

Hermann Brandenburg Ingo Bode Burkhard Werner

Soziales Management in der stationären Altenhilfe

Kontexte und Gestaltungsspielräume



Hermann Brandenburg, Ingo Bode, Burkhard Werner
Soziales Management in der stationären Altenhilfe

Verlag Hans Huber
Programmbereich Pflege

Beirat

Angelika Abt-Zegelin, Dortmund

Jürgen Osterbrink, Salzburg

Doris Schaeffer, Bielefeld

Christine Sowinski, Köln

Franz Wagner, Berlin



Hermann Brandenburg
Ingo Bode
Burkhard Werner

Soziales Management in der stationären Altenhilfe

Kontexte und Gestaltungsspielräume

Unter Mitarbeit von
Bianca Berger
Helen Güther
Stephanie Klott

Verlag Hans Huber

Hermann Brandenburg. Univ. Prof., Dr. phil., Professor für Gerontologische Pflege an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV), Prodekan der Pflegewissenschaftlichen Fakultät.
E-Mail: hbrandenburg@pthv.de

Ingo Bode. Univ. Prof., Dr. rer. pol., Professor für Sozialpolitik mit Schwerpunkt organisationale und gesellschaftliche Grundlagen an der Universität Kassel.
E-Mail: ibode@uni-kassel.de

Burkhard Werner. Prof. Dr. public health, Professor für die Organisation des Pflegedienstes im Gesundheitswesen an der Kath. Hochschule Freiburg.
E-Mail: burkhard.werner@kh-freiburg.de

Lektorat: Jürgen Georg, Michael Herrmann, Andrea Weberschinke
Bearbeitung: Helen Güther
Herstellung: Jörg Kleine Büning, Daniel Berger
Titelillustration: pinx. Winterwerb und Partner, Design-Büro, Wiesbaden
Titelgestaltung: Claude Borer, Basel
Satz: punktgenau gmbh, Bühl
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Hubert & Co., Göttingen
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Verfasser haben größte Mühe darauf verwandt, dass die therapeutischen Angaben insbesondere von Medikamenten, ihren Dosierungen und Applikationen dem jeweiligen Wissensstand bei der Fertigstellung des Werkes entsprechen.

Da jedoch die Pflege und Medizin als Wissenschaften ständig im Fluss sind, da menschliche Irrtümer und Druckfehler nie völlig auszuschließen sind, übernimmt der Verlag für derartige Angaben keine Gewähr. Jeder Anwender ist daher dringend aufgefordert, alle Angaben in eigener Verantwortung auf ihre Richtigkeit zu überprüfen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen oder Warenbezeichnungen in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen-Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Verlag Hans Huber
Lektorat: Pflege
z.Hd.: Jürgen Georg
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel: 0041 (0)31 300 45 00
Fax: 0041 (0)31 300 45 93
E-Mail: verlag@hanshuber.com
Internet: <http://verlag.hanshuber.com>

1. Auflage 2014. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
© 2014 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-456-95452-3)
(E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-456-75452-9)
ISBN 978-3-456-85452-6

Inhaltsverzeichnis

Vorwort (Rainer Gerckens)	9
Einleitung – Warum <i>soziales</i> Management? (Ingo Bode, Hermann Brandenburg, Burkhardt Werner)	11
Teil I Geschichte und gesellschaftliche Rahmenbedingungen	19
(Burkhard Werner)	
1 Der lange Weg zu altersspezifischen Institutionen	21
1.1 Hochmittelalter, Neuzeit und Industrialisierung	22
1.1.1 Arbeits-, Zucht- und Armenhaus von der Neuzeit bis ins 19. Jahrhundert.	23
1.1.2 Entwicklung der zentralistischen Heil- und Pflegeanstalt	26
1.1.3 Altersstift als Leitinstitution	26
1.1.4 Altersspezifische Einrichtungen	27
1.2 Alten- und Siechenheim in der Weimarer Republik	28
1.3 Nationalsozialistische Epoche	30
2 Das Altenheim in Deutschland von 1949 bis 1990	33
2.1 Endgültige Etablierung des Altenheims	33
2.2 Konzeptionelle, bauliche und trägerbezogene Differenzierungen	35
2.2.1 Wandel der Bewohnerschaft	36
2.2.2 Verberuflichung und teilweise Professionalisierung in der Altenhilfe. . .	38
2.2.3 Robuste Trägerschaft mit einer starken Freien Wohlfahrtspflege	38
2.3 Konsolidierung, Modernisierung und Kritik	40
2.3.1 Zögerlicher Aufbau der offenen Altenhilfe und ambulanten Versorgung	42
2.3.2 Trotz aller Bemühungen: keine Akzeptanz des Altenheims in der Bevölkerung	43
2.4 Exkurs: Ein einflussreicher Vorschlag – der Ansatz von Klaus Dörner	44
2.4.1 Beginn der Moderne und die Auflösung des vormodernen Haushalts	44
2.4.2 Pädagogisierung, Medizinisierung und danach die Konstruktion der «Minderwertigen»	46
2.4.3 «Endlösung» der Sozialen Frage	47
2.4.4 Entwicklung nach dem Zweiten Weltkrieg	48

