

Öffnung und Engagement

**Altenpflegeheime zwischen staatlicher Regulierung,
Wettbewerb und zivilgesellschaftlicher Einbettung**

**Dissertation zur Erlangung
des Doktorgrades (Dr. rer. soc.)
des Fachbereichs Sozial- und Kulturwissenschaften
der Justus-Liebig-Universität Gießen**

vorgelegt von
Kerstin Hämel
aus Marburg
im Mai 2010

Bei Herrn Prof. Dr. Adalbert Evers möchte ich mich für die umsichtige Betreuung bedanken und für die vielfältigen Möglichkeiten des Lernens in der Zusammenarbeit. Es freut mich sehr, dass Herr PD Dr. Hans-Joachim von Kondratowitz das Zweitgutachten übernehmen wird.

Für die Unterstützung und die zahlreichen Diskussionen gilt mein großer Dank meinem Mann Lothar Kuhlmann und Frau Prof. Dr. Michaela Röber.

Die InterviewpartnerInnen haben wesentlich zur Dissertation beigetragen. Mithilfe der Korrekturvorschläge von Frau Dr. Virginia Penrose, Kathrin Kraft, Benjamin Ewert und Tim Eyßell konnte der Text reifen.

Marburg, im Mai 2010

Kerstin Hämel

Inhaltsübersicht

1. Problemstellung, zentrale Fragen und Vorgehensweise.....	1
2. Vom Wohlfahrtspluralismus zu hybriden Organisationen – der theoretische Hintergrund der Arbeit.....	9
3. Von Gestern bis Heute – zur Geschichte von Wohlfahrtsmixturen und Leitbildern in der Heimversorgung.....	58
4. Engagement und Öffnungsprozesse – eine qualitative empirische Analyse	221
5. Befunde und Perspektiven.....	346

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsübersicht	I
Inhaltsverzeichnis	II
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis.....	VI
Abkürzungsverzeichnis	VII
1. Problemstellung, zentrale Fragen und Vorgehensweise.....	1
1.1 Öffnung von Altenpflegeheimen – aber wie?	1
1.2 Vorgehensweise und Aufbau der Arbeit	6
2. Vom Wohlfahrtspluralismus zu hybriden Organisationen – der theoretische Hintergrund der Arbeit	9
2.1 Wohlfahrtspluralismus als Ansatz zur Beschreibung und Analyse der Wohlfahrtsproduktion in modernen differenzierten Gesellschaften	10
2.1.1 Grundzüge des Konzeptes nach Evers und Olk.....	11
2.1.2 Interdependenzen der Teilsysteme Staat, Markt, Zivilgesellschaft und Gemeinschaft – von einer analytischen zu einer historischen Sichtweise....	16
2.1.3 Wohlfahrtspluralismus als soziales Entwicklungskonzept – Leitbilder als Integrationsfiguren hybrider Strukturen	20
2.2 Die Governance der Wohlfahrtsproduktion.....	23
2.2.1 Grundlagen des Konzepts Governance.....	23
2.2.2 Gemischte Governance-Strukturen in der Wohlfahrtsproduktion	25
2.2.3 Chancen und Grenzen der Integration verschiedener Koordinationsmechanismen.....	30
2.2.4 Folgerungen für das weitere Vorgehen.....	33
2.3 Der Dritte Sektor – verschiedene Konzeptualisierungen und ihre Implikationen für die Analyse von Wohlfahrtsmixturen.....	34
2.3.1 Der Nonprofit Sektor	35
2.3.2 Organisationen des Dritten Sektors als Intermediäre	38
2.4 Zivilgesellschaft als Ordnungsprinzip und als Ressource der Gesellschaft.....	41
2.5 Hybride Organisationen.....	46
2.5.1 Wohlfahrtspluralismus auf der Ebene von Organisationen	46
2.5.2 Hybride Organisationen als Integrationsfiguren der Sphären Staat, Markt und Zivilgesellschaft.....	48
2.6 Zusammenfassend: Der konzeptionelle Ansatz der vorliegenden Dissertation.....	55

3. Von Gestern bis Heute – zur Geschichte von Wohlfahrtsmixturen und Leitbildern in der Heimversorgung.....	58
3.1 Der Ausformungsprozess der Heimversorgung alter Menschen.....	58
3.1.1 Engagement und Armenfürsorge in Mittelalter und früher Neuzeit.....	59
3.1.1.1 Engagement in Lokal- und Wertgemeinschaften.....	60
3.1.1.2 BürgerInnen- und Gottesstadt	61
3.1.1.3 Das Hospital – Lebensort für alte Menschen in einer lokalen Wirtschafts- und Sozialinstitution.....	65
3.1.1.4 Der Flächenstaat als neuer Akteur	68
3.1.1.5 Das Arbeits- und Armenhaus	70
3.1.1.6 Von der christlichen Nächstenliebe zum Wegschließen der Armen.....	72
3.1.2 Armenreformen im Zeichen der Aufklärung – Bürgerbeteiligung auf breiterem Niveau	74
3.1.2.1 Die Reform der Hamburger Armenanstalt von 1788 – Auftakt der aufgeklärten Armenreformen	74
3.1.2.2 Die kommunale Selbstverwaltung und das Armenwesen.....	79
3.1.2.3 Trennung der Sphären Staat und Gesellschaft	82
3.1.3 Private Wohltätigkeit und soziale Dienste im 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts	84
3.1.3.1 Ausdifferenzierung sozialer Hilfeangebote im lokalen Gemeinwesen und der Verein.....	84
3.1.3.2 Private Wohltätigkeit für das Alter	86
3.1.3.3 Das Pfründner- und Stiftshaus	90
3.1.3.4 Fachliche Koordinierung der Wohltätigkeit und Spitzenverbandsbildung	94
3.1.3.5 Über die Notwendigkeit zur Ausdifferenzierung von Heimen für Alte und Sieche – Beiträge aus dem Armenwesen und dem Gesundheitswesen	99
3.1.3.6 Ressourcenmix zur Stützung der Versorgungsökonomie in den Heimen um die Jahrhundertwende.....	104
3.1.3.7 Die Entwicklung bescheidener Versorgungsmöglichkeiten und der zivilgesellschaftlichen Selbstorganisation	108
3.1.4 Die Weimarer Republik und die Zeit des Nationalsozialismus.....	110
3.1.4.1 Von der Privatwohltätigkeit zur freien Wohlfahrtspflege.....	110
3.1.4.2 Altenhilfe und -pflege in der Weimarer Republik	112
3.1.4.3 Alters- und Siechenheime in der Weimarer Republik	113
3.1.4.4 Der Nationalsozialismus – Sozialpolitik als Rassenpflege	119
3.1.4.5 Rationelle Platzierung des Alters in den Heimen	123
3.1.5 Zusammenfassend: Prägungen in der Geschichte der Heimversorgung	125

3.2	Altenhilfe und -pflege von der Nachkriegszeit bis Anfang der 1990er-Jahre	127
3.2.1	Restaurations und Neubeginn der Altenhilfepolitik nach 1945	128
3.2.2	Altenhilfe und -pflege in öffentlicher Verantwortung – eine Bestandsaufnahme der Konturen	132
3.2.2.1	Die sozialstaatliche Absicherung der Risiken Alter und Pflegebedürftigkeit	132
3.2.2.2	Paradigmenwechsel in der Altenhilfe und -pflege: Die Betonung von Selbstständigkeit und Individualität des Alters	135
3.2.2.3	Eine neue Aufmerksamkeit für die Pflege	139
3.2.3	Die Wohlfahrtsverbände als exklusive Partner des Sozialstaats	145
3.2.4	Die Versorgung alter Menschen in Heimen – Antworten auf alte und neue Probleme	152
3.2.4.1	Der Einzug der Altenpflegerin– Leitbild funktionsgerechte Behandlung und Pflege	152
3.2.4.2	Die Erforschung der Heime – Anlass zur Kritik	157
3.2.4.3	Verbesserung der Situation in den Heimen im Zeichen der Anerkennung und Förderung der Selbstständigkeit der BewohnerInnen	162
3.2.4.4	Individualität und Teilhabe – Gemeinwesenorientierte, ganzheitliche Altenarbeit	170
3.2.5	Zusammenfassende Überlegungen	178
3.3	Pflege unter den aktuellen Rahmenbedingungen.....	183
3.3.1	Die Grundzüge der sozialen Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit	184
3.3.2	Theorie und Praxis der Leistungserbringung – Staatliche Steuerung als Preispolitik.....	189
3.3.3	Ansätze der Qualitätssicherung in den Heimen.....	197
3.3.4	Der Modernisierungsprozess der Freien Wohlfahrtspflege – Handlungsperspektiven.....	205
3.3.5	Community Care: Das fürsorgende Gemeinwesen – Ein Leitbild für eine Neuausrichtung der Pflegelandschaft.....	210
4.	Engagement und Öffnungsprozesse – eine qualitative empirische Analyse	221
4.1	Ansatz und Methode der empirischen Studie	221
4.1.1	Stichprobenauswahl, Kontaktaufnahme und Durchführung der Interviews	222
4.1.2	Auswertung der Interviews und Darstellung der Fallbeispiele.....	225

4.2	Fallbeispiele	227
4.2.1	Fallbeispiel A: „Die Betreuung in eine andere Richtung kriegen“ – ein gerontopsychiatrisches Altenpflegeheim sucht nach Kooperationspartnern	227
4.2.2	Fallbeispiel B: Ein defizitär wirtschaftendes Heim unter Kostendruck – nachbarschaftliche Hilfen schaffen Freiräume	235
4.2.3	Fallbeispiel C: Die Einbindung trägereigener Strukturen und stadtteilorientierter Altenarbeit als Ansätze der Heimöffnung	244
4.2.4	Fallbeispiel D: „Tue Gutes und rede darüber“ – Ein Heim, dass die Ressourcen seines wohlsituierten Umfelds zu nutzen weiß	252
4.2.5	Fallbeispiel E: Vom kirchlichen Altenheim zum modernen Seniorenzentrum mit einem abgestuften Dienstleistungsangebot	261
4.2.6	Fallbeispiel F: „Der Betrieb muss erst mal laufen“ – ein Heim, wo wirtschaftliche und soziale Interessen zunehmend zusammengedacht werden	268
4.2.7	Fallbeispiel G: Ein Altenzentrum als Gemeindeprojekt	277
4.2.8	Fallbeispiel H: Die Initiierung von Projekten zur Belebung des Heimalltags	287
4.2.9	Fallbeispiel I: „Ich möchte nach Feierabend auch nicht in Gefängnisse gucken“ – oder die Schwierigkeiten der Heimöffnung	296
4.2.10	Fallbeispiel J.: Die Öffnung eines ehemaligen Ordenshauses durch das Engagement der Kirchengemeinde	305
4.2.11	Fallbeispiel K: Zwei Heime, ein Öffnungskonzept – mit verschiedenen Voraussetzungen	313
4.2.12	Fallbeispiel L: Ein Heim, das regelhafte Ehrenamtsstrukturen umfassend in der Organisation verankert	323
4.3	Öffnungsansätze in der aktuellen Praxis	334
5.	Befunde und Perspektiven.....	346
5.1	Öffnung und Engagement in theoretischer und in historischer Perspektive	347
5.2	Soziale und wirtschaftliche Öffnung der Heime	351
5.3	Wie weit soll eine Öffnung gehen und wie viel fachliche Steuerung des Engagements ist sinnvoll?	353
	Literaturverzeichnis	360
	Anhang.....	396

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1:	Art der Versorgung von Pflegebedürftigen, Deutschland 1999-2007	2
Tabelle 2:	Merkmale der Sektoren der Wohlfahrtsproduktion	13
Tabelle 3:	Gesellschaftliche Teilsysteme.....	17
Tabelle 4:	Probleme gesellschaftlicher Teilsysteme	18
Tabelle 5:	Types of governance regimes (Ideal types)	31
Tabelle 6:	Die Ansätze Nonprofit Sektor und Intermediärer Bereich	40
Tabelle 7:	Soziales Kapital	44
Tabelle 8:	Netto-Ausgaben für Pflege nach Leistungsträgern, Bundesrepublik Deutschland 1982 (in Mio. DM).....	135
Tabelle 9:	Plätze in der stationären Altenhilfe, Bundesrepublik Deutschland 1961-1990 (in 1.000)	141
Tabelle 10:	Einrichtungstypen der stationären Altenhilfe gemäß der Nomenklatur von Einrichtungen der Altenhilfe (1970).....	142
Tabelle 11:	Plätze in der stationären Altenhilfe nach Einrichtungstyp, Bundesrepublik Deutschland 1961-1990 (in %).....	142
Tabelle 12:	Gegenüberstellung Pflegewesen – Gesundheitswesen	144
Tabelle 13:	Einrichtungen und verfügbare Plätze der stationären Altenhilfe und -pflege nach Trägerschaft, Bundesrepublik Deutschland 1994	146
Tabelle 14:	Plätze in den stationären Altenhilfeeinrichtungen der freien Wohlfahrt, Bundesrepublik Deutschland 1970-1996.....	147
Tabelle 15:	Gegenüberstellung der Konzepte von Engagement	181
Tabelle 16:	Pflegeheime nach Trägerschaft, Deutschland 1999-2007.....	205
Tabelle 17:	Anzahl der Pflegebedürftigen je Pflegeheim nach Trägerschaft, Deutschland 2007.....	206
Tabelle 18:	Engagementformen in stationären Einrichtungen.....	219
Abbildung 1:	Der Dritte Sektor als intermediärer Bereich	39
Abbildung 2:	Mögliche Ressourcen von Diensten und Einrichtungen im öffentlichen Bereich.....	51
Abbildung 3:	Mögliche Zielbündel von Diensten und Einrichtungen im öffentlichen Bereich.....	52
Abbildung 4:	Mögliche Steuerungsprinzipien und Einflussgrößen bei Diensten und Einrichtungen im öffentlichen Bereich	54
Abbildung 5:	Heime als Hybride Organisationen	57
Abbildung 6:	Vier Bereiche der Gewinnung von Partnerschaften.....	335
Abbildung 7:	Partner und Engagementformen	343

Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgruppe
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
e.V.	eingetragener Verein
HeimG	Heimgesetz
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.
NSV	Nationalsozialistische Volkswohlfahrt
SGB	Sozialgesetzbuch

1. Problemstellung, zentrale Fragen und Vorgehensweise

In den vergangenen Jahren sind Medienberichte von Missständen in Altenpflegeheimen zahlreicher geworden. Nach den Einschätzungen von ExpertInnen sind die drastischen Versäumnisse in der Versorgung bis hin zu menschenunwürdiger Pflege jedoch nur die Spitze eines Eisbergs. Die Qualität der Versorgung von Pflegebedürftigen in Heimen steht in der Breite unter fortwährender Kritik, die sich aus verschiedenen Schwachstellen der Betreuungs- und Versorgungsqualität in Heimen speist. Kritisiert wird vor allem die Verkürzung der Versorgung alter Menschen auf körperbezogene Verrichtungen, eine Mentalität des „satt, sauber und sicher“, bei der soziale und kulturelle Bedürfnisse der BewohnerInnen keine Beachtung finden. Heime sind abgeschlossen von gesellschaftlichen Vorstellungen vom „guten Leben“ und dem Lebensstandard der Bevölkerung.

1.1 Öffnung von Altenpflegeheimen – aber wie?

Welche Möglichkeiten zur Überwindung dieser Abgeschlossenheit könnte es geben? Hier ist zunächst zu berücksichtigen, welche Bedingungen in den Heimen heute gegeben sind. Während die Heimversorgung unter qualitativen Gesichtspunkten an den Rändern unserer Wohlstandsgesellschaft zu verorten ist, ist sie hinsichtlich ihrer quantitativen Bedeutung in der Mitte angekommen; der Heimaufenthalt ist heute zu einem erwartbaren Ereignis im Lebenslauf geworden. Die Wahrscheinlichkeit einer Heimunterbringung liegt nach einer Analyse aus dem Jahr 1994 für Männer bei 40%, für Frauen sogar bei 70% (Alber/Schöllkopf 1999, vgl. hierzu Klein 1994). Mit der fortschreitenden Alterung der Bevölkerung geht eine deutliche Zunahme der Gruppe pflegebedürftiger alter Menschen einher. Für das Jahr 2030 wird eine Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes von 2,13 Millionen im Referenzjahr 2005 auf 3,36 Millionen im Jahr 2030 prognostiziert (Statistisches Bundesamt 2008: 22-25). Der Bedarf an professionellen Hilfe- und Pflegeleistungen wird zudem aufgrund einer erwartbaren Abnahme des familiären Pflegepotenzials infolge des demographischen und sozial-kulturellen Wandels ansteigen. Frauen, die bislang hauptsächlich die häusliche Versorgung Pflegebedürftiger übernehmen, sind zunehmend erwerbstätig und stehen damit weniger für die Versorgungsarbeit zur Verfügung (Blinkert/Klie 2004: 321). Die Ergebnisse der Pflegestatistik bestätigen den Trend zur Professionalisierung von Pflege- und Betreuungsleistungen. Von 1999 bis 2007 ist

die Anzahl der Pflegebedürftigen, die in Heimen versorgt werden, um knapp 24% gestiegen (vgl. Tab. 1).

Tabelle 1: Art der Versorgung von Pflegebedürftigen¹, Deutschland 1999-2007

	15.12.1999	15.12.2007	2007 zu 1999
Pflegebedürftige insgesamt	2.016.091	2.248.929	6,6%
Pflegebedürftige in Privathaushalten	1.442.880	1.537.518	0,6%
davon allein durch Angehörige ²	1.027.591	1.033.286	- 0,6%
davon ambulante Pflegedienste ³	415.289	504.232	21,4%
Pflegebedürftige in Heimen insgesamt	573.211	709.311	23,7%
darunter vollstationäre Pflege	554.217	671.080	21,1%
verfügbare Dauerpflegeplätze in Heimen	621.502	765.736	23,2%

¹ Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI,

² EmpfängerInnen von Pflegegeld nach §37 SGB XI,

³ EmpfängerInnen von Kombinationsleistungen und Sachleistungen nach §38 SGB XI.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2008: 25, Datenbasis: Pflegestatistik 1999-2007; eigene Berechnungen.

Ein Mensch durchläuft in seiner „Pflegekarriere“ in der Regel mehrere Versorgungsstationen: Er bzw. sie wird zuerst im Privathaushalt versorgt; wenn die dortigen Ressourcen erschöpft sind, steht häufig ein Umzug in ein Heim an. Der Heimeintritt hat sich in den vergangenen Jahren kontinuierlich nach hinten verschoben. Heime weisen demzufolge heute eine Bewohnerstruktur mit einem sehr hohen Eintrittsalter und hohen Betreuungsbedarfen auf. Damit kommt es in den Heimen zu einer Konzentration der Problemlagen. Zum einen finden wir eine Tendenz dahingehend, dass Heime zu „Sterbehäusern“ werden, in denen viele Pflegebedürftige nur noch wenige Monate vor Ihrem Tod verweilen (Alber/Schöllkopf 1999: 114). Aufgrund der wachsenden Bedeutung demenzieller Erkrankungen sind Heime aber zum anderen auch dauerhafte Wohnalternative geworden. Derzeit weisen über 60% der HeimbewohnerInnen eine demenzielle Erkrankung auf (Weyerer 2005: 7). Die Demenz ist ein Krankheitsbild, bei dem meist über viele Jahre hinweg eine kontinuierliche Betreuung und Begleitung im Alltag durch Dritte erforderlich ist; dieser Bedarf wird mit der Fokussierung auf körperpflegerische Leistungen in den Heimen aber nicht getroffen. Heime stehen vor großen Herausforderungen, denen sie bislang nicht angemessen begegnen.

Forschungsarbeiten konnten zeigen, dass sich die Gestaltung des Alltags in Heimen nicht primär nach den Bedürfnissen der BewohnerInnen richtet, sondern vielmehr an den vorhandenen Ressourcen und eingespielten Betriebsabläufen in der Institution Heim. Diese Abgeschlossenheit der Heime gegenüber den Bedürfnissen der Bewohner-

Innen erinnert an das in der sozialwissenschaftlichen Heimanalyse noch heute verwendete Konzept der *Totalen Institution* (Goffman 1973; Amrhein 2005; Koch-Straube 1997, 2005; Heinzelmann 2004). Die totale Institution ist ein Typus sozialer Institutionen, der sich durch eine hohe Beschränkung des sozialen Verkehrs mit der Außenwelt und einen allumfassenden oder totalen Charakter für ihre Insassen auszeichnet. Aufgrund einer starken internen Hierarchie und den von zentraler Autorität für den reibungslosen Ablauf der Institution als rational gesetzten Zielen sind die individuellen Lebensäußerungen der Insassen stark eingeschränkt (Goffman 1973).

Allerdings gibt es Hinweise, dass diese Dichotomie von Lebens- und Betriebsort heute vielleicht brüchiger geworden ist. Jene Akteure und Ressourcen, welche die Heimversorgung bzw. den Heimalltag mitgestalten, scheinen vielfältiger geworden zu sein. Ansätze zur Verbesserung und Humanisierung der Heimversorgung sind heute eine verstärkte staatliche Regulierung der Qualität der Heimversorgung, eine durch den Wettbewerb zwischen den Einrichtungen forcierte Orientierung an den Wünschen der BewohnerInnen, das Hinzuziehen von Ressourcen aus der Zivilgesellschaft, wie z.B. ehrenamtliche Mitarbeit und Spenden sowie der Einbezug von Beiträgen der Angehörigen der BewohnerInnen.

Die BewohnerInnen werden inzwischen nicht mehr nur als Patienten, sondern zugleich als BürgerInnen adressiert, ausgestattet mit dem Recht auf eine angemessene Versorgung, sowie als Kunden, die Dienstleistungen eines Heims einkaufen. In den vergangenen Jahren haben zudem Stimmen an Gewicht gewonnen, die eine „andere Kultur“ in Pflegeheimen durch die Einbindung von engagierten Partnern in der Gesellschaft fordern. Hier geht es um eine verstärkte Einbettung von Heimen in das lokale Gemeinwesen durch Aufbau und Pflege entsprechender Außenbezüge. Diese Außenbezüge können vielgestaltig sein, z.B. Angehörige und Freiwillige, die sich in der Betreuung der BewohnerInnen engagieren, Hospizvereine, die eine Sterbebegleitung der BewohnerInnen organisieren, Fördervereine, die Spenden für das Heim akquirieren oder Partnerschaften mit sozialen Einrichtungen wie z.B. Schulen und Kindergärten, über welche die Begegnung und der Austausch von Alt und Jung gefördert wird. Diese unterschiedlichen Beiträge können weder hierarchisch verordnet noch unter „Geschäftskontakte“ subsumiert werden. Sie bilden das „soziale Kapital“ von Einrichtungen bzw. ein „Kapital des Vertrauens“ (Immerfall 1996: 485). Organisationen können dieses soziale

Kapital zusätzlich zu einem rein ökonomischen Kapital, das sie aus Marktbeziehungen und über eine staatliche Finanzierung erhalten, gewinnen (Evers/Rauch/Stitz 2002: 23-26).

Die Beiträge von Angehörigen, BürgerInnen und anderen Partnern können Impulse für eine Öffnung von Heimen setzen. Öffnung meint sowohl die Öffnung des Heims nach Außen durch die Integration in das lokale Gemeinwesen, als auch die Öffnung nach Innen, zu den BewohnerInnen hin, insofern durch diese Beiträge zusätzliche Angebote, die auf eine Verbesserung der Lebensqualität der BewohnerInnen abzielen, geschaffen werden können. Ein Beispiel für neuere Entwicklungen in diesem Sinne sind Heimkonzepte, bei denen Angehörige oder andere Akteure verpflichtend in die Versorgung eingebunden werden. Der Heimträger hat dann nicht mehr ein „Monopol“ auf weite Teile der Versorgung eines Bewohners inne, stattdessen ist er nun auch als Koordinator der Beiträge von Anderen gefordert (Altenheim 12/2006). Heime entwickeln auch vermehrt Dienstleistungsangebote im ambulanten Bereich und gehen hier neue Kooperationen beispielsweise mit lokalen Wohnbaugesellschaften ein. Eine solche Umorientierung führt weg von klassischen Heimstrukturen hin zu Dienstleistungszentren, wo eine vollstationäre Versorgung nur noch Teil eines weiter gefassten Angebots ist. Öffnung hat dann auch etwas mit neuen wirtschaftlichen Beziehungen und unternehmerischem Handeln zu tun.

Wenn Öffnung in den Sozialraum zukünftig ein wichtiges Leitthema zur Neuausrichtung der Heimstrukturen werden sollte, dann gilt, dass die Heime durch diese Öffnung genötigt sind, mit verschiedenen Partnern und Sphären zu interagieren. Der erweiterte Referenzrahmen organisatorischen Handelns bedingt eine Hybridisierung bestehender Organisationsstrukturen. Hybride Organisationen sind im Verständnis dieser Arbeit Organisationen, die gleichzeitig mit verschiedenen Ressourcen, Zielen und Steuerungsmechanismen agieren, welche den Sphären des Staates, des Marktes, der Zivilgesellschaft oder der Gemeinschaft zugeordnet werden können. Das Konzept der hybriden Organisation bezieht den Ansatz des Wohlfahrtspluralismus (Evers/Olk 1996a) auf die Ebene organisatorischen Handelns in sozialen Dienstleistungsorganisationen. Evers, Rauch und Stitz (2002) haben das Konzept als Versuch umschrieben, die empirischen Entwicklungen, die sie in einer Studie zu aktuellen Entwicklungen in den Bereichen Schule, Kultur und Sport sowie ambulante Altenhilfe und -pflege beobachtet haben, theoretisch zu fassen. Die untersuchten Dienstleistungsorganisationen integrierten gleichzeitig (a) Beiträge von Kommunen, Sozialversicherungen und anderen

öffentlichen Stellen, (b) marktbezogene und unternehmerische Elemente sowie (c) Engagement über lokale Partnerschaften und Netzwerke. Eine solche Hybridität kann als besondere Stärke von sozialen Dienstleistungsorganisationen gelten (Evers 1995; Evers/Rauch/ Stitz 2002; Evers 2005a) oder vielleicht sogar ein wesentliches Charakteristikum dieser Organisationen gesehen werden (Brandsen/van de Donk/Putters 2005). Mit Blick auf die Idee der Öffnung von Heimen erhalten Konzepte der Hybridisierung von sozialen Dienstleistungsorganisationen eine besondere Bedeutung, denn Hybridisierung steht dann in Zusammenhang mit der Qualität von Diensten.

Die Vorteile mehrdimensionaler Steuerungsimpulse werden in professionellen Diskursen zur Verbesserung der Qualität in Heimen zunehmend angesprochen – so zumindest die hier vorgeschlagene Lesart neuerer Entwicklungen. Zur Verbesserung der Qualität von Heimen werden in den vergangenen Jahren die unterschiedlichen Governance-Mechanismen der staatlichen Steuerung, des Agierens auf Märkten und der Netzwerkorientierung nicht mehr einfach als Alternativen diskutiert; es werden vielmehr „Mixturen“ der verschiedenen Ansätze als wirkungsvoll angesehen. Wir können also einen Richtungswechsel weg vom Glauben an eindimensionale Hoffnungsträger, wie es noch vor kurzem die Marktorientierung von Diensten gewesen war, konstatieren (Klie/Roß 2005; Schmidt 2005).

Derlei pragmatisch-gegenstandsorientierte Praxiserfahrungen und Diskurse laufen seit einigen Jahren in einem mehr oder minder expliziten Bezug zu einem theoretisch - analytischen Diskurs über Chancen und Schwierigkeiten von Wohlfahrtsmixturen und gemischten Governance-Strukturen im Bereich sozialer Dienste zwischen Staat, Markt, Zivilgesellschaft und Gemeinschaft (Evers/Olk 1996a; Evers/Rauch/Stitz 2002; Evers 2005a; Dettling 1995; Klie/Roß 2005; Powell 2007). Eine gemeinsame Diskussion der Theorie von Wohlfahrtsmixturen und wohlfahrtspluralistischer Praxisansätze in der stationären Altenhilfe und -pflege ist Ansatzpunkt der vorliegenden Studie. Was kann die Praxis über die Funktionsfähigkeit von Wohlfahrtsmixturen sagen, aber auch, welche Reflexionsmöglichkeiten kann die Theorie den aktuellen Entwicklungen in der Praxis bieten? Die Arbeit legt ihren engeren Fokus auf Dynamiken, die sich in Wohlfahrtsmixturen entfalten (können), also auf die Frage nach dem Zusammenspiel zwischen den Sphären von Staat, Markt, Zivilgesellschaft und Gemeinschaft. Der Fokus der Dissertation liegt hierbei auf der zivilgesellschaftlichen Dimension der Organisation und Governance von Heimen, da zivilgesellschaftlichen Ressourcen in den Öffnungskonzepten – im Sinne einer Öffnung in den Sozialraum – ein großes Potenzial

zugeschrieben wird. Die Motivation dieser Arbeit ist durchaus auch eine reformpolitische: Es geht um die Frage, wie Tendenzen unterstützt werden können, die in diese Richtung von Öffnung gehen.

Es wird – optimistisch – angenommen, dass es in hybriden Organisationsstrukturen besser gelingt, Arrangements zu finden, die die Bedürfnisse von BewohnerInnen treffen. Diese Orientierung könnte zugleich eine für die Organisationen wirtschaftlich vielversprechende Option sein, da Ressourcen aus unterschiedlichen Quellen gewonnen werden können. Es könnte aber auch zu Spannungen und Konflikten zwischen den verschiedenen Steuerungsmechanismen kommen. Beispielsweise ist die Frage zu stellen, ob es einem Heim, das sich zunehmend als ein auf dem Markt agierendes Unternehmen versteht, gelingt, das Engagement lokaler Vereine für sich zu gewinnen.

In Bezug auf die vorangegangenen Überlegungen sind die folgenden Forschungsfragen für diese Arbeit leitend:

- Inwiefern und in welchen Konstellationen sind Wohlfahrtsmixturen bzw. hybride Organisationen in der Entwicklung der Heimversorgung alter Menschen in Deutschland vorzufinden?
- Wie funktionsfähig sind die vorhandenen Konstellationen?
- Welche Synergien und Konflikte entwickeln sich beim Aufeinandertreffen von marktorientierten, staatlichen, zivilgesellschaftlichen und gemeinschaftsorientierten Rationalitäten in Heimen?

1.2 Vorgehensweise und Aufbau der Arbeit

Um die Forschungsfragen zu beantworten, werden in dieser Arbeit drei unterschiedliche Zugänge gesucht. Erstens werden theoretische Konzepte ausgewertet. Zweitens wird eine historische Betrachtung der Heimentwicklung unternommen. Drittens werden aktuelle Entwicklungen in den Heimen mit einer eigenen empirischen Untersuchung erforscht.

Das anschließende *Kapitel 2* dient der Einführung und Entwicklung eines angemessenen Analyse- und Begriffsinventars dieser Arbeit. Die Sektoren Staat, Markt, Zivilgesellschaft und Gemeinschaft und Ideen wie diese in der Wohlfahrtsproduktion aufeinander bezogen werden können, werden zunächst allgemein diskutiert. Verschiedene Konzeptualisierungen von Mixturen bzw. Hybriden werden vorgestellt und daraus

ein für die eigene Analyse geeignetes Konzept abgeleitet. Die vorliegende Arbeit wird sich bei der Verwendung des Hybriditätskonzepts primär auf die „zivilgesellschaftliche Einbettung“ der Heime konzentrieren. Diese Schwerpunktsetzung erfolgt nicht nur, weil heute durch den Einbezug von Engagement eine Öffnung in den Sozialraum angestrebt wird, sondern weil „Zivilität“ im Zusammenspiel der Akteure aus den verschiedenen Sektoren ein normatives Gerüst des Zusammenhalts darstellen kann. Dies ist mithin ein Grund die Analyse der Arbeit auf Organisationen des Dritten Sektors zu beschränken, da diese aus ihrer Geschichte heraus eine stärkere „Rückbindung“ an zivilgesellschaftliche Akteure und Ressourcen entwickelt haben, als dies in privat-gewinnorientierten Organisationen der Fall ist.

Es wird dafür plädiert, dass es notwendig ist, die Konzepte in einen historischen Kontext der Entwicklung der Heimversorgung zu stellen. Durch eine solche Vorgehensweise soll der kulturelle Einfluss, dem die Institution Heim unterliegt, und der für das Verständnis heutiger Ansätze entscheidend ist, herausgearbeitet werden. In *Kapitel 3* wird eine solche historische Annäherung unternommen. Hier wird kein umfassender Überblick über die Geschichte der Heime gegeben, sondern die Geschichte selektiv nach Elementen des Wohlfahrtsmixes und der Hybridisierung von Heimen durchforstet. Dies verläuft als Darstellung von Diskursen. Dabei wird einmal die Entwicklung der Leitbilder der Heime, also wegweisender Heimkonzepte, einen zentralen Zugang darstellen. Die Diskurse geben Auskunft über allgemeine gesellschaftliche Vorstellungen und (im Verlauf der Geschichte entwickelten) Ansätze professionellen Handelns. Zum anderen zeigen sich in der Geschichte verschiedene Konstellationen der Verantwortungs- und Aufgabenteilung in der Heimversorgung. Schließlich soll dargestellt werden, wie zivilgesellschaftliche und gemeinschaftliche Akteure hier – mit Blick auf die Verantwortungsteilung, sowie mit Blick auf Versorgungsqualitäten – zu verschiedenen Zeiten eingebunden werden (sollten).

Für die Beantwortung von Fragen des Gelingens von Mixturen und Entwicklungschancen einer Öffnung von Heimen in den Sozialraum ist eine empirische Erhebung der aktuellen Praxis unabdingbar. Im *Kapitel 4* werden mithilfe von Experteninterviews mit HeimleiterInnen Fallbeispiele von insgesamt zwölf Heimen aus verschiedenen Regionen Deutschlands vorgestellt und ausgewertet. Der Fokus liegt hier auf Öffnungsprozessen, die durch eine Neupositionierung in kooperativen Strukturen gesucht werden. Die Fallbeispiele schaffen einen Zugang zu unterschiedlichen Intensitäten der Einbindung von zivilgesellschaftlichen und gemeinschaftlichen Ressourcen und damit verbundenen

institutionellen Reformen. Sie dienen der Illustration aktueller Entwicklungen und der sie begleitenden Umstände sowie der Herausarbeitung von Chancen und Schwierigkeiten der Öffnung von Heimen in Sozialräume im Rahmen hybrider Organisationsstrukturen.

In *Kapitel 5* wird eine zusammenfassende Darstellung der Befunde, die aus den drei unterschiedlichen Zugängen gewonnen werden können, vorgenommen und Perspektiven einer Öffnung von Heimen in Sozialräume sowie möglicher Umgangsformen mit zivilgesellschaftlichen und gemeinschaftlichen Akteuren diskutiert.

2. Vom Wohlfahrtspluralismus zu hybriden Organisationen – der theoretische Hintergrund der Arbeit

Hybride Organisationen sind im Verständnis dieser Arbeit Organisationen, die gleichzeitig mit verschiedenen Ressourcen, Zielen und Steuerungsmechanismen agieren, welche den Sphären des Staates, des Marktes, der Zivilgesellschaft oder der Gemeinschaft zugeordnet werden können. Das Konzept der Hybriden Organisation baut auf dem theoretischen Ansatz des Wohlfahrtspluralismus nach Evers und Olk (1996a) auf, der zu Beginn dieses theoretischen Kapitels erörtert wird (Kap. 2.1). Anschließend werden Ansätze der Governance-Forschung vorgestellt, die für die Frage nach dem Entstehen und der Funktionsweise von hybriden Organisationen relevant sind. Während in den 1990er-Jahren zunächst eine Mixtur der Governance-Modi von Staat und Markt von hoher Relevanz für Reformen der Regelung sozialer Dienste galten, wird in den letzten Jahren (wieder) verstärkt auf die Bedeutung dialogorientierter und partnerschaftlicher Regelungen, von „Bürgernähe“ und von bürgerschaftlichem Engagement im Bereich sozialer Dienste hingewiesen. Allerdings ist aktuell noch unklar, wie die daraus resultierenden, zunehmend komplexer werdenden, hybriden Steuerungsimpulse auf Ebene einer Organisation verarbeitet werden können (Kap. 2.2).

Die in den vergangenen Jahren wieder verstärkt geforderte zivilgesellschaftliche Verortung von sozialen Diensten führt auch zu einem neuen Interesse am möglichen Beitrag von Organisationen, die dem Dritten Sektor zugerechnet werden. Der Dritte Sektor wird gebildet durch unterschiedliche, (in der Regel) gemeinnützig wirtschaftende Vereine, Verbände, Selbsthilfegruppen u.a. so genannte freiwillige Organisationen. Zwar steht der Dritte Sektor für die Fähigkeit bürgerschaftliches Engagement im Bereich sozialer Dienste zu aktivieren, allerdings ist Zivilgesellschaft nicht nur einfach dort, wo Organisationen des Dritten Sektors zu finden sind (Kap. 2.3). Zivilgesellschaft ist vielmehr offener und umfassender zu definieren (vgl. Kap. 2.4). Zum Abschluss und zur Integration der vorangegangenen konzeptionell-theoretischen Überlegungen wird das der vorliegenden Dissertation zugrunde liegende Konzept der Hybriden Organisation als Orientierungsrahmen für die weitere Vorgehensweise dargelegt (vgl. Kap. 2.5 und 2.6).

2.1 Wohlfahrtspluralismus als Ansatz zur Beschreibung und Analyse der Wohlfahrtsproduktion in modernen differenzierten Gesellschaften

Das übliche Erscheinungsbild von Wohlfahrtsproduktion in der Geschichte moderner demokratischer Gesellschaften kann als gemischte, zugleich von Staat, Markt, Gemeinschaften und bürgerschaftlichen Assoziationen getragene Aufgabe beschrieben werden. Der Begriff der Wohlfahrtsproduktion bezeichnet „die Gesamtheit der Nutzen für Dritte stiftenden Transaktionen, seien sie öffentlicher oder privater Art, entgeltlich oder unentgeltlich, formell oder informell“ (Kaufmann 2003: 42f.). In den Konzepten der „gemischten Wohlfahrtsproduktion“, des „Wohlfahrtspluralismus“, der „mixed economy of welfare“ und des „welfare pluralism“ steht der Pluralismus der Träger von wohlfahrtsschaffenden Dienstleistungen im Vordergrund.

Wohlfahrtspluralistische Denkansätze sind seit Mitte der 1970er-Jahre in der sozialwissenschaftlichen Diskussion präsent (Kaufmann 1997: 99; Powell 2007: 2). Sie sind als Kritik an ordnungspolitischen Vorstellungen aufzufassen, die die Erbringung, Finanzierung und Regulierung wohlfahrtsschaffender Güter und Dienstleistungen innerhalb der Grenzen marktlicher und staatlicher Organisation verkürzt diskutieren (Evers/Olk 1996a: 9; Kaufmann 1997: 99). Angesichts des heutigen Wissensstandes um die herausragende Bedeutung von Familien und gemeinnützigen Organisationen als Produzenten personenbezogener Dienstleistungen gilt diese Sichtweise heute nicht mehr als gerechtfertigt. Dennoch, wie Powell (2007) in einem kurzen systematisierten Überblick der englischsprachigen sozialpolitikwissenschaftlichen Literatur aufzeigt, sind Ansätze, welche die Organisation der Wohlfahrtsproduktion allein als Aufgabe zwischen Staat und Markt diskutieren, auch heute noch weit verbreitet. Zudem werden im überwiegenden Teil der Veröffentlichungen, die den Ansatz des Wohlfahrtsmix aufgreifen, die Sektoren oder Komponenten der Wohlfahrtsproduktion isoliert abgehandelt. Eine Analyse der Beziehungen zwischen den Sektoren wird nicht vorgenommen. „... [W]hile the individual pieces of the jigsaw have been described, there has been little attempt to piece them together in order to see the full picture“ (ebd.: 3). Dominant ist zudem der Fokus auf die Erbringung von Diensten, wenig Beachtung finden die Dimensionen ihrer Finanzierung und Regulierung (ebd.: 2f.). Ein solches Gesamtbild soll im folgenden Forschungsansatz zur Analyse von „Mixturen“ im Bereich der stationären Altenhilfe und -pflege entwickelt werden. Hierzu wird zunächst das theoretische Konzept des Wohlfahrtspluralismus nach Evers und Olk (1996a) vorgestellt. Das Konzept geht über die konventionelle Sichtweise wohlfahrtpluralistischer Ansätze

hinaus, anstatt wie üblicherweise die Beiträge verschiedener Sektoren nebeneinander zu betrachten, richtet es seine Aufmerksamkeit auf die Interdependenzen der Sektoren im Rahmen einer gemischten Wohlfahrtsproduktion.

2.1.1 Grundzüge des Konzeptes nach Evers und Olk

Evers und Olk (1996a) haben im einleitenden Beitrag zu ihrem Sammelband mit dem programmatischen Titel *Wohlfahrtspluralismus – Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrts-gesellschaft* einen heuristischen Analyserahmen der gemischten Wohlfahrtsproduktion formuliert, der bislang prägend für das Verständnis von Wohlfahrtsmixturen in der deutschen sozialpolitischen Literatur ist.

„Das besondere Erkenntnisziel dieses Denkansatzes besteht darin, Analysen und Konzepte, die sich mit Problemen der Gewichtung und Vermittlung zentraler Institutionen hochentwickelter industrieller Demokratien – also Staat, Markt, Familie, organisierten gesellschaftlichen Interessenträgern etc. – auseinandersetzen, zu bündeln.“ (Evers/Olk 1996a: 14)

Die Autoren unterscheiden zwei Dimensionen des Konzeptes: In der *analytischen Dimension* sind die spezifischen Beiträge und Beziehungen der einzelnen Sektoren zu diskutieren. In der *normativ-politischen Dimension* geht es um die Verständigung auf normative Programme – „gewünschte Konstellationen der ‚gemischten Produktion von Wohlfahrt‘“ (Evers/Olk 1996a: 12). Ein derartiges Forschungsprogramm bedarf der Reflexion,

„... welche (relative) Bedeutung die einzelnen gesellschaftlichen Sektoren im Zusammenhang mit der Erreichung gesellschaftlicher Ziele wie Gerechtigkeit, Sicherheit und Wohlfahrt spielen und gegebenenfalls welche horizontalen bzw. hierarchischen Beziehungen zwischen ihnen hergestellt werden *sollen*“ (ebd.: 12, Hervorhebung im Original).

Anhand der Analyse der Interdependenzen der verschiedenen Sektoren und der sie charakterisierenden normativen Handlungsprinzipien können Handlungsempfehlungen für die Regulierung sozialer Dienste abgeleitet werden und die Wirkung sozialpolitischer Steuerung besser abgeschätzt werden.

Der Ansatz basiert auf einem Strukturmodell, einer Vier-Sektoren-Theorie von Gesellschaft. Eine analytische Unterscheidung der vier gesellschaftlichen Teilbereiche Staat, Markt, Gemeinschaft und Zivilgesellschaft, die jeweils durch verschiedene primär

wirksame Mechanismen integriert werden, ist in den Sozialwissenschaften in leicht variierenden Formen mehrfach zu finden (vgl. z.B. Streeck/Schmitter 1996; Benz 2007; Gosewinkel/Rucht 2003). In der folgenden Darstellung ist das Konzept von Evers und Olk (1996a) leitend, welches die verschiedenen Teilbereiche in Bezug auf ihre Bedeutung für die Wohlfahrtsproduktion diskutiert. Ergänzend und daran anschließend wird vor allem auf die Konzeptionierung der Teilbereiche bei Gosewinkel und Rucht (2003) zurückgegriffen.

Das Modell von Evers und Olk fußt in der Annahme, dass die Institutionen Markt, Staat, Gemeinschaft und Zivilgesellschaft jeweils einen Sektor benennen, verkörpern und durchsetzen: den Markt-Sektor, den Staatssektor, den Gemeinschaftssektor und den intermediären Sektor. Die verschiedenen Sektoren zeichnen sich durch spezifische, distinkte idealtypische „Rationalitäten“, „Logiken“ oder „Prinzipien“ aus. Zur Erschließung des oben skizzierten Forschungsprogramms der Interdependenz und des gewünschten Zusammenspiels der verschiedenen Sektoren ist nach Evers und Olk die Klärung von Leitprinzipien, unter denen Wohlfahrtsproduktion in den einzelnen Sektoren stattfindet, sowie der daraus ableitbaren „spezifische(n) Leistungsfähigkeiten, andererseits spezifische(n) systemimmanente(n) Leistungsgrenzen“ (Evers/Olk 1996a: 22ff.) erforderlich. Eine solche Darstellung will nicht reale Organisationsentitäten oder die tatsächliche empirische Funktionslogik kollektiver Akteure beschreiben, die als Repräsentanten der jeweiligen Sektoren genannt werden; die empirisch beobachtbaren Funktions- oder Handlungslogiken folgen einem erweiterten Spektrum als den zugeordneten Ordnungsprinzipien und Logiken. Das Spektrum realer Organisationsentitäten allerdings, so wird im Verlauf des ersten Kapitels noch argumentiert werden, kann als Mischung der vier idealtypischen Logiken rekonstruiert werden (vgl. Tab. 2).

Tabelle 2: Merkmale der Sektoren der Wohlfahrtsproduktion

Institution	Markt	Staat	Gemeinschaft	Zivilgesellschaft
Sektor der Wohlfahrtsproduktion	Markt	Staat	Informeller Sektor / Sektor der Haushaltsproduktion	Nonprofit-Sektor / intermediärer Bereich
1) Prinzip der Handlungs-koordination	Wettbewerb	Hierarchie	persönliche Verpflichtung	Freiwilligkeit
2) zentraler kollektiver Akteur (Angebotsseite)	Unternehmen	öffentliche Verwaltungen	Familien (Nachbarschaften, erweiterte Verwandtschaftsnetze, Betriebskollegien, Freundschaftsbeziehungen)	Assoziationen
3) Komplementärrolle auf der Nachfrageseite	Konsument, Kunde	Sozialbürger	Mitglied der Gemeinschaft (z.B. der Familie, Nation etc.)	Mitglied der Assoziation / Mitbürger
4) Zugangsregel	Zahlungsfähigkeit	legal verbürgte Anspruchsrechte	Askription / Kooptation	Bedürftigkeit
5) Austauschmedium	Geld	Recht	Wertschätzung / Achtung	Argumente / Kommunikation
6) Zentraler Bezugswert	(Wahl-) Freiheit	Gleichheit	Reziprozität / Altruismus	Solidarität
7) Gütekriterium	Wohlstand	Sicherheit	persönliche Teilhabe	soziale und politische Aktivierung
8) zentrales Defizit	Ungleichheit, Negierung nicht monetarisierbarer Folgelasten	Vernachlässigung von Minderheitenbedürfnissen, Einschränkung von Dispositionsfreiheiten, Entmutigung von Selbsthilfemotiven	Einschränkung der Wahlfreiheit durch moralische Verpflichtung, Ausschluss von Nicht-Mitgliedern	ungleiche Verteilung der Leistungen und Güter, Professionalisierungsdefizite, reduzierte Effektivität der Management- und Organisationsstrukturen

Quelle: Evers/Olk 1996a: 23.

Der *Markt-Sektor*, im Folgenden „Markt“ genannt, folgt in seiner Idealform dem Prinzip der atomistischen Konkurrenz. Das Gefüge von Produktion und Konsumtion findet in Unternehmen-Kunden-Beziehungen statt. Idealtypische Beziehungen auf Märkten zeichnen sich dadurch aus, dass unternehmerisches Handeln dem Ziel der Profitmaximierung folgt, während Nachfrager von Diensten – Kunden oder Konsumenten – das Angebot mit dem größten individuellen Nutzen auswählen (*choice*). Wenn ein Anbieter diesen Nutzen nicht befriedigt, d.h. seine ökonomische Funktion nicht erfüllt, werden die Nachfrager zu alternativen Produkten bzw. Dienstleistungen anderer Anbieter wechseln, welche ein besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen. Die Beziehung zwischen individuellem Anbieter und individuellem Nachfrager ist hier jene zwischen „Verkäufern“ und „Käufern“. Sie ist gekennzeichnet durch eine geringe Interdependenz

und durch ein geringes Vertrauen auf gemeinsame Interessen (Valentinov 2008: 217). Die Steuerung des Marktes findet über den Wettbewerb um Kunden statt. Verbraucher lenken durch ihr Nachfrageverhalten die Dienstleistungsproduktion für eine quantitativ und qualitativ optimale Bedürfnisbefriedigung. Aufgrund der ihm zugesprochenen besonderen Reagibilität auf potenzielle Kunden werden die Vorteile des Marktes häufig mit seiner besonderen Innovationsfähigkeit und „unternehmerischem Ideenreichtum“ verbunden. Bezugswerte sind individuelle Wahlfreiheit und Wohlstand. Zentrales Defizit ist die Ungleichverteilung von Zugangschancen in Abhängigkeit von der Ressource Geld; eine alleinige Steuerung über Marktbeziehungen würde demnach damit einhergehen, dass potenzielle Nachfrager von Diensten ihre Bedürfnisse in Abhängigkeit von ihrem Einkommen (nicht) befriedigen können (Evers/Olk 1996a: 24). Darüber hinaus kann das Marktmodell im Hinblick auf die Annahme der Kundensouveränität und der daraus abgeleiteten Marktmacht der Nachfrager kritisiert werden. Danach sind Kunden stets über das vollständige Marktangebot informiert sowie in ihrem Zugang zu diesem Marktangebot weder zeitlich noch räumlich eingeschränkt. Das Bild vom informierten, zeitlich und räumlich flexiblen Kunden erweist sich bei Nachfragern personenbezogener sozialer Dienste als besonders problematisch. „Kunden“ sozialer Dienste wie beispielsweise Kinder, Behinderte und Pflegebedürftige sind in ihrer Souveränität häufig eingeschränkt; ihre Handlungsmöglichkeiten weichen deutlich ab vom Ideal des rational handelnden Kunden auf Märkten (vgl. Moss 2008: 12f.).

Im *Staatssektor* (kurz Staat) wird die Entscheidung über die Allokation von Geld, Gütern und Dienstleistungen durch Parlamente, Justiz und öffentliche Verwaltung getroffen und an die NutzerInnen bzw. EmpfängerInnen dieser Leistungen als anspruchsberechtigte StaatsbürgerInnen adressiert. Die Beziehungen im Rahmen der Staatsorganisationen und zu den BürgerInnen hin zeichnen sich durch eine hierarchische Struktur aus. Ressourcen werden hier durch festgelegte Regeln und Verfahren allokalisiert. Die Stärke von Regelungen in der Sphäre des Staates ist das Potenzial, für einen sozialen und materiellen Ausgleich zu sorgen. Zentralwerte staatlicher Bürokratien sind in diesem Sinne Gleichheit und Sicherheit. Zentrale Schwächen sind die Vernachlässigung von Minderheitenbedürfnissen, die Einschränkung individueller Gestaltungsmöglichkeiten der BürgerInnen innerhalb vorgegebener Sozialgesetzgebungen und die Entmutigung von Selbsthilfemotiven (Evers/Olk 1996a: 24f.). Evers und Olk beziehen sich im Bereich des Staatssektors auf moderne Demokratien und nicht auf autoritäre oder totalitäre Regime. Die Entscheidung über die Allokation ist in repräsentative demo-

kratische Verfahrensweisen eingebunden. Im Unterschied zu Märkten werden Dienste hier als öffentliche Güter konzipiert und die Beteiligung der verschiedenen Akteure ist im Rahmen formaler Institutionen und Prozeduren gesichert (Moss 2008: 26).

Der *Informelle Sektor* konstituiert sich durch das Prinzip der Zugehörigkeit. Der Sektor wird gebildet aus Gemeinschaften wie Familien, Freunde und Nachbarschaften, deren Mitglieder durch Askription oder Kooptation zugehörig sind; Gemeinschaften werden daher auch als „unfreiwillige Vereinigungen“ bezeichnet (Walzer 2004). Die Koordination der Mitglieder und Ressourcenallokation erfolgt entlang der Prinzipien der spontanen Solidarität und der persönlichen Verpflichtung zur gegenseitigen Unterstützung, die ihre Mitglieder qua Gruppenzugehörigkeit eingehen. Die hier produzierten Güter haben einen privaten Charakter. Die Gemeinschaft richtet ihre Leistungen ausschließlich nach Innen auf die Angehörigen der Gruppe. Die Stärke von Gemeinschaften wird insbesondere in der besonderen Fähigkeit der persönlichen Zuwendung gesehen. Bezugswerte sind das Reziprozitätsprinzip und die persönliche Teilhabe. Nachteile des Prinzips der Gemeinschaften sind die Einschränkung der Wahlfreiheit durch moralische Handlungs- und Dankesverpflichtung sowie der Ausschluss von Nicht-Mitgliedern (Evers/Olk 1996a: 25f.).

Als vierte Institution von Gesellschaft nennen Evers und Olk (1996a) die *Zivilgesellschaft*, deren Funktionsweise nicht mit den Begriffen Wettbewerb, Hierarchie oder persönlichen Hilfeverpflichtungen bestimmt werden kann, sondern vor allem mit dem Prinzip der Freiwilligkeit verbunden ist. Die Autoren beschreiben die Funktionsweise der Institution Zivilgesellschaft am Beispiel der Assoziation als idealtypischen Vertreter der Institution Zivilgesellschaft. Assoziationen sind freiwillige bürgerschaftliche Zusammenschlüsse. Das zentrale Prinzip der Koordination und Ressourcenallokation ist das der Verhandlung bzw. des „besseren Arguments“. Assoziationen wird eine besondere Fähigkeit in der Schaffung pluraler Unterstützungsangebote zugesprochen, insbesondere der Entwicklung von Diensten für bestimmte lokale und milieuspezifische Bedarfe, aber auch für verschiedene Hilfebedarfe, die nicht (ausreichend) über die anderen Sektoren abgedeckt werden. Zentralwerte sind Solidarität sowie soziale und politische Aktivierung. Im Gegensatz zu Gemeinschaften konstituieren Assoziationen einen öffentlichen Raum; sie produzieren Güter und Dienste sowohl für Mitglieder als auch für Nicht-Mitglieder im Sinne eines öffentlichen Gutes. Defizite assoziativer Ordnungsstrukturen sind die ungleiche Verteilung von Leistungen und Gütern; dies steht im Zusammenhang mit einer unterschiedlichen „Assoziationsfähigkeit und

-bereitschaft“ verschiedener Bevölkerungsgruppen und kann sich beispielsweise in einer regional ungleichen Verteilung von Assoziationen manifestieren (Evers/Olk 1996a: 26).

Evers und Olk machen besonders auf den „sozialen Mehrwert“ von Assoziationen aufmerksam:

„Leistungsstärken und positive gesellschaftliche Funktionen solcher Vereinigungen werden insbesondere in dem Beitrag zur sozialen Kohäsion und Integration moderner hochdifferenzierter Gesellschaften sowie in der Weckung und Stabilisierung politischer und sozialer Engagementbereitschaften der Bürger gesehen.“ (Ebd.: 26)

2.1.2 Interdependenzen der Teilsysteme Staat, Markt, Zivilgesellschaft und Gemeinschaft – von einer analytischen zu einer historischen Sichtweise

Wesentlich zur Untersuchung von Mixturen ist das theoretische Verhältnis der Beziehungen der Institutionen Staat, Markt, Gemeinschaft und Zivilgesellschaft zueinander. Bei Gosewinkel und Rucht (2003) werden die primär wirksamen Mechanismen, die Staat, Markt, Gemeinschaften und Zivilgesellschaft als gesellschaftliche Teilsysteme unterscheidbar machen, als Ressourcen benannt, die sich kategorial unterscheiden. Die Ressource des Staates ist die Macht, die des Marktes, hier unter dem Begriff Wirtschaft gefasst, das Geld, Gemeinschaften konstituieren sich auf Basis der Ressource der affektiven Bindung und Zivilgesellschaft durch abstrakte Anerkennung des Anderen:

„Integrative Kraft entfaltet [...] [in der Sphäre der Zivilgesellschaft, K. H.] die abstrakte Einsicht in die Vorteile friedlicher Koexistenz und kompromissbereiter Kooperation. Praktisch konkretisiert sich die wechselseitige Anerkennung in prozeduralen Regeln, also der Akzeptanz bestimmter Verfahren des Umgangs miteinander. Die dadurch geregelte Interaktionssphäre kann als der Bereich der Zivilgesellschaft bezeichnet werden.“ (Ebd.: 46)

Die Ressourcen Geld und Macht zeichnen sich dadurch aus, dass es sich um technische Ressourcen handelt; sie können zum einen instrumentell eingesetzt werden, ohne dass die über sie verbundenen Interaktionspartner in einen sozialen Dialog treten, zum anderen sind sie in einem technischen Sinne akkumulierbar. Im Unterschied dazu haben die Ressourcen „affektive Bindung“ und „abstrakte Anerkennung“ einen sozialen Charakter. „[S]ie lassen sich nicht technisch-instrumentell erzeugen und konservieren, sondern müssen fortlaufend reproduziert werden“ (ebd.: 47). Als zweite Dimension unterscheiden die Autoren den Systemtypus der Steuerungsmedien: Staat und Gemein-

schaften sind exklusive, geschlossene Systeme, insofern sie auf sozial und rechtlich definierte Zugehörigkeiten und Nicht-Zugehörigkeiten basieren. Wirtschaft und Zivilgesellschaft sind grundsätzlich offene Systeme ohne rechtlich und sozial begründete Zugangsregeln. Ihre Integrationsmedien sind abstrakter Natur (Gosewinkel/Rucht 2003). Die kategorialen Unterschiede der verschiedenen Ressourcen haben die Autoren in einer Vierfeldertafel dargestellt (vgl. Tab. 3).

Tabelle 3: Gesellschaftliche Teilsysteme

Systemtypus	Ressourcentypus	
	technisch; kumulierbar	wertbezogen; nicht kumulierbar
Geschlossen	Staat (Macht)	Gemeinschaften (affektive Bindung)
Offen	Wirtschaft (Geld)	Zivilgesellschaft (abstrakte Anerkennung)

Quelle: Gosewinkel/Rucht 2003: 47.

Diskutiert man dieses Modell für den Bereich der Wohlfahrtsproduktion, so lassen sich zwei Fragen ableiten. Wenn Wohlfahrtsproduktion in Gemeinschaften und freiwilligen Assoziationen nicht (oder nur begrenzt) technisch steuerbar ist, so stellt sich die Frage, welche Regelungen bzw. Anreize geeignet sind, Beiträge zur Wohlfahrtsproduktion in diesen Bereichen zu aktivieren und zu stabilisieren. Zum anderen bedarf es übergeordneter Regulationsstrukturen, welche die offenen Systeme der Wirtschaft und Zivilgesellschaft an ein geschlossenes System wie einen Wohlfahrtsstaat anschlussfähig machen. Es geht also in beiden Punkten um die Möglichkeiten der Integration der verschiedenartigen Teilsysteme bzw. Ressourcen. Nach Gosewinkel und Rucht (2003) ist diese Integration insofern problematisch, da einzelne Steuerungsmedien entweder unterentwickelt oder übersteigert in einer Gesellschaft einwirken können (vgl. Tab. 4). Darüber hinaus können die verschiedenen Handlungslogiken miteinander im Konflikt stehen, „in eine Art von Verdrängungswettbewerb treten oder kolonialisierende Tendenzen entwickeln“ (ebd.: 47). Eine Folge kann sein, dass durch die Dominanz eines Ressourcentyps die anderen Integrationsmedien geschwächt werden. Als Beispiel führen die Autoren die ungezügelte Dominanz des Staates im Falle einer Diktatur an. Beobachtbare Folgen von Diktaturen sind die Erstickung zivilgesellschaftlicher Aktivitäten, Übergriffe auf Gemeinschaften und ökonomische Ineffizienz. Evers und Olk (1996a) haben Ähnliches mit der Unterdrückung von Selbsthilfepotentialen im Falle eines übermächtigen Staates in der Wohlfahrtsproduktion beschrieben.

Tabelle 4: Probleme gesellschaftlicher Teilsysteme

	Gemeinschaft	Staat	Wirtschaft	Zivilgesellschaft
Integrationsmedium	Affektive Bindung	Macht (qua Recht, Gewalt)	Geld	Anerkennung des Anderen
Zentralproblem	Kohäsionsverlust	Delegitimation	Diskrepanz von Angebot und Nachfrage	Verlust der Selbstregulierungsfähigkeit
Krisenindikator	Häretiker	Sezessionsbestrebungen, Staatsstreich, Revolutionen	Investitionsstopp, Inflation, Massenarbeitslosigkeit	Massive soziale Konflikte, Zunahme innerer Gewalt
Übersteigerung	Tribalismus, Sekten, „Tyrannei der Intimität“	Etatismus, Diktatur	Raubtierkapitalismus	Kommunitarismus, Leugnung von Interessenswidersprüchen

Quelle: Gosewinkel/Rucht 2003: 48.

Umgekehrt aber bedeutet die Schwächung eines Integrationsmediums nicht zugleich die Stärkung anderer Medien. Auch dies illustrieren Gosewinkel und Rucht (2003) ausgehend vom Staat. Der Rechtsstaat ist nicht nur ein Projekt „in eigener Sache“, sondern er ist zugleich Gewährleister von Gemeinschaft, Markt und Zivilgesellschaft. Verliert ein Staat das Monopol physischer Gewalt, beispielsweise im Falle eines Bürgerkriegs, so führt dies auch zu einer Bedrohung der anderen Teilsysteme (ebd.: 47).

Gosewinkel und Rucht heben ähnlich wie Evers und Olk hervor, dass die Trennung von Sphären und die damit vorgenommenen Grenzziehungen eine modellhafte, heuristische Funktion haben. In der Praxis allerdings können keine „scharfen“ Grenzen zwischen den Integrationssphären ausgemacht werden. „Deshalb ist auch die Trennung unterschiedlicher Sphären nicht gleichbedeutend mit ihrer schroffen *Entgegensetzung*“ (ebd.: 54, Hervorhebung im Original). Dies soll anhand von vier Beispielen aus dem Bereich der Wohlfahrtsproduktion illustriert werden.

1. Der Staat kann durch die Gewährung von öffentlichen Leistungen und Einrichtungen freiheitsverbürgende Räume für seine BürgerInnen schaffen, durch welche sie die notwendigen Freiräume für die aktive (Mit-)Gestaltung ihres Lebens erhalten. Durch staatliche Garantien können also Selbsthilfepotenziale der BürgerInnen, Potenziale familialer Unterstützung sowie des Austauschs auf Märkten erst erschlossen werden (vgl. Sen 1999). Forschungsergebnisse zum Verhältnis von informellen und formellen Hilfeleistungen in den verschiedenen Bereichen sozialer Dienstleistungen bestätigen diesen Zusammenhang. So konnte die These von der Aushöhlung familialer

Hilfsleistungen durch eine hoch entwickelte Infrastruktur an sozialen Diensten für den Bereich der Altenhilfe und -pflege nicht belegt werden. Empirische Befunde legen vielmehr die These einer „gemeinsamen Verantwortung“ nahe. Familiäre Hilfeleistungen und wohlfahrtsstaatliche Dienste können sich in Gesellschaften mit einer gut entwickelten Infrastruktur an sozialen Diensten gegenseitig stärken. Es geht also um die (komplementäre) Ergänzung der verschiedenen Sektoren der Wohlfahrtsproduktion (Stoller 1989; Motel-Klingebiel/Tesch-Roemer/Kondratowitz 2005).

2. Das Konzept des informellen Sektors mit seiner Begrenzung des Wirkkreises auf den privaten Raum kann nach zwei Seiten hin erweitert werden. Erstens wird durch Gemeinschaften wie Familien, Freundeskreise oder auch Kirchengemeinden das Engagement der Mitglieder im öffentlichen Bereich präformiert. Die Mitgliedschaft in freiwilligen Organisationen ist geprägt durch Zugehörigkeiten zu einer Klasse, Ethnie, Religion, Rasse und Geschlecht (Walzer 2004: 9). Zweitens besteht in „unfreiwilligen Assoziationen“, in die wir hineingeboren werden, ein gewisser Freiraum für Opposition und Widerstand. Durch die Betonung des unfreiwilligen Charakters von Gemeinschaften und ihrer Verortung im privaten Raum wird indirekt die politische Beeinflussbarkeit ihrer Dynamiken in Abrede gestellt (Walzer 2004: 18). Doch gerade in der Pflegepolitik werden vermehrt Möglichkeiten diskutiert, wie familiäre Unterstützungsnetzwerke sinnvoll gestaltet werden können. Gerade im Dienstleistungskonzept der weitgehenden Fremdvergabe der Versorgung von Menschen an DienstleistungsexpertInnen, wie es in Pflegeheimen umgesetzt wird, sind ergänzende familiäre Unterstützungsleistungen durch einen freiwilligen Charakter geprägt.

3. Verwiesen werden soll an dieser Stelle zudem auf die Diskussion um die gesellschaftliche Ein- und Entbettung von Märkten. So stellen Streeck und Schmitter (1996) fest, dass „kapitalistische Marktbeziehungen ohne Fortbestand eines gewissen Maßes an Vertrauen, Respekt, gegenseitiger Achtung und Konsens, die in Gemeinschaftsbeziehungen wurzeln, sich selbst zerstören“ und „ohne öffentliche Autorität, die die Einhaltung von Verträgen sichert [...] von vornherein nicht bestehen“ könnten (ebd.: 132). Im Unterschied zur idealtypischen Funktionsweise haben „funktionierende Märkte [...] offenbar politische und soziale Voraussetzungen, die sie selbst nicht erzeugen können“ (Czada 2007: 69). Die Diskussion um Einbettung und Entbettung des Marktes ist in besonderem Maße für Dienstleistungsmärkte relevant „auf denen Anbieter und Kunden zwangsläufig eine soziale Beziehung eingehen“ (ebd.: 69). Damit sind Märkte weit weniger technisch als es das Modell reklamiert.

4. Und schließlich sind die verschiedenen Sektoren keine räumlich und zeitlich starren Gebilde, sie unterliegen vielmehr einem permanenten Wandel. Beispielsweise sind in der Geschichte verschiedene Leitbilder staatlichen Handelns zu beobachten, welche Verlagerung des Kräfteverhältnis zwischen Staat, Markt, Gemeinschaft und Zivilgesellschaft beinhalten. Staatliche Regelungen können auf eine spezielle Förderung zivilgesellschaftlicher Beiträge abzielen; sie können vermehrt auf eine marktförmige Organisation soziale Dienste setzen oder Gemeinschaften vermehrt in die Pflicht nehmen, vormals öffentliche Aufgaben selbst zu übernehmen. Wenn es nicht *den* Staat, *den* Markt, *die* Zivilgesellschaft und *die* Gemeinschaft als zeitlose Gebilde gibt, dann ist zu erwarten, dass diese nur bedingt über einen analytischen Ansatz erfasst werden können, der ihre historische und räumliche Einbettung ausblendet. Eine Analyse des Kräfteverhältnisses muss dann notwendigerweise historisch argumentieren.

2.1.3 Wohlfahrtspluralismus als soziales Entwicklungskonzept – Leitbilder als Integrationsfiguren hybrider Strukturen

Evers und Olk (1996a) sehen den Gewinn wohlfahrtspluralistischer Ansätze in der sozialpolitischen Praxis vor allem dann, wenn es zu einer „Aufwertung von gesellschaftlichen und gemeinschaftlichen Institutionen [kommt], die in den herkömmlichen, auf Markt und Staat fixierten Modernisierungs- und Gesellschaftskonzepten eine eher untergeordnete Rolle spielten“ (ebd.: 35). Sie sprechen sich in diesem Zusammenhang dafür aus, dass wohlfahrtspluralistische Arrangements soziale Entwicklungskonzepte sein sollten und damit Sozialpolitik vor allem auch als Entwicklungspolitik zur Stärkung gesellschaftlicher und gemeinschaftlicher Wohlfahrtsbeiträge verstanden werden müsse. Damit könnten traditionelle Staats- und Markthierarchien überwunden werden und der Weg vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft führen. Eine Wohlfahrtsgesellschaft legt Schwerpunkte auf die Beteiligungsrechte von BürgerInnen, aber auch auf Bürgerpflichten und Gemeinsinn; sie bezieht Verantwortlichkeiten und Bindungen im informellen Bereich in ihren Überlegungen ein. Die Autoren fordern besondere Unterstützungsleistungen und eine höhere Wertschätzung für zivilgesellschaftliche Beiträge zur Wohlfahrtsproduktion, um diesen sozialen „Kapitalstock“ für die Gesellschaft zu erschließen.

Evers und Olk (1996a) konstatieren, dass sich die Entwicklung der letzten Jahre dadurch auszeichne, dass „einzelne Sektoren der Wohlfahrtsproduktion durchlässiger und in der Folge die Interaktionen zwischen ihnen intensiver werden (ebd.: 28). Diese

Tendenzen machen Klie und Roß (2005) für den Bereich Altenpflege aus. In der Literatur werden zahlreiche Beispiele angeführt, die diese Diagnose unterstützen. Eine besondere Aufmerksamkeit erhielt die Einführung von Marktelementen in öffentliche Verwaltungen zur Steigerung von Effizienz und Effektivität mit dem Konzept des New Public Managements. Auch die gestiegene Aufmerksamkeit des Staates gegenüber Selbsthilfepotenzialen in den Familien und die Ausrichtung staatlicher Sozialpolitik auf deren Stärkung kann als Beleg angeführt werden (vgl. Kaufmann 1997: 106ff.). Im Bereich der Dritte-Sektor-Forschung werden zunehmende Ähnlichkeiten von gemeinnützigen Organisationen mit privat-gewinnorientiert wirtschaftenden Unternehmen konstatiert (z.B. Dahme/Kühnlein/Wohlfahrt 2005: 93ff.). Das Management von Nonprofit-Organisationen und gewinnorientierten Organisationen innerhalb eines Feldes, z.B. der Trägerschaft von Krankenhäusern, weist mehr Gemeinsamkeiten auf, als das Management der verschiedenen Nonprofit-Organisationen quer durch verschiedene Bereiche. Scheinbar bestimmt also mehr das Dienstleistungsfeld und die es konstituierenden Regulierungsregime die empirische Arbeitsweise von Organisationsformen, als dass diese durch abstrakte Organisationstypologien vermittelt wird (Hippel 2007: 318ff.). Hinweise auf eine gestiegene Durchlässigkeit der Sektoren geben außerdem Umbrüche in der Diskurspraxis („discursive turns“). So werden beispielsweise vermehrt das Engagement von Unternehmen im sozialen oder ökologischen Bereich (z.B. Polterauer 2006) oder Leitbilder wie der Aktivierende Sozialstaat im öffentlichen Raum verhandelt (z.B. Dingeldey 2008; Evers/Leggewie 1999; Lamping/Schridde 2004; Schwengel 1999).

Eine weitere These von Evers und Olk (1996a) ist, dass Mixturen der idealtypischen institutionellen Rationalitäten von *Staat*, *Markt*, *Gemeinschaft* und *Zivilgesellschaft* einen „Mehrwert“ in der Erbringung sozialer Dienste schaffen können. Ein Gewinn kann sich auf Ebene der individuellen Wohlfahrt, beispielsweise durch Implementierung eines Pflegemixes in häuslichen Pflegearrangements (Klie 2007: 214; Blinkert 2007: 233), auf Ebene einer Organisation, durch bewusste Einbeziehung verschiedener intraorganisatorischer Steuerungselemente (vgl. Evers/Rauch/Stitz 2002) und auf Ebene politischer Einheiten (vgl. im Bereich der Wohlfahrtsstaatenforschung: Schmid 2002) manifestieren. Diese These basiert auf der Überlegung, dass synergetische Konstellationen entstehen können, wenn es gelingt, die jeweiligen *Vor- und Nachteile* der verschiedenen Rationalitäten in Wohlfahrtsmixturen *auszutariieren*; Das Aufaddieren möglichst aller aktivierbarer Ressourcen wirkt also nicht per se wohlfahrtssteigernd. Es kommt

quasi auf den „richtigen Mix“ an. Hierbei sind auch Auswirkungen in Bezug auf weitere politisch gesetzte Ziele zu bedenken. Eine Verlagerung der Dienstleistungserbringung vom öffentlichen Sektor hin zu Gemeinschaften kann zu einem Anwachsen der Ungleichheit zwischen den Geschlechtern führen und den Anspruch auf *Care* im Sinne eines sozialen Rechts ignorieren (Powell 2007: 4). Letztlich ist die Eignung verschiedener wohlfahrtspluralistischer Arrangements daher auch im Lichte weiterer Ziele zu diskutieren.

Kann nun beispielsweise eine Sozialgesetzgebung, auf eine Standardisierung von Dienstleistungen setzend, durch die Kombination mit Wahlfreiheiten für Kunden auf Dienstleistungsmärkten, die Förderung von familialer Sorgearbeit und zusätzliche Angebote über ehrenamtliches Engagement angereichert werden? Zumindest bezüglich der Möglichkeiten, die NutzerInnen zu aktivieren und involvieren, scheint ein solcher Ansatz hoffnungsvoll, denn sie sind zur Beteiligung in unterschiedlichen Rollen angesprochen. Sie können über die kollektive Beteiligung an der Erbringung und Gestaltung von Diensten mitwirken; sie können als MarktteilnehmerInnen die von Ihnen gewünschten Dienste auswählen sowie Dienste als Mitglied einer Gemeinschaft selbst erbringen.

Bei derartigen Überlegungen ist allerdings zu beachten, dass Mixturen bzw. hybride Strukturen nicht einfach technisch verordnet werden können. Durch die analytischen Sichtweise des Konzepts „Wohlfahrtspluralismus“ wird übersehen, wie die Elemente in einer Interaktion zusammengehalten werden (können) – nämlich durch Leitbilder die im Rahmen verschiedener Diskurse benannt und entwickelt werden (vgl. Evers 2010). Hier ist vor allem der „professionelle Diskurs“ wichtig. Der Begriff „professionell“ meint dabei nicht eine Beschränkung auf einzelne Berufsgruppen, wenngleich Diskurse, die in der Berufsgruppe der „PflegerInnen“ geführt werden, eine wichtige Referenz für diese Studie sind. Professionelle Diskurse, sind „Expertendiskurse“, die mit Leitbildern der Altenhilfe und -pflege und den Leitbildern von Versorgungskonzepten in Heimen befasst sind.

2.2 Die Governance der Wohlfahrtsproduktion

Welche Schwerpunkte auch immer in wohlfahrtspluralistischen Arrangements gewählt werden (sollen), es stellt sich die Frage, wie diese Arrangements geregelt und gesteuert werden können. Im Kontext der Beschreibung und Analyse wohlfahrtsstaatlicher Arrangements erfährt der Begriff der Governance eine wachsende Aufmerksamkeit (vgl. z.B. Dahme/Schütter/Wohlfahrt 2008: 176ff.; Dingeldey 2008; Evers 2006a). In der Literatur wird eine gegenwärtig zu beobachtende Vermischung von Regelungsformen bzw. Koordinationsmechanismen in der Wohlfahrtsproduktion beschrieben. Governance-Mixturen sind in vielen europäischen Staaten als gezielte Interventionen eingeführt worden. Es wird aber auch das Auftreten nicht-integrativer Koexistenzen verschiedener Koordinationsmechanismen beobachtet. Vor allem die Möglichkeiten einer Verbindung von marktlichen und partizipationsorientierten Regelungsformen sind gegenwärtig unklar.

2.2.1 Grundlagen des Konzepts Governance

In der Governance-Forschung existieren verschiedene Governance-Begriffe. Im Groben sind eine enge und eine weite Definition von Governance zu unterscheiden. In der engen Definition wird Governance als Gegenbegriff zur hierarchischen Steuerung gesetzt. Governance steht für den Einbezug privater Akteure in die Politikformulierung und -implementierung. Als „Good Governance“ wird die Umsetzung einer bürgernahen Politik bezeichnet (Mayntz 2004: 6; vgl. auch Benz: 2007; Rhodes 1997; Kooiman 1993). Demgegenüber steht die Verwendung einer breiten, nicht-normativen Definition von Governance: Governance bezeichnet nach Mayntz (2004: 5):

„...das Gesamt aller nebeneinander bestehenden Formen der kollektiven Regelung gesellschaftlicher Sachverhalte: von der institutionalisierten zivilgesellschaftlichen Selbstregelung über verschiedene Formen des Zusammenwirkens staatlicher und privater Akteure bis hin zu hoheitlichem Handeln staatlicher Akteure“ (zit. nach ders. 2003: 72).

Aufgrund des höheren analytischen Potenzials wird in der vorliegenden Arbeit der umfassende Governance-Begriff in Anlehnung an Renate Mayntz verwendet. Ein solcher Governance-Ansatz löst klassische Konzepte der Steuerungstheorie ab, nach deren Auffassung Gesellschaft durch politische Instanzen über den Weg der hierarchischen Steuerung im Sinne eines Staatsinterventionismus gestaltet wird (Mayntz

2004: 3). Der Begriff Governance markiert demgegenüber den Umstand, dass Gesellschaftsgestaltung bzw. in diesem Fall Wohlfahrtsproduktion „auf mehreren Ebenen verhandelt, arbeitsteilig bewerkstelligt sowie unter Einfluss unterschiedlicher Steuerungslogiken ausgestaltet wird“ (Bode 2006: 184).

Die Nähe des Governance-Ansatzes zur gemischten Wohlfahrtsproduktion liegt auf der Hand. Auch im Governance-Konzept geht es um die Interaktion von Prinzipien der Koordination und Allokation, welche idealtypisch für den Staat (Hierarchie), den Markt (Wettbewerb), die Gemeinschaft (spontane Solidarität) und Zivilgesellschaft (Netzwerke) stehen. Gleichfalls werden den Koordinationsmechanismen spezifische Leistungsvermögen und -grenzen zugeschrieben (sehr detailliert: Jessop 2007) und die Chancen eines Ineinandergreifens der Koordinationsmechanismen hervorgehoben – wenn diese auch in der Governance-Literatur häufig in Bezug auf Effizienzgewinne und weniger bezogen auf weitere gesellschaftspolitische Ziele diskutiert werden:

„Jeder einzelne Mechanismus ist für sich genommen ‚problematisch‘. Erst durch Kombination mit Elementen der anderen Koordinationsweisen [...] werden die Leistungsmaxima bzw. das Effizienzmaximum erreicht“ (Wiesenthal 2000: 62, zit. nach Döhler 2007: 52)

Als alternative Koordinationsmechanismen der Governance bzw. „Modes of Governance“ oder „Formen der Regelung“ (Mayntz 2004) werden in der Literatur leicht variierende Typologien angegeben. Dominierend ist die Grundkonstellation aus Märkten, Hierarchien und Netzwerken (z.B. Newman 2001: 13f.; Wald/Jansen 2007).

Im Unterschied zum Ansatz der gemischten Wohlfahrtsproduktion werden Governance-Konzepte allerdings häufig nur auf die *formellen Regelungsformen* der Produktion und Reproduktion von Wohlfahrt *im öffentlichen Raum* angewendet. Unklar bleibt damit teilweise die Bedeutung von Gemeinschaften. So leitet Gläser (2007) seinen Aufsatz zu Gemeinschaft als Koordinationsmechanismus im „Handbuch Governance“ (Benz 2007) mit folgenden Worten ein:

„Die Position der Gemeinschaft in den Diskussionen über soziale Ordnung ist gesichert, aber auch marginal [...]. Ihre Präsenz in allen Typologien sozialer Ordnung belegt, dass eine erschöpfende Behandlung sozialer Ordnung ohne Einbeziehung der Gemeinschaft nicht möglich ist. Andererseits erfährt die Gemeinschaft aber in solchen Typologien die geringste Aufmerksamkeit und wird als Modell

sozialer Ordnung stets weniger scharf gezeichnet als ihre ‚Geschwister‘ Markt, Netzwerk und Organisation [hier i.S.v. Hierarchie, K.H.].“ (Gläser 2007: 82)

Die Randstellung mag Problemen der empirischen Greifbarkeit von informellen, gemeinschaftsbasierten Regelungsformen geschuldet sein, welche den öffentlichen Austausch begleiten. Problematisch ist dies allerdings angesichts dessen, dass Gemeinschaften, v.a. die Familien, als wichtige Produzenten von Gütern und Diensten in Erscheinung treten. Gemeinschaften können als Akteure im Governance-System lediglich über Netzwerke ihrer Interessensorganisationen auftreten. Nachteil der Governance-Konzepte ist damit, dass sie den Eindruck vermitteln, Familien und andere Gemeinschaften werden außerhalb ihrer zivilgesellschaftlichen Organisiertheit als „passive Akteure“ gehandelt. Eine solche nur partielle Einblendung verkennt zum einen den Umstand, dass die (Nicht-)Bereitschaft zur Eigenproduktion in Gemeinschaften als bedeutender Koordinationsmechanismus wirkt. Sie verstellt zum anderen den Blick auf ein weiteres Phänomen: Gemeinschaften – augenfällig ist dies insbesondere im Bereich der Religionsgemeinschaften – präformieren in beachtlichem Maße die zivilgesellschaftliche Selbstorganisation in der Wohlfahrtsproduktion.

Der Zuschnitt der Governance-Konzepte auf den öffentlichen-formalen Bereich kann wiederum für die Beschreibung und Analyse von Politikorganisation eine sinnvolle Einschränkung darstellen, da Gemeinschaftsbeziehungen empirisch schwierig zu greifen sind. Es kommt auf die jeweilige Fragestellung an, ob es sinnvoll ist, die Koordination über Gemeinschaften mit zum Forschungsgegenstand zu machen.

2.2.2 Gemischte Governance-Strukturen in der Wohlfahrtsproduktion

Gemischte Governance-Strukturen zeichnen sich durch die Verbindung verschiedener Governance-Modi aus. Zwei Formen einer bewussten Verbindungen haben im Bereich Sozialer Dienste in den vergangenen Jahren eine größere Aufmerksamkeit erhalten: die *Quasi-Markt Governance* (Brandsen 2004, Le Grand 2003) und die *partizipative Governance bzw. Co-Governance* (Newman 2005). Diese beiden Governance-Strukturen werden zunächst kurz vorgestellt. Aktuell ist ein Ineinandergreifen der beiden Strukturen zu beobachten; ähnlich wie im Konzept des Wohlfahrtspluralismus beschrieben, könnten daraus synergetische Interaktionsmuster von Markt, Staat, informellem Sektor und Assoziationen entstehen. Allerdings ist das Verhältnis der beiden Governance-Strukturen Quasi-Märkte und Co-Governance zueinander bislang noch nicht klar be-

stimmt. Sie existieren nebeneinander und werden nicht explizit miteinander verschränkt, was das Auftreten von Spannungen zwischen den verschiedenen Logiken begünstigt.

Die Einführung von Märkten gilt seit Anfang der 1990er-Jahre hierzulande und, zum Teil zeitlich versetzt, in anderen europäischen Staaten als zentrales Reformprojekt bei der der Regelung und Erbringung sozialer Dienste. Wenn von Vermarktlichung oder Ökonomisierung sozialer Dienste die Rede ist, dann meint dies nicht ihre volle Durchdringung mit Marktmechanismen; vielmehr wurden *Quasi-Märkte* eingeführt, in denen wettbewerbliche Elemente und betriebswirtschaftliche Ansätze aufgewertet werden.

Es gibt verschiedene Formen von Quasi-Märkten. Gemeinsam sind ihnen nach Brandsen (2004) zwei Charakteristika (16f.):

- Die Dezentralisierung finanzieller Risiken vom Staat zu den Anbieterorganisationen sozialer Dienste.
- Die strikte staatliche Regulation von Angebot und Nachfrage bzw. eine staatliche Intervention auf einem fundamentalen Level.

Quasi-Märkte sind also hybride Governance-Strukturen, die marktwirtschaftliche und staatlich-bürokratische Elemente kombinieren. Mit dem Ineinandergreifen von Markt und Staat wurden zwei seit dem 19. Jahrhundert klassischerweise antagonistisch konzipierte Institutionen zusammengeführt. Galt lange Zeit Sozialpolitik als marktkompensatorische Politik, so setzt die Einführung von Quasi-Märkten an umgekehrter Position an: Marktelemente sollen das Versagen staatlicher Wohlfahrtsbürokratien dämpfen. Die alte Demarkationslinie Liberalismus vs. Sozialismus wird durch die Implementierung quasi-marktlicher Governance-Strukturen sukzessive gelockert. „Vom Markt erzeugte soziale Risiken werden jetzt durch marktförmige Mechanismen ausgeglichen.“ (Nullmeier 2003: 962). Durch das Ineinandergreifen von staatlicher und marktlicher Steuerung sollen die Schwächen des jeweils anderen Regelungssystems ausgeglichen werden. Befürworter von Marktmodellen versprechen sich vor allem eine effizientere, bedarfsgerechtere und flexiblere Befriedigung des bestehenden Bedarfs an Diensten (Moss 2008.: 9)

Das zentrale Argument der Befürworter von quasi-marktlichen Regelungsformen ist, dass durch die Einführung von Wettbewerbselementen die Effizienz und der Effektivität der Dienstleistungserbringung gegenüber vormaligen staatlichen oder korporatistischen Arrangements erhöht werden soll. In der Umsetzung gibt es verschiedene Ansatzpunkte.

Ein Wettbewerb der Anbieterorganisationen sozialer Dienste kann über die Konkurrenz um Verträge mit dem Staat als Finanzier von Diensten organisiert werden. Zumeist ist dies verbunden mit einer Öffnung des Anbietermarktes für gewinnorientierte Unternehmen. Zusätzliche Effizienz kann der Staat über die Vereinbarung prospektiver Leistungsentgelte einfordern, welche die Mittelvergabe an konkrete Zielvorgaben zur Leistungserbringung bindet. Ein weiterer zentraler Ansatzpunkt quasi-marktlicher Governance ist es, den NutzerInnen von Dienstleistungen eine größere „Nachfragemacht“ auf Dienstleistungsmärkten zu sichern, indem der Staat statt einer anbieterorientierten Förderung eine nachfrageorientierte Förderung betreibt. Durch die Förderung der Nachfrage induzierte Wahlmöglichkeiten für NutzerInnen von Diensten sollen eine höhere Kompatibilität von Dienstleistungsangeboten und Nutzerpräferenzen herstellen (Le Grand 2003; Moss 2008: 10f.). Ein Beispiel aus der Praxis ist die Ausgabe von Gutscheinen für Kindertageseinrichtungen an Eltern, dessen Einlösung an die Nutzung einer Betreuungseinrichtung gebunden ist. Anbieter konkurrieren hier nicht (primär) um Verträge mit staatlichen Finanziers, sondern um Verträge mit Klienten. Der Staat kann flankierend institutionell regulieren, z.B. durch Auflagen für die Zulassung von Anbietern oder die Einhaltung bestimmter Qualitätsstandards (Kreyenfeld/Spieß/Wagner 2002: 211 ff.)

Nach Moss (2008) ist ein Steuerungsmodell, das auf die individuelle Wahlentscheidung von Kunden auf Dienstleistungsmärkten ausgerichtet ist, für den Bereich sozialer Dienste nicht geeignet, weil das dem marktlichen Steuerungsmodell zugrunde liegende Verhaltensmodell weder dem Handeln von NutzerInnen noch professionellen Ansätzen in der Dienstleistungserbringung entspricht. Im Bereich personenbezogener sozialer Dienste sind eine dauerhafte Zusammenarbeit von „Profis“ und „NutzerInnen“ und ein gegenseitiges Vertrauensverhältnis wichtige Faktoren.

„Childcare is not like a supermarket product: the relationship between consumer and provider is personal and long term. A double loyalty exists: to the childcare organisation, but also – and mainly – to the children. The longer childcare is used, the more familiar and safe parents and children feel and the more personal contact they have with staff and the other children and parents.“ (Ebd.: 14)

In den Konzepten der Quasi-Market Governance bleibt die Frage nach der möglichen Bedeutung zivilgesellschaftlicher Beteiligung und der Eigenproduktion von Wohlfahrt im informellen Sektor unbeantwortet; beide Bereiche werden ausgeklammert. Die

NutzerInnen von Diensten werden als BürgerInnen mit Rechten und als KonsumentInnen mit Wahlmöglichkeiten angesprochen, nicht aber als AktivbürgerInnen und KoproduzentInnen der Gestaltung von Diensten. Zum anderen wird kein Unterschied gemacht zwischen Dienstleistungsorganisationen, die als gewinnorientierte Unternehmen wirtschaften, und Dienstleistungsorganisationen, die auf Basis von zivilgesellschaftlichen Beiträgen wie Spenden, freiwillige Mitarbeit und demokratischen Beteiligungsformen organisiert sind. In der Konsequenz werden kleinere, lokal verankerte Vereine und flächendeckend agierende größere Unternehmen zu Gleichen im Wettbewerb um Ressourcen.

Eine Governance, die explizit auf die Förderung zivilgesellschaftlicher und gemeinschaftlicher Beiträgen abzielt, wird im Konzept der *partizipativen Governance* angesprochen. Das Aufkommen der Governance-Debatte in der Wissenschaft war nicht allein durch die eingangs geschilderte theoretische Erweiterung von Steuerungskonzepten geprägt. Der Wendepunkt von der Steuerung zur Governance war begleitet von Konzepten, die der Co-Governance verschiedener gesellschaftlicher Akteure eine neu auszulotende Rolle zuschreiben. Neben dem oben ausgeführten umfassenden Governance-Begriff, wie er von Mayntz vertreten wird, ist in diesem Zusammenhang auch ein engeres Verständnis von Governance in der Literatur zu finden. Governance meint hier nicht eine erweiterte Forschungsperspektive weg von der staatlichen Steuerung hin zu konzeptionell gleichberechtigter Regelungsformen. Die Abkehr vom alten Begriff der „Steuerung“ oder des „Regierens“ wird hier „von der Vorstellung geleitet, dass ‚governance‘ als (historisch und programmatisch) neue Konfiguration sozialer Wohlfahrtsproduktion jenseits von Markt und Interventionsstaat zu begreifen sei“ (Bode 2006: 183). Governance wird gleichgesetzt mit netzwerkförmigen Steuerungsformen einer partizipativen Governance der verschiedenen steuerungsrelevanten Akteure (z.B. bei Jessop 2007; Rhodes 1997; Kooiman 1993). Einige Autoren, beispielsweise Jessop (2007: 90), Rhodes (1997), Kooiman (1993) und Newman (2001, 2005) argumentieren, dass sich in der Politikorganisation ein Fokus auf kooperative Netzwerklösungen herausgebildet hat, der als Antwort auf die Herausforderung aufzufassen ist, komplexe soziale Probleme in fragmentierte Gesellschaften zu steuern, an welchen der Interventionsstaat gescheitert ist (Newman 2001: 14). So schreibt Newman von „significant shifts in the way in which government seeks to govern“ (Newman 2001: 11):

„Rather than government acting alone, it is increasingly engaging in co-regulation, co-steering, co-production, cooperative management, public/private partnership and other forms of governing that cross the boundaries between government and society and between public and private sectors“ (Newman 2001: 15)

Allerdings stellt sich hier die Frage, ob mit der partizipativen Governance tatsächlich ein neues Phänomen beschrieben wird, oder vielmehr einem alten Konzept ein neuer Name gegeben wird. Schließlich steht gerade der deutsche Wohlfahrtsstaat für eine traditionelle enge Zusammenarbeit öffentlicher und frei-gemeinnütziger Träger bei der Regelung und Erbringung sozialer Dienste. Die Wohlfahrtsverbände sind nicht nur Dienstleistungsproduzenten, sondern nehmen darüber hinaus als Interessensorganisationen auf die Politikgestaltung Einfluss; sie sind selbst assoziativ organisiert und von ehrenamtlichem Engagement mitgetragen (Backhaus-Maul 1998: 41). Die Weiterentwicklung und Umgestaltung der Wohlfahrtspflege im vergangenen Jahrzehnt ist jedoch mit der Einführung von Quasi-Märkten durch eine partielle Aufkündigung dieser intensiven Partnerschaft zwischen Staat und freier Wohlfahrtspflege gekennzeichnet. Der Reorganisation vorausgegangen sind der Rückgang ehrenamtlicher Mitglieder im Zuge einer zunehmenden Professionalisierung und Bürokratisierung der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege. Partizipative Governance, wie sie von den genannten Autoren verstanden wird, zeichnet sich jedoch durch den Versuch aus, etwas anderes zu initiieren als exklusive Partnerschaften zwischen dem Staat und ausgewählten Akteuren. Es geht vielmehr darum, Ansätze der Bürgernähe und möglichst breite zivilgesellschaftliche Beteiligungsformen zu forcieren und Selbsthilfepotenziale im informellen Sektor zu stärken. Unter dem Maßstab der breiten zivilgesellschaftlichen Beteiligung sind durchorganisierte, hochgradig institutionalisierte, professionalisierte und monopolisierte Interakteurbeziehungen, wie sie der Korporatismus als Regulierungsform der Wohlfahrtsverbände beinhaltet, nicht wünschenswert (vgl. Bode 2007a: 406). Jessop bezeichnet solche korporatistische, monopolisierte Netzwerke sogar als Governance-Failure

„Damit ist [...] die problematische Beziehung zwischen denjenigen, die in die Kommunikation (Vernetzung, Verhandlung etc.) eingebunden sind, und denjenigen, deren Interessen und Identitäten repräsentiert werden, verbunden. Es können Brüche zwischen diesen Gruppen entstehen, die zu Repräsentations- und Legitimationskrisen führen bzw. zu Problemen, Zustimmung zu sichern.“ (Jessop 2007: 100).

Abschließend ist festzuhalten, dass mit partizipativer Governance eine Ausweitung der Perspektive der Governance auf die Beiträge von Familien und „bürgerne“ Trägerformen sozialer Dienste zwischen Markt und Staat vollzogen wird. Schon der analytische Einbezug steht häufig implizit für eine Kritik an einer Sozialpolitik, die sich auf Markt und Staat beschränkt. Die Idee der partizipativen Governance ist daher anschlussfähig an ein Verständnis von Wohlfahrtspolitik, die sich als soziale Entwicklungspolitik versteht. Zugleich gelingt es hier, nicht nur abstrakte Steuerungsgrundsätze zu thematisieren, sondern es rückt die Frage in den Vordergrund, wie vor Ort, in den Diensten und Einrichtungen Bürgernähe hergestellt und gelebt werden kann.

2.2.3 Chancen und Grenzen der Integration verschiedener Koordinationsmechanismen

Beide Formen, die des Quasi-Marktes und der Co-Governance, als alternative Arrangements zu diskutieren, griffe angesichts der Entwicklungen der letzten Jahre zu kurz. Wir haben es mit zwei Phänomenen zu tun, die vielmehr (a) gleichzeitig auftreten und die sich darüber hinaus (b) mit vorigen Governance-Systemen der Wohlfahrtsproduktion in einer Gesellschaft überlappen können. Im Folgenden soll gezeigt werden, dass die Integration verschiedener Governance-Modi zwar beobachtbar ist, dass aber aktuell kaum erforscht ist, wie solche hybriden Governance-Strukturen in der Praxis greifen.

Nach Enjolras (2008) können vier idealtypische institutionalisierte Governance-Regimes in Europa identifiziert werden (vgl. Tab. 5). Governance-Regimes zeichnen sich dadurch aus, dass sie verschiedene Koordinationsmechanismen und Handlungsrepertoires beinhalten und diese stabilisieren (ebd.: 3). Lediglich im Regime der *public governance*, wo soziale Dienste als staatliche Angebote organisiert sind, sind nur öffentliche Akteure involviert. In der bereits angesprochenen *corporative governance* wird monopolartig die Anbieterschaft von sozialen Dienste auf große gemeinnützige Organisationen, wie hierzulande die großen Wohlfahrtsverbände, übertragen; hierbei handelt es sich um zweiseitige hybride Governance-Strukturen, bei dem der Staat wesentlich die Finanzierung, die Regulierung und den Inhalt des Angebots bestimmt und mehr oder weniger assoziativ organisierte Organisationen die Trägerschaft der Einrichtungen übernehmen. Diese beiden Governance-Regimes stellen die Tradition (west-)europäischer Wohlfahrtsstaaten dar. Sie wurden in den vergangenen Jahren zunehmend aufgelöst zu Gunsten der Schaffung der beiden nächstgenannten Regimes.

Die *competitive governance* beruht primär auf dem Wettbewerb von Anbietern auf Märkten, welche der Staat durch Anreize reguliert. Demgegenüber wird im Regime der *institutional partnership* auf partnerschaftliche Zusammenarbeit und Aushandlungsprozesse zwischen den Akteuren gesetzt und die gemeinsam bestimmten Ziele durch staatliche Regulierung umgesetzt.

Tabelle 5: Types of governance regimes (Ideal types)

	Public governance	Corporative governance	Competitive governance	Partnership governance
Actors' institutional form	Public	Public Nonprofit	Public For-profit Nonprofit	Public For-profit Nonprofit
Policy implementation	Direct government Public ownership	Guardianship regulation Third party payment	Contracting Incentive regulation	Quasi-market Price regulation Non price behavior regulation
Policy making	Technocracy	Corporatism	Policy network	Institutionalized partnership

Quelle: Enjolras 2008: 7-8.

Enjolras identifiziert einen neuen Governance-Mix zwischen den Idealtypen *partnership* und *competitive governance*.

„The emerging civic-market governance-mix characterizing social services in Europe involves a market-based allocation of resources and regulation of the provision of services as well as a civic-based horizontal coordination of the different involved stakeholders in order to foster cooperation and to promote community-based initiatives.“ (Ebd.: 15)

Er bezeichnet dies als Kompromiss, über den unerwünschte Effekte der Dominanz marktlicher Systeme und marktorientierter Reformen ausgeglichen werden sollen.

„It seems that the civic dimension characterizing the partnership-based governance regime contribute to mitigate the shortcomings of the market-based governance regime.“ (Ebd.: 15)

Allerdings äußert sich Enjolras skeptisch gegenüber dieser Vermischung, insofern zu beobachten ist, dass beide Dimensionen, die wettbewerbsorientiert-preisvermittelte und die partnerschaftlich-netzwerkorientierte, institutionell getrennt diskutiert und forciert werden, bislang aber keine integrierten Konzepte zu erkennen sind.

Es stellt sich daher die Frage, ob statt synergetischer und ausgleichender Beziehungen nicht vielmehr spannungsreiche Koexistenzen von Markt, Staat, Zivilgesellschaft entstehen (vgl. Bode 2006: 185). Bode (2006) beschreibt solche spannungsreichen Koexistenzen am Beispiel der Entwicklungen der Seniorenversorgung, darunter fasst er den Pflege- und den Rentensektor, in Deutschland, England und Québec in den vergangenen Jahren. Er stellt fest, dass sich sektor- und länderübergreifend eine Governance über Quasi-Märkte ausgebreitet hat und diese keinesfalls durch eine neue partizipative Governance abgelöst wurde. Allerdings sind länderspezifische Prozesse der Markteinbettung beobachtbar, die nach Bode (2006) entlang von historisch gewachsenen Besonderheiten und kulturellen Leitbildern festzumachen sind.

„Marktöffnung und Markteinbettung reflektieren dabei eine Logik der Ungleichzeitigkeit: Die Logik des Marktes breitet sich aus und gleichzeitig wirken die in der Vergangenheit gewachsenen (wohlfahrtsstaatlichen und zivilgesellschaftlichen) Kulturmuster gleichsam nervös als „tentative“ Marktbeschränkung auf diesen Prozess zurück. [...] Auf dieser Grundlage entstehen *hochgradig hybride und in wachsendem Maße inkohärente „governance“-Regimes.*“ (Ebd.: 196, Hervorhebung im Original).

Bode fasst diese Entwicklungen mit dem Begriff der Disorganisation als Charakteristikum der aktuellen *governance of welfare* zusammen; er versteht darunter eine Governance, die „systematisch Brüche im Zusammenspiel von zivilgesellschaftlicher Initiative, staatlicher Intervention und marktförmiger Koordination“ (ebd.: 195) produziert.

Derlei nicht-integrative Koexistenzen könnten einerseits dazu führen, dass schließlich ein Governance-Modus quasi siegreich zur Lösung der Spannungen hervorgeht. Damit könnten aktuelle Koexistenzen schlicht Abbild der Gewichtsveränderung von Governance-Formen sein (vgl. Jessop 2007). Ein anderes, komplexeres Bild ergäbe sich, wenn vormals eingeübte Regelungsformen, möglicherweise transportiert über historische Ausformungsprozesse und Leitbilder, auch nach Einführung neuer Governance-Mechanismen wirken und weiterentwickelt werden. Einen Hinweis für eine solche bewusste Entwicklung von gemischten Governance-Strukturen hat Brandsen bei der Untersuchung der Etablierung von Quasi-Märkten beschrieben:

„[...] quasi-markets are almost always built on previous systems of provision, with existing structures and organisations. The characteristics of the old system are likely

to cast their shadow forward into the future, influencing how the new system works.” (Brandsen 2004: 14)

Brandsen (2004) konnte aufzeigen, dass vormalig unter korporatistischen Strukturen agierende gemeinnützige Organisationen sich nach der Einführung einer Quasi-Markt-Governance nicht strikt an dem vorgesehenen neuen Regime orientierten. Vielmehr nutzten die Organisationen das „Soziale Kapital“, das sie im vorangegangenen Regime entwickelt hatten und integrierten bei der Anpassung an Marktbedingungen weiterhin einen starken Fokus auf Anpassung und Innovationen in Netzwerken. Da der Untersuchungszeitraum der Studie die ersten Jahre nach der Einführung von Quasi-Märkten umfasst, kann aus diesem Ergebnis allerdings nicht abgeleitet werden, ob es sich bei der Überlappung der Governance-Modi um ein Übergangsphänomen oder um eine bewusste, dauerhafte Integration der Governance-Modi handelt.

2.2.4 Folgerungen für das weitere Vorgehen

Um ein besseres Verständnis über gemischte Governance-Strukturen zu erhalten, ist es sinnvoll, die Entwicklung von Wohlfahrtsproduktion und wohlfahrtsstaatlicher Governance entlang der Kategorien von Staat, Markt, Zivilgesellschaft und Gemeinschaft nicht nur in einem isolierten analytischen Rahmen, sondern historisch und unter Einbezug von Expertendiskursen zu Leitbildern der Versorgung zu eruieren. Mit den Heimen für Hilfe- und Pflegebedürftige wird ein Bereich herausgegriffen, der in besonderem Maße von Mixturen profitieren könnte. In gegenwärtigen Expertendiskursen werden der Einbezug zivilgesellschaftlicher und gemeinschaftlicher Ressourcen und damit verbundene neue Koordinationsmechanismen im Sinne einer Öffnung von Heimen als hoffnungsvoller Ansatz verhandelt.

Zur weiteren Entwicklung eines Analyserasters ist es sinnvoll, sich konzeptionell mit den Anbieterorganisationen von Diensten zu befassen und stärker herauszuarbeiten, was mit dem „zivilgesellschaftlichen Gehalt“ von Regelungs- und Organisationsstrukturen im Bereich sozialer Dienste gemeint sein kann. Hierbei konzentriert sich die Arbeit auf verschiedene Konzepte von Organisationen des Dritten Sektors. Der Fokus auf den Dritten Sektor wird daher gewählt, da er ein wichtiger Referenzpunkt bezüglich der Frage zivilgesellschaftlicher Beiträge in der Erbringung sozialer Dienste ist. Allerdings beschränkt sich Zivilgesellschaft nicht auf den Bereich des Dritten Sektors, Zivilgesellschaft soll daher im Rahmen dieser Arbeit breiter und offener konzipiert

werden. Anschließend wird vorgeschlagen, Heime als hybride Organisationen (Evers 2005a) zu betrachten, die gleichzeitig staatliche, marktliche, gemeinschaftsbezogene und zivilgesellschaftliche Beiträge vereinen und miteinander in Beziehung setzen können. Am Ende dieses ersten Kapitels steht damit ein Konzept, das Grundlage für die in weiteren Arbeitsschritten vorzunehmende empirische Beschreibung und Analyse hybrider Organisationsstrukturen in der Heimversorgung ist.

2.3 Der Dritte Sektor – verschiedene Konzeptualisierungen und ihre Implikationen für die Analyse von Wohlfahrtsmixturen

Die Bezeichnung „Dritter Sektor“ stand ursprünglich dafür, dass neben den Organisationen, die dem Staat und Markt zugeordnet werden können, noch eine weitere, „dritte“ Organisationsform existiert. Ihre Existenz wurde einerseits damit begründet, dass bestimmte Güter und Dienste nicht ausreichend über den Markt zur Verfügung gestellt werden (Weisbrod 1977). Der Dritte Sektor präsentiert sich andererseits als ein Bereich, der als historisches Gebilde gilt, das aus der Tradition der bürgerschaftlichen Selbstorganisation hervorgegangen ist (vgl. Wex 2004: 31ff.). Gerade im Bereich sozialer Dienste in Deutschland wird ein erheblicher Teil von Organisationen des Dritten Sektors getragen. Darunter werden sehr heterogene Organisationen zusammengefasst wie lokal verankerte Vereine, die großen Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfeorganisationen und Bürgerinitiativen.

Die Erforschung dieses Dritten Sektors hat sich in Deutschland erst in den vergangenen zwei Jahrzehnten in einem eigenständigen Forschungsbereich etabliert. Viele Wissenschaftsdisziplinen sind mit ihr befasst und bringen je ihren eigenen Blickwinkel und Fragestellungen ein (für einen Überblick: vgl. Wex 2004; Schulz 2007), sodass mittlerweile von einem interdisziplinären Forschungsprogramm gesprochen werden kann. Da das Aufzeigen der verschiedenen Traditionen und Unterschiede vom eigentlichen Fokus dieser Arbeit wegführen würde, konzentrieren sich die folgenden Darstellungen auf einen grundlegend für diese Arbeit relevanten Punkt: der Frage der Konzeptionierung und der Abgrenzung des Dritten Sektors und seine Bedeutung für das Konzept der hybriden Organisation, speziell ihre zivilgesellschaftliche Dimension.

Bezüglich der Konzeption des dritten Sektors können zwei Ansätze unterschieden werden: Jene, die von einem klar abgrenzbaren Sektor der Gesellschaft ausgehen und jene die den Dritten Sektor weniger als Sektor sehen, sondern ihn vielmehr als einen

intermediären Bereich zwischen den Sektoren Staat, Markt und Gemeinschaft verstehen.

2.3.1 Der Nonprofit Sektor

Wie eingangs erwähnt, kann die empirische Bedeutung des Ansatzes des Wohlfahrtspluralismus darin liegen, Wohlfahrt als Summe der Teilbeiträge verschiedener Organisationen von Diensten zu beschreiben, wobei sich die Verschiedenheit der Organisationen und damit die Pluralität der Wohlfahrtsproduktion daraus ergibt, dass sie den verschiedenen Sektoren der Wohlfahrtsproduktion zugeordnet werden. Häufig konzentrieren sich die Darstellungen auf formale Organisationsgebilde, d.h. der informelle Sektor wird ausgeklammert. Der konventionelle Zugang zur Beschreibung von Wohlfahrtsmixturen benennt diese in der Regel durch Mixturen aus staatlichen Organisationen, privat-gewerblichen Unternehmen und privat-gemeinnützigem Organisationen. Einer solchen sektoralen Zuordnung von Organisationen der Wohlfahrtsproduktion liegt der theoretische Ansatz des Nonprofit-Sektors zugrunde.

Die Definition des Johns Hopkins *Comparative Nonprofit Sector Project* ist der übliche Bezugspunkt für eine sektorale Definition. Danach sind Organisationen des Nonprofit Sektor durch fünf Merkmale bestimmt; sie sind (Salamon/Anheier 1992: 135f.):

- *formal*, das heißt es handelt sich um dauerhaft institutionalisierte Organisationen, informelle Organisationen zählen nach dieser Definition nicht zum Dritten Sektor;
- *privat*, d.h. sie sind organisatorisch unabhängig vom Staat;
- *nicht gewinnorientiert*, d.h. Gewinne dürfen nicht an private Personen verteilt werden, sondern verbleiben innerhalb der Organisation;
- *selbst verwaltet*, d.h. sie kontrollieren und regeln ihre Aktivitäten im Wesentlichen selbst;
- *freiwillig*, d.h. sie sind nicht als Zwangsverbände organisiert und sehen zu einem gewissen Grad eine freiwillige Partizipation vor.

Der Begriff Dritter Sektor steht nach Zimmer (2002a) für ein heuristisches Modell, das durch die Pole, Staat, Markt und Gemeinschaft abgegrenzt wird.

„So zeichnen sich Dritter-Sektor-Organisationen in Abgrenzung zum Staat und zur öffentlichen Verwaltung durch ein geringeres Maß an Amtlichkeit aus. Im Unterschied zu Firmen und Unternehmen besteht ihre Zielsetzung nicht in der

Gewinnmaximierung, sondern sie unterliegen dem so genannten non-profit-constraint. Dies bedeutet, dass Gewinne zwar erwirtschaftet, aber nicht an Mitglieder oder Mitarbeiter ausgeschüttet, sondern wieder in die Organisationen reinvestiert werden müssen. Und schließlich sind Dritter-Sektor-Organisationen auch keine gemeinschaftlichen Einrichtungen, da im Unterschied zu Familie, Clan oder Ethnie Mitgliedschaft und Mitarbeit in Dritter-Sektor-Organisationen auf Freiwilligkeit und damit auf einer individuellen Entscheidung beruht.“ (Ebd.: 2)

Der Dritte Sektor wird also einmal nach dem Ausschlussprinzip „nicht Staat, nicht Markt und nicht Gemeinschaft“ definiert. Andererseits werden gemeinsame Merkmale von Organisationen des Dritten Sektors benannt; das sind eine geringe Amtlichkeit, das Gewinnausschüttungsverbot sowie die Freiwilligkeit.

Die Organisationen des Dritten Sektors, die als Anbieter sozialer Dienste auftreten, untermauern ihre Bedeutung für die Gesellschaft damit,

„ [...] that they not just provide services, but contribute, through their particular organizational features, to developing solidarity, social networks and bonds, voluntarism, democracy and participation, cultural specificity, etc. Civil society initiatives and the voluntary organizations of the provision of social services is said to have a ‚civic added value‘ which contributes to social policy objectives like social integration, empowerment and social participation.“ (Enjolras 2008: 15)

Auch Dritt-Sektor Forscher verorten Organisationen des Dritten Sektors gerne mit Bezug auf ihren „zivilgesellschaftlichen Gehalt“. So definiert Horch (1983: 11ff. nach Wex 2004) als Merkmale freiwilliger Vereinigungen:

- die Ausrichtung auf die Interessen der Mitglieder (Interessensvereinigung),
- Trägerschaft durch die Mitglieder und Unabhängigkeit von Dritten (Autonomie),
- Freiwillige Mitgliedschaft, d.h. kein rechtlicher Zwang zur Mitgliedschaft (Freiwilligkeit),
- unbezahlte Mitarbeit (Ehrenamtlichkeit),
- demokratische Entscheidungsstrukturen (Demokratie).

Bei dieser Definition ist insbesondere der Bezug zur internen Demokratie von Organisationen des Dritten Sektors hervorhebenswert. Horch macht nicht deutlich, ob er diese Merkmale zur Charakterisierung eines Idealtypus der freiwilligen Organisation

verwendet oder ob es sich um gemeinsame Merkmale tatsächlicher freiwilliger Organisationen handelt (Wex 2004: 152). Leider wird genau diese Unterscheidung in der Wissenschaft häufiger nicht konsequent vorgenommen. Durch die Übertragung eines Idealtypus auf bestehende Organisationen besteht die Gefahr der Vermischung eines Klassifikationsschemas mit normativen Zuweisungen. Die tatsächlichen Funktionslogiken der betreffenden Organisationen können von ihrem Idealtypus deutlich abweichen. Die Orientierung an diesem Idealtypus aber suggeriert eine Gleichsetzung von Organisationen des Dritten Sektors mit der Institution der Zivilgesellschaft. Anheier und Seibel prägten den Begriff des *civil society sectors*. Danach wäre eine Gesellschaft in dem Maße Zivil-Gesellschaft, in dem sich in ihr NGOs, Sozialprojekte, Vereine und gemeinnützige Organisationen ausbilden (Evers 2010: 282f.).

„Genau diese Operation ist allerdings hoch problematisch. Unterstellt sie doch (1.) eine Definition von Zivilgesellschaft bei der diese in erster Linie als abgegrenzter Bereich und nicht als ein Set von Prinzipien, der gesamt-gesellschaftlich wirkt, verstanden wird, so dass dann (2.) bei weitgehender Identifikation von Zivilgesellschaft und Drittem Sektor die perspektivische Engführung entsteht, dass das, was den Dritten Sektor stärkt, auch die Zivilgesellschaft vitalisiert oder umgekehrt, dass Aktionen im Dritten Sektor den eigentlichen Königsweg zur Stärkung der Zivilgesellschaft darstellen.“ (Evers 2004: 4)

Schlussfolgerungen für die Bedeutung von Zivilgesellschaft können nicht über das (Nicht-) Vorhandensein von Dritt-Sektor-Organisationen gezogen werden. Auch Anheier selbst definiert Zivilgesellschaft offener. „Vielmehr ist unter Zivilgesellschaft eine Koordinierungs- und Kommunikationsinstanz zu verstehen, die zwischen Staat, Markt, Drittem Sektor und Bürgern vermittelt“ (Anheier 1999: 168). Diese Abgrenzung von Drittem Sektor und Zivilgesellschaft ist vor allem aufgrund einer Erkenntnis der Dritt-Sektor-Forschung der letzten Jahre schlüssig: Nonprofit-Organisationen haben mit der Einführung von Marktmechanismen bei der Steuerung sozialer Dienste ihre Handlungslogik verstärkt privat-gewerblichen Unternehmen angepasst und zivilgesellschaftliche Bezüge, wie spezielle Wertorientierung des organisatorischen Handelns oder der Einbezug freiwilligen Engagements demgegenüber an den Rand gedrängt (Dahme 2008: 10). Vielmehr

„...bewegen sich gemeinnützige Vereinigungen, Mitgliederverbände und demokratisch verfasste Sozialunternehmen tatsächlich in dynamischen Umwelten, die sie

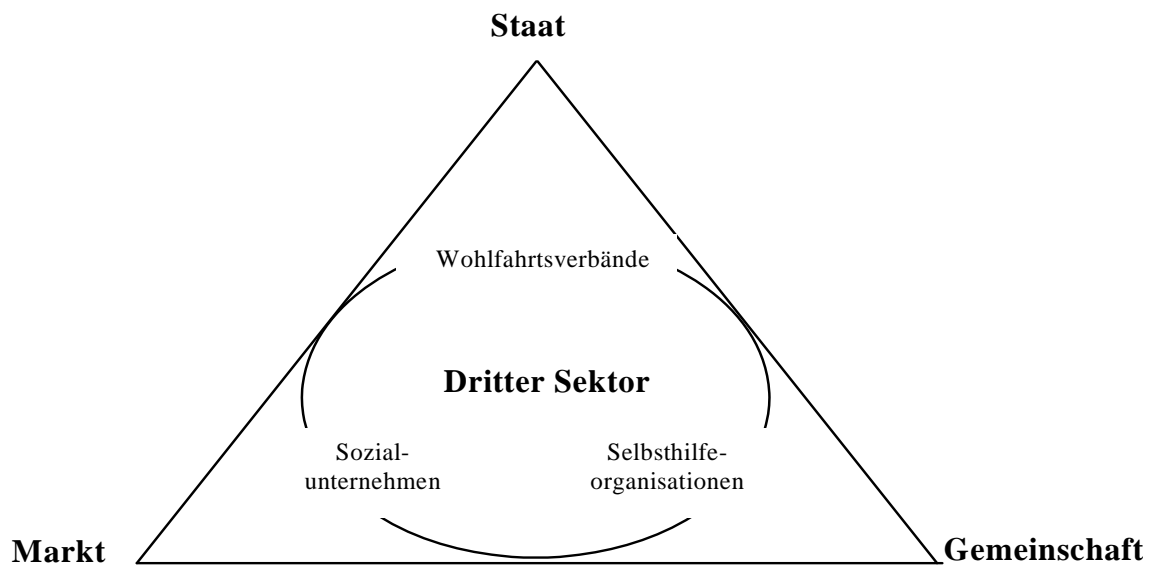
einerseits mitgestalten, die ihnen aber andererseits auch Anpassungszwänge auferlegen.“ (Bode 2007b: 1)

Governance-Regimes, unter denen Dritt-Sektor-Organisationen agieren, sind zentrale Einflussgrößen dieser Entwicklung. Aber darüber hinaus ergeben sich Gestaltungsspielräume für die Ausgestaltung der Organisationen, die eine gewisse Unabhängigkeit von vorherrschenden Regimes ermöglichen.

2.3.2 Organisationen des Dritten Sektors als Intermediäre

Mit der Konzeptualisierung des Dritten Sektors als intermediären Bereich hat Evers (1990) die Bedeutung der Verbindung von Organisationen mit ihrer Umwelt zum zentralen Schlüssel für ein Verständnis des Dritten Sektors gemacht. Auch nach diesem Ansatz sind Organisationen des Dritten Sektors weder eindeutig Staat noch Markt noch der Gemeinschaft zuzuordnen. Dabei nimmt Evers einen Perspektivwechsel vor: Der Dritte Sektor ist nicht nach dem Ausschlussprinzip von Staat, Markt und Gemeinschaft zu definieren, sondern er beinhaltet zugleich Elemente von Staat, Markt und Gemeinschaft: Er ist eine intermediäre Figur. Intermediarität ist mithin dadurch gekennzeichnet, dass die betreffenden Organisationen „gewissermaßen kolonialisiert und assimiliert werden [...] – an etatistische oder wirtschaftliche Nutzenkalküle“ (Evers 2004: 1). Sie können auch verstärkt auf Handlungslogiken basieren, die typisch für Gemeinschaften sind, auf persönliche Bindungen und gemeinsame Wertvorstellungen orientiert sein und ihre wohlfahrtsschaffenden Aktivitäten verstärkt nach innen und weniger nach außen richten.

Die verschiedenen Orientierungsmöglichkeiten von Organisationen des Dritten Sektors hat Evers im „Wohlfahrtsdreieck“ (*Welfare Triangle*) schematisch veranschaulicht (vgl. Abb. 1). Zur Illustrierung ist in der unten gewählten Darstellung die Triangel ergänzt um drei exemplarische Organisationen des Dritten Sektors. Diese Organisationen stehen für unterschiedliche Orientierung: (a) Selbsthilfeorganisationen für eine Nähe zum Gemeinschaftsprinzip, (b) die großen Wohlfahrtsverbände für die Tendenz durch Allianzen mit dem Staat staatliche Handlungslogiken zu übernehmen und (c) Sozialunternehmen, für die Orientierung auf Wettbewerbsbedingungen.

Abbildung 1: Der Dritte Sektor als intermediärer Bereich

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Evers (1990).

Die Unterschiede zwischen einer sektoralen und einer intermediären Betrachtungsweise des Dritten Sektors sind in Tabelle 6 zusammengefasst. Die Betonung des Pluralismus und der Intermediarität als Merkmal von Organisationen des Dritten Sektors hat sich insbesondere im europäischen Zweig der Dritt-Sektor Forschung durchgesetzt. Der Ansatz hebt die Einbettung von Organisationen des Dritten Sektors in staatlichen und marktlichen (Wohlfahrts-) Arrangements hervor und erklärt das Handeln und die Gestalt von Organisationen des Dritten Sektors in einer historisch-dynamischen Perspektive sich wandelnder Umwelten. Der sektorale Ansatz ist vor allem in der Tradition der US-amerikanischen Forschung verwurzelt. Hier wird der Dritte Sektor als distinkter, unabhängiger Sektor konzipiert. Zentrales Charakteristikum des sektoralen Ansatzes ist, dass er Organisationen des Dritten Sektors als eine Alternative gegenüber staatlichen Organisationen und privat-gewerblichen Organisationen darstellt (Backhaus-Maul/Mutz 2005; Borgaza/Defourny 2001; Evers/Laville 2004: 11ff.; Salamon/Anheier 1992).

Bei der Gegenüberstellung ist zu bedenken, dass die beiden Konzepte zwar von unterschiedlichen Voraussetzungen ausgehen, sich aber nicht notwendigerweise widersprechen müssen. Vielmehr können Sie als für verschiedene Fragestellungen unterschiedlich geeignet gelten. Zur empirischen Bestimmung der Größe des Dritten Sektors wäre eine zwar vereinfachende, aber dementsprechend eben auch einfacher umsetzbare Herangehensweise, jene Organisationen zu erfassen, die dem Gewinnausschüttungsverbot unterliegen. Zur Analyse der Entwicklung von Organisationen des Dritten Sektors zwischen

Staat, Markt und Gemeinschaft ist es wiederum sinnvoll, diesen unter dem Konzept der Intermediären Organisation zu betrachten.

Tabelle 6: Die Ansätze Nonprofit Sektor und Intermediärer Bereich

	Nonprofit Sektor	Intermediärer Bereich
Abgrenzungsprinzip	Gemeinsame Kriterien von Organisationen, abgeleitet vom Charakter der Assoziation	Doppelcharakter: Idealtypus Assoziation Mischform aus Staat, Markt, Gemeinschaft
Empirisches Abgrenzungsmerkmal	Gewinnausschüttungsverbot	Nicht Staat, nicht Markt, nicht Gemeinschaft
Grenzziehung	Nur formale Organisationen	Auch informelle Organisationen
Ansatz	klassifikatorisch	analytisch
Zentrale Fragen	Wie wirken Umweltbedingungen auf Struktur und Größe des Nonprofit Sektors? Existenz, Entwicklung, und Leistungen von Nonprofit Organisationen? Unterschiede des Nonprofit-Sektors zu For-profit Organisationen und Organisationen des Staatssektors?	Welche Entwicklungsmöglichkeiten haben intermediäre Organisationen unter gegebenen externen Bedingungen und durch interne Governance?
Zentraler Fokus	Institutionelle Strukturen	Handlungsalternativen

Quelle: Eigene Darstellung.

An beiden vorgestellten Ansätzen ist zu kritisieren, dass das Verhältnis von Drittem Sektor und Zivilgesellschaft nicht ausreichend greifbar wird. Beim sektoralen Ansatz besteht die oben angesprochene Gefahr der Vereinfachung, dass Nonprofit-Organisationen per se als zivilgesellschaftliche Organisationen aufgefasst werden. Im Konzept des intermediären Bereichs wiederum wird nicht klar herausgearbeitet, wie der Zusammenhang von Zivilgesellschaft und Organisationen des Dritten Sektors überhaupt gestaltet ist. Gleichfalls wird im Zusammenhang mit dem intermediären Bereich das Ideal der bürgerschaftlichen Assoziation eingeführt, aber eine Gleichsetzung wird vermieden. Zwar wird damit deutlich, dass Zivilgesellschaft nicht einem Sektor vorbehalten ist, sondern auch Akteure außerhalb von Dritt-Sektor-Organisationen einen Beitrag zur Zivilgesellschaft leisten können. Allerdings spiegelt sich dies im Wohlfahrtsdreieck nicht wieder. Zivilgesellschaft als „Ordnungsprinzip von Gesellschaft“ scheint gleichsam in der Mitte der Triangel angesiedelt. Da sich Organisationen des Dritten Sektors und „Zivilgesellschaft“ nun aber die Mitte der Triangel teilen, bleibt die Frage offen,

was Zivilgesellschaft ist, und wo sie gegenüber dem Dritten Sektor zu verorten ist. Erst mit dem Konzept der Hybriden Organisation stellt Evers die Dimension der Zivilgesellschaft gleichberechtigt als Analysekategorie zur Beschreibung des Handelns von Organisationen des Dritten Sektors neben die Dimensionen Markt und Staat. Bevor dieses Konzept vorgestellt wird, soll im nächsten Abschnitt der Begriff der Zivilgesellschaft, wie er in dieser Arbeit und in Bezug auf hybride Organisationsstrukturen verwendet wird, näher bestimmt werden.

2.4 Zivilgesellschaft als Ordnungsprinzip und als Ressource der Gesellschaft

Auch eine Konzeptionierung von „Zivilgesellschaft“ bringt Schwierigkeiten mit sich, denn „Zivilgesellschaft, so wird immer beklagt, sei ein höchst unscharfer und zudem stark normativ aufgeladener Begriff“ (Gosewinkel/Rucht 2004: 29). In den vorangegangenen Abschnitten wurde bereits eine Schärfung des Begriffs vorgenommen. Zivilgesellschaft wurde mit den Idealen der assoziativen Beziehungen zwischen Akteuren und als gesellschaftlicher Teilbereich der über die Ressource der „abstrakten Anerkennung des Anderen“ integriert wird, charakterisiert. Zudem wurde hervorgehoben, dass Zivilgesellschaft nicht einem bestimmten Sektor von Gesellschaft vorbehalten ist, sondern vielmehr Assoziationsbeziehungen in und zwischen staatlichen Institutionen, Unternehmen und Organisationen des Dritten Sektors vorzufinden sind.

An diese Überlegungen anknüpfend erscheint es sinnvoll, Zivilgesellschaft in dieser Arbeit zweidimensional zu verwenden. Demnach umfasst Zivilgesellschaft zum einen

- die *Zivilität des Dialogs* im Umgang mit gesellschaftlichen Themen und Problemen, der zu ihrer Bearbeitung beiträgt (normativ-abstrakte Dimension), und zum anderen
- die *Ausbildung zivilgesellschaftlicher Ressourcen*. Hierunter werden Ressourcen bzw. die sie tragenden Akteure gemeint, die weder über rein geschäftsmäßige noch über rein staatlich-hierarchische Mechanismen an einer Sache beteiligt sind.

Die normativ-abstrakte Fassung der Zivilität des Dialogs ist angelehnt an den Habermasschen Zivilgesellschaftsbegriff. Zivilgesellschaft ist eine Vergesellschaftungssphäre neben Staat und Markt. Sie ist gekennzeichnet durch eine Öffentlichkeit, die sich durch eine „herrschaftsfreie Kommunikation“ auszeichnet. Zivilgesellschaft verteidigt in dieser normativen Dimension Werte wie Solidarität, Gegenseitigkeit und Gerechtigkeit gegenüber Marktlogiken wie Effizienz, Profit und Konkurrenz und sie steht in Abgrenzung zur „Privatheit“ der Familie und individuellen Interessen. Sie kennzeichnet

einen Ort, der das „Allgemeinwohl“ repräsentiert (Sauer 2001: 5). Zivilgesellschaft muss hier nicht mit einer dauerhaft institutionalisierten Organisation einhergehen. „Zivilgesellschaft steht mithin für eine offene kommunikative Auseinandersetzung mit Belangen des Gemeinwesens. [...] Das ihr zugrunde liegende assoziative Handeln ist in der Regel spontan, ungeplant, abstimmungslastig und sachlich wie zeitlich offen“ (Bode 2007b: 4). Zivilität des Dialogs kann sich beispielsweise im Feld der Heimversorgung alter Menschen in gesellschaftlichen Diskursen entfalten, in denen eine Verständigung darüber gesucht wird, wie wir bei Pflegebedürftigkeit leben wollen und was ein humanes Heim auszeichnet. Derlei Diskurse können auch auf der Ebene einer konkreten Heimorganisation ansetzen, im Rahmen eines Dialogs zwischen Bewohnern, Angehörigen, Personal, Nachbarn und anderen möglichen Akteuren. Die (vorläufigen) Ergebnisse solcher Diskurse wiederum können anhand der Analyse von Leitbildern und Praktiken der Erbringung und des Zuschnitts sozialer Dienste zugänglich gemacht werden. Eine besondere Rolle im Rahmen solcher Dialoge nehmen die an einer Dienstleistung beteiligten Professionen ein. Ihre Vertreter sind zum einen zentrale treibende Akteure im Hinblick auf die Bestimmung einer Ethik professionellen Handelns und der Entwicklung und Ausgestaltung von Diensten. Darüber hinaus können sie aber auch eine wichtige Brückenfunktion einnehmen, indem sie mit ihrer Umwelt in einen Dialog treten, was professionelles Handeln auszeichnen soll.

Der zweite, pragmatische, ressourcen- und akteursbezogene Zugang bestimmt Zivilgesellschaft als einen Raum, der gebildet wird durch Akteure, die sich für eine Sache freiwillig engagieren, und die Ressourcen, die im Rahmen dieses Engagements entfaltet werden. Dieses Begriffsverständnis hat eine gewisse Nähe zur Diskussion um das freiwillige, oft auch bürgerschaftlich bezeichnete Engagement.

„Bürgerschaftliches Engagement dient inzwischen als Oberbegriff einer sehr komplexen Debatte, die sich mit den Formen der direkten sowie unmittelbaren Teilnahme von Bürgern und Bürgerinnen an öffentlichen Belangen auseinandersetzt.“ (Zimmer 2000: 2)

Nach der Enquete Kommission „Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements“ sind wesentliche Elemente von Bürgerengagement wie folgt: (a) Es ist im öffentlichen Raum angesiedelt. Es ist daher abzugrenzen von informellen, durch private Bindungen getragene Engagementformen und ein Dialog durch Öffentlichkeit ist gewährleistet. Weitere Kennzeichen sind (b) die Freiwilligkeit der Ausübung des Engagements, und (c) seine

Selbstorganisation und Selbstbestimmtheit (Enquete Engagement 2002: 24, 32). Bürgerschaftliches Engagement ist hier ein Sammelbegriff für eine Vielfalt von Formen, Aktivitäten und Organisationen des Engagements in der Gesellschaft. Indem sich dieser Zugang auf einzelne Ressourcen oder Akteure bezieht, grenzt er sich davon ab, eine Organisation per se als der Zivilgesellschaft zugehörig zu fassen, wenn diese z.B. Spenden und freiwillige Mitarbeit integriert. Vielmehr sind hier einzelne Elemente der Organisation zivilgesellschaftlich. Engagement findet auch außerhalb von Organisationen des Dritten Sektors statt.

„Engagiert man sich in Dritt-Sektor-Organisationen, so ist man bürgerschaftlich aktiv. Der Umkehrschluß trifft allerdings nicht zu. Bürgerschaftliches Engagement ist weiter gefaßt als Dritte Sektor Aktivitäten. So zählen die verschiedenen Formen direkter Demokratie, wie man sie zunehmend auf lokaler Ebene vorfindet, ebenso wenig zu den Dritte-Sektor-Aktivitäten wie die unbezahlte Mitarbeit in öffentlichen Einrichtungen oder die klassischen ehrenamtlichen Tätigkeiten im Staatsdienst oder bei der Verwaltung, wie etwa die Schöffentätigkeit.“ (Zimmer 2000: 4)

Engagement ist eng an Aspekte wie „Gemeinwohl“ und „Gemeinnützigkeit“ geknüpft. So gibt es bislang keine Hinweise, dass ein solches Engagement sich in größerem Ausmaß auch im Rahmen kommerzieller Unternehmen entwickelt wird. „Eine kommerzielle Organisation kann zwar Vertrauenskapital erwerben und nutzen, aber sie wird z.B. kaum auf Spenden und freiwillige Mitarbeit zählen können“ (Evers/Rauch/Stitz 2002: 28).

Obwohl der Begriff des Bürgerengagements vielfältige Formen inkludiert, wird er umgangssprachlich häufig als Ersatzbegriff für das „Ehrenamt“ einzelner Personen übernommen. Damit wäre eine Organisation insoweit „zivilgesellschaftlich“, wie es ihr gelingt, Ehrenamtliche für die Mitarbeit zu gewinnen. Von einer solchen Engführung distanziert sich die vorliegende Arbeit; Engagement drückt sich nicht nur in ehrenamtlicher Mitarbeit aus, sondern auch in Form von Spenden und Sponsoring oder in Form der Mitgliedschaft in einem Verein oder einer Bürgerinitiative oder eines Dialogs über Erwartungen und mögliche Perspektiven (gemeinsamen) Handelns. Auch Partnerschaften zwischen Organisationen können einen Raum für Engagement darstellen, sei es in Form eines Dialogs, oder durch einen Transfer von spezifischen Ressourcen wie Zeit, Geld oder Raum.

Um der Distanz zu einem zu eng gefassten Engagementbegriff auch in der Sprachwahl Ausdruck zu geben, wird hier von „zivilgesellschaftlichen Ressourcen“ oder von „Engagement“ ohne das Beiwort des „Bürgerschaftlichen“ gesprochen. Aus der Sicht von Organisationen, die solche zivilgesellschaftlichen Ressourcen einbeziehen, haben diese Ressourcen den Charakter eines „sozialen Kapitals“. Der Begriff des Sozialkapitals wurde in den vergangenen Jahren durch verschiedene ForscherInnen in verschiedenen Disziplinen konzeptionalisiert (für einen Überblick siehe Jans 2003). Er wird in dieser Arbeit weniger im Hinblick auf die feinen Unterschiede der verschiedenen theoretisch-konzeptionellen Sozialkapitalkonzepte positioniert, sondern soziales Kapital steht vielmehr als Sammelbegriff für die verschiedenartigen Beiträge, die im „zivilgesellschaftlichen Raum“ und im „gemeinschaftlichen Raum“ gewonnen werden. Der Begriff des Sozialkapitals steht als Metapher für die Bedeutung sozialer Beziehungen für die Handlungen individueller und kollektiver Akteure (Jans 2003: 3). In sozialen Beziehungen und Netzwerken können sich neue Potentiale, eine Erweiterung der Handlungsspielräume und Ressourcen der Beteiligten auf Basis des gegenseitigen Vertrauens der Akteure entfalten. Der Begriff „Kapital“ verdeutlicht, dass hier das Soziale mit der Ökonomie verbunden wird. Verwiesen sei hier auf Granovetter, der gezeigt hat, dass sich durch eine *Einbettung in soziale Beziehungen* ökonomisches Kapital bildet (Granovetter 1973, 1985). Das Soziale Kapital eines Heims kann beispielsweise durch den Einbezug von Beiträgen von Angehörigen, eine Vernetzung des Heims mit MitbürgerInnen, die sich freiwillig im Heim engagieren, mit einem Förderverein, der Spenden für das Heim akquiriert oder den Kirchengemeinden, die gemeinsame Veranstaltungen zusammen mit dem Heim organisieren, aufgebaut werden. Beispiele für (weitere) mögliche Partner von Heimeinrichtungen sind in der folgenden Tabelle 7 aufgeführt.

Tabelle 7: Soziales Kapital

Mögliche Partner zur Bildung von sozialem Kapital in Heimen	
- BewohnerInnen	- Vereine und Gruppen
- Nachbarschaft	- Kirchengemeinden
- Angehörige	- andere soziale Einrichtungen
- Freiwillige	- Stiftungen
- Heim-/Angehörigenbeirat	- privatwirtschaftliche Unternehmen
- Förder-/Trägerverein	

Quelle: Eigene Darstellung.

Mit beiden Dimensionen des Zivilgesellschaftsbegriffs soll die sektorale Durchlässigkeit von Zivilgesellschaft hervorgehoben werden; Zivilgesellschaft ist demnach kein Sektor, sondern ein *Ordnungsprinzip von Gesellschaft*. Ihre Entfaltung hängt von der Beteiligung von Akteuren aus verschiedenen Bereichen ab. Der Einzelne kann sich beteiligen, in dem er sich engagiert. Organisationen können „Andockstellen“ für Engagement schaffen oder durch Partnerschaften mit anderen Organisationen Ressourcen entwickeln. Gleichsam können sich auch Unternehmen engagieren und nicht zuletzt kann der Staat Räume für die Mitgestaltung und Mitbestimmung öffnen (Klie/Roß 2005: 32).

Was kennzeichnet also das Verhältnis von Zivilgesellschaft und Organisationen des Dritten Sektors? Bode (2007b) findet hierauf eine schlüssige Antwort:

„Dementsprechend könnte man das Verhältnis zwischen gemeinnützig-demokratisch verfassten Organisationen und den für sie relevanten zivilgesellschaftlichen Handlungszusammenhängen abstrakt als eine Konfiguration fassen, in der erstere Impulse aus letzteren verarbeiten müssen, um zivilgesellschaftlich verankert zu bleiben.“ (Ebd.: 5)

Allerdings bedarf der bislang vorgestellte Zivilgesellschaftsbegriff noch einer wesentlichen Erweiterung. Nach Gosewinkel und Rucht (2003: 30) ist es sinnvoll, im Hinblick auf eine Operationalisierung des Begriffs der Zivilgesellschaft zu berücksichtigen, dass das „normativ allzu glatte Verständnis von Zivilgesellschaft als einer guten, friedlichen und solidarischen Gesellschaft“ zu überwinden und „von einem platten Lobgesang auf Gemeinschaftlichkeit bzw. soziales Kapital“ abzusehen ist. Die Autoren empfehlen, „sich Aspekten der Zivilgesellschaft in empirischer Hinsicht zuzuwenden [...] so kommen ihre Unvollkommenheit, ihre Fragilität, ihre Dissonanzen und ihre Ambivalenzen in den Blick.“ Gosewinkel und Rucht stellen hier die „Historisierung von Zivilgesellschaft“ in den Vordergrund, um dem Umstand Rechnung zu tragen,

„...dass die sich wandelnden semantischen Gehalte dieser Begriffe [Bürger- bzw. Zivilgesellschaft, K.H.] ein Ausdruck jeweils spezifischer historischer Problemkonstellationen sind. Der Begriff Zivilgesellschaft birgt demnach eine Reihe semantischer Ablagerungen in sich, die sich nicht einfach ignorieren lassen, um dann zu einem vermeintlichen begrifflichen „Kern“ vorzudringen oder die Debatte unter Verweis auf eine ahistorische Nominaldefinition kurzerhand zu beenden. Die Konsequenz besteht vielmehr darin, die gegenwartsbezogene Rede von Zivilgesell-

schaft in ihrer zeitlichen Bedingtheit zu reflektieren und nicht relativ beliebig auf diese oder jene historischen Bedeutungsgehalte von Zivilgesellschaft zu rekurrieren, um einen der Gegenwart angemessenen Begriff von Zivilgesellschaft zu entwickeln.“ (Gosewinkel/Rucht 2003: 30)

Es geht damit nicht darum, einen analytisch-idealtypischen Ansatz von Zivilgesellschaft zu verfolgen und empirische Beobachtungen in dieses Konzept einzupassen, sondern die Verortung und Bedeutung von Zivilgesellschaft ist in ihrer dritten Dimension, in einem historisch-diskursiven Ansatz erst zu erschließen und auch auf Unterschiede zu analytisch-idealtypischen Ansätzen hin zu betrachten. Eine solche Historisierung wird in dieser Arbeit für den Gegenstandsbereich der Heimversorgung alter Menschen vorgenommen. Zivilgesellschaft wird damit zum „relationalen Konzept“, insofern eine historische Analyse und sozialwissenschaftliche Konzepte miteinander abgeglichen werden, mit noch offenem Ausgang bezüglich der Beschaffenheit von Zivilgesellschaft im hier gewählten Gegenstandsbereich (vgl. Evers 2010; Gosewinkel/Rucht 2003).

