

Christel Kumbruck/Eva Senghaas-Knobloch

**Das Ethos fürsorglicher Praxis im Wandel –
Befunde einer empirischen Studie**

**artec-paper Nr. 137
November 2006**

ISSN 1613-4907



artec - Forschungszentrum Nachhaltigkeit
Enrique-Schmidt-Str. 7
Postfach 330 440
28334 Bremen
<http://www.artec.uni-bremen.de>

Das Ethos fürsorglicher Praxis im Wandel – Befunde einer empirischen Studie

Inhalt:

1. Einleitung	3
2. Von der religiös begründeten Nächstenliebe zum Ringen um spirituelle Ausrichtung	7
3. Von der exklusiven Gemeinschaft einer Schwesternschaft zu differenzierten Gemeinschaftsformen	12
4. Vom Liebesdienst zur weiblichen Domäne?	17
5. Vom Dienen zum Pflegen	23
6. Menschenbild: Vom Bedürftigen zum Kunden-Patienten	32
7. Pflegequalität unter neuen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen	35
8. Von der ungeschiedenen Zeit zur bemessenen Zeit	40
9. Resümee: Dilemmata des Ethos fürsorglicher Praxis in der Pflege	44
Literatur	47
Autorinnen:	49
Forschungszentrum Nachhaltigkeit (artec)	50

1. Einleitung

Entgegen dem Autonomie-Ideal des Menschen in der Moderne sind Situationen persönlicher Abhängigkeit für Menschen im Verlauf ihres Lebens unabweislich. Alle Menschen – insbesondere in stark arbeitsteiligen Gesellschaften – sind strukturell voneinander abhängig, nur zu unterschiedlichen Zeiten und in unterschiedlicher Weise. Besonders deutlich wird diese Situation gegenwärtig im Fall der Pflegebedürftigkeit bei Krankheit und im Alter. Hier – aber auch in den Situationen am Anfang des Lebens – sind die Fürsorgenden latent oder manifest mit dem existenziellen Angewiesensein der Bedürftigen konfrontiert, im Sinne einer „Berührung“ im doppelten Sinn des Wortes, körperlicher Bedürftigkeit und Emotionalität. Im Rahmen traditioneller Geschlechterverhältnisse wurde diese fürsorgliche Praxis einseitig den Frauen zugewiesen. Sie wurde - und wird noch zu einem großen Teil heute - außerhalb der Sphäre der dominanten Ökonomie erbracht, sowohl in der Familie als auch in spezifischen Gemeinschaftsformen und Dienstverhältnissen (Schwesternschaften). Solche Gemeinschaftsformen befinden sich allerdings seit den letzten 30 bis 40 Jahren in einem grundlegenden Veränderungsprozess: Selbstverwirklichungsansprüche sind nicht mehr auf männliche Individuen beschränkt, sondern gehören ebenso zum Entwurf weiblicher Lebenszusammenhänge.

Ein wichtiger Bezugspunkt für das Verständnis fürsorglicher Praxis außerhalb von religiösen Gemeinschaften und professioneller Tätigkeit ist die in den 1970er Jahren intensiv geführte Debatte um Probleme der *Haus(frauen)arbeit*. Untersuchungen über „die Wirklichkeit der Hausfrau“ (Pross 1975), zur „Soziologie der Hausarbeit“ (Oakley 1978), zu „Problemen der Hausfrauenarbeit“ (Kontos/Walser 1979) – um nur einige zu nennen, thematisieren Tätigkeiten, deren Notwendigkeit unbestritten, jedoch bis dahin in der modernen Soziologie als nicht untersuchungswürdig betrachtet wurden. Die Untersuchungsbefunde beschreiben die Unsichtbarkeit und fehlende Wertschätzung sowie spezifische Belastungsformen von Tätigkeiten, die in der bis dahin geltenden Geschlechterhierarchie Ehefrauen und Müttern zugesprochen wurden. In kritischer Absicht wurde „Arbeit aus Liebe – Liebe als Arbeit“ (Bock/Duden 1977) im Kontext der sich herausbildenden bürgerlichen Gesellschaft nachgezeichnet (siehe auch Hausen 2000). Die Untersuchungen und Debatten um Hausarbeit in den 1970er Jahren öffneten den Blick für gesellschaftlich notwendige Tätigkeiten, die im Rahmen einer zunehmend in Frage gestellten Geschlechterordnung als quasi natürliche den Frauen zugesprochen wurden, in den öffentlichen Wohlfahrtsstatistiken jedoch nicht registriert wurden. Ostner prägte 1978 den Begriff des „weiblichen Arbeitsvermögens“, mit dem die Fähigkeit von Frauen beschrieben wurde, geduldig und einfühlsam dem Naturbezug menschlicher Existenz, der Leiblichkeit, im alltagspraktischen Handeln zu entsprechen. Ostner/Beck-Gernsheim (1979) haben sich vom Begriff, nicht aber von dem damit bezeichneten Sachverhalt einer besonderen Fähigkeit, distanziert.

In den 1980er und 90er Jahren entwickelte sich besonders in England und in Skandinavien eine Diskussion über Care und Sozialpolitik (vgl. für viele Ungerson 1990, Gerhard u.a. 2003; Pfau-Effinger/ Geissler 2005). Hier wurde die Verbindung zwischen der Art und Weise, wie Geschlechterordnungen und Geschlechterarrangements je spezifisch beschaffen sind, mit institutionellen Gegebenheiten bzw. Veränderungen hergestellt.

Zugleich kam neben der Sorge für Kinder nun die Sorge für Kranke und Ältere in den Blick, und zwar als professionalisierte Tätigkeiten und als nicht-formalisierte Tätigkeiten, beide aber vor allem von Frauen – und auf besondere Weise – ausgeübt. Waerness (2000) hat in diesem Zusammenhang ein Begriffsverständnis von Care entwickelt, dem eine *eigene Rationalität* entspricht, die sowohl auf Fachkenntnisse und Fertigkeiten angewiesen ist als auch auf Lebenserfahrung und die Fähigkeit, „sich in die Situation des Einzelnen hineinzusetzen“ (Waernes 2000, S. 60). Sie knüpft dabei an amerikanische Forschungen an, die spezifische Formen von „sentimental work“ als begleitend und notwendig zur Erfüllung für die (medizinisch verstandene) Hauptaufgabe analysiert haben (siehe Strauss et al 1980). Mit Blick auf die Professionalisierungspolitik befürchtet Waerness, „dass diese Strategie der technisch-ökonomischen Logik folgt und daher die Stellung der Fürsorge-rationalität bedroht“ (Waerness 2000, S. 62). Ein eigener Diskurs hat sich in diesem Zusammenhang zur Bezeichnung als Kunde für Patienten im Rahmen neuer Organisations- und Managementkonzepte entwickelt. Entsprechende Beobachtungen werden auch von Eckart angestellt. Für Eckart ist in Anlehnung an Ruddick (1990) und Tronto (2000) entscheidend, die *Eigenheiten* fürsorglicher Praxis zu beachten. Sie betont mit Blick auf diese Eigenheiten, dass Reziprozität in der Fürsorge „nicht wie im Vertragsmodell die Folge einer eingegangenen Verpflichtung, kein Versprechen auf Gegenseitigkeit“ ist, sondern „durch die Akzeptanz der Beziehung“ entsteht (Eckart 2000, S. 19).

Die sich abzeichnenden Veränderungen im Geschlechterverhältnis und im Arbeitsleben der postindustriellen Gesellschaft machen es offenbar notwendig, auch zu fragen, in welcher Weise dadurch eingespielte Formen fürsorglicher Praxis berührt werden. Welcher Wandel zeichnet sich ab im Ethos fürsorglicher Praxis, in dem sich Aspekte von Arbeit, Rationalität, sozialen Beziehungen und einer besonderen Haltung miteinander verbinden? Welche neue Praxisformen werden – in ersten Umrissen – erkennbar. Wie sind sie zu bewerten? Diesen Fragen wollen wir uns im Folgenden besonders mit Blick auf Pflēgetätigkeiten – und hier besonders in Einrichtungen der Diakonie – widmen. Denn traditionell wurde Pflēgetätigkeit nicht als Beruf wie jeder andere auch, sondern als Berufung und Lebensform gesehen, hinter der, wenn sich eine Frau dafür entschieden hatte, andere Lebensformen zurückzustehen hatten. Im Begriff der Schwester versammelten sich die Vorstellungen eines nicht mit dem üblichen Berufsleben vergleichbaren „Liebesdienstes“. Dies galt besonders für Frauen, die sich christlichen Orden und Gemeinschaften anschlossen, aber in bestimmter Weise auch für Frauen, die als Mitglied einer freien Schwesternschaft in der Krankenpflege tätig waren (siehe Kreutzer 2005). So gab es für viele Schwestern noch bis in die 1960er Jahre die 60-Stundenwoche, Kost- und Logiszwang in der Pflegeeinrichtung bzw. einem angeschlossenen Schwesternheim und das Zölibat im Sinn einer Unvereinbarkeit der Tätigkeit einer Schwester mit einer Ehe. Auch Gewerkschaften taten sich noch lange schwer mit der Vorstellung, dass für Schwestern „normale Arbeitsbedingungen“ gelten könnten. Allerdings verbanden viele Frauen, die in den Pflegeberuf - ob innerhalb geistlicher Gemeinschaften, ob im Sinne weltlicher „Berufung“ - gingen, dies schon früh mit der Suche nach einem selbst bestimmten weiblichen Lebenszusammenhang und einer selbst gestalteten Lebenswelt, in der „Dienst“ als Ausdruck von Emanzipation erschien (siehe Scharffenorth u.a. 1984). Denn der Pflegeberuf eröffnete Frauen auch die Chance einer Berufsausbildung und -ausübung, verbunden mit der Mög-

lichkeit, für den eigenen Lebensunterhalt zu sorgen. Erst mit der Professionalisierung der Pflegeberufe wurden langsam auch die Pflgetätigkeiten (außerhalb der Orden, Gemeinschaft der Diakonissen und Diakonieschwestern) in die generell bestehenden arbeitsrechtlichen Regelungen mit Blick auf Arbeitszeiten, Teilzeitarbeit und Entlohnung integriert. Damit wird die Frage, inwiefern pflegende Tätigkeiten als Teil fürsorglicher Praxis den Arbeitstätigkeiten in der Industrie oder einem Büro vergleichbar sind und inwiefern sie eigene Charakteristika aufweisen, die im traditionellen fürsorglichen Ethos aufgehoben waren, dringlicher (siehe dazu Senghaas-Knobloch 2000; 2005).

Beim Übergang von der häuslichen in die professionelle fürsorgliche Tätigkeit, insbesondere Pflege, nehmen die Diakonissen eine Brückenfunktion ein (siehe Cordes 1995). Ihre Zusammenführung unter dem Dach eines Diakonissen-Mutterhauses wurde analog zur Familie konzipiert. Das Kaiserswerther Mutterhaus wurde 1836 von dem Pastor Theodor Fliedner gegründet. Es sollte Ausbildung zur Krankenpflege und zur Erziehung gewährleisten. Fliedner orientierte sich bei seinem organisatorischen Konzept an den katholischen *Barmherzigen Schwestern*. Das Mutterhaus galt als Bildungsstätte, in der Auszubildende und Auszubildende sich analog dem bürgerlichen Familienmodell als Glieder eines Sozialverbands verstehen sollten. Der Vorstand mit dem Vorsteher bildeten die Spitze der Hierarchie, ihnen unterstand die Vorsteherin, der wiederum die Aufseherin für die Probenschwestern sowie die Pflegerinnen und das Hauspersonal unterstanden. Die Männer vertraten die Interessen der Einrichtung nach außen, die Frau leitete im Inneren. Bei Uneinigkeit galt gemäß damaliger theologischer Auslegungspraxis, „dass der Wille des Mannes vorzugsweise gelte und die Frau nachgeben müsse, nach menschlichem und göttlichem Recht, wenn das Wort anders irgendeinen Sinn hat, dass die Weiber ihren Männern untertan sein sollen.“ (siehe Schmidt 1998, S. 140) Frauen als Diakonissen blieben in der Tochterrolle. Die berufliche Tätigkeit der Schwesternschaften unterlag den Bedingungen, denen eine Berufstätigkeit einer bürgerlichen Frau generell zu genügen hatte: Sie sollte im sozialpflegerischen Bereich angesiedelt sein; die Leitung und Kontrolle lag bei Männern; sie sollte durch religiöse ‚Berufung‘ legitimiert sein.

Die Aufgaben der Diakonissen waren vielfältig. Sie reichten von der Krankenpflege im Krankenhaus des Mutterhauses, auswärtigen Krankenhäusern und als Krankenpflegerin in den Gemeinden über soziale Tätigkeiten in der Inneren Mission in Mägdeherbergen, Magdalenenasylen und Arbeiterinnenheime bis hin zu Kinderbetreuung in Kindertageseinrichtungen und Waisenhäusern. Trotz aller restriktiven Bedingungen waren die Zusammenschlüsse von Frauen in Diakonissen-Mutterhäusern Ausdruck einer Emanzipationsbewegung, die allerdings sehr spezifische Züge trug. Amalie Sieveking formulierte das emanzipatorische Anliegen:

„Ich wünsche eine Emancipation unseres Geschlechtes, aber nicht fürwahr in dem Sinne mancher neuerer, die, alle göttliche und menschliche Ordnung umstoßend, auch die vom Herrn selber bestimmte Unterordnung des schwächeren Geschlechts unter das stärkere aufheben möchten. Was ich für die Frau in Anspruch nehme, das ist [...] die Berechtigung zu einer geregelten, Geist und Herz befriedigenden, ihre Zeit wirklich ausfüllenden Thätigkeit, die Berechtigung, wo das Haus ihnen keinen genügenden Spielraum darbietet für das Maß ihrer Kräfte, sich einen würdigen Lebensberuf zu suchen auch außer Haus.“

Amalie Sieveking 1849 (Bestand Familie Sieveking III, zit. in: Schmidt 1998, 139f.).

Auch in der Inneren Mission selbst spürte man den gesellschaftlichen Impuls, sich mit der Frauenfrage zu beschäftigen. Der Central-Ausschuss verabschiedete 1899 sechs Thesen zu der Frage „Welche Ziele und Schranken sind der Frauenbewegung durch das Evangelium gesetzt?“ Darin wird den Frauen grundsätzlich Erwerbsarbeit zugestanden und ihre Beteiligung am öffentlichen Leben positiv bewertet (Schmidt 1998). Die drei evangelischen Räte (Armut, Ehelosigkeit, Gehorsam), die das Engagement der Diakonissen bestimmten, sind zentrale Wurzeln diakonischer fürsorglicher Praxis. Sie gaben die Inspiration für die konkrete organisatorische Einbettung fürsorglicher Tätigkeiten, wie Versorgung quasi rund um die Uhr durch eine Pflegeperson, geringe Kosten für das Pflegepersonal, hohe Arbeitsmotivation etc. (siehe Scharffenorth u.a. 1984).

Schon früh gab es von Seiten der Frauenbewegung Kritik an dem Liebesdienst für Gotteslohn der Diakonissen, so z.B. von Elisabeth Malo (1855-1930) in den Publikationsorganen der bürgerlichen Frauenbewegung „Christliche Welt“ und in der Zeitschrift des „Allgemeinen Deutschen Frauenvereins“. Problematisiert wurden am Diakonissenwesen die schwierigen Arbeitsbedingungen, der unzureichender Arbeitsschutz, die unzulängliche Ausbildung, die als patriarchal und entmündigend begriffene Mutterhausstruktur mit ihrer Beschränkung der individuellen Freiheit durch Kontrolle über Freundschaften, Bildung und Ehwünsche sowie die mangelhafte materielle Absicherung (Taschengeld statt Lohn). Trotzdem war bis Mitte des 20. Jhds. das Diakonissentum ein Erfolgsmodell (siehe Henriettenstiftung: Kultur des Pflegens, 2005). Erst Ende der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde unüberschaubar, dass dieses Erfolgsmodell an seine Grenzen gestoßen war: Nur noch für wenige junge Frauen stellte es eine Attraktion dar.

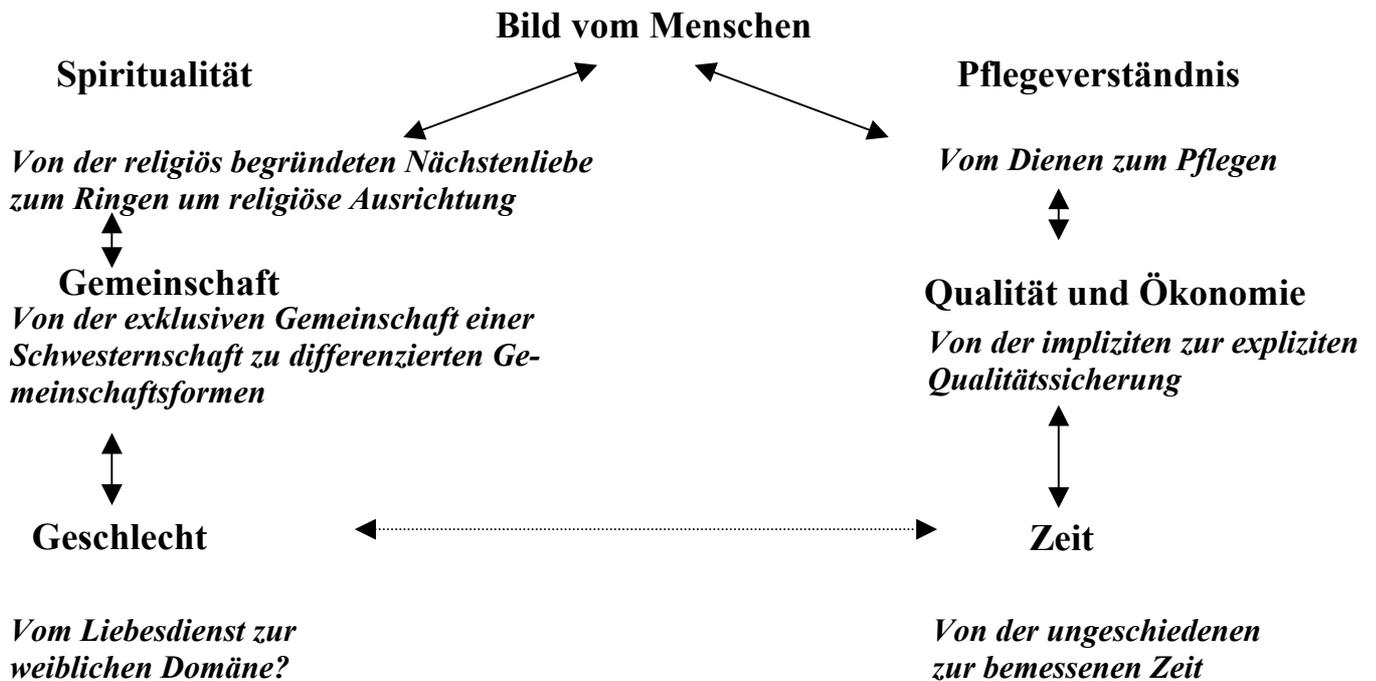
Im Rahmen einer umfangreichen Studie zum Ethos fürsorglicher Praxis¹ sind wir der Frage nachgegangen, wie Diakonissen und Diakonieschwestern selbst im Rückblick oder auch aus der heutigen aktiven Pflegepraxis heraus ihr Ethos fürsorglicher Praxis beschreiben und die verschiedenen Aspekte, die ihnen wichtig sind, charakterisieren. In den folgenden Darlegungen stützen wir uns auf die Ausführungen von 30 Interviewpartnerinnen in der Diakonie, die als Diakonissen oder als Diakonieschwestern im Dienst diakonischer Einrichtungen tätig waren oder noch sind.

Unsere Befunde verweisen auf sechs Elemente des Ethos fürsorglicher Praxis aus der Sicht von Diakonissen und Diakonieschwestern: Spiritualität, Gemeinschaft, Geschlecht, Gute Arbeit in der Pflege, Qualität unter neuen ökonomischen Rahmenbedingungen sowie Zeit. Sie münden in ein bestimmtes Menschenbild. Zusammen bilden sie eine Konfiguration; Änderungen in einem Element haben auch Bedeutung für die anderen Elemente (siehe Schaubild).

1 Am Kooperationsvorhaben zum Ethos fürsorglicher Praxis sind Jürgen Rinderspacher und Gerd Wegner im Sozialwissenschaftlichen Institut der EKD sowie die Autorinnen im Forschungszentrum Nachhaltigkeit (artec) der Universität Bremen beteiligt und arbeitsteilig leitend.

Schaubild

Die Konfiguration des Ethos fürsorglicher Praxis in der Pflege



2. Von der religiös begründeten Nächstenliebe zum Ringen um spirituelle Ausrichtung

Wenngleich in der Debatte über Pflegepraxis gegenwärtig technische und ökonomische Kennziffern im Vordergrund stehen, gewinnt ein Diskurs über Spiritualität, in dem die Defizite der Mainstreambetrachtung deutlich werden, an Bedeutung. Das Spektrum dieses Diskurses reicht von einer Betrachtung jeglicher moderner Arbeit unter dem Aspekt des Geistes, in dem Arbeit vollzogen wird (Wegner 2005), bis zu Handlungsempfehlungen für die Einbeziehung von Spiritualität, als Gefühlen und Gedanken, die einer menschlichen Existenz Sinn und Zweck verschaffen², in die pflegerische Praxis. Für Diakonissen und Diakonieschwestern steht der besondere Geist, der sie beflügelt, nie in Frage. In der großen Studie über Leben und Arbeiten evangelischer Schwesternschaften von 1984 beschrieb eine Schwesterngruppe diesen Punkt in folgenden Worten: „Wir haben uns aber zur Aufgabe gestellt, dass die uns anvertrauten Menschen spüren, wir sind für sie da mit unseren erlernten Fähigkeiten und als Mitmenschen, die teilnehmen an ihrem Ergehen, an ihrem Leiden und an ihren Freuden“ (Scharffenorth u.a. 1984, S.50). In den Gesprächen

² Siehe zu verschiedenen Spiritualitätskonzepten in der Pflege Mauk 2004.

mit Diakonissen und Diakonieschwestern unserer Untersuchung aus dem Jahre 2006 wird die Bedeutung von Spiritualität für Pflegende und Gepflegte thematisiert und die Frage erörtert, was ein Verlust von Spiritualität an Folgewirkungen hätte.

2.1 Vom Missionsimpuls zur Sinnvermittlung für Patienten

Das von Fliedner angestrebte Ziel für Diakonissen war die Christianisierung der in Not geratenen Menschen, „*wofür man die Krankenpflege brauchte*“. Es handelt sich um ein Modell der evangelischen Kirche, das sich die katholischen Barmherzigen Schwestern zum Vorbild nahm und in protestantischen Teilen des Landes auf die gleiche Weise das Evangelium zu den Armen bringen wollte. Es setzte an gesellschaftlichen Notlagen an (Industrialisierung, Pauperismus) und wollte diese „widerchristlichen Zustände“, die „Not der Christen-Menschen“ beheben. Der Pfarrer alleine konnte das nicht schaffen, er brauchte Helfer, so dass das Amt der Diakonisse geschaffen wurde. Da diese in den Gemeinden bei den Armen wirken sollten, stand besonders Krankenpflege auf der Agenda.