3. Die aktuelle Situation in der stationären Altenhilfe	51
3.1 Expansion und Pflegeversicherung	51
3.2 Flexibilisierung des Ordnungsrahmens	55
3.3 Diversifizierung des Leistungsangebots und Personalentwicklung (Ingo Bode)	60
3.3.1 Die große Herausforderung: Veränderungen bei der Bewohnerstruktur	62
3.3.2 Personalstruktur, Professionalisierung und Ehrenamt	64
3.4 Trotz Verbesserungen – das Heim bleibt unbeliebt!	66
Teil II Organisierte Lebenswelt im Heim	71
(Ingo Bode)	
4. Multidisziplinäre Blickwinkel auf das Altern	73
4.1 Die sozialgerontologische Perspektive: Alter(n) als gestaltbarer Prozess	74
4.2 Gesellschaftskritische Perspektive: Fittes Altern als Erfolg?	77
4.3 Der demografische Blick	80
4.4 Ethische Aspekte: Menschenwürdiges Altern und Sterben	83
5. Akteure in der stationären Altenhilfe	87
5.1 Bewohner(innen)	88
5.1.1 Soziale und finanzielle Situation	89
5.1.2 Gesundheit	90
5.1.3 Geschlecht	91
5.1.4 Ethnische Differenzen	92
5.2 Pflege- und Betreuungskräfte	94
5.3 Medizinische, soziale, therapeutische und hauswirtschaftliche Berufe	101
5.3.1 Ärztinnen und Ärzte	101
5.3.2 Sozialarbeiter(innen) und Therapeut(innen)	102
5.3.3 Hauswirtschafter(innen)	104
5.4 Angehörige (Helen Güther)	104
5.5 Bürgerschaftlich Engagierte und Freiwillige	108
6. Einrichtungen der stationären Altenhilfe als besondere Organisationen ...	113
6.1 Organisationsformen der stationären Altenhilfe im Wandel	114
6.2 Grundmerkmale moderner Organisationen	115
6.2.1 Die Markenzeichen: formale Zwecke und informelle Praxis	116
6.2.2 Das «Drumherum»: technische und institutionelle Umwelten	121
6.3 Besonderheiten sozialer Dienstleistungsorganisationen	125
6.3.1 Das Zentrum des Organisationsalltags: Interaktionsarbeit	125
6.3.2 Der Einfluss von Professionalismus	126
6.3.3 Zivilgesellschaft und Wohlfahrtsstaat als «Dritte im Bunde»	128
6.4 Pflegeheime als semitotale Organisationen	131
6.4.1 Total «durchorganisiert»? Die Simulation privater Lebenswelt	132
6.4.2 «Ordnung muss sein?» – Kontrollregimes im stationären Setting	133
6.4.3 Wandel bewegt: gesellschaftliche «Konditionierung»	135

6.5	Die alltägliche Organisation der Altenhilfe	138
6.5.1	Externe Einflüsse	138
6.5.2	Interne Impulse: Trägerpolitik, Management und Umweltkoordination	142
Teil III	Auf dem Weg zu einem guten Heim	151
	(Hermann Brandenburg)	
7.	Normative Grundlegung: das gute Leben	153
7.1	Theorien des guten Lebens	153
7.1.1	Hedonistische Theorie des Guten	154
7.1.2	Die Wunschtheorie des Guten	157
7.1.3	Die objektive Theorie des Guten	158
7.2	Leitbegriffe der Bewohnerorientierung	159
7.2.1	Selbstständigkeit	160
7.2.2	Kompetenz	161
7.2.3	Autonomie	161
7.2.4	Lebensqualität	163
7.2.5	Personenzentrierung	166
7.2.6	Welche Methoden sind für die Praxis bedeutsam?	168
7.3	Prüfsteine für ein gutes Leben im Heim	169
8.	Einblicke in die Empirie: Marschrouten zum guten Heim	173
	(Stefanie Klott)	
8.1	Agenda De-Institutionalisierung – der soziologische Blick	173
8.2	Kontrollerlebnisse als kritischer Faktor – die psychologische Perspektive	175
8.3	Umsichtiges Agieren im Pflegeheim – der Blick durch die «Umwelt-Brille» ...	176
8.3.1	Konzepte der Ökogerontologie – gegliedert nach Phasen	178
8.3.2	Einzelne Konzepte der Ökogerontologie	178
9.	Gute Pflege: Qualitätsentwicklungen mit Augenmaß	185
9.1	Ein theoretischer Rahmen	185
9.2	Pflegequalität als «Herkulesaufgabe»	187
9.3	Begrifflichkeiten im Rahmen der Qualitätsdebatte	190
9.3.1	Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung	190
9.3.2	Interne oder externe Qualitätssicherung?	191
9.3.3	Qualitätsmanagement	192
9.3.4	Zertifizierung	194
9.4	Qualitätssicherung von außen (Bianca Berger)	194
9.4.1	SGB XI: Leistungsrecht	195
9.4.2	Ordnungsrecht und Überschneidung zum Leistungsrecht	197
9.4.3	Wenn der MDK kommt... ..	198
9.4.4	Expertenstandards, Qualitätsniveaus, Qualitätsindikatoren	200
9.5	Prinzipien nachhaltigen Organisierens im Rahmen des Möglichen (Ingo Bode)	205