2.5 Hybride Organisationen

Im Folgenden soll in die Idee und das Konzept „Hybride Organisation“ eingeführt werden, wie es Evers, Rauch und Stitz (2002) entwickelt haben. Das Konzept dient als wesentliche Grundlage für eine eigene Analyse hybrider Organisationsstrukturen in Heimen. Die in den vorangehenden Abschnitten vorgestellten Begrifflichkeiten und Überlegungen – Wohlfahrtspluralismus, Governance, Dritter Sektor und ein mehrdimensionaler Zivilgesellschaftsbegriff – werden hier bezüglich ihrer Wirkungen auf der Ebene von Organisationen der Dienstleistungsproduktion angewandt. Ergänzungen und Erweiterungen des Konzepts im Hinblick auf seine Anwendung in der vorliegenden Arbeit werden gemäß den vorangegangenen Überlegungen einbezogen und anschließend, im Abschnitt 2.6, zusammenfassend dargestellt.

2.5.1 Wohlfahrtspluralismus auf der Ebene von Organisationen

Ziel der Arbeit ist es, die Funktionsfähigkeit von wohlfahrtspluralistischen, hybriden Arrangements im Bereich der Heimversorgung alter Menschen zu beschreiben und zu analysieren. Dabei wird ein Schwerpunkt auf zivilgesellschaftliche Ressourcen gelegt, da diesen in den letzten Jahren ein großes Potenzial zugeschrieben wird: Eine Verbesserung der Situation in den Heimen soll durch ihre zivilgesellschaftliche Einbettung möglich sein.

Fasst man die bisherigen Überlegungen zu wohlfahrtspluralistischen Mixturen im Hinblick auf dieses Ziel zusammen, so können zwei „Fassungen“ auf der Ebene von Organisationen unterschieden werden. Wohlfahrtsmixturen können arrangiert werden:

- durch *verschiedene Organisationen/Akteure* in einem Dienstleistungsbereich, also von öffentlichen Einrichtungen, privat-gewinnorientierten (bzw. For-profit) Organisationen und privat-gemeinnützigen (bzw. Nonprofit-) Organisationen und dem informellen Sektor, oder aber
- innerhalb einer Organisation, welche dann als *hybride Organisation* bezeichnet werden kann, da sie zwischen den Sphären Staat, Markt, Zivilgesellschaft und Gemeinschaft operiert bzw. die mit den Sphären verbundenen verschiedenartigen Handlungslogiken innerhalb der Organisation „austariert“.

Die beiden Konzeptualisierungen von Mixturen divergieren in der Frage von inter- oder intraorganisatorischen Mixturen. Es wurde diskutiert, dass über einer Zuordnung von einzelnen Akteuren oder Organisationen zu einem Sektor keine Auskunft darüber möglich ist, welche tatsächliche Bedeutung den Institutionen Staat, Markt, Zivilgesellschaft und Gemeinschaft bei der Erbringung sozialer Dienste zukommt. Dies gilt in besonderem Maße für Organisationen des Dritten Sektors, da sie weniger eindeutig in Bezug auf einen bestimmten Sektor definiert werden können. Gleichzeitig weisen sie in besonderer Weise Bezugspunkte zur Sphäre der Zivilgesellschaft und einer gemeinschaftsbezogenen Selbstorganisation auf, was sie für die Untersuchung des „zivilgesellschaftlichen Gehalts“ von wohlfahrtspluralistischen Arrangements interessant macht.

In Hinblick auf die Fragestellung ist eine Begrenzung des Fokus auf interorganisatorische Mixturen nicht geeignet. Dies gilt nicht nur vor dem Hintergrund der genannten Kritik an einer theoretischen Schwäche von Sektorenmodellen. Vielmehr ist in der Praxis der Erbringung sozialer Dienste ein zunehmendes Interesse an der Frage zu beobachten, wie die verschiedenen Akteure und Ressourcen sinnvoll aufeinander bezogen werden können und sich gegenseitig stützen können – es geht immer mehr um Fragen der Verschränkung und der Verknüpfung. Gedacht sei hier an die mittlerweile breit geführte Diskussion um die fehlende Passfähigkeit von Angeboten ambulanter Pflegedienste in der privaten Häuslichkeit. Während bis vor wenigen Jahren der Ansatz dominierte, „Pflege durch Angehörige“ versus „Pflege durch Dienste“ zu diskutieren, wird heute die Qualität von häuslichen *Pflegearrangements* dahingehend bewertet, ob es gelingen kann, durch professionelle Dienstleistungsangebote pflegende Angehörige

zu entlasten und zu unterstützen. Als notwendige Bedingungen für ein Ineinandergreifen von Diensten und Angehörigen werden die Dialogorientierung und Kooperationsfähigkeiten beider Seiten gesehen. Damit erweitert sich der Bezugspunkt professionellen Handelns – es bezieht sich nicht mehr alleine auf den zu Pflegenden, sondern wird Teil eines hybriden Pflegearrangements (vgl. Röber 2005).

Ein zentrales Argument für die Überlappung verschiedener idealtypischer Rationalitäten innerhalb von formal definierten Organisationseinheiten hält die in der Literatur beschriebene Tendenz einer gemischten Governance von sozialen Diensten bereit. Anbieter sozialer Dienste agieren im Rahmen verschiedener Steuerungsimpulse; sie werden angesprochen, sowohl auf Grundlage staatlicher Vorgaben, als auch unter Wettbewerbsbedingungen zu agieren. Andere Steuerungsimpulse mögen auf eine zivilgesellschaftliche und gemeinschaftsorientierte Verankerung von Diensten abzielen.

Hybride Organisationsgebilde können also als Ergebnis wohlfahrtspluralistisch orientierter Governance-Konzepte entstehen; es sind Organisationen, welche die verschiedene Logiken staatlicher, marktlicher und solidaritätsgeprägter Ökonomie in ihr Handeln einbeziehen. Die Ebene der Anbieterorganisationen von Diensten wiederum ist als Ebene für eine Analyse wohlfahrtspluralistischer Arrangements besonders attraktiv, da hier ihre Bedingungen und ihre Funktionsweise „auf verdichtetem Raum“ analysiert werden können.

2.5.2 Hybride Organisationen als Integrationsfiguren der Sphären Staat, Markt und Zivilgesellschaft

Hybriditätskonzepte berücksichtigen konzeptionell die Vermischung und die empirische Nichtgreifbarkeit der eindeutigen Zuordnung der Handlungslogiken von Staat, Markt und Zivilgesellschaft zu Organisationsentitäten (vgl. Evers/Rauch/Stitz 2002; Evers 2005a; Evers/Hämel 2007; Brandsen/Van de Donk/Putters 2005).

„Hybridity refers to heterogeneous arrangements, characterized by mixtures of pure and incongruous origins, (ideal) types, ‚cultures‘, ‚coordination mechanisms‘, ‚rationalities‘ or ‚action logics‘.“ (Brandsen/Van de Donk/Putters 2005: 750)

Die Idee der Hybridität radikalisiert quasi den Ansatz des Intermediären als Kennzeichen von Organisationen des Dritten Sektors, indem weniger die (passive) Verortung von Organisationen in einem intermediären Bezugsrahmen von Interesse ist, sondern vielmehr die Potenziale einer aktiven Ausrichtung von Organisationen durch

den Einbezug der spezifischen Ressourcen der Sektoren (Schulz/Stein 2007: 4). Statt bei der Frage anzusetzen, wie viel von der vermeintlich „eigenen Identität“ einer Organisation des Dritten Sektors angesichts von Anpassungsprozessen an normative und regulatorischer Vorgaben „übrig bleibt“¹, argumentiert der Ansatz der Hybriden Organisation positiv: Anpassungen an die Umwelt – die vielleicht hybrider und vielgestaltiger ist – können Organisationen auch eine Stabilisierung geben. Es geht also nicht um einen potentiellen Identitätsverlust, sondern um ein Annehmen und Umgehen mit externen Umwelten (vgl. Bode 1999: 10ff.).

Evers, Rauch und Stitz (2002) haben das Konzept der Hybriden Organisation als Versuch umschrieben, theoretisch die empirischen Entwicklungen, die sie in einer Studie zu aktuellen Entwicklungen in den Bereichen Schule, Kultur und Sport sowie Altenhilfe und -pflege beobachtet haben, zu fassen. Die untersuchten Dienstleistungsorganisationen integrierten gleichzeitig (a) Beiträge von Kommunen, Sozialversicherungen und anderen öffentlichen Stellen, (b) marktbezogene und unternehmerische Elemente sowie (c) Engagement über lokale Partnerschaften und Netzwerke. Eine solche Hybridität kann als besondere Stärke (Evers/Rauch/Stitz 2002) von sozialen Dienstleistungsorganisationen gelten oder vielleicht sogar ein wesentliches Charakteristikum dieser Organisationen gesehen werden (Branden 2005). Eine hybride Struktur bleibt nicht den Organisationen des dritten Sektors vorbehalten, sie ist ebenso in öffentlichen Einrichtungen zu beobachten (Evers/Rauch/Stitz 2002).

Evers, Rauch und Stitz (2002) unterscheiden in ihrem Konzept Hybrider Organisation drei Dimensionen der Hybridisierung. Konstitutiv für den hybriden Charakter von Diensten und Einrichtungen sind danach ein Mix von *Ressourcen* (vgl. Abb. 2), die Gleichzeitigkeit verschiedener *Ziele* (vgl. Abb. 3) und die Gestaltung des Angebots entlang verschiedener *Steuerungsmechanismen* (vgl. Abb. 4) bezogen auf die Sphären Staat, Markt und Zivilgesellschaft.

Ressourcen von Seiten der öffentlichen Hand sind allgemeine Zuweisungen im Rahmen des Gemeinnützigkeitsrechts, spezielle Förderungen über staatlich finanzierte Sonderprogramme, beispielsweise über die Teilnahme an Modellprogrammen, sowie Mittel aus ressourcenwirksamen Regulativen wie Leistungsvergütungen oder Objektförderungen für die Erbringung von Diensten im Rahmen der Sozialgesetzgebung. In Markt-

¹ Siehe v.a. DiMaggio und Powell (1991) zum Isomorphismus zwischen Organisationen und ihren Umwelten.

beziehungen werden Ressourcen über den Kauf und Verkauf von Dienstleistungen gewonnen. Das soziale Kapital der Organisationen setzt sich, wie im vorigen Abschnitt beschrieben, aus unterschiedlichen, meist nicht monetären Ressourcen zusammen. Die Autoren haben

„...unter dem Dachbegriff des sozialen Kapitals all jene Elemente einer Bürgergesellschaft gefasst [...], die sich für die von uns betrachteten Organisationen im öffentlichen Bereich als unterstützendes Potential und Ressource fassen lassen“ (ebd.: 26).

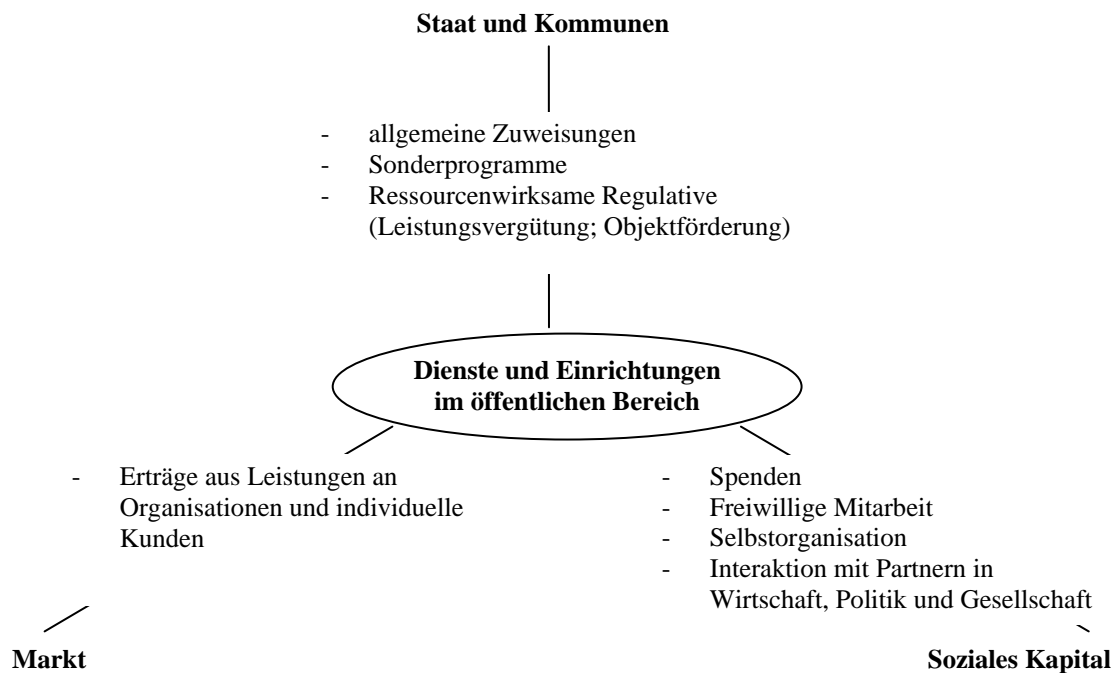
Sozialkapital kann sich beispielsweise bei einem Krankenverein in folgenden Ressourcen manifestieren (ebd.: 177f.):

- eine relativ breite Mitgliederbasis des Vereins,
- das ehrenamtliche Engagement im Rahmen der Tätigkeit des Vereins, durch das zusätzliche, über die Pflegekassen nicht refinanzierbare Fahr-, Begleit- und Besuchsdienste angeboten werden können,
- die Spendenbereitschaft von BürgerInnen und ortsansässigen Firmen und
- die Mitwirkung von Persönlichkeiten der Gemeinde im Vorstand des Vereins, wie dem Hausarzt, dem Gemeindepfarrer und dem Bürgermeister.

Evers, Rauch und Stitz (2002) zeigten auf, dass durch die (Attraktivität) der niedrigschwelligen Angebote und die Einbettung in lokale Strukturen das Vertrauen in die Arbeit des Krankenpflegevereins und die Akzeptanz seiner Angebote erhöht werden (177f.).

In Abbildung 2 sind die möglichen Ressourcen von Diensten und Einrichtungen zusammenfassend dargestellt.

Abbildung 2: Mögliche Ressourcen von Diensten und Einrichtungen im öffentlichen Bereich

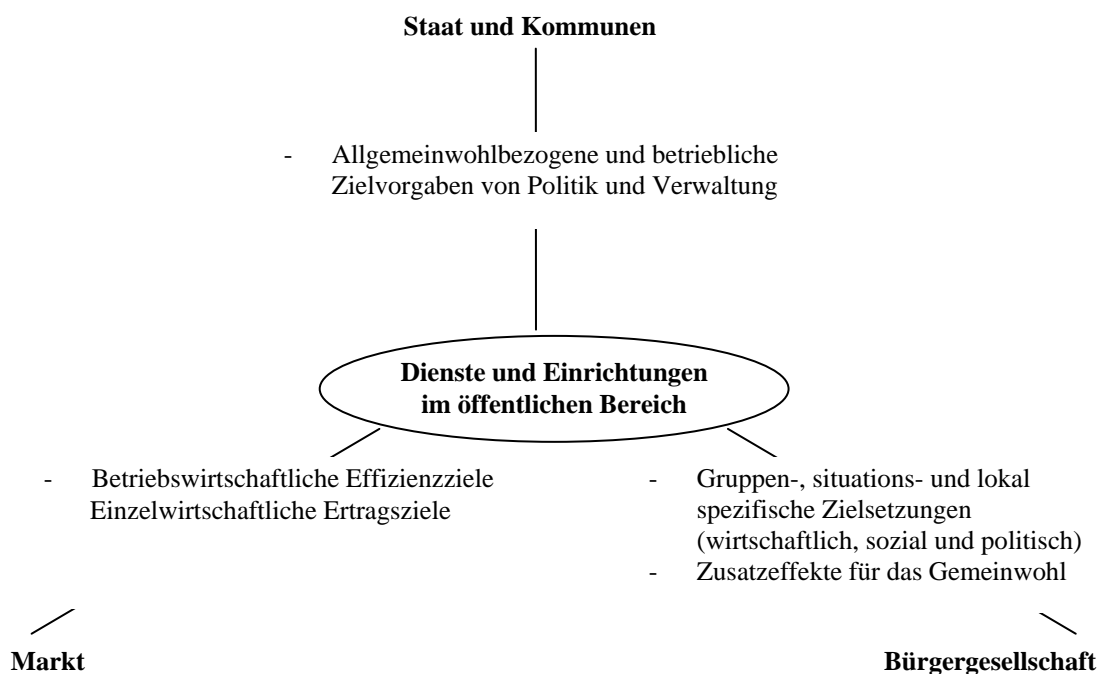


Quelle: Evers/Rauch/Stitz 2002: 28.

Während im Konzept des Wohlfahrtspluralismus die Sphäre Gemeinschaft aufgrund ihrer besonderen Koordinationsform und ihrer Bedeutung einzeln gestellt wird (vgl. Kap. 2.1), wird diese im Modell der Hybriden Organisation unter den Begriff des „sozialen Kapitals“ subsumiert. Dies führt zu einer gewissen Unschärfe des Hybriditätskonzepts, wenngleich eine enge Verbindung zwischen zivilgesellschaftlichen und gemeinschaftlichen Beiträgen bestehen mag. Um die analytisch bestimmten Unterschiede zwischen den Sphären Zivilgesellschaft und Gemeinschaft jedoch nicht zu nivellieren, ist eine einzelne Diskussion beider Bereiche sinnvoll. Bei der Anwendung des Konzepts für die Heime in der vorliegenden Arbeit (Kap. 3-5) wird der Bereich Gemeinschaft eigenständig betrachtet werden. Angesichts der Schnittmengen wird eine Vereinfachung vorgenommen: Gemeinschaft wird, pragmatisch betrachtet, alles umfassen, was mit Angehörigen und persönlichen Netzwerken der BewohnerInnen von Heimen in Zusammenhang steht, da diese „informellen Arrangements“ das zentrale Interesse an der Gemeinschaft in wohlfahrtspluralistischen Konzepten ausmachen. Andere Gemeinschaften werden dagegen ausgeblendet. Es wird sich zeigen, inwiefern in den Heimen Angehörige und andere persönliche Netzwerke der BewohnerInnen anders als „zivilgesellschaftliche“ Akteure adressiert und eingebunden werden.

Die zweite Dimension der Hybridisierung betrifft die *Ziele* der Organisation (Abb. 3). Ziele in der Sphäre des Marktes sind betriebswirtschaftliche Effizienz und das Erwirtschaften von Überschüssen, mit denen Handlungsoptionen des Unternehmens gewährleistet werden. Eine andere Zielebene ist die Erfüllung von Anforderungen, die seitens des Staats an die Dienstleistungserbringung geknüpft werden, vor allem die Sicherung des Zugangs zum Dienstleistungsangebot für die BürgerInnen und die Einhaltung einer bestimmten Qualität. Schließlich setzen sich hybride Organisationen ein weiteres Ziel: das soziale Kapital der Einrichtung aufzubauen und zu pflegen, um dadurch weitere Handlungsspielräume für die Organisation zu eröffnen. Hier anknüpfende Zieldefinitionen werden von den Ansprüchen und Zielsetzungen der jeweiligen Partner und Netzwerke der Organisation mit geprägt; dabei geht es vor allem um die Anschlussfähigkeit der Organisation und ihres Angebots an die Wünsche und Problemlagen lokaler Akteure (Evers/Rauch/Stitz 2002: 30f.). Auch auf Ebene der Zielsysteme hybrider Organisationen erscheint es wiederum sinnvoll, das vorgeschlagene Modell zu erweitern um das (mögliche) Ziel der Ansprache und Einbindung von Angehörigen und Personen des persönlichen Netzwerks der NutzerInnen von Diensten.

Abbildung 3: Mögliche Zielbündel von Diensten und Einrichtungen im öffentlichen Bereich



Quelle: Evers/Rauch/Stitz 2002: 30.

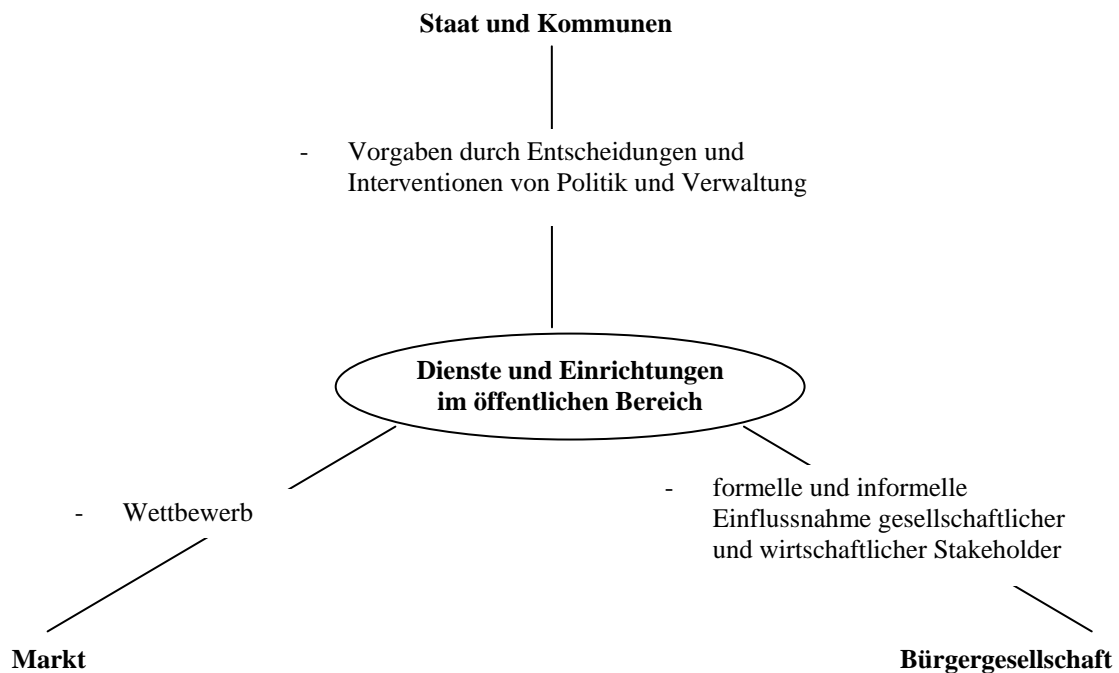
Während eine Kombination verschiedener Ressourcen im Rahmen einer Organisation zunächst relativ unproblematisch erscheint, können die mit ihrer Einbeziehung meist einhergehenden Zielvorgaben aus den unterschiedlichen Bereichen spannungsreich zueinander stehen, sich vielleicht sogar widersprechen.

„The fact that neither a state-public nor a third-sector service provider is directed by the one overarching goal of being „for profit” constitutes at the same time a chance and challenge: there is the chance to constitute a complex agenda made up by the various goals, but also the challenge to balance and to keep the diversity of goals compatible.“ (Evers 2005a: 742).

Es stellt sich die Frage nach der Integration der heterogenen Ressourcen und Zielsetzungen im Rahmen einer Organisation. Diese Integration ist im Rahmen einer gemischten Governance-Struktur zu leisten, bei der es gilt, verschiedene Steuerungsprinzipien in der Organisation auszutarieren und miteinander in Beziehung zu setzen.

Die Gleichzeitigkeit verschiedener *interner Steuerungsmechanismen*, entlang derer sich die Organisation ausrichtet, entspricht der dritten Dimension von Hybridität nach dem Modell von Evers, Rauch und Stitz (2002) (vgl. Abb. 4). Wettbewerbsmechanismen greifen für die Anbieter sozialer Dienste insofern, als dass sie um Kunden konkurrieren und hierdurch z.B. ihr Angebot gegenüber Konkurrenten differenzieren und erweitern oder nicht-profitable Angebote verwerfen. Zugleich sind mit der finanziellen Unterstützung seitens des Staates häufig eine Vorgabe von Qualitätsstandards und die Mitsprache bei der Preisgestaltung der Dienstleistung verbunden. Und schließlich nehmen gesellschaftliche und wirtschaftliche Stakeholder Einfluss auf die Entwicklung der Dienste – beispielsweise über formelle Beteiligungsgremien wie Beiräte oder über die informelle Einflussnahme von Stakeholdern. Angehörige und andere Personen des persönlichen Netzwerks von NutzerInnen könnten ggf. über die gleichen Beteiligungsgremien eingebunden werden (z.B. im Rahmen eines Fördervereins), ggf. könnten hierfür andere Steuerungsmechanismen und spezielle Beteiligungsmöglichkeiten entwickelt werden (z.B. Angehörigengremien).

Abbildung 4: Mögliche Steuerungsprinzipien und Einflussgrößen bei Diensten und Einrichtungen im öffentlichen Bereich



Quelle: Evers/Rauch/Stitz 2002: 33.

Eine Hybridisierung entlang der drei Dimensionen kann gelesen werden als Intensivierung des hybriden Charakters der betreffenden Organisationen. Werden lediglich temporär Ressourcen aus den verschiedenen gesellschaftlichen Teilbereichen aufgenommen, aber damit verbundene Ziele und Steuerungsmechanismen nicht weiter prägend für die Organisation, so ist es fraglich, ob von einer hybriden Organisation gesprochen werden kann. Ein hybrider Charakter wird erst dann zu einer relativ stabilen und dauerhaften Organisationsgrundlage werden, wenn es zu einem bewussten Ineinandergreifen der verschiedenen Teilbeiträge der Sektoren in der Organisation kommt. Die Autoren verdeutlichen dies mit einer vierten Dimension der Hybridisierung, der *Corporate Identity* einer Organisation; gemeint ist eine Organisationskultur, in der sich die Bezüge auf die verschiedenen Handlungslogiken widerspiegeln.

„The processes of hybridization with regard to resources, goals, and steering mechanisms can finally lead to search a new and different corporate identity that reflects the multiple roles and purposes of an organization.“ (Evers 2005a: 742)

Dienstleistungsorganisationen, bei denen unternehmerisches Handeln ein öffentlicher Auftrag und die Einbeziehung engagierte Partner identitätsbestimmend werden, bezeichnen die Autoren als *soziale Unternehmen*. Sozialen Unternehmen soll es besonders

gut gelingen, soziale Ziele und unternehmerisches Handeln zu verbinden (Evers/Rauch/Stitz 2002: 38f., 233f.).

Eine zentrale These zur Charakterisierung des Phänomens „Hybridität“ lautet also, dass es nicht einfach durch Aufaddierung institutioneller Rationalitäten erfasst werden kann. Dynamiken der Verschränkung der verschiedenen Elemente lassen etwas „Neues“, „Anderes“, eine „neue Identität“ entstehen (vgl. Brandsen 2004: 14; Evers 2005a: 742). Darin wird das Potenzial des Ansatzes deutlich: Die Beschreibung von Organisationen und Arrangements in Bezug auf *strukturelle Charakteristiken der abstrakte Domänen* (Sektoren) Staat, Markt, Zivilgesellschaft und Gemeinschaft wird zugunsten einer dynamischen Definition von Dienstleistungsorganisationen aufgegeben. Eine geeignete Basis, Organisationen und Arrangements zu klassifizieren ist nun, wie diese mit Bedingungen von Hybridität umgehen (Brandsen/Van de Donk/Putters 2005; Backhaus-Maul/Mutz 2005: 99). Das Handeln von Dienstleistungsorganisationen ist dann nicht determiniert durch die externe Governance eines hochgradig institutionalisierten Dienstleistungsfeldes. Es werden Möglichkeiten eines eigenständigen Organisationshandelns hervorgehoben, die für die Entwicklungsfähigkeit aber auch die Varianz von Organisationen stehen (vgl. Bode 2009: 10ff.).

2.6 Zusammenfassend: Der konzeptionelle Ansatz der vorliegenden Dissertation

Durch Anwendung der vorgestellten Konzepte können empirisch beobachtbare Vorgänge in Organisationen mit hohem analytischem Wert für die Frage nach der Funktionsweise von Wohlfahrtsmixturen abstrahiert werden. Allerdings besteht die Gefahr, den vielgestaltigen Prägungen, denen Heime unterliegen, durch die schematische Engführung in diesen analytisch-idealtypischen Ansatz nicht gerecht zu werden. Die Konzepte sind nicht historisch angelegt. Wenn man die Konzepte nicht nur mit verschiedenen empirischen Beispielen illustrieren will, sondern sie selbst anreichern möchte, dann ist eine *historische Herleitung* zu suchen. Die Sphären oder Sektoren Staat, Markt, Gemeinschaft und Zivilgesellschaft und ihre Interaktionen erhalten durch eine historische Annäherung ihren spezifischen Bedeutungsgehalt. Jede Institution, hier das Heim, hat ihr spezifisches Erbe – eine bestimmte kulturelle Prägung. Neue Ansätze werden auch auf der Grundlage von als gescheitert oder unzulänglich angesehenen Ansätzen der Vergangenheit heraus entwickelt.

Die historische Annäherung wird als Darstellung von Diskursen verlaufen. Hier geht es darum dominante Diskurse herauszuarbeiten, die Informationen über den Wandel von, und die Bezüge zwischen Zivilgesellschaft, Staat, Markt und Gemeinschaft beinhalten. Diskurse wirken für die Heime über die Produktion von Leitbildern der Heimversorgung. Mit bestimmten Diskursen werden auch ganz bestimmte Leitbilder dominant. Dabei wird „Diskurs“ hier nicht als streng theoretisch fundierter oder methodisch ausbuchstabierter Begriff verwendet. Ein „diskursorientierter“ Blick wird ausgehend von einem Diskursbegriff im alltagssprachlichem Verständnis verstanden: Diskurse sind Sprachhandlungen, Positionen aber auch Praktiken gesellschaftlicher Akteure (in Anlehnung an Wuthnow 1989; vgl. hierzu Keller 2004: 41).

Mit dem Einbezug von Diskursen in die Analyse wird auch deutlich werden, was bei der analytischen Betrachtung kaum berührt wurde: Der *professionelle Diskurs* und die Rolle der Professionen bei der Erbringung sozialer Dienste. Professionelle Leitbilder können Transporteure von hybriden Governance-Strukturen sein. Leitbilder kann man als bestimmte Ansätze sehen, die verschiedenen Logiken miteinander in Beziehung zu setzen um unterschiedliche Impulse zu versöhnen. Professionelle Leitbilder integrieren oder polarisieren. Daher geht im professionellen Diskurs ein, was die verschiedenen Sektoren beitragen sollen. Der Dritte Sektor kann folglich nicht nur im Zusammenspiel mit staatlichem Vorgehen betrachtet werden, sondern er ist mit von professionellen Leitbildern beeinflusst.

Wie bereits angekündigt, wird im Unterschied zu Evers, Rauch und Stitz (2002) zudem bei der Analyse hybrider Organisationsstrukturen die Bedeutung gemeinschaftlicher Bindungen in Heimen als eigenständige Bezugskategorie neben Staat, Markt, und Zivilgesellschaft gestellt und nicht unter den Begriff des „sozialen Kapitals“ subsumiert. Es wird sich zeigen, dass in weiten Teilen der historischen Entwicklung der Heime diese Dimension nur wenig an Kontur gewinnt. Wie später allerdings v.a. in den Fallbeispielen deutlich werden wird, werden für den Einbezug Angehöriger mittlerweile spezifische Umfangsformen entwickelt. Den Konzeptrahmen stellen damit nicht drei, sondern vier idealtypische Rationalitäten dar. Die Abbildung 5 veranschaulicht das Konzept.

Die Geschichte der Heime kann hier nicht geschrieben werden, sondern es ist zu untersuchen, inwiefern sich Konstellationen des Ineinandergreifens der verschiedenen Sphären ergeben, wie deren Funktionsfähigkeit beschaffen ist und welche Synergien und Konflikte sich daraus ergeben.

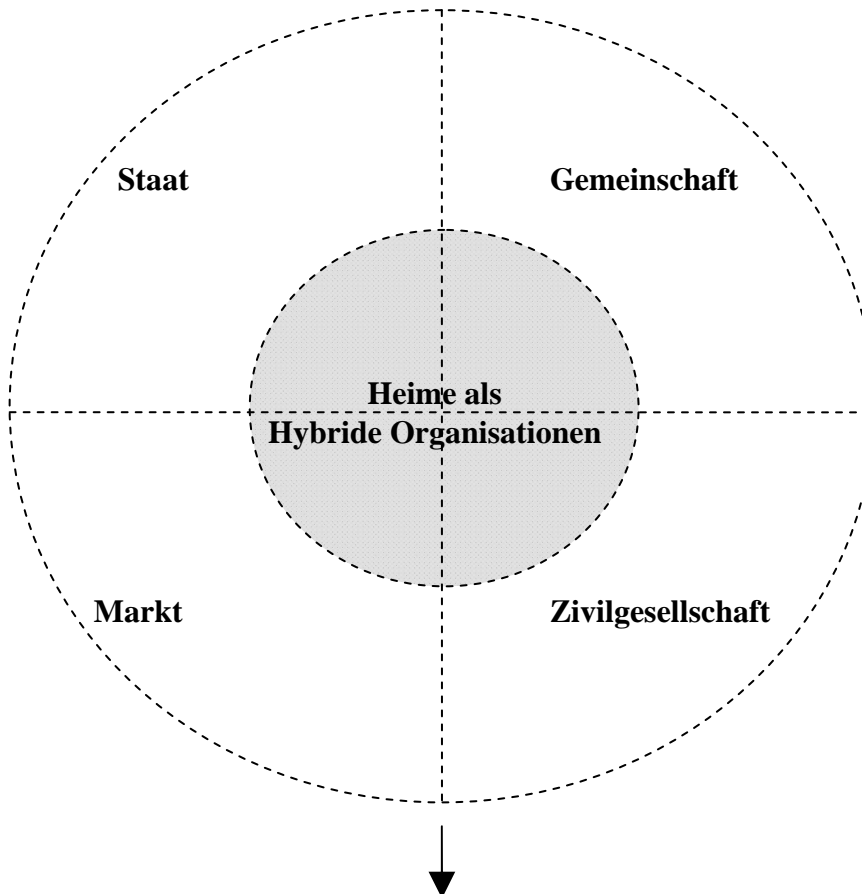
Abbildung 5: Heime als Hybride Organisationen

4-Sektoren-Theorie der Wohlfahrtsproduktion



Historische und aktuelle Entwicklungen im Bereich „Heime für das Alter“

- Charakteristika und Leitbilder der Heimversorgung
- Verantwortungs- und Aufgabenteilung (Governance)
- Bedeutung von Zivilgesellschaft und Gemeinschaften



Konstellationen von Staat, Markt, Zivilgesellschaft und Gemeinschaften in hybriden Heimorganisationen, die in Zusammenhang stehen mit historischen Leitbildern und professionellen Vorstellungen

Quelle: Eigene Darstellung.

3. Von Gestern bis Heute – zur Geschichte von Wohlfahrtsmixturen und Leitbildern in der Heimversorgung

Bevor eine Auseinandersetzung mit dem heutigen System der Heimversorgung alter Menschen unternommen wird, ist es sinnvoll die historische Entwicklung näher anzuschauen. Nur so ist es möglich, heute bestehende Leitbilder und Strukturen nachzuvollziehen. Im ersten Abschnitt dieses Kapitels (3.1) wird der Ausformungsprozess der Heimversorgung² alter Menschen beschrieben. In den folgenden beiden Abschnitten (3.2 und 3.3) wird dann detaillierter die Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland bis heute dargestellt. Es ist nicht möglich über einen solch großen Zeitraum hinweg eine umfassende Darstellung der vielfältigen Aspekte und Entwicklungen, welche die Heime geprägt haben, vorzunehmen. Die Darstellung orientiert sich deshalb an dominanten Diskursen mit Blick auf zwei Analyse- bzw. Auswertungsdimensionen.

Erstens liegt der Fokus auf Leitbildern, an denen sich die Heimversorgung zu verschiedenen Zeiten orientiert, also Versorgungskonzepten von Heimen: wie soll(t)en Heimangebote gestaltet sein. *Zweitens* wird betrachtet, wie die Verantwortlichkeiten zur Bereitstellung von Ressourcen für die Heimversorgung verteilt wurden, welche Verantwortungs- und Aufgabenteilung als gerecht galt. Dieser Bereich betrifft das, was heute mit den Begriffen „Wohlfahrtsmixturen“ und „Governance“ umschrieben wird. Es wird dargestellt werden, welche Rolle dem Engagement der Zivilgesellschaft und der Gemeinschaften zu verschiedenen Zeiten zugeschrieben wird – und in welchen Bezügen dieses Engagement in beiden Dimensionen – der Qualität der Versorgung und der Versorgungsökonomie stand und steht.

3.1 Der Ausformungsprozess der Heimversorgung alter Menschen

Die Geschichte der Versorgung von alten Menschen außerhalb des Privathaushalts begann weit vor der Herausbildung eines eigenständigen Altenhilfebereichs. Alter stellte über viele Jahrhunderte hinweg keine „Versorgungskategorie“ dar. Wenn alte Menschen auf öffentliche Unterstützung angewiesen waren, so geschah dies im Rahmen des Armenwesens. Die Institution „Heim für alte Menschen“ wurde nachhaltig von ihrer Anhängigkeit an die „Armenversorgung“ geprägt. Wie in diesem Abschnitt darge-

² Eigentlich wird erst im 19. Jahrhundert der Begriff Heim verwendet, dennoch benutzt die Autorin den Begriff, wenn es um eine globale Feststellung über die Wohn- und Versorgungseinrichtungen außerhalb privater Häuslichkeit (Hospital, Armenhaus, Stift etc.) geht.

stellt werden wird, wurde sie erst spät dadurch beeinflusst, wie das Alter wahrgenommen wurde und welche Lebensentwürfe für alte Menschen als geeignet gesehen wurden. Die Darstellung eines Ausformungsprozesses betrifft in diesem Abschnitt noch eine andere wichtige Kategorie dieser Arbeit: Nämlich die Ausformung einer „Zivilgesellschaft“ als eigenständigem gesellschaftlichen Bereich. In der historischen Darstellung wird mithin auch ein Stück der Geschichte des BürgerInnenengagements beschrieben werden. Erst im 19. Jahrhundert differenzieren sich die Kategorien Alter/Heime für das Alter und Zivilgesellschaft in unserem heutigen Verständnis aus (vgl. Kap. 3.1.2 und 3.1.3). Daher ist es für diesen Abschnitt wichtig, sich von den in Kapitel 2 vorgestellten Begrifflichkeiten ein Stück weit zu lösen und sie in einem historischen Kontext zu stellen.

3.1.1 Engagement und Armenfürsorge in Mittelalter und früher Neuzeit

Der Beginn der Heimversorgung liegt in den mittelalterlichen Klöstern und Hospitälern der Kirchen und ihrer in Orden organisierten Laiengenossenschaften, in denen Kranke, Arme, Alte, Irre, Waisen, Findelkinder u.a. versorgt und gepflegt werden konnten.

Die Träger des mittelalterlichen Hospitals waren Kirche oder Stadt, im Verlauf der frühen Neuzeit begann der absolutistische Staat Regelungen für die Versorgung von Armen in den Hospitälern zu setzen. Das Engagement von BürgerInnen³ in ihrer Rolle als Mitglied der Stadtgemeinschaft und der Religionsgemeinschaft spielte eine herausragende Bedeutung bei der Gewinnung von Ressourcen für die Hospitäler.

³ Bei der historischen Darstellung wird offensichtlich, wie problematisch eine geschlechtssensitive Begriffsverwendung sein kann. Die folgenden Ausführungen erstrecken sich über viele Jahrhunderte und unterschiedliche Territorien. Dies ist begleitet davon, dass die Rechte der Frauen Veränderungen unterlagen, die regional/territorial nicht immer einheitlich verliefen (z.B. das Recht auf wirtschaftliche und politische Betätigung). Da bis Ende des 19. Jahrhunderts öffentliche Ämter für Bürger exklusiv Männern vorbehalten waren, wird in den kommenden Ausführungen an den nämlichen Stellen bewusst die männliche Form benutzt. Auch aus Gründen der Lesbarkeit und einer sprachkulturellen Gebräuchlichkeit wird an manchen Stellen auf das „Binnen-I“ verzichtet. So wird der Begriff „Insasse“ bewusst ausschließlich in der männlichen Form verwendet. Schließlich konnte die Autorin für manche Stellen nicht gesichert nachweisen, ob ausschließlich Männer oder auch Frauen gemeint waren, da die verwendeten Quellen hierüber keine Rückschlüsse zulassen und auch eine Recherche in anderen historischen Quellen für den nämlichen spezifischen Kontext keine Gewissheit schaffte. An den nämlichen Stellen wurde die Vorgabe der Quelle übernommen.

3.1.1.1 Engagement in Lokal- und Wertgemeinschaften

Bereits für das 12. Jahrhundert sind Stiftungen wohlhabender BürgerInnen zur Spitalsgründung nachweisbar, für deren Verwaltung die Kirche, im Spätmittelalter häufiger auch die Städte, als Treuhänder eingesetzt wurde. Die Verwendung des Begriffs der *Zivil- oder Bürgergesellschaft* ist zur Beschreibung des Engagements von BürgerInnen in der Armenfürsorge des Mittelalters aus zwei Gründen nicht geeignet. *Erstens* wird in der Soziologie der Begriff der Gesellschaft für ein homogenes Gebilde verwandt, das sich um eine klar umgrenzte Sozialordnung konstituiert, in der „soziale, wirtschaftliche, politische und kulturelle Beziehungen räumlich zur Deckung kommen“ (Adloff 2005: 93). Diese Einheit wird durch eine nationalstaatliche Gesellschaft gebildet. Nationalstaaten sind allerdings ein noch recht junges Phänomen. Das Europa des Mittelalters ist das der feudalen Kleinstaaterei und stellt sich mit seinen relativ autonomen Herrschern als „ein Durcheinander von schwerlich einander angepaßten Netzwerken“ dar (ebd.: 94). *Zweitens* konstituiert sich eine Zivilgesellschaft erst durch die Trennung zwischen einer staatlichen und einer gesellschaftlichen Sphäre, wobei den Mitgliedern der Gesellschaft eine Autonomie im öffentlichen Raum zugesichert ist, deren Ausdrucksform die Assoziations-, Meinungs- und Pressefreiheit darstellt (Sachße 2000: 76). Es ist in der Zivilgesellschaftsforschung üblich, die Wurzeln der deutschen Zivilgesellschaft im Vereins- und Assoziationswesen des 19. Jahrhunderts zu sehen (Adloff 2005: 100).

Im feudalen Herrschaftssystem war für beide Elemente einer liberalen Zivilgesellschaft kein Raum vorgesehen. Doch unterhalb der Staatsterritorien konzentrierten sich soziale Beziehungen bis in die beginnende Neuzeit kleinräumig auf ein Kloster, eine Kirche, ein Dorf, eine Stadt oder eine Gilde (ebd.: 93). Dort hatten BürgerInnen – hier als nicht dem Klerus oder dem Adel angehörige Personen – die Möglichkeit, sich in lokalen Angelegenheiten zu beteiligen. Warum sollten wir den Gemeinschaften in Abrede stellen, dass sie dabei auch auf zivile Verhaltensstandards gesetzt haben und dementsprechend durch ihr Engagement zivilgesellschaftliche Ressourcen mobilisiert haben?

Der Begriff „Bürger“ ist das nächste Problem eines historischen Abrisses zur BürgerInnenbeteiligung im Armen- bzw. Hospitalwesen. Der Begriff ist in Mittelalter, Neuzeit, und selbst noch im 19. Jahrhundert zu den heutigen Vorstellungen verschieden. *Citizenship* hat heute zwei Dimensionen. Zum einen werden den BürgerInnen (citizens) Freiheit, Demokratie und soziale Rechte als staatliche Garantien zugesichert (passive citizenship). In der zweiten Dimension geht es um eine aktive Beteiligung der Bürger-

Innen für ihr Gemeinwesen (active citizenship) (Evers 2005b: 2f.). Für das Spätmittelalter galt:

„Im Spannungsfeld zwischen städtischer Bürgerkultur, ständischer Gesellschaft und Fürstenstaat bildeten sich *vielfache Bürgerbegriffe* unter dem gemeinsamen Horizont der christlichen Erfahrung heraus.“ (Gebhard 1995: 358, Hervorhebung K.H.)

Treffender als der Begriff einer Zivilgesellschaft ist der von *Lokal- und Wertegemeinschaften*. Wenn wir heute von Zivilgesellschaft reden, dann ist damit allerdings nicht etwas grundsätzlich Verschiedenes gegenüber Lokal- und Wertegemeinschaften gemeint. Die lokalen Gemeinschaften des Mittelalters wiesen Elemente auf, die heute mit der Idee einer Zivilgesellschaft verbunden sind. Beide Dimensionen der Bürgerschaft, „the right to have rights“ (Evers 2005b: 3) und „the willingness to take responsibility for themselves and others“ (ebd.: 5) spielen in unterschiedlichen Ausprägungen in den kleinräumigen sozialen Gefügen des Mittelalters eine Rolle. In den Gemeinschaften eröffnete sich ein Raum für Gestaltungsmöglichkeiten in öffentlichen Belangen. Lokal- und Wertegemeinschaften können als eine Art „Keimzelle“ der modernen Zivilgesellschaft gesehen werden. Darüber hinaus wird sich zeigen, dass bis heute solche Lokal- und Wertegemeinschaften wichtige Träger der Zivilgesellschaft sind, und sogar zum Teil als die zukünftigen Hoffnungsträger einer „zivilgesellschaftlichen Erneuerung“ im Bereich sozialer Dienste gehandelt werden.

3.1.1.2 BürgerInnen- und Gottesstadt

Der Begründung eines kirchlich getragenen Armenwesens liegen christliche Lehren der gesellschaftlichen Integration Armer in der Kirchengemeinde zugrunde. In der Antike hatten Arme keinen konzeptionellen Platz in der Bürgerschaft inne. „Those who could expect care did so as citizens, not as paupers – that is, on legal grounds, not economic ones“ (Horden 2005: 362). Eng verbunden mit der Einrichtung erster Hospitäler durch die christliche Gemeinschaft in der Spätantike ist die Ausweitung des Bürgerbegriffs:

„They [the Christian bishops] deliberately replaced a civic model of society with a universal citizenship (a prelude to that of heaven), in which the poor emerged from the conceptual shadows to symbolize the Church’s embrace of society as a whole“ (ebd.: 362).

Während sich der christliche Bürgerstatus von der Antike insofern absetzt als er egalitär und universal gestaltet ist, ist er allerdings zugleich wegen fehlender Mitspracherechte

der BürgerInnen apolitisch (Gebhardt 1995: 357). Wohl aber ist das einzelne, wohlhabende Gemeindemitglied aufgerufen, sich aktiv an der Gestaltung der Gemeinschaft durch Mitwirkung in der Armenfürsorge zu beteiligen; dazu zählen die Gewährung von Bettelalmosen sowie Spenden und Stiftungen für wohltätige Zwecke an die Obrigkeiten der Kirche. „Das gesamte Mittelalter hindurch ist die kollektive Almosenvergabe eine Massenerscheinung“ (Germerek 1991: 47). Referenzpunkt der Aktivbürgerschaft ist dabei der Rekurs auf ein der Gesellschaft externes, transzendentes Göttliches (Seligman 2002: 14f.). Das „Seelengerät“ diente der „Beförderung des Seelenheils der Spender, denen für ihre Mildtätigkeit himmlischer Lohn winkt“ (Sachße/Tennstedt 1980: 29; Germerek 1991: 47ff.).

Wichtige Ressource für die Spitäler des Mittelalters waren neben dem Stiften und Spenden der Gemeindemitglieder, die Mitglieder der *geistlichen und bürgerlichen Orden*, wie der Johanniter- und der Heilig-Geist-Orden (ausführlich: von Steynitz 1970). Sie bewirtschafteten die Klöster und Hospitäler und versorgten die darin aufgenommenen Armen und Kranken. Daneben gab es eine Reihe *kleiner Privatspitäler*. Hier kamen insbesondere die Seelhäuser zur Blüte, von denen es beispielsweise in Ulm im 15. Jahrhundert fünf bis zwölf gab. Seelhäuser wurden von BürgerInnen als „Seelgerät“ gestiftet, im 15. Jahrhundert teils auch von Kommunen. Die Seelhäuser waren Wohnsitz von alleinstehenden, ärmeren und z.T. auch älteren Frauen, den Beginen. Die Beginen waren semireligiöse Gemeinschaften; sie waren relativ autonom gegenüber der Kirche wie auch der Stadt organisiert. Sie lebten meist nach dem Armutsideal der Franziskaner, aber ohne feste Ordensregel. Ihren Lebensunterhalt sicherten Sie über Bettelalmosen aus der Gemeinde, derer sie sich durch ihre Dienste in der Krankenpflege und im Totendienst würdig erwiesen; auch nahmen sie arme Kranke in ihr Haus auf (Schulz 1992: 34; Patschovsky 1993: 409f.). Sie wählten aus ihren Reihen eine Meisterin als Vorsteherin, von der sie Buße und Absolution empfangen, und entschieden selbst über die Aufnahme neuer Mitglieder (Schulz 1992: 31ff; Steynitz 1970).

Mit dem Prosperieren der *Städte* im Mittelalter und dem einhergehenden Aufbau eigener städtischer Verwaltungsstrukturen wurden zusätzlich zu den kirchlichen Angeboten städtische Armenfonds und -stiftungen eingerichtet. Die *Stadtbürgerschaft* fußte auf den Idealen der persönlichen Rechtsstellung in Freiheit der Person und des Eigentums. Das Stadtbürgerrecht des Mittelalters verkoppelte politische und ökonomische Rechte, wobei die sozioökonomische Komponente ein starkes Gewicht hatte. Der Bürgerstatus sicherte politische Mitspracherechte im Rat der Stadt zu, erlaubte die

Nutzung der Allmende und sonstigen Gemeindevermögens, die Heirat, die selbständige Erwerbstätigkeit und Grunderwerb in der Stadt sowie die Inanspruchnahme von städtischen Fürsorgeleistungen⁴. Die mittelalterliche Stadtkommune ist ständisch geprägt. Der Bürgerschaft nicht zugehörig waren Bauern, Hirten, UmlandbewohnerInnen und (besitzlose) städtische EinwohnerInnen ohne Bürgerrecht. Die Rolle der Handwerker war unterschiedlich geregelt. Beispielsweise konnten zünftige Handwerker im 13. Jahrhundert in Frankfurt Mitglied des Rats sein oder ein Schöffenamt bekleiden. Seit dem 13. Jahrhundert setzte sich generell die Unterscheidung von zweierlei Bürgerstatus durch: dem Bürger schlechthin (*civis simpliciter*) wurde eine aktive, herrschaftsausübende Rolle in der Politik durch Mitgliedschaft im Rat zugestanden (*prinzipari*). Der Bürger mit gewisser Einschränkung (*civis secundum quid*) konnte an den Volksversammlungen teilnehmen und hatte Wahl-, Akklamations- und Kontrollrechte (*participari*) (Meier/Schreiner 2000: 48ff.).

Der christliche Bürger und der städtische Bürger waren keine voneinander getrennten Figuren, die Stadtkommune des Mittelalters zugleich „*Bürger- und Gottestadt*“ (Meier/Schreiner 2000). Die Bürgerschaft bediente sich zur Emanzipation gegenüber Adel und Klerus Ausdrucksformen politischer Religiosität. Fromme BürgerInnen erreichten durch eine Spende von Nahrungsmitteln an das Hospital, dass die Armen für ihr Seelenheil beteten und stellten zugleich die diesseitige Aufmerksamkeit ihrer Person sicher. Das Motiv der Anerkennung im lokalen Raum gewann gegenüber der Idee der göttlichen Heilsversprechung durch wohlätiges Engagement an Bedeutung. Je kostspieliger die Stiftungen, beispielsweise zum Zweck der Spitalgründung, desto wirkungsvoller und prächtiger wurde die öffentliche Inszenierung der StifterInnen betrieben. Auch in ursprünglich rein klerikalen Kompetenzbereichen wie dem Prozessionswesen engagierten sich die BürgerInnen. So stiftete der Nürnberger Ratsherr, Spitalgründer und Reichsschultheiß Konrad Groß 1340/43 eine große Fronleichnamsprozession, in der zugleich sein Ansehen öffentlich bekundet und zelebriert wurde. Die Rangfolge von Personen und Gruppen im Prozessionszug wiederum bildete den Status in der Stadtgemeinde ab (Meier/Schreiner 2000: 75f.).

Beim Aufbau eines städtischen Armenwesens ging es gleichfalls um einen erweiterten *Kompetenzanspruch der Laien in ursprünglich kirchlichen Angelegenheiten*. Die Räte

⁴ Mit Unterschieden in Abhängigkeit davon, ob der Bürgerstatus einem Mann oder einer Frau zugestanden wurde, städtische Fürsorgeleistungen wurden nach dem Kenntnisstand der Autorin zu allen Zeiten beiden Geschlechtern zuteil.

pochten im ausgehenden Mittelalter auf politische Mitspracherechte bei der Verwaltung des Kirchengutes, da es aus den Mitteln der Bürgerschaft stammte. An der bestehenden Ordnung wurden mehrere Punkte kritisiert: Die von den BürgerInnen gespendeten und gestifteten Ressourcen dienten nicht allein dem Aufbau sozialer Hilfeleistungen für Arme, sondern generell dem Aufbau kirchlichen Vermögens; das Soziale degradierte häufig zum Nebenprodukt (Sachße/Tennstedt 1980: 29). Vor allem die Wandlung der kirchlichen Armenspitäler zum standesgemäßen Versorgungsinstitut der oberen Gesellschaftsschichten erregte die Stadtbürgerkreise. Und schließlich erwies sich aus Sicht der Bürger das kirchliche Armenwesen auch in der Durchführung seiner eigentlichen Aufgabe, der Versorgung Armer, als unzulänglich: Aufgrund einer unkritischen Almosenvergabe würden Arme „umsorgt und verhätschelt“ (Borscheid 1989). Die Frage nach einer gerechten Verantwortungsteilung im Armenwesen wurde in dieser Zeit geprägt durch die Rivalität zwischen der Institution Kirche und dem politischen Gemeinwesen.

Die Kritik an den Praktiken der kirchlichen Armenpflege brachten die Stadtbürger vor dem Hintergrund ihres eigenen *Arbeits- und Leistungsethos* an. Dieses Ethos spiegelt sich auch in den von ihnen initiierten Reformen des Armenwesens wieder. Die *Verbürgerlichung* des Armenwesens ging Hand in Hand mit seiner *Rationalisierung* und *Bürokratisierung*, sowie der *Pädagogisierung* der Armen. Durch den Aufbau einer Armenadministration sollten Bedarfe objektiviert und Hilfen individualisiert werden. Um die verstreuten Hilfsangebote im Armenwesen in diesem Sinne abzustimmen, wurde eine Zentralisierung der Verwaltung durch die Verabschiedung von Bettel-, Armen- und Almosenordnungen vorangetrieben. Im Gegensatz zum christlichen Universalprinzip in der Armenpflege adressierten die Städte ihre Hilfen nach dem Heimatprinzip ausschließlich an „ihre“ Armen. Die kommunale Armenpolitik zielte damit nur auf einen Teil der Bevölkerung ab – auf jene BewohnerInnen der Stadt, die zumindest das Kleinbürgerrecht besaßen. Die Vergabe des Kleinbürgerrechts konnte wiederum flexibel gehandhabt werden, sie stellte in der städtischen Verwaltung häufig eine eher nebensächliche Formalie im Aufnahmeverfahren dar (vgl. für die Stadt Bremen: Ellerkamp 1990). Im Zuge von Rationalisierungsbemühungen wurde dies später jedoch restriktiver gehandhabt. Allgemein gilt, dass die Mehrzahl der Menschen auf Eigeninitiative in der Alterssicherung angewiesen war (Borscheid 1989: 126; Borscheid 1996; Sachße/Tennstedt 1980: 31; Sachße/Tennstedt 1981: 11).

Die BürgerInnen vor Ort vertrauten ihre Spenden und Stiftungen zunehmend der städtischen Armenverwaltung an und stärkten damit wesentlich die Position der Städte

gegenüber den kirchlichen Obrigkeiten. Die Städte begannen darüber hinaus, einen Anspruch auf die Einflussnahme in von der Kirche getragenen Spitälern zu erheben. Über die Installierung von Spitalpflegern und Spitalmeistern übten die Räte selbst in den Hochburgen der katholischen Kirche eine Aufsichtsfunktion aus (vgl. für Bamberg: Redding 1998). Die Verbindung von Spital und Kirche wurde dabei nicht aufgehoben, die Spitäler nicht säkularisiert, sondern zu Organisationen zwischen Rat und Kirche umfunktionierte (Borscheid 1989: 125-127).

Gerade dort, wo die Reformation einzog, beschränkte sich der Einfluss der Stadt nicht auf eine personelle Erneuerung. Insbesondere die reichen Großspitäler weckten Begehrlichkeiten seitens der Städte. Sie wurden kommunalisiert und dann zur Erfüllung eines erweiterten Aufgabenfeldes in der geschlossenen und offenen Armenfürsorge herangezogen, aber auch als Versorgungsinstitution für städtische Bedienstete und als allgemeine Darlehenskasse verpflichtet. Das eigentliche Argument für die Kommunalisierung, die Rückgabe der Spitalvermögen an die Armen, wurde häufig nicht weiter verfolgt. Es zeigte sich, dass die Stadtobrigkeit,

„... saß sie einmal voll im Speck, nur allzu oft den Verlockungen dieser großen Stiftungsvermögen nicht zu widerstehen vermochte und schamlos in die eigene Tasche wirtschaftete. Überhaupt war das oft riesige Vermögen dieser Spitäler ein entscheidender Grund für die Begehrlichkeit der Städte, denen die Privilegien dieser Häuser, besonders ihre Steuerfreiheit, ein Dorn im Auge waren.“ (Borscheid 1989: 128)

Die vielen kleinen Privatspitäler, die in der Summe eine größere Gesamtleistung der Armenversorgung trugen, aber wirtschaftlich weniger attraktiv waren, gingen erst später in die Hände der Städte über (ebd.).

3.1.1.3 Das Hospital – Lebensort für alte Menschen in einer lokalen Wirtschafts- und Sozialinstitution

Obwohl die Hospitäler im Armenwesen verortet sind, waren sie nicht ausschließlich Armenanstalten. Nicht selten entwickelten sie sich zur Pfründneranstalt, wo ein entsprechendes Privatvermögen zum Einkauf ein recht angenehmes Leben verhieß. „Herrenpfründner“ konnten sich in einem Wohnbereich aus mehreren Zimmern und teils mit privatem Personal im Hospital einrichten. Zur allgemeinen Verpfründung der Hospitäler kam es aufgrund moralischer Einwände und auch der stiftungsrechtlichen Konstruktionen der gemeinnützigen Einrichtungen jedoch nicht. Andererseits erschloss sich den

Hospitälern durch die vermögenden PfründnerInnen auch eine wichtige Einnahmequelle, die es mit ermöglichte, Aufgaben der Armenfürsorge zu übernehmen (Fischer 1982: 32).

Häufig entwickelte sich eine Angebotsdifferenzierung über ein Drei-Klassen-Pfründnersystem. Neben der gehobenen Versorgung von Herrenpfründnern, konnten sich Mittelpfründner mit einem kleinen Privatvermögen einen bescheidenen Lebensabend im Hospital sichern. Die Armenpfründner, über Armenfonds der Kirche finanziert, mussten in der Enge der großen Armen- oder Siechenstube des Hospitals leben (Borscheid 1989: 131f.). Für sie wurde nicht einmal ausreichend Verpflegung zur Verfügung gestellt, es war allgemein üblich, und auch von den Hospitälern gestattet, dass sie über Bettelei ihren Bedarf sicherten (Fischer 1982: 32).

Zu Teilen waren die Hospitäler anerkannte und geschätzte Allzweck-Versorgungsstätten der sozialen Sicherung der Mitglieder einer lokalen Gemeinschaft. Allerdings waren die Hospitäler nicht frei von sozialen Spannungen. Die gleichzeitige Funktion als Armenhaus machte die Hospitäler für Wohlhabende nur eingeschränkt attraktiv. Durch die Orientierung des Alltags am institutionellen Leitbild einer Erziehungsanstalt zum frommen christlichen Leben waren auch der Freizügigkeit der wohlhabenden PfründnerInnen enge Grenzen gesetzt. Die Hausordnung galt, zwar in gelockerter Version, auch für Herrenpfründner (Borscheid 1989: 147ff.).

Im Kontext der organisatorischen Neuordnungen zwischen Kirche und Stadt sind vier Entwicklungen der Altersversorgung im Hospital im Verlauf des 15. und 16. Jahrhunderts prägend: *Erstens* zeichneten sich Rationalisierungsbemühungen im städtischen Spital dadurch aus, dass sich die Städte auf die Unterbringung von Personen als die zentrale Aufgabe der Multifunktions-Hospitäler verständigten. Von der anfänglich im städtischen Wirtschafts- und Sozialgefüge erweiterten Aufgabenzuschreibung an die Spitäler wurde wieder abgesehen. Die Spitäler gingen dabei nicht in Armenhäuser auf, sondern man baute weiter auf eine Mischung von wohlhabenden und armen BewohnerInnen. Dadurch sollte der Unterhalt der Häuser sichergestellt werden. Die PfründnerInnen übertrugen nicht mehr ihr ganzes Vermögen an die Einrichtung, sondern der Einkaufspreis war an eine vereinbarte Gegenleistung gekoppelt, und erhielt so einen Geschäftscharakter (Borscheid 1996: 25). In der Umbruchsituation des Hospitalwesens im 15. und 16. Jahrhundert wird diese „religiöse Abmachung“ zugunsten eines ökonomischen Vertrags zwischen Bewohner/Bewohnerin und Träger des Hospitals

aufgegeben. Die aufgenommenen Armen wurden unter Anwendung der Bettel- und Armenordnungen strengeren Prüfkriterien unterzogen. Im Ergebnis beherbergten die Hospitäler ein getreues Abbild der städtischen Bevölkerung. Die Spezifikation auf die (Wohn-) Versorgung kam der Versorgungsqualität in den Spitälern letztlich zugute (Borscheid 1989: 158).

Zweitens waren mit Integration der kleinen Privatspitäler in den gemeinen Kasten der zentralisierten kommunalen Wohltätigkeitsanstalten, insbesondere die Trägergemeinschaften der Beginen empfindlich getroffen (Borscheid 1989: 129). Die semireligiösen und relativ autonom organisierten Gemeinschaften waren seit ihrem Aufkommen umstritten; sie hatten im Spannungsfeld einander widerstreitender Gruppierungen – dem Kuratklerus um den Bischof, dem ihnen nahe stehenden Franziskanerorden und dem sie anfeindenden Dominikanerorden, der päpstliche Kurie und den Stadtoberkeiten – in einigen Städten Schwierigkeiten, Fuß zu fassen (Patschovsky 1993: 411ff.). In anderen Städten hatten insbesondere die Beginenhäuser im 15. und 16. Jahrhundert an Reichtum gewonnen und die Schwestern sich in bescheidenem Komfort eingerichtet. In der Öffentlichkeit hatte es eine regelrechte Hetzkampagne gegen die Beginenschwestern gegeben, die als „nichtsnutziges Schmarotzervolk“, als „faul, gefräßig und eitel“ angegriffen wurden, und mit Dirnen auf eine Stufe gestellt wurden (Borscheid 1989: 157f.). Im nachreformatorischen Ulm wurde den Schwestern nach der Auflösung der Seelhäuser angeboten, sich der städtisch getragenen Krankenwartung zu unterstellen, soweit sie zu einer Konvertierung bereit waren (Schulz 1992: 60). Für die Armenpflege gingen damit kleine, relativ autonom organisierte semireligiöse und von der lokalen Gemeinde gestützte Gemeinschaften verloren.

Drittens sind die Spitäler neben Umbrüchen in der Organisation vom Rückgang der Opferbereitschaft in der Bevölkerung betroffen. Bedeutend ist insbesondere der Wandel in der Praxis testamentarischer Verfügungen, der seinen Ausgangspunkt Ende des 16. Jahrhunderts im städtischen Bildungsbürgertum der reformierten Gebiete hatte. Bis in das späte Mittelalter war es üblich, das Testament in zwei Teile zu gliedern, auf der einen Seite den *causae piae* und auf der anderen Seite die Bestimmungen für die weltlichen Erben. Das Testament entwickelte sich dann weiter zu einem weltlichen „Akt der Vorsorge und der Umsicht“ (Aries 1980: 253), der den Reichtum in der Generationenfolge mehren sollte. Mit dieser Anschauung wurden Almosen, Stiftungen und Messen für das Seelenheil verdrängt. Gegen Ende des 16. Jahrhunderts beschränkten sich

Spitalneugründungen infolgedessen fast ausschließlich auf katholische Gebiete, und gingen auch hier schließlich zurück. Im 17. Jahrhundert enthielten beispielsweise im protestantischen Nürtingen weniger als vier Prozent der Testamente eine Verfügung an das Spital. Im 18. Jahrhundert erreichte die Entwicklung auch in den katholischen Gebieten einen Tiefstand (Borscheid 1989: 424ff.).

Viertens wurde im Zuge der Reformation einer anderen traditionsreichen Institution der Altersversorgung stark zugesetzt: dem Kloster. Das Klosterwesen hatte sich im Verlauf des Mittelalters zu einem Spital des Adels gemausert und wurde deswegen zum Ziel heftigster Angriffe und Reformbestrebungen. Neben ähnlichen Entwicklungen wie im allgemeinen Spitalwesen, also Neuordnung und Einbau in die kommunale Armenfürsorge, ereignete sich mit der Säkularisierung der Klöster Haina, Merxhausen und Gronau durch den hessischen Landgrafen Philipp etwas prinzipiell Neuartiges. Die hessische Säkularisierung stellte den erstmaligen Versuch dar, eine staatlich getragene anstaltliche Sozialfürsorge aufzubauen, deren Häuser ein weitläufiges Territorium als Einzugsgebiet umfassten. Bis dato gab es zwar im Spitalwesen bereits fürstliche Stiftungen, diese wirkten allerdings ausschließlich lokal (Nolte 1996: 13ff.). Sozialdisziplinierende Elemente erhielten in den staatlichen Anstalten Einzug; damit boten sie einen Vorgeschmack auf die Konzeption des absolutistischen Zucht- und Arbeitshauses (ebd.: 20ff.).

3.1.1.4 Der Flächenstaat als neuer Akteur

Während Bettlei bis ins 15. Jahrhundert gesellschaftlich weitgehend akzeptiert war, wurde ihre Zunahme ab dem 16. und 17. Jahrhundert in den Städten Europas als große Plage wahrgenommen. Das Armenwesen war nun nicht mehr allein auf die Bereitstellung von Almosen für Bedürftige ausgerichtet, sondern sollte vielmehr auch die Bettlei bekämpfen. Dieser veränderte Blickwinkel leitete einen Paradigmenwechsel in der Armenversorgung ein. Die armenpolizeiliche Aufgreifung und Kasernierung der BettlerInnen wurde als neues Mittel eingesetzt. Mit der Schaffung entsprechender Anstalten, den Arbeitshäusern, begann nach dem 30-jährigen Krieg ein umfangreiches Engagement des Staates im Armenwesen – hier in Gestalt der absolutistischen Staaten des 17. und 18. Jahrhunderts. Das Anstaltsleben wurde hier zum ersten Mal in der Geschichte als adäquates Prinzip für eine quantitativ nicht unerhebliche Bevölkerungsgruppe konzipiert. Die Zucht- und Arbeitshäuser wurden überwiegend in protestantischen Gebieten angesiedelt. Im 18. Jahrhundert standen den 63 protestantischen Zucht-

und Arbeitshäusern sechs Einrichtungen in katholischen Territorien gegenüber (Endres 1981: 90). In einigen Fällen übernahm der Flächenstaat die Trägerschaft der Häuser, was mit der wirtschaftlichen Bedeutung der hauseigenen Produktionsbetriebe in Zusammenhang stand (vgl. Sachße/Tennstedt 1990: 123ff.).

Endres behauptet, dass mit der Einführung der Arbeitshäuser und des sie flankierenden armenpolizeilichen Systems „aus Gründen der ‚öffentlichen Sicherheit und der gemeinen Wohlfahrt [...] die Versorgung und Betreuung der Armen und Entwurzelten den Kirchen und Kommunen entzogen“ wurde (1981: 89). Diese Auslegung ist allerdings nicht ganz nachvollziehbar, schon allein im Hinblick auf die weiterhin bestehende Vielzahl der traditionellen Hospitäler oder Armenhäuser in den Städten unter kommunaler und kirchlicher Trägerschaft. Passender scheint es von einem steigenden staatlichen Kompetenzanspruch im Hospitalwesen und der Armenpflege generell zu sprechen, der teils durchaus empfindlich in die Autonomie von Kommune und Kirche als Träger eingriff. Nicht nur, dass Kirchen und Hospitäler für den Arbeitshausbau Gelder bereitstellen mussten (für das Beispiel Bayreuth: Endres 1981: 92). Während des 30-jährigen Krieges sowie in den darauf folgenden Jahren der wirtschaftlichen Not übertrugen die Landesherren den großen Hospitälern sachfremde Aufgaben. Damit griffen sie empfindlich in das wirtschaftliche Gefüge ein – oft zum Schaden der Versorgungsqualität der BewohnerInnen der Hospitäler. Dies führte zu einem weiteren Attraktivitätsverlust des Hospitals als Alterssitz für Wohlhabende bei (Borscheid 1991: 428ff.). Auch in der klassischen Armenfürsorge des Spitals nahm der Staat vermehrt Einfluss. Die Neueröffnung von Spitälern wurde Sache des Landesherrn – wenn auch weiterhin in Kooperation mit den lokalen Kirchenvertretern (Borscheid 1989: 432). Faktisch haben diese Umstände mit zum Aussterben der Hospitäler nach dem Konzept des „ganzen Hauses“ für Arm und Reich beigetragen (weitere Faktoren: Borscheid 1989: 420ff.).

Schließlich versicherte sich der Staat der Regelungsgewalt in der Armenversorgung mit dem Allgemeinen Landrecht für die Preußischen Staaten von 1794 (ALR) (Baron 1995: 14f.):

„Dem Staate kommt es zu, für die Ernährung und Verpflegung derjenigen Bürger zu sorgen, die sich ihren Unterhalt nicht selbst verschaffen und denselben auch von anderen Privatpersonen, welche nach besonderen Gesetzen dazu verpflichtet sind, nicht erhalten können.“ (§ 1 ALR)

Armenhäuser, Hospitäler, Waisen- und Findel-, Werk- und Arbeitshäuser werden „unter den besonderen Schutz des Staates“, d.h. unter staatliche Oberaufsicht gestellt. In der Praxis war damit zumindest ihre Gründung genehmigungspflichtig (Frehe 2004: 27). Der Staat behielt sich aber auch vor, in bestehende Gefüge einzugreifen:

„Veranlassungen, wodurch ein schädlicher Müßiggang, besonders unter den niedern Volksclassen, genährt, und der Trieb zur Arbeitsamkeit geschwächt wird, sollen im Staate nicht geduldet werden.“ (§ 7 ALR)

Im § 8 ALR wurde bestimmt, dass der Staat bei Missachtung der staatlichen Armenpolitik, Stiftungen aufheben konnte.

Die Neuordnung des Armenwesens beinhaltete eine Verschiebung der Verantwortung weg von den Städten hin zum absolutistischen Staat. Den Städten und Dorfgemeinden wurde dabei die Aufgabe der *Durchführung der Armenversorgung* zugeschrieben; bestehende Stiftungen und Einrichtungen sollten die Armenfürsorge unter der Leitung des Staates unterstützen. Damit wurden insbesondere die lokalen Armenräte und Kollegien in ihrer Autonomie anerkannt und gegenüber der Kirche nochmals gestärkt. Die kommunalen Gremien blieben ihrerseits sowohl organisatorisch als auch in Bezug auf ihre Leistungsfähigkeit weiterhin heterogen. Das Allgemeine Landrecht fixierte auch den obrigkeitlichen Verbotsvorbehalt von Vereinigungen. Damit wurde ein staatlich-verwaltungsrechtlicher Status von Vereinigungen konstruiert, in dem die Mitglieder nicht als Personen, sondern als Mitglieder des Staates angesprochen waren, die dem Geist der Obrigkeit, und deren Gemeinwohlvorstellungen verpflichtet waren (vgl. Bauer 1998).

3.1.1.5 Das Arbeits- und Armenhaus

Die Kasernierung von Armen und damit der von Armut betroffenen Gruppe der Alten, aber auch von Irren, Delinquenten und anderen „Aussätzigen“ in den Arbeitshäusern versprach einen doppelten Nutzen für die Gesellschaft: Die Insassen sollten durch die Pflicht zur Arbeit in den Häusern zu guten Mitgliedern der Gesellschaft erzogen werden und die BürgerInnen nicht mehr vor der eigenen Haustür durch die Bettelerei bedrängt werden.

„Das Arbeits- und Zuchthaus erscheint, ganz symptomatisch für das zeitgenössische Denken als das wirksamste Patentrezept, den Menschen Freude an der Arbeit und

die Überzeugung von der Notwendigkeit des Fleißes beizubringen.“ (Borscheid 1989: 438)

Freiheitsentzug und Arbeitszwang verbinden sich nach Geremek (1991) zum „Syndrom einer Sozialisationspolitik“ (ebd.: 256). Kennzeichen des Alltags im Arbeitshaus ist die Disziplinierung zur Arbeit. Vielerlei ritualisierte wie willkürliche Disziplinierungsakte, mit denen die Kontrolle der Insassenschaft aber auch die Abschreckung nach Außen erfolgen sollte, prägten diese Institution (vgl. Borscheid 1989; Sachße/Tennstedt 1980: 312ff.; Stekl 1986).

Das Arbeitshaus war kein isolierter Zweig innerhalb des Armenwesens. Zum einen wurde die Trennung in Arbeitsfähige und -unfähige nie verwirklicht und damit wurden alle gesellschaftliche „Problemgruppen“, und mit ihnen auch alte Sieche und Kranke, im Arbeitshaus untergebracht. Zum zweiten richtete der Staat eine Reihe von Arbeits- und Zuchthäusern in bestehenden Hospitälern und Klöstern ein. Zum dritten wurde die ehemalige Beschränkung auf Versorgungsmaßnahmen und das Anhalten zum frommen Leben auch in den anderen Hospitälern nicht mehr als adäquates Mittel gesehen. Wie erwähnt hatten die Hospitäler mit zunehmender Ressourcenknappheit umzugehen. Sie verloren an Attraktivität als Lebensort für wohlhabende BürgerInnen. Die Idee des Arbeitshauses beeinflusste die im Zuge dieser Veränderungen notwendig gewordene Neuausrichtung der Hospitäler. Erziehung zur Arbeit lautete fortan auch dort das neue Programm, das insbesondere dem protestantischen Gedankengut nahe stand. Eine religiöse Mildtätigkeit im Umgang mit den Armen verlor an Bedeutung. Diese Entwicklung spiegelte sich in den strengeren Hausordnungen der Hospitäler jener Zeit wieder, mit denen diese oft in bedenkliche Nähe zu den Zuchthäusern gerieten (Borscheid 1989: 442). Durch die Einführung strikter Ausgehverbote sollten auch die Insassen der Hospitäler vom Betteln abgehalten werden. Die alte Multifunktionalität der Spitäler ging damit langsam verloren. Sie wurden mehr und mehr zu *reinen Armenhäusern* umfunktioniert.

Die wirtschaftlichen Möglichkeiten der Armenhäuser hingen im 17. und 18. Jahrhundert von einer Mischfinanzierung aus Vermächtnissen, Sammlungen, Strafen und Steuern ab, die seitens der städtischen Verwaltung gefördert oder genehmigt wurden. Feste jährliche Einkünfte gab es kaum. Tappe (1997) kommt in seinen detaillierten Analysen der Ressourcenlage des Armen- und Waisenhauses der freien Reichsstadt Goslar beispielsweise zu dem Ergebnis, dass sich der Magistrat der Stadt bei der Finanzierung sehr

zurückhaltend verhielt; die städtischen Aufwendungen für das Haus entsprachen einem verschwindend geringen Prozentsatz innerhalb der städtischen Ausgaben und hatten eine geringe Bedeutung auf der Einnahmenseite des Armenhauses. Den größten Einnahmeposten im Goslarer Armenhaus machten die Sammlungserträge aus der Bevölkerung aus. Diese aber hingen von der Wohlfahrt der BürgerInnen ab. Die Erträge aus den ArmenbüchSENSAMMLUNGEN reagierten unmittelbar auf Getreidepreise und Ernteauffälle und sanken so mit jedem schlechten Jahr drastisch. Da Getreide wiederum ein Hauptausgabeposten im Armenhaus war, wurden seine BewohnerInnen gleich doppelt getroffen. In solchen Fällen sprang der Magistrat keinesfalls ausgleichend ein, sondern verordnete vielmehr einen ‚Insassenabbau‘ zur Schadensbegrenzung (Tappe 1997: 113f.).

3.1.1.6 Von der christlichen Nächstenliebe zum Wegschließen der Armen

Die Lebensmöglichkeiten alter Menschen in den Hospitälern und Armenhäusern waren mit von den *Leitbildern der Armenversorgung* geprägt. Mit einem Wandel und einer Neudefinition der Armut ging hier ein Wandel der Versorgungskonzepte einher.

Im frühen Mittelalter hatte Armut ein hohes Ansehen. Sie galt als geistiger Wert und die Unterstützung Armer durch Almosen und Stiftungen sollte der Förderung des Seelenheils der christlichen MitbürgerInnen dienen. Zugleich widmeten sich die Hospitäler nicht allein der Versorgung der Armen, sondern dort konnten auch wohlhabende BürgerInnen – unter deutlich angenehmeren Bedingungen – einen Lebensort finden. Leitkonzept war, dass Religiosität und fromme Lebensweise bestimmend für die Kultur der Einrichtungen sein sollten.

Doch nicht zuletzt im Zuge von Wirtschaftskrisen und Hungersnöten kam es zu einer veränderten Wahrnehmung von Armut. Die Masse der Armen wurde als Bedrohung der Gesellschaft wahrgenommen. Zum neuen Kriterium der Armenversorgung avancierte dabei die Trennung von „echten Bedürftigen“ und „arbeitsfähigen Armen“. Mit der anvisierten Begrenzung der Leistungen auf die „echten“ Armen und unter dem Einfluss der Konzepte der Arbeitshäuser wurden Institutionen geschaffen, welche die Erziehung zur Arbeit, begleitet von Disziplinierungsmaßnahmen suchten. Angst, Ausgrenzung und Repression waren die Charakteristika der Arbeitshäuser. Die Hospitäler blieben von diesen Entwicklungen nicht unberührt, sie verloren im Zuge der Neuorientierung im Armenwesen an Attraktivität als Lebensort für wohlhabende BürgerInnen und entwickelten sich vermehrt zu reinen Armenhäusern.

Die *Verantwortungs- und Aufgabenteilung* hatte sich im Zuge der Neudefinition der Versorgungseinrichtungen *und* im Rahmen neuer Zuständigkeitsvorstellungen gewandelt. Die treibenden Kräfte der Armenversorgung generell sowie speziell in den Hospitälern waren anfangs die Kirchen. Die Hospitäler hatten eine gewisse Autonomie, die im Fall der größeren Einrichtungen vor allem damit im Zusammenhang stand, dass sie nicht nur als Sozial- sondern auch als Wirtschaftsinstitutionen Bedeutung erlangten. Die Autonomie der kleineren Häuser rührte aus der Trägerschaft in selbstorganisierten Religionsgemeinschaften (Beginen). Später traten im Zuge der wachsenden Bedeutung von Städten im Sozialgefüge auch die Bürger als Akteure hinzu. Die Städte beanspruchten eine (Mit-)Trägerschaft im Armenwesen. Die damit einhergehende Ablösung der kirchlichen Verwaltung des Hospitalwesens durch die Beteiligung städtischer Behörden war begleitet durch die Einführung neuer Regelungen: ein Verbot der Bettelei, eine Rationalisierung der Versorgung und Festlegung von Kriterien, wer berechtigt war, Almosen zu erhalten. Nur vordergründig war die Auseinandersetzung um die bessere Form der Trägerschaft allein fachlich-inhaltlich begründet; es ging auch um Machtfragen sowie Begehrlichkeiten am großen Besitz der Hospitäler. Schließlich wirkte der absolutistische Staat als Gesamtverantwortlicher auf die Gestalt des Armenwesens ein. Seine Einflussnahme war geprägt um das Bemühen der Vereinheitlichung des Armen- und Anstaltswesens, wobei er die Armenräte der Städte mit der Organisation und Durchführung der Armenversorgung beauftragte. Kennzeichen des Wandels der Aufgaben- und Verantwortungsteilung in der Heimversorgung vom Mittelalter bis zur frühen Neuzeit ist vor allem die Abkehr von autonomen, nebeneinander bestehenden Verantwortlichkeiten hin zur Dominanz hierarchischer – erst städtischer, dann auch staatlicher – Steuerung. Eine Verantwortungsteilung am Armen- und Hospitalwesen zwischen Staat, Kirche und Städte war dabei vorgesehen.

Wie bereits aufgezeigt, kann in Mittelalter und Neuzeit nicht von einer *Zivilgesellschaft* im heutigen Sinne des Wortes gesprochen werden; dennoch gibt es Parallelen zwischen den damaligen *Wertegemeinschaften* (lokale Gemeinschaften, christliche Gemeinschaften) und heutigen Prinzipien, die wir mit einem bürgerschaftlichen Engagement für die Gesellschaft verbinden. Das Stiften und Almosengeben der BürgerInnen war die tragende Säule beim Aufbau der Hospitäler und der darin geleisteten Armenversorgung. Die Kirche und die weltlichen Institutionen (lokales Gemeinwesen/Staat) rivalisierten als Träger der Armenversorgung um das Vertrauen der BürgerInnen. Dabei wurde die Gemeinwohlorientierung immer wieder überschattet von einer „Veruntreuung“ bzw.

„Zweckentfremdung“ der kollektiven Güter seitens der Träger der Hospitäler. Ein Mangel an Zivilität lag in dieser Zeit im Umgang mit den Ressourcen, die von den BürgerInnen zur Verfügung gestellt wurden. Stiften und Almosen sind auch Ressourcen, deren Zufluss gegen Ende des Mittelalters brüchiger wird. Mit der Neudefinition von Armut wurde die Mildtätigkeit für Arme als moralisches Prinzip abgewertet. An Stelle ihrer wurde die Arbeitspflicht für die Armen, aber auch die Idee der materiellen Eigenvorsorge für den Familienverband aufgewertet. Während ein Engagement im Sinne der christlichen Nächstenliebe etwas mit der Integration von Armen in die Gesellschaft zu tun hatte, wurde es mit der veränderten Aufgabenzuschreibung der Hospitäler zu einem Engagement für das Wegschließen der Armen.

3.1.2 Armenreformen im Zeichen der Aufklärung – Bürgerbeteiligung auf breiterem Niveau

Im Lichte rasant steigender Armenzahlen, welche die Kapazitäten der Armen- und Arbeitshäuser bei weitem übertrafen, zeichnete sich in der vor- und frühindustriellen Zeit eine neue Verantwortungs- und Aufgabenteilung in der Armenversorgung ab. Sie wurde geprägt durch das vermehrte Hinzuziehen der Bürger in der Stadt bei der Entwicklung und Ausführung der Armenversorgung, neue Elemente wurde v.a. in der offenen Fürsorge entwickelt. Kern der Veränderungen, die nachfolgend erläutert werden, ist vor allem eine Emanzipation des Bürgertums in der Gesellschaft: es kommt zu einer Trennung der Sphären Staat und Gesellschaft.

3.1.2.1 Die Reform der Hamburger Armenanstalt von 1788 – Auftakt der aufgeklärten Armenreformen

In der Literatur wird der Reform des Hamburgischen Armenwesens im Jahr 1788 im Hinblick auf den Ausformungsprozess sozialer Dienste *und* bürgerschaftlichen Engagements besondere Aufmerksamkeit zuteil (Sachße/Tennstedt 1980: 125ff.; Dann 1993: 122ff.). Sie galt zeitgenössisch als innovativer Ansatz und wurde Vorbild für die Neuordnung des Armenwesens in mehr als 20 Städten Europas (Lindemann 1981: 166). Alte Menschen waren weiterhin nur Teil der heterogenen Gruppe der Armen, die mit den Reformen adressiert wurde, ohne dass ihre Situation dabei eine spezifische Aufmerksamkeit erhielt. Die Reform soll hier dennoch ausführlicher dargestellt werden, weil sie für eine sich ausbreitende Neuregelung der Verantwortungsteilung im Armenwesen steht: Im Geist der Aufklärung zeichnete sich ein neues Verhältnis von

Bürgertum und Obrigkeit ab, das für neue gesellschaftliche Verhältnisse steht: Es entstand eine bürgerliche Öffentlichkeit und die politischen und wirtschaftlichen Lebensverhältnissen wurden vermehrt durch ein selbstbewusstes Bürgertum geprägt. Dies ließ sich im wirtschaftlich aufstrebenden Hamburg schon sehr früh beobachten.

Die Hamburgische Stadtverfassung hatte männlichen Mitgliedern des gehobenen Bürgertums bereits im 16. Jahrhundert die Möglichkeit zuerkannt, als Honoratioren Leitungs- und Aufsichtsfunktionen in der sich nach und nach entfaltenden Kommunalverwaltung wahrzunehmen. Das Zuchthauskollegium des Hamburger Werk-, Zucht-, und Armenhauses wurde von zehn aus der Bürgerschaft gewählten Provisoren, dem jüngsten Bürgermeister und zwei Mitgliedern des Rates gebildet. Das Kollegium verwaltete das Armenhaus, betreute den Fond und stellte die Officianten an. In jährlichem Wechsel wurde aus dem Kreis der Provisoren ein Zuchthaus-Verwalter bestimmt, der weitgehend die Geschäfte des Hauses übernahm. Dieses Amt im städtischen Armenwesen war im Rahmen der bürgerlichen Laufbahn als Vorbereitung für höhere Weihen in der Kommunalverwaltung zu absolvieren. Im Sinne eines „*government by amateurs*“ wurden von den Kollegiumsmitgliedern keine speziellen Kenntnisse im Armenwesen verlangt. Die Provisoren sollten gute Christen, sowie wohlhabend und angesehen sein; dies würde sich, so die zeitgenössische Vorstellung, „vorteilhafter als die Arbeit ‚nachlässiger und unachtsamer Personen‘, d.h. besoldeter Bediensteter [...] beweisen“ (Lindemann 1981: 161). Die Kollegiumsmitglieder beschäftigten sich in ihrer Praxis nicht mit inhaltlichen Fragen zur Ausgestaltung des Armenwesens. Ein solcher Verwaltungsstil sollte Ende des 18. und Anfang des 19. Jahrhunderts mit der Formulierung aufgeklärter Ziele in der Armenpflege aussterben; von diesem Zeitpunkt an wurde auch von den ehrenamtlichen Leitungen Fachkenntnis erwartet (Lindemann 1981: 155-162).

Schon die Initiierung der Hamburger Reform lässt einen Wandel der Rolle des Bürgertums in der Stadt erkennen. Ausgangspunkt ist die expandierende städtische Armut, die im 18. Jahrhundert nicht nur in Verwaltungskreisen, sondern auch in der weiteren bürgerlichen Öffentlichkeit die Gemüter erregte. In Hamburg und in anderen wirtschaftlich aufstrebenden Großstädten hatte sich das gehobene Bürgertum in den vorangegangenen Jahrzehnten in einem Netzwerk von privat-bürgerlichen Vereinen, patriotischen sowie gemeinnützigen Gesellschaften zusammengefunden; dort wurde auch die drängende Frage der Bewältigungsmöglichkeiten des Armutsproblems diskutiert. In der im Jahr 1765 gegründeten Hamburgischen Patriotischen Gesellschaft wurde „durch eine

Handvoll unternehmungsfreudiger, regsamer Männer“ (Lindemann 1981: 165) ein Reformkonzept entwickelt und durch eine rege Publikationstätigkeit der weiteren Öffentlichkeit vorgestellt.⁵

Für die historische Vereinsforschung liegt im Aufkommen der bürgerlichen Vereinigungen wie dem Großen Club und den Patriotischen Gesellschaften im 18. Jahrhundert die Geburtsstunde des modernen Assoziationswesens und mit ihr die Geburt der Zivilgesellschaft als eine neue Sphäre der Öffentlichkeit neben dem Staat. Der Unterschied zu vorigen Formen der Vereinigung liegt im gewachsenen Spielraum des Individuums. Mitglieder der mittelalterlichen Korporationen waren qua Geburt, Beruf und sozialem Standort zugehörig; sie hatten kaum Einfluss auf die Zweckfassung der Korporation und konnten sie nur schwer verlassen. Die neuen Assoziationen hatten dagegen den Charakter eines freiwilligen Zusammenschlusses von Individuen verschiedener sozialer Herkunft, sie waren abseits von kirchlichen und staatlichen Organisationen angesiedelt (Dann 1993). „Sie bilden Orte des öffentlichen Rasonnements über die Zustände des Gemeinwesens, eine private Öffentlichkeit“ (Nipperdey 1972: 30).

Nach Nipperdey zeichnet sich die innovative Qualität der freiwilligen Vereinigungen auch darin aus, dass sich in ihrem Rahmen politisch nicht-mündige Bürger kommunal engagieren und integrieren können (ebd.: 30). Die reale Bedeutung einer solchen Demokratisierung im Rahmen dieser frühen Vereinstätigkeiten hat sich aber wohl eher in engen Grenzen gehalten. So hatten die Mitglieder der Hamburger Patriotischen Gesellschaft fast durchgängig Zugang zu den regierenden Kreisen. Es wurde eine enge Verbindung zwischen der Gesellschaft und der politischen Führungsschicht gepflegt. Später, als die Patriotische Gesellschaft etabliert war, wurde die Mitgliedschaft gar zur Voraussetzung für das Senatorenamt. Männer wie Eschle, der die Hamburger Reform mit vorangetrieben hatte, jedoch selbst aufgrund seiner gesellschaftlichen Stellung kein kommunales Ehrenamt hätte bekleiden können, waren die Ausnahme (Lindemann 1981: 163f.). Dennoch ist festzuhalten, dass in jener Zeit etwas in Bewegung geriet. Nicht nur der Verein, auch die Presse gab der bürgerlichen Gesellschaft ein „eigenes“, im

⁵ Auch überregional wurde eine interessierte Leserschaft erreicht. Durch persönliche Kontakte und Publikationen auf das Hamburger Konzept aufmerksam geworden, griffen beispielsweise die Mitglieder der Braunschweiger Vereinigung „Großer Club“ die Ideen auf und bewarben sie gezielt als geeignete Lösung für Braunschweig im „Braunschweiger Magazin“. Erst nach der Öffentlichkeitsarbeit trugen die dortigen Protagonisten einer Übernahme der Hamburger Reformelemente für Braunschweig ihr Konzept an das städtische Armendirektorium heran. Über dem Weg des öffentlichen Austauschs der bürgerlichen Milieus kam es zur Übernahme von den genannten Elementen (Albrecht 1981: 190ff.).

Vergleich zum Berufs- und Standesleben, aber auch bestehenden Machtzentren wie Stadt und Kirche, sozial durchlässigeres Diskussionsforum. Die ersten freiwilligen Vereinigungen waren zwar Teil der Entwicklung von der ständischen zur bürgerlichen Gesellschaft, sie waren dennoch nicht das Ergebnis dieses Prozesses (vgl. Nipperdey 1972: 42).

Betrachtet man die Inhalte der Hamburgischen Reform des Armenwesens, so ist vorweg anzumerken, dass ihre einzelnen Elemente für sich allein genommen zunächst nichts grundlegend Neues bereithielten. Die Armenversorgung sollte aus ihrem Almosenverteilcharakter herausgelöst werden. Hierzu wurde auf wissenschaftlich ermittelte Bedarfssätze von Geld- und Naturalleistung zurückgegriffen und die unorganisierte private Almosengabe (wieder einmal) verboten (Albrecht 1981: 189f.). Ein Kernstück dessen war die verstärkte Durchsetzung der Trennung von Arbeitsfähigen und -unfähigen. Die Arbeitspflicht galt fortan nicht allein in der geschlossenen Anstalt, sie wurde vielmehr auf die Hausarmen ausgeweitet (Sachße/Tennstedt 1980: 125). Das Neue an der Reform lag darin, dass es gelang, die einzelnen Reformelemente zu kombinieren und erfolgreich umzusetzen. Maßgeblich für das Gelingen war die *Reformulierung der Rolle des Bürgertums* in der Stadt. Bislang war es üblich gewesen, die Möglichkeiten der Einbindung des Bürgers, abgesehen von den wenigen herausragenden Posten in ehrenamtlichen Führungsgremien, auf das Stiften und Spenden zu beschränken; mit der Reform wurde stattdessen ein abgestuftes Programm der Beteiligungsmöglichkeiten und -pflichten im städtischen Armenwesen entwickelt. Der Bürger sollte als Spender, Sammler von Spenden, Mithelfer bei der Bekämpfung des Bettels durch Verweigerung von Bettelalmosen, als Armenpfleger, als Armenvorsteher bis hin zum Mitglied des Armenkollegiums einen Dienst in und für die lokale Gemeinschaft leisten (Albrecht 1981: 190, 193ff.).

Insbesondere das Ehrenamt des Armenpflegers war ein Novum. Die Armenordnung unterteilte Hamburg in 60 Quartiere, und wies jedem Quartier drei Armenpfleger zu, die einem Armenvorsteher der fünf Hauptbezirke unterstanden. Das Quartiersprinzip fußte auf der Idee, dass die Armenunterstützung am besten durch die Nähe der Armenverwaltung zu den Armen gesteuert werden kann. Der Armenpfleger sollte in seinem oder dem benachbarten Quartier eingesetzt werden. Seine Aufgabe bestand darin, als „Fürsprecher der Armen“ die Fürsorgebedürftigen in deren Häusern aufzusuchen, in einem „Abhörungsbogen“ ihre Verhältnisse zu dokumentieren und geeignete Maßnahmen vorzuschlagen. Seine Vorschläge wurden dann vom Armenvorsteher als dem

„Fürsprecher der Anstalt“ im Armenkollegium zur Abstimmung eingebracht (Sachße/Tennstedt 1980: 126).

Mit dem Amt des Armenpflegers wurde erstmals der bürgerliche Mittelstand in die Durchführung der städtischen Armenverwaltung integriert. Die von den Initiatoren gepriesenen Vorteile dieses Konzepts lassen Idealismus wie Pragmatismus erkennen. Die Idee der „Nähe zu den Armen“, wie sie im christlichen Weltbild verwurzelt ist, wurde in städtisch-territorialer Hinsicht zurückerobert. Sie ermöglichte eine bessere soziale Kontrolle der Verhaltensweisen der Armen. Der einfache Bürger könne am ehesten zum „echten Armenvater“ werden und der sittlichen Stärkung der Armen beitragen, weil er einen einfacheren Zugang zu ihnen finden könne. Dem reichen Manne stünden die Armen zu fern, ihm würden „die kleinen ermüdenden und mitunter ekelhaften Geschäfte unerträglich fallen.“ (Allgemeine Armenanstalt 1776, zit. nach Lindemann 1981: 170).

Es ging mit der Einführung der neuen Ansätze um noch etwas anderes als eine Reform des Armenwesens. Die Väter der aufgeklärten Armenreform hatten sich dieser Sache als gesellschaftliches Reformanliegen angenommen – sie waren beseelt vom Ideal der Erziehung zum „neuen Bürger“. Ihnen lag

„... ein eigenes und von ihren meisten Zeitgenossen unterschiedenes Menschenbild zugrunde [...]. Ihr Stichwort war Patriotismus oder Gemeingeist. Der Gegensatz Fürst und Untertan, Bürger und Obrigkeit oder Abgrenzungen zwischen Ständen [...] solche Dinge waren für sie überholt. Der Bürger, der das Ganze (Einwohnerschaft, Volk, Menschheit) sieht und im Rahmen seiner Möglichkeiten an der zur Erhaltung des Gemeinwesens notwendigen Organisation Anteil nimmt, ist ihr Ideal.“ (Albrecht 1981: 199)

Die Initiatoren der Armenreformen waren von Patriotismus und Gemeingeist als Handlungsleitbilder für eine Emanzipation des Bürgers und gleichsam einer erfolgreichen gesellschaftliche Entwicklung überzeugt. Die breite bürgerliche Beteiligung sollte zur Schule im *Civic Spirit* werden und der *Civic Spirit* die treibende Kraft einer gelingenden Armenpolitik sein.⁶ Nicht alle der in diesem Geiste entwickelten Vorstellungen der

⁶ Bei der Umsetzung der Reform in Hamburg zeigte sich, dass Überzeugungsarbeit nötig war: Das Pflichtamt war bei den einfachen Bürgern nicht sehr beliebt. Viele der frisch ernannten Pfleger baten beim Kollegium um eine Befreiung. In Braunschweig befürchtete man aufgrund der monarchistischen Prägung der Stadt schon im Vorfeld Schwierigkeiten bei der Durchführbarkeit durch fehlenden Rückhalt und Interesse in den bürgerlichen Kreisen (Lindemann 1981; Albrecht 1981).

Reformer konnten umgesetzt werden. Die Initiatoren der Reform sahen in ihrem Ursprungskonzept vor, dass die Armenpfleger von den Bewohnern selbst gewählt werden sollen. Dies sollte zur Stärkung der Nachbarschaften in Sachen Armutsbekämpfung beitragen. In der Umsetzung des Konzepts wurden dann aber die Armenpfleger und -vorsteher vom Armenkollegium gewählt (Lindemann 1981: 170ff.). Trotz aller Erneuerungen wurde das bestehende obrigkeitliche Gefüge nicht in Frage gestellt, es sollte vielmehr gestützt und entlastet werden.

3.1.2.2 Die kommunale Selbstverwaltung und das Armenwesen

Im Jahr 1808 wurde die *Preußische Städteordnung* im Rahmen der Stein-Hardenbergschen Reformen eingeführt; sie gilt als die Geburtsstunde der modernen kommunalen Selbstverwaltung und steht für breitere Möglichkeiten der Beteiligung von Bürgern auch jenseits einzelner, wirtschaftlich aufstrebender Großstädte mit ihrem (früher) erstarkten Bürgertum. Die Städte erhalten eine gesetzlich garantierte Autonomie, ihre Bürger sollen sich in allen Angelegenheiten des Gemeinwesens selbst vertreten. Stein selbst spricht ähnlich wie die Väter der aufgeklärten Armenreformen jener Zeit von der „Belebung des Gemeingeistes und Bürgersinnes“ und von der Weckung der „Kräfte der Nation“ (Thamer 2000: 289, 295). Bürgerliche Ehrenämter in der Administration der Städte sollten ein Gegengewicht zum Beamtentum setzen, die Position der Stadtverordneten gegenüber dem Magistrat wurde gestärkt. Doch trotz recht weitgehender Zugeständnisse an Selbstverwaltungsprinzipien schwebte Stein eine städtische Verwaltung als Teil eines modernen Verwaltungsstaates vor. „Der Bürger sollte seine Verantwortung für den lokalen Bereich als eine Funktion der Staatsgewalt erkennen“ (ebd.: 295). Durch die Einräumung von Selbstverwaltungsrechten auf der lokalen Ebene sollte das aufstrebende Bürgertum in den Staat integriert werden. Frühliberale Theoretiker kritisierten diese Unterordnung des Bürgers und stellten ihr das Ideal der „Gemeindefreiheit“ mit einer „umfassenden Unabhängigkeit der kommunalen Körperschaften“ gegenüber (ebd. 295).

Weiterhin besaßen nicht alle BewohnerInnen einer Gemeinde das Bürgerrecht. Zudem galt das (männlichen Bürgern vorbehaltene) Drei-Klassen-Wahlrecht. Ferner waren gewaltige Umwälzungen in der Bewohnerschaft der Industriestädte zu beobachten. Die Bürgerschaft war im Ergebnis eine Gemeinschaft der Grundbesitzer und Gewerbetreibenden. In den Städten bildete sie sich häufig als eine kleine exklusive Riege (Naßmacher/Naßmacher 1999: 47).

„Als ‚Reservat bürgerlicher Betätigung in einem autoritären Industriestaat‘ blieb die Kommune gleichermaßen abgeschirmt gegen den monarchischen Beamtenstaat und gegen die Arbeiterschaft. Zumindest in Preußen war die kommunale Selbstverwaltung längst zu einem ‚ausgesprochenen Instrument bürgerlicher Klassenherrschaft‘ geworden.“ (Ebd: 47, vgl. hierzu Hofmann 1974: 70)

Die preußische Städteordnung sah vor, dass die Städte Armendirektionen beriefen, in denen der Bürgermeister, Stadtverordnete und Bürger, in größeren Städten zudem der Stadtsyndikus, Geistliche, Ärzte und Vorsteher der Ortspolizei, das kommunale Armenwesen und damit auch die Aufsicht über die geschlossenen Anstalten und Stiftungen übernahmen (Baron 1983: 22). Das kommunale Armenwesens war nicht einfach integraler Bestandteil der Stadtverwaltung, sondern hatte den Charakter eines (teil-)autonomen Verbandes. Die Gremien waren zwar mit der Stadt verzahnt, folgten aber eigenen Regeln der personellen (Selbst-) Ergänzung und hatten autonome Entscheidungsbefugnisse. Diese Teilautonomie erklärt sich zum Teil durch das Selbstverwaltungsprinzip, zum anderen aber auch durch die Einbindung der Kirche. Die Kirche wurde zwar im Zuge der Säkularisierung zeitweise aus dem städtischen Armenwesen ausgekoppelt, doch besetzten die Pfarrer bald wieder wichtige Posten im Armenwesen. In Köln⁷ beispielsweise war es bis zum Jahr 1870 üblich, dass die Stadt zwar die Defizite der Armenverwaltung bezahlte, aber nur eine eingeschränkte Kontrolle über deren Politik besaß. Streng genommen, so resümiert Conrad (1994) war die Organisationsform der Armenverwaltung halb-autonom und halb-städtisch.

„Viel Energie ging in Streitigkeiten, in die Abwehr von Eingriffen seitens der Stadt oder der Provinzialregierung. Die Armenverwaltung selbst stand zwar dank alter und neuer Stiftungen vermögensmäßig auf festem Grund, war durch deren Zwecksetzungen aber auch in ihrem Entscheidungsspielraum beschränkt. Dies wurde vor allem im Anstaltswesen spürbar.“ (Conrad 1994: 153f.)

Mit dem *Reichsgesetz* über den Unterstützungswohnsitz von 1871 ging diese Autonomie verloren, und das Armenwesen wurde Teil der Stadtverwaltung (ebd. 154).⁸ Im Rahmen des Reichsgesetzes war vorgesehen, dass die Organisation und Ausführung des Armenwesens weitgehend den Städten und Kommunen durch Bildung von

⁷ Köln und das Rheinland wurden auf dem Wiener Kongress Preußen zugesprochen.

⁸ Das Gesetz schrieb zudem fest, dass Städte bzw. Kommunen nur für diejenigen Armen aufkommen müssen, die dort ihren Wohnsitz hatten. Einzelne Länder wie Bayern bezogen die Unterstützungspflicht auf alle, die ein „Heimatrecht“ besaßen, sich also in der Gemeinde aufhielten.

Ortsarmenverbänden oblag. Die Städte und Kommunen hatten einen weiten Spielraum und dementsprechend gab es eine vielfältige Ausgestaltung.

Zu einer zunehmenden Vereinheitlichung des Armenwesens kam es nicht nur aufgrund von Gesetzen, sondern auch durch geteilte Vorgehensweisen. Diese wurden mit der Verbreitung des sogenannten *Elberfelder Systems* vorangetrieben (Bahle 2007: 213). Die Organisation des Armenwesens in der Stadt Elberfeld entsprach in den Grundzügen der Konzeption des Hamburger Quartierkonzepts: Das Armenproblem sollte innerhalb überschaubarer sozialer Gemeinschaften gelöst werden, Kernelement war das Ehrenamt des kommunalen Armenpflegers (Sachße 2000: 77). Zu den EmpfängerInnen der offenen Armenhilfe zählte vorrangig die Gruppe der alten Menschen, da diese überdurchschnittlich von Armut betroffen waren. So waren in den Jahren 1865-1867 in Berlin über 2/3 der AlmosenempfängerInnen 60 Jahre und älter (Balluseck 1980: 24). Mit den neuen Konzepten wurde eine Individualisierung von Hilfen mit dem Ziel, Hilfen gezielt zu leisten, gefördert. Jedoch war damit keine spezifische Aufmerksamkeit für Probleme des Alters verbunden. Die kommunalen Armenpfleger stellten auch eine wichtige Schnittstelle zur geschlossenen Fürsorge dar: Sie beeinflussten über ihr Vorschlagsrecht den Eintritt in eines der Armenhäuser oder Hospitäler. Wurde ein Platz in einer Einrichtung dann von den Armenkollegien genehmigt, war die Zuständigkeit für den Insassen an das Armenhaus abgegeben (vgl. Sachße/Tennstedt 1981: 23; Sachße/Tennstedt 1980: 283ff.).

Das Elberfelder System wurde Blaupause für die vereinheitlichende Reorganisation des Armenwesens in den deutschen Städten ab dem Jahr 1853 und bestimmte es für die nächsten Jahrzehnte (Sachße 2000: 77). Im Elberfelder System war das Ehrenamt ebenfalls zunächst Männern vorbehalten, später wurde es für bürgerliche Frauen geöffnet. In der Praxis der Durchführung des Elberfelder Systems wurde schon frühzeitig auch auf bezahlte Armenpfleger zurückgegriffen. In einer Befragung des Deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit in 50 Städten zeigte sich, dass berufliche Kräfte bereits 1894 in beachtlichem Maß eingesetzt wurden (Sachße 2003: 41). Die Abkehr von der reinen Ehrenamtlichkeit hin zu einer Aufgabenteilung zwischen Ehrenamtlichen und Berufsbeamtentum wird auch in der Benennung eines neuen Leitkonzepts reflektiert; sie steht für den zum Übergang vom Elberfelder zum Straßburger System (vgl. Sachße 2003: 36ff.). Der Prozess der Verberuflichung wird maßgeblich durch den Ausbau der klassischen Armenhilfe zu einem breit gefächerten Fürsorgesystem vorangetrieben (vgl. Kap. 3.1.3). Mit der wachsenden Komplexität der Aufgaben und dem Verlust der

anfänglichen Vitalität überließ das Bürgertum schließlich die Verwaltung des Armenwesens seiner Städte dem Berufsbeamtentum (Sachße 2000: 77).

Die Reformen des öffentlichen Armenwesens in den Städten im Laufe des 19. Jahrhunderts konzentrierten sich auf den Ausbau einer fachlichen Grundlage und die offene Armenpflege. Auch die Armenhäuser waren insofern von den Veränderungen betroffen, als sie unter Trägerschaft eines nun vermehrt professionell und mit Fachwissen im Armenwesen agierenden städtischen Rates (bzw. des Armenkollegiums, des Stadtmagistrats) und Leiters standen. Nähere Umstände, die zu ihrer Weiterentwicklung beitrugen, werden in den folgenden Abschnitten (3.1.3) beschrieben. Neue inhaltlich-organisatorische Leitbilder, die etwas mit einem neuen Verhältnis zwischen Insassen und normalen Bürgern zu tun hatten, wie sie mit der Einführung des Ehrenamts des Armenpflegers in der offenen Armenpflege verbunden wurden, waren in den kommunalen Armenhäusern jener Zeit nicht zu finden. Bürger, die im Rahmen eines Ehrenamtes in regelmäßigem persönlichen Kontakt mit den Insassen im Armenhaus standen, hat es nach Recherchestand der Autorin nicht gegeben. Es gab in der gesichteten Literatur ebenfalls keine Hinweise darauf, dass ein solches Ehrenamt überhaupt diskutiert worden wäre. Das Engagement der Bürger beschränkte sich im Fall der Armenhäuser auf die Verwaltungsebene einerseits und das Spenden und Stiften andererseits. Die „sittliche Stärkung“ und soziale Kontrolle der Armen, die Motive für die Verpflichtung des Bürgers in der offenen Armenpflege waren, waren in den Armenhäusern durch detaillierte Regulierungen des Alltagsablaufes fest organisiert.

3.1.2.3 Trennung der Sphären Staat und Gesellschaft

Mit der Aufklärung war in Deutschland eine schrittweise Trennung von staatlicher und gesellschaftlicher Ebene zu beobachten.

„Der Staat zieht sich aus seiner Rolle als omnipotenter Gestalter des sozialen Lebens zurück (oder wird in gesellschaftlicher Auseinandersetzung aus dieser Rolle verdrängt) und setzt die Gesellschaft als nunmehr entpolitisierten Sektor privater Autonomie frei.“ (Sachße 2000: 76)

Für die Trennung ist wesentlich, dass die Ökonomie von staatlicher Bevormundung und Willkür befreit wird. Es entsteht eine private Ökonomie, der Bereich des Marktes. Im Zuge seines ökonomischen Aufschwungs erhebt das Bürgertum auch den Anspruch, sich in öffentlichen Belangen zu engagieren. Vor allem mit den ersten Vereinen entsteht eine bürgerliche Öffentlichkeit, welche die staatliche Gewalt im öffentlichen Raum

kritisch begleitet und durch selbstorganisierte Aktivitäten ehemals dem Staat überlassene Aufgaben übernimmt. Das Armenwesen bietet dem wirtschaftlich und kulturell aufstrebenden Bürgertum ein zentrales Betätigungsfeld. Dennoch kam es nie zu einem starken Bürgertum, eine bürgerliche Revolution im eigentlichen Sinne blieb aus. Das Bürgertum erlangte wenig Einfluss auf die Setzung öffentlicher Agenden. Auf Landes- oder Reichsebene war ihm weiterhin das Mitwirken verweigert; Mitsprachemöglichkeiten an öffentlichen Angelegenheiten waren auf die im Staat wenig bedeutende kommunale Ebene beschränkt – sodass es sich hier um eine zu Teilen entpolitisierte Zivilgesellschaft handelt (Bahle 2007: 209f.).

Im 19. Jahrhundert entfalten sich zwei Traditionslinien der bürgerschaftlichen – anfangs im Sinne einer *bürgerlichen* – Selbstorganisation: die kommunale Selbstverwaltung und die bürgerliche Vereinskultur (Sachße 2000: 76ff.). Die bisherigen Ausführungen konzentrierten sich vor allem auf die Entfaltung der kommunalen Selbstverwaltung, welche eine Synthese von bürgerlichem Engagement und Staat bot. Die kommunale Selbstverwaltung schaffte dem Bürgertum die Möglichkeit, sich sowohl auf administrativer wie auch mit der Durchführung des sozialen Ehrenamts des Armenpflegers an öffentlichen Aufgaben zu beteiligen, wobei die Integration der entstehenden bürgerlichen Zivilgesellschaft im Vordergrund steht. Bereits am Ende des 19. Jahrhunderts allerdings wurden die ehrenamtlichen Funktionen in der öffentlichen Armenpflege schrittweise überlagert und ersetzt durch berufliche Tätigkeiten. Der Schwerpunkt des Engagements von Bürgern (und Bürgerinnen) in der Armenpflege verlagert sich im Kaiserreich hin zur bürgerlichen Vereinskultur, deren Wirken und Dynamik im folgenden Abschnitt näher betrachtet wird.

Wenn wir heute von bürgerschaftlichem, freiwilligem Sozialengagement sprechen, so entstammt dies nach Sachße (2000: 77) vor allem der Tradition der Vereinskultur. Auch der Verein war anfangs lediglich ein bürgerliches Projekt, Sozialengagement war hier zunächst ebenfalls vielfach nur als bürgerliches Beteiligungskonzept konzipiert. Aber es kam, wie im folgenden Abschnitt ausgeführt werden wird, bereits im 19. Jahrhundert zu einer dynamischen Ausbreitung privatwohltätiger Vereinigungen. Mit der zunehmenden Bedeutung für die Gesellschaft öffnet sich der Verein auch anderen sozialen Schichten und vor allem auch: den Frauen. Es fand eine Entwicklung statt, in der schließlich der Bürgerstatus und bürgerschaftliches Handeln allen sozialen Schichten zugänglich wurde. Der Verein symbolisiert den Übergang vom bürgerlichen zum *bürgerschaftlichen* Engagement.

3.1.3 Private Wohltätigkeit und soziale Dienste im 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts

In den kommenden Abschnitten wird es darum gehen, die Entwicklungen der Verantwortungs- und Aufgabenteilung für die Versorgung alter Menschen und der Leitbilder der Heimversorgung im 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts zu beschreiben. Diese stehen im Kontext einer dynamischen Entfaltung selbstständig organisierter privatwohltätiger Initiativen und einer beginnenden Wahrnehmung von Alter als eigenständige Versorgungskategorie.

3.1.3.1 Ausdifferenzierung sozialer Hilfeangebote im lokalen Gemeinwesen und der Verein

In der historischen Sozialpolitikforschung wurde herausgearbeitet, dass die „Sozialstadt“ im 19. und frühen 20. Jahrhundert der eigentliche Ort sozialpolitischer Innovation war. Während die staatliche Sozialpolitik mit ihren in den 1880er-Jahren eingeführten Sozialversicherungssystem eher an der „Heilung sozialer Schäden“ und einem gesellschaftlichen „Status-quo-Erhalt“ orientiert war, hatte sich in der Sozialstadt bereits ein breites gesellschaftliches Reformziel dynamisiert (Reulecke 1996: 59).

Die Sozialstadt wurde zu einem großen Teil von Initiativen der Privatwohltätigkeit getragen, die sich außerhalb der Verwaltung selbstständig organisierten, um soziale Dienste zu entwickeln und anzubieten. Wohltätigkeitsvereine wurden schon in der ersten Hälfte des 19. Jahrhundert in Reaktion auf den Pauperismus⁹ massenhaft gegründet (vgl. Sachße/Tennstedt 1980: 239f.). Der Verein tritt hier als typische soziale Organisationsform der Privatwohltätigkeit seinen Siegeszug an. Die Reichweite der privatwohltätigen Organisationen konzentrierte sich in der Anfangsphase größtenteils auf den lokalen Raum. Sie durchliefen bereits bis 1848 mit der Auffächerung ihrer Zwecke auf je spezifische Problemlagen bzw. Klienteln eine beachtliche Differenzierung und organisierten soziale Fürsorgeangebote, die in dieser Vielfalt zuvor nicht angeboten wurden, z.B. Unterricht für arme Kinder, Speisung, Bekleidung, Betreuung von entlassenen Gefangenen etc. (Hardtwig 1984: 15, 18f.; Sachße/Tennstedt 1980: 239). Nach der Reichsgründung kommt es im Zuge der beschleunigten Industrialisierung und der sich zuspitzende sozialen Probleme des Industrieproletariats zu einem weiteren Gründungsschub neuartiger Fürsorgeeinrichtungen.

⁹ Mit dem Begriff des Pauperismus wurde eine neue Form der Massenarmut bezeichnet, die im Zuge der Industrialisierung auftrat (Wörterbuch der Sozialpolitik 2003).

„In den Städten des Deutschen Reiches bestand neben der öffentlichen Fürsorge eine bunte, unübersichtliche Vielzahl privater wohltätiger Einrichtungen für verschiedene Adresatengruppen und Konfessionen, die häufig nach Hunderten, in den Metropolen gar nach Tausenden zählte, wobei die Organisationsform des Vereins gegenüber der traditionellen Stiftung zunehmend an Bedeutung gewann.“ (Sachße 2000: 78f.)

Das neue an den durch privatwohltätiges Engagement geschaffenen Angeboten der „sozialen Fürsorge“ war nicht nur, dass sie jenseits des Kernbereichs der klassischen Armenfürsorge Hilfen anbieten, sondern vor allem auch, dass diese Angebote für die Armen nicht mehr diskriminierend und stigmatisierend konzipiert sind. Die Konzipierung der Fürsorgeangebote stand unter dem Leitgedanken, dass sie dazu beitragen sollen, die sozialen Spannungen der Gesellschaft abzubauen, d.h. das Proletariat in die bürgerliche Gesellschaft zu integrieren (Sachße 2010: 1; Simmel 1981: 375f.). Notwendig für die Integration ist die „soziale Tat“ des Bürgertums. Ende des 19. Jahrhunderts liegt die Geburtsstunde der modernen Sozialarbeit, deren Arbeitsgrundlage ein solcher Integrationsansatz ist. Insoweit Engagement stärker die direkte Begegnung und Beziehung zwischen Helfern und Hilfesuchenden beinhaltete, wurde es nicht mehr allein als Sache der Männer verstanden. Alice Salomon, eine Pionierin der sozialen Arbeit, war davon überzeugt, dass „die Frauen am besten geeignet sind, ein Bindeglied zwischen den Klassen zu sein“ (Simmel 1981: 376).

Die Vereinsbewegung ist im betrachteten Zeitraum eine typisch städtische Erscheinung. Im ländlichen Raum sind Vereine kaum verbreitet. Hier wiesen Nachbarschaften ein ähnliches Organisationsprinzip als Zweck- und Sicherungsverbände auf, wobei sie allerdings aufgrund ihrer fehlenden Formalisierung heute kaum mehr greifbar sind (Tenfelde 1984: 72f.).

Zwar ist der Vereinsgedanke mit der Idee der Aufklärung und nicht zuletzt auch der vormärzlichen Gesellschaftsreformer verbunden, jedoch wird der Verein bald zum breiten, alle gesellschaftlichen Lager umfassenden, Phänomen. Die Vereine wurden von verschiedenen Kulturen und Milieus von Gesellschaft geprägt. Christlich-konfessionellen Organisationen entwickelten sich im 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts zu den zentralen Trägern von sozial-pflegerischen Diensten. Vorreiter war vor allem die evangelische Privatwohltätigkeit, die sich als „Versittlichungsbewegung von unten“ schon in der ersten Jahrhunderthälfte dynamisch entfaltete (vgl. Olk/Heinze 1981: 236). Im

katholisch-konservativen Lager setzte erst nach der Revolution eine Vereinsbewegung ein. Die laienorientierte Vereinsidee stieß in der katholischen Kirche zunächst eher auf Ablehnung. Der autonome Gestaltungsspielraum, den der Verein für Laienorganisationen eröffnete, wirkte auf die obrigkeitlich organisierte katholische Kirche zunächst äußerst befremdlich (Halder 1995). Doch letztlich sprachen sich die katholischen Theoretiker wohlwollend gegenüber dem Vereinswesen aus, indem sie es ideengeschichtlich an das christliche Mittelalter als der „Mutter der Associationen“ anknüpften (Tenfelde 1984: 75). Allerdings blieben die ersten katholischen Vereine häufig „ohne eigentliches Vereinsleben“ organisiert. Charakteristikum ihrer Einführung in den Gemeinden ist die pauschale Anordnung „von oben“, also ihre kirchenamtliche Einsetzung (Halder 1995: 393).

3.1.3.2 Private Wohltätigkeit für das Alter

Im 19. Jahrhundert begann sich in der Gesellschaft ein Bewusstsein von Alter und Invalidität als eigenes soziales Risiko herauszubilden, das sich in einer regen Debatte der bürgerlichen Gesellschaft über eine staatliche Altersabsicherung zeigte (vgl. Ehmer 1990: 92ff.). Die Einführung einer staatlichen Rentenversicherung stand im Geist eines neuen und zukünftig überaus erfolgreichen Leitbilds der öffentlichen Unterstützung des Alters als spezifischem Lebensrisiko. Doch die Unterstützung war selektiv und nur minimal; sie sicherte nicht die Versorgung im Alter. Bereits Ende des 19. Jahrhunderts beobachtete die Politik das zunehmende Problem der Verarmung alter Menschen – insbesondere der Sozialrentner, d.h. der BezieherInnen von i.d.R. sehr bescheidenen Alters-, Invaliden-, Witwen- und Unfallrenten der Sozialversicherung. Alte Menschen waren auf das Armenwesen angewiesen. Welche Angebote wurden hier geschaffen?

Hilfen für alte Menschen hatten bei der Ausdifferenzierung und dem Ausbau des breiten Fürsorgeangebots keine größere Bedeutung. So hält Conrad (1994) in seiner Studie über das Armenwesen der Stadt Köln nach Sichtung der Erhebungen des dortigen Vereinswesens zu den Zeitpunkten 1883, 1900 und 1910 fest:

„Aufgrund der angegebenen Zwecke und Spezialisierungen läßt sich nicht auf ein besonderes Interesse für Probleme älterer Menschen schließen. Zweifellos hat man an sie gedacht, wenn von der Hauspflege Kranker und Genesender, der besonderen Berücksichtigung ‚verschämter Armer‘ oder allgemein von der (zusätzlichen) Unterstützung der Armen einer bestimmten Glaubensgemeinschaft die Rede war. Würde man die Klientel dieser Vereine besser überblicken, ergäbe sich womöglich

ein ähnlich starker Anteil alter Menschen und v.a. alter Witwen wie in der öffentlichen Armenpflege. Hatten sich die Vereine dagegen auf ganz bestimmte Zielgruppen oder Fürsorgebereiche spezialisiert, dann ging es meistens um Kinder, Jugendliche, besonders auch um Mädchen und junge Frauen, die ‚gefallen‘ waren oder bei denen ‚Verwahrlosung‘ drohte. Witwen und Waisen wurden ebenfalls oft ins Auge gefaßt.“ (Ebd.: 159)

Ein ähnliches Bild ergibt sich aus der Lektüre eines Nachschlagewerks von Waelcher (1904), „Die Casseler Frauenvereine 1812-1904“, das über Gründungsgeschichte, Entwicklung und Zweck der Vereine Auskunft gibt.¹⁰ Offene Fürsorgeangebote, die sich explizit auch an Alte richteten, umfassten zuvorderst die Gewährung einer materiellen Unterstützung – insbesondere adressiert an die Gruppe der Witwen, die damals besonders von Armut betroffene Altengruppe. Allerdings gab es – relativ zur Gesamtzahl von privatwohltätigen Organisationen: vereinzelt – Vereine und Stiftungen zur Trägerschaft von Heimen¹¹ für das Alter.

Einen ergänzenden Blick auf die Bedeutung der Hilfen für Alte in der Privatwohltätigkeit bietet das Ausmaß der hier mobilisierten materiellen Ressourcen über Stiftungen im Vergleich mit den Stiftungsaktivitäten für andere Fürsorgebereiche. In einer Studie über die Stiftertätigkeit der Kölner BürgerInnen untersuchte Conrad die „Armenstiftungen für besondere Zwecke“, also das Stiftungsvermögen unter städtischer Verwaltung. Selbstständige Stiftungen und Stiftungen unter Verwaltung der Kirchen wurden hierbei nicht einbezogen. Er stellte fest, dass der durchschnittliche Wert einer einzelnen Stiftungsübertragung für Alte, Sieche oder Invalide beachtliche 25.500 Mark betrug. Dagegen wurden beispielsweise zugunsten des neuen Fürsorgezweigs der Hilfen für Taubstumme durchschnittlich lediglich ein Bruchteil davon in der Höhe von 3.100 Mark gestiftet¹². Das Gesamtvermögen der „Armenstiftungen für besondere Zwecke“, wuchs im Zeitraum von 1891 bis 1911 von 1,4 Mio. auf 5,6 Mio. Mark an. Dabei stiegen vor allem die Vermögenswerte der Stiftungen für Alten- und Invaliden-

¹⁰ Die Frauenvereine konstituierten sich auch hier hauptsächlich zum Zweck der Verbesserung der Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen, der Förderung der Ausbildung von Frauen, der Krankenpflege, sowie der Unterstützung von Menschen in speziellen Notlagen, beispielsweise mit Angeboten der Trinker- und Obdachlosenfürsorge, sowie der Unterstützung im kirchlichen Leben.

¹¹ Ab Ende des 19./Anfang des 20. Jahrhunderts beginnt man von „Heimen“ zu sprechen.

¹² Sinn des Vergleichs zu den Taubstummen mag den Leser an dieser Stelle etwas verwirren. Zur Einordnung sei erwähnt: Für Taubstumme gab es in Köln ein großes Engagement, protegiert von einem Kölner Bürger. Es wurden eine Schule etc. initiiert Die Taubstummenfürsorge zählte zudem zu den neuen Fürsorgezweigen, die die BürgerInnen besonders bewegte und die in besonderem Maße vom aufblühenden Privatwohltätigkeitswesen profitierte.

heime und zugunsten von Behinderten; sie machten im Jahr 1911 mit zusammen 66% des Gesamtvermögens aus. Demgegenüber ging der Bereich der Kinder- und Waisenfürsorge von 31% im Jahr 1891 auf 8,5% im Jahr 1911 zurück (Conrad 1994: 162ff.).

Zur Schaffung und zum Ausbau der „geschlossenen Fürsorge“ war ein größeres Vermögen erforderlich, dass durch das Stiften mobilisiert werden konnte. Dabei sind es insbesondere einzelne größere statt viele kleine Stiftungen, über die diese Ressourcen einfließen. Mit dem Stiften für das Alter verhält es sich ähnlich wie mit den Vereinen für das Alter. Beides kam eher vereinzelt vor und war nicht in eine weit verbreitete städtische Bewegung eingebettet.

Die Privatwohltätigkeit richtete sich in der Fülle ihrer Angebote vor allem auf die Fürsorge für Kinder, Jugendliche und Familien. Das Alter stand hinten; es wurde nicht durch neuartige Dienste in der offenen Fürsorge speziell adressiert. Dass vor allem im Bereich Kinder, Jugend und Familie innovative, offene, Fürsorgeangebote geschaffen wurden, schien die Begleitmusik zu sein für eine kulturelle Neudefinition der Generationenverhältnisse und des Alters im 19. Jahrhundert. Im Zuge der vor- und frühindustriellen Phase erlitt das höhere Lebensalters eine Positionseinbuße. Als aus der Produktionsgemeinschaft Ausgeschiedene mussten Alte hinter denen, die „Werte schaffen“ zurückstehen. Geboten war eine „rationelle Platzierung“ alter Menschen, wie sie das Heim ermöglichte (Kondratowitz 1988a: 113f.). Allein die zeitgenössische Wortwahl kann hier schon recht aufschlussreich sein. So bestimmten zwei Brüder in Köln im Jahr 1825 gegenüber der Armenverwaltung, dass das Legat ihres dritten verstorbenen Bruders auf zwei Plätze im Waisenhaus und einen Platz im Armenhaus aufgeteilt werde; dies wird von den Worten begleitet:

„... [Es] scheint uns am zweckmäßigsten für Religion und Staat zu seyn: wenn die Jugend beim Aufkeimen zur Religion und Arbeit angeführt und dem entnervten von eigenen Mitteln entblößten Alter die unentbehrlichen Bedürfnisse (sic!) zugesichert werden.“ (zit. nach Conrad 1994: 164, Zusätze in Klammern durch Conrad)

Allerdings im Zuge des Engagements in privatwohltätigen Vereinigungen eine neuartige Einrichtungsart zur Blüte – *das Altersstift*. Das Altersstift richtete sich nicht an die traditionelle Armenklientel, sondern stellte eine Wohn- und Versorgungsalternative für die eigene (klein-) bürgerlichen Schicht der Engagierten dar, durch die die Risiken und Verarmungstendenzen im Alter abgedeckt werden sollten (vgl. Kondratowitz 1990a). Das Engagement zur Schaffung von Stiftungen für ein „würdiges“ Alter war zugleich auch

das Ergebnis einer neuen Form des zivilgesellschaftlichen Engagements: die Selbsthilfe und kollektiv organisierte Eigenvorsorge der (klein-) bürgerlichen Schichten, die vor allem an berufstätige Frauen und Witwen gerichtet war. Ein Akteur dieser neuen Engagementform im Bereich der Heimangebote waren beispielsweise die Berufsvereine von Frauen. Diese setzten sich für eine verbesserte Absicherung der berufstätigen Frauen bei Krankheit, Invalidität und Alter ein. Sie gründeten Pensionsfonds und Versicherungskassen, unternahmen politische Aktivitäten zur Förderung der Aufnahme ihrer Mitglieder in den bestehenden Kassen und leisteten Aufklärungsarbeit für ihre Mitglieder zum Thema Altersversorgung. Die Berufsvereine waren im Rahmen der Bemühungen um die Alterssicherung ihrer Mitglieder Träger von Altersheimen für berufstätige Frauen und sie vereinbarten Sonderkonditionen für ihre Mitglieder in Heimen anderer Träger. Insgesamt war eine Vielzahl anderer bürgerschaftlicher Zusammenschlüsse aus dem kirchlichen wie aus dem weltlichen Kontext am Aufbau von Altersstiften beteiligt (vgl. z.B. Waelcher 1904: 287).

Die in Selbstorganisation von BürgerInnen umgesetzten Stiftskonzepte knüpfen an die Idee des mittelalterlichen Stiftswohnens an. Allerdings handelte es sich beim Stiftswesen des 19. Jahrhunderts nicht lediglich um die Aufwärmung des alten Institutionentyps. Vielmehr kam es einerseits zu einer konzeptionellen Erneuerung des Stiftswohnens, die nicht nur bei den Neugründungen, sondern auch in schon bestehenden Einrichtungen durch Einführung einer neuen Stiftsordnung einsetzte (Kondratowitz 1990a: 143). Das Stiftswohnen galt zu jener Zeit für verschiedene Bevölkerungsgruppen als geeignete Wohnform. So wurden Stifte nicht nur für alte Menschen, sondern auch für andere Bevölkerungsgruppen ohne festen Familienanschluss wie beispielsweise Auszubildende oder berufstätige Frauen in jener Zeit vermehrt geschaffen (vgl. Waelcher 1904). Dabei ist auch im Fall des Stiftswohnen davon auszugehen, dass die „Attraktivität“ des Stifts für einen pragmatischen Umgang mit der verbreiteten wirtschaftlichen Notsituation insbesondere des weiblichen Alters in jener Zeit zu sehen ist – auch das Stift erfordert ein Sich-Hineinfügen in eine Institution aufgrund der begrenzten Möglichkeiten (vgl. Kondratowitz 1988a: 118). Im Folgenden wird das Konzept der Stifte näher vorgestellt.

3.1.3.3 Das Pfründner- und Stiftshaus

Kondratowitz leitet seine Abhandlung über das Altersstift im 19. Jahrhundert mit den Worten ein, dass er die Perspektive des Stifts als „bürgerliches Vergesellschaftungsmodell unter der Prämisse einer institutionell organisierten Versorgung“ aufzeigen möchte (Kondratowitz 1990a: 142). Eine Zusammenschau zum „Hessischen Damenheim“ auf Basis einer Beschreibung im Verzeichnis der Casseler Frauenvereine 1812-1904 kann dies illustrieren:

Das hessisches Damenheim (Waelcher 1904)

Der Verein "Hessisches Damenheim" wurde im Jahr 1881 von Damen gehobenen Standes gegründet. Das geplante Heim sollte sich an „alleinstehende gebildete Frauen und Jungfrauen“ richten, um ihnen durch „billige Wirtschaftsführung, einmal das oft schwer empfundene ‚Alleinsein‘ zu ersparen und ihnen gegen verhältnismäßig sehr geringe Zahlung ein freundliches Heim und gute Verpflegung zu bieten, sowie für Erwerbsgelegenheit nach Möglichkeit Sorge zu tragen“ (236).

Konkret richtet sich das Angebot an:

- a) Frauen und Töchter „nach dem Tod ihrer Angehörigen, denen Sie ihr Leben lang in uneigennütziger Weise dienten, oft in einem Alter, wo es schwer ist, sich noch ein neues Arbeitsfeld zu schaffen, mit unzureichenden Mitteln ratlos den Anforderungen gegenüber, die das tägliche Leben stellt“ (235).
- b) Frauen und Töchter mit „unvorhergesehene[n] Vermögensverluste[n] [...] wenn sie die besten Jahre des Lebens in wohlgeordneten Verhältnissen verbracht haben und zu einer Zeit, wo sie nicht mehr im Vollbesitz ihrer Kräfte sind, die Sorge für den täglichen Unterhalt an Sie herantritt.“

Im Jahr 1894 konnte der Verein, „dank der angesammelten Mitgliederbeiträge und der Zuwendung von Gönnern“ (236) eine Wohnung mit Raum für acht Damen anmieten und einrichten.

Im Jahr 1898 übernahm Prinzessin Carl von Hessen das Protektorat über den Verein. Das Heim konnte in einem neu erbauten Haus außerhalb von Kassel, aber mit sehr guter Verkehrsanbindung durch den benachbarten Bahnhof, untergebracht werden. Die Kosten konnten zum Teil auch durch eine „von der Königlichen Regierung genehmigten Lotterie gedeckt“ (237) werden.

Der Verein bemühte sich darum, durch Finanzierung „vollständiger und halber Freistellen“ (238), auch jenen Damen den Zugang zum Heim zu ermöglichen, die den angesetzten Preis, „der so mäßig ist, dass die Einzelne nicht imstande wäre, mit dem gleichen Betrag selbständig zu wirtschaften“ (238) nicht aufbringen konnten. Die Vereinsmitglieder selbst erhielten ein Einzugsvorzugsrecht. Im Jahr 1901 leben 15 Damen dauerhaft sowie 25 Passantinnen im Heim.

Wo im Mittelalter und Früher Neuzeit Herrenpfründner und Stadtarme unter einem Dach lebten und die „andauernden Streitigkeiten zwischen den sozialen Gruppen [...] manchen Aktenband [füllten]“ (Kondratowitz 1990a: 146f.), setzte das Stift auf eine interne soziale Homogenisierung, die über exklusive Zugangskriterien vermittelt wurde. An erster Stelle standen in der Regel die Geschlechtszugehörigkeit, dann die Position in

der Ständeordnung, schließlich der Familienstand, die Konfessionszugehörigkeit, der Gesundheitszustand und das Alter. Die klassischen Klienteln der Stifte sind bedürftige Witwen des Bürgertums mit „würdigem Lebenslauf“ (Kondratowitz 1990a: 143ff.). Das durch die unterschiedlichen Zugangskriterien geschaffene facettenreiche Angebot stellte den ersten wesentlichen Unterschied der Stifte zu den Armen- und Siechenhäuser des 19. Jahrhunderts dar. Die Armenhäuser mussten als Auffangstationen eines letzten Rests der Gesellschaft mit einer Gruppenvielfalt der Bedürftigen umgehen.

Stifte richteten sich vorwiegend an das „rüstige Alter“. Allerdings konnten die BewohnerInnen bei später eintretender Pflegebedürftigkeit gegen ein zusätzliches Pflegegeld versorgt werden. Ebenfalls gab es einzelne Einrichtungen, die sich auf die Versorgung Siecher spezialisierten. Zwei Beispiele aus dem Hand- und Nachschlagebuch der Privaten Fürsorge in Frankfurt am Main aus dem Jahr 1901 seien hier angeführt:

Das Versorgungshaus für Israeliten richtete sich an

„... Arme, durch Altersschwäche oder Krankheit zum Erwerb ihres Unterhaltes unfähig gewordene Angehörige der israelitischen Gemeinde oder dahier heimatsberechtigten Israeliten beiderlei Geschlechts aufzunehmen und zu erhalten.“ (Private Fürsorge 1901: 113, zit. nach Kondratowitz 1990a: 149)

Das Wilhelm-Augusta-Stift hatte die Aufgabe der

„... Aufnahme und Verpflegung von alten und siechen Personen beiderlei Geschlechts“ (Private Fürsorge 1901: 114, zit. nach ebd. 149)

Die Stifte sollten den BewohnerInnen Privatheit und ein den eigenen Vorstellungen entsprechend gestaltbares Leben ermöglichen, das heißt einen „mit den Lebensgewohnheiten des kleineren Bürgerhaushaltes nicht zu stark kontrastierenden Charakter“ (Buehl/Eschle 1903: 101, zit. nach Kondratowitz 1988a: 107) haben. In den zeitgenössischen Selbstdarstellungen werden dementsprechend hervorgehoben:

„Einzelzimmer mit eigener Möblierung, nahezu unbegrenzter Ausgang für die Bewohner, ausgedehnte Besuchszeiten, freie Tageseinteilung, kein Zwang zu gemeinsamen Mahlzeiten, Möglichkeit der eigenständigen Verpflegung, unbegrenztes Recht auf Urlaub, mit Genehmigung des Hauses sogar der Fortbetrieb eines Gewerbes u.ä.m.“ (Kondratowitz 1988a: 107)

Es würde sich allerdings ein falsches Bild von den Stiften ergeben – abgesehen vielleicht von wenigen exklusiven Ausnahmen – würde man Sie als Einrichtungen charak-

terisieren, die sich durch die Möglichkeit auszeichneten, dass die BewohnerInnen dort einer individualisierten Lebensweise nachgehen konnten. Allein aus ökonomischen Gründen scheint dies kaum vorstellbar zu sein, da doch auch in den Stiften die Verhältnisse und finanziellen Möglichkeiten meist sehr bescheiden waren. Darüber hinaus träfe diese Vorstellung kaum die damaligen Vorstellungen vom guten oder angemessenen Leben.

Das Leitbild des Stiftswohnens ist das des familienähnlichen Zusammenlebens in der Hausgemeinschaft gewesen (Kondratowitz 1990a: 146). Die Orientierung des Alltags im Stift am familiären Zusammenleben entsprach der Ausrichtung an einem als natürlich gesehenen Lebenszusammenhang von Menschen, gekoppelt mit einem „besonderen Wohn- und Versorgungsangebot“. Das familiäre Leitbild in der Zeit des 19. und 20. Jahrhunderts ist der patriarchalische Familienzusammenhang. Die Leitung des Stiftsalltags übernahm der „Hausvater“ der in gerechter und gutmütiger Weise über die anvertrauten BewohnerInnen wachen sollte (Kondratowitz 1988a: 107). Den BewohnerInnen wurde dabei die Rolle der Kinder zugeschrieben. Die Hausleitung war ein Lebensberuf; heutige Vorstellungen von Professionalität waren noch nicht entwickelt. Allerdings wurde durch das Leitungskonzept ein verbindlicher Verhaltenskodex geschaffen, der verlangte die BewohnerInnen in ihrer Würde zu schätzen. In den Armenhäusern jener Zeit, die immer noch von Disziplinierung geprägt waren, war man dagegen von einem solchen milden Paternalismus noch weit entfernt.

Das Bild vom Bewohner/der Bewohnerin als Kind war von den zeitgenössischen Vorstellungen vom Alter geprägt. Nach den Auffassungen der Medizin durchlief der Mensch eine Lebenskurve, die mit dem Erwachsen werden aufsteigt und im Alter wieder abfällt. Zwar lag der Lebenskurve die körperliche Verfasstheit des Menschen zugrunde, doch wurde ihr Bild gleichsam an das Sozialverhalten adaptiert.