Religiös-biblische Bildung und Krankenpflegeausbildung gingen Hand in Hand. Erst später erfolge eine Ausdifferenzierung des Religiösen in der einen und der (Kranken)-Pflege in der anderen Sparte der Diakonie. Es bestand die Auffassung, dass das, was heute Sozialkompetenz genannt wird, durch religiös-biblische Bildung, sogenannte Herzensbildung, den angehenden Diakonissen vermittelt werden könne. Die fachliche Ausbildung der jungen Diakonissen in Krankenpflege war der spirituellen und der Allgemeinbildung nachgeordnet. Allerdings war diese fachliche Ausbildung bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts (Preußisches Krankenpflegegesetz 1907 markiert den Beginn der Professionalisierung der Pflege) noch entschiedener als die durchschnittliche Ausbildung anderer Pflegekräfte

Die ersten Diakonissen hatten entsprechend ihren Schwerpunkt auf das diakonische Handeln als „Innerer Mission“ gelegt, d.h. das Führen der Menschen zum Glauben. Ähnlich definieren ältere Diakonissen heute im Rückblick ihren Auftrag:

„Ja, dass man mit den, mit den Leuten auch redete und ihnen Gottes Wort bringt.“

Sie selbst nehmen sich in ihrem gesamten Tun als Instrumente Gottes wahr:

„Also Gottes Wort, kann manchmal wie Menschenwort oder Menschenwort kann manchmal wie Gotteswort sein ja, wenn ein Mensch bevollmächtigt ist dafür.“

Aber sie beschreiben auch eine weniger zielbewusste Haltung, eine situative Gelassenheit, in der das Missionierungsziel in den Hintergrund tritt, aber im Ergebnis erreicht wird.

„Und das Erstaunliche dabei ist eben, dass aufgrund dieser, sagen wir mal vorurteilsfreien Hilfe, dass es inzwischen ganz viele gegeben hat, die fragen: 'warum macht ihr das eigentlich?', und dann sagen wir, warum wir das machen. Und dann kommen sie zum Glauben.“

Über die erfahrene Pflege und Hilfe wird gemäß dieser Erfahrung bei Menschen ein religiöses Interesse geweckt. Die Hilfe ist nicht Mittel zum Zweck, sondern selbst der Zweck, der aber als Nebenwirkung einen Impuls in die Welt setzt, sich mit dem Glauben zu befassen. Damit ist die Helfende nicht diejenige, die das „Heil“ bringt, sondern steht lediglich als Antwortende zur Verfügung, wenn bei demjenigen, dem geholfen wird, eine Frage nach dem Glauben daraus erwächst. Besonders bei jüngeren Diakonieschwestern findet sich heute diese Haltung:

„Ich lasse nämlich, wenn man es mal so sagen will, ich lasse dem anderen die Entscheidung, mich zu fragen und nicht ich frage ihn, „dir fehlt was“. So wie es das früher mal war!“

Das biblische Gleichnis vom barmherzigen Samariter gilt jüngeren Diakonieschwestern als Leitbild:

Es „drehte sich ihm das Eingeweide um, als er die Not des anderen sah! Und darauf hat er sich eingelassen. ... Durch das Dasein, durch die Überlegung, da ist einer, der erregt mein Mitleid und ich bringe mich da ein, kommen menschliche Fragen, warum macht ihr das denn? Also ich glaube, heute würde man, ich würde heute nicht sagen, Missionsgedanke. Ich würde heute sagen, Lebensziel prägen oder bringen! Oder wie soll ich das mal sagen, den Menschen eine Möglichkeit, den Menschen lebenswert das Leben zu vermitteln.“

Den Diakonieschwestern heute stellt sich die Lage so dar, dass Diakonie die Chance bietet, die „Sinnfrage“ im christlichen Sinne zu beantworten. Die Sinnfrage ist im pflegerischen Tun angesichts von Leid und Tod von zentraler Bedeutung. Antworten werden von schwerst Erkrankten offensichtlich gesucht, und dafür wird die diakonische Einstellung als hilfreich erachtet. Dass bei der beschriebenen Sinnvermittlung ein schmaler Grat zwischen Missionieren im alten Sinne und einer neuen Form von „Mission“ gegangen wird, wird von jüngeren Diakonieschwestern sehr akzentuiert beschrieben:

„Also ich gehöre nicht zu denen, im Sinne von missionieren wollen, aber ich weiß, meine Mission kann ja sehr sinnvoll sein. Man missioniert ja auch, indem man selber Position bezieht, das ist ja auch eine Mission. ... Das ist auch die Art von Mission, die ich auch gerne betreibe, weil ich sie auf mich beziehe und nur so anderen Menschen von meinen Erfahrungen auch berichten kann, wie weit sie die dann für sich selber umsetzen, das ist dann die Freiheit für sie, anstatt da einen Druck auszuüben.“

Spiritualität gab und gibt den Orientierungs-Rahmen dafür, Menschen in Leid und Not Antworten auf die sich stellenden Sinnfragen zu geben. Die Prioritäten aber haben sich gewandelt: Brachten die Schwestern Gottes Wort früher ungefragt zu den Bedürftigen, davon ausgehend, dass ihnen damit etwas Gutes getan würde, so verlassen sie sich heute eher darauf, dass das helfende Tun diesbezügliche Fragen initiiert, die dann gern und bereitwillig beantwortet werden. Es wird erwartet, ob die Situation die Bedürftigen zu Fragen drängt, auf die man eine Antwort weiß.

2.2 Spiritualität als Ressource

Ältere Diakonissen machen im Rückblick auf ihr Leben keine Unterscheidung zwischen Spiritualität und praktischem pflegerischem oder leitendem Tun. Für sie ist es selbstverständlich, dass ihre Tätigkeit ein Ausdruck ihrer Spiritualität ist. Der Grundstein hierfür wird ihrer Erfahrung nach bereits in der Ausbildung gelegt: Wenn aber diese christliche Basis vorhanden ist, dann braucht das Handeln nicht explizit religiös-spirituell begründet und ausgerichtet werden, dann ist es ihm immanent:

„Dieser Grund bleibt und das hält mich, und dann kann ich auch weitergeben. Und nicht nur so an solche, von denen ich was empfangen, sondern gerade auch an die, wo ich gar nichts wieder empfangen.“

Spiritualität als allgegenwärtige Bindung, schafft an jedem Ort ein Zuhause, egal wie schwer die Lebenslage ist. Diese Bindung ist dynamisch und lässt viel Bewegungsfreiheit zu. Sie wird beispielsweise mit der Erfahrung, an einer Saugdüse im Schwimmbad festgehalten zu sein und dadurch nicht untergehen zu können, verglichen

„Und in der Tat ich nahm wahr, an einer Stelle wirklich festgemacht, das gibt eine unglaubliche Bewegungsfreiheit. ... Das ist mir ganz wichtig geworden, jeder von uns muss einen festen Standort haben,

„und je fester dieser Standort, umso freier kann er sich bewegen.“

Durch Spiritualität als Anbindung entsteht ein Gottvertrauen, dass man nicht allein ist, wo immer man ist. Der Umbruch in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts wird entsprechend von einer früheren Oberin als großer Verlust beklagt:

„Und dann kam ja diese, für die Identität der Krankenpflege so schreckliche Phase, wo nur noch die Fachlichkeit gefragt wurde. ... Und ich habe ja dann noch viel Krankenpflege-Unterricht, vor allem Ethik auch bei uns an der Schule gemacht, als ich schon Oberin war, und da habe ich gemerkt, dass die Krankenpflege, sehr bewusst, das Christliche abgelehnt hat. Aber kein neues Konzept gefunden hat, was wirklich die Leute, die fühlen, befriedigt!... Dann kam das akademische Studium der Krankenpflege, was nur noch auf Theorie und Wissenschaft beruhte, und wo man immer weniger am Krankenbett war, wenn man von sich was hielt, und das ist kein Pflege-Konzept! Keins, was dauerhaft befriedigt!“

Beklagt wird hier die Entkleidung fachlicher Pflegeinhalte von religiöser Einbettung, die nicht zu einem befriedigenden Pflegekonzept geführt habe. Auch jüngere Diakonieschwestern betonen die Bedeutung, die Spiritualität für sie hat:

„Also wenn das für mich so eine Endlichkeit gegeben hätte, wenn ich nicht an ein Leben nach dem Tod glauben würde, dann - glaube ich - könnte ich das nicht so gut ertragen. Und ich denke schon, dass das auch ganz wichtig ist.“

Christliche Spiritualität ermöglicht es, mit Leid und Tod gelassener umzugehen, weil sie eine Endlichkeit über den Tod hinaus verspricht. Sie ermöglicht aber – so wird betont – auch eine klare Haltung im Zusammenhang mit sozial-politischen Regelwerken:

„Ich denke, das macht eben auch einen großen Unterschied für Menschen, die eben religiös geprägt sind, dass sie sich dafür so einsetzen, dass das Sterben genau so zum Leben gehört wie die Geburt und auch den gleichen Stellenwert eben haben muss. Und auch gegenüber Kostenträgern, die das nicht so sehen, sich dafür einzusetzen.“

Spiritualität gilt als wesentliche Triebkraft, („vielleicht ist man auch mutiger, sich entsprechend einzubringen“).

„Das ist natürlich auch meine Triebfeder, wo ich mich einsetze, weil ich eben von dieser Liebe, die jedem Menschen zusteht, einfach überzeugt bin und eben auch sage, so weit es in meinem Rahmen ist, will ich mich dafür auch einsetzen.“

Spiritualität hat den Diakonissen und Diakonieschwestern geholfen und tut es auch weiterhin, dem Leid und der Not, mit der sie in der Pflege konfrontiert sind, standzuhalten. War es früher selbstverständlich so, so muss man sich heute allerdings dessen vergewissern.

2.3 Von der Nächstenliebe zur Sinnstiftung

Diakonie hat ihren Auftrag immer als Arbeit am Nächsten, d.h. an Hilfsbedürftigen, verstanden. So ist im traditionellen Diakonieverständnis Pflege Tätigkeit primär Helfen als Ausdruck des göttlichen Auftrags zur Nächstenliebe.

Die Befriedigung der pflegenden Tätigkeit liegt in spirituellen Begründungszusammenhängen. Der Schwerpunkt fürsorglicher Praxis liegt nicht auf der fachlich korrekten Pflege und bezieht seine Legitimation nicht aus der medizinischen Gesundwerdung, sondern aus dem tief verwurzelten Verständnis vom „Glauben als einem Therapeutikum“.

Diese spirituelle Verankerung der Nächstenliebe war den Diakonissen zueigen. In dem Maß, wie sie in „Feierabendhäuser“ ziehen, fehlen der Diakonie diejenigen, die diese

Verankerung verkörpern und vermitteln. Gleichzeitig erfolgt eine zunehmende Professionalisierung und Hinwendung der Pflegekräfte zu medizinisch-technischen Kompetenzen und Angeboten, sowie ihre Ausrichtung auf Qualitätssicherungssysteme und Abrechnungspraktiken mit Anforderungen auf objektiv festzustellende fachliche Leistungen und möglichst Zeittakte. Wenn aber keine Zeit mehr für Spiritualität vorhanden ist, dann geht der Diakonie auch die sinnstiftende Funktion von Spiritualität verloren, so die Befürchtung einer Diakonisse, die auf ihre Beruf(ung)spraxis zurückblickend die gegenwärtigen Praktiken in der Diakonie bewertet:

„Und ich habe den Eindruck, dass es zu einer existentiellen Frage für die Diakonie heute wird, dabei ist zu werden. Nicht irgendwelche besonderen Übungen. Sondern dieser, dieser Wunsch, in der Welt zu sein, als ein Mensch, der alle Möglichkeiten, die ihm gegeben sind von Gott, nutzt, um sie für die anderen Menschen einzubringen. Und ich glaube, das kann man eben nicht ohne diese andere Seite von Spiritualität, dass man also auch gelegentlich mal in Ruhe dasitzt und seine Gedanken vor Gott reflektiert.“

Das heißt aber, so unsere Gesprächspartnerinnen, dass man auch für Spiritualität im Sinne von Mitmenschlichkeit Zeit braucht – Zeit, die den Mitarbeiterinnen zugute kommt und sie am Ausbrennen hindert; Zeit, die Kirche in dieser Gesellschaft auf der politischen Bühne einklagen muss.

Ältere Diakonissen berichten von ihrer Berufung durch einen Ruf Gottes, dem sie gefolgt sind:

„Bei einer Morgenandacht, da kam ganz klar ein Ruf, du sollst Diakonissin werden. Ich war sehr erschrocken! Das hätte ich nicht gedacht! Ich sträubte mich auch noch eine ganze Weile, aber es gab keine Rube, bis ich dann sagte: 'Herr; wenn es dein Wille ist, dann will ich den Weg gehen'.“

Ihre spirituelle Ausrichtung ermöglicht es – so die älteren Diakonissen - ihre Aufgabe zu lieben. Sie beschreiben Spiritualität *„nicht (als) eine besondere Form von geistigen Übungen, sondern“* als das, was die „Persönlichkeit“ umfasst als *„Haltung, die ich einem Menschen entgegen bringe“*.

Diakoniestationen und diakonische Krankenhäuser, die keine Diakonissen und Diakonieschwestern mehr haben, tun sich heute vielfach schwer damit, ihre Mitarbeiterinnen dazu zu bewegen, den Bezug zu Kirche und Spiritualität herzustellen. Solange Diakonissen und Diakonieschwestern vor Ort sind, sind sowohl in organisatorischen Leitbildern als auch in den alltäglichen Praktiken religiöse Elemente präsent, sei es dass alle Mitarbeiter zum Ansingen christlicher Gesänge eines Jubilars zusammengerufen werden, sei es dass christliche Losungen und Erklärungen in kritischen Situationen mit sinnstiftender Funktion genutzt werden, sei es, dass Pastoren supervidierend wirken. Fehlen aber diese religiösen Trägerinnen, so werden die Differenzen zwischen der in Leitbildern festgelegten religiösen Ausrichtung und der faktischen Orientierung und Einbindung der Mitarbeiterinnen in Kirche immer größer, so dass in Diakoniestationen selbstkritisch beklagt wird:

„Nicht überall, wo Diakonie draufsteht, ist auch Diakonie drin.“

Es wird deutlich, dass Spiritualität nach wie vor als eine wichtige Ressource in der pflegerischen Tätigkeit erlebt wird und hilft, Leid und Not anderer Menschen auszuhalten und ihnen fürsorgend zu begegnen. Während in den Anfangsjahren der Diakonie, die damals ja noch bezeichnenderweise Innere Mission hieß, Pflegetätigkeiten Mittel zum Zweck

waren, um Menschen wieder zum Christentum zu führen, ist Pflege heute in der Diakonie eine Hauptaufgabe und trägt ihren Zweck in sich. Religiöse Sinnstiftung gilt als eine Frucht, die abfällt, ohne selbst gemacht werden zu können (oder zu wollen). Diakonie muss sich aber heute mit einer Entspiritualisierung ihrer Einrichtungen auseinandersetzen.

3. Von der exklusiven Gemeinschaft einer Schwesternschaft zu differenzierten Gemeinschaftsformen

Gemeinschaft war und ist von grundlegender Bedeutung für Diakonie und das Ethos fürsorglicher Praxis; dabei geht es um den stützenden Rahmen, in dem sich eine spezifische Haltung der Zuwendung zu Mitmenschen entwickeln kann. In den Gesprächen lassen sich drei Dimensionen des Themas Gemeinschaft identifizieren. In der Dimension der Zugehörigkeit wird das Innen und Außen von Gemeinschaft definiert, in der Dimension der Beziehungsstrukturen geht es um das Verhältnis von Weisungsgebundenheit und Selbstbestimmung innerhalb von Gemeinschaft und in der wirtschaftlichen Dimension werden Beiträge und Erwartungen der Einzelnen an die Gemeinschaft geregelt.

Diese drei Dimensionen entsprechen nicht vollständig der traditionellen Selbstbeschreibung bestimmter Schwesternschaften, wie beispielsweise derjenigen des Kaiserswerther Modells mit seinen drei von Theodor Fliedner aufgestellten „evangelischen Räten“: Ehelosigkeit, Gütergemeinschaft, Verfügbarkeit, die ihrerseits im Begriff der Glaubens-, Lebens- und Dienstgemeinschaft enthalten sind. Jedoch lassen sich aus der Perspektive der drei genannten Dimensionen auch die Veränderungen in den Selbstbeschreibungen von Schwesternschaft erhellen.

Dabei ist zu beachten, dass Schwesternschaften und ihre Institutionen ein weit gefächertes Feld darstellen, das sich in großen Abständen immer wieder verändert hat. Gertta Scharf-fenorths großes Projekt über Schwesternschaften³ hat 1981 Fragebögen an insgesamt 113 verschiedene Schwesternschaften bzw. deren Institutionen gerichtet, die in sieben Gruppierungen verortet waren: dem Kaiserswerther Verband Deutscher Diakonissenhäuser, Verbandsschwernerschaft im Kaiserswerther Verband, Zehlendorfer Verband für evangelische Diakonie, Bund Deutscher Gemeinschafts-Diakonissenmutterhäuser, Deutscher Gemeinschaftsdiakonieverband, Verband Freikirchlicher Diakoniewerke sowie Evangelischer Fachverband für Kranken- und Sozialpflege. Seitdem haben sich Veränderungen ergeben. So sind beispielsweise die verschiedenen Schwesternschaften innerhalb des Kaiserswerther Modells 2001 zusammengeführt worden. Entsprechende Suchbewegungen werden auch von Smid 1995 beschrieben.⁴

³ Im Rahmen ihres großen Studienprogramms „Frauen als Innovationsgruppen“.

⁴ Siehe Smid 1995. Smid weist insbesondere auf die durch die Kaiserswerther Tradition eher verschüttete ältere Linie der Diakonie hin, die durch Amalie Sieveking in Hamburg schon 1932 gegründet wurde.

3.1 Von der Zugehörigkeit zu einer Schwesterngemeinschaft zur „gewählten Gemeinschaft mündiger Frauen“

Zugehörigkeit wird von den Gesprächspartnerinnen übereinstimmend als ein bleibend bedeutsames Element von Gemeinschaft beschrieben. Aber welche Gemeinschaft ist gemeint? Geht es um die organisatorisch abgegrenzte Schwesternschaft, oder geht es um das Gemeinsame aller Schwestern? Den inhaltlichen Fluchtpunkt der Zugehörigkeit im weiten Sinn bildet die allen gemeinsame diakonische Tätigkeit oder fürsorgliche Praxis. Dabei wird die persönliche Haltung zu diakonischer oder fürsorglicher Praxis verschieden bestimmt. So ist in geistlicher Hinsicht von der *Berufung zur Arbeit* die Rede, die sich auf die Nöte der Menschen bezieht. Eine Diakonisse beschreibt dies im Rückblick auf ihr Leben als „andere Seite von Spiritualität“:

„Dieser Wunsch in der Welt zu sein als ein Mensch, der alle Möglichkeiten, die ihm gegeben sind von Gott, nutzt, um sie für die anderen Menschen einzubringen. Ich glaube, das kann man eben nicht ohne diese andere Seite von Spiritualität.“

Eine frühere Schwester im Dienst einer Diakoniestation charakterisiert ihre Haltung bewusst verschieden von der von Diakonissen:

„Aber ich bin nun auch kein Mensch, der sagt: ‚jetzt wollen wir miteinander beten‘, oder so; das habe ich nie gekannt. Das habe ich anders gemacht ... Ich hatte ja auch viele Sterbende – und bin lange dageblieben und habe den Angehörigen gesagt: ‚Sie dürfen mich jederzeit anrufen‘. (...) Ich habe versucht, alles, was ich konnte zu geben an Fürsorge und Zuwendung.“

In der Haltung fürsorglicher Zuwendung können sich jedoch Schwestern verschiedener Verbandszugehörigkeiten als zu einer Gemeinschaft zugehörig betrachten. Faktisch geschah und geschieht diese weite Gemeinschaftsbildung durch Anstellung von freien Schwestern durch Diakonissenkrankenhäuser oder im Rahmen von Diakoniestationen.

Für Diakonissen und Diakonieschwestern ist es demgegenüber wichtig, dass sie zugleich auch Mitglied einer geistlichen Gemeinschaft sind. So wird z.B. von einer Diakonisse im Rückblick beschrieben, wie bedeutsam es für sie war, an jedem Ort der Welt, zu dem sie mit einem Auftrag entsandt wurde, sich immer als Teil einer geistlichen Genossenschaft zu empfinden (siehe dazu oben Spiritualität). Dabei zeichnet sich eine Loslösung von traditionell hierarchischen Hausordnungsregeln hin zu einer Anerkennung verschiedener Lebensformen auch innerhalb der Schwesternschaft ab. Im Rückblick werden von einigen Diakonissen traditionelle Regeln der strengen Exklusivität kritisiert:

„Das lag auch an der Schwester, die uns geleitet hatte als ganz junge. Es ist wohl manchmal vorgekommen, dass Freundschaften entstanden (...), da legten sie doch Wert darauf, dass die Gemeinschaft nicht durch irgendwelche Zweierschaften sehr gestört wird. Sie wollten auch nicht so gern damals, dass wir mit ausgetretenen Schwestern Kontakt halten.“

„Das fand ich das eigentlich Schlimme, als ich hierher gekommen bin“ (...) „Ich habe natürlich mit vielen Verbindung, die mal gegangen sind, von je gehabt, und habe mich danach nun nicht gerichtet. Mir ging es um den Menschen dann.“

Die eigene ungehorsame Haltung gegenüber Weisungen der Oberin wird dabei mit einem Ethos an Fürsorglichkeit begründet. Ausgeschiedene Schwestern sind nach diesem „inneren“ Verständnis Schwester geblieben, auch nachdem sie die „Familie“ der Schwesternschaft verlassen hatten. Und warum – so wird aus dieser Sicht gefragt – soll es nicht verschiedene Intensitätsgrade erlebter Schwesternschaft geben! Der alten vorgegebenen Ord-

nung gegenüber wird die Auffassung vertreten, dass eine „kreative Gemeinschaft sich nach außen öffnen“ müsse. Die gewünschte und geschätzte Stärkung als Schwester durch einen inneren Raum soll nicht durch abgeschlossene Grenzen gegenüber dem Außen, und auch nicht durch Uniformität hergestellt werden. Oft waren es Wünsche, eine Ehe einzugehen und eine Familie zu gründen, die zum erzwungenen Austritt der Schwestern führten. Einige Diakonissen, die in Leitungsfunktionen waren, beschreiben ihre eigenen dementsprechenden Versuche, das Gebot der Ehelosigkeit als bestimmend für die Zugehörigkeit zur Schwesternschaft zu relativieren:

„Wir haben dann auch angefangen, eine andere Form zu suchen, ohne das Traditionelle abzuschalten. Und haben dann eben gesagt, dass in unserer Gemeinschaft solche Typen sein können, aber dass auch andere Typen genau so dazu gehören können, die einen Beruf haben, was auch immer für einen, und die in der Gemeinschaft oder in der Teilbabe, Teilbabe an der Gemeinschaft, auch Stärkung finden für ihr Außenstehen.“

In dieser Sicht wird Gemeinschaft schon strikt von ihrem Beitrag für die diakonischen Aufgaben her bestimmt, und daran gemessen, welche Kriterien der Zugehörigkeit angemessen und legitim sind.

Das übliche äußere Zeichen für Zugehörigkeit wird in vielen Gemeinschaften, so auch in Schwesternschaften, über gleiche Kleidung hergestellt, im Falle von Schwesternschaften: Tracht und Haube. Während neuerdings in säkularen Unternehmen die Frage gleicher Kleidung unter dem Gesichtspunkt von Corporate Identity eine zunehmende Bedeutung gewinnt, wird diese heute im Rahmen der Schwesternschaften – umgekehrt – relativiert. Von Diakonieschwestern werden individuelle Gründe für oder gegen traditionelle Kleidungsstücke akzeptiert. Einige fühlen sich „unangezogen“, wenn sie die Haube nicht aufhaben, betrachten dies aber eher als persönliche Eigenart. Andere haben sie nach 20 Jahren abgelegt, „weil sie zu Kasack und Hose nicht passt“. Für wieder andere gab es eine persönliche Entwicklung, in deren Folge das Tragen der Dienstkleidung als äußeres Signal nicht mehr nötig ist, weil solche „Äußerlichkeiten“ nicht mehr gebraucht werden.