9.5.1	Die Nutzung weicher Erfolgskriterien und Controlling-Ansätze	206
9.5.2	Einrichtungsmanagement als Balanceakt	210
9.5.3	Potenziale einer inter- und supervisionsbasierten Meta-Steuerung	213
Teil IV	Zukunftsperspektiven für die organisierte Altenhilfe	219
	(Burkhard Werner, Ingo Bode, Hermann Brandenburg)	
10.	Diagnosen zur Zukunft des Alter(n)s und der stationären Altenhilfe	221
10.1	Kategorien für eine Analyse von Entwicklungsdiagnosen und Zukunftsszenarien	221
10.2	Zwei gegensätzliche Zukunftsszenarien	227
10.2.1	Optimistisches Szenario: Heime als gute Umwelt für alte Menschen	227
10.2.2	Das pessimistische Szenario: Heime als nicht anregende Umwelt.	230
10.2.3	Wie sieht die Zukunft der Altenhilfe aus?	231
11.	Eine Entwicklungsagenda für <i>soziales</i> Management	235
11.1	Innovationen, die angesagt sind	236
11.2	Radikal genug?	239
11.3	Zu radikal?	251
12.	Abschluss: <i>soziales</i> Management auf den Punkt gebracht	257
	Lösungsvorschläge zu den Übungsaufgaben	259
	Teil I	259
	Teil II	262
	Teil III	264
	Literaturverzeichnis	267
	Glossar	287
	Verzeichnis der Autoren und Co-Autorinnen	295
	Autoren	295
	Co-Autorinnen	298
	Abkürzungsverzeichnis.	301
	Sachwortverzeichnis.	305

Vorwort

Altenhilfe zwischen Ökonomisierung und demografischem Wandel – ein Widerspruch? Auf den ersten Blick vielleicht. Zumindest so lange, wie börsennotierte Pflegekonzerne allein ihre Immobiliengeschäfte und Renditeerwartungen vor Augen haben und daran ihr unternehmerisches Handeln ausrichten.

Entwicklungen in diese Richtung gab es in den vergangenen 20 Jahren immer wieder, und es gibt sie nach wie vor. Es stellt sich jedoch weniger die Frage, ob sich den künftigen Herausforderungen einer alternden Gesellschaft mit marktwirtschaftlichen Instrumenten begegnen lässt, als vielmehr, in welcher Weise und in welchem Umfang dies geschieht. Denn niemand kann heutzutage auf diese Instrumente mehr verzichten.

Allein der Einsatz von finanzwirtschaftlichen Instrumenten reicht in der Steuerung von Pflegeeinrichtungen jedoch nicht aus. Erforderlich ist ein Management, das die Würde eines jeden Einzelnen berücksichtigt, das den gesellschaftlichen Nutzen im Auge behält, das in tiefstem Sinne den Begriff *soziales* Management verdient.

Dabei richtet *soziales* Management den Blick auf alle Beteiligte des Marktprozesses: Zum einen sind es die pflegebedürftigen Menschen, zum anderen die pflegenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, und nicht zuletzt ist es das gesellschaftliche und soziale Umfeld der Pflegeorganisationen.

Verstehen lässt sich diese Aufgabe des Managements nur, wenn die Entwicklung der Altenhilfe in Deutschland als Ganzes in den Blick genommen wird. Hierzu werfen die Hauptautoren der vorliegenden Publikation zunächst einen Blick auf die historische Entwicklung der Altenhilfe und leisten dann einen Beitrag zur soziologischen Fundierung des Handlungsfeldes. Dies benötigt die Altenhilfe in besonderem Maße, denn es deckt ihren besonderen Stellenwert in der Pflegelandschaft auf. Im Zuge der Zusammenlegung von Ausbildungsberufen in eine einheitliche Pflegeausbildung wird sich die Altenpflege neu definieren müssen. Und hierfür bietet das vorliegende Buch eine ausgezeichnete Grundlage.

Die Autorinnen und Autoren zeigen darüber hinaus Handlungsräume für die Altenhilfe auf, die genutzt werden sollten: Management bedeutet in erster Linie das Gestalten von komplexen Determinanten. Planung, Organisation, Steuerung und Überprüfung sind die Kernfelder des Managements. Sie gilt es zu nutzen, um ein *soziales* Management zu entwickeln und zu leben.

Ein solches Management muss sich tagtäglich in der stationären Pflege bewähren. Galt es vor zweihundert Jahren noch den Mut zu haben, den eigenen Verstand zu benutzen (*Sapere aude!* [Kant]), so gilt es heute, den Mut zu haben, zu gestalten, zu agieren, zu managen. Es ist alltäglicher Mut gefordert, um sorgfältig zu analysieren, um gewissenhaft zu planen und um tatkräftig Ziele zu verfolgen. Es geht letztlich darum, Handlungskontexte aufzudecken und verantwortungsbewusst Gestaltungsspielräume durch ein *soziales* Management zu nutzen.