„Diese Alten, denen es auf der Stirne geschrieben steht, daß der Staub nun bald wieder muß zur Erde werden, befinden sich meistens in einem glücklichen Kindes- zustande. Wie Kinder können sie sich wiederum an kleinen Dingen freuen. Wie Kinder können sie auch durch Entbehnung kleiner Dinge sehr aus der Stimmung kommen. Daher sind sie für jegliche Freundlichkeit, und namentlich auch für Mitteilung materieller Hilfen und kleiner Erquickungen meist sehr dankbar.“ (Büttner 1890: 11, zit. nach Kondratowitz 1988a: 110)

Alte kehrten in dieser Perspektive in ihren körperlichen *und* in ihren sozialen Fähigkeiten zu einer kindlichen Existenzweise zurück. Interessant ist, dass damit nicht nur die Notwendigkeit der Fürsorge der Jungen für die Alten begründet wurde, sondern dass diese Abnahme der Lebenskurve vor allem für eine Bedürfnisreduzierung im Alter stand – dies legitimierte einen minimierten Aufwand für die Versorgung der Alten (ebd.; Kondratowitz 1988b: 432ff.).

Die Stifte waren überwiegend aus einem kirchlichen Kontext entstanden. Die Versorgung der BewohnerInnen übernahmen teilweise – wie schon traditionell im Mittelalter – Ordensleute. Die Idee des familienorientierten Zusammenlebens findet sich auch beim Zusammenleben der religiösen Gemeinschaften wieder. Für die Konstruktion der Ordensgemeinschaften ist vor allem prägend: Die Mitglieder einer Einrichtung wenden sich von ihrer eigenen Familie ab und bilden eine christliche Ersatzfamilie, die an die Aufgabe der weltlichen Familie geknüpft ist. Zudem ist das Zusammenleben in der Ordensfamilie gekoppelt an „Bescheidenheit“ und das „Zurückstellen der eigenen Bedürfnisse“. Auch diese kulturelle Prägung, so scheint es, beeinflusste die Konzeption des Stiftes. Die BewohnerInnen hatten zwar den Freiraum, sich mit Bekannten oder Angehörigen zu treffen; sie traten aber mit dem Einzug in den Stift in eine neue Familie ein. Dies war dadurch erleichtert, dass die überwiegende Zahl der BewohnerInnen alleinstehend, unverheiratet oder verwitwet war (vgl. Kondi 1990a: 146).

Das Stift bot eine Reihe von Annehmlichkeiten gegenüber dem Leben im Armenhaus an. Es schaffte die Grundlage für den (erneuten) Zugang der bürgerlichen Schichten zum Heim. Doch trotz der deutlichen Besserstellung der StiftsbewohnerInnen gegenüber den BewohnerInnen in Armen- und Siechenhäusern, war das Leben im Stift von allerlei Entbehrungen geprägt. Dass auch das Stift in jener Zeit nicht unumstritten war, und durchaus nicht immer beliebt, zeigt der Redebeitrag des Kirchenrats Höchstetter auf der Jahresversammlung des deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit von 1903:

„... aber mir sind in meiner langjährigen Praxis als Geistlicher und als Landarmenverbandsvorsitzender unendlich viele Fälle vorgekommen, wo die Leute unter Tränen gebeten haben, sie in ihren Verhältnissen zu lassen, und lieber mit einer kümmerlichen Existenz vorlieb genommen haben, als dass sie in das Pfründnerhaus gegangen sind. [...] Lassen Sie die Leute, [...] in ihren Verhältnissen, in denen sie sich nach ihren althergebrachten Lebensgewohnheiten bewegt haben, bringen Sie

nicht die alte Frauensperson, die gewohnt ist, um diese Zeit ihren Kaffee zu trinken und um diese Zeit das und jenes zu besorgen, in die Lage, sich noch in ihren alten Tagen wie ein Schulkind behandeln zu lassen. Tun Sie das nicht, meine Damen und meine Herren.“ (Deutscher Verein 1903: 96)

Derlei kritische Anmerkungen sind allerdings in den zeitgenössischen Dokumenten nur äußerst selten zu finden.

Dessen ungeachtet war das Altenstift in der Geschichte der Heime, die die letzten Jahrhunderte vor allem eine Geschichte der Zumutungen und der Entbehrungen war, zumindest als eine hoffnungsvolle Entwicklung zu betrachten. Das Stift brach mit dem etablierten Konzept, dass Heime Orte einer ausgrenzenden Armenversorgung sind. Durch die Öffnung des Heims als standes- oder zumindest zweckmäßiges Versorgungsinstitut durch privatwohltätiges Engagement wurde die traditionsreiche Institution Heim erneuert und differenziert, sie wurde filigraner, alltagsnäher und komfortabler. Das Stiftswohnen war daher auch für den sich am Ende des 19. Jahrhunderts entwickelnden professionellen Diskurs über die Notwendigkeit zur Weiterentwicklung des klassischen Armenhauses Referenzpunkt und Ideengeber für eine Neuausrichtung (vgl. Kap. 3.1.3.5).

3.1.3.4 Fachliche Koordinierung der Wohltätigkeit und Spitzenverbandsbildung

Nachdem sich in den lokalen Gemeinwesen die Privatwohltätigkeit als vitales Betätigungsfeld der BürgerInnen entfaltet hatte, begannen Vertreter(Innen) der privatwohltätigen Vereinigungen und der öffentlichen Armenwesens gemeinsam die Herausforderungen des Armen- bzw. Fürsorgewesens zu diskutieren. Es wurde dabei eine Abstimmung der Verantwortungs- und Aufgabenteilung zwischen öffentlicher und privater Wohltätigkeit gesucht. Die Umstände und Perspektiven der handelnden Akteure werden im Folgenden erläutert.

Insbesondere Sachße und Tennstedt haben herausgearbeitet, dass sich seit den 1880er-Jahren vermehrt Kritik an einer fehlenden *Koordinierung* der Vielfältigkeit privatwohltätiger Organisationen formierte, dass

„... insbesondere in den Großstädten ein unüberschaubares Chaos von nach Hunderten zählenden, z.T. gar in die Tausende gehenden privaten Wohltätigkeitseinrichtungen mit manchmal grotesken Randerscheinungen bestand.“ (Sachße/Tennstedt 1988: 24)

Das wahrgenommene Defizit an gegenseitiger Information, Koordination und Systematisierung wurde als Hindernis für den Ausbau der zunehmend geforderten modernen Fachlichkeit in der Erbringung von Diensten gesehen. Befürchtet wurde in Folge der mangelnden Koordination vor allem auch die Erschleichung von Vorteilen seitens der Armen durch den Abruf von Doppel- und Dreifachunterstützungen (ebd.).¹³

Als ein Zusammenschluss von Vertretern vorwiegend städtischer Armenverwaltungen sowie privatwohltätiger Organisationen und interessierter Einzelpersonlichkeiten wurde im Jahr 1880 der Deutsche Verein für Armenpflege und Wohltätigkeit gegründet (vgl. hierzu ausführlich: Tennstedt 1981). Der Verein etablierte sich im Kaiserreich als wichtige Diskussionsplattform von Vertretern der öffentlichen und privaten Wohltätigkeit. Der Deutsche Verein wendete sich vorwiegend den Aufgaben der Information, Koordination und Systematisierung der einzelnen Armenfürsorgebereiche zu.¹⁴ Die Vereinsaktivitäten richteten sich auf eine Förderung des Austauschs und der Informationsweitergabe an die Mitglieder, z.B. über ein gemeinsames Berichtswesen von öffentlicher und privater Wohltätigkeit oder über die insbesondere in den Großstädten eingerichteten örtlichen Koordinierungsstellen für die privaten Hilfsangebote, die „Centralen für private Fürsorge“. Eine bessere Abstimmung der Aktivitäten wurde auch durch die Bestimmung *gemeinsamer konzeptioneller und fachlicher Grundlagen* der Arbeit in den verschiedenen Fürsorgebereichen entwickelt (Sachße/Tennstedt 1988: 38ff.; Krug von Nidda 1955: 177ff.).

Eine weitere zentrale Entwicklung in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts war die vertikale Konzentration der privatwohltätigen Initiativen über die *Spitzenverbandsbildung*. Bereits im Jahr 1848 wurde der protestantische „Centralausschuß für die Innere

¹³ Ob der Diskurs über die fehlende Koordinationsfähigkeit die tatsächlichen Begebenheiten widerspiegelt, sei allerdings in Zweifel gestellt. Es bedürfte detaillierter Analysen einzelner Wohltätigkeitsfelder in verschiedenen Städten. Nitsch (1999) konnte z.B. mit seiner Studie über die Berliner Vereine, die sich in der Kinder-, Frauen- und Jugendfürsorge engagierten, die These der „Zersplitterung“ der bürgerlichen Sozialreform durch ein Aufzeigen mannigfaltiger Kommunikationsstrukturen widerlegen. Auch Conrad beschreibt für Köln, dass eine intensive Verbindung von städtischer Sozialpolitik im engeren Sinne und Initiativen der Privatwohltätigkeit in der Stadt bereits in den 1880er-Jahren hergestellt war und dass die Träger sogar als „integraler Bestandteil von Sozialpolitik auf kommunaler Ebene“ galten (Conrad 1994: 158). Die These von der Zersplitterung der privaten Wohltätigkeitslandschaft jener Zeit kann also nicht für die Praxis generalisiert werden. Vielmehr scheint sie einen die Praxisrealitäten abstrahierenden dominanten Diskurs der Hauptredner der damaligen Debatte um das Armenwesen zu fassen. Indem Sachße und Tennstedt (1988: 38ff.) diese Oberflächenformation in einer diskursiv-analytischen Herangehensweise offen legten, konnten sie die große Bedeutung der Zersplitterungsthese für die folgenden Umstrukturierungen des Armenwesens deutlich machen.

¹⁴ Der Deutsche Verein wurde dabei selbst zum Hauptredner einer Kritik an der unkoordinierten Zersplitterung von Fürsorgeaktivitäten, wohl um die Notwendigkeit einer Abstimmung zu forcieren.

Mission“ (IM) gegründet, der „Caritasverband für das katholische Deutschland“ (DCV) dann im Jahr 1897. Zwar war die Bedeutung der Spitzenverbände vor 1914 recht gering, doch unter den Bedingungen des Ersten Weltkriegs wurden sie organisatorisch gefestigt und entwickelten sich zu wichtigen Ansprechpartnern der Politik für eine gemeinsamen Durchführung der sozialen Fürsorge (Sachße 2010: 10). In den Verbänden gab es ebenfalls Bemühungen eine koordinierte Vorgehensweise beispielsweise durch Aufbau fachlicher Untergliederungen zu den verschiedenen Fürsorgebereichen voranzutreiben. In diesem Zusammenhang ist die Motivation der Kirchen, durch eine einheitliche Präsentation ihrer konfessionellen Organisationen ihre gesellschaftspolitische Bedeutung zu stärken, nicht zu unterschätzen (Kaiser 1997: 176).

Gerade die katholische Kirche litt nach ihrem politischen und ökonomischen Niedergang im Zuge der Säkularisierung massiv unter einem Bedeutungsverlust, sie war „verarmt und nicht frei“ (Halder 1995: 391; vgl. auch Sachße/Tennstedt 1980: 227). Die von Anfang an stärker betriebene Einflussnahme der katholischen Kirchenobrigkeiten auf ihre Laienorganisationen verweist darauf, dass die katholische Kirche über die Ressourcen und Aktivitäten ihrer Laien an Bedeutung wiederzugewinnen erhoffte (vgl. Halder 1995). Auch die evangelische Kirche wandte sich mehr und mehr von ihrem Ursprungsideal ab, wonach die Innere Mission vor allem eine pietistische Sittlichkeitsbewegung von unten sein sollte¹⁵. Groß angelegte Institutionalisierungsbestrebungen in der Praxis brachen mit diesem Konzept (Olk/Heinze 1981: 236ff., vgl. Strohm 1996).

Die Entwicklung des Diakonissenmutterhaussystems stand hier beispielhaft für den Wandel der Inneren Mission. Die Mutterhäuser verloren rasch den Charakter einer protestantischen Erweckungsbewegung, welche den Diakonissenberuf als „Berufung“ und als „die wahre Umsetzung von christlicher Liebestätigkeit“ pries (Winkler 2004: 54). Denn die Mutterhäuser standen im Konkurrenzkampf mit ihren katholischen Pedant, den Pflegegenossenschaften, denen die Diakonissen immer zahlenmäßig zurückstanden. Mit dem forcierten raschen Ausbau des Mutterhaussystems ging die Innere Mission früh eine Allianz mit dem Staat ein. Ihr Versprechen war eine Großorganisation, die flächendeckend Pflegerinnen zur Verfügung stellt. Damit ging der ursprüngliche Gedanke verloren, nämlich: „Das kommunitäre Zusammenleben von Frauen, die sich sozialen – diakonischen – Aufgaben widmen wollten. Das aber verlangte kleine,

¹⁵ Es entsprach vor allem Wicherns Ideal von der Inneren Mission, dass diese eine Bewegung innerhalb der evangelischen Kirche darstellen solle – im Sinne einer Wiederbelebung und Erneuerung des Glaubens durch Praxis (Olk/Heinze 1981: 236ff.)

überschaubare Strukturen und konnte in Großinstitutionen kaum geschehen“ (Schmidt 1995: 329).

Zwar gibt es auch nach der Spitzenverbandsbildung vielfältige Vereinigungen und Bündnisse mit einem hohen Maß an lokaler, milieugeprägter Einbindung, doch spielen für die Legitimität der Spitzenverbände vor allem Großorganisationen wie die Bruderhäuser, Diakonissenmutterhäuser und die katholischen Pflegeorden eine wichtige Rolle. Dabei handelt es sich einerseits um gesellschaftlich abgeschottete,

„... hierarchisch strukturierte Organisationen, in denen die Satzung bzw. Hausordnung die Kooperation der hier Arbeitenden formal regelt und in denen ein Verwaltungsrat Träger der Befehlsgewalt ist. Es nimmt daher nicht wunder, wenn die Diakonissenhäuser wiederholt als quasi-militärische bzw. ‚maschinenförmige‘ Einrichtungen bezeichnet werden – Attribute, die auch Max Weber zur Kennzeichnung des Typs der zentralistisch-hierarchischen Ordnungsverwaltung verwendet.“ (Olk/Heinze 1981: 250)

Es ist darauf hinzuweisen, dass die von ihnen beigetragenen Ressourcen dennoch eine (besondere) Form des Engagements darstellen, das im Kontext der Kirchen gebildet wurde; dieses ist nicht „bürgerschaftlich“, sondern geprägt durch eine spezielle Form der Freiwilligkeit: der religiösen Selbstverpflichtung.

Das Verhältnis von privater und öffentlicher Wohltätigkeit wurde zunächst abstrakt-konzeptionell von den angebotenen Diensten her zu bestimmen versucht. Die Abgrenzungslinie wurde zwischen einem Pflichtbereich der öffentlichen Fürsorge und einem Kür-Bereich privatwohltätiger Hilfen gezogen. Die VertreterInnen der Privatwohltätigkeit strichen ihre Bedeutung für die Verbesserung der Lebensverhältnisse der Klienten über das von der öffentlichen Armenpflege lediglich gewährte Nötigste hinaus und verwiesen auf ihre Innovationsfunktion in der Gestaltung neuer Angebote. Letztlich führte die konzeptionelle Abgrenzung hier hin zu einer arbeitsteiligen Integration beider Systeme (Sachße/Tennstedt 1988: 38ff.).

Eine darüber hinaus reichende Verzahnung beider Systeme war in der *Heimversorgung* schon frühzeitig in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zu erkennen: hier bedient sich die öffentliche Armenpflege auch zur Durchführung ihrer Pflichtaufgaben privatwohltätiger Einrichtungen, indem sie die Unterbringung eines Siechen in einer privaten Einrichtung gegen Zahlung eines öffentlichen Pflegegeldes bestimmte (z.B. Moering 1997).

In der Ausnahmesituation des *Ersten Weltkriegs* erreicht diese Form der Einbindung der privaten Wohltätigkeit für das gesamte „Armenwesen“ ihren einstweiligen und für die Zukunft wegweisenden Höhepunkt. Der Staat schaltete sich umfassend in das gesellschaftliche Krisenmanagement ein, und entwickelte damit die Armenpflege zu neuer Qualität: Die Armenpflege wird zu einem Instrument materieller Existenzsicherung für umfangreiche Bevölkerungsteile und damit zu einer stärker differenzierten und besser ausgestatteten Fürsorge ausgebaut (Landwehr 1995: 75). Mit der Ausweitung des Fürsorgebegriffs bindet der Staat insbesondere die bis dato am besten ausgebauten konfessionellen Wohlfahrtsverbände umfassend in die Erbringung von Hilfeleistungen ein. Da die zu bewältigenden Aufgaben bei weitem die Kapazität privaten Hilfehandelns überschritten, verwischten sich die Grenzen zwischen öffentlicher und privater Fürsorgetätigkeit. Dieses Zusammenspiel von öffentlicher und privater Fürsorge wurde von Zeitgenossen mit dem Begriff „*gemischter Betrieb*“ umschrieben. Man kam zu der Auffassung, dass

„... eine Verbindung von öffentlicher Organisation einschließlich der Armenpflege und privater Organisationen [...] die geeignetste Form [sei], um zahlreiche Fürsorgemittel und -maßnahmen zu überschauen und zusammenzuführen.“ (Krug von Nidda 1955: 258)

Die gemischten Betriebe galten für alle Beteiligten als Gewinn,

„... in denen der öffentliche Dienst und bereits existierende freie Trägerinstitutionen einvernehmlich miteinander kooperierten und auf diese Weise ein Doppeltes erreichten: Private soziale Einrichtungen machten öffentlich ihre Unentbehrlichkeit kund, erhielten aber in der Zusammenarbeit mit den kommunalen staatlichen Stellen überhaupt erst die notwendige finanzielle Ausstattung um den jeweiligen Aufgaben gerecht zu werden. Für Städte und Länder lag der Gewinn in der Mobilisierung erfahrener Fachleute und ihrer Institutionen, was im Rahmen einer alle Ressourcen ausschöpfenden Ökonomie von kriegswichtiger Bedeutung sein konnte.“ (Kaiser 1996: 77)

Die Begrifflichkeit des „gemischten Betriebs“ wurde für verschiedene Kooperationsformen verwandt, teilweise wird auch der Begriff des „gemeinwirtschaftlichen Betriebs“ verwandt. So beschreibt der Stadtrat Dr. Heimerich aus Nürnberg am 37. Deutschen Fürsorgetag im Jahr 1921 die Funktionsweise und Arbeitsteilung eines Kindergartenbetriebes:

„Der Kindergartenverein bleibt aufrechterhalten, die Vorstandschaft verrichtet ihre Arbeit weiterhin ehrenamtlich, auch das Personal wird vom Kindergartenverein angestellt [...]. Mitgliederbeiträge und sonstige Spenden gehen ein, das sich ergebende Defizit trägt aber die Stadt, der dafür Sitz und Stimme in der Vorstandschaft und ein bestimmter Einfluss auf den Betrieb des Kindergarten zugestimmt wird.“ (DVnF 1922: 26, zit. nach Krug von Nidda 1955: 259f.)

Die Verwendung des Ausdrucks „gemischter Betrieb“ verschwand allerdings in der Weimarer Republik im Zuge einer formal-rechtlichen Definition der Zuständigkeiten und Zusammenarbeit von öffentlicher und privatwohltätiger Fürsorge, die die Eigenständigkeit beider Bereiche betonte, wieder aus den Diskussionen (vgl. Kap. 3.1.4.1):

„Der Gedanke des Zusammenwirkens in einer „gemischten Betriebsform“ entstammte teils den Erfahrungen der Kriegszeit [...], teils beruhte er auf Zweckmäßigkeitserwägungen aus der Zeit der Finanzkrise. Es wurden darunter bald wirkliche gemeinwirtschaftliche Betriebe auf bestimmten Aufgabengebieten der Wohlfahrtspflege verstanden, bald wurde der Ausdruck in übertragener Bedeutung für andere Formen der Zusammenarbeit gebraucht. Als die besonderen Verhältnisse des Krieges und der Finanzkrise nicht mehr vorlagen und die Anschauungen über die Selbständigkeit der beiden Zweige der Wohlfahrtspflege sich änderten, wird von „gemischten Betrieben“ nicht mehr gesprochen.“ (Krug von Nidda 1955: 260)

3.1.3.5 Über die Notwendigkeit zur Ausdifferenzierung von Heimen für Alte und Sieche – Beiträge aus dem Armenwesen und dem Gesundheitswesen

Als sich Ende des 19. Jahrhunderts breit gefächerte Fürsorgeaktivitäten in privater und öffentlicher Trägerschaft entfaltet und gemeinsame fachbezogene Diskurse zur Gestaltung von Diensten entwickelt hatten, wurden auch die Einrichtungen des geschlossenen Armenwesens im Licht der neuen Kenntnisse und Vorstellungen einer kritischen Würdigung unterzogen. Bei der 23. Jahresversammlung des Deutschen Vereins im Jahr 1903 gab Buehl einen Bericht zur Lage der geschlossenen Armenpflege. Er beschrieb drei Gruppen von Anstalten, die in der Praxis vorlagen:

- „1. Armenarbeitsanstalten, d.h. Anstalten mit dem ausgesprochenen Charakter, solche Bedürftige aufzunehmen, zu beschäftigen und tunlichst zu bessern, welche unwirtschaftlich, bescholten oder der Arbeitsscheu verdächtig sind;
2. Siechenhäuser zur Aufnahme und Versorgung siecher, altersschwacher oder mit körperlichen oder leichteren geistigen Gebrechen behafteter Personen; und

3. Altersversorgungsanstalten, wie sie vereinzelt, von den vorgenannten Anstalten getrennt, zu dem Zwecke bestehen, um infolge ihres Alters erwerbsunfähig gewordene, würdige Personen aufzunehmen und bis an ihr Lebensende zu verpflegen.“ (Ebd. 78)

Jedoch war in der großen Mehrzahl der Städte, vor allem in den ländlichen Regionen, nur ein einziges „Armenhaus“ vorhanden, in der alle Bedürftigengruppen zusammengefasst wurden (ebd.). Auch in den so genannten „Armenarbeitshäusern“ sah es meist nicht anders aus. Auf Basis eines Berichts an den Deutschen Verein „Über die Frage der Armenbeschäftigung“ aus dem Jahr 1883 stellte sich die Situation in den Armenarbeitshäusern folgendermaßen dar:

„... aus der Übersicht ergibt sich, wie in der Mehrzahl der Fälle es sich viel weniger um ein Arbeitshaus mit dem ausgesprochenen Zweck der Beschäftigung von Armen handelt, sondern vielmehr um geschlossene Anstalten [...], in die alles aufgenommen wird, was in irgend einer Form der Armenpflege bedürftig ist.“ (Wolf 1883, zit. nach Muensterberg 1905: 162)

In den Berichten des Deutschen Vereins von 1880 bis 1905 wurde mehrfach Kritik geübt an der undifferenzierten Versorgung und die Aufgliederung der Anstalten als Lösungsweg propagiert (vgl. Deutscher Verein 1903; Münsterberg 1905). Dabei wurde die Unzulänglichkeit von undifferenzierten Maßregeln gegenüber den Insassen angesprochen und eine Pflege und Wartung gefordert.

„Maßregeln, namentlich der geschlossenen Pflege für Personen [...] die infolge mangelhafter Einrichtungen den gleichen Maßregeln, wie arbeitsscheue oder arbeitsfähige Personen unterworfen werden, während sie in Wahrheit vielmehr besonderer pflegerischer Behandlung in Kranken-, Siechen- und Irrenanstalten bedürfen, weil bei ihnen die Arbeitslosigkeit nicht Ursache der Bedürftigkeit, sondern ihr körperlicher Zustand Ursache der Arbeitslosigkeit, d.h. der Arbeitsunfähigkeit ist.“ (Münsterberg 1905: 160f.)

Zwar ist in dieser Aussage schon auf eine innovative und individualisierende Perspektive auf die Insassen der Armenhäuser hinzuweisen, die eine gewisse Sensibilität gegenüber der Armutursache und der Notwendigkeit von Pflege und Wartung andeutet. Augenfällig ist aber doch vielmehr, dass Sieche und andere Bedürftigengruppen hinter dem allgemeinen Disziplinierungsgebot der Institutionen trotz der bis dato bereits entwickelten Ausdifferenzierung des Fürsorgewesens zurückstanden.

Alte Menschen, die bis dato im öffentlichen Armenwesen wenig Beachtung gefunden hatten, wurden nun wahrgenommen. Es wurde als öffentliche Pflicht gesehen, dass für sie geeignete Anstalten/Heime geschaffen werden sollten.

„... so kann sich unser Zeitalter, welches gerade die Fürsorge für die Armen, für die wirtschaftlich Schwachen auf seine Fahne geschrieben hat, der Pflicht, für die Alten und Siechen in angemessener Weise zu sorgen, doch unmöglich entziehen.“
(Deutscher Verein 1903: 77)

Die Altersstifte und das Engagement der Privatwohltätigkeit nahmen hier eine Vorbildfunktion ein.

„... für unbescholtene, würdige Leute haben wir hier die vier Stifte, und ich glaube, wer von Ihnen eins von unseren Stiften sehen wird, der wird davon entzückt sein [...] die Leute finden sich dort sehr wohl.“ (Deutscher Verein 1903: 94)

„Von dem wesentlichsten Einfluß ist natürlich auf diesem Gebiet die Entwicklung der Privatwohltätigkeit, die sich in weitem Umfange der Versorgung würdiger alter Personen gewidmet hat, die aber nicht selten auch die Aufgabe in der Siechenpflege findet.“ (Deutscher Verein: 78)

Generell galt, dass die Eignung des Heims als Versorgungsangebot für alte Menschen nicht hinterfragt wurde. Im Gegenteil, dieses Versorgungsangebot sollte den alten Menschen nicht verwehrt werden.

Angesichts des schlechten Anstaltsimages war allerdings mit Widerstand der neuen Zielgruppe (des Mittelstandes) gegen das Leben im Heim zu rechnen; der Einzug in die bestehenden Anstalten galt als „ungleicher Tausch“ (Kondratowitz 1988a: 109). Ein Teil der Armenanstalten alter Tradition begann in Vorwegnahme eines Interesses des Mittelstandes mit der Modernisierung der Versorgungskonzepte, neue Heime wurden gegründet. Betont „heimelige Schilderungen“ standen hier im Vordergrund der Selbstbeschreibungen von Heimangeboten (Kondratowitz 1988a: 108). Um weg vom Image der Disziplinierungsanstalt zu kommen, sollten die Armenhäuser Anleihen am Konzept der Altenstifte nehmen. Vor allem ein neuer Führungsstil galt in Anbetracht der neuen Klientel als geboten. Auf die persönlich-pädagogische Involviertheit des Leiters nach dem Bild des „guten Hausvaters“ wurde Wert gelegt. Das Hausvaterleitbild wurde dabei spezifisch durch die negativen Vorprägungen der Armenhäuser bestimmt: Der Hausvater hatte die Aufgabe, für ein friedliches Miteinander von BewohnerInnen und Personal Sorge zu tragen, d.h. zuvorderst Willkür zu unterbinden. Er sollte den

BewohnerInnen Schutz bieten, dabei sollte er zwar streng, aber gerecht sein. Um dies umsetzen zu können, wurde in den Hausordnungen weniger eine Kontrolle der Insassen betont, dafür aber die des Personals festgeschrieben (Irmak 2002: 218, 210).

Im Falle von Siechtum war die Argumentation für die Ausdifferenzierung von spezialisierten Einrichtungen etwas anders gelagert: die Anstaltsversorgung wurde als notwendig gesehen, da hier eine „intensivere Beaufsichtigung oder Pflege [...], wie sie nur in einer Anstalt geboten werden kann“ (Deutscher Verein 1903: 100), geleistet werden kann.

Ein wichtiger Motor für die Weiterentwicklung des Anstaltswesens war dabei das Interesse der aufsteigenden Profession der Ärzte an einer *Trennung von heilbar und unheilbar Kranken*. Die Hospitäler hatten den Ärzten ideale Bedingungen der Wissensgenerierung über Krankheiten und deren Behandlung gegeben. Es konnten umfassende Beobachtungen und Forschung an den Insassen sowie die Ausbildung von Ärzten umgesetzt werden. Die Ärzte forderten medizinische Einrichtungen – soziale Indikatoren sollten bei der Aufnahme von Patienten nicht länger eine Rolle spielen, sondern es wurde ein Wechsel zur den rationalen medizinischen Indikation vollzogen (Paul 1996: 107ff; vgl. in kritischer Würdigung insb. zur Geschichte der Anstaltspsychiatrie: Foucault 1973; Dörner 1969). Moderne Krankenhäuser wurden, gestärkt durch die gesetzliche Krankenversicherung, zum Jahrhundertwechsel aufgebaut.

In der Medizin selbst fristete das Alter ein Schattendasein. Zwar veröffentlichte der Arzt Jean-Martin Charcot 1867 die erste systematische Studie über Alterskrankheiten, die er in der Pariser Versorgungsanstalt Salpêtrière durchgeführt hatte, die schließlich den Startschuss für weitere medizinische Abhandlungen zum Alter gab. Doch die Ergebnisse wurden gemäß dem etablierten gesellschaftlichen Vorurteil interpretiert: das Alter an sich sei eine Krankheit, und damit der alte Körper für die Behandlung wertlos (Ehmer 1990: 73f.). Einzelne innovative Arbeiten, wie beispielsweise der beiden Ärzte des Berliner Siechenhauses, Mettenheimer und Seidel, richteten ihr Erkenntnisinteresse dagegen auf Krankheiten *im*, statt auf Krankheiten *des* Alters. Im Jahr 1909 schließlich führt der Mediziner Ignatz Nascher im New York Medical Journal den Begriff „Geriatrics“ ein (Irmak 2002: 239f.). Ein aufstrebender medizinischer Zweig wurde aus diesen Anfängen dennoch nicht begründet. „Die Handbücher und Monographien [der Geriatrie, K.H.] fristeten in der Medizin ein randständiges Dasein, ohne nennenswerte

Neuheiten vorweisen zu können.“ (Ebd.: 242) Der wissenschaftliche Wert der siechen Alten galt als gering (ebd.: 243f.).

In der Versorgungspraxis zeigte sich folgendes Bild: Der natürliche Tod aufgrund des Alters blieb lange die bevorzugte Indikation der Ärzte auf den Totenscheinen der Alten¹⁶. Bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts stellten junge Männer die Hauptpatientengruppe moderner Kliniken. Erst dann, und noch mit großer Varianz zwischen den einzelnen Krankenhäusern, begannen diese sich für alte Menschen, wie auch für Frauen und Kindern zu öffnen (ebd.: 190ff.).¹⁷ Doch entwickelten sich zugleich Gegenteilstendenzen zu dieser Öffnungspraxis, mit dem Ziel alte und chronisch Kranke aus den Anstalten fernzuhalten. Im Jahr 1879 beschloss die Berliner Stadtverordnetenversammlung,

„... daß diejenigen unheilbaren chronischen Kranken, welche [...] einer spezifisch ärztlichen Behandlung nicht bedürfen, aus unseren Krankenhäusern sowie aus der Charité und den anderen von der Stadt benutzten Krankenhäusern in die Siechenanstalten übergeführt werden.“ (Landesarchiv Berlin, zit. nach Irmak 2002: 149)

Auch für „harmlose geistig Defecte, ruhige Hilflose“ sollte der Weg von den psychiatrischen Heilanstalten zu den Siechenhäusern führen (Eschbacher 1899: 10, zit. nach ebd.: 149).

Doch das Siechenhaus wurde nicht nur als kostengünstige Alternative zum Krankenhaus dargestellt. Irmak weist darauf hin, dass die Einordnung der Siechenanstalten als „Anhängsel der Kranken- und Heilanstalten“ auch zu einer Verbesserung der Situation der Siechen geführt hat. So bestimmte der Breslauer Magistrat vor dem Hintergrund des Aufschwungs im Krankenhauswesen bereits im Jahr 1897, dass auch den Siechen unter den Insassen der hiesigen Armenpflegeanstalt einen besseren Zugang zur Heilbehandlung gewährt werden soll (Irmak 2002: 150f.).

Bei dem geforderten Auf- und Ausbau der Siechenpflege stand eine klare Trennung der Siechen von den heilbaren Kranken im Mittelpunkt. Doch war dies aus unterschiedli-

¹⁶ Zwar verlagerten sich die Todesursachen der über 60jährigen zunehmend auf Herz-Kreislaufkrankungen, und seit den 1890er-Jahren trat auch Krebs als Ursache hinzu. Doch derlei geänderte Wahrnehmungen zogen eher in die fortschrittliche Ärzteschaft der Großstädte ein. In ländlichen Gegenden und mit zunehmendem Alter der Verstorbenen blieb die Altersschwäche dominant; sie wurde preußenweit noch 1910 bei den über 80jährigen in 70 % der Sterbefälle angegeben (Conrad 1994: 81).

¹⁷ ArbeiterInnen und Angestellte sollten erst später, ab dem Jahr 1941, auch als RentnerInnen in der gesetzlichen Krankenversicherung weiter versichert werden; zuvor waren nicht-wohlhabenden Alte als Patienten zweiter Klasse auf das Armenarztsystem verwiesen (Conrad 1991: 188ff.).

chen Gründen nicht immer durchsetzungsfähig. Die Tradition der vielseitigen Anstaltsnutzung beeinflusste weiterhin die Praxis – gerade wenn damit lokale Bedarfe getroffen werden sollten. Als Beispiel sei das Krankenhaus der Maria-Anna-Heese'sche Stiftung der Stadt Werl angeführt. Dort blieb – bestärkt durch den Stifterwillen wie auch den explizite Wunsch seitens der Kommunalverwaltung trotz einer Klassifizierung der Einrichtung als Krankenhaus die gemischte Aufnahmepraxis von Kranken und Altersschwachen erhalten.

Maria-Anna-Heese'sche Stiftung (Nierenheim 2003: 68-74).

Die gemeinnützige Stiftung wurde im Jahre 1869 nach der testamentarischen Verfügung Maria Anna Heese's, ein Krankenhaus zur Aufnahme von kranken und hilfsbedürftigen alten Menschen der Stadt Werl. Kurator der Stiftung und Leitung des Krankenhauses war der jeweilige Pfarrer der kath. Kirchengemeinde – also nicht die damals zunehmend propagierte ärztliche Leitung, dem Vorstand gehörten zudem ein Magistratsmitglied und der Rechtsbeistand des örtlichen Frauen- und Jungfrauenvereins an. Ein Arzt war festangestellt. Das Haus wurde als Krankenhaus klassifiziert – so auch bei einer Inspektion des Hauses im Jahr 1899 durch einen Regierungsbeamten. Diese ergab nicht nur gravierende hygienische und räumliche Mängel. Auch kritisiert der Bericht, das Krankenhaus diene als Unterkunftsort für Ortsarme, die keiner Behandlung bedurften.

Offenbar entsprach letztere Praxis allerdings den Bedarfen in der Kleinstadt Werl. So wurde 1900-03 ein Neubau realisiert um dem Krankenhausstandard besser gerecht zu werden. Die Stadt Werl bürgte für ein Darlehen an die Stiftung. Das städtische Engagement war allerdings u.a. an die vertraglich vereinbarte Verpflichtung der Stiftung geknüpft, nicht nur Kranke, sondern auch Altersschwache aufzunehmen.

3.1.3.6 Ressourcenmix zur Stützung der Versorgungsökonomie in den Heimen um die Jahrhundertwende

Engagement und Ressourcen aus der Zivilgesellschaft ermöglichten in der Heimversorgung den Aufbau und die Erweiterung des Angebots. Der folgende Überblick soll einen Eindruck von den verschiedenen einbezogenen zivilgesellschaftlichen Ressourcen geben. Die Darstellung hat nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, es werden Beispiele aus gesichteten wissenschaftlichen Publikationen wie Dokumentationen der Geschichte einzelner Häuser zusammen getragen.

Als *Träger* eines Heims traten im 19. Jahrhundert und zu Beginn des 20. Jahrhunderts neben der Stiftung nun auch vermehrt Vereine auf. Die Kirchengemeinden spielten weiterhin eine wichtige Rolle sowie die Mutterhäuser der katholischen Pflegegenossenschaft und der Diakonissen. Schließlich ist vor allem die Kommune zu nennen. Eine Trägerschaft durch übergeordnete staatliche Ebenen war demgegenüber seltener.

Oft waren bereits in der Trägerschaft *institutionelle Mixturen* angelegt. Darauf verwiesen wurde bereits bei den *Stiftungen*; auch wenn sie unter dem Dach Kommune verwaltet wurden, so brachte doch der Stiftungszweck eine Autonomie gegenüber der Verwaltung und den Prinzipien der öffentlichen Armenpflege. Bei Stiftungen wie Vereinen konnten Mixturen über die Aufnahme von Personen als VertreterInnen verschiedener Institutionen hergestellt werden. Als Beispiel sei das von Frankenberg'sche und Heathcote'sche lutherische Armen- und Waisenhaus in Kassel herausgegriffen (Waelcher 1904: 420f.). Die Stiftung wurde im Jahr 1758 von der Gattin des dortigen Kammerpräsidenten gegründet. Das Haupthaus diente als Waisenhaus, in einem Nebengebäude wurde älteren bedürftigen Frauen freie Wohnung und Brand, sowie eine kleine jährliche Geldunterstützung gewährt. Im Jahr 1904 waren in der Direktion die Gattin eines Oberleutnants, ein Regierungsrat und zwei Pfarrer vertreten.

Durch seine räumliche, inhaltliche und personelle Flexibilität zeichnet sich nach Sachße und Tennstedt (1980: 238f.) gerade der *Verein* als günstige Organisationsform für institutionelle Mixturen aus. Hier sei zur Illustration auf die Gründungsgeschichte des hessischen Siechenhauses in Hofgeismar im Jahr 1893 verwiesen, das Siechen und Pensionären Unterkunft und Versorgung bot (Moering 1997). Die Initiative ging vom Landrat des Kreises Hofgeismar aus. Er initiierte die Gründung des Siechenhauses nicht auf dem vielleicht nahe liegenden Weg über den Kreisausschuss, sondern knüpfte an die Planung eines Predigerseminars vor Ort an und gründete mit den Kirchenvertretern einen Verein. Ein Einbezug verschiedener Akteure und Institutionen ermöglichte Zugang zu breiten Kreisen wie den lokalen Kirchengemeindemitgliedern, der Inneren Mission, einem Diakonissenmutterhaus bis hin zur Staatsregierung, die ein Gelände zu günstigem Mietpreis zur Verfügung stellt. Wie Moehring (1997) dokumentierte war die beachtliche Expansion des Siechenhauses in den Anfangsjahren begleitet von einem Auf- und Ausbau breiter Netzwerke. Daneben gab es aber auch Träger, die in ihrer Konstruktion institutionell eher begrenzt als offen waren, insbesondere trifft das auf die direkt an ein Mutterhaus angeschlossenen Heime zu.

Die Stiftung als bedeutende Trägerform von Heimen im 19. Jahrhundert setzt das *Stiften von BürgerInnen* voraus. Die Heime konnten teils auf seit dem Mittelalter bestehende Stiftungen zurückgreifen. Im Zuge der katholischen wie evangelischen Erneuerungsbewegung des 19. Jahrhunderts profitierte die Heimversorgung von einer erneuten Stiftungswelle (Sachße/Tennstedt 1980: 227). Neben den großen An-Stiftungen zur Basisfinanzierung neuer Heime, war wie schon im Mittelalter das laufende Zu-Stiften

für die Stiftungen von Bedeutung. So existierten in Kassel im Jahr 1904 mehrere kleinere Stiftungen von Privatpersonen deren Zinsen dem Armenhaus zu Gute kommen sollten, oder einzelne stiftungsfinanzierte ‚Plätze‘ in einem Heim vorhielten. Schließlich war noch die Form der „personengebundenen Stiftung“ von Bedeutung, die es ermöglichte einen Platz im Heim zu finanzieren. Beispielsweise handelte es sich hier um Stiftungen zur Gewährung von Pensionen oder Pfründen an alternde Privatlehrerinnen, alte gebrechliche Soldaten, Witwen von Offizieren, Lehrerwitwen, adelige Damen oder allgemeiner für „unbescholtene hiesige Bürgerstöchter, die durch Krankheit oder wegen Alter nicht imstande sind, sich ihren Lebensunterhalt zu verdienen“ (Waelcher 1904: 403). Die personengebundenen Stiftungen wurden von den Kirchengemeinden (katholischer Armenfond, evangelische Stiftung), den Orden (Ordensarmenkasse) oder der Stadt (allgemeine Armenkasse) verwaltet (vgl. ebd.: diverse Textstellen). Das Stiftungswesen wurde im Lichte der neuen Entwicklungen und der Flexibilität, die der Verein bot, jedoch auch als problematisch gesehen, insofern „[...] ein bereits Verstorbener seinen Willen festlegt für alle Ewigkeit, so daß die Lebenden sich danach richten müssen.“ (Münsterberg 1897:67, zit. nach Levy/Götze 1912: 72)

Die *katholischen Pflegerinnen der Genossenschaften* und die *evangelischen Diakonissen* können zu den zusätzlichen, von den Kirchen gewonnenen Ressourcen für die Heimversorgung gerechnet werden. Die Schwestern und Diakonissen sind in einer sehr eigenen Form auch „zivilgesellschaftliche Akteure“, da sie in der Regel von eigenen religiösen Idealen angetrieben wurden und nicht zum Zwecke des Broterwerbs, ihre Dienste über die Mutterhäuser anboten. Sie spielten in zwei Organisationskonstellationen eine Rolle. Sie unterhielten (a) selbst Heimplätze oder wurden (b) entsendet, um ein Heim in Trägerschaft Dritter zu leiten oder personell zu unterstützen.

Darüber hinaus konnten in den Heimen einer langen Tradition folgend *Spenden* und spendenähnliche Erlöse bei den Bürgern im lokalen Umfeld gewonnen werden. Beispiele, die bei Waelcher (1904), und Moehring (1907) sowie Levy und Götze (1912) genannt werden, sind Kollekten und Büchsen, beispielsweise Kirchenkollekten, Hauskollekten und Pfennigvereine¹⁸, Lebensmittelspenden von Bauern, Spenden der Erlöse

¹⁸ Die „Pfennigvereine“ wurden zuerst in Bethel geschaffen und dann auch von anderen Großorganisationen der Privatwohltätigkeit übernommen. Das Prinzip der Pfennigsammlungen war es, die kleinsten Gaben (Pfennige) einzusammeln. Für Bethel übernahmen SchülerInnen die Sammlung. Levy gibt an, dass im Jahr 1920 30.370 Pfennigvereine mit 67.000 Mitgliedern für die Bodelschwingschen Anstalten aktiv waren und der Einnahmewert bei 97.917,70 Mark lag.

von lokalen Vereinen (z.B. Nähverein) sowie die Durchführung von Blumentagen, Festen oder sogar Wohltätigkeitsgalas, Bazaren und Tombolas und Lotterien.

Die aufstrebende Privatwohltätigkeit entwickelten hier neue Ansätze des Spendensammelns: es ging stärker auch um ein „Einwerben“ von Spenden; SpenderInnen sollten durch attraktive Angebote wie Basare, Festlichkeiten etc. gewonnen werden. Levy und Götze (1912) beschreiben eine Entwicklung hin zu einer Art „Wohltätigkeitsbranche“ und kritisierten in Ihrem Bericht diese neuen Entwicklungen als moralische bedenklich. Anderer Meinung war da Lepsius:

„Die großen Diners zu wohltätigen Zwecken versöhnen durch ihren Humor, und da sie viel einbringen: à la bonheur! Man muß es nicht allzu pathetisch nehmen; der Effekt ist ja nützlich.“ (Lepsius 1902, zit. nach ebd.: 109)

Die Kommunen bedienten sich zur Durchführung der Armenfürsorge auch der Einrichtungen der Privatwohltätigkeit. Von wachsender Bedeutung wurde *öffentliche Subventionen für die Heime*, wobei hier von einer großen Heterogenität auszugehen ist. Nach Moering war die Haupteinnahmequelle des hessischen Siechenhauses, das ja als quasi-öffentliche Einrichtung organisiert war, bereits im Kaiserreich kommunale Pflegegelder. Andere Heime mussten (weitgehend) ohne eine spezielle öffentliche Förderung auskommen.

Durch die „soziale Erweiterung“ des Heimwohnens als ein Angebot jenseits des öffentlichen Armenwesens hatten das *Privatvermögen* – auch Pensionseinkünfte – älterer HeimbewohnerInnen eine wachsende Bedeutung für den Heimbetrieb. Im Waisen- und Armenhaus Josefshaus wurden seit dem Jahr 1891 Pensionärinnen aufgenommen:

„Für den Betrieb des Josefshauses gehörte die Aufnahme von Pensionärinnen nicht nur zum Tätigkeitsprofil, sondern stellte auch einen wichtigen wirtschaftlichen Aspekt dar, sollten doch aus den Zahlungen der Pensionärinnen weitgehend ‚die Unkosten der Haushaltung‘ der gesamten Einrichtung gedeckt werden.“ (Oepen 2006: 22-23)

Es sollte zudem nicht übersehen werden, dass bis in das 20. Jahrhundert hinein die Heime keine Vollversorgung der BewohnerInnen garantierten – teils wurde nicht einmal eine Verpflegung gestellt. Es war üblich, dass den BewohnerInnen leichtere Arbeiten überlassen wurden – z.B. wurde ihnen ein Garten zur Bewirtschaftung zur Verfügung gestellt. Auch Sieche wurden zu Arbeiten herangezogen. Zudem lag es im Aufgaben-

bereich der rüstigeren BewohnerInnen, die Kranken mit zu versorgen (Waelcher 1904; vgl. Kondratowitz 1988a: 110f.).

Die zusammen getragenen Ressourcen der Heime um den Jahrhundertwende waren einerseits traditionell und standen Heimorganisationen bereits lange Zeit zur Verfügung (z.B. Stiften, Spenden), andererseits waren sie ebenfalls recht neuartig, insbesondere aber wurden sie in neuen Arrangements (neue Akteure, neue Spielregeln) aktiviert (z.B. Unterstützungsvereine, Pflegegelder).

Zudem weist die Möglichkeit der vielseitigen Kombination von öffentlichen und privatwohltätigen Ressourcen auf einen neuen Aspekt hin. Es fällt auf, dass, wenn sich ein Heim zu jener Zeit dieser unterschiedlicher Ressourcen bedienen wollte, es zu ihrem Einbezug durchaus eine Form des „Managements“ einführen musste. Gerade bei größeren Wohltätigkeitseinrichtungen wie beispielsweise Bethel wurde die Einwerbung und Koordination verschiedener Ressourcen zu einem unternehmerischen Unterfangen (Benad 1996; Viertel 1995).

3.1.3.7 Die Entwicklung bescheidener Versorgungsmöglichkeiten und der zivilgesellschaftlichen Selbstorganisation

In den vorangegangenen Abschnitten wurde für das 19. und das frühe 20. Jahrhundert die Entwicklung der Versorgungskonzepte in den Heimen beschrieben und die Ausrichtung der Verantwortungsteilung und Ressourcenökonomie in der Heimversorgung nachgezeichnet. Mit Blick auf *Leitbilder der Heimversorgung alter Menschen* ist zusammenfassend festzuhalten: Gegen Ende des 19. Jahrhunderts begann – zunächst nur allmählich – eine Wahrnehmung des Alters und Bewusstsein über damit verbundene wirtschaftliche und gesundheitliche Risiken. Erste Ansätze waren in neuen Konzepten und zahlreichen Neugründungen des Stiftswohnens für alte Menschen zu beobachten. Leitorientierung des Stiftswohnens war das familienähnliche Zusammenleben in der Hausgemeinschaft. Die „Ersatzfamilie“ Heim grenzte sich zwar vom „Disziplinierungsgebot“ in den traditionellen Armenanstalten ab, aber es wurde auch dort von den BewohnerInnen erwartet, dass sie sich mit dem Nötigsten zufrieden geben. Begründet wurde dies sogar damit, dass alte Menschen nur noch reduzierte Bedürfnisse haben. Die Versorgung in den öffentlichen Armenhäuser wurde in jener Zeit vermehrt als ungeeignet diskutiert. Die Pfründner- und Stiftshäuser stellten eine Vorlage für die Öffnung der Institution Heim zu zeitgenössischen, „altengerechten“ Wohn- und Versorgungskonzepten dar, und genossen bei den Verantwortlichen für das Armen- und Fürsorgewesen

einen recht guten Ruf. Auf der anderen Seite zeigte sich noch weniger Sensibilität für die Gruppe der Alten, die weiterhin neben anderen „Randexistenzen“ der Gesellschaft unter der Kategorie der Siechen in den Anstalten zusammengebracht wurden. Es entstand aber ein Bewusstsein, dass die Siechen einer „Behandlung“ bedürfen, die im bisherigen Konzept nicht vorgesehen war: nicht Arbeit und Disziplinierung, sondern Pflege und Wartung. Die Medizin verneinte hier dennoch eine weitergehende Zuständigkeit. Es sollten Siechenhäuser/Siechenabteilungen vermehrt ausdifferenziert werden als Anhängsel der modernen Krankenanstalten.

Die *Verantwortungs- und Aufgabenzuschreibung* im Armenwesen generell erweiterte sich insofern, dass eine Reihe privatwohltätiger Organisationen gegründet wurden, in denen sich BürgerInnen engagierten. Im Unterschied zum Engagement im Rahmen der öffentlichen Verwaltung (vgl. Kap. 3.1.2) war das Engagement nicht unmittelbar auf das bestehende, öffentliche Armenwesen gerichtet, sondern es wurden innovative Angebote verwirklicht. Jedoch bestand ein reger Austausch zwischen den Vertreter(Inne)n der öffentlichen und der privaten Fürsorge bezüglich einer (gemeinsamen) Ausgestaltung des Armenwesens hin zu einem differenzierteren Fürsorgewesen. Hier stand alsbald die Frage im Raum in welchem Verhältnis die privatwohltätigen Initiativen zur öffentlichen Fürsorge stehen sollten. Eine Perspektive, die sich abzeichnete war, dass die Privatwohltätigkeit weiterführende Angebote bereitstellen könnte, als sie der Staat im Rahmen der Armenfürsorge zu leisten bereit war. Aber es zeigte sich auch ein gemeinsames Hinwirken auf den Ausbau von Angeboten. Dies war auch speziell im Heimbereich zu beobachten, wo Ressourcen schon lange gemeinsam eingebracht wurden, nur dass es nun nicht mehr nur darum ging, dass die BürgerInnen den Staat unterstützen, sondern die Angebote der privatwohltätigen Organisationen boten eine Folie dafür, dass der Staat die BürgerInnen (finanziell) unterstützt bei der selbstorganisierten Bereitstellung von Fürsorgeangeboten. Man könnte sagen: es bildeten sich komplexere Konstellationen hybrider Arrangements zwischen gesellschaftlicher und staatlicher Verantwortlichkeit.

Engagement und zivilgesellschaftliche Ressourcen wurden im 19. Jahrhundert in vielfältigeren Formen eingebracht. Neben dem Spenden und Stiften für das öffentliche Armenwesen und einem Engagement in der kommunalen Selbstverwaltung engagierten sich die BürgerInnen nun auch in selbstorganisierten Vereinen und Stiftungen, über die sie auch die Trägerschaft von Einrichtungen übernahmen. Im Fall der Stifte kam noch ein besonderer Umstand hinzu: Sie beinhalteten Ansätze der bürgerlichen Selbsthilfe,

eine standesgemäße Versorgungsinstitution für alte Menschen jenseits des klassischen Armenmilieus zu schaffen. Die neuen Engagementformen führten zu einer Neujustierung der Verantwortlichkeiten und in Teilen zu einer Entwicklung neuer Heimangebote für alte Menschen.

3.1.4 Die Weimarer Republik und die Zeit des Nationalsozialismus

3.1.4.1 Von der Privatwohltätigkeit zur freien Wohlfahrtspflege

Im Zuge ihres Auf- und Ausbaus im 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts konnten die Einrichtungen und Dienste der privaten wie der kommunalen Wohltätigkeit das Feld sozialer Dienste für sich besetzen. Kennzeichnend war eine geringe zentralstaatliche Einflussnahme bzw. die relativ große Eigenständigkeit der Einrichtungen und Dienste. Die unter diesen Bedingungen entstandene Vielfalt sozialer Einrichtungen wurde in der Weimarer Republik durch zentralstaatliche Regulierungen stärker vereinheitlicht (Bahle 2007: 209). Die Voraussetzungen hierfür hatten sich bereits in den Vorjahren entwickelt - die gesuchte fachliche Koordinierung von öffentlicher und privater Wohltätigkeit, die Schaffung von Spitzenverbänden und die wachsende Bedeutung der öffentlichen Finanzierung privatwohltätiger Dienste Anfang des 20. Jahrhunderts führten zu einem fortschreitenden Einbau der Privatwohltätigkeit in das öffentliche Wohlfahrtssystem.

Dem Vorbild der christlich-konfessionellen Spitzenverbände folgten nun auch die privatwohltätigen Organisationen anderer Milieus: Bereits im Jahr 1917 wurde die Zentralwohlfahrtsstelle der deutschen Juden gegründet, 1919 folgte der Hauptausschuss der Arbeiterwohlfahrt, 1921 das Deutsche Rote Kreuz und 1924 die Vereinigung der freien gemeinnützigen Wohlfahrtseinrichtungen Deutschlands¹⁹. Formal abgeschlossen wurde der Entwicklungsprozess „von der Privatwohltätigkeit zur freien Wohlfahrtspflege“ mit der Gründung der Deutschen Liga der freien Wohlfahrtspflege als Dachverband der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege am Jahresende 1924 (Sachße 2010: 10f.).

Mit den Fürsorgegesetzen der Weimarer Republik, dem Reichjugendwohlfahrtsgesetz von 1922 und der Reichsverordnung über die Fürsorgepflicht von 1924, wurde die private Wohltätigkeit formal-rechtlich in das öffentliche Dienstleistungssystem fest

¹⁹ In der Vereinigung der freien gemeinnützigen Wohlfahrtseinrichtungen Deutschlands schlossen sich die freien gemeinnützigen Kranken- und Pflegeanstalten zusammen. Heute ist sie unter dem Namen „Der Paritätische“ bekannt.

integriert. Institutionalisiert wurde hierbei die für Deutschland spezifische „duale Struktur“ (Sachße 1995) von öffentlicher und freier Wohlfahrtspflege nach dem Prinzip der „Verbändewohlfahrt“ (Bahle 2007: 218). Es kommt zur Bildung ‚eines ‚wohlfahrtsindustriellen Komplex‘, innerhalb dessen sowohl die Problemdefinitionen wie auch die Lösungsmuster exklusiv verhandelt wurden“ (Sachße 2010: 11).

„Die Bildung und Vernetzung der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege ist als Korrelat zur Zentralisierung von Gesetzgebungsbefugnissen und finanziellen Ressourcen auf Reichs- und Landesebene zu verstehen; als Entwicklung eines verbandlichen Pendant zum zentralisierten Wohlfahrtsstaat. Sie bedeutete eine Angleichung an die Strukturen öffentlicher Verwaltung, die nicht mehr primär auf die Erbringung sozialer Dienste und Leistungen bezogen war, sondern auf die Beschaffung von Finanzmitteln und die Beeinflussung der Gesetzgebung.“ (Ebd.: 11)

Damit arbeiteten die gemeinnützigen Organisationen in einem Bereich, der hauptsächlich durch den Staat definiert wurde, und indem sie als funktionale Äquivalente öffentlicher Einrichtungen galten (Zimmer et al. 2004: 681). Im Jahr 1930 gab es im Deutschen Reich 1.481 Alters- und Siechenheime mit insgesamt 89.075 Betten in kommunaler Trägerschaft. Im Jahr 1929 erfasst eine Erhebung 2.140 Alters- und Siechenheime mit insgesamt 58.754 Betten unter Trägerschaft der Spitzenverbände – worunter ca. 90% der Einrichtungen und 80% der Betten dem Caritasverband und der Inneren Mission angehören (Sachße 2010: 9).

Prägend ist eine (spezifisch deutsche) Interpretation und Ausformulierung des katholischen Subsidiaritätsprinzips als Leitbild für den Charakter die Einbindung der freien Wohlfahrtsebene auf allen Verwaltungsebenen. In der katholischen Soziallehre liegt dem Subsidiaritätsprinzip die Idee zugrunde, dass dem je kleineren Gemeinwesen die je größere Verantwortung für die Mitglieder zukommt.

„Subsidiarität in diesem Sinne dient also einerseits der Abwehr übermäßiger Eingriffe der übergeordneten Gemeinschaft in die Bereiche des kleineren Gemeinwesens. Zugleich betont sie andererseits den Anspruch des ‚untergeordneten Gemeinwesens‘ auf Förderung durch die übergeordnete Gemeinschaft.“ (Sachße 1998: 371)

Die Architekten der Fürsorgegesetze der Weimarer Republik²⁰ betrieben unter dem Leitbild der Subsidiarität die Aufwertung der Spitzenverbände, vor allem der

²⁰ Primär das Reichsarbeitsministerium.

konfessionellen, zu Lasten der Kommunen als Träger von Einrichtungen und Diensten. Die Fürsorgegesetze sicherten den Spitzenverbänden durch Bestandssicherungs- und Vorrangklauseln gesetzlich eine Bestand- und Eigenständigkeitsgarantie im Rahmen der Förderverpflichtung und Gesamtverantwortung der öffentlichen Träger zu. Das katholische Subsidiaritätsprinzip wandelte sich damit „von einem Grundsatz der Gestaltung des sozialen Volkslebens [...] zu einem bürokratischen Organisationsprinzip des Wohlfahrtsstaats“ (ebd. 374).

3.1.4.2 Altenhilfe und -pflege in der Weimarer Republik

Fürsorge für das Alter wurde auf Basis der Reichsverordnung über die Fürsorgepflicht geleistet; Altenhilfe begründete weiterhin im Unterschied zur Jugendhilfe keinen eigenen Fürsorgezweig sondern blieb *Teil der allgemeinen Armenhilfe*. Die Reichsfürsorgeverordnung bestimmte die Landesfürsorgeverbände als Verantwortliche zur Einrichtung von Bezirksfürsorgeverbänden als Träger der öffentlichen Fürsorge. Während bis dato die Städte und Gemeinden für die Fürsorge zuständig waren, bestimmten die meisten Länder nun die Stadt- und Landkreise als Bezirksfürsorgeverbände. Die Fürsorge blieb damit Teil der kommunalen Daseinsvorsorge, sie wurde aber nicht mehr unmittelbar im lokalen Gemeinwesen organisiert, sondern, mit Ausnahme der kreisfreien Städte, auf die nächst höhere Verwaltungseinheit integriert (Bahle 2007: 216).

Mit den Reichsgrundsätzen über das Fürsorgewesen (1925) wurde die vorrangige Unterstützungspflicht von Familienangehörigen und die nachgeordnete Aufgabe der öffentlichen Fürsorge, einen notwendigen Lebensbedarf für Hilfsbedürftige zu gewährleisten, näher bestimmt. Die öffentliche Fürsorgepflicht umfasste hiernach neben der Sicherstellung von Unterkunft, Nahrung und Kleidung auch Pflege, Krankenhilfe, Hilfen bei Schwangerschaft und Hilfen zur Erziehung. „Damit schloss die Fürsorge den Großteil der öffentlichen sozialen Dienste ein, die in besonderen Lebenslagen als Teil des notwendigen Lebensbedarfs galten“ (Bahle 2007: 216).

Die Armenhilfe war steuerfinanziert und weiterhin schwach ausgestattet. Die Träger der Einrichtungen und Dienste waren, abgesehen von einzelnen Vorzeigeeinrichtungen, auf zusätzliche Ressourcen aus der Zivilgesellschaft angewiesen. Der lokale Raum und die Unterstützungsbereitschaften der mit den Verbänden verbundenen Milieus blieben ein wichtiger Wirkkreis für Träger von Einrichtungen und Diensten – allerdings mit der Schwierigkeit, dass das klassische Unterstützungsmilieu – die bürgerlichen Kreise – teils selbst in Notlage gekommen und auf Unterstützung angewiesen war.

Mit der Reichsverordnung wurde das Aufgabenfeld der öffentlichen Fürsorge auf weitere Bevölkerungsgruppen jenseits der traditionellen Empfängergruppe von Armenhilfe ausgeweitet²¹. Zu diesen neuen Gruppen zählten auch die Sozial- und KleinrentnerInnen, Angehörige des durch den Krieg und die Hyperinflation verarmten Mittelstandes. Den Sozial- und KleinrentnerInnen sollte eine „gehobene Fürsorge“ unter Berücksichtigung ihrer früheren Lebensverhältnisse gewährt werden (Borscheid 1996: 32). In der Weimarer Republik wurde im Rahmen der kommunalen Sozialpolitik den Problemlagen älterer Menschen eine gewachsene Aufmerksamkeit zuteil (Conrad 1991: 187). Die Weltwirtschaftskrise führte zum Kollaps der sozialen Sicherungssysteme und privater Vermögen, in deren Folge eine wachsende Zahl der Alten war auf zusätzliche öffentliche Unterstützung angewiesen war. Im Zuge der Hyperinflation waren zugleich vermehrt auch die selbstständigen Stiftungs- und Pfründnerheime wirtschaftlich nicht mehr tragfähig – die öffentliche Hand subventionierte sie für ihren Erhalt oder übernahm sie gar in öffentlicher Trägerschaft (Irmak 1998: 442).

3.1.4.3 Alters- und Siechenheime in der Weimarer Republik

Auch in der Weimarer Republik spielten offene Hilfeformen für alte Menschen weiterhin keine besondere Rolle. Es gab keine entwickelten Konzepte in diese Richtung. Das vorhandene Konzept der öffentlichen wie der privaten Wohlfahrtspflege bestand im Angebot von Heimen für das Alter. Diese wurden schon Ende des 19. Jahrhunderts, nun aber in größerem Ausmaß, politisch als Lösung des Problems des verarmten Mittelstands forciert. Die Heimversorgung konnte sich auch daher als geeignete Maßnahme durchsetzen, weil die „Altenfrage“ verbunden mit dem Problem bearbeitet werden konnte, dass seit den 1920er-Jahren eine akute Wohnungsnot für junge Familien herrschte. Durch freiwerdende Wohnungen wollte man neuen Wohnraum für Familien schaffen. Heimpolitik war nicht nur Altenpolitik, sondern auch Wohnungspolitik (Irmak 2002: 103ff.; Kondratowitz 1988a: 120f.). Das Wohnen im Heim sollte erstmals in der Geschichte als Angebot für weite Kreise der Altenbevölkerung dienen. Man bezog sich auf Alter als eine spezifische Lebensphase, die mit einem spezifischen (wirtschaftlichen, aber auch gesundheitlichen) Risiko verbunden war.

Gemeinsam propagierten die Kommunen und die private Wohlfahrtspflege seit den 1920ern nun auch mit der Unterstützung der Interessensorganisation „Deutscher

²¹ Dies passierte bereits im Ersten Weltkrieg und wurde mit der Reichsverordnung rechtlich verfestigt.

Rentnerbund“ das Altenheim als geeignete Einrichtung für den Mittelstand. Die Heime sollten sich in größerem Maßstab für diese Alten öffnen. Mit den modernen Altenheimen sollten Orte geschaffen werden, an denen ein „friedlicher Lebensabend“ verbracht werden kann. Die Altenheime sollten zu Häusern werden, in denen man „sich zur Ruhe setzen kann“. Themen wie Wohnkultur rückten ins Blickfeld, denn die großen Säle zur Unterbringung der Insassen galten hier als untragbar (Irmak 2002: 203). Gefordert wurde bereits auch, dass die Heimleiter sozialpflegerisch ausgebildet sein sollen. In der Praxis wurden darüber hinaus die betriebswirtschaftlichen Fähigkeiten immer wichtiger (Irmak 2002: 218, 210). Vereinzelt wurden in der Weimarer Republik kommunale Wohlfahrtspflegerinnen in den modernen kommunalen Altenheimen für die Arbeits- und Freizeitgestaltung der BewohnerInnen eingeteilt und damit ein erweitertes Angebotsfeld im Bereich der neuen mittelstandsorientierten Altenheime geschaffen (Cappell 1996: 292f.) Nach Irmak (2002: 219) war gegen 1924 die Bewohnerorientierung in den Altenheimen zumindest insofern vollzogen, als dass seither konsequent mit dem „Bedürfnissen der Insassen“ bei den Überlegungen zur Weiterentwicklung der Heime argumentiert wurde. Die Umsetzung dieser Orientierung in der Praxis war jedoch sehr beschränkt.

Auch wenn das Altenheim für den Mittelstand zunächst durchaus Ideen des Stiftswohnens aufgegriffen hatte, so zeichnete sich jedoch keineswegs eine schlichte Fortsetzung bzw. Übersetzung des Leitbildes der Altenstifte im Rahmen der modernen Altenheime ab. Vor allem in organisatorischer Hinsicht bestanden deutliche Unterschiede. Der neue sozialpolitische Geist der Weimarer Zeit und der aufstrebenden kommunalen Wohlfahrtsbürokratie war durch einen sozialtechnologischen Versorgungsansatz geprägt. Schon die Sozialreformer hatten das „wissenschaftliche Wohlfahrtsmanagement“, die statistische Erfassung der Anstalten und die planmäßige Verlegung der Alten im Geiste einer Rationalisierung aller gesellschaftlichen Bereiche betrieben (Conrad 1991: 197ff.). Die Sozialpolitik der Weimarer Zeit zeigte eine Begeisterung für wissenschaftlich-technologische Ansätze zur Überwindung gesellschaftlicher Probleme. Dienste wurden unter dem Leitbild der „sozialen Rationalisierung“ organisiert (Irmak 1998: 442). Das wirkte sich auch auf den Anstaltszuschnitt im Altenheimsektor aus: Durch „Funktionalität und Größe“ und nicht durch „heimelige Geborgenheit“ zeichneten sich die Musteranlagen aus, die seit den 1920er-Jahren von großen kommunalen und kirchlichen Trägern z.T. errichtet wurden.

Dort, wo das Geld aufgebracht werden konnte, wurden Großprojekte wie die Riehler Heimstätten in Köln umgesetzt. Die Anlage umfasste 2058 Heimplätze – 619 Plätze im Versorgungs- bzw. Altenheim, 681 Plätze im Pflegeheim und das Wohnstift hielt 758 Plätze vor. Die organisatorische und räumliche Trennung der Klientel wurde streng eingehalten. Auch galten die Bereiche als fortschrittlich, da sie räumlich großzügig bemessen und mit weit verbessertem Ausstattungsstandard gebaut waren, nicht nur für die BewohnerInnen sondern eben auch in der Haustechnik (Zentralheizung, Aufzüge, moderne Großküchen). Aufgegangen scheinen diese Konzepte dennoch nicht (immer) zu sein: der schlechte Ruf der Riehler Heimstätten in der Bevölkerung war trotz der offensichtlichen Vorteile schnell besiegelt. Vor allem interne Reibereien zwischen den BewohnerInnen führten zu einem Attraktivitätsverlust (Conrad 1991: 199; siehe auch Heinzelmann 2004: 23; vgl. hierzu Blanckenburg/Schicke 2000: 69). Eine Soziale Nivellierung der Heime durch den Einzug von Alten aus dem Mittelstand konnte letztlich nur eingeschränkt erreicht werden.

Forderungen nach der Notwendigkeit, spezialisierte Einrichtungen für Sieche zu schaffen, gewann in der Weimarer Republik stark an Gewicht angesichts der von den Bevölkerungsstatistikern gestellten Diagnose einer bevorstehenden „demographischen Katastrophe“. Die rasante Alterung der Gesellschaft ließ eine „Verstopfung der Krankenhäuser“ (Irmak 2002: 151) mit Siechen befürchten. Die allgemeinen Lebensstandardverbesserungen und der verbesserten medizinischen Umgang mit Infektionskrankheiten ermöglichten es, dass die Phase des Alters zum Normalfall im Lebenslauf wurde – und damit zugleich die Wahrscheinlichkeit, chronische Krankheiten auszubilden, zunahm. Damit verlängerte sich nicht nur die Lebens- sondern auch die „durchschnittliche Sterbedauer“ der Bevölkerung (Imhof 1988: 95). Siechtum und chronische Krankheiten wurden insbesondere nach dem Ersten Weltkrieg als drängendes Problem in den Krankenhäusern empfunden (Conrad 1991: 191f.). Dieser Problemdefinition nahm sich auch der zu jener Zeit bekannte Arzt und Gesundheitsbeamte Franz Goldmann an. Auf Basis statistischer Auswertung nach Altersgruppen in Berliner Krankenhäusern – der Anteil der über 60-jährigen lag bei 11-20% – argumentierte er für einen dringenden Ausbau gesonderter Siechenhäuser (Conrad 1991: 194f; Balluseck 1980: 85f.). Dabei zeigten frühere Erhebungen, dass es zu einem deutlichen Anstieg der Gruppe der Alten in den Krankenhäusern kam. Nach Goldmann war der Grund hierfür v.a. die Armut der Alten, nicht ein Behandlungsbedarf (Irmak 2002: 153). Zwar wurden Sieche nicht altersmäßig definiert, doch waren sie größtenteils alte Menschen: Mitte der 1920er-Jahre

waren 69% der Insassen der 11 Siechenhäuser Berlins älter als 60 Jahre (Balluseck 1980: 87). Eine Grenze zwischen Kranken und Siechen wurde theoretisch per Reichsversicherungsordnung von 1924 gezogen: danach endete 26 Wochen nach Krankheitsbeginn die Krankenhilfe, die den Krankenhausaufenthalt ermöglichte. Bedurfte man auch danach noch der umfassenderen Versorgung, die eine Einrichtung bot, sollte man auf das Siechenhaus, verwiesen werden. Vor dem Hintergrund des Desinteresses der Mediziner am alten Menschen, gepaart mit der zunehmenden von Kommunen beklagten Kostenexplosion im Gesundheitsbereich, entstand ein machtvoller Diskurs über die Fehlplatzierung von Siechen in Krankenhäusern (Irmak 2001: 147).

Ihre Attraktivität hatten Siechenhäuser vor allem als „Spareinrichtungen“ (Irmak 2002: 150). So rechnet Goldmann (1930) als Argument für den Ausbau von Siechenanstalten vor, dass die Investition für ein Bett im Siechenhaus als auch die Kosten eines Verpflegungstages etwa die Hälfte der jeweiligen Kosten im Krankenhaus betragen (Balluseck 1980: 85). Ein Einsparpotential von bis zu 2/3 niedrigeren Pflegesätzen gegenüber dem Krankenhaus war möglich. Im Siechenhaus waren die Standards gering und es wurde kaum ausgebildetes Pflegepersonal benötigt; statt eines Anstaltsmediziners in Festanstellung war die Beschäftigung eines Hausarztes ausreichend (Irmak 2002: 149f.). Goldmann beschrieb, dass die Siechen zu leichten Arbeiten herangezogen werden konnten, insofern der Arzt dies erlaubte – und hier auch in den in einer Reihe von Siechenhäusern vorhandenen Werkstätten eingesetzt wurden. Während die Siechen hierfür kein persönliches Einkommen erhielten – lediglich eine Belohnung zwischen 3-8 Reichsmark monatlich waren üblich – kam der Arbeitsertrag den Siechenheimen zugute, die damit 8-10% ihrer Ausgaben bestreiten konnten (Balluseck 1980: 88).

Es gab Kontroversen, wer die Zuständigkeit und Kosten für die Siechenhäuser tragen sollte. Befürworter der Gesundheitsamtslösung²² plädierten dafür die Siechenhäuser nicht mehr mit den Altersheimen zu koppeln, sondern an die Krankenhäuser; sie hoben den Vorteil der vereinfachten Bürokratie hervor bei der Überführung vom Kranken zum Siechenhaus, wenn deren Verwaltungszuständigkeit zusammengefasst würde. Doch nicht zuletzt durch den Widerspruch der Ortskrankenkassen, die hierdurch eine Aufwertung der Siechen- zu Krankenanstalten befürchteten, setzte sich schließlich in

²² Mancherorts hatten sich aus dem öffentlichen Fürsorgewesen Gesundheitsämter ausdifferenziert (Irmak 2002: 153).

der überwiegenden Zahl der Kommunen der Verbleib der Zuständigkeit für die Siechenhäuser bei den Fürsorgeämtern durch (Irmak 2002.: 153f.).

In der Orientierung an der Medizin und mit ihr am Krankenhaus war allerdings ein erstes eigenes Konzept für die Versorgung Siecher gefunden. In der Weimarer Republik wurden Verbesserungen nach dem Vorbild der Krankenhausversorgung vorangetrieben. Dass die Neuerungen nicht primär auf einer fachlichen Begründung der Siechenpflege aufbauten, lässt die Aussage des Hamburger Versorgungsheimdirektors erkennen.

„Ein gewisses Eingehen auf die Entwicklung des Krankenhauswesens ist unerlässlich, um den Widerstand der eingewiesenen Patienten abzuschwächen.“ (Steigertahl 1933, zit. nach Irmak 2002: 227)

Die Orientierung am Krankenhaus betraf die Durchsetzung von Hygienestandards, die als Inbegriff von Fortschritt und Humanität galten. Geboten war eine bessere bautechnische Ausstattung. Mit der Orientierung an hygienischen Standards sind Elemente in die moderneren Siechenhäuser und -abteilungen eingezogen, die heute nicht primär mit der Medizin assoziiert werden: Sie setzte eine Bewegung in Gang, die Unsauberen aus der Verbannung in die Kellerräumen herauszuholen. Sozialräume wie Teeküchen, Tagesräume, Balkone und Terrassen sollten die Anstalten aufwerten (ebd.: 227). Dem Anstaltsleiter wurde fortan der Anstaltsarzt zur Seite gestellt. Allerdings waren die therapeutischen Methoden der Anstaltsmediziner für die BewohnerInnen kaum als Verbesserungen wahrnehmbar; vielmehr waren sie häufig nicht mehr als medizinisch begründete Repressionen, die an alte Zuchthausdisziplinierungen erinnerten:

„Als sich die Tochter einer Breslauer Insassin 1924 bei der aufsichtsführenden Behörde wegen Mißhandlung ihrer Mutter durch Einsperrung im Keller beschwerte, nahm der zuständige Primärarzt Dr. Hauke unbekümmert mit den Worten Stellung, daß er die Frau lediglich aus ärztlicher Notwendigkeit in einem, wie er es nannte, ‚Isolierraum‘ untergebracht habe.“ (Irmak 2002: 228)

So wurde zwar der Sieche durch die Medizin mehr und mehr vom namenlosen Insassen zum „Subjekt“ aufgewertet. Das Führen von Krankengeschichten wurde auch in der Siechenbehandlung eingeführt. Der „Isolierraum“ jedoch kann als Paradebeispiel für den Rückgriff auf alte Methoden aus Überforderung am therapieresistenten Pflegling gelesen werden (ebd.: 223ff.).

Die Überforderung traf vor allem die SiechenpflegerInnen in ihrer tagtäglichen Arbeit. Mit Vokabeln wie „Trostlosigkeit“ und „Hoffnungslosigkeit“ wurde die Siechenpflege beschrieben (vgl. Irmak 2002: 271). Das pflegerische Selbstverständnis einer Verantwortlichkeit für Ruhe, Ordnung und Reinlichkeit stand unvereinbar gegenüber der Realität eines kaum zu gewinnenden „Kampfes“ gegen den üblen Geruch und allerlei Unappetitlichkeiten in den voll gestopften Siechensälen. So ist es nicht verwunderlich, dass ausgebildete Krankenpflegerinnen, die ohnehin nur in geringer Zahl und nur in den größeren Anstalten finanziert werden konnten, den Siechenhäusern fern blieben bzw. am schnellstmöglichen Aufstieg in die Krankenanstalten interessiert waren (Irmak 2002: 268ff.).

Letztlich war die Arbeitskräftesituation in den Siechenheimen qualitativ wie quantitativ miserabel. In den 1920er-Jahren stellten ungelernte Pflegekräfte – in der Regel ehemalige Dienstbotinnen oder Fabrikarbeiterinnen – den Hauptanteil des Personals. Der Einstieg in die Siechenpflege lief über die Anstellung als Haushelferin in den Siechenhäusern, später konnte man zur „Hilfsaufseherin“, „Aufseherin“ und „Stationsaufseherin“ aufsteigen. Als „Wärter“ wurden in der Regel ausgebildete Handwerker angestellt. Auch die Qualifizierung des männlichen Personals erfolgte ausschließlich in der praktischen Anlernung vor Ort. Bis in die 1920er-Jahre hinein gab es zudem InsassenwärterInnen. Diese als AufseherIn oder HilfspflegerIn angestellten WärterInnen wurden aus der rüstigeren und ehemaligen Insassenschaft der Anstalt rekrutiert. In der Praxis waren die Siechenhäuser Verwahranstalten eines letzten Rests von Bedürftigen, für die sich keiner interessierte. Beschwerdebriefe aus den 1920er-Jahren zeigen, dass schlechte Erfahrungen mit InsassenwärterInnen und angelernten Kräften und vor allem das brutale Vorgehen der WärterInnen gegen die Insassen zunehmend als inakzeptabel gesehen wurde. Nicht nur bei den InsassenwärterInnen, auch bei den angelernten Kräften auf der „unteren Hierarchieebene“ des Personals galt die fehlende Abgrenzung zu den Insassen als ein Problem. Bis dato hatten die PflegerInnen zusammen mit den Patienten im selben Raum geschlafen; dies wurde nun abgeschafft. Erst im Jahr 1935 wurden ein erstes Qualifizierungsangebot für die Siechenpflege geschaffen: der Reichsverband für Evangelische Alters- und Siechenfürsorge begann mit der Durchführung regelmäßiger Schulungslehrgänge über Alterskrankheiten für Pflegekräfte (Irmak 2002: 262ff.).

Die Siechenhäuser unternahmen Versuche, die Arbeitsbedingungen der PflegerInnen attraktiver zu gestalten. Es wurden finanzielle Zulagen und Sonderurlaube gegenüber

den Krankenhäusern eingeführt und zusätzlich Dienstmägde eingestellt, welche die PflegerInnen von „nicht-pflegerischen“ Aufgaben entlasten sollten. Doch letztlich handelt es sich hierbei nur um einzelne Versuche, die meist dem Spardiktat wieder zum Opfer fallen mussten. In den Curricula der Krankenpflege hatte die Siechenpflege bislang ohnehin keinen Eingang gefunden. Im Krankenpflegegesetz von 1938 wurde schließlich die Siechenpflege nicht als Krankenpflege anerkannt – und damit die Benachteiligung von PflegerInnen in den Siechenanstalten auch vom Gesetzgeber festgeschrieben (Irmak 2002: 279). Die Suche nach geeignetem, d.h. zuvorderst „opferbereitem“ Personal, führte zumeist zum Einsatz von kostengünstigen Ordenskräften (Irmak 2002: 272). Die Siechenpflege hatte den Sprung zur Profession (noch) nicht geschafft – qualifizierte Arbeit war primär in Kopplung mit einem christlichen Ethos der aufopferungsvollen Hilfe für den Nächsten zu haben.

Zwar sind im Prinzip die modernen Anstalten Krankenhaus und Siechenhaus in der Weimarer Republik ausdifferenziert, dennoch führten die generell wirtschaftlich schwierigen Verhältnisse jener Zeit dazu, dass relativ flexible Anpassungen unternommen wurden. In der Weltwirtschaftskrise kam es sogar zu einem statistisch nachweisbaren Anstieg der Versorgung von Siechen in den Krankenhäusern. Der Deutsche Städtetag forderte im Jahr 1930, dass die Krankenhausversorgung, da die Kosten kaum mehr getragen werden können, generell, also auch für die „Jungen“ vermieden werden soll (Irmak 2002: 156). Die zur Unterbelegung gezwungenen Krankenhäuser begannen nach anderen Finanzierungsmöglichkeiten zu suchen und traten hierbei in den Wettbewerb mit den Siechenhäusern – mit preiswerteren Pflegesätzen gelang es ihnen, die leeren Betten mit Siechen zu füllen (ebd: 156f.).

3.1.4.4 Der Nationalsozialismus – Sozialpolitik als Rassenpflege

In der Zeit des Nationalsozialismus wurde Politik zunehmend autoritär auf Reichsebene formiert; die föderale Struktur und die kommunale Autonomie wurden auch im Bereich sozialer Dienste eingeschränkt. Die Nationalsozialisten betrieben eine Politik der „Gleichschaltung“ und in ihrem Sinne den Abbau demokratischer Partizipationsmöglichkeiten. Viele der bis dato bestehenden pluralen, selbstorganisierten gesellschaftlichen Vereinigungen – Gewerkschaften, politische Parteien, Vereine und Verbände – wurden zugunsten sozialpolitischer Großorganisationen des nationalsozialistischen Regimes verboten. Allerdings konnten die großen konfessionellen Wohlfahrtsverbände im Schutz der den Kirchen gewährten Autonomie weiter als eigenständige

Organisationen agieren. Neben ihnen trat als nationalsozialistische Organisation vor allem die Nationalsozialistische Volkswohlfahrt (NSV) (Sachße 1996: 90-93).

Nationalsozialistische Sozialpolitik stand fachlich-konzeptionell dafür, dass gesunde und produktive Mitglieder der Volksgemeinschaft gefördert werden sollten. Dienste im Sinne des neuen Leitbilds der „aufbauenden Volkspflege“ (Sachße: 1996: 96), wie beispielsweise Einrichtungen zur Tagesbetreuung von Kindern, wurden unter Trägerschaft der NSV massiv ausgebaut. Die Ministerialbürokratie des Reiches übte Druck auf die Wohlfahrtspflege aus, ihre Einrichtungen und das Personal auf die NSV zu übertragen. Die Expansion der NSV war aber hauptsächlich durch den Ausbau neuer Einrichtungen und die Besetzung neuer Felder der Sozialpolitik getragen, nicht durch die Übernahme von Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege. Von den Nationalsozialisten wurde Sozialpolitik als Rassenpflege betrieben. Das Leitbild der „aufbauenden Volkspflege“ war schließlich die Negierung von Unterstützungsnotwendigkeiten für Schwache und Hilfsbedürftige, für die bis dato das Armenwesen gestanden hatte und auf die auch die bürgerlichen Sozialreformer ihr Wirken ausgerichtet hatten. In der Praxis resultierte eine „Arbeitsteilung“ nach dem Prinzip, dass die öffentliche Fürsorge lediglich für die minimale finanzielle Mindestsicherung der Bedürftigen zuständig war, während die Anstaltspflege der „Unproduktiven“, der Behinderten, Alten und Kranken den konfessionellen Wohlfahrtsverbänden als Tätigkeitsbereich überlassen wurde (ebd.: 93ff.).

„Die Dominanz der konfessionellen Verbände im Anstaltssektor blieb dagegen – bei aller Behinderung – letztlich unangefochten. [...] Paradoxerweise war es also gerade dieser Sektor der ‚klassischen‘ Wohlfahrtspflege, der seit den Anfängen des Regimes von den Nationalsozialisten besonders scharf attackiert worden war, der im Laufe des Krieges die völlige Beseitigung einer konfessionellen Wohlfahrtspflege verhinderte.“ (Ebd.: 102)

Alte Menschen können weder der Kategorie der Produktiven, noch der Gruppe der unproduktiven Randexistenzen eindeutig zugeordnet werden. Ihnen wurde als Adressaten sozialer Hilfen wenig Aufmerksamkeit entgegengebracht, da es der junge Mensch war, für den sich der nationalsozialistische Staat interessierte. Andererseits legte der Nationalsozialismus durchaus Wert auf eine verbesserte Situation der Alten, beispielsweise durch die Ausweitung der Krankenversicherung auf die Rentner im Jahr 1941. Das Altenheim wurde auch unter dem Nationalsozialismus als geeignete

Versorgungsinstitution für das rüstige Alter propagiert. Und so engagierte sich auch die NSV selbst in den Jahren 1937 bis 1943 im Altersheimbereich. Doch trotz der Planungen für einen Ausbau des Altenheimsektors wurden hier nur wenige Vorzeigeeinrichtungen geschaffen. Ausgestattet wurden diese Heime mit verschließbaren Wohnungsbriefkästen, Signalanlagen, Fernsprechautomaten und Einzelzimmern. Ihre Mustereinrichtungen unterstrichen damit die Abkehr vom Bild der Alten als Insassen hin zu ihrer Wahrnehmung als Bewohner (Irmak 2002: 210ff.).

Allerdings insofern Alter und Siechtum zusammentrafen, fielen die Alten unter die Gruppe der unproduktiven Randexistenzen. Hier mussten zunehmende Entbehrungen in Kauf genommen werden, die der autoritäre Staat durchzusetzen wusste. Erstens setzte der Staat eine verstärkte Trennung von Kranken und Siechen durch. Die Freiheiten bei der Belegung und Gestaltung der Anstalten, welche die Akteure in der Weimarer Republik zu Teilen noch hatten, wurden durch die fortschreitende Zentralisierung des Gesundheitswesens zunehmend schmaler. Die Bürgermeister, denen als Vertreter der kommunalen Selbstverwaltungskörperschaften die Verwaltung der Häuser oblag, wurden in der NS-Zeit durch staatliche Abgesandte des Kreises abgelöst (ebd.: 208). Die Kontrolle der Siechenheime durch die Öffentlichkeit war im Zuge diverser Gleichschaltungen stark eingeschränkt. Vereinzelt drangen Missstände dennoch nach draußen. Beispielsweise wurde im Jahr 1936 bekannt, dass die Pfleglinge in der Breslauer Siechenanstalt geohrfeigt und gezwungen wurden, auch am Tag im Bett zu liegen (ebd: 277).

In der NS-Zeit wurden Zwangsverlegungen zwischen den Anstaltstypen in Nacht- und Nebelaktionen durchgeführt. Die Siechenanstalten waren dramatisch überbelegt (Irmak 202: 163f.). Da in der NS-Ideologie die Siechenpflege keinerlei Wert darstellte, war sie besonders stark vom Mangel betroffen. Schließlich konnte es auch passieren, dass Siechenhäuser per Befehl zu Ausweichkrankenhäusern für Kriegsverletzte umfunktioniert wurden und die Insassenschaft „weggeschafft“ werden musste. Ein bedrückendes historisches Zeitdokument zu solch einer Odyssee infolge der Fliegerangriffe auf Hamburg im Juli 1943 liefern die Schilderungen der Schwester Adelheid C.

„Abtransport nach Neumünster [am 2.7.1943, K.I.]. [...] In Neumünster brachte der Hausvater, der 90 Insassen hatte, 300 unter. [...] Am 1.8. kam dann leider der ganz unerwartete Befehl, in ½ Stunde abzurücken (man erwartete Grossangriffe, unser Heim in Neumünster sollte Krankenhaus werden). Ich mußte ohne meine

Krankenschwestern reisen. [...] Wir mit unbestimmtem Ziel in Richtung Hagenow Land gesandt. Von dort [...] ebenso unbestimmt nach Wittenberg. Dort auf ein totes Geleis und bei der Gluthitze stehen und warten. Unsere Leute sind fast alle über 80, auch 94 und 95 Jährige. [...] Der Oberstabsarzt sagte: ‚Kinder haben Schutz. Das Schlimmste sind die Alten, die sind schutzlos.‘ Das Elend der Alten auf der Reise überall sei katastrophal. Jedes Krankenhaus schiebt sie ab. [...] [Am 2. 8.:] Ich fand meine Alten schwer leidend. [...] Wir sollten um 10 Uhr weiterfahren. Es kam die Nachricht: es hat sich alles zerschlagen. Dr. Neumann (N.S.V.) mit Auto los, um etwas zu suchen. Gegen Frühnachmittag kommt Weisung: Weiterfahren in Gau Anhalt-Magdeburg, anscheinend wieder mit unbestimmtem Ziel. 10 Minuten vor Abgang des Zuges die Weisung: Gau Franken fordert nach Neuendettelsau – Gebetserhörung. [...] Hier nun: nach dem Grauen das Erbarmen.“ (Archiv des Diakonischen Werks, zit. nach Irmak 2001: 165)

Nicht alle Siechen konnten im Zuge der Bombardierungen deutscher Städte gerettet werden. Als die Siechenanstalten zur medizinischen Versorgung der Kriegsverletzten umfunktionieren wurden, wurden Sieche in die Tötungsanstalten des dritten Reichs (Kondratowitz 1988a: 129ff.).

„Sie [die Reichsarbeitsgemeinschaft (T4), K.H.] tötete nicht mehr nach einem vorher festgelegten Plan, der sich an den Tötungskapazitäten orientierte, sondern sie tötete nach örtlichem Bedarf – dezentral organisiert. Differenzierte Tötungskriterien gab es nicht mehr. Es zählten allein die Arbeitsfähigkeit, und das Ausmaß der medizinischen Folgen eines Bombenangriffes. Nur daraus ergab sich das Quantum der Menschen, die über die ‚Reichsarbeitsgemeinschaft‘ deportiert wurden.“ (Aly 1985: 57, zit. nach ebd.: 130)

Das Wissen um die Auslieferung von SiechenheimbewohnerInnen an die Vernichtungsaktionen schien sich in der Bevölkerung herumgesprochen zu haben. Das Siechenheim war damit endgültig zum Schrecken der alten Bevölkerung geworden.

„Bei den Prüfungen im Auftrag des Wohnungspflegeamtes wurden aber in noch erhaltenen Wohnungen häufig alte Leute angetroffen, deren Aufenthalt in Hamburg nicht unbedingt nötig wäre, die sich aber niemals freiwillig von hier trennen würden. Es wird Transport in den Osten befürchtet, wovon man sich die schrecklichsten Vorstellungen macht“ (Bericht aus der Sozialbehörde Hamburg nach Asendorf 1984: 192; zit. nach Kondratowitz 1988a: 132)

Zusammenfassend ist festzuhalten: Das Siechenhaus war der Schrecken der Bevölkerung. Dramatische Bittbriefe von Personen, die ins Siechenhaus verlegt werden sollten, legen davon Zeugnis ab. Der Höhepunkt der Grausamkeit wurde mit der Einbeziehung Siecher in die Tötungsaktionen der Nazis erreicht. Doch setzte die fehlende Humanität nicht erst in der NS-Zeit ein, sondern sie war in der Tradition als Armenhauses, das diszipliniert durch ein Wegschließen, kulturell tief eingebrannt. Dazu kamen neue Verschlechterungen: Im Siechenhaus wurden durch die zunehmende Institutionendifferenzierung diejenigen, die keinen Wert mehr für die Gesellschaft darstellen – Alte und chronisch Kranke – konzentriert. Das Siechenhaus war „Endstation“, ihm haftete das Odium des „Sterbehauses“ an (Balluseck 1980: 86).

3.1.4.5 Rationelle Platzierung des Alters in den Heimen

Charakteristikum der Heimversorgung in der Weimarer Zeit ist eine rationelle Platzierung des Alters. Zwar wurden alte Menschen zunehmend explizit angesprochen, doch wirtschaftliche Überlegungen und Sachzwänge standen meist im Vordergrund bei der Entwicklung und Gestaltung der Heime: Es ging um Wohnungspolitik, um Abgrenzung von Krankeneinrichtungen und um Zuordnung zum allgemeinen Fürsorgewesen, weniger um die Alten selbst. Zwar sollten die Heime auf die Bedürfnisse der Alten „eingehen“ und bei der Ausgestaltung des Angebots wurde mit den Bedürfnissen der BewohnerInnen argumentiert, aber ein Bewusstsein, dass Alter eine eigenständige, zu anderen gleichwertige, Lebensphase ist, war noch wenig entwickelt. Dies zeigte sich an vielen Stellen, z.B. an der minimalen Ausstattung der Heime, daran, dass die Medizin und die Krankenpflege kein Interesse zeigten und sich keine „eigene“ Profession zur Betreuung und Versorgung alter Menschen entwickelte. Auch nach der recht weitgehend vollzogenen Ausdifferenzierung von Alters- und Siechenheimen blieben diese in der Kultur des Armenhauses verhaftet. Die Heime waren meist lediglich Verwahranstalten – was bei einem schwächeren geistig-körperlichen Zustand der „BewohnerInnen“ mit stärkeren Zumutungen einherging. Der Umgang mit Siechen im Nationalsozialismus stand nicht für sich allein, sondern er zeigte eine gravierende Schattenseite des „Systems Heim“ auf. Die Konzentration „unproduktiver Mitglieder“ der Gesellschaft in Abgeschlossenheit und Abgeschlossenheit von der Gesellschaft „erleichtert“ Inhumanität.

Die *Verantwortungs- und Aufgabenteilung* versuchte man in der Weimarer Republik über die Fürsorgegesetzgebung zu vereinheitlichen, welche die Versorgung alter

Menschen auch mit einer verbindlicheren öffentlichen Finanzierungsgrundlage ausstattete. Die Ausgestaltung blieb aber, da primär im kommunalen Verantwortungsbereich angesiedelt, heterogen. Die Steuerung und die Erbringung der Dienste wurden durch den Einbezug der Wohlfahrtsverbände in das öffentliche Fürsorgewesen im Sinne einer Verbändewohlfahrt institutionalisiert. In der Phase des Nationalsozialismus zog der Zentralstaat die autoritäre Regelung des Systems an sich und ersetzte das bestehende System der geteilten Verantwortung durch nationalsozialistische sozialpolitische Großorganisationen. Die beiden konfessionellen Wohlfahrtsverbände Caritas und Diakonie konnten jedoch in der NS-Zeit mit Einschränkungen weiterarbeiten – gerade die Heime schafften ihnen in dieser Zeit eine Existenzgrundlage. Ferner sei angemerkt, dass nach Heinzelmann (2004) im Zuge der Adressierung der Heimversorgung auch an alte Menschen mit einer eigenen Rente in der Weimarer Republik verstärkt Privatpersonen als Träger von Altenheimen auftraten (ebd.: 20). Dies ist ein zusätzliches Indiz für die wachsende Bedeutung von Heimen als Wirtschaftsbetriebe.

Es ist davon auszugehen, dass die Bedeutung von *Engagement und zivilgesellschaftlichen Ressourcen* in der Heimversorgung wie sozialen Diensten generell gegenüber dem Kaiserreich abnahm. Dies kann die Autorin nicht mit Daten verifizieren, aber es gibt wichtige Hinweise dafür: Mit den zwar bescheidenen, aber zunehmenden, anderweitigen Möglichkeiten der Ressourcengewinnung (Pflegegelder, Subventionen, Privatgelder der BewohnerInnen) wurden die Heime etwas unabhängiger von zivilgesellschaftlichen Ressourcen. Das Engagement von BürgerInnen stellte keine treibende Kraft für die inhaltlich-konzeptionelle Entwicklung von Diensten dar wie dies beispielsweise im Fall der Altersstifte des 19. Jahrhunderts beschrieben werden konnte. Im Zuge der Formierung der freien Wohlfahrtspflege zu leistungsstarken Organisationen und ihrer Inkorporierung in den Sozialstaat wurde diese nach Sachße (2000: 85) „von einer Institution bürgerlicher Selbstorganisation zur professionellen Großbürokratie gewandelt“. Engagement blieb dennoch „anhängig“ – zur Unterstützung der Angebote mit zusätzlichen Ressourcen, aber auch in der Mitträgerschaft auf Leitungsebene in den Trägerorganisationen. Speziell das für die Heimversorgung bislang wichtige Stiften und Spenden war im Zuge der Wirtschaftskrise aber eingeschränkt, da die tragenden bürgerlichen Schichten selbst in größerem Ausmaß von Armut betroffen waren. Engagement wurde trotz starker Veränderungen der Rahmenbedingungen keiner Neubestimmung unterzogen: es scheint unhinterfragt durch die freie Wohlfahrtspflege repräsentiert, ohne eine spezifische ideologische Stützung erfahren zu haben.

3.1.5 Zusammenfassend: Prägungen in der Geschichte der Heimversorgung

Bei der Darstellung des Ausformungsprozesses der Heimversorgung alter Menschen haben sich interessante Prägungen für zwei Bereiche ergeben: die Leitbilder des Wohnens in Heimsituationen und die Verantwortungsteilung in der Heimversorgung. Diese bestimmen die weitere Entwicklung und den Charakter der Institution Heim bis heute.

Die Heimversorgung alter Menschen war in weiten Teilen der bislang betrachteten Geschichte als eine Armenversorgung gedacht; sie wurde später als ein Randbereich der Medizin um neue Funktionen erweitert. In beiden Zuordnungen blieben die Entwicklungschancen würdiger Lebensangebote für alte Menschen in Heimen begrenzt. Es gibt wenige Prägungen, die einer anderen Tradition folgen. Diese sind erstens im mittelalterlichen Hospitalwesen zu beobachten. Dort schaffte die religiöse Idee der Integration der Armen in die Gesellschaft auch für die Hospitäler eine andere Perspektive. Das Hospital war zeitweise als Lebens- und Versorgungsort für die gesamte lokale Wertegemeinschaft konzipiert – Arme wie Wohlhabende fanden Aufnahme. Spannungen zwischen den Gruppen aus den verschiedenen Ständen waren jedoch vorprogrammiert; letztlich konnte sich eine solche soziale Mischung nicht stabilisieren. Zweitens war eine Perspektiverweiterung im Stiftswohnen zu beobachten. Dort wurden im Unterschied zum ursprünglichen Hospitalkonzept die Differenzierung der Angebote und die soziale Homogenisierung der BewohnerInnen eines Hauses gesucht. Das Stiftswohnen zeichnete sich zudem dadurch aus, dass es auch ein Betätigungsfeld des Bürgertums für den eigenen Stand war. Beide Ausrichtungen – das sozial integrierende Hospital und das sozial differenzierte Stift – konnten sich mit der Zuordnung der Heimversorgung zum Armenwesen, nicht entfalten. Die Armenhäuser nahmen lediglich wenige Anleihen zur eigenen Modernisierung.

Für das Engagement der BürgerInnen, das in weiten Teilen des hier beobachteten Zeitraums ein Engagement des oberen Stände bzw. des Bürgertums war, ist festzuhalten: es hat sich mit verschiedenen Leitbildern der Heimversorgung verbunden. Es trat hierbei einmal als „Fremdhilfe“ für die Armen, aber auch als „Selbsthilfe“ für den eigenen Stand auf. Es wurde mobilisiert durch das Ideal der christlichen Nächstenliebe, wie des Handelns als guter Bürger/ als gute Bürgerin in einer lokalen Wertegemeinschaft. Die Entwicklung der Verantwortung für die Heimversorgung zeigte: Im Mittelalter galten andere „Wohlfahrtsmixturen“ als heute, sie waren zwischen einem Handeln

im kirchlichen und einem Handeln im weltlichen Bereich verteilt. Die Regelungsbefugnis verlagerte sich schließlich auf den weltlichen Bereich (Städte, Staat(en)), wobei kirchliche Trägerschaften und die Mobilisierung von Ressourcen über das christliche Wertesystem weiterhin einbezogen wurden. Bezüglich der Verantwortungs- und Aufgabenteilung außerhalb der Institution Kirche im engeren Sinn zeigten sich schließlich Phasen, wo die Initiative und die Verantwortung von zentralstaatlichen Akteuren ausgingen und Phasen, wo die Heimversorgung stärker in den lokalen Gemeinschaften verantwortet wurde. Hier wird deutlich, dass es notwendig ist jenen Bereich, der in den theoretischen Konzepten als staatlicher Bereich benannt wird, zu differenzieren: Es macht einen Unterschied ob damit der Zentralstaat gemeint ist oder die lokale Ebene. Die Städte und Gemeinden standen bereits vor den Stein-Hardenberg'schen Reformen als eine vermittelnde Institution zwischen Staat und Gesellschaft, da sie das Engagement der BürgerInnen integrierten.

Für die Zukunft spielen beide Prägungen – die kulturelle Verankerung der Heime als Einrichtungen des Armenwesens und die zivilgesellschaftliche Einbettung der Kommunen – eine wichtige Rolle. Wie noch zu zeigen sein wird, sollte der „Armenhauscharakter“ der Heime in der Bundesrepublik vor allem durch den Ausbau der zentralstaatlichen Verantwortung für die Heimversorgung überwunden werden. Konzepte, die Verbesserungen der Qualität durch den Einbezug des Engagements der BürgerInnen für die Heime erreichen wollen, könnten jedoch in der Aufwertung „kommunaler“ Bürgerverantwortlichkeiten einen wichtigen Anknüpfungspunkt finden.

3.2 Altenhilfe und -pflege von der Nachkriegszeit bis Anfang der 1990er-Jahre

In den vorangegangenen Abschnitten wurde der Weg von den Anfängen der Heimversorgung bis zur Ausdifferenzierung von spezifischen Heimangeboten für alte Menschen skizziert um Prägungen der Leitbilder von Heimen und der Verantwortungsteilung zur Bereitstellung der Angebote herauszuarbeiten. In den folgenden Abschnitten (3.2 und 3.3) wird gezeigt werden, dass es in der Bundesrepublik schließlich zu einer allmählichen Aufwertung und Professionalisierung der Altenhilfe und -pflege kommt. Diese Entwicklung basiert auf den Grundlagen, die bereits in den 1920er-Jahren geschaffen worden waren. Es wird gezeigt werden, dass das System gegenwärtig tief greifenden Änderungen unterliegt. Im Bereich der Verantwortungs- und Aufgabenteilung, die heute mit dem Begriff der Governance umschrieben wird, kommt es in der Bundesrepublik zwar zu einer allmählichen Ausweitung staatlicher Verantwortlichkeiten. Jedoch ist heute nicht mehr davon auszugehen, dass sich in der Altenhilfe und -pflege das wiederholen wird, was beispielsweise den Gesundheitsbereich geprägt hat: Statt einer umfassenden, wird auch weiterhin nur eine Teilsicherung der Kosten für die Versorgung Hilfe- und Pflegebedürftiger möglich sein; notwendig bleibt daher ein Verantwortungs- und Ressourcenmix. Wie dieser gestaltet werden soll, ist allerdings gegenwärtig noch offen. Im Bereich der Leitbilder wird sich zeigen: Heute werden vielfältigere Wohn- und Versorgungsoptionen für Hilfe- und Pflegebedürftiger entwickelt und als hoffnungsvoll angesehen. Dabei steht auch die Frage im Raum, ob die Heimversorgung zukünftig noch als geeignetes Angebot gedacht werden soll bzw. wie diese für die Beiträge anderer Akteure geöffnet werden kann.

Mögliche Schnittpunkte dieser beiden Entwicklungen – einer heute gesuchten „gerechten“ Verantwortungsteilung zur Sicherung der Hilfe und Pflege alter Menschen und der Überlegungen einer Öffnung von Heimkonzepten – werden in den folgenden beiden Abschnitten näher ausgelotet werden.

Der Abschnitt 3.2 beschäftigt sich zunächst mit den Rahmenbedingungen der Ausgestaltung von Diensten der Altenhilfe und -pflege, den Prinzipien der Governance des Politikbereichs und der Entwicklung von Leitbildern im Heimbereich beginnend mit der Nachkriegszeit des Zweiten Weltkriegs bis Anfang der 1990er-Jahre. Die Darstellungen konzentrieren sich auf die westlichen Besatzungszonen und die BRD, weil die getrennten Entwicklungen in der sowjetischen Besatzungszone und der DDR nach der

„Wende“ aufgegeben wurden und durch die westdeutschen Regulierungs-, Finanzierungs-, und Angebotsstrukturen ersetzt wurden (vgl. Schölkopf 2002: 30ff.).

Daran anschließend wird in Kapitel 3.3 der Blick auf aktuelle Rahmenbedingungen der Governance gerichtet, die durch die Pflegeversicherung geprägt sind, und diese hinsichtlich ergebender Gestaltungsoptionen für Ansätze der Öffnung von Heimen bewertet.

3.2.1 Restauration und Neubeginn der Altenhilfepolitik nach 1945

In den ersten Nachkriegsjahren des Zweiten Weltkrieges musste in Deutschland zunächst Notständen großen Ausmaßes begegnet werden. Hunger und eine dramatische Wohnungsnot im Zuge der Flüchtlingsströme aus dem Osten stellten die Sozialpolitik vor große Herausforderungen. Aufgrund des Fehlens von Zentralstrukturen und der Souveränität der Besatzungsmächte in den Besatzungszonen war das politische System nur eingeschränkt handlungsfähig. Der erforderliche Wiederaufbau eines deutschen Verwaltungssystem erfolgte zunächst auf kommunaler und dann auf Landesebene (Sachße 2010: 13f.). Kennzeichen der Nachkriegszeit ist das zügige Anknüpfen an die Organisationsform der Sozialpolitik der Weimarer Republik. Die Sozialversicherungssysteme wurden weitgehend nach altem Muster wieder hergestellt. Zunächst jedoch übernahm das Fürsorgewesen eine zentrale Rolle.

„Angesichts des Fehlens politischer Zentralstrukturen und der weit gehenden Zerstörung des Systems sozialer Sicherung durch Krieg und Nationalsozialismus kam den Mechanismen der Fürsorge besondere Bedeutung bei der Bearbeitung der Nachkriegs-Massennot zu, ganz wie sie sich bereits nach dem 1. Weltkrieg als das flexiblere Instrument sozialpolitischer Intervention erwiesen hatte.“ (Sachße 2010: 14)

Die Reichsfürsorgeverordnung von 1924 wurde in den westlichen Besatzungszonen wieder eingesetzt (Irmak 1998: 439). Das Prinzip der Dualen Wohlfahrtspflege blieb damit weiterhin leitend. Die Wohlfahrtsverbände formierten sich unmittelbar nach Kriegsende wieder in den alten Strukturen. Bereits vor der Gründung der Bundesrepublik nahmen die Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege als Nachfolge-

organisation der Liga der freien Wohlfahrtspflege und der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge²³ ihre Arbeit wieder auf (Sachße 2010: 19f.).

„Die Freie Wohlfahrtspflege hatte damit einen deutlichen Organisationsvorsprung vor den einstweilen noch partikularisierten öffentlichen Trägern. Dies brachte sie in eine vorzügliche Ausgangsposition, um nach Gründung der Bundesrepublik eine privilegierte Sonderposition in allen die Wohlfahrtspflege betreffenden Fragen einzunehmen.“ (Ebd.: 20)

In der Altenhilfe lagen die Zuständigkeiten hauptsächlich bei den Kommunen bzw. Kreisen, den Wohlfahrtsverbänden und den Bundesländern (Bahle 2007: 218f.), z.B.:

- Für die Altenhilfeplanung und die Entwicklung einer stationären und ambulanten Infrastruktur sozialer Dienste für Alte waren primär die Bundesländer zuständig.
- Die freie Wohlfahrtsverbände und die Kommune traten als Träger von Maßnahmen und Einrichtungen auf, ihr Wirkkreis beschränkte sich aber nicht auf den lokalen Raum, sondern sie wurden auch an der Entwicklung der Politik auf Länder- und Bundesebene beteiligt.

Die Altenhilfe und -pflege bildete weiterhin keinen eigenständigen Bereich der Sozialpolitik. Sie blieb institutionell stark fragmentiert und im Schwerpunkt dezentral organisiert. Die staatliche Regelung der Fürsorge für Bedürftige bestimmte, dass Pflegeaufwendungen für einkommensschwache alte Menschen gezahlt werden konnten. Ambulante Pflege konnte teilweise über die Krankenversicherungen finanziert werden oder wurde im Rahmen von freiwilligen Leistungen der Wohlfahrtsverbände erbracht (ebd.). Die Regelung der Vergabe von gehobenen Fürsorgeleistungen, die vormals bestimmten Bedürftigengruppen wie den Klein- und SozialrentnerInnen und Kriegsoffern gewährt wurden, wurden 1953 reformiert. Fortan wurden individuelle, so genannte Mehrbedarfzuschläge für Personen gewährt, die sich in spezifischen Not- und Krisensituationen befinden (Sachße 2000: 15).

In den Heimen waren die ersten Nachkriegsjahre weiterhin von existenzieller Not geprägt.

„Die politische Epochengrenze des Jahres 1945 bedeute für die Versorgungslage der Anstalten keinen besonderen Einschnitt im Sinne eines befreienden Neube-

²³ Der „Deutsche Verein für Armenpflege und Wohltätigkeit“ heißt seit 1919 „Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge“.

ginns. Das Hungersterben ging vielfach weiter. Fremdgenutzte Heime wurden meist nicht ihrem ursprünglichen Zweck zurückgeführt. An einen Aufbau der vielen zerstörten Einrichtungen war noch nicht zu denken.“ (Irmak 1998: 445)

Der Ausbau der Heimversorgung wurde alsbald zum wichtigen Thema. Nach Ansicht des Deutschen Vereins sollten Heime eine zentrale Rolle bei der Versorgung alter Menschen spielen, da sie sowohl der Entlastung der Familien dienten, als auch volkswirtschaftlich eine geeignete Versorgungsform seien. Vorgeschlagen wurde, die Pflegeabteilungen der Altenheime zu erweitern, um die Krankenhäuser zu entlasten (Cappell 1996: 33). Vor allem für die älteren Flüchtlinge schien das Wohnen in den Heimen sinnvoll (Balluseck 1980: 89).

Die Institutionalisierung des Alters wurde in keiner Weise kritisch in Frage gestellt (Kondratowitz 2005a: 134). Das Heim wurde bereits bei (hauswirtschaftlichem) Hilfebedarf für sinnvoll gehalten. Die Heimgemeinschaft sollte dann als eine Art „Familienersatz“ dienen – sie sollte organisiert sein wie eine „große Familie“, welche die „natürliche Generationenfamilie“ ersetzt (Baumgartl 1997: 97).

Doch zunächst fehlte es real an geeigneten Einrichtungen. Alte wurden z.T. in Reichsarbeitsdienstbaracken, Amtsgerichtsgebäuden und alten Schlössern einquartiert. Der Altenheimbau und Heimplatzausbau begann schließlich nach der Währungsreform mit großer Dynamik; vor allem die Wohlfahrtsverbände engagierten sich hier. Heimplätze für Personen mit Anspruch auf Lastenausgleich wurden öffentlich gefördert und bis zum Jahr 1952 sind 24.038 der so genannten Geschädigtenplätze geschaffen worden (Balluseck 1980: 89). Die Entdifferenzierung der Anstalten, die in den Kriegsjahren eingesetzt hatte, konnte wieder rückgängig gemacht werden (Irmak 1998: 445).

Die Lebensbedingungen in den Heimen verbesserten sich allmählich. In den 1950er-Jahren führte die Regierung den rechtsstaatlichen Schutz vor Isolierungen und Verlegungen in psychiatrische Anstalten und einen Rechtsanspruch auf die Auszahlung eines Taschengeldes für HeimbewohnerInnen ein. Bis dahin hatte die Anstaltsleitung bestimmt, ob ein Insasse die nötige „geistlich-seelische Verfassung“ für den Besitz eines Taschengeldes besaß (ebd.: 215f.).

In den 1950er-Jahren herrschte ein großer Mangel an Personal in den Heimen. Angesichts dieses Problems gab es Überlegungen, durch eine Mischung von rüstigen und weniger rüstigen BewohnerInnen in den Heimen die Unterstützung der BewohnerInnen bei den anfallenden Versorgungsaufgaben zu nutzen. Der Deutsche Verein führte eine

Umfrage durch, welche die Möglichkeiten der Mitarbeit der HeimbewohnerInnen bei den anfallenden Aufgaben ausloten sollte. Danach zeigte sich, dass ein recht hoher Anteil der BewohnerInnen „voll oder teilweise arbeitsfähig“ (Cappell 1996: 34) war. Die BewohnerInnen unterstützten bereits die Pflege von MitbewohnerInnen, übernahmen Tätigkeiten in Garten und Landwirtschaft, Küche, Wäsche und auswärtige Arbeiten (ebd.: 33f.). Das Interesse der AltenhilfeexpertInnen an den Arbeitsleistungen von BewohnerInnen war jedoch nur von kurzer Dauer, denn statt „gemischten“ wurde differenzierten Einrichtungen für verschiedene Bedarfslagen der Vorzug gegeben. Damit wurde die Entwicklung, die sich schon in der Weimarer Republik abzeichnete, fortgesetzt (vgl. Cappell 1996: 35; Balluseck 1980: 89f.). Die Verantwortlichen setzten in diesem Konzept auf den Ausbau des Personals zur Sicherstellung der anfallenden Versorgungsaufgaben.

Ende der 1950er-Jahre ging das Zeitalter der „geschlossenen Fürsorge“ zu Ende, fortan wurde von der „stationären Altenhilfe“ gesprochen. Heime sollten nicht mehr nur „Verwahranstalten“ sein, sondern eine angemessene Versorgung der BewohnerInnen bieten. Durch den einsetzenden Heimbauschub kam es auch zu einer Verbesserung der Wohnverhältnisse in den Heimen. Der Heimbau wurde durch die Entfaltung eines sozialwissenschaftlich begründeten fachlichen Diskurses zur Weiterentwicklung der Heime und ihrer internen Versorgungsstrukturen begleitet (Irmak 1998: 446). Die Verberuflichung und Professionalisierung der Pflege und Betreuung alter Menschen, die bis dato – abgesehen von vereinzelt Ansätzen – kaum Fuß gefasst hatte, wurde allorts gefordert. Es kam es zu einer für die Entwicklung des modernen Altenpflegeberufs entscheidenden Wende – bislang war es üblich, die Arbeit des Personals als „Dienst“ zu konstruieren, dessen Qualität durch die „innere Einstellung“ des Personals begründet wurde. „Die Eignung wird dabei an charakterlichen Eigenschaften und Einstellungen festgemacht, die nicht als erlernbar oder veränderbar diskutiert werden“ (Cappell 1996: 37). In den neuen Diskussionen und Veröffentlichungen über geeignetes Personal in den Heimen setzte sich nun eine an fachlichen Qualifikationen begründete Argumentationsweise durch (Cappell 1996:36ff.). Das Ideal des Hausvaters als Lebensberuf wurde aufgegeben. Die Heimleitung sollte nun als gerontologische, pflegerische und verwaltungstechnische Fachkraft agieren. Die Soziale Arbeit wurde ab diesem Zeitpunkt als geeignete Qualifizierung für die Aufgabe der Heimleitung gesehen (Irmak 2002: 217, 219). Die Fachwelt begann die Ansätze und Erkenntnisse der Wissenschaft „Gerontologie“ aus den USA aufzunehmen und in ihre Überlegungen zur Weiter-

entwicklung der Heime und ihrer internen Versorgungsstrukturen einzubeziehen (Cappell 1996: 38f.; 52f.; Ballusek 1980: 90). Neue Behandlungsformen wie die Beschäftigungstherapie und der Einsatz von ausgebildetem Personal in Heimen wurde gefordert (Balluseck 1980: 90; Baumgartl 1997: 101). Schließlich wurde das seit 1924 geltende Fürsorgerecht im Jahr 1961 durch das Bundessozialhilfegesetz abgelöst, das bis Anfang der 1990er-Jahre die Rahmenbedingungen der Altenhilfe und -pflege setzte.

3.2.2 Altenhilfe und -pflege in öffentlicher Verantwortung – eine Bestandsaufnahme der Konturen

In den folgenden Abschnitten werden die Entwicklungen der Altenhilfe und -pflegepolitik in der BRD von den 1960er-Jahren bis zur Einführung der Pflegeversicherung dargestellt. Diese betreffen die Verantwortungsteilung in der Heimversorgung und die Qualitätsleitbilder von Heimen. In dieser Phase zeichnen sich die Konturen eines Politikfelds „Älterwerden“ ab, das auf eine umfassendere Begleitung der Lebensphase Alter abzielt. Vor allem die Absicherung des mit dem Alter verbundenen Pflegerisikos wird zur zentralen ressourcenökonomischen wie sozialen Herausforderung.

3.2.2.1 Die sozialstaatliche Absicherung der Risiken Alter und Pflegebedürftigkeit

Bis Ende der 1950er-Jahre ergänzten Sozialleistungen lediglich die Lebenshaltungskosten. Damit existierte vor allem im Alter für viele eine Versorgungslücke. Das hieß, dass die Mehrheit der Alten bis zu ihrem Tod arbeiten musste. Das Erleben eines „Ruhestands“ war nur den reichen Schichten vorbehalten, seine Idee allerdings war schon in der Weimarer Republik als Leitvorstellung für ein „gutes Alter(n)“ präsent – wie bereits oben diskutiert, war die Ermöglichung eines „friedlichen Lebensabends“ sogar ein Leitgedanke der Neukonzeptionierung der mittelstandsorientierten Altersheime. Zwar wurden den BürgerInnen schon in der Weimarer Reichsverfassung relativ weitgehende soziale Rechte zugesprochen, doch angesichts der großen wirtschaftlichen Krise, des NS-Regimes und des Zweiten Weltkriegs konnte man diesem Anspruch de facto nie wirklich gerecht werden.

Mit der Einführung der „großen“ Rentenreform 1957 wurde das System der ergänzenden Sozialrenten durch ein staatlich gewährleistetes Rentensystem abgelöst, das die Lebenshaltungskosten im Alter abdecken sollte. Mit der festgeschriebenen Dynamisierung der Renten gemäß der allgemeinen Lohn- und Gehaltsentwicklung entwickelte sich die Rente in den kommenden Jahren zu einem den Ruhestand ermöglichenden und

immer breitere Schichten materiell absichernden System. Alte Menschen und vor allem ältere Frauen zählten zwar in den 1960er- und 1970er-Jahren weiterhin zu einer relativ häufiger von Einkommensarmut betroffenen Bevölkerungsgruppe, dennoch nahm die Einkommensarmut im Alter in der BRD kontinuierlich ab und konsolidierte sich auf niedrigem Niveau (BMAS 2001: 48; Butterwegge 2006: 69).

Für die verbleibende Altersarmut griff das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) von 1961 (heute überführt in das SGB XII), das das Fürsorgegesetz von 1924 ablöste. Im Gesetz wurden bundeseinheitliche Richtlinien und Leistungsbereiche der kommunalen Sozialhilfe für Bedürftige festgeschrieben; dabei wurde „ein bislang nicht gekanntes Ausmaß an Einheitlichkeit im deutschen Fürsorgesystem geschaffen“ (Bahle 2007: 219). Die Sozialhilfe wurde in zwei Leistungsbereiche gliedert. Die Hilfe zum Lebensunterhalt wurde in Form von Geldleistungen für den allgemeinen Lebensunterhalt und bei Bedarf Kosten für Unterkunft (Miete und Nebenkosten) gewährt. Daneben wurde der Leistungsbereich „Hilfen in besonderen Lebenslagen“ geschaffen – bei Alter und Pflegebedürftigkeit sind hier vor allem die Hilfe zur Pflege und die Altenhilfe nach § 75 BSHG von Bedeutung (Rolshoven 1978).

Durch das BSHG wurde erstmals in Deutschland ein Rechtsanspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit geschaffen. Dessen ungeachtet ist die Sozialhilfe das „unterste Netz“ der sozialen Sicherung. Vorrangig gelten das Primat der Selbsthilfe und die Unterstützungspflicht von Angehörigen, wobei allerdings die Zugangsvoraussetzungen zur Gewährung von Hilfe zur Pflege gegenüber der Hilfe zum Lebensunterhalt bezüglich des Kreises der unterstützungspflichtigen Angehörigen und der Einkommensgrenze, erleichtert wurden (Rolshoven 1978: 401ff., 406ff.). Die öffentliche Unterstützung im Rahmen von Altenhilfe und -pflege blieb in der Tradition der allgemeinen Armenfürsorge verhaftet, sie stellte kein eigenes Leistungsrecht dar. Dennoch: die Gruppe der Alten wurde im BSHG explizit als Anspruchsberechtigte von Leistungen benannt; auf seiner Grundlage begannen die Kommunen, neue Leistungsangebote zu entwickeln. Dies betrifft einmal den Bereich der Pflege (siehe nachfolgende Erläuterungen) und zudem generell Hilfe und Unterstützung im Alter (siehe nächster Abschnitt).

Bestand ein Anrecht auf Leistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach dem BSHG, so waren diese so zu gewähren, dass eine bedarfsdeckende Versorgung gewährleistet war. Drei Hilfeformen wurden unterschieden: Hilfen der häuslichen Pflege, teilstationäre Pflege und stationäre Pflege. Es lag im Ermessensspielraum der Sozialhilfeträger –

in der Regel den kreisfreien Städten bzw. den Landkreisen – welche Hilfeform geeignet ist. Im Unterschied zu den ersten Nachkriegsjahren wurde wieder stärker betont, dass der Platz der Alten in den Familien sein sollte (vgl. auch Baumgartl 1997: 122). Der Sozialhilfeträger sollte vorrangig „auf Wartung und Pflege durch nahe stehende Personen oder in Nachbarschaftshilfe hinwirken“ (Rolshoven 1978: 410). Der Pflegebedürftige erhielt in diesem Fall Pflegegeld, das die Aufwendungen der Pflegeperson erstatten sollte. Wenn eine Pflegekraft nötig war, sollte der Sozialhilfeträger diese Kosten decken. Faktisch spielte jedoch die stationäre Unterbringung im Rahmen der Leistungsgewährung nach dem BSHG eine weitaus größere Rolle (vgl. Kap. 3.2.2.3).

Bei Pflegebedürftigkeit gab es ferner einzelne Ansprüche für bestimmte Bevölkerungsgruppen, z.B. aus der Unfallversicherung, dem Beamtenversorgungsgesetz, dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Bundesversorgungsgesetz. Zusätzlich bestanden in Berlin, Bremen und Rheinland-Pfalz Landespflegegesetze, die einkommens- und vermögensunabhängige pauschale Geldleistungen gewährten, später z.T. auch Pflegeleistungen in Form von Sachleistungen. Die Landespflegegesetze waren gegenüber den Leistungen anderer öffentlicher Träger, auch den Sozialhilfeleistungen, nachrangig bzw. wurden gemindert ausgezahlt (Rolshoven 1978: 391-397; Evers/Leichsenring/Pruckner 1993a). Als Voraussetzung für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) galt das Vorliegen einer akuten Erkrankung. Erst fast drei Jahrzehnte nach der Einführung des BSHG, im Zuge des Gesundheitsreformgesetzes von 1989 und mit Gültigkeit bis zur Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung, konnten Pflegebedürftige in beschränktem Rahmen über die Krankenversicherung Pflegeleistungen erhalten – bei Pflege im häuslichen Bereich, nicht im Rahmen einer stationären Unterbringung (Alber/Schölkopf 1999: 102).

Die Bedeutung der verschiedenen öffentlichen Leistungen bei Pflegebedürftigkeit kann durch eine gemeinsame Darstellung der Nettoausgabenstruktur der öffentlichen Hand für Pflege nach Leistungsträgern, die der Autorin nur für das Jahr 1982 vorliegt, verdeutlicht werden. Tabelle 8 zeigt einerseits die Dominanz der Sozialhilfeausgaben und andererseits, – obwohl Investitions- und Subventionshilfen nicht berücksichtigt wurden – dass die überwiegende Mehrheit der Mittel in den stationären Bereich fließt. Die privaten Ausgaben für stationäre Unterbringung lagen im Jahr 1982 mit rund 4 Mrd. DM etwa auf gleicher Höhe wie die Ausgaben in öffentlicher Kostenträgerschaft (Bundesregierung 1984: 8).

Tabelle 8: Netto-Ausgaben für Pflege nach Leistungsträgern, Bundesrepublik Deutschland 1982 (in Mio. DM)

Leistungsträger	Stationär	Ambulant	Zusammen
Kriegsopferfürsorge	206,4	452,9	659,3
Davon			
- Pflegezulage für Schädigungsfolgen	0,5	182,3	182,8
- Kriegsopferfürsorge	205,9	270,7	476,5
Lastenausgleich	3,9	172,0	175,9
Beihilfe	236,0	-	236,0
Pflegegesetze Berlin, Bremen, Rheinland-Pfalz	-	210,0	210,0
Unfallversicherung	2,0	80,0	82,0
Sozialhilfe	3.671,5	782,7	4.454,2
Zusammen	4.119,8	1.697,6	5.817,4

Quelle: Bundesregierung 1984: 8.

Hinzu kamen öffentliche Investitions- und Subventionshilfen, die vor allem in die stationäre Altenhilfe und -pflege flossen. Das BSHG hatte den Sozialhilfeträgern keine konkreten Vorgaben zur Sicherstellung des Angebots an Diensten und Einrichtungen gemacht. Zwar haben die Gemeinden, Städte und Landkreise den Ausbau der Dienste und Einrichtungen unterstützt; dennoch waren es in finanzieller Hinsicht vor allem die Bundesländer, die im Rahmen freiwilliger Leistungen den Ausbau der Infrastruktur gemäß der Landesaltenpläne vorantrieben, in denen sie über die Jahre zunehmend differenziertere Planungen entwickelten (Schölkopf 2002: 13f.).

3.2.2.2 Paradigmenwechsel in der Altenhilfe und -pflege: Die Betonung von Selbstständigkeit und Individualität des Alters

Die öffentliche Altenhilfe und -pflege war zwar weiterhin von der Dominanz der Heimversorgung alter Menschen geprägt, dennoch wurde im Rahmen des BSHG eine Perspektiverweiterung möglich. In der kommunalen Altenplanung hatte man schon vor der Einführung des Gesetzes begonnen, die Grenzen der Institutionalisierung des Alters neu zu bestimmen:

„Es ist nicht einzusehen, daß ein alter Mensch, nur weil er sein Zimmer nicht mehr vollständig in Ordnung zu halten vermag oder nicht mehr gut Treppen steigen oder Wäsche waschen oder Lasten tragen kann, bereits in jedem Fall für altersheimreif erklärt wird.“ (Stadt Köln 1959: 18f., zit. nach Baumgartl 1997: 112)

Die Förderung von Eigenständigkeit und Selbstbestimmung im Alter wurden als neue Ziele der Altenhilfepolitik benannt. Alte Menschen, so auch die Forderungen in den Verwaltungen, sollen als ExpertInnen in eigener Sache zu ihren individuellen

Wünschen und Vorstellungen befragt werden, statt dass elitäres Expertenwissen über Dienstleistungsangebote der Altenhilfe und -pflege entscheidet. Die Verwaltung suchte eine Orientierung an realistischeren Altersbildern, die auf Beobachtungen der gesellschaftlichen Wirklichkeit bauen (Baumgartl: 1997: 116ff.). Nach Baumgartl (1997) geriet der Heimaufenthalt, der bisher als Selbstverständlichkeit angesehen wurde, in dieser Phase immer mehr in Kritik (124). Gefordert wurden offene Hilfen, gedacht als pädagogisch-präventive Maßnahmen zum Schutz vor dem Heimeinzug. „Insbesondere sollen für die Alleinlebenden Hilfen geschaffen werden, die ihnen ihre Selbständigkeit erhalten und vielen von ihnen den Weg ins Heim ersparen“ (Gesellschaft für soz. Fortschritt 194: 43, nach Baumgartl 1997: 124). Auch Kondratowitz und Schmidt (1986) bestätigen, dass es zu diesem Zeitpunkt „erste Konturen einer sozialpolitischen Perspektive [...], der Praxis einer unbefragten Selbstverständlichkeit bei der räumlichen Abschließung und Konzentration alter Menschen eine Alternative entgegenzusetzen“ zu erkennen waren (55). Das bis Ende der 1950er-Jahre gültige Leitbild der Institutionalisierung des Alters wurde unter dem Eindruck gerontologischer Erkenntnisse, nicht mehr unhinterfragt weiter verfolgt (vgl. Kondratowitz 2005a).

Von einer besonderen Bedeutung für die Entwicklung neuer öffentlicher Dienstleistungsangebote für das Alter ist § 75 BSHG „Altenhilfe“²⁴. Die Kommunen wurden hier beauftragt, Angebote bereitzuhalten, die (a) Leistungen an alte Menschen darstellen, (b) zur Verhütung, Überwindung oder Milderung von Schwierigkeiten beitragen, die durch das Alter entstehen oder/und (c) alte Menschen unterstützen, am Leben in der Gemeinschaft teilnehmen zu können (Rolshoven 1978 420). Die angedachten Maßnahmen waren nicht auf die traditionellen FürsorgeempfängerInnen beschränkt, sondern an das Alter generell gerichtet: „Altenhilfe kann ohne Rücksicht auf Vermögen oder vorhandenes Einkommen gewährt werden, soweit im Einzelfall persönliche Hilfe erforderlich ist“ (§ 75 BSHG zit. nach Ohl 1966: 256). Die offene Altenhilfe griff nicht nur bei Pflegebedürftigkeit, sondern sah viel allgemeiner und im Sinne der Schaffung von präventiven Angeboten vor, „daß die Altenhilfe dazu beitragen solle, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu überwinden und Vereinsamung im Alter zu verhüten“ (§ 75 BSHG, zit. nach ebd.: 255). Zwar übertrug § 75 den Kommunen die Planungsverantwortung für die Altenhilfe, allerdings sind die vorgesehenen Maßnahmen nicht

²⁴ Heute überführt in § 71 SGB XII „Altenhilfe“: Die Bestimmungen entsprechen im Wesentlichen dem § 75 BSHG; als Leistungen der Altenhilfe sind in § 71 Abs. 2 Nr.1 SGB XII Leistungen zu einer Betätigung und zum gesellschaftlichen Engagement ergänzt worden.

verbindlich geregelt, was den Kommunen recht große Handlungsspielräume in der Ausgestaltung eröffnete. Die sehr allgemein gehaltene Formulierung des § 75 eröffnete den Kommunen eine recht große Gestaltungsfreiheit. Damit wurde einerseits die Chance begründet, innovative Angebote in der Altenhilfe nach örtlichem Bedarf umzusetzen. Kommunale Leistungen gemäß § 75 umfassten beispielsweise die Einrichtung von Altentagesstätten, Altenclubs, Altenerholung, Besuchsdiensten, Nachbarschaftshilfen, Haushilfediensten, Mahlzeitendiensten, Altenberatung und ambulanten Pflegediensten, aber auch die Errichtung und Führung von Altenheimen und -wohnungen. Andererseits führte die offene Formulierung dazu, dass Leistungen nicht garantiert und kaum eingeklagt werden konnten (Rolshoven 1978: 420; Sachße 2010: 18).

In den 1960er- und den 1970er-Jahren erhielten die offenen Hilfen große Aufmerksamkeit. Prävention von Problemen des Alters durch Bildung und Aktivierung lauteten die neuen Schlagworte der Altenhilfe-Philosophie in den Fachzeitschriften und Publikationen (Baumgartl 1997: 151). Aktivitäten, die darunter fallen, wurden teils seit den 1950er-Jahren als sinnvolle Angebote in Heimen diskutiert – beispielsweise Musizieren, Basteln, Handarbeit. Es wurde darüber hinaus eine Perspektiverweiterung auf Angebote, die umfassender die Frage thematisierten, wie man im Alter leben möchte, vorgenommen. Die Angebote konzentrierten sich um neue Begrifflichkeiten und adressierten vor allem den „aktiven Senior“ (ebd.: 158f.). Neu war dabei, dass es nicht nur um eine sinnvolle Beschäftigung ging, sondern vielmehr um Angebote, die zur Selbstentfaltung und Emanzipation der Alten in der Gesellschaft beitragen sollten. Hierzu waren andere Formen von (offenen) Diensten nötig, deren Ansätze den neuen Altersbildern entsprachen. Eine Zielrichtung solcher Dienste lag in der Anerkennung der individuellen Selbstbestimmung alter Menschen darüber, welche Dienste geeignet sind. Eng damit verbunden war aber noch etwas anderes: der Anspruch auf gesellschaftliche Mitgestaltung des Alters (Evers/Leichsenring/Pruckner 1993b: 11f.). Ganz im Geiste der emanzipativen Aufbruchstimmung jener Jahre war auch im Bereich der Altenhilfe die „immer weitere Kreise ziehende Unabhängigkeitserklärung der Gesellschaft gegenüber staatlich sanktionierten Bevormundungen – die [...] Idee von einer Gesellschaft, die sich zu mehr Selbstregierung und Selbstverantwortung aufgerufen fühlt“ spürbar (Evers 2010: 288). Es entfalteten sich Altenselbsthilfeinitiativen, die Beratungsangebote, Besuchsdienste und Bildungsangebote für Ältere offerierten oder auch eine bessere politische Vertretung der Interessen von Älteren anstrebten (vgl. ausführlich Gronemeyer/Bahr 1979; vgl. z.B. die „Grauen Panther“: Meier/Seemann 1982).

Die Sozialverwaltungen entwickelten im Feld der Altenhilfe ihre Ansätze durch die neuen Impulse weiter. Unter dem Leitbild der „aktiven Politik“ wurde eine Politik betrieben, die eine aktive Mitgestaltung gesellschaftlicher Modernisierung anstrebte²⁵. In der Umsetzung wurde nicht allein die Aktivierung eines neuen Altenhilfe-Klientels gesucht, darüber hinaus sollten die Alten selbst zu Mitgestaltern der Altenhilfe werden (vgl. Baumgartl 1997: 115ff.). Forderungen nach einer „emanzipativen“ Planung durch die Beteiligung der Betroffenen wurden gestellt; alte Menschen sollten beispielsweise über die Schaffung von Seniorenbeiräten an der Kommunalpolitik beteiligt werden. Es kam dadurch zu einem Boom an neuen Altenplänen (ebd.: 154; 165f). In der Fachliteratur wurde die Schaffung von Dienstleistungszentren gefordert, über welche die Nachbarschaft und der Stadtteil als Erweiterung des familiären Bezugssystems aktiviert werden sollten (ebd.: 159). Die Aktivitäten und Hilfen in den Dienstleistungszentren sollten „... entscheidend durch die Eigeninitiative und Selbstorganisation der älteren Bürger getragen werden. [...] Es geht also auch hier wie überall in der Sozialarbeit um Hilfe zur Selbsthilfe“ (Rilling 1970: 377f., zit. nach Baumgartl 1997: 159).

Engagement und Selbsthilfe wurden zugleich zu Schlagworten einer kritischen Selbstreflexion und Forderung nach einer Erneuerung der Methoden in der sozialen Arbeit. Der Deutsche Fürsorgetag 1976 fand unter dem Thema „Selbsthilfe und ihre Aktivierung durch soziale Arbeit“ statt (Petersen 1976). In den einführenden „Leitgedanken zum Gesamthema“ stellte Schäfer (1976) fest:

„... Bürgerschaftsinitiativen, Nachbarschaftsaktivitäten, Selbsthilfeorganisationen [sind] ein Potential für neue Anregungen, Ideen und Forderungen und ein Reservoir für zusätzliche ehrenamtliche Mitarbeiter. Sie sind auch Opposition und Kritik gegenüber der institutionalisierten und professionalisierten sozialen Arbeit. Sie haben Notstände ins öffentliche Bewusstsein gehoben, die von den Fachleuten jahrelang vergessen oder vernachlässigt worden waren.“ (XXIII)

Die neuen Ideen der Aktivierung von Selbsthilfe durch die Soziale Arbeit und die Begründung eines zukünftig auf partnerschaftliche Zusammenarbeit ausgerichteten Verhältnisses von Haupt- und Ehrenamtlichen in den Diensten fanden insgesamt eine breite Zustimmung in der Rednerschaft dieses deutschen Fürsorgetags (vgl. Petersen 1976).

²⁵ Diese Form der Politik wurde seit den 1960er-Jahren und besonders zu Zeiten der sozialliberalen Koalition betrieben.

Heime wurden im Zuge der Aufbruchstimmung der offenen Altenhilfe zunehmend negativ bewertet – die Rede ist von Fehlplatzierungen rüstiger alter Menschen in Heimen und den negativen sozialen Auswirkungen von Heimen auf die BewohnerInnen. Heime trügen zur „gesellschaftlichen Ausgrenzung der Alten“ bei (Baumgartl 1997: 149ff.; vgl. Kap. 3.2.4.2). Wie Baumgartl anhand einer quantitativen und qualitativen Analyse aufzeigen konnte, erhielten Heime in dieser Phase der Aufbruchstimmung der offenen Altenhilfe, zumindest bezüglich Fragen ihrer möglichen Weiterentwicklung, wenig Aufmerksamkeit in den sozialpädagogischen, sozialpolitischen und Verwaltungszeitschriften; gleiches galt für das Thema der Pflegebedürftigkeit im Alter – die Perspektive war vielmehr durch die Betrachtung der positiven, problemabgewandten Alterssituation gekennzeichnet (ebd.: 149; 173).

3.2.2.3 Eine neue Aufmerksamkeit für die Pflege

Die Langlebigkeit ist als ein schichtunabhängiges demographisches Breitenphänomen eine Erscheinung des 20. und 21. Jahrhunderts. Angesichts der wachsenden Altenpopulation entwickelte sich in der BRD das Politikfeld der Altenhilfe. Im Zuge der „Demokratisierung der Langlebigkeit“ in der Gesellschaft steigt auch die Zahl der Pflegebedürftigen seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts in Deutschland deutlich an. Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Männern lag in den 1960er-Jahren erstmals über 70 Jahren – ein Verdienst des medizinisch-technischen Fortschritts, der allgemeinen verbesserten Lebensumstände sowie auch der sozialen Rechte, die der breiten Masse einen Zugang dazu ermöglichen (Maul 2003: 116f.).

Das soziale Problem der Pflegebedürftigkeit stellte in dreierlei Hinsicht eine Herausforderung dar – hinsichtlich der Möglichkeiten der finanziellen Entlastung der Kommunen, die von der stark wachsenden Ausgabenlast der Pflegehilfen betroffen waren, aber auch hinsichtlich der Frage nach einer Notwendigkeit der Erweiterung von sozialen Rechten Pflegebedürftiger und schließlich nach einer geeigneten Anpassung eines Systems von Dienstleistungsangeboten bei Pflegebedürftigkeit. „Altenpflege und deren Finanzierung finden – nach völliger Abstinenz im vergangenen Jahrzehnt – in den achtziger Jahren ständig wachsendes Interesse.“ (Baumgartl 1997: 185)

Während die „Hilfe zum Lebensunterhalt“ durch die immer besser greifenden allgemeinen Sozialversicherungsleistungen an Bedeutung verlor, stiegen die Ausgaben für die Hilfen in besonderen Lebenslagen kontinuierlich an. Dies war maßgeblich durch die steigende Zahl der Pflegebedürftigen und die von Ihnen in Anspruch genommenen

Hilfen zur Pflege im Rahmen einer stationären Unterbringung verursacht. Es hatte sich gezeigt, dass vor allem die Kosten für eine Heimunterbringung die Eigenmittel eines alten Menschen mit durchschnittlichem Alterseinkommen übertrafen und hier ergänzende Hilfe zur Pflege zum Regelfall wurde (Bundesregierung 1984; Bahle 2007: 220; Roth/Rothgang 2001: 292).