„Wir haben so ganz bewusst auch Dienstkleidung getragen, so als äußeres Signal, also einfach, das ist für die Erkennbarkeit, das ist ganz klar. Also aber auch für mich. Ich konnte mich nach außen stärker präsentieren und meine Position präsentieren... Heute weiß ich, dass ich mich auch so präsentieren kann, ohne diese Äußerlichkeit. Die brauche ich gar nicht mehr.“

Für Schülerinnen wird das gemeinsame Kleidungsstück demgegenüber als symbolisches Zeichen für Zugehörigkeit angeraten:

„Am Ende des Einführungsblocks gibt es (...) jetzt Begegnungstreffen, fröhliche Haubentreffen. Da bekommen die Schülerinnen ihre Haube als Zeichen ihrer jetzigen Zugehörigkeit zur Schwesternschaft – sie sind gleich am Anfang ihrer Ausbildung mit in der Schwesternschaft sozusagen aufgenommen – verliehen (...) Es wird ihnen freigestellt, ob sie die Haube auf der Station tragen möchten oder nicht.“

Auch bei gleicher Kleidung, so der Grundtenor, wird der Gedanke an Uniformität abgelehnt. Wer neu hinzukommt, soll sich nicht genau so verhalten müssen wie die, die schon immer da waren. Zugehörigkeit zur geistlichen Gemeinschaft wird erwünscht, soll sich aber mit Differenzierungsmöglichkeiten verbinden.

3.2 Von der Gehorsamkeitsbeziehung zum Stammtisch der Freundinnen

Entsprechende Entwicklungen zeigen sich in der Dimension der Beziehungsstrukturen. In der Tradition war das Gehorsamsgebot im Rahmen strikter Hierarchie von besonderer Bedeutung. Im kritischen Rückblick auf die Tradition wird demgegenüber von unseren Gesprächspartnerinnen bei den Diakonissen ein neues Verständnis von Gehorsam geschaffen, nämlich so, dass in der Schwesternschaft „ein gemeinsames Hören das Recht aller“ sei. Mit dieser Lesart wird auch das strenge Prinzip der Verfügbarkeit einer Diakonisse, das sich im Prinzip der Aussendung manifestiert, neu interpretiert. Als Basis für jedwede Aufgabe soll gelten, dass eine mündige Person einen Auftrag zu bewältigen hat. So beschreibt eine Diakonisse im Rückblick ihr Verständnis als Oberin:

„Mir war wichtig, wir sind eine Gemeinschaft, die nicht autoritäre Strukturen hat, sondern wir sind eine Gemeinschaft von erwachsenen mündigen Frauen (...) Die Struktur im Anfang der Diakonie war die Struktur der damaligen Gesellschaft. Vater und Mutter hatten das Sagen, und alle anderen sagten, ja, wir werden ja versorgt. Das ist nicht mehr die Gesellschaft, aus der wir kommen, in der wir leben! Und von daher muss es eine gemeinschaftliche Verantwortung sein!“

Eine solche Haltung stellt sich in Gegensatz zu dem Strukturmodell, das von Theodor Fliedner eingeführt worden ist, in dem hierarchische Weisungsbefugnis auf der einen Seite und Gehorsamspflichtigkeit auf der anderen Seite zum Maßstab für Strukturen der Entscheidung und Zusammenarbeit in Schwesternschaften gemacht wurden. Mit dem Gebot der *Verfügbarkeit auf Basis eines Gehorsamprinzips*⁵ war im Rahmen der Diakonissenschaft traditionell eine der unabweislichen Aufgaben jeder arbeitsteiligen Organisation beantwortet worden, nämlich ihren grundlegenden Zweck mit den individuellen Motiven und Wünschen ihrer Mitglieder in Einklang zu bringen. Heute können in der Landschaft der differenzierten Organisationsformen diakonischen Wirkens die Bemühungen, den diakonischen Sozialstationen auf dem Markt der verschiedenen Angebote ein eigenes Profil mit Hilfe eines besonderen Leitbilds zu geben, als Gegenpol zu der traditionellen hierarchischen Form gelten.

Leitbilder gelten in der modernen Managementlehre als Möglichkeit, das individuelle Handeln von Organisationsmitgliedern mit dem individuellen Wollen zu verbinden, das sich nicht indifferent oder gar gegensätzlich zu dem gemeinsamen Organisationszweck verhält, aber dennoch auf eigenen Quellen basiert. Aus der Sicht der Einzelnen bedeutet eine solche Einbindung individueller Motive und Wünsche in überindividuelle Zwecksetzungen, dass die Einzelne mit ihrer Stimme nicht nur ein Recht hat, gehört zu werden, sondern selbst zur Ausgestaltung der gemeinsamen Zielsetzung beiträgt. Eine frühere Gemeindegemeinschaft, die heute eine große Diakoniestation leitet, beschreibt eine *partizipative* Leitbildentwicklung für eine „Marke Diakonie in der Region“. In einem Fall – dieser Erfahrung zufolge – ist aus dem Prozess der Leitbildentwicklung ein „Stammtisch“ entstanden, der die Einbindung der Schwestern in den diakonischen Gedanken in einer neuen Gemeinschaftsform darstellt.

⁵ Friedrich berichtet von Forschungen anhand von „Schwesternmappen“ und Schwesternakten, die Aufschluss über das Ausmaß dieses Gehorsamsprinzips geben (Gespräch, Februar 2006).

3.3 Von der „geistlichen Genossenschaft“ zur Marke Diakonie

Diese Entwicklungen in der Dimension der Beziehungsstruktur zu mehr Individualität korrespondieren mit den Entwicklungen in der ökonomischen Dimension. Schon Amalie Sieveking hatte ein genossenschaftliches Modell vor Augen, als sie in Hamburg 1834 ihren Verein bildete, dessen Strukturen nicht dem patriarchalen Modell folgten. Der genossenschaftliche Gedanke ist noch heute in unserer Gesellschaft an einigen Stellen verankert, so beispielsweise in der Raiffeisengenossenschaft, und gewinnt neue Aufmerksamkeit im Rahmen einer Weltökonomie, in der verschiedene Formen der Freiberuflichkeit, der Selbständigkeit ohne Angestellte, der Werkvertragsbeziehungen und der Masse von informellen Arbeitern Fragen des Arbeitsschutzes und der Sozialsicherungen bei den Lebensrisiken von Gesundheit, mangelndem Einkommen und altersbedingter Arbeitsunfähigkeit aufwerfen. Der genossenschaftliche Gedanke der Schwesternschaften stammt aus Zeiten vorsozialstaatlichen Regelungen. Das Mutterhaus sorgte für Ausbildung, für Kleidung, für Essen und für Versorgung in Alter und Krankheit und hatte für entsprechende Rücklagen Sorge zu tragen. Aber, wie der Historiker Friedrich⁶ feststellt, wurde spätestens in den 1960er Jahren deutlich, dass das Modell nur funktioniert, „wenn genügend arbeitende“ Schwestern da sind. Allerdings gab es schon mit der Gründung des Zehllendorfer Diakonievereins 1894 – so Friedrich – eine erste Veränderung des Mutterhausmodells.

Im Rückblick von Diakonissen wird die von ihnen gelebte Idee der Gütergemeinschaft als „konsequente Gesellschaft auf Gegenseitigkeit“ sehr positiv betrachtet, allerdings oft ohne Aussicht auf Fortsetzung bewertet, auch wenn sich hier und da Frauen wieder erneut unter dem Gedanken geistlicher Genossenschaft zusammenfinden. Ausgesprochen und unausgesprochen stehen hier folgende heikle Punkte im Hintergrund: Konsequente Gegenseitigkeit bedeutet, dass es immer genügend junge Schwestern gibt, die für die Schwestern im Ruhestand („im Feierabend“) den Lebensunterhalt erwirtschaften. Das ist nicht mehr der Fall. Das Modell setzt auch voraus, dass geregelt wird, unter welchen Umständen jemand die Schwesternschaft verlassen kann, ohne dass die Einzelne oder die Schwesternschaft darüber ökonomisch einen Verlust erleidet. Wenn Individualität einen Stellenwert erhalten soll, setzt das klare Absprachen voraus. Konsequenterweise wurde zuerst im Rahmen des Evangelischen Diakonievereins später damit begonnen, eine eigenständige Rentenversicherung für die Schwestern einzubezahlen. Die Einsegnung erfolgt jetzt in das kirchliche Amt der Diakonie. Sie ist nicht gleichbedeutend mit der ökonomischen Bindung an die Schwesternschaft. Seit der Wende zum 21. Jahrhundert sind zudem erste neue Zugänge in Schwesternschaften eröffnet worden, die gar nicht mehr mit einem Arbeitsplatz in der Diakonie verbunden sind. Wer dazu kommt, ist spirituell motiviert.⁷ Ökonomische Fragen bleiben hier noch weitgehend ungeklärt.

Das Format einer ökonomischen Gemeinschaft als Bestandteil einer „geistlichen Genossenschaft“ ist mit einem Unbehagen an der Geldökonomie verbunden. Im Hintergrund steht die Idee, dass jede nach eigenen Kräften beiträgt und nach ihren eigenen Bedürfnissen bekommt, wobei diese Bedürfnisse allerdings nicht als individuelle betrachtet werden,

⁶ Im Gespräch, Februar 2006.

⁷ Hinweis von Friedrich im Gespräch, Februar 2006.

denn das zugeteilte Taschengeld wird einheitlich bemessen. Immer erneut unternommene Versuche, solche ökonomischen Gemeinschaften aufzubauen, verweisen darauf, dass Kritik am herrschenden ökonomischen System und Suche nach alternativen Lebensentwürfen nie abgerissen sind, wenn sie auch in sehr verschiedene Formen münden. Auch die Beiträge, die in den Schwesternschaften, in denen verschiedene Lebensformen gleichberechtigt nebeneinander existieren, heute in gemeinsame Kassen einbezahlt werden, zeigen das anhaltende Interesse an dieser konstruktiven Kritik an der vorherrschenden Wirtschaftsform. Die Strategie für die Entwicklung einer „Marke Diakonie in der Region“ macht allerdings deutlich, dass sich die früher miteinander verbundenen Dimensionen heute auseinander bewegen. Pflegetätigkeiten im Rahmen der Diakoniestationen sind heute hauptsächlich innerhalb der sozialstaatlich vermittelten, geldorientierten Tauschökonomie verankert.

Gemeinschaft ist nach wie vor von großer subjektiver Bedeutung für Schwestern in fürsorglicher Praxistätigkeit, aber mit einer gewandelten Auffassung und Akzentuierung: Statt starrer Abgrenzung gegenüber denen, die nicht Mitglied einer Schwesternschaft sind, gibt es eine Öffnung für vielfältige Formen der Beteiligung und Zugehörigkeit. Wechselseitige Hilfe und Unterstützung bei der Bewältigung gemeinsamer Aufgaben gelten generell als besonders positiv. Die Einbeziehung verschiedener Stimmen bei Entscheidungsprozessen hat in diakonischen Führungspositionen das traditionelle Modell des Gehorsams abgelöst. Und das genossenschaftliche Modell christlicher Gemeinwirtschaft ist weitgehend durch die Einbeziehung der Einzelnen in die sozialstaatlich vorgesehenen Regelungen ersetzt worden. Allerdings werden gerade in dieser Hinsicht Fragen der Zukunftsgestaltung laut.

4. Vom Liebesdienst zur weiblichen Domäne?

Frauen spielten und spielen in der fürsorglichen Praxis, insbesondere in Pflegetätigkeiten, sei es in der häuslichen Pflege in der eigenen Familie, sei es in der Pflege in Krankenhäusern und Heimen für Alte oder Behinderte, eine besondere Rolle. Pflege wurde auch von den diese Tätigkeit professionell Ausübenden traditionell als Berufung angesehen, hinter der, wenn sich eine Frau dafür entschieden hatte, andere Lebensformen zurückzustehen hatten.

Sowohl innerhalb eines Ordens bzw. einer evangelischen Schwesternschaft als auch als weltliche „Berufung“ wurde der Pflegeberuf von Frauen seit dem 19. Jahrhundert auch als Möglichkeit gesehen, sich von traditionellen Familienrollen für Frauen zu emanzipieren. Unverheirateten Frauen wurde die Chance einer Berufsausbildung und -ausübung eröffnet, mit der Möglichkeit, selbst für den Lebensunterhalt zu sorgen, statt von mehr oder weniger gutwilligen Anverwandten abhängig zu sein. Zudem bot das Eintreten in eine Ordensgemeinschaft und in ein Diakonissenmutterhaus auch ein Gemeinschaftsleben sowie eine lebenslange Versorgung.

Eckart (2000) benennt die zentrale Crux des Verhältnisses von Fürsorglichkeit und Geschlecht: Fürsorgliche Praxis erfolgt traditionell in einer geschlechtsspezifischen gesellschaftlichen Arbeitsteilung. Frauen sind im Rahmen der geschlechtsspezifischen Arbeits-

teilung traditionell die Tätigen der fürsorglichen Praxis. Die Tätigkeit hat aber keine hohe Wertigkeit in der Gesellschaft. Mit der gesellschaftlichen Veränderung dieser Tradition der Zuordnung von fürsorglicher Praxis zu Frauen geht auch die Notwendigkeit der Neuorientierung und Neuordnung fürsorglicher Praxis in der Gesellschaft einher. Die feministische Care-Debatte (Brückner 2000) hat viele blinde Flecken der Tradition verdeutlicht und eine Neudefinition von Arbeit ermöglicht, indem sie die unbezahlte oder schlecht bezahlte Frauenarbeit sichtbar gemacht hat. Sie hat die geschlechtsspezifisch konnotierte Verknüpfung von Arbeit und Liebe in Frage gestellt und damit auch das bis dahin gültige Selbstverständnis, dass Pflege- und fürsorgliche Tätigkeit quasi weibliche Geschlechtseigenschaften seien. *So konnte fürsorgliche Praxis als allgemeine gesellschaftliche Aufgabe in den Blick rücken.* Die Relevanz herrschender Geschlechterverhältnisse und -bilder in der fürsorglichen Praxis kommt in drei Themenfeldern zum Ausdruck: patriarchalisches Lebensmodell, Verfügbarkeit und Geschlecht „der“ Pflege.

4.1 Abschied vom patriarchalen Lebensmodell

Die Hausordnung⁸ eines Diakonissen-Mutterhauses sah einen Verwaltungs-Vorsteher, einen theologischen Vorsteher (Pastor) sowie eine Oberin vor. Diesen hatte sich die Schar der Diakonissen in Gehorsam unterzuordnen. Die Mutterhausstruktur war der patriarchalischen Familie nachgebildet. Fliedner sah vor, dass die Diakonissen die Rolle von Töchtern einnahmen und Vorsteher und Vorsteherinnen die Rolle des patriarchalen Vaters und der strengen, ihm untergeordneten Mutter. Mitte des 19. Jahrhunderts hatte die Möglichkeit für alleinstehende Frauen, innerhalb der Schwesternschaft einen eigenständigen Beruf zu erlernen, emanzipatorische Züge. Insbesondere Frauen, die mangels familiärer Mitgift keine Aussicht auf eine standesgemäße Verheiratung hatten, gewannen darüber materielle Absicherung und Status in der Gesellschaft. Sie kamen aus dem Schutz ihrer eigenen Familie unter den Schutz der Schwesternschaft-Familie. Dieses Modell geriet im 20. Jahrhundert unter Druck, so dass neue Verbände mit abgewandelten Strukturen gegründet wurden. Schwesternschaften aus Verbänden wie den Zehlendorfern oder Ravensburgern haben schon Anfang der 90er Jahre des 20. Jhds. die Notwendigkeit zur Ablösung des patriarchalen Modells gesehen und erste Veränderungsmaßnahmen eingeleitet. Der Diakonie-Verein der Zehlendorfer Schwesternschaften wurde als Gegenbewegung zu den

⁸ Die Hamburger Diakonisse Elise Averdieck (1808-1907) hat in ihren „Instruktionen für Gemeindepflegerinnen“, die Frauen zu formen versucht:

„Ihr sollt Mütter der Armen sein!
 Gehet nie eigene Wege
 Braucht treu die Gnadenmittel
 Macht eurem Herrn keine Schande.
 Haltet streng auf Ordnung
 Hütet eure Zunge.
 Wählt euch keine Arbeit
 Sucht euch Gehilfinnen
 Hütet euch vor Parteilichkeit
 Gebt Ehre, dem Ehre gebühret
 Tut nichts eigenmächtig
 Wandelt in stillem, gesammeltem Wesen
 Bleibt mit dem Mutterhaus in engster Verbindung
 Und endlich, vergesst eure eigene Seele nicht.“

damals schon als „verstaubt“ geltenden Kaiserswerther Diakonissen 1894 gegründet, um sich dem Ansinnen der (ersten) Frauenbewegung zu öffnen. Die von Fliedner verordneten diakonischen Räte und insbesondere das patriarchale Familienmodell des Mutterhauses wurden in Ansätzen aufgelöst und in eine liberalere Form überführt. Statt eines Mutterhauses wurde ein „Heimathaus“ konzipiert, also ein Kristallisationspunkt einer religiösen Heimat, innerhalb derer die Schwester für ihr eigenes Leben, ihr religiöses Leben und die Fachkompetenz stärker selbst verantwortlich ist als die Mutterhausdiakonissen. Die Vielzahl heutiger Schwesternschaften in der Diakonie ist auch Ausdruck immer erneuter Bemühungen um angemessene und attraktive Antworten (siehe Gause 2001).

Erzählungen von Oberinnen machen deutlich, wie stark das patriarchale Modell, auch auf der Leitungsebene in den Interaktionen zwischen Vorsteher und Oberin, durchschlug. Unserer Gesprächspartnerinnen berichten übereinstimmend, dass ihre Meinung oftmals *„erst einmal vom Tisch gewischt“* wurde, um sie nach einiger Zeit von der männlichen Seite vielleicht wieder als ihre eigene zu präsentieren und dann zu beschließen. Während ältere Oberinnen sich in bezug auf solch eine Situation eher in Bescheidenheit üben und sich freuen, dass sich ihre Meinung letztendlich doch durchsetzte, wenngleich sie nicht mehr mit ihrer Person in Verbindung gebracht wird, fühlen sich jüngere Oberinnen in dieser Situation heute machtlos angesichts der prinzipiellen Abwertung ihrer Meinung und sehen unter Umständen keine Perspektive mehr in ihrer Funktion.

Ältere Schwestern berichten unabhängig davon, wo sie gelernt hatten, dass sie unhinterfragt gehorchen mussten. Sie erlebten insbesondere in der Probezeit oftmals schwer nachvollziehbare Disziplinierungen wie z.B. das Verbot, ein solch „weltliches Gerät“ wie einen Fön zum Haaretrocknen zu benutzen. Es wird berichtet, dass die strengen Anordnungen auch unterlaufen wurden:

„Denn das Verbotene ist das Schönste.“

Aber im Fall überlanger Arbeitszeiten schien keine Opposition möglich:

„Wir waren in keiner Gewerkschaft, da motzte man nicht, es war eine Ehre im Roten Kreuz, was einen sehr guten Ruf hatte als Schule, dort überhaupt Examen machen zu dürfen.“

Von den als Gemeindeschwestern tätigen Diakonissen wird berichtet, dass sie *„renitent“* waren als die im Mutterhaus lebenden Diakonissen. Sie hatten viele Entscheidungen eigenständig zu treffen, mussten, ob sie wollten oder nicht, volle Verantwortung über Leben und Tod übernehmen, und lebten mitten in der Welt, die von ihnen Selbständigkeit verlangte. Wer im Mutterhaus als Diakonisse lebte, war durch lebenslange Übung eher daran gewöhnt worden, ohne Widerstand zu gehorchen. Wo das traditionelle System der Verpflichtung zum Gehorsam in der Diakonissen-Schwesternschaft auf engagierte und eigenwillige Frauen traf, wurde es als Anstoß für eine Gratwanderung und ein schwieriges Winden und Wenden erlebt. So entfaltet eine Diakonisse im Rückblick ihren Umgang auf die Anforderung zum Gehorsam angesichts eines Entsendungsauftrags:

„Und dann habe ich also drei Wochen gewartet, weil ich bin kein Mensch, der sofort ja oder nein sagen kann, und dann war ich aber so weit, dass ich wusste, ich kann ja sagen. Und das finde ich wichtig! Weil Gehorsam, Kadaver-Gehorsam, ist nie gewesen! Sondern, es war Frage und Antwort! Man konnte auch nein sagen. Jedenfalls bei uns! Und ich habe dann ja gesagt. Gehorsam bedeutet, ich lebe einfach ohne Reflektion, ja!“

4.2 Verfügbarkeit

Diakonissen verpflichteten sich in ihrem Gelübde zu den drei diakonischen Räten „Ehelosigkeit, Armut und Gehorsam“. Mit diesen drei Verpflichtungen konnte ihre weibliche Arbeitskraft ungeteilt dem Dienst am Kranken oder anderweitig Bedürftigen gewidmet werden. Auch die nicht konfessionell gebundene Schwester hatte ganz ähnlich bis Ende der 60er Jahre des 20. Jahrhunderts den Regeln zu folgen, nicht zu heiraten, auf dem Gelände der Einrichtung zu wohnen (meist mit anderen Schwestern zusammen) und dadurch jederzeit verfügbar zu sein und dabei strikt den hierarchischen Anweisungen von Oberin und Ärzten zu folgen. Die Arbeitszeiten wurden durch keine gesetzlichen Arbeitszeitregelungen begrenzt. Ein Privatleben war nicht vorgesehen. Eine Schwester, die im Roten Kreuz ihre Ausbildung machte, schildert anschaulich die restriktiven Bedingungen:

„Sehr, sehr lange Dienste hatte ich und weil ich, als ich im Roten Kreuz anfing, war es schon mal ein rotes Tuch, dass ich eine Beziehung hatte, das wurde überhaupt nicht gern gesehen und in der ersten Zeit hat man mich das auch spüren lassen, wenn mal irgendeine Arbeit nicht so ganz gut war, ich war immer sehr ehrgeizig eigentlich, aber manchmal dann klappte das ja auch nicht so gut. Und dann ja, ja, wenn man abends ausgeht, das kommt denn dabei raus. Also wir wurden sehr, sehr streng gehalten. ... Wir mussten auf dem Gelände wohnen, um Gottes Willen keine Männer mitbringen, das war ja ganz furchtbar. Wir mussten morgens manchmal schon um halb sechs anfangen, wenn sehr viel zu tun war. Wir hatten kurz Mittagspause und mussten abends sehr lange arbeiten. Wenn die Stationschwester noch die Patienten verabschiedete, dann mussten die Schülerinnen damals da stehen und bis zum Geht-nicht-Mehr Tupper drehen, wo sich solche Berge gebildet hatten, nur damit sie beschäftigt waren und nicht etwa mal früher gehen konnten, dass man mal ins Kino hätte gehen können. Das musste man alles in seiner Freizeit machen.“

Die Verpflichtung zur Ehelosigkeit und zum Wohnen auf dem Gelände der Einrichtung hatte mit der Verfügbarkeit der Schwestern zu tun; sie waren wie eine Ressource, auf deren Dienst jederzeit zugegriffen werden konnte:

„Von daher war es natürlich kein Problem, mal kurz in mein Zimmer zu gehen, konnte man sich mittags hinlegen oder einen Spaziergang machen oder solche Sachen. Also das wäre heute nicht mehr denkbar.“

Für Diakonissen im Kaiserswerther Verand war der Gedanke des „Liebesdienstes“ theologisch fundiert und damit besonders bindend in dreifacher Weise festgeschrieben, nämlich als „Dienerinnen des Herrn Jesu, als Dienerinnen der Kranken um Jesu willen (später hieß es hier: der Armen, Kranken und Kinder um Jesu willen) (und) als Dienerinnen untereinander“⁹. Wer sich zu diesem Dienst entschloss und wer in die Gemeinschaft aufgenommen wurde, entschloss sich, weltlichen Lebensbezügen weitgehend zu entsagen, sich ganz in die Gemeinschaft einzufinden und sich „fern zu halten von allen anderweitigen irdischen Verbindungen“.