Die vorliegende Publikation basiert auf Studienmaterial, das gemeinsam mit den Autoren über mehrere Jahre an der Hamburger Fern-Hochschule entwickelt wurde und bundesweit sowie im Ausland zum Einsatz gelangt. Es zeugt von einer weitreichenden und vertrauensvollen Kooperation, wenn die Kollegen Werner aus dem Süden (Freiburg i. Br.), Brandenburg aus dem Westen (Vallendar) und Bode aus der Mitte der Republik (Kassel) ein Werk auflegen, das seinen Kern in einem Curriculum trägt, das im Norden (Hamburg) strukturiert und von Hermann Brandenburg formuliert wurde.

Mein Dank geht daher an die Kollegen und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die ihre Beiträge achtsam weiterentwickelt und zu einem Ganzen gefügt haben. Ein besonderer Dank geht an Frau Dipl.-Psychogerontologin Susanne Kohler, M.A., die mit der erforderlichen Akribie Inhalte geordnet und Optimierungen angestoßen hat, womit sie den Autoren eine anregende Gesprächspartnerin war. Ohne sie hätte das vorliegende Kompendium in dieser Form nicht entstehen können.

Möge das Buch eine Leserschaft erreichen, die mutig genug ist, um die Altenhilfe der Zukunft zu gestalten.

Hamburg, im Januar 2014

Prof. Dr. Rainer Gerckens, M.A.

Studiengangsleiter Pflegemanagement an der Hamburger Fern-Hochschule (HFH)

Einleitung – Warum *soziales* Management?

Die Zeit ist aus den Fugen; ... (W. SHAKESPEARE: HAMLET, 1. AKT, 5. SZENE)

Vor Ihnen liegt ein Buch, welches als Gemeinschaftsarbeit von drei Professoren¹ konzipiert wurde. Sie arbeiten in unterschiedlichen Wissenschaftsgebieten – Pflegewissenschaft, Soziologie und Gerontologie – und haben einen je spezifischen Blick auf die Praxis. Sie haben Projekte mit Heimen durchgeführt und kennen die Arbeitsrealität vor Ort. Aus einer Verknüpfung dieser Perspektiven heraus ist dieses Buch entstanden. Zurückgegriffen wurde dabei insbesondere auf Studienbriefe, die für die Hamburger Fern-Hochschule (HFH) erstellt wurden. Wir danken dieser Einrichtung, stellvertretend Herrn Prof. Gerckens, dass sie der Verwertung wesentlicher Inhalte dieser Studienbriefe für dieses Werk zugestimmt hat und so das zusammengetragene Wissen einem breiten Fachpublikum verfügbar macht.

Unser Buch zielt darauf ab, dieses Wissen in den Ausbildungs- und Studiengängen für Führungskräfte in der stationären Altenhilfe zu einem Essential zu machen. Das funktioniert nicht ohne substanzielle Rückmeldungen und Kritik seitens der Leserinnen und Leser². Aus diesem Grund möchten wir Sie zur Rückmeldung und Debatte auffordern. Schreiben Sie uns bitte, was Ihnen gefallen hat – aber auch, wo Sie Defizite ausgemacht haben. Vor dem Hintergrund dieser Einschätzungen werden wir das Buch «weiterschreiben».

Nachfolgend wollen wir Ihnen zunächst einen kurzen Einblick in das geben, was Sie konkret auf den nächsten Seiten erwartet: Wir umreißen den Problemhintergrund des Werkes, informieren über unser zentrales Anliegen, nennen die für uns relevanten Zielgruppen und geben Ihnen einen kurzen Überblick über den Inhalt des Buches.

¹ Gemeint sind die Kernautoren, die inhaltlich für dieses Buch verantwortlich sind. An manchen Teilen haben Autorinnen und Autoren mitgewirkt, die am Anfang der jeweiligen Abschnitte bzw. (weil nur einzelne Aspekte beigesteuert wurden) in Fußnoten namentlich genannt werden. Ihnen sei herzlich gedankt.

² Im Folgenden nutzen wir, wo möglich, beide Formen zum Ausdruck dessen, das beide Geschlechter gleichermaßen gemeint sind.

Was ist der Problemhintergrund des Buches?

Die stationäre Altenhilfe steht gegenwärtig vor erheblichen Herausforderungen. Ihre klassischen Träger, also die kommunalen Gebietskörperschaften und die Organisationen der Freien Wohlfahrtspflege, arbeiten heute unter ganz anderen Voraussetzungen als noch in den 80er-Jahren des 20. Jahrhunderts. Die Kommunen befinden sich – gerade in ihrer Eigenschaft als sozialer Dienstleister – seit langem in einer Finanzkrise, was massive Umstellungen in ihren wohlfahrtsstaatlichen Funktionen zur Folge gehabt hat (Dahme/Wohlfahrt, 2011; Heintze, 2013). Die meisten haben schon vor geraumer Zeit begonnen, ihre eigenen Einrichtungen der sozialen Daseinsvorsorge in eigenständige Unternehmen zu transformieren oder gar an private Investoren zu veräußern. Letzteres hat die Entstehung eines gewerblich orientierten Altenhilfesektors massiv befördert.

