Monatsplan, für die Mitarbeiterinnen, die ich hatte. Es war nicht so viel Verwaltung. Was wir sehr viel hatten: Es brachte ja fast jede Bewohnerin ihren Hausarzt mit. Es war nicht so, wie es in manchen Häusern ist, dass vom Haus ein Arzt angestellt ist und dass der die Bewohner betreut. Wir hatten fünf bis sechs Hausärzte, die hier ihre Patienten betreut haben. Von daher war viel Arbeit. Denn die kamen ja auch nicht alle auf einmal. Sie haben es ja auch nebenbei machen müssen neben ihrer Praxis und so. Ja, Verwaltung war wenig. Wir haben mitarbeiten müssen. Es war nicht so, wenn jemand krank war, dass wir jemand zur Vertretung bekamen. Nein, dann haben wir halt versucht, die Arbeit aufzufangen.

Interviewer 16: Als Leitung kamen dann noch die Dienstplangestaltung und solche Dinge dazu?

Schwester K. 16: Ja, solche Dinge waren das. Ja, wir haben dann noch selbst unsere Stationsküchen gemacht. Wir bekamen mittags das Mittagessen vom Mutterhaus geliefert. Aber morgens und abends haben wir unsere Bewohner versorgt. Und das war natürlich sehr individuell. Wenn jemand mal ein Rührei abends wollte, dann hat er das eben gekriegt. Oder wenn jemand einen Hafer- oder Griesbrei wollte, dann wurde der gekocht. Es war nicht so eine (Pause) einheitliche Essenskost. Ja, und wir mussten vielen auch das Essen reichen. Das hat doch sehr aufgehalten. Grüne Damen, das gab es ja alles noch nicht. Dann kam vielleicht jemand. Aber der hat dann auch gleich gesagt: Ich will mich unterhalten und besuchen, aber so nah doch nicht. Und was wir in der Zeit gar nicht hatten oder sehr wenige, das waren demente Leute. Ja, also das hat sich erst so entwickelt. Ich hatte unten 13 Bewohner und davon waren zwei dement. Und das konnte man verkraften. Ja, die sind auch weggelaufen. Und dann haben wir sie im Holzhauspark holen wollen. Es ging nicht, weil die Hilfe gerufen haben. Da ist mal ein alter Herr mit Spazierstock hinter mir her. Ich sollte die Frau in Ruhe lassen. Ja, ich habe die Frau gelassen und bin weg gegangen.

Interviewer 17: Waren Sie da etwas hilflos?

Schwester K. 17: Nun ja, wenn jemand nicht mit will. Den können Sie ja nicht aus dem Park bis hierher zerren. Das geht ja nicht.

Interviewer 18: Und wie ist die Frau dann zurückgekommen?

Schwester K. 18: Ach ja, es ist jemand anders hin ohne Schwestertracht. Und das hat dann geklappt. Ja, und da unten, das war ja fast ebenerdig. Und da hat sie die schönen Blumenstöcke an die Seite gerückt und ist aus dem Fenster gestiegen. Sie ist nicht zur Tür rausgegangen.

Interviewer 19: Ist nie etwas passiert? Dann ist man froh, wenn alles so glimpflich ausgeht?

Schwester K. 19: Ja, und die andere demente Frau saß viel. Das viele Wandern, wie es viele heute haben, das hatten wir nicht. Sie ist mal von einem Zimmer zum anderen und hat sich da einfach mal hingesetzt. Das war eben die Frau soundso und dann war es gut. Ja, das kann man heutzutage gar nicht mehr vergleichen. Oder wir hatten keine Lifter und alles. Wie ich hier in den 70er Jahren anfang, da hat das Haus den ersten Lifter gekauft. Den haben wir dann für drei Stationen gebraucht. Einen Lifter, um die Leute aus dem Bett auf den Stuhl oder in die Wanne zu heben. Ja, was wir uns da absprechen mussten bei drei Stationen...

Interviewer 20: Ja, dann musste man viel miteinander kommunizieren und war aufeinander angewiesen?

Schwester K. 20: Ja, ja. Und das ging dann auch. Ja, das muss ich sagen, das hat schon gut geklappt.

Interviewer 21: Und wie war die Zusammenarbeit mit den Ärzten und dem Pfarrer, der ja auch für die Bewohner zuständig war?

Schwester K. 21: Ja, wir hatten Bibelstunden, die hat nicht nur der Pfarrer gehalten. Die haben auch Schwestern gehalten. Das war jeden Mittwoch. Und dann haben wir einmal im Monat, wenn der Pfarrer das zeitlich einrichten konnte, dann haben wir auf den Stationen Hl. Abendmahl gefeiert. Ja, ich hatte da unten viele Schwestern, die wir nicht mehr so betreuen konnten. Die waren dann eben hier, um gepflegt zu werden. Und dann kam meist noch die Oberin noch dazu. Dann haben wir nachmittags Hl. Abendmahl gefeiert. Ja, und zu dieser Zeit waren es viele Leute, die noch kirchlich gebunden waren, dass sie konfirmiert waren usw. Und die haben das auch gerne angenommen. Ja, wir haben einfach gefragt und gesagt, heute Nachmittag kommt die Pfarrerin, möchten Sie mit zum Abendmahl gehen? Ja, und dann haben sie sich fein machen lassen. Und dann haben wir im Wohnzimmer Abendmahl gefeiert. Und es war immer gerammelt voll. Aber das schadet nichts. Ja, dafür war das Wohnzimmer da. Aber man kann die Zeit in dem Sinne gar nicht mehr vergleichen. Bei uns haben die Leute noch erwartet, dass man mit ihnen zur Nacht betet. Ja, aber das kann man nur, wenn man nicht einen Acht-Stunden-Tag hat. Wenn man Familie hat und Kinder und nach Hause muss, dann kann man das nicht. Na ja, dann haben wir das eben gemacht, wenn wir fertig waren.

Interviewer 22: Das war Ihre ehrenamtliche Tätigkeit darüber hinaus?

Schwester K. 22: Ja, aber das hat sich auch geändert. Ich meine, wir haben das niemandem übergestülpt, aber wir haben es signalisiert... Aber z. B. in der Zeit da ist kein Mensch alleine gestorben. Wenn das in der Nacht war, wurden wir auch schon geholt. Da wurden wir von der Nachtwache geholt. Und dann gingen wir runter und begleiteten diese Sterbenden. Aber dass man am nächsten Morgen ausschlafen konnte, so war es ja nun nicht. Dann ging es weiter. Wir waren voll eingebunden in die Pflege. Es war eine andere Zeit. Man kann das nicht vergleichen.

Interviewer 23: Sie haben ja nochmals eine Veränderung mitbekommen, als die Pflegeversicherung eingeführt wurde.

Schwester K. 23: Ja, aber nur ganz kurz habe ich das miterlebt. Ja, aber für uns hat sich da nicht viel geändert. Das war ... Wir konnten die Leute nicht in zehn Minuten waschen usw. Dann hätten wir uns nur selbst geschadet. Pflege ist Pflege. Da kann man doch viel abfangen. Ja, dann fing das an. Da wurde

besonders nachgeschaut, bei denen der Gesundheitszustand schwer war. Wie soll ich das sagen, bei denen der Allgemeinzustand schlecht war. Ja, auch stabile Leute. Und dann wurden sie angeschaut, ob sie einen Dekubitus haben. Und dann ging`s manchmal schon los, wenn sie nur einen roten Flecken hatten. Und da ging`s los. Aber erst nur mündlich. Ich habe noch die Umstellung erlebt mit der Mappe für jeden. Ja, zuerst als wir gesagt haben, jawohl, die werden alle drei Stunden gedreht, dann war das okay. Aber nachher musste das dann alles aufgeschrieben werden. Das war viel, viel Arbeit.

Interviewer 24: Da ist dann auch viel Zeit am Bett verloren gegangen?

Schwester K. 24: Ja, das ist es sehr. (Pause)

Interviewer 25: Haben Sie das bedauert?

Schwester K. 25: Ja, das muss ich sagen. Obwohl ich das einsehe, dass man das sicher braucht. Aber es hat halt viel Zeit gekostet. Und auch so diese kleinen Dinge, gell? Wenn jemand nicht getrunken hat, dann sind wir halt nochmal hin. Damit haben wir vormittags unsere Zeit zugebracht. Und dann kriegten alle ein zweites Frühstück: Obst oder gekochtes Obst. Das ging alles noch nebenher. Und wenn jemand auf dem Flur laufen wollte und er konnte nicht alleine, dann wurde er am Arm genommen und eben geführt. Aber es wurde dann nicht gesagt. Die drückt sich jetzt, sondern: Ich mach das für dich jetzt.

Interviewer 26: Dann war ein hohes Vertrauen im Team untereinander? Dann war man sich auch einig, wie man pflegen möchte?

Schwester K. 26: Ja, genau. Und wir hatten ja immer viele Inkontinente da. Und wir hatten den Ehrgeiz, dass es nicht riecht auf der Station. Und da war eine immer wieder dran und hat die Leute auf die Toilette gebracht usw. Und wir hatten auch nicht so viel Pflegemittel. Das ist ja erst gekommen. Wir mussten mit den Windeln sparen usw. Und es war in unserem eigenen Interesse, wenn die Leute nicht nass waren.

Interviewer 27: Und sehen Sie auch positive Aspekte, die mit der Pflegeversicherung gekommen sind?

Schwester K. 27: Ja, würde ich sagen. Es ist ja leider so. Es muss kontrolliert werden. Ja, und sagen wir mal, es müssen auch Forderungen gestellt werden, damit man wirklich nicht nachlässt. Es ist ja auch häufig lästig, wenn man diese kleinen Dinge immer wahrnehmen soll. Und für einen selber ist es... Wenn ich aufschreiben muss, ist das wie eine Selbstkontrolle. Aber ansonsten haben wir da in der Pflege nicht viel mitbekommen. Die ganzen Finanzen wurden von einem Buchhalter im Mutterhaus gelöst. Also, wir haben gehört, wenn sich die

Pflegekosten wieder erhöht haben. Und damit war keiner zufrieden, aber da konnten wir sagen. Damit haben wir nichts mit zu tun. Und letztlich waren die Leute zufrieden, dass ihre Angehörigen so gut aufgehoben waren bei uns. Also, darum haben wir uns eigentlich bemüht. Nicht, dass wir jedem nach dem Mund geredet haben, aber dass sie wussten, sie sind gut aufgehoben.

Interviewer 28: Dass ihre Bedürfnisse ernst genommen wurden, sie gehört wurden? Das ist schon wichtig.

Schwester K. 28: Das muss ich schon sagen: Das ist wichtig, dass man kuckt. Ja, manches ist kleinlich, aber das kann ich auch wieder verstehen. Z. B. in der Zeit ging es los, dass man keine Bettgitter hochmachen durfte. Und mit dem Richter X. haben wir da unsere Sachen gehabt. Oder er hat auch mal jemand anderen geschickt. Das ist egal. Es wurde hinterfragt. Und wir sind auch manchmal unheimlich reingefallen, weil er die Leute gefragt hat, die im Bett lagen. Die haben nie geredet, aber da haben sie zur rechten Zeit Nein gesagt. Und dann war die ganze Sache hinfällig. Da war eine, die lag im Bett, und musste gefüttert werden, das Essen gereicht kriegen und auch die ganze Pflege. Und die hatte einen Lebensgefährten, der kam jeden Abend. Und wenn dann das Nachthemd etwas verkleckert war, machte er Theater. Er verbrachte viel Zeit mit ihr. Und er sagte, er könnte ja auch die Vormundschaft für sie übernehmen. Ich mach ja sowieso alles. Das Geld und alles andere. Und da haben wir die Geschichte mit dem Richter X gehabt. Und die Frau, die sonst keinen Ton gesagt hat, als der Richter sie fragt, ob ihr Lebensgefährte die finanziellen Dinge für sie regeln soll... Dann hat die knochenhart Nein gesagt. Und da haben wir wieder von vorne angefangen. Er war unglücklich und sagt: Ich komm doch jeden Tag hierher. Das ist, wenn im Kopf Dinge nicht mehr richtig nachvollzogen werden. Ja, ja und mit dem Bettgitter... Da hat eine Dame gesagt: Da fühl ich mich sicher. Naja, das sind so Dinge mit Behörden und so.