Als Ende der sechziger Jahre des 20. Jahrhunderts die Arbeitszeitregelungen für Pflegekräfte gesetzlich festgelegt wurden, galten sie auch für konfessionelle Häuser und Personal. Die Diakonissen – so zeigt sich in den Gesprächen – nahmen diese Arbeitszeitverkürzungen „nicht für sich in Anspruch“. Sie „wollten den ganzen Tag bei ihren Patienten sein“. Sie ignorierten mit ihrer „inneren Einstellung“ zum Durchhalten eigene Erschöpfung und Krankheiten, wie eine Diakonisse im Rückblick äußert:

⁹ Hausordnung und Dienst-Anweisung für die Diakonissen in der Diakonissen-Anstalt zu Kaiserswerth, in: Fliedner / Fliedner 1912, 143 (Ordnung von 1839).

„Wir waren alle noch von der alten Ordnung, wir waren alle viel zu bescheiden zu sagen: 'ich kann nicht mehr.'“

Zur gleichen Zeit entwickelten sich bei den weltlichen Pflegekräften neue Lebensformen. Sie heirateten und bekamen Kinder, was ihre persönliche Bereitschaft zur ständigen Verfügbarkeit merklich einschränkte. Das brachte in Diakonissenkrankenhäusern, die auch mit freien Schwestern arbeiteten, Unruhe in Dienstpläne und die Leitungen manchmal in Schwierigkeiten, die Station zu besetzen. Im Rückblick auf diese Zeit schwanken Diakonissen in Leitungstätigkeiten noch heute zwischen dem Versuch zu verstehen und Bedürfnisse zu befriedigen und dem Ärger darüber, dass sie mit Personen zu tun hatten, die sie als unzuverlässige Kräfte empfanden.

In der Vergangenheit mussten sich Frauen, die als konfessionelle Pflege-Schwester tätig sein wollten, für ein Leben ohne Mann und Kinder entscheiden. Eine Heirat führte bis in die 90er Jahre des 20. Jahrhunderts zum Ausschluss aus der Schwesternschaft. Man konnte zwar weiterhin als Pflegekraft arbeiten, gehörte dann aber zu den Mitarbeitern außerhalb der Schwesternschaft. Für viele Schwesternschaften war es üblich, dass der Ausschluss auch mit dem Verbot verbunden war, mit den noch in der Schwesternschaft verbleibenden Frauen Kontakt zu haben. Dann musste auch der Arbeitsplatz gewechselt werden. Diese rigide Praxis passte irgendwann nicht mehr zu den sozialen Gegebenheiten, nämlich dem verstärkten Drängen von Frauen auf den Arbeitsmarkt, ohne dabei auf Familie zu verzichten. Manche Schwesternschaften waren in der Lage darauf zu reagieren, sich auch für Verheirate zu öffnen, andere nicht.

Rückblickend betonen ältere Diakonissen, dass die ihnen abverlangte Entscheidung für einen von zwei beanspruchenden Lebensinhalten auch Freiheit ermöglicht habe.

„Man hat heutzutage eine Familie und einen Beruf, der einen eigentlich ganz fordert! (...) Die aber die Betroffenen sehr, sehr viel stärker belastet als uns früher, die wir eine viel größere Freiheit hatten, mit unserer Zeit umzugehen.“

Demgegenüber prägt das Bemühen sowohl Beruf als auch Familie zu leben, die Pflegekräfte von heute. Die erzählten Biographien zeichnen sich alle durch bestimmte Muster aus: Wenn Kinder da sind und noch klein sind, wird in der Regel auf Teilzeit gegangen, auch in Führungspositionen, oder auf Nachtwachen umgestiegen. Im Rückblick fragen sich viele, wie ihnen das Arrangement gelang:

„Ich weiß gar nicht mehr so richtig, wie ich das auf die Reihe gekriegt habe, kann ich gar nicht sagen.“

Es schimmert an vielen Ecken durch, dass es oftmals schwierig war, den eigenen Ansprüchen als Mutter gerecht zu werden. So berichtet eine Frau, dass sie, als das Kind klein war, Nachtwachen gemacht hat, und dabei oftmals an den Rand ihrer Kräfte kam:

„Ich weiß, ich kam aus dem Nachtdienst, und es war wieder ganz fürchterlich gewesen und ich war so kaputt und müde und bin so fest eingeschlafen, und ich wache auf und es war halb zwölf und ich denke: 'ist dem Kind irgendwas passiert?', ich stürze ins Kinderzimmer, der hatte eine so schöne Wiege, er lag da drin und hat gespielt und sagt 'Mami aufstehen' und dann ist mir so ein Stein vom Herzen gefallen, dass ich gedacht habe, ich muss was ändern, irgendwo kann es das nicht sein und das gibt es nicht und (...)“

In den Gesprächen wird deutlich, welche große Bedeutung der Unterstützung und insbesondere dem Verständnis der Ehemänner und Partner für die berufstätige Partnerin zukommt, beispielsweise durch Zuhören:

„Und ich habe eben auch die Möglichkeit, auch Dinge abzubauen, es ist nicht so, dass man Zuhause schlecht darüber redet, das sind ja Themen, die über die 8 Stunden hinaus beschäftigen. Wo man Austausch sucht und das ist in diesem Fall eben gut für uns, weil wir das kennen. Also für mich funktioniert das gut.“

Auch Diakonieschwester, die selbst in Leitungsfunktionen in Teilzeit tätig sind, setzen sich – so zeigen die Gespräche – selbstbewusst und erfolgreich für Teilzeitarbeit und Teamstrukturen ein, die der bisher vorherrschenden geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung etwas Neues entgegensetzen sollen.

„Aber ja, man muss sehen, wie funktioniert das. Frauen leisten schlecht bezahlte Arbeit, um das Gehalt des Mannes aufzuwerten, damit es funktioniert, das Modell Familie. Aber nicht, weil wir wirklich so was wie andere Ideen, andere Zeit- und Arbeitsmodelle im Kopf haben. (...) Nur wir gucken immer, wir gucken von der falschen Seite. Selbst meine Stelle, da wurde am Anfang gesagt, das geht nicht, in leitenden Situationen kann man sich keinen Arbeitsplatz teilen. Wir haben gesagt, das kriegen wir hin. Da sind wir von überzeugt. Das geht auch. Natürlich bedarf es bestimmter Überlegungen, es bedarf auch viel Disziplin, und ich denke es gehört auch so was dazu wie eine bestimmte Persönlichkeit, dass das funktionieren kann. Aber ich glaube nicht, dass man immer sagen sollte, das geht nicht. Und das würde ich mir viel, viel mehr wünschen, dass man sich die Arbeitsbereiche anguckt und sagt, wie kann das besser funktionieren, was geht denn da noch, was ist da überhaupt machbar?!“

4.3 Das Geschlecht der Pflege

Der Lebensweg der Diakonisse war durch die Entscheidung gegen Mann und Familie geprägt. Dieses Modell ist heutzutage nur noch für ganz wenige Frauen passend. Stattdessen jonglieren Frauen heute auch in der Pflege und Diakonie die beiden Bälle Beruf und Familie. Pflege hat weiterhin ein weibliches Geschlecht. Frauen in dieser Tätigkeit sprechen sich die dafür notwendigen Kompetenzen selbst eher zu und Männern eher ab.

Schwester in Führungspositionen berichten, dass sie Männer in der Pflege nur begrenzt einstellen; entsprechend gering ist der Männeranteil in der Pflege. Als Grund wird vor allem angeführt, dass der Großteil der zu Pflegenden, insbesondere im ambulanten Bereich und in der Altenpflege, Frauen seien, die Männer in der berührungintensiven Pflege nicht akzeptieren. Die gepflegten Frauen akzeptieren männliche Ärzte als Hierarchiepersonen und Zivildienstleistende als Enkel-Ersatz, aber Pfleger kämen ihnen („mit dem Waschlappen im Intimbereich“) zu nahe. Und so stellt sich für eine Führungskraft die Frage bei der Einstellung, ob sie einen männlichen Pfleger genauso allgemein einsetzen kann wie eine Frau. Aber es gibt weitere Gründe. Einer besteht darin, dass die wahrgenommene männliche funktionalistische Art männlicher Pflegetätigkeit den weiblichen Führungskräften im diakonischen Dienst eher suspekt ist.

„Ich glaube auch, dass Männer ganz anders ticken als Frauen, das merkt man ganz deutlich. Dass das Handeln ja anders oder ihr Konzept ist anders, wie sie zu ihren Handlungen kommen. Ja die Überlegungsstränge sind anders als bei Frauen.“

„Das ist im Prinzip auch so, was ich so an Erfahrungen mache. Also wenn ich jetzt zum Beispiel, wenn es um die Behandlungspflege geht, da ist Engagement also auch gut, wirklich gut, und aber jetzt nur zu gucken, gerade bei unseren Patienten im häuslichen Bereich, so umfassend zu gucken, die ganzen Kleinigkeiten mit aufzunehmen, zu regeln, zu organisieren, zu kanalisieren, da fehlt irgendwie so

ein bisschen der Blick. Da wird nicht so umfassend geguckt. Bei der Schwester ist es so, die hat schon vorher abgefragt, was weiß ich: was hat er, was braucht er? Also das ist irgendwie dieses breiter Gucken. Nach Ursachen zu gucken, nach eigenen Lösungsansätzen zu gucken, der Mann leitet schon oft ein, auch glaube ich genauso schnell oder genauso früh, sagen wir mal so, aber eben mit einem anderen Hintergrund.“

Hier wird also den Männern das von den Diakonissen und Diakonieschwestern vielfach als besonders wichtige Pflege-Kompetenz herausgestellte „Sehen“ abgesprochen – Sehen im Sinne von proaktivem Handeln. Vielleicht ist diese Einschätzung gar nicht so weit von der Zuschreibung typischer weiblicher Fähigkeiten einer älteren Diakonissin entfernt, die weibliche Emotionalität für zentral hält:

„Aber es ist schon eine für mich wohl existenziell zu prüfende Frage, ob nicht doch der Pflegeberuf wirklich mehr den fraulichen, weiblichen Qualitäten zuzuordnen ist als den Männern. Also weil die Emotionalität im Grunde mehr ausgeprägt ist als die Ratio.“

Ein weiterer Grund, dass Männer in der Pflege selten anzutreffen sind, besteht darin, dass Männer selten in der Position als Pfleger bleiben:

„Ein Mann wird nicht in der Pflege bleiben, (...) also wenn ich jetzt ins Krankenhaus gucke, dass Männer wirklich nach der Ausbildung direkt ans Bett, in die Pflege gingen, ist eher selten.“

Dass Männer Positionen in technisch-medizinisch geprägten Stationen/Arbeitsbereichen sowie recht direkt Führungspositionen anstreben, finden unsere Gesprächspartnerinnen nachvollziehbar, da Männer als Familienernährer im normalen Pflegeberuf ein zu geringes Einkommen hätten.

Das patriarchalische Lebensmodell hat heute seine Kraft verloren. Die Verfügbarkeit ist selbstbewusst eingeschränkt worden. Aber es scheint, dass die weibliche Konnotation von guter Pflege nicht aufgegeben wurde.

5. Vom Dienen zum Pflegen

Pflege in der fürsorglichen Praxis enthält eine besondere Qualität von Beziehungsgestaltung, ohne die diese Tätigkeit nicht sinnvoll durchgeführt werden kann. Sie entwickelt sich in einem ganz besonderen Spannungsfeld derjenigen, die in eine typische Interaktion bei der Pflege treten: nämlich einer einseitigen Abhängigkeit der Betreuten, die trotzdem ein Recht auf Selbstbestimmung haben. Zwar sind Situationen persönlicher Abhängigkeit für Menschen im Verlauf ihres Lebens unabweislich; dem steht jedoch das Autonomieideal des Menschen in der Moderne gegenüber. In der fürsorglichen Praxis sind die Fürsorgenden latent oder manifest immer mit dem „existenzielles Angewiesensein“ (Senghaas-Knobloch 2000) der Bedürftigen konfrontiert, mit der Berührung im doppelten Sinne des Wortes, nämlich körperlich und emotional. Sevenhuijsen beschreibt dies folgendermaßen „Verpflichtung, moralische Dilemmata, Ambivalenzen und Ambiguitäten von Abhängigkeit, Verletzlichkeit und Andersheit so zu behandeln, dass man nicht nur damit rechnet oder ihr Vorhandensein akzeptiert, sondern mit dem Ziel, das Leben lebbar und lebenswert zu machen.“ (Sevenhuijsen 1997, 30)

Sowohl praktisch als auch auf der Werteebene geht es um ein neues positives Verständnis von Abhängigkeit, weil sie Teil des menschlichen Lebens ist. Sie ist auch soziale Entwicklungsinstanz, wie an der Vorstellung, sich im Du zu entwickeln (Martin Buber), deut-

lich wird. Es gilt also einerseits die Abhängigkeitssituation positiv zu besetzen, andererseits jedoch auch unangemessenen Formen von Abhängigkeitspositionen entgegenzuwirken. Entsprechend gilt Pflege als eine ganz besondere Arbeit und auch eine ganz besondere dienstleistende Arbeit (Böhle/Weishaupt 2006), die sich durch eine charakteristische Beziehungsgestaltung auszeichnet, die immer auch mit der Abhängigkeit der zu pflegenden Person gut umgehen muss (Böhle u.a. 1997). Pflege ist eine besondere Arbeit, weil der Gegenstand der Arbeit kein physisches Objekt, sondern ein Mensch, ein Subjekt ist. Es geht dabei nicht nur darum, die Arbeit an sich (z.B. dem Waschen) um eine Beziehungsaufnahme (Interaktion, z.B. dabei Reden) und darin enthaltenen sozialen, kommunikativen und emotionalen Aspekten zu ergänzen (für Beispiele für die Ergänzung von praktischer physischer Pflege um Gefühlsarbeit siehe Brucks 1999, Strauss u.a. 1980), sondern in dieser Arbeit bzw. Tätigkeit selbst sowohl die eigene Subjektivität einzubringen als auch den Personenbezug zu realisieren, d.h. den anderen Menschen als Ganzheit aus Körper, Geist und Gefühl wahrzunehmen.

Die Entwicklungslinien im Verständnis von in der Pflegearbeit bedeutsamen Beziehungen beziehen sich in der von uns erhobenen Innensicht von Frauen in der Diakonie auf vier Aspekte: von der Berufung zum Beruf, vom Dienen zum Pflegen, von der reinen Mitmenschlichkeit zur Ausbalancierung von Fachlichkeit und Mitmenschlichkeit und vom Bedürftigen zum Kunden-Patienten

5.1 Von der Berufung zum Beruf

Für Diakonissen steht die religiöse Motivierung ihrer Tätigkeit im Mittelpunkt, wie es z.B. eine Gesprächspartnerin im Rückblick äußert: *„Über meinem Leben stand das Wort „Helfen“.* Diese die Gleichsetzung von Leben und Tätigkeit nahelegende Formulierung soll aber nicht mit der Diakonissen vielfach unterstellten Selbstaufgabe gleichgesetzt werden:

„Ich glaube, es war weniger die Aufopferung, die ja dann manchmal so in den Vordergrund gestellt wird, aber diese Identifikation mit der Aufgabe, mit den Menschen, die mir anvertraut sind.“

Das Leben wird der Tätigkeit und den bedürftigen Menschen geweiht.¹⁰ Die Identifikation mit der Aufgabe und den anvertrauten Menschen verweist darauf, dass hier kein Verständnis von der Tätigkeit des Pflegens vorherrscht, das zwischen Arbeit und Privatleben trennt, das zwischen beruflicher Aufgabe und Lebensaufgabe unterscheidet. Dementsprechend wird im Rückblick über einzelne Diakonissen, die in Krankenhäusern die Leitung inne hatten, berichtet, dass diese die zu betreuenden Menschen so sehr zum Mittelpunkt ihres Lebens gemacht haben, dass sie mit der im Zuge der eingeführten Arbeitszeiten auch für Pflegekräfte mit diesen entstehenden Freizeiten nichts anzufangen wussten. Diesen Diakonissen war es ein Anliegen, den ganzen Tagesverlauf eines Kranken mitzubekommen und ihn dabei zu begleiten; dadurch passten allerdings andere mit der Professionalisierung hinzukommende Tätigkeiten, wie z.B. das Ausfüllen der Patientenakte, kaum in diesen Alltag hinein bzw. hatten geringere Priorität. Dass der Beruf, bzw. eben besser die Berufung, höchste Priorität im Leben auch der von uns interviewten Diakonissen hat-

¹⁰ Zum Motiv der Nächstenliebe siehe besonders auch Kaiser 1998 und Katscher 1998.

te, zeigt sich u.a. anhand der als notwendig angesehenen und deshalb getroffenen Lebensentscheidung, z.B. gegen den „Kochtopf“ und für das „Stethoskop“. Die Aufgabe der Pflegenden wird als so sehr die ganze Person beanspruchend und soviel Mitmenschlichkeit erfordernd angesehen, dass sie als eine Ehe und Familie ausschließende angesehen wird. Sie wird aber dennoch nicht als emotional-sozial restriktives Modell wahrgenommen, denn durch Reflexion und Beschäftigung mit dem Patienten, dem Anderen, bietet sie innere Wachstumschancen im Sinne Martin Bubers, wie es eine der Interviewpartnerinnen ausdrückt: *„Sich selbst erkennen im Du“*.

Mit der in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts erfolgten Hinzuziehung von Rote Kreuz- und freien Schwestern in diakonische Aufgabenfelder, z.B. als Gemeindegeschwester, unter diakonischer Oberhoheit, wird der Berufungsgedanke abgeschwächt; ihm wird die Vorstellung, dass pflegende Frauen auch einen Anspruch auf ein Privatleben mit Mann und Kindern haben, beigegeben. Die Oberinnen wehrten sich aber gegen die Zumutung, die Pflgetätigkeit als normalen Beruf mit fixen Arbeitszeiten u.ä. anzusehen. Sie machen es damit Frauen, die den Beruf des Pflegens mit einem Privatleben mit Mann und Kindern vereinbaren wollen, oftmals schwer (siehe auch oben: Kapitel „Das Geschlechterverhältnis in der Pflege“). Diese Erschwernis nahmen Frauen auf sich, weil sie diese Tätigkeit als Beruf erlernen und ausüben wollten, weil er ihren Neigungen entsprach. Die Einschränkungen des Privatlebens wurden dafür mit Zähigkeit in Kauf genommen (siehe Rieder 1999). Wie viel Koordinationsaufwand die parallele Leistung von Beruf und Familie bedeutete und wie viel davon ihre Familienmitglieder, ihr Mann und ihre Kinder zu tragen hatten, scheint nur am Rande in den Erzählungen einer Schwester auf, die beim Roten Kreuz gelernt hatte und später Gemeindegeschwester wurde.

„Wenn er (der Mann) nicht so geduldig gewesen wäre, (...)“ Die Kinder „habe ich wohl bei Nachbarn untergebracht (...)“

Übereinstimmend wird die pflegerische Tätigkeit als eine besondere Arbeit angesehen, die nicht im fachlich-helfenden Pflegen aufgeht, sondern bei der es vor allem darauf ankommt, emotionale und soziale Zuwendung zu geben:

„da sein, Hand halten, (...). Aber ich habe versucht, alles was ich konnte zu geben an Fürsorge und Zuwendung, auch körperlich zu geben, den Patienten berührt und gepflegt und so. Das habe ich sehr gerne gemacht und das hat mich auch ausgefüllt.“

Größere Freiheit bei der Zeitgestaltung der Arbeit am Gepflegten wird unter dem Gesichtspunkt ganzheitlicher Pflege thematisiert. Allerdings verweisen unsere Gesprächspartnerinnen auch darauf, dass in diesen Vorstellungen ganzheitlicher Pflege sowie in den Strukturen, in welche die diakonische ambulante Pflege eingebettet war, die Tendenz zur Ausnutzbarkeit angelegt war:

„Also ich denke, so früher mit dem ohne Arbeitszeitanzeige und alles, das hat schon einen gewissen Charme gehabt, weil man auch ad hoc arbeiten konnte, sich das einteilen konnte und natürlich da auch ganz, ganz viel zurückbekommen hat. Und wenn man sich so seine eigenen Arbeitsbedingungen geschaffen hat, aber so im Rücklauf blickend ist man natürlich auch schon ausgenutzt worden.“

Ausnutzbarkeit ist das Janusgesicht zur Mitmenschlichkeit, die auch in Zukunft gesichert sein soll. In der mitmenschlichen Zuwendung wird auch die Quelle gesehen, dass von den Gepflegten etwas Kostbares zurückgegeben wird - Gefühle, Dankbarkeit, Wärme, Aner-

kennung. Dienstleistung Pflege als ein Tauschgeschäft auf der Beziehungsebene und d.h. jenseits von Geld. So werden in Gruppengesprächen unserer Interviewpartnerinnen Überlegungen darüber ausgetauscht, wie ohne traditionell damit verbundene Tendenz zur Aufopferung neue „bessere“ Formen jenseits von Aufopferung gefunden werden.

„Auf die (Selbstaussbeutung) kann man weitestgehend verzichten. Man kann auch gut pflegen und gute Pflege geben, ohne dass man sich aufopfert. Vielleicht auch ein bisschen mehr, wenn man ein bisschen freier ist.“

Der strukturelle Wandel mit seinen formalen Grenzsetzungen, z.B. durch Arbeitszeitregelungen, schränkt aus Sicht der heute Pflegenden die Gefahr der Aufopferung ein; die innere Disposition wird als „Freiheit“ wahrgenommen, die Potentiale zu guter Pflege freisetzt. Ausgangspunkt hierfür ist das Verständnis von Pflege als einem Beruf mit einer besonderen Arbeitstätigkeit am und mit Menschen. Ein solcher Beruf muss sich aus Sicht der heute Pflegenden aber auch mit seinen Grenzen beschäftigen: sich nicht zum Umgang mit Menschen zwingen, die einem zuwider sind; auf die eigenen körperlichen und emotionalen Schwachpunkte achten und diese nicht ignorieren; Selbstpflege; den Menschen mit flexibler Hilfsbereitschaft entgegenkommen, ohne dass außerplanmäßige Hilfe zur Regel wird und damit zur Selbstaussbeutung verkommt; Arbeitszeiten, die zwar im Einzelfall über die bezahlten Stunden hinausgedehnt werden, z.B. zum Zwecke des Backens eines Geburtstagskuchen für einen Pflegebedürftigen, die aber doch eine verbindliche Richtschnur darstellen. Diese Sicht kontrastiert mit dem Rollenverständnis und Vorgehen der älteren Diakonissen und Gemeindeschwestern, die sozusagen ‚härter im Nehmen‘ waren, ihre körperlichen und emotionalen Grenzen bewusst überwunden hatten: eben „da sein, wo es nötig ist“.