Was die freigemeinnützigen Träger betrifft, so scheint der über Jahrzehnte gewachsene «Wohlfahrtskorporatismus» mittlerweile ins Wanken geraten zu sein (Heintze/Schneiders, 2013). Die Einführung neuer Finanzierungsstrukturen seit den 90er-Jahren des 20. Jahrhunderts hat zu einer Aufhebung der sozialrechtlichen Privilegierung der Wohlfahrtsverbände geführt; zudem stellt die zunehmende Säkularisierung der Gesellschaft die konfessionell orientierten Verbände vor die Herausforderung, ihren Leitbildern auf neue Weise gerecht zu werden. Markterschließung, Ertragsorientierung und betriebswirtschaftliche Kalkulation dominieren die Organisationspolitik der Träger – und treiben dabei immer neue Blüten: Das jüngst in der Presse geschilderte Beispiel einer Heimschließung durch einen katholischen Orden, der sich durch Erträge aus dem Grundstücksverkauf sanieren wollte (siehe «Die Zeit» vom 18.07.2013), scheint symptomatisch für den Zeitgeist. Die private Konkurrenz schläft nicht – wobei die von ihr «vorgelebte» Orientierung auf Erlöse den eigentlichen Organisationszweck, nämlich die menschenwürdige Versorgung gebrechlicher Menschen an ihrem Lebensabend, schnell aus den Augen verliert.³ Dabei sind die gesellschaftlichen Erwartungen an die Altenpflege – mehr denn je – klar gefasst: Der Sachzweck hat absoluten Vorrang, Altenhilfe muss mehr sein als ein Wirtschaftszweig mit dem Ziel der Gewinnmaximierung. Anders ausgedrückt: Der rein kommerzielle Betrieb von Versorgungseinrichtungen entspricht nicht dem Normenhaushalt des sozialen Gemeinwesens. Wie sonst sollte man die vielen öffentlichen Stellungnahmen und Mediendiskurse interpretieren, die sich über die aktuellen Zustände in der Altenpflege empören?

Wollen die Träger der Altenhilfe Gewähr dafür bieten, dass dieser gesellschaftlichen Erwartung auch unter schwierigen Bedingungen entsprochen wird – soll es also um mehr gehen als Markterfolg und Erlössteigerung – so muss sich das, was ihre aktuellen Leitbilder verheißen, auch in der gelebten Praxis widerspiegeln. Ansonsten drohen das Versprechen der kommunalen Daseinsvorsorge sowie die sozialmoralischen Verbindlichkeiten dieser Trägerlandschaft zu einer leeren Hülle zu werden, die nur noch legitimatorische Funktion hat. Der Altenhilfesektor selbst hört in diesem Falle auf, selbst eine «Reproduktionsquelle» für die oben genannten gesellschaftlichen Erwartungen zu sein. Gerade die freie Wohlfahrtspflege steht schon heute immer

3 Jüngstes Beispiel sind Ermittlungen der Staatsanwaltschaft gegen einen privaten Pflegeheimbetreiber in Hessen wegen fahrlässiger Körperverletzung (Frankfurter Rundschau, 02.08.2013)

mehr im Kreuzfeuer der öffentlichen Kritik, insbesondere mit Blick auf Verwerfungen des sozialwirtschaftlichen Arbeitsmarkts. Berichte über die Aufweichung von Normalarbeitsverhältnissen sowie über «Lohndumping» qua Ausgliederung und Leiharbeit in Verbindung mit eingeschränkten Möglichkeiten betrieblicher und überbetrieblicher Interessenvertretung (Streikrecht etc.) haben die Medien zuletzt intensiv beschäftigt. Kritiker sprechen von «Hilfsindustrien» oder gar einer «Sozial- und Pflegemafia», die noch dazu ihre Wachstumsdynamik nicht eigenen Leistungen, sondern öffentlichen Transfers verdankt.

Jenseits dieser mehr oder weniger pauschalen Skandalisierung gibt es eine bislang noch verhaltene und eher in Wissenschaftskreisen geführte Debatte über die zukünftige Ausrichtung des dienstleistenden Wohlfahrtsstaats. So diskutieren Beiträge aus Politikwissenschaft, Sozialpolitik, Soziologie und Ökonomie Konsequenzen dessen, was gemeinhin als Ökonomisierung bezeichnet wird (Boeßenecker, 2005; Evers et al., 2011; Bode, 2013a; speziell für die kirchlichen Wohlfahrtsverbände: Gabriel, 2001). Der philosophisch-ethische Diskurs thematisiert demgegenüber die Dilemmata von Autonomie und Fürsorge (Kohlen/Kumbruck, 2008). Versorgungsaspekte, zum Beispiel im Hinblick auf die Heimbewohner (Demenz und Multimorbidität im Alter), die Settings (Pflegeoase und/oder Demenzdorf) und das Personal (Personalnot/Personalmix) werden seitens der Gerontologie, Ökonomie und Pflegewissenschaft angesprochen (Werner et al., 2011; Bettig et al., 2012; Kuhlmeier/Tesch-Römer, 2013; Brandenburg/Adam-Paffrath, 2013). Alle diese Perspektiven verweisen auf Spannungen, die unter den Bedingungen einer zunehmend erwerbswirtschaftlichen Ausrichtung der sozialen Dienste im Hinblick auf das entstehen, was die Gesellschaft von Einrichtungen der organisierten Altenhilfe eigentlich erwartet: den Primat des Sozialen vor dem Kommerz.