Nachdem in den 1960er- und den 1970er-Jahren Emanzipation und Eigeninitiative des Alters im Vordergrund gestanden hatten, konzentrierten sich die Fachpublikationen der 1980er- und 1990er-Jahre auf die Frage, wie eine sinnvolle *Altenpflegepolitik* zu gestalten sei (Baumgartl 1997: 174ff.). Die früheren Hoffnungen, dass Altenselbsthilfegruppen auch dem wachsenden Bedarf an Betreuung und Pflege mit neuen Angeboten begegnen könnten, schienen nicht mehr realistisch.

„Gemeinschaftliche Altenselbsthilfe deckt die Probleme alter Menschen keineswegs ab und ihre Sicherheitsgarantien sind höchst unvollständig. Eine weitere Einschränkung ihrer Bedeutung als sozialpolitische Alternative erfährt die Altenselbsthilfe dadurch, daß sie bei weitem nicht die Gesamtheit der Älteren berührt und am allerwenigsten die Klientel des öffentlichen Hilfesystems.“ (Zeman 1985: 4, zit. nach Baumgartl 1997: 179)

Die vormalige Begeisterung für die offene Altenhilfe wich einem pragmatischeren Zugang. Die Beschäftigung mit der Altenpflege stand nicht zuletzt auch unter dem Eindruck wirtschaftlicher Probleme und der gesellschaftspolitischen Wende durch die konservative Kohl-Regierung 1983. Der alte Mensch wurde verstärkt im Kontext seiner Familie gesehen und man forderte, „Familie als primäre Sicherheitsressource wieder mehr zu aktivieren“ (Baumgartl 1997: 174). Gefordert wurde nun, die familiäre Altenpflege durch den Ausbau von ambulanten Diensten zu ergänzen, und nicht mehr, wie noch in den 1970er-Jahren gefordert, zu ersetzen. Erklärtes Ziel ist, die Heimunterbringung zu vermeiden (ebd.: 182).

Im Jahr 1984 wurde § 3a in das BSHG eingefügt, der eine vorrangige Gewährung von ambulanten gegenüber stationären Hilfen bei Pflegebedürftigkeit fest schrieb; die Kosten für die Pflege in einer stationären Einrichtung sollten fortan nur noch dann übernommen werden, wenn dies als erforderlich galt (Alber/Schölkopf 1999: 102; Rohrmann 2005: 3f.). Begründet wurde die Politik des „ambulant vor stationär“ einerseits mit einer größeren Humanität ambulanter Angebote. Andererseits spielt das Argument der Kostenersparnis durch die Vermeidung des Heimeinzugs eine zentrale Rolle. Der § 3a

war in das Haushaltsbegleitgesetz 1984 eingebettet, einem Gesetz zur Konsolidierung der öffentlichen Haushalte. Dort wurde auch das Gebot der Wirtschaftlichkeit und der Sparsamkeit der Einrichtungsträger als Bedingungen der Kostenübernahme durch die Sozialhilfeträger festgelegt. Die Steigerungsraten der Pflegesätze sollten zukünftig unterhalb der Rentenerhöhungen liegen (Kondratowitz/Schmidt 1986: 63; Rohrman 2005: 3).

Die weitere Ausgabenentwicklung der Sozialhilfeträger zeigte jedoch, dass die Kostenwirksamkeit des Paragraphen begrenzt war. Mehr als ein Drittel der gesamten Sozialhilfeausgaben wurden für Hilfe zur Pflege verwendet. Davon wurden Jahr 1994 16,1 Mrd. DM für Hilfe zur Pflege in Einrichtungen ausgegeben und nur 1,6 Mrd. an Hilfe zur Pflege für Pflegebedürftige im Privathaushalt. Die Ausgaben der Sozialhilfeträger für Hilfen zur Pflege stiegen stärker als die Zahl der EmpfängerInnen: Während die Zahl der EmpfängerInnen von 1973 bis 1993 um das 1,6-fache anstieg, wiesen die Ausgaben eine Steigerungsrate um das 3,7-fache auf (Roth/Rothgang 2001: 292).

Die Entwicklung der Altenhilfeinfrastruktur zeigt, dass mit dem § 3a BSHG keine quantitativ bedeutsame Umsteuerung des Leistungsangebots von stationären hin zu ambulanten Diensten angestoßen werden konnten. Zwar sind Dynamisierungseffekte im offenen und ambulanten Bereich erkennbar, aber bis Anfang der 1990er-Jahre war die Infrastrukturentwicklung weiterhin von einem konstanten Ausbau des stationären Bereichs geprägt (vgl. Tab. 9). Die Zahl der Heimplätze für alte Menschen ist von 234.000 im Jahr 1961 auf 516.800 Plätze im Jahr 1990 gestiegen. Der Ausbau der Heimplätze verlief in diesem Zeitraum relativ konstant, pro Jahrzehnt wurden etwa 100.000 neue Plätze in Heimen für Alte geschaffen (Bahle 2007: 220f.). Der Anstieg der Versorgungskapazitäten entsprach der kontinuierlichen Zunahme der Altenbevölkerung (Bahle 2007: 221).

Tabelle 9: Plätze in der stationären Altenhilfe, Bundesrepublik Deutschland¹ 1961-1990 (in 1.000)

Jahr	1961	1966	1971	1978	1981	1985	1990
Plätze	234,0	270,0	324,8	402,0	422,4	476,3	516,8

¹ Gebietsstand vor 1990.

Quelle: Bahle 2007: 221, vgl. hierzu Schölkopf 1998: 2.

Die allgemeine Heimplatzentwicklung ist durch die strukturellen Verschiebungen zu ergänzen, die innerhalb der verschiedenen Heimtypen stattgefunden hat (vgl. Tab. 10 und Tab. 11). Hier ist ein Trend zum Pflegeheim zu nennen. Die Zahl der Plätze in Pflegeheimen hat sich von 1961 bis 1990 mehr als versechsfacht. Demgegenüber verlieren Plätze in Altenwohnheimen und Altenheimen relativ an Bedeutung. Die noch in der Nachkriegszeit sich ausweitende Bedeutung des Heims als Wohnort für rüstige Alte hat seit den 1960ern kontinuierlich an Bedeutung verloren.

Tabelle 10: Einrichtungstypen der stationären Altenhilfe gemäß der Nomenklatur von Einrichtungen der Altenhilfe (1970)

Einrichtungstyp	Definition
Altenwohnheim	„Das Altenwohnheim ist eine Zusammenfassung in sich abgeschlossener Wohnungen, die in Anlage, Ausstattung und Einrichtung den besonderen Bedürfnissen des alten Menschen Rechnung tragen [...]. Im Altenwohnheim bestehen im Bedarfsfall eine Reihe von Möglichkeiten der Versorgung und Betreuung durch das Heim.“ (17f.)
Altenheim	„Das Altenheim ist eine Einrichtung, in der alte Menschen, die bei der Aufnahme zur Führung eines eigenen Haushalts nicht mehr imstande, aber nicht pflegebedürftig sind, voll versorgt und betreut werden. Für vorübergehend oder dauernd pflegebedürftige alte Menschen werden die erforderlichen Hilfen in der Pflegeabteilung des Altenheims gewährt.“ (18f.)
Altenkrankenheim /Altenpflegeheim	„Das Altenkrankenheim/Altenpflegeheim als Einrichtung der Altenhilfe dient der umfassenden Betreuung und Versorgung chronisch-kranker und pflegebedürftiger alter Menschen.“ (20f.)

Quelle: Nomenklatur 1970.

Tabelle 11: Plätze in der stationären Altenhilfe nach Einrichtungstyp, Bundesrepublik Deutschland¹ 1961-1990 (in %)

	Altenwohnheim	Altenheim	Altenpflegeheim
1961	15	69	16
1966	16	66	18
1971	18	62	20
1978	18	53	27
1986	19	39	41
1990	19	32	49

¹ Gebietsstand vor 1990.

Quelle: Bahle 2007: 221, vgl. hierzu Schölkopf 1998: 3.

Die ansteigenden Versorgungs- und Pflegebedarfe der HeimbewohnerInnen nahmen in der Diskussion um die Bedeutung und Ausrichtung der Heimversorgung in den 1980er-Jahren eine wachsende Aufmerksamkeit ein. Das Durchschnittsalter der Heimbewoh-

nerInnen verschob sich zwischen den 1960ern und den 1980ern deutlich nach oben. Dagegen hatte sich die durchschnittliche Wohndauer in den stationären Einrichtungen deutlich verkürzt (Klie 1987a: 47). Unter dem Stichwort der „Psychiatisierung der Heime“ wurde bereits in den 1980er-Jahren die Zunahme der demenziell erkrankten BewohnerInnen diskutiert (Grüb: 1988; Hoffman 1984; Hummel 1984; Klie 1987a: 47). Damit waren Heime zu Häusern der Pflege geworden.

Der Ausbau einer ambulanten Pflegeinfrastruktur konnte mit dieser Entwicklung nicht gleichermaßen Schritt halten. Ambulante Pflege wurde traditionell durch kleinräumig arbeitende Gemeindepflegestationen geleistet, die eng an die Kirchengemeinden gebunden waren. Das Personal der Gemeindepflegestationen stellten fast ausschließlich Schwestern der geistlichen Orden der katholischen und evangelischen Kirche. Die Gemeindeschwestern arbeiteten „multifunktional“: sie übernahmen Aufgaben der Kranken-, Alten- und Familienpflege, der Seelsorge und der Gesundheitsberatung in den Privathaushalten. Jedoch verschwanden die Gemeindestationen allmählich aufgrund des Nachwuchsmangels der Orden. Die Verfallserscheinungen führten dazu, dass bis 1975 die Zahl der Beschäftigten im Bereich ambulanter Pflege rückläufig war (Bahle 2007: 223f.; Röber 2005: 14ff.). Ende der 1960er wurden Konzepte diskutiert, mit denen der Rückgang der ambulanten Pflegeleistungen verhindert werden sollte. Es setzte sich das Modell der stadtteilgebundenen Sozialstationen durch. Diese vergleichsweise zu den Gemeindepflegestationen größeren Einrichtungen waren überwiegend in Trägerschaft der Wohlfahrtsverbände, teilweise der Kommunen oder in gemischter Trägerschaft (Alber/Schölkopf 1999). Sozialstationen wurden Mitte der 1970er-Jahre in den meisten Bundesländern eingeführt und trugen seither zu einem wieder wachsenden Angebot an ambulanten Pflegedienstleistungen bei (Bahle 2007: 224). Doch im Vergleich zum stationären Pflegeangebot blieb die ambulante Pflege deutlich unterentwickelt. Während im Jahr 1993 knapp 160.000 Menschen in Alten- und Pflegeheimen arbeiteten – zwei Drittel davon Vollzeit – arbeiteten lediglich um die 40.000 Menschen im Bereich ambulanter Pflegedienste – rund 50% davon teilzeitbeschäftigt (Bahle 2007: 224; vgl. hierzu Schölkopf 1998: 6-7). Dabei ist auch zu bedenken, dass die Sozialstationen nicht allein mit Aspekten der Altenhilfe beauftragt waren. Zugleich war ihr Ausbau mit dem Bemühen verbunden, ambulante Nachbehandlungsmöglichkeiten nach einem Krankenhausaufenthalt zu schaffen, um Krankenhäuser finanziell entlasten zu können (Röber 2005: 20f.).

Alles in allem zeigte sich eine Altenpflegepolitik, die trotz des Bekenntnisses zum Ausbau ambulanter Hilfen vom stationären Sektor geprägt war. Und es zeigte sich eine Altenpflegepolitik, mit der Pflegebedürftigkeit in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts das „beinahe einzige große Lebensrisiko [war], für das es noch keine Lösung im Rahmen einer Sozialversicherung gab“ (Bahle 2007: 220). Pflegebedürftigkeit wurde zu einem zentralen Armutsrisiko und „aus Armenfürsorge Sozialpolitik für Teile der Mittelschicht“ (Sachße 2010: 16).

Bezüglich der Frage nach einer Ausweitung von sozialen Rechten und einer besser geeigneten Finanzierung, die die kommunalen Haushalte entlastet, wurden schon in den 1970er-Jahren Alternativen zur Absicherung des Pflegefallrisikos diskutiert. Den Startschuss dieser Diskussion bildete ein Gutachten des Kuratoriums Deutsche Altershilfe aus dem Jahr 1974, das die Anhängigkeit von Sozialhilfeleistungen bei Pflegebedürftigkeit und die Unterscheidung von Leistungen bei Krankheit und bei Pflegebedürftigkeit als willkürlich kritisiert wurden (vgl. Haug/Rothgang 1994: 2; Bundesregierung 1984: 11ff.). Die versicherungs- und verwaltungstechnische Trennung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit war in dieser Eindeutigkeit in keinem anderen europäischen Land so strikt anzutreffen wie in Deutschland (Haug/Rothgang 1994: 3). Sie lag in der Tradition und gewachsenen Struktur der Trennung von Sozialversicherung und öffentlicher Sozialverwaltung im bundesrepublikanischen Wohlfahrtsstaat begründet (vgl. Tab. 12). In den 1980er-Jahren waren drei mögliche Alternativen beschrieben: eine eigenständige Pflegeversicherung, eine Erweiterung der Krankenversicherung oder ein Pflegegesetz (vgl. Bundesregierung 1984: 11ff.)

Tabelle 12: Gegenüberstellung Pflegewesen – Gesundheitswesen

Pflegewesen	Gesundheitswesen
Pflegebedürftigkeit	Krankheit
Öffentliche Sozialverwaltung	Sozialversicherung
Sozialwesen	Gesundheitswesen
Öffentliche Kassen	Krankenkassen
Regional	Bundeseinheitlich
Pflegefall	Patient

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Haug/Rothgang 1994: 3.

Markant für den Altenpflegesektor war im Vergleich zu anderen sozialen Dienstleistungsbereichen wie dem Gesundheits- oder dem Bildungssektor eine nur geringe bundespolitische Verantwortung. Die Gemeinden, Kommunen und Landkreise schlossen als Sozialhilfeträger diese Lücke und die Bundesländer engagierten sich im Rahmen

ihres freiwilligen Engagements für die Infrastrukturförderung. Die Heimbauförderung blieb hier das zentrale Engagementfeld und nur zögerlich gewann in den 1980ern der Ausbau ambulanter Dienste an Bedeutung (Schölkopf 2002). Durch eine gering entwickelte einheitliche, zentralstaatliche Regulierung gab es größere Disparitäten zwischen den Kommunen und Ländern. Die Altenhilfe blieb insgesamt auf relativ niedrigem Leistungsniveau haften.²⁶ Besser ausgestattete und sozialstaatlich abgesicherte Dienste – zuvorderst die Dienste im Gesundheitswesen – nahmen einen Vorbildcharakter für den Pflegebereich ein. Gesucht wurde eine verbesserte staatliche Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit.

3.2.3 Die Wohlfahrtsverbände als exklusive Partner des Sozialstaats

Während das Leistungsrecht des BSHG weitgehend bundeseinheitlich geregelt wurde – Variationen gab es lediglich zwischen den Leistungssätzen der Bundesländer – verblieb die Zuständigkeit für die Planung und -steuerung einer Infrastruktur an sozialen Diensten auf der Landesebene, wobei den Kommunen eine wichtige Rolle bei der lokalen Ausformulierung zukam (Bahle 2007: 219). Träger der Sozialhilfeleistungen sind in der Regel die kreisfreien Städte und Landkreise. Die Trägerschaft sozialer Dienste war Sache insbesondere der Wohlfahrtsverbände. Durch den Einbezug der Wohlfahrtsverbände wurde die Governance der Altenhilfe und -pflege erweitert. Die Freie Wohlfahrtspflege hatte bei der Entwicklung des BSHG ihren Einfluss auf Bundesebene dafür genutzt, die Regelungen in ihrem Sinne mitzugestalten. Vor allem auf Betreiben des Deutschen Caritasverbandes hin wurde erwirkt, dass die in der Fürsorgegesetzgebung der Weimarer Republik bestimmten Bestandsgarantien der Freien Wohlfahrtspflege zu Sperrklauseln ausgeweitet wurden und damit der freien Wohlfahrtspflege der bedingte Vorrang bei der Organisation und Erbringung der Leistungen gewährt wurde. Die Förderverpflichtung durch Bund, Länder und Kommunen gegenüber den Wohlfahrtsverbänden wurde bestärkt. Auch das Jugendwohlfahrtsgesetz ging in diesen

²⁶ In der DDR war die Altenhilfe und -pflege überwiegend staatlich organisiert. Dienste und Einrichtungen waren von den Kommunen bereitzustellen, finanziert wurden sie hauptsächlich vom Staat. In den 1970er- und 1980er-Jahren wurden die Feierabend- und Pflegeheime stark ausgebaut (1970: 96.000 Plätze; 1989: 140.000). Mit einem Versorgungsgrad von 6,4% dominierte die Heimversorgung – was nach Schölkopf (2002) vor allem auf die schlechten Wohnbedingungen im Privathaushalt und die kostengünstigen Heimplätze zurückzuführen war. Insgesamt zeigte sich nach der Wende, dass die Heime stark renovierungsbedürftig waren. Auch nach der Wiedervereinigung konzentrierte sich das Engagement der Bundesländer wesentlich auf die Modernisierung der maroden Bausubstanz der Heime. Nach Schätzungen betragen die Kosten für die Renovierung und Neuerrichtung der Heime in der ehemaligen DDR insgesamt rund 13 Mrd. DM (ebd.: 30).

Bestimmungen mit dem BSHG konform. Es wurden also die Privilegien der Spitzenverbände mit Verweis auf die wohlfahrtsstaatliche Subsidiaritätstradition nochmals ausgeweitet (Sachße 1998: 375f.; Sachße 2010: 21; Backhaus-Maul 1998: 43).

Die starke Position der Wohlfahrtsverbände spiegelte sich auch im Bereich der Heime für das Alter wider. Recht konstant waren um die 60% der stationären Altenhilfeeinrichtungen von 1970 bis 1990 in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege. Die Wohlfahrtsverbände haben mit dem allgemeinen Ausbau der stationären Altenhilfe und -pflege Schritt gehalten – und sind mit dem Ausbau kontinuierlich gewachsen.²⁷ Die Wohlfahrtsverbände hatten zwar eine dominante Stellung im stationären Bereich, aber keineswegs eine Monopolstellung wie sie im ambulanten Pflegebereich vorlag. Sowohl öffentliche und – ein Sonderfall der Pflege gegenüber anderen Sozialen Diensten in Deutschland – insbesondere auch gewerbliche Heime spielten daneben eine Rolle (Bahle 2007: 227f.). Laut Heimstatistik waren im Jahr 1994 von den insgesamt 8.332 erfassten stationären Altenhilfe und -pflegeeinrichtungen 16% in öffentlicher, 55% in frei-gemeinnütziger und 29% in privat-gewerblicher Trägerschaft; nach Zahl der Plätze hatte die freie Wohlfahrtspflege mit 63% einen noch größeren Anteil inne (vgl. Tab. 13).

Tabelle 13: Einrichtungen und verfügbare Plätze der stationären Altenhilfe und -pflege nach Trägerschaft, Bundesrepublik Deutschland 1994

	Insgesamt	Öffentlich	Frei-gemeinnützig	Privat-gewerblich
Einrichtungen absolut	8.332	1.315	4.582	2.435
Einrichtungen relativ	100%	16%	55%	29%
Verfügbare Plätze absolut	682.220	135.125	431.036	116.059
Verfügbare Plätze relativ	100%	20%	63%	17%

Quelle: Statistisches Bundesamt 1997: 476, Datenbasis: Heimstatistik; eigene Berechnungen.

In den letzten Jahren vor Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes dominierte vor allem der Anstieg von Einrichtungen mit Pflegeplätzen (vgl. Tab. 14).

²⁷ Dieses Bild ergibt sich auch in den anderen Feldern sozialer Dienste (Backhaus-Maul 1998: 43).

Tabelle 14: Plätze in den stationären Altenhilfeeinrichtungen¹ der freien Wohlfahrt, Bundesrepublik Deutschland 1970-1996

	Gesamt (in 1000)	Davon: in Einrichtungen mit Pflegebetten ² (in %)
1970	185,0	49,9
1973	208,5	51,3
1975	231,3	52,5
1977	241,3	59,1
1981	266,1	66,3
1984	290,6	67,6
1987	303,8	72,8
1990 ³	335,2	74,4
1993 ³	401,3	75,8
1993 ⁴	441,0	77,5
1996 ⁴	418,9	83,1

¹ Altenheime mit/ohne ständiger Pflegeabteilung, Altenwohnheime, Altenpflegeheime, Altenheime für Schwestern, Seemannsheime, Binnenschifferheime, Einrichtungen mit Altenwohnungen.

² Plätze/Betten in Einrichtungen mit ständiger Pflegeabteilung.

³ Alte Bundesländer.

⁴ Gesamtdeutschland.

Quelle: Bahle 2007: 228; Datengrundlage: Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege: Gesamtstatistik, verschiedene Jahre 1970-2000.

Die Aktivitäten der Wohlfahrtsverbände waren nicht auf ihre Funktion als Erbringer von Diensten begrenzt. Sie waren im Willensbildungs- und Gesetzgebungsprozess auf allen politischen Ebenen als Partner des Sozialstaats einbezogen. Dabei setzen die Spitzenverbände ihre Abstimmung, Kooperation und Koordination fort bzw. bauten sie aus – z.B. mit stärker formalisierten Organisationsformen wie die Gründung der „Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege“ als eingetragendem Verein im Jahr 1966 (Bauer 1978: 98f.).

In dem Maße, in dem die Wohlfahrtsverbände zunehmend mit der staatlichen Wohlfahrtspolitik verflochten waren, wurde die „rechtsdualistische Gegenüberstellung von ‚öffentlich/staatlich‘ und ‚frei/privat‘ zur Fiktion“ (ebd.: 47).

„Tatsächlich hat mit den Regelungen in BSHG und JWG ein Prozess begonnen, in dessen Entwicklung die öffentlichen und die privaten Träger im Bereich von Jugend- und Sozialhilfe zunehmend in einem komplexen Gesamtverbund zusammengeschlossen wurden; in dem sich aus vielfältigen Verflechtungen, Abhängigkeiten und konkurrierenden Zuständigkeiten ein differenziertes, durchaus stabiles, aber schwer überschaubares System herausgebildet hat, das genuin öffentliche Aufgaben in z. T. öffentlicher, z. T. aber auch privater Form bearbeitet. Die

öffentlichen Träger machen sich die Leistungs- und Personalkapazität der freien Träger zunutze. Die freien Träger sind auf die finanzielle Unterstützung durch Bund, Länder und Gemeinden angewiesen und müssen sich deren Vorgaben beugen.“ (Sachße 2010: 21).

Die Wohlfahrtsverbände festigten ihre Position als exklusive Partner des Staates. Die Bedeutung von Eigenmitteln und Engagement trat im Zuge des Ausbaus sozialstaatlicher Leistungen zurück. Dies verschaffte den Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände ein gewisses Maß an Autonomie gegenüber sozialen Veränderungen auf Seiten von Mitgliedern und Unterstützern (Backhaus-Maul 1998: 44). Bestimmend im Bereich der Heimpflege wurde die öffentliche Finanzierung in Form von Pflegesätzen. Da die meisten HeimbewohnerInnen auf die Sozialhilfe angewiesen waren, stellte die Kostenübernahme durch die Sozialhilfeträger die Existenzgrundlage der Heimträger dar. Die Sozialhilfeträger übernahmen die Kosten eines Pflegeplatzes nur dann, wenn eine Pflegesatzvereinbarung mit dem Heim abgeschlossen war. Über den Abschluss von Pflegesatzvereinbarungen betrieben die Sozialhilfeträger eine gezielte Bedarfsplanung. Die Pflegesätze wurden nach dem Selbstkostendeckungsprinzip festgelegt und ermöglichten so eine kostendeckende Finanzierungsgrundlage; berücksichtigt wurden alle anfallenden Kosten, Personal- und Sachkosten. Privat-gewerbliche Träger wurden in diesem System benachteiligt. Der Staat verhandelte mit ihnen in getrennten Pflegesatzverhandlungen in der Regel niedrigere Pflegesätze. Darüber hinaus wurden die Wohlfahrtsverbände mit öffentlichen Investitionskosten(zuschüssen) bevorzugt bedacht und konnten auch durch das geltende Gemeinnützigkeitsrecht von Vergünstigungen profitieren (ebd: 46; Eggert 1995: 16).

Die Governance des Pflegesektors war weitgehend auf eine staatliche Steuerung der Angebote ausgerichtet. Inwiefern wurde diese Regelung durch das Spezifikum der Wohlfahrtsverbände, über eine Verankerung in gesellschaftlichen Milieus BürgerInnen zur Mitträgerschaft und zur Einbringung zivilgesellschaftliche Ressourcen motivieren zu können, erweitert? Hier kann festgestellt werden, dass sich die Wohlfahrtsverbände im Zuge der öffentlichen Steuerungsmechanismen zunehmend vom milieuorientierten „Rückhalt“ ihrer Basis entfernt hatten. Einen aufschlussreichen Einblick geben Befragungen zum Bild der Bevölkerung von den Wohlfahrtsverbänden, die Ende der 1960er-Jahre von den Spitzenverbänden beim Allensbacher Institut für Demoskopie in Auftrag gegeben wurde. Sie ergaben, dass die Bevölkerung keine bzw. kaum einen Unterschied

zwischen der staatlichen Wohlfahrtsbürokratie und den Wohlfahrtsverbänden wahrnahm (Bauer 1978: 9).

„... die Menschen bei uns (tendieren) dazu, mehr oder weniger alle Institutionen als staatlich anzusehen. Der für den Sozialpolitiker zweifellos wichtigen Trennung zwischen der staatlichen und der freien Wohlfahrtspflege kommt bei allgemeinen Betrachtungen über die soziale Einstellung, über die Einstellung zum Helfen, nicht die gravierende Rolle zu.“ (Geiger 1969: 28, zit. nach Bauer 1978: 9)

Bauer stellt weiter, ein wenig schmunzelnd, fest:

„Angesichts dieser demoskopischen Untersuchungen und der Werbemaßnahmen der Wohlfahrtsverbände fällt Verschiedenes auf. ... [So, K.H.] wissen die Verbände offenbar wenig über ihre Basis und darüber, wie deren Aktivitäten ‚vor Ort‘ bei der Bevölkerung ankommen“ (Bauer 1978: 8)

Die Bedeutung von Ehrenamtlichen in der verbandlichen und der sozialen Arbeit verlor an Bedeutung; die Verberuflichung sozialer Dienste wurde dagegen mit dem Argument der notwendigen Herstellung von Fachlichkeit von den Verbänden vorangetrieben (vgl. Backhaus-Maul 1998: 43). Kritisch kommentiert wurde diese Entwicklung der Wohlfahrtsverbände zum Juniorpartner des Sozialstaats bereits in den 1970er-Jahren von der sich damals formierenden Verbändeforschung:

„Der aus der Subventionierung und den Bedingungen der Förderungswürdigkeit resultierende Bürokratisierungseffekt entwickelt sich zum Dreh- und Angelpunkt des – strukturell bedeutsamen – instrumentellen Verhältnisses der Verbändeverantwortlichen gegenüber ihrer jeweiligen Basis. Der ‚Einbruch der Geldverhältnisse‘ in die Verbandsarbeit steht in offenkundigem Widerspruch zu den ideellen Zielsetzungen der Mitglieder und führt daher zwangsläufig zu Verkehrsformen der Beteiligten, die autoritär-paternalistisch-feudalistische Züge tragen.“ (Bauer 1978: 100)

Am Vereinswesen in der Verbändewohlfahrt wurde beanstandet, dass demokratische Elemente, für die der Verein dereinst stand, kaum mehr eine Bedeutung spielen würden.

„a) Das Vereinswesen erschöpfe sich in Vereinsmeierei mit Eifersüchteleien, Geschäftsordnungsdebatten ohne sachlichen Inhalt.

b) Die Vereine seien überhaupt keine lebendigen Organismen mehr, sondern Funktionsbetriebe ohne eigentliche Mitglieder; derjenige Vorsitzende werde als der

Beste angesehen, der die sogenannten ‚Regularien‘ am schnellsten durchzieht, um sich möglichst wenig in seine Geschäfte hineinsehen zu lassen.

c) Es wird gesprochen von einer ‚Krisen- und Übergangssituation‘. Die Organisationsform, die einmal als Instrument bürgerlicher Selbstverwaltung und Selbstbestimmung gedacht war, ist bis zur Unkenntlichkeit verstümmelt: Der eingetragene Verein ist heute praktisch schon eine GmbH ohne Gesellschafteranteile. [...] Es zeigt sich dann im Vereinsleben das Bild, daß die Mitgliederversammlung ihre Vollmachten an den Vorstand, der Vorstand an den geschäftsführenden Vorstand, der geschäftsführende Vorstand wiederum an den Geschäftsführer abgibt.“ (Körrie 1973: 132, zit. nach Bauer 1978: 97)

Im Sinne der neoinstitutionalistischen Schule könnte man sagen, dass sich die Wohlfahrtsverbände und ihre Mitgliedsorganisationen in eine Abhängigkeit zum Staat begeben hatten und hierdurch einen Homogenisierungsschub in Richtung staatlicher Bürokratie und reibungslose Dienstleistungsbetriebe gegenüber der vormaligen über die lokale Einbettung vermittelten Organisationsvielfalt erfahren hatten (vgl. DiMaggio/Powell 1991).

„In dem Maße allerdings, wie Wohlfahrtsverbände öffentliche Aufgaben übernahmen und an der Politikformulierung beteiligt wurden, veränderten sich auch ihre Organisationsstrukturen und wandelte sich ihr Selbstverständnis. Als Kooperationspartner der öffentlichen Sozialverwaltung, die sozialrechtlichen und bürokratischen Anforderungen Rechnung tragen müssen, glichen Verbände ihre Strukturen, Verfahren und Vorstellungen tendenziell an die staatlicher Sozialbürokratien an. Das verbandliche Handeln orientierte sich immer weniger an den normativ-kulturellen Regeln und Prozeduren weltanschaulich gebundener Überzeugungs- und Dienstgemeinschaften, sondern immer mehr an den durch Zweckrationalität, Überprüfbarkeit und Fachwissen geprägten Regeln und Deutungen bürokratischer Organisationen.“ (Backhaus-Maul 1998: 43)

Aus mehreren Gründen war die Anpassung der Wohlfahrtsverbände an die staatliche Wohlfahrtsbürokratie kritisch zu sehen. Erstens vollzog sich dieser Prozess in einem System, das die Verankerung der Wohlfahrtsverbände in der Bevölkerung, ihre Milieuorientierung und die Fähigkeit zur Einbringung von Eigenmitteln – neben Kirchensteuern vor allem die Aktivierung zivilgesellschaftlicher Ressourcen – als zentrales Argument für die exklusive Partnerschaft zwischen Staat und den Verbänden galt.

Zweitens stand diese Entwicklung im Spannungsfeld zu den im professionellen Diskurs entwickelten emanzipativen Ideen der Neuorientierung von Diensten, die auf ein mehr an Selbstorganisation und Beteiligung der NutzerInnen selbst sowie weiterer interessierte Akteure in Diensten und Einrichtungen ausgerichtet waren. Drittens war diese Entwicklung problematisch, da mit der engen Anbindung der Wohlfahrtsverbände an den Staat neue Abhängigkeiten aufgebaut wurden. Mit dem Bedeutungsverlust zivilgesellschaftlicher Ressourcen wurden die sozialpolitischen Rahmenbedingungen und gesetzlichen Regelungen für die wirtschaftliche Existenz und die Möglichkeiten zur Ausgestaltung des Angebots in den Diensten und Einrichtungen bestimmend (vgl. für Heime ausführlicher bei Eggert 1995: 12-17). Insbesondere im Zeichen der Politik der Kostenreduzierung, die seit den 1980er-Jahren massiv betrieben wurde, wurden die Möglichkeiten, Leistungen nach den eigenen Vorstellungen zu erbringen, eingeschränkt. In den 1980er wandte sich die Fachzeitschriften immer häufiger dem Thema der Kostendämpfungspolitik und den damit einhergehenden schwieriger werdenden Bedingungen, gute Dienste anzubieten zu können, zu (vgl. z.B. Blätter der Wohlfahrtspflege).

„Problematisch ist eine Bedarfsplanung, die ausschließlich nachfrageorientiert ist. Bedarf heißt aber, man muß eine Bestandsaufnahme machen, Qualitätsstandards festlegen und sozialpolitische Ziele formulieren. Dann erst kann es zu Bedarfsausagen kommen. Was aber bundesweit gemacht wird, ist etwas anderes. In sog. Bedarfsplänen werden politische Zielvorgaben festgesetzt oder Nachfrage-Festschreibungen vorgenommen. Dies geschieht angesichts leerer Kassen der Sozialhilfeträger deutlich unter finanziellen Gesichtspunkten. Schon heute müssen wir feststellen, daß insbesondere für demenziell erkrankte Hochbetagte nicht ausreichend und schon gar nicht qualitativ verantwortbare Heimplätze in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen.“ (Klie 1988: 158, zit. nach Eggert 1995 16f.)

1993 schrieb das BSHG schließlich unter dem Ziel der Kostenreduzierung eine Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip und die Einführung leistungsbezogener Entgelte fest. Damit wurde die Verhandlungsmacht der Wohlfahrtsverbände gegenüber dem Staat zugunsten von Wirtschaftlichkeitsüberlegungen weiter geschwächt (Backhaus-Maul 1998: 46).

Es dürfte die Gemengelage dieser für die Verbände problematischen Entwicklungen sein, unter der die Verbände wieder neu darüber nachzudenken begannen, wie Engage-

ment aktiviert werden kann. Während sie anfangs den neuen selbstständig agierenden Gruppen wie Selbsthilfeorganisationen, Nachbarschaftshilfen etc. eher skeptisch bis ablehnend gegenüberstanden, wurde versucht, diese Gruppen bzw. deren Ansätze auch in die Verbandsarbeit zu integrieren. Auf verbandspolitischer Ebene sind einzelne Ansätze erkennbar, sich verstärkt der eigenen „bürgerschaftlichen Wurzeln“ zu besinnen, und die Möglichkeiten des Einbezugs von Engagement den Diensten neu auszuloten (vgl. BAG FW 1982).

Hinsichtlich der Frage der Aktivierung von Engagement geht es nicht zuletzt auch um die Herausforderung, angesichts der zunehmenden Professionalisierung und Verrechtlichung von Diensten einerseits, und des Schwunds der mit der freien Wohlfahrtspflege traditionell verbundenen Milieus andererseits, neue Wege der Motivierung und Einbindung von Engagement zu finden. Leitbilder können eine zentrale Rolle bezüglich der Offenheit gegenüber Ansätzen des freiwilligen Engagements von Diensten spielen. Inwieweit sind sie anschlussfähig für Bürgerengagement? Im folgenden Abschnitt wird dies für die stationäre Altenhilfe und -pflege ausgelotet.

3.2.4 Die Versorgung alter Menschen in Heimen – Antworten auf alte und neue Probleme

Im Kontext der angestellten Überlegungen und Diagnosen sollen nun die Charakteristika und Leitbilder der stationären Altenhilfe und -pflege im Zeitraum Ende der 1950er-Jahre bis Mitte der 1990er-Jahre betrachtet werden. Dabei konzentriert sich die Darstellung auf Versorgungskonzepte für die Gruppe der Pflegebedürftigen, deren angemessene Versorgung, wie gezeigt wurde, zur zentralen Herausforderung für den Heimbereich geworden ist. Wichtige Fragen hierbei sind: Welche Leitbilder wurden mit der Ausrichtung der Heime auf Hilfe- und Pflegebedürftigkeit gefunden? Spielen Engagement und zivilgesellschaftliche Ressourcen eine Rolle?

3.2.4.1 Der Einzug der Altenpflegerin– Leitbild funktionsgerechte Behandlung und Pflege

In den ersten Jahren des Wiederaufbaus nach dem Zweiten Weltkrieg waren sowohl die Standards in der Ausstattung recht bescheiden als auch die Anzahl des (fachlich qualifizierten) Personals in den Heimen klein. Die Heimunterbringung wurde vor allem aus Kostengründen als geeignet gesehen. Das Programm, das für die Versorgung und Pflege Ende der 1950er-Jahre galt, lautete: Heime sollen nicht mehr „*Verwahranstalten*“ von Hilfe- und Pflegebedürftigen sein und keine Einrichtungen sein, die Ihre

BewohnerInnen lediglich kostengünstig „verwalteten“, sondern sie sollen den Bedürfnissen der BewohnerInnen entsprechen. Welche Bedürfnisse das sind und wie diese gedeckt werden konnten, darauf wurden im Verlauf der Zeit unterschiedliche Antworten gefunden.

Wie bereits geschildert, begannen in den 1950er-Jahren im Zuge der Rezeption gerontologischer Wissensbestände neue Ideen zur Gestaltung des Heimlebens Raum zu greifen (vgl. Kap. 3.2.1). Die fachlich fundierte Arbeit an BewohnerInnen wurde in diesem Zuge zum großen Thema. Schon früh tauchten damit Ideen der die Diskussion in den 1960er- und 1970er-Jahren prägenden Leitbilder der offenen Altenhilfe der Förderung der Beschäftigung im Sinne einer pädagogischen Anleitung und Aktivierung der BewohnerInnen auf. Dennoch konzentrierten sich die Bemühungen um eine fachlich fundierte Betreuung der BewohnerInnen in den Heimen zunächst auf ein weitaus grundlegendes Problem: es herrschte ein Mangel an Personal zur Bewältigung der grundlegenden Pflege- und Versorgungsaufgaben. Der Heimsektor wuchs zügig, aber es gab keine für die Altenbetreuung und -pflege zuständige Berufsgruppe; einzelne Bemühungen, den Beruf der Altenpflegerin zu etablieren, waren bislang gescheitert. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege benannte in ihrer Denkschrift „Zur Situation der alten Menschen in der Bundesrepublik Deutschland. Die Altenheimplanung in der Altenhilfe“ aus dem Jahr 1963 die Gewinnung von Personal als vordringliches Ziel: „Die Bereitstellung des zum Betrieb der Heime erforderlichen Personals ist ohne Zweifel die schwierigste Aufgabe im Rahmen des Gesamtplans“ (zit. nach Cappell 1996: 44). Durch zwei Ansätze sollte den Engpässen im Personalbereich begegnet werden. Eine kurzfristige Entschärfung der prekären Situation stellte die Gewinnung ehrenamtlicher MitarbeiterInnen dar. Eine längerfristige Behebung der Personalknappheit zielte auf die Entwicklung eines Altenpflegeberufs ab.

Ehrenamtliche MitarbeiterInnen im Heimalltag sollten helfen, die hauptberuflichen Mitarbeiter durch die Übernahme von Hilfstätigkeiten zu entlasten. Im Jahr 1959 rief die Sozialverwaltung Köln vor allem junge Menschen in Zeitungsannoncen dazu auf, sonntags in den Heimen zum „Ehrendienst“ anzutreten. Übernommen werden sollten soziale und pflegerische Hilfsaufgaben wie beispielsweise die Essensausteilung und Bibelarbeit.

„Gerne hätte man diejenigen Arbeiten, die die Altenpflege unattraktiv machten, delegiert. Der Schutz der Minderjährigen aber ließ nur das Waschen der Oberkörper

und im Einzelfall das Ausleeren von Urinflaschen und Spuckbechern zu. Die zeitgenössische Ansicht, die Pflege des alten Menschen wirke sich auf die Psyche junger Leute negativ aus, hinderte den Deutschen Verein nicht daran, Gefallen daran zu finden, diese Beschäftigungsform auszuweiten. Es ist anzunehmen, dass die Erfahrungen aus Kriegszeiten mit den ‚Pflichtjahrmädchen‘ allzu konservative Skrupel beseitigten.“ (Irmak 2002: 291)

Auch die Wohlfahrtsverbände suchten im lokalen Raum bei den mit ihnen verbundenen Milieus nach ehrenamtlichen Ressourcen. Leider ist es schwierig diese Aufrufe systematisch aufzuarbeiten, da sie nicht immer in schriftlicher Form bzw. nur in den Archiven einzelner Heime zu finden sind²⁸. Teilweise wird man in Jubiläumsschriften und Hausbroschüren fündig, wie beispielsweise einer kleinen Broschüre eines Altenheims in Trägerschaft des Diakonischen Werks Würzburg:

„Ende der 50er Jahre machte sich die Personalnot in den Einrichtungen der Diakonie stark bemerkbar. Junge Studierende aus der Studentengemeinde und junge Mädchen aus der Evangelischen Gemeindejugend übernahmen an Sonntagen auf den Pflegestationen leichte pflegerische Arbeiten, halfen den Bewohnern beim Essen oder verkürzten ihnen die Zeit durch Vorlesen.“ (Diakonisches Werk Würzburg o.J.: 12)

Die Probleme der Personalknappheit sollten also durch den Einsatz Ehrenamtlicher gemildert werden, wobei die Tätigkeit der Ehrenamtlichen als Hilfsdienste im Sinne von Zuarbeiten für das hauptamtliche Personal gedacht waren.

Vordringliches Engagement der Heimträger, also der Sozialverwaltungen und der Wohlfahrtsverbände, war jedoch die Schaffung eines Berufes, über den der Arbeitskraftbedarf gedeckt werden sollte. Mit der Einführung des BSHG und seiner Dienstleistungsorientierung wurden die Bemühungen um eine Professionalisierung der Altenpflege beschleunigt. Verschiedene Projekte wurden in Zusammenarbeit von öffentlichen Sozialverwaltungen und den Wohlfahrtsverbänden umgesetzt. Um das Jahr 1960 herum nahmen die ersten Altenpflegeschulen ihre Arbeit auf (Cappell 1996: 40f.; Irmak 2002: 293). Unter Federführung des Deutschen Vereins gelang schließlich eine

²⁸ Die Autorin hat daher das Gespräch mit ZeitzeugInnen gesucht. Aus diesen Gesprächen ergibt sich das Bild, dass vor allem Aufrufe in der einem Heim „zugehörigen Kirchengemeinde“ in den 1950er- und 1960er-Jahren üblich waren. Leider hätte es den Rahmen des Dissertationsprojekts gesprengt, diese Gespräche dem methodologischen Standard entsprechend auszuwerten – sie können daher nicht als wissenschaftlich fundiertes Ergebnis im Rahmen dieser Arbeit einfließen.

Vereinheitlichung der verschiedenen Lehrpläne und im Jahr 1969 erkannte Nordrhein-Westfalen als erstes Bundesland die Altenpflege als Ausbildungsberuf an. Bestimmungen in den anderen Bundesländern folgten (Irmak 2002: 295). Geschaffen wurde ein „sozialpflegerischer Beruf“, ein Beruf also, der Inhalte von Sozial- und Gesundheitswesen aufgriff (Cappell 1996: 45).

Cappell (1996) ist es gelungen, auf Basis einer Dokumentenanalyse die den Altenpflegeberuf prägenden Merkmale herauszuarbeiten. Zielgruppen der Ausbildung sind

„Frauen mittleren oder jüngeren Alters, die entweder schon in der Altenpflege arbeiten oder einen pflegerischen Beruf ergreifen wollen oder überhaupt wieder berufstätig werden wollen. Gemeinsam war ihnen, daß sie auf dem Arbeitsmarkt benachteiligt waren. Diese Zielgruppe – eigentlich mehrere – bot sich an, weil sie ‚noch‘, d.h. ohne Konkurrenz durch andere Berufe, zur Verfügung stand, dadurch der Beruf (in Bezug auf die sozialen Attribute) nicht besonders ausgestattet werden musste, und weil die meisten Frauen viele der als nötig erachteten Eigenschaften und Kenntnisse aus der Hausfrauentätigkeit mitbrachten.“ (Ebd.: 53)

Für die schon zu Beginn der Ausbildung geäußerte Kritik, die Altenpflege sei lediglich als ein „Schmalspurberuf“ konstruiert (ebd.: 45), spricht einiges. Die Altenpflege ist als ein Frauenberuf entwickelt worden. Sie ist nicht aus einer Professionalisierungsbestrebung der in der Altenhilfe – und damit hauptsächlich in den Heimen – mit Pflege- und Betreuungsaufgaben bis dato betrauten MitarbeiterInnen entstanden; vielmehr wurden die Inhalte und Bedingungen der Ausbildung „von den Nachfragern nach Arbeitskraft [...], mittelbar über den DV [Deutscher Verein, K.H.], unmittelbar über die Berufsausbildung, die in den Schulen und Heimen der Träger stattfindet“ (Cappell 1996: 51), geprägt. Sie ist ein „Zweitberuf“, der von den Auszubildenden selbst und häufig auch von den Arbeitsverwaltungen und im Rahmen der Ausbildungsförderung finanziert wurde (Cappell 1996: 51).

Zwar beschleunigte die gesetzliche Grundlage des BSHG durch ihre Dienstleistungsorientierung eine Verberuflichung und (teilweise) Professionalisierung der Altenpflege, dennoch blieb diese, verglichen mit den dynamischen Entwicklungen, denen Berufsgruppen in anderen Dienstleistungsfeldern unterlagen, nur lückenhaft. Erst spät, Anfang

der 1990er-Jahre, sollte es zu einer Akademisierung der Pflege kommen.²⁹ Eine Differenzierung des Berufsfelds wurde eher nach „unten“ gesucht. Der Altenpflegerin war die Altenpflegehelferin zur Seite gestellt. Mit der Altenpflegehelferin wurde (und wird bis heute) ein großer Anteil an eher gering qualifiziertem Personal in den Heimen eingesetzt. Insgesamt also ist ein geringer Professionalisierungsgrad der MitarbeiterInnen in Heimen zu konstatieren. Bei der Bedarfsbestimmung haben die Professionen eine „schwache Stellung“. Wie besonders deutlich im Zuge der Kostendämpfungspolitik ab den 1980ern zu spüren war, prägte der Staat durch seine Kostenpolitik das, was als Bedarf anerkannt und als Leistung umsetzbar ist, wesentlich mit.

„Wenn eine Profession lediglich die Leistungen erbringt, die gesetzlich vorgeschrieben oder mit Dritten vertraglich vereinbart wurden, handelt es sich eigentlich nicht um eine professionelle Arbeit, sondern um eine gewöhnliche Dienstleistung.“
(Mai 2008: 17)

Die Altenpflege, obwohl gedacht als sozialpflegerischer Beruf, war von körperpflegerischen Tätigkeiten dominiert. Dieser Umstand kann nicht allein damit erklärt werden, dass „das Geld nur für das Nötigste reichte“, also ausschließlich auf eine stetige Ressourcenknappheit in den Heimen zurückgeführt werden. Gerade zu Beginn der Einrichtung des Altenpflegeberufs war die Idee vorherrschend, dass sich eine fachlich gute Behandlung durch eine Orientierung an den Aufgaben der „großen Schwester Krankenpflege“ auszeichnet. Die Pflege hatte sich vor allem am Wissenssystem, an der Organisation und den Inhalten der Medizin orientiert (Schroeter 2006: 54ff.).

Leitbild der 1960er und 1970er ist, das Pflegeheim bzw. die Pflegestation als „*kleines Krankenhaus*“ zu gestalten und zu organisieren (Prahl/Schroeter 1996: 156; Kaiser o.J.: 4; vgl. hierzu KDA 1987: 6f.). Der pflegerische Blick richtete sich auf die Defizite des Körpers des „Patienten“/der „Patientin“. Die „Funktionspflege“ erfolgte nach dem Prinzip einer rationellen Organisation der Versorgungsabläufe, d.h. partialisiert, die Optimierung von körperbezogenen Pflegeabläufen als primäre Aufgabe (Schroeter 2006: 167ff.). Eine gute Versorgung bedeutete vor allem hohe hygienische Standards. Die Einrichtungen wurden baulich entsprechend einer optimierten Altenpflege funktional gestaltet und technisch ausgestattet. Statt der räumlichen Enge der alten „Verwahranstalten“, die die Pflege erschwerte, wurden nun technisierte Bäder geschaffen, in

²⁹ Bemühungen um eine Konturgewinnung stellen noch heute eine große Herausforderung der (Alten-) Pflege dar (vgl. Krampe 2009; Schroeter 2006: 48ff.).

denen die Pflegebedürftigen den modernen Standards entsprechend versorgt werden konnten. Das Heim sollte so gebaut sein, dass kurze Wege bei der Verrichtung pflegerischer Aufgaben anfielen (z.B. Fäkalienbeseitigung). Anregungsarme Flure und krankenhaushähnliche BewohnerInnenzimmer prägten das Bild. Während in den Altenheim(bereich)en bereits Ein- und Zweibettzimmer geplant wurden, überwogen in den Pflegeheimtrakten Mehrbettzimmer (Dieck 1994: 197). Verbesserungen des Wohnstandards fanden in den Pflegeheimen und Pflegestationen jener Zeit weniger Beachtung – weder auf private Rückzugsmöglichkeiten noch auf die Schaffung von sozialen Räumen im Heim wurde ein besonderer Wert gelegt. Die Zeit war davon geprägt, dass Fortschritte auf der Ebene der Versorgungsstandards gesucht wurden, weniger auf der Ebene der Betreuungs- oder Umfangsformen (Evers/Leichsenring/Pruckner 1993b: 16). Verbunden mit dieser Leitorientierung des Umgangs mit dem pflegebedürftigen Alter war auch eine „funktionsgerechte Zuweisung“ der BewohnerInnen nach ihrem Bedürftigkeitsgrad zu den drei „Einrichtungstypen“ der stationären Altenhilfe und -pflege (Prah/Schroeter 1996: 156; Lind 1995: 32; vgl. hierzu KDA 1987: 6f.).

3.2.4.2 Die Erforschung der Heime – Anlass zur Kritik

Auch wenn die Professionalisierung des Pflege- und Betreuungspersonals in den Heimen nur langsam voranschritt, so hatte sich dennoch zu den Fragen der geeigneten Gestaltung von Heimen ein reger fachlicher Diskurs entwickelt – getragen von Praktikern aus den Sozialverwaltungen und den Verbänden und gestützt durch die wachsenden Wissensbestände aus der sozialwissenschaftlichen Erforschung des Alter(n)s und der Institution Heim. Heime standen hier alsbald unter deutlicher Kritik, keine angemessene Versorgung anzubieten.

Ein nicht unwesentlicher Impulsgeber für die Kritik an den Heimen wurde eine Reihe von historischen Analysen der Institution Heim. Diese Analysen beschränkten sich nicht auf das engere Feld der Heimversorgung alter Menschen, sondern griffen vielmehr die Geschichte der geschlossenen Armenversorgung generell und je nach der fachlichen Ausrichtung der WissenschaftlerInnen die Versorgung im Alter, die Psychiatrie und den Behindertenbereich auf (Foucault 1973, 1977; Dörner 1999 [1969]; Stekl 1986; Kondratowitz 1988a, 1988b, Sachße/Tennstedt 1980, 1988). Besonders in den sehr kritischen Analysen von Dörner und Foucault wurde herausgearbeitet, dass das historische Erbe der Heime „im Rahmen der Ausgrenzung aller industriell Unbrauchbaren und Störenden zu sehen ist“ (Dörner 1999: III). Es kommt zu einer Aufarbeitung

der Repressionen, die die „aussätzigen“ Armen, Alten, Kranken, Irren etc in den geschlossenen Einrichtungen erfahren haben. In den 1980ern wurden hier auch die Verbrechen des Dritten Reiches – der Vernichtungsprogramme psychisch Kranker und geistig Behinderter, und schließlich auch alter Menschen, die aus den Heimen heraus vereinfacht organisiert werden konnten, thematisiert (ebd.: V; Kondratowitz 1988a; vgl. Kapitel 3.1.4.4). Die Gesellschaft müsse sich mit diesem historischen Erbe der Heime auseinandersetzen, die Mechanismen der Ausgrenzung verstehen und neue Wege finden, mit denen diese vermieden werden können.

Die historischen Analysen sind mit dem Impetus geschrieben, dass der Mechanismus der Ausgrenzung ein historisches Erbe darstelle, das auch in den modernen Heimen fortwirke. So schrieb Majce (1978) in seinem viel beachteten Aufsatz „Geschlossene Altenhilfe’. Probleme der Heimunterbringung“: „Hier wird die These vertreten, daß die geschlossene Altersfürsorge primär als ein Reaktionsmuster des sozialen Systems auf Störfaktoren im Wirtschaftsprozeß [...] aufzufassen ist“ (ebd.: 264). Der Alltag sei auch in den modernen Heimen nicht auf die Bedürfnisse der BewohnerInnen ausgerichtet, vielmehr haben „die Wünsche des Personals, der Heimleitung, aber auch außerinstitutioneller Instanzen wie z.B. der Familie, des Sozialamtes – häufig in der ideologischen Gestalt des ‚Sachzwangs‘ – die höheren Verwirklichungschancen“ (ebd.: 262).

Ein für die sozialwissenschaftliche Analyse des Alltags in den Heimen stilbildendes Werk, das bis heute noch Grundlage mancher sozialwissenschaftlicher Heimanalyse darstellt, war „Asyle“ von Erving Goffmann (1973). Anhand einer Feldstudie in der 7000 Insassen umfassenden psychiatrischen Großeinrichtung St. Elizabeths Hospital des Bundesstaats Washington in den Jahren 1955-56 arbeitete Goffman den soziologischen Typus der „Totalen Institution“ heraus. Der Soziologe definiert eine „Totale Institution“ als die „Wohn- und Arbeitsstätte einer Vielzahl ähnlich gestellter Individuen [...], die für längere Zeit von der übrigen Gesellschaft abgeschnitten sind und miteinander ein abgeschlossenes, formal reglementiertes Leben führen“ (ebd.: 11). Merkmale dieser Institutionsform sind, dass die Insassen (BewohnerInnen) unter einer zentralen Autorität stehen, die Institution ihnen ein Zeitmuster für den Tagesablauf vorgibt, und dass die Tätigkeiten einem rationalen Plan folgen, der der Zielerreichung der Institution gilt (ebd.: 17). Die Insassen werden durch die Regeln der Institution bestimmt, die über die Herrschaft des Personals über sie vermittelt. Der längere Aufenthalt in Totalen

Institutionen geht mit dem „sozialen Tod“³⁰ des Insassen einher – dem Rollenverlust in der Welt jenseits der Einrichtung ist durch einen radikalen Beziehungsabbruch zwischen Insasse und Gesellschaft vermittelt (Goffman 1973: 25.). Die Insassen entwickeln neue Verhaltensweisen, welche Anpassungsstrategien an die Regeln der Institution darstellen (ebd.: 65f.). Nach Goffman zählen u.a. auch Fürsorgeanstalten wie Blinden- und Altersheime, Waisenhäuser und Armenasyle zu den Totalen Institutionen (ebd.: 16).

Die seit Ende der 1950er-Jahre gesuchte Ausrichtung der Pflegeheime auf eine Funktionspflege stellte eine Fortsetzung der Grundprobleme der „geschlossenen Fürsorge“ dar, nicht von Seiten der BewohnerInnen, sondern von Seiten der rationellen Versorgung her zu denken. Sie schien im Lichte neuerer Studienergebnisse als nicht mehr angemessen. Studien zur Heimversorgung zeichneten ein eher düsteres Bild der Versorgungsqualität. Zuvorderst ist hier die Unbeliebtheit der Heime bei der Zielgruppe selbst, wie in Befragungen erhoben, zu nennen. Im Rahmen der ersten großen repräsentativen Erhebung zur Anzahl und Situation zu Hause lebender Hilfe- und Pflegebedürftiger im Jahr 1978 – der sog. „Sozialdata-Studie“ wurden mündliche Interviews in Haushalten durchgeführt, in denen insgesamt 285 Hilfe- und Pflegebedürftige lebten. Insbesondere die Einstellung der Hilfe- und Pflegebedürftigen selbst gegenüber Heimen, so die AutorInnen des Forschungsberichts, ist sehr negativ:

„... sofern sie nicht eindeutig finanzielle Bedenken geltend machen, führen sie vor allem medizinische Gründe an, die gegen Heimunterbringung sprächen oder sie geben ihrer Befürchtung Ausdruck, im „Heim“ in der persönlichen Entfaltung beschränkt und gegängelt zu werden. Die so sehr gefürchtete Einschränkung der persönlichen Freiheit gilt diesen Hilfebedürftigen als Tatsache, deren eingehende Hinterfragung sich erübrigt. Die Ablehnung alternativer Unterbringungsmöglichkeiten [die verschiedenen Heimformen als Alternative zum Privathaushalt, K.H.] mit der Begründung, dass dort die qualifizierte medizinische Versorgung nicht sichergestellt sei, beruht dagegen vielfach auf schlechten Erfahrungen. Sie wurden zumeist dann gemacht, wenn Urlaub oder Krankheit des Pflegers [die „informelle“ Hauptpflegeperson, K.H.] vorübergehend die stationäre Unterbringung des Hilfebedürftigen erforderten. In einem Atemzug mit der Ablehnung wird häufig

³⁰ Der Begriff des "sozialen Tods" geht auf den Schüler Goffmans, David Sudnow, zurück, der sich bei der Begriffsbestimmung an die Ausführungen von Goffman anlehnte. Goffman selbst beschrieb den auf den Verlust von Rechten (Recht auf Eheschließung, Recht, über Geld zu verfügen etc.) bezogenen "bürgerlichen Tod" (Schiefer 2007: 133).

Verständnis dafür geäußert, daß im „Heim“ eine Pflege der Qualität, wie sie im Bestfall zu Hause erbracht werden kann, sowohl aus personellen, wie aus finanziellen Gründen nicht möglich sei.“ (Socialdata 1980: 231-232)

Interessant ist, dass trotz der Orientierung der Heime an der Medizin gerade diese als unzulänglich gesehen wurde. Die Heime wurden weiterhin als „Spareinrichtungen“ wahrgenommen. Ein weiteres Hauptargument potentieller NutzerInnen gegen die Heimversorgung war die Einschränkung der persönlichen Lebensgestaltung. Ältere befürchteten

„... eingesperrt und allein gelassen zu sein, Langeweile, Verlust der Selbständigkeit, Bevormundung, Persönlichkeitsverlust, Einengung durch Hausordnungen, Tagesablauf nach Befehl, wenig Beschäftigungsmöglichkeiten, die Aufgabe von Selbstbestimmung, persönlichen Bedürfnissen und Interessen, einen eingeschränkten Bewegungsfreiraum, Abstumpfung wegen Nutzlosigkeit sowie einen Mangel an Privatsphäre.“ (Prah/Schroeter 1996: 154, vgl. hierzu Welter 1986: 27)

Die Befragungen deuten darauf hin, dass in einer Gesellschaft, die auf den Werten Individualismus, Freiheit und Aktivität aufbauen will, das Heim als „negativ besetztes Antimodell unserer Gesellschaft gilt“ (Majce 1978: 267). Dass die Befürchtungen der BewohnerInnen nicht unberechtigt sind, zeigt eine Inhaltsanalyse der Hausordnungen von Altenheimen von Anthes (1975). Die Hausordnungen sind in einem Befehlston verfasst und fordern von den BewohnerInnen Gehorsam und Einfügen in den Heimablauf. Anthes schlussfolgert:

„Die Situation des Altenheimbewohners ist äußerlich gekennzeichnet durch seine Einbindung in die – unterschiedlich stark ausgeprägte – hierarchische Struktur des Heims und durch eine generelle, wenngleich ebenso unterschiedlich prononcierte, Einschränkung seiner Entscheidungs- und Bewegungsfreiheit, die sich u.a. darin manifestiert, daß bestimmte Grundrechte wie das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2GG), das Recht auf freie Meinungsäußerung (Art. 5 GG) und das Recht auf Unverletzlichkeit der Wohnung (Art. 13 GG) für ihn sehr häufig nur in reduzierter Form existieren.“ (Anthes 1975. 131f.)

Ende der 1980er-Jahre wurden auch Gewalt und Misshandlungen in Heimen thematisiert, die auf Ungleichgewichte der Machtposition zwischen BewohnerInnen und

Personal, aber auch die ungünstigen Arbeitsbedingungen in den Heimen zurückgeführt werden (einen Überblick geben Prahl/Schroeter 1996: 199ff.).

„Als Mißhandlungsgründe werden zumeist die schlechten Ausstattungen der Heime, große Heime, unzureichender Personalschlüssel autoritäres Hierarchiegefüge, unqualifiziertes, unverständnisvolles und chronisch überarbeitetes Personal (Burn-out), Dauerfrustration, Konkurrenz unter Kollegen, Aussichtslosigkeit, es besser machen zu können sowie die schlechten Arbeitsbedingungen genannt (ebd.: 201)

Ein weiteres Forschungsfeld beschäftigt sich mit Effekten des Heimeinzugs auf die soziale Situation der BewohnerInnen. In den 1980er-Jahren, und vermehrt Anfang der 1990er-Jahre, wurde eine Reihe von Studien über Verhaltensweisen der BewohnerInnen, ihren eingeschränkten Aktionsradius, begrenzte soziale Kontakte und soziale Rollen veröffentlicht (für einen Überblick siehe: Prahl/Schroeter 1996: 180ff.). Der Rückzug der BewohnerInnen aus dem sozialen Leben wurde in der Tradition der Goffmanschen Totalen Institution als „Institutionalisierungseffekt“ diskutiert (Anthes 1978: 23ff., Majce 1978: 287ff.; vgl. Quellenangaben bei Grüb 1988: 27 sowie bei Heinzelmann 2004: 57ff.).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass vom Anfang der 1960er-Jahre bis Anfang der 1990er-Jahre die Wissensbestände über die Umstände des Alter(n)s generell, und im Speziellen des Alter(n)serlebens in Heimen, merklich zugenommen haben. Deutlich wird dabei eine gewachsene Sensibilität gegenüber den Mechanismen und Problemen der Heimversorgung. Das Bild von den Heimen hat sich im ExpertInnendiskurs deutlich gewandelt. Während Heime in den 1950er- und 1960er-Jahren noch als probates Mittel gegen die Vereinsamung von Alten gesehen wurden, wurde nun in späteren Jahren die soziale Isolation und Reizarmut in den Heimen selbst kritisiert, die das Disengagement der BewohnerInnen fördere (Baumgartl 1997: 160): „Die Einsamkeit alter Menschen hat ihren Platz jetzt im Altersheim, das vordem oft als ein Ersatz für die Familie betrachtet wurde“ (ebd.: 154).

Im Lichte der negativen Befunde über den Heimalltag wandte sich einerseits die Fachöffentlichkeit nunmehr alternativen, offenen und ambulanten Angeboten zu. Andererseits wurden Ansätze zur Verbesserung der Heimversorgung gesucht und ausprobiert. Im Folgenden werden zwei Ansätze einer Verbesserung der Situation in den Heimen dargestellt, die beide zum Ziel haben, dass die *Individualität der BewohnerInnen* anerkannt wird. (a) Der erste Ansatz betrifft den Versuch, Individualität

durch die Durchsetzung einer größeren Selbstständigkeit der BewohnerInnen zu stützen. Hier wurden verbesserte Rechte von HeimbewohnerInnen geschaffen und eine Ausrichtung auf eine „aktivierende Pflege“ gesucht, die die Selbstständigkeit erhalten soll. Durch die Orientierung am Modell „Hotel“ wurde eine Verbesserung der individuellen Angebotsstruktur angestrebt. (b) Eine andere Stoßrichtung zeichnete sich dadurch aus, die Individualität der BewohnerInnen durch Respekt und Fürsorge in Gemeinschaftsbezügen und lokalen Sozialräumen anzuerkennen. Das Leitbild ist hier das gemeinwesenorientierte Heim.

3.2.4.3 Verbesserung der Situation in den Heimen im Zeichen der Anerkennung und Förderung der Selbstständigkeit der BewohnerInnen

Heime, so die neue Forderung im professionellen Diskurs, sollen darauf ausgerichtet sein, die Selbstständigkeit der BewohnerInnen zu fördern. Das zunächst mit der Schaffung offener Hilfen verbundene Selbstständigkeitsparadigma erhielt (verspätet) in den 1980er-Jahren auch im stationären Bereich Einzug. Es löste die älteren Leitbilder des Heims ab, wonach es als „große Familie“ organisiert werden sollte bzw. (später) als funktional zu organisierender Pflegebetrieb gesehen wurde – denn diese beiden Formen sahen die Unterordnung der BewohnerInnen vor. In den Heimen sollte nunmehr eine „Normalität“ entwickelt werden, und das hieß zunächst: Eine höhere Selbstständigkeit und Individualität sollte primär durch eine Differenzierung und Flexibilisierung nach Innen erfolgen.

Diesem Ideal der Selbstständigkeit näherten sich die Heime – soviel sei vorweggenommen – allerdings nur zögerlich und unvollständig an. Die Wortwahl der Publikationen, wie sie noch heute fortbesteht, vermittelt, dass Selbstständigkeit eigentlich nur im Privathaushalt verwirklicht werden kann – darauf wurde und wird zumindest die Forderung „ambulant vor stationär“ begründet. Mit der Ausdifferenzierung offener Hilfen und der Differenzierung der Heimtypen war eine Inanspruchnahme der verschiedenen Dienstleistungsangebote hin zum Pflegeheim mit einem fortschreitenden Verlust von Selbstständigkeit konnotiert.

Was also bedeutet Selbstständigkeit im Kontext der Heimversorgung und wie sollte diese umgesetzt werden? Verschiedene Ansätze können damit verbunden werden. Erstens sollte die Eigenständigkeit der BewohnerInnen durch seine *verbesserte Rechtsstellung* gegenüber der Einrichtung gestärkt werden. Der Staat definierte die Rechte der BewohnerInnen und setzte sie gegenüber den Einrichtungen durch. Hier ist vor allem

die Einführung des Heimgesetzes zu nennen. Zweitens sollte die Versorgung in den Heimen darauf ausgerichtet werden, die BewohnerInnen zur Selbstständigkeit zu befähigen. Dies sollte durch eine umfassendere professionelle Behandlung umgesetzt werden, die nicht nur auf körperbezogene Verrichtungen abzielt. Durch eine „aktivierende Pflege“ sollten die BewohnerInnen zu einem Mehr an Selbstständigkeit befähigt werden. Die Entwicklungen beider Ansätze werden nachfolgend näher beleuchtet.

Das zentrale Instrument für eine *verbesserte Rechtsstellung von BewohnerInnen in Heimen* ist das Heimgesetz (HeimG) bzw. seine z.T. heute eingeführten Nachfolgeregelungen³¹. Dieses Gesetz wurde bereits im Jahr 1974 als „Gesetz über Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige auf Bundesebene verabschiedet“³² (BMFSFJ 2006a: 19). Mit dem Heimgesetz werden die Heimeinrichtungen zu Mindeststandards verpflichtet. Das Gesetz steht für die Hoffnung, dass Problemen in den Heimen durch die rechtsstaatliche Kontrolle der Öffentlichkeit begegnet werden kann. Es ist nach Klie Ausdruck einer „Letztverantwortung des Staates für Humanität in den Heimen“ (Klie 1987b: 217). Die Wohlfahrtsverbände protestierten anfangs dagegen, dass das Gesetz auch auf frei-gemeinnützige Einrichtungen Anwendung finden sollte. „Sie befürchteten Eingriffe des Staates in ihre Unabhängigkeit und bürokratische Reglementierung durch Behörden“ (ebd). Das Gesetz bekräftigte auch ein neues Machtverhältnis zwischen Staat und Wohlfahrtsverbänden. Die Hoheit der Wohlfahrtsverbände bei der Ausgestaltung der Dienste wurde mit dem Gesetz (weiter) beschränkt.

Das Heimgesetz hebt die Selbstständigkeit der BewohnerInnen insofern hervor, dass es eine symmetrische Rechtsbeziehung zwischen BewohnerInnen und Heim vorsieht. Die Rechtsstellung der BewohnerInnen gegenüber den Heimeinrichtungen wurde gestärkt durch die Verpflichtung der Einrichtungen einen Heimvertrag mit jedem Bewohner/jeder Bewohnerin abzuschließen. Das Heimrecht will vor einem Missverhältnis zwischen Entgelt und erbrachter Leistungen schützen (BMFSFJ 2006a: 19; Klie 1987b: 217f.). Die BewohnerInnen sollten unter dem Schutz des Staates mitregieren können;

³¹ Das Heimgesetz wird derzeit durch die schrittweise Einführung heimrechtlicher Regelungen der Bundesländer und das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) des Bundes abgelöst; es gilt in einigen Bundesländern aktuell weiterhin (vgl. Kap. 3.3.3).

³² Das Heimgesetz ist aus dem Gewerberecht entstanden, das für kommerzielle Heime Anwendung fand. Mit der Änderung der damaligen § 38 GewO im Jahr 1967 konnten die Länder Mindestanforderungen und Überwachungspflichten für gewerbliche Heime erlassen. Das auf Bundesebene erlassene Heimgesetz fand schließlich auf Heime aller Träger Anwendung.

die Qualität der Angebote in den Heimen sollte weniger vom Willen des Trägers und der MitarbeiterInnen abhängig gemacht werden. Damit wurde den BewohnerInnen auch ein Recht zugesprochen, als „Kunden“ die Dienste im Heim in Anspruch zu nehmen. Kundenrechte und Bürgerrechte gehen hier eine Verbindung ein.

Auf Basis des Gesetzes wurden vier Verordnungen erlassen, welche – zusammen mit den Novellierungen 1990, 1997 und zuletzt 2001 – die Regelungsdichte des Heimrechts schrittweise ausweiteten. Die Heimmitwirkungsverordnung aus dem Jahr 1976 bestimmte die Pflicht zur Einrichtung von Heimbeiräten und sichert den Bewohnern damit demokratische Beteiligungsmöglichkeiten zu. Im Jahr 1978 wurden die Heim-sicherungsverordnung und die Heimmindestbauverordnung eingesetzt, welche die Pflichten der Einrichtung bei der Entgegennahme von Geldleistungen und, wenn auch auf niedrigem Niveau, bauliche Mindestanforderungen regelten. Die Heimmindestbauverordnung wurde flankiert durch entsprechende Subventionen der öffentlichen Hand. Die erst im Jahr 1993 in Kraft getretene Heimpersonalverordnung schließlich legt personelle Mindestanforderungen fest – die Qualifikationsvoraussetzungen für Heimleitung und Pflegedienstleistung sowie einen Mindestanteil von Fachkräften in den Heimen (Klie 1987b; BMFSFJ 2006a: 20ff.).

Zur Überprüfung der Einhaltung des Gesetzes und der Rechtsverordnungen wird die behördliche Heimaufsicht eingesetzt, die bei Nichteinhaltung der Mindestvorschriften berechtigt ist, dem Träger die Erlaubnis zum Betrieb eines Heims zu entziehen – ein Schritt, der in der Praxis sehr selten Anwendung fand (z.B. Ziller: 1989: 28). Das Heimgesetz gibt der Heimaufsicht zugleich den Auftrag, den Einrichtungen beratend zur Seite zu stehen. Neben Kontrollaufgaben setzt das Gesetz damit auch auf eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen staatlichen Behörden und Einrichtungen. So schreibt Hannes Ziller über seine Erfahrungen mit der Durchführung in Hessen: „Uns war von Anfang an der Beratungsauftrag der Heimaufsicht wichtig und die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Trägern im Vorfeld förmlicher Beanstandungen. [...] Auch gemeinsame Fortbildungsangebote und regionale Arbeitsgemeinschaften sind auf diesem Boden entstanden“ (ebd.: 28). Die Verbindung von Rechtsvorschriften und netzwerkorientierter Steuerung weist auf einen durchaus hybriden Steuerungscharakter des Gesetzes hin.

Nach Klie (1987b; 2002) zeigt sich jedoch als eine grundsätzliche Schwierigkeit, auf Basis des Heimgesetzes die Situation in den Heimen zu verbessern, dass das Heimrecht

mit Blick auf die Durchsetzungsmöglichkeiten seiner Grundideen ein „schwaches“ Gesetz ist. Die Einflussmöglichkeiten des Heimgesetzes erwiesen sich in der politischen Praxis paradoxerweise gerade aufgrund der faktischen Bedarfssteuerung durch den Sozialhilfeträger begrenzt:

„Da im Sozialhilferecht der Grundsatz der Sparsamkeit, insbesondere in den letzten Jahren, zum hochrangigen Organisationsziel für den Sozialhilfeträger wurde und durch die relativ geringen Pflegesätze, mit denen schwerlich befriedigende Pflegesituationen geschaffen werden können, der Substandard im Pflegeheim festgeschrieben wird, bleibt den zuständigen Behörden relativ wenig Handlungsspielraum. Das HeimG als solches vermag nichts zu ändern an der Tatsache unzureichender finanzieller Mittel im Heimbereich.“ (Klie 1987b: 221)

Weiter kritisierte Klie: „Ein Gesetz, das lediglich neue normative Leitbilder formuliert, vermag eherne (ungeschriebene) Gesetzmäßigkeiten des Heimlebens nur wenig zu beeinflussen“ (Klie 1987b: 220). Schließlich hatten die Studien zum Innenleben der Heime gezeigt, dass eine Kultur der Abgeschlossenheit gegenüber den individuellen Wünschen der BewohnerInnen tief in der Institution Heim verankert ist. Soll der neue Ansatz einer Anerkennung der Selbstständigkeit der BewohnerInnen in der Praxis wirken, so ist ein kultureller Wandel, der im professionellen Diskurs und professionellen Leitbildern verhandelt wird, zu suchen.

Anzeichen für einen solchen Wandel ist die in den 1970er-Jahren aufkommende Kritik im professionellen Diskurs, dass Pflege und Betreuungsarbeit in den Heimen lediglich reaktiv an den BewohnerInnen ausgeübt werde: Pflege sei damit auf die Gebrechlichkeit und den geistigen Abbau der Alten ausgerichtet. Das der Versorgung in den Heimen quasi eingebrannte, aber „nicht mehr zeitgemäße“ Altersbild von passiven BewohnerInnen führe zu einer pessimistischen Grundeinstellung gegenüber theapeutisch-rehabilitativen Maßnahmen – es herrsche ein „therapeutischer Nihilismus“ (Brisch et al. 1987: 22). Ausgehend von dieser Problemdiagnose wurde gefordert, fortan die *Kompetenzen der BewohnerInnen* in den Vordergrund zu stellen: „Auch in Heimen sollen alte Menschen nun aktiviert und zur Mitwirkung angeregt statt betreut und versorgt werden“ (Baumgartl 1997: 160).

Im Fachlexikon der Sozialen Arbeit wurden Heime bereits 1980 recht euphemistisch als „Stätten der Rehabilitation“ bezeichnet (Deutscher Verein, Hg., 1980: 566, zit. nach Leitner 1986). Die „*aktivierende und rehabilitative Pflege*“ avancierte zum großen

Schlagwort der 1980er-Jahre und gilt auch heute noch als Ansatz einer guten Pflege (vgl. BMFSFJ 2006a: 13ff.). Durch Aktivierung soll eine höhere Selbstständigkeit der BewohnerInnen aufrechterhalten oder wiederhergestellt werden. Die BewohnerInnen sollen in eine relative Unabhängigkeit von der Hilfe anderer Menschen geführt werden. Der Ansatz der aktivierenden Pflege ist der Versuch einer Neubestimmung des Zuschnitts von Versorgungsangeboten und der Aufgabe von Professionellen in den Heimen. Um näher einzugrenzen, was mit „Aktivierung“ gemeint ist, sei angemerkt dass sie als Reaktion sowohl auf eine kritisierte „Übersversorgung“ als auch auf eine „Unterversorgung“ der BewohnerInnen in den Heimen gefordert wurde.

Die Kritik an der Übersversorgung in den Heimen richtete sich gegen eine Perfektionierung der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung der BewohnerInnen, die im Rahmen eines „gleichmacherischen Anstaltsmilieus“ an den BewohnerInnen pauschaliert verrichtet werde.

„Das überzogene Leistungsprogramm [...] spielt sich fast ausschließlich auf der Versorgungsseite und im Pflegebereich ab. Hier kommt es dann nicht darauf an, welche Fähigkeiten und Fertigkeiten der einzelne noch besitzt oder unter günstigeren Umständen wieder erlangen könnte. Es ist unerheblich, ob und welche Selbständigkeiten vorhanden oder erreichbar sind: Alles geschieht für ihn und mit ihm, wenig oder gar nichts durch ihn. Sein Zimmer wird geputzt, sein Essen wird gekocht und serviert, seine Wäsche wird gewaschen und gebügelt, sein Bett wird gereinigt, er selbst wird gewaschen, gebadet, gebettet, gefüttert, gekleidet. Gewiß nicht dies alles und nicht überall, aber auf der gemeinten Ebene ungeprüft und so, dass der Betroffene nichts mehr davon selbst zu tun braucht, und das heißt, nichts mehr selbst tun darf.“ (Gößling 1976: 381)

In den Heimen werde mit einem solchen Ansatz gearbeitet, dass die BewohnerInnen ihre Fähigkeiten verlieren, da ihnen auch jene Aufgaben aus der Hand genommen werden, die sie noch erledigen könnten. Durch die Übersversorgung entstehe ein Klima, in dem die Neigung alter Menschen zu Disengagement befördert werde (vgl. auch Baumgartl 1997: 160).

Die Kritik an der Unterversorgung spielte auf ein unzureichendes Angebot von Maßnahmen der Sicherung und Verbesserung der Selbstständigkeit der BewohnerInnen an – das sind Maßnahmen im rehabilitativen, therapeutischen und psychosozialen Bereich. Es geht also vor allem um den Befund, dass die Leistungen in den Heimen bislang

fehlgesteuert waren und um die Frage, wie – in welchen Strukturen – zukünftig versorgt werden soll. Es geht um einen anderen professionellen Zugang zu den Hilfe- und Pflegebedürftigen. Ziel ist eine Angebotserweiterung der Dienste in den Heimen. Gefordert wurde der Aufbau eines therapeutischen Bereichs in den Heimen, über den Physiotherapie, Ergo-, Sprach- und Psychotherapie angeboten werden sollten (Grüb 1988: 21). Daneben sollte ein sozialer Bereich in den Heimen ausgebaut werden, über den Angebote im Freizeitbereich organisiert werden: Ausflüge, gesellige, kulturelle und religiöse Veranstaltungen, sowie Angebote für kleinere Gruppen wie Sing- und Spielkreise. Im sozialen Bereich soll auch Lebenshilfe für die BewohnerInnen gegeben werden, beispielsweise persönliche Beratungsdienste, Hilfen in Krisensituationen, Integrationshilfen und Seelsorge, aber auch Einkaufsdienste oder Fahr- und Begleitdienste (Grüb 1988: 22).

Ein weiteres Kernelement zur Förderung von Selbstständigkeit der BewohnerInnen und Anerkennung ihrer Individualität ist, dass die Dienste den BewohnerInnen „zur Seite gestellt werden“ sollen und nicht umgekehrt, die BewohnerInnen den Diensten. Dieser Ansatz spiegelt sich in der vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) für die Zeit der 1980er- und 1990er-Jahre datierte so genannte dritte Generation des Alten- und Pflegeheimbaus wieder (vgl. Kaiser o.J.: 5). Gesucht wurde eine Entflechtung von Wohn- und Betriebsbereich. Die Funktionsräume der Stationen wurden zentralisiert. Es sollte kein Umzug der BewohnerInnen durch die verschiedenen Heimtypen nach Bedarfsgraden mehr erfolgen. Vielmehr sollten die Dienste bei Bedarf im Wohnbereich unterstützend zur Seite gestellt werden. Pflege sollte in den „Privatzimmern“ der BewohnerInnen stattfinden. Auch hier wurde eine Verbesserung der Qualität der Versorgung vor allem durch die Umsetzung von Standardverbesserungen gesucht – es sind nun aber Standards des Wohnens. Auch in den Pflegeeinrichtungen wurden Ein- und Zwei-Bettzimmer gebaut und diesen eine gehobene Sanitärausstattung zugeordnet. Die BewohnerInnen sollten sich „normal“ einrichten: Ausstattungen wie ein Fernseher, ein Radio und ein Sessel sollten Wohnlichkeit in den Privatzimmern schaffen. Prinzipiell wurden hier Anleihen beim Altenheimbau gemacht – Standards des Altenheims, die schon bei ersten Vorzeigeprojekten in der Weimarer Zeit und der NS-Zeit geschaffen wurden – sollten auch den Pflegebedürftigen zugänglich sein. Eine spezifische Erweiterung erfährt das Konzept aber daher, dass die Standards der Wohnlichkeit ergänzt werden sollten durch die Möglichkeit der Hinzunahme von Diensten. Diskutiert wurden Ansätze wie das „Servicehaus“ und das „Betreute Wohnen“ als innovative

Angebotsformen, wo Appartements mit voller Ausstattung und zugleich abrufbare Dienste bereitgehalten werden. Individualisierung bedeutete, auf den individuellen Bedarf zugeschnittene Dienste anbieten zu können. Es ist eine „Normalisierung“ des Heims, bei der eine Vorstellung vom „guten Leben“ in der Wohlstandsgesellschaft Pate gestanden hat. Heime sollten sich dem normalen Alltag der Konsumgesellschaft öffnen, der Privatheit und Individualität vermittelt. Die Kostenvorteile, die die Heimversorgung bis dato bot, entfielen. Nicht nur Versorgungs- und Betreuungsangebote, auch „normale“ Angebote der Konsumgesellschaft, wie Cafeterien, ein Friseur und Freizeitveranstaltungen gehörten zu diesem „guten Leben.“ Die Heime sollten nicht mehr abseits des Gemeinwesens „auf der grünen Wiese“, sondern möglichst stadtteilbezogen und zentral gebaut werden, damit die BewohnerInnen nicht nur die Angebote des Heims, sondern auch die Infrastruktur des Stadtteils nutzen können (vgl. z.B. Nomenklatur 1970: 21f.). Wenn hier so etwas wie ein Leitbild oder eine Leitorientierung zu benennen wäre, dann ist es das *Hotel*.

Erweitert wurde die Orientierung am Hotelwohnen insofern, dass nicht seine Anonymität verwirklicht werden, sondern spezifische soziale und therapeutische Elemente integriert werden sollten – die BewohnerInnen sollten nicht einfach Kunden, sondern (auch) Klienten von Diensten sein. Die Ein- und Zweibettzimmer wurden so angeordnet, dass vor den Privaträumen ein halböffentlicher Wohngruppenaufenthaltsbereich gebildet wurde, der die soziale Begegnung im Heim fördern sollte (Prah/Schroeter 1996: 157-158; Lind 1995: 32; vgl. Kaiser o.J.: 5; vgl. hierzu KDA 1987: 8f.). Durch entsprechende Angebote sollte die lähmende Atmosphäre des Heimalltags und die Abgeschlossenheit des Heims und seiner BewohnerInnen gegenüber der Außenwelt überwunden werden.

Als notwendige Voraussetzung zur Durchsetzung einer aktivierenden, klientenorientierten Pflege wurde der Einsatz dementsprechend ausgebildeten Personals gesehen.

„... wenn es für die Heimbewohner nicht genug ausgebildete Pflegekräfte, keinen zuständigen Sozialarbeiter, keine Bewegungstherapie, keine Ergotherapie, keine Seelsorge im wohlverstandenen Sinn gibt, wird er nicht die kleinste Chance zur Führung eines eigenständigen Lebens haben.“ (Göbbling 1976: 381)

„Gegenüber den älteren Pflegebedürftigen und der gesellschaftlichen Forderung nach Humanität ist es nicht vertretbar, daß auch heute noch in der Altenarbeit

überwiegend Hilfskräfte tätig sind und der Anteil von ausgebildeten Altenpflegern viel zu gering ist.“ (Brisch et al. 1987: 34)

Dass die Umsetzung der neuen Ideen in der Praxis der Heime letztlich auf Grenzen stieß, wurde maßgeblich auf die finanzielle Knappheit der Heime zurückgeführt. Die Aufwertung psychosozialer Unterstützung war im Rahmen der Kostendämpfungspolitik nur eingeschränkt möglich: „Die Orientierung an abrechenbaren Leistungen führt zu einer Überbetonung der medizinisch-krankenpflegerischen Arbeitsanteile und zu einer Reduktion sozial-pflegerischer Aufgaben“ (Kondratowitz/Schmidt 1986: 64f.). Bei der „Heimstichprobe 1985“, einer Befragung von knapp 600 Altenwohn-, Alten- und Altenpflegeheimen, gaben zwar 80% der Heime an, dass sie ein oder mehrere therapeutische Angebote bereitstellen, jedoch ist die Kommentierung des Ergebnisses durch Margret Dieck (1986) aufschlussreich:

„Die Pflegesatzverordnungen, denen Heime für alte Menschen unterworfen sind, und die Vergütungsbereitschaft der Krankenkassen stehen dieser dargestellten Heimrealität leider entgegen. So muß vermutet werden, daß in der weit überwiegenden Zahl der Fälle die angegebene Krankengymnastik sich bei näherem Hinsehen auf bescheidene Gymnastik und Bewegungsübungen reduziert und die Beschäftigungstherapie zum Basteln und Handarbeiten verkümmert [...] Positiv gewendet können die Angaben der Heime gewertet werden als Hinweis auf eine durchgängige Sensibilisierung für den Bedarf an Angeboten der Aktivierung und der Rehabilitation.“ (Ebd.: 318)

Auch Grüb (1988) stellt nach Sichtung verschiedener Studien fest,

„[...] daß vor allem die psychosozialen Bedürfnisse der Bewohner im derzeitigen Leistungsangebot der Heime nur unzureichend befriedigt werden. Insbesondere der soziale Bereich, also der persönliche und der Freizeitbereich, weist erhebliche Defizite auf. Er scheint sich demzufolge noch nicht allgemein als eigenständiger Bereich durchgesetzt zu haben.“ (Grüb 1988: 35)

Angesichts der Diskrepanz zwischen fachlichen Idealen und Praxis wurden auch mögliche, die neuen Ansätze stützende zivilgesellschaftliche Beiträge diskutiert. Die tatsächliche quantitative Bedeutung des Ehrenamtes und Entwicklungstendenzen in den Heimen einzuschätzen ist aufgrund fehlender Datenerhebungen kaum möglich. Von den insgesamt 121 Heimen, die für die Studie „Betriebsvergleich von Einzelwirtschaften der stationären Altenhilfe“ im Jahr 1979 befragt wurden, gaben lediglich 15 Heime an, dass

sie ehrenamtliche MitarbeiterInnen hatten. Durchschnittlich waren in diesen Heimen 7,1 Ehrenamtliche aktiv. Hochgerechnet auf Deutschland wären das ca. 7600 Ehrenamtliche in den Heimen gewesen (Schmidt 1983: 220f.). Vor allem der Einsatz ehrenamtlicher MitarbeiterInnen in den Heimen stieß hier auf neuerliches Interesse in der Fachwelt. In zwei Modellprojekten des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, die in Berliner und Stuttgarter Heimen von 1977 bis 1979 durchgeführt wurden, wurde eine organisierte Förderung von ehrenamtlichen Besuchsdiensten erprobt (Grüb 1988: 4). Der Schwerpunkt des Einsatzes Ehrenamtlicher in den Heimen lag nach einer Studie von Grüb (1988) im Bereich unmittelbar personenbezogener Dienste vor allem der Besuchsdienste (ebd.: 48). Ehrenamtliche sollten hier nun nicht mehr als Hilfskräfte eingebunden werden, sondern als Partner, die einen aufgewerteten Leistungsbereich von Heimen mitgestalten.

Die Reorientierung auf den Einbezug von Engagement, die sich in den kommenden Jahren entwickeln sollte, stand im Rahmen eines anderen Leitbilds der Heimversorgung: anstatt Heime am Service eines Hotels zu orientieren, wurde die Vermittlung von Individualität und *Teilhabe* in den Heimen angestrebt – eine wichtige Brücke sollten mit Blick auf dieses Ziel zivilgesellschaftliche Akteure und Ressourcen sowie Angehörige der BewohnerInnen einnehmen.

3.2.4.4 Individualität und Teilhabe – Gemeinwesenorientierte, ganzheitliche Altenarbeit

Auch Standardverbesserungen, ein verbesserter rechtsstaatlicher Schutz und ein besserer Zuschnitt von Diensten schienen das Problem der Heime nicht lösen zu können, von gesellschaftlichen Entwicklungen abgeschottete Einrichtungen zu sein. In Expertengruppen und in der Gesellschaft, beispielsweise von der Partei „Die Grünen“ und dem Seniorenschutzbund „Die Grauen Panther“ wurde teils gefordert, dass Heime abgeschafft werden sollten, da eine humane Betreuung und Pflege dort nicht möglich sei (Leitner 1986: 31; Meier/Seemann 1982). Derzeit wurden in Fachkreisen erste Erfahrungen aus der italienischen Psychiatrie mit einer „schrittweisen Auflösung“ von Heimen der psychiatrischen Versorgung verfolgt (Basaglia et al. 1980; Basaglia 1985; eine kritische Auseinandersetzung mit dem Ansatz: Hummel 1982: 83ff.). Leitidee war eine „Reintegration“ der Alten, Behinderten und psychischen Kranken in das Gemeinwesen durch den Aufbau eines differenzierten und gemeindenahen Dienstleistungsangebots (vgl. Dörner 2007:55ff.). Als ein alternatives Angebot zwischen Heim und Privathaushalt wurde in den 1980er-Jahren die Einrichtung von Wohngemeinschaften

für Alte diskutiert. Allerdings stellten Wohngemeinschaften de facto eine seltene Ausnahme dar; entwickelte Versorgungskonzepte waren kaum vorhanden (vgl. Baumgartl 1997: 191). Der Umsetzung der Deinstitutionalisierungsbewegung stand in jener Zeit ein Fehlen notwendiger ambulanter Dienste entgegen. Doch auch die Heime öffneten sich der Idee des *community care*.

In den 1980er-Jahren veröffentlichte der Sozialwissenschaftler Konrad Hummel, damals Heimleiter des Wohn-, Alten- und Pflegeheim am Kappelberg in Fellbach in Trägerschaft des Wohlfahrtswerk Baden-Württembergs in zwei Büchern und verschiedenen Zeitschriftenbeiträgen Konzept und Praxiserfahrungen der Öffnung des Hauses nach dem Prinzip einer gemeinwesenorientierten, ganzheitlichen Altenarbeit (Hummel 1982; Hummel/Steiner-Hummel 1986; Hummel 1986a). Insgesamt ist davon auszugehen, dass das Konzept in den 1980er-Jahren in der Heimszene stark wahrgenommen wurde und dadurch zu einem neuen Leitbild avancierte. Hummel sah die Probleme der Heime nicht primär in ihrer Abgeschlossenheit gegenüber den Standards der Konsumgesellschaft, sondern in einer sozialen Abgeschlossenheit gegenüber dem lokalen Gemeinwesen begründet.

„Heime sind unwirtlich, weil sie keine aktive Rolle mehr spielen im Gemeinwesen. Sie sind eine in Beton geronnene Dienstleistung, so, wie man etwa auch über die Müllabfuhr – trotz brisanter Privatisierungsprobleme – kein bürgerschaftliches Wort mehr nötig zu haben scheint. Auch schönste Einzelzimmer mit Toiletten werden die Isolierung der Heimbewohner nicht aufheben, allenfalls ihre subjektive Zufriedenheit steigern.“ (Hummel 1978: 38, zit. nach Hummel 1982: 55)

Auch dieser Reformansatz basierte auf den oben wiedergegebenen Diagnosen zur Problemlage der Heimversorgung. Der Ansatz stand nicht in Opposition zu den Überlegungen von Schutz und Aktivierung, diese sollten vielmehr durch eine zivilgesellschaftliche Einbettung erweitert und zueinander ins Verhältnis gesetzt werden.

„Für das offene Heim gilt, dass es sich weder zurückzieht auf die Versorgung, Absättigung und eine mehr oder minder liebevolle Pflege angesichts des nahenden Todes, noch diese Gruppe herrschenden Rehabilitations-, Therapie-, Rechts- und Aktivitätsnormen unterwirft.“ (Hummel 1986a: 144)

Statt einer „erzwungenen Aktivierung“ der BewohnerInnen, gehe es darum, zu akzeptieren, dass Heime eben auch Orte des Sterbens und körperlicher und geistiger Einschränkung sind (Hummel 1982: 38ff.). Individualität kann nicht auf die Forderung

eines möglichst individuellen Zuschnitts der Versorgungsangebote im Sinne des Erhalts von Selbstständigkeit beschränkt werden, sie ist vielmehr in Gemeinschaftsbindungen und der Betroffenheit und Fürsorge der Gesellschaft für das Alter zu finden.

Eine Öffnung von Heimen soll durch die Implementierung einer „gemeinwesenorientierten, ganzheitlichen Altenarbeit“ erreicht werden (Hummel 1982: 10). Ganzheitlichkeit steht dabei einerseits für die Abkehr von der einseitigen Körperorientierung in der Altenpflege. „In Ergänzung zu ‚patientenorientierter‘, individualisierender Pflege steht nicht die perfekte Einzelpflege im Vordergrund sondern die soziale Gemeinschaft z.B. des Pflegestockwerkes oder der Familie.“ (Hummel 1982: 41f.). Insgesamt ist der Ansatz stark von der Idee geprägt, den Ansatz der Gemeinwesenarbeit in der Altenhilfe und -pflege unter Einbindung der Heime auszubauen. Die offene Altenarbeit wurde nicht als Alternative zur Heimversorgung gesehen, sondern die Heime sollten sich als Akteure im Gemeinwesen beteiligen, eine aktive Rolle übernehmen. Der Sozialdienst, der im Heim am Kappelberg schon sehr früh eingerichtet wurde, sollte als „Kultur-, Freizeit- und Presseamt“ des Heims fungieren. Hummel kritisierte, dass die durchaus bestehenden Ansätze einer Heimöffnung nicht weitreichend genug waren. „Öffnung eines Heims bedeutet nicht Einzelmaßnahmen zum besseren Kontakt nach draußen.“ (Hummel 1982: 11). Vielmehr müsse durch eine professionelle Begleitung gezielt auf die Öffnung des Heims hingewirkt werden.

„Die spezifischen Möglichkeiten der Institution als halböffentlichem Ort und Freiraum zum Umgang mit Alter, Gebrechlichkeit und Sterben sind zu nutzen, das Heim aktiv im Geflecht der Sozialorganisationen und örtlichen Altenhilfe einzubringen.“ (Hummel 1986a: 144)

Es gehe darum, dass das Heim seine Kompetenzen und Erfahrungen im Sinne einer gemeinwesenorientierten Altenhilfe einbringen kann – gerade auch durch konkrete Dienstleistungsangebote für das Gemeinwesen wie teilstationärer Dienste und einen offenen Mittagstisch (Hummel 1986b: 63). Zugleich ist das Heim aber auch auf die Unterstützung im Gemeinwesen angewiesen, wenn dies Adressat des Öffnungsprozesses sein soll. „Öffnung ist demnach nicht nur ein Anspruch an Gettos und Asyle, sondern auch an die Gesellschaft selbst“ (ebd.: 9). Die Gesellschaft (das Gemeinwesen) soll sich mit Alter und Gebrechlichkeit auseinander setzen, sich gegen eine Ausgrenzung der Alten einbringen. Öffnung beschränkt sich dann nicht nur auf die Umsetzung gemeinsamer Veranstaltungen von Menschen inner- und außerhalb des Heims oder den

Einbezug von Ehrenamtlichen, sondern ist getragen durch eine „Verständigungsarbeit“. Gemeint ist hier Bildungsarbeit ganz im Sinne der Vorstellungen der 1970er-Jahre. Basis des Öffnungsprozesses sollte eine „breit verankerte Nützlichkeit für beide Seiten“ sein (Hummel 1986b: 62, 18ff., u.a.).

Das Konzept des gemeinwesenorientierten Heims sah vor, dass eine Vielzahl von Akteuren im Gemeinwesen mitregieren, die Gestalt des Heims beeinflussen sollten. Hierzu wurden geeignete Beteiligungsformen gesucht. Im Konzept wird das Heim selbst als Gemeinwesen verstanden, in dem Wege zu suchen sind, die bestehenden Spannungsverhältnisse zwischen Haus und institutionellen Rahmenbedingungen sowie zwischen BewohnerInnen, MitarbeiterInnen und anderen Betroffenen (MitbürgerInnen, Angehörigen) abzubauen. Das Heim sollte durch die Einführung von Elementen der Selbstverwaltung als „funktionierendes Gemeinwesen“ aufgebaut werden. Hier geht es auch um verschiedene Beteiligungsmöglichkeiten der BewohnerInnen (Heimbeirat, Stockwerkssprecherrat) und des Personals (Vollversammlungen, teamorientierte Strukturen) und damit den generellen Abbau von Hierarchien (vgl. Hummel 1982: 50-57). Öffnungsprozesse – so der angesichts der Schilderungen der Problemlagen in den Heimen einleuchtende Ansatz – bedürfen einer umfassenden Organisationsentwicklung und können nicht einfach durch die Veränderung von formalen Strukturen und Regelungen in Gang gesetzt werden (vgl. Hummel 1982: 50-57; 76). Die Publikationen von Hummel haben in weiten Teilen den Charakter eines Manifests im Geiste der emanzipativen Aufbruchstimmung jener Jahre, das die Möglichkeiten einer umfassenden Neuorientierung auslotet.

Eine Orientierung am Leitbild der Gemeinwesenorientierung war in der allgemeinen Praxis der Heime vor allem im vermehrten Einbezug der fachlichen Sozialen Arbeit wiederzufinden. Der „Sozialdienst“ sollte eine Brückenfunktion zwischen Heim und Gemeinwesen einnehmen. Der Auftrag sozialer Arbeit in Heimen ließ sich auch aus § 68 Abs. 2 BSHG ableiten, wonach den Pflegebedürftigen die „Möglichkeit von Bildung und Anregungen kultureller oder sonstiger Art“ (Eggert 1995: 13) vermittelt werden sollte. Die Schaffung von Angeboten in diesem Bereich war allerdings als „Soll-Leistung“ konzipiert und lag daher im Ermessen des Trägers. Im Lichte des Leitbilds der Gemeinwesenorientierung, aber auch von Ansätzen der „aktivierenden Pflege“ fand Soziale Arbeit schließlich in den 1980er- und 1990er-Jahren allmählich die breite Anerkennung als ein fachlich notwendiger Bereich in den Heimen. In den einzelnen Bundesländern wurden schrittweise Personalschlüssel für den Bereich „Sozialer Dienst“

in Heimen bei den Pflegesatzvereinbarungen eingeführt (vgl. z.B. NRW: Eggert 1995: 29f.). Der „Soziale Dienst“ wurde damit neben den Funktionsbereichen „Verwaltung“, „Hauswirtschaft“ und „Pflege“ als eigenständiger Bereich etabliert. Seine Aufgabenbeschreibung umfasste eine Querschnittsaufgabe innerhalb des Heims sowie die Funktion der Vernetzung des Heims nach „draußen“ – was mit der griffigen Formel der „Öffnung des Heims nach innen und nach außen“ als Ziel der Arbeit des Sozialen Diensts (Eggert 1995: 34) umschrieben wurde. Das Aufgabenfeld des Sozialen Diensts wurde in der Regel im Rahmen von vier Zuständigkeitsbereichen gestaltet: bewohner-, mitarbeiter-, milieu- sowie umfeldorientierte Arbeit (Erlemeier/Kühn 2006: 91; Eggert 1995: 31-34). Es ging hier darum, soziale Beziehungen der BewohnerInnen durch geeignete Angebote im Heim wie Gruppenangebote und Veranstaltungen, aber auch durch den Einbezug von Ehrenamtlichen und die Zusammenarbeit mit Angehörigen zu fördern (vgl. Eggert 1995; Fred 1993).

Das Konzept der Gemeinwesenorientierung betont die Wichtigkeit gemeinschaftliche Bezüge des Bewohners/der Bewohnerin: zu seiner/ihrer Familie, zu den MitbewohnerInnen, zum Personal und zu verschiedenen „normalen Akteuren“ im Gemeinwesen. Diese Akteure sollten nicht nur zusätzliche Ressourcen für die Heimversorgung bereitstellen, sondern sie galten als notwendiges Korrektiv institutioneller und professionalisierter Systeme. Die Gemeinwesenorientierung stellte zugleich dem Glauben an eine individuumsbezogenen Selbstständigkeitsideologie einen anderes Bild von Individualität entgegen: menschliche Individualität wird über Teilhabemöglichkeiten an der Gesellschaft vermittelt – diese können die BewohnerInnen im Sozialraum finden. Es ist hervorzuheben, dass damit erst seit Anfang der 1980er-Jahre in der Heimversorgung auch ein erkennbares Interesse am Einbezug der Angehörigen von BewohnerInnen zu erkennen war. Damit wurde die lange währende Vorstellung aufgegeben, dass die BewohnerInnen bei Heimeintritt ihre weltlichen familiären Bindungen verlassen. Anfangs dominierten in der Literatur Erfahrungsberichte von MitarbeiterInnen über ihr Verhältnis zu den Angehörigen, die vor allem praktische Vorschläge zum Umgang mit Angehörigen machten (KDA 2000: 20). Vereinzelt wurde über Angebote für Angehörige wie Vortragsreihen, Gesprächskreise oder Angehörigenabende berichtet (ebd.: 91). Irene Steiner-Hummel war eine der ersten, die sich in der Fachöffentlichkeit theoretisch mit dem Verhältnis zwischen Angehörigen und BewohnerInnen und dem Personal auseinandersetzte (ebd.: 21, z.B. Steiner-Hummel 1988). Ende der 1980er-Jahre und Anfang der 1990er-Jahre wurden erste empirische Untersuchungen zu diesem

Thema angestellt (z.B. Kühnert 1991). Diese verwiesen auf ein schwieriges und spannungsreiches Verhältnis zwischen Personal und Angehörigen, da Angehörige von den MitarbeiterInnen meist als zusätzliche Belastung empfunden wurden (KDA 2000: 115).

Angesichts dieser Bedeutungserweiterung von Engagement wurden auch Einsätze Ehrenamtlicher in den Heimen unter einer anderen Perspektive als wichtig gesehen. Es ging nicht mehr um die funktionale Sicht der Gewinnung von Hilfskräften. Nach Moll (1983: 30) liegen die Vorteile des Einbezugs Ehrenamtlicher im Bereich der Heimversorgung vielmehr darin, dass ehrenamtliche MitarbeiterInnen

- Öffentlichkeit herstellen und geschlossene Einrichtungen „aufbrechen“, indem sie eine Brücke zwischen „drinnen“ und „draußen“ darstellen,
- ein Korrektiv zu den Professionellen und eingefahrenen Beziehungen zwischen Personal und BewohnerInnen darstellen,
- durch persönliche Zuwendung der Einsamkeit der BewohnerInnen entgegenwirken,
- das Klima in den Einrichtungen verbessern,
- den Klienten „auf Augenhöhe“ und als Mitmenschen begegnen, da sie ohne beruflichen Auftrag helfen, und
- sich mit den Klienten solidarisieren und sich als politische Lobby für deren Interessen einsetzen.

In der praxisbezogenen Literatur zur Neuausrichtung sozialer Dienste nimmt Engagement nun generell wieder eine größere Aufmerksamkeit ein. Ehrenamtliche sollten nun „auf Augenhöhe“ mit den MitarbeiterInnen in sozialen Diensten zusammenarbeiten können. So betitelte Teresa Bock ihren Beitrag zum Schwerpunktthema „Ehrenamtliche“ in den Blättern der Wohlfahrtspflege. „Ehrenamtliche Mitarbeiter als Partner in sozialen Diensten neu entdeckt“. Dörrie kommentierte die „Wiederentdeckung“ auf dem Fürsorgetag 1976 mit den Worten:

„Aus der jüngsten Geschichte der Deutschen Fürsorgetage läßt sich ablesen, daß das Thema ‚Ehrenamtliche Mitarbeit‘ offenbar Gezeiten unterworfen ist [...] Die unterschiedlichen Akzente lassen sich an einem Vergleich der Diskussionen von 1965 und heute besonders gut verdeutlichen: Konnte man 1965 den Eindruck gewinnen, dass es angesichts vordringender und scheinbar unumkehrbarer Professionalisierung um die Erhaltung einiger Reservate ehrenamtlicher Mitarbeit ging,

kann man heute die Wahrnehmung machen, dass die Diskussion stärker vom Gegenteil geprägt ist, nämlich der fachlichen, aber auch der finanziellen Grenze der Professionalisierung.“ (Dörrie 1976: 251)

Dass Engagierte nicht mehr auf eine Hilfskraftrolle reduziert werden sollten, stellte zugleich eine Chance dar, auch BürgerInnen jenseits der traditionellen Milieus wie dem kirchengemeindlichen Umfeld anzusprechen, die die Aufgaben der Wohlfahrtspflege für „Ihren Verband“ unterstützt hatten. Öffnung für die Beiträge Ehrenamtlicher bedeutete auch hier Öffnung in weitere Milieus des Gemeinwesens. Engagement wurde nun auch mit der Selbstverwicklung seiner TrägerInnen verbunden, die in Selbstorganisation und Selbstbestimmung gesucht wurde. Eine Öffnung in neue Milieus stellte zugleich eine Chance für die Erneuerung von Diensten wie eine neue Verankerung der Wohlfahrtsverbände in der Gesellschaft dar (vgl. Kap. 3.2.3).

Zwar stand hinter dem Ansatz der Gemeinwesenorientierung die Idee, dass Engagement vielfältige Formen annehmen kann und soll, es ist jedoch im allgemeinen professionellen Diskurs eine Engführung zu beobachten: die im Rahmen dieser Arbeit gesichteten Publikationen bezogen sich weniger auf die mögliche Vielfalt zivilgesellschaftlicher Beiträge und ihre Gewinnung in Netzwerken im Gemeinwesen; vielmehr wurde dem Bereich der individuellen ehrenamtlichen Mitarbeit die meiste Aufmerksamkeit zuteil. Das „Profil“ und die Aufgabe ehrenamtlicher MitarbeiterInnen sollten vor allem in der sozialen Begleitung von BewohnerInnen liegen (vgl. Moll 1983; Bock 1976).

Die erneuerte Forderung nach einem verstärkten Einbezug Ehrenamtlicher wurde aber auch problematisiert. Kondratowitz und Schmidt (1986) kritisierten, dass die hiermit verbundene Tendenz zur funktionalen Aufteilung der Rollen von ehrenamtlichen und hauptamtlichen MitarbeiterInnen die „schwache Durchsetzungsfähigkeit“ sozialer Betreuungsansätze zementieren könnte.

„Mit der Spaltung der medizinisch-krankenpflegerischen und sozial-pflegerischen Arbeitsanteile in professionell/hauptamtliche und laienhaft/ehrenamtliche Aufgabenbereiche drohen traditionelle Handlungskonzepte, die man schon überwunden glaubte, erneut zu obsiegen: Ganzheitlich orientierte, aktivierende oder animierende Konzepte und Haltungen finden immer seltener die – gerade auch personellen – Bedingungen, unter denen sie greifen und praktisch wirksam werden können.“ (Kondratowitz/Schmidt 1986: 65)

Bäcker (1983) konstatierte, dass es nicht die Professionen seien, die in der Krise waren, schließlich sei „zu bezweifeln, ob die Schaffung unmündiger, passiver Menschen eine notwendige, gleichsam naturwüchsige Folge der Professionalisierung darstellt“ (40). Vielmehr sei dies ein Problem der „unter dem ständigen Druck der Ökonomisierung, Rationalisierung und Arbeitsintensivierung stehenden institutionell-hierarchischen Strukturen in z.B. Krankenhäusern oder Pflegeheimen“ (ebd.: 41).

„Aus sozialpolitischen Überlegungen verbietet sich diese, nicht einmal mehr kaschierte Funktionalisierung von Ehrenamtlichen als Lückenbüßer für die Wirtschafts- und Finanzkrise. Ehrenamtliche werden in ihrer Motivation und Hilfsbereitschaft schlicht mißbraucht.“ (Ebd.: 38, Hervorhebung im Original)

Insgesamt also wird die Stellung Ehrenamtlicher in der Literatur äußerst ambivalent gesehen und häufig als spannungsreich beschrieben.

„Einerseits gilt der Ehrenamtliche als unverzichtbares Element in der modernen Sozialarbeit, andererseits wird der Einsatz Ehrenamtlicher geradezu mit zurückhaltender Skepsis betrachtet. Schlagworte wie ‚Rationalisierungsreserve‘, ‚Ausbeutung als billige Arbeitskraft‘, ‚Bedrohung von Arbeitsplätzen‘ sind Ausdruck zunehmend kritischer Einstellung gegenüber dem sozialen Ehrenamt. In welcher Richtung sich die ehrenamtliche Arbeit weiter entwickeln wird, ist beim heutigen Stand der Diskussionen nicht absehbar.“ (Grüb 1988: 11)

Gerade im Altenpflegebereich weckte die Forderung nach einer verstärkten Einbindung von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen Bedenken. Denn sie stand weiterhin parallel zu einer gering ausgeprägten Professionalisierung von Diensten. Ehrenamt hatte den Beigeschmack, billiger Ersatz für ein auf niedrigem Anerkennungsniveau entwickelten „weiblichen“ Pflegeberuf zu sein. Mit einer Konzeptionierung von Ehrenamt, die diese Problematik aufgriff wurde versucht zu vermitteln: in zahlreichen Publikationen und Handlungsanleitungen wurde Ehrenamt als eine „Ergänzung“ professioneller Arbeit beschrieben, z.B.: „Hauptamtliche Mitarbeit und ehrenamtliches Engagement schließen einander nicht aus, sondern bedingen einander. Damit ist zugleich gesagt, daß Hauptamtliche durch Ehrenamtliche nicht ersetzt werden können“ (Moll 1984: 29). Es ging nicht nur um den Schutz bezahlter Arbeitsplätze, sondern auch um den Schutz und die Anerkennung einer Spezifität ehrenamtlichen Engagements. Schließlich bestand gerade in einem prekären Bereich wie der Pflege und Versorgung in Heimen die Gefahr, dass die Ehrenamtlichen hauptsächlich „durch die Brille der Hauptamtlichen“ gesehen

werden – so stellte Mörsberger (1984) fest, dass von Hauptamtlichen entwickelte „Praxis-Anleitungen“ für Ehrenamtliche immer mehr zum Forderungskatalog an Ehrenamtliche wurden. Es stellte sich damit die Frage, „was bleibt von der Freiwilligkeit, der Eigenständigkeit, der möglicherweise sehr spezifischen personalen Kompetenz“ (122) der Ehrenamtlichen? Verbunden mit der Kritik war die Frage, inwieweit Engagement in hochinstitutionalisierten Trägerstrukturen der freien Wohlfahrtspflege überhaupt noch die notwendigen Freiräume finden konnte (einen guten Einblick gibt Schmidt 1991).

3.2.5 Zusammenfassende Überlegungen

In den ersten Jahren des Wiederaufbaus waren die Standards der technischen und der personellen Ausstattung der Heime äußerst bescheiden. Das Programm, das für die Versorgung und Pflege seit Ende der 1950er-Jahre verfolgt wurde, sah vor, dass Heime nicht mehr „*Verwahranstalten*“ von Hilfe- und Pflegebedürftigen sein sollten. Die Heime sollten den Bedürfnissen der BewohnerInnen entsprechend gestaltet werden. Die Verantwortlichen strebten zunächst eine verbesserte Versorgung mit körperpflegerischen Leistungen an. Leitbild der 1960er und 1970er war, das Pflegeheim bzw. die Pflegestation als „*kleines Krankenhaus*“ zu organisieren. Fortschritte im Umgang mit Pflegebedürftigkeit wurden auf der Ebene der Versorgungsstandards gesucht, weniger auf der Ebene der Betreuungs- und Umfangsformen.

Mit der Anerkennung des Alters als eigenständiger Lebensphase und der vielgestaltigeren und facettenreicheren Bedürfnisse alter Menschen wurde die Reduzierung des Angebots in Pflegeheimen auf eine optimierte körperorientierte Versorgung als unhaltbar gesehen. Es wurde gefordert, dass Alte auch bei Pflegebedürftigkeit so „normal wie möglich“ leben können sollten. Normalität sollte in den Heimen durch die Anerkennung und Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der BewohnerInnen vermittelt werden. Die Idee, wie ein gutes Pflegeheim gestaltet werden sollte, orientierte sich an zeitgenössisch innovativen Angebotsformen wie dem „Servicehaus“ und dem „Betreuten Wohnen“, die Apartments mit voller Ausstattung und zugleich abrufbare Dienste bereit stellten. Leitorientierung für das Wohnen im Heim wurde das Wohnen im *Hotel*. Es ist eine „Normalisierung“ des Heims, die nach den Regelungsmöglichkeiten der Konsumgesellschaft hergestellt werden sollte.

Die Überwindung der Ausgrenzung der Heime und ihrer BewohnerInnen von der Gesellschaft kann – so der Ansatz des „gemeinwesenorientierten Heims“ – nur durch eine Öffnung in den lokalen Sozialraum und zu den Akteuren des Gemeinwesens geleistet werden. Hier geht es um eine andere Variante von „Normalität“: Hilfe- und Pflegebedürftige sind auf Respekt und Fürsorge anderer angewiesen. Individualität liegt nicht in der Maximierung von Selbstständigkeit begründet, sondern darin, dass Hilfe- und Pflegebedürftige *Teil einer Gemeinschaft* sind, die ihnen Fürsorge und Unterstützung entgegenbringt. Dabei ist nicht die traditionell gedachte „Heimgemeinschaft“ gemeint. Das Heim sollte kein Ersatz für die eigene Familie sein, sondern bestehende familiäre und andere persönliche Beziehungen der BewohnerInnen sollten in Heimsituationen erhalten bleiben. In einer radikalen Form steht diese Leitorientierung für eine Auflösung der Heime und die vollständige Re-Integration der Bedürftigen in das Gemeinwesen. In den Grenzen der Heimversorgung alter Menschen versucht das Leitbild des „gemeinwesenorientierten Heims“ zwei Aspekte – die Vorhaltung einer umfassenden professionellen Versorgung und die Unterstützung durch „normalen Akteure“ des Alltags – einander näher zu bringen. Anknüpfungspunkte für Heime sind neben Angehörigen, Freunden und Nachbarn auch jene Akteure im Gemeinwesen, die sich im neuen Politikfeld „Älterwerden“ mit vielgestaltigen Angeboten engagieren.

Für die *Governance der Altenhilfe und -pflege* war kennzeichnend: es war eine vergleichsweise zu anderen Dienstleistungsbereichen wie Bildung oder Gesundheit nur geringe öffentliche Absicherung vorgesehen. Erst im Rahmen der Sozialhilfe, also bei materieller Bedürftigkeit, bestand ein Anspruch auf öffentliche Unterstützung. Die Governance der Dienstleistungserbringung in der Altenhilfe und -pflege war zweitens vom Subsidiaritätsprinzip mit dem Prinzip der Dualen Wohlfahrtspflege geprägt. Den Wohlfahrtsverbänden wurde im BSHG ein Vorrang bei der Organisation und Erbringung von sozialen Diensten eingeräumt. Die Bundesländer und Kommunen waren für den Ausbau einer entsprechenden Dienstleistungsinfrastruktur zuständig und steuerten über die Investitionsförderung das Angebot. Der Staat gestand seinem Partner zunächst ein recht hohes Maß an Autonomie bei der Ausgestaltung von Diensten zu, er nutzte die Ressourcen und das Know-how der Wohlfahrtsverbände.

Die ursprüngliche Idee war, dass die Wohlfahrtsverbände durch ihren Rückhalt in der Bevölkerung eine hohe Akzeptanz finden und zusätzliches Engagement von BürgerInnen einbringen können. Die „Co-Governance“ der Wohlfahrtspflege durch zivilgesellschaftliche Akteure trat jedoch im Zuge einer Orientierung auf die sozialstaatliche

Absicherung und Professionalisierung der Versorgung in den Heimen in den Hintergrund der Bemühungen. Angesichts des Spardiktats der sozialstaatlichen Ausgaben seit den 1980er-Jahren wurde deutlich, dass die Wohlfahrtsverbände sich in eine Abhängigkeit zum Staat begeben hatten und vorwiegend im Rahmen einer staatlichen Steuerung des Angebots agierten. Die staatliche Einflussnahme wurde im Heimbereich zudem durch den (zaghafte) Ausbau der Rechte von HeimbewohnerInnen im Heimgesetz erweitert. Das Heimrecht stärkt den Verbraucherschutz in Heimen und verbindet diesen mit Demokratisierungsanliegen: über die Heimbeiräte sollen die BewohnerInnen „mitregieren“ können.

Die Aktivierung und Einbindung von *Engagement und zivilgesellschaftlichen Ressourcen* galt als Sache der Wohlfahrtsverbände. Insofern die Orientierung dahin ging, dass eine gute Qualität primär durch eine verbesserte öffentliche Finanzierung erreicht werden sollte, schien der Einbezug von zivilgesellschaftlichen Akteuren und Ressourcen entbehrlich. Engagement wurde jedoch im Zuge neuer Qualitätsleitbilder und von Kostenzwängen eine neue Aufmerksamkeit zuteil. Die Zuschreibungen an Engagement unterlagen im fachlichen Diskurs einem Bedeutungswandel. Seine Konturen sollen nachfolgend herausgearbeitet werden:

In den 1950er- und 1960er-Jahren wurde versucht, Ehrenamtliche angesichts der Personalknappheit in den Heimen als Hilfskräfte einzubinden. Engagement erhielt den Charakter eines „Restpostens“, der, nachdem ausreichend Personal über die Ausbildungsgänge und durch höhere sozialstaatliche Leistungen akquiriert werden konnte, perspektivisch aufgegeben werden konnte. Auch unter dem Leitbild des hotelähnlichen Wohnens hatte Engagement nur eine randständige Bedeutung – schließlich war eine möglichst professionelle Erbringung von Angeboten und ihre Anreicherung durch die Einbindung neuer Professionen das Ziel. Dennoch wurde teils die Einbindung von Engagement – wieder vor allem in Form ehrenamtlicher Mitarbeit – gesucht. Der Einsatz Ehrenamtlicher wurde nun primär im Bereich der persönlichen BewohnerInnenbegleitung als sinnvoll gesehen. Durch ihre Hinzunahme sollten neue Ansätze der „Aktivierung“ von BewohnerInnen zu mehr Selbstständigkeit, die angesichts des Mangels an einer adäquaten personellen Ausstattung eines „sozialen Bereichs“ in den Heimen nicht umgesetzt werden konnten, zumindest in Ausschnitten realisiert werden.

Das Leitbild der Gemeinwesenorientierung von Heimen spricht zivilgesellschaftlichen Akteuren und Ressourcen eine eigenständige und umfassendere Aufgabe zu. Die

Einbindung von Engagement wurde von den Protagonisten als Chance und Notwendigkeit gesehen, um den abgeschlossenen Charakter der Heime überwinden zu können. Zivilgesellschaftliche Akteure und Ressourcen sollten Brücken in das Gemeinwesen darstellen und die BewohnerInnen in gemeinschaftliche Bezüge außerhalb des Heims integrieren. Eine allein professionelle Dienstleistungserbringung galt als nicht imstande, diese Form der Normalität, die mit Respekt, Teilhabe und Fürsorge des lokalen Umfelds umschrieben werden kann, herzustellen. Es wurde daher als eine professionelle Aufgabe gesehen, Anknüpfungspunkte im Gemeinwesen zu suchen und herzustellen. Engagement wurde mit diesem Leitbild breiter und vielfältiger angesprochen. In Tabelle 15 sind die verschiedenen Zugänge zu Engagement vergleichend gegenüber gestellt.

Tabelle 15: Gegenüberstellung der Konzepte von Engagement

	Engagement als ...	
	Restposten	Chance
Leitbild	„Das verberuflichte und professionalisierte Heim“	„Öffnung von Heimen nach Innen und Außen“
Qualitätsdefinition	Durchsetzung von individuellen Rechten und professionellen Standards	Qualität durch Mixturen, Engagement als eigenständige Qualität
Blick auf Engagierte	Notlösung auf dem Weg zum professionalisierten Heim	Korrektiv institutioneller und professionalisierter Systeme
Verhältnis von Profis und Engagierten	Hierarchie, Konkurrenz	Partnerschaftlichkeit, Profis als Förderer von Engagement
Zentrale Engagementformen	Ehrenamtliche Hilfsarbeit; Beteiligung von „Würdenträgern“ auf Trägerebene (Vereine, Stiftungen) Stiften, Spenden	Ehrenamtliche Mitgestaltung; Selbstorganisation und Selbstverwaltung unter breiter Beteiligung; Engagement des Personals, Kooperation mit Gruppen, Vereinen und sozialen Einrichtungen; Engagement von Angehörigen u.a. Personen des persönlichen Netzwerks der BewohnerInnen
Zivilgesellschaft	Nothilfe	Öffentlichkeit Zivilität
Engagierte – Milieu	Traditionelle Milieus (mit den Verbänden verbundene Wertegemeinschaften)	Erweiterung um Liberale Milieus (neue soziale Bewegungen)

Quelle: Eigene Darstellung.

Engagement erfuhr unter dem Leitbild der Öffnung von Heimen bei der Schaffung von neuen Dienstleistungsangeboten eine Aufwertung, Engagierte sollten nicht mehr einfach „Dienstleister“ sein, sondern im Rahmen einer „Selbstverwaltung“ von Diensten Mitentwickler von Angeboten sein und sich die Heime „zu eigen“ machen. Hier wurden Governance-Strukturen (wieder) aufgewertet, die auf ein Mitregieren einer Reihe von zivilgesellschaftlichen Akteuren in vielfältigeren Engagementformen setzen. Der Ansatz des gemeinwesenorientierten Heims war nicht nur eine Aufforderung an einzelne BürgerInnen, sich ehrenamtlich zu engagieren, sondern gesucht wurde der Einbezug von Gruppen, Vereinen und sozialen Einrichtungen im Gemeinwesen ebenso wie der Einbezug von Angehörigen und persönlichen Netzwerken der BewohnerInnen. Engagement sollte nicht einfach ein Mit-Helfen sein, sondern sich in Selbstorganisation entfalten können. Auch das Engagement des Personals der Heime sollte über neue Mitgestaltungs- und Partizipationsmöglichkeiten gefördert werden. Das Leitbild der Gemeinwesenorientierung wurde im professionellen Diskurs allerdings in seiner originären Reichweite teilweise nur „beschränkt“, in einer Fokussierung auf die Wiederbelebung und Neuausrichtung ehrenamtlicher Mitarbeit, aufgegriffen.

3.3 Pflege unter den aktuellen Rahmenbedingungen

In dem Leitbild des gemeinwesenorientierten Heims werden zum ersten Mal zwei Dimensionen miteinander in Beziehung gesetzt, die in der Geschichte der Heiversorgung meist nebeneinander ohne jedwede Verknüpfung bestanden. Durch eine Öffnung der Heime für Beiträge der Zivilgesellschaft *sowie* der Gemeinschaften ist es möglich, *zusätzliche Ressourcen* für die Heimversorgung zu gewinnen. Im Sinne einer gerechten Verantwortungsteilung soll die Zivilgesellschaft für die Lebensbedingungen in den Heimen mit-verantwortlich gemacht werden, anstatt diese allein dem Staat und Marktbeziehungen zu überlassen. Darüber hinaus soll durch das Engagement von MitbürgerInnen und Angehörigen ein anderes Qualitätsleitbild umgesetzt werden: Eine Öffnung von Heimen in den Sozialraum strebt die gesellschaftliche Inklusion und Teilhabe Hilfe- und Pflegebedürftiger an. Zivilgesellschaftliche und gemeinschaftliche Beiträge sind unabdingbar, um ein gutes – und das heißt vor allem: normales – Leben im Alter führen zu können.

In den folgenden Abschnitten werden die aktuellen Rahmenbedingungen bezüglich der Bedeutung und Chancen einer solchen Verkopplung der zwei Dimensionen betrachtet:

Auf der Ebene sozialpolitischer Rahmensetzungen wurden durch die Einführung der Pflegeversicherung (SGB XI) grundlegende Veränderungen der Governance im Altenhilfe und -pflegesektor eingeleitet. Mixturen sind zwar aufgrund des Versicherungsprinzips einer „Teilabsicherung“ de facto festgeschrieben, dennoch sind den Chancen für einen selbstbestimmten Wohlfahrtsmix im hochregulierten Pflegesystem enge Grenzen gesetzt. Veränderungen des Pflegesystems wurden primär auf Seiten der Finanzierung und der Governance-Strukturen im Sinne einer quasi-marktlichen Governance eingeführt. Es gibt nur wenig Sensibilität für einen guten Umgang und eine Förderung zivilgesellschaftlicher und familiärer Beiträge; erste Ansatzpunkte konzentrieren sich primär auf den häuslichen Bereich.

Auf der Ebene von Konzeptentwicklung und Praxis hat sich dagegen ein schleichender Kulturwandel fortgesetzt, mit dem die Öffnung von Diensten und Einrichtungen in den Sozialraum als ein zentrales Element einer guten Versorgung gesehen wird. Mit selbstorganisierten Wohnpflegegruppen, Modellprogrammen wie dem Pflegebudget und der Organisation von zusätzlichen Angeboten in Freiwilligengruppen werden neue Versorgungsangebote erprobt, die auf einen „Pfleagemix“ setzen (vgl. z.B. Klie/Roß 2005).

Unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen bestehen allerdings nur geringe Spielräume, die neuen Ansätze wirksam werden zu lassen. Eine Organisation des Pflegebereichs zwischen staatlichen Vorgaben und einem marktorientierten Zugang auf der einen Seite und Ideen der Förderung zivilgesellschaftlicher und gemeinschaftlicher Beiträge auf der anderen Seite werden meist in getrennten Diskursen behandelt. Notwendig ist eine Vermittlung, die beide Diskurse zueinander in Beziehung setzt und ein mögliches synergetisches Ineinandergreifen der verschiedenen Governance-Modi aufzeigt, die damit verbunden sind. Hier können die Konzepte des Wohlfahrtspluralismus und der hybriden Organisation als Handreichungen für reformpolitische Ansätze, die eine andere Kultur der Pflege ausloten wollen, Impulse setzen.

3.3.1 Die Grundzüge der sozialen Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit

Nach einer mehr als 20 Jahre andauernden Diskussion über eine geeignete Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit wurde am 1. Januar 1995 das deutsche Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) eingeführt. Im Zuge der so genannten zweiten Stufe des Pflegeversicherungsgesetzes trat die Neuregelung 1996 auch in den Heimen in Kraft. Grundlegende Ziele der Pflegeversicherung waren es, die sozialen Rechte Pflegebedürftiger auszuweiten sowie im Lichte der Finanzüberlastung kommunaler Haushalte eine neue Finanzierungsgrundlage der sozialstaatlichen Absicherung des Pflegerisikos zu finden (Haug 1994: 14ff.; Pabst 1997; Alber/Schölkopf 1999: 151f.). Die Pflegeversicherung führte zu einem Systemwechsel in der Finanzierung, den Verantwortlichkeiten und den Leistungszuschnitten der Altenhilfe- und Pflegepolitik; die Governance zwischen den beteiligten Akteuren, zwischen Staat, Leistungsanbietern und Anspruchsberechtigten wurde damit neu ausgerichtet.

Analog zu den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung wurde das Prinzip der lohnbezogenen Pflichtversicherung einschließlich Familienmitversicherung in der sozialen Pflegeversicherung eingeführt; privat versicherte Personen werden über eine private Versicherung pflichtversichert. Die sozialen Rechte der Pflegebedürftigen wurden insofern erweitert, dass ein einkommens- und vermögensunabhängiger individueller Rechtsanspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit geschaffen wurde.

Die Pflegeversicherung, die auch als fünfte Säule der Sozialversicherung bezeichnet wird, ist mit dem zugrunde liegenden Solidarprinzip und dem Umlageverfahren auf traditionelle Elemente der sozialen Sicherung begründet (Bahle 2007: 231-232). Bei der

Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit wurde aber die bisherige Praxis des Sozialversicherungsprinzips in einem wesentlichen Punkt verändert: Die Pflegeversicherung schafft anstelle einer bedarfsdeckenden Gewährung von Leistungen lediglich eine Grundsicherung.

In der Pflegeversicherung wird mit dem Grundsatz der Bedarfsbemessung gebrochen, der das Angebot sozialer Dienste in Deutschland bis dato geprägt hatte und der in der Krankenversicherung, im BSHG oder auch in der Kinder- und Jugendhilfe festgeschrieben ist. Die Pflegeversicherung deckt den pflegerisch begründeten individuellen Behandlungsbedarf nicht ab. Ebenso sieht die Pflegeversicherung keine freie Therapiewahl der behandelnden Professionen vor. Vielmehr werden durch den Gesetzgeber der Zugang zu den Leistungen, Leistungsobergrenzen und die im Rahmen der Pflegeversicherung abrechenbaren Leistungen standardisiert vorgeschrieben und darüber begrenzt. Nach dem Budgetprinzip wird nur ein Grundbetrag zur Risikoabsicherung zur Verfügung gestellt, welcher mit einer gesetzlich einheitlich festgeschriebenen Beitragshöhe gekoppelt ist. Es gilt das Diktum der „einnahmeorientierten Ausgabenpolitik“ (Schmidt 1999: 36; vgl. Bahle 2007: 231ff.).

Der Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XI wird durch die Begutachtung des Medizinischen Diensts der Krankenversicherung (MDK) und die Einstufung in eine Pflegestufe³³ vorgenommen. Im Sozialhilferecht, das bei materieller Bedürftigkeit auch ergänzende Mittel bereitstellt, wurde zum Zweck der Harmonisierung der Leistungen der Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI übernommen. Als Leistungsvoraussetzung wurden Einschränkungen bei insgesamt 21 Verrichtungen in vier Bereichen festgelegt (Klie 1999: 18):

- Körperpflege (Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung),
- Ernährung (mundgerechtes Zubereiten der Nahrung, Aufnahme der Nahrung),
- Mobilität (Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung) und

³³ Unterschieden werden Pflegestufe 1 (erheblich pflegebedürftig), Pflegestufe 2 (schwer pflegebedürftig), Pflegestufe 3 (schwerst pflegebedürftig). Diese Klassifikation legt die Höhe des Leistungsanspruchs fest, der dann zusätzlich mit der vom Pflegebedürftigen gewählten Versorgungsform (ambulant durch sog. informelle Pflege, ambulant durch Dienste, stationär) variiert.

- Hauswirtschaftliche Tätigkeiten (Einkaufen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, Beheizen)

Bei dem Einstufungsverfahren werden allgemeine Betreuungs- und Begleitungsbedarfe, die sich beispielsweise bei demenziellen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen ergeben, ausgeklammert. Angesichts der starken Zunahme demenzieller Erkrankungen stand der restriktive Pflegebedürftigkeitsbegriff von Beginn an unter scharfer Kritik (z.B. Priester 2004).

Da die Pflegeversicherung als Teilkaskoversicherung nicht bedarfsdeckend ist, ist ein Ressourcenmix zur Sicherstellung des Pflegebedarfs de facto festgeschrieben. Im Pflegeversicherungsgesetz ist der Vorrang ambulanter vor stationärer Pflege vorgesehen (§ 3 SGB XI). Ambulante Dienste sollen die informelle, familiäre Sorgearbeit, die weiterhin die tragende Säule der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen ist, ergänzend unterstützen (§§ 3, 4 SGB XI; Klie 1997: 15f.; Bahle 2007: 208). Nachrangig teilfinanziert die Pflegeversicherung Leistungen der stationären Pflege. Bis zur Einführung der Pflegeversicherung war nur eine geringe Dynamik des politisch gewollten Ausbaus ambulanter Dienste festzustellen (vgl. Kap. 3.2.2.3). Die Pflegeversicherung schuf mit den Refinanzierungsmöglichkeiten von ambulanten Sachleistungen eine Anreizwirkung für den Ausbau ambulanter Dienstleistungen. In weitgehend allen Regionen konnte sich zügig ein flächendeckendes Netz ambulanter Pflegedienste entwickeln und konsolidieren (BMFSFJ 2001: 108f.; Bahle 2007: 236).

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen können im *häuslichen Bereich* zwischen (gedeckelter) Geld-, Sach- oder Kombinationsleistung wählen. Geldleistungen sind als Beitrag zur Anerkennung und Stützung einer eigenständigen Sicherstellung der Versorgung in häuslichen, i.d.R. informellen Pflegearrangements gedacht (§ 37 SGB XI). Sie können ohne Nachweispflicht verwendet werden und quasi auch als ein nicht lohnbezogenes Entgelt für informelle Leistungen an Privathaushalte verstanden werden. Bei Sachleistungsbezug können Pflegebedürftige bzw. ihre Angehörigen Pflege- und Versorgungsleistungen bei einem nach dem Pflegeversicherungsrecht anerkannten ambulanten Pflegedienst einkaufen (§ 36 SGB XI). Den gegenüber dem Pflegegeld höheren Geldwert der Sachleistung können die von den Pflegehaushalten beauftragten Pflegedienste mit der zuständigen Pflegekasse abrechnen, die zugleich für die Qualitätssicherung der Angebote zuständig ist. Eine Mischung beider Leistungsformen kann mit der Kombinationsleistung abgefragt werden (§ 38 SGB XI). Ferner soll die informelle

Pflege im häuslichen Umfeld u.a. dadurch gestützt werden, dass Angebote der Kurzzeit- und teilstationären Pflege als „Verhinderungspflege“ abgerufen werden können. Unter bestimmten Voraussetzungen werden über die Pflegeversicherung Beiträge zur Rentenversicherung für die „informelle“ Pflegeperson³⁴ gewährt (§ 44 SGB XI). Durch das Pflegezeitgesetz wurden die Rechte pflegender Angehöriger um einen wesentlichen Schritt erweitert. Seit dem 1. Juli 2008 können ArbeitnehmerInnen mit Pflegeverpflichtungen bei einem akuten Pflegebedarf eines nahen Angehörigen bis zu 10 Tage von der Arbeit fernbleiben („kleine Pflegezeit“). Im Rahmen einer „großen Pflegezeit“ haben ArbeitnehmerInnen einen Anspruch auf teilweise oder vollständige Freistellung von bis zu sechs Monaten. In beiden Fällen werden die Löhne nicht fortgezahlt (§ 3, § 4 PflegeZG). Jedoch hat sich der Gesetzgeber hier nur auf die Pflege von Angehörigen in Privathaushalten bezogen. Eine Pflegezeit für ArbeitnehmerInnen, die einen Angehörigen in Heimen mit betreuen, ist nicht vorgesehen.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung verbanden sich in Expertenkreisen anfänglich Hoffnungen, dass die Rahmenbedingungen nicht nur einen Pflegemix notwendig machen, sondern im Sinne einer gelungenen wohlfahrtspluralistischen Politik auch zu einer Aufwertung und Stützung informeller Hilfeleistungen beitragen würden, indem sie auf eine Interaktion zwischen informellen und formellen Unterstützungssystemen setzen (Evers/Olk 1996b: 348ff.). Es schien, dass eine „neue Kultur“ nur noch zu entwickeln sei: Pflegebedürftige und ihre pflegenden Angehörigen müssen lediglich lernen, mit Diensten in der eigenen Häuslichkeit umzugehen, DienstleisterInnen in die Privatsphäre des Pflegehaushalts zu integrieren. In der Pflegeversicherung wird die Rolle der Pflegehaushalte als Kunden von Diensten betont. Das Gesetz ist durch die Leitorientierung geprägt, dass eine gute pflegerische Infrastruktur durch die Ausübung einer aktiven Nachfragemacht auf Seiten der Pflegebedürftigen nach geeigneten Angeboten entwickelt werden kann. Betont werden hier die Autonomie und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen (Klie 1997: 16f.).

Im *stationären Bereich* sind – abgesehen von teilstationären und kurzzeitpflegerischen Angeboten – die Plätze in den Heimen weiter als „vollversorgendes“ Angebot konzipiert. Der im Pflegeversicherungsgesetz „gedachte“ Ressourcenmix beschränkt sich allein auf die Finanzierungsseite: Hier müssen Eigenbeiträge, Beiträge aus der Pflegeversicherung und möglicherweise ergänzend aus der Sozialhilfe aufgewandt

³⁴ Wie nach § 19 SGB XI definiert.

werden.³⁵ Betrachtet man die Möglichkeiten zur Ausgestaltung der stationären Versorgung, so fällt auf, dass gegenüber den Möglichkeiten, die das Leistungsrecht im häuslichen Bereich vorsieht, die Ebene individueller Optionen mit der Entscheidung für eine stationäre Einrichtung weitgehend abgegolten ist. Nach Heimeinzug beschränken sich Wahloptionen der BewohnerInnen auf den Einkauf der in der Einrichtung angebotenen Zusatzleistungen (Schmidt 1999: 51ff.). Heime bieten ein Paket an Pflege, hauswirtschaftlicher Versorgung, sozialen Angeboten und Wohnen an. Eine Beteiligung von Angehörigen ist jedoch nicht vorgesehen. Chancen für einen Wohlfahrtsmix, so ist zu konstatieren, sind zumindest im Kontext des Leistungsrechts für den vollstationären Dauerpflegebereich nicht zu erkennen.

Die Leistungserbringung nach dem SGB XI wird nicht in exklusiver Partnerschaft mit den Wohlfahrtsverbänden vorgehalten, sondern durch die Implementierung von Wettbewerbsmechanismen gesteuert. Die privilegierte Position der Dienste und Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände wurde abgeschafft und das Subsidiaritätsprinzip in seiner traditionellen Bedeutung aufgegeben, insofern lediglich öffentliche Einrichtungen subsidiär nachrangig sein sollen.³⁶ Die Dienste und Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände werden als „Gleiche unter Gleichen“ in einen Anbieterwettbewerb mit privat-gewerblichen und ferner kommunalen Einrichtungsträgern entlassen (Bahle 2007: 233ff.)³⁷. Im Sinne einer Stärkung der Autonomie der Pflegebedürftigen durch die Zuschreibung einer Kundenrolle im Dienstleistungsgeschehen überträgt die Pflegeversicherung den NutzerInnen der Dienste die Aufgabe, sich geeignete Angebote auf dem Pflegemarkt auszuwählen.

Zugleich wurden weitreichende Einflussnahmemöglichkeiten des Staates bei der Erbringung von Leistungen geschaffen. Mit den Pflegekassen als Träger der Pflegeversicherung treten neue mächtige Akteure in Erscheinung; sie sind beauftragt, die vom Gesetzgeber definierten Regelungen im System durchzusetzen. Die Pflegeabsicherung ist in ein quasi-marktliches Governance-Regime eingebettet (vgl. Bode 2009: 6). Mit Blick

³⁵ Vor Einführung der Pflegeversicherung erhielten knapp 70% (West) bzw. 90% (Ost) der BewohnerInnen in stationären Pflegeeinrichtungen Hilfe zur Pflege. Nach Einführung der Pflegeversicherung waren es noch 44% in West bzw. 29% in Ostdeutschland mit einer aktuell steigenden Tendenz (Rothgang 2000: 1013). Zwar ist die pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit nach Einführung der Pflegeversicherung deutlich zurückgegangen, der Rückgang blieb aber unter den Erwartungen (Behrens/Olk 2000: 961).