5.2 Vom Dienen zum Pflegen

Die Tätigkeit der Pflege wird auch durch die Beziehung zu Vorgesetzten, durch persönliche Professionalitätsansprüche und den Bezug zu den eigenen inneren Ressourcen geprägt. Prägen die Vorgaben zur Befolgung der Anordnungen von Ärzten und Oberin lange die Pfl egetätigkeit und leisteten damit einer Unmündigkeit der Pflegenden Vorschub, so zeigt sich in unseren Interviews, dass sich diakonische Pflege gleichwohl auch damals durchaus durch den Versuch der subjektiven Aneignung der Pfl egetätigkeit und damit verbundenem Selbstbewusstsein auszeichnete. Eine besondere Art des „Sehens“ gehört zu diesen Formen subjektiver Aneignung.

Zum einen ermöglichte das Sehen eine angemessene Art des Pflegens. So hebt eine ältere Diakonisse das Sehen auf den Menschen als Ganzheit hervor. Zum anderen nutzte es ihr selbst in der Ausübung der pflegerischen Tätigkeit, um die eigenen Hemmschwellen/Schwächen durch Konzentration auf den anderen zu überwinden:

„Der funktionale Blick war nötig: mit meinem Mitgefühl, Mitleiden hätte ich die Arbeit nicht durchführen können; (...) du musst sehen, was braucht der jetzt, was muss ich richten, vorrichten, vorbereiten und so weiter, was ist lebensnotwendig, braucht er jetzt Sauerstoff, gib ihm irgendwas, was ist wichtig für den!?“

Heutige Diakonieschwestern thematisieren, was ihres Erachtens Pflegeschülerinnen lernen müssen:

„Wie liegt der Patient im Bett, gekrümmt vor Schmerzen? Oder entspannt, geht es ihm heute besser? Ist er gelb? Ist er hochrot? Ist er blau? Was ist denn los? Das müsst ihr SEHEN lernen! Oder hat er Wasser auf dem Nachttisch, kann er die Klingel erreichen und all die kleinen Dinge, das mussten sie ja SEHEN lernen! Oder wenn sie abends das Zimmer fertig machten, dann musste das fertig sein. Dann musste einfach alles vorhanden sein.“

Einige Diakonissen beschreiben sehr intensiv, wie das „Sehen“ eine der Person des Gepflegten angemessene Art des Pflegens eines Menschen ermöglicht, die auch seine seelische Entwicklung einschließt:

„(...) ja, dass man wahrnimmt, wie geht es ihm oder wer ist er. Das ist mir bis in die Altenpflege hinein ja auch nachgegangen, dass ich immer wieder versucht habe, auch bei alten Leuten zu erfragen, herauszubekommen, wer waren sie denn einmal. Und wie ist ihr Werdegang gewesen. Wenn ich auch so in der Gemeindefarbeit gehört habe, was die manchmal erzählt haben, was die früher getrieben haben, was das für Menschen waren oder was sie so auch wurden. Manche waren wirklich auf der schiefen Bahn, muss ich mal sagen. Und haben zu Recht gefunden, durch vielleicht durch Gemeinde oder weiß ich irgendwie. Oder manche waren wer weiß wie krank oder sonst etwas und haben da etwas erlebt und haben ein ganz anderes Leben dann angefangen.“

Eine Diakonisse berichtet von ihren Jahren in einer Klinik in Afrika, wie sie dort lernen musste, andere kulturelle Gepflogenheiten, z.B. dass Mütter immer bei ihren kranken Kindern schlafen wollen und eine Anordnung, die zu einer Separierung führt, unterlaufen, zu sehen und zu akzeptieren. Hier geht es um die Fähigkeit zum Sehen des anderen im Sinne von Empathie, von Perspektivenwechsel, von Sich-einlassen-auf-den-anderen. In diesem Sehen und Perspektiven Wechseln gibt es keinen Gegensatz von Fachlichkeit und Mitmenschlichkeit.

Eine andere Form subjektiver Aneignung und Auffassung guter Pflege besteht in einem kommunikativen Aspekt. Aus der Sicht der in der Gemeinde tätigen Diakonieschwester wird im Rückblick herausgestellt, dass die Bedeutung der Gespräche wichtiger war als das Fachliche. („*Injektionen machte man so nebenher*“.) Hiermit wird das Fachliche nicht gering geschätzt, aber gerade die Wirkung der technisch-medizinischen Anteile für die Heilung wird als begrenzt angesehen. Und immer wieder ist in den Interviews auch die Rede von der Notwendigkeit des „*Spürens*“, auf der seelischen und körperlichen Ebene, z.B. beim Kämmen, ob es zieht.

Dass dies alles andere als ein Freibrief für Unfachlichkeit ist, zeigt sich in der Aussage einer heutigen Pflege-Ausbildungsleiterin:

„Man muss auch in einem diakonischen Haus richtig arbeiten, Liebe alleine reicht nicht.“

Dabei und in Zusammenhang mit der Professionalisierung und der damit einhergehenden wissenschaftlichen Aufwertung wird eine Abgrenzung zum traditionellen Begriff des Dienens vorgenommen. Hier geht es um die Eigenständigkeit einer pflegerischen Profession, die der ärztlichen nicht untergeordnet wird (siehe dazu schon Scharffenorth 1984).

„Was ich auch sehr positiv finde und was ich auch gerne weiter vorantreiben würde, dass Pflege sich sehr viel eigenständiger sieht und versucht, ein eigenes Profil zu entwickeln und das mittlerweile ja auch wissenschaftlich untermauert wird. Dienen nicht nur gegenüber den Patienten, sondern dieses Dienen gegenüber dem Arzt, dass sich das verändert im positiven Sinne zu eigenständigem Handeln innerhalb der Pflege (...).“

Hier wird deutlich, dass die traditionelle Vorstellung des Dienens sich auf drei Ebenen bewegte: Dem von den Gründungsvätern der Diakonissen postulierten Dienen gegenüber

Gott (das sich im Dienen gegenüber dem Patienten zeigte), dem Dienen gegenüber den Vorgesetzten und der Unterordnung des Pflegepersonals unter die Ärzte.

Die Abwendung vom Dienen geht einher mit der Befürwortung von Transparenz für die pflegerischen Leistungen; Pflegedokumentationen werden reflektiert beurteilt:

„Die Dokumentation wird sehr ambivalent wahrgenommen, weil es auf der einen Seite natürlich mehr Zeit beansprucht und nicht gleich für jeden erkennbar und es aber auch Vorteile hat. Das ist nicht nur ein Nachteil, tatsächlich die eigene Arbeit zu reflektieren, nicht nur unter dem Aspekt, wie begründe ich das gegenüber den Kassen, sondern auch für sich selber und auch zur Qualitätssicherung. Ich denke, Handeln mehr zu reflektieren ist einfach wichtig um Qualität herzustellen und von daher sehe ich auf der einen Seite, sehe ich eben nicht nur Einsparungspotentiale. In unserem Bereich eben gerade, wo auch immer wechselnde Personen die Patienten versorgen, gibt es eben auch die Möglichkeit, schnell an viel und gute präzise Information zu kommen. Was vorher eben viel auch verloren gegangen ist und dadurch ging auch Qualität verloren.“

Die stärkere Verobjektivierung soll den Wissenstransfer erleichtern. Zudem wird damit die Möglichkeit zur Reflexion des eigenen Handelns und dadurch Verbesserung der eigenen Tätigkeit verbunden. Dieses Moment systematischer Reflexion war auch in der Tätigkeit der Diakonissen früher angelegt, wenngleich nicht so systematisch und so verobjektiviert praktiziert. Reflexion wurde angeregt durch das ständige Mentoring anderer, insbesondere älterer Diakonissen-Schwestern, und als sehr hilfreich wahrgenommen. In der ambulanten Tätigkeit der Gemeindeschwester aber gab es diese Unterstützung durch die anderen nicht, die Schwester war auf sich alleine gestellt.

Die Pflege hat durch die Verwissenschaftlichung inzwischen Anerkennung als Profession gefunden. Diakonissen berichten über die geringe Wertigkeit der Pflegeperson vor der wissenschaftlichen Professionalisierung von Pflege:

„(...) ja doch, das war so, als ich das gesagte habe, mein Vater der war ganz entsetzt. Und der fragte auch nach den Gründen wieder und hat gesagt, was, die macht höhere Schule und dann will sie den anderen Leuten nur den Hintern abputzen (...).“

„(...) ja, ja genau. Also das stand immer so im Vordergrund, anderen Leuten den Hintern abputzen oder Bettenschieber durch die Gegend tragen. Also das war die Assoziation damals, was man eigentlich in der Pflege macht. Gar nicht mal so dieses Rundrum, was man wirklich macht, versorgen, beraten und sie begleiten, dass war damals gar nicht so benutzt.“

Pflege wurde außen als Allerweltstätigkeit angesehen, die insbesondere von Frauen ohne weitere Zusatzqualifikation durchgeführt werden kann, und dies unabhängig davon, dass die unter dem Dach der Diakonie Pflegenden von Anfang an eine spezifische Pflegeausbildung erhalten haben.

„Also ich finde so heute, mir geht es zumindest so und das versuche ich auch immer zu vermitteln, dass wir sehr wohl was ganz Eigenständiges haben und dank der wissenschaftlichen Ausrichtung, die es ja mittlerweile auch gibt, dass man das legitimieren kann. Früher gab es das ja auch, aber es war nicht wissenschaftlich fundiert, und es wurde auch nicht nachgewiesen, und dadurch hatte es eigentlich auch nicht so einen hohen Stellenwert. Pflege konnte so jeder machen, so nach dem Motto. So ist es ja nicht. Und ich finde, dahingehend verändert sich auch so ein bisschen das Bewusstsein der Pflegenden selber, und das strahlen sie eben dann auch aus. Und dadurch wird es dann langsam aber sicher auch zu einem anderen Bewusstsein kommen.“

Wieweit mit der wissenschaftlichen Fundierung schon befriedigende Pflegekonzepte gefunden sind, steht in Frage. In allen Interviews spielt die Menschenliebe und christlich motivierte Nächstenliebe eine wichtige Rolle, und in allen Interviews wird - davon abge-

leitet - die Bedeutung der sozialen Fürsorge für die Gesundung als mindestens genauso wichtig wie die medizinische Betreuung angesehen, wie in folgender Interviewpassage mit einer Diakonieschwester besonders deutlich wird:

„Also, die Menschen sind wichtiger, da bin ich immer noch der Meinung, die werden also gesund nicht nur durch die medizinische Betreuung, die kann auch manchmal schlecht sein, und wenn die menschliche und fürsorgliche Betreuung gut ist, dann gesunden die schneller, als wenn nur die medizinische Versorgung super ist und die Betreuung ist sehr schlecht, dann ist die Heilung auch schlecht.“

Ganzheitlichkeit ist ebenso ein alle Interviews durchziehendes positives Kriterium für gute Pflege. Mit dem Kriterium der Ganzheitlichkeit der Pflege¹¹ wird der Patient als ganzer Mensch adressiert und nicht nur funktionalistisch der zu reparierende Teil von ihm. Aus Sicht heutiger Leitungspersonen in der Pflegeausbildung wird es, wie folgt, definiert:

„Und diese Ganzheitlichkeit, die ja in der Medizin oder in der Pflege auch getrennt ist, da gibt es ja Patienten nur als Organe und nicht in der Einheit von Körper, Geist und Seele, und wir versuchen, das wieder hinzubekommen, also ein Gefühl der Solidarität auch herzustellen zu Kranken.“

Wurde früher aber der Fokus allein auf die *Nächstenliebe* gelenkt, also auf die zu pflegende Person, und die gebende Person als selbstverständlich vorausgesetzt im Sinne von Liebesdienst, wird heutzutage verstärkt auch die pflegende Person in diese Vorstellung der Menschenliebe miteinbezogen. Allerdings thematisieren unsere Gesprächspartnerinnen diesen Aspekt nicht als Selbstliebe – korrespondierend zur Nächstenliebe – sondern als *Selbstpflege* der Pflegenden:

„(...) Deswegen habe ich auch so ein bisschen den Konflikt mit diesem Begriff „dienen“, wo ja viel impliziert ja, bis zur Selbstaufgabe; also dieses Verständnis von Pflege habe ich nicht mehr. Ich habe zwar wie gesagt dieses Verständnis einer großen Menschenliebe, die mich auch motiviert, diese Dinge zu tun. Aber Selbstpflege ist für mich ein ganz wichtiger Aspekt. (...) Weil ich glaube, dass dadurch richtig gute Pflege resultiert. (...) Ja, ich finde es auch wunderbar gepflegt zu werden. Das tut der Seele wahnsinnig gut und auch dem Körper und ich glaube, nur wer selber empfängt kann auch geben. Also, auch wenn man nur gibt, ist man irgendwann oder ich kenne selber so eine Situation, wo man einfach leer wird, weil ja, es muss immer wieder aufgefüllt werden. Ich habe kein Depot, das unendlich sprudelt, damit ich, irgendwo muss ich das wieder auffüllen (...).“

Selbstpflege wird hier in Kontrast zur traditionellen Vorstellung des „*Dienens*“ und der damit verbundenen „*Aufopferung*“ gesehen. Selbstpflege soll dabei nicht als Egoismus verstanden werden – die „*Menschenliebe*“ steht weiterhin im Mittelpunkt, aber sie bezieht auch die Pflegeperson mit ein und berücksichtigt den Umstand, dass deren Kraftquellen versiegen, wenn sie nicht durch Selbstpflege wieder aufgefüllt werden. Hier wird auch wieder die Besonderheit der Pflegetätigkeit deutlich. Pflegende Arbeitstätigkeit fordert nicht nur die körperlichen und geistigen, sondern auch die seelischen Kräfte.

5.3 Ausbalancierung von Fachlichkeit und Mitmenschlichkeit

Die Frage nach dem Verhältnis von Fachlichkeit und Mitmenschlichkeit in der Pflegetätigkeit wird besonders mit Blick auf Ausbildungserfordernisse und Pflegeprofil thematisiert. Bei den älteren Diakonissen steht ganz klar die Fachlichkeit bei einer Priorisierung in der Pflegeausbildung hinten an. Sie verfolgen vorzugsweise das „Pflegekonzept des barmherzigen Samariters“.

¹¹ Zur Ablösung der funktionalistischen Pflege siehe Büssing 1997.

„Die Konzentration auf das Medizinische ist nicht ganzheitlich; Im Gleichnis vom barmherzigen Samariter ist die Fachlichkeit das Letzte; nämlich, dass er da mit Alkohol desinfiziert und mit Öl die Wunde heilt. Und was vorher geschehen ist, an ihm selber, dass er nämlich Mitleid hat und da steht dann dieses Wort, es drehte sich ihm das Eingeweide um, als er die Not des anderen sah! Und darauf hat er sich eingelassen.“

Aus diesem Verständnis heraus hat Qualität der Pflege wenig mit der heute erforderlichen Pflicht zur Dokumentation zu tun; es wird die Gefahr eines Professionalisierungsdünkels befürchtet und als Beispiel eine Krankenschwester geschildert, die von der Dialyse-Station kommend meinte, die Tätigkeiten in der Reha-Klinik nicht mit ihrem professionellen Anspruch von Pflege vereinbaren zu können. Ihrer Ablehnung von kleinen Putztätigkeiten, z.B. Tischchen abwischen, als unprofessioneller Arbeit wird die anders bewertete Bedeutung solcher als minderwertig angesehener Tätigkeiten gegenübergestellt.

„Und es muss irgendwie neu ins Bewusstsein kommen. Die Wertigkeit von Arbeit. (...) Dann habe ich gesagt: ‚Überleg dir mal, du tust jetzt was viel Besseres, jetzt guckst du nämlich nicht nur, wo der seine Venen hat, sondern du guckst jetzt den ganzen Menschen an.‘ Das hat ihr geholfen. Aber sie musste es verstehen lernen. Und das war auch so, man ordnet ein in qualifizierte und weniger qualifizierte Arbeit, und die qualifizierte Einordnung ist oft die unqualifizierte.“

Was qualifizierte und was unqualifizierte Arbeit ist, ist - dieser Auffassung zufolge - nicht äußerlich ablesbar. Eine Gesprächspartnerin berichtet, dass frisch Ausgebildete, die auf eine psychiatrische Station kommen, sich anfangs schwer damit tun, dass ihre pflegerische Tätigkeit im stillen „Begleiten in schwierigen Situationen oder in Krisensituationen“ bestehen soll und nicht darin, unmittelbar am Patienten etwas zu tun.

Gerade frisch Ausgebildete und nicht ganz so selbstbewusste Pflegekräfte bekommen aber offenbar den Spagat zwischen Zielvorgaben und situativen Bedürfnissen weniger gut hin. Sie erleiden, so formulieren es die in der Ausbildung tätigen Diakonieschwestern, insbesondere angesichts von engen Zeitvorgaben einen „Praxisschock“, vergessen ihre Ansprüche und resignieren:

„Und der andere Teil der Werthaltung, der ist bei allen Pflegenden, den anderen helfen zu wollen. Das wird abgespalten ein bisschen. Es kommen noch andere Dinge (...) die Auszubildenden kommen sehr motiviert in die Ausbildung rein. Nach einem Jahr im Krankenhaus sind die wie abgerichtet, sage ich mal ‚in Anführungsstrichen‘. Dann haben sie Angst um ihren Arbeitsplatz, sie diskutieren nur noch ökonomisch. (...) Möglicherweise diskutieren sie noch über Dienstleistungen. Aber die Haltung anderen Menschen gegenüber, Sterbenden gegenüber, die man einnehmen sollte, die gerät in den Hintergrund. Das ist ganz interessant. Ich beobachte, kann es jetzt nicht belegen, dass die Werte abgespalten werden.“

Erfolgte die Ausbalancierung von „Fachlichkeit“ und „Mitmenschlichkeit“ sowie die damit verbundene Schwerpunktsetzung benötigter Kompetenzen früher eher intuitiv und nach eigenem Gusto der Pflegenden, so steht eine Ausbilanzierung der Pole „Fachlichkeit“ und „Mitmenschlichkeit“ in der Tätigkeit verstärkt im Spannungsfeld von auch ökonomisch fundierten Professionalisierungsansprüchen und Qualitätsstandards einerseits und höheren Ansprüchen der Patienten an ihre Bedürfnisse und Situation andererseits. Die gegenwärtigen Formen von Ökonomisierung können das Ganze aus dem Gleichgewicht bringen.

Der Gewinn aus scheinbar unqualifizierten Tätigkeiten für die Beziehung zum Patienten wird vielfach benannt. Es handelt sich in der folgenden Darstellung um die Beschreibung einer „natürlichen Situation“, in der das Geschichtenerzählen nicht aufgepfropft wirkt.

Wenn dagegen wie heutzutage in vielen Lehrbüchern „Beziehungsarbeit“ gefordert wird, entsteht leicht eine künstliche Situation.

„Und da habe ich dann auch Staub geputzt. Eimerchen her, Nachttisch musste ja abgewischt werden, Fußboden brauchten wir nicht machen. Aber Fensterbänke und so den kleinen Bereich von den Patienten. Und dann habe ich angefangen, denen eine Geschichte dabei zu erzählen. Habe mir dann ihre Klagen angehört und dann fortlaufend mal eine Geschichte erzählt. Und dann freuten die sich schon auf den nächsten Tag. Wenn ich sagte, morgen komme ich wieder.“

Auch im Dienst der Gemeindegeschwister wurde die Zeit während der Durchführung von Verrichtungen wie Injektionen oder Ausläufen für Gespräche genutzt, und die Wertigkeit sogar umgekehrt:

„Die hatten den ganzen Tag mit keinem Menschen gesprochen. Deswegen fand ich das unglaublich wichtig, dass man sich ein bisschen Zeit nehmen konnte. Das macht eigentlich die Diakonie aus, das sollte man auch wieder mehr einführen, mehr Zeit einzuplanen für Gespräche.“

Die „Patienten“ dankten für Gespräche mit Worten wie *„Die Sonne geht auf, wenn Sie morgens kommen.“*¹² Ein solches Pflegekonzept lässt sich auf die Formel bringen: *„Da sein, Hand halten“*. In den Reflexionen der älteren Interviewpartnerinnen scheint heute im Vergleich zu früheren Zeiten eine ganzheitliche Vorgehensweise immer seltener geworden zu sein bzw. der Anspruch auf Ganzheitlichkeit im Sinne der Bezugnahme zum Gepflegten als körperlich-seelisch-soziale Einheit und Mitmenschlichkeit immer schwieriger zu realisieren zu sein. Die jüngeren Interviewpartnerinnen haben diese Ansprüche nicht aufgegeben, sehen aber Probleme bei einer Realisierung. Die Leiterin einer Diakoniestation charakterisiert das Dilemma heutiger diakonischer Pflegearbeit wie folgt:

„Die Gemeindegeschwister von früher waren wirklich so ein Mischmasch zwischen Begleitung, Pflege und Gemeindegearbeit. Und die ganzen Richtlinien, die im Laufe der Zeit dazugekommen sind, Gesetze, die beachtet werden müssen, Arbeitszeitgesetz, Pflegeversicherungsgesetz, Pflegequalitätssicherungsgesetz und was da alles so ist, dem musste man ja auch Rechnung tragen. Genauso wie nach Pflegemodellen zu arbeiten. Pflegedokumentationen anzulegen und das ist sehr, sehr langsam, sehr schleppend gekommen. Wir merken allerdings auch, dass wir diesen Ruf, na ja dieses Gemeindegeschwister von früher immer noch so ein bisschen angehaftet haben.“

„Ich sage immer, wir bewegen uns so zwischen Mittelalter und Raumschiff Enterprise und das ist ganz, ganz schwer diese Traditionen von früher, die Leitbilder diese Sachen, mit in die Zukunft zu nehmen. Und gleichzeitig den professionellen Anspruch auch klarzukriegen.“

Geäußert wird ein Anspruch an Ganzheitlichkeit in der Pflege, die sich insbesondere darin zeigen soll, dass man einen Menschen ausreichend versorgt zurücklässt. Wenn ihm z.B. beim Waschen geholfen wird, dann möchte man selbstverständlich, dass er anschließend angekleidet ist, so dass man sich nicht sorgen muss, dass er etwa den Rest des Tages im Bademantel oder in Unterwäsche verbringt, weil er das Geld für diese Handreichung sparen muss oder möchte.

Anforderungen der Umwelt an Pflege haben sich geändert. Dokumentations- und Abrechnungsmodi erzeugen Strukturen, in denen Pflegenden nur professionelle Tätigkeiten durchführen sollen; „Minderwertige Tätigkeiten“ in der ambulanten Pflege, wie z.B. Mülleimer runterbringen bleiben Ehrenamtlichen oder Hilfskräften überlassen oder gehen auf Kosten gutwilliger Pflegenden. Für Zuwendung und Gespräche bleibt dabei wenig Raum, denn tendenziell ist die Arbeitstätigkeit zerlegt, zugeteilt und wird auch so partialisiert finan-

¹² Siehe auch Bühler 2000.

ziert. Auf der anderen Seite können jedoch medizinisch-pflegerische Qualifikationen und Aktivitäten entfaltet werden, die in den frühen Zeiten der Diakonie undenkbar waren. Die Gesprächspartnerinnen in Leitungsfunktionen der Diakonie heute machen die großen Schwierigkeiten deutlich, diakonischen Anspruch im Sinne von menschlicher Zuwendung mit Professionalität in einem ökonomisch vorgegebenen Rahmen zu integrieren.