Wie entwickelt sich die stationäre Pflege heute? Es ist unübersehbar, dass soziale Einrichtungen im Allgemeinen und Pflege- bzw. Altenheime im Besonderen in den vergangenen zwei Jahrzehnten einen erheblichen Organisationswandel durchlaufen haben (vgl. Bode, 2013b: 276 ff.). So hat sich die Zweckbestimmung dieser Einrichtungen gewandelt: Es reicht heute nicht mehr aus, ein gutes Angebot für alte und pflegebedürftige Menschen vorzuhalten. Neue Ziele sind hinzugekommen: Kunden- und Komfortorientierung, verstärkte Orientierung am Ziel der Kapazitätsauslastung und der Bewährung am Markt, aber auch (hochgradig formalisierte) Qualitätssicherung. Auch beim Umgang mit Ressourcen haben sich zum Teil gravierende Änderungen erheben: Die Refinanzierung der erbrachten Dienstleistungen erfolgt nicht mehr nach Maßgabe des real entstandenen Aufwands, sondern anhand von Durchschnittswerten, die von den Kostenträgern ermittelt werden. Dann kann es leicht sein, dass ein Heim «zu teuer» wird, denn andere bieten gleiche oder ähnliche Leistungen finanziell günstiger an. Zwar sind die Träger nicht untätig geblieben: Viele haben auf Nebengeschäfte, wie etwa das «Service-Wohnen», gesetzt, um neue Finanzquellen zu erschließen. Offenbar reichen diese Geschäfte aber vielfach nicht aus, um betriebswirtschaftlich mitzuhalten; zunehmend ist von Insolvenzrisiken die Rede (Lemnartz/Kersel, 2011).

Wie oben angedeutet, weichen viele Heime mittlerweile von althergebrachten Beschäftigungsnormen ab. Neue Tarifverträge, Lohnsenkungen und der Wegfall von Sondergratifikationen haben zu Irritationen und Unruhe bei der Mitarbeiterschaft geführt. Auch die Ressource «Ehrenamt» scheint weniger umstandslos verfügbar: Die

Bedürfnisse der klassischen Ehrenamt-Klientel haben sich verändert, die Nutzung dieser «Zusatzressource» wird voraussetzungsvoller.

Auch bezüglich der internen Steuerung ist vieles nicht mehr so, wie es einmal war: Die für die freie Wohlfahrtspflege lange Zeit konstitutive, ehrenamtliche Verwaltungsstruktur erodiert, hauptamtliche Geschäftsführer haben die Regie übernommen. Im privatgewerblichen Sektor geben vielfach börsennotierte Shareholder den Takt vor. Die damit ins Regiezentrum der Träger Einzug haltende radikal-betriebswirtschaftliche Steuerungsmentalität findet sich auch bei den kommunalen GmbHs. Damit mag das Management der organisierten Altenhilfe im Hinblick auf Methoden der Betriebsführung insgesamt professioneller geworden sein – doch mit zunehmend erwerbswirtschaftlich ausgerichteten Unternehmenspolitiken scheinen ideelle und fachliche Bezüge zunehmend in die Defensive zu geraten. Für die Mitarbeiter vor Ort sind die Bewegungsspielräume deutlich kleiner geworden. Die Arbeitsrealität wird zunehmend durch eine tayloristisch angelegte Verrichtungslogik – also die viel zitierte Minutenpflege – bestimmt, wobei extern, zum Beispiel durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, vorgegebene Standards eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen (vgl. Brandenburg, 2010). Der Begriff der «Maschinisierung» der Pflege (Hülsken-Giesler, 2008) erscheint durchaus angemessen, denn die Arbeitsverdichtung ist derart vorangeschritten, dass für eine bewohnerintensive Zuwendungsarbeit nur noch sehr begrenzt Kapazitäten verfügbar sind.