Interviewer 29: So wie Sie erzählen hat Ihnen Ihre Arbeit viel Freude gemacht?

Schwester K. 29: Ja, ich war gerne da. Und dann war einem auch nichts zu viel. Oder auch Feste und so haben wir schön gefeiert im großen Rahmen mit allen. Wir haben uns ja die Mühe gemacht, im Speisesaal zu essen. Das war der größte Raum, den wir hatten. Da haben wir die Leute zur Weihnachtsfeier mit den Betten heraufgearbeitet.

Interviewer 30: Für die Bewohner war das sicher sehr schön, aber für Sie sehr anstrengend?

Schwester K. 30: Ja, die waren natürlich glücklich. Die Angehörigen waren dann dazu geladen. Wir haben immer mit einem vollen Haus gefeiert. Und nachher haben wir das ein wenig aufgeteilt. Dann hat jede Station ihre Weih-

nachtsfeier gehabt. Das war auch sehr aufwändig. Und irgendwie hat man auf den anderen Stationen auch helfen müssen. Es ging gut. Es war eine gute Zusammenarbeit.

Interviewer 31: Und wann haben Sie das dann aufgeteilt mit den Weihnachtsfeiern?

Schwester K. 31: Ach, das weiß ich nicht mehr so genau. Das war in den 90er-Jahren. Ja...

Interviewer 32: Sie haben gesagt, Sie waren etwa 25 Jahre im Kindergarten. Wie lange waren Sie in etwa in der Pflege?

Schwester K. 32: Ja, etwa 23 Jahre

Interviewer 33: Sehr ausgewogen – mit ganz Unterschiedlichem?

Schwester K. 33: Ja, ich war sehr gerne da. Aber ich habe gemerkt, dass ich das gesundheitlich nicht mehr schaffte, v. a. die schwere Pflege. Und früher hat mir das gar nicht viel ausgemacht. Auch wenn ich so einen Plan für das Personal gemacht habe, so einen Monatsplan. Und ich habe es vorher mit den Mitarbeiterinnen besprochen: Wollen Sie irgendetwas Besonderes? Ist etwas zu Hause? Ich finde, das habe ich gelernt und fand, das war sehr gut. Aber das kann man nur in einem kleinen Kreis. Wir waren höchstens zu fünft da unten. Und dann hat man darauf Rücksicht genommen. Aber dann stand der auch. Und ich konnte mich darauf verlassen: Meine Mitarbeiterinnen kamen. Sie haben es nicht fertig gebracht wie heute, dass sie abends davor oder am Morgen anriefen: Ich kann nicht kommen. Ja, also das gab es nicht. Wir wussten, dass es auf jeden auch ankam. Auf den anderen Stationen war mehr Personal, aber die hatten auch alle ihr Tun. Und dann haben wir manchmal stundenweise jemanden von einer anderen Station ausgeliehen, dass sie uns mal jemanden gewaschen haben. Oder was heute gar nicht mehr sein darf, die Nachtwache hat uns auch Leute gewaschen. Und zwar die, die die Tageszeiten nicht mehr einschätzen konnten. Doch ich war sehr gerne da.

Interviewer 34: Und wieviele Diakonissen waren Sie auf der Station? Die Hälfte etwa?

Schwester K. 34: Nein, nein. Wir waren zu zweit. Die anderen waren freie Mitarbeiterinnen, alle verheiratet mit Kindern. Die haben wir da unten auch noch so halbwegs mit groß gezogen. Als sie in den Kindergarten gehen konnten, da hatten wir sie ja nicht lange. Aber als sie in die Schule mussten, die saßen alle brav auf den Stühlen im Flur und warteten, bis wir sie wegschickten. Und das war also schön. Und dann hatten wir mit den Klassenlehrern ausgemacht, dass

sie bei uns anrufen und bestätigt haben, dass die Kinder angekommen sind. Und dann haben sie bei uns ihre Aufgaben gemacht. Wir waren ja bis halb acht da.

Interviewer 35: Und können Sie sagen, was Sie als Schweres oder Schönes in besonderer Weise in der Pflege erlebt haben?

Schwester K. 35: Also ich war glücklich, wenn sich die Leute bei uns wohl gefühlt haben. Das war mitunter das Schönste. Und wenn wir gemeinsam etwas gemacht haben, dass sie dann auch irgendwie fröhlich und dankbar waren und so. Ja, sie sollten sich wohl fühlen und ich glaube, es ist uns gelungen. Schwer war mir immer, wenn...

Wir hatten zu der Zeit Angehörige, die alle kamen. Die Tochter, mal abends der Sohn. Es hat sich doch sehr verändert. Ja, und schwer war's mir immer, wenn die Leute trotz Pflege immer elender wurden. Und ich war immer unglücklich, wenn ein Dekubitus nicht zuging. Aber wir hatten nicht viel, aber... Wie gesagt, man hatte auch solch ein persönliches Verhältnis zu den Leuten aufgebaut. Und wenn dann einer starb. Ich sah das ein, dass jedes Leben ein Ende hat. Und trotzdem (Pause). Es hat einen irgendwie bedauert und mitgenommen. Das muss ich sagen. Und bei uns ist kein Bewohner aus dem Haus gekommen, bevor wir nicht eine Aussegnung gehalten haben.

Interviewer 36: Auch mit allen anderen Bewohnern zusammen?

Schwester K. 36: Ja, gewiss. Wir haben gefragt und die kamen gerne mit. Ein Stückchen Neugierde war auch dabei: Wir wollen mal seh'n, wie Sie das bei mir mal machen... Ja, also, das war an sich... Das hat solch eine Gemeinschaft gegeben, verstehen Sie? Ich war schon gerne da. Oder eben auch an Heilig Abend. Da haben wir es denen schön gemacht. Das ging natürlich auf unsere Kosten, gell? Wir hatten in der Diakonissengemeinschaft nichts. Wir waren ja an Heilig Abend bei den Angehörigen und bei den Bewohnern. Ja, aber die Angehörige haben uns auch die Leute, die gerne in den Gottesdienst wollten, in die Kirche rübergefahren. Das fing damals erst gerade an mit den grünen Damen und Herren. Oder ich weiß von einem Ehepaar...

Da haben wir immer an Heilig Abend Wein geschenkt bekommen. Und (lacht) dann habe ich zu meiner Mitarbeiterin gesagt: Jetzt müssen wir den Wein in Eierbecher geben. Und da haben die gesagt: Das geht doch nicht. Und dann haben wir so kleine Weingläser gekriegt für die ganze Station. Dann hat nicht jeder ein volles Glas gekriegt. Sie nahmen ja auch alle Medikamente. Naja, aber sie waren selig. Und wer konnte, den haben wir mit ins Wohnzimmer geschleppt.

Interviewer 37: Ja, das ist schön. Auch immer wieder die Rahmenbedingungen entlang des Kirchenjahrs dafür zu gestalten, wenn ich das richtig verstanden habe?

Schwester K. 37: Ja, das war sehr schön. Es wollte dann auch keiner ins Bett. Na ja, dann waren wir nur noch zu zweit abends. Und die eine ist im Wohnzimmer geblieben und hat die Leute unterhalten. Und die andere hat alle nacheinander ins Bett gebracht. So, und als wir alle erstmal im Bett hatten, dann haben wir gespült und gemacht und getan. Wir konnten ja diese zarten Gläser nicht in die Spülmaschine tun. Na ja, es war halt so. Wir waren irgendwie glücklich, weil die Leute zufrieden waren.

Interviewer 38: Die Zufriedenheit hat sich dann auch auf Sie übertragen?

Schwester K. 38: Ja, ja. Und das könnte man heute gar nicht mehr. Wir hatten auch Angehörige, die brachten uns am Sonntag einen Kuchen mit. Das darf ja heute alles nicht mehr sein, dass Familien einen Kuchen hierher tragen. Das Lebensmittelgesetz ist da ja sehr streng. Damals konnte man das noch. Man wusste ja auch, wer das mitgebracht hat. Naja, aber es hat sich geändert. Es war eine andere Zeit. Und man kann da auch nichts vergleichen. Ich bin viel rüber gekommen, als die Schwester R. dort drüben gewohnt hat. Jetzt komm ich nicht mehr so viel rüber. Ich habe auch immer noch Gymnastik gemacht mit einer Gruppe, solange bis im letzten Jahr. Dann konnte ich es nicht mehr mit meinem Rücken. Und der Raum war voll. Und da waren da sogar vier bis fünf alte Herren, die haben sich immer zusammengerottet und auch so Späßchen gemacht. Mit einmal war kein Ball mehr da. Und da haben die den einfach unter den Tisch kullern lassen. Also, es war schön.

Interviewer 39: Ja, das macht auch Spaß, wenn man merkt, das eigene Engagement kommt bei den Bewohnern an?

Schwester K. 39: Ja, aber ich hatte keine Unterstützung...

Interviewer 40: Wie hätten Sie sich die Unterstützung gewünscht?

Schwester K. 40: Ja, dass mal einer gekommen wäre und hätte reingeschaut...

Interviewer 41: Sie haben erzählt, dass Sie Vollwaise waren und dann über den Berufsweg ins Frankfurter Diakonissenhaus eingetreten sind. Gab es etwas Spezifisches am Frankfurter Diakonissenhaus, von dem Sie gesagt haben: Da will ich unbedingt hin?

Schwester K. 41: Nein. Ich kannte gar kein anderes Haus. Es hat sich so entwickelt. Ich bin als Mündel in einem Pfarrhaus aufgenommen worden. Die hatten selber vier eigene Kinder. Es war nicht so, dass ich hierher gedrängt wurde. Es war eine freie Entscheidung. Ja, ja. Und ich würde die auch nicht rückgängig machen. Ich wusste, ich komme hierher und es gibt Menschen, die mir wohlwollend sind und Menschen, mit denen es einfach nicht klappt. Ja, und das habe ich halt akzeptiert.

Interviewer 42: Damals waren Sie ja noch eine ganz große Gemeinschaft. Da findet man ja auch eher Menschen, die einem nahe sind und andere die einem einfach nicht so liegen?

Schwester K. 42: Wir waren viel mehr junge Schwestern usw. Wir waren nicht so vereinzelt. Wir waren meist auf Außenstationen in den Kindergärten. Und wir waren alle vier Wochen hier im Mutterhaus, wo wir katechetisch weitergebildet wurden. Und das war gut. Dann haben wir uns doch sehr oft gesehen.

Interviewer 43: Das hat auch der Seele gut getan und hat einem auch wieder Kraft gegeben für die Arbeit?

Schwester K. 43: Ja, so ist es. Auch unter den Kindergärten sahen wir uns öfter und haben uns ausgetauscht. Ja, auch wenn Feste waren. Da hat sich alles auf den Weg gemacht. Wir hatten kein Auto, aber ein Fahrrad. Dann sind wir da hingefahren und haben z. B. beim Sommerfest mitgeholfen. Und man konnte gewiss sein, die kamen auch zu uns, wenn wir dran waren. Da war mehr Zusammenhalt. Ja, aber kucken Sie doch mal, wenn Sie abends erst um 20 Uhr nach Hause kommen, was wollen Sie da noch an Gemeinsamkeit? Das ist alles ein bisschen schlechter. Und da war auch der Zusammenhalt besser.

Interviewer 44: Und wie Sie schon sagten, es waren viel mehr jüngere Schwestern. Heute sind es nur noch wenige.