Insgesamt wird bei der Bedeutung des Pflegens im eigenen Lebensentwurf eine Tendenz von der Weihung des ganzen Lebens für die Pfl egetätigkeit hin zur Ausfüllung eines Berufes deutlich, der zwar ein eigenes Gepräge insbesondere in der Beziehungsgestaltung hat und deshalb bis heute auch Elemente einer Berufung impliziert, aber die Frage nach den eigenen Grenzen stellt.¹³ Mit Blick auf die Bedeutung des eigenen Verhältnisses zu Qualitätsansprüchen in der Pfl egetätigkeit zeigt sich eine Entwicklung, die weg vom Gehorsamsideal hin zu einer eigenständigen Aneignung selbstverantwortlicher Pfl egetätigkeit führt. Diese bestand und besteht bis heute insbesondere in einer detailgenauen, umfassenden und vorausschauenden Art des Sehens auf die zu Pflegenden, die viel mit Hingabe an die Tätigkeit und die zu pflegende Person zu tun hat; hieraus entwickelte sich ein sowohl eigenständiges als auch immer selbstbewusster vertretenes Professionalitätsverständnis. Aus dem Bewusstsein um die Bedeutung des eigenen Tuns entsteht inzwischen die Erkenntnis, dass die für diese Tätigkeit notwendigen eigenen inneren Ressourcen gepflegt werden müssen.

Einen zentralen Stellenwert nimmt die Verortung der eigenen Schwerpunktsetzung in der Pfl egetätigkeit auf einem Kontinuum von einem fachlich-medizinischer Pol zu einem sogenannten Mitmenschlichkeits-Pol durch die Pflegenden selbst ein. Es zeigt sich, dass diese Verortung bisher an implizite Pflegekonzepte gebunden war. Während Konzepte älterer Interviewpartnerinnen klar die Mitmenschlichkeit im Sinne des Mit-Leidens und des Berührt-Seins in den Vordergrund stellten, ohne die Fachlichkeit deshalb gering zu schätzen, werden explizite Konzepte heute verstärkt im Spannungsfeld von Professionalisierungsansprüchen und Qualitätsstandards auf der einen Seite und höheren Ansprüchen der Patienten an ihre Bedürfnisse und Situation auf der anderen Seite angesiedelt.

Indem die eigenen Kernansprüche an die Pfl egetätigkeit – „immer ist Berufung dabei“, „sehende Fürsorge“, Mitmenschlichkeit prägt Fachlichkeit“ und „da sein für die Bedürftigen“ - erhalten bleiben, kommt Diakonie in Konflikt mit veränderten wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen.

6. Menschenbild: Vom Bedürftigen zum Kunden-Patienten

Die Beziehungsgestaltung in der Pflege zwischen Pflegenden und Gepflegten wird von den ökonomisch-institutionellen Voraussetzungen in starkem Maße geprägt. In der traditionellen Diakonie gab es eindeutige Begriffe und Sichten auf die Bedürftigen bzw. Patienten. Die Bedürftigen waren „siech“:

¹³ Siehe hierzu auch Kumbruck 2001.

„Die Menschen waren, wenn sie dann eine Gemeindegeschwister holten, doch ziemlich elend und schwer krank. Und Krankheitsbilder, die man heute gar nicht mehr so antrifft.“

Die Bedürftigkeit stach sozusagen ins Auge, und die Bedürftigen fühlten sich auch abhängig, was sich in Dankbarkeit nach ihnen zuteil gewordener Fürsorge äußerte. Damit war auch das Verhältnis des Pflegenden und des Gepflegten als ein asymmetrisches Abhängigkeitsverhältnis definiert. Die heutige Beziehungsdefinition ist differenzierter und damit auch schwieriger zu leben, wie es aus der Sicht einer in der Ausbildung tätigen Schwester beschrieben wird:

„Ja, ich glaube, professionelle Nähe zeichnet sich ... durch eine gewisse Distanz auch aus. Und die Frage ist immer, ist das Ergebnis meiner Nähe, dass mein Gegenüber auch in seinen Bedürfnissen zufrieden ist oder nicht? Und darüber zu reflektieren, das ist ganz wichtig, aber auch gleichzeitig das Problematische in der Pflege. (...) immer geht es um die Haltung, die man einer abhängigen Person entgegen bringen muss. Und da muss ich sehr reflektiert sein.“

Es gilt also eine Balance zu halten zwischen Nähe und Distanz und nicht davon auszugehen, dass man ohne weiteres selbst weiß, was der andere für Bedürfnisse hat. Die heutzutage stark diskutierte Frage ist dabei, ob man es mit einer abhängigen Person zu tun hat, oder einer für sich selbst verantwortlichen:

„Die Abhängigkeit ist ganz stark da zwischen Pflegenden und Gepflegten. Stellen Sie sich vor, Sie liegen im Bett und ständig beugt sich jemand über Sie. Für mich ist das ein sehr komisches Gefühl. Und die Vorstellung, die Pflegenden entwickeln müssen, wenn das Ziel ist, dass jeder sich selbst verwirklichen kann. Was bedeutet denn Selbstverwirklichung für einen Menschen mit einer Gebbehinderung oder Demenz oder alle anderen Erkrankten? Was bedeutet das für mich? Und gilt es wirklich Ressourcen zu stärken, die die Unabhängigkeit ermöglichen der betroffenen Person? Das ist eigentlich das Ziel.“

Mit der Abhängigkeit der zu pflegenden Person muss so umgegangen werden, auch sensibel im alltäglichen Tun, dass die Betroffenen sich nicht wie ein Objekt fühlen. Aber, so wird hier herausgestellt, darüber hinaus gehende Ziele wie Ressourcenstärkung, damit die Person wieder Unabhängigkeit erzielt, sind im pflegerischen Kontext manchmal ein zu hoch gesetztes Ziel. Bei vielen Patienten sind die Spielräume dafür begrenzt.

Besonders weit wird die Vorstellung der Unabhängigkeit in dem von Gesundheitsmanagern propagierten Leitbild des „Patienten als Kunden“ getrieben.¹⁴ Unsere Gesprächspartnerinnen in der Diakonie, insbesondere in ambulanten Einrichtungen, äußern sich dazu sehr differenziert:

„Es ist schwierig, es sind, natürlich sind das jetzt zum großen Teil Kunden geworden, einfach weil wir die Verträge direkt mit ihnen abschließen. Aber ihr Gesundheitszustand ist immer noch zum großen Teil so, dass es Patienten sind, weil es einfach kranke Menschen sind.“

„Auf der anderen Seite ist natürlich ein ganz klares Kundenverhalten, wenn ich eine Aufnahme mache, ein Informationsgespräch, es kommt ganz oft vor, dass sich Menschen von Pflegediensten Kostenvorschläge zuschicken lassen oder auch Beratungsgespräche einfordern und sich dann danach das aussuchen, was sie für sich für richtig halten und auch um Leistungen feilschen, sage ich jetzt mal. Richtig feilschen und wo wir jetzt auch drauf eingehen (...), um einfach auch diesen Kunden dann nicht zu verlieren. Also das ist schon sehr viel anders als früher.“

Wir haben da zum Beispiel eine Patientin, eine Kundin, die ist einmal Patientin und einmal Kundin, die hat einen Hund, mit dem kann sie nicht mehr rausgehen, da gehen die Zivildienstleistenden dann mittags mit dem Hund, der Hund wird auch gebadet und zum Tierarzt gebracht und solche Sachen, das wäre früher in den Bereich ehrenamtliche Tätigkeiten gefallen und wäre auch mit abgerechnet wor-

¹⁴ Siehe dazu auch Böhle/Weishaupt 2006.

den. Oder Spaziergänge, Einkäufe, das Klassische aber auch die eine Dame wollte jetzt zum Schwimmen begleitet werden und das machen wir dann auch möglich, da geht diese Modulgeschichte drüber weg (...), das sind Privatleistungen.“

Deutlich wird hier, dass sich das Pflegekonzept in der ambulanten Diakonie durch einen schnellen Wechsel zwischen diakonisch-traditioneller Betreuung (eines Patienten) und moderner marktgemäßer Kundenpflege auszeichnet, was sich auch im wechselnden Klientelverständnis ausdrückt. Im stationären Bereich ist der Kundenbegriff demgegenüber seltener anzutreffen. Insbesondere im Hospizbereich erscheint der Kundenbegriff völlig abwegig. Die hier tätigen Gesprächspartnerinnen sprechen von Bewohnern:

„Bei uns sind es ganz klar Bewohner. Wir sagen Bewohner, die leben ja auch bei uns. Die erleben ihren letzten Lebensabschnitt bewusst bei uns. Und das hat den Sinn des Bewohners, wir leben ja auch in Kleinfamilien, ich sage mal, es ist auch wie eine Wohngemeinschaft einfach. Die kommen untereinander in Kontakt und das ist ein Miteinander und deshalb sind es eben halt auch Bewohner.“

Von anderen Gesprächspartnerinnen wird eindeutig am Patientenbegriff festgehalten:

„Also wir sagen bewusst Patienten und nicht Kunden, obwohl wir ja ein Dienstleister sind und wir uns als Dienstleister verstehen und trotzdem sind es Menschen mit einem Selbstpfledefizit und deswegen sind es nicht Kunden. Wie jemand, der sich eine Hose kauft – der Kunde!

Sondern hier ist schon ein Gefühl der Abhängigkeit, das ist schon ein anderes Verhältnis, und deswegen ist es mir einfach auch wichtig, dass wir ihn weiterhin bezeichnen als Patient, weil in diesem Begriff dieses Defizit einfach hergeleitet ist und das ist uns auch nach wie vor noch wichtig.“

Das hier implizierte Pflegekonzept geht vom Selbstpfledefizit der Patienten und der daraus resultierender Abhängigkeit von den Pflegenden aus. Die Handlungen am Patienten werden aber nicht als Behandlung, sondern als „Begleitung“ angesehen:

„Wobei ich das Wort begleiten schöner finde. Ich finde, das ist irgendwie so ganzheitlicher. Tatsächlich so den anderen, das Gegenüber, so ganz zu sehen. Also nicht nur, sage ich mal, auf die Leistung, also Krankenhaus, zu bauen, ist eben nur in ganzen Stücken möglich, jemand gesund zu machen oder Krankheit zu verhindern, heilen oder wie. Aber das ist ja eben doch mehr. Dieses Begleiten eben, wirklich ihn ganz zu sehen und zu gucken.“

Eine andere Form angesprochenen Verlusts von Selbsthilfefähigkeit ist Armut. Diakonie hat ursprünglich ihren Schwerpunkt auf der Armenpflege gehabt – eine Aufgabe, die religiös begründet ist und bis heute Gültigkeit hat. Arme aber können nichts bezahlen und somit kommt eine rein marktorientierte Organisation an ihre Grenzen. Dieser Aspekt zieht sich angesichts neuer ökonomischer Rahmenbedingungen durch viele unserer Gespräche:

„Es gibt Pflegedienste, die zum Beispiel, da findet in der Regel ein Erstgespräch statt, die nach dem Abchecken der Daten feststellen, der kann es, der kann es nicht, es ist nicht klar, welcher Kostenträger tritt ein, tritt er überhaupt ein und dann die Patienten nicht übernehmen. Wir nehmen diese Patienten trotzdem, wir haben auch eine Sozialarbeiterin mit halber Stelle bei uns beschäftigt, die dann für solche Patienten, dann stellvertretend Pflegeanträge stellt, wir gehen dann einfach in Vorleistung auch mit dem Risiko, unsere Kosten dann nicht erstattet zu kriegen, doch kriegen wir das hin, im Rahmen der Zeit, es ist eine Frage der Zeit, ein Luxus – ich nenne das mal so, so lange wir uns das leisten können – den müssen wir irgendwo ausgleichen, aber noch machen wir das, und da gibt es schon erhebliche Unterschiede.“

„Und das Problem in der Medizin heute, die Krankenhäuser dürfen bestimmte Kranke nicht mehr aufnehmen. Das ist Wahnsinn (...), das ist Wahnsinn, total unmenschlich (...). Ja, also für mich war das wichtig, weil es einfach ein diakonisches Konzept ist, den Menschen über dem Geld zu werten.“

Unsere Gesprächspartnerinnen in der Diakonie wehren sich gegen die Anmutung, Menschen aufgrund mangelnder finanzieller Ressourcen eine notwendige Betreuung vorzu-

enthalten. Diakonie wird bis heute als Institution verstanden, die den Menschen über das Geld stellt, und mit organisatorischen und finanziellen Zusatzmitteln versucht, ohne Ansehen der Dicke des Geldbeutels bzw. des Versicherungsträgers zu behandeln. Dies wird als wesentlicher Grund, gerade im Rahmen dieser Institution zu arbeiten, angegeben.

Die vollständige Markt- und Kundenorientierung ist für die Diakonie nicht stimmig, sie hat das Bild des Bedürftigen als Mensch mit Selbstpfledefizit. Dies zeigt sich besonders deutlich an ihrem beibehaltenen Anspruch, nicht nur die Kaufkräftigen, sondern auch die materiell Bedürftigen zu behandeln.

7. Pflegequalität unter neuen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen

Angesichts des Drucks zur Kostenreduzierung aufgrund veränderter ökonomischer Rahmenbedingungen bei gleichzeitigem Anwachsen der Aufgaben in der Pflege und anderen Tätigkeitsfeldern fürsorglicher Praxis (quantitativer Anstieg z.B. aufgrund zunehmender Alterung der Bevölkerung; qualitativ neue Herausforderungen durch Anstieg von Demenzkranken) werden neue Lösungen gesucht, die die Bewältigung erhöhter Fallzahlen mit neuen Qualitätsstandards vereinen. In der Praxis bedeutet Qualitätssicherung oft nur Einhaltung von Mindeststandards und die Abrechnung nach Kennziffern. Fraglich ist, wie dabei „aktivierende Pflege“¹⁵ praktiziert wird, also die Befriedigung persönlicher Wünsche und Bedürfnisse, um den Leistungsempfängern im Rahmen der Hilfeleistung eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen.

Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege sind dem Sozialgesetzbuch¹⁶ nach verpflichtet, „Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege sowie die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist,“ mit den Spitzenverbänden der Pflegekassen und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Sozialhilfeträger zu vereinbaren und im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Diese Grundsätze beinhalten Qualitätsmaßstäbe für die Struktur einer Einrichtung, für den Pflegeprozess und für die Beurteilung des Pflegeergebnisses. Ergänzt wird diese Richtlinie durch das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz¹⁷, das Pflegeheime und –dienste dazu verpflichtet, das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement in regelmäßigen Abständen von unabhängigen Sachverständigen oder Prüfstellen (z.B. TÜV) überprüfen zu lassen. Für eine wirksame Qualitätssicherung und -entwicklung ist ein Qualitätsmanagement-System in den Einrichtungen zu implementieren. Ein solches umfasst idealerweise die Vorgänge der gesamten Einrichtung, von der Marktforschung bis zur Erhebung der Kundenzufriedenheit. Es beleuchtet die Interessen möglichst aller Anspruchsgruppen wie Mitarbeiter, Kooperationspartner, Öffentlichkeit und Gesellschaft. Wesentliche Prozesse werden durchleuchtet und sollen optimiert werden. Das Wie ist dabei Sache einer jeden Einrichtung selbst.

¹⁵ Diese wird nach §2, Absatz 1 und 2, SGB XI gefordert.

¹⁶ Nach §80, SGB XI vom 13.07.2001.

¹⁷ PQsG des SGB XI vom 01.01.2002.

Inzwischen wird eine Vielzahl von Qualitätssicherungskonzepten vor, von DIN En ISO 9000:2000 über EFQM bis zu KTQ und proCum Cert (speziell für Einrichtungen in kirchlicher Trägerschaft) eingesetzt. Umstritten ist insbesondere die Orientierung am Kundenbegriff, der im Rahmen von Qualitätssicherungsverfahren in Industrieunternehmen entwickelt wurde. Das Spannungsfeld von Qualität und Ökonomie ist von unseren Gesprächspartnerinnen hinsichtlich dreier Gesichtspunkte thematisiert worden, nämlich: Qualität durch Transparenz (Dokumentation), Qualität der Pflege, um auf dem Markt bestehen zu können und Kosten der Pflege.

7.1 Qualität durch Transparenz

Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung werden von unseren Gesprächspartnerinnen sehr häufig als zusätzlicher bürokratischer Aufwand wahrgenommen („immer noch mal mehr Formulare und jede Krankenkasse hat ein anderes Formular, das ist erheblich gestiegen und ist auch aufwändiger“), der von der eigentlichen Arbeit abhalte: Diese Sicht wird nahezu von allen Beteiligten geteilt. Insbesondere in der Rückschau der Älteren wird diese Entwicklung als ein Verlust von Zeit für die Pflege wahrgenommen, so z.B. aus der Sicht einer Schwester einer Diakoniestation, die ambulant tätig war:

„Aber dann ging es los mit Dokumentationen. Dann schlepten wir also Mappen mit uns rum und mussten jedes bisschen dokumentieren, und es wurde uns genau die Zeit vorgeschrieben, was ja jetzt mittlerweile auch so üblich ist, für eine Injektion so viel, für eine Pflege so viel Zeit (...). Und das machte die Sache dann auch wieder ein bisschen schwieriger, weil man dann nicht mehr so frei war.“

Insbesondere wenn unvorhergesehene Situationen eintraten, z.B. dass ein Arzt oder die Polizei gerufen oder ein Haferbrei gekocht werden musste, war der Zeitplan „durcheinandergebracht“. Dokumentationen engen dieser Erfahrung zufolge Handlungsspielräume ein, weil sie weder Puffer für unvorhergesehene Situationen noch für das soziale Kümern lassen.

Qualitätsmanagement und Dokumentationen kranken auch daran, dass das Hauptaugenmerk auf die objektiven medizinorientierten Handlungen gerichtet wird. Die Beziehungsqualität kommt dabei nach Ansicht unserer Gesprächspartnerinnen zu kurz:

„Und das Produkt von Pflege ist eben nicht nur von einer Pflegeperson abhängig, sondern auch vom Patienten, wie er das annimmt. Wenn er eine Maßnahme nicht gut findet, weil er das als Übergriff oder weil er es als seine Schamgrenze überschreitend empfindet und er lehnt dieses in der Dienstleistung ab, dann kommt kein gutes Produkt raus. So, das ist eben die Schwierigkeit. Ja und sagen wir mal als Produkt, die Zuwendung, lässt sich ganz schlecht messen und geht im so genannten Pflegecontrolling auch unter. Man versucht, Messinstrumente zu entwickeln, aber Zuwendung oder ein Lächeln, was oft eine Rolle spielt, kann man schlecht messen.“

Die Kehrseite der Dokumentation ist dieser Einschätzung zufolge nicht nur, dass sie Zeit kostet, die vielleicht an anderen Stellen (für andere Tätigkeiten) verloren geht, sondern dass über diese Qualitätssicherungssysteme eine Objektivierung geschaffen wird, die in der Pflege nicht immer angebracht ist. In der Regel sich als wirkungsvoll erweisende (und deshalb im System erfasste) Tätigkeiten am Patienten können wirkungslos bleiben oder sogar kontraproduktiv wirken, wenn die Beziehung zwischen dem Gepflegten und dem Pflegenden dabei nicht stimmt. Weiche Faktoren mögen zwar wirkungsvoll sein, sind

aber nicht direkt messbar und deshalb in rein ökonomisch orientierten Qualitätssicherungs-Systemen für den Wertschöpfungsprozess wertlos.¹⁸ Auch die Frage, ob die Dokumentationen zu mehr Transparenz über die Patienten führen, wird widersprüchlich beurteilt.

Durch nahezu ständige Präsenz der Diakonissen in Form des geteilten Dienstes wurde früher der Überblick erhalten. Mit der Einführung von festen Arbeitszeitregelungen, Schichtdiensten und Teilzeitarbeit drohte dieser Überblick verloren zu gehen. Die tarifliche Arbeitszeit löste die Rund-um-die-Uhr-Arbeit der Diakonissen ab, wodurch ein Transparenzproblem erst entstand, das allerdings durch Dokumentationspflichten und institutionalisierte Übergaben gelöst werden kann. Eine ältere Diakonisse berichtet dazu:

„Ja, dafür gibt es ja heute die Pflegedokumentation und es gibt auch Übergaben, die Übergaben waren früher, morgens kriegte man nur gesagt, welche Zimmer man zu machen hatte und ganz kurz, wenn was besonderes war und sonst kannte man die Patienten. Also heute durch die Pflegedokumentation und auch durch die mündliche Übergabe ist die Transparenz schon größer. Weil damals kannte man nur die Patienten in den Zimmern, die man betreute, und die anderen Patienten auf Station kannte man also nicht so gut und auch nicht das Krankheitsbild und nicht die Wunden und so was. Heute weiß man von allen Patienten auf Station Bescheid.“

Die Pflegedokumentation kann dieser Erfahrung zufolge also auch als Verbesserung des Ein- und Überblicks gewertet werden. Weitere mögliche Vorteile von Dokumentationen und Qualitätshandbuch werden von den Gesprächspartnerinnen erst nach längerem Überlegen genannt:

„Und das ist auch gut, dass man seine Arbeit auch doch gut sichtbar machen kann, transparenter machen kann, auch gegenüber Kostenträgern. Da kann man wirklich auch inhaltlich das noch ein bisschen verstärken.“

„Das ist nicht nur ein Nachteil, tatsächlich die eigene Arbeit zu reflektieren, nicht nur unter dem Aspekt, wie begründe ich das gegenüber den Kassen, sondern auch für sich selber und auch zur Qualitätssicherung. Ich denke, Handeln mehr zu reflektieren ist einfach wichtig, um Qualität herzustellen und von daher sehe ich auf der einen Seite, sehe ich eben nicht nur Einsparungspotentiale. In unserem Bereich eben gerade, wo auch immer wechselnde Personen die Patienten versorgen, gibt es eben auch die Möglichkeit, schnell an viel und gute präzise Information zu kommen. Was vorher eben viel auch verloren gegangen ist und dadurch ging auch Qualität verloren.“

Hier wird nicht nur die Transparenz über die Patienten thematisiert, sondern auch die durch Transparenz ermöglichte Reflexion des eigenen Handelns. Allerdings war Selbstreflexion auch in der traditionellen Arbeitsweise aufgehoben, wenngleich nicht systematisch durch Erhebungen und Dokumentationen unterstützt, sondern der Schwesterngemeinschaft und der darin üblichen Kommunikation und wechselseitigen Beratung (insbesondere Älterer gegenüber Jüngeren) implizit. Durch die Pflegedokumentation – so Diakonieschwester im Krankenhausdienst - wird heute der eigenständige Wert der Pflege für den Gesundheitsprozess verdeutlicht (siehe hierzu auch Scharffenorth u.a. 1984):

„Insofern, dass gerade wir im ambulanten Bereich, das sehr eigenständig gegenüber Ärzten vertreten und die Pflegebehandlung tatsächlich selber bestimmen und darüber gibt es mittlerweile auch Gesetzgebung, dass wir das auch teilweise schon können. (...) Da ist dann auch wieder ein Punkt in der Dokumentation und Pflegeplanung, wir schaffen die Qualität und wissen, dass wir das auch können. Dass wir das nicht nur können, weil wir es übernommen haben, sondern weil es wirklich richtig fundiert ist und dann

¹⁸ Dass auch andere Ansätze in der Qualitätssicherung denkbar sind, zeigen Brater und Maurus 1998 für das anthroposophische Altenpflegeheim Aja-Textor-Goethe.

auch eigenständig vertreten wird, und das finde ich auch wichtig, weil es die Qualität steigert.“

In dieser Einschätzung macht Pflegedokumentation explizit, was sich bei älteren Diakonissen als eigenständiges Qualitätsbewusstsein und als Anforderung an Schwesternschülerinnen, die Person des Patienten richtig „zu sehen“, ausdrückte (siehe oben Kapitel 5.2).