Die Träger stehen – jeder für sich genommen – den neuen Rahmenbedingungen weitgehend passiv, in vielerlei Hinsicht auch machtlos gegenüber; sie verfügen nicht mehr über jene Einflusskanäle, mit denen sie lange Zeit die für sie wesentlichen Umweltbedingungen beeinflussen konnten. Zumindest fällt – mit der oben genannten Schwächung des Wohlfahrtskorporatismus – die Unterstützung politischer Stakeholder, etwa im Hinblick auf Gesetzgebung, Pflegesatzentscheidungen etc., weniger wohlwollend aus. Die einstigen Förderer (auch im kommunalen Bereich) haben den Zutritt privatgewerblicher Konkurrenten befördert – und sich zum Teil ganz aus der Verantwortung für den Pflege- und Gesundheitsbereich zurückgezogen (Heintze, 2013). Die Träger reagieren auf diese Veränderungen vielfach ratlos. Sie bemühen sich um eine veränderte Organisationskultur und definieren sich als «normale» Unternehmen mit ethischem Leitbild (Schneiders, 2010). Bei den wohlfahrtsverbandlichen Einrichtungen wird die weltanschauliche Orientierung jedoch zunehmend zur Fassade, während kommunale Träger immer weniger als Garant einer bedarfsorientierten sozialen Daseinsvorsorge in Erscheinung treten. In der Praxis orientiert man sich verbreitet an den Maximen des «Sozialmanagements» (Grohs/Bogumil, 2012: 309f.), die für die Marktorientierung und eine «opportunistische» Ressourcenpolitik letztlich unabwendbar sind. Anders gewendet: Der Primat des Sozialen vor dem Kommerz wird zunehmend prekär.

Was ist unser zentrales Anliegen?

Soll die im Vorhergehenden umrissene Diskrepanz zwischen den allgemeinen gesellschaftlichen Erwartungen einerseits und den beschriebenen Trends in der stationären Langzeitpflege andererseits überwunden oder wenigstens kleiner werden, sind (auch) die Akteure der organisierten Altenpflege aufgerufen, proaktiv zu reagieren – und

zwar nicht zuletzt in der Art und Weise, wie sie ihre Einrichtungen managen. Unsere These im Hinblick auf die Führung der Heime lautet, dass es dabei nicht einfach darum gehen kann, die Heimwirklichkeit an die von außen gegebenen Bedingungen anzupassen. Umgekehrt wird «ein Schuh draus»: Man muss eine Vorstellung dazu entwickeln, welches Heim wir eigentlich wollen und was – auch unter kurzfristig beschränkten Gestaltungsmöglichkeiten – getan werden kann, um dieser Vorstellung gerecht zu werden! Gefragt ist also eine inhaltliche Reflexion zur Konzeption und Realisierung von «guten» Heimen. Denn – so unsere Erfahrung – ohne substanzielle, begründete und gegen Kritik gewappnete Konzepte der Heimgestaltung kann dem Mainstream einer zunehmenden «Vermarktlichung» nichts entgegengesetzt werden. Statt immer stärker einer weiteren betriebswirtschaftlichen Zurichtung der Heime das Wort zu reden, plädieren wir dafür, an fachlich-konzeptionellen Grundlagen zu arbeiten und das Management auf diese Weise offensiv an dem auszurichten, was das Gemeinwesen von den Heimen letztlich erwartet. Das geht bis hin zur intensiven Diskussion der Frage, ob und inwieweit es eine qualitativ gute und ethisch besser zu vertretende Gestaltung der Langzeitpflege und -versorgung von alten Menschen mit Pflegebedürftigkeit *jenseits* des Heims, also in anderen Formaten als dem der Organisation Heim, geben kann oder gar muss: etwa in Form von Quartiershäusern oder Wohnpflegegemeinschaften.

Vor diesem Hintergrund betrachten wir in diesem Buch Voraussetzungen und Kernelemente eines *sozialen* Managements in der stationären Altenhilfe. Damit verbunden sind normative Begründungen, fachliche Grundlagen sowie Konzepte guter Praxis im Heim, aber auch eine differenzierte, geschichts- und gesellschaftsbewusste Beschreibung der *Kontexte*, in denen sich organisierte Altenhilfe bewegt. Wenn wir von *sozialem* Management sprechen, dann beziehen wir uns damit vor allem auf *Gestaltungsspielräume* im Hinblick auf jene Herausforderungen, denen sich die Träger der stationären Altenhilfe tagtäglich gegenübersehen. Denn unabhängig davon, dass Vieles politisch bzw. gesellschaftlich entschieden wird und (neu) entschieden werden muss, wenn der oben skizzierte Trend nachhaltig umgekehrt werden soll: Wir sind davon überzeugt, dass auch in der aktuell prekären Situation – die von Wettbewerbs- und Kostendruck, aber auch Personalnot geprägt ist – Optionen für ein sozial engagiertes Management bestehen.

Allerdings: Wir wollen kein Managementhandbuch vorlegen, welches das schlichte (betriebswirtschaftliche) Handwerk der Heimführung orthodox «herunterdekliniert». Ohne dieses Handwerk geht es im Einrichtungsalltag natürlich nicht, aber dazu gibt es viele, alternative Lehrbuchangebote. Unsere Perspektive von Managementfragen bewegt sich vielmehr auf einer anderen Ebene: Sie diskutiert einerseits die qualitativen Ansprüche an «gute Pflegepraxis»; andererseits beschreibt sie eine übergeordnete Herangehensweise, eine gewissermaßen grundsätzliche Gestaltungsphilosophie, die sich in bestimmten Maximen der «Meta-Steuerung» bzw. des nachhaltigen Organisierens manifestiert (mehr dazu weiter unten). Sind Praxisansprüche und «Meta-Richtlinien» erst einmal in «Fleisch und Blut» der Heimverantwortlichen (und ihres Umfelds) übergegangen, ist die Anwendung des technischen Handwerks beim Einrichtungsmanagement vor Ort eigentlich nur noch «Formsache»! Natürlich können Sie mit den Autoren über diese provokative Behauptung ins Gespräch kommen.