Schwester K. 44: Ja, so ist es. Ja, es waren 18-Jährige dabei. Und ich war mit bei den Älteren, als ich eingetreten bin. Und wissen Sie, wenn man selber mal einen Kindergarten geleitet hat und man kommt dann hier rein... (Pause) Und es wird einem dann erzählt, wie man Klo putzt. Also wissen Sie... Naja, das hat man halt hingenommen, weil man ja in die Schwesternschaft rein wollte. Ja, und da war eine, die war im Krankenhaus tätig, und die hat gesagt: Das überstehen wir alles. (lacht)

Interviewer 45: Und dann alles mit Humor etwas entschärfen?

Schwester K.45: Ja, ja. (lacht)

Interviewer 46: Gibt es ein Bild oder Bibelwort, das verdeutlicht, was für Sie das Gemeinschaftsleben als Diakonisse bedeutet?

Schwester K. 46: Ja, also im Grunde ist es mein Einsegnungsspruch: Nichts kann uns scheiden von der Liebe Gottes, die in Christus Jesus ist. Das steht in Röm. 8, 37. Und wie gesagt, das hat mich immer bewegt. Das, was du in deiner Kindheit und Jugend von Menschen als Wohltaten erlebt hast, das willst du wieder zurückgeben. Ja, und ich wusste ja auch, was einem wohltut in dem Sinne, wie die Atmosphäre sein muss. Ja, und da habe ich immer gedacht, das will ich weitergeben. Ich habe noch heute zu den Kindern der Pfarrfamilie ein sehr gutes Verhältnis. Wir haben uns erst letztes Wochenende als Familie wieder getroffen. Die vier sind alle verheiratet. Die Kinder sind inzwischen groß und wir alt. Und wir haben so Kindheitserinnerungen ausgetauscht. Und da haben sie gesagt, wir haben lange nicht gewusst, dass du nicht unsere Schwester bist. Ja, wir haben immer gemeint, du wärst unsere Älteste. Ja, habe ich gesagt, ihr habt nach mir gerufen, wenn etwas war...

Interviewer 47: Ja, das ist schön, wenn man in einer Familie so aufgenommen wurde, dass man dazugehörte. Wie war das bei Ihnen? Sie hatten zwei größere Berufsabschnitte Kindergarten und Pflege. Wie war das, wenn das Mutterhaus Sie auf eine neue Stelle berufen hat in Bezug auf Einsamkeit, sich Einfinden?

Schwester K. 47: Ja, im Kindergarten habe ich schon einige Stationen hinter mir. Und ich war auch drei Wochen in der Fürsorge in X. Und das war eine schwere Zeit. Ich hab da so manches gelernt, wie das Leben dieser jungen Leute aussah. Auch Dinge, mit denen ich früher nie in Berührung gekommen bin. Aber ich war nur drei Wochen da. Nicht, weil ich mich nicht gut geführt habe, sondern weil eine Stelle im Kindergarten frei wurde. Ja, es hat mir einen Moment Leid getan, aber dann habe ich gedacht: Etwas Neues bringt auch wieder neue Erfahrungen und Anforderungen. Und dann ging das. Auch in den Rüstzeiten haben wir uns auch unterhalten, wenn etwas schwer war. Und ich denke, die Leute in der Verantwortung haben es deswegen gemacht, weil sie es für richtig hielten. Wir haben viel miteinander geredet. Es gab auch Schwestern, die konnten nicht damit umgehen. Dann sind sie zur Oberin oder Probemeisterin hingegangen und haben das gesagt. Für die Jungen war das dann doch nicht so das Richtige. Aber wir wussten, dass wir berufen sind in die Diakonie und auch in dieses Haus. Und dann war das andere eben halt so.

Interviewer 48: Wie würden Sie dieses Berufungserlebnis beschreiben? War es ein Hineinwachsen oder eine Gewissheit darüber: Das ist es?

Schwester K. 48: Mein Lebensweg war durch das Kriegsende geprägt... Aber ich wollte mich einer Gemeinschaft anschließen. Und dann bin ich hier reingewachsen.

Interviewer 49: Sie leben in einer Glaubens-, Lebens- und Dienstgemeinschaft. Das war ja unterschiedlich im Kindergarten, in der Pflege und jetzt im Ruhestand. Wie würden Sie die Unterschiede beschreiben. Was war wann mehr im Vordergrund? Oder war es immer ausgewogen?

Schwester K. 49: Nein. Im Kindergarten das ging noch. Da hatten wir ja auch Gemeindegarbeit als Kindergärtnerin: Jungschar, Mädchenkreis usw. Das haben wir da mitgemacht. Aber in der Altenpflege hat die Arbeit im Vordergrund gestanden. Und dann kam immer der Spruch: Das ist auch Gottesdienst.

Interviewer 50: Aber das haben Sie ein wenig vermisst, wenn ich das richtig raushöre?

Schwester K. 50: Ja, das habe ich. Und das habe ich dann nachgeholt mit Andachten und so im Ruhestand.

Interviewer 51: Für Sie gehört als Diakonisse die Glaubens-, Lebens- und Dienstgemeinschaft ganz eng zusammen. Können Sie sich auch vorstellen, dass die Gemeinschaftsformen nebeneinander stehen können?

Schwester K. 51: Heutzutage ist das ja möglich. Wir haben es bis jetzt noch, dass wir diese Einheit haben. Ja, und wir sind auch eines der wenigen Häuser, in dem die Schwestern nur Taschengeld bekommen. Ja, und Rente und das, was die jungen Schwestern an Geld einbringen, das geht alles in die gemeinsame Kasse. Das ist ja auch nicht mehr überall so. Z. B bekommen in manch anderen Häusern die Schwestern ihr Gehalt und geben einen bestimmten Betrag oder Prozentsatz in die Gemeinschaftskasse. Ja, und ich muss sagen, ich bin nicht der Meinung, dass wir diese Art, wie wir es jetzt leben, immer so weiterführen müssen... Aber in meinem Alter gibt es nichts mehr anderes. Also, ich möchte es eigentlich so weiterleben, wie ich es begonnen habe. Aber wenn sich da unsere jungen Schwestern anders orientieren, dann wäre das für mich auch in Ordnung. Ja, warum nicht? Ich bin nicht mehr der Meinung, dass die Art wie wir das leben mit der Kaiserswerther Prägung, dass das für alle Zeiten gilt. Es war zu der Zeit, als Fliedner diese Sachen aufgebaut hat, da war es die Art, wie man als unverheiratete Frau leben konnte. Und heute ist das anders. Also ich meine, ich bin glücklich, wie ich lebe. Aber ich weiß nicht, wenn ich heute nochmals entscheiden müsste, ob ich nicht denken würde, ich schließe mich locker einer Gemeinschaft an und bleibe alleine wohnen. Ich weiß es nicht. Ich meine nicht, dass eine Sache nur die Sache ist. Es hat sich geändert.

Interviewer 52: Ja, wie sehen Sie die Zukunft des Frankfurter Diakonissenhauses? Haben Sie dafür ein Bild?

Schwester K. 52: Nein. Ich habe kein Bild. Ich hoffe nur, dass das Frankfurter Diakonissenhaus irgendwie weitergeht. Aber in welcher Art und Weise, das kann ich nicht sagen. Ich denke, es geht weiter. Aber ich kann nicht sagen, wie... Auch wenn die Leute immer sagen, es gibt ja keine Diakonissen mehr, muss ich sagen: Ja, das stimmt. Aber die brauchen ja nicht in Tracht sein. Ja, warum können Sie das nicht sein als Beispiel?

Interviewer 53: Sie haben vorhin gesagt: Sie sind berufen in die Diakonie. Sie haben nicht gesagt: Sie sind berufen als Diakonisse. Das fand ich interessant. Was meinen Sie damit?

Schwester K. 53: Dass ich eben in den Vordergrund stelle, dass ich mich für andere Menschen einsetze. Das ist schlecht ausgedrückt. Vielleicht können Sie es besser ausdrücken.

Interviewer 54: Das ist doch gut ausgedrückt. Meinen Sie, dass Sie Teil eines größeren Ganzen sind, dass man sich in eine Aufgabe reingibt und gleichzeitig aufgefangen ist in einer Gemeinschaft?

Schwester K. 54: Ja. Aber ich weiß halt nicht, ob sich heute noch jemand so bindet. Es ist ja auch nicht nötig. Wir hatten ja lange Zeit dieses Mitleben für Zivile bei uns angeboten. Die fühlen sich im Moment wohl. Aber sie brauchen auch eine gewisse Freiheit. Und das kann ich ja auch verstehen. Man kann nicht im Beruf sein und da seine Frau stehen. Und dann lässt man sich in einer Gemeinschaft fremd bestimmen...

Interviewer 55: Es braucht so eine Ausgewogenheit wie in einer Ellipse mit zwei Brennpunkten: Einerseits die Freiheit und andererseits die Gemeinschaft?

Schwester K. 55: Ja, und das probieren wir jetzt. Mal seh`n, ob`s gelingt.

Interviewer 56: Wie probieren Sie das?

Schwester K. 56: Ja, dass die jungen Schwestern mehr nach draußen gehen, mal andere Gemeinschaften kennen lernen. Ja, und dann auch manche Dinge mitbringen - auch Anregungen. Ob wir die übernehmen, das müssen wir dann sehen. Aber das ist schon gut. Dass man sich nicht abschließt, sondern offen ist. Ja, und das gibt es bei uns nicht mehr, dass jemand glaubt, das Diakonissenleben sei das ein und alles. Es ist schon gut, dass wir da auch offen sind. Und da hat mir die Arbeit im Kindergarten immer geholfen, weil man Eltern erlebte, und hier unten eben mehr die Not der Angehörigen. Ja, das würde mir auch so gehen: Man hat immer ein schlechtes Gewissen, wenn man seine Eltern in ein Heim gibt. Dass man das abbauen kann und kann zu den Angehöri-

gen sagen: Sie haben es gemacht, solange Sie`s konnten und jetzt wollen wir für Sie eintreten.

Interviewer 57: Vielen Dank für das Interview. Sie haben mir viel Einblick gegeben.

Qualitative Inhaltsanalyse der Leitfadeninterviews

Was hat Sie bewogen, Diakonisse zu werden? Welche Haltungen, welche Motivation, welche persönlichen Erlebnisse?

Schwester	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
S. A. 1	Konfirmationsspruch: Saget den verzagten Herzen: Seid getrost, fürchtet euch nicht. (Jes.35)	Durch Wort Gottes persönlich angesprochen sein	Persönliche Erlebnisse: <ul style="list-style-type: none"> - bewegendes Bibelwort oder bewegende Predigt - erlebte Bewahrung - Gemeinschaft - gute (finanzierbare) Ausbildung - erlebte Zuwendung - gebraucht werden - ein schrittweises Hineinfinden in diesen Lebensstil - im Alltag nicht allein auf sich gestellt sein: Verantwortung füreinander / Geborgenheit - vorbildlicher und attraktiver Lebensstil
S. A. 3	Frankfurt hat furchtbare Angriffe gehabt. Wir saßen im Keller. Da haben wir gebetet und gesungen. Wie durch ein Wunder sind wir behütet worden.	Singen, Beten und das Wunder erlebt, bewahrt zu sein	
S. A. 3	Das war sicher auch die Gemeinschaft. Die hat einen so getragen. Bibelstunden und Bibelkunde und eine gute Ausbildung.	Gemeinschaft und gute Ausbildung	
S. B. 36	Wir Kinder, wir waren ganz begeistert von der Schwester. Als Kind habe ich gesagt: Ich werde auch mal Schwester.	Begeisterung als Kind für Gemeindegewester	
S. B. 36	Die Gemeindegewester hat mich immer mitgenommen, wenn sie auf eine andere Station ging. Sie war für mich.	Erlebte Zuwendung durch Diakonisse	
S. B. 36	Der Pfarrer hat so gebetet für Nachwuchs. Und da hab ich an dich gedacht, ob du nicht willst...	Nachwuchsprobleme benannt	
S. B. 36	Und ich habe gebetet, Gott soll mir zeigen, was ich machen soll. Und da habe ich gesagt: Ja.	Persönliches Gebet	Haltungen und Einstellungen, die Motivation dafür: <ul style="list-style-type: none"> - Begeisterung als Kind - Gebet - Gehorsam, Verbindlichkeit - Sendung - Mut und Vertrauen - Achtsamkeit - Glaubens-, Lebens- und Dienstgemeinschaft
S. C. 13	Wir haben dem Mutterhaus versprochen, als wir anfangen haben, dass wir gehorsam sind.	Gehorsam sein	
S. D. 14	Das Sendungsprinzip: Dass man vertraute, die Menschen, die mich aussenden, haben darüber gebetet. Sie haben einem dadurch Mut zugebetet, es zu wagen. Mir wurde gesagt. Schwester D. vergiss es nie: Gott macht Maßarbeit.	Sendungsprinzip, Vertrauen und Mut dadurch gewachsen	
S. D. 16	Meine Mutter hat gesagt: Pack's an und dann siehst du, wie es geht.	Ausprobieren	