³⁶ Kommunale Pflegeeinrichtungen dürfen nur zugelassen werden, wenn andere Einrichtungen zur Deckung des Bedarfs nicht zur Verfügung stehen (Kunte 2007: 91).

³⁷ Allerdings bestehen steuerrechtliche Vorteile durch den Status der Gemeinnützigkeit.

darauf, nur eine Teilabsicherung des Pflegerisikos zuzusichern und Dienste auf Quasi-Märkten zu regulieren, wurde die Pflegeversicherung in Deutschland als eine Art Reformmodell für die Erbringung sozialer Dienste im Rahmen eines neuen Sozialstaatsverständnisses diskutiert.

„... nirgends wurden die bisher gültigen Prinzipien so stark verändert wie in der Pflegeversicherung, die in dieser Hinsicht eine Art Modellfall für die Reform der sozialen Dienste in Deutschland darstellt. Insofern ist die Pflegeversicherung eine Art Pioniertat in der Umformung des Systems der sozialen Dienste in Deutschland und somit ein Kernelement in der Reform des Sozialstaats.“ (Bahle 2007: 233)

Die Rahmenbedingungen sollen im Folgenden näher umschrieben werden.

3.3.2 Theorie und Praxis der Leistungserbringung – Staatliche Steuerung als Preispolitik

Die Einführung der Pflegeversicherung stellte einen tief greifenden zentralstaatlichen Eingriff zur Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen des Dienstleistungsfeldes Pflege dar. Das wird auf unterschiedlichen Ebenen deutlich: an der Steuerung von Leistungsinhalten und Preisen des Angebots, an der Entpflichtung der kommunalen Ebene als Mit-Gestalter der Pflegeinfrastruktur und an den Auswirkungen in der Praxis der Heime (vgl. nachfolgende Erläuterungen). Zudem sucht der Staat in den letzten Jahren, auch die Qualität durch Vorgaben vermehrt zu steuern (vgl. Kap. 3.3.3).

Für die Sicherstellung und Steuerung des Angebots an sozialen Diensten sind die Pflegekassen zuständig. Die Pflegekassen sind zunächst verpflichtet, ohne vorherige Bedarfsprüfung einen Vertrag mit einem Leistungserbringer abzuschließen. Im Wettbewerb um Kunden sollen sich geeignete Angebote entwickeln, die Angebotspalette sich insgesamt ausdifferenzieren und erweitern (Bahle 2007: 233f.; Behrens/Olk 2000: 961). Damit sich ein dynamischer Wettbewerb entfalten kann, ist vorgesehen, dass

„... den Pflegekassen die Möglichkeit eingeräumt [wird], Pflegeeinrichtungen auch über den aktuellen Versorgungsbedarf hinaus zur Pflege der Versicherten zuzulassen. Dadurch soll ein geschlossener Markt der zugelassenen Pflegeeinrichtungen verhindert, neuen, innovativen Leistungsanbietern der Zugang zum ‚Pflegermarkt‘ offen gehalten und so der Wettbewerb unter den Pflegeeinrichtungen gefördert werden. Nachteile für die Pflegekassen sind mit der Zulassung

bedarfsüberschreitender Versorgungskapazitäten nicht verbunden“ (BT-Drs. 12/5262: 136, zit. nach Rothgang 2000: 1004)

Die Steuerung des Angebots wird jedoch nicht den NachfragerInnen auf dem Pflegemarkt überlassen. Die Geschäftspartnerschaft zwischen Staat und Anbietern von Diensten zeichnet sich durch einen starken Einfluss des Staates auf die Form der Erbringung sozialer Dienste aus.

„Staatliche Instanzen sind zutiefst regulierend in das Pflegegeschehen involviert. Dies resultiert bereits allgemein aus dem Umstand, daß die Pflegekassen Körperschaften des öffentlichen Rechts darstellen, die nicht nur ‚den Markt‘ als Bezugspunkt ihrer Aktivitäten setzen, sondern ebenfalls auf Anforderungen des politisch-administrativen Systems reagieren [...]. Leistungshöhe und Leistungsmenge sind politisch reguliert und auf je spezifische Art und Weise kontrolliert.“ (Schmidt/Kondratowitz 1999: 3)

Refinanzierbare Dienstleistungen im ambulanten Bereich sind in Leistungskomplexen organisiert, die darauf ausgerichtet sind, Hilfen zur Ausführung der bei der Ermittlung der Pflegestufe berücksichtigten körperbezogenen Verrichtungen zu geben. Die Möglichkeit des Einbezugs professioneller Dienste sollte eine wichtige Säule der Unterstützung tragfähiger häuslicher Pflegearrangements sein. Jedoch erweist sich die starre Leistungslogik der Pflegeversicherung als hinderlich für eine passfähige Unterstützung familialer Sorgearbeit (z.B. Röber 2006: 42; Pfau-Effinger/Och/Eichler 2008). Die in den Leistungskomplexen festgeschriebenen, hoch selektiven und punktuellen Leistungen sind als erhebliche Einschränkung des Wahlrechts zu sehen und begrenzen die Chancen auf einen gelungenen Pflegemix in der häuslichen Pflege. So können zur Stützung häuslicher Pflegearrangements gerade bei demenziellen Erkrankungen wichtige Angebote der sozialen Betreuung und Begleitung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen über das reguläre Sachleistungssystem nicht refinanziert werden.

Die Grundidee war, dass die ambulanten Pflegedienste zu ihrer Positionierung auf dem Pflegemarkt zusätzlich zu den abrechenbaren standardisierten Leistungen für die Kunden frei wählbare zusätzliche Leistungen entwickeln, die durch Eigenbeiträge der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen finanziert werden. Aber derlei Angebote sind bis heute in der Praxis kaum vorhanden. Die ambulanten Pflegedienste haben sich bei ihrem Leistungsangebot überwiegend auf diejenigen pflegerischen Leistungen beschränkt, die über die Pflege- und Krankenversicherung abrechenbar sind. Hierbei ist

darauf zu verweisen, dass sich im häuslichen Bereich ein recht beachtlicher grauer Markt etabliert hat („osteuropäische PflegerInnen“), auf dem Pflege- und Betreuungsleistungen frei gestaltet werden können – das Kundenparadigma quasi in Reinform umgesetzt werden kann. Der Boom dieses grauen Markts scheint nicht nur eine Folge der relativ deutlich höheren Kosten eines professionellen Pflegediensts zu sein, sondern könnte auch als Reaktion auf die Ungeeignetheit der derzeitigen Angebote ambulanter Dienste verstanden werden (vgl. zur Entwicklung und Fragen des Umgang mit dem grauen Markt: Klie 1998: 134f.; Kondratowitz 2005b; Erdmann 2002).

Im Vergleich zum ambulanten Bereich greift der Staat im stationären Bereich traditionell tiefer in das Leistungsgeschehen ein: Es werden nicht nur diejenigen Leistungsinhalte, die auf Basis der Versicherungsbeiträge erbracht werden, reguliert, sondern das gesamte Leistungsgeschehen. Das zentrale Instrument der staatlichen (Kosten-) Kontrolle der Dienstleistungserbringung in Heimen ist wie schon vor Einführung der Pflegeversicherung der Abschluss von Vergütungsvereinbarungen, an denen nun neben den Sozialhilfeträgern auch die Pflegekassen als Kostenträger beteiligt sind. In den Vergütungsverhandlungen werden unter Bezug auf die Pflegestufe eines Bewohners/einer Bewohnerin die Heimentgelte einrichtungsspezifisch zwischen den Kostenträgern (Pflegekassen und Sozialhilfeträger) und dem Leistungserbringer ausgehandelt (vgl. Endt et al. 1999: 6). Damit werden die Heimplatzkosten für jede Einrichtung definiert und überwacht. Das bis zur Einführung der Pflegeversicherung gültige Selbstkostendeckungsprinzip wurde nicht übernommen, stattdessen sollen leistungsgerechte Vergütungen prospektiv festgelegt werden. Durch die Einführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Auflagen zur kaufmännischen Buchführung räumt der Gesetzgeber weitere Kontrollmöglichkeiten der Kostenträger ein. Da die Höhe der Gestehungskosten auch bei den leistungsgerechten Vergütungen zu berücksichtigen ist, stellen Rothgang, Wasem und Greß (2005) fest:

„Die Neuregelungen führen daher weniger zu einer Abschaffung, als vielmehr zu einer Modernisierung des Kostendeckungsgrundsatzes, bei dem die Kostenerstattung explizit auf die notwendigen Kosten beschränkt wird [...] Entscheidend bleibt aber, welche „wirtschaftlichen Selbstkosten“ zugrunde gelegt werden. Dies hängt – auch nach Inkrafttreten des PflegeVG – von der jeweiligen Verhandlungsmacht ab, über die Leistungsanbieter und Kostenträger in den Verhandlungen verfügen.“ (35)

Die Verhandlungskultur erhielt indes mit der Einführung der Pflegeversicherung eine neue Prägung. Die Kostenträger versuchen nun verstärkt, möglichst dämpfend auf die Kostenentwicklung des stationären Sektors einzuwirken, mit dem Ziel, Wirtschaftlichkeitsreserven der Einrichtungen zu mobilisieren.

„Die Verhandlungskulturen haben sich bis zur Unkenntlichkeit verändert. Dies resultiert nicht allein aus dem Umstand, daß mit den Pflegekassen neue und mächtige Akteure die Szene betraten, sondern ebenso aus dem gewandelten Selbstverständnis der öffentlichen Kostenträger. Machtasymmetrien und die Politik des Preisdiktates schwächen die Position der Leistungserbringer, die im verschärften Anbieterwettbewerbs stehen, zusehends.“ (Schmidt/Kondratowitz 1999: 5)

Ähnliche Veränderungen beschreiben auch Rothgang, Wasem und Greß (2005):

„Die Verhandlungen im Pflegebereich vor Einführung der Pflegeversicherung wiesen wenig antagonistische Züge auf – nicht zuletzt auch, weil sich Vertreter der Kommunen auf Kostenträger- und Anbieterseite befunden haben. Die Finanzmisere der Länder und Kommunen, deren objektive Betroffenheit von höheren Pflegesätzen und ein Prozess organisatorischen Lernens hat dazu geführt, dass die Sozialhilfeträger in den Verhandlungen sehr viel aggressiver agieren als zuvor. Insgesamt dürfte die Beteiligung der Pflegekassen an den Verhandlungen [...] im Grundsatz im Vergleich zum Status quo ante zu einer Stärkung des Interesses an einer Begrenzung der Pflegesatzsteigerung in den Verhandlungen geführt haben – schon alleine weil das Bestreben zur Kostendämpfung integraler Bestandteil der Verhandlungskultur in Gesetzlichen Krankenkassen ist.“ (Ebd. 37)

Die Anbieter stationärer Pflege stehen unter einem staatlich verordneten Kostendruck. Der neue Politikstil, der mit der Quasi-Vermarktlichung des Pflegesektors eingezogen ist, ähnelt einer obrigkeitlichen Bevormundung. Zu vermissen ist eine Steuerung des Angebots im Stil der Koordination, Moderation und Förderung innovativer Angebote (Evers 1996: 135).³⁸

³⁸ Da Verhandlungskulturen eine Rolle spielen, ist auch Spielraum für ein anderes, z.B. partnerschaftliches Verhalten vorhanden; damit werden die Akteure nicht zwangsweise in einer „gut-böse“-Matrix festgehalten. So soll an dieser Stelle darauf verwiesen werden, dass Rothgang, Wasem und Greß (2005) eine Änderung des Auftretens der Kassen beschreiben: „In den letzten Jahren hat sich allerdings die Rolle der Pflegekassen eher in die Rolle eines Vermittlers zwischen den Interessen der finanziell geschwächten Kommunen und den Interessen der Einrichtungen verändert“ (37).

Nicht nur die Governance zwischen Kostenträgern und Leistungsanbietern, auch die öffentlichen *Verantwortlichkeiten und Gestaltungsmöglichkeiten* wurden *innerhalb der politischen Ebenen* neu ausgerichtet. Die Kompetenzen wurden primär auf die Bundesebene verlagert, wo Richtlinien und Rahmenempfehlungen ausbuchstabiert werden (Schmidt/Kondratowitz 1999: 3).

Im Pflegeversicherungsgesetz werden die Kommunen lediglich in § 8 Abs. 2 SGB XI erwähnt. „Hier in der innovativsten Vorschrift mit dem gleichzeitig weichesten Regelungsgehalt [...] werden die Kommunen angesprochen in ihrer Gestaltungs- und Gewährleistungsfunktion“ (Evers/Klie 1999: 40):

„Die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen wirken unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes eng zusammen, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Sie tragen zum Ausbau und zur Weiterentwicklung der notwendigen pflegerischen Versorgungsstrukturen bei; das gilt insbesondere für die Ergänzung des Angebots an häuslicher und stationärer Pflege durch neue Formen der teilstationären Pflege und Kurzzeitpflege sowie für die Vorhaltung eines Angebots von die Pflege ergänzenden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Sie unterstützen und fördern darüber hinaus die Bereitschaft zu einer humanen Pflege und Betreuung durch hauptberufliche und ehrenamtliche Pflegekräfte sowie durch Angehörige, Nachbarn und Selbsthilfegruppen und wirken so auf eine neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung hin.“ (§ 8 Abs. 2 SGB XI)

Traditionell übernahmen die Bundesländer im Heimbereich über die Erstellung von Bedarfsplänen und die daran anschließende Subventionskostenförderung die Infrastruktursteuerung des Angebots. Bei der Bedarfsplanerstellung war die kommunale Ebene intensiv eingebunden. Dies sollte eine Ausrichtung der Pflegeinfrastruktur an regionale Bedarfe ermöglichen. Im SGB XI werden die Bundesländer weiter als Verantwortliche „für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur“ (§ 9) benannt. Die Durchführung ist in den Landespflegegesetzen geregelt. Hier wurden zunächst die Traditionen der Bedarfsplanung und Angebotssteuerung durch Objektförderung fortgesetzt, die aber mit dem Wettbewerbsgedanken des SGB XI nicht konform laufen. In den Landespflegegesetzen wurden die Kommunen weiterhin in unterschiedlicher Weise aufgefordert,

Bedarfsaussagen als Basis für Landespflegepläne vorzunehmen (Evers/Klie 1999: 39). Vor allem in Ostdeutschland sind durch das Festhalten an der Investitionskostenförderung unterschiedliche Wettbewerbsvoraussetzungen zwischen den Pflegeheimen geschaffen (Schmidt/Konratowitz 1999: 3f.). Nur teilweise wurde frühzeitig auf ein wettbewerbskonformes Verfahren umgestellt – beispielsweise in Nordrhein-Westfalen durch die Einführung einer Subjektförderung über die Gewährung von Pflegewohngeld (Rothgang 2000). Es ist also auch im Pflegebereich beim Übergang zum neuen quasi-marktlichen System eine Überlappung der Governance-Modi zu beobachten: eingespielte Verfahrensweisen wirken fort (vgl. Kap. 2.2.3).

Mittlerweile verabschieden sich die Länder allmählich aus der traditionellen Bedarfsplanung. In den Novellierungen der Landespflegegesetze ist die Tendenz erkennbar, dass Förderungen nicht mehr von einer vorausgegangenen Aufnahme in Landesbedarfspläne abhängen, sondern entsprechend allgemeiner Zielvorgaben eines Bundeslandes und/oder einer Pflegewohngeldregelung vorgenommen werden. Teilweise wurde es als die zentrale Aufgabe von kommunalen bzw. Landesbehörden bestimmt, dass diese sich auf eine (defensive) Beobachtung und Analyse des Pflegemarktes beschränken. Im Sinne der Ausweitung des ambulanten Bereichs wurde teils sogar eine Förderung des stationären Bereichs zugunsten der Förderung des ambulanten Bereichs gestrichen (z.B. Niedersachsen, Rheinland-Pfalz). Es zeichnet sich insgesamt eine wettbewerbskonforme Umgestaltung der Infrastrukturförderung ab (BMFSFJ 2006a: 55ff.; Bode 2009: 11).

Durch die Einführung der Pflegeversicherung haben vor allem die Kommunen ihre Steuerungskompetenzen verloren. De facto hat das Pflegeversicherungsgesetz die kommunale Ebene nicht nur auf Transferebene als Sozialhilfeträger, sondern auch auf der Gestaltungsebene (Planungs- und Beratungsaufgaben) entpflichtet (Evers/Rauch 1999; Klie 2004: 4). Zwar gibt es verschiedene Ansätze wie regionale Pflegekonferenzen oder Arbeitsgemeinschaften, mit denen die Vernetzung und Abstimmung von Leistungsanbietern unter Moderation der Kommunen gefördert werden sollen. Doch die Wettbewerbsregeln des Pflegeversicherungsgesetzes stehen diesen Ansätzen quasi als Störfaktoren weiterhin entgegen. Bemühungen, in Netzwerken moderierend und koordinierend zu steuern, treten unvermittelt neben geltenden Marktmechanismen auf und können gegenüber diesen wenig ausrichten – eine Integration ist nicht vorgesehen. So gibt ein Vertreter der kommunalen Altenhilfe einer westdeutschen Großstadt an: „Wenn hier einer investieren will, weil er meint, er verdient sich da eine goldenen Nase, dann lässt

der sich von uns und so einer Pflegekonferenz also gar nichts erzählen“ (Int. P1³⁹: Abs. 273).

In der einschlägigen Fachliteratur wird unterstrichen, dass das Pflegeversicherungsgesetz einen *tief greifenden Wandel in der Praxis der stationären Altenhilfe* bewirkt hat (für die Diskussion in der Praxis vgl. z.B. Graber-Dünow 2002; Reinschmidt 1996; Allemeyer 1996; Dane 1996; Erlemeier/Kühn 2006). PraktikerInnen der stationären Pflege sind zugleich der Meinung, dass diese Veränderungen zu einer weiteren Verschlechterung der ohnehin prekären Situation geführt haben. Aus pflegfachlicher Sicht stellen z.B. die Einstufungskriterien in die Pflegestufen nach SGB XI in den meisten Bundesländern gegenüber der vorigen Praxis einen Rückschritt dar: Bevor die Bestimmungen dem SGB XI angepasst wurden, wurden in der Regel auch psychosoziale Betreuungsmaßnahmen sowie die Anleitung und aktivierende Pflege von BewohnerInnen unter dem Sozialhilferecht berücksichtigt. Aktivierende Pflege und Rehabilitation sind zwar als Zielgrößen im SGB XI benannt (ausführlich: BMFSFJ 2006a: 130ff.) und – im Unterschied zum ambulanten Bereich – wird auch die „soziale Betreuung“ in den Leistungskatalog stationärer Pflege einbezogen⁴⁰. Dennoch findet der individuelle Bedarf an diesen Leistungen keine Berücksichtigung bei der Bestimmung der Pflegestufe. Nach Einführung der Einstufungskriterien der Pflegeversicherung hat sich der Anteil hoher Pflegestufen in den Heimen erheblich verringert (Graber-Dünow 2002: 178; vgl. Reinschmidt 1996: 271).

Ferner gibt es Anzeichen, dass nach Einführung der Pflegeversicherung die Stellenpläne reduziert wurden (Graber-Dünow 2002: 178). In den Heimen ist bis heute zu beobachten: „Die Schere zwischen fachlich feststellbarem Pflegebedarf und der Personalausstattung hat sich in den letzten Jahren [...] immer mehr geöffnet“ (Bräutigam 2008: 4). Studien bestätigen sehr hohe und wachsende Arbeitsbelastungen im Pflegebereich (ebd.: 5).

Verschlechtert hat sich die Situation auch insofern, dass durch die starke Orientierung auf die Körperpflege die soziale Arbeit in den Heimen in eine „Legitimations- und Existenzkrise“ geraten ist: Der soziale Dienst wird als eigenständiger Funktionsbereich

³⁹ Interview im Rahmen des Forschungsprojekts „Koordination, Vernetzung und Fallmanagement in der Altenhilfe und in der Pflege“, Fachhochschule Frankfurt am Main, 2009.

⁴⁰ Gleiches gilt auch für Leistungen der Behandlungspflege, deren Kosten im Unterschied zum ambulanten Bereich in der stationären Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden, sondern in den Pflegesätzen ohne Bedarfsbestimmung pauschal inkludiert sind.

in den Heimen in Frage gestellt. „Soziale Arbeit (wurde) nach Auslaufen öffentlicher Subventionen in jedem Fall optional“ (Schmidt 1997: 38, zit. nach Erlemeier/Kühn 2006: 91). Damit werden gerade jene Angebotsformen (weiter) marginalisiert, die eine Verbesserung der *Lebensqualität* in Heimen ermöglichen könnten.

Schließlich haben der bürokratische Aufwand und die Anforderungen an das betriebswirtschaftliche Wissen in den Pflegeheimen deutlich zugenommen. Es kam zu einer Aufwertung des Verwaltungsbereichs. Betriebswirtschaft und Management wurden als wichtige Inhalte professionellen Handelns in der Pflege anerkannt (z.B. Dane 1996).

Im Rahmen der restriktiven Preisbildungspolitik sind stationäre Angebote entstanden, die sich kaum voneinander unterscheiden. Die gewünschte Differenzierung und Spezialisierung des Angebots an stationären Einrichtungen auf dem „Pflegermarkt“ konnte sich unter diesen Bedingungen nicht entwickeln. „Paradoxerweise ging die größere Marktöffnung für die Anbieter im Pflegemarkt in Deutschland eindeutig mit einem Verlust an Angebotsvielfalt aus Sicht der Klienten einher“ (Bahle 2007: 235). In dem Maße, in dem die Angebote nivelliert wurden, wurde auch die Idee der Marktsteuerung durch die Nachfrager im Keim erstickt. Pflegebedürftige bzw. ihre Angehörigen haben in der vollstationären Pflege nur geringe Spielräume, ihr Versorgungsniveau aktiv zu beeinflussen, da die Leistungsinhalte durch die pflegevertragsrechtlichen Vereinbarungen weitgehend entschieden sind (vgl. Schmidt/Klie 2000a: 12; Bahle 2007: 235). Auch eine andere mögliche Form der Einflussnahme der NutzerInnen ist kaum entwickelt: die der kollektiven Interessenvertretung. Zwar wurden die Mitwirkungsrechte des Heimbeirats bei der Vergütungsfindung mit der Novellierung des Heimrechts 2001 und im Pflege-Qualitätssicherungsgesetz 2002 gestärkt (Rothgang/Wasem/Greß 2005: 17). Jedoch konnte sich hier kein nennenswerter Einfluss entwickeln. So wurde für das Land Nordrhein-Westfalen beschrieben:

„Die Rolle des Heimbeirats bei der Vergütungsfindung im Land ist sehr eingeschränkt. Die Stellungnahmen des Heimbeirats bringen für die Vergütungsverhandlungen wenig neue Erkenntnisse. In der Regel erklärt sich der Heimbeirat auf einem Formblatt als einverstanden mit den Forderungen der Einrichtung und verzichtet auf eine eigene Stellungnahme.“ (Ebd.)

An der Verhandlungspraxis wird kritisiert, dass die Preiskontrolle gegenüber der Frage zum Verhältnis von Heimentgelt und Qualität des Angebots deutlich im Vordergrund steht. Zugespitzt könnte man sagen, dass durch die Pflegeversicherung zunächst ein

Preiswettbewerb eingeleitet wurde, aber nur unzureichend ein Qualitätswettbewerb initiiert wurde. Qualitätssichernde Maßnahmen werden aber gerade dort notwendig, wo problematische Preiskonkurrenzen zu beobachten sind (Schmidt/Klie 2000a: 10).

3.3.3 Ansätze der Qualitätssicherung in den Heimen

Angesichts der Kritik im professionellen Diskurs, aber auch zahlreicher Meldungen über Missstände und Pflegemängel in den Heimen in den Medien, wurde die Frage der Qualitätssicherung von Pflegeeinrichtungen in den letzten Jahren zu einem Thema wachsender Aufmerksamkeit⁴¹. Knapp 15 Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung ist festzustellen:

„Qualitätssicherung ist ein Dauerthema in der Pflegediskussion [...]. Sie hat sich in den vergangenen Jahren zu einem eigenständigen Handlungsfeld in der Pflegeversicherung entwickelt und unterliegt dabei einem Prozess der fortschreitenden Professionalisierung und Ausdifferenzierung. Dies kommt auch darin zum Ausdruck, dass die Qualitätssicherung der wohl wichtigste Gegenstand der seit Einführung der Pflegeversicherung vorgenommenen Reformen ist.“ (Gerlinger/Röber 2009: 98)

Qualität soll durch eine Ausweitung der Regulationsdichte des Leistungsgeschehens, die Bestimmung professioneller Standards und die Überprüfung der Pflegeheime durch staatliche Institutionen gesichert werden. Die weiterführenden gesetzlichen Maßnahmen, die die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer erhöhen, betreffen das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz 2002 und die zuletzt vorgenommene Neuordnung des Handlungsfelds durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008. Hinzu kommen insbesondere die Bestimmungen des Heimrechts.⁴² Aufgrund der Komplexität, die der Bereich mittlerweile angenommen hat – inklusive der Reformen der Reformen –, kann

⁴¹ Auch die Qualität ambulanter Pflegeeinrichtungen ist in der Kritik, aber die Autorin konzentriert sich im Folgenden weiterhin auf die Pflegeheime.

⁴² Das Heimgesetz wurde zuletzt auf Bundesebene im Jahr 2001 novelliert. Mit der Förderalismusreform 2006 wurde die Gesetzgebungskompetenz des Heimrechts auf die Bundesländer übertragen. So lange dort kein Gesetz verabschiedet wurde, gilt das Heimgesetz weiter. Mit Dokumentationsstand zum 25. März 2010 hatten acht Bundesländer ein Heimgesetz verabschiedet. In weiteren neun Bundesländern lagen Gesetzesentwürfe bzw. Eckpunktepapiere vor (www.biva.de, 25. März 2009).

Regelungen für den Abschluss von Heimverträgen zwischen Einrichtung und BewohnerInnen bleiben weiterhin im Kompetenzbereich des Bundes. Hier trat am 1. Oktober 2009 das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) in Kraft. Durch vorvertragliche Informationspflichten seitens des Heimträgers und die Vorgabe, dass bei den Verträgen einzelne Leistungen und jeweiliges Entgelt transparent dargestellt werden, soll die Kundensouveränität der HeimbewohnerInnen gestärkt werden. Zudem findet das WBVG und, soweit es abzusehen ist, auch die heimrechtlichen Regelungen nicht nur auf stationäre Einrichtungen, sondern auch auf andere Lebensformen, die Wohnen und Betreuen miteinander verbinden, Anwendung.

hier nur ein skizzenhafter Überblick über zentrale Ansätze der Qualitätssicherung und wesentliche Kritikpunkte an dem bestehenden System, gegeben werden.

Ein grundlegender Ansatzpunkt zur Sicherung der Qualität ist die Verpflichtung zur umfassenden *Dokumentation erbrachter Leistungen* gegenüber den Pflegekassen (Wiese 2009: 42f.). Die diesbezüglichen Vorgaben stehen jedoch unter erheblicher Kritik, da zeitliche Ressourcen von der Pflege abgezogen werden (Graber-Dünow 2002: 178). Studien haben gezeigt, dass MitarbeiterInnen in den Pflegeheimen die Dokumentation als zeitintensive und wenig sinnvolle Aufgabe empfinden.

„Deutlich wird dies für die Dokumentation in wiederkehrenden Beschreibungen, wie: „des vielen Schreibens“, „des Schreibkrams“, und dass die Dokumentation vor allem als „Pflicht“ wahrgenommen wird, „die der Abrechnung dient und die zu Zeitverlusten in der Pflege führt.“ (Wiese 2009: 43)

Die Dokumentation wird in den Einrichtungen also oftmals weniger als eine die Qualitätssicherung unterstützende, sondern vielmehr als sinnlose Vorgaben erfüllende Aufgabe gesehen. Es sind Tendenzen erkennbar, dass die Dokumentation nur „um ihrer selbst willen“ angewandt wird.

„Der praktische Bezug zwischen pflegerischer Arbeit und dem Hilfsmittel Pflegedokumentation rückte [...] in den vergangenen Jahren zunehmend in den Hintergrund. Vielerorts herrscht das Motto: ‚Lieber zu viel als zu wenig schreiben. Hauptsache, die Heimaufsicht und der MDK sind zufrieden.‘ Das führt häufig dazu, dass sich das unmittelbare pflegerische Handeln nicht an den geplanten Inhalten der Pflegedokumentation orientiert, weil diese vielfach unter dem bereits erwähnten Blickwinkel geschrieben wird und somit nicht in ausreichendem Maße als unmittelbares Handlungsmedium in der täglichen Arbeit gesehen wird.“ (Wipp o.J.: 3)

Demgegenüber scheint die Arbeit nach nationalen *evidenzbasierten Expertenstandards* für die Pflege in der fachlichen Welt recht hohe Akzeptanz zu genießen. Die Standards – beispielsweise für die Dekubitusprophylaxe, Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe und Kontinenzförderung – werden seit einigen Jahren vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) erarbeitet. Sie sollen den allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse darstellen und sind ein Ausdruck der gewachsenen Wissensbestände und Professionalisierung des Pflegeberufs. Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz wurde die Einhaltung von Expertenstandards sogar verpflichtend vorgeschrieben. Künftig sollen sie auf Bundesebene zwischen den

Vertretern der Vertragsparteien vereinbart werden (Gerlinger/Röber 2009: 102f.; Wiese 2009: 291).

Zudem soll die Qualität des Angebots eines Heims im Sinne einer anvisierten „*leistungsgerechten Vergütung*“ bei der Vergütungsfindung berücksichtigt werden.⁴³ Die zunächst vorgeschriebenen Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen⁴⁴ wurden zumeist auf Basis von Vertragsmustern abgeschlossen, die wenig einrichtungsspezifische Entwicklungen abbildeten und – ähnlich der Dokumentation – vor allem mehr Bürokratie brachten. Nun ist stattdessen die Festlegung so genannter wesentlicher Leistungs- und Qualitätsmerkmale⁴⁵ vorgesehen, die in die Vergütungsvereinbarungen integriert werden. Dies soll zur Entbürokratisierung der Verfahrensfindung leistungsgerechter Entgelte dienen (Wiese 2009: 285ff.). Es bleibt abzuwarten, ob ein aussagekräftigeres Instrument geschaffen wurde.

Zusätzlich zur Heimaufsicht, die die Heime auf Basis des Heimgesetzes bzw. heimrechtlicher Regelungen der Bundesländer prüft, sind mit der Pflegeversicherung *Qualitätsprüfungen* des MDK eingeführt worden, bei denen die Heime primär auf Basis des Pflegeversicherungsgesetzes geprüft werden. Wie schon für die Heimaufsicht bestimmt, soll auch der MDK im Selbstverständnis nicht nur als Kontrollorgan, sondern vorrangig als Ratgeber und Partner auftreten. Daneben unterliegen die Heime einer Vielzahl von Prüflinien weiterer Behörden (Gesundheitsamt, Veterinäramt, Brandschutz, Gewerbeaufsicht, Bauaufsicht). In der Praxisliteratur werden die vielfachen Prüfungen als Belastung und aufgrund von Doppelkontrollen, fehlender Abstimmung der Prüfkriterien und unterschiedlichen Intentionen und Maßstäben als wenig sinnvoll beschrieben:

„Während beispielsweise die Heimaufsicht eine wohnliche Gestaltung der Flure als ‚sekundäre Wohnbereiche‘ fordert, besteht die Feuerwehr auf Entfernung jeglicher ‚Brandlast‘ und damit natürlich auch der Möbel aus den Fluren. Die Heime werden zwischen diesen divergierenden Ansprüchen zerrieben“. (Graber-Dünow 2002: 180)

⁴³ Beschrieben werden in den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen u.a. Art und Inhalt der Leistungen eines Pflegeheims, die personelle und sachliche Ausstattung sowie die Struktur und voraussichtliche Entwicklung des zu betreuenden Personenkreises.

⁴⁴ Grundlage: Pflegequalitätssicherungs-Gesetz 2002.

⁴⁵ Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008.

Hier wurde in den letzten Jahren vor allem auf eine verbesserte Abstimmung zwischen MDK und Heimaufsicht hingearbeitet. Mängel in der Versorgung sollen nunmehr aber auch durch eine erhöhte Prüfungsfrequenz des MDK und der Heimaufsicht sowie eine verstärkte Durchführung unangemeldeter Prüfungen aufgedeckt werden.⁴⁶

Bislang liegen der Öffentlichkeit zwei Berichte über die Ergebnisse der MDK-Prüfungen⁴⁷ vor (MDS 2004; 2007). Im Bericht vom Jahr 2007 heißt es zur stationären Pflege: „Die oben dargestellten Qualitätsdefizite weisen auf potentielle Gesundheitsgefährdungen der Pflegebedürftigen hin“ (ebd.: 20). Das heißt, dass selbst die grundlegende – und in den Heimen ja dominierende – körperliche Versorgung der BewohnerInnen häufig nicht gewährleistet ist. Trotz Verbesserungen gegenüber der letzten Prüfungswelle lagen bei 35,5% der BewohnerInnen Defizite in der Dekubitusprophylaxe vor. 34,4% der BewohnerInnen erhielten keine angemessene Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung (MDS 2007: 20).

Im Zuge der gewachsenen Wahrnehmung von Pflege als einer marktorientierten Dienstleistung und des veränderten Blickwinkels auf die NutzerInnen von Diensten als Kunden gibt es in jüngerer Zeit Bemühungen, durch eine *Transparenz von Prüfungsergebnissen* die Kundensouveränität älterer Menschen zu verstärken. Das Spektrum der Maßnahmen umfasst beispielsweise Qualitätstests von Diensten und Einrichtungen seitens der Verbraucherschutzorganisationen (z.B. Stiftung Warentest 2007), die Veröffentlichung von Qualitätsberichten seitens einzelner Pflegeeinrichtungen sowie die Entwicklung und Veröffentlichung regionaler, einrichtungsbezogener Übersichten (Gesundheit Berlin e.V. 2008; Pflegeheimführer Berlin 2008). Schließlich hat das Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008 bestimmt, dass auch die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen des MDK der Öffentlichkeit einrichtungsspezifisch zugänglich zu machen sind. Um die Kundensouveränität bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung zu stärken, vergibt der MDK Pflegeeinrichtungen sogar Noten im Sinne eines „Pflege-TÜV“ an Pflegeeinrichtungen. Die Pflegenoten ergeben sich aus 82 Kriterien, die in vier Untergruppen eingeteilt sind: „Pflege und medizinische Versorgung“, „Umgang mit Demenzzkranken“, „Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung“ und „Wohnen,

⁴⁶ Eine gewisse neue Unübersichtlichkeit und divergierende Entwicklungen ergeben sich dadurch, dass die Gesetzgebungskompetenz des Heimrechts auf die Bundesländer übertragen wurde.

⁴⁷ Das Pflegequalitätssicherungsgesetz 2002 bestimmte, dass der MDK im Drei-Jahres-Rhythmus die Ergebnisse seiner Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen veröffentlicht. Darin sind Informationen über den Stand der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Heime nachzulesen (MDS 2004: 8).

Verpflegung, Hauswirtschaft, Hygiene“. Daraus wird eine Gesamtnote errechnet, die von eins (sehr gut) bis fünf (mangelhaft) reichen kann. Bis Ende 2010 sollen alle zugelassenen stationären Einrichtungen geprüft werden. Nach dem ersten Zwischenbericht erhält die Mehrheit der Heime gute bis sehr gute Noten – was im Widerspruch zu Ergebnissen des MDK vor Einführung des neuen Systems und auch der Kenntnisse der Heimaufsicht steht. Dies ist u.a. möglich, weil die Benotungskriterien untereinander nicht gewichtet sind; dadurch kann eine schlechte Qualität in einem Kriterium mit einer guten in einem anderen ausgeglichen werden. Beispielsweise können Mängel in der Pflege mit einer guten Dokumentation „verrechnet“ werden.

Aktuell wird das System scharf kritisiert, und zwar nicht nur in Expertenkreisen, sondern auch in Politik und Medien. Bayerns Sozialministerin Haderthauer hat das System sogar als „Negativbeispiel für perfekte Lobbyarbeit“ bezeichnet, und spielt darauf an, dass hier ein Kompromiss zwischen Kosten- und Leistungsträgern gefunden wurde, der für die Kunden kaum noch informativ ist (Süddeutsche Online 21.02.10; Süddeutsche Online 8.10.09; Spiegel Online 16.01.10; www.mds-ev.de). Die veröffentlichten Qualitätsergebnisse stellen statt einer Basis für eine „kontrollierende Öffentlichkeit“ nur eine Möglichkeit zur (fragwürdigen) positiven Selbstdarstellung von Heimen im marktwirtschaftlichen Wettbewerb her. Über Korrekturen des Systems wird beratschlagt (GKV 26.2.10).

Schließlich sind stationäre Pflegeeinrichtungen dazu verpflichtet, ein *internes Qualitätsmanagementsystem* zu führen⁴⁸. Der Gesetzgeber begründete dies damit, dass Qualität nicht „hineingeprüft werden kann, sondern von innen heraus – aus der Eigenverantwortung der Einrichtungsträger und der Mitverantwortung der Leistungsträger – entwickelt werden muss“ (BT-Drs. 14/5395: 18, zit. nach Gerlinger/Röber 2009: 100). An freiwilligen Zertifizierungsverfahren gibt es mittlerweile vielfältige Angebote. Graber-Dünow (2002) konstatiert jedoch, „dass es der gesamten Qualitätsdiskussion leider häufig an einem kritischen Diskurs mangelt“ (ebd.: 180). In den Verfahren werden vielfach Industrienormen unhinterfragt übernommen. Es gelingt dann nicht, dem spezifischen Charakter und daraus abzuleitenden Qualitätsvorstellungen der Pflege und Betreuung alter Menschen gerecht zu werden (ebd.). Der MDK kam bei einem

⁴⁸ Die Verpflichtung wurde mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz 2002 eingeführt. Das interne Qualitätsmanagement wurde im Pflegeweiterentwicklungsgesetz teilweise aufgewertet, z.B. kann die Vorlage eines Zertifikats künftig mit einer Verringerung der MDK-Prüfungen „belohnt“ werden (Gerlinger/Röber 2009: 101).

Vergleich von zertifizierten und nicht-zertifizierten Pflegeeinrichtungen zu dem Ergebnis,

„... dass zertifizierte Pflegeeinrichtungen zwar in der Dokumentation des Qualitätsmanagements bessere Ergebnisse aufweisen, dass es den zertifizierten Pflegeeinrichtungen aber nicht gelungen ist, die Impulse der Zertifizierung für die Versorgungsqualität nutzbar zu machen. In der Versorgungsqualität weisen zertifizierte Pflegeeinrichtungen keine nennenswert besseren Ergebnisse auf.“ (MDS 2007: 22)

Es wird auf eine Verständigung über geeignete Verfahren ankommen, welchen Beitrag das interne Qualitätsmanagement zu einer Verbesserung der Situation in den Heimen leisten kann. Die Chancen liegen auf der Hand: Ein internes Qualitätsmanagement schafft den Einrichtungen Freiräume, nach eigenen Ansprüchen und Vorstellungen Inhalte, Methoden und Ansätze zu bestimmen, und könnte daher einen wichtigen Beitrag zu professionellen *und* nutzerorientierten Ansätzen der Qualitätssicherung leisten. Eine Beteiligung der BewohnerInnen und Angehörigen ist hier zumindest in begrenztem Rahmen, in Form von Zufriedenheitsbefragungen, meist vorgesehen⁴⁹.

Zusammenfassend ist festzuhalten: einerseits ist zu begrüßen, dass mit der Pflegeversicherung Qualität zum wichtigen Thema wurde. Allerdings greift ein Qualitätsbegriff, der sich auf Leistungsinhalte der Pflegeversicherung bezieht, zu kurz. Zudem zeigt sich im Bereich der Qualitätssicherung und -entwicklung wieder, dass der Pflegesektor primär von einem manageriellen Steuerungsdiskurs geprägt ist.

„In diesem Diskurs dominiert die Vorstellung, komplexe soziale Interventionen ließen sich mit Hilfe durchweg berechen-, kalkulier- und messbarer Instrumente erfassen, evaluieren und lenken, wobei solche Instrumente aufgreifende *marktliche* Formen betrieblicher wie politischer Steuerung häufig als effizientester und effektivster Implementationsmodus gelten.“ (Bode: 2009: 6)

Trotz der hohen Regulationsdichte des Leistungsgeschehens in den Heimen zeigen sich eine Reihe von schwerwiegenden Qualitätsmängeln und auch sehr große Qualitätsunterschiede in den Heimen (Roth 2002):

⁴⁹ Obgleich hier anzumerken ist, dass BewohnerInnenbefragungen methodisch eine schwierige und komplexe Aufgabe sind; die Qualität der Befragungen, die oftmals überraschend hohe Kundenzufriedenheiten aufweisen, wird von Experten in Frage gestellt (z.B. Kelle/Niggeman 2003).

„Gemessen an der Tatsache, dass die Bedingungen, unter denen die Einrichtungen ihre Leistungen zu erbringen haben, aufgrund der starken Reglementierungen als sehr ähnlich zu bezeichnen sind, sind erstaunliche Qualitätsunterschiede festzustellen“ (Bräutigam 2008: 6).

Das System hat sich also bislang nicht bewährt. Negative Begleiterscheinung des manageriellen Blicks auf die Qualität ist die zunehmende Bürokratisierung der Versorgung.⁵⁰ Ob durch transparente Informationen für die NutzerInnen von Diensten ein Qualitätswettbewerb zwischen den Einrichtungen und Qualitätsverbesserungen befördert werden können, bleibt abzuwarten. Hierbei ist generell zu bedenken, dass die Möglichkeiten, sich als Kunde auf einem Pflegeheimmarkt zu bewegen, begrenzt sind. Die „Kaufentscheidung“ muss meist unter Zeitdruck bewältigt werden. Infolgedessen kann

„... der Umzug und die Auswahl der Pflegeeinrichtung meist nicht ausreichend geplant erfolgen [...], so dass meist ad hoc und pragmatisch auf naheliegende Pflegeheime mit freien Kapazitäten zurückgegriffen werden muss. [...] Die Auswahlentscheidung ist aber von umso größerer Bedeutung, weil hier nach einem einmal erfolgten Einzug ein Umzug in andere Pflegeheime nur äußerst selten erfolgen dürfte.“ (Roth 2002: 64)

Neben den gesetzlich verbindlichen Maßnahmen gibt es weitere Bemühungen um die Definition und Weiterentwicklung von Qualität in den Heimen, in denen neben den Vertragspartnern der Pflegeversicherung weitere Akteure hinzugezogen werden, und die teils vielversprechende Ansätze erkennen lassen. Zwei beispielhafte Ansätze sollen hier vorgestellt werden.

Sehr interessant ist die Vorlage einer „*Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*“ (Runder Tisch Pflege AG IV 2005). Qualität wurde hier nicht von oben herab definiert und vorgeschrieben, vielmehr ging es darum, einen angemessenen Qualitätsbegriff in dialogischen Prozessen mit verschiedenen beteiligten Akteuren zu entwickeln. Die im Jahr 2005 fertiggestellte Charta wurde im Rahmen des „Runden Tisches Pflege“ entwickelt, der vom BMFSFJ einberufen wurde. Beteiligte waren die Leistungserbringer und -träger, Verbraucher- und Selbsthilfeorganisationen,

⁵⁰ Mittlerweile wurden in einer Reihe von Projekten unter dem Stichwort der „Entbürokratisierung“ Wege gesucht, Dokumentations- und Prüfverfahren sinnvoll weiterzuentwickeln und besser aufeinander abzustimmen um einem unnötigen bürokratischen Aufwand entgegenzuwirken (z.B. Wipp o.J.; BMFSFJ 2006b; AG Entbürokratisierung NRW 2006; Runder Tisch Pflege AG III 2005).

Berufsverbände und andere Vertreter aus Praxis und Wissenschaft. Die Umsetzung der Charta ist nicht gesetzlich vorgeschrieben, vielmehr wird in der Öffentlichkeit auf die Charta aufmerksam gemacht und dazu angeregt, sie als eine Grundlage für das interne Qualitätsmanagementsystem einzusetzen. Die hinter dieser Vorgehensweise stehende Idee ist, dass Qualitätsentwicklung „entscheidend vom Wissen, von den Erfahrungen und der Bereitschaft zur Zusammenarbeit aller Akteure ab[hängt]. Insofern ist die Öffentlichkeit aufgerufen, sich an diesem Entwicklungsprozess zu beteiligen“ (Sulmann/Tesch-Römer 2007: 117).

Ein bundesweites Modell im Bereich Transparenz ist das vom Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz finanzierte Projekt „*Heimverzeichnis.de*“. Das Projekt wird von der Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung (BIVA) e.V. getragen und mit Beteiligung von Heimträgerverbänden, Pflegekassen, Heimaufsicht und Verbraucherorganisationen durchgeführt. Im Projekt wird eine über das Internet öffentlich zugängliche Datenbank mit Qualitätsbewertungen zu einzelnen Heimen aufgebaut. Ziel des Heimverzeichnisses ist es, ein lückenloses bundesweites Verzeichnis der Qualität stationärer Betreuungsangebote zu schaffen. Die Bewertung erfolgt anhand von Kriterien, die in Expertengremien definiert wurden. Dabei geht es vor allem um die Bewertung der Lebensqualität. Die Kriterien orientieren sich an der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. BürgerInnen können ein Heim im Verzeichnis angeben und das dortige Leistungsangebot kurz umschreiben. Ehrenamtliche GutachterInnen überprüfen die Kriterien beim Besuch vor Ort. Das Projekt „*Heimverzeichnis.de*“ gibt einen Eindruck davon, dass es sinnvoll und gewinnbringend sein kann, hybride Problemlösungsansätze unter Einbezug marktlicher (Transparenz für Kunden), bürgerschaftlicher (Bewertung durch Ehrenamtliche) und staatlicher (Finanzierung) Elemente in einem Instrument zu integrieren (www.heimverzeichnis.de).

In beiden vorgestellten Ansätzen wird ein interdisziplinärer Diskurs „Qualität in der Pflege“ gesucht, der sich nicht auf Leistungsinhalte der Pflegeversicherung beschränkt, sondern vielmehr unter Beteiligung von ExpertInnen aber auch von BürgerInnen einen „alltagsorientierten“, „normalen“ Blick auf die Bedingungen in den Heimen sucht. Welche Rolle spielt Zivilgesellschaft in diesem System? Festzustellen ist, dass sie zumindest im Sinne eines kritischen öffentlichen Diskurses im Heimbereich eine Rolle spielen kann und dies auch tut.

3.3.4 Der Modernisierungsprozess der Freien Wohlfahrtspflege – Handlungsperspektiven

Angekommen bei der Frage nach der Bedeutung von zivilgesellschaftlichen Ressourcen und Akteuren im Pflegebereich, ist nun von Interesse, ob hier die Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände spezielle Beiträge im System liefern bzw., allgemeiner formuliert, welche Position die Wohlfahrtsverbände im Quasi-Markt Pflege einnehmen. Zunächst ist festzuhalten, dass sich die Freie Wohlfahrtspflege trotz der im Pflegeversicherungsgesetz vollzogenen Abkehr von ihrer Vorrangstellung als bedeutender Erbringer von Pflegeleistungen behaupten konnte.⁵¹ Tabelle 16 zeigt die Entwicklung der Trägerschaft von Pflegeheimen nach Einführung der Pflegeversicherung.⁵² Der Anteil frei-gemeinnütziger Einrichtungen ist auf hohem Niveau stabil geblieben. Angesichts des großen Wachstums des Sektors ist festzustellen, dass die freie Wohlfahrtspflege im stationären Pflegesektor expandiert hat. Besonders dynamisch allerdings haben sich privat-gewerbliche Anbieter entwickelt, die bereits fast 40% der Einrichtungen betreiben. Öffentliche Träger verlieren der subsidiären Nachrangigkeit entsprechend fortwährend an Bedeutung.

Tabelle 16: Pflegeheime nach Trägerschaft, Deutschland 1999-2007

	privat-gewerblich		frei-gemeinnützig		öffentlich		gesamt	
	Abs.	in %	Abs.	in %.	Abs.	in %	Abs.	in %
1999	3.092	35	5.017	57	750	8	8.859	100
2001	3.286	36	5.130	56	749	8	9.165	100
2003	3.610	37	5.405	55	728	7	9.743	100
2005	3.974	38	5.748	55	702	7	10.424	100
2007	4.322	39	6.072	55	635	6	11.029	100

Quelle: Statistisches Bundesamt 2008: 19, 2007: 18, 2005: 16, 2003: 15, 2001: 13, Datenbasis: Pflegestatistik 1999-2007; eigene Berechnungen.

Definiert man den Marktanteil der Träger gemäß dem Anteil der Pflegebedürftigen, die in den Heimen der verschiedenen Trägertypen betreut werden (vgl. Bahle 2007: 242), so wird die dominierende Marktposition der frei-gemeinnützigen Träger noch deutlicher. Im Jahr 2007 wurden durchschnittlich 71 Pflegebedürftige in den frei-gemeinnützigen Pflegeheimen versorgt, aber nur durchschnittlich 54 Pflegebedürftigen in privat-gewerblichen Pflegeheimen. Die Heime der öffentlichen Träger liegen bei durchschnittlich 77

⁵¹ Die folgenden quantitativen Darstellungen greifen die Situation auf dem stationären Pflegemarkt auf.

⁵² Es ist anzumerken, dass mit der Einführung der Pflegeversicherung alle Einrichtungen, die stationäre Pflegeleistungen erbringen, als Pflegeeinrichtungen einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben (Bahle 2007: 237).

Pflegebedürftige je Heim. Es resultiert ein Marktanteil frei-gemeinnütziger Träger von 60% (vgl. Tab. 17).

Tabelle 17: Anzahl der Pflegebedürftigen je Pflegeheim nach Trägerschaft, Deutschland 2007

Trägerschaft	privat-gewerblich	frei-gemeinnützig	öffentlich
Durchschnittliche Zahl der Pflegebedürftigen	54	71	77
Gesamtzahl der Pflegebedürftigen ¹	233.338	431.112	48.895
Marktanteil ²	33%	60%	7%

¹ Durchschnittliche Zahl Pflegebedürftige x Anzahl Heime.

² Marktanteil = Anzahl der Pflegebedürftigen einer Trägergruppe / Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen (713.345).

Quelle: Statistisches Bundesamt 2008: 19-20, Datenbasis: Pflegestatistik 2007; eigene Berechnungen.

Mit der Pflegeversicherung haben betriebswirtschaftliche und managerielle Methoden auch in den frei-gemeinnützigen Pflegeheimen einen großen Aufschwung erhalten. Professionalität wird nicht mehr allein in einer guten sozial-pflegerischen Kompetenz, sondern immer mehr auch in der Anwendung betriebswirtschaftlicher Instrumente gesucht (Strünck 2000: 185). Die Aufwertung der betrieblichen und Managementebene in den Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände wurde schon vor der Pflegeversicherung in Gang gesetzt. Eine Professionalisierung des Managements fand bereits in den 1970er- und 1980er-Jahren vermehrt Beachtung in den Wohlfahrtsverbänden. Spätestens seit den 1990er-Jahren spiegelt sich die Entwicklung in einem gewachsenen Fortbildungsangebot der Verbände in diesem Themenbereich wieder.⁵³ Das Pflegeversicherungsgesetz hat diesen Entwicklungsprozess erheblich dynamisiert (Strünck 2000: 185ff.).

Durch die Öffnung des Pflegemarktes sind neue Marktteilnehmer aus dem In- und Ausland mit expansiven Absichten in Erscheinung getreten. National und international tätige Investoren treten auf, die auf dem Pflegemarkt überdurchschnittliche Renditen realisieren wollen (Schmidt/Klie 2000a: 12). Die bis dato mittelständisch geprägten Träger stehen mit größeren, privaten Konzernen im (Preis-)Wettbewerb, die im Sinne einer „*economy of scale*“, aber auch durch geringere Lohnkosten einen Kostendruck auf die traditionellen Betriebe aufbauen. Vor allem die vielen kleineren Träger von Einrichtungen haben Schwierigkeiten, den neuen Anforderungen an das Management

⁵³ Die dynamischen Entwicklungen in Richtung Verbetrieblung der Wohlfahrtsverbände sind nicht begrenzt auf den Dienstleistungsbereich Pflege sondern sie sind, immer auch in Zusammenhang mit staatlichen Impulsen einer marktorientierten Governance, heute in allen sozialen Dienstleistungsbereichen (mehr oder weniger) vorzufinden (vgl. Dahme/Wohlfahrt 2000; vgl. Kap. 2; vgl. ausführlicher zur Umstellung auf Leistungsverträge: Mehls/Salas-Gómez 1999).

gerecht zu werden. „Es entstehen auf dem Pflegemarkt Konzernstrukturen, die auf die frei-gemeinnützigen Träger zurückwirken und auch dort Fusionsüberlegungen und -bewegungen motivieren“ (Schmidt/Kondratowitz: 1999: 8).

Die Einrichtungsträger der Wohlfahrtsverbände leiteten eine umfassende Neuorganisation ihrer Angebote ein. Sie konsolidierten die Pflege in eigenständigen Geschäftsbereichen und fassten kleinere, vormals eigenständige Einrichtungen zu größeren Verbänden zusammen. Eine Trägerschaft in der Rechtsform des Vereins wurde vielfach zugunsten einer „(g)GmbHisierung“ fallen gelassen. Aber auch ein Outsourcing von Leistungen (z.B. Wäsche, Reinigung etc.) an Tochterfirmen oder an andere (kommerzielle) Firmen wurde insbesondere im hauswirtschaftlichen Bereich forciert (vgl. Allemeyer 1996: 213; vgl. auch zahlreiche Publikationen zum Thema Outsourcing in der Fachzeitschrift „Das Altenheim“). Die Einrichtungen der Verbände wählten Zertifizierungsverfahren, die an Managementprinzipien angelehnt sind (Strünck 2000: 188-202). Die eingeleitete Neuausrichtung hat auch im Rahmen der internen Governance der Wohlfahrtsverbände Auswirkungen: Die Verbandsebene verliert an Bedeutung, die Einrichtungsträger treten im Verband selbstbewusster auf und entwickeln vermehrt mit Partnern auf dem Pflegemarkt ihre Konzepte. „Auf Seiten der Wohlfahrtsverbände gewinnen deren Mitglieder durch die Neuformierung von Verbänden und eine stärkere Aufmerksamkeit der Pflegeversicherung für die betriebliche Ebene an Gewicht“ (ebd.: 195). Hier bilden die Träger von Einrichtungen auch neue Allianzen mit der Privatwirtschaft. Angesichts des hohen Sanierungsbedarfs von Pflegeheimen und mit Blick auf den zunehmenden Ausfall der öffentlichen Investitionsförderung greifen frei-gemeinnützige Einrichtungsträger auf Geschäftsmodelle mit Investoren aus dem In- und Ausland zurück.

„Solche Investoren setzen ihrerseits auf den Vertrauensvorschuß, den Wohlfahrtsverbände in der hiesigen Bevölkerung – trotz aller Verwerfungen, die passieren – weiterhin haben. Mischungen entstehen und Eindeutigkeiten von Zuordnungen verblässen.“ (Schmidt/Klie 2000a: 13)

Die Anpassungen der frei-gemeinnützigen Einrichtungsträger führten zu einer weiteren Annäherung der Rationalitäten von gemeinnützigen Einrichtungen an die kommerzieller Organisationen. Stellt man diese Entwicklungen in den Kontext des Konzepts der Hybriden Organisation, so ist festzuhalten, dass hier Kombinationen von stark regulierten „quasi-öffentlichen“ Einrichtungen und von Organisationen, die betriebswirtschaftlich und effizienzorientiert arbeiten, forciert wurden. Der Quasi-Markt Pflege hat

private Anbieter durch die intensive staatliche Regulation der Dienstleistungserbringung stärker an die Logik öffentlicher Einrichtungen herangeführt und gemeinnützige Anbieter stärker an die Marktlogik (Evers/Hämel 2007: 13). Man könnte die Anpassung der frei-gemeinnützigen Träger als Reaktion des Drucks von außen auf eine effiziente Dienstleistungserbringung betrachten. Die Annäherung an kommerzielle Organisationen wäre dann eine unfreiwillige Anpassungsleistung an externe Rahmenbedingungen (*coercive isomorphism*). Da die gemeinnützigen Träger Unternehmenskonzepte allerdings quasi über das Notwendige hinaus implementierten, scheint es treffender, die neu gegangenen Wege (auch) als Anpassungsstrategien zu betrachten und damit als Fähigkeit der Wohlfahrtsverbände, mit veränderten Umweltbedingungen aktiv umzugehen.

Eines wurde im Zuge der Ausrichtung auf eine quasi-marktlichen Governance zunächst ausgeblendet: Fragen der zivilgesellschaftlichen Einbettung von Diensten, der Bedeutung ihrer partizipativen Ausgestaltung, der Einbindung von Engagement und der Passfähigkeit und Anschlussfähigkeit von Diensten an familiäre Sorgearbeit. Die Ausrichtung auf dem Quasimarkt Pflege führte tendenziell zu einer Verdrängung zivilgesellschaftlicher und lokal verankerter Zuständigkeiten zugunsten zentralisierter staatlicher und betriebswirtschaftlicher Steuerungselemente (Evers, Rauch, Stitz 2002: 163-171). Welchen Unterschied macht es also noch, ob ein Dienst oder eine Einrichtung gemeinnützig oder profitorientiert wirtschaftet?⁵⁴

Hier kann ein anderer Diskurs von Bedeutung sein, der ungefähr Mitte der 1990er-Jahre einsetzte und bis heute fort dauert: Dort, wo der Staat nicht länger allumfassend für seine BürgerInnen Leistungen bereitstellen möchte oder kann, bildet sich nicht nur ein Raum für Märkte. Es ist ebenfalls zu diskutieren, ob der Staat im Sinne einer „aktivierenden“ oder „ermöglichenden“ Sozialpolitik auch auf solidarisches Handeln für die Gesellschaft in Familien und Zivilgesellschaft angewiesen ist. Folglich ist zu erwägen, ob solidarischen Beiträgen nicht auch eine besondere Anerkennung und Unterstützung zuteil werden sollte. In der entstandenen Diskussion um eine geeignete Ausrichtung von Sozialpolitik richtet sich eine neue Aufmerksamkeit auf das bürgerschaftliche Engagement (vgl. Kap. 2.1. und 2.2). Im Jahr 1999 hatte der Deutsche Bundestag die Enquete-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“ eingesetzt und sie

⁵⁴ Wenn die frei-gemeinnützigen Einrichtungen mit privat-gewerblichen auf dem Pflegemarkt als Gleiche unter Gleichen agieren, dann stellt sich die Frage, warum sie durch die Anerkennung des Gemeinnützigkeitsstatus besser gestellt werden. Gerade mit den Bemühungen um eine Vereinheitlichung der ökonomischen und rechtlichen Grundlagen auf EU-Ebene ist die Besserstellung in Frage gestellt.

beauftragt, „konkrete politische Strategien und Maßnahmen zur Förderung des freiwilligen, gemeinwohlorientierten, nicht auf materiellen Gewinn ausgerichteten bürgerschaftlichen Engagements in Deutschland zu erarbeiten“ (Enquete Engagement 2002: 2). Der Bereich „Engagementförderung“ ist im Zuge solcher Überlegungen in den vergangenen Jahren zu einem sozialpolitischen Handlungsfeld geworden und ist mittlerweile als „Querschnittsaufgabe“ in den meisten Sozialministerien verankert. Im Bereich der Engagementförderung ist auf eine Reihe von Modellprogrammen der Bundes- und Landesministerien zu verweisen (z.B. www.bmfsfj.de; für Bayern z.B.: www.wir-fuer-uns.de). Ferner hat eine Institutionalisierung im Bereich der Engagementförderung stattgefunden – hier sei vor allem das im Jahr 2002 gegründete Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement (BBE) genannt (www.b-b-e.de).

Um die Institutionalisierungsbemühungen herum hat sich der Forschungszweig „Engagementforschung“ entwickelt. Zentrale Untersuchungsgegenstände sind die Anzahl freiwillig Engagierter in verschiedenen Bereichen (Umwelt, Soziales etc.), die Engagementbereitschaften in verschiedenen Bevölkerungsgruppen (Jugend, Alter, Frauen etc.) und die persönlichen Motivationen für ein Engagement. Bestärkt wird die Engagementförderpolitik dadurch, dass eine insgesamt recht hohe Bereitschaft zum solidarischen Handeln in der Bevölkerung vorhanden ist und dass es einen Trend zur Ausweitung von Engagement gibt (z.B. BMFSFJ 2010: 3; Gensicke/Picot/Geiss 2005; Beher/Liebig/Rauschenbach 2002). Auch in der Pflege ist das Thema „Förderung von bürgerschaftlichem Engagement“ angekommen (vgl. z.B. Enquete Pflege NRW 2005: 252ff.). Diskutiert werden allerdings vorrangig Maßnahmen und Angebote, mit denen das individuelle Engagement Freiwilliger gestärkt werden soll; weniger wird die Vielfalt von Engagement und seine Entfaltung durch Beiträge anderer Akteure wie Gruppen und soziale Organisationen oder Unternehmen angesprochen.⁵⁵

Die Entwicklungen der letzten zehn Jahre zeigen: Engagement ist heute nicht mehr ein Thema, das in der Nische der Wohlfahrtsverbände angesiedelt und diesen überlassen wird, sondern es ist von gesamtgesellschaftlichen Interesse geworden. Allerdings wird hier bislang die Frage nach dem (möglichen) Zusammenspiel quasi-marktlicher Ausrichtungen der Governance des sozialen Bereichs und ergänzender zivilgesellschaftlicher, aber auch gemeinschaftlicher Solidaritäten ausgeklammert. Verschränkungen

⁵⁵ Die Autorin kann zur Stützung dieser These keine quantitative Analyse vorweisen. Diese These entspricht den persönlichen Beobachtungen und Recherchen der letzten Jahre und wurde im Austausch von FachkollegInnen geteilt.

und Ergänzungen der Beiträge von Märkten, Staat, Gemeinschaft und Zivilgesellschaft sind nach Evers (2010) zunächst in Form des Einbezugs verschiedener Diskurse über gesamtgesellschaftliche Modernisierungsansätze, z.B. in Reformprogrammen der Parteien, zu beobachten (Evers 2010: 296f.). Bürgergesellschaft stellt in allen Parteiprogrammen ein wichtiges Thema dar, wenn auch unterschiedlich konnotiert bezüglich des Verhältnisses zu Staat und Markt (vgl. Albrecht 2008). Wie aber soll diese in der Praxis gestaltet sein?

Es könnte eine Chance für die Positionierung der Wohlfahrtsverbände sein, hier Kompetenzen aus ihrer Tradition heraus einzubringen. Im Bereich der Verbände und der Verbändeforschung gibt es einige Stimmen, die den vermehrten Einbezug bzw. die Reaktivierung von Engagement in ihren Diensten und Einrichtungen als große Chance für die Wohlfahrtsverbände sehen. So betont Hildemann (2004: 15), dass die freie Wohlfahrt ihre Kompetenzen geltend machen sollte und ein integrierender Faktor im Mix aus professionellen, beruflich erbrachten und ehrenamtlich erbrachten Hilfen sein sollte. Gefordert wird eine Neudefinition der Rolle von Wohlfahrtsverbänden, die die eng mit deren historischen Wurzeln verknüpft ist (z.B. Schmidt/Klie 2000a: 9; Zimmer 2002a). Gemeinnützige Organisationen könnten einen gesellschaftlichen „Mehr-Wert“ in der Trägerschaft von Diensten erbringen, wenn sie es schaffen, in besonderem Maße zivilgesellschaftliche Ressourcen zu mobilisieren. Zugleich könnte diese Fähigkeit einen Marktvorteil schaffen. Gestärkt werden solche Überlegungen durch die Entwicklung neuer Ideen von Fachlichkeit und ihre Erprobung in Praxisformen der Koproduktion professioneller, gemeinschaftlicher und zivilgesellschaftlicher Akteure im Pflegebereich.

3.3.5 Community Care: Das fürsorgende Gemeinwesen – Ein Leitbild für eine Neuausrichtung der Pflegelandschaft

Bislang konnte gezeigt werden, dass auf regierungsoffizieller Seite Praktiken der Pflege in Richtung einer Ausweitung der Dienste und einer „Professionalisierung“ der Pflege verlagert wurden. Der Staat greift tief in das Leistungsgeschehen ein. Die Governance des Systems ist geprägt von einem manageriellen Steuerungsansatz. Daneben gibt es eine allgemeine sozialpolitische Reformdebatte, in der gefordert wird, dass solidarische Beiträge von Familien und Zivilgesellschaft stärker anerkannt und gefördert werden müssen.

Der Einbezug von Engagement wird nicht nur in einem abstrakten Diskurs über eine faire Ressourcenverteilung in der Gesellschaft gestützt, sondern er ist zentraler Referenzpunkt im fachlichen Diskurs zu geeigneten Unterstützungsformen für Hilfebedürftige. Blickt man etwa auf verschiedene als innovativ geltende Praxisansätze, so zeigt sich, dass sich ausgehend von den Ideen der Gemeinwesenorientierung in den 1980er-Jahren ein schleichender Kulturwandel in den Praxisformen fortgesetzt hat, die in vielfältigen Bezügen mit einer zivilgesellschaftlichen Öffnung des Dienstleistungsfeldes „Pflege“ zu tun haben. Auffällig ist jedoch, dass sich die Ansätze meist auf den ambulanten Versorgungsbereich konzentrieren.

Hier sind einmal Modellprogramme zu nennen, z.B. das Modellprojekt „Pflegebegleiter“, in dem Freiwillige pflegende Angehörige unterstützen und begleiten und hierzu ein spezielles Qualifizierungsverfahren durchlaufen (Bubolz-Lutz/Kricheldorf 2006; www.pflegebegleiter.de). Ebenfalls aufschlussreich sind in diesem Zusammenhang die Ergebnisse aus dem Modellprojekt „Pflegebudget“⁵⁶ (Klie et al. 2008; www.pflegebudget.de). Am Projekt teilnehmende Pflegebedürftige⁵⁷ erhielten anstelle von Sachleistungen ein persönliches Budget zum Einkauf von Diensten. Hierbei spielte nicht nur die Stärkung der individuellen Entscheidungsautonomie im Sinne eines „gezielten Einkaufs“ benötigter Hilfen (als Auftraggeber, Arbeitgeber) eine Rolle. Im Projekt konnten stabile Pflegearrangements *auch* durch den Einbezug von nachbarschaftlichen Hilfen und ehrenamtlichen HelferInnen in Pflegemixturen gefördert werden. Vermittelt wurde ein Zusammenwirken der verschiedenen Beiträge über ein Case Management.

Eine größere Aufmerksamkeit erhalten in der Fachszene seit einigen Jahren so genannte ambulante Wohnpflegegruppen. Es gibt immer mehr praktische Erfahrungen mit einem solchen Wohn-Pflege-Konzept. Auch hier ist ein Mix aus Beiträgen verschiedener Akteure oftmals vorgesehen (z.B. Freiburger Memorandum 2006; MASG-SH 2010; Kremer-Preiß/Narten 2004). So sei hier eine Beschreibung einer vom Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein herausgegebenen Informationsschrift stellvertretend für die Projektansätze herausgegriffen:

⁵⁶ Laufzeit 2003-2008.

⁵⁷ Diese Möglichkeit gab es in sieben Modellregionen: Annaberg, Erfurt, Kassel, Marburg-Biedenkopf, München, Neuwied, Unna.

„In ambulant betreuten Wohn- oder Hausgemeinschaften leben ältere Menschen in einer familiären und wohnlichen Atmosphäre zusammen. Sie haben einen individuellen Mietvertrag, eine eigene Wohnung oder ein eigenes Zimmer mit eigenen Möbeln. Der Alltag samt seiner hauswirtschaftlichen Aufgaben unterscheidet sich nicht sonderlich von dem, den man sein Leben lang gewöhnt war. Es wird Wert gelegt auf soziale Nähe und Platz für Individualität. Ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Gemeinschaft und Privatheit, zwischen aktiver Teilhabe und Rückzug trägt zum Wohlbefinden des Einzelnen bei, vermittelt Sicherheit und Orientierung. Nicht die gesundheitlichen Einschränkungen und Verluste stehen im Mittelpunkt, sondern je nach individuellem Krankheitsverlauf wird an die Ressourcen des Einzelnen angeknüpft – im Sinne einer Balance zwischen Selbstbestimmung, Selbsthilfe sowie Schutz- und Unterstützungsbedarf. Professionelle Dienstleistungen, familiäre Hilfen und bürgerschaftliches Engagement lassen sich je nach Bedarf und Wunsch miteinander kombinieren und im Laufe der Zeit modifizieren.“
(MASG-SH 2010: 9)

Die grundlegende Botschaft, unter der man die verschiedenen Ansätze subsumieren könnte, lautet, dass die Unterstützung Hilfebedürftiger sich *nicht nur um Versorgungs-, sondern vor allem um Lebensqualität* drehen muss. Beschränkt man sich auf die Regelungen eines formellen Sicherungssystems wie der Pflegeversicherung, droht der ganzheitliche Blick auf die Bedürfnisse hilfebedürftiger Menschen verloren zu gehen. Pflege kann nicht reduziert werden auf eine sozialversicherungstechnische Versorgungskategorie. Sie steht hier im Kontext des Alter(n)s als eigenständige Lebensphase, die es in der Gesellschaft zu entwickeln und zu gestalten gilt. Hilfebedürftige Menschen sind auf die Fürsorge anderer angewiesen. Lebensqualität kann nur dort bestehen, wo Menschen *am sozialen Leben teilhaben können*. Soziale Teilhabe kann nicht allein durch professionelle Unterstützung hergestellt werden, sie bedarf der Bestärkung der sozialen Netzwerke und der persönlichen Kontakte alter Menschen. Dies ist eine Aufforderung an die Gesellschaft, sich um ihre Mitmenschen nicht nur abstrakt durch Geldtransfers und Regelwerke für Dienste zu kümmern, und eine Aufforderung an professionelle Dienstleister, Angehörige und persönliche Netzwerke als für eine gute Arbeit entscheidende Bezugspersonen anzuerkennen. Erforderlich sind daneben auch eine Reihe von unterstützenden Diensten, die eine Teilhabe ganz praktisch ermöglichen, wie Mobilitätshilfen und Begleitangebote im Alltag etc.

Gefordert wird, Hilfesysteme nach einem *Prinzip der geteilten Verantwortung* zu leisten (z.B. Freiburger Memorandum 2006). Die Unterstützungsaufgabe, soll sie gelungen sein, kann nicht allein professionellen Hilfesystemen überantwortet werden. Sie kann aber auch von den Familien der Hilfebedürftigen allein nicht abverlangt werden, da diese hierbei an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit stoßen. Die alltägliche Sorgearbeit ist auf verschiedene Schultern zu verteilen, und die verschiedenen Beiträge sind zu einem Gesamtkonzept zu integrieren. Das gelingt nur, wenn die verschiedenen Akteure als Partner und ihre Beiträge als gleichwertig verstanden werden. Notwendig ist hier nach Dörner vor allem ein „Zurücktreten“ der „Pflege-Profis“: nicht sie binden „normale BürgerInnen“ ein, sondern die normalen BürgerInnen binden professionelle Dienstleister in ihre Lebenswelt ein (Dörner 2007: 171).

Lebensqualität- und Lebensweltorientierung hat damit zu tun, dass ein „normaler Alltag“ gelebt werden kann. Dies stellt an alle UnterstützerInnen Hilfebedürftiger den Anspruch, Assistenz für einen solchen Alltag zu geben. *Assistierter Wohnalltag* ist gegenwärtig eine Orientierung professionellen Handelns, die vor allem bei demenziellen Einschränkungen als Grundlage für ein ideales Versorgungsarrangement gesehen wird: neben punktuellen Hilfen bei einzelnen Verrichtungen ist eine kontinuierliche Begleitung im Alltag erforderlich. Es sind Versorgungsstrukturen zu bilden, die ein soziales Miteinander und ein Zusammenleben in kleinen Gruppengrößen ermöglichen. Normalität wird hier im Wohnmodell der Wohngemeinschaften (stationäre Hausgemeinschaften, ambulant betreute Wohnpflegegruppen) gesucht (z.B. Kaiser o.J.; z.B. MASG-SH 2010).

Lebensqualität und Lebensweltorientierung kann mit der Einbettung von Hilfebedürftigen und Hilfeangeboten im lokalen *Sozialraum* geschaffen werden. „Leben und sterben, wo ich hingehöre“ lautet der programmatische Titel des Buchs von Klaus Dörner (2007). Es steht dafür, dass Hilfebedürftige dort, wo sie ihre sozialen Bezüge haben, Unterstützung erhalten sollen. Dies ist nicht auf den Ort zu begrenzen, wo Familie ist, sondern lokale Sozialräume werden hier als zentrale Bezugskategorie gesetzt. Die integrierte Organisation verschiedener Hilfeinfrastrukturen nach „Quartierskonzepten“ oder „Sozialraumkonzepten“ wird in neuen Ansätzen gefordert (z.B. SONG 2006). Bei der Bestimmung des Sozialraums geht es nicht allein darum, dass Hilfebedürftige in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können, vielmehr kann in Sozialräumen die Betroffenheit und Verantwortung der Mitmenschen wachsen. Es ist die Kategorie der Nachbarschaft als „dritter Sozialraum“. Formen der nachbarschaftlichen Unterstützung sollen

neben der familialen Unterstützung und professionellen Hilfen ihre Wirkung entfalten. In den Konzepten werden die Kommunen als geeignete Akteure der Begleitung und Steuerung solcher Prozesse genannt. Einige Protagonisten fordern eine (Wieder-)Aufwertung kommunaler Verantwortlichkeiten gegenüber der zentralstaatlichen Steuerung des Hilfesystems (z.B. Dörner 2007: 103ff.; z.B. Freiburger Memorandum 2006).

Konzepte der „Normalisierung“ des Umgangs mit Hilfebedürftigen werten nicht-professionelle Beiträge auf und verändern professionelle Aufgaben. Organisationssoziologisch handeln diese Ansätze von einer *Öffnung von Versorgungsinstitutionen*. Professionelle Dienstleister müssen lernen, mit verschiedenen Partnern umzugehen. Hierdurch sollen neue Kulturen und Ansätze in der Versorgung zum tragen kommen (vgl. Evers 2005c).

Verbunden mit den neuen Leitorientierungen wird auch eine *Ambulantisierung* von Versorgungsstrukturen gefordert, damit die neuen Ansätze der Einbindung „normaler Akteure“ wirksam werden können. Denn statt der Vollversorgung, die das Heim vorhält, werden Versorgungsangebote benötigt, die Hilfen von verschiedenen Seiten integrieren. Eine Ambulantisierung allein aber bezieht sich nicht auf die Aufwertung zivilgesellschaftlicher und gemeinschaftlicher Beiträge, sondern kann auch Kombinationen verschiedener professionell erbrachter, bezahlter Hilfeangebote vorsehen (z.B. Altenheim 2006: 16ff.; z.B. Schmidt, Hg., 2000: 22ff., 132f.).

Prinzipiell zeigt sich für die neuen Ansätze die Schwierigkeit, dass sie an öffentlichen Mitteln und Regelungen ansetzen müssen, die nicht für sie gemacht sind. In den Reformen der Pflegeversicherung⁵⁸ wurden jedoch auch kleinere Öffnungen des Systems gesucht, die als vorsichtige „Vermittlungen“ zwischen dem – weiterhin vorherrschenden – quasi-marktlichen und auf eine professionelle Erbringung von Diensten bauenden Steuerungsprinzip und Ansätzen der Integration und Förderung gemeinschaftlicher und zivilgesellschaftlicher Beiträge gelten können.

Hier sind die Ausweitungen der individuellen Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung für so genannte „Personen mit eingeschränkten Alltagskompetenzen“ zu nennen. Gemeint sind Personen, die nicht mehr in der Lage sind, alltägliche Verrichtungen selbst zu verstehen und auszuführen – es geht v.a. um die Gruppe der demenziell erkrankten Menschen. Im Rahmen des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes konnten Pflegebedürftige nach SGB XI, die solche Einschränkungen aufwiesen und in einem

⁵⁸ Für Angebotsformen wie Wohnpflegegruppen, die konzeptionell im Zwischenraum einer „ambulanten“ und einer „stationären“ wurden auch die heimrechtlichen Regelungen geöffnet.

Privathaushalt leben, „zusätzliche Betreuungsleistungen“ in Höhe von 460 Euro pro Kalenderjahr per Kostenerstattung über die Pflegekassen refinanzieren. Mit Inkrafttreten des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes am 1. Juli 2008 wurde dieses Leistungsangebot ausgeweitet. Je nach Ausmaß der in einem Beurteilungsverfahren festgestellten eingeschränkten Alltagskompetenz gewährt die Pflegekasse einen Grundbetrag in Höhe von 1.200 Euro bzw. 2.400 Euro jährlich. Dieser kann auch bei Pflegestufe 0, also wenn keine Einordnung in eine Pflegestufe vorliegt, gewährt werden (§§ 45a, 45b). Es hat also kleinere Nachbesserungen gegeben, aber die von ExpertInnen geforderte grundlegende Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde bislang nicht umgesetzt⁵⁹.

Der Gesetzgeber anerkennt hier die Notwendigkeit der Entwicklung einer anderen Form von Hilfen als jenen körperorientierten Hilfen, die im gegenwärtigen System vorhanden sind. Finanziert werden können und sollen über die zusätzlichen Leistungen explizit niedrigschwellige Begleit- und Unterstützungsangebote für Pflegebedürftige. Jedoch haben sich entsprechende Angebote durch professionelle Pflegedienste bislang kaum ausdifferenziert. Interessant ist hier, dass ein Ausbau der Angebote auch durch Förderung bürgerschaftlichen Engagements erfolgen soll. Beispielsweise können Gruppen, die Hausbesuche u.ä. anbieten, auf dieser Grundlage tätig werden. Bereits im Pflegeleistungsergänzungsgesetz von 2001 wurden für durch Ehrenamtliche erbrachte Betreuungsangebote Projektgelder bereitgestellt. Im Rahmen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes von 2008 wurde das Fördervolumen ausgeweitet, und die Intention der Förderung von Ehrenamtlichengruppen und Selbsthilfegruppen nochmals deutlicher formuliert (§ 45d).

Für LeistungsbezieherInnen, die stationär versorgt werden, waren bei der Reform von 2001 keine zusätzlichen Leistungen und Betreuungsangebote vorgesehen. Im Rahmen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes 2008 aber wurde – quasi als „Parallelleistung“ – für Personen mit eingeschränkten Alltagskompetenzen, die im stationären Bereich versorgt werden, die Möglichkeit geschaffen, in stationären Pflegeeinrichtungen zusätzliche (hauptamtliche) Betreuungskräfte für die Betreuung und Aktivierung von BewohnerInnen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung zu refinanzieren (1/25 VZÄ pro BewohnerIn). Bürgerschaftliches Engagement ist in

⁵⁹ Der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat im Januar 2009 Analysen vorgelegt (BMG 2009).

diesem Punkt nicht angesprochen. Die Mehrkosten fließen nicht in den Pflegesatz ein (§ 87b, vgl. auch Betreuungskräfte RI vom 19.08.2008).

Darüber hinaus bestimmte das Pflegeweiterentwicklungsgesetz für beide Bereiche der Dienstleistungserbringung – der ambulanten und der stationären Versorgung –, dass die Einrichtungen in der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und Freiwilligen entstandene Kosten für die vorbereitende und begleitende Schulung, für die Planung und Organisation des Einsatzes oder für den Ersatz eines angemessenen Aufwands in den Vergütungsverträgen geltend machen können (§ 82b SGB XI).

Es wurden also kleine Nischen geöffnet und schwache Brücken in Richtung einer Förderung von Pflegemixturen in den Reformen gesucht, die für den Versuch einer besseren Anerkennung und Einbindung zivilgesellschaftlicher Akteure stehen. Jedoch werden hier unter den vielgestaltigen möglichen Formen „zivilgesellschaftlicher Beiträge“ meist nur „ehrenamtliche Hilfen“ beachtet.

Klar ist, dass das gegenwärtige, an einer Vollversorgung orientierte Heimsystem den Forderungen der Sozialraumorientierung in ihrer ganzen Reichweite nicht entsprechen kann. Unklar ist, welche Rolle Heime künftig hier spielen könnten oder sollten. Einerseits fordern die Protagonisten des community care teils eine Abschaffung der Heime und den Umbau hin zu einem ambulanten System. Andererseits ist das Leitmotiv komplexer als die pflegepolitische Prämisse, dass eine Versorgung „solange wie möglich zu Hause“ stattfinden soll. Es führt weg von der Trennung von BürgerInnen und Kranken hin zur Normalität der Begegnung im Sozialraum. Die Kritik an der „abgeschlossenen“ Versorgungsinstitution Heim kann auch als Aufforderung zur Veränderung der Rolle der Heime gelesen werden. Zwei Ansätze zeichnen sich gegenwärtig ab: *Erstens* kann eine Annäherung der Versorgungskonzepte der Heime an das Leitbild der Alltagsassistenz ähnlich wie in den ambulanten Wohnpflegegruppen stattfinden. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe setzt sich beispielsweise für ein Heimmodell ein, das in kleinen, wohngemeinschafts-ähnlichen Wohn- und Betreuungseinheiten organisiert ist; dort soll auch die Mitarbeit Angehöriger und Ehrenamtlicher eingebunden werden⁶⁰. *Zweitens* ist der Ansatz des gemeinwesenorientierten Heims mit seinem Konzept der Öffnung in den Sozialraum und der Schaffung eines Angebots für

⁶⁰ Sogenannte 4. Generation des Altenheimbaus (Jäger o.J.).

den Sozialraum, eines Austauschs der Ressourcen zwischen Heim und Gemeinwesen weiterhin passfähig im Rahmen der gegenwärtigen Konzepte (vgl. Kap. 3.2.4.4).

Zu fragen ist sicherlich zunächst, wie offen sich gegenwärtig Heime für Reformen erweisen. Dies beginnt pragmatisch mit der Frage, inwiefern Partnerschaften mit zivilgesellschaftlichen Akteuren und Angehörigen, die für eine Einbettung in den Sozialraum stehen, gesucht werden.

Es gibt (wenige) Projektförderungen und Projekterfahrungen, die Wege in diese Richtung ausloten. Hier ist vor allem das Projekt „Bürgerengagement für Lebensqualität“ (BELA) zu nennen (Klie/Hoch/Pfundstein 2004, 2005; www.bela-bw.de). Das Projekt unterstützt die Einbeziehung von bürgerschaftlichen Engagement in stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg. BELA startete mit einer ersten Projektphase im Jahr 2003 als eine Gemeinschaftsinitiative verschiedener Akteure⁶¹. Es wurden Einsatzfelder und Ansätze der Arbeit mit Ehrenamtlichen in stationären Einrichtungen mit Heimen erprobt und weiterentwickelt⁶². Nach dem Auslaufen der ersten Phase wurde das Projekt in einer Trägergemeinschaft unter Beteiligung von Vertretern stationärer Einrichtungen fortgesetzt. Hierzu wurde eine Netzwerkstruktur entwickelt, an der sich jede stationäre und teilstationäre Einrichtung in Baden-Württemberg beteiligen kann und die durch ein zentrales Projektbüro begleitet wird. Kooperationsmuster, Arbeitsstrukturen und Arbeitsmethoden der Zusammenarbeit von Freiwilligen und hauptberuflichen MitarbeiterInnen in Heimen werden erprobt. Ein wesentlicher Bestandteil des Projekts ist (weiterhin) die Qualifizierung von freiwilligen und hauptamtlichen Mitarbeitern und die Entwicklung von Qualifizierungskonzepten.

In der ersten Projektphase wurde eine „Heim- und Engagiertenbefragung“ durchgeführt. Bei der Befragung wurden im Rahmen einer Vollerhebung für Baden-Württemberg 1084 Pflegeeinrichtungen angeschrieben. Der Rücklauf lag mit 259 Einrichtungen bei knapp 24 Prozent. Da es sich um eine in Hinblick auf Engagement in Heimen bislang einmalige Informationsquelle handelt, werden die Ergebnisse im Folgenden ausführlicher dargestellt. Jedoch ist vorzuschicken, dass die sich in der Befragung ergebenden hohen Engagementwerte nur eingeschränkt als gegeben vorausgesetzt werden sollten.

⁶¹ Dies waren das Land Baden-Württemberg, der Gemeindetag, der Landkreistag, der Städtetag, der Landesseniorenrat, die Evangelische Fachhochschule und die Universität Freiburg. Das Projekt wurde von der Landesstiftung Baden-Württemberg gefördert.

⁶² Organisiert wurden u.a. eine Fortbildungsreihe zum Umgang mit Engagierten, ein Wettbewerb für innovative Modelle zum Einbezug bürgerschaftlichen Engagements, ein Praxisverbund unter Beteiligung von 19 Heimen.

Es ist zu vermuten, dass der Rücklauf in diesem Bereich hoch selektiv war, d.h. vor allem diejenigen Einrichtungen geantwortet haben, die Engagement vorzuweisen haben. Zudem besteht mit dem Projekt selbst und auch mit vorangegangenen Bemühungen in Baden-Württemberg möglicherweise eine besondere Sensibilisierung für die Einbindung von bürgerschaftlichem Engagement.

In der Befragung gaben etwas mehr als ein Drittel der Einrichtungen an, über ein schriftliches Konzept zum Umgang mit bürgerschaftlichen Engagement zu verfügen; in knapp zwei Drittel der Einrichtung ist ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin beauftragt, das bürgerschaftliches Engagement für das Heim zu fördern (Klie/Hoch/Pfundstein 2004: 10). 74,4% der Einrichtungen bejahten, dass bei ihnen die Hauptamtlichen auf freiwilliges Engagement angewiesen sind. In 76,5% der Fälle wurde berichtet, dass Freiwillige Weiterentwicklungen auch im hauptamtlichen Bereich anstoßen (ebd.: 16).

Bei der Beurteilung der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass „Engagementbereiche“ mit hohem Verpflichtungscharakter wie „Schulpraktika, Soziales Jahr, Praktika zur Wiedereingliederung in den Beruf und zur Weiterqualifizierung von Erwerbslosen in der Erhebung eingeschlossen wurden. Diese finden in über 90% der Einrichtungen statt (ebd.: 10). Interessanter sind die Ergebnisse zur Häufigkeit anderer Engagementformen. In 18% der Einrichtungen wurden Angehörigengruppen gebildet. In knapp 20% der Einrichtungen bestehen einrichtungsinterne Hospizgruppen. In knapp der Hälfte der Einrichtungen gibt es Freundes- und Helferkreise (Klie/Hoch/Pfundstein 2004: 11).

Gefragt nach dem Engagement von nicht in Gruppen organisierten BürgerInnen und Angehörigen, ergaben sich erstaunlich hohe Werte: 83,7% der Einrichtungen gaben an, dass sich Einzelpersonen engagieren, 78,2% bejahten die Aussage, dass sich in ihrer Einrichtung Angehörige für BewohnerInnen engagieren, die nicht ihre Angehörige sind.

Darüber hinaus werden die meisten Heime regelmäßig durch externe Gruppen und Organisationen unterstützt. An erster Stelle wird hier die Kirchengemeinde genannt (77,2%), gefolgt von Schule bzw. Kindergarten (62,2%) und externen Besuchsdiensten (55,2%). Etwas weniger als die Hälfte der Einrichtungen wird von freien Initiativen/Vereinen (45,9%) und von externen Hospiz-Gruppen (46,7%) unterstützt. Daneben werden politische Gruppierungen (7,1%) und „andere Gruppen“ (19,3%) genannt. Es zeigt sich, dass eine Öffnung von Institutionen mit dem Einbezug verschiedener Stakeholder einhergeht, die im lokalen Raum ansprechbar sind. Kooperationsformen beschränken sich nicht auf den Einbezug Ehrenamtlicher, sondern Ehrenamt ist eine

Form des Engagements unter mehreren. Eine wichtige Aufgabe der Aktivierung von Engagement scheint die Kooperation mit unterschiedlichen, im Gemeinwesen bereits bestehenden Gruppen und Einrichtungen zu sein (ebd.: 12f.).

Welche Aufgaben nach Angaben der Heime die Engagierten übernehmen, ist in Tabelle 18 nach einem Ranking mit abnehmender Bedeutung dargestellt. Hier zeigt sich, dass vor allem die Förderung sozialer Kontakte für die BewohnerInnen eine wichtige Rolle spielt. Es geht hier um Hilfen, die die Kommunikation und Gemeinschaftserfahrungen fördern, sowie die Erweiterung des Kreises persönlicher Bezugspersonen für die BewohnerInnen.

Tabelle 18: Engagementformen in stationären Einrichtungen

Engagementform	Anteil der Einrichtungen, in denen diese Form vorkommt in %
Besuche	88,4
Hilfe an Festen	66,8
Vorlesen	64,1
andere Gruppenangebote	62,2
Sterbebegleitung	60,6
Einkaufsdienste	54,5
Essenshilfe	53,7
Gottesdienste	51,4
Heimbeirat	48,6
Begleitung zu Veranstaltungen	46,7
Gesprächskreise	38,6
ergänzende Kulturangebote	36,6
Basar	35,5
Cafeteria	34,7
Spenden	23,6
Vorstandstätigkeit	11,6
Patenschaften	10,4
Qualitätssicherung	10,0
Verwaltung	7,8
Pflege	7,7
Mobilitätsunterstützung	5,6
Gottesdienstbegleitung	5,3

Quelle: Klie/Hoch/Pfundstein 2004: 14; Datenbasis: BELA Heim- und Engagiertenbefragung⁶³; eigene Darstellung.

⁶³ Leider wurden im Ergebnisbericht bei der Auswertung der einzelnen Fragen nicht durchgängig Angaben zur Grundgesamtheit gemacht.

Die Einrichtungen wurden in der Befragung auch gebeten, die Gesamtstunden aller freiwillig Engagierten in einem „normalen Monat“ abzuschätzen. Danach ergibt sich, dass sich Freiwillige in den Einrichtungen (n=222) durchschnittlich 121 Stunden pro Monat, also ca. 30 Stunden pro Woche und Einrichtung engagieren. Die Stundenzahl ist über die Einrichtungen relativ weit gestreut. Jeweils ungefähr ein Viertel der Einrichtungen gaben bis zu 20 Stunden bzw. 21 bis 50 Stunden an, ein Fünftel der Einrichtungen eine Stundenzahl zwischen 51 und 100. Rund 14% der Einrichtungen nannten 101 bis 200 bzw. mehr als 200 Stunden (Klie/Hoch/Pfundstein 2004: 13ff.). Leider wird im Bericht nicht geklärt, welches Gewicht hier die in den Einrichtungen geleisteten Praktika einnehmen.

Als Formen der Unterstützung, Gratifikation oder Einbindung von Freiwilligen wurden vor allem Helferfeste (65,3%), Geschenke (64,5%), Fortbildungsangebote (53,3%) und Supervision (44%) genannt. Weniger von Bedeutung sind die Beteiligung an Besprechungen (10,4%) und die Einbindung in Entscheidungen (13,9%) (ebd.: 16). Diese Ergebnisse, sowie die in Tabelle 18 dargestellte relativ niedrige Bedeutung von ehrenamtlichen Vorstandstätigkeiten, geben Hinweise darauf, dass die Integration von Partnern dort, wo es um den Kern des organisatorischen Handelns geht, also auf Leitungs- und Entscheidungsebene nicht geleistet wird. Dies wirft eine wichtige Frage mit Blick auf die Reichweite hybrider Heimorganisationen auf: Die Studie zeigt zwar, dass Engagement nicht nur im Diskurs, sondern auch in der Praxis der Heime durchaus eine Rolle spielt und eine gewisse Verbreitung gefunden hat. Was jedoch beim aktuellen Wissensstand nicht deutlich wird, ist die Frage, ob Engagement schmückendes Beiwerk oder wesentlicher Konzeptbaustein für eine Reform der Heime ist. Wie gehen Wettbewerb und Ökonomisierung sowie die starke staatliche Regulation des Leistungsgeschehens einerseits und Engagement und Zivilgesellschaft andererseits zusammen?

4. Engagement und Öffnungsprozesse – eine qualitative empirische Analyse

Im Bereich der Heimversorgung sind Wohlfahrtsmixturen, bei denen auch der Einbindung zivilgesellschaftlicher und gemeinschaftlicher Ressourcen ein besonderer Stellenwert zugemessen wird, in besonderer Weise durch die Kritik an einer ausschließlich durch professionelle Kräfte erbrachten Versorgung in Heimen gestützt. Der „totale Charakter“ der Institution für die BewohnerInnen soll durch Elemente der Öffnung von Heimen in das Gemeinwesen und durch Stärkung und Einbindung sozialer Bezüge der BewohnerInnen überwunden werden. Öffnung von Institutionen bedeutet hier Öffnung zum lokalen Sozialraum und findet praktisch im Rahmen des Einbezugs verschiedener Akteure statt. Durch diese Akteure und die Form ihrer Einbindung, so die Arbeitsthese der vorliegenden Arbeit, kommen andere „Logiken“ im Organisationsfeld zu tragen: Das Organisationshandeln eines Heims, das „normale“ BürgerInnen und Angehörige einbindet, wird sich *auch* auf deren Vorstellungen und Ansprüche an die Heimorganisation beziehen. Dabei handelt es sich um Ansprüche, die im Rahmen von staatlichen Vorgaben oder wettbewerbsorientiertem Handeln nicht gestellt werden würden und die ggf. mit diesen Handlungs- und Zielsystemen konfliktieren können.

Mit der Durchführung einer eigenen empirischen Untersuchung soll das bislang gewonnene Wissen über Bedingungen und Zusammenhänge hybrider Strukturen in Heimen illustriert und erweitert werden. In der Literatur werden vor allem staatliche und marktliche Regelungsformen und deren Auswirkungen auf die Heime beschrieben. Die vorliegende empirische Analyse konzentriert sich daher auf das Potenzial des Einbezugs zivilgesellschaftlicher und gemeinschaftlicher Akteure. Anhand von Fallbeispielen einzelner Heime werden Modelle des Einbezugs von Engagement in Altenpflegeheimen aufgezeigt und in deren Kontext die Frage nach Synergien und Konflikten zu den Sphären des Marktes und zu staatlichen Vorgaben analysiert.

4.1 Ansatz und Methode der empirischen Studie

Als zentrale Methode zur Generierung der Fallbeispiele diente das leitfadengestützte Experteninterview (vgl. Meuser/Nagel 1991; Gläser/Laudel 2004: 107ff.). Als ExpertInnen wurden für die vorliegende Studie HeimleiterInnen von Pflegeheimen in gemeinnütziger Trägerschaft definiert. Die HeimleiterInnen können in zweifachem Sinne als ExpertInnen von hybriden Organisationsstrukturen in Heimen betrachtet werden: Sie

sind zum einen verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und/oder Kontrolle von Problemlösungen, hier der Einbettung von zivilgesellschaftlichen und gemeinschaftlichen Akteuren und Ressourcen; zum anderen sind sie Personen mit privilegiertem Zugang zu einem bestimmten sozialen Kontext, hier dem der Heimorganisationen (vgl. Meuser/Nagel 1991: 443).

Ein wesentliches Ziel des entwickelten Leitfadens für die geplanten Experteninterviews (vgl. Anhang 1) war es, ausgehend von der Vielfalt möglicher Engagementformen, im Gespräch herausarbeiten zu können, welche für die jeweilige Heimorganisation relevant sind, wie diese entstanden und mit anderen Bereichen im Heim verbunden und koordiniert sind und welche Entwicklungsperspektiven sich für das Engagement ergeben. Hierbei werden die Fallbeispiele keinesfalls „geschichtsblind“ analysiert. Zurückliegende Entwicklungen wurden in den Interviews ebenfalls thematisiert und damit die „Herkunft“/Geschichte der Einrichtung und des Aufbaus lokaler Partnerschaften und ihre Bedeutung für die aktuelle Situation untersucht. Vorausgegangene Entwicklungen stehen in engem Zusammenhang mit einer „Organisationskultur“, die sich in der betreffenden Einrichtung etabliert hat. Indem die GesprächspartnerInnen im Gespräch einen eigenen Zeithorizont wählten, legten sie damit fest, was sie als relevant für das heutige Verständnis der Organisation und ihrer Verfahrensweisen erachten.

Ein weiterer Fragebereich konzentrierte sich auf Chancen und Probleme, die nach Wahrnehmung der Interviewten durch den Einbezug der unterschiedlichen Engagementformen im Heim entstehen. Im Interview wurden die ExpertInnen mit den dargestellten theoretisch-konzeptionellen Vorüberlegungen zu Öffnung und Engagement bewusst *nicht* konfrontiert. Vielmehr interessierte, welche Vorstellungen in den Einrichtungen mit zivilgesellschaftlichen und gemeinschaftsorientierten Arbeitsansätzen verbunden sind, und welche Bezüge die GesprächspartnerInnen zwischen diesen Ansätzen einerseits und dem staatliche Regulationsrahmen und wettbewerbsorientiertem Handeln andererseits herstellen.

4.1.1 Stichprobenauswahl, Kontaktaufnahme und Durchführung der Interviews

Die Vorgehensweise bei der Stichprobenauswahl, der Durchführung und der Auswertung der Interviews orientierte sich an gängigen Verfahren (vgl. u.a. hierzu Flick/Kardoff/Steinke 1995; Gläser/Laudel 2004; Glaser/Strauss 1998; Schäfer 1995), dem Verfahrensweg einer bestimmten „Schule“ wurde aber nicht streng gefolgt. Die

angewandte Vorgehensweise hatte sich vielmehr auf Basis von Erfahrungen, Anpassungen im Laufe des Forschungsprozesses und nicht zuletzt auch forschungspragmatischen Überlegungen entwickelt.

Wie bereits erwähnt, sind die Untersuchungsobjekte Altenpflegeheime, die gemäß dem Leistungsrecht der sozialen Pflegeversicherung als vollstationäre Einrichtungen arbeiten und in frei-gemeinnütziger oder öffentlicher Trägerschaft liegen. Bezüglich der Stichprobenauswahl war zu bedenken, dass die Studie darauf abzielt, einen Erkenntnisgewinn für tragfähige Konzepte und ihre Diffusionsmöglichkeiten in der Praxis zu generieren. Daher war es sinnvoll, jene Heime in die Stichprobe einzubeziehen, in denen Engagement einen erkennbaren Stellenwert hat. Um die Anknüpfbarkeit und Übertragbarkeit der Ergebnisse auf das Gros der Heimorganisationen zu gewährleisten, wurde bei der Auswahl des Samples darauf geachtet, dass unterschiedliche Intensitäten der Einbindung von Engagement im Sample enthalten sind. Es handelt sich also nicht um eine Auswahl von Beispielen guter Praxis, wenngleich die Fallbeispiele sicherlich zum Teil auch als solche gelesen werden können.

Prinzipiell können zwei Strategien der Stichprobengewinnung unterschieden werden: das *dimensional Sampling* und das *theoretical Sampling* (vgl. Schäfer 1995). Die Auswahlmethode in der vorliegenden Studie enthält Anlehnungen an beide Stichprobenverfahren. Aufgrund der Milieubindung und regional ungleichen Verteilung von zivilgesellschaftlichen Ressourcen war zu erwarten, dass je nach dem lokalen Umfeld unterschiedliche Voraussetzungen für die Heime existieren. Um bei der Auswahl des Samples diesen komplexen Umstand berücksichtigen zu können, wurden sowohl Heime in ländlichen als auch in (groß-) städtisch geprägten Gebieten betrachtet. Zudem wurde darauf geachtet, Heime aus verschiedenen Regionen und Bundesländern Deutschlands einzubeziehen, um eventuell vorhandene regionale oder landesspezifische Besonderheiten, wie Förderprogramme und Engagementkulturen zu berücksichtigen. Ebenfalls wurden Heime unterschiedlicher Trägerorganisationen und verschiedener Wohlfahrtsverbände bzw. öffentlicher Träger bedacht. Die genannten Kriterien dienen einer groben Vorstrukturierung möglicher Fälle nach dem Prinzip des *dimensional sampling*.

Zudem wurden beispielsweise über Empfehlungen von ExpertInnen im Feld, Informationen in praxisorientierten Zeitschriften und Modellprogrammen sowie über Internet-Recherchen geeignete Einrichtungen gezielt gesucht. Die Interviews wurden fortlaufend ausgewertet, und ausgehend davon weitere Einrichtungen einbezogen. Bei der Auswahl

der weiteren Fälle wurde versucht, jene hinzuzunehmen, die zu dem bestehenden Material ähnliche oder auch kontrastierende Modelle der Einbindung von Engagement aufwiesen. Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede zeigten sich bezüglich der Intensität der Einbindung von zivilgesellschaftlichen und gemeinschaftlichen Ressourcen und zugrunde liegender Konzepte, mit denen ein unterschiedliches Ausmaß der Verschränkung von Engagement mit institutionellen Reformen intendiert und realisiert wird.

Die erste Kontaktaufnahme mit potenziellen InterviewpartnerInnen erfolgte über ein Telefonat. Im Falle einer sofortigen Zustimmung für ein Interview wurden erste Informationen über die Einrichtung und die Einbindung von Engagement direkt am Telefon erfragt. Das Telefonat wurde stets protokolliert. Angefragten HeimleiterInnen wurden freigestellt, weitere Personen, z.B. die Leitung des Sozialen Dienstes im Heim, hinzuzuziehen oder das Interview an eine andere Person zu delegieren. In der Regel wurde jedoch das Interview allein mit der Heimleitung geführt. Zusätzlich wurden die HeimleiterInnen gebeten, vorhandene Materialien zur Einrichtung, und falls vorhanden, der Einbindung von Engagement für die Studie zugänglich zu machen. Die Materialien wurden im Vorfeld des Interviews aufgearbeitet; sie ermöglichten es, informierter in das Gespräch zu gehen und dieses dadurch stellenweise zu entlasten.

Die Interviews hatten eine Dauer von 1,5 bis 2 Stunden und wurden mit einem Diktiergerät aufgezeichnet. Im Anschluss an das Interview wurde zumeist eine Hausführung und teilweise auch die Teilnahme an Angeboten für die BewohnerInnen wie dem Abendessen, einer Spielrunde o.a. ermöglicht. Die daraus gewonnenen Eindrücke flossen nicht in die Auswertung ein. Sie brachten aber den Vorteil, dass die Autorin sich mit dem „Milieu Heim“ generell vertrauter machen konnte und im Interview angesprochene Punkte teilweise anschaulich wurden. Häufig wurden bei dem Interview weitere Materialien wie schriftliche Konzepte oder auch Wochenpläne für Veranstaltungen und Gruppenangebote zur Verfügung gestellt. Die Nachbereitung der Interviews und des Besuchs in den Einrichtungen erfolgte über ein Gedächtnisprotokoll und ein „Forschungstagebuch“, in dem subjektive Eindrücke verarbeitet und erste Thesen festgehalten wurden.

Insgesamt wurden 17 Interviews geführt – alle im Verlauf des Jahres 2006. Zwei der Interviews dienten als *Pretests*, in deren Folge das Erhebungsinstrument angepasst wurde und die aus diesem Grund nicht in die Auswertung einfließen. Eine intensive Auswertung wurde für zwölf Interviews vorgenommen. Auf Basis dieser zwölf

Interviews wurden die nachfolgenden Fallbeispiele von Heimorganisationen ausführlich dargestellt. Die Zahl der ausgewerteten Interviews gegenüber der Gesamtzahl der geführten Interviews ergab sich einerseits aus forschungspragmatischen Überlegungen; andererseits zeigte sich, dass die ausgewählten zwölf Fallbeispiele ausreichend Informationen über Zusammenhänge darboten.⁶⁴ Die Auswahl der zwölf Fallbeispiele aus den 15 geführten Interviews erfolgte anhand des oben dargestellten typologischen und fallkontrastierenden bzw. -vergleichenden Rasters.

4.1.2 Auswertung der Interviews und Darstellung der Fallbeispiele

Die Interviews wurden transkribiert und mithilfe des Programms MaxQDa vorbereitend analysiert, indem das Textmaterial einer Kategorisierung und ersten Interpretation unterzogen wurde. Es wurde also zunächst ein induktives Vorgehen gewählt, bei dem theoretische Vorüberlegungen und Konzepte bewusst ausgeklammert sind. Diese Vorgehensweise diente dazu, sich wiederholende Strukturen, aber auch fallspezifische Besonderheiten in Form erster Thesen herauszuarbeiten (vgl. dazu Böhm 2005). Für die Falldarstellung und -interpretation jedoch wurden die Texte in einem Schreibprogramm verarbeitet und Ausdrücke in Papierform verwendet.

Im Folgenden werden die Fälle entlang von fünf Teilbereichen dargestellt. Hierbei wurden Personen und Institutionen anonymisiert.

- Zu Beginn werden *Rahmeninformationen* zu den Einrichtungen gegeben. Hierzu gehören etwa die organisatorische Struktur, das Angebotsspektrum, das Leitbild und die wirtschaftliche Situation sowie zentrale Entwicklungen in den letzten Jahren.
- Anschließend werden im Bereich „*Aufbau von Unterstützerguppen*“ jene Engagementformen vorgestellt, die in den Einrichtungen aufgebaut und zumeist recht intensiv begleitet werden. Zugangsformen und die Organisation des Einbezugs werden dargestellt. Hierbei handelt es sich vor allem um Engagementformen wie ehrenamtliche Mitarbeit, Spenden, Fördervereine und eventuell besonders hervorzuhebendes Engagement im Trägerverein.
- Der Bereich „*Netzwerke mit externen Partnern*“ trägt dem Umstand Rechnung, dass zivilgesellschaftliche Ressourcen teils in Netzwerken mit Dritten vorgehalten

⁶⁴ Der Erkenntnisgewinn aus der Analyse weiterer Interviews stellte sich als zunehmend geringer heraus, da ähnliche Muster der Einbeziehung zu erkennen waren, jedoch keine grundlegend neue Strukturen oder Zusammenhänge zu finden waren.

werden, die weniger eng an die Einrichtung gebunden sind. Hier interessiert, um welche Partner es sich handelt und wie die Kooperation gestaltet wird.

- In einem eigenen Abschnitt werden Formen der „*Einbindung von Angehörigen*“ in den Fallbeispielen beschrieben.
- Jedes Fallbeispiel wird mit einer *Zusammenfassung und Diskussion* abschließend besprochen. Hier liegt der Fokus auf einer Charakterisierung des Öffnungskonzepts der Einrichtung und auf den Chancen und Herausforderungen, die mit einer Neu-positionierung in kooperativen Strukturen verbundenen sind.

Auch wenn ein einheitliches Erhebungsinstrument verwendet wurde, so kommt es aufgrund der Offenheit der Fragen in den Interviews zu unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen, je nachdem welche Ansätze aus Sicht der InterviewpartnerInnen für die Organisation prägend sind. Diesen unterschiedlichen Schwerpunkten wird in der Darstellung der Fallbeispiele Raum gegeben. Dementsprechend werden nicht alle Engagementformen, auf die eine Einrichtung jeweils zurückgreifen kann, in gleicher Breite dargestellt. Wenn sich z.B. Partizipationsmöglichkeiten im Heimbeirat aus Sicht der Interviewten als nicht sonderlich prägend für die Einrichtung auszeichnen, werden diese nicht dargestellt.

Nicht zuletzt dient die Darstellung der Fälle der Illustration, wie Engagement gewonnen und einbezogen wird, und möchte in diesem Sinne Beispiele zugänglich machen. Mit Blick auf dieses Interesse werden einzelne Einbindungsformen näher beleuchtet, die nach Einschätzung der Autorin bislang in der Fachszene nur eine geringe Aufmerksamkeit erhalten haben. Demgegenüber werden sich wiederholende Sachverhalte und Zusammenhänge gekürzt abgehandelt.

Es war anfangs geplant, die Fälle nach Öffnungstypen bzw. Modellen von Öffnung zu strukturieren. Davon wurde jedoch Abstand genommen, denn es lassen sich zwar einzelne Modelle herausarbeiten, allerdings können diese nicht immer eindeutig einer Einrichtung zugeschrieben werden – unterschiedlichen Modelle der Einbindung sind oft auch im Rahmen einer einzelnen Einrichtung zu beobachten (vgl. Kap 5.3).

In Anschluss an die Einzeldarstellung der Fälle werden fallübergreifend Öffnungsansätze in der aktuellen Praxis knapp zusammenfassend vorgestellt (Kap. 4.3). Im Rahmen des Schlusskapitels wird eine weiterführende Diskussion von Erkenntnissen und Perspektiven aus den Interviews vorgenommen (vgl. Kap 5).

4.2 Fallbeispiele

4.2.1 Fallbeispiel A: „Die Betreuung in eine andere Richtung kriegen“ – ein gerontopsychiatrisches Altenpflegeheim sucht nach Kooperationspartnern

Träger des Heims A ist ein Ortsverband der freien Wohlfahrtspflege, der in Stadt und Landkreis ein breit ausdifferenziertes Angebot stationärer, teilstationärer und ambulanter Hilfen in den Arbeitsfeldern Kinder-, Jugend- und Familienhilfe, Altenhilfe, Gefährdetenhilfe und Behindertenhilfe anbietet. Insgesamt arbeiten hier 600 hauptberufliche und 650 ehrenamtliche MitarbeiterInnen. Der Interviewte, Herr A, ist seit dem Jahr 2000 in Heim A als Heimleiter tätig; zudem ist er Leiter der ambulanten Pflegedienste des Trägers in Stadt und Landkreis.

Das Heim liegt im Zentrum eines studentisch geprägten Stadtteils einer westdeutschen Großstadt (< 200.000 EW). Es wurde als Altenheim 1951 in Trägerschaft der evangelischen Gesamtkirchengemeinde in Betrieb genommen, das Personal wurde bis 1977 von Diakonissen gestellt. Bereits Mitte der 1980er begann die Einrichtung, ihren Versorgungsschwerpunkt auf gerontopsychiatrische Erkrankungen zu legen. In den 1990er-Jahren wurde diese Spezialisierung schrittweise konzeptionell und durch bauliche Veränderungen vorangetrieben; im Jahr 2000 erfolgte die Anerkennung als gerontopsychiatrische Facheinrichtung.

„Jetzt zitiere ich angelehnt an den letzten Bericht der Heimaufsicht. [...] Man attestiert uns, eine der Einrichtungen zu sein, die da auf dem Markt sehr viel bewegt. Das ist also eine sehr hohe Wertschätzung. Bis hin, dass wir ja auch Projekte laufen hatten – eingestreute Tagespflege– die wirklich sehr innovativ sind, und schon eine herausgehobene Position haben, fraglos über die Stadtgrenzen hinaus.“ (Int_01_Z.1142-1149)

Das Pflegeheim ist eine regionale Einrichtung, Einzugsgebiete sind Stadt und Landkreis. Mit 80 Heimplätzen ist die Einrichtung der größte Anbieter einer gerontopsychiatrischen vollstationären Versorgung dieser Region. Das Leitbild der Versorgung im Heim A ist, den demenziell erkrankten BewohnerInnen Assistenz im Alltag zu geben. 56 Plätze sind auf der „geschlossenen“, in der Praxis meist als „beschützenden“⁶⁵ bezeichneten, Station angesiedelt. Mit der geschlossenen Unterbringung sind ein

⁶⁵ Die Unterbringung in einer beschützenden Station zählt zu den sog. freiheitsentziehenden Maßnahmen, weshalb eine Genehmigung des Vormundschaftsgerichts (Unterbringungsbescheid) vorliegen muss.

verbesserter Pflegeschlüssel und dementsprechend höhere Pflegesätze verbunden. Im offenen Bereich werden 24 Heimplätze angeboten. Zudem stehen vier eingestreute Tagespflegeplätze zur Verfügung. Angebote der Alltagsbegleitung und Beschäftigung wurden in den letzten Jahren ausgebaut.

Aufbau von Unterstützergruppen

Gefragt nach dem Grund der Einbindung Freiwilliger in der Bewohnerbetreuung gibt der Heimleiter an, dass trotz des vergleichsweise höheren Personalschlüssels der Einrichtung zu wenig Personal für eine gute Betreuung der BewohnerInnen zur Verfügung stehe:

„Wir haben einfach viel zu wenig Personal für die Betreuung – für die Betreuung, nicht für die Pflege. Für die Pflege mag es ausreichend sein. [...] Das hat uns sehr schnell in die Situation gebracht, zu überlegen: Was ergreifen wir denn an Maßnahmen, um die Betreuung unserer Senioren, der Dementen und der demenziell veränderten Menschen zu verbessern und auch in eine andere Richtung zu kriegen? [...] Was sind klassische Formen, klassische Formen der Personalmehrung, die Sie betreiben können in einer Einrichtung? Das sind zum einen Praktikanten [...] Das andere ist die große Frage der Ehrenamtlichkeit.“ (Int_01_Z.115-133)

Als der Interviewpartner im Jahr 2000 die Heimleitung übernahm, waren etwa vier bis sechs Freiwillige in der Bewohnerbetreuung im Heim tätig.

„Damals sind immer mal wieder Leute vorbeigekommen und haben gesagt: „Ich würde bei Ihnen im Haus gern jemanden besuchen.“ – „Ja, können Sie machen.“ Aber es war eigentlich nie von einer großen Dauer geprägt oder so. Und es war auch immer schwierig. So die Frage: „Wann komme ich? Wann ist jemand da?“ Also es hat schon funktioniert. Aber es war für uns aus Sicht der Pflege und Betreuung nicht zufriedenstellend.“ (Int01_Z.153-158)

Herr A. forcierte den Ausbau des freiwilligen Engagements. Als strategische Ziele der Umsetzung wurden festgelegt, dass Freiwillige in klar definierten Tätigkeiten eingesetzt, von hauptberuflichen MitarbeiterInnen begleitet werden und langfristig an die Einrichtung gebunden werden sollen. Dieser Anspruch wurde auch im Leitbild des Heims festgehalten:

„Bürger und Bürgerinnen, die sich ehrenamtlich in der Einrichtung engagieren, sind für uns Mitglieder des Gesamtteams, das therapeutisch handelt. Ihre Aufgaben sind ebenfalls in beiderseitigem Einvernehmen genau beschrieben und geplant.

Verlässlichkeit und Kontinuität sind für ehrenamtliche engagierte Mitarbeiter wichtiger Grundsatz. In der Einrichtung haben sie einen festen Ansprechpartner für Fragen und Probleme. Zur Teilnahme an interner und externer Fortbildung wird animiert.“ (Leitbild Heim A)

In der Einrichtung wurden zwei *Freiwilligengruppen* aufgebaut. In der Gruppe *„Beschäftigungsdienst“* engagieren sich 20 Freiwillige. Ihre Tätigkeitsbereiche umfassen verschiedene Einzel- und Gruppenbetreuungsangebote für BewohnerInnen, beispielsweise Zeitung vorlesen, Begleitung des gemeinsamen Essens, singen und spazieren gehen. Die Gruppe solle ein Bindeglied zwischen Pflege und Betreuung sein, weshalb von der Freiwilligengruppe auch leichte pflegerische Arbeiten wie Hilfestellungen beim Toilettengang übernommen werden. Die Akzeptanz der MitarbeiterInnen im Pflegebereich gegenüber den Freiwilligen werde hierdurch gestärkt. Eine Pflegekraft ist verantwortlich für die Anleitung, Einsatzplanung und Begleitung der Freiwilligen; zur Erledigung dieser Aufgaben wurde sie von pflegerischen Tätigkeiten entlastet und zur gerontopsychiatrischen Fachkraft weitergebildet.

Die Freiwilligen erhalten pro Stunde eine pauschale Aufwandsentschädigung von 7,70 Euro⁶⁶. Finanziert wird die Vergütung aus dem regulären Pflegesatz der Einrichtung und durch die Freisetzung einer halben Pflegehelferstelle:

„Sie können davon ausgehen, dass eine Helferstelle 38.000 Euro an Personalkosten verursacht. [...] Umgerechnet auf Beträge waren das damals um die 60.000 Mark, die wir aus dem Topf genommen haben. Dafür hatten wir ca. 1.300 Arbeitsstunden gehabt. Wir haben gesagt: Das machen wir nicht. Wir setzen dafür vorwiegend Ehrenamtliche ein – á 15 Mark, 4000 Stunden. Also eine Stundenmehrung von

⁶⁶ In den vergangenen Jahren wird über eine Zunahme der Monetarisierung freiwilliger Tätigkeiten in der Fachöffentlichkeit/Wissenschaft kontrovers diskutiert. Ein Teil der ExpertInnen kommentieren die Entlohnung kritisch, mit dem Argument, dass Engagement hier in die Nähe der Erwerbsarbeit gerückt wird, die Vorteile von Engagement aber gerade darin liegen, dass sie frei von Erwerbszwecken und -zwängen erbracht werden (können) (z.B. Evers 2006c; Böhle/Kratzer 1999). Andere stehen Formen der Bezahlung freiwilliger Tätigkeit, Möglichkeiten des Zuverdienstes durch „Bürgerarbeit“ weniger ablehnend gegenüber. Beispielsweise sieht es Klaus Dörner es als legitim, dass BürgerInnen die Zeit geben, hierfür auch Geld nehmen (Dörner 2007: 70).

2.700 Stunden in der Einrichtung. Das sind eigentlich fast zwei Planstellen in der Umsetzung.“ (Int_01_Z.185-192)

Durch diese Umwidmung der Gelder stehen in der Einrichtung beträchtlich mehr Stunden für die Bewohnerbetreuung zur Verfügung. Die Einsatzstunden der Ehrenamtlichen werden gegenüber Dritten ausgewiesen:

„Wir führen auch definitiv über den Einsatz dieser Mittel Nachweis, der auch jederzeit jedem, der als kontrollierende Instanz oder als prüfende Instanz uns beurteilt, offen [zugänglich] ist. [...]Dann ist das auch kein Problem, dass wir Geld dafür ausgeben.“ (Int_01_Z.196-200)

Die stundenweise Aufwandsentschädigung diene als Anreiz für freiwilliges Engagement. Zwischen den Trägern der sozialen Arbeit der Stadt habe sich in den letzten Jahren zunehmend ein Wettbewerb um Freiwillige entwickelt, in dessen Zuge es schwieriger wurde, Personen ohne monetäre Anreize für ein Engagement zu gewinnen. Ein „bezahltes Ehrenamt“ gab es im Trägerverein zuvor schon im Bereich der ambulanten Pflege, die dortigen Stundensätze galten als Orientierung für den stationären Bereich.

„Wir haben gute Erfahrungen übertragen auf die Einrichtung und haben eigentlich nie Probleme gehabt mit dieser Aufwandsentschädigung und dafür Leute zu finden. Ohne Aufwandsentschädigung – für „ein Vergelts-Gott“ – tun wir uns einfach sehr schwer.“ (Int_01_Z.237-240)

Trotz dieser Argumentation gelang es im Heim, neben der Gruppe „Beschäftigungsdienst“ eine zweite Freiwilligengruppe aufzubauen, deren Mitglieder für die geleisteten Einsätze keine Aufwandsentschädigung erhalten: die Gruppe „ökumenischer Besuchsdienst“ in der 15 Freiwillige tätig sind. Dass man hier keine Aufwandsentschädigung zahle, begründet der Heimleiter mit einer größeren Freiheit der Gruppe in der Ausgestaltung der Tätigkeit (zeitliche Souveränität, Gestaltung der Besuche) gegenüber den Aufgaben in der Gruppe Beschäftigungsdienst.

Der Arbeitsansatz für den ökumenischen Besuchsdienst wurde in Kooperation mit zwei SeelsorgerInnen entwickelt, deren stundenweise Tätigkeit für das Heim von der evangelischen und katholischen Kirche finanziert wird.

„Wir haben hier im Haus im Bereich der Seelsorge eigentlich sehr gut besetzte Stellen. Es war für uns sehr wesentlich, auch die Frage zu stellen: Was ist denn außerhalb von Gottesdienst, was ist denn außerhalb von den rituellen Dingen, die

die Seelsorge dann im Haus auch tut, an Angebot da? Wir– sicherlich auch aufgrund meines eigenen Ausbildungshintergrunds – wollen ein Besuchsmodell in der Einrichtung, wo wir uns noch mal Leute akquirieren können.“ (Int_01_Z.399-406)

Es wurde ein Fortbildungskurs konzipiert und durchgeführt, der die Freiwilligen darin schulte, BewohnerInnen in Krisenfragen durch Einzelgespräche zu unterstützen. Die SeelsorgerInnen begleiten den Besuchsdienst darüber hinaus durch das Angebot von regelmäßigen Fallbesprechungen, welche von der Mehrheit der Freiwilligen in Anspruch genommen werden. Von den Freiwilligen wird erwartet, dass sie sich mindestens ein Jahr lang zwei Wochenstunden im Heim engagieren.

Nach Einschätzung des Heimleiters sind sowohl die hauptberuflichen MitarbeiterInnen als auch die Freiwilligen mit der Zusammenarbeit sehr zufrieden. Die MitarbeiterInnen würden das Konzept vor allem daher akzeptieren, da sie dadurch eine Arbeitserleichterung erfahren. Die Ehrenamtlichen seien sehr motiviert, die Fluktuation gering. Von besonderem Wert für das Heim sei nicht nur die geleistete Arbeit der Freiwilligen, sondern auch die positive Öffentlichkeitsarbeit, die durch die Freiwilligen geleistet werde.

„Weil wir eigentlich auch von unseren Mitarbeitern erwarten, dass sie gegenüber der Einrichtung eine positive Öffentlichkeitsarbeit machen. Weil wir auch darauf angewiesen sind. Aber auffällig [ist], dass gerade der Ehrenamtliche mehr erzählt und den größeren Faktor in der Öffentlichkeit hat.“ (Int-01_Z.389-392)

Zusätzlich zu den beiden Freiwilligengruppen ist das Heim an einer im Jahr 2004 gegründeten *Stiftung* für die Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe und -pflege im Trägerverein beteiligt. Ziel der Stiftung ist es, für die Altenhilfeeinrichtungen des Trägers zusätzliche Mittel zu akquirieren, mit der über die Kostenträger nicht refinanzierbare Angebote entwickelt werden können.

„Ja, das [die Stiftung] ist schon ein Stück weit aus der Not der Situation heraus, was [die] Finanzen angeht. Ich würde es aber auch so erfassen unter dem Aspekt: Risikomanagement. Dass wir sagen müssen: Unter der – oder, der zu erwartenden – Veränderung des Gesundheitssystems und auch der Pflegeversicherung müssen wir alternative Wege gehen.“ (Int_1_Z.861-865)

Das Stiftungskapital wird nach einem Schubladenprinzip dezentral den beteiligten Einrichtungen und Diensten zugeordnet. Das Heim A wirbt zur Unterstützung der beiden Freiwilligengruppen um Gelder. Längerfristiges Ziel ist es, durch die Stiftung eine

unabhängige finanzielle Grundlage für die Aufwendungen der Freiwilligengruppen (Aufwandspauschale, Ausbildungsgänge, Materialien für den Beschäftigungsbereich) zu bilden und damit auch die Pflegesätze von den Ausgaben für die Freiwilligengruppen zu entlasten.

Das Heim A hatte im Jahr 2006 einen Vermögensstand von knapp 20 000 Euro in der Stiftung. Beiträge wurden von der evangelischen Gesamtkirchengemeinde und Einzelpersonen gestiftet. Der Stiftungsvorstand setzt sich aus VertreterInnen des Dekanats, der Fördervereine der Sozialstationen, einem Mitarbeiter der Diakonie und einer Bewohnervertretung zusammen. Die Idee der dezentralen Zuordnung von Stiftungsgeldern und dementsprechender Einflussmöglichkeiten der verschiedenen Akteure ist als durchaus innovatives Modell zu bewerten, das an die Idee der Bürgerstiftungen erinnert⁶⁷.

Netzwerke mit externen Partnern

Bezüglich der Entwicklung der dargestellten Freiwilligenmodelle und der Stiftungsarbeit wurden bereits institutionelle Netzwerke angesprochen, hier sind vor allem Kooperationen und Austausch im Trägerverband der Einrichtung und die Kirchen zu nennen.

Kooperationen mit externen Gruppen, die Angebote wie Freizeit- und Kulturveranstaltungen im Heim gestalten, werden nach Auskunft des Leiters weniger gesucht: Eine „Öffnung“ der Einrichtung im Sinne der Entwicklung eines „öffentlichen Hauses“ und einer „Betriebsamkeit im Haus“, wie sie oftmals in anderen Heimen als Ideal gesehen würden, seien in einer gerontopsychiatrischen Facheinrichtung nicht wünschenswert, da dies eine zusätzliche Belastung für die schwer verhaltensauffälligen BewohnerInnen wäre.

„Selbst das Sommerfest ist ein internes Fest. Es geht nicht um Rummel, es geht nicht um viel Externe, es geht nicht um den Verkaufserlös beim Kaffee und Kuchen. Darum geht es nicht. Das wäre auch nicht unser Ziel. Sondern es geht, wenn auch beim Sommerfest um ein herausgehobenes Ereignis, in dem der betreffende Mensch und vorwiegend der Angehörige dann merkt, das ist was Besonderes.“
(Int_01_Z.991-996)

Die Einrichtung suche daher nicht nach weiteren Kooperationspartnern zur Gestaltung derlei Angebote; bei sich gelegentlich ergebenden Kontakten würden gemeinsame

⁶⁷ Vgl. z.B. www.buergerstiftungen.de.

Projekte aber meist auch nicht abgelehnt. Das Heim kooperiert mit zwei Schulen. SchülerInnen einer KinderpflegerInnen-Schule gestalteten ein 14-tägiges Gruppenangebot für BewohnerInnen, gelegentlich bringen sich SchülerInnen einer Hauptschule mit verschiedenen Projekten im Heim ein. Auch Auftritte einer Musikschule und eines Singkreises finden gelegentlich statt.

Durch die Konzeption als „geschützte Insel“ ergibt sich für das Heim nach Auskunft des Leiters allerdings das Problem, in der Öffentlichkeit weniger präsent zu sein. Neben den öffentlichkeitswirksamen Effekten der Einbindung Freiwilliger, sei es der Einrichtung daher wichtig durch Fachvorträge in der örtlichen Altenhilfeszene als Experte für Ansätze der gerontopsychiatrischen Versorgung in Erscheinung zu treten.

Die Einbindung von Angehörigen

Die Einbindung von Angehörigen findet in der Einrichtung auf drei Ebenen statt. Die erste Ebene ist die Übernahme persönlicher Betreuungsaufgaben durch Angehörige und der sich daraus ergebene Kontakt zwischen MitarbeiterInnen der Einrichtung und Angehörigen:

„Die sind sicherlich auch ehrenamtlich [tätig], die Angehörigen – in der Betreuung der eigenen Eltern, des Partners [...], sodass sie sich mit einbringen. Und da sind wir auch sehr offen.“ (Int_01_Z.675-680)

Zur Stützung des Engagements der Angehörigen lege die Einrichtung auf eine „ganz normale Kommunikation“ (Int_01_Z.690-691) zwischen MitarbeiterInnen und Angehörigen Wert, und dass von Seiten der MitarbeiterInnen „das Gespräch gesucht wird“ (Int_01_Z.692).

Auf der zweiten Ebene bietet das Heim alle sechs Wochen – und damit überdurchschnittlich häufig – Angehörigenabende an. Die Angehörigenabende sind als Unterstützungsangebot gedacht. Dort werden Informationen zum Umgang mit Demenz gegeben und die Möglichkeit zur Aufarbeitung belastender Situationen ermöglicht.

Die dritte Ebene der Einbindung Angehöriger umfasst die Möglichkeit der Übernahme eines Engagements Angehöriger im Rahmen der Heimmitwirkungsverordnung. Da im gerontopsychiatrischen Heim die BewohnerInnen ihre eigenen Interessen im Heimbeirat nicht vertreten können, existierte im Heim lange Zeit ein Heimförsprecher, der in der Regel aus dem Kreis der rechtlichen Betreuer der HeimbewohnerInnen rekrutiert wurde.

„Wir haben das dann umgestellt und haben gesagt, wir wollen das eigentlich nicht nur in der einen Schnittstelle zu dieser einen Person, die dann ja wieder Sprechstunden abhalten muss [...] Wir gehen den Weg, dass wir sagen, wir machen einen Angehörigenheimbeirat. Da waren wir auch sehr früh dabei. Und haben dann auch unter Zustimmung der Heimaufsicht gesagt: Die Angehörigen können hier die Interessen ihrer Pflegebedürftigen Angehörigen vertreten [...] Das sind fünf bis sieben Personen, die nach Heimgesetz den Heimbeirat bilden.“ (Int_01_Z.714-722)

Die Beiräte werden per Briefwahl der Angehörigen bestimmt. Die Arbeit des Beirats beschränkt sich nach Auskunft des Interviewten auf die gesetzlich bestimmten Mitwirkungsbereiche.

„Da sind die Kostenfragen, die Betreuungsfragen. Aber weniger so Aktionen, dass sie sagen, sie müssen da jetzt was machen. Also da würde ich mir manchmal auch ein bisschen mehr Aktivität wünschen. [...] die Leute sind alle sehr stark eingebunden und auch belastet durch die Situation des eigenen Angehörigen. [Das ist] nicht einfach. (Int_01_Z.733-738)

Zusammenfassung und Diskussion

Auf Basis des gerontopsychiatrischen Konzepts der Einrichtung und mit dem Schwerpunkt auf die Betreuung im Rahmen der geschlossenen Station des Heims werden Öffnungsprozesse und die Definition geeigneter externer Partner von der Einrichtung fachlich definiert, gesteuert und begleitet. Der Schwerpunkt liegt hier darauf, längerfristige engere Kontakte der BewohnerInnen zu ihren Angehörigen und zu Freiwilligen zu fördern. Die Öffnung nach Außen im Sinne einer Gemeinwesenorientierung spielt demgegenüber kaum eine Rolle. Dies, so der Heimleiter, sei auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass die Einrichtung als überlokale Einrichtung mit regionalem Einzugsgebiet operiere. Von beiden Seiten – der Einrichtung wie der BürgerInnen des Stadtteils – wurde bislang kein spezielles Interesse am Aufbau von Partnerschaften entwickelt.

„Die ganze Sozialpolitik der Stadt ist sehr stark auf Stadtteilprojekte ausgerichtet. Wir sind eine übergeordnete Einrichtung. Wir haben uns da bis jetzt nicht eingebracht. Aber ich höre viel von Nachbarschaftshilfen, die im ambulanten Bereich stadtteilbezogen laufen. Wir sind eigentlich ganz zufrieden mit der Struktur, wie wir es machen.“ (Int_01_Z.1019-1024)

Eine stadtteilbezogene Einbindung findet nicht statt, auch kein ausgeprägter Kontakt zu einer der Kirchengemeinden in der Nachbarschaft.

Zweitens fällt auf, dass zivilgesellschaftliche Ressourcen im Heim zwar unter dem Aspekt der Humanisierung des Heimlebens als wichtig angesehen werden, sie aber zugleich auch in der Sprache der Ökonomie und unter betriebswirtschaftlichen Aspekten beschrieben und bewertet werden. Auffällig ist die Sprache, die der Heimleiter verwendet, um Gründe für den Einbezug von bürgerschaftlichem Engagement zu benennen. So spricht er in Zusammenhang mit den Freiwilligen von „Personalmehrung“ (Int_01_Z.130-131) und „Stundenmehrung“ (Int_01_Z.191; 752); er bezeichnet die Stiftungsarbeit als „Risikomanagement“ (Int_01_Z.862-863) der Einrichtung und sieht die Einrichtung bei der Gewinnung von Freiwilligen auf einem „Markt“, auf dem man mit anderen sozialen Einrichtungen konkurriert:

„Also da ist der Markt schon sehr aufgebrochen. [...] Ich würde es eher als zukünftig auch schwierig bezeichnen, Leute zu kriegen. [...] Unter dem Aspekt, dass Sie etwas zahlen können, haben Sie immer einen Vorteil.“ (Int_01_Z.1118-1125)

Eine Verbindung von Ökonomie und der Einbindung von Engagement ist in diesem Beispiel in zwei Ansätzen zu beobachten. Einmal schafft die Einbindung von freiwilligen Ressourcen nach Einschätzung des Leiters eine wichtige Grundlage, um gute fachliche Betreuungskonzepte umzusetzen *und* befördert zugleich eine gute Wettbewerbsposition des Heims – soziales und unternehmerisches Handeln ergänzen sich synergetisch. Andererseits sind in den Aussagen des Leiters Tendenzen zu erkennen, Engagement durch die „Brille“ der Ökonomie zu betrachten und zu regulieren.

4.2.2 Fallbeispiel B: Ein defizitär wirtschaftendes Heim unter Kostendruck – nachbarschaftliche Hilfen schaffen Freiräume

Das Heim B ist die Nachfolgeorganisation eines städtischen Feierabend- und Pflegeheims und führt im Namen die Bezeichnung Seniorenzentrum. Im Zentrum sind auch eine Arztpraxis, eine Apotheke und ein Friseur untergebracht. Vom Heim selbst wird eine Cafeteria betrieben, die auch einen Mittagstisch für Personen außerhalb des Heims anbietet. Die Einrichtung liegt im Zentrum einer ostdeutschen Kleinstadt in einem ländlichen Kreis. Stadt und Region sind von schrumpfenden Einwohnerzahlen, einer hohen Abwanderung und einer damit verbundenen überdurchschnittlichen Alterung der

Bevölkerung betroffen. Gesprächspartner war der Heimleiter Herr B, der schon vor der Wende in der Vorläufereinrichtung als Mitarbeiter im Pflegebereich beschäftigt war.

In der Einrichtung stehen auf sieben Wohngruppen aufgeteilt, 81 Plätze im vollstationären Bereich und acht Tagespflegeplätze zur Verfügung. Das Haus ist als Ersatzneubau errichtet worden. Es ist sehr geräumig geplant; so stehen verschiedene Räumlichkeiten für Veranstaltungen und andere Angebote zur Verfügung. Die Planung und Gestaltung von Haus und Garten wurde unter Einbezug von Wünschen des Heimbeirats und in Arbeitsgruppen der Mitarbeiter mitbestimmt (z. B. Farbgestaltung). In jeder Wohngruppe steht eine kleine dezentrale Küche zur Verfügung. Das ursprünglich geplante Betreuungskonzept sah vor, dass neben der zentralen Essensversorgung zusätzlich in jedem Wohnbereich regelmäßig kleinere Speisen zubereitet und verzehrt werden können. Jedoch konnte die Einrichtung dieses Angebot angesichts der rasanten Änderung der Bewohnerstruktur hin zu Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen und vor allem demenziell Erkrankten aber auch angesichts einer zu knappen Personaldecke nicht aufrechterhalten. Mittlerweile wurden die Kochherde aus Sicherheitsgründen abgestellt, und die Küchen in thematisch gestaltete Wohn- und Aufenthaltsbereiche (z. B. 1950er-Jahre Zimmer, Jagdzimmer etc.) umfunktioniert.

Neben dem Neubau war im Heim in den vergangenen Jahren vor allem die insgesamt sehr schwierige wirtschaftliche Situation des Heims ein zentrales Thema. Im Zuge der großen wirtschaftlichen Probleme der Einrichtung und ihrer Träger hat die Trägerschaft des Heims seit der Wende insgesamt fünfmal zwischen verschiedenen Gliederungen des Wohlfahrtsverbandes gewechselt.

„KH: Was waren seit der Eröffnung die zentralen Veränderungen?“

B: Also geschäftlich waren es immer die Trägerwechsel.

KH: Und wie kamen die [Trägerwechsel] zustande?“

B: Wie drückt man sich da jetzt diplomatisch aus, wenn es um Geld geht? Durch, äh, leere Kassen, [...] hat man immer wieder einen Träger gesucht. Und wenn Schulden wieder da waren, dann hat man einen Trägerwechsel vorgenommen. Der neue Träger fängt ja mit Null an und der Alte erbt ja alles“ (Int_02_Z.46-55).

Es ist anzumerken, dass im Interview nicht geklärt werden konnte, ob die Trägerwechsel auch durch andere Faktoren bedingt waren. Zentral für ein Verständnis der Situation des Heim B ist, dass die wechselnden Trägerschaften vor Ort als sehr belastend empfunden wurden.

„Und die Unsicherheiten – Für die Bewohner mit den Heimkosten. ,Und dürfen wir jetzt hier bleiben?’ Und die Mitarbeiter: ,Welche Veränderungen gibt es? Gibt es denn Lohnkürzungen?’ [...] – die haben immer viel Unruhe gemacht oder bringen immer noch Unruhe. Weil letztes Jahr sind wir GmbH geworden und man will aus dem Tarifvertrag austreten [...] Ja, und man will sich langsam auf dem freien Markt orientieren, dass man dann auch die Vorteile auskosten kann. Wir müssen wettbewerbsfähig sein.“ (Int_02_Z.59-65)

Das Heim und neun weiteren Altenhilfeeinrichtungen im Bundesland werden heute von einer Tochtergesellschaft des Verbands in der Rechtsform einer GmbH getragen. Die wirtschaftliche Situation der Einrichtung sei weiterhin sehr kritisch:

„Abzahlungen, überall Einsparungen, und die Pflegesätze dürfen nicht mehr steigen. Ich weiß selbst nicht mehr, wie es besser werden soll.“ (Int_2_Z.79-81)

Aufbau von Unterstützergruppen

Der Einbezug freiwillig Engagierter hat sich in der Einrichtung unmittelbar nach der Wende ergeben; die MitarbeiterInnen des Heims hätten es nach Auskunft des Leiters damals verstanden, die durch die hohe Arbeitslosenquote in der Region bedingten freien Zeitressourcen der MitbürgerInnen als Potenzial zu nutzen.