Traditionelle Transparenz vermittelt allgegenwärtiger personaler Anwesenheit und Verfügbarkeit wird durch Informationstransfer per Dokumentationen ersetzt. Die an den großen Überblick gebundene Arbeitszeitregelung der Diakonissen, der geteilte Dienst, ist für Frauen mit Familie nicht mehr zu praktizieren. Die Zeitpuffer und Handlungsspielräume der Mitarbeiter sinken dadurch und führen bei den Pflegenden teilweise zu dem Eindruck, nicht mehr alles Notwendige für den Patienten tun zu können. Dokumentationen aber ermöglichen auch den Blick auf das eigene Tun und ersetzen dadurch teilweise die traditionelle Variante des „kollegialen Feedbacks“, die eng an die Institution der Schwesternschaft gebunden ist. Dokumentationen ermöglichen auch, die Eigenständigkeit pflegerischen Handelns und seines Wertes zu verdeutlichen. Dennoch bleibt die Sicht auf Dokumentation ambivalent, denn sie ist in Zeitökonomie eingebunden (siehe unten Kapitel 8).

7.2 Qualität in Konkurrenz

Leitungskräfte in der Diakonie wünschen sich heute, dass auf der Seite der Mitarbeiter Mängel bestehen, *„auch wirtschaftliche Aspekte stärker mit im Blick zu haben“*. Dies liegt sicherlich in der Tradition der diakonischen Praxis, wo Pflegende lange gar nicht unter Kostenaspekten gedacht und agiert haben, ja sogar die Einführung einer wirtschaftlichen Sicht Ende der siebziger Jahre als eine Einschränkung des helfenden Tuns wahrgenommen wurde. Ein strenges wirtschaftliches Denken war für die Anbieter von Pflegedienstleistungen in Zeiten voller Kassen der Wohlfahrtsverbände und Krankenkassen sowie wenig privater Konkurrenz nicht erforderlich. Wirtschaftlichkeit im Fokus zu haben sollte aber – so der Anspruch - nicht zu schlechterer Qualität führen:

„Das muss ja nicht implizieren, dass ich deshalb meinen Blick für die Person deshalb herunterschraube, aber eben dieses parallel zu sehen, das würde ich mir schon wünschen.“

Denn „Wenn wir nicht wirtschaftlich arbeiten, dann können wir gar keinem nichts Gutes für die Menschen tun.“

Und, Wirtschaftlichkeit soll nicht vorrangig handlungsleitend sein:

„Und es war mir immer wichtig, deutlich zu machen, das Geld darf nicht vor dem Menschen kommen!“

„Wir behandeln auch Menschen, bevor die Kostendeckungsübernahme durch die Kassen geklärt ist, d.h. mit dem Risiko, dass die Leistung nicht erstattet wird.“

Dieser - für diakonische Einrichtungen üblichen - Leitlinie entsprechend, achten Schwestern nach eigener Aussage nicht darauf, ob sie die für eine Leistung/Patienten vorgesehene Zeit überschreiten, müssen das dann aber durch unbezahlte Arbeit selbst „ausbaden“. Die Frage, ob die Diakonie sich durch besondere Qualität, durch eine besonders hochwertige Leistung auszeichne, wird von unseren Gesprächspartnern bejaht. Sie verweisen darauf, dass ihre besondere Art, *„zu sehen, ... schon ausgeprägter“* sei als bei privaten Anbietern. Damit steht Dienstleistung in der Diakonie auch heute in der Tradition der Diakonissen, die eben das „Sehen“ als Voraussetzung des Handelns als wichtiges Qualitätsmerkmal herausgehoben hat. Dieses „Sehen“ entspricht in gewisser Weise dem heute ge-

läufigen Konzept „proaktives Handeln“,¹⁹ nämlich dass nicht nur auf die Nöte des Patienten „reagiert“ wird, sondern dass die Pflegeperson aufgrund dessen, was sie am Patienten wahrnimmt, „von sich aus startet“, unterstützende Maßnahmen zu ergreifen.

Dieses „Sehen“ und das differenzierte Vorgehen korrespondieren mit der realen Definitionsmacht des Pflegenden über den Zustand des Bedürftigen. Dies kann in Konflikt geraten mit der neuen Rolle des zu Pflegenden als zahlender Kunde, der sich angesichts der durch Kranken- und Pflegekassen eingeschränkten finanziellen Möglichkeiten aus einer Pflegepalette nur das ihm besonders wichtig Erscheinende auswählt (siehe oben 5.3 und 6).

Das Qualitätsverständnis wandelt sich auch dadurch, dass der zu Pflegende nicht mehr allein die Rolle des Bedürftigen einnimmt, sondern als Kunde unter den vielen Trägern denjenigen auswählt, der ihm das lukrativste Angebot macht. Aber nicht nur mit dem niedrigen Preis, sondern auch mit besonderen oder professionellen Angeboten kann ein Träger „Kunden“ gewinnen. Wenngleich es noch viele Pflegebedürftige und ihre Angehörige nicht wahrgenommen haben, haben Diakoniestationen in den letzten Jahren ihr Gesicht grundlegend verändert, hin zu dem, was man heute unter „professioneller Arbeit“ versteht: Palliativpflege, Parenterale Ernährung, Portsysteme versorgen, Infusionen, Ernährung über Infusionen, spezielle Kinderkrankenpflege, moderne Wundversorgung etc.

Für Leitungskräfte ist auch klar, dass man auch „nach draußen gehen“ muss, um Fürsorgungsangebote aufzubauen. So werden Kooperationen geknüpft, die die Angebotspalette erweitern. Hierzu gehören Nachbarschaftszentren, die gemeinsam mit anderen Trägereinrichtungen, z.B. der Caritas, sowie mit Kirchengemeinden und mit einer Wohnungsbaugesellschaft aufgebaut werden. Dazu gehören auch die Zusammenarbeit mit Zentren für spezielle Pflegefälle, z.B. Demenzkranke und ihre Angehörigen sowie mit pflegenden Angehörigen in der häuslichen Krankenpflege.

7.3 Kosten für Pflege

Diakonissen beschreiben ihren Einsatz im Rückblick als nahezu unbegrenzt. Das Reduzieren der Arbeitszeiten war mit den Selbstansprüchen der Diakonissen nicht vereinbar. Sie arbeiteten oft weiter wie bisher und arbeiteten für die freien Mitarbeiterinnen mit, wenn diese ausfielen:

„Und das war natürlich ne Wahnsinns Umstellung für uns. Dieses Rechnen und dieses gerecht werden, jedem gerecht werden und ja zu sagen zu diesem Blödsinn, den wir als Blödsinn empfanden. Das haben wir zwar, also ich jedenfalls, wir Diakonissen alle, wir haben das für uns ja nicht in Anspruch genommen. Aber das dauerte gar nicht lange, dann mussten wir unseren Mitarbeiterinnen, die also auch examiniert waren, klar machen, warum wir das nicht machten. Und sie darum bitten, dass sie das verstehen, und dass wir sie auch verstehen, dass sie ihre Freizeiten brauchen, weil sie Familien haben, nach Hause kommen, und den Haushalt machen müssen, und wir uns nur noch ins Bett legen brauchen, so ungefähr.“

Die Diakonissen waren und sind immer bereit auch über ihre vorgesehenen Dienststunden hinaus zu arbeiten. Dass es sich hier nicht um subjektiv wahrgenommene Unterschiede in

¹⁹ Siehe dazu auch Haltiner/Hartmann 2006.

den Arbeitszeiten handelt, zeigt die Anordnung für Diakonissen, die tatsächlich geleisteten Arbeitszeiten aufzuschreiben:

„Und wir müssen auch aufschreiben, was wir für Überstunden machen, Überstunden, die notwendig sind, es waren natürlich immer welche notwendig. Die anderen hatten ja auch Überstunden. Wir brauchen ja die Überstunden nicht frei zu nehmen, nur die müssen auch festgehalten werden. Wenn wir nicht mehr da sind und eine freie Mitarbeiterin kommt auf den Platz, die schafft das ja gar nicht alles.“

Stationsleitungen müssen im Hinblick auf Neueinstellungen wissen und nachweisen können, dass sie im Ersatz für 1 Diakonisse womöglich 1 ½ tariflich gebundene Mitarbeiterinnen brauchen.

Die ökonomische Sicht auf diakonisches Handeln war – wie auch der Historiker Friedrich im Gespräch aufzeigte – davon geprägt, dass es keine doppelte Buchführung gab, Einnahmen durch Spenden oder Privatpatienten (später zudem durch Sozialkassen) erzielt wurden, sich die Ausgaben für die Pflegekräfte (die Diakonissen) durch äußerste Sparsamkeit (Taschengeld) auszeichneten, und die Gewinn-Verlustrechnungen auch nur durch die hauseigenen Pfarrer ökonomisch geprüft wurden. D.h. Ökonomie war in gewisser Weise ein Fremdwort oder gar ein Tabuwort. In den sechziger und siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts hat die Umstellung von „Taschengelddiakonissen“ auf Tarifangestellte recht reibungslos funktioniert, weil die diakonischen Werke genügend Geld für ihre Leistungen aus den Kranken- und Rentenkassen erhielten. Volle Kassen ermöglichten der Diakonie weiterhin, Fragen, wo das Geld herkommen soll und welche Prioritäten gesetzt werden sollten, zu vermeiden. Gegenwärtig muss jedoch über jede Ausgabe an die Kostenträger detailliert Auskunft erteilt werden. Jede Diskussion über die Zukunft fürsorglicher Praxis in der Diakonie muss sich mit der Frage finanzieller und nicht-finanzieller Ressourcen auseinandersetzen.

8. Von der ungeschiedenen Zeit zur bemessenen Zeit

Mit der Heraufkunft des Kapitalismus ist bekanntlich eine neue Zeitauffassung entwickelt worden, die seit Benjamin Franklins Rat an einen jungen Handelsmann von 1748: „Remember that time is money“ in zugespitzter Weise zum Ausdruck kommt. Das im ersten halben Jahr des 19. Jahrhunderts entwickelte Lebenskonzept der Diakonisse widerspricht dieser Lebensdevise vollständig. Das ganze Leben der Diakonisse war in den diakonischen Dienst gestellt. Zeit musste weder ökonomisch verwendet, noch gespart werden, sondern wurde geschenkt. Die Tätigkeiten für andere waren aufs Engste mit dem religiösen Gemeinschaftsleben verbunden.

Nachdem Diakonie im Lebensmodell der Diakonisse nicht mehr tragfähig war, wurde diakonisches Handeln – hier speziell in der Pflege – unmittelbar in die Tauschgesellschaft mit ihren marktwirtschaftlichen und sozialstaatlichen Regeln eingeordnet. Im Rückblick und in der Gegenwartsanalyse von Diakonissen, Diakonieschwestern und auch Schwestern in Diakoniestationen, die nicht selbst diakonischen Schwesternschaften angehören, erweist sich entsprechend die Zeitthematik als hoch bedeutsam. In der Gesamtheit der Aussagen wird eine Bewegungsrichtung sichtbar, die sich von der Auffassung einer ungeschiedenen Lebenszeit im traditionellen Diakonissenethos hin zu der Herausforderung gemessener und bemessener Zeit für diakonische Tätigkeit bewegt. Drei Aspekte kommen

dabei zur Sprache: der Aspekt der persönlichen Lebenszeit, der Aspekt der Zeit für zwischenmenschliche Beziehungen und der Aspekt der kompetenten zeitlichen Schwerpunktsetzung im diakonischen Handeln.

8.1 Persönliche Lebenszeit im diakonischen Teammodell

Im Aspekt der persönlichen Lebenszeit der Schwestern ist besonders die Thematik der vollzeitlichen oder teilzeitlichen Dienste relevant. Im alten Diakonissenideal der Ehelosigkeit gilt diese als Chance ungeteilter Aufmerksamkeit für die Nöte der Welt. Wenn demgegenüber die Aufmerksamkeit für Familie und andere Belange im Leben aufgeteilt werden muss, werden aus der Perspektive der ehelosen Diakonisse die Belastungen hervorgehoben, die sich aus dieser aufgeteilten Aufmerksamkeit ergeben. Aus diesem Blickwinkel erscheinen Familienfrauen und Teilzeitkräfte im Pflegeberuf als tendenziell unzuverlässig:

„Und dann sollten sie Überstunden machen, aber das ging dann manchmal gar nicht. ...Ich hatte Andachten mit zu halten morgens. Wir haben jeden Morgen eine Andacht angeboten den Kranken. Und dann kam ich manchmal raus, und dann standen sie schon da an der Tür: ‚Mein Kind ist krank, ich müsste nach Haus‘ oder ‚kann ich einen Tag frei haben‘ oder Urlaub haben, dies und das und jenes, ach alle möglichen Dinge. Manches war ja wirklich nötig, musste man wirklich überbrücken. Dazu ist die Pflegedienstleitung ja schließlich da, aber manches war auch so, dass ich ‚nein‘ sagen musste.“

„Dies und das und jenes“, was im außerberuflichen Leben von Pflegekräften bedeutsam ist, kam insbesondere Diakonissen in der Funktion von Pflegedienstleitung durchaus in die Quere. Wenn sie zuverlässig Patienten versorgen wollten, brauchten sie zuverlässige Arbeitskräfte. Deren außerberufliche Lebensbedürfnisse mussten daher im Zweifel zurückgestellt werden. Dass diese Problematik durchaus erkannt wurde, wird allein daran deutlich, wie stark das Thema im Rückblick präsent ist, und welche Versuche heute gemacht werden, anderen Lebensmodellen als dem der Diakonisse in der Pflege gerecht zu werden. So berichtet eine Diakonisse mit Blick auf ihre frühere Leitungstätigkeit, wie sie den Entschluss fasste, Schichtdienst für die freien Schwestern einzuführen:

„Aber sonst bin ich mit dem ganz gut klar gekommen. Ich habe sogar den Schichtdienst eingeführt – das war X. gar nicht recht zuerst, da hätte ich erst einmal ‚bitte, bitte‘ sagen sollen. Aber ich habe das auch eingesehen bei den Frauen. Die haben gesagt: ‚Wir müssen viermal die Tour fahren, morgens und mittags und nach der Freistunde, dann noch mal und nachts nochmal‘. Wir schaffen das nicht, und wir können das nicht mehr.‘ Und ich wollte sie auch nicht verlieren. Das waren so gute Pflegerinnen. Also wirklich treu und ordentlich und zuverlässig und zugewandt zu den Leuten. Da habe ich dann gesagt, dann müssen wir uns jetzt für den Schichtdienst entscheiden.“

Schwierigkeiten im Einsatz von Teilzeitkräften sehen auch heute aktive Diakonieschwestern im Krankenhaus. Eine Diakonieschwester, selbst vollzeitig in Leitungsfunktionen tätig, stellt die erwünschte Flexibilität von Teilzeitkräften in Frage:

„Also die Tendenz geht dahin, dass man möglichst ein Drittel Teilzeitkräfte, zwei Drittel Vollzeitkräfte haben soll. So ist uns das hier von einem Institut gesagt worden. Aber die Praxis sieht ein bisschen anders aus. Ich persönlich habe ja nicht so viele Teilzeitkräfte. Teilzeitkräfte sind meistens gebunden. Sie haben Kinder, und sind nicht so flexibel wie Vollzeitkräfte. Eigentlich sollten Teilzeitkräfte ja dazu da sein, sehr flexibel zu sein und in Notzeiten einzuspringen, aber die Wirklichkeit sieht anders aus.“

Ganz anders ist in dieser Hinsicht die Wahrnehmung anderer Diakonieschwestern, die in Pflegeeinrichtungen, wie z.B. Hospiz, arbeiten, womöglich selbst in Teilzeit. Hervorge-

hoben werden der gemeinsame Einsatzwille, die partizipativen Absprachen und gut funktionierenden Notfalllösungen, wenn die Bemühungen um die Erfüllung schwieriger diakonischer Aufgaben miteinander geteilt werden:

„Also bei uns ist es hier (so). Wir müssen immer so ein bisschen gucken. Wir haben nur vier Vollzeitkräfte, und der Rest in Teilzeit. Aber eben dreiviertel Stellen bis halbe Stellen, also mit einem unterschiedlichen Stellenanteil. Wichtig ist ja immer, dass man so ein bisschen versucht, so eine einfache Versorgung der Bewohner sicherzustellen, also nicht mit so einem häufigen Wechsel. So, dass die Teilzeitkräfte auch so am Block eingesetzt werden oder mit zwei, drei Tagen Freizeit zwischendrin, aber dann doch kontinuierlich da sind. Das klappt gut. Ja, es gibt so eine Art Wunschdienstplan, wo sich jeder eintragen kann, und ich kann nur bestätigen, dass Teilzeitkräfte supergut läuft sind, total flexibel (...) wir können nicht – wie im Krankenhaus – auf den anderen Stationen anrufen und aushelfen lassen ... Wir sind auf uns selbst angewiesen. (...) und es ist eine hohe Bereitschaft, auch mal einzuspringen, auch mal über das Maß hinaus Stunden abzuleisten.“

Ein „Wunschdienstplan“ berücksichtigt hier von vornherein die persönlichen Zeitwünsche jener, die für berufliche Pflege bezahlt werden. Offenbar stellt er ein gutes Fundament dar, um davon abweichen zu können. Es scheint so, dass die von klassischen Diakonissen und Diakonieschwestern hervorgehobenen Unzuverlässigkeiten von Teilzeitkräften im Gegensatz zu dem Selbstbild heutiger Teilzeitkräfte in der Diakonie mit der spezifischen Art und Weise zu tun haben, in der über die Zeitnutzung von Teilzeitkräften bestimmt wurde. Eine gemeinsame Teamverantwortung für bestimmte Patienten und Dienste anstelle einer Anordnung von oben könnte die von den Diakonissen erinnerte und von aktiven Schwestern heute angesprochene Problematik aufgeteilter Aufmerksamkeit für verschiedene Aufgabenfelder entschärfen. Wo Lösungen für Engpässe gemeinsam gefunden werden dürfen – aber auch – müssen, werden welche auf Gegenseitigkeit gefunden. Allerdings schließen auch diese Lösungen nicht aus, dass Zeit als allzu knapp bemessenes Gut befunden wird, wenn die Zahl der bedürftigen Patienten, die zu versorgen sind, steigt.

8.2 Zeit für Empathie

Der zweite Aspekt, Zeit für zwischenmenschliche Beziehungen, hat mit der Frage zu tun, wie auch im Rahmen der gemessenen und bewirtschafteten Zeit angesichts neuer ökonomischer Rahmenbedingungen gute zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege noch gewährleistet werden können. Hier wird von unseren Gesprächspartnerinnen Erfahrung ins Spiel gebracht. So wird von erfahrenen Diakonieschwestern heute den Schülerinnen zugebilligt, dass sie sich auf die soeben gelernten Tätigkeiten konzentrieren müssen und sich dabei wenig auf die ganze Person der Patienten beziehen können. Von den Schwesternschülerinnen weiß man, dass Zeitvorgaben dafür eine zusätzliche Aufgabe der Integration darstellen:

„Es ist natürlich so, dass ich für die menschliche Zuwendung auch Zeit brauche. Und wenn mir einer im Nacken sitzt, sag ich mal, (...) die Ganzkörperpflege in 10 Minuten zu schaffen, dann ist es so, dass man die Zuwendung trotzdem machen kann und man Gespräche führt. Es wird auch gelehrt, aber (ist) schwierig, auch in die Köpfe reinzubringen, weil sie ja diesen Pfad haben: ‚Ich wasche jetzt!‘“

Diakonische Kompetenz kommt nach Auffassung erfahrener Schwestern aber darin zum Ausdruck, dass es bei allen Handlungen an den Patienten gelingt, auch die eigene Fähigkeit des Mitfühlens zu vermitteln. Das kann z.B. so geschehen, wenn, wie früher, beim Nachttischputzen Gespräche geführt werden. Das kann auch durch die behutsame Weise

des Kämmens zum Ausdruck kommen, in der eben nicht zweimal mit dem Kamm „ratsch“ durch das Haar gefahren wird, sondern sorgsam darauf geachtet wird, dass es „nicht zieht“. Als eigener Anspruch für die Leitung einer Diakoniestation wird formuliert, dass alle genügend Zeit bekommen müssen, die sie für gute Pflege brauchen. Das heißt auch, dass sich die Pflegenden dazu selbst äußern müssen, wenn sie den Eindruck haben, dass die Zeiteinheiten pro Patient nicht reichen. Die Pflegenden werden also in die Verantwortung einbezogen:

„Sie können sagen, wenn jemand sehr aufwendig zu pflegen ist, sie kriegen die Zeit, die sie brauchen. Sie müssen es natürlich uns rückmelden, wie das ist.“

Im übrigen wird jedoch nicht von den heute aktiv in der Pflege Tätigen bestritten: Auch in der Diakonie wird heute Zeit bewirtschaftet:

„Es ist ein Irrglaube zu meinen, dass Pflege oder das Diakonische spiegelt sich jetzt da drin, dass wir unbedingt mehr Zeit haben als alle anderen.“

In der konkreten diakonischen Berufstätigkeit stehen heute Frauen, für die diese Tätigkeit nur Teil ihres Lebens ist. Ihnen wird nicht – wie in der Tradition der Diakonissen üblich – die alltägliche Sorge um Nahrung, Kleidung und Unterkunft für sich und die Ihren abgenommen. Stattdessen erwarten sie, sofern sie nicht ehrenamtlich tätig sind, Geldbeträge, mit denen sie auf dem Markt Produkte oder Dienstleistungen, die sie für sich benötigen, kaufen können. Sie bewirtschaften ihren beruflichen Zeiteinsatz allerdings mit dem eigenen Anspruch, dass es ihnen – jedenfalls bis zu einem bestimmten Grade – gelingt, den Entpersönlichungstendenzen einer von allen Beziehungselementen gereinigten Verrichtungszeit zu entkommen.

8.3 Kompetente Schwerpunktsetzung für das Erforderliche

Das Vertrauen, Pfl egetätigkeiten in der Diakonie gegenüber anderen Pflegediensten mit einer eigenen Note auszustatten, korrespondiert mit dem Vertrauen in die eigene Kompetenz, zur richtigen Zeit das Erforderliche zu tun. Für das diakonisch kompetente Handeln wird in Anspruch genommen, dass es einen Unterschied macht *„einen Patienten zu versorgen, der eine Krankheit mit einer Prognose hat (...) oder ob ich einen Patienten habe (...), der sich seinem Ende nähert.“* Das diakonische Ethos verlangt, das Richtige zur rechten Zeit zu tun. Ein sterbender Mensch braucht andere Hilfeleistungen als ein Patient, der wieder zu Kräften kommen soll. In einer Gruppendiskussion über das richtige Verhältnis von Patientenaktivierung und einfühlsamer Hilfe wird die Bedeutung gekonnter Unterscheidungen hervorgehoben, die einer Standardbehandlung widersprechen:

„Also in der Schule wird ja heute sehr viel gelehrt; den Schülerinnen und auch den jungen Schwestern (ist) beigebracht worden, möglichst die Ressourcen der Patienten zu fordern. Aber ich bin ja nun schon ein bisschen älter, und ich sehe das manchmal aus einem anderen Gesichtspunkt. (...) Ich sage, wenn die sich mal hier hängen lassen und sich auch mal bemuttern lassen wollen, (...) dann müsst ihr das mal aus dem Gesichtspunkt sehen und nicht sagen, die sind faul“.

Eine andere Diakonieschwester ergänzt:

„Du musst die Differenzierung da auch anders schärfen, bei den jungen Menschen. Also das kenne ich auch bei unseren Patienten, das man sagt: 'gut, heute verwöhnen wir sie mal, und morgen müssen sie ran'“.