S. D. 18	Mir ist die Gemeinschaft so viel wert geworden, dass ich auf die andere nicht verzichten kann. Dieses aufeinander achten, sich anpassen...	Gemeinschaft, Achtsamkeit füreinander	- Segen der Eltern - Geborgenheit, Sicherheit
S. C. 20	Ich bin nicht einfach eingetreten, um Diakonisse zu werden oder weil mir die Gesellschaft gefallen hat. Es war durch ein Wort Gottes, das so deutlich war und zu mir gesprochen hat.	Durch Wort Gottes persönlich angesprochen sein	
S. D. 22	Indem ich in die Diakonie eingetreten bin, Diakonisse geworden bin. Der Alltag fordert mich ganz mit Glaubens-, Lebens- und Dienstgemeinschaft.	Alltagsbewältigung durch Glaubens-, Lebens- und Dienstgemeinschaft	
S. F. 23	Wir helfen einander beim Einkaufen etc. Das ist die kleinere Dienstgemeinschaft, aber die für alle wichtig ist. Im Alter ist das sehr viel.	Füreinander Dasein	
S. F. 27	Ich hab erst einmal zugeschaut. Ich habe in einer Gemeinschaft mit einer Diakonisse gelebt. Und das hat mir großen Eindruck gemacht. Und dann das Wort Gottes – eine Predigt.	Lernen am Modell, durch Beobachtung. Durch Wort Gottes persönlich angesprochen sein	
S. D. 27	Dass ich über meine Mutter an Diakonissen gekommen bin. Ich wollte Säuglingsschwester werden. Das war nicht möglich wegen des Schulgeldes. Ich habe dann 2 Jahre nach dem Kindergarten im Mutterhaus als Haushaltslehrling angefangen. Da ist also dieser Wunsch gewachsen und dann so geworden.	Berufswunsch möglich, gute Ausbildung, dadurch Wunsch gewachsen, Diakonisse zu werden	
S. D. 28	Ich hatte eine kranke Mutter und einen kranken Vater. Und meine Eltern haben gesagt: die Buben durften lernen, was sie wollten. Und du darfst es auch.	Unterstützung der Eltern für diesen Weg	
S. Z. 42	Und wenn man nicht weiter wusste, hat man die	Nicht allein sein, füreinander da	

	andere gefragt. Das war das Plus. Und dass die anderen wussten: da ist Not, vielleicht kann man auch helfen.	sein, einander helfen
S. Z. 43	Ich hatte eine Tante, die war Diakonisse. Und wir hatten auch Gemeindegewestern am Ort. Und das hat mich immer interessiert. Und das wollte ich auch werden. Es hat sich so entwickelt.	Diakonissen als Vorbild
S. Z. 56	Man muss sich erst langsam vortasten	Ausprobieren
S. K. 48	Mein Lebensweg war durch das Kriegsende geprägt. Aber ich wollte mich einer Gemeinschaft anschließen. Und dann bin ich hier reingewachsen.	Geborgenheit, Sicherheit

Zukunft der Diakonissen – wie kann sie aussehen?

S. A. 32	Je älter ich werde, umso mehr schätze ich, dass man in einer Gemeinschaft lebt. Es ist wie in einer Familie. Es ist nicht egal, wie es der anderen geht.	Gemeinschaft wie in einer Familie	Fragen für die Zukunft: <ul style="list-style-type: none"> • Diakonische Bruder- und Schwesternschaft aus den Diakonissenhäusern heraus? In welcher Form? (mit oder ohne Tracht), mit genereller Erkennbarkeit oder nicht? Wenn ja, wie? • Mit welchen Menschen und für welche Menschen? • Wie kann eine Balance von Gemeinschaft und Freiheit gestaltet werden?
S. A. 34	Ich denke, es soll alles so bleiben, wie es ist. Ich verspreche mir nichts von Veränderungen. Das Wesentliche ist, dass wir innerlich mit dem Evangelium leben. Befreit und froh und dankbar sind.	Keine Veränderungen Christliche Haltung der Freude und Dankbarkeit	
S. M. 35	Wir leben alle von der Vergebung der Sünden	Vergebungsbereitschaft	
S. B. 42/43	Die Station musste ein Vierteljahr vorher gekündigt werden. Und da war die Losung: Ich bin mit dir gewesen, wo du hingegangen bist. Das hat mich so getröstet. Dann wusste es Gott ja auch... Und so ist immer mal ein Bibelwort...	Bibelwort als Trost und Verheißung	
S. B. 49	Das kann nur unser Gott schenken. Es gibt Schwestern, die meinen, wir hätten nicht genug	Gebet und Offenheit für Gottes Wege	

	gebetet oder nicht richtig gebetet. Wir können beten, aber mehr nicht. Wenn es Gottes Wille ist, dass wir jetzt nicht mehr so viele junge Schwestern kriegen....		Werte, die auch für die Zukunft gelten sollen:
S. D. 23a	Wir unterscheiden uns gar nicht von den Leuten, die draußen sind. Nur wir wissen, wohin wir gehen können mit unseren Sorgen.	Verbundenheit mit Christen ohne Tracht	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinschaft leben (untereinander und mit anderen) • Christliche Haltung der Freude, Dankbarkeit und Vergebungs-bereitschaft
S. F. 25	Wir müssen lernen, uns zurückzunehmen. Da liegt viel Weisheit drin.	Lebensstil: Sich zurücknehmen	<ul style="list-style-type: none"> • Gebet und Offenheit für Gottes Wege
S. F. 25a	Wir haben jetzt Zeit, uns Zeit zu nehmen, um zuzuhören, um zu lesen, um in die Andachten zu gehen	Zeit zum Zuhören, Lesen...	<ul style="list-style-type: none"> • Opferbereitschaft für das, was jetzt nötig ist, Sich zurücknehmen für gemeinsame Ziele
S. D. 26	Wir können nicht in die Zukunft blicken. Wenn Gott es möchte, dann wird auch die Diakonie und das Diakonissenhaus weiterleben - nicht wenn nur wir es möchten. Und jede Zeit fordert ihre Opfer: Die Zeit ist so schnell und hektisch geworden, so unpersönlich. Wir können Gott darum bitten, dass er seine Sache weiterführt und uns gebrauchen kann.	Gelassenheit einüben und Gott vertrauen Opferbereitschaft für den Weg	<ul style="list-style-type: none"> • Gelassenheit einüben • Rückbau, Aufbau und Umbau von Arbeitsbereichen aktiv mitgestalten, Konzentration • Suche von Kooperationspartnern mit ähnlichen Zielen und Werten
S. F. 26	Ich bete darum, dass es Christen gibt, auch ohne Tracht, die in Verantwortung das weiterführen, was wir vor 150 Jahren angefangen haben. Eine diakonische Bruder- und Schwesternschaft. Das wünsche ich mir für die Zukunft.	Diakonische Bruder- und Schwesternschaft, die Verantwortung wahrnehmen	<ul style="list-style-type: none"> • Demokratische Strukturen als Möglichkeit der Tätigkeit und Partizipation
S. Z. 61/62	Das muss jedes Haus für sich selbst entscheiden. Wir müssen nach Wegen suchen, die uns im Moment noch nicht so ganz klar sind. Wir müssen überlegen. Wir wissen nicht, ob uns Gott noch junge Menschen schenkt. Wir wollen unsere	Individueller Weg, Auftrag und Form der Diakonissenhäuser: Mit welchen Menschen und für welche Menschen?	

	<p>Gemeinschaft als Diakonissen. Wir wollen zeigen: Wir sind noch da! Und wir leben bewusst in der alten Form mit Taschengeld und Tracht. Wir sind generell sichtbar gekennzeichnet. Das sollten wir auch weitermachen. Einfach das Begegnen draußen im Garten, mit den Angehörigen sprechen. Das ist wichtig.</p>	<p>Generelle Erkennbarkeit, wie?</p> <p>Leben im Augenblick: in der Begegnung</p>
S. Z. 65	<p>Das Altenheim haben wir der Inneren Mission übergeben, die mehrere Häuser haben. Wir haben noch das Kinderhaus, die in diesem Jahr umziehen in den Neubau.</p>	<p>Rückbau von Arbeitsbereichen Aufbau und Umbau von Arbeitsbereichen</p>
S. Z. 67	<p>Das alte Kinderhaus wird umgebaut zu Wohnungen. Wir kriegen viele Leute hin in unsere Gegend, vielleicht auch neue Mitglieder für unsere Kirchengemeinde. Wenn wir nur den Kirchengemeinde machen und für die Leute beten. Dann ist das noch eine Aufgabe.</p>	<p>Veränderungsprozesse: Welche Möglichkeiten liegen darin?</p> <p>Kirchendienst und Gebet</p>
S. Z. 71	<p>Die Alten- und Kinderarbeit wollen wir weiterführen. Mit der Inneren Mission hat es sich gut ergeben. Da sind unsere Wurzeln, das ist kein fremder Bruch, sondern jemand, wo wir zurückgekehrt sind.</p>	<p>Kooperationspartner finden mit ähnlicher Ausrichtung</p>
S. Z. 72	<p>Das neue Mutterhaus war schon ein Einschnitt und eine Einschränkung. Die Räume sind kleiner. Aber wir haben das gemeinsam entschieden. Die Schwesternschaft ist die Mitgliederversammlung. Und was das Kuratorium und der Vorstand vorschlagen, entscheidet die Mitgliederversammlung (seit 1970). So ist jede in der Verantwortung.</p>	<p>Einschränkungen hinnehmen</p> <p>Verantwortung wahrnehmen</p> <p>demokratische Strukturen</p>

S. K. 51/52	<p>Heutzutage ist das ja möglich. Wir haben es bis jetzt noch, dass wir diese Einheit haben. Ja, und wir sind auch eines der wenigen Häuser, in dem die Schwestern nur Taschengeld bekommen. Aber wenn sich da unsere jungen Schwestern anders orientieren, dann wäre das für mich auch in Ordnung. Ja, warum nicht? Ich bin nicht mehr der Meinung, dass die Kaiserswerther Prägung, dass das für alle Zeiten gilt.</p>	Balance: Gemeinschaft - Freiheit
S. K. 54	<p>Aber die brauchen ja nicht in Tracht sein. Aber ich weiß halt nicht, ob sich heute noch jemand so bindet. Es ist ja auch nicht nötig. Wir hatten ja lange Zeit dieses Mitleben für Zivile bei uns angeboten. Die fühlen sich im Moment wohl. Aber sie brauchen auch eine gewisse Freiheit. Und das kann ich ja auch verstehen.</p>	Balance: Bindung - Freiheit

Bild, Symbol, Zitat, das Perspektiven vermittelt hat und Hoffnung für die Zukunft gibt?