„Und dann [nach der Wende] standen eben eine Menge Menschen auf der Straße. [...] Haben damals Arbeit gesucht. [...] Da haben wir damals immer so versucht: ,Nein, Arbeit haben wir nicht, wir haben unser eigenes Personal - noch.’ Ob sie nicht ehrenamtlich irgendwie arbeiten wollten? Ehrenamt ist ja eher so ein Begriff mit wertkonservativer, kapitalistischer Bedeutung. Oder Nachbarschaftshilfe. Also einfach angeboten: Sie können sich nützlich machen, indem sie hier regelmäßige nützliche Arbeit im Sinne von den Senioren [...] machen. Und da haben wir gesagt: Ach kommt doch einfach, beschäftigt euch mit den Leuten. Nutzt die Langeweile, die ihr zu Hause habt. Und dreht mit denen irgendwie bunte Servietten oder gestaltet mit denen im Laufe des Vormittags den Garten oder irgendwas anderes, was jetzt irgendwie mit Dekoration oder für Veranstaltungen. Und dadurch fing es dann auch so langsam an, wo wir einen Bezug aufgebaut haben zu den Leuten hier in der Region oder gerade in der Stadt hier. Weil in so einer Kleinstadt hier kennt doch jeder jeden. Und das macht es auch erst mal aus. Weil, wenn jeder jeden kennt, hat man ein bestimmtes Vertrauensverhältnis auch schon aufgebaut. Und man wusste auch, vielleicht hat man mal die Möglichkeit, irgendwann eine Beschäftigung zu

bekommen, grade wo wir bauen wollten – eine Illusion, ein Phantasiebild – wir wollen bauen! Irgendwann werden es schon mal mehr Arbeitsplätze. Das gab auch einen entsprechenden Motor für solche Leute, zu kommen, in der alten Einrichtung noch. Und die sind auch regelmäßig gekommen.“ (Int_02_Z.4-24)

Aus den geschilderten Anfängen heraus ist freiwilliges Engagement im Heim heute fest etabliert. Der Heimleiter schätzt die Freiwilligen als Gewinn für die Betreuungsqualität im Haus:

„Ehrenamt sollte man immer haben. Braucht man einfach heute. Brauch man einfach. Durch die steigende Pflegebedürftigkeit haben einfach die Mitarbeiter wenig Zeit für das Hauptsächliche, also ich sage mal WOHLFÜHLEN, im Leben. Da ist nur noch Grundpflege, Behandlungspflege, Sozialdienst und ab. Da ist nur noch viel Kohle und alles andere ist nicht messbar, bezahlbar. Und deswegen haben wir Leute vom Ort hier, die Spazierfahrten unternehmen oder Veranstaltungen machen und so.“ (Int_02_Z.88-95)

Ungefähr 16 Freiwillige sind im Haus regelmäßig aktiv. Die Freiwilligen werden über „Mund zu Mund“ Propaganda, häufig über persönliche Kontakte der MitarbeiterInnen der Einrichtung gewonnen. Es werden keine festen Tätigkeitsbereiche für Freiwillige von den hauptberuflichen MitarbeiterInnen der Einrichtung vorab definiert, sondern Ideen würden in Absprache zwischen Freiwilligen und hauptberuflichen Mitarbeitern entwickelt werden. Je nach Tätigkeitsbereich werden die Freiwilligen von der Pflegedienstleitung, der Heimleitung oder der Ergotherapeutin begleitet. Freiwillige engagieren sich im Bereich „Hausgestaltung“, hier geht es vor allem um Dekorierungen und Einrichtungsfragen – ein Werkraum im Haus kann hier genutzt werden – und organisieren Veranstaltungen des Heims mit. Ein anderer Bereich sind Gruppenangebote für BewohnerInnen, teilweise übernehmen Freiwillige Einzelbetreuungen wie Besuche und begleitende Angebote wie Vorlesen oder Spazierfahrten und das Erledigen von Einkäufen für BewohnerInnen.

Der Heimleiter betont, dass er eine Verplanung und Rationalisierung freiwilliger Tätigkeit vermeiden möchte, denn das ginge auf Kosten des eigentlichen Gewinns, den eine Einrichtung hat – nämlich so etwas wie Lebensweltnähe und Einbindung in das Gemeinwesen. Andererseits wurden in der Einrichtung mit diesem „offenen Konzept“ der Einbindung aber auch schlechte Erfahrungen gemacht, daher werde heute eine längerfristige, kontinuierliche Zusammenarbeit mit Freiwilligen angestrebt.

„Wir haben gelernt: Zu viele Wechsel machen den Bewohner wirr. Ziel war dann: Mitarbeiter und Ehrenamtliche, die kontinuierlich in der Einrichtung sind. Es wurde [vor der Umsetzung] auch viel geklaut – und dann haben die Mitarbeiter Vorwürfe gemacht: Warum lassen wir so viele Leute da rein. Dass es auch den Bewohner nicht recht war, hat der Heimbeirat berichtet.“ (Int_02_Z.120-124)

Netzwerke mit externen Partnern

Eine Vielzahl von Kooperationen des Heims mit lokalen Gruppen und Organisationen wird nach Auskunft des Heimleiters gepflegt, um weitere Angebote im Heim umzusetzen. Beispielsweise hatte das Heim einen Aufruf in der lokalen Presse gestartet, dass die BürgerInnen Materialien spenden, die für die Gemeinde und in Zeiten als die BewohnerInnen jung waren, typisch sind. Zusammen mit Vereinen und BürgerInnen wurden die Wohnküchen der einzelnen Wohngruppen nach verschiedenen Themen der Region gestaltet, z. B. wurde ein Jagdzimmer in Kooperation mit dem Jagdverein eingerichtet, ein Bienenzimmer mit dem Imkerverein etc. Eine Malkursgruppe der örtlichen Volkshochschule nutzt seit einigen Jahren für ihre Treffen einen Raum im Haus und mit der Zeit hatte es sich ergeben, dass einzelne BewohnerInnen bei den Treffen der Gruppe eingebunden wurden.

In Kooperation mit einer örtlichen Kita und einer Behinderteneinrichtung werden Besuche der BewohnerInnen und der Kinder organisiert.

„Und auch die Behinderten kommen. Von der [XY-Einrichtung]. Die führen hier auch mal Kulturprogramme vor. Und die Bewohner gehen auch mal dort hin, gucken sich dort an, was die machen und wie die leben. [...] Wie profitiert die Kita von uns? Was bieten wir der Kita an? (Denkminute) Ich denke mal wie bei den anderen, die wollen sich auch selber präsentieren nach außen. Also Ort der Generationen zu sein, Ort der Begegnung. Sich nicht nach außen abzuschirmen. Keine Berührungsgänge [haben].“ (Int_02_Z.222-228)

Das Haus konnte sich in den vergangenen Jahren nach Auskunft des Heimleiters durch ein gutes Veranstaltungsangebot als öffentliches Kulturzentrum, das von den BürgerInnen und Vereinen der Gemeinde recht rege genutzt werde, etablieren. Dabei werden die Veranstaltungen in der Regel in Kooperation mit Vereinen und anderen lokalen Organisationen durchgeführt; so werden das Sommer- und das Herbstfest gemeinsam mit der lokalen Gliederung des Wohlfahrtsverbands und der Seniorenberatungsstelle vor

Ort durchgeführt. Im Rahmen der jährlich stattfindenden Seniorenwoche kooperiert das Heim mit den örtlichen Stadtwerken:

„Mit den Stadtwerken gibt es hier regen Kontakt. Die sind Kooperationspartner immer für die Seniorenwoche. Die haben die Frau XY, und die organisiert das alles immer für die Seniorenwoche. Die machen auch ihr eigenes Programm. Und äh die Stadtwerke geben uns dann einen Unkostenbeitrag für Kulturveranstaltungen oder die Eröffnungsveranstaltung. Und äh wir präsentieren uns dann immer gemeinsam nach Außen: als Stadtwerke XY und Heim B, Aktionen für Alt und Jung.“
(Int_02_Z.405-412)

Die öffentlichen Veranstaltungen im Haus werden teils von der Stadt finanziell gefördert.

„Ja, also für irgendwelche Kulturveranstaltungen so außen rum, da sind sie [die Stadt] echt schon spendabel. [...] Die Stadt ist immer so interessiert, öffentliche Projekte oder Gemeinnützige zu fördern, indem sie da Fördermittel geben. Und einer profitiert von dem Anderen. Und dann immer so, wer hat Geld der muss sich präsentieren und der Öffentlichkeit was darbieten.“ (Int_02_Z.444-454)

Die Mitarbeiterin der Seniorenberatungsstelle helfe dem Heim bei Anträgen und Nachweispflichten von städtischen Zuschüssen. Das Zentrum bietet im Gegenzug beispielsweise für ein Modellprojekt zur Einbindung freiwillig Engagierter in häuslichen Pflegearrangements, das an der Beratungsstelle angesiedelt ist, Räumlichkeiten und Vorträge für Ausbildungskurse an.

Das Heim bietet für diverse Veranstaltungen Räumlichkeiten gegen Erstattung der Selbstkosten an. Auch dies sei wichtig, um Kontakte aufzubauen und zu pflegen.

„Dass halt die Vereine auch öffentliche Veranstaltungen hier durchführen, das macht eine Menge aus. Zum Beispiel der Stadtseniorenbeirat hat hier eingeladen, mit größerem Kulturprogramm, mit Künstlern. Wir haben die Verpflegung gestellt. Bei der Bezahlung dann – Wasser, Strom, Heizung und so – da kriegt man sich manchmal in die Haare. Aber wenn sie irgendwo ne Gaststätte mieten würden, würden sie teurer kommen.“ (Int_02_Z.236-242)

„B: Hier findet was statt – so für die gehobenen Leute auch. Ärzteversammlungen finden hier statt, Krankenkassen-Veranstaltungen finden hier statt.“

KH: Wie haben sich die Kontakte ergeben?

B: Zwischenmenschliche Beziehungen durch Handel. Einer hat die Butter, der Andere das Brot. Die Räume sind da. Der Ort ist ideal, weil zentral.“ (Int_02_103-111)

Die Cafeteria des Hauses übernehme eine wichtige Rolle bei der Belebung und Öffnung des Hauses nach Außen.

„Wir wollen die Cafeteria behalten – die rechnet sich auch immer grade so plus minus Null – weil das einfach der Ort ist, wo viel geschnattert wird, weil das einfach ein Eindruck ist, dass hier Leben ist. Mitarbeiter sitzen da, da sitzen Bewohner mit Angehörigen, da sitzen die Ehrenamtler da. Also so richtig gemischt. Dann kommt die Feuerwehr mittags hierher zum Essen, dann kommt der Rettungsdienst her zum Mittagessen, dann kommen einige Mitarbeiter aus der Stadtverwaltung hier mittags essen. Eigentlich heißt es immer, über 65jährige sollten hier Mittagessen. Also eigentlich ist das genau vorgeschrieben. Und deswegen nicht große Werbung machen. Die kommen, das ist schon immer so gewesen, und man kann es ihnen nicht verbieten. Das ist halt ein Problem des Steuerrechts bei Gemeinnützigkeit. Man würde manchmal viel mehr machen wollen.“ (Int_02_Z.260-272)

Es wird von den *hauptberuflichen MitarbeiterInnen* erwartet, dass sie sich über die Arbeitszeit hinaus im Heim engagieren. Nur so sei die Gestaltung der Kontakte und Aktivitäten des Zentrums jenseits der Bereiche Pflege und Hauswirtschaft möglich. Die Bereitschaft der MitarbeiterInnen sei sehr hoch, was der Heimleiter darauf zurückführt, dass 95 % der Belegschaft Mitglied der Ortsgruppe des Wohlfahrtsverbands sind.

„Ich sage es mal so: Der Mitarbeiter, der hier in die Einrichtung kommt, der weiß: teilweise ist ehrenamtliche Arbeit ein Muss. [...] Und je mehr sich der Mitarbeiter hier mit dem Arbeitsplatz identifiziert, umso mehr versteht er es, hier noch viel mehr Zeit zu verbringen, dass es ein ehrenamtliches Engagement gibt, das über die Arbeit hinausgeht. Die haben nicht nur einen Arbeitsplatz hier als Sozialarbeiter-menschen.“ (Int_02_Z.365-371)

Die Einbindung von Angehörigen

Das Heim B wurde der Autorin empfohlen aufgrund seiner sehr guten Angehörigenarbeit. Ziel der Angehörigenarbeit ist es, Angehörige verstärkt in der Pflege und der BewohnerInnenbetreuung einzubinden. Die Pflegedienstleitung leitet die Angehörigen-

arbeit. Angeboten wird eine Fortbildungsreihe, in der Angehörige über verschiedene Themen des Alters und der medizinisch-pflegerischen Versorgung informiert werden. Schwerpunkt sind Fragen des Umgangs mit Demenz. Teilweise übernehmen MitarbeiterInnen des Hauses Vorträge, es gibt auch Fortbildungen, die gemeinsam an Personal und Angehörige adressiert sind. Zu medizinischen und pharmakologischen Fragen beispielsweise konnten als Referentinnen eine örtliche Ärztin und eine Apothekerin gewonnen werden. Der Leiter schätzt den Gewinn der Informations- und Fortbildungsangebote als sehr hoch ein, da eine gemeinsame Sprache und ein Verständnis zwischen MitarbeiterInnen und Angehörigen hinzugewonnen werden konnte:

„Man soll nicht immer Angehörigenarbeit so verstehen, dass wir die Angehörigen ans Pflegebett peitschen würden. Weil ich mir denke, Wissen, Information ist erstmal wichtig für die Angehörigen, damit die Vertrauen aufbauen. Dass man lernt, Partner zu sein – und nicht Abschieber oder Auslieferer oder der Geldnehmer und sie der Geldgeber. Wirklich wie ein Partner zu sein. Das heißt immer wieder informieren und transparent sein über seine tägliche Arbeit.“ (Int_02_Z.329-335)

Jährlich wird zur Würdigung der Angehörigen ein Angehörigentag durchgeführt. Die Angehörigenarbeit ist auch Gegenstand eines freiwilligen Zertifizierungsverfahrens der Einrichtung.

Zusammenfassung und Diskussion

Die Philosophie im Umgang mit freiwilligem Engagement in Heim B kann mit Begriffen wie „Nachbarschaftshilfe“ und „örtliche Gemeinschaft“ charakterisiert werden. Den Darstellungen des Heimleiters folgend finden Freiwillige über persönliche Kontakte zu einem Engagement in der Einrichtung und die Einrichtung legt auf eine längerfristige gute Gemeinschaft wert. Mit Blick darauf ist es nach Ansicht des Leiters wichtig, dass Freiwillige kreative Freiräume erhalten, ihr Engagement zu gestalten. Vorteil dieses Ansatzes ist eine Lebendigkeit und Vielfalt im Haus, die mit den anderen zur Verfügung stehenden Ressourcen für das Haus, die geplant und rationalisiert werden müssen, nicht verwirklicht werden könnte.

Der Heimleiter äußerte Befürchtungen für die Zukunft, dass es im Heim angesichts der schwierigen wirtschaftlichen Lage zu einer „erzwungenen Instrumentalisierung“ des Ehrenamts auf Kosten regulärer Arbeitsplätze kommen könnte. Tendenzen einer Instrumentalisierung von Ehrenamtlichkeit sieht der Leiter in der aktuellen Heimlandschaft und speziell auch in der Forcierung des Trägers bestätigt, dass die Einrichtung angeben

soll, in welchen Bereichen und in welchem Ausmaß Ehrenamtliche aktiv sind, und dazu anhält, stärker Ehrenamt in klar definierten Arbeitsbereichen in der Einrichtung aufzubauen.

„Bald reden wir nicht mehr von Personalschlüsseln, dann reden wir nur noch von Wirtschaftlichkeit über Ehrenamt.“ (Int_02_Z.204-205)

Der Heimleiter wehrt sich gegen derlei Ansätze, denn die geforderte Einbindung von Freiwilligen in genau definierten Arbeitsbereichen würde seiner Ansicht nach die Vorteile, die das bisherige Konzept der Einrichtung beinhaltet – eine Lebendigkeit und Gemeinschaftsorientierung im Haus auf der Basis guter nachbarschaftlicher Beziehungen – gefährden.

„Das I-Tüpfelchen ist die Gemeinschaft. Wo ich dann sage, ja, man kann das nicht dirigieren. Da muss man sensibel sein. Und ich denke jeder hat seine Stärken da und seine Vorteile da.“ (Int_02_Z. 170-171)

Sensibilität im Umgang und das Schaffen einer Vertrauensbasis sind auch die Ansatzpunkte, mit denen die Einrichtung einen besseren Kontakt zu Angehörigen aufbauen möchte. Die Einrichtung tritt hier mit ihrem Konzept der Angehörigenarbeit einen „Schritt zurück“: Der Weg zu einer verbesserten Einbindung Angehöriger im Heim sollte nach Einschätzung des Leiters nicht damit beginnen, dass Angehörige aufgefordert werden, pflegerische und Betreuungsaufgaben im Heim zu übernehmen; vielmehr bietet der gemeinsame Austausch von MitarbeiterInnen und Angehörigen und das Finden einer „gemeinsamen Sprache“ einen Zugang, woraus sich weitere Formen der Zusammenarbeit entwickeln könnten.

Ein wesentlicher Teil der Einbindung in das Gemeinwesen läuft über diese Veranstaltungsangebote, die über vielfältige Kooperationen mit lokalen Gruppen und Vereinen organisiert werden. Das Heim, das im Titel die Bezeichnung Seniorenzentrum trägt, kann erst über diese Kooperationen und Partnerschaften ein entsprechendes Profil entwickeln. Die Partnerschaften prägen also die Identität der Einrichtung wesentlich mit. Der Kontakt zu den Vereinen u.a. Gruppen ist dabei durchaus von Pragmatismus geprägt: gemeinsam etwas umsetzen zu können, was den Einzelnen überfordern würde, „weil für EINEN ist die Veranstaltung immer zu teuer“ (Int_02_Z.449), ebenso von gegenseitigen Hilfestellungen und Nutzung der unterschiedlichen Ressourcen und Kompetenzen der Partner. Der Gewinn der Kooperationen liegt nach Ansicht des Interviewpartners darüber hinaus darin, dass sie allen Beteiligten durch die gemeinsame

Präsentation nach Außen eine gute Möglichkeit der Öffentlichkeitsarbeit bietet. Zwei Dimensionen der Öffnung werden in diesem Vorgehen angesprochen: eine Öffnung des Heims zur Gesellschaft als Sozialraum und eine Öffnung zur Gesellschaft als ein Raum mit anderen wirtschaftlichen Akteuren.

4.2.3 Fallbeispiel C: Die Einbindung trägereigener Strukturen und stadtteilorientierter Altenarbeit als Ansätze der Heimöffnung

Das Heim C liegt in einer ostdeutschen Großstadt. Der Trägerverein bietet in der Großstadt primär Dienste im Bereich der Altenhilfe und -pflege und der Familienhilfe an; er hat insgesamt ungefähr 300 hauptberufliche MitarbeiterInnen. Verpflegung und Reinigungsdienste, auch die entsprechenden Angebote im Heim C, werden von einer Tochtergesellschaft in der Rechtsform einer GmbH erbracht.

Die stationäre Einrichtung wurde im Jahr 2000 eröffnet und bietet 78 Heimplätze sowie einen Mittagstisch für Senioren des Stadtteils an. Auf dem Gelände wurden zudem fünf heimverbundene „Betreute Wohnungen“ erbaut. Die stationäre Einrichtung ist in die Struktur eines stadtteilbezogenen „Altenzentrums“ des Trägers einbezogen; hierzu zählen neben dem Heimbereich ein ambulanter Pflegedienst sowie zwei Begegnungszentren im Stadtteil. Die beiden Begegnungszentren bestanden schon mehrere Jahre vor der Einführung der Pflegedienstleistungen im Stadtteil, sie werden von der Stadt finanziert. Der Gesprächspartner ist der Leiter des Sozialen Diensts des Heims, er betreut zudem die Begegnungszentren und verantwortet den Auf- und Ausbau von Netzwerken für das Zentrum. Herr C ist seit Inbetriebnahme der stationären Einrichtung in dieser Position angestellt.

Die Organisation der Dienstleistungsangebote des Trägers in Form von stadtteilbezogenen Dienstleistungsklustern wurde als Konzept Mitte der 1990er-Jahre im Trägerverein entwickelt und seither schrittweise umgesetzt. Das Konzept steht nach Auskunft des Interviewpartners unter dem Motto „Weg von der Dienstleistungsorientierung, hin zur Stadtteilorientierung“. Es kann mit Umschreibungen wie „wohnnortnahe Versorgung mit einem abgestuften Dienstleistungsangebot“, „Aktivierung freiwilligen Engagements“ und „Vernetzung mit verschiedenen Akteuren im Stadtteil“ charakterisiert werden.

Ein wichtiger Impulsgeber für die Schaffung einer relativ kleinen und stadtteilbezogenen stationären Einrichtung war ein städtischer Beschluss zum Abbau großer Heime ge-

wesen und allgemeinen positiven Bekundungen gegenüber stadtteilbezogenen Angeboten. Die stationäre Einrichtung ist frei finanziert, die Heimentgelte im oberen Preissegment des städtischen Heimangebots angesiedelt.

Das Interview wurde mit der Leitung Sozialarbeit geführt, da diese die Aufgabe hat, die für das Forschungsprojekt besonders interessante Brückenfunktion in den Stadtteil auf- und auszubauen.

Aufbau von Unterstützerguppen

Der Einbezug *Freiwilliger* ergebe sich aus dem Selbstverständnis und der Tradition des Trägervereins. Diese Begründung des Aufbaus ehrenamtlichen Strukturen im Heim stellt gegenüber den anderen Fallbeispielen eine Ausnahme dar, wo die Bedeutung des Engagements aus der prekären Situation der Betreuung in der stationären Einrichtung heraus gesucht wird.

„Also wissen Sie, der [Trägerverein] ohne Ehrenamt ist nicht vorstellbar. Das ist ein ureigenes Interesse dieser Strukturen. Durch die aktive Mitgliederarbeit haben wir diese Tradition, dass Leute etwas füreinander machen.“ (Int_03_Z.234-236)

Im Heimbereich sind ungefähr 40 Personen regelmäßig freiwillig engagiert.

„Das sind aber Zahlen, die uns [im Trägerverein] nicht erstaunen, wo die einfach normal sind. Das ist einfach von unserem Verständnis her, mit der Einbindung von Menschen, die sich ehrenamtliche betätigen wollen, [das ist] etwas Wichtiges. Im Trägerverein auch in einer Tradition.“ (Int_03_Z.360-365)

Es gibt im Heim zwei Formen von freiwilligem Engagement: das „klassische bzw. unbezahlte Ehrenamt“ (Int_03_Z.247) und den „Freiwilligendienst“ (Int_03_Z.246), bei dem es sich um ein „bezahltes Ehrenamt“ (Int_03_Z.243) handelt. Bezahltes Ehrenamt findet dort statt, wo Freiwillige in Leistungsbereichen eingesetzt werden, also in Tätigkeitsbereichen, die über Pflegesätze refinanziert werden können. Die Trennung dieser beiden Engagementbereiche ist kein Spezifikum des Heim C, sondern sie ist in den Einrichtungen und Diensten des Trägervereins allgemein üblich.

Unbezahltes Ehrenamt ist im Heim am *Bereich soziale Arbeit* angesiedelt – hier halten ungefähr 20 Freiwillige Gruppen- und Freizeitangebote für BewohnerInnen vor und werden von der Leitung Sozialarbeit betreut. Zu Beginn der Arbeitsaufnahme der stationären Einrichtung machte der Leiter Sozialarbeit Werbung im Stadtteil für freiwilliges

Engagement in diesem Bereich und lud Engagementinteressierte zu einem Sommer-treffen ein.

„Also aus dem Sommertreffen sind die ersten regelmäßigen Angebote hervorgegangen. Und dann kommen so punktuell einzelne Leute dazu, die einfach was tun wollen.“ (Int-03_Z.408-410)

Dass die Aktivierung Freiwilliger gelungen ist, führt der Leiter maßgeblich darauf zurück, dass er mit einer sehr aktiven Stadtteilgruppe des Trägervereins zusammenarbeiten konnte. Ein weiterer wichtiger Partner ist die Kirchengemeinde.

Angebote, die im stationären Bereich daraus geschaffen werden konnten, sind ein Besuchshundendienst, ein Bücherdienst sowie verschiedene Freizeit- und Beschäftigungsangebote für Bewohnergruppen wie Singkreis, literarisch-musikalische Stunde, Spielnachmittag usw. Die Angebote würden sich meist aus einem Interesse einzelner Engagierter ergeben und werden dann in Kooperation mit dem Bereich Soziale Arbeit des Heims entwickelt und umgesetzt.

Die Freiwilligen erhalten z.T. und nicht regelmäßig eine sehr kleine Aufwandsentschädigung, die das Heim aus einem Förderfond des Bundeslandes für freiwilliges Engagement erhält.

„Und dann wird aus dem großen Kuchen, ich sage mal, wird so ein kleines Stückchen geschnitten, sodass man mal vielleicht für im Schnitt sechs Monate für irgendwelchen Dienst mal 20 Euro zahlen kann.“

Bezahltes Ehrenamt ist im Heim in zwei Gruppen organisiert – eine Gruppe, die im *Bereich Pflege* Aufgaben übernimmt und von der Pflegedienstleitung begleitet und betreut wird, und eine Gruppe, die im *Bereich Hauswirtschaft* aktiv ist und dementsprechend von der Leitung Hauswirtschaft begleitet wird. In beiden Bereichen sind insgesamt zehn Freiwillige tätig. Die Freiwilligen erhalten eine Aufwandsentschädigung von 1848 € jährlich (Übungsleiterpauschale), die über die Heimentgelte finanziert wird, und übernehmen hier Betreuungsaufgaben und Mitarbeit bei Essenszubereitung und -ausgabe. Im Unterschied zu freiwilligem Engagement im Bereich Soziale Arbeit muss das Heim Freiwillige hier nicht spezifisch „bewerben“. In der Regel würden die Freiwilligen über persönliche Empfehlungen gewonnen, zudem sind die Personen auch hier überwiegend Mitglieder der Stadtteilgruppe des Trägervereins.

„Im Bereich des Freiwilligendienst – also innerhalb des Dienstleisters im engen Sinne – ist es einfach so, die dort tätigen Ehrenamtlichen, die sagen: 'Ich kenne da noch jemanden, die sucht. Und die weiß, was ich mache. Und die ist in Ordnung. Und kann die mal vorbeikommen?' Sodass darüber so eine ganz andere Struktur entsteht.“ (Int_03_Z.411-415).

„Also überwiegend auch sind es Ehrenamtliche, die auch schon Mitglied sind, also schon mal über die Mitgliedergruppe eingebunden sind.“ (Int_03_Z.546-548)

Ein weiterer, sich noch in der Aufbau und Erprobungsphase befindender, eigenständig organisierter Engagementbereich ist eine hauseigene *Hospizgruppe*. Die Gruppe besteht aus einem Team von zwei hauptberuflichen MitarbeiterInnen und drei Ehrenamtlichen. Sie arbeitet seit zwei Jahren und hat im Trägerverein den Status eines Modellprojektes für die Organisation der Sterbebegleitung. Geplant ist, gemischt ehrenamtlich-hauptberufliche Hospizgruppen nach diesem Modell auch im ambulanten Bereich aufzubauen. Nachdem ein jahrelanger interner Diskussionsprozess über die Notwendigkeit eines Konzepts zur Sterbebegleitung im Trägerverein vorausgegangen war, wurde die Hospizgruppe schließlich in Kooperation mit einer örtlichen Hospizstiftung aufgebaut, die unter dem Dach einer Bürgerstiftung gegründet wurde. Gemeinsam mit verschiedenen Trägern der sozialen Arbeit wurden Leitlinien für die Arbeit der Hospizgruppen entwickelt, auch ein Forum zur Vernetzung der Träger von Pflegeheimen im Thema Sterbebegleitung wurde gegründet. Die Hospizstiftung finanziert die Weiterbildung für ehrenamtliche HospizhelferInnen und unterstützte das Heim bei der Suche nach Sponsoren für die Implementierung des Projektes – gewonnen wurde hier bisher ein Pharmakonzern.

Viermal jährlich werden gemeinsame Treffen für alle Ehrenamtliche im Heim veranstaltet. Unterstützt werden diese Treffen auch vom Trägerverein durch die Gewährung eines kleinen Budgets.

„Wenn man die vier Zusammenkünfte im Jahr macht, gibt es schon vom Träger ein kleines Budget, wo man sagt, es gibt pro Ehrenamtlichen DIE Summe, in deren Rahmen Sie sich bewegen können“ (Int_03_Z.457-459)

Netzwerke mit externen Partnern

Zur Gewinnung freiwilligen Engagements spielen Kooperationen mit externen Partnern und institutionelle Netzwerke eine wichtige Rolle. Im Bereich der stadtteilbezogenen Vernetzung habe das Heim wesentlich von der bestehenden ehrenamtlichen Mitgliedergruppe des Trägers im Stadtteil profitieren können:

„Es ist immer ein Vorteil für unser Haus gewesen, dass hier im Stadtteil eine sehr aktive Mitgliedergruppe mit über 200 Mitgliedern ist. [...] Also es hat nicht bei Null angefangen und es gab schon einfach sagen wir mal so eine trügereigene Struktur, worauf ich zurückgreifen konnte.“ (Int_03_Z.193-198)

Darüber besteht ein Austausch mit der Kirchengemeinde. Mitglieder der Kirchengemeinde begleiten BewohnerInnen zum Gottesdienst und anderen Veranstaltungen der Kirchengemeinde. Die Kinder- und Jugendgruppen gestalten Aufführungen im Heim zu den christlichen Festtagen. Eingebunden sind diese Angebote in einen regelmäßigen Austausch mit der Kirchengemeinde über die jeweiligen Veranstaltungen.

Ein weiterer Partner ist ein Kindergarten, der auf dem Nachbargrundstück des Heims gelegen ist. Mit den Erzieherinnen werden nachbarschaftliche Besuche der Kinder zu Geburtstagen und gelegentlichen Projekten im Heim organisiert.

„Da kommt so eine Gruppe von fünf bis sechs Kindern, gratuliert zu den Geburtstagen mit so zwei, drei kurzen Liedern. Mit so Glückwünschen, die sich die Kinder ausgedacht haben. Und da kommt ganz einfach ganz viel rüber. Und falls es mal nicht klappen sollte, da merkt man auch sofort: Das vermissen die Leute. Das hat halt so etwas Unbefangenes.“ (Int_03_Z.596-600).

„Drei-, viermal im Jahr machen wir da noch etwas Zeitintensiveres, wo man zwei Stunden Kinder und Ältere etwas zusammen machen, etwas zusammen basteln oder zusammen singen oder dass sie auch mal zusammen einen kleinen Ausflug machen, wo man sich dann trifft und mal zusammen ein Picknick macht und so. Also solche Dinge werden auch relativ spontan mal organisiert. Das muss dann auch nicht felsenfest stehen, sondern vielleicht kommt mal was dazwischen, dann verschiebt man das um eine Woche.“ (Int_03_Z.604-611)

Es gibt Überlegungen, den Kontakt zukünftig in Form spontanerer gemeinsamer Aktionen zu intensivieren:

*„Und was wir dieses Jahr schauen wollen – es gibt eigentlich eine Menge Türen zum Kindergarten rüber, ob wir da mal so spontane Dinge da gemeinsam macht. Dass man einfach mal so eine viertel, halbe Stunde zusammen irgendwelche Spiele oder so macht. Ich denke, das ist so etwas, worauf man aufbauen kann.“
(Int_03_Z.613-617)*

Andererseits mussten Besuche der Kinder bei schwer demenziell erkrankten BewohnerInnen aufgrund von Beschwerden seitens der Eltern eingestellt werden:

„Es gibt so eine Grenze, wo dann die Eltern ankamen, also da bei den BewohnerInnen, wo keine Reaktion mehr kommt, also da bitte nicht mehr hingehen. Das ist so etwas, was das letzte, halbe, dreiviertel Jahr gekommen ist.“ (Int_03_Z.600-603)

Ferner werden Räumlichkeiten im Haus für Veranstaltungen wie Geburtstagsfeiern und Weihnachtsfeiern an Mitglieder der Ortsgruppe vergeben. Einmal wöchentlich findet eine Gymnastikgruppe statt, an der BewohnerInnen und StadtteilbewohnerInnen teilnehmen. Hier sollen einerseits „die BewohnerInnen des Hauses von dieser ‚Normalität‘ ein Stück profitieren.“ (Int_03_Z.725-726), aber vor allem gehe es darum, als Dienstleister angenommen zu werden und neue Kunden zu gewinnen.

„Und was haben wir noch? Wir haben so diese kleinen Kontakte, ohne dass da immer was draus entstehen muss. Die sind genauso wichtig.“ (Int_03_Z.730-731)

Neue Kooperationen und eine Ausweitung der Vernetzungsarbeit in den Stadtteil konzentrieren sich nach der Konsolidierung der Strukturen für den stationären Bereich zurzeit primär auf den ambulanten Bereich.

„Es war dann irgendwann eine Basis, dass wir gesagt haben, jetzt sind wir stabil so als Heim im Arbeiten. Und wir haben ja auch die Sozialstation noch. Dass wir also mehr so diesen ambulanten Bereich begonnen haben zu beackern. Wo man teilweise auf dieselben Partner trifft.“ (Int_03_Z.667-671)

Vor allem eine Kooperation mit der örtlichen Wohnbaugenossenschaft wurde in den letzten Jahren vorangetrieben. Ziel der Verbindung ist es, die Leistungen Wohnen (Genossenschaft) und Dienste (Zentrum) gemeinsam zu bewerben. „Und es ist einfach eine schöne Sache, weil [die Wohnbaugenossenschaft] einfach der Hauptvermieter ist“ (Int_03_Z.697-698). Von dieser Kooperation verspricht sich das Zentrum einen deutlichen Zuwachs des Kundenstamms.

Die beiden Partner haben nun auch begonnen, neuartige Dienste gemeinsam zu entwickeln. So wurde in einem Wohnblock der Genossenschaft ein ehrenamtlich organisierter Seniorentreff, der auch ehrenamtliche Betreuungsdienste anbietet, in Kooperation mit dem Zentrum und unter finanzieller Beteiligung beider Partner eingerichtet. Die Kooperation und ihr Ausbau bilden aktuell einen wichtigen Arbeitsbereich des Zentrums, da man hier auch in Hinblick auf neue ambulante Strukturen und neue Wohnformen der Altenhilfe eine große Chance sieht.

„Da gibt es also auch noch in der Ferne Überlegungen: Kann man da jetzt innerhalb des Wohnungsbestandes Wohnformen für Ältere anbieten, entwickeln? Das sind, so würde ich mal sagen, ganz ferne Gedanken.“ (Int_03_Z.694-697)

„Man muss damit leben, dass sich nur über einen vielleicht sehr langen Zeitraum Strukturen aufbauen. Das sind Ideen, [...] wo sehr viel entstanden ist. Wo so ein Öffnen des Heimes und einfach auch ein Ankommen im Stadtteil ist.“ (Int_03_Z.705-708)

Auch hier reagiere das Heim auf die wahrgenommene Nachfrage im Stadtteil.

„Wir haben bloß fünf Wohnungen des Betreuten Wohnens. Viele hoffen, dass wir nur fünf Pflegeplätze und dafür mehr Betreute Wohnungen hätten (lacht). Da gibt es einfach auch ein sehr großes Interesse aus dem Gebiet heraus.“ (Int_03_Z.777-780)

Ferner beteiligt sich der Leiter der Sozialarbeit an einem Arbeitskreis von SozialarbeiterInnen im Bereich der Jugendarbeit des Stadtteils, um neue Möglichkeiten für generationenübergreifende Projekte auszuloten und beteiligt sich an Altenhilfegremien auf Stadtteilebene, die als Plattform für Vereine und Initiativen der Sozialen Arbeit mit alten Menschen dienen. Der Interviewpartner merkt an, dass Formen der Vernetzung und des Austauschs mit anderen Trägern der Altenhilfe im stationären Bereich nur begrenzt entwickeln sind, ihm vielmehr vorwiegend im offenen Altenhilfebereich begegnen:

„Im stationären Bereich gibt es diese Runden nicht. Und es ist dann manchmal auch ein bisschen erschreckend, dass man jetzt zum Beispiel dann durch manche hingewiesen wird: 'Na ja, zu Demenz hat dann dieses oder jenes Haus in [der Stadt] aber auch einen interessanten Ansatz.' Es kommt so in der Öffentlichkeit nicht so raus. Und dann kann man bloß gucken: Kennt man jemand? Kann man da

mal hingehen? [...] Das sind so Dinge, da fehlt im stationären Bereich was, was in anderen Ebenen auf so rein informellen Ebenen durchaus läuft. Also das Einzige, was ich im stationären Bereich kenne, ist, dass die ErgotherapeutInnen angefangen haben sich zu treffen, sich auszutauschen. Weil das ein relativ neues Feld ist. Was bei den Trägern eigentlich erst in den letzten 3-5 Jahren begonnen hat, diese Berufsgruppe zu integrieren. [...] Aber jetzt so was Offenes – damit auch für [die Stadt] etwas bewegt werden kann – nein. Also im ambulanten Bereich ist das eher, viel mehr. Macht ja auch Sinn.“ (Int_03_923-939)

Die Einbindung von Angehörigen

Im Heim wird nach einem Gruppenpflegemodell gearbeitet, je sechs bis sieben BewohnerInnen sind festen Mitarbeiterinnen zugeteilt. Die Angehörigenarbeit im Heim ist dementsprechend organisiert. Über die festen Kontaktpersonen im Pflegebereich werden vor allem Angehörige erreicht, die sich häufig bzw. regelmäßig im Haus aufhalten. Gerade in ersterer Gruppe sei zu beobachten, dass die Angehörigen sich um andere BewohnerInnen mitkümmern, „die durchaus mal jemanden anders mit raus nehmen und eine Runde machen. Oder so: Ach da sitzt noch jemand Nettes mit am Tisch“ (Int_03_Z.128-130). Eine vermehrte Mitarbeit der Angehörigen werde jedoch nicht explizit verfolgt. Angehörige würden sporadisch, beispielsweise bei kulturellen Veranstaltungen oder Festen freiwillig mithelfen. „Die sporadischen Helfer sind dann eigentlich mehr so die Angehörigen“ (Int_03_Z.400-401).

Einmal jährlich werden wohnbereichsbezogene Angehörigenabende veranstaltet, auf denen grundlegende organisatorische Fragen geklärt werden. Im vergangenen Jahr hat das Heim zudem begonnen, zwei- bis dreimal jährlich thematische Nachmittage zu Pflege und Demenz für Angehörige anzubieten.

Während die Pflegekräfte in Heim C einen Großteil der alltäglichen Angehörigenarbeit übernehmen, wird der Bereich Sozialarbeit dann hinzugezogen, „wenn da Spannungen auf dem Wohnbereich sind, die dort nicht mehr zu klären sind“ (Int_03_Z.134-135) sowie für den Kontakt mit so genannten „schwierigen Angehörigen“ (Int_03_Z.106): „Hier muss die Sozialarbeit darauf achten, dass man Gespräche vereinbart, von sich aus Kontakte hält und Vereinbarungen sucht.“ (Int_03_Z.107-108).

Zusammenfassung und Diskussion

Bei Heim C handelt es sich um eine erst in jüngerer Zeit, im Jahr 2000, neu geschaffene Einrichtung. Während die Akteure in den anderen Fallbeispielen die Vorteile von seit Jahrzehnten gewachsenen Vernetzungen als wichtige Anknüpfungspunkte herausstellten, musste das Heim C zunächst grundlegende Aufbauarbeit für eine Verankerung im Stadtteil leisten. Dass sich Kooperationen dennoch zügig und erfolgreich entwickeln konnten, ist nach Einschätzung des Interviewpartners maßgeblich darauf zurückzuführen, dass die Einrichtung kein Einzelkämpfer ist, sondern Ressourcen und Konzepte des Trägervereins genutzt werden können. Zu nennen sind hier u.a. der Zugang zum Stadtteil über einen seit vielen Jahren aktiven trägereigenen Ortsverein, aber auch die Übernahme eines Ehrenamtlichenkonzepts, das bereits im Trägerverein entwickelt war. Umgekehrt wird die Hospizgruppe in Heim C gleichfalls mit der Intention entwickelt, hier ein geeignetes Konzept für andere Einrichtungen des Trägervereins abzuleiten.

Ein organisatorisch interessantes Modell im Heim C ist, dass die Soziale Arbeit als Querschnittsaufgabe vom offenen bis stationären Bereich konzipiert ist und in der Zuständigkeit einer Person steht. Diese Struktur bietet nach Ansicht des Partners den Vorteil, dass die Kooperationen im Bereich der offenen Altenhilfe und ambulanten Pflege auch Kontakte für den stationären Bereich eröffnen und umgekehrt. Vor allem der stationäre Bereich kann davon profitieren, da Gremien der Altenhilfearbeit in Stadtteil und Stadt für den stationären Bereich nur rudimentär, im ambulanten Bereich aber sehr differenziert entwickelt sind.

Öffnung von Heimen steht hier darüber hinaus für die Erschließung neuer Geschäftsfelder und Kooperationsformen im offenen und ambulanten Bereich. Ein Wachstum verspricht sich das Zentrum vor allem im ambulanten Bereich, auch durch die Auslotung neuer Wohnformen, während der stationäre Bereich auf dem aktuellen Angebotsstand bestehen bleiben soll.

4.2.4 Fallbeispiel D: „Tue Gutes und rede darüber“ – Ein Heim, dass die Ressourcen seines wohlsituierten Umfelds zu nutzen weiß

Das Heim D wurde im Jahr 1969 als Altenheim in Trägerschaft einer Kirchengemeinde gegründet. Das Heim liegt in einer Wohngegend in unmittelbarer Ortskernlage eines bürgerlichen Stadtteils einer westdeutschen Großstadt. Der Interviewpartner ist seit dem Jahr 2000 Leiter des Heims. Im Jahr 1995 wurden das Heim D zusammen mit vier weiteren Altenheimen, alle in Trägerschaft von Kirchengemeinden des Kirchenkreises,

an eine zum Zweck der Trägerschaft dieser Einrichtungen neu gegründete gemeinnützige (evangelische) Stiftung nach dem bürgerlichen Recht abgegeben. Gründe für den Rückzug der Kirchengemeinden waren fehlende finanzielle Mittel für den dringenden Sanierungsbedarf der Häuser und steigende managerielle Anforderungen an den Heimbetrieb im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung.⁶⁸

Die *Stiftung* übernimmt mit einem kleinen Mitarbeiterstamm die übergeordnete Verwaltungs- und Verbandsarbeit. Die Kirchengemeinden sind über eine Mitgliedschaft im Stiftungsrat lose an die Stiftung angebunden. Die Stiftung übernimmt zentral v.a. betriebswirtschaftliche Aufgaben, sie ist ansonsten jedoch bewusst auf eine dezentrale Organisation ausgerichtet.

„Also der Träger, das müssen Sie sich so vorstellen, das ist eine ganz schlanke Geschichte. Da gibt es ein Büro, eine kleine Büroetage. Da ist ein Geschäftsführer, da ist eine Dame, die das Sekretariat macht und Telefondienste. Da gibt es einen Controller. Dann gibt es einen Buchhalter. Und das war es.“ (Int_04_Z.237-240)

Die Eigenständigkeit der Einrichtungen in der Stiftung soll diesen einen Freiraum schaffen, eingespielte Verfahrensweisen der Kooperation und Verankerung im Umfeld fortzusetzen und an ihre Identität als lokal verankerte Einrichtungen anknüpfen zu können.

„Die [Einrichtungen unter dem Dach der Stiftung] hatten alle ihre kleine Struktur gehabt, die um die Kirchengemeinde herum gebastelt worden ist. Und sie kommen jetzt in die Stiftung mit all ihren Strukturen. Und diese Strukturen sind zum Teil unterschiedlich. Da gibt es einen kleinen Förderverein [...] Also die haben sehr unterschiedliche Strukturen mitgebracht und das wurde von der Stiftung einfach so akzeptiert. Da gibt es dann nicht plötzlich den ‚cut‘, wo man dann sagt, also jetzt normen wir das ganze, sondern man unterstützt die Eigenständigkeit und hat da keinerlei Vorgaben.“ (Int_04_Z.898-997)

Alle Einrichtungen wurden unter der Stiftungsverwaltung saniert. Auch das Heim D wurde im Jahr 1999 umfassend modernisiert und umgebaut. Es hat heute eine Kapazität von 142 stationären Plätzen. Outgesourcte Dienstleistungsbereiche sind die Wäscherei und die Bodenreinigung. Ein Friseurladen und ein Kiosk sind zum Selbstkostenpreis an

⁶⁸ In den darauf folgenden Jahren haben weitere Kirchengemeinden ihre stationären Einrichtungen an die Stiftung abgegeben, sodass diese heute Träger von sieben stationären Altenpflegeeinrichtungen ist.

externe Dienstleister vermietet. Aufgrund einer großen Nachfrage habe das Heim eine gute Marktposition.

„Also wir sind ja jetzt nicht in der Situation, dass wir aufnehmen MÜSSEN, in der Form, dass jemand kommt und sagt ‚Ich will aber jetzt aufgenommen werden‘. Sondern wir haben ja noch eine Wahlmöglichkeit“. (Int_04_Z.198-201)

Den Nachfrageüberhang nach Wohnplätzen im Haus nutze man, um die BewohnerInnen des Heims nach dem Kriterium der „gesunden Mischung“ auszuwählen. Es werde darauf geachtet, dass nicht nur Schwerstpflegebedürftige im Heim wohnen, sondern auch rüstigere BewohnerInnen. Ein möglichst vielfältiges Angebotsspektrum im Freizeitbereich findet hier seine AdressatInnen und unterstreicht das Profil, nicht nur Pflegeheim, sondern auch Altenzentrum zu sein.

„Wir möchten ein Milieu haben, das hier ein angenehmes Wohnen ist. Also kein Hospiz oder auch kein Altenheim wie früher. [...] Es muss Bewegung drin sein, eine gewisse Vitalität muss noch spürbar sein und Buntheit. Und das, denke ich, kriegen wir einigermaßen hin – nicht nur durch Programme, sondern auch durch die Menschen, die eben aufgenommen werden und die hier leben.“ (Int_04_Z.208-214)

Zum Angebotsspektrum des Hauses zählen zahlreiche Veranstaltungen im Bereich Kultur und Information. Diese bestehen nicht als gelegentliche, sondern als reguläre, in einer alltäglichen Woche übliche, Angebote. Zu nennen sind hier Lesungen, Diavorträge, Tanzaufführungen, Ausstellungen und Fachvorträge beispielsweise über demenzielle Erkrankungen und geeignete Betreuungsansätze. Die Veranstaltungen werden teils ehrenamtlich erbracht, teils zahlt die Einrichtung ein Honorar.

Aufbau von Unterstützergruppen

Im Heim D wurde noch unter Trägerschaft der Kirchengemeinde im Jahr 1991 auf Initiative des damaligen Heimleiters ein *Förderverein* gegründet. Der Verein, der mit 25 Mitgliedern seine Arbeit aufnahm, ist im Zuge einer offensiven Mitgliederwerbung mittlerweile auf 420 Mitglieder angewachsen. Die zentrale Aufgabe des Fördervereins ist die Einwerbung von Spendengeldern.

„Jetzt können wir [als Heimorganisation i.e.S.] natürlich auch Spenden entgegennehmen und Spendenquittungen ausfüllen. Aber es ist ja manchmal so, dass das über den Förderverein etwas besser geht. Dass auch Leute, die noch gar nichts mit

dem Heim zu tun haben, sagen: 'So wir spenden dem mal was, und die wissen dann schon was sie brauchen'.“ (Int_04_Z.264-268)

Der Verein akquiriert über Mitgliedsbeiträge und Spenden einen beachtlichen Geldbetrag von jährlich ca. 20.000 Euro für das Heim; zahlreiche Aktivitäten im Haus wurden darüber finanziert, z. B. die Fortbildung der ehrenamtlichen Sterbebegleitungsgruppe, Materialien für ehrenamtlich organisierte Angebote der Bewohnerbeschäftigung, Zuschüsse für Veranstaltungen, Ausflüge und Urlaube sowie der Betrieb eines hauseigenen Radiosenders.

Der Förderverein habe nicht immer so erfolgreich in der Akquise von Geldern gearbeitet, dies sei erst durch einen Umgestaltungsprozess gelungen. Nicht weiter verfolgt wurden traditionelle Aktivitäten der Mitgliederbasis, wie das Durchführen von Basaren, zugunsten des Aufbaus einer modernen Spendenakquise. Dahin gehend hat die Tätigkeit des Vorstands einen Bedeutungszuwachs erhalten. Die Mitglieder des Vorstands sind neben dem Heimleiter ein Mitglied des Kirchengemeinderats, des Landessenorenbeirats und des im Haus ansässigen Seniorencomputerclubs sowie ein Mitarbeiter der Altenhilfeabteilung im Ortsamt.

„Also, das sind auch Leute, die das Haus eigentlich ganz gut kennen, sodass sie nicht nur auf das, was ich ihnen erzähle, angewiesen sind, sondern für sich auch einen Einblick haben.“ (Int_04_Z.379-398)

Das Heim forcierte diese Entwicklung durch die gezielte Suche nach einem Vorstandsvorsitzenden, der bereits Erfahrungen im Spendenmetier mitbringen sollte. Mit der unter diesem Suchprofil gewonnenen Person wurde ein zeitlich begrenztes Engagement abgesprochen, über das die Arbeit des Fördervereins neu ausgerichtet wurde. Ein wesentliches Element des neuen Konzepts war es, das der Förderverein gezielt bei im Stadtteil ansässigen Firmen um eine Mitgliedschaft warb.

„Also das war die Idee unseres Ex-Vorsitzenden, der gesagt hat: ‚Schreib mir mal die ganzen Firmen auf und da muss ich mal anklopfen, ob die nicht bereit sind, a) dem Verein beizutreten und b) mit einer etwas anderen Summe.‘ Und dann wurden sie eifrig abtelefoniert oder angeschrieben usw. Und bei vielen Firmen hat es auch geklappt, also dass die gesagt haben: ‚O.k., wir schätzen uns jetzt anders ein und zahlen statt 25 Euro 300 Euro im Jahr ein.‘“ (Int_04_Z.329-335)

Der Einsatz der akquirierten Gelder wird in einem Abstimmungsprozess zwischen den verschiedenen beteiligten Akteuren im Heim und dem Vorstand bestimmt. Im Heim wird im laufenden Jahr eine Wunschliste von Aktivitäten, die gefördert werden könnten, zusammengetragen und diese Liste wird dem Vorstand vorlegt. Dabei wird darauf Wert gelegt, dass der Vorstand nicht lediglich eine Liste absegnet, sondern seine Einflussnahme durch die Notwendigkeit der Auswahl gewährleistet wird.

„Das läuft so, das Prozedere, dass ich mich mit Pflegedienstleitung, Hauswirtschaftsleitung, Wohnbereichsleitungen, Angehörigen, Heimbeirat, wem auch immer bespreche, je nachdem. Bzw. die kommen auf mich zu und sagen: 'Mensch das könnten Sie auch mal dem Förderverein sagen, ob das nicht finanzierbar ist.' Dann trage ich das in einer Liste zusammen. Im letzten Jahr lief das ganz gut, dass wir so eine Art Wirtschaftsplan aufgestellt haben. Und unser Teil war praktisch gewesen, dass wir gesagt haben, das und das wünschen wir uns. [...] Und dann kommt der Vorstand und sagt: 'Also das sehen wir ein, und das nicht.' Sie müssen ja irgendwo eine Einflussnahme haben. Und das geht am besten so, dass es mehr Wünsche gibt. [...] Und da hat der Vorstand dann eben die Wahlmöglichkeit.“ (Int_04_Z.364-377)

Ein Anliegen des Heimleiters ist es, zukünftig die Mitgliederbasis wieder stärker für ein Engagement zu aktivieren. In Überlegung ist, diese anzusprechen, ob sie „Zeitspenden“ für das Heim einbringen möchten. Ein mögliches Konzept entwickelt der Heimleiter zurzeit gemeinsam mit einer freiwillig Engagierten des Hauses.

Im Heim sind aktuell regelmäßig 20 *Freiwillige* in der Bewohnerbetreuung (Besuche und Gruppenangebote) aktiv. Das sind in der Regel Einzelpersonen, die im Heim gezielt nach Engagementmöglichkeiten fragen. Durch den Rückgang des Zivildienstes sei es zeitweise schwierig gewesen, Angebote wie den Radiosender oder Ausstellungen etc. aufrechtzuerhalten und weiterzuentwickeln. Der Heimleiter sah sich hier vermehrt unter Druck gesetzt, Freiwillige gewinnen zu müssen. Doch durch die Möglichkeit, auf 1-Euro-Jobs zurückgreifen zu können, habe sich die Situation heute entspannt. Der Einbindung Ehrenamtlicher liege keine feste Verfahrensweise zugrunde, vielmehr würden mögliche Engagementbereiche in Absprache ausgelotet. Die Heimleitung legt Wert auf ein „Kontakthalten“ und gelegentliche Gespräche über das Engagement. Das Heim zahlt keine Aufwandsentschädigungen an die Freiwilligen. Einmal jährlich organisiert Heim D ein Fest für die freiwillig Engagierten.

Zudem gibt es eine ehrenamtliche *Hospizgruppe*, die bereits zu Zeiten des ehemaligen Heimleiters von Mitgliedern der Kirchengemeinde gegründet wurde und exklusiv im Heim D tätig ist. Über die Jahre ist die Gruppe gewachsen und in der Arbeit durch Fortbildungen professioneller geworden.

*„Die treffen sich auch regelmäßig einmal im Monat hier im [Heim D]. Vertrauens-
austausch. Oder auch mal zu einer Klausur übers Wochenende, wo sie dann ein
spezielles Thema haben, einen Referenten holen oder so was.“ (Int_04_Z.529-532)*

Die Gruppe organisiert sich selbstständig, begleitet durch eine ehrenamtliche Moderatorin und den Pastor der Kirchengemeinde. Die Arbeit der Gruppe im Haus wird mit den Pflegekräften abgesprochen, von denen ebenfalls einige Fortbildungskurse in der Sterbebegleitung absolviert haben, sowie in Zusammenarbeit mit Angehörigen, insofern diese sich an der Sterbebegleitung beteiligen. Die Entwicklungsdynamik der Gruppe ging zudem hin zur Übernahme weiterer Tätigkeitsbereiche in der Einrichtung neben der Sterbebegleitung, beispielsweise das Erledigen von Einkäufen und Näharbeiten für Bewohner.

Netzwerke mit externen Partnern

Eine Reihe weiterer Partner wurde zum Ausbau des Angebots in den Bereichen Information, Unterhaltung und Beschäftigung gewonnen. Regelmäßige Angebote sind z. B.: Einsätze von ErgotherapeutenschülerInnen in Kooperation mit einer Schule, ein Besuchshundeprogramm in Kooperation mit einem Verein für den Einsatz von Therapie- und Besuchshunden, Seniorenberatung des Ortsamts im Haus und regelmäßige Treffen von BewohnerInnen und SchülerInnen in Kooperation mit einer benachbarten Grundschule.

Die in Kooperation mit der Schule gestalteten Besuche von SchülerInnen werden pädagogisch im Unterricht begleitet:

„[Die] Schüler kommen seit gut einem dreiviertel Jahr her und lesen alle 14 Tage donnerstags was vor. Zum Teil mit gemischten Rollen. Also es kommen vier, fünf Jugendliche und jeder liest uns einen Text vor. Das ist eine Sache gewesen, die hat sich die Schule ausgedacht, nicht wir. [...] Und die haben gesagt: ‚Wir möchten ganz gerne in den Unterrichtsplan mit einbauen so eine soziale Geschichte, die aber dann auch – wie soll ich sagen – mit Kontakt zu Älteren‘ Es sollte auch ein Austausch sein. Dass man sagt: ‚Ich habe das und das früher erlebt. Ihr erlebt die

Schule jetzt so.’ Und so ganz simple Sachen manchmal. Aber auch: Wie können wir im Altenheim den Leuten noch ein bisschen Freude machen? Und das bereiten die in der Schule vor. Das Produkt liefern sie praktisch dann hier ab. Das ist eben das Vorlesen. Und dann gehen sie wieder in die Schule und dann wird das noch mal bei denen nachbesprochen zusammen. Also in ihrem Lehrplan ein Baustein.“
(Int_04_Z.691-704)

Zudem werden Räume im Haus gegen Erstattung der Betriebskosten an eine Tai-Chi Lehrerin und einen Seniorencomputerclub vermietet, mit der Auflage, kostenlose Angebote für die BewohnerInnen zur Verfügung zu stellen. Während das Tai-Chi-Angebot von einigen BewohnerInnen in Anspruch genommen wird, ist dies im Bereich Computer bislang noch nicht geschehen. Der Heimleiter betrachtet die Verbindung aber als Investition in die Zukunft, denn er geht von einer zukünftigen Attraktivität dieses Angebotes aus. Der Club ist heute im Zentrum z. B. durch Produktionen für den Radiosender oder technische Hilfen im Heim eingebunden. Der Förderverein unterstützte den Club in seiner Startphase auch finanziell, und der Club ist, wie erwähnt, im Vorstand des Fördervereins vertreten.

Die Einbindung von Angehörigen

Die Einbindung von Angehörigen läuft über verschiedene Wege. Kernstück der Arbeit sei es, für Kritik von Seiten der Angehörigen im Alltag ansprechbar zu sein.

„WICHTIG ist das persönliche Gespräch. Zumal ich immer sage, wenn ein Problem ansteht, dann sollte man es auch besprechen. Und dann kann man auch häufig, wenn es sehr zeitnah gemeldet wird, Abhilfe schaffen. Wenn jetzt irgend-emand kommt und sagt: ’Also jetzt platzt mir aber der Kragen! Jetzt habe ich aber schon zehnmal gesehen, dass da und dort kein Glas gestanden hat!’ Oder irgendwas, ne. ’Also Sie hätten nicht zehnmal warten müssen.’ Also die Möglichkeit wird den Angehörigen, den Bewohnern, den Betreuern auch gleich im Beratungsgespräch bzw. bei Aufnahme gesagt. ’Also wenn was ist, wenn ihnen irgendwelche Fragen einfallen, bekommen Sie Antwort. Sie müssen sich keine Termine geben lassen. Sondern Frau XY, ich, die Wohnbereichsleitung und vorne die Verwaltung sind eigentlich ständig da.’ Und es wird auf von vielen häufig genutzt. Ich meine, der Nachteil dieser Geschichte ist natürlich, dass man gerade was am Machen ist und dass man dann das unterbrechen muss. Aber ich denke, dass das wirklich ganz, ganz wichtig ist. Wenn hier nicht gerade die Tür zu ist – das signalisiert dann ein

*Gespräch. Aber ansonsten haben wir da eigentlich ganz gute Erfahrungen damit.“
(Int_04_Z.856-867)*

Einmal jährlich werden wohnbereichsbezogen Angehörigenabende durchgeführt.

„Wir haben das früher mal allgemein gemacht, haben dann aber festgestellt, dass man wesentlich differenzierter die Fragen beantworten kann, wenn es um den entsprechenden Wohnbereich geht.“ (Int_04_Z.824-826)

Der Leiter sieht es als Aufgabe des Personals, Angehörige anzusprechen, wenn diese sich nicht ausreichend kümmern um die BewohnerInnen oder regelmäßige Besuche auf einmal ausbleiben. Darüber hinaus sind einige Angehörige Mitglied im Förderverein, man treffe sich bei den unterschiedlichen Festlichkeiten des Jahres.

Zusammenfassung und Diskussion

In der Interaktion mit verschiedenen Personen und Gruppen im Zentrum spricht der Heimleiter mehrfach von der *Philosophie der offenen Tür*, worunter er eine konsequente Einladungspraxis in das Zentrum und den Wunsch nach einem lebhaften Besucherverkehr versteht, sowie die Aufmerksamkeit und Ansprechbarkeit der leitenden MitarbeiterInnen gegenüber den Beteiligten fordert.

Gefragt nach dem typischen Kern des Öffnungsansatzes des Hauses, bezeichnet der Heimleiter eine offensive Öffentlichkeitsarbeit als Schwerpunkt des Hauses.

„Also da gibt es sehr, sehr vielseitige Möglichkeiten. Also es fängt bei der Presse an. Also es ist nicht nur der Lokalanzeiger, der natürlich meistens dabei ist, und diese Blättchen, die dann kostenlos verteilt werden. Sondern da ist auch von der Berufsgenossenschaft mal jemand [...] da ist das Fernsehen aufmerksam geworden [...] da hatten wir eine Krippenaustellung hier [...], das fand der Sender XY auch sehr wichtig.“ (Int_04_Z.466-474)

„Das sind sehr unterschiedliche Dinge, die wir da betrieben haben. Also da ist schon einiges gemacht worden. Und diese Öffentlichkeitsarbeit wurde schon mit Kopf und Verstand und offensiver Motivation betrieben.“ (Int_04_Z.481-484)

Dabei stützen sich nach Einschätzung des Leiters Engagement und Öffentlichkeitsarbeit gegenseitig: Die Öffentlichkeit interessiere sich für die vielfältigen Aktivitäten des Hauses, die primär von Engagement getragen werden. Umgekehrt engagieren sich Einzelpersonen, Unternehmen und Vereine für das Haus, da sie über die Öffentlichkeitsarbeit auf das Haus aufmerksam geworden sind. Nicht zuletzt ist anzumerken, dass

das Heim gerade in der Spendenakquise von seiner Lage in einen bürgerlichen Stadtteil profitiert.

Der Heimleiter sieht einen mehrfachen Gewinn in der Strategie des Hauses: Das Heim könne sich dadurch auf dem Markt sehr gut positionieren und zusätzliche Angebote für die BewohnerInnen bereithalten. Nicht zuletzt geht es auch darum, Heime für das Personal attraktiv zu machen.

„Man darf nicht vergessen, man will ja auch junge Menschen haben, die in solchen Einrichtungen arbeiten. Wer soll es denn sonst machen? Wenn ich jetzt nur grau und schwarz male, da hat doch keiner mehr Bock dann in einem Altenheim zu arbeiten. Um Gottes willen, in so einem Milieu. Weiß der Kuckuck, was da gemacht wird. Sondern man muss sehr offensiv rangehen und sagen: 'Mensch, das ist ein toller Beruf. Da kann man viele Ideen umsetzen, die man so hat.' Und dementsprechend muss man da auch immer ein Augenmerk drauf tun und dagegen steuern. Das ist so für mich auch wichtig und verzahnt sich dann mit der sog. Philosophie.“
(Int_04_Z.1125-1131)

Auffällig in den Darstellungen des Interviewten ist, dass er bei der Leitung der Einrichtung eine Verbindung verschiedener Motivationen sucht: In betriebswirtschaftlicher Hinsicht geht es bei der Entwicklung von Angeboten und deren Darstellung in der Öffentlichkeit darum, die Einrichtung nach außen zu vermarkten. Zugleich will der Leiter mit der Öffentlichkeitsarbeit auch eine „Soziale Mission“ voranbringen: die Gesellschaft soll Information und Aufklärung über die Bedürfnisse von HeimbewohnerInnen erhalten und mögliche positive Entwicklungen in Pflegeheimen sollen aufgezeigt werden. Durch die Einbindung von Engagement in verschiedenen Formen können innovative Angebote in der Einrichtung in verschiedenen Bereichen entwickelt werden. Dabei wird den Partnern nicht nur Raum gegeben, sich für die Belange der Einrichtung einzusetzen, sondern sie werden auch zum „Mitregieren“ und zur Entwicklung neuer Ansätze aufgefordert.

4.2.5 Fallbeispiel E: Vom kirchlichen Altenheim zum modernen Seniorenzentrum mit einem abgestuften Dienstleistungsangebot

Die Vorläufereinrichtung des heutigen Seniorenzentrums ist ein im Jahr 1962 gegründetes Altenheim mit Pflegestation in Trägerschaft der örtlichen Kirchengemeinde. Die Trägerschaft des Heims, das in einer westdeutschen Großstadt liegt, wurde 1994 angesichts eines Renovierungsstaus des Hauses und neuen manageriellen Herausforderungen im Pflegesektor von der Kirchengemeinde an eine gemeinnützige, evangelische Stiftung des bürgerlichen Rechts übergeben. Die Stiftung tritt seit Mitte des 19. Jahrhunderts als Träger von Diensten in der Wohlfahrtspflege auf und ist aktuell Träger von elf Einrichtungen in den Bereichen Alten-, Kinder-, Behinderten- und Suchtarbeit, darunter zwei Altenpflegeheime. Das Seniorenzentrum liegt in einem zentrumsnahen, dicht besiedelten Stadtteil der Großstadt. Der Interviewpartner leitet das Seniorenzentrum sowie den Bereich Altenhilfe in der Stiftung. Er hat bereits im Jahr 1991, also noch zu Zeiten der kirchengemeindlichen Trägerschaft, die Leitung des Heims übernommen und in dieser Tätigkeit die konzeptionelle Neuausrichtung des Hauses begleitet.

„Also wir haben Anfang der 90er-Jahre die Situation vorgefunden: ein Altenpflegeheim in damals noch sehr traditioneller Art. Baulich war es auch schon seit Jahrzehnten sanierungsbedürftig. Wir haben die Notwendigkeit gesehen, diese Abschottung der Innen- und Außenwelt aufzuheben. Und haben, das auch in kleinen Schritten am Anfang gemacht. Haben also zunächst auch noch im alten Haus auch Mittagstisch für externe Senioren angeboten. Das war also der erste wichtige Schritt, den man damals realisieren konnte. Aber wir sind wie gesagt Mitte der 90er auf den konzeptionellen Weg gegangen, alle Pflege-, Versorgungs-, und Betreuungsleistungen aus einer Hand anzubieten.“ (Int_05_Z.29-38)

In den Jahren 1995 bis 2001 wurde das Altenheim baulich und konzeptionell zu einem Zentrum mit einem abgestuften Dienstleistungsangebot in der offenen, ambulanten und stationären Altenhilfe und -pflege erweitert. Das Motto der Umgestaltung lautete, Hilfen für Senioren aus einer Hand anzubieten. Das Unternehmen ist mit der Umsetzung dieses Konzepts beachtlich gewachsen.

Der stationäre Bereich wurde in einem Neubau untergebracht; hier stehen 110 vollstationäre Plätze, 15 Tagespflegeplätze und sechs Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung. Einer der vier Wohnbereiche ist auf die Betreuung von Personen mit demenziellen

Erkrankungen mit Verhaltensauffälligkeiten spezialisiert. Ein Teil der dortigen Plätze ist in einem Programm zur besonderen stationären Dementenbetreuung aufgenommen und mit einem weitergehenden Betreuungsangebot hinterlegt, das auf Grundlage einer Vereinbarung mit den Kostenträgern über ein höheres Heimentgelt für BewohnerInnen in diesem Bereich refinanziert wird.

Das Zentrum betreibt ein öffentliches Café im Haus, ein Friseur und ein Kioskladen sind an externe Dienstleister vermietet. Zudem werden die Veranstaltungsräume des Zentrums an externe Gruppen vermietet.

Ambulante Pflegeleistungen werden erbracht durch den ambulanten Pflegedienst des Zentrums, der als ausgegliederte gGmbH betrieben wird. Das ehemalige Altenheim, das neben dem Neubau liegt, wurde zu einer Wohnanlage mit 45 betreuten Wohnungen umgebaut, in denen 60 Personen leben. Für BewohnerInnen des betreuten Wohnens und Senioren, die im Stadtteil leben, werden neben ambulanten Pflegeleistungen Hausmeisterleistungen, Lieferung von Mittagessen und Fahr- und Begleitedienste angeboten.

Das Zentrum hat eine „Service-Karte“ entwickelt, diese Karte können Senioren, die im Stadtteil leben für zehn Euro pro Jahr erwerben. KarteninhaberInnen können kostenlos Beratungsangebote und Veranstaltungen des Zentrums besuchen und zu vergünstigten Konditionen bei Geschäften, mit denen das Zentrum Kooperationsverträge geschlossen hat (z. B. Friseur, Lebensmittellieferservice) einkaufen. Zudem ist damit eine bevorzugte Gewährung eines Pflegeplatzes im Zentrum zugesichert. Aktuell sind neben den 60 Senioren des betreuten Wohnens 230 weitere Senioren, die im Stadtteil leben, KarteninhaberInnen.

„Ja das [die Service-Karte] wird gewaltig angenommen. [...] Das haben wir vorher natürlich auch nicht gewusst.“ (Int_05_Z.68-69)

„Wir haben in der Anfangszeit Werbung [für die Service-Karte] gemacht, um das bekannt zu machen. Unsere Zurückverfolgung, wie die Menschen zu uns kamen, zeigt eindeutig: nicht über Werbung, sondern über Nachbarn, Bekannte, die das erzählt haben. [...] Und es ist halt vergleichsweise ein unheimlich preisgünstiges [Verfahren]. Ich gebe aber zu, wenn ich heute, wo ich weiß, dass das so läuft, den Preis etwas anders geschätzt hätte [lacht]. Aber wir haben jetzt natürlich auch die Überlegung, das in anderen Stadtteilen auch zu platzieren, wo wir ohnehin innerhalb unserer Stiftung Standorte haben. Und dort werden wir aber auch mit diesem Preis arbeiten müssen.“ (Int_05_Z.98-109)

Die Entwicklung vom Altenheim zum Seniorenzentrum mit einem abgestuften Dienstleistungsangebot wird vom Leiter als wirtschaftlicher Erfolg gewertet, da die Nachfrage nach den verschiedenen Angeboten des Zentrums sehr hoch ist und Analysen ein hohes Maß an Kundenbindung vom vorpflegerischen bis hin zum stationären Bereich gezeigt haben. Die Nachfrage nach stationären Plätzen sei enorm, sodass das Zentrum bereits eine Reglementierung der Vergabe von Wartelistenplätzen eingeführt hat. Es sei als synergetischer Nutzen zu sehen, dass es durch das vielfältige Angebot im Haus und die Öffnung dieser Angebote für Senioren des Stadtteils gelingt, den Charakter einer geschlossenen Einrichtung zu überwinden und „Leben in die Einrichtung“ zu bringen.

Aufbau von Unterstützergruppen

Der *Förderverein des Zentrums* wurde 1996 auf Initiative des Einrichtungsleiters gegründet. Im achtköpfigen Vorstand sind neben dem Zentrumsleiter sachkundige Personen der örtlichen Altenhilfe und -pflege, ein ehemaliger Mitarbeiter des Zentrums, (ehemalige) Angehörige und auch ein Unternehmer, der als Zulieferer für das Zentrum ein Geschäftspartner ist, vertreten. Erklärtes Ziel war, eine möglichst große Mitgliederzahl zu erreichen, was mit heute 700 Personen gelungen ist. Zur Förderung der Mitgliederzahlen setze der Förderverein auf einen geringen Mitgliedsbeitrag, die Gewinnung von bekannten Persönlichkeiten für eine Mitgliedschaft, auf eine Bewerbung des Vereins und eine gute Mitgliederpflege. Die Mitglieder des Fördervereins werden neben der jährlichen Vereinsversammlung durch ein vierteljährliches Magazin des Zentrums informiert. Zudem organisiert das Heim Veranstaltungen für Fördervereinsmitglieder, z. B. eine gemeinsame Weinprobe. Auch bei der Belegschaft des Zentrums wird um eine Mitgliedschaft geworben.

„Naturgemäß sind auch eine hohe Anzahl Mitarbeiter im Förderkreis drin. Also da mache ich ja auch immer ein bisschen Werbung für. Weil die haben ja auch was davon. Und die wissen eben, wenn sie außerhalb der Regelfinanzierung etwas brauchen, dass sie sich dann an den Förderkreis wenden können.“ (Int_05_Z.446-450)

Jährlich stehen dem Zentrum durch die Aktivitäten des Vereins ca. 30.000 Euro aus Mitgliedsbeiträgen und Spenden zur Verfügung. Der Mitgliedsbeitrag liegt bei 20 Euro jährlich, doch über die Hälfte der Mitglieder zahlt freiwillig einen höheren Beitrag. Der Verein akquiriert Spenden vor allem bei Firmen.

Der Einsatz der finanziellen Mittel kann grob in zwei Bereiche geteilt werden: (a) Der Verein finanzierte größere Anschaffungen, beispielsweise einen Rollstuhlbus und die

Bebildung des Gebäudes, übernimmt fortlaufend die Finanzierung von Honorarkräften für die Dementenbetreuung und für die Musik- und Kunsttherapie. Vorschläge für die Finanzierung solcher Anschaffungen werden aus der Mitarbeiterschaft des Zentrums an den Verein herangetragen. (b) Es werden mit den finanziellen Mitteln Veranstaltungen, die der generationenübergreifenden Begegnung dienen, umgesetzt. Mehrfach wurden bereits Wettbewerbe, inklusive der Auslobung von Preisgeldern durchgeführt, z. B. ein Dialektwettbewerb, ein Schreibwettbewerb für Alt und Jung oder der Wettbewerb „Jugend musiziert für Alt“. Die Aktionen und Feste werden nach Ansicht des Heimleiters sehr professionell organisiert und begleitet, inklusive guter Öffentlichkeitsarbeit, sodass sie bei einem größeren Publikum auf Interesse stoßen.

Die Zahl der *Freiwilligen*, die regelmäßig im stationären Bereich des Zentrums tätig sind, umfasst nach Auskunft des Heimleiters seit Jahren relativ konstant ungefähr 24 Personen. Die Einrichtung gewinnt Freiwillige teils über persönliche Ansprache; teils werden sie aber auch über die örtliche Freiwilligenagentur, bei der das Zentrum Mitglied ist, vermittelt.

Die Freiwilligen engagieren sich in Einzelbetreuungen und Gruppenangeboten wie Vorlesen, Singkreis und Begleitung bei Ausflügen. Allgemeine Ansprech- und Kooperationspartner sind die Heim- und eine Wohnbereichsleitung, die Einsätze werden dann mit den MitarbeiterInnen in den jeweiligen Tätigkeitsbereichen näher abgestimmt.

Die Freiwilligenarbeit wurde im Jahr 2005 inhaltlich-konzeptionell mit der Gründung einer stationären Sterbebegleitungsgruppe erweitert. Der Gründung voraus ging ein mehrjähriger Entwicklungsprozess der Hospizarbeit in den beiden stationären Einrichtungen der Stiftung, in dessen Zuge für jedes Heim eine Hospizbeauftragte eingerichtet wurde. Die Sterbebegleitungsgruppen in beiden Heimen setzen sich aus einem Team von MitarbeiterInnen und Freiwilligen zusammen, für die die Stiftung im Vorfeld eine mehrmonatige Weiterbildung finanziert und durchgeführt hatte.

Einmal jährlich richtet das Heim ein Fest für die Freiwilligen aus, auch die Stiftung hat zusätzlich ein eigenes Freiwilligenfest ins Leben gerufen. Aufwandsentschädigungen werden nicht gezahlt und das Angebot der Fahrgelderstattung wird nicht in Anspruch genommen. Der Heimleiter ist mit der jetzigen Anzahl Freiwilliger zufrieden, eine Ausweitung findet er nicht wünschenswert:

„Das würde mit dem Anspruch, die Freiwilligen nicht unbegleitet zu lassen nicht mehr in Einklang stehen.“ (Int_05_Z.718-719)

Netzwerke mit externen Partnern

Es wurden bereits verschiedene Kooperationspartner wie die örtliche Wirtschaft, die Freiwilligenagentur und Organisationen der Altenarbeit angesprochen. Herausgehoben werden vom Interviewpartner darüber hinaus regelmäßige gemeinsame Aktivitäten mit einer Schule in der Nachbarschaft. Es werden gemeinsame Feste gefeiert, die SchülerInnen machen Aufführungen im Heim und führen seit einigen Jahren im Rahmen des Lehrplans eine „Zeitzeugenbefragung“ zur Stadtgeschichte mit den BewohnerInnen durch. Eine tragfähige Kooperation besteht mit einem lokalen Sportverein: Dieser bietet seit zehn Jahren im Zentrum zweimal wöchentlich Sitzgymnastik für HeimbewohnerInnen und Senioren des Stadtteils an. Ferner ist darauf zu verweisen, dass verschiedene lose Kontakte mit Vereinen und Gruppen bestehen, die für ihre Treffen oder gelegentlichen Veranstaltungen Räumlichkeiten im Haus anmieten.

„Es gibt natürlich noch eine Fülle von anderen Kontakten, die natürlich nicht unbedingt diese Intensität haben: Kirchengemeinde, Kinderchor. Die Kirchengemeinde macht also Gottesdienste hier im Haus für die Senioren.“ (Int_05_Z.219-221)

Das Zentrum selbst engagiert sich in einem informellen Zusammenschluss von Institutionen und Personen der Seniorenarbeit im Stadtteil. Dort wird von den beteiligten Institutionen ehrenamtlich eine Seniorenberatung im Stadtteil angeboten.

Die Einbindung von Angehörigen

Seit dem Jahr 1992 gibt es für den Heimbereich einen Angehörigenbeirat.

„KH: Wie kam der Angehörigenbeirat zustande?“

J: Einfach vor dem Hintergrund der Tatsache, dass Angehörigenbeteiligung ungeheuer wichtig ist. Sieht man sich mal an, was für Klientel wir in den Einrichtungen haben, spielen Angehörige eine immer größere Rolle, weil sie ja Vollmacht oder auch als Betreuer oder auch als Unterstützer einen entscheidenden Einfluss auf die Bewohner haben. Aus diesem Grunde müssen wir die beteiligen und können die nicht als lästige Besucher sehen. Und ein Element davon ist die Schaffung eines Angehörigenbeirats.“ (Int_05_Z.538-547)

Der Angehörigenbeirat wird über eine Angehörigenversammlung gewählt. Er trifft sich einmal im Monat. Der Beirat arbeitet als ein informelles Gremium, das keine feste Amtszeit und keine Satzung hat. Nach anfänglichen Schwierigkeiten, Angehörige für den Beirat zu finden, ist der Beirat heute auf neun Personen gewachsen. Um auch das Engagement von ehemaligen Angehörigen für das Zentrum zu erhalten, wurde die Gruppe „Freunden der Angehörigen“ ins Leben gerufen, der sich ehemalige Angehörigenbeiratsmitglieder anschließen können und die dem Beirat beratend zur Seite steht.

Der Beirat wurde neben und nicht in Verknüpfung mit dem Heimbeirat initiiert. Der Heimleiter hält diese Trennung für sinnvoll, da über getrennte Gremien die unterschiedlichen Interessen beider Parteien im Heim repräsentiert werden können.

„Meine Erfahrung ist im Übrigen, dass Heimbeiratsanliegen und Angehörigenanliegen längst nicht immer die gleichen sind. Daher finde ich die Regelung im Heimgesetz nicht sehr glücklich [...] Weil deren Interessen überhaupt nicht deckungsgleich sind, die können sehr unterschiedlich sogar sein. Also die Damen des Heimbeirats beschäftigen sich natürlich mit den Alltagsproblemen. Ob die Sonnenschirme im Garten vernünftig gelagert werden oder die Bänke richtig stehen, Probleme mit der Waschküche und solche Sachen. Damit beschäftigen sie sich. Während der Angehörigenbeirat, wie schon gesagt, so ein bisschen über den Tellerrand hinausblickt, politische Einflussmöglichkeiten sucht. Und die ganzen Themenstellungen aus einem anderen Blickwinkel auch behandelt. Insofern gibt's da wenig Gemeinsames. Ich finde das in Ordnung, dass die Gremien nebeneinander existieren.“ (Int_05_Z.609-621)

Demnach habe sich im Verlauf der Jahre gezeigt, dass sich der Heimbeirat auf interne Angelegenheiten und Organisationsabläufe im Haus konzentriert, während der Angehörigenbeirat seine Arbeit eher nach Außen richtet. Die Angehörigen knüpfen Kontakte im kommunalpolitischen Umfeld und vermitteln gegenüber Dritten die Interessen des Heims. In der Vergangenheit hat er das Heim beispielsweise bei Konflikten mit der Baubehörde unterstützt und mit der benachbarten Schule eine Initiative zur Verlegung einer Fußgängerampel vor das Zentrum gestartet. Auch bei einem Konflikt zwischen Heim und dem MDK versucht der Beirat, die Anliegen des Heims zu unterstützen.

Daneben übernimmt der Beirat die Aufgabe, Ansprechpartner für Angehörige bei Fragen und Beschwerden zu sein:

„Eine Beschwerdeinstanz für Angehörige, die nicht direkt mit uns zurechtkommen, aber vielleicht auch nicht zur Heimaufsicht gehen wollen [zur Kontrollbehörde), sondern die versuchen einen Zwischenweg zu gehen.“ (Int_05_Z.553-556)

Zusammenfassung und Diskussion

Das Heim E wurde durch die Ausdifferenzierung und Erweiterung des Angebotspektrums zu einem Seniorenzentrum mit Heimangebot umgestaltet. Der Umbau zum Zentrum ging mit einem großen Wachstum des Unternehmens einher. Gesucht wurde nicht wie in Heim C die Ausweitung des Angebots primär in Netzwerken und Kooperationen vorzunehmen. Doch auch hier werden wieder Partner für flankierende Dienstleistungsangebote eingebunden, vor allem der Förderverein, aber beispielsweise auch ein Sportverein und ein Betreiber des Kiosks. Deutlich wird dabei wieder, dass Geschäftspartnerschaften, netzwerkorientierte Ansätze der Altenhilfe und Einbezug zivilgesellschaftlicher Ressourcen keine gegensätzlichen Orientierungsmöglichkeiten darstellen, sondern vielmehr im Sinne des Gesamtkonzepts eines Seniorenzentrums mit vielfältigen Angeboten integriert werden.

Der Gesprächspartner hebt bei der Frage nach Konflikten im Heim aufgrund des Öffnungsprozesses hervor, dass das Konzept seitens der MitarbeiterInnen aufgrund der großen wirtschaftliche Dynamik im Unternehmen auf hohe Akzeptanz stoße. Eine Herausforderung bei der Umsetzung des Konzepts sei es gewesen, die BewohnerInnen selbst dafür zu gewinnen. Zwar können die BewohnerInnen einen Teil des erweiterten Angebotsspektrums wie Veranstaltungen nutzen, doch der Öffnungsprozess und neue Angebote sind nicht immer auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten, sondern orientiert sich vielmehr daran ein „Zentrum“ für verschiedene Akteure zu sein. Hier kommt es darauf an, eine Balance zwischen der wirtschaftlichen Öffnung und den Ansprüchen und Interessen der BewohnerInnen zu finden. Der Heimbeirat war bei der Interessensvermittlung ein zentraler Partner:

„Also sonntags ist zum Beispiel eine griechische Volkstanzgruppe in unserem Saal, das stört dann die Leute im Kaffee, weil es zu laut ist. Auf der anderen Seite haben wir damit halt eine interessante Einnahme, das Café hat mehr Umsatz, weil die alle da ja was kaufen. Der Kiosk ist begeistert, also einmal die Woche richtig Kundenschaft. Also, da muss man versuchen, die Interessen auszugleichen. [...] Ansonsten haben wir die Konzeptentwicklungen immer mit den zuständigen Heimbeiräten besprochen und versucht, die mit ins Boot zu nehmen. Auch die Stadtteilöffnung –

das ist ja ein stadtteiloffenes Haus – birgt natürlich Risiken für die, die oben wohnen, was Sicherheit angeht. Dass die Bewohner sagen: ‚Hier kommen irgendwelche Spitzbuben ins Haus, die uns beklaunen.‘ Das ist natürlich vorgekommen, in der Anfangszeit stärker, weil die Sicherheitsmechanismen noch nicht so gut funktionierten. Jetzt haben wir immer jemand am Empfang, dann eine Videoüberwachung und die Mitarbeiter in den Stockwerken sind sehr, sehr aufmerksam. [...] Wir haben aber immer gesagt, dass das der Preis für die Stadtteilöffnung ist.“
(Int_05_Z.664-678)

Interessant ist dabei auch, dass im Heim die Interessenvertretung von Angehörigen als eigenständiger Bereich organisiert wird und diese nicht mit den Interessen der BewohnerInnen gleichgesetzt werden. Dieses Verständnis ist auch in anderen Fallbeispielen zu beobachten.

Der Einbezug Freiwilliger ist sicherlich Teil des Öffnungskonzepts der Einrichtung, jedoch nicht zentraler Ansatzpunkt. Der Heimleiter bezeichnet die Freiwilligen und ihre Angebote als „i-Tüpfelchen“ (Int_05_Z.748) und sieht den Vorteil in einer zusätzlichen Belegung des Hauses. Hier ist interessant, dass im Haus über die Gelder des Fördervereins zusätzliche Honorarkräfte in der Dementenbetreuung eingesetzt werden, und dass auch Veranstaltungen oftmals gegen Bezahlung im Heim organisiert werden – beides sind Bereiche, die in den anderen Einrichtungen häufig von Freiwilligen getragen werden.

4.2.6 Fallbeispiel F: „Der Betrieb muss erst mal laufen“ – ein Heim, wo wirtschaftliche und soziale Interessen zunehmend zusammengedacht werden

Das Heim F liegt im Zentrum einer ostdeutschen Kleinstadt, in einer strukturschwachen, ländlichen Region, die eine überdurchschnittliche Alterung der Bevölkerung aufweist. Heimträger ist ein Verein, der nach der Wende gegründet wurde, um die Trägerschaft eines Feierabendheims, eines Pflegestifts und eines Kindergartens zu übernehmen; als eines der Satzungsziele des Vereins wurde ein Engagement für alte und für junge Generationen bestimmt. Das Grundstück, auf dem diese Einrichtungen lagen, wurde dem Verein über einen Erbbaupachtvertrag von der örtlichen Kirchengemeinde zur Verfügung gestellt. Der Kindergartenbetrieb wurde infolge wirtschaftlicher Überlegungen eingestellt. Anstelle der sanierungsbedürftigen Gebäude, die schon im 19. Jahrhundert

für die Kranken- und Armenpflege genutzt wurden, wurde im Jahr 1994 ein Ersatzbau mit 111 Pflegeplätzen eröffnet. In einem an das Heim angrenzenden Gebäudetrakt wurden zwölf altengerechte Wohnungen geschaffen. Der Verein tritt hier ausschließlich als Vermieter auf; es handelt sich also nicht um ein Angebot des betreuten Wohnens. Eventuell von den MieterInnen gewünschte Dienste sind von dritter Seite her zu beschaffen.

Das Interview wurde mit Frau F geführt. Im Jahr 1996 begann die Interviewte ihre Arbeit im Heim als Pflegedienstleitung und übernahm später die Funktion der Heimleitung und Leitung des Sozialen Diensts der Einrichtung, über den alltagsbegleitende Gruppenangebote für die BewohnerInnen organisiert werden. Sie ist heute zudem hauptamtliche Vorstandsvorsitzende und Geschäftsführerin des Vereins.

Die zentrale Herausforderung der letzten Jahre war nach Auskunft der Heimleiterin die betriebswirtschaftliche Stabilisierung des defizitären Heimbetriebs. Zentraler Ansatzpunkt waren Einsparungen im hauswirtschaftlichen Bereich. Für die Bereiche Haus- und Wäschereinigung wurden z. B. neue Verträge mit Fremdfirmen auf geringerem Leistungs- und Kostenniveau abgeschlossen. Der Verpflegungsbereich, der vormals ebenfalls an eine Fremdfirma outgesourct war, wurde wieder als Eigenleistung des Betriebs integriert, nachdem neue Tarifbestimmungen niedrigere Arbeitslöhne für ungelernete Hilfskräfte in der Hauswirtschaft erlaubten. Durch die Einsparungen beim Personal und dem Abschluss eines Vertrags zur Essensbelieferung einer örtlichen Kindertagesstätte ist der Verpflegungsbereich heute wirtschaftlich gut aufgestellt.

Seit zwei Jahren ist die wirtschaftliche Situation des Unternehmens auch stabil. Im Jahr 2004 fanden die Umstrukturierungen einen vorläufigen Abschluss durch eine Anpassung der Vereinsstruktur. Die vorige Vereinsstruktur mit ehrenamtlichem Vorstand und hauptamtlichen Geschäftsführer, der zugleich Mitglied im Vorstand ist, wurde umgestaltet in eine Struktur nach dem sog. Aufsichtsratsmodell⁶⁹. Der ehrenamtliche Vorstand wurde hier zum Aufsichtsrat umgestaltet und die Geschäftsführung als hauptamtlicher Vorstandsvorsitzender eingesetzt. Ziel dieser Professionalisierung der Vereinsgeschäfte war nach Auskunft der Interviewpartnerin, dass die Geschäftsführung nun nicht mehr auf Beschlüsse des Vorstands angewiesen ist und so „*schnelleres Handeln möglich wird*“ (Int_06_Z.46).

⁶⁹ Zur vergleichenden Darstellung beider Vereinsmodelle vgl. Koch 2009.

Zwar ist der Verein der einzige Anbieter stationäre Altenpflege in der Stadt, jedoch stehe man mit den Pflegeheimen in der Region in Konkurrenz. Die Leitung sieht die Einrichtung hier im Wettbewerbsnachteil, da sie beim Bau nur zu 60% gefördert wurde und damit ein vergleichsweise hoher Investitionskostenanteil von den BewohnerInnen zu tragen ist. 60% der BewohnerInnen stammen aus der Stadt und dem Umland, 30% aus der weiteren Region; 10% der BewohnerInnen sind als „HeimtouristInnen“ aus einem angrenzenden westlichen Bundesland zugezogen – primär wegen der günstigeren Pflegesätze in der Region.

Dass im Rahmen der Konkurrenzsituation eine Vollbelegung gelingt, führt die Heimleiterin auf eine Profilierung der Einrichtung mit dem Ausbau von kulturellen Veranstaltungen und Betreuungsangeboten in den letzten Jahren zurück. Hier wurden unter anderem Bewegungstraining, Seniorengymnastik, Kochen und Backen und Gedächtnistraining als neue Angebote eingeführt. Auch wurde eine Tagesgruppe für demenziell erkrankte BewohnerInnen eingerichtet. Der Ausbau dieser Angebote wurde im Rahmen einer organisatorischen Neustrukturierung vorgenommen. Im Heim war es üblich, dass Betreuungsangebote im Rahmen des allgemeinen Pflegebereichs von Pflegekräften integriert erbracht wurden,

„Und ich musste ein Stück weit [...] zur Kenntnis nehmen, dass das bei denen noch nicht so einen Stellenwert hat, dass das ein Grundbedürfnis ist, die Freizeit zu gestalten, also mehr als Essen und Trinken. Das Wichtigste bei diesen Fachkräften ist häufig, satt und sauber zu sein und so zu waschen, dass kaum noch Haut drauf bleibt. Ich übertreibe das jetzt absichtlich noch mal ein Stück.“ (Int_06_Z.565-570)

Die Heimleiterin forcierte aufgrund der Schwierigkeiten, soziale Betreuungsangebote zu etablieren, die Schaffung eines eigenständigen Organisationsbereichs Sozialer Dienst. Anfangs stieß dies auf großen Widerstand in der Mitarbeiterschaft.

Ich möchte aber trotzdem unterstreichen, dass die Entscheidung damals, die Beschäftigung der BewohnerInnen, die Freizeitgestaltung zu zentralisieren, der richtige Schritt war, weil Pflegekräfte immer dazu neigen – ob nun Krankenschwester oder Altenpflegerin – den pflegerischen Teil überproportional hoch zu werten. Wenn in Krisenzeiten oder in Vertretungszeiten mal jemand krank ist oder im Urlaub ist, dann wird das meiner Einschätzung nach immer zulasten des begleitenden Bereiches gehen. Und darum habe ich gesagt: Zentralisieren.“ (Int_06_Z.565-581)

Die Heimleitung berief eine Reihe von MitarbeiterInnengesprächen ein, um die Widerstände aufzubrechen. Nachdem die Angebote jedoch nun eine Weile laufen, steige die Akzeptanz der MitarbeiterInnen. Insgesamt, so die Heimleitung, sei das Klima im Heim durch die neuen Angebote wesentlich verbessert worden. Der Soziale Dienst sei heute vergleichsweise zu anderen stationären Einrichtungen überdurchschnittlich gut mit Stellen ausgestattet.

„Denn wenn ich einfach vergleichbare Einrichtungen sehe, der soziale Dienst ist da sehr, sehr schwach besetzt. Das war für mich doch immer Grundprinzip, dieses doch in einem großen Maße – soweit es finanziell tragbar ist – gewährleisten zu wollen. Nicht umsonst haben wir – mal in Vollzeitstellen umgerechnet – 2,7 Stellen, die durch fünf Personen besetzt sind. Und da müssen wir uns nicht verstecken. In anderen Einrichtungen, wenn Sie vielleicht eine halbe Stelle haben, dann haben Sie viel. Das ist hier, denke ich, mal ein Stück anders. Und darüber bin ich hier froh. [...] Denn das Leben besteht nicht nur aus Essen, Trinken, Schlafen. Man möchte mehr als das. Und Langeweile ist das größte Problem der meisten Bewohnerinnen und Bewohner. Wenn die von Mahlzeit zu Mahlzeit leben, entwickeln sich auch viele Dinge, viele Gewohnheiten oder Defizite, die sie nicht hätten, wenn sie einen sinnvollen Tagesablauf hätten.“ (Int_06_Z.194-209)

Im Zuge der Neuausrichtung des Angebots im Heim wurden auch Freiwillige und andere zivilgesellschaftliche Akteure (vermehrt) eingebunden.

Aufbau von Unterstützergruppen

Die Öffnung für Freiwillige wurde im Zuge der Arbeit des Sozialen Diensts realisiert. Die Idee entstand, als die Heimleiterin nach kostengünstigen Möglichkeiten für ein erweitertes Dienstleistungsangebot suchte.

„KH: Wie kam es dazu, dass Freiwillige nun regelmäßig in der Bewohnerbetreuung mitwirken?

F: Aufgrund meiner Tätigkeit beschäftigt man sich natürlich auch mit Steuerrecht, Sozialversicherungsrecht im Rahmen von ‚Kosthumanisierung‘. Da überlegt man dann, wie kann man etwas tun, das die Einrichtung finanziell tragen kann. [...] Dann bin ich auf den Passus gestoßen, dass im Bereich der Betreuung und Pflege alter Menschen eine Möglichkeit gibt, heute bis zu 154 Euro dazuverdienen zu können, ohne dafür Steuer und ohne Sozialversicherungsbeiträge dafür zahlen zu müssen. Sowohl der Arbeitnehmer als auch der Arbeitgeber müssen hierfür nichts

bezahlen. [...] Und das war für mich da ein Punkt: Wenn ich jemanden gewinnen will, gänzlich alles umsonst verlangen, das kann man denke ich auch nicht. Irgendwo entstehen ja wohl Kosten [...] Ich habe gedacht, dass das eine Anregung sein kann, wenn man einen Interessierten gewinnen will: ‚Du, wenn Du bei uns Interesse entwickelst, Dich um einen Bewohner mit zu kümmern, habe ich auch die Chance, Dir das in einem gewissen Umfang vergüten zu können, also dafür eine Entschädigung zu zahlen.‘“ (Int_06_Z.159-175)

Hinzu kam eine Anfrage der Freiwilligenagentur des Kreises, ob ein Interesse an der Vermittlung Freiwilliger bestehe. Nachdem das Heim mit zwei vermittelten Personen gute Erfahrungen gemacht hatte, gewann die Heimleiterin in ihrem Umfeld weitere Personen.

„Und dann habe ich die Initiative ergriffen, auch ohne die Freiwilligenagentur, den Einen oder Anderen, den ich kannte oder der sich interessierte, für die Mitarbeit hier im Haus zu gewinnen.“ (Int_06_Z.179-184)

Aktuell sind fünf Ehrenamtliche in der Einrichtung tätig. Koordiniert werden die Freiwilligen von der Heimleiterin in ihrer Funktion als Leiterin des sozialen Diensts und einer gerontopsychiatrischen Fachkraft, die die Angebote in der Dementengruppe des Hauses organisiert. Die Einsätze der Freiwilligen werden in den regulären Dienstplan mit aufgenommen und die Freiwilligen mit den hauptamtlichen MitarbeiterInnen zusammen weitergebildet, sie sind aber nicht Bestandteil des ausgewiesenen Personalschlüssels. Die Aufwendungspauschale wurde im ersten Jahr aus Spenden und anschließend aus dem Budget der Einrichtung finanziert.

Der *Trägerverein* des Heims hat seit seiner Gründung konstant 25 Mitglieder, überwiegend Mitglieder der Kirchengemeinde und der Kommune. Eine Ausweitung der Mitgliedschaft ist nicht gewünscht. *„denn wir sind ja ein Zweckbetrieb [...] und es ist ja riskant, weil, die Mitgliederversammlung ist ja das oberste Organ“ (Int_06.Z.55-57).* Der Aufsichtsrat übernehme neben seinen Pflichtaufgaben eine durchaus wichtige Rolle bei der Findung neuer Kooperationspartner. Zudem wird der Einsatz nicht-zweckgebundener Spenden an das Heim, die zurzeit ungefähr 5000 Euro im Jahr betragen und von Angehörigen und BewohnerInnen gespendet werden, auf den Beiratssitzungen beschlossen.

Netzwerke mit externen Partnern

Zivilgesellschaftliche Ressourcen konnten für die Einrichtung über *ursprünglich rein geschäftliche Kontakte* zugänglich gemacht werden. So konnten beispielsweise Sachspenden für die Anschaffung eines Kleinbusses und einer hausinternen Videoanlage für Veranstaltungsübertragungen bei Zulieferern der Einrichtung akquiriert werden.

Im Zuge der Essenslieferung an die *örtliche Kindertagesstätte* kamen die Leiterinnen der beiden Einrichtungen verstärkt ins Gespräch und entwickelten Ideen für gemeinsame Treffen von BewohnerInnen und Kindergartenkindern. Daraus haben sich bislang regelmäßige Vorführungen und Geburtstagsbesuche von Kindergartenkindern im Heim entwickelt. Zurzeit in Planung sind künftige gemeinsame Treffen, auf denen Kinder und BewohnerInnen zusammen singen, spielen und musizieren.

Die *Kreisvolkshochschule* mietet aufgrund eigener Raumknappheit Räume im Heim für Kurse an – auch daraus entwickelte sich die Idee einer weiterführenden Kooperation. An dem Kurs „Plattdeutschrunde“ nehmen bereits regelmäßig einige BewohnerInnen teil. Perspektivisch soll hier ein größeres, auch für die BewohnerInnen interessantes, Angebot entwickelt werden.

Die *Kirchengemeinde* ist aufgrund der Geschichte des Hauses als ein traditioneller Partner zu sehen. Der Austausch konnte in den letzten Jahren intensiviert werden im Rahmen gemeinsamer Gottesdienste, Seelsorge und Aktivitäten der Konfirmandengruppen im Heim. Die Gemeindemitglieder besuchen nach Auskunft der Leiterin zahlreich die Veranstaltungen im Heim; umgekehrt organisiert das Heim die Teilnahmemöglichkeit der BewohnerInnen bei kirchengemeindlichen Festen.

Da die *Kommune* Mitglied des Trägervereins und im Aufsichtsrat vertreten ist, bestünden dorthin gute Kontakte. Zum Zeitpunkt des Baus (1994) hatte die Kommune einen freiwilligen Zuschuss von 850.000 DM geleistet, und präsentiert sich heute noch gern auf den Veranstaltungen des Heims. Getragen sei diese Unterstützung vor allem dadurch, dass das Heim einer der größten Arbeitgeber der Stadt ist.

Die Heimleiterin plant als nächstes Projekt, das ursprüngliche Satzungsziel des Vereins, sich auch für die junge Generation zu engagieren, zu stärken. Hierzu sollen jene *Schulen*, mit denen es bereits lose Kontakte gibt, für regelmäßige gemeinsame Aktionen gewonnen werden.

„Im Moment gibt es dann noch die eine oder andere Schule, die uns mit Schülern hier besucht, die Sekundarschule und auch die Grundschule. Leider konzentriert sich das meistens nur auf die Advents- und Weihnachtszeit, was ich sehr bedaure. Da wird man dann so was von belagert.“ (Int_06_Z.470-473)

Durch die Unterstützung einiger lokaler *Gruppen und Vereine* findet im Heim ein regelmäßiges Angebot an öffentlichen Veranstaltungen wie z. B. Chorauftitte und andere musikalische Aufführungen, Auftritte von Folkloregruppen oder beispielsweise auch der Auftritt des Spielmannszugs des Schützenvereins statt; die Gruppen gestalten die Aufführungen für die Einrichtung kostenlos.

Die Einbindung von Angehörigen

Grundsätzlich sieht die Heimleitung eine wachsende Bedeutung von Angehörigen im Heim als notwendig, da die MitarbeiterInnen im Zuge der gestiegenen Anzahl demenzieller Erkrankungen vermehrt auf die Kommunikation mit Angehörigen angewiesen sind. Als die Leiterin ihre Arbeit in der Einrichtung aufnahm, war für sie auffällig, dass sich Angehörige in der Einrichtung „sehr zurücknahmen“ (Int_06_Z.306). Mittlerweile habe sich ein reger Besuchsverkehr entwickelt. Als Gründe für diesen Erfolg nennt sie die konsequente Einladung aller Angehörigen zu Veranstaltungen, den Aufbau einer Cafeteria und von Gruppenbetreuungsangeboten, die auch für Angehörige eine einladende Atmosphäre schaffen. Angehörige würden sich beispielsweise auch spontan an den Gruppenangeboten beteiligen, z. B. dem Angebot Kochen und Backen.

„Aufgrund der Angebote, die für alle, für die Gemeinschaft, gemacht werden [...] kann ich beobachten, dass das Interesse der Angehörigen an dem gesamten Haus mit den Bewohnerinnen und Bewohnern stark zugenommen hat. Es gehören auch Angehörigenachmittage oder -abende dazu, wo auch über bestimmte Dinge dann informiert wird, man miteinander ins Gespräch kommt.“ (Int_06_Z.312-317)

Anliegen der Heimleitung war es auch, den Dialog mit den Angehörigen durch den Aufbau eines Angehörigenbeirats auszubauen. Es gelang, sechs Angehörige für dieses Vorhaben zu gewinnen. Über eine längere Zeit fand sich der Angehörigenbeirat zu monatlichen Treffen mit der Heimleitung oder einer Wohnbereichsleitung zusammen. Besprochen wurden Angelegenheiten des Hauses,

„...was nun die Betreuung angeht, was Angebote angeht und was die Ausgestaltung des Hauses angeht. [...] Wir sehen das häufig mit einer fachlichen Brille. [...]

Man verliert häufig den etwas weiteren Blick für ganz natürliche Dinge. Und dazu kann man Angehörige sehr gut gebrauchen, äh, nutzen, dass sie einem auch ganz simple Dinge mal sagen. Und diese Dinge, die sie beobachtet haben, wollten wir gerne nutzen. Dass wir auch das in Erfahrung bringen können, dass hat dann auch in diesem Angehörigenbeirat stattgefunden.“ (Int_06_Z.341-349)

Mit der Zeit entwickelte der Beirat nach Auskunft der Leiterin eine eigene Dynamik als „Selbsthilfegruppe“ (Int_06_Z.367). Infolge des Todes verwandter BewohnerInnen der Beiratsmitglieder habe der Beirat vor einigen Monaten leider seine Aktivitäten eingestellt. Ähnlich wie der Gesprächspartner in Heim E argumentiert die Leiterin für eine Trennung von Heim- und Angehörigenbeirat. Die Interessen beider Gruppen seien nicht deckungsgleich und da im Haus erfreulicherweise ein Heimbeirat aus sehr engagierten HeimbewohnerInnen gebildet werden könne, sei ein Vertretermodell nicht nötig.

Zusammenfassung und Diskussion

Die in Heim E eingeleiteten Öffnungsprozesse sind noch recht jungen Datums. Möglicherweise ist dies zum Teil darauf zurückzuführen, dass es deutlicher als in den anderen erfassten Heimen Widerstände der MitarbeiterInnen gegeben hat, die nicht nur mit dem Aufbau eines eigenständigen Sozialen Diensts, sondern auch mit dem Ausbau des öffentlichen Veranstaltungsangebots aufkamen. Das Fallbeispiel wirft aber auch die Frage auf, in welchen Verantwortungsstrukturen eine Öffnung vorangetrieben werden kann. Die Einbindung neuer Partner und die Entwicklung neuer Angebote sind stark vom Engagement der Heimleitung abhängig, die hier zugleich die Leitung des Sozialen Diensts verantwortet. Lediglich im Dementenbereich findet eine Verantwortungsteilung mit einer gerontopsychiatrischen Fachkraft statt. Die anderen MitarbeiterInnen passen ihre Arbeitsstrukturen den geänderten Anforderungen nur zögerlich an; folgt man den Darstellungen der Interviewten, so übernehmen sie keine aktive Mitwirkung bei der Weiterentwicklung des Angebots.

Die Leiterin sprach eine Reihe von Überlegungen zu neuen Aktivitäten mit Kooperationspartnern an. Obwohl sie einerseits den fruchtbaren Zusammenhang von wirtschaftlichem Erfolg und Kooperationen in Netzwerken hervorhebt, definiert sie andererseits derlei Vernetzungen als nachrangig in ihrem Zeitbudget. Aktivitäten der Einrichtung zur Vernetzung im Umfeld und die Gewinnung von Kooperationspartnern erhalten dabei den Charakter eines freiwilligen Zusatzengagements. Dies bringt Schwierigkeiten mit sich:

„Diese Arbeit [in einem Pflegeheim] ist ein recht anstrengender Beruf, der Körper und Geist fordert. Und somit gibt es auch wenige Mitarbeiter, die über ihren normalen Auftrag hinaus bereit sind, sich zu engagieren. Und so bleibt vieles an wenigen Leuten hängen.“ (Int_06_Z.512-517)

„Das sind in der Regel viele Auflagen, die wir durch neue Bedingungen im Zusammenhang mit dem Pflegeversicherungsgesetz, mit Qualitätskontrollen und vielen verwaltungstechnischen Dingen auferlegt bekommen, die einen regelrecht zerfressen. Die so viel Kontrollfunktion mit sich bringen, wo Mitarbeiter kontrolliert werden müssen, wo dieses und jenes kontrolliert werden muss, die dann einfach für innovative Gedanken, die umsetzen zu können, wenig Zeit lassen.“ (Int_06_Z.534-530)

Das Verhältnis, das die Heimleitung zwischen wirtschaftlichem Erfolg und zivilgesellschaftlicher Einbettung des Heims zeichnet, ist durchaus widersprüchlich. Einerseits nehme die wirtschaftliche Notlage die primäre Stellung ein und betriebswirtschaftliche Aufgaben müssen demgemäß vorrangig bearbeitet werden.

„Und ich habe in der Regel erst mal sicherzustellen, dass der Betrieb hier läuft, existieren kann, gesichert läuft. [...] Wenn es dem Betrieb aus wirtschaftlichen Gründen schlecht geht und es ihn dann nicht mehr gibt, dann bringt das andere nichts.“ (Int_06_Z.500-507)

Andererseits werden die durch zivilgesellschaftliche Ressourcen mitgetragenen, neu geschaffenen Angebote als wesentliches Zugpferd für die Attraktivität der Einrichtung, die Zufriedenheit von Angehörigen und BewohnerInnen und die Gewinnung neuer BewohnerInnen gesehen, und damit ein direkter Zusammenhang der Angebote mit dem wirtschaftlichen Erfolg hergestellt. Auch der Einbezug von Geschäftspartnern als Spender und Sponsoren verweist auf eine interessante Verschränkung beider Sphären.

Die Nachrangigkeit oder gar Unterordnung von kooperativen Strukturen gegenüber einem „reibungslosen“ Geschäftsbetrieb wird hier in einem Bereich besonders deutlich. Auf Ebene des Trägervereins wurde eine „Entlastung“ der Geschäftsführung von Abstimmungsprozessen des ehrenamtlichen Vorstandsgremiums gesucht, damit die Einrichtung wie ein Unternehmen geführt werden kann. Erhalten bleiben sollen nach der Umwidmung des ehrenamtlichen Vorstandsgremiums in einen Aufsichtsrat jedoch andere Vorteile, die eine Vereinsstruktur mit Beteiligung von VertreterInnen gewichtiger örtlicher Institutionen (Kirchengemeinde, Kommune) mit sich bringt: Die

VertreterInnen sollen vor allem eine Vernetzung in das Gemeinwesen und dort eine Repräsentanz der Anliegen der Einrichtung vorantreiben. Diese Abtrennung der Leitungsebene als „Herzstück“ des Betriebs von Formen des „Mitregierens“ von Partnern ist im Übrigen auch symptomatisch für die meisten anderen Fallbeispiele.

4.2.7 Fallbeispiel G: Ein Altenzentrum als Gemeindeprojekt

Das Altenzentrum G nahm erst im Jahr 2000 seinen Betrieb auf. Das Interview wurde mit der Heimleiterin (GH) sowie mit der Leiterin des Sozialen Diensts (GS) geführt. Beide Personen sind seit dem Gründungsjahr im Altenzentrum G angestellt. Vor der Eröffnung gab es in dieser westdeutschen Kleinstadt, die in einer verstädterten Region gelegen ist, keine Pflegeheim Einrichtung. In den 1980er-Jahren formierte sich eine Initiative unter Beteiligung der örtlichen Sozialstation, ehrenamtlich in der Altenhilfe und -pflege Engagierten und Angehörigen von Pflegebedürftigen, die sich für den Bau eines Pflegeheims vor Ort einsetzte. Nach einer Phase der Diskussion im kommunalpolitischen Raum fasste der Gemeinderat Anfang der 1990er-Jahre den Beschluss für die Schaffung eines Altenzentrums. Es wurde zunächst ein Förderverein gegründet. Der Förderverein erarbeitete eine Konzeption für das Zentrum und akquirierte Spenden für den geplanten Bau bei den BürgerInnen der Gemeinde; Gelder für den Heimbau konnten ebenfalls durch Aufnahme in ein öffentliches Modellprogramm hinzugewonnen werden. Als das Altenzentrum realisiert werden konnte, wurde der Förderverein in den Trägerverein des Zentrums umgewandelt, der assoziiertes Mitglied in einem Wohlfahrtsverband ist.

Im Verein sind nach Auskunft der Gesprächspartnerinnen die zentralen politischen und sozialen Akteure in der Kommune vertreten. Geborene Mitglieder sind die Pfarrer der katholischen und der evangelischen Kirchengemeinde, ein Vertreter der politischen Gemeinde und ein Vertreter des Wohlfahrtsverbandes. Die Heimleitung gehört dem Vorstand als nicht-stimmberechtigtes Mitglied an. Zwei BürgerInnen der Gemeinde kommen als gewählte Mitglieder hinzu.

Die Angebote des Zentrums G umfassen im stationären Bereich 48 Altenpflegeheimplätze, zehn Plätze für pflegebedürftige junge Menschen ab 18 Jahren und sechs Plätze in der Kurzzeitpflege. Im teilstationären Bereich stehen zwölf (12) Plätze der Tagespflege zur Verfügung. Im ambulanten Bereich arbeiten die Sozialstation und ein

ambulanter Hospizdienst des Zentrums, von der Heimküche wird auch ein mobiler Menüservice angeboten. Das Konzept sieht vor, dass das Haus als öffentliche Begegnungsstätte für BürgerInnen und Vereine genutzt wird. Dementsprechend wurden zusätzliche Räumlichkeiten wie eine Cafeteria, ein großer Gymnastikraum und eine Kegelbahn eingerichtet.

In Nachbarschaft des Zentrums werden 20 Wohnungen des betreuten Wohnens von einem privatwirtschaftlichen Träger vermietet. Die Baugenehmigung wurde mit der Absicht erteilt, dass die Wohnungen ein konzeptioneller Baustein des Zentrums sind. Die MieterInnen des Betreuten Wohnens nähmen überwiegend die Dienste und die Freizeit- und Beschäftigungsangebote des Zentrums in Anspruch.

Bis auf die Hausreinigung werden alle Dienstleistungen hausintern erstellt. Es sei als eine „Gegenleistung“ des Zentrums für das Engagement der Gemeinde zu verstehen, dass das Zentrum Beschäftigungs- und Ausbildungsmöglichkeiten für BürgerInnen der Gemeinde schaffe.

„Wir haben mittlerweile fünf Auszubildende hier. Und das ist auch immer ein Kriterium hier, dass man einen Ausbildungsplatz bekommt, immer die Gemeinde. Kinder der Gemeinde.“ (Int_07_Z.1088-1090)

„GH: Nur die Putzkolonie ist von außen. ABER auch diese Mitarbeiter sind aus der Gemeinde. Das ist uns auch wieder ganz wichtig, dass wir eine Putzfirma finden, die auch die Mitarbeiter aus der Gemeinde beschäftigen.“

KH: Darf ich fragen warum?

GH: Wir hatten zuerst, angefangen hatten wir, da hatten wir eine Putzfirma aus XY. Und dem Unternehmer wurde gesagt, dass die Mitarbeiter aus der Gemeinde sein müssen. Ja um hier in der Gemeinde Arbeitsplätze zu schaffen. Das ist der einzige Grund.

KH: Und wie kommt es zu dieser Entscheidung oder wer trägt diese Entscheidung?

GH: Also ich denke mal, das ist unser Leitbild ein Stück weit gesagt.

GS: Ich denke, auch die Geschichte des Hauses.

GH: Auch die Geschichte des Hauses. Die Geschichte und das Leitbild.

GS: Also ich meine die Gemeinde und die ganzen, ähm, ich sag' mal, Bürger hier, sind dem Haus schon auch sehr eng verbunden und haben also für die Entstehung sehr viel dazu getan.“ (Int_07_Z.122-145)

Die wirtschaftliche Situation des Heims ist nach Auskunft der Heimleiterin gut. Aufgrund eines Nachfrageüberhangs sei der Altenpflegebereich voll ausgelastet, ein Erweiterungsbau sei deshalb in Planung; lediglich der Bereich „junge Pflege“ müsse gelegentlich beworben werden. Die Heimplätze würden prioritär an Pflegebedürftige vergeben, die von den MitarbeiterInnen der örtlichen Sozialstation vorgeschlagen werden. Durch dieses Verfahren werde denjenigen Pflegebedürftigen ein Vorrang eingeräumt, bei denen das soziale Unterstützungsnetzwerk im häuslichen Bereich überfordert sei. Die Heimleitung beschreibt dieses Verfahren als Korrektiv zum wirtschaftlichen Interesse des Heimbetriebs, BewohnerInnen nach dem Kriterium der Einnahmensicherung – höhere Pflegestufen sichern dem Betrieb höhere Einnahmen – auszuwählen.

„Also wir haben, wir hatten immer eine sehr große Warteliste. [...] Wir haben aber ein Kriterium: Brennpunkte aus der Gemeinde haben immer den Vorrang! Immer! Die Sozialstation sieht die Brennpunkte und trägt diese Brennpunkte an uns heran. Da ist zum Beispiel das Ehepaar vorne. Die leben alleine. Das ging einfach nicht mehr. Die Sozialstation weiß von der Problematik. Und dann werden wir darauf aufmerksam gemacht und kümmern uns darum, [...] Egal, was für eine Pflegestufe das ist, ne. Man hätte natürlich gerne einen Dreier. Aber wenn das ein Einser ist oder die Ehefrau ist ein Nuller, dann ist es halt so. Brennpunkte werden wirklich bevorzugt behandelt, Brennpunkte aus der Gemeinde.“ (Int_07_Z.73-88)

Aufbau von Unterstützergruppen

Während viele Trägervereine von sozialen Diensten im Zuge des gewachsenen Geschäftsbetriebs einen hauptamtlichen Vorstandsvorsitz eingerichtet haben, werden die Vereinsgeschäfte für das Altenzentrum G durch einen ehrenamtlichen Vorstand geleitet. Eine enge Verzahnung zwischen Heim und Gemeinde werde durch die Vorstandsmitglieder sichergestellt.

„KH: Und was leistet der Vorstand in Richtung Öffnung des Hauses nach außen, Interessenvertretung des Hauses nach Außen?

GH: Das sind Bürger der Gemeinde und die arbeiten auch so. [...] Und diese Menschen, die da im Vorstand sind, kennen die Bürger dieser Gemeinde. Und so kann man auch miteinander arbeiten.“ (Int_07_Z.218-231)

Jedoch macht die Heimleiterin im Gespräch Andeutungen, dass es erste Überlegungen zur Professionalisierung der Vereinsstruktur gibt, wovon man sich eine bessere Handlungsfähigkeit des Vereins verspreche.

Der Verein hat eine beachtliche Anzahl von 180 Mitgliedern. Eine Mitgliederwerbung werde nicht betrieben, aber es stehe allen BürgerInnen offen, beizutreten. Nach stagnierenden Zahlen in den vergangenen Jahren sei es im Zuge der kürzlich abgehaltenen Vorstandswahlen zu einigen Neuzugängen gekommen – was für das Interesse der Bevölkerung am Haus spreche. Die Vorstandswahlen standen im Zeichen des altersbedingten Rückzugs des langjährigen Vorstandsvorsitzenden des Förder- und späteren Trägervereins aus allen Ämtern. Auf einer Mitgliederversammlung, an der sich 90 Mitglieder beteiligten, wurde der Pfarrer einer örtlichen Kirchengemeinde als Nachfolger gewählt.

Nachdem der Verein *Spenden*, die in Bau und Ausstattung des Zentrums flossen, über Jahre hinweg offensiv eingeworben habe, werde heute zurückhaltender mit der Akquirierung von Spenden umgegangen.

„Das sind ja JAHRE gewesen. Das waren ja 20 Jahre. Irgendwann gibt auch die Kuh, die man 20 Jahre gemolken hat, keine Milch mehr.“ (Int_07_Z.372-373)

„Damals gab es sicherlich auch eine Zeit, wo die Spendenbereitschaft weniger wurde, wo man sagte: „Ach IMMER für das Altenzentrum.“ Aber das wurde dann nicht ausgenutzt, sondern dann stand das Haus hier und dann war auch erst mal Ruhe. Und dann wurden einfach die Leute auch nicht überstrapaziert. Aber wenn jetzt was ist, dann kann man es auch gut einschätzen, dass man dann wirklich da was benötigt. Und dann fließt es.“ (Int_07_Z.410-415)

Heute würden Spenden verhaltener und für konkrete Anlässe wie Bewohnerausflüge, -urlaube und kulturelle Veranstaltungen eingeworben. Die Akquise laufe beispielsweise über die Ansprache örtlicher Geschäftsleute.

„Wir [der Bereich „junge Pflege“] wollten in ein Konzert – Starlight-Express. Wir hatten das Geld nicht. Es kostet eine Menge Geld. Da sagt meine Kollegin von der Sozialstation: ‘Ich gehe zum Autohändler, der täglich die Autos für die Sozialstation betankt.’ Dann ist sie wiedergekommen und hatte das Geld.“ (Int_07_Z.417-421)

Über die beiden Pastoren im Vorstand könnten zudem die Kirchengemeindemitglieder aktiviert werden, teils würde das Zentrum auch im Rahmen von Veranstaltungen Spenden sammeln:

„KH: Wie machen Sie das? Also wenn Sie jetzt zum Beispiel den Urlaub planen, über welche Kommunikationswege läuft das dann, wenn Sie Zuschüsse bräuchten?

GH: Wir brauchen das nur zum Pastor zu sagen. Der sagt das von der Kanzel. Einmal evangelisch, einmal katholisch. [...]. Äh, oder wir machen hier im Haus was.“ (Int_07_Z.396-402)

Der Trägerverein habe bei der Gründung des Zentrums beschlossen, dass *freiwilliges Engagement* von Anfang an im Zentrum als fester Bestandteil etabliert werden soll. Um dies umzusetzen, sei in der Stellenbeschreibung für den Sozialen Dienst der Aufbau einer freiwilligen Gruppe und ihre Koordinierung und Schulung festgeschrieben worden.

Heute sind 140 freiwillig Engagierte regelmäßig im stationären, im Tagespflegebereich und im Rahmen einer ambulanten Hospizgruppe aktiv. Die MitarbeiterInnen des sozialen Diensts würden eine monatliche Einsatzliste der Freiwilligen im (teil)stationären Bereich erstellen und diese mit den Pflegekräften absprechen. Die Freiwilligen würden eine Reihe von Tätigkeiten übernehmen, wie Fahrdienste, Einzel- und Gruppenbetreuungen, Rezeptionsdienst und Einkaufsdienst. Die Gewinnung von Personen habe sich mittlerweile zu einem Selbstläufer entwickelt:

„Es ist ja nicht, dass wir ständig werben müssen, sondern im Grunde kommen die Leute auf uns zu, dass wir fast schon mal sagen müssen, ‚jetzt müssen wir aber gucken‘ [...]“ (Int_07_Z.437-439)

Mit einem derart großen Interesse der BürgerInnen an freiwilligem Engagement im Zentrum habe man nicht gerechnet. Und dabei sind es nicht (mehr) nur Frauen im mittleren und höheren Lebensalter, die sich engagieren würden. Überraschend sei die zunehmende Zahl von Arbeitslosen und auch von Männern unter den Freiwilligen.

Die große Nachfrage von Freiwilligen fordere die Kreativität der Entwicklung von geeigneten Einsatzfeldern und neuen Angeboten im Heim seitens des Sozialen Diensts heraus. In einem gemeinsamen Gespräch zum Kennenlernen würden Interessengebiete und Einsatzmöglichkeiten ausgelotet. Die Freiwilligen würden einzeln oder auch in Freiwilligengruppen arbeiten – beispielsweise stellt die Gruppe „Fahrdienst

Tagespflege“ eine größere Einheit dar, oder es gibt eine Gruppe von zehn Frauen, die einmal pro Woche mit BewohnerInnen in Rollstühlen spazieren gehen. Vor allem zur Verbesserung der Dementenbetreuung sei der Einsatz Freiwilliger wichtig:

„Für die Dementen abends eine Tagesausklanggruppe. Wo wir genau wissen, zu dieser Uhrzeit werden die Dementen ganz furchtbar nervös, sie laufen rum, sie schreien. Und da ist einfach einer nur da, der nicht viel tun braucht. Und dann klappt das.“ (Int_07_Z.771-775)

„Oder bei den Dementen überhaupt, die nachmittags so unruhig werden, da gibt es beispielsweise eine Frau, die ist nachmittags, mittwochnachmittags da, die einfach nur mit dieser Dementen über den Flur läuft. So damit ist die gut versorgt und die anderen Mitarbeiter können dann in Ruhe mit den Bewohnern Gesellschaftsspiele machen oder können sich dann auf die dann wieder einlassen. Also es hat was sehr Bereicherndes für die Arbeit.“ (Int_07_Z.777-782)

Ein nach Einschätzung der Leiterin des Sozialen Diensts wichtiger Punkt im Freiwilligenkonzept des Zentrums ist, Freiwillige nicht auf längere Zeiträume zu verpflichten.

„Also es gehen natürlich auch ab und zu immer mal Leute, die sage ich mal ‚Pause machen‘ – warum auch immer. Und das ist aber auch unser Motto. Keiner soll sich hier verpflichtet fühlen. Sondern jeder nur so viel, wie er Spaß hat, so lang, wie er Spaß hat. Ohne ein schlechtes Gewissen haben zu müssen, wenn man sagt, ‚So jetzt reicht es mir‘ oder ‚Jetzt muss ich was anderes tun‘. Das ist auch das, was ich denen immer am Anfang schon sage. ‚Wenn ihr irgendwann nicht mehr wollt, keinen Spaß habt, dann habt kein schlechtes Gewissen. Das ist so auch in Ordnung.‘“ (Int_07_Z.480-487)

Zur Abgrenzung der freiwilligen von den hauptamtlichen Bereichen gebe es zudem eine einfache Faustformel: Es sei Aufgabe des Sozialen Diensts, darauf zu achten, dass, sollten sich die Freiwilligen zurückziehen, die Pflege und Versorgung weiterhin optimal gesichert werden könnte. Dies erfordere einerseits eine genaue Klärung der Aufgabebereiche, andererseits auch ein gemeinsames Arbeiten. So sei es verpflichtend, dass immer eine hauptamtliche Kraft begleitend zur Seite steht.

„Wenn ich jemanden für Freitagnachmittag bestelle zur Gesellschaftsspielrunde, ist meine Kollegin M. da. Ja oder wenn wir Gymnastik haben, dann ist von uns auch immer einer da. Und wenn diese Person nicht kommt [die Ehrenamtliche], dann

„machen Sie es. So ne. Wir holen die Leute zusammen und wir sind einfach auch immer mit dabei.“ (Int_07_Z.735-739)

Der mit dem wachsenden Freiwilligenbereich verbundene steigende Arbeitsaufwand für die Koordination werde nicht durch einen, gegenüber Vergleichseinrichtungen in der Region, höheren Stellenschlüssels für den Sozialer Dienst abgedeckt, sondern dadurch, dass die MitarbeiterInnen des Sozialen Diensts Tätigkeitsbereiche in der BewohnerInnenbegleitung an die Freiwilligen abgeben. Die Arbeitsinhalte der MitarbeiterInnen des Sozialen Diensts haben sich dabei deutlich verändert – statt direkter Betreuungstätigkeiten für BewohnerInnen stehen heute Koordinations- und Managementaufgaben des Freiwilligenbereichs im Vordergrund:

„GS: Oft macht der Soziale Dienst Sachen, die hier bei uns mittlerweile viel über das Ehrenamt abgedeckt sind.“

GH: Ja, aber das kommt erst hinterher Frau G-S.

GS: Ja, am Anfang habe ich es selber gemacht. Dann kamen aber Leute, an die ich immer mehr abgeben konnte.“

KH: Ja, also hat sich ihre Fachlichkeit als Sozialarbeiterin gewandelt?

R: Ja, mehr Management, Koordination. Und TEILWEISE nur noch an der Basis, ne, bei den Leuten so.“ (Int_07_Z.1066-1078)

Die Arbeit der *Hospizgruppe* werde getrennt von den anderen Freiwilligen gestaltet und organisiert. Es ist die einzige Freiwilligengruppe unter allen Fallbeispielen, für deren Koordination eine zusätzliche halbe Stelle geschaffen wurde. Zurzeit werde diese Stelle im Rahmen eines Modellprojekts des Wohlfahrtsverbands refinanziert. Die 18-köpfige Gruppe sei zwar als eine ambulante Hospizgruppe konzipiert, aber gelegentlich engagiere sie sich auch im stationären Bereich.

Die *Einbindung des Ehrenamts als „gleichberechtigte Säule“* neben hauptberuflichen MitarbeiterInnen ist auch im Leitbild der Einrichtung festgehalten. Dieses Leitbild, und auch andere Konzepte wie beispielsweise ein Standard zur Sterbebegleitung, seien mit Vertretern von Ehrenamtlichen und Hauptamtlichen entwickelt worden. Zum Schutz beider Seiten wurden zwei wesentliche Punkte schriftlich festgelegt (Leitbild Einrichtung G):

- a) Der „ergänzende Charakter“ ehrenamtlicher Hilfen und damit der Schutz hauptamtlicher Arbeitsplätze.

- b) Ehrenamtliche haben nicht den Charakter von Hilfskräften, sondern werden nach individuellen Wünschen und Fähigkeiten tätig. Dementsprechend gibt es auch keine zeitlichen Mindestvorgaben für ein Engagement.

Das Konfliktpotenzial in der Zusammenarbeit mit Freiwilligen schätzen die Interviewten als sehr gering ein. Einerseits, da im Zentrum von Beginn an Freiwillige integriert waren und der schwierige Prozess einer Anpassung eingespielter professioneller Strukturen gegenüber Engagementbereichen nicht gegangen werden musste; andererseits, da die Einbindung über festgelegte Verfahrensweisen und Regeln läuft.

„Und wenn jemand gegen diese Regeln verstößt, dann weisen wir darauf hin. Und wenn er dann immer wieder dagegen verstößt, dann müssen wir ihm einfach sagen, das eine Zusammenarbeit nicht geht.“ (Int_07_Z.714-716)

Eine Aufwandsentschädigung für Freiwillige werde nicht gezahlt, Materialkosten könnten erstattet werden.

Netzwerke mit externen Partnern

Grundsätzlich, so die beiden Gesprächspartnerinnen, sei die Basis für eine gute Vernetzung in die Stadt bereits durch die Vereinsgeschichte und -struktur hergestellt. Die Leiterin des Sozialen Diensts ist zuständig für die Ansprache von Vereinen und Organisationen und die Pflege der Partnerschaften. Die Einrichtung profitiere hier von einem regen Vereinsleben und sehr aktiven Gruppierungen im kirchlichen Umfeld. Mehrere Vereine nähmen das Angebot des Hauses wahr und nutzen Räumlichkeiten für Vereinstreffen u.a. Vereine und Gruppen treten im Rahmen von Veranstaltungen im Zentrum auf. Besonders gelungene Formen der Zusammenarbeit seien im Bereich der generationenübergreifenden Begegnung zu finden; hier gebe es manche regelmäßige und einige unregelmäßige Projekte mit Kindergärten und Schulen, die auf die Bedürfnisse der BewohnerInnen zugeschnitten sind.

Insofern das Zentrum auch als Begegnungsstätte diene, finden Gruppentreffen und Veranstaltungsangebote auch unabhängig vom Heimbetrieb statt. Die Kommune selbst engagiere sich in der offenen Altenarbeit nicht eigenständig, sondern überlasse dies unter Gewährung gelegentlicher Zuschüsse dem Zentrum und der Kirchengemeinde. Insgesamt sei ein reger Besuchsverkehr im Haus zu beobachten und die zahlreichen öffentlichen Veranstaltungen im Haus seien äußerst gut besucht, von BewohnerInnen wie BürgerInnen.

Die Einbindung von Angehörigen

Während ein umfassendes Konzept für die Einbindung Freiwilliger entwickelt wurde, gebe es kein spezielles Konzept im Umgang mit den Angehörigen der HeimbewohnerInnen. Insgesamt sei auch ein reger Besuchsverkehr der Angehörigen zu beobachten.

„Das heißt nicht, dass hier nicht auch viele Angehörige vor Ort sind. Hier sind sehr, sehr viele Angehörige vor Ort. Sehr viel. Aber diese Angehörigen kommen auch für ihre Angehörigen. Und schließen sich auch der Ehrenamtlichengruppe an, wenn es um Spazieren gehen geht oder um Sommerfeste. Da haben wir ganz, ganz viele Angehörige. Aber sie sind erst mal in erster Linie für ihren Angehörigen da. So kann man das beschreiben. Und sind auch in den meisten Fällen gut damit bedient.“ (Int_07_Z.818-824)

Regelhaft eingebunden werden Angehörige über den zweimal jährlich stattfindenden Angehörigenabend. Ansonsten sprechen die Mitarbeiter bei Bedarf die Angehörigen persönlich an und umgekehrt. Die Kontaktintensität sei von Person zu Person sehr unterschiedlich.

Zusammenfassung und Diskussion

Die beiden Frauen betonten im Gespräch, dass das Zentrum, entstanden aus einer lokalen sozialen Bewegung heraus, weiterhin sehr stark in lokalen Bezügen verankert ist; diese Verankerung präge die Identität und die Arbeit des Zentrums auch heute. Illustriert wird eine breite Beteiligung von BürgerInnen und Interessengruppen der Gemeinde über verschiedene Formen, gedacht sei hier an die Einbindung verschiedener Gruppen bei der Organisation von Aktivitäten.

Damit verweist das Fallbeispiel auf das Potenzial der Mobilisierung von Ressourcen, wie sie in diesem Gemeinschaftsprojekt aktiviert werden konnten. Die Mobilisierung von Ressourcen ist weniger als Aufgabe einzelner Personen in der Organisation definiert, wie dies beispielsweise in Fallbeispiel J unten ist, sondern in der Organisation über das Leitbild verankert, und wird – so zumindest die Feststellung der Gesprächspartnerinnen – von vielen Akteuren mitgetragen.

Jedoch wird im Interview auch eine damit verbundene Schwierigkeit angesprochen, dass das „Sich Einmischen“ der Gemeinde ein anstrengender Prozess sein kann.

„KH: Gibt es Probleme in diesem Konzept: Was würden Sie sagen, sind die zentralen Probleme bei so einer Vernetzung in der Gemeinde.“

GH: Natürlich birgt so etwas auch Probleme. In dem Moment, wo man nicht mehr anonym ist, sondern in solch einem Gebilde steckt wie hier, birgt das auch Probleme.

KH: Können Sie das erläutern?

GH: Machen wir es mal an unseren Problemen fest, die wir hatten. Nee, fangen wir es anders an. Ich habe immer gesagt, ich würde sehr gerne in dieser Gemeinde leben. Weil das soziale Netz in der Gemeinde gefällt mir. [...] Dann gab es Probleme hier in der Einrichtung und dann hab ich gedacht: Ach du bis FROH, dass du wieder fahren kannst. Es wäre grausig, wenn du jetzt hier Einkaufen müsstest, und müsstest überall Rechenschaft geben.“ (Int_07_Z.930-946)

Die von der Heimleiterin angesprochene „Rechenschaft“, die im Ort gegenüber Entscheidungen im Zentrum zu leisten sei, verdeutlicht den Charakter des Zentrums als „öffentliche Einrichtung“ im Sinne einer Einrichtung, die in der öffentlichen Aufmerksamkeit steht. Einerseits kann dies, wie im Zitat getan, als „lästig“ für Professionelle kommentiert werden, andererseits steht es für die Chance mithilfe des Blicks der BürgerInnen auf die Einrichtung Qualitätssicherung und Organisationsentwicklung zu betreiben. „Bürgerschaftliches Engagement“ ist in dieser Einrichtung nicht nur nettes Beiwerk, sondern Menschen, die sich seit Jahren der Einrichtung durch ihr Engagement verbunden fühlen, entwickeln daraus eben auch Ansprüche mitzureden und gehört zu werden. Im Gespräch sind zumindest Tendenzen für spannungsreiche Koexistenzen zweier Perspektiven auf das Engagement erkennbar: Einerseits betonen die Gesprächspartnerinnen den Zugewinn, den das Heim durch seine enge Einbettung in die Gemeinde hat, aber andererseits möchte man nicht allzu viel Reibungsverluste haben. Ein ähnlich gespaltenes Verhältnis ist in den Kommentaren zum ehrenamtlichen Vorstand zu beobachten: Der Vorstand sei ein wichtiger Transporteur von Anliegen in die Gemeinde, stehe aber einer von der Heimleitung gewünschten Professionalisierung des Betriebs entgegen. Professionalisierung meint hier vor allem eine stärkere unternehmerische Ausrichtung der Leitungsebene. Hier spitzt sich die Einbettungsfrage darauf zu, wer die Stakeholder, die auf Leitungsebene mitbestimmen, sein sollen – ein Vertreter des Betriebs oder mehrere Stakeholder, die für die breitere Einbettung einer Einrichtung im Gemeinwesen stehen können?

4.2.8 Fallbeispiel H: Die Initiierung von Projekten zur Belebung des Heimalltags

Das Heim H liegt am Rande der Innenstadt einer westdeutschen Kleinstadt, das Umland ist als verdichteter Kreis klassifiziert. Heimträger ist eine Stiftung des bürgerlichen Rechts. Die Stiftung wurde Ende der 1960er-Jahre zum Zweck der Förderung der Altenhilfe in der Kleinstadt von einem örtlichen Bankier-Ehepaar gegründet. Durch die Zusammenlegung mit einer kommunalen Pfründnerstiftung wurde es möglich, ein Altenheim aus den Stiftungsgeldern zu errichten. Das bereits in den 1970er-Jahren eröffnete Haus war zunächst ausschließlich auf die Aufnahme rüstiger Senioren ausgerichtet und wandelte sich mit den Jahren zum Pflegeheim.

Es wurde festgelegt, dass die Verwaltung der Stiftung dem Landratsamt obliegt und Vorstandsvorsitzender der Stiftung der örtliche Landrat ist. Bevor der Interviewpartner die Stelle der Heim- und Pflegedienstleistung im Jahr 1993 übernahm, hatte der langjährige Landrat auch diese beiden Funktionen im Heim übernommen. „Also es wurde halt verwaltet. Es war ganz einfach auch fachlich nicht so getragen.“ (Int_08_Z.70-74)

In Stiftungsvorstand und -kuratorium sind politische und kirchliche Amtsträger vertreten. Der Vorstand wird neben dem Landrat vom Pfarrer der katholischen Kirchengemeinde und drei „gut beleumundeten Bürgern“ gebildet. Im Kuratorium der Stiftung sind neben dem Vorstandsvorsitzenden der Bürgermeister der Stadt, Kreisräte, der Pfarrer der evangelischen Kirchengemeinde und der Geschäftsführer der Stiftung, der als Verwaltungsmitarbeiter am Landratsamt auch die Geschäfte der kreiseigenen Altenpflegeheime führt, vertreten.

Ende der 1990er-Jahre wurde der Beschluss für einen Neubau gefasst, der Anfang der 2000er-Jahre fertiggestellt war. Im Heim stehen seither 137 Plätze in der vollstationären Unterbringung – und eingestreute Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung. Es wurde ein gerontopsychiatrischer Wohnbereich mit 24 beschützenden Plätzen eingerichtet. Zusätzlich stehen im Haus acht Apartments für Senioren zur Verfügung, die Serviceleistungen vom Heim einkaufen können. Geplant ist, einen Tagespflegebereich aufzubauen.

Im Heim ist ein Internetcafé für Senioren eingerichtet, das an vier Tagen die Woche geöffnet hat. Das Café wird von Damen aus dem Ort ehrenamtlich bewirtschaftet. Zwar würden die HeimbewohnerInnen aktuell das Computer- und Internetangebot nicht nutzen, dieses interessiere ausschließlich Senioren von außerhalb – doch ähnlich wie in Fallbeispiel H – schätzt der Heimleiter das Angebot mit Blick auf die kommenden

stärker technikaffinen Altengenerationen als gute Investition in die Zukunft. Als Kommunikations- und Informationskanal diene außerdem die monatlich erscheinende Heimzeitung.

Ein Konzeptbaustein ist neben dem homogenen Dementenbereich, dass auf den insgesamt vier stationären Wohnbereichen behindertengerechte Küchen eingerichtet wurden, die genutzt werden, um tagesstrukturierende, alltagsorientierte Angebote des gemeinsamen Kochens zu schaffen. Auch das in der Zentralküche vorbereitete Essen wird dezentral auf den Wohnbereichen eingenommen. Im gerontopsychiatrischen Bereich wurde bereits vom Tablett- auf ein Schöpfsystem umgestellt, um eine Esskultur in Tischgemeinschaften zu fördern.

Die Einrichtung stehe konzeptionell dem Leitbild der Alltags- und Normalitätsorientierung sehr nahe und versuche ein entsprechendes Klima über geeignete Pflegekonzepte und Betreuungsangebote zu schaffen. Normalitätsorientierung bedeutet für den Heimleiter auch, Gewohnheiten von BewohnerInnen zu respektieren und eine allzu beschützende Überversorgung zu vermeiden: Man versuche beispielsweise, den BewohnerInnen „Ordnung“ auf den Zimmern nicht aufzuzwingen, oder sie nicht aus übertriebenen Sicherheitsbedenken von Unternehmungen auszuschließen. Leider führe dieser Ansatz teils zu Unverständnis und Konflikte mit den Angehörigen. Zur Schaffung von Alltagsnormalität trage zum Zweiten in der Einrichtung die Gewinnung zivilgesellschaftlicher Akteure und Ressourcen bei.