Und eine dritte Diakonieschwester erläutert:

„Man kann jetzt nicht sagen, man macht mit den Patienten alles, sondern nur das, was sie brauchen, oder, man gibt ihnen das, was Schwester X. gesagt hat: 'Ich denke, ich sehe, du brauchst heute ein bisschen mehr, also ich habe auch Zeit, Dir das zu geben.'“

Vor diesem differenzierten Blick auf die Situation der anderen wird die im Professionalisierungsdiskurs und der Betriebswirtschaft vorgenommene Unterscheidung von fachlicher Pflege und nichtfachlichen Tätigkeitsanteilen unwichtig, ja sogar bedenklich. In diesem Zusammenhang wird auf die Vorteile in früheren Pflegesituationen verwiesen, wo von Schwestern selbstverständlich auch bestimmte Reinigungstätigkeiten und andere Tätigkeiten erwartet wurden, die heute auf Hilfspersonal verlagert worden ist. Denn solche Situationen konnten als natürlich gegebene Situationen genutzt werden, um Patienten die Zuwendung zu geben, die sie brauchen (siehe oben 5.3).

Wenn aber Zeit für Zuwendung und besondere Pflegetätigkeiten in Rahmen der Zeitökonomie - wie sie auch in der Pflege Einzug gehalten hat – voneinander getrennt werden, bedarf es zusätzlicher Ressourcen. Hierfür arbeiten viele diakonische Einrichtungen heute eng mit ehrenamtlichen Kräften zusammen, in deren praktische Handreichungen Zuwendung wiederum integriert erscheint. So werden beispielsweise in der Altenpflege die Mittagstische von Ehrenamtlichen schön gedeckt, und Ehrenamtliche helfen beim Mittagstisch und anderen Mahlzeiten den zu Pflegenden. Dabei sorgen sie gleichzeitig für eine „unbeschwerte Übergabezeit zwischen Früh- und Spätschicht“ auf Seiten der Pflegekräfte. Diese Vernetzung verschiedener Gruppen, die sich mit verschiedenen Zeitkonzepten in fürsorglicher Praxis der Pflege engagieren, scheint eine hohe Zufriedenheit bei allen Beteiligten fördern zu können. Möglicherweise eröffnet dies einen Weg für Pflegeeinrichtungen in der Diakonie, mit der bemessenen Zeit für berufliche Pflege gut umgehen zu können.

Bei der Thematik der Zeit gehen womöglich die Bewertungen der Diakonissen und Diakonieschwestern zwischen der älteren und der jüngeren Generation am weitesten auseinander. Für die gegenwärtig aktiven Schwestern stellt sich die Situation heute gegenüber jener der Vergangenheit als vorteilhafter und besser heraus, denn es lassen sich verschiedene Lebensstränge miteinander in Vereinbarung bringen: Familienleben und Diakonietätigkeit, Selbstpflege und Hilfe für andere. Aus dieser Erfahrungsperspektive ist Bewirtschaftung von Zeit ein Freiheits- und Selbstbestimmungsgewinn sowie eine Beteiligungschance am Erwerbsleben. Für die Diakonissen „im Feierabend“ stellt sich die neue Situation in der Pflege demgegenüber eher als Qualitätsverlust dar.

9. Resümee: Dilemmata des Ethos fürsorglicher Praxis in der Pflege

Werden Erfahrungen, Bewertungen und Ausblicke auf Pflege, wie sie in der Diakonie organisiert wurde und wird, als Ausdruck des sich wandelnden Ethos fürsorglicher Praxis in der Diakonie wahrgenommen, so zeigt sich eine enge Verflechtung grundlegender Elemente. Veränderungen in einem Element gehen auch mit Veränderungen in den anderen Elementen einher, ohne dass monokausale Wirkungszusammenhänge dahinter identifi-

ziert werden können. Im traditionellen Ethos waren und im sich wandelnden Ethos werden Gefährdungselemente sichtbar, die dem erklärten Ziel der diakonischen Mitmenschlichkeit als Dasein für andere entgegenwirken.

Die Gefährdungspotenziale im traditionellen Ethos waren insbesondere in dem spirituell legitimierten, institutionalisierten und von den Schwestern verinnerlichten *Gehorsamsideal* und der damit verbundenen *Verfügbarkeit* angelegt. Die Gefährdung bestand darin, dass das Gehorsamsideal im Rahmen einer spirituellen Gemeinschaft (die zugleich auch die Funktion einer Genossenschaft im Sinne christlicher Gemeinwirtschaft hatte) in der Alltagspraxis der einzelnen Schwester zu einem *Entmündigungssyndrom* werden konnte: Wer sich selbst stets mit den eigenen Bedürfnissen zurückzunehmen hat, wird auch darin trainiert, die Bedürfnisse anderer Menschen fremd zu definieren. Heute wird demgegenüber die Bedeutung der Selbstpflege als Pendant für gute Pflege an anderen thematisiert.

Aktuelle Enthüllungen über Misshandlungen von Schutzbefohlenen in Einrichtungen der Diakonie in den ersten Jahrzehnten der Bundesrepublik Deutschland zeigen zum einen die beispiellose Verantwortung, die bei Einrichtungen liegen, die mit fürsorglicher Praxis zu tun haben, zum anderen die elementare Bedeutung von professioneller Selbstreflexion jener, die in fürsorglicher Praxis tätig sind. Es bedarf institutioneller Strukturen, die entsprechenden Geist unterstützen und fördern. Die Forschungsbefunde machen deutlich, dass es starker Persönlichkeiten bedurfte, um in selbstgewählten spirituellen Gemeinschaften die vorgegebenen institutionellen Gehorsamsregeln so umzudefinieren, dass sie dem eigenen Ideal mündiger Hingabe zur Sorge für die Welt entsprechen konnten. Ein besonders eindrucksvolles Beispiel für eine solche starke selbstbewusste Redefinition von Gehorsam kommt in dem Praxisleitbild zum Ausdruck, dass „Gehorsam das Hören“ aufeinander sei. Hier wird das hierarchisch-patriarchale Ideal gewissermaßen zu einer Aufforderung zu einem dialogisch-demokratischen Modell.

Im Einzelnen erweisen sich alle sechs Elemente fürsorglicher Praxis im traditionellen Ethos als doppelgesichtig: Diakonissen und Diakonieschwestern waren Mitglieder in einer spirituellen Genossenschaft, deren spirituelles Leben ihnen Kraft und Halt geben konnte, aber auch Einübung in den Verzicht auf Selbstverantwortung; und deren ökonomische Seite ihnen die Sorge um die eigene materielle Existenz abnehmen, aber auch zu einem Zwangsmantel werden konnte. Die Hervorhebung von weiblichen Qualitäten als den Aufgaben fürsorglicher Praxis kongenial konnte Frauen in ihrem Bestreben nach beruflicher Bildung und familienunabhängiger Existenz dienen, sie konnte aber auch der Herabsetzung weiblicher Berufstätigkeiten Vorschub leisten. Fürsorgliche Praxis als Berufung konnte dazu beitragen, dass die Pflegetätigkeiten von jenen ausgeübt wurden, die eine besondere Liebe dazu hatten; der institutionelle Kontext dieser Berufung war aber ebenso dazu geeignet, zur Selbstüberforderung und Missachtung eigener Bedürfnisse Anlass zu geben. Die im Modell der Berufung angelegten Qualitätsvorstellungen von Pflegetätigkeiten ergaben sich aus dem je persönlichen Engagement, verhinderten aber lange Zeit eine eigenständige explizite Professionalisierung. Wer sein ganzes Leben dem Dienst an den anderen weihte, musste nicht zwischen Arbeitszeit und Lebenszeit außerhalb beruflicher Tätigkeiten trennen. Aber genau diese Ungeschiedenheit konnte dazu beitragen, eigene Belastungsgrenzen zu verkennen.

Gefährdungspotenziale lassen sich aber nicht nur in der Konfiguration des traditionellen Ethos fürsorglicher Praxis erkennen. Auch die neuen Entwicklungen in den einzelnen Elementen des Ethos fürsorglicher Praxis zeigen ein Doppelgesicht: Eine Schlüsselrolle für die Gefährdungen spielt die *Bewirtschaftung der Lebenszeit* jener, die in der fürsorglichen Praxis tätig sind. Auch sie findet sich in der Ambivalenz aller neuen Entwicklungen in den einzelnen Elementen des Ethos fürsorglicher Praxis wieder:

Ausgangspunkt für Pflege als Beruf ist jetzt nicht mehr die Entscheidung für die Mitgliedschaft in einer spirituellen Genossenschaft, sondern für einen bestimmten Beruf. Die Einrichtungen für Pflege sind vollständig in die geldökonomischen Zwänge des Sozialstaats integriert. Damit steht die beruflich in der fürsorglichen Praxis eingesetzte Lebenszeit in einem Äquivalententausch: Zeit wird nicht geschenkt, Zeit wird ökonomisch bewertet. Sie wird damit unter Umständen zu einer „Mangelware“, der erst durch innovative Vernetzungsideen von Menschen mit *verschiedenen Zeitkonzepten* den realen Lebensnotwendigkeiten immer wieder „Rechnung getragen“ werden kann. Professionalisierung der Pflege trägt zur Explizierung von Qualitätskriterien und von Fachlichkeit bei. Sie trägt aber auch zur Illusion bei, dass Pflege wie jede andere Ware auch mit all ihren Gütekriterien gekauft werden könne. Professionalisierung trägt auch zur deutlichen Verbesserung der Position von pflegenden Frauen im Geschlechterverhältnis bei. Wie weit es aber gelingt, die als weiblich konnotierten Empathieanteile fürsorglicher Praxis aus einer geschlechtsspezifischen Aufteilung heraus zu führen, steht in Frage. Die spirituelle Einbettung und Verankerung eigenen beruflichen Tuns war von jeher Kraftquelle und Haltepunkt in den Tätigkeiten fürsorglicher Praxis der Pflege. Die Überforderung von Pflegekräften in der Gegenwart zeigt sich jedoch auch heute an missbräuchlichen Übergriffen oder in der Missachtung elementarer Bedürfnisse der ihnen Anvertrauten. Starke Überforderung kann zudem auf der konflikthafter Überschreitung von Grenzen zwischen fürsorglichen Aufgaben im Beruf gegenüber fürsorglichen Aufgaben in der Familie beruhen. Zweifellos bedürfen Pflgetätigkeiten auf Seiten der Pflegenden sehr stabiler und reflektierter Persönlichkeiten,²⁰ wobei die Frage offen ist, welche Formen spiritueller Einbindung dem Ethos fürsorglicher Praxis als Sorge für die Bedürfnisse der Menschen am besten entspricht.

²⁰ Siehe zu diesem Aspekt auch die Fallstudie von Lachmann 2005.

Literatur

- Bock, Gisela/Barbara Duden (1977): Arbeit aus Liebe, in: *Frauen und Wissenschaft, Beiträge zur Berliner Sommeruniversität für Frauen*. Berlin.
- Böhle, Fritz/Michael Brater/Anna Maurus (1997): Pflegearbeit als situatives Handeln, in: *Pflege* 10,18-22.
- Böhle, Fritz/ Sabine Weishaupt (2006): Kundenorientierung bei direkten personenbezogenen Dienstleistungen – die Besonderheit der Arbeit am Menschen. M. Moldaschl (Hg.): *Kundenorientierung und Dienstleistungsmentalität*. München: Mering. (i.E.).
- Brater, Michael/Anna Maurus, (1998): *Das schlanke Heim – Zukunftsorientiertes Management sozialer Dienstleistungen am Beispiel der stationären Altenpflege*. München: GAB.
- Brückner, Margrit (2000): Care-Work jenseits von Caritas, in: *Feministische Studien, Extraheft Fürsorge – Anerkennung – Arbeit*, 43-53.
- Brucks, Ursula (1999): Gefühlsarbeit – Versuch einer Begriffserklärung. In: *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft* 37, 182-186.
- Bühler, Caroline (2000): „Man profitiert, wenn die Leute dankbar sind“, in: *Feministische Studien, Extraheft Fürsorge – Anerkennung – Arbeit*, 93-101.
- Büssing, André (1997) (Hg.): *Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie
- Cordes, Martin/Rolf Hyper/Siegrid Lorbers (Hg.) (1995): *Diakonie und Diakonissen. Beiträge zur Rolle der Frauen in Kirche und sozialer Arbeit*. Hemmingen: Sozialwissenschaftliche Studiengesellschaft.
- Eckart, Christel (2000): Zeit zum Sorgen. Fürsorgliche Praxis als regulative Idee der Zeitpolitik, in: *Feministische Studien, Extraheft Fürsorge – Anerkennung – Arbeit*, 9-24.
- Fliedner, Georg/Theodor Fliedner: Hausordnung und Dienst-Anweisung Hausordnung und Dienst-Anweisung für die Diakonissen in der Diakonissen-Anstalt zu Kaiserswerth, in: dieselben: *Durch Gottes Gnade Erneuerer des apostolischen Diakonissen-Amtes in der evangelischen Kirche. Sein Leben und Wirken* Bd. III: Urkunden, Kaiserswerth 1912, 143 (Ordnung von 1839).
- Friedrich, Norbert (2006): Überforderte Engel. In: *Konferenzproceedings, Basler Konferenz zur Pflege* i.E.
- Gause, Ute (2001): ‚Frauen entdecken ihren Auftrag?‘ Neue Erträge diakonischer Frauenforschung: Vom evangelischen Märtyrerinnenmodell und von der patriarchalen Familiengemeinschaft zur demokratischen Lebens-, Arbeits- und Dienstgemeinschaft, in: Cornelia Coenen-Marx (Hg.): *Ökonomie der Hoffnung. Impulse zum 200. Geburtstag von Theodor und Friederike Fliedner, Breklum*, 75-92.
- Gerhard, Ute/Trudie Knijn/Anja Weckwert (Hg.) (2003): *Erwerbstätige Mütter. Ein europäischer Vergleich*. München: Beck.
- Haltiner, Robert/Hartmann, Johannes (2006): Proaktiv zu höherer Qualität, in: *Management und Qualität* 3/2006, 14-16.
- Hausen, Karin (2000): Arbeit und Geschlecht, in: Kocka, Jürgen/Claus Offe (Hg.): *Geschichte und Zukunft der Arbeit*. Frankfurt/M.: Campus 343-361.
- Henriettenstiftung (2005): *Kultur des Pflegens*. Eine Zeitreise durch 145 Jahre Pflegegeschichte der Henriettenstiftung. Hannover: Henriettenstift.
- Kaiser, J.-C. (1998): Innere Mission und Diakonie, in: Röper, Ursula/ Carola Jülling (Hg.): *Die Macht der Nächstenliebe. Einhundertfünfzig Jahre Innere Mission und Diakonie 1848-1998*. Im Auftrag des Deutschen Historischen Museums und des Diakonischen Werkes der evangelischen Kirche in Deutschland. Berlin: Jovis, 14-45.
- Katscher, L. (1998): Die Krankenpflege. in: Röper, Ursula/ Carola Jülling (Hg.): *Die Macht der Nächstenliebe. Einhundertfünfzig Jahre Innere Mission und Diakonie 1848-1998*. Im Auftrag des Deutschen Historischen Museums und des Diakonischen Werkes der evangelischen Kirche in Deutschland. Berlin: Jovis, 152-161.

- Kontos, Sylvia /Karin Walser (1979): ... *weil nur zählt, was Geld einbringt – Probleme der Hausfrauenarbeit*. Berlin: Burckhardthaus-Laetare.
- Kreutzer, Susanne (2004): *Vom ‚Liebesdienst‘ zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945*. Frankfurt/M.: Campus.
- Kumbruck, Christel. (2001): Unsichtbare Arbeit, in: *Journal für Psychologie* 2, 24-38.
- Lachmann, Mareike (2005): *Gelebtes Ethos in der Krankenpflege*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mauk, Kristen L./Nola K. Schmidt (eds.) (2004): *Spiritual Care in Nursing Practice*. Philadelphia et al: Wolters Kluwer.
- Metz, Anne-Marie/Kathrin Neuhaus/Daniela Kunze/Clare Ungerson (2004): Psychische Fehlbelastung in der Krankenpflege und Gesundheitsförderung. In: *Arbeit*, 3, 305-311.
- Oakley, Ann (1978): *Soziologie der Hausarbeit*. Frankfurt/M.: Roter Stern.
- Ostner, Ilona/Elisabeth Beck-Gernsheim (1979): *Mitmenschlichkeit als Beruf*. Frankfurt/M. Campus).
- Pfau-Effinger, Birgit/Birgit Geissler (ed.) (2005): *Care and social integration in European societies*. Bristol: The Polity Press.
- Pross, Helge (1975): *Die Wirklichkeit der Hausfrau*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Rieder, Kerstin (1999): *Zwischen Lohnarbeit und Liebesdienst. Belastungen in der Krankenpflege*. Weinheim: Juventa.
- Ruddick, Sarah (1990): *Maternal Thinking: Towards a Politics of Peace*. Boston (Ballantine Books). (deutsch: Mütterliches Denken. Für eine Politik der Gewaltlosigkeit. Frankfurt/New York Campus.
- Scharffenorth, Gertta u.a. (1984): *Schwestern. Leben und Arbeit Evangelischer Schwesternschaften*. Absage an Vorurteile. Offenbach: Burckhardthaus-Laetare.
- Schmidt, J. (1998): Die Frau hat ein Recht auf die Mitarbeit am Werke der Barmherzigkeit, in: Röper, U./Carola Jüllig. (Hg.): *Die Macht der Nächstenliebe. Einhundertfünfzig Jahre Innere Mission und Diakonie 1848-1998*. Im Auftrag des Deutschen Historischen Museums und des Diakonischen Werkes der evangelischen Kirche in Deutschland. Berlin: Jovis, 138-151.
- Senghaas-Knobloch, Eva (2000): Wohin driftet die postindustrielle Gesellschaft?, in: U. Menzel (Hg.): *Vom ewigen Frieden und vom Wohlstand der Nationen*. Frankfurt/Main, 543–572.
- Senghaas-Knobloch, Eva (2005): Fürsorgliche Praxis und die Debatte um einen erweiterten Arbeitsbegriff in der Arbeitsforschung, in: Kurz-Scherf, I./ L. Corell / S. Janczyk (Hg.): *In Arbeit: Zukunft*. Münster: Westphälisches Dampfboot, 54-68.
- Sevenhuijsen, Selma (1997): Feministische Überlegungen zum Thema Care und Staatsbürgerschaft, in: Braun, Helga/Dörte Jung (Hg): *Globale Gerechtigkeit? Feministische Debatte zur Krise des Sozialstaats*. Hamburg, 74-95.
- Smid, Marikje: Diakonissen in der Evangelischen Kirche, eine Herausforderung für Kirche und Gesellschaft, in: Martin Kordes/Rolf Hyper/Siegrid Lorberg (Hg.): *Diakonie und Diakonisse*. Beiträge zur Rolle der Frauen in kirchlicher sozialer Arbeit, Hemmingen: Verlag Sozialwissenschaftliche Studiengesellschaft, 1995, S.27-72.
- Strauss, Anselm et al. (1980): Gefühlsarbeit. Ein Beitrag zur Arbeits- und Berufssoziologie, in: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Jg. 32, 629-651.
- Tronto, Joan (2000): Demokratie als fürsorgliche Praxis, in: *Feministische Studien*, Extraheft Fürsorge – Anerkennung – Arbeit, 25 –42.
- Ungerson, C. (1990): *Gender and Caring. Work and Welfare in Britain and Scandinavia*. New York et al.: Harvester Wheatsheaf.
- Waerness, Kari (2000): Fürsorgerationalität, in: *Feministische Studien*, Extraheft, S. 54-66.
- Wegner, Gerhard (2005): *Kreative Passivität. Spiritualität und moderne Arbeit*. Hannover (Texte aus dem Sozialwissenschaftlichen Institut der EKD).

Autorinnen:

PD Dr. Christel Kumbruck

ist Arbeits- und Organisationspsychologin sowie Privatdozentin für Arbeitswissenschaft des FB11 der Universität Bremen.

Ausgewählte Literatur mit Relevanz zum Thema:

Die binäre Herr-Schaft. Intuition und logisches Prinzip. (Dissertation). München (Profil) 1990.

„Angemessenheit für situierte Kooperation“ ein Kriterium arbeitswissenschaftlicher Technikforschung und -gestaltung, (Habilitationsschrift, Universität Bremen 1997). Münster (LIT-Verlag) 1999.

Unsichtbare Arbeit, in: *Journal für Psychologie* 2/2001, 24-38.

Was ist Kooperation? Kooperation im Lichte der Tätigkeitstheorie, in: *Arbeit* 2/2001, 149-166.

zusammen mit Wibke Derboven: Interkulturelles Training. Trainingsmanual zur Förderung interkultureller Kompetenzen in der Arbeit, Heidelberg (Springer) 2005.

zusammen mit M. Dick und H. Schulze (Hg.): *Arbeit – Alltag – Psychologie: Über den Bootsrand geschaut*. Heidelberg (Asanger) 2003.

Kontakt: kumbruck@uni-kassel.de

Prof. Dr. Eva Senghaas-Knobloch

ist Sozialwissenschaftlerin, koordiniert im Forschungszentrum Nachhaltigkeit der Universität Bremen das Forschungsfeld Arbeit und ist Sprecherin der Studiengänge Arbeitswissenschaft und European Labour Studies.

Ausgewählte Literatur mit Relevanz zum Thema:

Fürsorge - Anerkennung – Arbeit (zusammen mit Christel Eckart), Herausgabe des Sonderhefts der Zeitschrift *Feministische Studien* 2000

Anerkennung und Verwertung personaler Qualitäten. Auswirkungen neuer Managementkonzepte auf die betriebliche Lebenswelt, in: *Journal für Psychologie*, 1999, 3, 77-89.

Wohin driftet die postindustrielle Gesellschaft?, in: U. Menzel (Hg.): *Vom ewigen Frieden und vom Wohlstand der Nationen, Festschrift für Dieter Senghaas*, Frankfurt/Main, 2000, 543–572.

Forschung in Aktion – Betriebliche Veränderungen im Dialog (zusammen mit Guido Becke), in: *artec paper* 121, Universität Bremen 2004

Fürsorgliche Praxis und die Debatte um einen erweiterten Arbeitsbegriff in der Arbeitsforschung, in: Kurz-Scherf, I./L. Corell/Stefanie Janczyk (Hg.): *In Arbeit: Zukunft*, Münster, 2005, 54-68.

Kontakt: esk@uni-bremen.de

Forschungszentrum Nachhaltigkeit (artec)

Universität Bremen Seminar- und Forschungsverfügungsgebäude (SFG)

Enrique-Schmidt-Str. 7 Postfach 33 04 40

D-28334 Bremen

Telefon: +49-421-218-2435

Telefax: +49-421-218-4449

e-Mail: sek@artec.uni-bremen.de

www.artec.uni-bremen.de

Ansprechpartnerin: Andrea Meier Tel: +49-421-218-4501

e-Mail: andrea.meier@artec.uni-bremen.de

Das Forschungszentrum Nachhaltigkeit ist eine Zentrale Wissenschaftliche Einrichtung der Universität Bremen. Es wurde 1989 zunächst als Forschungszentrum Arbeit und Technik (artec) gegründet. Seit Mitte der 90er Jahre werden Umweltprobleme und Umweltnormen in die artec-Forschung integriert. Das Forschungszentrum bündelt heute ein multidisziplinäres Spektrum von - vorwiegend sozialwissenschaftlichen - Kompetenzen auf dem Gebiet der Nachhaltigkeitsforschung. „artec“ wird nach wie vor als ein Teil der Institutsbezeichnung beibehalten.

Das Forschungszentrum Nachhaltigkeit gibt in seiner Schriftenreihe „artec-paper“ in loser Folge Aufsätze und Vorträge von MitarbeiterInnen sowie ausgewählte Arbeitspapiere und Berichte von durchgeführten Forschungsprojekten heraus, auch im Download, siehe Webpage. www.artec.uni-bremen.de