S. A. 30	<p>Ein Symbol ist das Kreuz, das wir zur Einsegnung bekommen mit dem Bibelwort: Wer sein Leben lieb hat, der wird es verlieren.</p>	Kreuz zur Einsegnung erhalten sowie Bibelwort	<p>Symbole und Bilder als Wegbegleiter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kreuz - Biblische Personen: Simeon und Maria, als der Engel kam - Bilder von Vincent van Gogh - Orchester
S. A. 31	<p>Ich habe gerne christliche Kärtchen bei mir stehen. Ich habe gerne auch Kunstdrucke z. B. von Vincent van Gogh.</p>	Kärtchen und Kunstdrucke als Alltagsbegleiter	
S. B. 44/45	<p>Das Bild von Simeon und das Bild von Maria, als der Engel kam, habe ich sehr gerne. Sie begleiten mich nicht im ganzen Leben, aber eine Zeit.</p>	Postkarten mit Motiven von biblischen Personen als Wegbegleiter: Simeon und Maria	

S. D. 19	Wer mir dienen will, der folge mir nach, und wo ich bin, da soll mein Diener auch sein – wir sind eine dienende Gemeinschaft. Ich spiele nicht die erste Geige, sondern bin Teil eines Orchesters für ein Konzert.	Das Bild eines Orchesters: Jede ist wichtig und hat ihren Platz	Bibelworte, die in Übergängen zugesprochen wurden: - Einsegnung - Novizeneinführung - Konfirmationsspruch - Selbst gewähltes Lebenslied und Lebenskapitel als Ankerpunkte
S. F. 20	Eigentlich mein Einsegnungsspruch, mein Spruch zur Novizeneinführung: Die Liebe erträgt alles, sie glaubt alles, sie duldet alles.	Bibelworte zur Einsegnung, Novizeneinführung	
S. Z. 53	Das Wort, als ich eingetreten bin: Sage nicht, ich bin zu jung, sondern du sollst gehen, wohin ich dich sende und predigen, was ich dich heiße. Und mein Konfirmationsspruch: Sei getreu bis an den Tod. Und als Novizin habe ich das Wort bekommen: Ich will dir folgen, wo du hingehst. Als Lebenslied und –kapitel habe ich mir die „Freude“ gewählt – als Ankerpunkte.	Konfirmationsspruch Ankerpunkt: die Freude	
S. K. 46	Ja, also im Grunde ist es mein Einsegnungsspruch: Nichts kann uns scheiden von der Liebe Gottes, die in Christus Jesus ist. Das steht in Röm. 8, 37. Und wie gesagt, das hat mich immer bewegt. Das, was du in deiner Kindheit und Jugend von Menschen als Wohltaten erlebt hast, das willst du wieder zurückgeben.	Dankbarkeit	

Was ist das Besondere oder Spezifische am Frankfurter Diakonissenhaus?

S. A. 25/26	Meine Eltern hatten Bekannte in Frankfurt. Meine Mutter hatte einen Vetter hier in Frankfurt. Da war so eine Beziehung zu Frankfurt.	Familiäre Beziehungen Freundschaftliche Kontakte	Anknüpfungspunkte: - Familiäre Kontakte - Freundschaftliche Kontakte
-------------	--	---	---

S. B. 38	Ich habe auf der Station manches mitgekriegt. Da habe ich mich gleich so reingefunden. Ich kann nicht sagen, dass es etwas Besonderes war.	Schnelles Reinfinden: Vertrautheit	<ul style="list-style-type: none"> - Über die Gemeindegeschwester - Überschaubares Haus → schnelles Reinfinden - Zugehörigkeitsgefühl - Vertrautheit - Ausbildung im Frankfurter Diakonissenhaus absolviert
S. B. 39	Psalmen wurden schon immer gesungen. Da war man am Anfang erst befremdet, denn das kannte ich von zu Hause nicht.	Gregorianik, gesungene Psalmen	
S. D. 30	Der Vorstand hat über die Jahrzehnte das Mutterhaus geprägt: Wir hatten immer Oberinnen, die uns diesen Dreiklang vorgelebt haben. Unsere Vorstände waren immer Menschen, die uns vorgelebt haben, was es heißt: Diakonissenhaus Frankfurt.	Starke Persönlichkeiten im Vorstand, hohe Achtung	
S. F. 31	Ich denke, das unterscheidet uns von manchen Diakonissenhäusern, dass wir die Komplet singen abends, das Nachtgebet abends. Ich denke, das ist etwas Besonderes in unserem Frankfurter Diakonissenhaus.	Gregorianik	<p>Inhaltliche Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Starke Persönlichkeiten im Vorstand als Vorbilder - Erlebte Freiheit und Offenheit im Lebensstil der Diakonissen - Liturgie: Gregorianik und gesungene Psalmen (zunächst fremd, dann sehr geschätzt)
S. Z. 46	Ja, Frankfurt war nahe liegend, einmal durch die Tante. Im Gespräch mit einer Diakonisse aus einem anderen Haus, die gefragt hat: Warum nicht hier zu uns? Aber wer zu uns kommt, der muss bekehrt sein. Das wollte ich so nicht...	Familiäre Beziehungen Erlebte Freiheit und Offenheit im Frankfurter Diakonissenhaus	
S. Z. 47	Es war auch der Kontakt zur Gemeindegeschwester, die mir viel vom Mutterhaus erzählt hat und mir auch Lieder beigebracht hat. Und es war für mich klar, dass ich hierher gehe.	Kontakt über Gemeindegeschwester, Vertrautheit	
S. Z. 49/50	Vielleicht, dass wir nie so riesengroß waren oder noch nie gewesen sind. Also ein überschaubares Haus. Ich gehörte einfach hierher. Ich habe mich von Anfang an wohl gefühlt.	Überschaubares Haus, schnelles Reinfinden: Vertrautheit, Zugehörigkeitsgefühl	

S. K. 41	Nein. Ich kannte gar kein anderes Haus. Es hat sich so entwickelt. Ich bin als Mündel in einem Pfarrhaus aufgenommen worden, die hatten selber vier eigene Kinder. Es war nicht so, dass ich hierher gedrängt wurde. Es war eine freie Entscheidung. Ja, ja. Und ich würde die auch nicht rückgängig machen.	Ausbildung im Diakonissenhaus absolviert, gut reingefunden
----------	--	--

Welche Aufgaben und Funktionen füllten Sie als Gemeindegeschwester aus?

S. A. 10	Ich hatte auch Kindergottesdienst und Jungschar. Ich hatte viel zu tun mit vier Dörfern.	Gemeindepädagogische Arbeit: Kindergottesdienst und Jungschar	Leben als Diakonisse bedeutet <ul style="list-style-type: none"> • Zeit haben, Zuhören • Sterbebegleitung (seel-sorglich und pflegerisch) • Nachwachen bei Schwerkranken • Begleitung in Krisen: z.B. Suizid • Rückhalt vom Mutterhaus/ organisierte Psychohygiene: Fortbildungen, Bibelstunden, Anteilnahme, gemeinsames Kaffeetrinken • Vor Ort: Wohngemeinschaft mit anderen Diakonissen: Unterstützung im Haushalt, gemeinsame Andachten und Mahlzeiten
S. A. 11	Man ist morgens losgefahren und hat in den Familien die Leute gewaschen, gekämmt, Betten gemacht. Oft hat einem jemand von der Familie geholfen. Da war eine Krankenschwester auf der Station, die war für alles zuständig. Die Diakonisse war immer da. Auch nachts konnte man sie rufen – auch wenn jemand gestorben ist.	Pflegerische Tätigkeiten 24 Stunden Erreichbarkeit Sterbebegleitung; pflegerisch und seelsorgerlich	
S. M. 13	Was mir ein ganz großes Anliegen war, dass ich Hausbesuche gemacht habe bei Leuten, die gebrechlich waren.	Besuchsdienst – gemeindepädagogische Arbeit	
S. M. 15	Es gab auch Meinungsverschiedenheiten z. B. mit den Ärzten. Aber man muss sehen, dass man immer ausgeht, dass man an einem Strang zieht.	„diakonein - dazwischen sein“ ausgleichen, Konflikte austragen	

S. M. 16	Wenn sie Schutz brauchte, hat sie auch bei mir übernachtet im Wohnzimmer auf der Liege.	Sozialpädagogische Arbeit: Aufnahme und Schutz von Menschen in Not	<ul style="list-style-type: none"> gegenseitiger Austausch, gemeinsames Gebet, Besuche
S. M. 17	Wenn man die Menschen lieb hat, dann möchte man auch, dass sie das Evangelium erfahren, weil das so froh macht. Ich habe gedacht: Beten ja, was sollst du beten? Du kennst die Leute nicht. Und dann habe ich im Krankenzimmer gesungen.	Seelsorge	<ul style="list-style-type: none"> Dienende Haltung und dennoch auf Augenhöhe mit Pfarrer und Arzt Großes Vertrauen der Menschen, sich persönlich kennen Schweigepflicht, professionelle Distanz und den Menschen zugewandt
S. M. 19	Wenn jemand gestorben ist, haben wir sie angezogen. Meistens hat mir dabei jemand geholfen.	Sterbebegleitung: pflegerisch	
S. M. 20	Nach uns kam die Sozialstation. Da mussten sie in einer bestimmten Zeit das und das bewältigen. Das war bei uns nicht. Wir brauchten nicht nach der Zeit zu kucken.	Zeit haben für Patienten	
S. M. 24	Seelsorge, das war dabei. Ich finde das wichtig. Bei einem selber und für die anderen. Wenn man sensibel ist, damit man nicht in Hoffnungslosigkeit und Traurigkeit verfällt.	Seelsorge für sich als Form von Psychohygiene	Rahmenbedingungen: <ul style="list-style-type: none"> 24 Stunden Erreichbarkeit Vertraglich geregelt: Pflege und Seelsorge Vertrag zwischen Kirchengemeinde oder Diakonissenverein und Mutterhaus:
S. B. 6	Man kann sagen: Es war überall dasselbe. Wir haben Kindergottesdienst gehalten und Frauenstunde – aber nicht überall.	Gemeindepädagogische Arbeit: Kindergottesdienst und Frauenstunde	<ul style="list-style-type: none"> Diakonisse nicht an einen Tarifvertrag gebunden => damit verbundene Freiheiten
S. K. 7	Morgens sind wir um 8 Uhr aus dem Haus gegangen. Und dann zum Mittagessen wieder nach Hause. Eine alte Feierabendschwester hat uns dann gekocht.	Pflege Gegenseitige Unterstützung in der Hausarbeit, im Haushalt	
S. K. 8/9/10	Kochen und waschen und das, was im Haushalt anfiel, musste die Gemeinde-	Hausarbeit Gemeinschaft untereinander bei	

	schwester machen. Morgens beim Kaffeetrinken waren wir zusammen. Dann wurde eine Andacht gelesen und uns ausgetauscht.	den Mahlzeiten und Andachten	Funktionen in einer Person: <ul style="list-style-type: none"> • Krankenpflegerin • Gemeindepädagogin • Sozialarbeiterin • Seelsorgerin • Bekannte Respektsperson im Ort / Stadtteil
S. K. 12	Das Schwerste war immer, wenn sich jemand das Leben genommen hatte. Manchmal kamen sie dann zu uns, dass wir sie erst noch anziehen mussten und waschen und fertig machen. Nachher habe ich dann die Leute besucht – nachher. Denn in dem Moment kann man gar nicht so viel reden.	Begleitung bei Suizid: pflegerisch und seelsorgerlich	Kompetenzen: <ul style="list-style-type: none"> • Pflegerische • Gemeindepädagogische • Sozialpädagogische • Seelsorgerliche: implizit und explizit durch Zuhören, Da-sein und Schweigen, Empathie, Zuspruch von Segenswort, Losung, Psalm, Lieder (der Situation angepasst) • diakonein: dazwischen sein = Schnittstelle zwischen Kirche Pflege und Beratung (in einer Person) • Konfliktfähigkeit • Kommunikative Kompetenz
S. K. 14	Zuhören war wichtig, viel zuhören. Bei Schwerkranken haben wir auch Nachtwachen gemacht.	Zuhören Nachtwachen bei Schwerkranken	
S. K. 15	In einer Vakanzzeit da habe ich die Andachten gehalten, auch diese Passionsandachten. Aber predigen brauchte ich nicht. Und es fehlte dann doch die Seelsorge.	Gemeindepädagogische Kompetenz: auf Augenhöhe mit dem Pfarrer	
S. K. 19	Ich wurde vom Arzt gefragt, was ich meine: Sollen wir die Frau ins Krankenhaus tun oder kann sie zu Hause bleiben? Und da habe ich gesagt: Sie kann zu Hause bleiben. Das hat mich der Arzt gefragt.	Pflegerische Kompetenz und Entscheidungsfreiheit Mit dem Arzt auf gleicher Augenhöhe	
S. B. 23	Ich hatte so ein kleines Büchlein, in dem stand für jeden Tag eine kleine Krankenandacht – nur kurz: ein Bibelspruch und auch das Gebet war ganz kurz. Das habe ich dann gelesen. Aber nicht immer konnte	Seelsorge: Lesen einer Krankenandacht, Hören und Ersüren: Was ist dran und gewünscht?	