Aufbau von Unterstützergruppen

Auf Betreiben eines örtlichen Unternehmers, der selbst einen Angehörigen im Heim betreute, wurde im Jahr 1990 ein *Förderverein* zur Förderung und Unterstützung der Stiftung gegründet – „[...] und der Mann war ein sehr engagierter Mann“ (Int_08_Z.89-99). Er begleitete 15 Jahre lang den Verein als Vorsitzender des Vorstands, dem bekannte BürgerInnen und UnternehmerInnen der Stadt und je ein(e) VertreterIn der im Stadtrat vertretenen Parteien, sowie der Heimleiter angehören. Der Verein habe heute ungefähr 200 Mitglieder. Der Heimleiter selbst bringt nach eigener Einschätzung viel Engagement im Förderverein ein. Er setze inhaltliche Impulse für neue Projekte und beteilige sich durch Ansprache entsprechender Personen an der Akquise von Geldern. In den letzten Jahren seien jährlich Beträge zwischen 20.000 und 40.000 Euro akquiriert worden. Größere Geldbeträge würden vor allem von örtlichen Firmen gespendet. Der

Verein akquiriere Gelder auch über Spendenbriefe, einmal wurde eine Wohltätigkeitsgala im Heim organisiert.

Aus den Spenden finanziert worden seien ein Heimbuss, zusätzliche Rollstühle, spezielle pflegerische Hilfsmittel, die nicht refinanziert werden könnten, sowie die Gestaltung verschiedener Räumlichkeiten im Haus – z. B. eines „Bewohnerraums“, der den BewohnerInnen für private Feiern zur Verfügung stehe und der für Gruppenangebote genutzt werde, einer kleinen Werkstatt für die BewohnerInnen und der Ausstattung der hauseigenen Kapelle. Auch eine Videoanlage, über die die in der Kapelle zahlreich abgehaltenen Gottesdienste auf die Bewohnerzimmer übertragen werden, konnte finanziert werden, und die Computer im hauseigenen Café wurden teilweise finanziert. Als jüngeres Projekt wurde ein Snoezelen⁷⁰ Raum im Heim eingerichtet. Die Vergabe der Mittel werde im Vorstand des Fördervereins beschlossen. Der Heimleiter habe dabei ein „informelles Vetorecht“,

*„Und bisher war das immer so, dass auch keine Entscheidung gefallen ist ohne mein Zutun. Das heißt, wenn ich von was nicht überzeugt war, dann wurde das auch nicht gemacht. Ja. Und so wollen wir das auch weiter [halten].“
(Int_08_Z.165-168)*

Freiwilliges Engagement gibt es im Heim in unterschiedlichen Zuschnitten. Angefangen habe es mit einem Besuchsdienst, der von den Mitgliedern des Fördervereins initiiert wurde. Die Tätigkeitsbereiche des Besuchsdiensts sind über die Jahre vielfältiger geworden und weitere Personen außerhalb des Fördervereins hinzugekommen – heute sind es insgesamt etwa 40 Personen. Die Freiwilligen erledigen Einkäufe und Behördengänge, gehen mit den BewohnerInnen spazieren und bieten Gymnastik- und andere Gruppenangebote an. Das Café mit Internetangebot werde komplett ehrenamtlich betrieben. Neben diesen, in der Regel längerfristig im Heim freiwillig Engagierten, gibt es auch freiwilliges Engagement von Einzelpersonen im Rahmen zeitlich begrenzter Projekte oder in Form von Zeitspenden von Firmen. Die Freiwilligen würden vom Heimleiter und den MitarbeiterInnen in den jeweiligen Engagementbereichen begleitet. Ein spezielles Konzept besteht hierfür nicht.

⁷⁰ Snoezelenräume sind Räume, die gemütlich, angenehm und warm gestaltet werden mit Klängen, Licht etc, in denen sich BesucherInnen entspannen sollen und die sensitive Wahrnehmung gestärkt werden soll. Sie werden z.T. in der Therapie für BewohnerInnen, z.B. zum Abbau von aggressivem Verhalten eingesetzt.

Netzwerke mit externen Partnern

Der Heimleiter beschreibt sich selbst als eine treibende Figur bei der Gewinnung von Partnern und ihrer Pflege in Netzwerken. Er sei auch kommunalpolitisch aktiv und habe sich schon vor der Übernahme der Heimleitung ehrenamtlich in der Altenarbeit der Stadt engagiert. Er werbe heute offensiv Zeit- und Sachspenden für „Projekte“ ein. Dazu zählen vor allem Bauvorhaben zur Gestaltung der Gartenanlage des Heims: ein Hühnerhaus und ein Pavillon, ein Brunnen und ein Klang- und Sinnesgarten. Für all diese Vorhaben seien eine Reihe von Akteuren hinzugezogen worden, wie nachfolgende Zitate illustrieren:

„Also wir haben viele Öffentlichkeitssachen, wo man die Bevölkerung einfach mit ins Boot nimmt. [...] Ich arbeite sehr viel mit Projekten. [...] Ich habe vorhin unser Hühnerhaus vorgeführt. Ich habe gesagt, dass wir grundsätzlich ja kein Geld haben. Und ich habe mit vielen Leuten geredet. Von den einen habe ich die Backsteine gekriegt, um das zu mauern. Von den anderen habe ich das gekriegt, jenes gekriegt. Verputzer über die Berufsschule, als Projekt, dass die Schüler im Haus verputzen - dann tun sie was Sinnvolles und [verputzen] nicht nur irgendwie eine Wand, die dann wieder umgeschmissen wird in der Berufsschule. Habe ich mit dem Direktor eben von der Berufsschule geredet. Und dabei eben gesehen, dass da ein junges Mädchen dabei war, die ich schon als Baby kannte. Und dann hat sich herausgestellt, dass sie Kirchenmalerin lernt und bei dem Verputzerteam dabei war. Und die hat mir dann das Haus bemalt. Die Dachdeckerfirma, die hat mir das Dach gegeben. Und ich arbeite immer so. Weil für einen allein ist es schwierig, so was zu machen. Wenn ich jetzt zu EINER Baufirma sage: „Mach mir so ein Häuschen,, – das kostet die auch 20.000 oder wie viel oder 10.000 Euro. Wenn ich das aber auf viele Schultern verteile, dann tut es keinem so weh. Und so mache ich viele, viele Projekte.“ (Int_08_Z.113-129)

„Wir haben hier hinten einen Pavillon stehen, da hatte ich die Baufirma auch schon mit eingebunden, die hatten mir die Holzbalken in ihrer Schreinerei alles gemacht. Und den Boden hatte wieder eine andere Baufirma gemacht. Das Dach hat wieder ein Spengler gemacht. Der eine hat das Material gespendet, der andere hat es zugeschnitten und aufgelegt.“ (Int_08_Z.299-303)

„Vorne haben wir so einen kleinen Brunnen angelegt. Da hat mir der Steinmetz den gespendet. Aber ein bisschen Geld mussten wir in die Hand nehmen und mussten

das dann wieder herrichten. Also es ist viel, viel in Projektarbeit gelaufen, wo ich dann immer wieder eine Stützung gekriegt habe vom Förderverein.“
(Int_08_Z.152-156)

Eine Reihe ortsansässiger *Firmen* und Privatpersonen werde nach dem Prinzip eingebunden, dass die Vorhaben dann (einfacher) umgesetzt werden können, wenn die Last auf möglichst viele Schultern verteilt werden kann. Statt einer Konzentration des Austauschs auf Wenige baut der Heimleiter auf eine breit angelegte Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit.

Als ein wichtiger Kooperationspartner sei die *Kirchengemeinde* hervorzuheben.

„Durch Initiative mit dem Pfarrer haben wir gesagt: Der Bewohner braucht einen Mittelpunkt. Und das ist hier bei uns der christliche Glaube.“ (Int_08_Z.562-564).

Um das christliche Profil der Einrichtung zu stärken, wurde die Kapelle im Heim eingerichtet, in der wöchentlich beachtlicherweise vier Gottesdienste stattfinden; zudem übernehme die Kirchengemeinde eine sehr intensive Seelsorge der BewohnerInnen. Auch Firmlings- und Konfirmandengruppen, die Kirchenchöre und die Kinder des katholischen Kindergartens kämen regelmäßig zu Besuch in das Heim. Sie bieten vor allem Aufführungen an – so auch Musikgruppen, Vereine und die Schulen der Stadt.

„Früher musste ich ziemlich viel Motor sein [...] Doch mittlerweile kommen die Leute auch auf mich zu und wollen dann [...] Das wird natürlich verstärkt noch mehr dann in der Weihnachtszeit. Da will man ja noch was Gutes tun. Und meine Aufgabe ist dann auch, zu versuchen, das über das Jahr zu verteilen.“
(Int_08_Z.395-403)

Außerdem kooperiere man seit einigen Jahren mit der *Hauptschule* in der Stadt. Die Schule biete im Rahmen eines Wahlpflichtfaches Freiwilligendienste für interessierte SchülerInnen an,

„... und da entscheiden sich ein paar Schüler immer wieder: ‘Ein Jahr lang verpflichte ich mich, einmal in der Woche eine Person zu besuchen für anderthalb Stunden.’ Das wird auch ganz festgeschrieben und festgelegt. Da muss man auch anrufen, wenn man nicht kann usw.“ (Int_08_Z.384-387).

Jährlich organisiert die Schule außerdem eine „Soziale Woche“: Die SchülerInnen der 8. Klassen kommen an drei Tagen zu Besuch in das Heim und helfen bei der Betreuung der BewohnerInnen oder in der Küche mit. Zugleich arbeiten SchülerInnen der 5. und

6. Klassen einen Tag bei Firmen und Privatleuten und spenden ihre Honorare an den Förderverein. Von dem über die Jahre zusammen getragenen Erlös wurde ein Naturkundelehrpfad im Garten des Heims eingerichtet, den die Schulklassen im Rahmen des Unterrichtsprogramms besuchen.

„Und die Alten haben auch was davon: Gedächtnistraining. Nun kann man dann das jetzt alles sehr professionell, hochtrabend ausdrücken – oder ganz pragmatisch: Sie haben eine andere Lebensqualität. Wenn Angehörige mit ihrer Mutter oder Vater hier spazieren gehen – häufig ist es ein Kommunikationsproblem. Man weiß ja nicht, was man alles reden soll. Über die Tafeln kommt man ins Gespräch. ‚Schau mal da ist ein Eichhörnchen. Kannst du dich noch erinnern, wie das früher war?‘ [...] Und gerade auch mit Dementen, man kann wirklich so viel damit machen.“ (Int_08_Z.337-346)

Mit dem *Seniorenbeirat* und in Kooperation mit einer *Altenpflegeschule* organisiert das Heim einmal im Jahr als großes Ereignis einen Tagesausflug für Senioren, an dem alle BewohnerInnen teilnehmen, die wollen. Die BewohnerInnen werden dann von den MitarbeiterInnen des Heims und den AltenpflegeschülerInnen betreut.

Die Einbindung von Angehörigen

Der Leiter benennt die Angehörigen als eine der vier zentralen Gruppen, die er in seiner Leitungstätigkeit ansprechen möchte:

„Für mich galt immer: Wenn ich eine Waage habe, dann hat die vier Schalen. Und diese Schalen werden bestückt mit dem Bewohner, mit dem Mitarbeiter, mit dem Angehörigen und mit dem Träger. Und ich sehe die Herausforderung, dass ich alle zufriedenstellen muss. Und das sind für mich die maßgeblichen Menschen.“ (Int_08_458-461)

Eine spezifische Strategie im Umgang mit Angehörigen wird allerdings vom Leiter nicht benannt. Es sei wichtig, dass die Angehörigen gerne in die Einrichtung kommen und dass sie sehen können, dass die BewohnerInnen sich in der Einrichtung wohlfühlen.

„Und die Vision als die ganz große Überschrift: ‚Wohlbefinden für die Bewohner‘. Aber auch für die Mitarbeiter, die hier arbeiten. Natürlich auch für die Angehörigen. Alle die damit zu tun haben. Dass es nicht zum Eindruck kommt: ‚Jetzt gehe ich in die Einrichtung. Ich MUSS da rein. Sondern dass ich auch mit Freude in die Einrichtung gehe. Obwohl der Anlass nicht immer so sonderlich toll

ist, weil ich ja meinen Vater oder meine Mutter in der Einrichtung hab. Weil ich auch immer ein bisschen belastet da mit rein gehe'. Dahin gehend belastet: ‚Ich habe keine Zeit für meinen Vater, für meine Mutter.‘ Oder: ‚Ich musste die da abgeben.‘ Aber trotzdem: ‚Also ich habe da eine ordentliche Einrichtung ausgesucht. Denen geht es dort gut‘. Das war für mich immer die Intention.“
(Int_08_Z.139-149)

Der Kontakt zu den Angehörigen werde über persönliche Gespräche und über regelmäßige Angehörigenbefragungen mit einem Fragebogen gehalten. Mithilfe der Befragungen sollen Probleme und Kritikpunkte frühzeitig thematisiert werden, um darauf reagieren zu können. Zudem wird im Heim die Option genutzt, Angehörige im Heimbeirat einzubinden – neben VertreterInnen der BewohnerInnen und von in der örtlichen Seniorenarbeit engagierten Menschen.

Die Qualität der Zusammenarbeit mit den Angehörigen läuft auch nach Auskunft des Heimleiters von Person zu Person sehr unterschiedlich. Im Gespräch wurden vor allem regelmäßig auftretende Konflikte mit Angehörigen angesprochen: Der Heimleiter sieht es hier als Aufgabe der MitarbeiterInnen, dass diese primär als „Anwalt der BewohnerInnen“ auftreten und daher auch Konflikte nicht scheuen sollen. Konflikte hätten sich z. B. wegen der Einrichtung von Wohnküchen in allen Wohnbereichen ergeben, die in den Heimentgelten mitzutragen sind; auch zusätzliche Betreuungsangebote würden immer wieder von Angehörigen mit Blick auf die Heimkosten auf ihre Sinnhaftigkeit hinterfragt.

Zusammenfassung und Diskussion

Die Öffnung des Heims, so der Eindruck, der im Interview vermittelt wurde, ist von der Persönlichkeit, den Impulsen und Arbeitsansätzen des Heimleiters geprägt. Der Heimleiter initiierte in der Vergangenheit zahlreiche Projekte zur Verbesserung der Angebote im Heim – für die Verwirklichung konnte er viele Akteure im Sozialraum, die diese Projekte unterstützen, gewinnen. Als eine konstante Stütze seiner Arbeitsweise nennt der Leiter den Förderverein.

Die zahlreichen öffentlichkeitswirksamen Aktivitäten und die projektorientierten Arbeitsansätze seien in den ersten Jahren auf deutlichen Widerstand in der Mitarbeiterschaft des Heims gestoßen. Kritisiert worden sei, dass der Leiter sich lediglich selbst in der Öffentlichkeit produzieren wolle und die eigentlichen drängenden Probleme im Heim dabei übersehe. Um die Konflikte abzubauen, wurden Mitarbeitergespräche

geführt. Mittlerweile habe sich – auch durch eine geeignete Personalsteuerung – eine hohe Akzeptanz des Ansatzes ergeben.

„Die Mitarbeiter haben ja nur erlebt, dass sie verwaltet wurden. Und von daher war es ein schwerer Gang. Es war ein schwerer Gang [...] aber er hat sich rentiert.“ (Int_08_Z.455-457)

„Also anfangs ist es so gewesen, ich habe natürlich dementsprechend immer eine Öffentlichkeitsarbeit gemacht. Ich war zum Beispiel oft in der Zeitung. Es ging ja immer um Projekte. Dann hieß es immer: ‚Der Chef muss das tun, der ist ja im Stadtrat‘. Irgendwann wurde dann kapiert, dass man einfach in der Öffentlichkeit vorhanden sein muss. Es war auch ein langer Weg, bis verstanden wurde, worum es geht. Mittlerweile ist es so, dass die Mitarbeiter jetzt auch stolz sind, wenn sie wieder angesprochen werden: ‚Mensch, du schaffst in der XY-Stiftung‘. Dass die sehr wohlwollend sind. [...] Dass die Mitarbeiter dann auch mit erhobener Brust durch den Ort gehen können, und stolz sind. Vorher war das halt: ‚Na ja, der Chef wollte halt glänzen‘. Ja und das ist jetzt anders geworden.“ (Int_08_Z.501-511)

Ein weiterhin virulentes Problem sei jedoch, dass die Arbeitsweisen und Projekte des Hauses auch auf eine gewisse Skepsis bis hin zur Ablehnung seitens des Trägers stoßen:

„Ich habe immer so ein bisschen bei meinem Träger den Eindruck hinterlassen bzw. er ging immer davon aus: ‚Na, der [Herr XY] spinnt wieder. Also, ne.‘ Es ist ja unüblich, was man so alles macht und es hat nicht dem, sage ich jetzt mal, allgemeinen Denken entsprochen, wie man denn so ein Alten- und Pflegeheim führt, sondern dass war alles ein bisschen unkonventionell.“ (Int_08_Z.132-136)

Mit Unterstützung durch den Förderverein habe man sich auf ein zweckgebundenes Spenden verlegt, um die Entscheidungshoheit über die gewonnenen Budgets gegenüber möglicherweise divergierenden Trägerinteressen zu behalten:

„Also es ist viel, viel in Projektarbeit gelaufen, wo ich dann immer wieder eine Stützung gekriegt hab vom Förderverein. Auch der Snoezelenraum, da hatte ich eben das Geld zweckgebunden gekriegt und so hat der Träger keinen großen Einwand haben können. Und so haben wir viele Sachen gemacht, wo wir gesagt haben: Gut, ich lass mir das zweckgebunden spenden. Und damit konnte ich die Philosophie weitertreiben.“ (Int_08_Z.132-160)

Obwohl der Heimleiter angibt, dass der Träger die Arbeitsansätze im Haus mittlerweile besser akzeptiere, scheint er weiterhin ein Misstrauen gegenüber dem Träger zu haben. Der Förderverein befindet sich gerade in einer personellen Umbruchphase, was mit dem Verlust einer eigenen Lobby einhergehen könnte.

„Und es gilt halt jetzt auch zu klären, dass der Nachfolger es in der gleichen Philosophie weiter betreibt. Das heißt, so dieses Veto-Recht, dass also nichts gemacht wird, ohne dass die Heimleitung zustimmt. Weil es könnten ganz andere Interessenkonflikte kommen. Das heißt, dass der Träger irgendwas für sich möchte, weil er etwas anderes abfinanzieren will usw. [...] Und deswegen ist es wichtig, dass jetzt wir auch dazu kommen, weiterhin dieses UNAUSGESPROCHENE sage ich jetzt – also diese Abstimmung, die hatten WIR miteinander immer – dass man sagt, jawohl, ich mache nichts ohne Zustimmung der Heimleitung, dass das auch einfach so weitergeht.“ (Int_08_Z.168-185)

Mit der Öffnung des Heims in den Sozialraum möchte der Heimleiter einen „frischen Wind“ und „Bewegung“ in das Haus bringen. Hierbei geht es um mehr als Geselligkeit und einen regen Besuchsverkehr. Es gehe auch darum, die Akteure merken zu lassen, dass neue Visionen gefunden und verwirklicht werden können. Die umgesetzten Projekte sollen einen positiven Ausgleich zum schwierigen Alltag der Pflege bringen. Sie seien nicht allein an die BewohnerInnen adressiert, sondern sollen allen Akteuren im Heim zugutekommen. Manches Angebot wird hier unkonventionell gedacht:

„Und deswegen sage ich auch, den Snoezelen Raum, den ich z. B. hier eingerichtet habe – mein erster Gedanke war jetzt nicht der Bewohner in erster Linie, sondern ich bin überhaupt drauf gekommen über die Mitarbeiter. Ich habe mal ein Jahr erlebt hier – da waren wir noch nicht so groß, da hatten wir grade mal so 100 Plätze gehabt – wo wir fast 50 Todesfälle hatten. Über ein Jahr verteilt. Das ist ja auch immer Abschied nehmen, neu anfangen. Und dann habe ich mir gesagt: Menschenskinder, was müssen deine Mitarbeiter jeden Tag verkraften. Und da bin ich einfach [...], da ist mir der Gedanke gekommen, Mensch du brauchst einen Raum, du brauchst eine Möglichkeit, dass die auch wieder zur Ruhe kommen können. Und deswegen war der erste Gedanke Snoezelen-Raum. Aber natürlich auch für die Bewohner, um da auch einen Zugang zu kriegen.“ (Int_08_Z.462-474)

Der Führungsstil des Leiters zeichnet sich dadurch aus, dass er sich kreativ unternehmerisch betätigt um seine sozialen Visionen umzusetzen.

4.2.9 Fallbeispiel I: „Ich möchte nach Feierabend auch nicht in Gefängnisse gucken“ – oder die Schwierigkeiten der Heimöffnung

Bei dem im Jahr 1991 eröffneten Pflegeheim I handelt es sich um eine kleine Einrichtung mit 46 vollstationären Plätzen, im Zentrum einer westdeutschen Mittelstadt gelegen. „Und dieses Haus ist über Fördermittel fast ausschließlich von Mitarbeitern, die in einer ABM⁷¹ waren, gebaut worden“ (Int_09_Z.13-14).

Es sind ein ambulanter Pflegedienst und 15 seniorengerechte Wohnungen angegliedert. Die drei Einrichtungen werden unter Trägerschaft eines Spitzenverbands der freien Wohlfahrtspflege auf Bundeslandebene geführt; insgesamt sind dort knapp 2.000 MitarbeiterInnen in Einrichtungen und Dienste des Trägers in den Bereichen Kinder- und Jugend-, Behinderten-, Alten- und Suchtkrankenhilfe angestellt.

Das Gespräch wurde mit Herrn I geführt, der seit fünf Jahren in der Einrichtung als Heimleiter tätig ist. Neben dem stationären Leistungsangebot bietet das Heim den MieterInnen der benachbarten seniorengerechten Wohnungen, im Sinne einer „Minimalform des betreuten Wohnens“ (Int_09_Z.27-28).

Serviceleistungen wie Einkaufen, hauswirtschaftliche Versorgung, Hausmeisterdienst und Teilnahme an Aktivitäten im Heim werden im Heim angeboten. Bis auf die Fensterreinigung und einen Teil der Wäscherei werden alle Dienste in Eigenleistung des Heims erbracht. Ein gut etablierter mobiler Menüservice des Heims mache es möglich, dass trotz der geringen Größe des Heims eine eigene Küche betrieben werden könne:

„Und wir bieten als GROSSES Standbein für unsere Küche einen Menüservice für Senioren außer Haus an. Das ist auch mit ein' Standbein, um überhaupt die Produktion in der Einrichtung halten zu können. Ohne den hätten wir schon längst keine Küche mehr.“ (Int_09_Z.39-42)

Das zentrale Thema der letzten Jahre im Heim sei die Verbesserung der wirtschaftlichen Effizienz, um auf dem eng umkämpften stationären Pflegemarkt der Stadt zu bestehen zu können.

„Und da [...] schaut auch unser Träger in den letzten Jahren sehr viel genauer in seine eigenen Einrichtungen, was so die Effizienz der Arbeitsweise angeht und was auch die verschiedenen Sachkostenbereiche angeht. Man könnte im positiven Sinne sagen: ‚Benchmarking ist ein Thema geworden‘. Und im negativen Sinne: Es ist

⁷¹ ABM: Arbeitsbeschaffungsmaßnahme.

halt so, dass man SEHR genau hingucken und rechnen und arbeiten muss, um mit seiner Einrichtung überhaupt noch überleben zu können.“ (Int_09_Z.109-115)

Die im Heim eingeleiteten Maßnahmen der Rationalisierung und stärkere Effizienzorientierung seien sehr belastend für die Einrichtung, hätten jedoch bislang nicht ausgereicht, das wirtschaftliche Defizit auszugleichen – obwohl eine konstante Vollbelegung des Hauses erreicht werde.

„Also ich denke, das sollte man schon ganz deutlich formulieren, in betriebswirtschaftlicher Hinsicht, dass die Luft zum Atmen [...] sehr dünn geworden ist. Es gelingt nur unter ERHEBLICHEM Spardruck und Engagement der Mitarbeiter das Defizit einigermaßen klein zu halten.“ (Int_09_Z.100-104)

Nach Meinung der Heimleitung kann eine langfristige Überlebenschance des kleinen Heims nur gewährleistet werden, wenn die Lohnkosten durch neue Tarifbestimmungen gesenkt werden können.

„Urlaubsgelder, Weihnachtsgeld, Zuschläge etc. sind einfach nicht mehr konkurrenzfähig in der Situation, wo private Einrichtungen in Verhandlungen als vergleichbare Einrichtungen mit ins Boot geführt werden. Und da muss auch unser Träger sehr deutlich reagieren.“ (Int_09_Z.99-114)

Das Heim versuche in den letzten Jahren zudem – trotz *und* wegen der wirtschaftlichen Probleme – Verbesserungen im Betreuungskonzept umzusetzen. Notwendig geworden seien konzeptionelle Erneuerungen durch die rapide Veränderung der Bewohnerstruktur in den vergangenen fünf Jahren. Heute seien die meisten BewohnerInnen im Heim demenziell erkrankt und bei Einzug fast ausschließlich über 90 Jahre alt; mit annähernd 20 Todesfällen pro Jahr verzeichne die Einrichtung eine – nicht unübliche – hohe Fluktuation. Eine integrierte Betreuung von demenziell erkrankten Bewohnern wurde als zunehmend belastend erlebt.

„Wir haben festgestellt, dass wir nicht mehr adäquat, sowohl demenziell als auch nicht-demenziell erkrankte Menschen versorgen konnten. Und das Aggressionspotenzial bei Mitarbeitern, Bewohnern und auch Angehörigen war EXTREM gestiegen.“ (Int_09_Z.73-75)

Zur Verbesserung der Betreuungssituation wurde eine stetige Tagesgruppe für demente BewohnerInnen eingerichtet.

*„Und es war völlig klar, dass wir nicht Hunderte von Euros einsetzen konnten. Sondern wir mussten das IRGENDWIE mit dem, das vorhanden war hinkriegen.“
(Int_09.Z.145-147)*

„Und mit ganz wenig räumlichen, personellen und materiellen Mitteln haben wir eine Wohnküchengruppe entstehen lassen, die inzwischen an sieben Tagen in der Woche existiert. [...] Also ein Teil der Dementen hier im Haus wird in dieser Gruppe betreut. Die Gruppe [...] wird über den gesamten Vormittag durch eine gerontopsychiatrische Fachkraft betreut.“ (Int_09_Z.76-80)

Mithilfe des teilsselektiven Betreuungsansatzes habe sich das Klima in der Einrichtung erheblich verbessert.

„Davon profitiert die Gruppe der Dementen und wir als Gesamteinrichtung. Bestimmte Auffälligkeiten, Aggressionen lassen nach, Fähigkeiten, die in der Zeit des VOR SICH HINVEGETIERENS verloren gegangen sind, bilden sich wieder aus. Der Einsatz von sedierenden Medikamenten konnte verringert werden. Die Lebensqualität und Zufriedenheit unserer Bewohner, Angehörigen und Mitarbeiter ist DEUTLICH gestiegen. Wir sind auf alle Fälle daran interessiert, dieses halbselektive Modell weiterzuführen, da es für alle nur Vorteile bringt. Und ohne diese Betreuung hätten wir jetzt auch eine gewaltige Unruhe hier im Haus, denn dann würde die Hälfte aller Bewohner hier vorne rumlaufen und ‚Hilfe, Hilfe, ich will nach Hause!‘ rufen.“ (Int_09_Z.85-93)

Ein weiterer Profilierungsbereich der Betreuung im Haus sei zudem die Sterbebegleitung, für deren Weiterentwicklung sich einige MitarbeiterInnen des Hauses seit Jahren engagieren.

Aufbau von Unterstützergruppen

In Heim I gibt es einen *ehrenamtlichen Besuchsdienst*, zu dem sich acht ältere Frauen aus dem Umfeld der evangelischen und der katholischen Kirchengemeinde, überwiegend Ordensschwestern, zusammengeschlossen haben. Vor ein paar Jahren hätten die Frauen begonnen, privat eine Bekannte, die Bewohnerin des Hauses war, zu besuchen. Mit der Zeit seien Kontakte zu weiteren BewohnerInnen hinzugekommen und der Besuchsdienst hätte schließlich auch nach dem Tod der Bekannten sein Engagement fortgesetzt. Zwar werde das Angebot des Besuchsdiensts insgesamt von

den MitarbeiterInnen geschätzt, jedoch wurde die Integration der Gruppe im Heim zum Teil als schwierig empfunden:

„Wir hatten natürlich auch Krisen in der Zusammenarbeit, weil es vermischt sich häufig dann auch so ein Feld, dass Damen mit einem hohen Engagement im Ehrenamt Schwellen übertreten und Türen eintreten. Nicht anklopfen, sondern wie eine Dampfwalze dann dastehen. Und dann hatten wir auch so zwei, drei Situationen, wo es dann zwischen uns auch ein bisschen geknallt hat und so die Fronten abgesteckt werden mussten.“ (Int_09_Z.261-266)

Die Einbindung des Besuchsdienstes wurde aufgrund von Konflikten mit den hauptamtlichen Mitarbeiterinnen schließlich unter Verantwortung der Mitarbeiterin des Sozialen Diensts betreut und weiterentwickelt. Durch Schulungen von MitarbeiterInnen und Ehrenamtlichen hätten heute beide Seiten gelernt, besser aufeinander zuzugehen und einander zu respektieren.

Mit weniger Reibungsverlust verlief die Zusammenarbeit mit einer in der Stadt tätigen *Hospizgruppe*. In der Aufbauphase der Gruppe habe deren Koordinatorin im Heim angefragt, ob das Haus Praktikumsplätzen für die Ausbildung ehrenamtlicher HospizhelferInnen zur Verfügung stellen könne – wie erwähnt hat das Haus sich in der Sterbegleitung bereits profiliert. Die Praktika wurden durchgeführt und der Kontakt blieb erhalten; das Haus wird bei Bedarf auch heute noch von der Gruppe unterstützt.

„Und da haben wir schon frühzeitig die Möglichkeit Kontakt aufzubauen zu den Hospizhelfern, die dann noch in der Phase des Relativ-Lebendigseins Kontakt aufbauen, Beziehung aufnehmen. Und für den Menschen dann da sind um, ihn zu begleiten in der letzten Phase seines Lebens. Und da greifen wir auch drauf zurück, dass wir uns melden uns sagen: Wir hätten da jemand, da wäre es ganz gut, wenn ihr kommen würdet und da Kontakt aufbauen würdet.“ (Int_09_Z.321-327)

Der Heimleiter betonte mehrmals, dass die freiwillig Engagierten Gruppen einen Gewinn für BewohnerInnen und die Einrichtung darstellen. Neben einer allgemeinen Steigerung der Lebensqualität der BewohnerInnen durch freiwillige Hilfen ist für die Einrichtung auch der Rückgriff auf Freiwillige in Notfällen wichtig.

„C: Und [die Ehrenamtlichen] können dann tatsächlich auch in kritischen Situationen so ein Notanker sein.

KH: Was heißt Notanker?

C: Wenn ich denke, ich brauche ganz schnell jemand, der sich bei jemandem ans Bett setzt, weiß ich, ich habe eine Handvoll Adressen, wo ich mich melden kann.“

Der Heimleiter steht jedoch einer Ausweitung freiwilligen Engagements im Heim wegen des großen zeitlichen Aufwands für die Begleitung skeptisch gegenüber.

„KH: Haben Sie mal versucht, das ehrenamtliche Engagement hier auszuweiten?“

C: Also ich habe das vor zwei Jahren mal versucht über die katholische Kirchengemeinde. Und habe das dann sehr schnell aufgegeben, weil mir da bewusst geworden ist, erstens was ich reinstecken muss. Ich kann es nicht reinstecken, ich habe andere Aufgaben.“ (Int_09_Z_825-830)

Eine weiteres, über zivilgesellschaftliche Ressourcen ermöglichtes Angebot im Haus, sind wöchentliche Besuche eines Sozialpädagogen, der den BewohnerInnen Gesprächsmöglichkeiten und eine spirituelle Begleitung anbietet. Diese Stelle werde aus den Mitteln einer kirchengemeindlichen Stiftung finanziert – betreut werden die BewohnerInnen von insgesamt drei Heimen der Stadt.

„Die Kirchengemeinde hatte eine große Immobilie, die als Damenstift auf dem Markt war. Und diese Immobilie ist verkauft worden. Aufgrund von Vorschriften aus dem Erbschaftsrecht war aber klar, das Geld aus dem Verkauf kann nicht nur einfach in die Kirchengemeinde rein fließen, sondern muss weiterhin zweckgebunden für die Arbeit mit alten Menschen eingesetzt werden. Aus diesen Stiftungsgeldern wird dann die Sozialpädagogin finanziert.“ (Int_09_Z.289-296)

Gelegentlich nutze das Heim die Möglichkeit, gezielt *Spenden* beim Rotary-Klub und Lions-Club einzuwerben, beispielsweise um Urlaubskosten für eine bedürftige Bewohnerin finanzieren zu können. Die Spendenbereitschaft der BewohnerInnen und Angehörigen habe in den letzten Jahren leider erheblich abgenommen. Bis vor wenigen Jahren sei es Usus gewesen, dass Angehörige nach Tod des Bewohners Geld spendeten.

„Ich habe es erlebt von im Durchschnitt 100 Euro bis 300 Euro und das war natürlich schon, wenn man das zehnmal im Jahr hat, eine Summe mit der man ein bisschen, was anfangen konnte. Das gibt es überhaupt nicht mehr. Aber das hat auch damit zu tun, dass einfach die Menschen ihr Geld woanders hinspenden. Und unsere Bewohner selber sind immer weniger (...) alles andere als vermögend.“ (Int_09_Z.606-610)

Der Heimleiter sieht in der Spendenakquise für ein Pflegeheim kein gewinnbringendes Feld, da er der Überzeugung ist, das Leben im Pflegeheim interessiere die Leute nicht und das Heim zudem nicht die Möglichkeiten habe, mit der heute üblichen medienwirksamen Spendenakquise mithalten. „Da werden – ich muss es mal böse formulieren – manche Tierheime besser begünstigt“ (Int_09_Z.596-597).

Netzwerke mit externen Partnern

Die intensivsten Partnerschaften mit Blick auf eine soziale Vernetzung in das Umfeld bestehen nach Ansicht des Heimleiters mit den *Kirchengemeinden* beider Konfessionen.

„KH: Auf wessen Initiative sind diese Verbindungen zustande gekommen?“

I: Da wir eine christliche Einrichtung sind, ist es logisch, dass wir mit den Kirchengemeinden aufgrund der gleichen Intention zusammenkommen.“
(Int_09_Z.235-238)

Die Pfarrer der Kirchengemeinden organisieren wöchentlich eine Andacht für BewohnerInnen und Gemeindemitglieder im Haus. Das Heim beteilige sich an verschiedenen kirchengemeindlichen Festen und ein Kirchenchor trete gelegentlich im Heim auf. Mit einem konfessionellen Kindergarten wurde ein Projekt „Jung und Alt gemeinsam“ ins Leben gerufen: Die Kindergartenkinder und die HeimbewohnerInnen treffen sich ein- bis zweimal im Monat zum Basteln, Singen etc. – wechselweise im Kindergarten oder im Heim. Nicht zuletzt stehen auch das Angebot des stiftungsfinanzierten Sozialpädagogen und der Besuchsdienst im kirchengemeindlichen Kontext. Es finde ein regelmäßiger Austausch über den Stand der Dinge zwischen dem Heim und den Pfarrern statt, sodass die Kooperation als beständig und mit Entwicklungsperspektiven bezeichnet werden könne.

Der Heimleiter ist bezüglich weiterer *Vernetzungen mit lokalen Gruppen und Organisationen* gespaltener Meinung. Er pflege hier und da lose Kontakte, würde einerseits prinzipiell gerne mehr Partner gewinnen, um eine breitere Anteilnahme an den Problemen und Anliegen des Hauses zu erreichen, jedoch stehe einer solchen Vernetzung das knappe Zeitbudget und die eigene Arbeitsüberlastung entgegen. Bei bisherigen Anläufen, Partner zu gewinnen, sei eine Schwierigkeit immer wieder aufgetreten: Die Personen würden vor dem Milieu im Heim zurückschrecken. Er illustriert dies am Beispiel des jährlichen Besuchs des städtischen Seniorenbeirats im Heim:

„Wenn mir dann die Damen und Herren zurückmelden, wie schwer es ihnen fällt, das ganze Elend hier zu sehen, ist das schon der bezeichnende Ausdruck dafür, was uns ganz, ganz oft begegnet.“ (Int_09_Z.473-476)

Anzumerken ist, dass das Heim I über sehr wenige Räumlichkeiten verfügt – Besucher treten direkt in den Wohnbereich ein. Die in den meisten Fallbeispielen als wichtig dargestellten vielfältigen Veranstaltungsangebote und die Bereitstellung von Räumen für Gruppen wären im Heim schwierig oder nicht umsetzbar.

Einen sehr wichtigen Ansatz sehe er in der *Vernetzung mit anderen stationären Einrichtungen*. In der Stadt habe sich ein „sehr arbeitsfähiger Arbeitskreis“ (Int_09_Z.174) der Heimleitungen aus Stadt und Umland gebildet, der sich alle sechs Wochen treffe.

„Es ist zu einem sehr vertrauensvollen Kreis geworden. [...] geht es dahin gehend, diesen Konkurrenzgedanken eher positiv zu wenden und zu sagen wir können auch für unsere Einrichtungen gemeinsam etwas tun, um unsere Standorte zu sichern.“ (Int_09_Z.177-183)

Der Arbeitskreis arbeite eng mit im Heimbereich relevanten kommunalen Behörden zusammen.

„Sei es die Betreuungsstelle [...]. Mit der Heimaufsicht in [XY] besteht ein enger Kontakt, der auch so nicht unbedingt diesen ‚Heimaufsichtsbehörden-Charakter‘ hat, sondern auch da geht es darum: An einem Tisch sitzen und miteinander überlegen. Ebenso mit den Gesundheitsamt-Themen: ansteckende Krankheiten, Hygiene und so – hierzu wird am Tisch gemeinsam gearbeitet und nicht unbedingt so aufeinander herumgehackt: ‚Ihr hab dies und nicht ihr habt jenes nicht. Warum nicht?‘“ (Int_09_Z.191-200)

Über den Kreis ist eine Kooperation mit einer stationären Einrichtung der Diakonie entstanden; die beiden Einrichtungen haben sich zum gemeinsamen Qualitätsmanagement zusammengeschlossen.

„Wir haben uns zusammengetan, um gemeinsam externe Qualitätssicherung bezahlen zu können. Und da entsteht natürlich ein sehr intensiver Kontakt. Das tritt jetzt ins dritte Arbeitsjahr. Die Leitungen treffen sich regelmäßig, machen tatsächliches Benchmarking mit Austausch von Zahlen, Daten, Fakten und Know-how.“ (Int_09_Z.227-231)

Die Einbindung von Angehörigen

Mit Blick auf die Einbindung von Angehörigen sei es ein zentrales Anliegen der Einrichtung, „mit Angehörigen stetig im Gespräch zu bleiben“ (Int_09_Z.381-382). Dass ein solcher Kontakt möglich ist, verdanke die Einrichtung ihrer geringen Größe.

„Wir sind zum Glück eine kleine Einrichtung. Ich kenne jeden Angehörigen. Ich weiß auch, welche Tochter kommt. Wenn sie die Auffahrt hochkommt, sehe ich die Tochter, die einmal im Jahr aus München anreist. Oder es ist die Tochter, die jeden Tag mal kommt. Und dementsprechend weiß ich auch: Gehe ich jetzt hin und spreche sie an? Oder nicke ich einfach nur und zeige damit: ‚Ja ich habe Dich gesehen?‘ Oder gibt es was, das ich direkt ansprechen muss, dass ich dann auch die Initiative ergreife: ‚Wir müssen mal miteinander reden.‘“ (Int_09_Z.382–389)

Da auch persönliche Konflikte oder Aversionen vorkommen, werde im Leitungsteam personenbezogen und situativ abgesprochen, wer das Gespräch übernimmt.

„Und wir sprechen da auch miteinander ganz praktische Verfahren ab, z. B.: ‚Also ich kann nicht so gut mit Herrn X – können Sie das machen‘. Also es gibt ja auch so schwierige Angehörige, wo sich einem schon die Nackenhaare kräuseln, wenn man die sieht oder nur die Stimme am Telefon [hört].“ (Int_09_Z.393-396)

In den persönlichen Gesprächen werde versucht, die Angehörigen (stärker) für eine Mitarbeit bei der Betreuung des angehörigen Bewohners einzubinden:

„Dann auch immer das vorsichtige Anfragen, wie weit sie bereit sind, mitzuhelfen, z. B. Gänge zum Arzt, Teilnahme an Aktivitäten im Haus, mit der Mutter mal spazieren gehen, mit der Mutter mal zusammen Tee trinken. Manchmal ist es auch ganz wichtig zu fragen, ob die Tochter, ob der Sohn nicht regelmäßig kommen kann, um Essen anzureichen, weil es vielleicht behilflich sein könnte, wieder etwas mehr zu essen. Ein Angebot insbesondere an Partner ist, dass die Partner bei uns hier im Haus essen, wenn sie möchten. Natürlich gegen Bezahlung.“ (Int_09_Z.397-405)

Spezielle Angehörigentreffen lehnt der Heimleiter ab:

„Es kommen immer wieder dieselben und es kommen bestimmt nicht diejenigen, die schwierig sind und diejenigen, die man sich ins Boot holen muss, um zu sagen: Da und da geht es lang.“ (Int_09_Z.414-417)

Zusammenfassung und Diskussion

Der Darstellung des Heimleiters folgend sind die MitarbeiterInnen des Heims durch die Effizienzorientierung, mit denen die prekäre finanzielle Situation überwunden werden soll, im Arbeitsalltag stark belastet. Angedeutet wurden resultierende Konflikte zwischen MitarbeiterInnen und Heimleitung. Ein größeres Engagement der Einrichtung zur Gewinnung von Partnern wird zuvorderst vor dem Hintergrund der Zeitknappheit als schwierig bewertet. Der Einbezug von Freiwilligen wurde zunächst als konfliktbehaftet erlebt, jedoch mit der Zeit scheinen sie geeignete Umgangsformen entwickelt zu haben.

„KH: Und bei den Mitarbeiterinnen, gab es da noch mal spezielle Reaktionen?

I: Ja, es ist schon so, dass es als Rückmeldung gibt: ‚Das ist anstrengend‘ [...] Es muss ein Teil der regelmäßigen Schulungen sein: ‚Wie gehen wir mit Angehörigen, mit Ehrenamtlichen um?‘ Es gibt schon Knackpunkte, es gibt Kompetenzrängeleien, wo es ganz wichtig ist, immer wieder hinzugucken. Warum, wieso, weshalb passiert das. Das eine ist okay, das war nicht in Ordnung und das andere ist nicht okay und soll nicht wieder vorkommen. Und da sind auch nicht immer so kleine Grabenkämpfe zu vermeiden. Es ist nicht jeder in der Lage zu sagen, ‚hey, es ist eigentlich toll, dass Sie da sind.‘ Ich habe zum Glück im Leitungsteam den Eindruck, dass da die Vorteile dieser engagierten Leute gesehen werden. Und wir uns auch da aufgeteilt haben. Da gibt es so die Fachfrau für die Ordensfrauen, und die kommt am besten mit denen klar. Und da gibt es die Fachfrau für den Sozialpädagogen. Und da unterstützen wir uns auch ganz gut um Begleitung sicherzustellen, aber auch niemanden alleine zu lassen und zu überfordern.“ (Int_09_Z.697-713)

Im Gespräch zeichnete sich ab, dass die Einbindung zivilgesellschaftlicher Akteure und Ressourcen weniger auf Betreiben der Einrichtung initiiert wurde, sondern vielmehr durch Anfragen an das Heim herangetragen worden sind. Prägend ist für die vorhandenen Ansätze der Öffnung des Hauses, dass sie von der Betroffenheit und dem Engagement der lokalen Kirchengemeinden getragen sind. Eher reaktiv werden dann diese Ressourcen genutzt und geeignete Formen der Zusammenarbeit aus Sicht des Heims entwickelt. Dynamische Entwicklungen einer Öffnung in den Sozialraum sind kaum zu erkennen.

4.2.10 Fallbeispiel J.: Die Öffnung eines ehemaligen Ordenshauses durch das Engagement der Kirchengemeinde

Das Heim J wurde seit Anfang des 20. Jahrhunderts bis zum Jahr 1992 von Ordensfrauen, als Altenheim für Damen geführt. Die Bewohnerinnen lebten zusammen mit mehreren Ordensfrauen in dem Haus, die Versorgung wurde von den Ordensfrauen übernommen, „Angestellte“ gab es nicht. Eine Ordensschwester habe als Gemeindegemeinschaftswester für den Stadtteil gearbeitet; über diesen Kontakt seien freie Heimplätze besetzt worden. Das Interview über das Heim J wurde mit drei Personen geführt: dem Leiter des Bereichs Hauswirtschaft, der zugleich einen Teil der Heimleitungsaufgaben innehat (Herr JH), der Pflegedienstleitung, die auch den Sozialen Dienst leitet (Frau JPS) und der langjährigen Vorsitzenden des Fördervereins (Frau JF). Das Heim liegt im Zentrum eines Stadtteils einer westdeutschen Großstadt, der einen hohen Anteil an MigrantInnen aufweist. Es befindet sich auf einem Grundstück der Kirchengemeinde neben Kirche, Gemeindehaus und dem Kindergarten der Kirchengemeinde.

Als die Ordensschwestern ankündigten, dass sie sich altersbedingt zurückziehen wollen, protestierten Angehörige und Kirchengemeindemitglieder gegen eine Schließung des Hauses. Die Kirchengemeinde übernahm daraufhin in einer „Notrettungsaktion“ die Trägerschaft des Hauses. Der Pfarrer trat als Geschäftsführer ein, eine Untergruppe des Verwaltungsrates der Kirchengemeinde übernahm ehrenamtlich die Verwaltung des Hauses. Die Vorsitzende des Fördervereins zählte damals zu dieser Gruppe:

JF: „Und der Pfarrer und ich, wir sind dann zur Stadt – also das war meine Aufgabe in diesem Gremium, und haben nachgefragt. Und dann haben wir zum ersten Mal von einem Kostendeckungsblatt gehört. Und wir haben die Zusage bekommen, dass dieses Haus vor Ort gewünscht wird, so ein kleines Haus, also das es nicht geschlossen werden sollte und wir jede Unterstützung von der Stadt bekommen, um auch dieses durchzustehen. Das hieß aber für uns dann Abschiednehmen von dem Orden, die alles hier geleitet hatten. Und dieses Haus mit Personal zu bestücken – drei Schichten, 24 Stunden.“ (Int_10_Z.56-64)

In dem Heim, das sich in den Folgejahren recht schnell zu einem reinen Pflegeheim entwickelte, leben heute 34 BewohnerInnen. Das Heim wirtschaftete kostendeckend. Das Haus ist baulich sehr veraltet und die Ausstattung ist deutlich unter dem heute üblichen Standard; es stehen beispielsweise nur wenige Nasszellen zur Verfügung und das Haus ist nicht barrierefrei zugänglich.

Der im Zuge des Trägerwechsels gegründete Förderverein sollte die Weiterentwicklung des Heims unterstützen. Als Satzungsziele des Vereins wurden die „Entwicklung des Heims zu einem stadtteiloffenen Haus“ und die „Förderung eines Neubaus“ verabschiedet. Eine möglichst intensive Vernetzung des Heims sollte auch mit den bestehenden Strukturen der Kirchengemeinde erfolgen. Der Pfarrer wird von den Interviewten als tragende Figur des Öffnungskonzepts bezeichnet.

JF: „Das war eine konzeptionelle Vorstellung des Pfarrers, das Heim mit allen Strukturen, die wir von der Gemeinde haben, von Anfang an zu vernetzen. Der Pfarrer hat hier mittendrin im Gelände gewohnt und hat diese Schiene extrem forciert. Auch die Mitarbeiter mussten hier mit ins Boot geholt werden. Dass Dienstgespräche geführt wurden, wo die gesamten Mitarbeiter aus der Gemeinde – wir haben ja über 50 Mitarbeiter – im Kindergarten 12 bis 16, das Heim hat ungefähr 30 – die wurden an einen Tisch gebracht. Nicht DAS als externe Bereiche zu betrachten, sondern klarzustellen, dass wir hier eine gemeinsame Linie haben. Und eben auch die Leute aus dem Stadtteil hinzuzuziehen“. (Int_10_Z.408-417)

Erste Öffnungsschritte des Heims seien die Aufnahme von BewohnerInnen beiderlei Geschlechts, die Einführung eines Mittagstischs für Senioren des Stadtteils und die Einrichtung eines Cafés am Freitagnachmittag gewesen. Für das Selbstverständnis des Heims prägend ist nach Auskunft der GesprächspartnerInnen neben der Öffnung in den Stadtteil, dass das Haus einen familiären Charakter hat. In dem kleinen Heim werde ein möglichst persönlicher und naher Kontakt zwischen MitarbeiterInnen, BewohnerInnen, Ehrenamtlichen und Angehörigen gesucht – die Befragten sind sich einig, dass dies auf einzigartige Weise gelungen ist.

Pläne für einen Neubau seien auf den Weg gebracht. Seit 1999 liegt ein Konzept vor, das die Kirchengemeinde, Mitarbeiter des Heims und Mitglieder des Fördervereins in Kooperation mit einem Wohlfahrtsverband entwickelt haben. Die Eckpunkte des Konzepts spiegeln den Weg wieder, den das Heim auf dem Weg der Öffnung bereits in den vergangenen Jahren eingeschlagen hat:

- Geschaffen werden soll eine Verbundeinrichtung mit Altenbegegnungsstätte, Betreutem Wohnen, stationärer und ambulante Altenpflege. Die Kirchengemeinde würde die Trägerschaft der Altenbegegnungsstätte übernehmen, will sich aber aus der Trägerschaft des Heims zurückziehen und dem Wohlfahrtsverband, der die Trägerschaft der Pflegeangebote übernehmen soll, das Grundstück für den Neubau

zur Verfügung stellen. Ein erster Schritt in diesem Übergangsprozess wurde eingeleitet, als mit der Verrentung des Pfarrers im Jahr 2004 der Geschäftsführer des Heims von Seiten des Wohlfahrtsverbandes gestellt wurde.

- Ein wichtiger Konzeptbaustein ist, dass durch entsprechende Angebote im Zentrum die Begegnung und das Zusammenleben verschiedener ethnischer Gruppen im Stadtteil gefördert werden soll. Dieses Ziel sei im Kontext der Öffnung der von sinkenden Mitgliederzahlen betroffenen Kirchengemeinde gegenüber der großen Gruppe christlicher MigrantInnen im Stadtteil definiert worden. Das neue Heim soll ein „kultursensibles“ Wohn- und Pflegeangebot beinhalten.
- Im Zentrum soll der eingeschlagene Weg des Einbezugs Ehrenamtlicher und der Vernetzung mit Gruppen und Personen im Stadtteil weitergeführt werden:
- „Die bisher aktiven Gruppen auf Gemeinde- und Stadtteilebene, [...], sollten in ihren Initiativen voll ernst und in Anspruch genommen werden.“ (Konzept Altenzentrum J)

Aufbau von Unterstützergruppen

Im *Förderverein* würden sich überwiegend ältere Menschen aus der Kirchengemeinde engagieren. Zeitweise habe der Verein 200 Mitglieder gezählt, doch heute seien es nur noch 105 – mit sinkender Tendenz aufgrund von Todesfällen. Der Förderverein bringe sich mit verschiedenen Aktivitäten im Haus ein. Er knüpfe Kontakte zu verschiedenen Gruppen im Stadtteil, rege Projekte an, akquiriere Spendengelder und beteilige sich an der Finanzierung und Organisation von Veranstaltungen oder Verschönerungen im Haus. Die Mitglieder des Fördervereins würden sich an Basaren und Märkten beteiligen. Viele Spenden kämen von Mitgliedern der Kirchengemeinde. Die Spendenbereitschaft sei allerdings seit zwei Jahren stark eingebrochen, - zu dem Zeitpunkt, als der Pfarrer in den Ruhestand trat.

„Es wird VIEL weniger, es wird VIEL weniger gespendet. Und sicherlich in der Veränderung – durch den Weggang des Pfarrers – ist auch ein Loch entstanden. Da sieht man dran, dass es von Bezugspersonen abhängig ist.“ (Int_10_Z.970-973)

In den vergangenen 13 Jahren habe der Verein insgesamt ca. 200.000 Euro eingeworben. Ein Teil des Geldes habe man für Anschaffungen im Haus verwandt, den Rest für den Neubau zurückgelegt. Einen Bewohnerbus, eine Videoanlage und eine Kamera konnte der Förderverein zudem bei einer Stiftung einwerben.

Eine zentrale Herausforderung für die Arbeit des Vereins ist aus Sicht der Vorsitzenden, der anstehende Generationenwechsel im Vorstand – eigentlich würden sich alle heutigen Vorstandsmitglieder gerne aus Altersgründen zurückziehen, jedoch könne man bislang keine Nachfolger finden.

Ungefähr 30 *Freiwillige* bringen sich nach Auskunft der GesprächspartnerInnen mit regelmäßigen Angeboten im Haus ein – größtenteils engagieren sich diese Personen bereits seit vielen Jahren in der Kirchengemeinde. Ungefähr 15 weitere Personen helfen im Heim bei der Organisation von gelegentlich stattfindenden größeren Veranstaltungen (z. B. Sommerfest).

Zu den regelmäßig Engagierten zählen zwölf Frauen der kirchengemeindlichen Frauengruppe, die jeden Freitagnachmittag im Heim ein öffentliches Café betreiben.

„Die Gruppe ist vor 25 Jahren gegründet worden. Nachdem der Förderverein beschlossen hat, wir machen eine Cafeteria auf, da haben die gesagt: DAS ist unser Ding! Die Leiterin der Frauengruppe gehört auch wieder dem Pfarrgemeinderat an. Und wir haben dann intern in der Frauengruppe darüber gesprochen. [...] Und eine Teilgruppe hat dann gesagt: ‚Wir würden gerne die Bewirtschaftung [machen].‘“ (Int_10_Z.496-508)

Die Gruppe organisiert sich eigenständig, die Mitarbeiter des Hauses schätzen die hohe Verlässlichkeit.

„Also die Cafeteria ist eigentlich das beste Beispiel. Die ist selbst organisiert. Mit denen haben wir eigentlich gar keine Arbeit (lacht). Also die sind sehr selbstständig, sehr human, sehr zuverlässig. [...] die sorgen 52 Wochen im Jahr dafür, dass wir freitags eine Cafeteria haben. Die machen selbst Kaffee, Kuchen etc. Also das läuft toll.“ (Int_10_Z.482-489)

Weitere Freiwillige engagieren sich in der Betreuung und Begleitung von BewohnerInnen, teils im Rahmen eines Besuchsdiensts für alte Menschen, der im gesamten Stadtteil arbeitet, und extern begleitet wird. Aktuell würden drei Betreuungsangebote für Bewohnergruppen von Freiwilligen organisiert, das sind: Singen, Spielen und Beten.

Die Einbindung von Freiwilligen sei heute in einem Pflegeheim unverzichtbar, um den BewohnerInnen trotz zunehmender Effizienzorientierung eine soziale Betreuung anzubieten:

„Früher hatte man viel mehr Mitarbeiter gehabt. Die Einstellung von Mitarbeiter war einfach anders als jetzt. Jetzt guckt man nach der Wirtschaftlichkeit, jetzt werden Zeitanalysen durchgeführt. Es wird geguckt, dass man wirklich die Sachen, die in irgendwelchen Dienstplanfeldern stehen [...] Die Zeit für die menschliche Betreuung ist da weniger geworden, also bedeutend weniger geworden. Dadurch sind wir auch so angewiesen auf Hilfe von Außen. Ehrenamtliche Mitarbeiter. [...] Und da muss man dann gucken, dass Leute gewonnen werden, die sich ein bisschen um das Soziale kümmern.“ (Int_10_Z.133-142)

„Und da ist man einfach dankbar, dass da jemand kommt und sich hier mit den Bewohnern beschäftigt. Gerade mit den Dementen, also bei denen, die kaum Besuch bekommen. Das ist schon schön. Und da sieht man auch, der Bewohner ist zufriedener. Die warten auf ihren Besuch und die erkennen den dann auch immer sofort. Und da sehen sie dann auf der Straße, die Frau XY ist gleich da. Die freuen sich und das baut auch auf. Da ist man nicht so alleine, ne, nicht nur immer die Pflege usw. Sodass auch andere Menschen da hier ins Haus kommen.“ (Int_10_Z.843-850)

Die Freiwilligen werden je nach Tätigkeitsbereich in unterschiedlicher Intensität von den MitarbeiterInnen begleitet, in der Regel von der Mitarbeiterin des Sozialen Diensts. Einmal jährlich wird ein Fest für alle Freiwilligen veranstaltet. Eine Aufwandsentschädigung werde nicht gezahlt:

„KH: Gibt es für die Ehrenamtlichen eine Aufwandsentschädigung?

JPS: NEIN, GAR NICHT.

JH: Das ist alles REINES Ehrenamt.“ (Int_10_Z.510-514)

Netzwerke mit externen Partnern

Der Prozess der Stadtteilöffnung und die Gewinnung zusätzlicher Ressourcen werden in einer Reihe von Kooperationen mit *lokalen Gruppen, Initiativen und Organisationen* vorangetrieben.

Im Stadtteil ist ein Projekt zur Förderung des interkulturellen Dialogs und Zusammenlebens angesiedelt. Gemeinsam mit den Projektverantwortlichen sei eine *Initiative für interkulturelle Begegnungen* in der Cafeteria des Heims ins Leben gerufen. Die Initiative will kulturelle Angebote und den Erfahrungsaustausch zwischen Heim und

MigrantInnen befördern. Es sei geplant, dass die Akteure der Initiative die Konzeption für die „kultursensiblen Einbettung“ der neuen Verbundeinrichtung begleiten.

Eine weitere Initiative, mit der eine enge Kooperation bestehe, sei von der Kirchengemeinde im Jahr 2000 initiiert worden: die *Initiative für die Bedürfnisse alter Menschen im Stadtteil* – ein Zusammenschluss aus BürgerInnen, Haupt- und Ehrenamtlichen der Kirchengemeinden, Vereine und Verbänden. Die Vorsitzende des Fördervereins und auch der Heimleiter – „Also nicht von Amts wegen, in seiner Freizeit“ (Int_10_Z.567) – engagieren sich in der Initiative. Die Stadt finanziere eine Sozialarbeiterin als Ansprechpartnerin und stelle ein kleines Budget für Sachkosten in der Initiative zur Verfügung. Organisiert und begleitet werden über die Initiative Gruppen, die sich ehrenamtlich für alte Menschen im Stadtteil engagieren. Im Netzwerk wurde u.a. der bereits genannte Besuchsdienst für alte Menschen aufgebaut und in Kooperation mit einer Hauptschule wurden im Rahmen eines Wahlpflichtfaches Freiwilligendienste von SchülerInnen in Heimen des Stadtteils angeregt – auch das Heim J arbeitet hier mit SchülerInnen zusammen.

Es wurde bereits angesprochen, dass die *Kommune* den Erhalt des Hauses wünschenswert fand und bei der Übernahme der Trägerschaft durch die Kirchengemeinde unterstützend zur Seite stand. Es sei dem städtischen Sozialamt zu verdanken, dass dem Haus ein höherer Pflegeschlüssel wegen ungünstiger baulicher Voraussetzungen gewährt wurde. Zudem profitiere das Heim von einem städtischen Programm, über das Mittel für psychosoziale Betreuungsangebote für Heime bereitgestellt werden. Im Heim wurden durch Gelder aus dem Programm verschiedene Verbesserungen in der Betreuung von Dementen, beispielsweise auch die Umsetzung eines Wohnküchenkonzepts, gefördert. Ebenfalls kooperiert das Heim mit einem *Wohlfahrtsverband*, der wöchentlich eine Betreuung für Demente aus dem Stadtteil im Haus anbietet, an der auch ein paar BewohnerInnen teilnehmen. Das Haus organisiert intern zusätzlich einen Nachmittag die Woche eine hausinterne Dementengruppe.

Mit der benachbarten *Kindertagesstätte*, die gleichfalls in Trägerschaft der Kirchengemeinde ist, gebe es einen guten Austausch.

„Also mit den Mitarbeitern der Kita haben wir von Anfang an Kontakt, und der ist heute schon ziemlich gefestigt. Wir helfen uns z. B. küchenintern gegenseitig. Die kochen auch noch selber da vorne. Und wenn die Köchin im Urlaub ist, dann übernehmen wir das. Wir hatten anfangs, als die Bewohner noch hier leben konnten,

ohne dass der MDK dazu seinen Segen geben musste, hatten wir hier richtige Mittagessen-Partys zusammen gemacht mit den Kindern. Da kamen etliche Kinder hierher. Und als die Bewohner mobiler waren, sind die auch rüber in den Kindergarten und haben da gegessen. Drei, vier, fünf Bewohner sind da rüber gegangen und fünf, sechs Kinder sind hierher gekommen.“ (Int_10_Z.398-408)

Die Kooperation und Angebote der Begegnung von Alt und Jung werde stärker von den MitarbeiterInnen begleitet. Neben den Besuchen der Kinder zu Geburtstagen von BewohnerInnen gebe es zwei reguläre Angebote: Alle zwei Wochen verbringen Kinder des Kindergartens mit der hausinternen Dementengruppe den Nachmittag. Neu aufgebaut wurde gerade ein Patenschaftsprojekt, wo drei Kinder die Patenschaft für jeweils eine(n) BewohnerIn übernehmen.

„Je drei Kinder haben einen Bewohner. Und dann suchen wir Bewohner, die sich das wünschen. Und mindestens einmal im Monat [...] Die Kinder werden auch in Gruppen eingeteilt, werden betreut. Wir werden sehen, wie sich das entwickelt. Da soll sich einfach so eine Beziehung aufbauen. Anfangs vielleicht mal eine Stunde treffen.“ (Int_10_Z.389-393)

Die Einbindung von Angehörigen

Für eine familiäre Atmosphäre im Haus sei der Einbezug der Angehörigen unverzichtbar. Zwar gäbe es ein Konzept zur Angehörigenarbeit, jedoch habe sich die Praxis anders entwickelt. Beispielsweise habe das Heim bis vor Kurzem einmal pro Woche eine Angehörigensprechstunde angeboten – mit wenig Erfolg:

„Die Leute sind gekommen, aber nicht in der vorgeschriebenen Zeit. Die sind der Meinung, dass man dann für Sie Zeit hat, wenn gerade etwas ansteht. Und es ist so: Wir betreuen die Angehörigen auch, nicht nur den Bewohner. Weil, es ist sehr schwierig, wenn man jemanden ins Heim gibt. Da sind ja auch familiäre Probleme. Es ist auch ein ständiges Gespräch. Das beschränkt sich nicht auf die Anfangsphase.“ (Int_10_Z.209-213)

„Da entstehen total andere soziale Kontakte dadurch, dass wir immer wieder ins Gespräch kommen. Es gibt ja auch keine Bewohnersprechstunde von 15-16 Uhr (lacht).“ (Int_10_Z.243-245).

Die geringe Größe der Einrichtung erleichtere den Aufbau guter Kontakte. Es gehe darum, für die Angehörigen „ansprechbar“ (Int_10_Z.224) zu sein.

„Also es ist jetzt nicht so: ‚Das ist mein Beruf und dann gehe ich einfach.‘ Sondern je nachdem was da ist, dann bleibt man einfach länger und geht noch ins Gespräch mit den Angehörigen. Also wir machen auch eine Angehörigenbetreuung in der ganzen Sache. Und das lohnt sich auch, das macht sich sehr bezahlt, weil die uns gegenüber dann auch sehr offen sind. Und da kommt mal positive, mal negative Kritik. Aber insgesamt sind die zufrieden.“ (Int_10_Z.228-233)

Die Angehörigen würden sich auch für das Heim einbringen. Eine 20-köpfige Projektgruppe der Angehörigen habe die Raumgestaltung der Wohnküche für Demente übernommen. Angehörige würden bei Festen des Heims helfen und es sei immer wieder zu beobachten, dass sie sich bei Ihren Besuchen für die Gemeinschaft einbringen:

„JH: Es gibt Angehörige, die hier jeden Tag sind und sich auch in der Wohnküche mit beteiligen. Die machen dort also ein bisschen Programm. Die entwickeln dann auch Kontakte zu anderen Bewohnern, gerade in den Doppelzimmern.“

KH: Ermuntern Sie die Angehörigen mitzuhelfen, oder wie kommt die Mithilfe zustande?

JH: Das entwickelt sich so durch die Gespräche.“ (Int_10_244-251)

Zusammenfassung und Diskussion

In der heutigen Heimlandschaft ist das Heim J eine Ausnahme insofern, dass hier die Kirchengemeinde die Trägerschaft zu einer Zeit übernahm, als sich das Gros der Kirchengemeinden von einer solchen Verantwortung zurückzogen hat. Die Übernahme war eine Rettungsaktion zum Erhalt des Hauses, getragen durch die Engagementbereitschaft vieler Mitglieder der Kirchengemeinde, aber auch ein riskantes wirtschaftliches Unternehmen. Dabei ist es nach Einschätzung der Interviewten gelungen, ein attraktives Heimangebot im Stadtteil zu schaffen, auch wenn die Einrichtung baulich veraltet und deutlich unterhalb des heute üblichen Ausstattungsstandards eingerichtet ist – die Qualität, die Anerkennung finde, sei das Engagement für die BewohnerInnen.

Die auf den Weg gebrachte Öffnung des Hauses ist vielversprechend. Im Interview wird deutlich, dass sie eine „Herzensangelegenheit“ der Beteiligten – der MitarbeiterInnen, der Angehörigen und der Freiwilligen – ist. Es sei gelungen, eine Gemeinschaft aufzubauen, in der man sich für das Haus und die BewohnerInnen einsetze. Im Interview werden Werte wie Menschlichkeit, Fürsorge, Gemeinschaft und familiäre Atmosphäre als zentrale Referenzpunkte des Handelns angesprochen.

Interessant ist auch die Art der Vernetzung zu den Akteuren im Stadtteil. Im ersten Schritt hat die Kirchengemeinde ihre eigenen Strukturen für das Heim geöffnet und ihre Gruppen und Organisationen eingebunden. Das Öffnungskonzept steht darüber hinaus für den Versuch, nicht nur Menschen des klassischen kirchengemeindlichen Milieus zu erreichen, sondern sich kulturübergreifend zu öffnen. Profitieren sollen von diesem Ansatz Heim *und* Kirchengemeinde. Über die Vernetzung mit Stadtteilinitiativen, und vor allem auch der Öffnung für andere Kulturen im Stadtteil, soll nicht nur das Haus, sondern auch die Kirchengemeinde angesichts sinkender Mitgliederzahlen eine neue Perspektive finden; da ein Großteil der MigrantInnen im Stadtteil dem christlichen Glauben angehört, hofft man hier auf neues Potenzial.

Wie erfolgreich die Öffnung in den Sozialraum fortgesetzt werden kann, hängt im nächsten Schritt davon ab, ob der anstehenden Generationenwechsel in Kirchengemeinde und Förderverein gelingt. Trotz des Versuches, sich breit zu vernetzen, scheint es bislang schwierig, die „Personenzentriertheit“ des Engagements zu überwinden.

Es wurde nicht ausschließlich eine Öffnung in den Sozialraum gesucht, sondern ergänzend dazu wurden auch Kooperationspartner gefunden, mit denen der Ausbau des Angebots und der Neubau der Einrichtung verwirklicht werden. Die geplante Verbundeinrichtung mit Angeboten der offenen Altenhilfe, ambulanten und stationären Angeboten stellt einen wesentlichen Kern und die konsequente Fortsetzung des gegangenen Öffnungskonzepts dar; Öffnung für andere wirtschaftliche Akteure wird hier zur Voraussetzung.

4.2.11 Fallbeispiel K: Zwei Heime, ein Öffnungskonzept – mit verschiedenen Voraussetzungen

Im Fallbeispiel K handelt es sich um zwei Heime in Trägerschaft einer kommunalen gGmbH. Der Träger bietet auch einen ambulanten Dienst und niedrigschwellige Betreuungsangebote für Senioren an. Die Stadt ist eine in einem westdeutschen Bundesland gelegene Mittelstadt in einem verdichteten Kreis. Das Interview wurde mit den Herren KG und KS geführt. Herr KG ist der Geschäftsführer der Gesellschaft und Heimleiter für beide stationären Einrichtungen; er ist seit 1990 beim Träger beschäftigt. Herrn KS ist Leiter des sozialen Diensts, einer der beiden stationären Einrichtungen.

Die Wurzeln der Einrichtungen der Gesellschaft gehen bis auf eine konfessionell gebundene Stiftung der mittelalterlichen Kranken- und Siechenpflege zurück. In den 1960ern wurde die Stiftung kommunalisiert. Die kommunale Stiftung wurde Ende der 1990er-Jahre in die Rechtsform einer kommunalen gGmbH überführt. Die hauswirtschaftlichen Dienstleistungen der Zentren wurden in diesem Zuge in eine eigenständige, gewerbliche GmbH ausgegliedert. Durch das neue rechtliche Konstrukt soll die Professionalisierung als Unternehmen gestärkt werden.

„KH: Und wie kam es zu dem neuen rechtlichen Konstrukt?

KG: Ja, die Altenhilfe hat sich in den letzten Jahren sehr professionalisiert, steht unter einem neuen Qualitäts- und Kostendruck. Und eine öffentlich rechtliche Stiftung ist im Prinzip von ihrer Struktur nicht so geschaffen, dass sie als Unternehmen agieren kann. Sondern da gibt es den ehrenamtlichen Vorstand, der hat im Prinzip alle Rechte, muss über alles entscheiden; [und] ist letztendlich das einzige Organ einer Stiftung, und das hat sich nicht mehr so bewährt. Und die Vorstandsmitglieder hatten auch die gesamte Haftung unbeschränkt und die Haftung lastete dann letztendlich auch auf der Stadt [...], sodass auch ich nicht zuletzt die gGmbH Gründung vorangetrieben habe. [...] Und dann auch letztendlich die Betriebsführung zu professionalisieren, dass die Entscheidungen hier vor Ort im Leitungsteam oder von mir getroffen werden können. [...] Sodass wir im Prinzip jetzt so aufgestellt sind oder uns entwickeln können, dass wir auch die Zukunft bewältigen können.“
(Int_11_39-57)

Die ältere der beiden stationären Einrichtungen – zur besseren Unterscheidung sei sie als *Heim 1* bezeichnet, wurde im Jahr 1975 als Altenheim eröffnet und hat sich über die Jahre zu einem reinen Pflegeheim gewandelt. Heute werden 131 Langzeit- und acht (8) Kurzzeitpflegeplätze angeboten. Die städtische Wohnbaugesellschaft hatte in der Nachbarschaft des Heims altengerechte Wohnungen gebaut. Erweitert wird das Angebot seit vielen Jahren durch das Angebot eines Mittagstischs für Senioren und ein öffentliches Café. Das Haus liegt in einem in den 1960er-Jahren in Randlage der Stadt neu errichteten Stadtteil. Das Haus hatte bereits in den 1980er-Jahren einen Schwerpunkt in der gemeinwesenorientierten Altenarbeit.

KG: „Die Öffnung der Heime, das war ja eigentlich so in der Altenhilfe Thema der 80er-Jahre. Früher war es ja im Prinzip die totale Institution, die sich nicht nach Außen geöffnet hat. Und das war in den 80er-Jahren, Konrad Hummel usw.

„Zitadelle‘ und so Geschichten⁷². Und daraus hat meine Vorgängerin, die damals als Heimleiterin eingesetzt wurde, die hat das von der Fachlichkeit her als Ansatz auch genommen, dieses Haus zu öffnen. Das war im Prinzip früher auch eine totale Institution. Dann hat man sich geöffnet nach Außen, dass man also auch Menschen nach Innen geholt hat, auch über Ehrenamt oder Vereine auch reingeholt hat. Und so ist im Prinzip die Öffnung entstanden.“ (Int_11_Z.348-358)

Kernstück des Öffnungsversuchs des Heim 1 in den 1980er-Jahren sei die Einbindung einer Altenbegegnungsstätte im Haus gewesen, die zunächst über ein öffentliches Modellprogramm und später von der Stadt im Rahmen von freiwilligen kommunalen Leistungen für die offene Altenarbeit folgefinanziert worden sei. Über die Begegnungsstätte hätten sich zahlreiche Kontakte zwischen Heim und Senioren des Stadtteils, Stadtteilorganisationen und freiwillig Engagierten entwickelt.

„Und in Zusammenarbeit mit den Seniorinnen und Senioren im Stadtteil, ist damals die Begegnungsstätte entstanden. Und die hat Bildungsarbeit, Kulturarbeit, Sozialarbeit betrieben. Für den Stadtteil, aber auch hier im Haus. Das war im Prinzip eine gute Verknüpfung oder eine gute Begegnungsmöglichkeit von BewohnerInnen, die hier im Heim gelebt haben und älteren Menschen oder auch jüngeren – also generationenübergreifend – sich dann treffen konnten im Stadtteil. [...] Wir hatten teilweise so attraktive Angebote gemacht, dass dann auch Menschen aus der Kernstadt hier hochgefahren sind. Mit dem Bus [lacht]. Was ja auch ein ziemlicher Aufwand ist. Das hat uns die Attraktivität dieses Angebots gezeigt.“ (Int_11_Z.116-131)

Im Verlauf der 1990er-Jahren sei die Nachfrage nach den Veranstaltungen der Begegnungsstätte dann deutlich zurückgegangen. Das Angebot habe nicht mehr zu den Bedürfnissen der immer stärker beeinträchtigten BewohnerInnen gepasst. Das Heim entwickelte daraufhin vermehrt interne Angebote in kleineren Gruppen. Doch nicht nur auf die BewohnerInnen schienen die Angebote nicht mehr zu passen. Zugleich sei zu beobachten gewesen, dass sich die rüstigeren Senioren des Stadtteils vom Anblick der Pflegebedürftigen im Zentrum „abschrecken“ ließen.

„Das hat die Hemmschwelle immens erhöht, ins Altenzentrum zu gehen, zur Begegnungsstätte, wo ich ständig pflegebedürftigen Menschen begegne. Das war früher

⁷² Vgl. Kapitel 3.2.4.4.

nicht so. Und diejenigen, die im Altenzentrum gewohnt haben, haben diese Veranstaltungen auch nicht mehr so oft besucht. Die hatten den Bedarf nach anderen Veranstaltungen, die wir dann eher Kleingruppen-bezogen gemacht haben oder über die Ergotherapeutin.“ (Int_11_Z.164-169)

Ein weiter Grund für den gesunkenen Besuchsverkehr in der Begegnungsstätte, so konstatierte die Heimleitung, war ein Umbruch der Sozialstruktur im Stadtteil von einem mittelschichtgeprägten Umfeld hin zu einem „Problembezirk“ der Stadt. Die StadtteilbewohnerInnen seien heute überwiegend sozial Benachteiligte, es gäbe viele MigrantInnen und eine hohe Arbeitslosigkeit – gemeinsame Interessen von Heim und StadtteilbewohnerInnen seien kaum vorhanden gewesen, eine Altenbegegnungsstätte habe hier nichts zu bieten.

Als die Stadt schließlich die Förderung der Begegnungsstätten des Trägers im Jahr 2001 um die Hälfte kürzte, sei die Entscheidung, die Begegnungsstätte am Heim 1 zu schließen und die Ressourcen auf die vorhandene Begegnungsstätte am Heim 2 zu konzentrieren, nicht schwergefallen. Erhalten blieb in Heim 1 ein öffentliches Café, das mit Unterstützung durch die Küche des Hauses von Freiwilligen organisiert würde und an fünf Tagen in der Woche geöffnet hat. Im Café organisiere das Heim gelegentlich Veranstaltungen und Vorträge im Bereich Kultur und Alterssozialarbeit.

Als Ersatzbau für ein baulich veraltetes Altenheim des Trägers wurde das *Heim 2* 1994 in Betrieb genommen. Das Heim liegt im Zentrum der Stadt.

„KS: Ja, das ist wirklich toll, dass den [Platz] gerade die Altenhilfe gekriegt hat.

KG: Das war ja ein langer politischer Streit. Es sollte eigentlich ein Hotel dahin. Es gibt heute noch Menschen, die sagen: ‚Warum nehmen wir eigentlich die Pflegebedürftigen? Die kriegen das doch sowieso nichts mehr mit‘.“
(Int_11_Z.292-296)

Das Heim bietet 53 vollstationäre Pflegeplätze und zwölf (12) Kurzzeitpflegeplätze an und einen Mittagstisch für Senioren. Wie bereits, erwähnt ist im Haus bis heute eine Altenbegegnungsstätte angesiedelt; auch der ambulante Pflegedienst des Trägers ist räumlich angegliedert. Die städtische Wohnbaugesellschaft hat im Gebäudekomplex Wohnungen des Betreuten Wohnens errichtet, ein Servicepaket der kommunalen Altenhilfegesellschaft ist an die Vermietung gebunden. Die Gesellschaft biete zudem seit ein paar Monaten eine Service-Karte für Senioren in der Stadt an, die eine Variante des Modells „Betreutes Wohnen zu Hause“ darstelle. InhaberInnen der Karte werden

zweimal im Monat von MitarbeiterInnen des ambulanten Diensts besucht. Sinn des Besuchs sei es, „nach dem Rechten zu sehen“ (Int_11_Z.877) und den Senioren beratend zur Seite zu stehen, wenn (zusätzliche) Hilfen benötigt werden. „Wobei wir da noch keinen Vertrag bekommen haben. Also ich bin mal gespannt.“ (Int_11_Z.880-881)

Die GesprächspartnerInnen sehen die Ansiedlung der Begegnungsstätte auch im Heim 2 durchaus kritisch. Die Angebote der offenen Altenhilfe trafen heute kaum mehr die Bedarfe der pflegebedürftigen BewohnerInnen; die Veranstaltungen werden primär an Senioren, die im Stadtteil leben, adressiert – aber für diese Gruppe wirke die Ansiedlung der Begegnungsstätte in einem Pflegeheim abschreckend.

„Ich denke, das Altenhilfezentrum XY – einfach von seiner Lage her, stadtnah, sehr attraktiv gelegen – bietet sich an, um externe Senioren anzuziehen. Aber es ist schon auch Thema, dass die Ansiedlung eines Altenbegegnungszentrums im Rahmen einer Altenpflegeeinrichtung ein Problem ist. Also ich würde mal vermuten, wäre das Begegnungszentrum irgendwo ganz anders – z. B. am Marktplatz [...] – also irgendwo anders zentral verortet, wäre es günstiger.“
(Int_11_Z.188-195)

Vor allem im letzten Jahr sei es nicht gelungen, alle Langzeitpflegeplätze in den Einrichtungen belegen zu können; primär habe das Heim 2 Probleme mit hohen Leerständen. Hier sei anzumerken, dass die stationären Plätze beider Einrichtungen gegenüber Angeboten konkurrierender Einrichtungen hochpreisig sind, bedingt durch eine vergleichsweise höhere Fachkraftquote und höhere Tariflöhne der kommunalen Gesellschaft. Nach Einschätzung der GeschäftsführerIn steht dies für das unternehmerische Profil, qualitativ hochwertige Dienstleistungen anbieten zu können. Andererseits könne sich ein solches Angebot in einem sozial benachteiligten Stadtteil kaum durchsetzen. Es gebe derzeit Überlegungen, das baulich veraltete Heim 1 durch einen Heimneubau in einem anderen Stadtteil zu ersetzen, oder aber ein geeigneteres Modell am Ort zu finden.

Aufbau von Unterstützerguppen

In den beiden Heimen sind jeweils 25 *Freiwillige* regelmäßig tätig. Die Freiwilligen sind in der Einzel- und Gruppenbetreuung von BewohnerInnen aktiv, übernehmen Gartenarbeiten und andere Aufgaben. Im Heim 1 konzentrierte sich das Engagement vor allem auf den Betrieb des Cafés. Gerne würde man mehr Freiwillige in den Heimen

einbinden, aber allen Bemühungen zum Trotz stagniere die Zahl seit Jahren. Gefragt, weshalb die Zusammenarbeit mit Freiwilligen in den Einrichtungen gesucht werde, geben die GesprächspartnerInnen an, dass dies zum Selbstverständnis mit einer hohen Professionalität zu arbeiten heute dazugehöre. Dabei geht es wohl auch darum, sich gegenüber anderen Einrichtungen vor Ort zu profilieren, wie das nachfolgende Zitat zeigt:

„KH: Wo kommt die Initiative her, mit den Freiwilligen zusammenzuarbeiten?“

KG: Also im Unterschied zu anderen Einrichtungen sind wir alle Fachpersonen, die in sozialen, sozialwissenschaftlichen Berufen ausgebildet sind, [in] therapeutischen, pflegerischen Berufen. Auf der Leitungsebene haben wir mittlerweile alles investiert in Fachabsolventen. Also insofern haben wir eigentlich die höchste Fachlichkeit der Einrichtungen in der Region. Und da hat man natürlich eine andere Motivation, ein anderes Konzept, wie gearbeitet werden soll.“ (Int_11_Z.737-745)

Herstellung von Altersnormalität und ein mehr an Lebensqualität könnten durch die Freiwilligen gewonnen werden.

„Unsere Bewohner sind nicht so mobil. Also muss man die Welt ins Haus holen. Das ist eine zentrale Aufgabe von sozialer Arbeit nach meinem Verständnis. Und dann der Gewinn für die Bewohner – in der Gestaltung von Alltagsnormalität. Das ist einfach ein Plus an Menschlichkeit, Kontakten, über das hinaus was [eine] Pflegeeinrichtung leisten kann und darf.“ (Int_11_Z.785-789)

Die soziale Arbeit mit Freiwilligen unterliege in den letzten einer stetig wachsenden Professionalität, die Gewinnung und Begleitung der Freiwilligen sei auf Basis der Erkenntnisse der Ehrenamtsforschung und -praxis weiterentwickelt worden. Mittlerweile sei das Freiwilligenkonzept der Einrichtungen auch als Standard im Qualitätsmanagement festgehalten. Die MitarbeiterInnen des Sozialen Diensts würden den Freiwilligenbereich heute intensiver begleiten. Beispielsweise versuche man heute, kreativer mit der Ressource „Freiwillige“ umzugehen, um neue Einsatzmöglichkeiten für Freiwillige jenseits der klassischen Bereiche „Besuchsdienst“ und „Cafeteriabetrieb“ zu entwickeln und einen breiteren Kreis von Engagementinteressierten anzusprechen.

„Ja, ganz wichtig, finde ich, dass wir wirklich KREATIV Einsatzmöglichkeiten schaffen. Also Altenhilfe – Ehrenamtlichkeit: Da denkt man an Besuchsdienste. Haben wir auch, ist auch wichtig, ist auch schön. Aber darüber hinaus haben Menschen ja ganz oft noch mal ganz andere Ressourcen, Kompetenzen, Interessen.“

Und darüber zu sprechen und dann vielleicht auch eine Idee zu haben oder anders rum, eine Idee und jemanden zu suchen – das macht es auch ganz interessant für Ehrenamtliche. Und das muss auch nicht immer ein Engagement sein für die nächsten fünf Jahre, sondern das kann mal projektbezogen sein, das kann mal ganz kurz sein für einen Monat. Also da sind wir kreativ, da sind wir sehr offen. Und ich denke, das ist auch der Grund, warum wir recht viele Ehrenamtliche haben.“
(Int_11_Z.465–475)

Angesprochen wurde im Interview auch die Frage, ob die Freiwilligen eine Aufwandsentschädigung erhalten. Einer „Bezahlung“ freiwilliger Tätigkeit steht die Leiterin ablehnend gegenüber.

„Das hat immer so ein bisschen einen Beigeschmack, dass das so ein zweiter Arbeitsmarkt ist, der Menschen ausnutzt, die nicht mehr in Tarifsysteme integrierbar sind – Vergütungen, normale Arbeitszeiten.“ (Int_11_Z.-889-891)

Als weiteren Engagementbereich in der Einrichtung nennen die GesprächspartnerInnen die *Heimbeiräte* der beiden Einrichtungen. Durch den Einbezug externer Personen habe die Arbeit der Gremien eine neue Qualität bekommen:

„Viele Heimleiter haben damit Schwierigkeiten, mit externen Menschen im Beirat umzugehen, die natürlich dann auch Fragen stellen, die vielleicht ein Heimbewohner NICHT stellt. Auch unbequeme Fragen. Aber wir nutzen diese unbequemen Fragen, weil wir dann auch drauf gestoßen werden oder auch mal was hören, was vielleicht nicht so gut läuft. Oder wir bekommen dadurch Informationen, die wir sonst gar nicht bekommen würden, hätten wir diese Menschen von Außen nicht. Also das wir das einfach als Herausforderung, als Chance auch nutzen, dass solche Menschen, die einen anderen Blick auch haben, in unsere Häuser kommen.“
(Int_11_Z.452-462)

Als der Träger noch in der Rechtsform einer Stiftung arbeitete, gab es Überlegungen, eine professionelle *Spendenakquise* aufzubauen; diese seien aber aufgrund fehlender personeller Kapazitäten letztlich nicht umgesetzt worden. Aktuell verfüge das Unternehmen über ein angesammeltes Spendenbudget von 10.000 Euro. In den vergangenen Jahren habe die Spendenbereitschaft von Firmen etwas zugenommen. Gelegentlich seien über die Spenden größere Projekte umgesetzt worden, z. B. wurden die Flure in Heim 1 unter der Beteiligung von MitarbeiterInnen, BewohnerInnen, Heimbeirat und Freiwilligen bebildert. Daneben würden Angehörige von verstorbenen BewohnerInnen

gelegentlich spenden. Da diese Spenden eine Anerkennung der guten Arbeit von MitarbeiterInnen darstelle, stehe es den MitarbeiterInnen in den jeweiligen Wohngruppen frei über die Verwendung der Spendengelder zu entscheiden.

Netzwerke mit externen Partnern

Die Einbindung *lokaler Gruppen und Organisationen* unterlag nach Auskunft der Geschäftsleitung in den vergangenen zehn Jahren im Heim 1 größeren Veränderungen. Während in den 1980er- und 1990er-Jahren Stadtteilinitiativen die zentralen Partner waren, mit denen gemeinsame Aktivitäten umgesetzt wurden, bei denen auch das Engagement der rüstigen BewohnerInnen integriert werden konnte, gehe es heute um Kooperationspartner, die etwas „für“ das Heim und seine BewohnerInnen gestalten können. Im Stadtteil selbst habe man kaum noch Ansprechpartner:

„Also wir hatten früher enge Beziehungen, haben aktiv mitgewirkt in der Gemeinwesenarbeit mit den ganzen Institutionen hier im Stadtteil. Das ist heute im Prinzip überhaupt nicht mehr der Fall. Also weil die THEMEN des Stadtteils sind nicht mehr unsere Themen, nicht mehr Themen des Altenzentrums.“
(Int_11_Z.211-214)

Erhalten geblieben sei in beiden Heimen die Zusammenarbeit mit benachbarten Kindergärten und Kirchengemeinden. Besuche und Aufführungen werden auch von lokalen Musikgruppen und Vereinen weiterhin in den Heimen gestaltet. Neu hinzugekommen sei eine Kooperation mit einem Verein, der ein Besuchshundeprogramm in den Heimen anbietet.

Von wachsender Bedeutung seien in den vergangenen Jahren lokale Partnerschaften rund um den Themenkreis der Freiwilligeneinbindung. Ein wichtiger Kooperationspartner sei hier mittlerweile die örtliche *Freiwilligenagentur* geworden. Die Vermittlung von Freiwilligen durch die Agentur mache dabei nur einen (kleineren) Bereich der Zusammenarbeit aus. Vielmehr sei über die Freiwilligenagentur eine Plattform geschaffen worden, in der fachliches Wissen und Ressourcen der verschiedenen Träger sozialer Arbeit, vor Ort gebündelt werden konnte. Über dieses Forum haben die Träger einen gemeinsamen Qualifizierungskurs der Freiwilligenagentur zum Ehrenamt in der Altenhilfe und -pflege entwickelt. Das Kursangebot komme verschiedenen Organisationen der Altenarbeit zugute.

Ein anderer wichtiger Partner sei die örtliche *Alzheimer Gesellschaft* geworden, denn mit den MitarbeiterInnen finde gleichfalls ein Erfahrungsaustausch, zur Weiterentwicklung der Betreuung demenziell Erkrankter und Erfahrungen mit Freiwilligen in der Dementenbetreuung, statt. Die kommunale Gesellschaft ist im übrigen Mitglied der Trägervereine beider Einrichtungen, was den Kontaktaufbau auf Ebene der MitarbeiterInnen vermutlich begünstigt hat.

Auch der Fachbereich Altenhilfe in der Kommune wird als Kooperationspartner genannt. Da man ein kommunales Unternehmen ist, verstehe man sich hier als Gesprächspartner zu Fragen einer geeigneten Weiterentwicklung der Altenhilfestrukturen in der Stadt. Der Geschäftsführer betont, dass das Unternehmen als kommunale Einrichtung eine Verantwortung habe, selbst innovative Strukturen im vorstationären Bereich zu entwickeln, auch wenn diese betriebswirtschaftlich riskanter, als der Betrieb einer stationären Einrichtung sind.

„Aber die müssen natürlich erst entwickelt werden. Ein Pflegeheim zu führen ist eigentlich einfacher und es ist auch wesentlich wirtschaftlicher. Deswegen gibt's auch von den großen privaten Trägern, von den Gesundheitskonzernen, gibt's immer noch neu gebaute riesige Pflegeheime, weil die kann man wirtschaftlich führen wie ein Krankenhaus. Da braucht man nicht so viel zu organisieren und es ist wirtschaftlich zu führen. Das andere, das wirklich im Detail Dezentrale, ist schwierig zu entwickeln. Die Akzeptanz dafür zu entwickeln ist schwierig. Und es ist ein hoher Organisationsaufwand und ein hohes wirtschaftliches Risiko. Deswegen werden da Private eher nicht einsteigen, deswegen sehe ich im Prinzip UNS als kommunalen Träger da eher in der Verantwortung, diese Arbeit, dezentrale Arbeit zu leisten und die Strukturen zu entwickeln.“ (Int_11_Z.846-857)

Das Unternehmen habe in den vergangenen Jahren insbesondere Angebote im Vorfeld der vollstationären Unterbringung ausgeweitet und möchte diesen Kurs mit der Einführung „alternativer Wohnformen“ fortsetzen. Ein wichtiger Partner soll hier weiterhin die *städtische Wohnungsgesellschaft* sein.

Die Einbindung von Angehörigen

Ein Konzept zur Einbindung von Angehörigen gibt es in den beiden Heimen nach Auskunft der Interviewten nicht. Vor einigen Jahren habe man mit dem Aufbau von Angehörigengesprächskreisen begonnen – zunächst pro Haus einen solchen Kreis geschaffen. Dort wurden Vorträge über Altenhilfe und -pflege angeboten. Später wurde

der Versuch unternommen, Angehörigengesprächskreise auf Ebene der Wohngruppen zu etablieren. In beiden Heimen wurden diese aber Mangels Beteiligung eingestellt. Eine Wiederbelebung werde aktuell geplant.

Ziel sei es darüber hinaus, vermehrt „alltagsnah“ und „bewohnerorientiert“ mit den Angehörigen zusammenzuarbeiten. Auf den Wohn- und Pflegebereichen würden sich die häufigsten Fragen, aber auch Konflikte zwischen Angehörigen und MitarbeiterInnen ergeben. Als wünschenswerten zukünftigen Schritt sehen die Interviewpartner eine verbesserte Verankerung der Angehörigenarbeit im Alltagsgeschäft der Pflegenden, auch jenseits der Schaffung eines Gremiums.

KG: „Also mir schwebt vor, konzeptionell so zu arbeiten, dass man nicht nur die BewohnerInnen sieht, jetzt als Gegenüber oder als Kunde, sondern im Prinzip die Familie, den gesamten Familienzusammenhang, der ja auch wichtig ist, für die Bewohnerin oder den Bewohner. Dass man da konzeptionell dran arbeitet. Aber das sind eher Planungen. So weit sind wir noch nicht.“ (Int_12_Z.696-700)

Zusammenfassung und Diskussion

Die Akteure in Fallbeispiel K haben langjährige Erfahrungen mit Öffnungskonzepten durch Einbindung zivilgesellschaftlicher Akteure und Ressourcen gesammelt. In der jüngeren Vergangenheit wurde der Schwerpunkt von Aktivitäten der offenen Altenhilfe (Veranstaltungsangebote, Kooperationen mit Stadtteilinitiativen) auf die Zusammenarbeit mit einzelnen Freiwilligen verlagert und hier eine intensivere fachliche Begleitung und Koordination freiwilliger Tätigkeiten durch die MitarbeiterInnen des Sozialen Diensts eingeführt. Es ist anzumerken, dass sich die im Kontext dieser Neupositionierung der Engagementförderung in den Häusern eher skeptische Einstellung der Interviewten gegenüber einer Öffnung von Heimen über die Anbindung von Begegnungsstätten nicht mit den Einschätzungen anderer InterviewpartnerInnen deckt. Zur Erweiterung der fachlichen Grundlagen und des Austauschs mit den neuen Arbeitsansätzen wurden neue Kooperationen mit lokalen Vereinen ausgebaut, die sich speziell den Themen Alter und Engagement widmen. Eine Vernetzung im Stadtteil verliert demgegenüber an Bedeutung.

Träger der beiden Einrichtungen ist eine Tochtergesellschaft der Kommune. Die kommunale Trägerschaft stellt nach Auskunft des Geschäftsführers eine Anforderung an das Unternehmen, innovativ und mit einem hohen fachlichen Standard zu arbeiten – um eine Vorbildfunktion auf dem Feld der Altenhilfe und -pflege einzunehmen; aber

auch, weil das Unternehmen hierdurch stärker im Fokus der lokalen öffentlichen Aufmerksamkeit steht. Debatten zur Neuausrichtung aber auch Problemen in den Einrichtungen werden im Stadtparlament verhandelt und in der lokalen Presse veröffentlicht. Zugleich scheint die kommunale Trägerschaft auch bestimmte Kooperationen zu erleichtern: So konstatiert der Geschäftsführer, die Partnerschaft mit der Wohnbau-gesellschaft sei naheliegend, da diese gleichfalls ein kommunales Unternehmen sei. Auch die beschriebenen recht intensiven Partnerschaften mit der kommunal finanzierten Freiwilligenagentur und der Alzheimer Gesellschaft – in beiden Organisationen ist das Unternehmen Mitglied – sind zwar nicht bedingt durch die kommunale Trägerschaft, aber doch gestärkt durch einen „öffentlichen Auftrag“, innovative Altenhilfestrukturen (mit) zu entwickeln. Das Fallbeispiel gibt damit weitere Hinweise darauf, dass die Trägerstrukturen bzw. speziell: die Stakeholder, die über das Trägerkonstrukt eingebunden werden, die Möglichkeiten der Einbettung einer Einrichtung im lokalen Raum zu einem wesentlichen Teil mitprägen.

4.2.12 Fallbeispiel L: Ein Heim, das regelhafte Ehrenamtsstrukturen umfassend in der Organisation verankert

Das Heim L liegt in einem Stadtbezirk einer westdeutschen Großstadt; der Ort ist ländlich-agrarisch geprägt und „es war eine gute, reiche Gemeinde und es war Landwirtschaft [...], bodenständig und es gab nicht viel Not“ (Int_12_Z.62-63). Im Jahr 1912 erwarb die örtliche Kirchengemeinde das Areal, auf dem das heutige Heim L steht, und richtete ein Altenheim für Knechte und Mägde, die auf den Landwirtschaftshöfen in der damals noch eigenständigen Stadt gearbeitet hatten, ein. Die Bauern mussten in Naturalien die Unterkunft bezahlen. Im Haus waren anfangs auch eine „Kinderverwahrschule“ und eine „Mütherschule“ eingerichtet. Das Altenheim wurde von Ordensschwestern bewirtschaftet, später gemeinsam mit zusätzlich angestelltem Personal.

Die Ordensschwestern zogen sich im Jahr 1994 aus dem Haus mit damals 51 Altenheimplätzen zurück, die Kirchengemeinde kümmerte sich als Träger des Hauses um dessen Fortbestand. Der Gesprächspartner wurde damals von der Kirchengemeinde als Heimleiter angestellt. Er beschreibt seine ersten Eindrücke über das Heim: Ein Haus, dass in mehrfacher Hinsicht isoliert gegenüber dem Leben im Gemeinwesen war:

„Also erst mal habe ich gedacht, als ich 1995 kam, das war so: Wenn man nicht UNBEDINGT ins Haus musste, oder hier zur Kirche ging – weil da war ja mal eine kleine Kapelle – dann ging man hier nicht rein. Da kam der Besuchsdienst und dann war auch Ende. Eigentlich machte man lieber einen großen Bogen ums Haus. Und ich hab gedacht [...] Fünf Uhr gingen die Jalousien spätestens zu hier. Am GANZEN Haus! War alles dicht! Man bat dann die Leute, zu schlafen. Die Schwestern standen morgens um halb fünf auf und waren dann auch fünf Uhr nachmittags müde. Und dann mussten auch alle anderen müde sein. Ja und es war schon auch eine abgeschlossene Insel so, ne.“ (Int_12_Z.344-352)

„Also [anfangs] haben mir viele gesagt [...], die Besucher, die so ins Haus kamen oder die zum Gottesdienst hier hinkamen: ‚Herr XY, ich brauche Gott sei Dank nie hier einziehen, ich habe eine Familie.‘“ (Int_12_Z.91-93)

„Wer hier aus dem Dorf untergebracht war, war schon eher so ein bisschen sozial anrühig. Aber es gab immer auch welche, die gezwungenermaßen hier einziehen mussten, weil sie niemanden hatten. Aber so grundsätzlich waren es die fremden Alten.“ (Int_12_Z.73-77)

Der Heimleiter erhielt vom Träger den Auftrag, eine umfassende Modernisierung des Hauses nach zeitgemäßen Standards zu begleiten: Erstens sollte eine bauliche Modernisierung vorgenommen werden, und zweitens ein geeignetes Betreuungskonzept implementiert werden.

Die bauliche Modernisierung mündete letztlich in einen Ersatzneubau. In diesem sind heute 71 Pflegeplätze, fünf eingestreuete Kurzzeitpflegeplätze und sechs Tagespflegeplätze eingerichtet. Nebenan betreibt das Heim sechs Wohnungen des betreuten Wohnens für Senioren. Es gibt einen Mittagstisch für Senioren, und einmal im Monat Seniorenfrühstück im Heim. Eine Cafeteria wird betrieben. Die konzeptionelle Modernisierung umfasste zwei Schwerpunkte, a) den Aufbau eines Wohnbereichs der so genannten homogenen Dementenbetreuung und b) die Einbindung von Freiwilligen und Öffnung des Hauses in die Gemeinde. Die Einbindung von Ehrenamtlichen war bereits zu Zeiten der Bewirtschaftung des Hauses durch die Ordensschwestern üblich. Der Heimleiter begann, die vorhandenen Strukturen weiterzuentwickeln und auszubauen; die Einrichtung profitiert heute von der Aufnahme in ein Modellprogramm, das Ressourcen für die Weiterentwicklung des freiwilligen Engagements im Heim zur Verfügung stellt.

Das Haus sei heute wirtschaftlich stabil und die Nachfrage nach Plätzen sehr hoch, da die Einrichtung mittlerweile einen sehr guten Ruf habe. Die Heimplätze werden vorrangig an EinwohnerInnen des Stadtbezirks vergeben, in zweiter Linie an Pflegebedürftige des Stadtbezirks, nur wenn aus beiden Gruppen heraus ein Platz nicht belegt werden kann, werden BewohnerInnen aus anderen Stadtbezirken oder anderen Orten aufgenommen.

Nach Einschätzung des Heimleiters sind der Attraktivitätsgewinn des Hauses und das gute Betreuungskonzept maßgeblich den zahlreichen Freiwilligen, die sich im Haus engagieren zu verdanken. Die zivilgesellschaftliche Öffnung von Heimen ist also auch ein wichtiger Faktor für wirtschaftlichen Erfolg.

„Die Öffentlichkeit ist ganz anders betroffen, weil unsere Ehrenamtlichen Multiplikatoren sind. Von außen betrachtet ist das so: ‚Wenn da so viele hingehen und da freiwillig arbeiten, dann muss das ein gutes Haus sein.‘ Ja, also die öffentliche Stellung oder die Bewertung ist sehr gut.“ (Int_12_Z.932-936)

Aufbau von Unterstützergruppen

Als der Heimleiter seine Tätigkeit im Heim aufnahm, habe es dort bereits einen ehrenamtlichen Besuchsdienst gegeben, der sich nach Patenschaften für einzelne BewohnerInnen organisierte. Die Ehrenamtlichen seien, in den beiden Kirchengemeinden engagierte Personen gewesen. Das Verhältnis zwischen dem Personal des Heims und den Ehrenamtlichen erlebte der Heimleiter als recht angespannt.

„L: Und, ich sage mal so, die Ehrenamtlichen, das waren so die gefürchteten Kontrolleure des Hauses.“

KH: Von wem gefürchtet?

L: Von den Mitarbeitern. Auch von den Ordensschwestern. Ich hab das zwar nicht Selbst von denen gehört. Aber die Mitarbeiterinnen, vor dem Abend, wenn einmal im Jahr der Besuchsdienst ins Haus kam, da haben die alle gezittert, die Schwestern auch. Da wurde Generalabrechnung gemacht für das ganze Jahr, was alles nicht lief und wo es nicht gut war und, und, und...

KH: Aha, die hatten einmal im Jahr so ein offizielles Treffen und ...

K: Genau. Und sonst kamen die immer zu Besuchen. [...] Einmal im Jahr kamen die, und da war so Generalabrechnung – mit Liste, was alles schief lief. Und die zitterten hier im Haus schon Wochen vor diesem Termin.“ (Int_12_Z.102-118)

Der Heimleiter habe dann begonnen, die Zusammenarbeit von hauptberuflichen und ehrenamtlichen MitarbeiterInnen umzugestalten und moderierend zu begleiten, um bestehende Konflikte zu entschärfen.

„Kleingruppenarbeit, Fragen und Wünsche formulieren lassen, und auch nach dem Guten gefragt [werden] und dass verstärkt Entwicklungsprozesse aufgezeigt [werden], was möglich sein könnte. Die [Ehrenamtlichen] einfach ein Stück mehr einbeziehen.“ (Int_12_Z.119-122)

Die Zusammenarbeit von Freiwilligen und Hauptamtlichen wurde ausgeweitet auf regelhafte Arbeitsgruppensitzungen und gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen. Die Freiwilligen seien „als gleichberechtigte Partner“ (Int_12_Z.130) im Haus eingebunden worden. Freiwillige und Hauptamtliche hätten in einen Prozess der Organisationsweiterentwicklung gemeinsam das Leitbild der Einrichtung entwickelt, gemeinsam ein für die Einrichtung geeignetes Pflegemodell gesucht und implementiert. Zudem wurden im Haus die Tätigkeitsbereiche der Freiwilligen schrittweise erweitert. Begonnen hatte dieser Prozess zunächst mit der Gründung einer Hospizgruppe, in der Haupt- und Ehrenamtliche zusammenarbeiteten, die wieder in Kooperation mit der Kirchengemeinde ins Leben gerufen wurde.

Nachdem erste Reformen im Haus eingeleitet worden waren, musste der Ersatzneubau des Hauses bei laufendem Betrieb erstellt werden; wie der Heimleiter berichtete, schien dieses Unterfangen aus Sicht der Beteiligten eine (fast) unmögliche Aufgabe. Hier wurde die Idee geboren, in der Kirchengemeinde nach weiteren Freiwilligen zu suchen. Unter Beteiligung zahlreicher HelferInnen wurde der Umzug schließlich umgesetzt.

Die Freiwilligen wurden in drei Gruppen organisiert.

„Einmal eine Gruppe für die Bewohnerbetreuung. Einmal eine Gruppe für die Packgeschichte, also die Sachen, die für die alten Bewohner gepackt werden mussten – Kleidung, persönliche Gegenstände und so. Und die dritte Gruppe waren die richtigen Möbelpacker, die die Möbel auseinander genommen haben und wiederaufgebaut haben. Das war schon eine gute Sache so, ne.“ (Int_12_Z.41-49)

Dieses „Großprojekt“, so merkt der Heimleiter an, schaffte die Grundlage für einen breiten Zusammenhalt von Haupt- und Ehrenamtlichen.

„Und das waren dann also die GRÖSSTEN Kritiker an der ehrenamtlichen Arbeit, die sagten nach den drei Jahren: ‚Wenn wir die Ehrenamtlichen nicht gehabt

hätten, hätten wir das nicht geschafft.’ Also das war so ein Stück weit auch: Die Not hat das zusammengeführt.“ (Int_12_Z.214-218)

Heute sind 150 Ehrenamtliche im Heim in *fünf Arbeitsbereichen* tätig. Das sind:

- der ehrenamtliche Besuchsdienst, der weiter im Sinne von Patenschaften organisiert ist und der entsprechend der Zahl der BewohnerInnen 71 Ehrenamtliche umfasst,
- die Hospizgruppe, in der zehn Freiwillige arbeiten,
- die Gruppe „Betreuungsangebote“, die Lesestunden, ein Erzählcafé, Gymnastik, Gottesdienst- und Ausflugsbegleitung u.a. Angebote organisiert (ungefähr 25 Freiwillige),
- die Arbeitsgruppe „Dementia Care Mapping“⁷³, in der Hauptamtliche und Ehrenamtliche das Verfahren zur Beobachtung der Qualität der Dementenbetreuung erlernt haben und anwenden, sowie
- die Cafeteriagruppe (ca. 45 Freiwillige), die den Cafébetrieb übernimmt.

Es wurden Strukturen geschaffen, in denen Haupt- und Ehrenamtliche intensiv zusammenarbeiten und gemeinsam fortgebildet werden. Eine feste Verankerung der Freiwilligen in der Organisation entstand durch die Gründung eines *Vorstandes der Ehrenamtlichen*. Im Vorstand ist ein(e) VertreterIn aus jedem Freiwilligenbereich. Der Vorstand soll sich für die Belange der Freiwilligen im Heim einsetzen und Forum für selbst organisierte Projekte sein. Die Arbeit des Vorstands wird vom Heimleiter begleitet. Aktuell würden die Freiwilligen und die Heimleitung an der Entwicklung einer Satzung arbeiten, um mit einer Vereinsgründung die ehrenamtliche Arbeit auch rechtlich auf eigene Beine zu stellen, und somit die Arbeit zu formalisieren:

„Wenn wir ein eingetragener Verein sind. Wir können auch Vereinsbeiträge einnehmen. Wir können Spenden annehmen, wenn wir gemeinnützig sind. Wir haben noch mal eine andere Position auch, wenn Fördergelder oder so beantragt werden. Und so. Das hat sich jetzt so entwickelt, dass das so gut wie fertig ist. Der Entwurf muss noch dem Träger vorgestellt werden. Und dann wird das wohl so umgesetzt werden.“ (Int_12_Z.523-528)

⁷³ Dementia Care Mapping ist ein Verfahren, bei dem es darum geht, die Wirkung von pflegerischem und betreuenden Handeln auf das Wohlbefinden der BewohnerInnen mithilfe von Beobachtung zu analysieren.

Der Heimleiter berichtet, dass die *Begleitung der Freiwilligen* mit der wachsenden Anzahl der Ehrenamtlichen und dem anspruchsvollen Konzept ihrer Begleitung und Einbindung zu einem sehr zeitintensiven Arbeitsbereich geworden ist. Anfangs habe er selbst die Begleitung übernommen, später, als ein Sozialer Dienst im Haus eingerichtet wurde, habe er viele Aufgaben an die dortige Mitarbeiterin abgeben können. Schließlich konnten mit den Mitteln für das akquirierte Modellprojekt zur Zusammenarbeit mit Freiwilligen im Haus, 2,5 zusätzliche Vollzeitstellen eingerichtet werden. Kernstück der Modellkonzeption, die sich zum Zeitpunkt des Interviews in der Umsetzungsphase befand, ist die Entwicklung und Durchführung einer Ausbildungsreihe für Freiwillige und Hauptberufliche im Heim. Dort werde es darum gehen, eine hauptberufliche Kraft für jeden Bereich, in dem Freiwillige eingebunden sind, zur/zum „hauptamtlichen Freiwilligenbeauftragten“ auszubilden, um daraufhin die Begleitung zu übernehmen. Auf der Seite der Freiwilligen sollen die Mitglieder des Vorstands für Koordinationsaufgaben ausgebildet werden.

„Also, das, was jetzt der Vorstand ist, die wollen wir also auch ausbilden, dass sie die Koordinationsaufgaben aufseiten der Ehrenamtlichen durchführen können. Begleitung, Krisengespräch mal durchführen können, und so weiter und so fort.“
(Int_12_Z.732-735)

Zudem gibt es einen *Förderverein* des Heims, der im Zuge des Umbaus gegründet worden sei:

„Da [als der Umbau genehmigt wurde] haben wir gedacht, das ist eine gute Werbung für diesen Förderverein. Hier werden noch viele Dinge gebraucht, die nicht gezahlt werden. So das wollen wir mal versuchen.“ (Int_12_Z.563–566)

Der Förderverein hat heute ungefähr 170 Mitglieder, das sind BewohnerInnen des Stadtbezirks, viele Kirchengemeindemitglieder, Angehörige und die Freiwilligen, die die Mitgliedschaft beitragsfrei erhalten können. Im Vorstand des Vereins seien ehemalige Führungskräfte aus der örtlichen öffentlichen Verwaltung und Wirtschaft und Schlüsselfiguren der Kirchengemeinde.

Die Arbeit im Förderverein konzentriert sich ausschließlich auf die Akquirierung von Geldern für das Heim.

„Also jetzt zum Beispiel, wenn Beerdigungen sind, statt Kranzspenden oder so, das wird dem Förderverein meistens gespendet. Oder wenn Geburtstage sind, verzichtet

man auf Geschenke und stiftet die dem Förderverein. Ansonsten gehen die auch regelmäßig an die Geldinstitute und fragen nach Spenden.“ (Int_12_Z.573-577)

Der Heimleiter trägt Vorschläge für eine Förderung bestimmter Projekte im Haus an den Verein heran.

„Ich mache Vorschläge, wo wir was anschaffen könnten, müssten, sollten. Und da soll [...] Das Nachbarhaus soll irgendwann gekauft werden. Und da wollen wir mal so einen neue Wohnform versuchen – eine Dementenwohngruppe, oder so. Also die müssen immer Ziele haben. Das die so operativ rangehen können. Viele sind da, die sagen: ‚Ich zahle da ein, weil ich selbst später auch da mal ins Altenheim gehe.‘“ „ (Int_12_Z.601-606)

Bislang seien vom Förderverein beachtliche Mittel eingebracht worden; die Höhe des Finanzvolumens konnte der Heimleiter im Interview nicht nennen.

„Ja, wir haben zum Beispiel die Bestuhlung und die Einrichtung der Cafeteria darüber geregelt. Wir haben Sitzwagen angeschafft, wir haben vier Pflege, äh, Tagespflegestühle angeschafft. Ähm, ein Auto ist gekauft worden. Wir hatten vorher kein Auto. Das war immer mein Bus, mein privater Bus, war immer hier Altenheimauto auch. Was kann man noch sagen. Also, die haben schon eine beachtliche Summe zusammengetragen. Für die Tagesspflege haben wir was angeschafft. Viel so auch Musikanlagen, elektronische Waren, und, und, und... Ich wüsste es jetzt gar nicht genau in dem Moment. Aber es ist eine Menge Geld ’rübergekommen. Aber, die Anschaffungen, so haben sie es sich zum Ziel genommen, sollen hauptsächlich bewohnerzugewandt sein, also etwas, was für die Bewohner gut ist. Und nichts Festes, also nicht Bau. Das soll die Kirchengemeinde zahlen. Also wir wollten jetzt schon wieder anbauen, also für die Wohnzimmer eine größere Fläche. Da haben die gesagt: ‚Also den Bau nicht, aber die Inneneinrichtung, die werden wir wohl übernehmen.‘ Wie viel Geld die im Moment jetzt haben, weiß ich gar nicht. Es könnte wohl sein, dass die so 100.000 haben. So um die Kante.“ (Int_12_Z.582-597)

Eigene Projekte oder inhaltliche Impulse für die Arbeit im Heim werden allerdings vom Förderverein nicht eingebracht; „[...] der Förderverein ist schon so ein reines finanztechnisches Instrument“ (Int_12_Z.547-548).

Netzwerke mit externen Partnern

Die örtliche *Kirchengemeinde* ist nicht nur Träger des Heims, vielmehr ist sie, bzw. die in ihrem Umfeld engagierten Personen, zentraler Ansprechpartner des Heims bei der Öffnung in den Stadtteil. Über die Kirchengemeinde habe das Haus viele Freiwillige gewinnen können, die Chorgemeinschaften der Kirche treten regelmäßig im Haus auf, einen guten Austausch und gelegentliche gemeinsame Projekte würden mit dem *Kindergarten* der Kirchengemeinde gepflegt. Mit dem Kindergarten habe das Heim beispielsweise eine Projektwoche durchgeführt, während der Kinder und BewohnerInnen zu Vorlesestunden zusammenkamen.

Der Heimleiter berichtet, dass er versuche, Kontakte jenseits der Kirchengemeinde aufzubauen, um das Heim für weitere Milieus im Stadtbezirk zu öffnen. So habe er gleich zu Beginn seiner Arbeitsaufnahme im Haus eine Vielzahl lokaler Vereine besucht und eingeladen in das Haus. Zum anderen gelinge es mittlerweile, durch gezielte Suche, Paten im Besuchsdienst nicht mehr nur aus dem kirchengemeindlichen Kontext heraus zu besetzen; Patenschaften sollen – so das Konzept – etwas mit den „lebensweltlichen Wurzeln“ der BewohnerInnen zu tun haben: Angesprochen werden ehemalige NachbarInnen und ArbeitskollegInnen, Freunde und Freundinnen und Bekannte aus Vereinen, in denen die BewohnerInnen Mitglieder sind.

Auch *örtliche Unternehmen* werden vom Heimleiter als Partner des Heims genannt, insofern diese für das Heim spenden. Allerdings sind nach Einschätzung des Heimleiters Chancen auf eine intensivere Partnerschaft verspielt worden: Eine gute Kooperation funktioniere über ein „Geben und Nehmen“. Hätte man Aufträge im Rahmen des Ersatzneubaus des Heims lokal vergeben können, so könne man davon ausgehen, dass heute das Engagement der Unternehmen für das Heim wesentlich höher wäre. Jedoch mussten aus wettbewerbsrechtlichen Gründen europaweite Ausschreibungen und Vergaben eingehalten werden.

„Also wir kriegen schon Spenden da aus der Wirtschaft. Vieles hat uns natürlich kaputtgemacht, dass wir bei der öffentlichen Ausschreibung europaweit ausschreiben mussten. Und wir nur EINEN Handwerksbetrieb hier aus R. nehmen durften. Das ist eine blöde Sache. Also wenn man so ein Haus baut, was hinterher ja auch vom Stadtbezirk lebt, ist es besser zu sagen, wir müssen auch das Handwerk hier stärken. Also, so die Wege kurz zu halten. Da werden die Türen durch halb Europa transportiert. Das ist blöd. Und ich sag mal, wir hätten die heimische

Wirtschaft ja auch damit unterstützt und gestärkt. Den Dachdecker durften wir nehmen. Die waren wirklich der günstigste Anbieter. Aber die Firmen, die uns immer hier helfen am Ort, bei Festen oder so, mit Sondersachen ausleihen oder so, die haben wir nicht beauftragen dürfen. Das ist nicht schön. Also wenn wir das hätten machen dürfen, würden wir jetzt glaube ich noch mehr davon profitieren.“
(Int_12_Z.627-639)

Die Einbindung von Angehörigen

Eine Einbindung von Angehörigen findet nach Auskunft des Heimleiters über drei Ansätze statt:

Es werden *Angehörigenabende* veranstaltet – einmal jährlich ein Angehörigenabend für die gesamte Einrichtung in häufigerem Turnus auf den Wohnbereichen. Zudem wurde ein *Angehörigenbeirat* gegründet. Der Beirat bietet Sprechstunden für Angehörige und vertritt die Interessen und Anliegen der Angehörigen im Heim. Angelegenheiten und Perspektiven der MitarbeiterInnen des Heims können wiederum über den Beirat an die Angehörigen vermittelt werden. Der Heimleiter bezeichnet den Beirat als „Gremium, das Transparenz schafft“ (Int_12_Z.993). Der Angehörigenbeirat arbeitet regelmäßig in gemeinsamen Sitzungen mit dem Heimbeirat zusammen. Der Beirat sei in den vorangegangenen Monaten durch das Versterben von angehörigem BewohnerInnen stark geschrumpft, sodass die regulären Sitzungen nicht mehr aufrechterhalten werden konnten. Zum Zeitpunkt des Interviews war gerade die Neuwahl des Gremiums abgeschlossen.

Im *Heimbeirat* seien keine Angehörigen von derzeitigen Bewohnern, jedoch „ehemalige Angehörige“ vertreten. Die Konstruktion des Heimbeirats ist so gewählt, dass der Beirat aus einer Mischung von Heimbeiratsmitgliedern und Heimfürsprechermitgliedern gebildet wird. Als Heimfürsprecher werden zwei Personen eingesetzt, die für die zwei Wohnbereiche der Dementenbetreuung zuständig sind. Aus den anderen Wohnbereichen stellen die BewohnerInnen Heimbeiratsmitglieder. Bewusst habe sich das Heim gegen den im Gesetz ermöglichten Einbezug von Angehörigen mit einem aktuell in der Einrichtung lebenden BewohnerInnen entschieden – hier könnten Interessenskonflikte auftreten.

„Also ein Heimfürsprecher sollte kein Angehöriger eines lebenden Bewohners sein. Weil das ein Interessenskonflikt ist. Ist vom Gesetz her zwar vorgesehen, aber finde ich nicht gut. Machen wir anders hier im Haus.“ (Int_12_Z.1002-1004)

„Und das sind ehemalige Angehörige. Aber da würden wir keine ‚lebenden‘ Angehörigen nehmen. Das machen wir nicht. Das haben wir einmal gemacht und das ist ziemlich im Rollenkonflikt gelandet. Weil die sehen dann nur die Bedürfnisse ihres Bewohners und nicht die der anderen. Und das sind manchmal auch Interessenkonflikte.“ (Int_12_Z.1014-1019)

Zusammenfassung und Diskussion

Das Heim L ist nach dem Rückzug der Ordensschwwestern grundsätzlich umgestaltet worden. Mit der neuen Konzeption ist es nach Einschätzung des Heimleiters gelungen, die vormals im lokalen Umfeld unbeliebte Einrichtung in ein Heim mit sehr gutem Ruf zu wandeln. Folgt man den Darstellungen des Heimleiters, so ist dies maßgeblich gelungen, weil das Umfeld die Einrichtung mitgestalten und mitprägen konnte.

Das Engagement der BürgerInnen für das Heim werde in diesem Prozess immer breiter und vielfältiger. Während es anfangs primär ein Ehrenamt gab, das von Seiten der Kirchengemeindemitglieder im Sinne der christlichen Nächstenliebe für „benachteiligte Alte“ geleistet wurde, so findet das Engagement heute im Sinne einer Selbsthilfe „von BürgerInnen des Gemeinwesens für BürgerInnen des Gemeinwesens“ statt.

„Und wir gehen jetzt mehr und mehr an die Lebenswurzeln. Das heißt, das ist nicht mehr unbedingt die Kirchengemeinde. Das merken wir mehr und mehr. Also dass wir sagen, wir können uns nicht darauf verlassen, jetzt nur in dem kirchengemeindlichen Kontext zu suchen, sondern wir müssen auch mehr und mehr gucken bei denen, die kirchlich entfernt, distanziert sind. [...] Wir gucken uns da auch den Biographiebogen [an]. Wir haben einen sehr ausgeprägten Biographiebogen. Wir gucken dann nach, gibt es da eine besondere nachbarschaftliche Beziehung oder gibt es da eine Vereinszugehörigkeit. Oder vielleicht auch Kontakte [...] Es ist wunderbar, wie viel Kontakte es auch noch in die Arbeitswelt gibt. Wohl schon 20 Jahre gibt's – also ich glaube so drei, vier – Clubs, die sich regelmäßig treffen, weil Sie mal ArbeitskollegInnen waren. Gibt's da was, was wir so wieder Verlebendigen können? So, ne.“ (Int_12_Z.712-714)

Die Einrichtung arbeitet auf einem recht hohen konzeptionellem Niveau, was die Einbindung von Freiwilligen betrifft – gedacht sei an die verschiedenen Gremien, in denen Freiwillige eingebunden sind, die Organisationsstruktur des Freiwilligenbereichs und die Angebote zur Weiterbildung. Derlei zeit- und damit auch kostenintensive Verfahren seien nur umsetzbar gewesen durch die sehr gute Stellenausstattung des

Modellprojekts zur Förderung freiwilligen Engagements. Um die aufgebaute intensive Zusammenarbeit auch nach dem Modellprojekt fortführen zu können, werden zum einen die festen MitarbeiterInnen des Heims in der Begleitung Ehrenamtlicher ausgebildet; zum anderen ist geplant, dass die Ehrenamtlichen in einem eigenständigen Verein ihre Tätigkeiten und Interessen teils eigenständig organisieren – und nicht zuletzt auch: ihre Anliegen gegenüber der Einrichtung deutlicher vertreten können.

Auf dem Weg zum offenen Haus sei allerdings eine Schwierigkeit sichtbar geworden. Weiter greifende Ansätze der Gemeinwesenöffnung des Hauses scheitern an Auflagen der Kostenträger des Heimangebots über den Einsatz der Budgets:

„L: Wir wären bereit, weil wir gemeindegetragen sind, die gute ehrenamtliche Arbeit, die vielen gut ausgebildeten Leute auch zu öffnen. Aber wir sind ja immer auch an diese Kostenträgerstruktur gebunden, ne. Wir dürfen nichts Ambulantes tun mit dem Geld [...]. Und das regt mich auf, immer nur nach Gesetzbüchern und Kostenträgern zu denken. Ich hätte gern, dass wir so ein Zentrum sein könnten [...] So mit kleinräumigen Ansatz für den Stadtbezirk. Wo man so hinkommen kann, so ‚Pflegehotel‘ und Beratung. [...] mal einen Rollstuhl sich hier ausleihen, hier Essen bekommen, wenn die Frau im Krankenhaus liegt, oder hier Wäsche waschen [...] Und so, ne. Aber das ist alles nicht möglich. Das wäre mit den Ehrenamtlichen zusammen die Brücke zu kriegen zu den Leuten. Das geht eben nicht.

K.H: Können Sie das noch mal ganz konkret sagen, also an einem konkreten Beispiel, wo das Problem liegt.

L: Ja. Ich sage mal, wir haben zum Beispiel aus einem Verein ehrenamtliche Mitarbeiter hier im Haus. Aus dem Verein bekommt jemand einen Schlaganfall. Und das Krankenhaus sagt: ‚Die kann nicht mehr zu Hause alleine sein.‘ Wir könnten gucken, haben wir jemanden der mal einen Einkauf macht? Wir haben ja ne Arbeitsgruppe ‚Serviceleistungen‘ – die auch mal einen Einkauf macht. Haben wir jemanden, der mal nachmittags bei ihr vorbei kommt und nach ihr sieht? Und so, ne. Ja, und wenn die Betroffene auch mal ein Pflegehilfsmittel braucht, zu sagen: ‚So und so‘. [...] Dass WIR auch mal einen Besuch machen, bevor der Medizinische Dienst kommt: ‚Wie geht es mit Einstufung? Woran müssen Sie denken?‘ Oder so. Dass das einfach fließender wäre.“ (Int_12_Z.269-293)

In einem hochregulierten System zeigt es sich als ein grundlegendes Problem für Innovationen, dass sie unter Bedingungen stehen, die nicht für sie gemacht sind und die eine

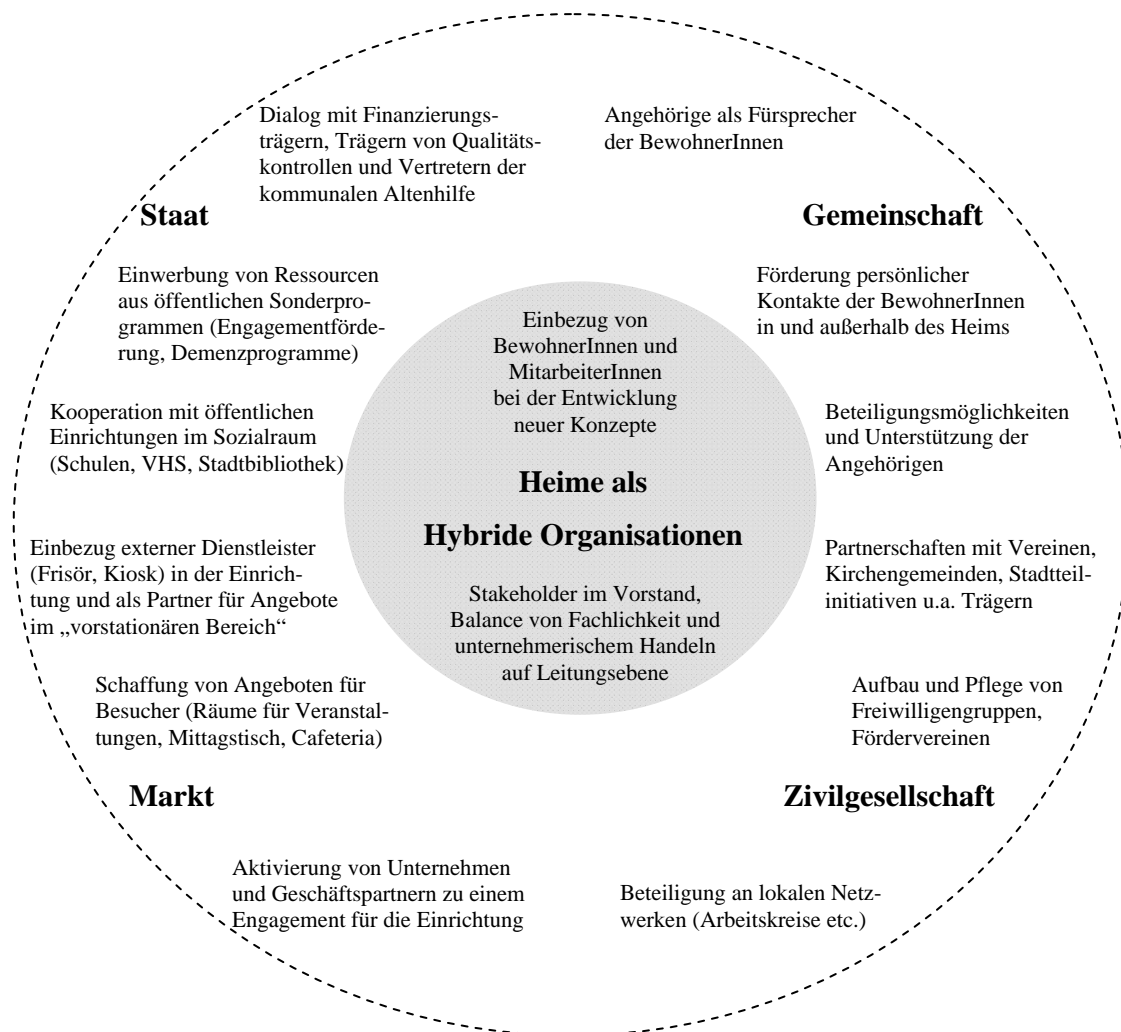
Umsetzung oft schwierig oder sogar unmöglich machen. Den Pflegeeinrichtungen wurden zwar unternehmerische Risiken überantwortet, jedoch kaum Entfaltungsmöglichkeiten für innovatives unternehmerisches Handeln mitgegeben. Damit sich neue Angebotsformen zügiger etablieren können, wäre eine teilweise Autonomie der Einrichtungen über ihre Budgets, die Spielräume lassen, sicherlich hilfreich. Soziales Handeln und unternehmerische Freiheiten könnten hier zusammen gehen.

4.3 Öffnungsansätze in der aktuellen Praxis

Ziel der empirischen Untersuchung war, den aktuellen Bestand zivilgesellschaftlicher und gemeinschaftlicher Ressourcen und Partnerschaften mit Blick auf eine Heimöffnung zu eruieren. Es interessierte, wie Engagement in die Organisation Heim eingebunden wird und welche Bezüge zu staatlichen Vorgaben und wirtschaftlichen Belangen in den Einrichtungen hergestellt werden.

Die Fallbeispiele zeigen zusammengenommen eine Vielzahl von Akteuren und Ressourcen, die im Sinne einer Heimöffnung adressiert und einbezogen werden. Eine trennscharfe Abgrenzung zwischen Staat, Marktelementen, Zivilgesellschaft und persönlichen Netzwerken der BewohnerInnen ist dabei nicht gegeben. Vielmehr gelingt es, Akteure und Ressourcen aus diesen vier Bereichen zu aktivieren und unter der Perspektive einer Öffnung der Einrichtung in den Sozialraum einzubinden (vgl. Abb. 6, nächste Seite). Im Folgenden sollen die Beiträge der verschiedenen Sphären zusammenfassend vorgestellt und Entwicklungen diskutiert werden.

In den Fallbeispielen werden eine Reihe von Partnerschaften gepflegt, die zum „*klassischen*“ zivilgesellschaftlichen Bereich gezählt werden können. Das sind beispielsweise Kontakte zu lokalen Vereinen, Gruppen und Initiativen, aber auch die Zusammenarbeit mit Freiwilligen und Fördervereinen und die Beteiligung an Netzwerken im lokalen Raum. Auffällig ist die große Bedeutung, die die Befragten den Kirchengemeinden zuschreiben. Vor allem die LeiterInnen von Einrichtungen in konfessioneller Trägerschaft nannten die Kirchengemeinden als zentrale Partner im Gemeinwesen. Dies verweist auf einen milieugeprägten Anschluss an das Gemeinwesen: die LeiterInnen gaben an, dass diese Verbindung aufgrund einer „gemeinsamen Identität“ „nahe liegend“ sei, aber auch, dass sie dazu beitragen soll, ein christliches Profil der Einrichtung zu stärken.

Abbildung 6: Vier Bereiche der Gewinnung von Partnerschaften

Quelle: Eigene Darstellung.

Der Austausch beschränkt sich meist nicht auf eine Zusammenarbeit mit Geistlichen im Rahmen von Seelsorge und Gottesdiensten. Es werden Kontakte mit Gruppierungen in den Kirchengemeinden wie Chöre, Frauengruppen, KonfirmandInnengruppen etc. gepflegt und das Kirchenmilieu ist oft Ausgangs- und Anknüpfungspunkt für eine Gewinnung von Freiwilligen und Spenden.

Die erfassten Heime suchen darüber hinaus zumeist milieuübergreifend Partnerschaften in den Gemeinwesen. Hier ist die lokale Vereinslandschaft mit ihren unterschiedlichen Bezügen wie Sport, Freizeit, Geselligkeit und Natur ein wichtiger Bezugspunkt. Kontakte werden oftmals im Rahmen von Veranstaltungen und gegenseitigen Besuchen gepflegt, Partnerschaften teils gefördert, indem die Einrichtung Vereinen und Gruppen Räumlichkeiten für Veranstaltungen oder Treffen zur Verfügung stellen. Teilweise sind weitergehende Kooperationen gewachsen, beispielsweise bietet in einem Fall ein

Sportverein ein Gymnastikangebot im Heim an, in einem anderen Fall bezieht das Heim lokale Vereine zum Zwecke der Hausgestaltung nach regionalen Themen (Imkerei, Schifffahrt etc.) ein. Vereinsmitglieder können auch häufig für eine Freiwilligentätigkeit in der Einrichtung gewonnen werden.

Folgt man den Darstellungen der Befragten, nehmen in den vergangenen Jahren Kooperationen mit Vereinen und Gruppen, die ihr Engagement speziell auf Hilfen für alte und pflegebedürftige Menschen ausgerichtet haben, eine wachsende Bedeutung ein. Beispiele sind Angebote der Sterbebegleitung, Demenzbetreuungsangebote oder Besuchshundeprogramme. Sie werden als attraktive Alternative zu eigenen Freiwilligengruppen der Einrichtung beschrieben, da der Betreuungs- und Begleitungsaufwand durch die MitarbeiterInnen reduziert werden kann.

In Netzwerken und Arbeitsgemeinschaften sind viele der erfassten Einrichtungen ebenfalls involviert. Teilweise haben sie sich mit anderen Organisationen (Einrichtungen der Altenhilfe und -pflege, Freiwilligenagenturen etc.) auf kommunaler Ebene zusammengeschlossen, um gemeinsam die Engagementförderung zu forcieren. In drei Fallbeispielen wurde in den Netzwerken ein Arbeitskontext geschaffen, in dessen Rahmen neue Ansätze der Arbeit mit Freiwilligen gemeinsam entwickelt und umgesetzt wurden; hier sind z.B. die Entwicklung eines Fortbildungsprogramms für Freiwillige in der Altenarbeit, von Leitlinien für die Hospizarbeit oder der Aufbau einer lokalen Stiftung zu nennen. Allerdings zeigt sich in weiteren, bestehenden regionalen Netzwerken, in denen die erfassten Einrichtungen eingebunden sind, wie Pflegekonferenzen, Qualitätszirkeln oder Arbeitskreisen von HeimleiterInnen, keine spezifische Sensibilität für Fragen der Heimöffnung durch Engagementförderung. Kein überzeugendes Beispiel konnte von den Befragten genannt werden. Vielmehr scheinen in den erwähnten Arbeitskreisen und Gremien Fragen des (engeren) pflegerischen und medizinischen Bereichs, beispielsweise der Umgang mit Kostenträgern, zu dominieren.

Dem Bereich der ehrenamtlichen Mitarbeit in der Betreuung von BewohnerInnen ließen die Befragten oft die größte Aufmerksamkeit zuteil werden. Die überwiegende Zahl der Einrichtungen hat hier in den vergangenen Jahren einen neuen Schwerpunkt gelegt und Konzepte für die Revitalisierung von Freiwilligengruppen entwickelt. Hierbei ist das zentrale Begründungsmuster, dass im Rahmen des gegenwärtigen staatlich und betriebswirtschaftlich bestimmten Systems eine gute Versorgung nicht (ausreichend)

sichergestellt werden kann und der Einsatz Freiwilliger diese „Schiefelage“ vor allem im Bereich der sozialen Betreuung mildern soll.

Einige Einrichtungen haben Leitprinzipien der Engagementförderung (FreiwilligenkoordinatorIn, Fortbildungsangebote usw.) zur Implementierung eines „Freiwilligenkonzepts“ in der Einrichtung genutzt, wie sie auch in der praxisbezogenen Literatur diskutiert werden – dabei wird ein „professioneller Umgang“ mit Ehrenamtlichen angestrebt. Allerdings ist eine „Professionalisierung“ der Freiwilligenbegleitung kein allgemeiner Trend in den Beispielen. Es wurde auch Kritik angebracht, dass der zu Teilen ergebnisoffene Charakter freiwilligen Engagements durch den Aufbau regelhafter Verfahrensweisen eingeengt werde. Zu der Frage einer geeigneten Einbindung Freiwilliger gibt es in der Praxis keinen Konsens. Die in den Fallbeispielen dargestellten verschiedenen Modelle und Positionen werden im Schlusskapitel noch einmal aufgegriffen und diskutiert.

Im „klassischen“ Bereich zivilgesellschaftlichen Engagements sei noch auf die Bedeutung von Fördervereinen verwiesen. Obwohl das Thema in der Literatur zur Engagementförderung in Heimen bislang wenig Beachtung erhalten hat, sind in mehreren Fallbeispielen Bemühungen um eine Revitalisierung und Ausweitung des Engagements der Fördervereine zu beobachten. Über die Fördervereine werden teilweise beachtliche Gelder für die Heime akquiriert und hohe Mitgliederzahlen erreicht. Eine vielversprechende Tendenz der jüngeren Entwicklung könnte man so beschreiben: es gibt ein Interesse, die Vereine stärker partizipationsorientiert zu gestalten und sie an inhaltlich-konzeptionellen Fragen des Hauses zu beteiligen. Dadurch gelingt es in den betreffenden Einrichtungen, die Fördervereine neben der Akquise von Geldmitteln für weitere Unterstützerdimensionen zu gewinnen.

Auf *Leitungsebene*, in den Trägervereinen bzw. -stiftungen der erfassten Einrichtungen, spielt eine Öffnung für die Beteiligung von neuen Stakeholdern in der Regel keine Rolle. Lediglich in Fallbeispiel G ist ein mitgliederstarker Trägerverein lokaler BürgerInnen und Organisationen vorhanden – ein Umstand, der sich womöglich primär aus der jüngeren Gründungsgeschichte der Einrichtung herleiten lässt. Die Leitungsebenen in den untersuchten Einrichtungen wurden vielmehr in den vergangenen Jahren so umgestaltet, dass „ein schnelles Entscheiden“ möglich ist; hierzu wurde die Beschlussfähigkeit der hauptberuflichen Geschäftsleitung gestärkt. Zwar werden vereinzelt die Vorteile der Integration unterschiedlicher Stakeholder im Trägerverein für eine breitere

Verankerung hervorgehoben, jedoch wurden deren Einflussmöglichkeiten de facto verringert.

Bei den erfolgten Neuaufstellungen der Leitungsebene zeigt sich: Die in den Einrichtungen in den vergangenen Jahren gesuchte Professionalität betrifft die Aufwertung wirtschaftlicher Kompetenzen und des Selbstverständnisses als Wirtschaftsbetrieb. Um eine sozialunternehmerische Orientierung zu stärken, ist es jedoch notwendig, unternehmerische Kompetenzen mit einer sozialen Fachlichkeit auf Leitungsebene zu verbinden – die Leitungsebene in den Einrichtungen ist eine zentrale Ebene des Hybridmodells. Zwar haben viele der befragten LeiterInnen ein Engagement für die Entfaltung neuer fachlicher Ansätze entwickelt. Allerdings wurde in den Interviews deutlich, dass das Wirtschaftskonzept, welches den Heimen durch die Kostenträger vorgegeben wird, wenig Raum für eigene Akzente der Einrichtung bei der Gestaltung einer sozialen und fachlichen Ausrichtung der Angebote lässt. Die Realität zeigt, dass die LeiterInnen stattdessen unter den gegebenen Rahmenbedingungen zu ManagerInnen einer unter fachlichen Gesichtspunkten als verfehlt zu bezeichnenden „Planwirtschaft“ gemacht werden. Das bestehende Engagement könnte in den erfassten Fällen gestärkt werden, wenn man den Einrichtungen mehr Autonomie gewährt und ihnen zutraut, beispielsweise im Rahmen frei verfügbarer Budgets, sozialunternehmerisch zu handeln.