	ich das machen. Es gab auch Menschen, von denen ich wusste, dass sie keinen Wert darauf legen. Da habe ich es gelassen.			Ressourcen:
S. B. 25/26	Wenn ich die Treppen hochging... Da waren immer auch Treppen. Da habe ich dann gebetet, dass Gott mir doch die rechten Worte geben sollte. Die Leute hatten großes Vertrauen. Das hat man gespürt.	Gebet als Kraftquelle Großes Vertrauen der Menschen in die Gemeindegewerter		<ul style="list-style-type: none"> • Gebet als Kraftquelle • Lebens-, Glaubens- und Dienstgemeinschaft • Teamarbeit, Informationsfluss
S. B. 27	Bei Hilflosigkeit hat mir das Gebet geholfen. Dann abends, wenn ich nach Hause ging oder wenn ich von einem zum andern ging.	Gebet als Kraftquelle		Veränderungen:
S. B. 28/46	Wir hatten einmal im Monat Bibelstunde. Da kamen ein paar Stationen zusammen. Da kam vieles zur Aussprache und hinterher wurde Kaffee getrunken. Wir sind auch ins Mutterhaus gefahren zu Veranstaltungen.	Organisierte Psychohygiene: Bibelstunde und kollegiale Beratung, gepflegte Gemeinschaft durch gemeinsames Kaffeetrinken und Veranstaltungen		<ul style="list-style-type: none"> • Strukturwechsel in Sozial- oder Diakoniestation • Neue Verträge • Neue Rahmenbedingungen: Abrechnung mit der Krankenkasse, erweiterte Dokumentation, Kontrolle durch Leistungsbögen, veränderte Erwartung der Menschen: nur Pflege, keine Seelsorge
S. B. 32	Als die Sozialstation kam, hatten wir viel Schreibarbeit. Wir hatten sonst nicht über jeden Kranken, was wir gemacht haben, geschrieben. Nur jeden Monat einen vorgedruckten Zettel vom Mutterhaus ausgefüllt: wie viele Krankenbesuche, wie viele Hausbesuche wir gemacht haben.	Erweiterte Dokumentation auf der Sozialstation		
S. B. 33/34	Zuschüsse von der Krankenkasse, das haben wir vorher nicht gebraucht. Das kriegten wir nicht für die Pflege, nur für Spritzen, einen Einlauf oder einen Verband. Das Waschen und so wurde nicht bezahlt.	Abrechnung mit der Krankenkasse auf der Sozialstation		
S. B. 35	Spritzen und so musste der Arzt verordnen und verschreiben. Aber das andere konnten	Klare Richtlinien bez. der Entscheidungsbefugnis, aber		

	wir selbst entscheiden: Verband, Wunden verbinden, was da gemacht werden musste.	dennoch große Entscheidungs-freiheit	
S. D. 1	Wir wussten ja, in welchem Auftrag wir diesen Dienst machen. Was ganz wichtig war, nach Möglichkeit immer pünktlich sein. Wir hatten unseren festen Plan. Jeder Tag war schon ausgebuht mit den Besuchen, die wir zu machen hatten. Und da hatten wir Bezirke. Man musste sich immer auf neue Dinge einstellen, auch wenn es ungefähr immer die gleiche Aufgabe war.	Pünktlichkeit Tagesplan	
S. F. 1/2	Was mir neben den pflegerischen Maßnahmen wichtig war, die alten Menschen zu besuchen. Wir waren damals noch nicht so unter Leistungsdruck. Unter Zeitdruck ja, aber nicht dass man alles aufschreiben musste. Was schön an der Gemeindegarbeit war, dass man die ganze Familie zusammen hatte: Kinder, Eltern, Großeltern und die Nachbarn. Ich bin mit dem Fahrrad gefahren. Das war schon auch eine körperliche Anstrengung. Auch im Winter.	Gemeindepädagogische Arbeit: Besuchsdienst Generationsübergreifende Arbeit: Familienpflege Körperlich anstrengende Arbeit	
S. C. 1	Ich hab immer irgendwie versucht, den Menschen ein Wort Gottes zu sagen, die Lösung gelesen zum Beispiel.	Gemeindepädagogik: Andacht, Homiletik	
S. D. 2/3	Gott hört mit und vor ihm müssen wir verantworten, was wir sagen. Und damit konnte ich mir viel Geschwätz abwenden. Wir müssen auch selbst aufpassen, in welche Richtung führe ich meine Gesprä-	Schweigepflicht professionelle Distanz Gesprächsführung	

	<p>che. Was will ich damit ausrichten, was will ich damit bezwecken? Das ist auch immer wieder eine Selbstkontrolle. Und man muss auch den Mut haben, Nein zu sagen.</p>		
S. D. 4	<p>Die Seelsorge ist sehr unterschiedlich: Man kann nicht sagen, jetzt habe ich die Losung gelesen und dann habe ich das erfüllt. Manchmal ist es ein einziges Wort oder ein Satz. Mir hat geholfen, dass ich das Gesangbuch auswendig kannte. Und immer der Situation angepasst... Das war nicht meine Antwort, sondern von Menschen, die damit gelebt haben und es uns schenken.</p>	<p>Seelsorge: implizit und explizit durch</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zuhören - Dasein und Schweigen - Empathie - Segenswort, Losung, Psalm - Lied (singen) <p>→ der Situation angepasst</p>	
S. F. 4	<p>Alte Menschen haben sich gefreut, wenn man ein Lied gesungen hat. Ich habe gerne gesungen oder einen Psalm gelesen. Oder nur, dass man still bei ihnen gesessen hat. Dass er das Gefühl hatte, er war nicht verlassen oder vergessen.</p>		
S. F. 5/6	<p>Der Pfarrer hat auch viele Hausbesuche gemacht, hat mich informiert, wenn Schwer- kranke da waren oder Menschen, die Probleme hatten oder wo man einfach mal hingehen musste. Das war eine große Hilfe. Die Frauen aus dem Frauenkreis haben mir auch immer mal einen Wink gegeben: Da müssten Sie mal hingehen...</p>	<p>Teamarbeit: Besuchsdienst gemeinsam mit Pfarrer und Frauenhilfe, gegenseitiger Informationsfluss</p>	
S. C. 6	<p>Die Leute wussten ja, dass wir Diakonissen sind. Und sie wussten, dass ihre Gemeinde im Mutterhaus Schwestern für die Kranken-</p>	<p>Vertraglich geregelt: Pflege und Seelsorge durch Diakonissen</p>	

		pflge bestellt haben. Und da hat ein Vertrag bestanden. Daher mussten sie auch damit rechnen, dass wir sie mit dem Wort Gottes vertrauter machen.	
S. F. 7		Da war schon eine Erwartung da. Wir sind auch sehr oft darauf angesprochen worden.	Erwartungshaltung der Menschen: Pflege und Seelsorge von Diakonissen
S. D. 9		Dann kam die Zeit, dass die Leistungsbögen ausgefüllt werden mussten. Bei uns war noch nicht dieses Abhören und Kontrollieren. Es war dieses Persönliche. Und das Vertrauen, das einem entgegengebracht wurde, war einfach wunderbar. Ich war mit einer freien Schwester zusammen. Wir haben uns gegenseitig abgelöst. Es war ein gutes Gefühl zu wissen, die Mitschwester macht jetzt die Arbeit. Wichtig sind gute Absprachen auch mit dem Pfarramt. Es war ein gutes Miteinander.	Leistungsbögen brachten Kontrolle Vertrauen der Menschen, sich persönlich kennen = wertvolle Ressource für die Arbeit Gute Absprachen im Pflege team und mit dem Pfarramt
S. D. 11		In der Zusammenarbeit mit den Ärzten z. B. habe ich mir die Freiheit genommen zu sagen, das und das hat mir nicht zugesagt. Dass sie auch wussten, dass man nicht alles so hingenommen hat. Der Ton macht die Musik.	Konfliktfähigkeit
S. F. 11		Dieses minutengenaue Aufschreiben, Dokumentieren... Davor bin ich bewahrt worden. Das wäre mir sehr schwer gefallen, weil ich die Zeit für die Menschen gebraucht habe.	Wenig Dokumentation

S. F. 17/18	Wir waren damals auf unseren Stationen nie allein. Wir haben eine Mitschwester gehabt. Einsamkeit gab es eigentlich nicht. Ich schließe mich auch gerne an, bin fröhlich gewesen und lustig. Wir haben uns auch gegenseitig besucht. Das ging von uns aus. Wir müssen den anderen nicht alleine lassen.	Nicht allein sein: Gelebte Gemeinschaft, Geselligkeit und gegenseitige Besuche als Ressource und Kraftquelle	
S. Z. 10	Den Gebetskreis habe ich auch übernommen. Ich habe den Küsterdienst gemacht: Den Altar hergerichtet mit Blumenschmuck, Paramentenwechsel etc. Das wurde mir dann zu viel und ich habe es angesprochen.	Gemeindepädagogische Arbeit: Gebetskreis Küsterdienst	
S. Z. 11	Dass man andere anleitet und die Arbeit ohne einen weitergeht. Als ich versetzt wurde, wurde der Frauenkreis von einer anderen Frau aus der Gemeinde übernommen. Das war ein Pluspunkt.	Mentorentätigkeit als Pluspunkt für den Weiterbestand der Arbeit	
S. Z. 13	Die Gemeindegewester war eine Schnittstelle zwischen Pflege und Kirche. Dann kamen auch noch die Altmittage dazu und die Feiern.	Schnittstelle zwischen Pflege und Kirche Gemeindepädagogische Arbeit: Seniorenarbeit	
S. Z. 15	Das überraschende und schnelle Sterben ist für alle eine Überforderung. Ich war dann nicht in der Lage, etwas zu sagen. Und es wäre auch nicht angekommen, weil das Herzeleid so groß war. Dann habe ich mit dem Pfarrer gesprochen, dass es mich belastet. Er hat mir zugesprochen und	Erleben von eigener Hilflosigkeit und Ohnmacht → Austausch im Team (Pfarrer und Schwester), Loslassen (im Gebet)	

	<p>gesagt, allein ihre Anwesenheit - das war schon etwas. Ich konnte diesen großen Schmerz nicht auffangen. Ich musste das aus der Hand geben. Das sind so Dinge, wo man sagen muss: Unser Gott muss es irgendwie in Ordnung bringen. Wenn nicht hier, dann später.</p>		
<p>S. Z. 56</p>	<p>Es war schön, dass wir den Austausch untereinander hatten oder dass eine Fortbildung war. Und dass man auch den Rückhalt vom Mutterhaus hatte. Durch Post, durch Anrufe oder einen Brief vom Diakonissenabend, in dem erzählt wurde und jeder seinen Namen drunter geschrieben hatte. Und man wusste, die denken jetzt an einen. Du bist mit denen verbunden. Das war schon etwas!</p>	<p>Gepflegte Gemeinschaft durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - regelmäßige Treffen - Fortbildungen im Mutterhaus - Persönliche Post von Mitschwestern - Aneinander denken und für-einander beten 	
<p>S. Z. 58/59</p>	<p>Ich musste auch Grenzen ziehen, um mich und das Mutterhaus zu schützen. Ich habe keine Freundschaften mit Gemeindegliedern angefangen. Es wird schnell geredet, wenn man bei jemandem länger bleibt oder Unterschiede macht. Und ich stand in der Öffentlichkeit - eine professionelle Distanz.</p>	<p>Professionelle Distanz: Gleichbehandlung von Gemeindegliedern keine Bevorzugung Einzelner Person der Öffentlichkeit</p>	

Welche Aufgaben und Funktionen füllten Sie im Altenpflegeheim aus?