Aus der Analyse geht deutlich hervor, dass der Einbezug von *Angehörigen* ein Thema ist, dem alle Einrichtungen eine gestiegene Aufmerksamkeit zuteil kommen lassen, da Angehörige im Zuge der gestiegenen Betreuungsbedarfe der BewohnerInnen ein wichtiger Ansprechpartner geworden sind. Der Umgang mit Angehörigen in Heimen ist dadurch geprägt, dass sie einerseits stellvertretend für die angehörigen BewohnerInnen sprechen, andererseits ihre Anregungen und Wünsche nicht mit den Wünschen der BewohnerInnen gleichgesetzt werden können. Sie übernehmen einerseits Betreuungsaufgaben für ihre Familienmitglieder im Heim und sind hier andererseits Betroffene, die den Umgang mit Alter, Krankheit, Demenz und Tod des Angehörigen umgehen lernen müssen. Was in dieser Gemengelage nicht überrascht, ist, dass der Umgang mit Angehörigen sowohl in der Fachliteratur als auch von den Befragten dieser Studie als konfliktbehaftet diskutiert wird.

Die wohl essentielle Formel für den Umgang mit Angehörigen, die sich aus den Interviews ableiten lässt, lautet: Dialoge suchen und gestalten – und erst mal nicht mehr! Ein Interviewpartner sprach von der „gemeinsamen Sprache“, die entwickelt werden müsse

– für ein gegenseitiges Verständnis der Motive und Handlungsmöglichkeiten. Es geht darum, zu informieren und Hilfestellungen für Angehörige anzubieten. Ideen und Perspektiven einer Einbindung in die Versorgung der angehörigen BewohnerInnen oder in andere Belange des Heimes können nur daran anknüpfend realisiert werden. Ansätze des „Outsourcings“ von Betreuungsleistungen in die Verantwortung von Angehörigen, die auch in regelhaften Verträgen festgelegt werden, gibt es allerdings in den Fallbeispielen nicht. Die Einbindung von Angehörigen erfolgt im persönlichen Gespräch, aber auch durch Angebote des Heims, in denen speziell die Anliegen von Angehörigen thematisiert werden können, sowie in Gesprächskreisen oder Angehörigenbeiräten, die von MitarbeiterInnen der Leitungsebene oftmals intensiv begleitet werden.

Nur ein Teil der InterviewpartnerInnen schätzte die Angehörigenarbeit im eigenen Haus als zufriedenstellend ein. Solchen Heimen kommt scheinbar zugute, dass sie vielgestaltige Kommunikations- und Partizipationsmöglichkeiten eingerichtet haben, die Angehörige in ihrer Rollenvielfalt und ihren Interessen ansprechen. Andere beklagten dagegen, dass es ihnen nicht gelungen sei, Angehörigenabende oder -gesprächskreise jenseits schlecht besuchter Zusammenkünfte zu etablieren. Eine Tendenz, die sich in den Interviews recht klar abzeichnete, ist eine Skepsis gegenüber dem Einbezug von Angehörigen im Heimbeirat. Zentrale Argumente sind hier, dass Interessenkonflikte entstehen können und die Interessen von Angehörigen mit den Interessen der BewohnerInnen nicht gleichzusetzen sind. Insgesamt sind in den erfassten Einrichtungen Konzepte im Umgang mit Angehörigen weniger entwickelt als Konzepte der Förderung und Begleitung von Freiwilligen. Diese wären jedoch wünschenswert und vor dem Hintergrund beschriebener Konflikte auch notwendig, denn es ist sicherlich eine Herausforderung an professionelles Handeln, geeignete Umgangsformen und Beteiligungsmöglichkeiten zu entwickeln.

Im Hybriditätskonzept können als Bezugspunkte zur Sphäre des *Staates* der Umgang mit öffentlichen Kostenträgern und öffentlichen Trägern von Qualitätskontrollen, eine Kooperation mit der in ihrem Aufgabenbereich weiter gefasste kommunalen Altenhilfe und mit öffentlichen lokalen Einrichtungen, sowie Möglichkeiten der Einwerbung von Ressourcen aus öffentlichen Sonderprogrammen gezählt werden. Von Interesse für diese Arbeit ist es nicht, die hier gewonnen Ressourcen in den Einrichtungen vollständig abzubilden, sondern mögliche Zusammenhänge mit einer Öffnung der

Einrichtungen in den Sozialraum zu betrachten. Hier zeigen sich nur schwache synergetische Verbindungen.

Betrachtet man zunächst die regulären Ressourcen, die den Einrichtungen zur Verfügung stehen, so zeigt sich: Angebote der Förderung und Begleitung Freiwilliger werden in den Einrichtungen durch eine Umgestaltung und Weiterentwicklung von Verantwortlichkeiten und Aufgabenbereichen hauptberuflicher MitarbeiterInnen umgesetzt. In der Regel werden MitarbeiterInnen des Sozialen Diensts beauftragt, die Begleitung von Freiwilligen zu übernehmen. Eine Mitarbeiterin des Sozialen Diensts beschrieb im Interview, dass sich ihr Aufgabenprofil grundlegend verändert hat: Es umfasst mehr ein Management und koordinierende Tätigkeiten, weniger die direkte Arbeit mit den BewohnerInnen, die nun von Freiwilligen übernommen wird. In anderen Einrichtungen, die eine geringere Anzahl Freiwilliger integrieren, gaben die GesprächspartnerInnen jedoch an, dass es keine weiteren Spielräume für den Ausbau dieses Bereichs gebe, da die als erforderlich angesehene Begleitung durch hauptberufliche MitarbeiterInnen dann nicht mehr auf dem bisherigen Niveau geleistet werden könne. Die unterschiedlichen Einschätzungen machen deutlich, dass es hier nicht nur um Fragen der Refinanzierungsmöglichkeiten geht, sondern auch um Möglichkeiten der Organisationsentwicklung. Aufgrund der Komplexität (Organisationszuschnitte, Aufgabenbereiche) ist es mit einem Blick „von Außen“ schwierig einzuschätzen, welche Möglichkeiten regulär verfügbare Ressourcen eröffnen. Es ist hier anzumerken, dass die vom Gesetzgeber vorgesehene Möglichkeit, eine Refinanzierung von Kosten der Zusammenarbeit mit Freiwilligen in den Vergütungsverhandlungen geltend zu machen, zum Zeitpunkt der Interviews noch nicht gegeben war. Diese könnte durchaus als Anreiz für diejenigen Verantwortlichen in den Heimen wirken, die einem Auf- und Ausbau aufgrund fehlender Ressourcen im Interview ablehnend gegenüber standen. Hier ist zudem interessant, dass auch vor der gesetzlichen Einführung dieser Option in den Fallbeispielen bereits Möglichkeiten gefunden worden waren, Budgets für freiwilliges Engagement zur Verfügung zu stellen: Drei Einrichtungen haben Modelle bezahlter Freiwilligenarbeit organisiert. Die Aufwendungen dafür werden in Absprache mit den Kostenträgern über die regulären Vergütungssätze refinanziert (Heim A, C, F). Wie auch immer man einer „Bezahlung“ Freiwilliger gegenüber steht, es ist zunächst festzustellen, dass im Rahmen individueller Verhandlungsgeschicke erweiterte Handlungsspielräume für den Einsatz von Budgets gefunden werden können.

Ferner hat ein Teil der Einrichtungen zusätzliche Ressourcen über öffentliche Sonderprogramme gewonnen. Gerade im Bereich der Dementenbetreuung werden die gewonnenen zusätzlichen Ressourcen mit Beiträgen zivilgesellschaftlicher Akteure (Freiwillige, Sachspenden für Wohnküchengestaltungen) verzahnt und erweitert. Lediglich Heim L kann auf Basis eines Modellprogramms den Bereich der Freiwilligenkoordination weiterentwickeln. Schließlich berichteten die Befragten in Teilen von einer ideellen Anerkennung ihrer Bemühungen um den Einbezug Freiwilliger und zusätzlicher Ressourcen durch Heimaufsicht oder Vertreter der Kommune: Man habe sich durch das Engagement einen „guten Ruf“ erarbeitet und könne daher auf einen guten Austausch zählen.

Zusätzliche Gelder von kommunaler Seite können in einem Fall für den Betrieb einer Altenbegegnungsstätte am Heim einbezogen werden, teils können in anderen Heimen kommunale Zuschüsse für öffentliche Kultur- und Freizeitveranstaltungen des Hauses akquiriert werden. In einem Heim bietet das örtliche Sozialamt eine Seniorenberatung an. Schließlich spielen die Kommunen auf Trägerebene eine Rolle: Im engeren Sinne betrifft das Fallbeispiel K als eine kommunale Tochtergesellschaft und Heim H, dessen Trägerstiftung im Landratsamt verwaltet wird. Doch auch die Trägervereine der Fallbeispiele F und G haben kommunale Vertreter eingebunden; sie geben Hinweise auf den Fortbestand klassischer Verflechtungen zwischen den Kommunen und den Wohlfahrtsverbänden.

In Kooperation mit öffentlichen Einrichtungen wie Volkshochschulen, Wohnbaugesellschaften und (allgemeinbildenden wie beruflichen) Schulen werden neue gemeinsame Angebote entwickelt. Gerade Partnerschaften mit Schulen – und an dieser Stelle seien auch die Kindergärten genannt – wurden von den Befragten hervorgehoben, da man sich hierüber für einen Generationendialog öffne. Es zeugt vom Interesse der Schulen und Kindergärten an Alter und Pflege, dass die Projekte meist mit einer recht umfassenden pädagogischen Begleitung umgesetzt werden.

Partner aus der Sphäre des *Marktes* werden in zweierlei Hinsicht im Rahmen von Öffnungsprozessen adressiert: mithilfe von *Geschäftspartnerschaften* wird eine Erweiterung von Angeboten entwickelt und neue Kunden sollen für die Einrichtung gewonnen werden; Unternehmen können zudem im Rahmen der Suche nach *Zivilpartnerschaften* für ein Engagement gewonnen werden.

Im Interesse einer Eruiierung und Ausweitung neuer Marktbereiche werden beispielsweise *Geschäftspartnerschaften* mit Wohnbaugesellschaften aufgebaut um gemeinsam unterschiedliche Modelle des „Betreuten Wohnens“ anzubieten oder auch Service-Karten für Senioren erprobt, deren BesitzerInnen bestimmte Angebote der Einrichtung und/oder von Kooperationspartnern zu günstigen Konditionen nutzen können. Über die Schaffung von Dienstleistungsketten, die abgestufte Hilfeleistungen für Senioren im Privathaushalt bis hin zu vollstationären Angeboten umfassen, sollen neue Kunden gewonnen und die Zielgruppe der Senioren an die Einrichtungen gebunden werden. Es werden erweiterte Absatzmärkte gesucht, die der Stabilisierung oder sogar Ausweitung der Dienstleistungsangebote der Einrichtungen dienen. Dazu zählen neben ambulanten Pflegeleistungen der Betrieb eines mobilen und eines stationären Mittagstischs, aber auch die Essensbelieferung anderer sozialer Einrichtungen. Verbunden werden damit nicht allein wirtschaftliche Hoffnungen, vielmehr werden die neuen Angebote auch als soziale Investitionen gesehen: der Anspruch, eine neue Qualität im Sinne einer Sozialraumorientierung umzusetzen rechtfertigt auch wirtschaftliche Risiken. Insofern sind diese Einrichtungen ansprechbar für weiter gehende Ambulantisierungsstrategien.

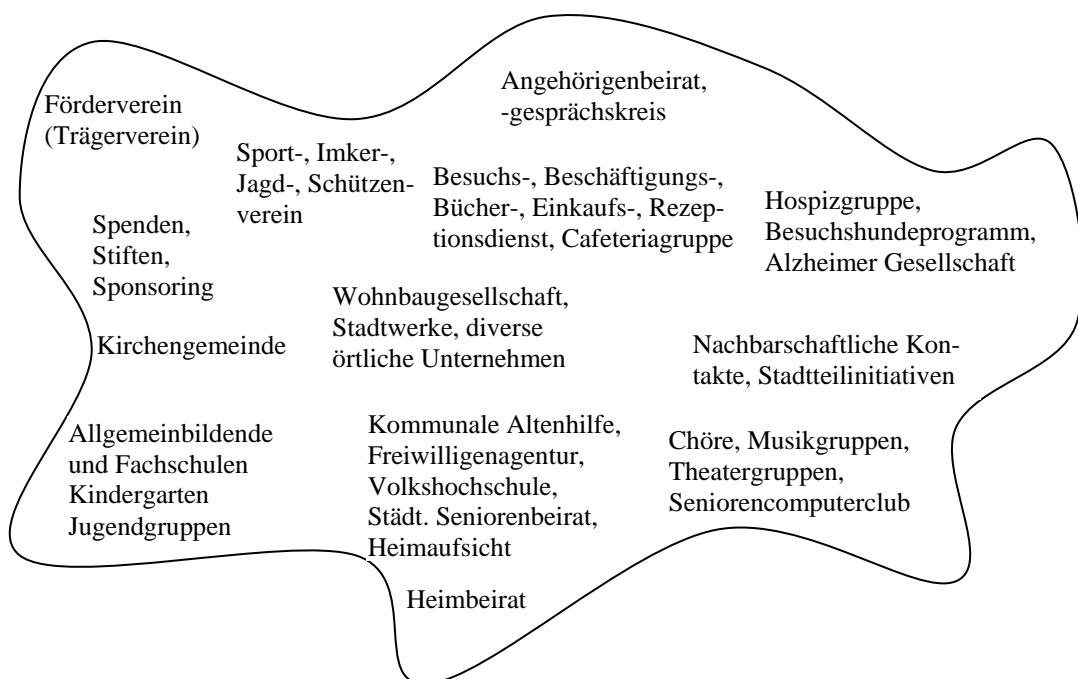
Der Charakter des stationären Bereichs bleibt hiervon oftmals nicht unberührt. Durch die Öffnung von Gruppenangeboten im Heimbereich wie Seniorengymnastik, Gedächtnistraining etc. für Senioren außerhalb des Heim werden Begegnungsmöglichkeiten zwischen „drinnen“ und „draußen“ geschaffen, die Angebotspalette für HeimbewohnerInnen kann dabei stabilisiert oder sogar erweitert werden. Teilweise wird versucht, eine Erweiterung von Angeboten im Heim durch Geschäftspartner zu realisieren. Hier zeigen sich allerdings nur wenig überzeugende Beispiele. Gelegentliche Angebote wie Modenschauen oder Besuche von Optikern wurden genannt. Ein Teil der erfassten (größeren) Einrichtungen mit Zentrumscharakter vermietet Geschäftsräume an Frisöre, Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen (z.B. Physiotherapie) oder an Kioskbetreiber. Jedoch können diese Angebote nur in Fallbeispiel E, wo im Vorfeld sehr intensiv eine Erweiterung der Geschäftsfelder geschaffen worden ist und ein breiter „Klientenstamm“ besteht, rentabel gestaltet werden.

Kaum Beachtung gefunden hat in der Literatur bislang die recht große Verbreitung eines *Engagements von lokalen Unternehmen* in Heimen. In den Fallbeispielen sind die Unternehmen als Spender für größere Anschaffungen, als Sponsoren im Rahmen eines Festes und als Mitglieder oder sogar im Vorstand des Fördervereins vertreten. Vor allem in Fallbeispiel H ist der Einbezug lokaler Firmen sehr kreativ gestaltet: branchen-

spezifisch werden Sach- und Zeitspenden für diverse Bauprojekte zur Gestaltung der Gartenanlage akquiriert. Mit Blick auf Möglichkeiten der Gewinnung von Unternehmen als Sozialpartner wurde von den LeiterInnen mehrfach die Bedeutung von Geschäftsbeziehungen angesprochen, aus denen ein weiterführendes soziales Engagement hervorgehe. Ob ein „Mehrwert“ aus zunächst rein geschäftlichen Kontakten entstehen kann, ist auch eine Frage der Autonomie bei der Wahl von Geschäftspartnern. Sowohl das Ausschreibungsrecht als auch Trägervorgaben zu Vertragspartnern wurden in diesem Zusammenhang seitens einiger LeiterInnen deutlich kritisiert: im Lichte der gegenseitigen Aktivierung und Unterstützung lokaler Akteure sind diese Regelungen als kontraproduktiv anzusehen.

In Abbildung 7 sind (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) verschiedene Partner und Engagementformen dargestellt, die in den Interviews genannt wurden. Es zeigt sich eine Vielfalt der Ausgestaltungsmöglichkeiten von Öffnung und Engagement in den zwölf Fallbeispielen.

Abbildung 7: Partner und Engagementformen



Quelle: Eigene Darstellung.

Im Kern betreffen aktuelle Öffnungskonzepte von Heimen die Frage, wie das dargestellte Engagement den stationären Bereich als Lebens- und Arbeitsort berührt und wie es dort integriert werden kann und soll. Die BewohnerInnen und die MitarbeiterInnen in den Heimen sind zentrale Adressaten wie Akteure – letztlich sind sie entscheidend, wenn es um den Gehalt von Öffnungskonzepten geht.

Mit Blick auf die *BewohnerInnen* haben die Interviewten eine Reihe von positiven Effekten angesprochen: Die Einbindung von lokalen Partnern und die Gewinnung zusätzlicher Ressourcen zielen darauf ab, mehr „Menschlichkeit“ im Umgang mit den BewohnerInnen und mehr Lebensqualität im Heimalltag zu ermöglichen. Es gehe darum, die Betreuung „in eine andere Richtung“ zu entwickeln – und das heißt zuvorderst: nicht nur auf Pflegequalität zu begrenzen. Vieles, von dem in den Fallbeispielen berichtet wurde, handelt zudem von einem Anstieg des Besucherverkehrs im Haus. Dies bringt Bewegung ins Haus, die auch eine Schwierigkeit beinhaltet: eingespielte Routinen werden gestört. Der Besucherverkehr in einem – im Wortsinn – offenen Haus ist nur eingeschränkt kontrollierbar. Nach Auskunft der Befragten haben die BewohnerInnen, sofern sie zu den eingeleiteten Veränderungen Stellung bezogen haben, primär Bedenken geäußert, ob die Sicherheit im Haus gewährleistet werden kann und sehen sich teils durch Lärmbelästigungen gestört. In Absprache mit dem Heimbeirat wurden teils geeignete Maßnahmen zur Entschärfung von Konflikten abgestimmt (z.B. Verbesserungen der Sicherheitsstandards). Aber auch die Akzeptanz des (nicht immer voll kontrollierbaren) Öffnungskonzepts wird durch die Beteiligung des Heimbeirats nach Auskunft der LeiterInnen verbessert. Sicherlich ist es eine Herausforderung, den Einbezug von hochgradig beeinträchtigten BewohnerInnen bei der Entwicklung von Konzepten der Heimöffnung zu organisieren. In den erfassten Fällen wird versucht, eine Beteiligung der BewohnerInnen bei konkreten, alltagsbezogenen Fragen der Ausgestaltung umzusetzen.

Folgt man den Darstellungen der Befragten, so sind die Öffnungskonzepte auf Initiative der Leitungsebene beschlossen worden. Damit sich die neuen Konzepte entfalten können, ist es erforderlich, dass die hauptberuflich tätigen MitarbeiterInnen in der Breite die Umsetzung mittragen. Es gibt in den Interviews einige Hinweise darauf, dass die Akzeptanz der *MitarbeiterInnen* als Ergebnis eines längeren Prozesses zu sehen ist. Eingespielte Handlungsrountinen und Arbeitsabläufe werden oftmals nicht gerne aufgegeben und der erforderliche zeitliche Mehraufwand für eine Umorganisation des Heimalltags kann auf erhebliche Widerstände stoßen. Eine Akzeptanz kann nur

begrenzt per Verordnung der Leitungsebene hergestellt werden – gesucht wurden hier MitarbeiterInnengesprächen, aber auch eine entsprechende Personalbesetzungspolitik. Damit sich eine „andere Kultur“ im Heim entwickeln kann, scheint es notwendig, die MitarbeiterInnen bei der Konzeptentwicklung und -implementierung einzubinden. Es ist ein gemeinsames Lernen, Ausprobieren und Hineinwachsen erforderlich. Mit Blick auf die Verbesserung der Akzeptanz der MitarbeiterInnen kann ein zweiter wichtiger Aspekt hinzukommen: Eine Öffnung wurde in manchen Einrichtungen bewusst mit dem Ziel verbunden, das Arbeitsklima und die Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen zu verbessern.

Die MitarbeiterInnen werden noch in einer anderen Hinsicht von Ideen der Öffnung tangiert. Während heute im allgemeinen Diskurs Qualität fast automatisch mit professionellen Standards und Qualitätskontrollen in Verbindung gebracht wird, deutet sich in den Fallbeispielen etwas anderes an: Qualität wird hier in der wechselseitigen Aufmerksamkeit und Kontrolle der verschiedenen Akteure im Heimalltag bestimmt. Anders formuliert: Qualitätsentwicklung ist in Prozesse der alltäglichen Kritik und Selbstkritik eingebettet; sie ist nicht nur eine Aufgabe für professionelle MitarbeiterInnen, sondern der „normale Blick“ von außen schafft einen wichtigen Zugang zu anderen Perspektiven. Dies erfordert einen professionellen Umgang mit den neuen Impulsen und Sichtweisen.

5. Befunde und Perspektiven

Mit Blick auf notwendige Qualitätsverbesserungen der Versorgung alter hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Heimen wird heute im professionellen Diskurs eine *Öffnung von Heimen in den Sozialraum* gefordert. Theoretischen Konzepten zufolge bedeutet das: Durch eine Öffnung von Heimen für das Engagement zivilgesellschaftlicher und gemeinschaftlicher Akteure wird der Referenzrahmen professionellen Handelns in Heimen erweitert; dies bedingt eine *Hybridisierung* bestehender Organisationsstrukturen. Angesprochen wird hier eine Organisationsprägung durch Außenbeziehungen – eine gleichzeitige Vernetzung mit Akteuren, die verschiedenen Sphären der Wohlfahrtsproduktion zugeordnet werden können und die nach verschiedenen „Logiken“ ihre Beiträge einbringen. Im theoretischen Verständnis dieser Arbeit wurden Organisationen untersucht, die gleichzeitig mit verschiedenen Ressourcen, Zielen und Steuerungsmechanismen agieren, welche den Sphären des Staates, des Marktes, der Zivilgesellschaft oder der Gemeinschaft zugeordnet werden können (Evers 2005a). Im praktischen Verständnis wurden Entwicklungsperspektiven für eine Öffnung von Heimen in den Sozialraum ausgelotet.

Ausgangspunkt waren drei Fragen:

- Inwiefern und in welchen Konstellationen sind Wohlfahrtsmixturen bzw. hybride Organisationen in der Entwicklung der Heimversorgung alter Menschen in Deutschland vorzufinden?
- Wie funktionsfähig sind die vorhandenen Konstellationen?
- Welche Synergien und Konflikte entwickeln sich beim Aufeinandertreffen von marktorientierten, staatlichen, zivilgesellschaftlichen und gemeinschaftsorientierten Rationalitäten in Heimen?

Die Arbeit betrachtete zwei Dimensionen von Öffnung und Engagement. Die erste Dimension betrifft die Qualitätsleitbilder der Heimversorgung. Die zweite Dimension beinhaltet die Verantwortungsteilung und Ressourcenökonomie.

5.1 Öffnung und Engagement in theoretischer und in historischer Perspektive

Auf Basis einer Literaturanalyse wurde zunächst der aktuelle Stand des analytisch-theoretischen Diskurses zu Wohlfahrtsmixturen und hybriden Governance- und Organisationsstrukturen in sozialen Diensten aufgezeigt (Kap. 2). Die vorgestellten *theoretischen Konzepte* gaben Hinweise auf eine mögliche synergetische Verbindung von staatlicher Regulierung, Wettbewerbsorientierung und zivilgesellschaftlicher Einbettung bei der Bereitstellung von sozialen Diensten. Wenn hier die Rede von „Öffnung“ von Institutionen ist, dann ist eine Öffnung professioneller Hilfesysteme für Beiträge von engagierten BürgerInnen und von Familienangehörigen gemeint.

Werden im Rahmen der Heimversorgung solche gemischten Arrangements implementiert, so können sich Heime zu „Hybriden Organisation“ entwickeln (Evers 2005a; Evers/Rauch/Stitz 2002). Diese integrieren Beiträge von Kommunen, Sozialversicherungen und anderen öffentlichen Stellen, marktbezogene und unternehmerische Elemente sowie Engagement über lokale Partnerschaften und Netzwerke. Für die Heimorganisationen verspricht die Integration zivilgesellschaftlicher und gemeinschaftlicher Ressourcen sowohl wirtschaftliche als auch soziale Vorteile: sie können ihre ökonomische Basis *und* ihre Versorgungsqualität durch eine Einbettung im lokalen Sozialraum verbessern. Heime können durch eine Öffnung für Engagement neue Handlungsspielräume hinzugewinnen.

Die analytischen Konzepte bieten eine geeignete Grundlage, um die Funktionsweise von Wohlfahrtsmixturen in der Heimversorgung und damit verbundene Potenziale wie Schwierigkeiten zu analysieren. Jedoch berücksichtigen sie nicht, dass Mixturen oder gar hybride Strukturen kulturell geprägt und etwas mit der Geschichte eines Dienstleistungsfelds zu tun haben. Um zu betrachten welche Konstellationen sich für die Heimversorgung zeigen, wurde die Bedeutung von Wohlfahrtsmixturen und Leitbildern der Heimversorgung in ihrer historischen Ausformung erarbeitet (Kap. 3) und eine Analyse aktueller Entwicklungstendenzen anhand einer eigenen empirischen Untersuchung vorgenommen (Kap. 4).

In der *historischen Analyse* konnte gezeigt werden, dass der Einbezug von Engagement bei der Bereitstellung von Heimversorgungsangeboten für das Alter kein Phänomen jüngeren Datums ist. Verschiedene Muster einer geteilten Verantwortungs- und Aufgabenteilung, die sich im historischen Verlauf entwickelt und stabilisiert haben, wurden herausgearbeitet. Es wurde deutlich, dass zumeist armen- bzw. sozialpolitische Verantwortungszuschreibungen hybride Strukturen in der Heimversorgung unter Einbezug zivilgesellschaftlicher Akteure und Ressourcen beförderten. Die BürgerInnen sollten durch die Einräumung von Möglichkeiten der Mitgestaltung und Mitträgerschaft öffentlicher Belange auf lokaler Ebene gesellschaftlich integriert werden. Es ging bei den Beiträgen der BürgerInnen aber nicht um die Integration der BewohnerInnen von Heimen.

Lebenssituationen in Heimen wurden historisch nachhaltig dadurch geprägt, dass Heime *Einrichtungen der Armenversorgung* waren. Es war von den Leitbildern des Umgangs mit den Armen in der Gesellschaft abhängig, welche Lebensmöglichkeiten die BewohnerInnen dort hatten. Diese bewegten sich zwischen religiöser Integration und repressiver Ausgrenzung.

Lange Zeit in der Geschichte zeigten die Verantwortlichen der Heimversorgung keine Sensibilität für die Bedürfnisse der Gruppe der Alten; das änderte sich allmählich gegen Ende des 19. Jahrhunderts. Geprägt war der Aufbau einer eigenständigen Heimversorgung für alte Menschen dadurch, dass eine rationelle Platzierung des Alters aufgrund der „Versorgungslast“, die es vermeintlich darstellte, geboten schien. Die besondere Wohn- und Lebensform Heim bot hier ideale Bedingungen: Im Rahmen einer Institution, die rational geplant und verwaltet werden konnte, sollten alle Bedürfnisse der alten Menschen getroffen werden. Obwohl es zu ersten Verbesserungen der Versorgungsqualität in den Heimen kam, die insbesondere im Zuge der Adressierung des Angebots auch an (verarmte) bürgerliche Schichten angegangen wurden, war das Kennzeichen der Heime die Bereithaltung minimaler Ressourcen und eine „Aufbewahrung“ der Alten. Dies wurde mit der Vorstellung gerechtfertigt, dass alte Menschen geringere Bedürfnisse als junge Menschen oder Erwachsene haben.

Im Kontext des Auf- und Ausbaus des Sozialstaats nahm die öffentliche Finanzierung der Heime in der Bundesrepublik eine zentrale Rolle ein. Wichtige Träger des Angebots waren die Wohlfahrtsverbände. Da die Altenhilfe und -pflege kein eigenes Leistungsrecht begründete und primär in Verantwortung der finanziell schlecht ausgestatteten

kommunalen Daseinsvorsorge stand, blieben die Mittel begrenzt. Im Rahmen des spezifischen Organisationsprinzips der Wohlfahrtsverbände sowie der lokalen Verantwortung für die Heime in den Kommunen wurden die Angebote zwar durch den Einbezug von ehrenamtlicher Mitarbeit sowie Spenden- und Stiftungstätigkeiten der BürgerInnen ergänzt und erweitert. Doch trat in dieser Konstellation *Engagement als eine „Nothilfe“* in Erscheinung, die mit einem anzustrebenden Ausbau der staatlichen finanziellen Absicherung der Einrichtungen entbehrlich werden sollte. Engagement wurde als nicht mehr zeitgemäß gesehen; ihm haftete der Makel von Dilettantismus und Rückständigkeit an.

Eine Verbesserung der Qualität der Heimversorgung war vor allem daher geboten, weil es als nicht mehr hinnehmbar galt, dass sich alte Menschen in Heimen mit minimalen Versorgungsangeboten zufrieden geben mussten. Ein „gutes Heim“ sollte sich durch eine professionelle Erbringung von Leistungen auszeichnen, die durch eine bessere staatliche Absicherung ausgebaut werden sollte. Die Rechte der HeimbewohnerInnen wurden gestärkt. Im Zuge einer *„Emanzipation des Alters“* in der Gesellschaft galten „besondere Lebenskonzepte“ wie sie die Heime bis dato vorgaben als nicht mehr geeignet. Das erste Versorgungskonzept, das so etwas wie eine Normalität von draußen in das Heimleben einzubringen suchte, war die Orientierung am Leitbild des Hotelwohnens: Der alte Mensch sollte die Standards einer guten Ausstattung und einer garantierten Privatsphäre erhalten und zur Unterstützung seiner Selbstständigkeit flexibel entsprechende professionelle Dienste abrufen können.

Seit den 1980er-Jahren gewinnt im *professionellen Diskurs* eine andere Leitorientierung an Beachtung: Die gesuchte Normalisierung des Heimwohnens soll sich daran orientieren, dass Hilfe- und Pflegebedürftige in den lokalen Sozialraum hineingeholt und integriert werden. Es kommt zu einer „Wieder-Entdeckung“ von Engagement, die mit einer neuen Perspektive verbunden ist: Zivilgesellschaftliche Akteure dienen nicht nur der Gewinnung neuer Ressourcen, sondern sie sind zentrale Akteure, wenn es um eine Verbesserung der Lebensqualität und eine Öffnung der Heime für andere Lebensweisen geht. Kontakte zwischen dem Heim und dem Gemeinwesen sollen gefördert und aufgebaut werden. Es werden vielfältige Engagementformen als gewinnbringend gesehen: Die BürgerInnen im Gemeinwesen sollen sich die Heime „zu eigen“ machen. Während bis dato in der Geschichte der Heime Familienangehörige primär auf ihre Rolle als Ko-Finanzierer der Heimplätze reduziert wurden, Familienbeziehungen von

HeimbewohnerInnen aber konturlos blieben, werden Angehörige nun als potentielle Mitgestalter angesprochen.

Parallel beginnt in der *Sozialpolitik* eine Debatte über notwendige Kosteneinsparungen. Angesichts der begrenzten Chancen auf eine umfassende staatliche Absicherung des Pflagerisikos entwickelt sich eine neue Aufmerksamkeit dafür, dass ein Engagement von BürgerInnen und Angehörigen einen wichtigen ökonomischen Beitrag für die Bereitstellung sozialer Dienste darstellen könnte. Statt sich mit einer „minimalen“ staatlichen Finanzierung zufrieden zu geben, soll erneut eine geteilte Verantwortung für die Versorgung gefördert werden.

Betrachtet man die aktuellen von der Regierung definierten Steuerungsformen in der Pflegeversicherung, so weisen diese nur wenig Sensibilität für eine Verantwortungs- und Aufgabenteilung in der Praxis der Heime auf. Die Verantwortungsteilung beschränkt sich auf die Finanzierungsseite und wird vor allem zwischen einer staatlichen Grundabsicherung und einer marktwirtschaftlichen Orientierung gesucht. Qualitätsfragen finden zwar zunehmend an Beachtung, aber Chancen auf eine Verbesserung der Qualität durch die Öffnung für Engagement werden weitgehend ausgeblendet. Im gegenwärtigen System dominiert ein managerialistischer Steuerungsansatz. Qualität soll durch eine intensive staatliche Regulation und Überwachung des Leistungsgeschehens gesichert werden, die aber zugleich mit einer restriktiven Preisbildungspolitik gekoppelt ist. Trotz der Reglementierungen zeigen sich große Qualitätsdefizite und -unterschiede in den Heimen.

In der Praxis hingegen setzt sich ein Kulturwandel fort. Wege der Öffnung dieses Systems durch den Einbezug von Engagement werden in Projekten und Programmen vor allem im häuslichen Bereich und in neuen Wohnformen wie Wohnpflegegruppen gegangen. Die Konzepte setzen auf eine geteilte Verantwortung für die Pflege und Betreuung, eine Unterstützung in Form von Assistenz im Alltag und die Integration der Hilfebedürftigen in den Sozialraum. Neue Qualitätsleitbilder in diesem Sinne werden auch für die Heime diskutiert, jedoch ist in der Literatur wenig darüber bekannt, wie sie sich in der Praxis der Heime entfalten.

Zusammenfassend hat die historische Analyse ergeben: In der Geschichte der Heimversorgung erfolgte der Einbezug von Engagement zumeist auf Basis ressourcenökonomischer (und machtbezogener) Überlegungen, aber lange Zeit waren keine spezifischen Qualitätsleitbilder damit verbunden. Die Einbindung von Engagement ist eine

Forderung, die nicht an ein bestimmtes Leitbild von Heim gebunden ist. Die historische Analyse hat gezeigt, dass die Dimension der Verantwortungsteilung und Ressourcenökonomie und die Dimension der Versorgungsqualitäten, die in den theoretischen Konzepten implizit synergetisch ineinander greifend gedacht werden, zwei verschiedene Aspekte sind. Das Interesse der vorliegenden Arbeit lag an den Schnittpunkten, in jenen Bereichen, wo man Engagement für ein Öffnungskonzept von Heimen einsetzen kann. Erst als sich die Konturen eines *doppelten Paradigmenwechsels* abzeichnen – ein sozialpolitisches Leitbild der geteilten Verantwortung und ein soziokultureller Wandel, dass die Alten und mit ihnen die Heime in die Gesellschaft integriert werden sollen –, konnten sich heutige Vorstellungen der Öffnung von Heimen ausbilden. In der Geschichte der Heimversorgung hat sich erst spät die Idee eines spezifischen „zivilgesellschaftlichen Gehalts“ von Heimkonzeptionen entwickelt.

5.2 Soziale und wirtschaftliche Öffnung der Heime

Bislang war wenig darüber bekannt, inwieweit die neuen Konzepte in den so genannten „vollstationären Sektor“ diffundieren. Als Beitrag zur Schließung dieser Wissenslücke wurden Experteninterviews mit HeimleiterInnen durchgeführt und auf deren Basis zwölf Fallbeispiele von Heimen vorgestellt (Kap. 4).

Grundsätzlich zeigte sich, dass sich die Mehrzahl der erfassten Heime beim Einbezug zivilgesellschaftlicher und gemeinschaftlicher Akteure an den beschriebenen neuen Qualitätsleitbildern orientiert. Von den InterviewpartnerInnen wurden als Motive des Einbezugs Umschreibungen wie „Förderung des Wohlbefindens für die BewohnerInnen“, eine „Normalisierung“ und „Alltagsorientierung“ des Lebens im Heim und eine „Öffnung der Einrichtung in das Gemeinwesen“ gewählt. Die BewohnerInnen sollen eine Unterstützung erhalten, die anerkennt, dass sie Mitglieder eines Sozialraums sind und Menschen, die in Familien- und Freundschaftsbeziehungen leben. Die Schiefelage einer Dominanz der körperpflegerischen Versorgung soll durch ein erweitertes Angebotsspektrum im sozialen und kulturellen Bereich ausgeglichen werden.

Die gegenwärtige öffentliche Diskussion zu einer Engagementförderung in den Heimen konzentriert sich auf den Ausbau des Ehrenamts. In den erfassten Einrichtungen sind hingegen weitaus vielgestaltigere Engagementformen zu finden, angesichts derer eine Engführung des Engagementbegriffs auf das Ehrenamt unangebracht ist. Mit-Träger des

Öffnungskonzepts sind Netzwerke und Partnerschaften mit Angehörigen, lokalen Gruppen, Vereinen, Einrichtungen und Unternehmen (vgl. Kap. 4.3, Abb. 7).

In den Interviews wurde vor allem die *synergetische Ergänzung einer sozialen und wirtschaftlichen Öffnung* beschrieben. Von den HeimleiterInnen wird bedacht, dass Engagement ein wichtiger Faktor ist, um die wirtschaftliche Situation der Einrichtung zu verbessern. Zugleich stellt Engagement einen Wert für sich dar. Unternehmerische und soziale Interessen werden nicht als gegensätzliche Orientierungen verstanden, sondern miteinander verbunden: Eine Öffnung zum Sozialraum soll andere Lebensformen in den Heimen und neue Qualitäten ermöglichen *und* zugleich der Akquise zusätzlicher Ressourcen und einer positiven Selbstdarstellung der Einrichtung nach Außen dienen. Es konnte aufgezeigt werden, dass die erfassten Einrichtungen eine Öffnung zur Gesellschaft als Sozialraum mit der Öffnung für neue wirtschaftliche Akteure verbinden. Insofern ist eine Trennschärfe zwischen unternehmerischen und sozialen Orientierungen nicht immer gegeben. Eine generelle Nachrangigkeit sozialer Orientierungen gegenüber wirtschaftlichen Überlegungen kann auf Basis der Fälle nicht bestätigt werden.

Die Leitungsebene ist ein zentraler Transporteur von Öffnungskonzepten, da eine Verbindung der verschiedenen Ziele einer hybriden Organisation von dieser ausgehen muss. Viele der GesprächspartnerInnen sprachen von einer „Philosophie“ oder „Vision“. Diese wurde erst greifbar in den Gesprächen, da sie sich in den von der Autorin gesichteten einrichtungsbezogenen schriftlichen Konzepten entweder nicht oder nur unvollständig wieder fand. So ist davon auszugehen, dass ähnliche Maßnahmen der Einbindung von Engagement innerhalb verschiedener Kulturen sehr unterschiedlich wirken können. Das ist ein wichtiger Umstand für die Engagementförderung: Es ist nur bedingt sinnvoll, allzu detaillierte Verfahrensweisen als „best practices“ zu verbreiten. Es ist nicht ausreichend, die organisationstechnische Einbindung von Engagementstrukturen zu diskutieren. Vielmehr sind Anregungen und Prozeduren für einen Organisationsentwicklungsprozess und die Bewältigung von Konflikten notwendig.

5.3 Wie weit soll eine Öffnung gehen und wie viel fachliche Steuerung des Engagements ist sinnvoll?

Ursprünglich war geplant, die Fallbeispiele nach unterschiedlichen Öffnungskonzepten zu strukturieren. Von einer solchen Vorgehensweise wurde jedoch Abstand genommen, da heterogene Ansätze auch im Rahmen einzelner Einrichtungen zu beobachten sind. Die Fälle geben Hinweise, dass gegenwärtig noch nicht entschieden ist, in welcher Form der Umgang mit Engagement erfolgen soll. Verschiedene Umgangsformen bestimmen unterschiedliche Hybridisierungstendenzen in den Organisationen. Die Ansätze stehen im Kontext von zwei Überlegungen:

- Unter welchem Angebotskonzept sollen zusätzliche Angebote gestaltet werden und wie weitreichend soll hier eine Öffnung von Heimen sein?
- In welcher Form soll die Einbindung des Engagements erfolgen? Dies betrifft vor allem Überlegungen, wie die fachliche Steuerung der Beiträge der Engagierten gestaltet sein soll.

Bezüglich der *Angebotsgestaltung* dominieren in den Fallbeispielen Orientierungen, die den *Abbau von Grenzen* zwischen einer Welt „drinnen“ und einer Welt „draußen“ suchen. Im Sinne einer Ambulantisierung entwickeln die Einrichtungen Angebote jenseits der vollstationären Versorgung. Im Heimbereich geht es um eine Belebung und Anreicherung des Heimalltags mit Freizeit- und Kulturangeboten, die dem Spektrum von Angeboten der offenen Altenhilfe nahe stehen und die auch, aber nicht ausschließlich, an die BewohnerInnen gerichtet sind. Verbunden damit ist der Versuch, vielfältige Akteure des Gemeinwesens in das Heim hineinzunehmen – Vereine, Gruppen, Senioren des Stadtteils, neue Kunden, Engagementinteressierte, SchülerInnen, Kindergartenkindern etc. Gerade durch den Einbezug der verschiedenen Partner, die für das „normale Leben“ stehen, soll der Charakter einer „geschlossenen“, „vollstationären Einrichtung“ überwunden werden. Das Heim wird als ein Zentrum mit vielfältigen Begegnungs- und Engagementmöglichkeiten gedacht, es soll ein Haus für das Gemeinwesen sein.

Andere Angebotskonzepte, die ebenfalls mithilfe von Engagement verwirklicht werden, streben eine Öffnung der Einrichtung durch die *Schaffung intensiverer Begleitungsangebote für die BewohnerInnen* an. Einrichtungen, in denen diese Orientierung einen zentralen Stellenwert einnimmt, konzentrieren ihre Bemühungen stets auf den „Kern“ ihres Dienstleistungsangebots: den stationären Bereich. Das heißt, dass neue Angebote

in der Regel nicht an externe Senioren und andere MitbürgerInnen gerichtet sind, sondern an die BewohnerInnen. Traditionelle Freiwilligengruppen wie Besuchsdienste wurden weitergebildet, um eine unter fachlichen Gesichtspunkten verbesserte Begleitung übernehmen zu können, neue Gruppen wurden gewonnen, die spezielle Angebote in den Bereichen Demenzbetreuung und Sterbebegleitung in zumeist enger Zusammenarbeit mit hauptberuflichen MitarbeiterInnen gestalten. Engagement soll hier nicht die Normalität von draußen in das Haus bringen, sondern für eine andere Normalität sorgen: eine Normalität, die Alter, Krankheit und Tod respektiert und anerkennt und daher spezielle Fürsorgeangebote notwendig macht. Auch hier können eine Vielzahl unterschiedlicher Partner involviert sein; die Einrichtungen bleiben auf ein breites öffentliches Interesse und Hilfsbereitschaften angewiesen, aber in der unmittelbaren Begegnung von BürgerInnen und BewohnerInnen wird auf kontinuierliche Beziehungen „in geschützten Gemeinschaften“ Wert gelegt. Die Zusammenarbeit mit Angehörigen und Freiwilligen in der BewohnerInnenbegleitung sind Kernelemente des Öffnungskonzepts.

Heimkonzepte, die das Heim „normaler“ machen wollen durch eine Vermischung der Welt draußen und der Welt drinnen und Heimkonzepte, die die Normalität durch eine intensivere Betreuung im Rahmen geschützter Gemeinschaften schaffen wollen, stehen nicht für unterschiedliche Reformorientierungen der Entwicklung geteilter Verantwortlichkeiten in der Heimversorgung; beide Konzepte suchen die zivilgesellschaftliche und gemeinschaftsorientierte Einbettung von Heimen. Sie werfen aber die wichtige Frage danach auf, wie diese Einbettung aussehen soll: Welches Gewicht soll der Umstand haben, dass hochbetagte, pflegebedürftige Menschen vielleicht eine andere Normalität brauchen als jene, die sich gesunde und aktive BürgerInnen wünschen?

Welche Perspektive einer Normalisierung die Einrichtungen auch zu ihrem Schwerpunkt gemacht haben, sie ist zentraler Bestandteil der Profilbildung. Gleichzeitig wird diese Profilbildung zu einem beachtlichen Teil durch das einbezogene Engagement von Partnern hergestellt. Engagement ist zumindest in dieser Hinsicht im Kern der Organisation angekommen.

Bezüglich der Frage, *wie Engagement in den Einrichtungen eingebunden werden soll*, wie also die Einrichtungen mit Engagement umgehen sollen, ist zunächst ein Konsens in den Aussagen der Interviewten zu erkennen: Durch die Einbindung neuer Akteure kommt es zu Änderungen im Arbeitsalltag der Einrichtung. Die Auswirkungen dieser Öffnung auf die MitarbeiterInnen sind hingegen in den Fallbeispielen unterschiedlich. Erfolge beispielsweise der Einsatz von Freiwilligengruppen oder Veranstaltungsangebote, die ein Förderverein organisiert, im Rahmen eines Add-on-Konzepts, sind die meisten MitarbeiterInnen nur peripher involviert. Die Minimalvariante lautet: Arbeitsabläufe müssen so gestaltet sein, dass die BewohnerInnen an „den anderen“ Angeboten teilnehmen können. Auf diese Weise bleiben die von den MitarbeiterInnen erledigten „Kernleistungen“ und die durch Engagement vorgehaltenen „Zusatzangebote“ voneinander getrennte Bereiche; sie bestehen unverbunden nebeneinander bzw. es gibt lediglich situative Anknüpfungen, beispielsweise wenn Freiwillige in Krisen- oder Übergangsphasen zeitweise intensiver in dem Heimalltag eingebunden werden. Derlei Umgangsformen könnte man als eine strukturelle Trennung der verschiedenen Sphären in hybriden Organisationen bezeichnen. Sie stehen für eine Aufspaltung einer „fachlichen“ Leistungserbringung, die sich an den vorgeschriebenen Standards, an Wirtschaftlichkeit, Zeitanalysen etc. orientiert, und eines „sozialen“ Handlungskonzepts.

Im Rahmen dieser Arbeit war jedoch ebenfalls zu beobachten, dass der Einbezug von Engagement mit neuen Aufgaben und teilweise sogar einer Weiterentwicklung des professionellen Profils der beruflichen MitarbeiterInnen einhergeht. Die Einbindung von Engagement kann durch eine *partizipationsorientierte Entwicklung von Arbeitsbereichen*, unter Beteiligung von MitarbeiterInnen und Engagierten, gesucht werden. Intensive Kooperationsformen nach diesem Prinzip wurden vorrangig in zwei der erfassten Heime aufgebaut. In beiden Heime sind jeweils über 100 Freiwillige tätig. Die Freiwilligen und die MitarbeiterInnen sind in Partizipationsstrukturen und Gremien eingebunden. Es wurden gemeinsame Arbeitsgruppen von Freiwilligen und MitarbeiterInnen gebildet, in denen Grundsatzfragen der Einrichtung verhandelt wurden: Was soll das Leitbild der Einrichtung sein? Nach welchem Pflegekonzept soll gearbeitet werden? Wie soll das Konzept zur Einbindung Freiwilliger gestaltet werden? Derartige Ansätze einer partizipationsorientierten Entwicklung waren in den anderen Heimen nur ausschnittsweise, primär beim Einbezug von Freiwilligen in der Demenzbetreuung und der Hospizarbeit zu beobachten. In allen diesen Fällen bedeuten neue Angebote unter Beteiligung von Engagement ein ausgeprägtes Miteinander und erkennbar neue Aufgaben für

die MitarbeiterInnen. Es kommt zu einer Neupositionierung der Organisation bzw. des betreffenden Organisationsbereichs in kooperativen Strukturen.

Dort wo eine relativ enge Zusammenarbeit von Freiwilligen und MitarbeiterInnen hergestellt wird, ist jedoch auch ein anderer Ansatz der Einbindung zu beobachten: Eine Einbindung durch eine *intensive Steuerung der Beiträge Engagierter* durch die MitarbeiterInnen des Heims. Hier „dirigiert“ die Profession stärker den aus ihrer Sicht geeigneten Input seitens zivilgesellschaftlicher Akteure im Heim. Ein typisches Vorgehen war, dass die Einrichtung ein sehr genau definiertes Konzept der Freiwilligeneinbindung vorgegeben hat und zu seiner Umsetzung geeignete Akteure suchte. Freiwillige wurden, insbesondere in Besuchsdiensten und Betreuungsgruppen, in eng strukturierten Nischen eingesetzt, um Unsicherheiten für den laufenden Betrieb zu minimieren und das aus Sicht der verantwortenden MitarbeiterInnen vermeintlich „Beste“ aus dem Einsatz herauszuholen. Organisationssoziologisch betrachtet macht es Sinn, dass sich die Heime auf das konzentrieren, was sie am besten können: organisieren nach den Regeln eines Heimbetriebs, eine sichere organisatorische Funktionsbasis schaffen.

Mit Blick auf die spezifischen Hoffnungen, die mit der Einbindung zivilgesellschaftlicher Akteure in Heimen verbunden werden – einer sozialen Öffnung und Einbettung mit und durch das Engagement von Partnern – stellt sich aber die Frage, ob Potenziale von Engagement hierbei nicht übersehen werden. Soziale Nähe für die BewohnerInnen gehen in allzu „professionsgesteuerten“ Ansätzen der Engagementsbindung verloren. Selbstorganisation und Selbstbestimmtheit von Engagement werden durch Fremdsteuerung mit kleinen Nischen für Beteiligungsmöglichkeiten überformt. Statt der Gewinnung eines kreativen Blicks von Außen – den viele HeimleiterInnen als den großen Vorteil ihrer Konzepte angaben – wird letztlich möglicherweise Betriebsblindheit beibehalten.

Es ist die Angst vor Unsicherheiten, die dazu führt, dass Engagement häufig zum Appendix der Organisation wird und Chancen einer partnerschaftlichen Engagementkultur begrenzt sind: Die MitarbeiterInnen achten darauf, dass Engagement eigene Arbeitsabläufe nicht verändert, die Einrichtungsleitung möchte das Haus öffnen, aber nicht die zur Bearbeitung damit einhergehender Konflikte notwendige Zeit investieren, für Engagierte werden nur kleine Fenster geöffnet, die kontrollierbar sind.

Freiwillige werden in „Leistungsbereichen“ (im engeren wie weiteren Wortsinn) eingesetzt und für die Übernahme dieser regulären Aufgaben „entlohnt“. Auch wenn es

sich in der rechtlichen Regelung um eine freiwillige Tätigkeit handelt, rücken die Freiwilligen in einen arbeitnehmerähnlichen Status. Hier wird Engagement nicht zum weichen, sondern zum „harten“ Wettbewerbsvorteil. Besonders in einem Fall klang diese Perspektive auf Engagement in einer Sprache des Managerialismus an: Bei der Einbindung Freiwilliger ging es um „Personalmehrung“ bzw. „Stundenmehrung“ und beim Aufbau eines Stiftungskapitals zur Finanzierung dieser Freiwilligenarbeit um „Risikomanagement“. Dabei geht möglicherweise kaum etwas verloren, wenn man eine „Mehrerung der Ressourcen“ für die Heime im Sinne hat, doch aber, wenn man die vorstellbaren spezifischen Aktivierungsformen und Qualitäten von Engagement bedenkt. Die Formel für die Einbindung könnte hier lauten: Beteiligung ja – aber bitte nicht zu Lasten eingespielter Betriebsabläufe und -hierarchien und professioneller Herangehensweisen.

Als eine weitere Möglichkeit des Umgangs mit Engagement ist in den Fallbeispielen ein Modell zu erkennen, das auf *nachbarschaftliche, eher offene Betätigungs- und Beteiligungsformen* setzt. Die Einbindung von Engagierten ist konzeptionell nicht detailliert definiert und weniger greifbar. Ein „nachbarschaftsorientiertes“ Heim zeigt sich offen gegenüber Kontakten, die den Alltag bereichern und sucht Perspektiven einer engeren Zusammenarbeit. Freiwillige und andere Partner werden im Rahmen einer zunächst ergebnisoffenen, „konsequenten Einladungspraxis“ aktiviert und in individueller Absprache eingebunden. Der Einbezug erfolgt durch persönliche Kommunikation über gemeinsame Interessen und ist insofern eher partnerschaftlich-netzwerkorientiert; er ist aber weniger formalisiert als bei dem partizipationsorientierten Modell. Diese Arbeitsweise war in zwei Fallbeispielen recht ausgeprägt. In den meisten anderen Fallbeispielen stellte sie zumeist eine Herangehensweise im Umgang mit lokalen Vereinen im Kultur- und Freizeitbereich dar.

Die Offenheit der Entwicklungs- und Abstimmungsprozesse wurde von den Befragten, die ein solches Modell favorisierten, als kreatives Potential gesehen. Dieses Modell wirkt gerade dadurch „hybridisierend“, dass die Organisationsbereiche „Kernleistungen“ und „Engagement“ *nicht* eng verzahnt werden, sondern zwei eigenständige Bereiche sind, die miteinander zu tun haben. Der Wert von Engagement liegt dann gerade darin, dass es eine Ressource ist, die eine Spontaneität beinhaltet, die bereichernd für die Organisationskultur und Atmosphäre in der Einrichtung wirkt. Der zentrale Gewinn wird in der Normalität der Zusammenarbeit der Akteure und dem Einbezug „normaler

Akteure“ gesehen. Hier allerdings müssen die Organisationen auch lernen, mit Unsicherheiten und eingeschränkter Planbarkeit der Ressourcen umzugehen.

Ist ein solcher Weg realisierbar? Einerseits ist er es, da er in den Interviews beschrieben wurde. Andererseits stoßen die Protagonisten schnell an Grenzen, weil Öffnung im Rahmen eines Systems zu leisten ist, welches sehr genau die Verantwortlichkeiten und Arbeitsinhalte der Beteiligten vorgibt und berichten lässt. Was sich nicht in Zahlen (akquirierte Gelder, geleistete Stunden Freiwilliger) ausdrücken lässt, gibt es nicht. Es sind die vielen kleinen systembedingten Organisationsgrenzen und die gegensätzliche Organisationskultur des Pflegesystems, die einer offenen Gestaltung und Förderung zivilgesellschaftlicher Ressourcen entgegenstehen.

Eine dieser Grenzen ist wohl grundsätzlicher Natur: Zivilgesellschaftliche Ressourcen werden in hohem Maße in Nachbarschaften gebildet (Kirchengemeinde, Vereine, Stadtteil- oder Stadtcommunity), die dazu bewegt werden können, Anliegen eines Heims zu den „Ihren“ zu machen. Im Sinne einer gegenseitigen nachbarschaftlichen Hilfe „darf“ das Heim zwar Hilfen annehmen, aber was kann es zurückgeben? Ein Hilfebündnis im Sinne einer neuen und anderen Kultur der Pflege und der Zuwendung würde einen wechselseitigen nachbarschaftlichen Ressourcenaustausch beinhalten. Es stellt sich nicht nur die Frage, was das Umfeld für ein Heim und seine BewohnerInnen tun kann, sondern auch, wie sich das Heim im Gemeinwesen einbringen kann – und hier sind die Möglichkeiten sehr begrenzt. Zwei Modelle stehen sich gegenüber: ein Modell, das auf individualisierte, standardisierte Regelleistungen setzt, und ein Modell, das Gemeinschaftsbezüge und gestalterische Freiräume sucht. Es droht die Gefahr, dass Engagement von der Logik des stationären Sektors quasi kolonisiert wird. Wenn Heime Engagement nicht nur nach den engen Regeln einbinden können sollen, zu deren Überwindung sie eine Betroffenheit und Mitträgerschaft im lokalen Sozialraum suchen, dann ist es in der Konsequenz nötig, dass eine wirtschaftliche Öffnung des stationären Sektors ermöglicht wird.

Aus der Studie wird deutlich, dass der Einbezug zivilgesellschaftlicher Ressourcen und Partner Heime nicht per se öffnet, sondern erst dann, wenn entlang eines Leitbilds des offenen Heims eine Suchrichtung nach neuen Qualitäten entwickelt wird, die *auch* über Partnerschaften im lokalen Umfeld verfolgt werden können.

In den Fallbeispielen zeichnet sich ab, dass gegenwärtig noch nicht entschieden ist, wie weitreichend Reformen zur Neuausrichtung der Heime gestaltet werden sollen. Welches

Ausmaß soll die Öffnung haben? Für welche Beiträge sollen Heime geöffnet werden, oder sollen Heime sogar mitsamt aufgelöst werden?

Zu erkennen ist, dass die zivilgesellschaftliche Einbettung der Versorgung Pflegebedürftiger keineswegs einen „Rückzug“ professioneller Verantwortlichkeiten bedeutet, sondern vielmehr eine Neudefinition des Selbstverständnisses und der Rolle von Professionen sein kann. Die Förderung von Engagement ist ein professionelles Handlungs- und Entwicklungskonzept. Professionalität würde hier aber zugleich ein „Zurücknehmen“ professioneller Dominanz durch einen Einbezug anderer Sichtweisen beinhalten.

Unter den gegenwärtigen Regelungen ist das Terrain für die Entfaltung von Engagement in den Heimen nur klein. Wenn zukünftig hybride Arrangements in der Heimversorgung ein stärkeres Gewicht erhalten sollen, dann ist die Aufwertung der Rolle der Kommunen möglicherweise zentral. Die Kommune schafft in ihrer Tradition als „Bürgerkommune“ einen Raum, über den staatliches Handeln in der lokalen Öffentlichkeit zivilgesellschaftlich eingebettet werden kann. Die Kommune könnte als Träger der Altenhilfe und der Hilfe zur Pflege eine Verbindung zwischen Staat und BürgerInnen und eine Einbindung der Heime in das lokale Gemeinwesen bestärken. Lokale Besonderheiten und Bedarfe können hierbei berücksichtigt werden.

Eine wesentliche Frage wird für die Theorie sowie die Praxis weiterhin sicherlich sein, wie eine Balance zwischen wirtschaftlichen und fachlichen Überlegungen hergestellt werden kann. In der Arbeit konnten synergetische Konstellationen aufgezeigt werden, insoweit eine Engagementförderung und unternehmerisches Handeln einander bekräftigen. Aber es waren auch fließende Übergänge hin zu einer „Ökonomisierung“ von Engagement zu beobachten. Eine Vereinnahmung von Engagement ist in Organisationen, die vor allem auf Wirtschaftlichkeit orientiert wurden, eine nahe liegende Option. Deshalb ist das Augenmerk darauf zu richten, die Entwicklungen durch eine kritische Öffentlichkeit zu begleiten.

Literaturverzeichnis

- Adloff, F. (2005): Zivilgesellschaft. Theorie und politische Praxis. Frankfurt/M: Campus.
- AG Entbürokratisierung NRW (2006): Arbeitsgruppe „Entbürokratisierung in der Pflege“ des Ministers für Arbeit Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2006) (Hg.): Abschlussbericht. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW
- Alber, J.; Schölkopf, M. (1999): Seniorenpolitik. Die soziale Lage älterer Menschen in Deutschland und Europa. Amsterdam: G+B Verlag Fakultas.
- Albrecht, P. (1981): Die Übernahme der Prinzipien der Hamburger Armenreform für die Stadt Braunschweig. Zugleich ein Beitrag zur Bedeutung von geselligen Zirkeln bei der Verbreitung und Durchsetzung aufklärerischen Gedankengutes im ausgehenden 18. Jahrhunderts. In: Sachße, C.; Tennstedt, F. (Hg.): Jahrbuch der Sozialarbeit 4. Geschichte und Geschichten. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 181-203.
- Albrecht, P.-G. (2008): Der Bürger soll es richten. Zur bürgerschaftlichen Durchdringung aktueller Parteiprogramme. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, 3, S. 115-116.
- Allemeyer, J. (1996): Alten- und Pflegeheime im Umbruch. In: Das Altenheim, 3, S. 212-216.
- Allgemeine Armenanstalt (1776): StAHbg, Allgemeine Armenanstalt I, 1: Material zur neuen Armenordnung, u.a. Büsch, J. G.: Vorschläge zur Verbesserung des H. Armenwesens 1776, 1776-1788, zit. nach Lindemann 1981.
- Altenheim (2006): Titelthema Ambulantisierung, diverse Beiträge, 12/2006, S. 16-24.
- Aly, G. (1985): Medizin gegen Unbrauchbare. In: Aussonderung und Tod. Berlin, S. 9-74, zit. nach Kondratowitz 1988a.
- Amrhein, L. (2005): Stationäre Altenpflege im Fokus von Machtbeziehungen und sozialen Konflikten. In: Schroeter, K.; Rosenthal, T. (Hg.): Soziologie der Pflege. Weinheim, München: Juventa, S. 405-426.

- Anheier, H. K. (1999): Dritter Sektor, Ehrenamt und Zivilgesellschaft. In: Kistler, E.; Noll, H. H.; Priller, E. (Hg.): Perspektiven gesellschaftlichen Zusammenhalts: empirische Befunde, Praxiserfahrungen, Meßkonzepte. Berlin: Ed. Sigma, S. 145-170.
- Anthes, J.; Karsch, N. (1975): Zur Organisationsstruktur des Altenheims. Eine Inhaltsanalyse der Hausordnungen von Altenheimen in Nordrhein-Westfalen und Bayern. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe; Wilhelmine-Lübke-Stiftung.
- Archiv des Diakonischen Werks der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.: C. in einem Brief an ihre Oberin am 9.8.1943, CA 1382, Nr. 68, zit. nach Irmak 2002.
- Aries, P. (1980): Geschichte des Todes. 2. Aufl. München, Wien: Hanser.
- Asendorf, M. (1984): Als Hamburg in Schutt und Asche fiel und wie der NS-Staat die Krise bewältigte. In: Ebbinghaus, A.; Kaupen-Haas, H.; Roth, K. H. (Hg.): Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg. Hamburg, S. 188-197, zit. nach Kondratowitz 1988a.
- Backhaus-Maul, H. (1998): Etablierte und Außenseiter. Freie Wohlfahrtspflege im deutschen Sozialversicherungsstaat. In: Neue Soziale Bewegungen, 11, 2, S. 38-50.
- BAG FW (1982): Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, Ausschuß "Statistik" (1982): Ehrenamtliche Arbeit in der Freien Wohlfahrtspflege. Internes Positionspapier. o.O.
- Bahle, T. (2007): Wege zum Dienstleistungsstaat. Deutschland, Frankreich und Großbritannien im Vergleich. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Balluseck, H. v. (1980): Die Pflege alter Menschen. Institutionen, Arbeitsfelder, Berufe. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Baron, R. (1995): Die Entwicklung der Armenpflege in Deutschland vom Beginn des 19. Jahrhunderts bis zum Ersten Weltkrieg. In: Landwehr, R.; Baron, R. (Hg.): Geschichte der Sozialarbeit: Hauptlinien ihrer Entwicklung im 19. und 20. Jahrhundert. 3. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz, S. 11-71
- Basaglia, F. O. (1985): Gesundheit, Krankheit. Das Elend der Medizin. Frankfurt/M.: S. Fischer.

- Basaglia, F.; Foucault, M.; Castel, R.; Wulff, E.; Chomsky, N.; Laing, R.; Goffman, E. (1980) (Hg.): *Befriedungsverbrechen. Über die Dienstbarkeit der Intellektuellen.* Frankfurt/M.: Europäische Verlagsanstalt.
- Bauer, R. (1978): *Wohlfahrtsverbände in der Bundesrepublik. Materialien und Analysen zu Organisation, Programmatik und Praxis. Ein Handbuch.* Weinheim, Basel: Beltz.
- Bauer, R. (1998): *Le mort saisit le vif! Universelle Staatszugehörigkeit oder Vereinigungsfreiheit.* In: Strachwitz, R. G. v. (Hg.): *Dritter Sektor – Dritte Kraft. Versuch einer Standortbestimmung.* Stuttgart: Raabe, S. 39-56
- Baumgartl, B. (1997): *Altersbilder und Altenhilfe. Zum Wandel der Leitbilder von Altenhilfe seit 1950.* Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Beher, K.; Liebig, R.; Rauschenbach, T. (2002): *Vom Motivations- zum Strukturwandel. Analysen zum Ehrenamt in einer sich verändernden Umwelt.* In: Heinze, R. G.; Olk, T. (Hg.): *Bürgerengagement in Deutschland. Bestandsaufnahmen und Perspektiven.* Opladen: Leske + Budrich, S. 255-281.
- Behrens, J.; Olk, T. (2000): *Die gesetzliche Pflegeversicherung und der Sozialstaat.* Vorwort. In: *Zeitschrift für Sozialreform*, 46, 11, S. 959-963.
- Benad, M. (1996): *Bethel zwischen 1890 und 1938. Zum Forschungsprojekt über die von Bodelschwingschen Anstalten zur Zeit von Pastor Fritz von Bodelschwing.* In: Kaiser, J.-C.; Greschat, M. (Hg.): *Sozialer Protestantismus und Sozialstaat. Diakonie und Wohlfahrtspflege in Deutschland 1890-1938.* Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, S. 139-150.
- Benz, A. (2007) (Hg.): *Handbuch Governance: theoretische Grundlagen und empirische Handlungsfelder.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Betreuungskräfte RI vom 19.08.2008: *Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen, vorgelegt vom GKV-Spitzenverband der Pflegekassen.*
- Blanckenburg, C. v.; Schicke, K. (2000): *Traut im Heim oder Glück allein.* In: Dienel, H.-L.; Foerster, C.; Hentschel, B.; Kübler, C. (Hg.): *Späte Freiheiten. Geschichten vom Altern. Neue Lebensformen im Alter.* München, London, New York: Prestel, S. 67-70, zit. nach Heinzelmann 2004.

- Blinkert, B. (2007): Pflegearrangements – Vorschläge zur Erklärung und Beschreibung sowie ausgewählte Ergebnisse empirischer Untersuchungen. In: Igl, G.; Naegele, G.; Hamdorf, S. (Hg.): Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und Pflegenden. Münster u.a.: LIT-Verlag, S. 225-244.
- Blinkert, B.; Klie, T. (2004): Gesellschaftlicher Wandel und demographische Veränderungen als Herausforderungen für die Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen. In: Sozialer Fortschritt, 11-12, S. 319-325.
- BMAS (2001): Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2001): Lebenslagen in Deutschland. Erster Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bundestagsdrucksache 14/5990.
- BMFSFJ (2001): Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Wohnen im Alter. Berlin, Bonn: BMFSFJ (zugleich Bundestagsdrucksache 14/5130).
- BMFSFJ (2006a): Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Berlin: BMFSFJ.
- BMFSFJ (2006b): Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend (2006b) (Hg.): Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland. Abschlussbericht. Berlin: BMFSFJ.
- BMFSFJ (2010): Informationen zum 3. Freiwilligensurvey (1999-2009). Berlin: BMFSFJ.
- BMG (2009): Bundesministerium für Gesundheit (2009): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: BMG.
- Bock, T. (1976): Ehrenamtliche Mitarbeiter als Partner in sozialen Diensten neu entdeckt. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, 123, 9, S. 211-212.
- Bode, I. (2006): Eine neue „governance of welfare“? Transkultureller Systemwandel am Beispiel der Seniorenversorgung in Deutschland, England und Québec. In: Evers, A. (Hg.): Regieren in der Sozialpolitik. Zeitschrift für Sozialreform 52, Heft 2, S. 181-200.

- Bode, I. (2007a): Wohlfahrt. In: Benz, A. (Hg.): Handbuch Governance: theoretische Grundlagen und empirische Handlungsfelder. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 401-412.
- Bode, I. (2007b): Organisationsentwicklung in der Zivilgesellschaft. Grenzen und Optionen in einem unerschlossenen Terrain. erschienen in: Forschungsjournal Neue Soziale Bewegungen, 2, hier: Vorabdruck, abrufbar über <http://fjnsb.parallel-universum.info/fjnsb/pages/frameAktuell.htm> (16.01.2009), S. 1-18.
- Bode, I. (2009): „Governance-Performance“ bei gemeinnützigen Trägern der stationären Altenhilfe. Zwei Fallstudien und ihre Botschaften. Wuppertal: Bergische Universität Wuppertal.
- Böhle, F.; Kratzer, N. (1999): Ehrenamt als Arbeit. Eine Betrachtung ehrenamtlicher Tätigkeit aus arbeitssoziologischer Sicht. In: Kistler, E.; Noll, H.-H.; Priller, E. (Hg.): Perspektiven gesellschaftlichen Zusammenhalts: empirische Befunde, Praxiserfahrungen, Meßkonzepte. Berlin: Ed. Sigma, S. 275-290.
- Böhm, A. (2005): Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In: Flick, U.; Kardorff, E. v.; Steinke, I. (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt, S. 475-485.
- Borgaza, D.; Defourny, J. (2001) (Hg.): The Emergence of social enterprises. London, New York: Routledge.
- Borscheid, P. (1989): Geschichte des Alters. Vom Spätmittelalter zum 18. Jahrhundert. München.
- Borscheid, P. (1996): Altenhilfe – Armenhilfe: Zur historischen Entwicklung der Altenhilfe und der Altenhilfepolitik. In: Tews, H. P.; Klie, T.; Schütz, R. M. (Hg.): Altern und Politik. Melsungen: Bibliomed, S. 23-36.
- Branden, T. (2004): Quasi-Market Governance. An Anatomy of Innovation. Utrecht: Lemma.
- Branden, T.; van de Donk, W.; Putters, K. (2005): Griffins or Chameleons? Hybridity as a Permanent and Inevitable Characteristic of the Third Sector. In: International Journal of Public Administration, 28, S. 749-765.

- Bräutigam, C. (2008): Die stationäre Altenhilfe: Situation, Herausforderungen und beispielhafte Entwicklung. *Forschung Aktuell*. 9/2008. Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik.
- Brisch, U.; Evertz, A.; Gößling, S.; Heinz, M.; Oesterreich, K.; Rückert, W.; Steffen, P. (1987): Aspekte der Versorgung psychisch veränderter älterer Menschen. *Kleinere Schriften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge*. Frankfurt/M.: Eigenverlag des Deutschen Vereins.
- BT-Drs. 14/5395: Bundestagsdrucksache 14/5395 vom 23.0.2001: Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG), zit. nach Gerlinger/Röber 2009.
- BT-Drs. 12/5262: Bundestagsdrucksache 12/5262 vom 24.04.1993: Gesetzentwurf: Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit – Gesetzesbegründung, zit. nach Rothgang 2000.
- Bubolz-Lutz, E.; Kricheldorf, C. (2006): *Freiwilliges Engagement im Pflegemix*. Neue Impulse. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Buehl, A.; Eschle, F. (1903): *Die geschlossene Armenpflege*. Leipzig, zit. nach Kondratowitz 1988a.
- Büttner, J. (1890): *Die Pflege der Siechen und Krüppel*. Gotha, zit. nach Kondratowitz 1988a.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (1963): *Zur Situation der alten Menschen in der Bundesrepublik Deutschland. Die Altenheimplanung in der Altenhilfe*. Denkschrift. In: *NDV Nachrichtendienst*, 10/1963, Frankfurt/M.: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, zit. nach Cappell 1996.
- Bundesregierung 1984: *Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit*. Bundestagsdrucksache 10/1943.
- Butterwegge, C. (2006): *Krise und Zukunft des Sozialstaats*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Cappell, E. (1996): *Von der Hilfspflege zur Profession. Entstehung und Entwicklung des Altenpflegeberufs*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

- Conrad, C. (1991): Zwischen Krankenhaus und Pflegeheim. Anstaltsfürsorge für ältere Menschen am Beispiel Köln, 1900-1933. In: Reulecke, J.; Castell Rüdellhausen, A. Gräfin zu (Hg.): Stadt und Gesundheit. Zum Wandel von „Volks Gesundheit“ und kommunaler Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Stuttgart: Franz Steiner, S. 187-202.
- Conrad, C. (1994): Vom Greis zum Rentner. Der Strukturwandel des Alters in Deutschland zwischen 1830 und 1930. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Czada, R. (2007): Markt. In: Benz, A. (Hg.): Handbuch Governance: theoretische Grundlagen und empirische Handlungsfelder. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 68-81.
- Dahme, H.-J. (2008): Organisations- und Professionswandel im sozialen Dienstleistungssektor. In: Sozialer Fortschritt, 1, S. 9-14.
- Dahme, H.-J.; Wohlfahrt, N. (2000): Einleitung: Zur politischen Inszenierung von Wettbewerb und Vernetzung im Sozial- und Gesundheitssektor – auf dem Weg zu einem neuen Ordnungsmix? In: Dahme, H.-J.; Wohlfahrt, N. (Hg.): Netzwerkökonomie im Wohlfahrtsstaat. Wettbewerb und Kooperation im Sozial- und Gesundheitssektor. Berlin: Ed. Sigma, S. 9-27.
- Dahme, H.-J.; Kühnlein, G.; Wohlfahrt, N. (2005): Zwischen Wettbewerb und Subsidiarität. Wohlfahrtsverbände unterwegs in die Sozialwirtschaft. Berlin: Ed. Sigma.
- Dahme, H.-J.; Schütter, S.; Wohlfahrt, N. (2008): Lehrbuch Kommunale Sozialverwaltung und Soziale Dienste. Grundlagen, aktuelle Praxis und Entwicklungsperspektiven. Weinheim, München: Juventa.
- Dane, T. (1996): Auf Heller und Pfennig. Neue Anforderungen an das Rechnungswesen von Pflegeeinrichtungen. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, 10, S. 274-277.
- Dann, O. (1993): Vereinsbildung in Deutschland in historischer Perspektive. In: Best, H. (Hg.): Vereine in Deutschland. Bonn, S. 119-142.
- Das Altenheim (2006): Titelthema Ambulantisierung. In: Das Altenheim, 12/2006, S. 6-24.
- Dettling, W. (1995): Politik und Lebenswelt. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

- Deutscher Verein (1903): Stenographischer Bericht über die Verhandlungen der 23. Jahresversammlung des deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit am 24. und 25. September 1903 in Elberfeld. Leipzig: Duncker & Humblot.
- Deutscher Verein (1980) (Hg.): Fachlexikon für Soziale Arbeit. Frankfurt/M.: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, zit. nach Leitner 1986.
- Diakonisches Werk Würzburg (o.J.): Matthias Claudius Heim. Leitbild. Geschichte. Pflegephilosophie. Pflegekonzept. Würzburg: Diakonisches Werk Würzburg.
- Dieck, M. (1986): Heimstichprobe 1985. In: *Altenheim*, 11, S. 314-319.
- Dieck, M. (1994): Das Altenheim traditioneller Prägung ist tot. In: Kruse, A.; Wahl, H. W. (Hg.): *Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort?* Bern: Huber, S. 191-200.
- DiMaggio, P. J.; Powell, W. W. (1991): The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. In: Powell, W. W.; DiMaggio, P. J. (Hg.): *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago, London: University of Chicago, S. 63-82.
- DiMaggio, P. J.; Powell, W. W. (1991) (Hg.): *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago, London: University of Chicago Press.
- Dingeldey, I. (2008): Governance und Sozialpolitik: der aktivierende Wohlfahrtsstaat als Gewährleistungsstaat. In: Folke Schuppert, G.; Zürn, M. (Hg.): *Governance in einer sich wandelnden Welt*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 313-329.
- Döhler, M. (2007): Hierarchie. In: Benz, A. (Hg.): *Handbuch Governance: theoretische Grundlagen und empirische Handlungsfelder*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 46-53.
- Dörner, K. (1999): *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie [Erstausgabe 1969]*. Hamburg: Europäische Verlagsanstalt.
- Dörner, K. (2007): *Leben und sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem*. Neumünster: Paranus.

- Dörrie, K. (1973): Aspekte einer Strukturanalyse der Freien Wohlfahrtspflege. In: Otto, H.-U.; Schneider, S. (Hg.): Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit 2. Neuwied, Berlin, zit. nach Bauer 1978.
- Dörrie, K. (1976): Ehrenamtliche Hilfen in der sozialen Arbeit und ihre Bedeutung für die Aktivierung von Selbsthilfe. In: Petersen, K. (Hg.): Selbsthilfe und Aktivierung durch die Soziale Arbeit. Gesamtbericht über den 68. Deutschen Fürsorgetag 1976 in Dortmund. Frankfurt/M.: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, S. 251-265.
- DVnF (1922): Beitrag Stadtrat Dr. Heimerich auf dem 37. Deutschen Fürsorgetag 1921, zit. nach Krug von Nidda 1955.
- Eggert, G. M. (1995): Zur potentiellen Bedeutung der Netzwerkarbeit für den sozialen Dienst in der stationären Altenhilfe. Frankfurt/M.: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.
- Ehmer, J. (1990): Sozialgeschichte des Alters. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Ellerkamp, M. (1990): Wege in die Institutionen. Armenhaus und Stift als Alterssicherung in Bremen. In: Göckenjan, G. (Hg.): Recht auf ein gesichertes Alter? Studien zur Geschichte der Alterssicherung in der Frühneuzeit der Sozialpolitik. Augsburg: Maro, S. 63-103.
- Endres, R. (1981): Das „Straf-Arbeitshaus“ St. Georgen bei Bayreuth. In: Sachße, C.; Tennstedt, F. (Hg.): Jahrbuch der Sozialarbeit 4. Geschichte und Geschichten. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 89-104.
- Endt, H. J. v.; Fasse, M.; Kirchhof, R.-R.; Walter, M. (1999): Leistungsgerechte Pflegesätze für die stationäre Pflege. Stuttgart: Evangelische Heimstiftung.
- Engels, D.; Pfeuffer, F. (2007): Die Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen in die Pflege und Betreuung in Einrichtungen. In: Schneekloth, U.; Wahl, H.-W. (Hg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispiele für "Good Practice". Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin: BMFSFJ, S. 233-299.

- Enjolras, B. (2008): Between market and civic governance regimes: civiness in the governance of social services in Europe. Paper presented at the Cinefogo-Workshop: Between State and Citizen – The Role of Civic Elements in the Governance and Production of Social, March, 6-8th, Ljubljana.
- Enquete Engagement (2002): Enquete-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“ (2002): Bürgerschaftliches Engagement: auf dem Weg in eine zukunftsfähige Bürgergesellschaft. Berlin: Deutscher Bundestag, Drucksache 14/8900.
- Enquete Pflege NRW (2005) Enquete Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquete-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: Landtag NRW.
- Erdmann, Y. (2002): Pflegedienste ein Pflegefall? Die Auswirkungen der EU-Osterweiterung auf personenbezogene Dienstleistungen des Gesundheitssektors. In: Lange, J. (Hg.): Die Mobilität von Kapital und Arbeit in der EU-Osterweiterung. Welche Anpassungsmaßnahmen brauchen wir? Rehburg-Loccum: Evangelische Akademie Loccum, S. 109-116.
- Erlemeier, N.; Kühn, D. (2007): Soziale Arbeit und stationäre Altenhilfe. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 37, 2, S.90-103.
- Eschbacher, J. G. (1899): Sonderanstalten und Fürsorge für Sieche (Kreispflege-Anstalten). In: Liebe, G.; Jacobsohn, P.; Meyer, G. (Hg.): Handbuch der Krankenversorgung (Sonder-Abdruck), Bd. 1, Abth. 2. Berlin, zit. nach Irmak 2002.
- Evers, A. (1990): Shifts in the Welfare Mix – Introducing a New Approach for the Study of Transformations in Welfare and Social Policy. In: Evers, A.; Wintersberger, H. (Hg.): Shifts in the Welfare Mix. Their Impact on Work, Social Services and Welfare Policies. Frankfurt/M., Boulder, Colorado: Campus/Westview, S. 7-29.
- Evers, A. (1995): Part of the welfare mix: the third sector as an intermediate area. In: Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organisations, 6, 2, S. 159-182.

- Evers, A. (1996): Die Pflegeversicherung als mixtum compositum. In: Tews, H. P.; Klie, T.; Schütz, R. M. (Hg.): Altern und Politik. Melsungen: Bibliomed, S. 127-137.
- Evers, A. (2004): Sektor und Spannungsfeld. Zur Theorie und Politik des Dritten Sektors. Münsteraner Diskussionspapiere zum Nonprofit-Sektor Nr. 27. Münster: Arbeitsstelle Aktive Bürgerschaft am Institut für Politikwissenschaft der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster.
- Evers, A. (2005a): Mixed Welfare Systems and Hybrid Organizations: Changes in the Governance and Provision of Social Services. In: International Journal of Public Administration, 28, S. 737-748.
- Evers, A. (2005b): Citizenship and Social Policy – A post-Marshall Agenda. Paper presented at: Kick-Off Conference of the European Network of Excellence „Civil Society and New Forms of Governance in Europe – The Making of European Citizenship”, October 17-19th, Roskilde.
- Evers, A. (2005c): Vernetzung sozialer Einrichtungen als Weg zur Erschließung von Ressourcen bürgerschaftlichen Engagements. In: Otto, U.; Bauer, P. (Hg.): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band II. Tübingen: dgvt, S. 55-72.
- Evers, A. (2006a) (Hg.): Regieren in der Sozialpolitik. Zeitschrift für Sozialreform 52, Heft 2.
- Evers, A. (2006b): Complementary and Conflicting. The different meanings of ‚user involvement’ in social services. In: Matthies, A.-L. (Hg.): Nordic civic society organisations and future of welfare services. A model for Europe? Copenhagen: Nordic Council of Ministers, S. 255-276.
- Evers, A. (2006c): Wenn Welten durcheinander geraten. Monetarisierung, bezahlte Arbeit und freiwilliges Engagement. In: Farago, P.; Ammann, H. (Hg.): Monetarisierung der Freiwilligkeit. Referate und Zusammenfassungen der 5. Tagung der Freiwilligenuniversität vom 30. bis 31.5.2005 in Luzern. Zürich: Seismo, S.63-74.
- Evers, A. (2010): Zivilgesellschaft, Engagement und Dienste. In: Olk, T.; Klein, A.; Hartnuß, B. (Hg.): Engagementpolitik. Die Entwicklung der Zivilgesellschaft als politische Aufgabe. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 282-302.

- Evers, A.; Hämel, K. (2007): Hybrid organisations. A special form of building on partnerships. Paper presented at Cinefogo Workshop ‚Partnership – Keystone of Governance‘, January 29-30th, Münster.
- Evers, A.; Klie, T. (1999): Zur Neuausrichtung kommunaler Alterssozialpolitik oder: Nach dem Pflegeversicherungsgesetz – freiwilliges kommunales Engagement? In: Schmidt, R.; Entzian, H.; Gierke, K.-I.; Klie, T. (Hg.): Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune. Frankfurt/M.: Mabuse, S. 39-48.
- Evers, A.; Laville, J.-L. (2004) (Hg.): The Third Sector in Europe. Cheltenham/Northampton: Edward Elgar.
- Evers, A.; Leggewie, C. (1999): Der ermunternde Staat. Vom aktiven Staat zur aktivierenden Politik. In: Gewerkschaftliche Monatshefte, 6, S. 331-340.
- Evers, A.; Olk, T. (1996a): Wohlfahrtspluralismus – Analytische und normativ-politische Dimensionen eines Leitbegriffs. In: Evers, A.; Olk, T. (Hg.): Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 9-60.
- Evers, A.; Olk, T. (1996b): Von der pflegerischen Versorgung zu hilfreichen Arrangements. Strategien der Herstellung optimaler Beziehungen zwischen formellem und informellem Hilfesystem im Bereich der Pflege älterer Menschen. In: Evers, A.; Olk, T. (Hg.): Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 347-372.
- Evers, A.; Leichsenring, K.; Pruckner, B. (1993a): Pflegegeld in Europa. Wien: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- Evers, A.; Leichsenring, K.; Pruckner, B. (1993b): Alt genug, um selbst zu entscheiden. Internationale Modelle für mehr Demokratie in Altenhilfe und Altenpolitik. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Evers, A.; Rauch, U. (1999): Ambulante Altenpflege - Umbau oder Abbau kommunaler Verantwortlichkeiten? In: Zeitschrift für Sozialreform, 45, S. 170-185.
- Evers, A.; Rauch, U.; Stitz, U. (2002): Von öffentlichen Einrichtungen zu sozialen Unternehmen: hybride Organisationsformen im Bereich sozialer Dienstleistungen. Berlin: Ed. Sigma.

- Evers, A.; Sachße, C. (2003): Social Care Services for Children and Older People in Germany: Distinct and Separate Histories. In: Anttonen, A.; Baldock, J.; Sippilä, J. (Hg.): The Young, the Old and the State: Social Care Systems in Five Industrial Nations. Cheltenham, Northampton: Edgar Elgar, S. 55-79.
- Flick, U.; Kardorff, E. v.; Steinke, I. (2005) (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Foucault, M. (1973): Wahnsinn und Gesellschaft. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Fred, K. (1993): Sozialarbeit in der Altenhilfe. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Frehe, H. (2004): Zur historischen Entwicklung der Diskriminierung Behinderter. o.O., Online verfügbar unter www.forsea.de/projekte/2004_marsch/zur_historischen_entwicklung_der_diskriminierung_behinderter.pdf, zuletzt geprüft am 10.04.2010.
- Freiburger Memorandum (2006): Wohngruppen – in geteilter Verantwortung. Freiburg i. Br.: Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg.
- Gebhardt, J. (1995): Die Idee des Bürgers. In: Beyme, K. v.; Offe, C. (Hg.): Politische Theorien in der Ära der Transformation. Politische Vierteljahresschrift. Sonderheft 26/1995. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 349-361.
- Geiger (1969): Sozialarbeit und Massenmedien. Aus Untersuchungen des Instituts für Demoskopie Allensbach. In: Bundesministerium des Innern (Hg.): Öffentlichkeitsarbeit in der Sozialarbeit. Bergneustädter Gespräche. Bonn, S. 28-43, zit. nach Bauer 1978
- Gensicke, T.; Picot, S.; Geiss, S. (2005) (Hg.): Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999-2004. München: TNS Infratest Sozialforschung, BMFSFJ.
- Gerlinger, T.; Röber, M. (2009): Die Pflegeversicherung. Bern: Huber.
- Gesundheit Berlin e.V. (2008) (Hg.): Demografische Entwicklung und Pflegebedürftigkeit. Herausforderungen für Berlin. Tagung am 4. Juli 2008. Berlin: Gesundheit Berlin e.V.

- GKV (26.2.2010): GKV-Spitzenverband: Statement. K.-Dieter Voß, Vorstand: Pflegenoten – Einzelnoten stärker gewichten, online verfügbar unter www.gkv-spitzenverband.de/Statement_Voss_Pflegenoten_20100226.gkvnet, zuletzt geprüft am 22.04.2010
- Glaser, B.; Strauss, A. (1998): *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Gläser, J. (2007): *Gemeinschaft*. In: Benz, A. (Hg.): *Handbuch Governance: theoretische Grundlagen und empirische Handlungsfelder*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 82-92.
- Gläser, J.; Laudel, G. (2004): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Goffman, E. (1973): *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Gosewinkel, D.; Rucht, D. (2004): „History meets sociology“: *Zivilgesellschaft als Prozess*. In: Gosewinkel, D.; Rucht, D.; van den Daele, W.; Kocka, J. (Hg.): *Zivilgesellschaft – national und transnational. WZB-Jahrbuch 2003*. Berlin: Ed. Sigma, S. 29-60.
- Göbbling, S. (1976): *Probleme eigenständigen Lebens alter Menschen in Heimen*. In: Petersen, K. (Hg.): *Selbsthilfe und Aktivierung durch die Soziale Arbeit. Gesamtbericht über den 68. Deutschen Fürsorgetag 1976 in Dortmund*. Frankfurt/M.: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, S. 376-382.
- Graber-Dünow, M. (2002): *Bürokratie statt Hilfe. Die Auswirkungen neuer Regelungen in der stationären Altenpflege*. In: *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 5, S. 176-179.
- Granovetter, M. (1973): *The Strength of Weak Ties*. In: *The American Journal of Sociology*, 78, 6, S. 1360-1380.
- Granovetter, M. (1985): *Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness*. In: *The American Journal of Sociology*, 91, 3, S. 481-510.
- Gronemeyer, R.; Bahr, H.-E. (1979) (Hg.): *Selbsthilfe und Alten-Initiativen in der Bundesrepublik*. Frankfurt/M.: Fischer.

- Grüb, D. (1988): Ehrenamtliche Dienste in der stationären Altenpflege. Frankfurt/M.: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge.
- Halder, W. (1995): Katholische Vereine in Baden und Württemberg 1848-1914. Paderborn, München, Wien, Zürich: Ferdinand Schöningh.
- Hardtwig, W. (1984): Strukturmerkmale und Entwicklungstendenzen des Vereinswesens in Deutschland 1789-1848. In: Dann, O. (Hg.): Vereinswesen und bürgerliche Gesellschaft in Deutschland. Historische Zeitschrift, Beiheft 9, S.11-53
- Haug, K. (1994): Habits und Frames in der Pflegeversicherung. ZeS-Arbeitspapiere. 6. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik.
- Haug, K.; Rothgang, H. (1994): Das Ringen um die Pflegeversicherung – ein vorläufiger sozialpolitischer Rückblick. In: Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen (RSDE), 24, S. 1-30.
- Heinzelmann, M. (2004): Das Altenheim – immer noch eine „Totale Institution“? Eine Untersuchung des Binnenlebens zweier Altenheime. Göttingen: Elektronische Dissertationen der Universität Göttingen, online verfügbar unter <http://deposit.d-nb.de>.
- Hildemann, K. D. (2004): Die Freie Wohlfahrtspflege zwischen Staat und Markt – Auf der Suche nach der eigenen Identität. In: Hildemann, K. D. (Hg.): Die Freie Wohlfahrtspflege. Ihre Entwicklung zwischen Auftrag und Markt. Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, S. 11-22.
- Hippel, T. v. (2007): Grundprobleme von Nonprofit-Organisationen. Eine zivilrechtsgon dogmatische, steuerrechtliche und rechtsvergleichende Untersuchung über Strukturen, Pflichten, Kontrollen und wirtschaftliche Tätigkeit von Vereinen und Stiftungen. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Hoffmann, A. (1984): Heime: Einrichtungen der psychiatrischen Entsorgung? In: Altenheim, 7/1984, S. 189-193.
- Hofmann, W. (1974): Zwischen Rathaus und Reichskanzlei. Die Oberbürgermeister in der Kommunal- und Staatspolitik des Deutschen Reiches von 1890 bis 1933. Stuttgart: Kohlhammer, zit. nach Naßmacher/Naßmacher 1999.
- Horde, P. (2005): The Earliest Hospitals in Byzantium, Western Europe, and Islam. In: Journal of Interdisciplinary History, XXXV, 3, S. 361-389.

- Hummel, K. (1978): Altenarbeit als Gemeinwesenarbeit. In: Blätter der Wohlfahrts-
pflege, 2/1978, S. 34ff., zit. nach Hummel 1982.
- Hummel, K. (1982): Öffnet die Altersheime: gemeinwesenorientierte, ganzheitliche
Sozialarbeit mit alten Menschen. Weinheim, Basel: Beltz.
- Hummel, K. (1984): Die Psychiatrisierung der Alten- und Pflegeheime. In: Altenheim,
7/1984, S. 200-203.
- Hummel, K. (1986a): Neue Wege der Heimversorgung – die offene Institution als
Praxis gemeinwesenorientierter Arbeit. In: Artikus, S.; Karolus, S. (Hg.):
Altenhilfe im Umbruch. Frankfurt/M.: Deutscher Verein für öffentliche und
private Fürsorge, S. 144-227.
- Hummel, K. (1986b): Das gemeinwesenorientierte Konzept der Altenarbeit. In:
Hummel, K.; Steiner-Hummel, I. (Hg.): Wege aus der Zitadelle: gemeinwesen-
orientierte Konzepte in der Altenpflege. Hannover: Vincentz, S. 1-72.
- Hummel, K.; Steiner-Hummel, I. (1986): Wege aus der Zitadelle: gemeinwesenorien-
tierte Konzepte in der Altenpflege. Hannover: Vincentz.
- Imhof, A. E. (1988): Die Lebenszeit: Vom aufgeschobenen Tod und von der Kunst des
Lebens. München: Beck.
- Immerfall, S. (1996): Das Kapital des Vertrauens. Über soziale Grundlagen wirtschaftli-
cher Wettbewerbsfähigkeit. In: Gegenwartskunde, 44, 4, S. 485-495.
- Irmak, K. H. (1998): Anstaltsfürsorge für „Alterssiche“ von Weimar bis Bonn (1924-
1961). In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 31, S. 438-447.
- Irmak, K. H. (2002): Der Sieche: alte Menschen und die stationäre Altenhilfe in
Deutschland 1924-1961. Essen: Klartext.
- Jans, M. (2003): Sozialkapitalkonzepte und ihre Brauchbarkeit in der Personal- und
Organisationsforschung. Essen: Fachbereich Wirtschaftswissenschaften Universi-
tät Duisburg-Essen.
- Jessop, B. (2007): Kapitalismus, Regulation, Staat. Hamburg: Argument-Verlag.
- Kaiser, G. (o.J.): Vom Pflegeheim zur Hausgemeinschaft. Vortrag. o.O., online
verfügbar unter: [http://www.bpa.de/upload/public/doc/nrw_vom_pflegeheim_
zur_hausgemeinschaft.pdf](http://www.bpa.de/upload/public/doc/nrw_vom_pflegeheim_zur_hausgemeinschaft.pdf), zuletzt geprüft am 5.04.2010.

- Kaiser, J.-C. (1996): Zwischen Überforderung und Improvisation: Die Innere Mission im Ersten Weltkrieg. In: Kaiser, J.-C.;Greschat, M. (Hg.): Sozialer Protestantismus und Sozialstaat. Diakonie und Wohlfahrtspflege in Deutschland 1890-1938. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, S. 72-88.
- Kaiser, J.-C. (1997): „Vor Hundert Jahren ...“ Zur Gründung des Deutschen Caritasverbandes 1897. In: Kaiser, J.-C.;Loth, W. (Hg.): Soziale Reform im Kaiserreich. Protestantismus, Katholizismus und Sozialpolitik. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, S. 174-183.
- Kaufmann, F.-X. (1997): Herausforderungen des Sozialstaats. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Kaufmann, F.-X. (2003): Varianten des Wohlfahrtsstaats. Der deutsche Sozialstaat im internationalen Vergleich. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- KDA (1987): Kuratorium Deutsche Altershilfe: Neue Konzepte für das Pflegeheim – auf der Suche nach mehr Wohnlichkeit. In: KDA (Hg.): KDA Presse- und Informationsdienst 5. Köln: KDA, S. 1-18, zit. nach Prahl/Schroeter 1996.
- KDA (2000): Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.): Familiäre Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Einrichtungen. Köln: Kuratorium Deutsche Atershilfe.
- Kelle, U.; Niggemann, C. (2003): Datenerhebung als sozialer Prozess in der Evaluation- und Wirkungsforschung. In: Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, 2, 13, S. 2-22.
- Keller, R. (2004): Diskursforschung. Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Klein, B. (1994): Pflege 2000. Chancen für Visionen? In: Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation (Hg.): IAO-Forum Pflege 2000. Aktuelle Konzepte und EDV-Unterstützung im Altenpflegebereich. Stuttgart: Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation, o.S.
- Klie, T. (1987a): Heime im normativen Konflikt. In: Brandt, H.; Dennebaum, E.-M.; Rückert, W. (Hg.): Stationäre Altenhilfe. Freiburg i. Br.: Lambertus, S. 47-57.
- Klie, T. (1987b): Das Heimgesetz: Schutz der Interessen und Bedürfnisse der Bewohner vor Beeinträchtigungen? In: Brandt, H.; Dennebaum, E.-M.; Rückert, W. (Hg.): Stationäre Altenhilfe. Freiburg i. Br.: Lambertus, S. 217-226.

- Klie, T. (1988): Rechtliche Regelungen des Heimwesens. In: Döhner, H.; Freese, H.; Schröder, U. (Hg.): Im Alter leben. Krisen, Ängste, Perspektiven. Hamburg: Ergebnisse-Verlag, S. 149-165, zit. nach Eggert 1995.
- Klie, T. (1997): Normative Optionen: Die Stellung des Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen im SGB XI. In: Braun, U.; Schmidt, R. (Hg.): Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Regensburg: Transfer, S. 9-21.
- Klie, T. (1998): „Gute Pflege“ zwischen Eigensinn, Markt und Solidarität – Zivilisierungsstrategien im welfare-mix. In: Schmidt, R.; Braun, H.; Giercke, I.; Klie, T.; Kohnert, M. (Hg.): Neue Steuerungen in Pflege und Sozialer Altenarbeit. Regensburg: Transfer-Verlag, S. 133-141.
- Klie, T. (1999): Sicherung der Pflege und Pflegeversicherung. In: Klie, T.; Schmidt, R. (Hg.): Die neue Pflege alter Menschen. Bern: Huber, S. 11-31.
- Klie, T. (2002): Recht und Qualitätssicherung in der Pflege alter Menschen – Gesetzliche Rahmenbedingungen und Rechtswirklichkeit. In: Igl, G.; Schiemann, D.; Gerste, B.; Klose, J. (Hg.): Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart, New York: Schattauer, S. 19-34.
- Klie, T. (2004): Neuausrichtung der Pflegepolitik – Für eine bürgerschaftlich verankerte kommunale Altenpolitik. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 1/2004, S. 4-6.
- Klie, T. (2007): Das Pflegebudget. In: Igl, G.; Naegele, G.; Hamdorf, S. (Hg.): Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegenden. Münster u. a.: LIT-Verlag, S. 208-224.
- Klie, T. (2009): Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden. Expertise: Sozialpolitische Neuorientierung und Neuakzentuierung rechtlicher Steuerung. In: Netzwerk: Soziales neu gestalten (Hrsg.). Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden. Expertise von Professor Dr. Thomas Klie zur sozialpolitischen Neuorientierung und Neuakzentuierung rechtlicher Steuerung. Gütersloh 2009.
- Klie, T.; Hoch, H.; Pfundstein, T. (2004): Bürgerengagement für Lebensqualität im Alter (BELA). Ergebnisbericht zur „Heim- und Engagiertenbefragung“ für das 2. Forum des BELA-Praxisverbundes am 16.11.04. Freiburg: Evangelische Fachhochschule Freiburg, Arbeitsschwerpunkt Gerontologie und Pflege.

- Klie, T.; Hoch, H.; Pfundstein, T. (2005): BELA. Bürgerschaftliches Engagement für Lebensqualität im Alter. Schlussbericht zur „Heim- und Engagiertenbefragung“. Freiburg: Evangelische Fachhochschule Freiburg, Arbeitsschwerpunkt Gerontologie und Pflege.
- Klie, T.; Pfundstein, T.; Schuhmacher, B.; Monzer, M.; Klein, A.; Störkle, M.; Behrend, S. (2008): Das Pflegebudget. Abschlussbericht. Freiburg: Evangelische Fachhochschule Freiburg, Arbeitsschwerpunkt Gerontologie und Pflege.
- Klie, T.; Roß, P.-S. (2005): Wieviel Bürger darf's denn sein!? Bürgerschaftliches Engagement im Wohlfahrtsmix – eine Standortbestimmung in acht Thesen. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 36, 4, S. 20-43.
- Koch-Straube, U. (1997): Fremde Welt Pflegeheim. Eine ethnologische Studie. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Koch-Straube, U. (2005): Lebenswelt Pflegeheim. In: Schroeter, K.; Rosenthal, T. (Hg.): Soziologie der Pflege. Weinheim, München: Juventa, S. 211-226.
- Kondratowitz, H.-J. v. (1988a): Allen zur Last, niemandem zur Freude. Die institutionelle Prägung des Alterserlebens als historischer Prozeß. In: Göckenjan, G.; Kondratowitz, H.-J. v. (Hg.): Alter und Alltag. Frankfurt/M.: Suhrkamp, S. 100-136.
- Kondratowitz, H.-J. v. (1988b): Das ungeliebte Heim. Historische Gründe und neue Alternativen. In: Kruse, A.; Lehr, U.; Oswald, F.; Rott, C. (Hg.): Gerontologie. Wissenschaftliche Erkenntnisse und Folgerungen für die Praxis. Bd. 2. München: Bayrische Monatsspiegel Verlagsgesellschaft, S. 427-465.
- Kondratowitz, H.-J. v. (1990a): Das Altersstift. Merkmale einer Einrichtung der Alterssicherung im 19. Jahrhundert In: Göckenjan, G. (Hg.): Recht auf ein gesichertes Alter? Studien zur Geschichte der Alterssicherung in der Frühneuzeit der Sozialpolitik. Augsburg: Maro, S. 142-157
- Kondratowitz, H.-J. v. (1990b): Das Alter – eine Last. Die Geschichte einer Ausgrenzung, dargestellt an der institutionellen Versorgung des Alters 1880-1933. In: Archiv für Sozialgeschichte, 30, S. 105-144.

- Kondratowitz, H.-J. v. (2005a): Langfristiger Wandel der Leitbilder in der Pflege. In: Schroeter, K.; Rosenthal, T. (Hg.): *Soziologie der Pflege*. Weinheim, München: Juventa, S. 125-140.
- Kondratowitz, H.-J. v. (2005b): Die Beschäftigung von Migrantinnen/innen in der Pflege. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38, 6, S. 417-423.
- Kondratowitz, H.-J. v.; Schmidt, R. (1986): Vorwärts zu den Anfängen! Wohlfahrtsverbandliche Altenarbeit im Spannungsfeld gerontologischer Zielvorstellungen und finanzieller Restriktionen. In: Gernert, W.; Heinze, R. G.; Koch, F.; Olk, T.; Thränhardt, D. (Hg.): *Wohlfahrtsverbände zwischen Selbsthilfe und Sozialstaat*. Freiburg i. Br.: Lambertus, S. 54-68.
- Kooiman, J. (1993) (Hg.): *Modern Governance: New Government – Society Interactions*. London: Sage.
- Krampe, E.-M. (2009): *Emanzipation durch Professionalisierung. Akademisierung des Frauenberufs Pflege in den 1990er Jahren*. Frankfurt/M.: Mabuse Verlag.
- Kremer-Preiß, U.; Narten, R. (2004): *Betreute Wohngruppen. Struktur des Angebots und Aspekte der Leistungsqualität. Pilotstudie*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Kreyenfeld, M.; Spieß, C. K.; Wagner, G. G. (2002): Kinderbetreuungspolitik in Deutschland. Möglichkeiten nachfrageorientierter Steuerungs- und Finanzierungsinstrumente. In: *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 5, 2, S. 201-221.
- Krug von Nidda, C. L. (1955): *Entwicklungstendenzen und gegenseitige Beziehungen der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege in Deutschland in der Epoche des Übergangs von der Armenpflege zur Fürsorge*. In: Muthesius, H. (Hg.): *Beiträge zur Entwicklung der Deutschen Fürsorge. 75 Jahre Deutscher Verein*. Köln, Berlin: Carl Heymanns Verlag, S. 133-349.
- Kühnert, S. (1991): *Das Verhältnis zwischen Angehörigen von Heimbewohnern und Mitarbeitern im Altenpflegeheim*. Frankfurt/M., Bern, New York, Paris: Peter Lang.
- Kunte, A. (2007): *Marktförmige Leistungserbringung und öffentliche Verantwortung im Sozialrecht*. Berlin: Berliner Wissenschafts-Verlag.

- Lamping, W.; Schridde, H. (2004): Der „aktivierende Sozialstaat“ – ordnungs- und steuerungstheoretische Aspekte. In: Lütz, S.; Czada, R. (Hg.): Wohlfahrtsstaat – Transformationen und Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 40-65.
- Landesarchiv Berlin STA Rep 00-02/1, Nr 1404, zit. nach Irmak 2002.
- Landwehr, R. (1995): Funktionswandel der Fürsorge vom Ersten Weltkrieg bis zum Ende der Weimarer Republik. In: Landwehr, R.; Baron, R. (Hg.): Geschichte der Sozialarbeit: Hauptlinien ihrer Entwicklung im 19. und 20. Jahrhundert. Weinheim, Basel: Beltz, S. 73-138.
- Le Grand, J. (2003): Motivation, Agency and Public Policy: Of Knights & Knaves, Pawns & Queens. New York: Oxford University Press.
- Leitner, U. (1986): Entwicklungslinien in der Geschichte institutioneller Versorgung alter Menschen in Deutschland. In: Articus, S.; Karolus, S. (Hg.): Altenhilfe im Umbruch. Frankfurt/M.: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, S. 24-38.
- Lepsius, S. (1902): Moderne Wohltätigkeit. In: Zukunft, zit. nach Levy/Götze 1912.
- Levy, A.; Götze, H. (1912): Die Beschaffung der Geldmittel für die Bestrebungen der freien Liebestätigkeit. Schriften des Deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit. Heft 98. München, Leipzig: Duncker & Humblot.
- Lind, S. (1995): Das Altenpflegeheim. Entwicklungsgeschichte, Problemfelder und Lösungsansätze in der stationären Langzeitpflege in der Bundesrepublik Deutschland. In: Sozialer Fortschritt, 44, 2, S. 31-38.
- Lindemann, M. (1981): Bürgerliche Karriere und patriotische Philantropie: Armenpolitik in Hamburg vor und nach der Reform von 1788. In: Sachße, C.; Tennstedt, F. (Hg.): Jahrbuch der Sozialarbeit 4. Geschichte und Geschichten. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 157-180.
- Mai, M. (2008): Der Beitrag von Professionen zur politischen Steuerung und Governance. In: Sozialer Fortschritt, 57, 1, S. 14-18.
- Majce, G. (1978): „Geschlossene“ Altenhilfe. Probleme der Heimunterbringung. In: Rosenmayr, L.; Rosenmayr, H. (Hg.): Der alte Mensch in der Gesellschaft. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt, S. 261-297.

- MASG-SH (2010): Ministerium für Arbeit Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein (2010): Wohn-Pflege-Gemeinschaft. Gepflegt alt werden – selbstbestimmt und privat leben. Kiel: Schleswig-Holsteinische Landesregierung.
- Maul, D. (2003): Vom Gnadenbrot zur Lebensstandardsicherung. Ein historischer Abriss zum privaten und öffentlichen Umgang mit Langlebigkeit. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 36, 2, S. 115-120.
- Mayntz, R. (2003): Governance im modernen Staat. In: Benz, A. (Hg.): Governance. Eine Einführung. Dreifachkurseinheit der FernUniversität Hagen. Hagen: Fernuniversität Hagen, S. 71-83, zit. nach Mayntz 2004.
- Mayntz, R. (2004): Governance Theory als fortentwickelte Steuerungstheorie? MPIfG Working Paper 04/1. Köln: Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung.
- MDS (2004): Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (2004) (Hg.): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 1. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Essen: MDS.
- MDS (2007): Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (2007) (Hg.): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Essen: MDS.
- Mehls, S.; Salas-Gomez, P. (1999): Von der Zuwendung zum Leistungsvertrag. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, 1+2/1999, S. 5-8.
- Meier, R.; Seemann, H.-J. (1982): Die Grauen Panther. Rebellion der Alten. Weinheim, Basel: Beltz.
- Meier, U.; Schreiner, K. (2000): Bürger- und Gottestadt im späten Mittelalter. In: Lundgreen, P. (Hg.): Sozial- und Kulturgeschichte des Bürgertums. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 43-84.
- Meuser, M.; Nagel, U. (1991): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht: Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, D.; Kraimer, K. (Hg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 441-471.

- Moering, E. (1997): Geschichte des hessischen Siechenhauses. In: Moering, E.; Seiler, F. (Hg.): Leben im Alter. Die Geschichte des hessischen Siechenhauses und der evangelischen Altenhilfe. 1893-1994. Hofgeismar: Verein für hessische Geschichte und Landeskunde e.V.
- Moll, P. (1983): Sozialpolitische Grundfragen des Einsatzes ehrenamtlicher Mitarbeiter. In: Schmidt, R. (Hg.): Ehrenamtliche Dienste in der Altenhilfe. Ein Reader. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, S. 25-35.
- Mörsberger, T. (1983): Wider die Handhabung Ehrenamtlicher durch ‚Anleitung‘. In: Schmidt, R. (Hg.): Ehrenamtliche Dienste in der Altenhilfe. Ein Reader. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, S. 121-126.
- Moss, P. (2008): Early Childhood Education. Markets and Democratic experimentalism. Two models for early childhood education and care. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Motel-Klingebiel, A.; Tesch-Roemer, C.; Kondratowitz, H. J. v. (2005): Welfare states do not crowd out the family: evidence for mixed responsibility from comparative analyses. In: Ageing & Society, 25, 6, S. 863-882.
- Münsterberg, E. (1897): Armenpflege. Berlin, zit. nach Levy/Götze 1912.
- Münsterberg, E. (1905): Generalbericht über die Tätigkeit des deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit während der ersten 25 Jahre seines Bestehens. Leipzig: Duncker & Humblot.
- Naßmacher, H.; Naßmacher, K.-H. (1999): Kommunalpolitik in Deutschland. Opladen: Leske + Budrich.
- Newman, J. (2001): Modernising Governance: New Labour, Policy and Society. London: Sage.
- Newman, J. (2005): Participative governance and the remaking of the public sphere. In: Newman, J. (Hg.): Remaking Governance: Peoples, Politics and the Public Sphere. Bristol: The Policy Press, S. 119-138.
- Nierenheim, H. (2003): Zur Geschichte des Mariannen-Hospitals in Werl unter besonderer Berücksichtigung der Armen- und Gesundheitsfürsorge dieser Stadt. Essen: Dissertation der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum.

- Nipperdey, T. (1972): Verein als soziale Struktur in Deutschland im späten 18. und frühen 19. Jahrhundert. In: Boockmann, H.; Esch, A.; Heimpel, H.; Nipperdey, T.; Schmidt, H. (Hg.): *Geschichtswissenschaft und Vereinswesen im 19. Jahrhundert*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 1-44.
- Nitsch, N. (1999): *Private Wohltätigkeitsvereine im Kaiserreich*. Berlin, New York: de Gruyter.
- Nolte, R. (1996): *Pietas und Pauperes. Klösterliche Armen-, Kranken- und Irrenpflege im 18. und frühen 19. Jahrhundert*. Köln, Weimar, Wien: Böhlau.
- Nomenklatur (1970): Achinger, H. (1970): *Nomenklatur von Einrichtungen der Altenhilfe*. Kleine Schriften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. Heft 42. Frankfurt/M.: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.
- Nullmeier, F. (2003): *Wohlfahrtsmärkte und Bürgerengagement in der Marktgesellschaft*. In: Allmendinger, J. (Hg.): *Entstaatlichung und soziale Sicherheit*. Verhandlungen des 31. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Leipzig 2002. Teil 2. Opladen: Leske + Budrich, S. 961-974.
- Oepen, J. (2006): *Die Stiftung St. Josefshaus: Von der Kleinkinder-Bewahrschule zur Kindertagesstätte*. In: Stiftung St. Josefshaus (Hg.): *125 Jahre St. Josefshaus im Severinsviertel. 1881 bis 2006*. Festschrift. Köln: Stiftung St. Josefshaus, S. 11-36.
- Ohl, O. (1966): *Arbeitsgruppe V. Altenhilfe und Bundessozialhilfegesetz*. Einleitung. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.): *Vier Jahre Bundessozialhilfegesetz und Jugendwohlfahrtsgesetz. Wege in die Zukunft*. Gesamtbericht über den 64. Deutschen Fürsorgetag 1965 in Köln. Frankfurt/M.: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, S. 255-257.
- Olk, T.; Heinze, R. G. (1981): *Die Bürokratisierung der Nächstenliebe. Am Beispiel von Geschichte und Entwicklung der „Inneren Mission“*. In: Sachße, C.; Tennstedt, F. (Hg.): *Jahrbuch der Sozialarbeit 4. Geschichte und Geschichten*. Reinbek bei Hamburg, S. 233-271.
- Pabst, S. (1997): *Finanz- statt Sozialpolitik. Konflikte bei der Implementation der Pflegeversicherung*. ZeS-Arbeitspapiere. 8. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik.

- Patschovsky, A. (1993): *Beginnen, Begarden und Terziaren im 14. und 15. Jahrhundert. Das Beispiel des Basler Beginenstreits (1400/04-1411)*. In: Schnith, K. R.; Pauler, R. (Hg.): *Festschrift für Eduard Hlawitschka zum 65. Geburtstag. Münchner Historische Studien. Abteilung Mittelalterliche Geschichte 5*. Kallmünz: Lassleben, S. 403-418.
- Paul, N. (1996): „Zum Zwecke der Verpflegung dürftiger Kranker, Erziehung geschickter Ärzte und Beförderung und Erweiterung der Heilwissenschaft“. *Arztinitiativen bei der Gestaltung des Krankenhauses in der Zeit des Aufgeklärten Absolutismus*. In: Labisch, A.; Spree, R. (Hg.): „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“. Frankfurt/M.: Campus, S. 91-172.
- Petersen, K. (1976) (Hg.): *Selbsthilfe und ihre Aktivierung durch die soziale Arbeit. Gesamtbericht über den 68. Deutschen Fürsorgetag 1976 in Dortmund*. Frankfurt/M.: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.
- Pfau-Effinger, B.; Och, R.; Eichler, M. (2008): *Ökonomisierung, Pflegepolitik und Strukturen der Pflege älterer Menschen*. In: Evers, A.; Heinze, R. G. (Hg.): *Sozialpolitik. Ökonomisierung und Entgrenzung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 83-97.
- Pflegeheimführer Berlin (2008)*. Berlin: Verlag Der Tagesspiegel.
- Polterauer, J. (2006): *Corporate Citizenship. Unternehmen in der Zivilgesellschaft*. In: *GLOCALIST*, 08, S. 27-29.
- Powell, M. (2007): *The mixed economy of welfare and the social division of welfare*. In: Powell, M. (Hg.): *Understanding the mixed economy of welfare*. Bristol: The Policy Press, S. 1-21.
- Prahl, H.-W.; Schroeter, K. (1996): *Soziologie des Alterns: eine Einführung*. Paderborn, München, Wien: Schöningh.
- Priester, K. (2004): *Pflegeversicherung und Demenz*. In: Essers, M.; Gerlinger, T.; Herrmann, M.; Hinricher, L.; Lenhardt, U.; Seidler, A.; Simon, M.; Stegmüller, K. (Hg.): *Jahrbuch für Kritische Medizin Band 40, Demenz als Versorgungsproblem*. Hamburg: Argument-Verlag, S. 102-119.

- Private Fürsorge (1901): Die Private Fürsorge in Frankfurt am Main. Ein Hand- und Nachschlagebuch. Frankfurt/M.: Verlag der Centrale für private Fürsorge, zit. nach Kondratowitz 1990a.
- Redding, W. F. (1998): Bürgerspital und Bischofsstadt Bamberg. Frankfurt/ Oder: scripvaz.
- Reinschmidt, H. (1996): Systemwechsel in der stationären Pflege. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, 10/1996, S. 270-273.
- Reulecke, J. (1996): Vorgeschichte und Entstehung des Sozialstaats in Deutschland bis ca. 1930. Ein Überblick. In: Kaiser, J.-C.; Greschat, M. (Hg.): Sozialer Protestantismus und Sozialstaat. Diakonie und Wohlfahrtspflege in Deutschland 1890-1938. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, S. 57-71.
- Rhodes, R. W. A. (1997): Understanding Governance. Policy Networks, Reflexivity and Accountability. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Rilling, D. (1970): Jedem Stadtteil sein Altenzentrum. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, 12/1970, S. 377-378, zit. nach Baumgartl 1997.
- Röber, M. (2006): Wohlfahrtspluralismus und häusliche Pflegearrangements. Dissertation. Gießen: Gießener Elektronische Bibliothek; <http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2006/2841/>.
- Rohrmann, E. (2005): Ambulant oder stationär. Vortrag auf der Veranstaltung De-Institutionalisierung von Menschen mit Behinderungen – ein Schlüssel der Disability Studies am 15. April 2005 in Kassel, S. 1-8, online verfügbar unter <http://www.forsea.de/aktuelles/Ambulant%20oder%20stationaer.pdf>, zuletzt geprüft am 28.07.09.
- Rolshoven, H. (1978): Pflegebedürftigkeit und Krankheit im Recht. Eine Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Kostenträgerschaft. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Roth, G. (2002): Qualität in Pflegeheimen. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Dortmund: Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund.

- Roth, G.; Rothgang, H. (2001): Sozialhilfe und Pflegebedürftigkeit: Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach fünf Jahren. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 34, S. 292-305.
- Rothgang, H. (2000): Pflegebedarfsplanung in Deutschland – Gegenstand, Bilanz und Perspektiven. In: Zeitschrift für Sozialreform, 46, 11, S. 1003-1021.
- Rothgang, H.; Wasem, J.; Greß, S. (2005): Vergütungsfindung auf dem stationären Pflegemarkt in Nordrhein-Westfalen – Bestandsaufnahme und Alternativen. Diskussionsbereich aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen, Campus Essen, Nr. 144. Essen: Universität Duisburg-Essen.
- Runder Tisch Pflege AG III (2005): Entbürokratisierung. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, Geschäftsstelle Runder Tisch Pflege.
- Runder Tisch Pflege AG IV (2005): Charta der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, Geschäftsstelle Runder Tisch Pflege.
- Sachße, C. (1995): Verein, Verband und Wohlfahrtsstaat. Entstehung und Entwicklung der „dualen“ Wohlfahrtspflege. In: Rauschenbach, T.; Sachße, C.; Olk, T. (Hg.): Von der Wertegemeinschaft zum Dienstleistungsunternehmen. Jugend- und Wohlfahrtsverbände im Umbruch. Frankfurt/M.: Suhrkamp, S. 123-146.
- Sachße, C. (1996): Vom Demokratischen zum autoritären Wohlfahrtsstaat. Sozialpolitische Entwicklungslinien 1929-1938. In: Kaiser, J.-C.; Greschat, M. (Hg.): Sozialer Protestantismus und Sozialstaat. Diakonie und Wohlfahrtspflege in Deutschland 1890-1938. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, S. 80-103.
- Sachße, C. (1998): Entwicklung und Perspektiven des Subsidiaritätsprinzips. In: Strachwitz, R. G. v. (Hg.): Dritter Sektor – Dritte Kraft. Versuch einer Standortbestimmung. Stuttgart: Raabe, S. 369-382.
- Sachße, C. (2000): Freiwilligenarbeit und private Wohlfahrtskultur in historischer Perspektive. In: Zimmer, A.; Nährlich, S. (Hg.): Engagierte Bürgerschaft. Traditionen und Perspektiven. Opladen: Leske + Budrich, S. 75-88.
- Sachße, C. (2003): Mütterlichkeit als Beruf. Sozialarbeit, Sozialreform und Frauenbewegung 1871-1929. Weinheim, Basel, Berlin: Beltz.

- Sachße, C. (2010): Zur Geschichte Sozialer Dienste in Deutschland. In: Evers, A.; Heinze, R. G.; Olk, T. (Hg.): Handbuch Soziale Dienste. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (im Erscheinen, 2010), hier: Manuskript, S.1-25.
- Sachße, C.; Tennstedt, F. (1980): Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland. Vom Spätmittelalter bis zum 1. Weltkrieg. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachße, C.; Tennstedt, F. (1981): Von der Armutspolitik zur fachlichen Sozialarbeit. In: Sachße, C.; Tennstedt, F. (Hg.): Jahrbuch der Sozialarbeit 4. Geschichte und Geschichten. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 11-43.
- Sachße, C.; Tennstedt, F. (1988): Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland. Bd. 2. Fürsorge und Wohlfahrtspflege 1971 bis 1929. Stuttgart: Kohlhammer.
- Salamon, L. M.; Anheier, H. K. (1992): In search of the non-profit sector. I: The question of definitions. In: *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organisations*, 3, 2, S. 125-151.
- Sauer (2001): *Zivilgesellschaft: Dimensionen, Diskussionen und Trends in Österreich*. o.O.
- Schäfer, D. (1976): Leitgedanken zum Gesamthema des Deutschen Fürsorgetags 1976. In: Petersen, K. (Hg.): *Selbsthilfe und ihre Aktivierung durch die soziale Arbeit. Gesamtbericht über den 68. Deutschen Fürsorgetag 1976 in Dortmund*. Frankfurt/M.: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, S. XIV-XXIV.
- Schäfer, J. (1995): *Glossar qualitativer Verfahren*. Veröffentlichungsreihe des Berliner Zentrums Public Health, Nr 95-1. Berlin: WZB.
- Schiefer, F. (2007): *Die vielen Tode. Individualisierung und Privatisierung im Kontext von Sterben, Tod und Trauer in der Moderne. Wissenssoziologische Perspektiven*. Berlin, Münster: Lit-Verlag.
- Schmid, J. (2002): *Wohlfahrtsstaaten im Vergleich*. Opladen: Leske + Budrich.
- Schmidt, J. (1995): Die ‚Diakonissenfrage‘ im Deutschen Kaiserreich. In: Strohm, T.; Thierfelder, J. (Hg.): *Diakonie im Deutschen Kaiserreich (1871-1918)*. Heidelberg: Heidelberger Verlags-Anstalt, S. 308-329.
- Schmidt, R. (1983): *Ehrenamtliche Mitarbeiter in der Altenhilfe: Versuch, die Anzahl der ehrenamtlichen Mitarbeiter zu bestimmen, die in diesem Bereich der Sozialen*

- Arbeit tätig sind. In: Schmidt, R. (Hg.): Ehrenamtliche Dienste in der Altenhilfe. Ein Reader. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, S. 201-236.
- Schmidt, R. (1991): Altenhilfe – (k)ein Geschäft für Profis? Sekundäranalytische Studien zur Altenhilfeentwicklung seit Mitte der 70er Jahre am Beispiel Bayerns. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Schmidt, R. (1997): Krise und Perspektiven Sozialer Arbeit mit älteren Menschen. Weiden, Regensburg: eurotrans Verlag, zit. nach Erlemeier/Kühn 2006.
- Schmidt, R. (1999): Pflege als Aushandlung. Die neuen pflegeökonomischen Steuerungen. In: Klie, T.; Schmidt, R. (Hg.): Die neue Pflege alter Menschen. Bern: Huber, S. 33-91.
- Schmidt, R. (2000) (Hg.): Pflege und Wohnen. Strategien zur Neuausrichtung. Hannover: Vincentz Verlag.
- Schmidt, R. (2005): Geteilte Verantwortung: Angehörigenarbeit in der vollstationären Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz. In: Otto, U.; Bauer, P. (Hg.): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band 1: Soziale Netzwerke in Lebenslauf- und Lebenslagenperspektive. Tübingen: Dgvt, S. 575-616.
- Schmidt, R.; Klie, T. (2000a): Angebotsstrukturen von Pflege und Wohnen und Regulierungsstrategien im Wandel – Wirkungen auf Altenhilfe und Pflegewesen. In: Entzian, H.; Giercke, K. I.; Klie, T.; Schmidt, R. (Hg.): Soziale Gerontologie. Forschung und Praxisentwicklung im Pflegewesen und in der Altenarbeit. Frankfurt/M.: Mabuse, S. 9-16.
- Schmidt, R.; Kondratowitz, H.-J. (1999): Der Pflegemarkt und die Vermittlung von Angebot und Nachfrage. Einleitende Bemerkungen zur Neukonstitution der pflegerischen Versorgung für alte Menschen. In: Kondratowitz, H.-J.; Schmidt, R. (Hg.): Jahrbuch des DZA 1998. Sozialgerontologische Beiträge zur Neuorganisation und zu Perspektiven der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung im Alter. Regensburg: Transfer-Verlag, S. 3-13.
- Schneekloth, U. ; Wahl, H.-W. (2007) (Hg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispiele für "Good Practice". Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin: BMFSFJ.

- Schölkopf, M. (1998): Die Altenpflege und die Daten: Zur quantitativen Entwicklung der Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen. In: Sozialer Fortschritt, 47, 1, S. 1-9, zit. nach Bahle 2007.
- Schölkopf, M. (2002): Trends in der Alten(pflege)politik der Bundesländer. In: Klie, T.; Buhl, A.; Entzian, H.; Schmidt, R. (Hg.): Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen. Analysen zu Wirkungen der Pflegeversicherung und ihrem Reformbedarf. Frankfurt/M.: Mabuse, S. 13-44.
- Schroeter, K. R. (2006): Das soziale Feld der Pflege. Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen. Weinheim, München: Juventa.
- Schulz, A. D. (2007): Organisationen zwischen Markt, Staat und Zivilgesellschaft. Eine Studie zur Arbeitsmarktförderung von Langzeitarbeitslosen im Deutschen Caritasverband. Gießen: Gießener Elektronische Bibliothek, zugleich Dissertation Universität Gießen. Online verfügbar unter <http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2008/5890/>.
- Schulz, A. D.; Stein, A. v. (2007): How to Govern Hybrid Networks in Contradictory Institutional Settings. Paper presented at the CINEFOGO-Conference „Partnership – Keystone of New Governance“, January 29-30th, Münster.
- Schulz, I. (1992): Schwestern, Beginen, Meisterinnen. Hygieias christliche Töchter im Gesundheitswesen einer Stadt. Ulm: Universitätsverlag.
- Schwengel, H. (1999): Aktivierender Staat und aktiver Sozialstaat als europäische Leitideen. In: Gewerkschaftliche Monatshefte, 9, S. 341-348.
- Seiler, F. (1997): Geschichte der evangelischen Altenhilfe. 1963-1994. In: Moering, E.; Seiler, F. (Hg.): Leben im Alter. Die Geschichte des hessischen Siechenhauses und der evangelischen Altenhilfe. 1893-1994. Hofgeismar: Verein für hessische Geschichte und Landeskunde e.V.
- Seligman, A. B. (2002): Civil Society as Idea and Ideal. In: Chambers, S.; Kymlicka, W. (Hg.): Alternative Conceptions of Civil Society. Princeton: Princeton University Press, S. 13-33.
- Sen, A. (1999): Development as freedom. Oxford: Oxford University Press.

- Siegert, S. (2007): „Ein Heim ist immer nur die zweitbeste Lösung“. Gespräch mit Klaus Dörner und Michael Graber-Dünow. In: Dr. med. Mabuse; 9+10/2007, S. 22-25.
- Socialdata (1980): Socialdata; Brög, W.; Häberle, F.; Mettler-Meiborn, B.; Schellhaas, U. (1980): Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit. Band 80. Stuttgart: Kohlhammer.
- SONG (2006): Netzwerk Soziales Neu Gestalten (2006): Policy Paper. Demographischer und Sozialer Wandel: Zentrale Leitlinien für eine gemeinwesenorientierte Altenhilfepolitik und deren Bedeutung für soziale Organisationen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Spiegel Online (16.01.2010): Unmut über Pflege-TÜV wächst, von Elger, K., online verfügbar unter www.spiegel.de/politik/deutschland/0,1518,672251,00.html, zuletzt geprüft am 13.4.2010.
- Stadt Köln (1959): Denkschrift über das Altenproblem im Stadtgebiet Köln. Eine Diskussionsgrundlage. Köln: Stadt Köln, zit. nach Baumgartl 1997.
- Statistisches Bundesamt (1997): Statistisches Jahrbuch 1997 für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Statistisches Bundesamt (2001): Kurzbericht Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Bonn: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2003): Bericht Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Bonn: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2005): Bericht Pflegestatistik 2003. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Bonn: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2007): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2008): Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2008): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

- Steigertahl, G. (1933): Grundriß der Anstaltsfürsorge. Berlin, zit. nach Irmak 2002.
- Stekl, H. (1986): „Labore et fame“ – Sozialdisziplinierung in Zucht- und Arbeitshäusern des 17. und 18. Jahrhunderts. In: Sachße, C.; Tennstedt, F. (Hg.): Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung. Frankfurt/M.: Suhrkamp, S. 119-147.
- Steynitz, J. v. (1970): Mittelalterliche Hospitäler der Orden und Städte als Einrichtungen der Sozialen Sicherung. Berlin: Duncker & Humblot.
- Stiftung Warentest (2009): Pflegedienste. Selten gut beraten. In: test 07/2009, online verfügbar unter www.test.de, zuletzt geprüft am 8.04.2010.
- Stoller, E. P. (1989): Formal Services and Informal Helping: The Myth of Service Substitution. In: Journal of Applied Gerontology, 8, 1, S. 37-52.
- Streeck, W.; Schmitter, P. C. (1996): Gemeinschaft, Markt, Staat – und Verbände? Der mögliche Beitrag von privaten Interessensvereinigungen zu sozialer Ordnung. In: Kenis, P.; Schneider, V. (Hg.): Organisation und Netzwerk. Institutionelle Steuerung in Wirtschaft und Politik. Frankfurt/M., New York: Campus, S. 123-164.
- Strohm, T. (1995): Einführung in den Band ‚Diakonie im Deutschen Kaiserreich‘. In: Strohm, T.; Thierfelder, J. (Hg.): Diakonie im Deutschen Kaiserreich (1871-1918). Heidelberg: Heidelberger Verlags-Anstalt, S. 9-17.
- Strohm, T. (1996): Innere Mission, Volksmission, Apologetik. Zum soziokulturellen Selbstverständnis der Diakonie. Entwicklungslinien bis 1937. In: Kaiser, J.-C.; Greschat, M. (Hg.): Sozialer Protestantismus und Sozialstaat. Diakonie und Wohlfahrtspflege in Deutschland 1890-1938. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, S. 139-150.
- Strünck, C. (2000): Pflegeversicherung – Barmherzigkeit mit beschränkter Haftung. Institutioneller Wandel, Machtbeziehungen und organisatorische Anpassungsprozesse. Opladen: Leske + Budrich.
- Süddeutsche Online (21.02.2010): CSU: Pflege-TÜV ist „Totgeburt“, von Bohsem, G., online verfügbar unter www.sueddeutsche.de/politik/672/503890/text/, zuletzt geprüft am 13.04.2010.
- Süddeutsche Online (8.10.2009): „Groteske“ Ergebnisse beim Pflege-TÜV, von Frank, C., online verfügbar unter www.sueddeutsche.de/politik/946/490324/text/, zuletzt geprüft am 13.04.2010.

- Sulmann, D.; Tesch-Roemer, C. (2007): Ethische Verpflichtung zur intergenerationalen Unterstützung – Zur Entwicklung einer „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“. In: Teising, M. e. (Hg.): *Alt und psychisch krank*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 117-125.
- Tappe, R. (1997): *Der Armuth zum besten: das Goslarer Armen- und Waisenhaus und die Sozialpolitik der Freien Reichsstadt im 18. Jahrhundert*. Bielefeld: Verlag für Regionalgeschichte, zugleich Dissertation Universität Hildesheim.
- Tenfelde, K. (1984): Die Entfaltung des Vereinswesens während der industriellen Revolution in Deutschland (1850-1873). In: Dann, O. (Hg.): *Vereinswesen und bürgerliche Gesellschaft in Deutschland*. Historische Zeitschrift, Beiheft 9, S. 55-114.
- Tennstedt, F. (1981): Fürsorgegeschichte und Vereinsgeschichte. 100 Jahre Deutscher Verein in der Geschichte der deutschen Fürsorge. In: *Zeitschrift für Sozialreform*, 27, 2, S. 72-100.
- Thamer, H.-U. (2000): Der Citoyen und die Selbstverwaltung des 19. Jahrhunderts. In: Zimmer, A.; Nährlich, S. (Hg.): *Engagierte Bürgerschaft. Traditionen und Perspektiven*. Opladen: Leske + Budrich, S. 289-302.
- Valentinov, V. (2006): The logic of the nonprofit sector: an organizational economics perspective. In: *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen*, 29, 2, S. 214-226.
- Viertel, G. (1995): Vom Rettungshaus zum Unternehmen. Die Düsseldorf Anstalten unter Johannes Karsch (1891-1913). In: Strohm, T.; Thierfelder, J. (Hg.): *Diakonie im Deutschen Kaiserreich (1871-1918)*. Heidelberg: Heidelberger Verlags-Anstalt, S. 273-292.
- Waelcher, J. (1904): *Die Casseler Frauenvereine 1812-1904. Im Anhang: Sonstige dem Volkwohl dienende Vereine, Anstalten, Stiftungen und Vermächtnisse*. Cassel: Kommissionsverlag Ernst Hühn.
- Wald, A.; Jansen, D. (2007): Netzwerke. In: Benz, A. (Hg.): *Handbuch Governance: theoretische Grundlagen und empirische Handlungsfelder*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 93-105.
- Walzer, M. (2004): *Politics and Passion*. New Haven, London: Yale University Press.

- Weisbrod, B. (1977): Toward a theory of the voluntary nonprofit sector in a three-sector economy. In: Weisbrod, B. (Hg.): *The Voluntary Nonprofit Sector*. Toronto: Lexington Books, S. 51-76.
- Welter, R. (1986): Sind Heimstrukturen, sind Mitarbeiter und Bewohner anpassungsfähig – wie weit sollen sie es sein? In: *Zeitschrift für Gerontologie*, 19, S. 25-29, zit. nach Prah/Schroter 1996.
- Wex, T. (2004): *Der Nonprofit-Sektor der Organisationsgesellschaft*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Weyerer, S. (2005): Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28, Berlin: Robert Koch Institut.
- Wiese, U. E. (2009): *Rechtliche Vorgaben in der stationären Altenpflege. Leitfaden durch den Gesetzesdschungel*. München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Wiesenthal, H. (2000): Markt, Organisation und Gemeinschaft als „zweitbeste“ Verfahren sozialer Koordination. In: Werle, R.; Schimank, U. (Hg.): *Gesellschaftliche Komplexität und kollektive Handlungsfähigkeit*. Frankfurt/M.: Campus, S. 44-73, zit. nach Döhler 2007.
- Winkler, K. (2004): *Diakonische Schwestern und Mutterhausdiakonie. Sarepta im 20. Jahrhundert zwischen gesellschaftlichen Ansprüchen und eigenen Prinzipien*. Bielefeld: Kirchliche Hochschule Bethel, zugleich Dissertation.
- Wipp, M. (o.J.): Abschlussbericht. In: (Hg.): *Projekt „Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen*. München: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, S. 2-13., online verfügbar unter www.stmas.bayern.de/pflege/stationaer/entbuero.htm, zuletzt geprüft am 2.3.2010.
- Wörterbuch der Sozialpolitik (2003), online verfügbar unter <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicopossode/>, zuletzt geprüft am 20.04.2010.
- München: Wolf (1883): *Über die Frage der Armenbeschäftigung*. (Deutscher Verein für Armenpflege und Wohltätigkeit), zit. nach Münsterberg 1905.

- Wuthnow, R. (1989): *Communities of Discourse. Ideology and Social Structure in the reformation, the enlightenment, and european socialism.* Cambridge: Harvard University Press.
- Zeman, P. (1985): *Gemeinschaftliche Altenselbsthilfe: Prozesse sozialer Integration im Alter.* Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, zit. nach Baumgartl 1997.
- Ziller, H. (1989): *Das Heimgesetz.* In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.): *Alter und Recht. Dokumentation einer Fachtagung.* Frankfurt/M.: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, S. 27-30.
- Zimmer, A. (2000): *Voraussetzungen und Chancen für Bürgerschaftliches Engagement in der modernen Gesellschaft. Rede anlässlich der Hauptversammlung 2000 des Städtetages Baden-Württemberg,* online verfügbar unter www.staedtetag-bw.de/media/custom/1198_70_1.DOC, zuletzt geprüft am 16.02.2010.
- Zimmer, A. (2002a): *Dritter Sektor und Soziales Kapital. Münsteraner Diskussionspapiere zum Nonprofit-Sektor.* Nr. 19. Münster: Arbeitsstelle Aktive Bürgerschaft am Institut für Politikwissenschaft der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster.
- Zimmer, A.; Gärtner, J.; Priller, E.; Rawert, P.; Sachße, C.; Strachwitz, R. G. v.; Walz, R. (2004): *The Legacy of Subsidiarity: The Nonprofit Sector in Germany.* In: Zimmer, A.; Priller, E. (Hg.): *Future of Civil Society – Making Central European Nonprofit-Organizations Work.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 681-711.

Linkverweise im Internet (alle zuletzt geprüft am 13.04.2010):

www.b-b-e.de

www.bela-bw.de

www.bela-bw.de/bela1-bw

www.berlin.de/pflege

www.biva.de

www.bmfsfj.de

www.heimverzeichnis.de

www.mds-ev.de

www.pflegebegleiter.de

www.pflegebudget.de

www.wir-fuer-uns.de

Anhang

Leitfaden

1. Könnten Sie sich zu Beginn bitte vorstellen und etwas über die Einrichtung sagen?
(Geschichte, Angebotsspektrum, Bewohnerstruktur, Mitarbeiterstruktur, Konzept/Leitbild)
2. Welche wichtigen Neuerungen oder Änderungen gab es in den letzten Jahren hier in der Einrichtung?
(Neuerungen von außen herangetragen/in der Einrichtungen entwickelt)
3. Mit welchen Geschäftspartnern hat die Einrichtung in der alltäglichen Arbeit zu tun?
(Outgesourcte Bereiche, kooperierende Dienstleister,)
4. Wie hat sich denn in den letzten Jahren so insgesamt das Engagement aus dem lokalen Umfeld für das Heim entwickelt? Ich denke da an alle möglichen Formen der „Anteilnahme“ an der Einrichtung. Konkret wären das z.B. Partnerschaften mit anderen Organisationen, Spenden für das Heim, Freiwillige Tätigkeiten, Aktivitäten eines Fördervereins oder auch die Tätigkeit des Heimbeirats usw.
5. Würden Sie bitte beschreiben, welche Personen, Gruppen und Organisationen sich für das Heim jenseits rein geschäftlicher Kontakte engagieren und wie dieses Engagement gestaltet ist?
(Nachfragen, Hinweise geben, sammeln; zu den genannten: Wie kam es dazu, wie ist die Begleitung gestaltet, etc.)
6. Welchen Gewinn hat das Heim durch dieses Engagement?
7. Würden Sie sagen, das Profil des Heims hat sich durch den Einbezug des Engagements verändert und wenn ja, wie?
8. Wie haben die BewohnerInnen und die MitarbeiterInnen des Heims reagiert?
9. Kam es zu Problemen im Heim durch den Einbezug des Engagements von außen (bzw. bei dem Versuch, Engagement einzubinden) und wenn ja, inwiefern? Wenn nein, warum nicht?
(hauptsächlich anfangs/andauernde Konflikte?)

-
10. Inwiefern stehen in der Einrichtung Ressourcen (Gelder, Arbeitszeiten, Fortbildungen, Räumlichkeiten) für die Vernetzung/den Aufbau und die Pflege von Engagement zur Verfügung?
 11. Inwiefern kommt Ihnen bei den Bemühungen, das Heim im lokalen Umfeld einzubinden möglicherweise die vorhandene soziale Infrastruktur des Umfelds zugute?
 12. Fördert die Kommune die Vernetzung des Heims und den Einbezug von Engagement im Heim und wenn ja, wie?
 13. Wie würden Sie die Rolle Ihres Heims im Dorf/Stadtteil/Stadt umschreiben?

Erklärung

Ich erkläre: Ich habe die vorgelegte Dissertation selbständig, ohne unerlaubte fremde Hilfe und nur mit den Hilfen angefertigt, die ich in der Dissertation angegeben habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten.

Marburg, im April 2010

Kerstin Hämel