S. Z. 16	Im Altenpflegeheim war es eine ganz andere Arbeit als in der Gemeinde: Die alten Menschen kommen von zu Hause in ein Haus, das ihnen fremd ist. Sie sind nicht in dem Sinne krank, sondern dement oder können sich selbst nicht mehr versorgen und brauchen Hilfe.	Im Altenpflegeheim: Menschen mit Demenz, gebrechliche Menschen oder Menschen, die sich zu Hause nicht mehr versorgen können.	Funktionen / Aufgaben: <ul style="list-style-type: none"> • Wohnbereichsleitung • Pflege • Eine im multiprofessionellen Team • Bastelstunden, Seniorengymnastik für Bewohner, eigene Angebote gestaltet während Pflege • Jongleur zwischen anspruchsvollen Bewohnern und Angehörigen • für gutes Betriebsklima sorgend: respektvoller Umgang • fürsorglich mit alten Menschen • Umstrukturierungsprozesse vorangebracht: Schichtdienst, Einstufung bei Pflegeversicherung, richtige Dokumentation • Individuelle Essenszubereitung • Seelsorge durch Bibelstunden, Abendmahl, Gebete • Feste entlang des Kirchenjahrs gestaltet
S. K. 13	Und da habe ich damit auch angefangen mit Bastelstunden. Ich wurde gefragt, ob ich nicht Lust hätte den Übungsleiterschein für Seniorengymnastik zu machen? Und das habe ich natürlich gerne angenommen.	Tagesgestaltung	
S. Z. 17/18/19	Im Pflegeprozess sind meinbezogen: Heimleiter, Pflegedienstleitung, Sozialarbeit, Pfarrer, Hausarzt, Angehörige, Heimaufsicht, Gesundheitsamt. Zusammenarbeit mit vorwiegend ausländischen Mitarbeitern aus Jugoslawien. Wir waren eine gute Gemeinschaft mit den Bewohnern und Angehörigen – beinahe wie in einer Familie.	Diakonisse, eine im multiprofessionellen Team	
S. K. 16	Wir haben dann noch selbst unsere Stationsküchen gemacht. Wir bekamen mittags das Mittagessen vom Mutterhaus geliefert. Aber morgens und abends haben wir unsere Bewohner versorgt.	Gute Gemeinschaft unter den Angestellten, den Bewohnern und Angehörigen	
S. Z. 21.	Am Anfang hatten wir Teildienst, nachher Schichtdienst.	Umstrukturierung vom Teildienst zum Schichtdienst	

S. Z. 22	1992 kam die Pflegeversicherung und Dokumentation – Umbrüche, die bewältigt werden mussten. Viele Tage gebraucht bis die Einstufung vollzogen war.	Umstrukturierung zur Einstufung der Pflegeversicherung. Dokumentation	Ressourcen: <ul style="list-style-type: none"> • Gemeinschaft der Diakonissen • Gemeinsame Rüstzeiten im Mutterhaus • Guter Kontakt zu Schwestern in der Nähe • Gegenseitige Hilfe als großes Plus (keine Abgrenzung)
S. K. 23	Da wurde besonders nachgeschaut, bei denen der Gesundheitszustand schwer war, bei denen der Allgemeinzustand schlecht war.		
S. Z. 22	Das ist mir noch nicht begegnet, dass sie so gut Bescheid über jeden Einzelnen wissen. Ich habe mit in der Pflege gearbeitet auch als Leitung. Das wurde von den Mitarbeitern geschätzt.	Sich gut kennen Leitung hat in der Pflege mitgearbeitet	
S. Z. 23	Die Anrede: mein Schätzchen und du – das gab es nicht. Der Mensch ist eine Persönlichkeit und wenn er noch so verwirrt oder vielleicht auch bösartig ist.	Respektvoller Umgang miteinander	Pflegeversicherung – großer Einschnitt: <ul style="list-style-type: none"> • Einstufung nur über Dokumentation möglich • Dokumentation an 1. Stelle • Hausarzt hat entscheidende Rolle bei Einstufung • Manche Arbeit zählt nicht als Arbeit • Altenpflege hat geringes Ansehen, aber sie ist kein Job, sondern ein Beruf
S. Z. 25	Es ist auf alle Fälle schwieriger geworden. Die Dokumentation steht jetzt an erster Stelle, wobei der Mensch ein Stück weit auf der Strecke bleibt. Wenn unsere ausländischen Mitarbeiter dokumentieren sollten, dann war das oft nicht so, wie es hätte sein müssen. Es war schwer, dies richtig zu vermitteln.	Dokumentation steht an erster Stelle Schwierigkeiten beim richtigen Dokumentieren für ausländische Mitarbeiter	
S. K. 27	Es ist ja leider so. Es muss kontrolliert werden. Ja, es müssen auch Forderungen gestellt werden, damit man nicht nachlässt. Es ist ja auch häufig lästig, wenn man diese kleinen Dinge immer wahrnehmen soll.	Dokumentation als Selbstkontrolle	

S. Z. 26	Ohne Dokumentation geht es nicht. Es wird jetzt manchmal überbewertet. Wenn eine Einstufung sein soll, dann musste das auch begründet sein. Manchmal haben wir auch Willkür erlebt.	Einstufung nur über Dokumentation als Begründung möglich	Angebote im Altenpflegeheim durch: <ul style="list-style-type: none"> • PfarrerIn • BeschäftigungstherapeutIn • Schwestern Angebotsformen/ Gemeinschaft: <ul style="list-style-type: none"> • Bibelstunde • Abendmahl • Kreatives • Gymnastik • Singen • Gespräche • Aussegnung der Bewohner
S. K. 23	Ja, zuerst als wir gesagt haben: Jawohl, die werden alle drei Stunden gedreht, dann war das okay. Aber nachher musste das dann alles aufgeschrieben werden. Das war viel, viel Arbeit.		
S. Z. 28	Durch die Pflegeversicherung wurde manches auch gefördert. Die Angehörigen müssen das Defizit begleichen. Das war oft nicht so einfach.	Pflegeversicherung auch als finanzielle Entlastung	
S. Z. 28	Wenn man eine Veränderung bemerkt, dass man dann den richtigen Zeitpunkt erwischt und mit dem Hausarzt spricht...	Hausarzt entscheidend bei Einstufung der Pflegeversicherung	
S. Z. 30	Es wird nicht berücksichtigt, dass Essenreichen bei einer PEG-Sonde auch Arbeit ist. Es wird nur berechnet, was sichtbar ist, was Leistung ist. Und das war manchmal niederschmetternd.	Manche Arbeit wird bei der Einstufung nicht berücksichtigt	
S. K. 25	Wenn jemand nicht getrunken hat, dann sind wir halt nochmal hin. Damit haben wir vormittags unsere Zeit zugebracht. Und dann kriegten alle ein 2. Frühstück: Obst oder gekochtes Obst.	Bei der Einstufung wird der Zeitaufwand nicht für alle Tätigkeiten in Gänze berücksichtigt	
S. K. 26	Und wir hatten ja immer viele Inkontinente da. Und da war eine immer wieder dran und hat die Leute auf die Toilette gebracht usw.		

S. Z. 32/33	Die Bewohner haben sich auch verändert und die Angehörigen. Heute werden die Erwartungen so hochgestellt. Oft habe ich als Jongleur dazwischen agiert.	Bewohner und Angehörige heute mit großen Ansprüchen
S. Z. 32	Arbeitslose, die in die Altenpflege helfen sollen, ist schwierig. Wer Altenpflege lernen will, muss ein Herz für den Menschen haben. Das ist kein Job. Das ist ein Beruf.	Leitung als Jongleur dazwischen Altenpflege hat geringes Ansehen, Altenpflege ist nicht von allen leistbar: Das Herz für alte Menschen ist wichtig
S. Z. 35	Die Pfarrerin hat Bibelstunden gehalten. Abendmahl haben wir mit den alten Menschen auch gefeiert. Sie und der Heimleiter waren ein gutes Team. Dort konnte man hin, wenn man Probleme hatte.	Angebote im Altenpflegeheim: Bibelstunden, Abendmahl, Seelsorge
S. K. 21	Dann haben wir nachmittags Hl. Abendmahl gefeiert und Bibelstunden gehalten. Bei uns haben die Leute noch erwartet, dass wir mit ihnen zur Nacht beten	
S. Z. 35	Immer erst abwarten, schauen und hören, was der Hintergrund ist, bevor man sich eine Meinung über einen Bewohner erlaubt. Dann kann man leichter verstehen, warum derjenige so und so reagiert.	Informationen über Bewohner helfen im Verständnis füreinander
S. Z. 39	Die Beschäftigungstherapeutin hat sehr viel mit den Bewohnern gemacht. Es kamen alle dran, auch die, die wenig aus dem Zimmer gingen. Und Schwestern haben Gymnastik, Singstunde und Bibelstunde angeboten.	Angebote durch Beschäftigungs- therapeutin und Schwestern: Kreatives, Gymnastik, Singen
S. Z. 40/42	Die Diakonissen waren die Leitung auf der Station. Sie wohnten alle über dem	

	<p>Altenheim. Arbeitsstätte war gleich Wohnstätte. Man hat sich gegenseitig informiert, wenn einer mal nicht da war. Und nachts wurden auch die Schwestern gerufen. Das war ein ungeschriebenes Gesetz. Und wenn man nicht weiter wusste, hat man die andere gefragt. Das war das Plus. Dass die anderen wussten, da ist Not und man sich gegenseitig geholfen hat.</p>	<p>Guter Informationsfluss zwischen den Diakonissen, gegenseitige Hilfe, Arbeitsstätte gleich Wohnstätte, kleine Wege, 24 Stunden Erreichbarkeit.</p>	
S. K. 33	<p>Aber wenn ich so einen Plan für das Personal gemacht habe, so einen Monatsplan. Und ich habe es vorher mit den Mitarbeiterinnen besprochen: Wollen Sie irgendetwas Besonderes? Ist etwas zu Hause?</p>	<p>Kleines Team: Individuelle Wünsche der Mitarbeiterinnen wurden berücksichtigt</p>	
S. K. 29	<p>Und dann war einem auch nichts zu viel. Oder auch Feste - und so haben wir schön gefeiert.</p>	<p>Ziel: Zufriedenheit und Wohlbefinden der Bewohner, was sich auf die Pflegenden überträgt</p>	
S. K. 37	<p>Wir waren irgendwie glücklich, weil die Leute zufrieden waren.</p>		
S. K. 35	<p>Und bei uns ist kein Bewohner aus dem Haus gekommen, bevor wir nicht eine Aussegnung gehalten haben.</p>	<p>Pflege der Gemeinschaft bis zum Ende</p>	

Quantitative Fragebögen

Fragebogen für Mitarbeitende in der ambulanten Pflege und im Altenpflegeheim Nellinistift

Zum Thema Gemeindekrankenpflege, ambulante Pflege und Altenpflege möchte ich eine Erhebung durchführen, um geschichtliche Entwicklungen zu erfassen und um sie für heutige Fragestellungen auszuwerten. Dafür bitte ich Sie um Ihre Unterstützung. Sie benötigen ca. 5-7 Minuten Zeit.

1. Ich möchte Sie zunächst, um einige Angaben zu Ihrer Person bitten:

Sie sind () weiblich () männlich

2. Sie sind zwischen: () 18-25 Jahre () 26-39 Jahre

() 40-59 Jahre () 60-69 Jahre

3. Wie lange arbeiten Sie in der Pflege?

() weniger als 3 Jahre () 3-10 Jahre () 11-20 Jahre () über 20 Jahre

4. Gehören Sie einer Konfession oder Religionsgemeinschaft an?

() Nein () Ja: () evangelisch () katholisch () sonstiges: _____

5. Wie sehr fühlen Sie sich dieser Kirche oder Religion verbunden?

() stark () mittel () wenig

6. Welche Tätigkeiten stehen für Sie in der Pflege im Vordergrund?

(mehrere Antworten möglich)

() Patient waschen () Spritzen und Verbände () Essenseingabe

() Dokumentation () Gespräche () Seelsorge und Gebet

() Sterbebegleitung () Nachtwachen bei Schwerkranken () Organisation

() Begleiten in Krisen () Anderes: _____

7. Welche Tätigkeit nimmt am meisten Zeit in Anspruch?

8. Für welche Tätigkeiten hätten Sie gerne mehr Zeit?

9. Gibt es Kontakte zu anderen Einrichtungen und Organisationen?

() Nein () Ja, zu: () Pflegeheime () Hospiz () Vereine

() Hauswirtschaftsdienste () zu Kirchengemeinden () sonstiges: _____

10. Wer ergreift die Initiative für die Kontakte zu anderen Einrichtungen?

geht von unserer Organisation aus andere kommen auf uns zu weiß nicht

11. Welche Werte sind Ihnen in Ihrer Arbeit **am wichtigsten**? **Bitte nur 4 ankreuzen.**

Pünktlichkeit Verlässlichkeit Professionalität
 Solidarität Teamarbeit Verschwiegenheit
 Zeit haben sich persönlich kennen gelebter Glaube
 Helfen Sonstiges: _____

12. Was kommt Ihnen von Seiten der zu Pflegenden entgegen? **Bitte nur 4 ankreuzen**

Vertrauen Respekt Misstrauen Ungeduld
 Ansprüche Unzufriedenheit Anderes: _____

12. Was unterstützt Sie in Ihrer Arbeit? **Bitte nur 4 ankreuzen.**

Fortbildungen Teambesprechungen Supervision
 Freizeit verlässliche Arbeitszeiten Gebet
 informeller Austausch Gemeinschaft Sonstiges: _____

13. Wo finden Sie Rückhalt für Ihre Arbeit? (mehrere Antworten möglich)

von Kollegen vom Dienstvorgesetzten vom Arbeitgeber
 von Familie und Freunden Keinen Rückhalt Sonstiges: _____

14. Wenn Sie die Pflege nach Ihren Wünschen gestalten dürfen (**es stehen nur begrenzte Geldmittel und Zeit zur Verfügung**). Wie würde diese aussehen?

Gäbe es dafür ein Bild? _____

Was würden Sie beibehalten? _____

Was würden Sie verändern? _____

15. Ist für Sie ehrenamtliches oder freiwilliges Engagement ein wichtiger Teil oder weniger wichtiger Teil in Ihrem Leben?

sehr wichtig wichtig weniger wichtig nicht wichtig

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Fragebogen für Feierabendschwestern des Frankfurter Diakonissenhauses

Zum Thema Diakonissengemeinschaft im Alter möchte ich eine Erhebung durchführen, um geschichtliche Entwicklungen zu erfassen und für heutige Fragestellungen auszuwerten. Dafür bitte ich Sie um Ihre Unterstützung. Sie benötigen ca. 10 Minuten Zeit.

1. Sie sind zwischen 25-39 Jahre 40-59 Jahre
 60-69 Jahre 70-84 Jahre
 85-90 Jahre über 90 Jahre

2. Sie leben im Mutterhaus im Altenpflegeheim Nellinistift

3. Sie sind Feierabendschwester ja nein

4. Was hat Sie bewogen, Diakonisse zu werden? (mehrere Antworten möglich)

- Berufung Helfen, sich für andere einsetzen Glaubensweg
 in Gemeinschaft leben Zuwendung persönliche Begegnungen
 Anderes: _____
-

5. Sie sind seit _____ Jahren Diakonisse

6. Als ich noch im Dienst war, war das Schönste für mich als Diakonisse:

7. Sie leben in einer **Glaubens-, Lebens- und Dienstgemeinschaft**. Was ist Ihnen **heute** dabei am Wichtigsten? (bitte nur **4 Antworten** ankreuzen)

- Füreinander Dasein, wenn Hilfe benötigt wird
 Gespräche über den Glauben
 Stundengebet und Gottesdienstbesuch
 Gemeinschaft mit anderen Schwestern und Austausch
 Mich und meine Fähigkeiten für andere einsetzen
 Nicht allein sein
 Helfen
 Gemeinsames Wohnen und Leben miteinander teilen
 Andere Begleiten
 Anderes: _____

8. Was genießen Sie als Feierabendschwester?

9. Was ist für Sie schwer als Feierabendschwester?

10. Welche Aufgaben bestimmen Ihren Alltag als Feierabendschwester?

(mehrere Antworten möglich)

- Besuche machen (im Pflegeheim Nellinistift)
- Besucht werden
- Lesen, Radio hören
- Gottesdienstbesuch oder Hören der Übertragung
- Wahrnehmen der Angebote im diakonischen Begegnungszentrum
- Mitarbeit im Chor, () im Küsterdienst, () im Gästebereich
- bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, () im Garten
- Beten
- Ruhen
- Essensgemeinschaft
- Anderes: _____

11. Haben Sie ein Bild, das die Zukunft des Frankfurter Diakonissenhauses beschreiben könnte?

- Garten mit verschiedenartigen Beeten () alter Baum mit neuen Ästen
- Sonnenaufgang () Haus mit vielen Wohnungen () Orchester
- Anderes Bild: _____

12. Welche Gemeinschaftsform und Angebotsstrukturen können Sie sich für die Zukunft des Frankfurter Diakonissenhauses vorstellen? (mehrere

Antworten möglich)

- Diakonissengemeinschaft
 - Diakoniegemeinschaft von ledigen und verheirateten Frauen und Männern
 - Wohngemeinschaft von Menschen, die der Diakonie nahe stehen
 - Keine Gemeinschaftsform
 - Fortbildungsangebote für Haupt- und Ehrenamtliche in Diakonie und Kirche
 - Fachtagungen für Diakonie und Kirche im diakonischen Begegnungszentrum
 - Spirituelle geistliche Angebote für Menschen im Stadtteil und für Mitarbeitende im Nellinistift
 - Haus der Stille
 - Diakonische Kirchengemeinde im Stadtteil
 - Anderes: _____
-

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Fragebogen für Diakonissen im Frankfurter Diakonissenhaus

Zum Thema Diakonissengemeinschaft möchte ich eine Erhebung durchführen, um geschichtliche Entwicklungen zu erfassen und für heutige Fragestellungen auszuwerten. Dafür bitte ich Sie um Ihre Unterstützung.
Sie benötigen ca. 10 Minuten Zeit.

1. Sie sind zwischen 25-39 Jahre 40-59 Jahre
 60-69 Jahre 70-84 Jahre
 85-90 Jahre über 90 Jahre
 2. Sie leben im Mutterhaus außerhalb des Mutterhauses
 3. Sie sind seit _____ Jahren Diakonisse
 4. Was hat Sie bewogen, Diakonisse zu werden?
 Berufung Helfen, sich für andere einsetzen Glaubensweg
 in Gemeinschaft leben Zuwendung persönliche Begegnungen
 Anderes: _____
-

5. Sie leben in einer **Glaubens-, Lebens- und Dienstgemeinschaft**. Was ist Ihnen **heute** dabei am Wichtigsten? (bitte nur **4 Antworten** ankreuzen)
 Füreinander Dasein, wenn Hilfe benötigt wird
 Gespräche über den Glauben
 Stundengebet und Gottesdienstbesuch
 Gemeinschaft mit anderen Schwestern und Austausch
 Mich und meine Fähigkeiten für andere einsetzen
 Nicht allein sein
 Helfen
 Gemeinsames Wohnen und Leben miteinander teilen
 Andere Begleiten
 Anderes: _____

6. Was genießen Sie in Ihrer Lebensform als Diakonisse?
-

7. Was ist für Sie schwer als Diakonisse?
-

8. Welche Aufgaben bestimmen Ihren Alltag als Diakonisse? (mehrere Antworten möglich)

- Mein Dienstauftrag in meiner Arbeitsstelle _____
 - Besuche machen (im Pflegeheim Nellinistift)
 - Mich Weiterbilden
 - Gottesdienstbesuch und Stundengebete
 - Unterstützung der Angebote im diakonischen Begegnungszentrum
 - Mitarbeit im Chor, () im Küsterdienst, () im Gästebereich
 - bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, () im Garten
 - Beten
 - Gemeinschaft mit meinen Mitschwestern pflegen
 - Anderes: _____
-

9. Haben Sie ein Bild, das die Zukunft des Frankfurter Diakonissenhauses beschreiben könnte?

- Garten mit verschiedenartigen Beeten () alter Baum mit neuen Ästen
 - Sonnenaufgang () Haus mit vielen Wohnungen () Orchester
 - Anderes Bild: _____
-

10. Welche Gemeinschaftsform und Angebotsstrukturen können Sie sich für die Zukunft des Frankfurter Diakonissenhauses vorstellen?

(mehrere Antworten möglich)

- Diakonissengemeinschaft
 - Diakoniegemeinschaft von ledigen und verheirateten Frauen und Männern
 - Wohngemeinschaft von Menschen, die der Diakonie nahe stehen
 - Keine Gemeinschaftsform
 - Fortbildungsangebote für Haupt- und Ehrenamtliche in Diakonie und Kirche
 - Fachtagungen für Diakonie und Kirche im diakonischen Begegnungszentrum
 - Spirituelle geistliche Angebote für Menschen im Stadtteil und für Mitarbeitende im Nellinistift
 - Haus der Stille
 - Diakonische Kirchengemeinde im Stadtteil
 - Anderes: _____
-

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Bildmaterial aus dem Archiv des Frankfurter Diakonissenhauses



Orden Therese Dietlein



Kaninchenzucht als Beschäftigungstherapie während des 1. Weltkriegs



Garten beim Nellinisift um 1970

Danksagung

Hiermit möchte ich allen danken, die mich in meiner Dissertation begleitet und unterstützt haben.

Mein Dank gilt Prof. Dr. Heinz Schmidt für die Betreuung der Dissertation, für die konstruktiven Gespräche und für die weiterführenden Anstöße.

Prof. Dr. Johannes Eurich danke ich für die Übernahme des Zweitgutachtens.

Oberin Schwester Heidi Steinmetz und Pfarrer Matthias Welsch danke ich für die offenen Türen des Frankfurter Diakonissenhauses und für alle Unterstützung. Außerdem gilt mein Dank Schwester Hanna Lachenmann und Schwester Ulrike Buchholz für die Sammlung von Archiv-Materialien und für die weiterführenden Erläuterungen der geschichtlichen Zusammenhänge des Frankfurter Diakonissenhauses. Schwester Helga Strobel, Schwester Luise Zaiss, Schwester Elfriede Schmidt, Schwester Marlene Heuser, Schwester Ursula Schulz, Schwester Marta Sturm und Schwester Katharina Vollmer danke ich für die gewinnbringenden Interviews.

Allen Schwestern sowie allen Pflegekräften in der ambulanten Pflege und im Pflegeheim Nellinistift, die sich am Ausfüllen der Fragebögen beteiligt haben, danke ich sehr. Insbesondere danke ich Harald Dollansky, dem Einrichtungsleiter des Pflegeheims Nellinistifts, und Holger Rohrbach, dem Leiter des ambulanten Dienstes Frankfurter Diakonissenhaus / Hufelandhaus, die die Verteilung der Fragebögen in ihren Einrichtungen ermöglicht haben.

Des Weiteren danke ich Christina Münzner und Gabriele Spahn für ihr unermüdliches Korrekturlesen und die Anregungen.

Überdies danke ich meinen Eltern, Freundinnen und Freunden, die mich mit ihrem Interesse für diese Arbeit und ihrer Anteilnahme auf dem Weg bis zur Fertigstellung ermutigt und unterstützt haben.