Was sind unsere Zielgruppen?

Wir wenden uns mit diesem Buch insbesondere an drei Adressatengruppen:

- Studierende gesundheitsbezogener Lehrprogramme an Hochschulen (Fachhochschulen und Universitäten) bilden die erste Zielgruppe. Wir denken hier etwa an Personen in pflege-, gesundheits- und sozialarbeitsbezogenen Studiengängen, die sich vorwiegend für Managementaufgaben qualifizieren. Studierende der Gerontologie (und der Altenarbeit im weitesten Sinne) sind ebenfalls explizit angesprochen.
- Verantwortliche auf der Leitungsebene in Alten- und Pflegeheimen, Wohlfahrtsverbänden, Kommunalverwaltungen etc. begreifen wir als ebenso wichtige Zielgruppe. Wir wenden uns bewusst an diese Gruppe, denn sie ist grundsätzlich interessiert an konzeptionellen Fragen der Gestaltung von Pflegeeinrichtungen.
- Zentrale Adressaten sind zudem Mitarbeiter in der Fachpraxis, aber nicht nur im Pflegebetrieb. Die Pflegenden machen zwar den Großteil der Mitarbeiterinnen in der stationären Langzeitpflege aus. Wenn man Pflege aber breiter denkt und den «Care-Aspekt» mit beachtet, dann geht es auch um andere Berufsgruppen, zum Beispiel aus der Verwaltung, der Betriebswirtschaft, der Sozialen Arbeit – Personen, die an Leitungsaufgaben interessiert oder bereits damit beschäftigt sind.

Was erwartet Sie in unserem Buch?

Das Buch besteht aus vier größeren Teilen, an denen wir alle gemeinsam gearbeitet haben. Aber es gibt «Hauptverantwortliche», welche die Texte primär verantworten:

Teil I Geschichte und gesellschaftliche Rahmenbedingungen (Burkhard Werner): Hier geht es um die *Historie des Heims* und die Einbettung der Entwicklung in gesellschaftliche Zusammenhänge. Schwerpunkt ist die Situation im 20. Jahrhundert.

Teil II Organisierte Lebenswelt im Heim (Ingo Bode): Ausgangspunkt ist ein «multidisziplinärer Blickwinkel auf das Altern»; hinzu kommen Informationen zur Lebenslage der Bewohner, zu Arbeitsbedingungen des Personals sowie zur Interessenlage und Einbindung von Anspruchsgruppen einschließlich Angehöriger und Ehrenamtlicher. Ein starker Akzent liegt auf *organisationssoziologischen Betrachtungen* sowie auf der Analyse der Pflegeheime als «semitotale Institutionen».

Die ersten beiden Teile umreißen mithin die Kontexte für das, was wir anschließend, in den Teilen III und IV, als Gestaltungsspielräume bzw. -optionen in der stationären Pflege fassen und darlegen.

Teil III Auf dem Weg zu einem guten Heim (Hermann Brandenburg): Gegenstand ist hier zunächst eine *normative Grundlegung* (Was ist ein gutes Heim?); danach werden empirisch fundierte Konzepte zum Umgang mit der Alltagsrealität im Heim vorgestellt.

Es folgen Ausführungen zur Qualitätsentwicklung, die durch Überlegungen zu Möglichkeiten einer sozial sensiblen Ausgestaltung von Organisationsprozessen in stationären Einrichtungen vertieft werden. Hier bewegen wir uns im Kern dessen, was wir als Soziales Management der organisierten Altenhilfe begreifen.

Teil IV Zukunftsperspektiven für die organisierte Altenhilfe (alle Hauptautoren): Wie entwickelt sich das Heim? Diese Frage ist offen. Wir beschreiben zwei *Szenarien* und diskutieren die Bedingungen, unter denen das eine oder das andere wahrscheinlich ist. Dieser Teil erörtert ferner *Reformperspektiven auf dem Weg* zu einem besseren Altenhilfesystem.

Die Kapitel der einzelnen Buchteile enthalten vollständige bibliographische Hinweise auf weiterführende und zu vertiefende Literatur. Ihre Kerninhalte werden in «Quintessenzen» am jeweiligen Kapitelende zusammengetragen. Dem folgen einige Übungsaufgaben. Lösungsvorschläge zu den Übungen finden Sie am Ende der jeweiligen Buchteile. Zusammenfassungen bringen die Gedankengänge zum Abschluss eines jeden Buchteils auf den Punkt.

Vielleicht provozieren unsere Analysen und Überlegungen eine Reaktion von Ihrer Seite? Wir freuen uns darauf.

Ein Dank an alle, die uns unterstützt haben!

Zwei Personen sollen stellvertretend genannt werden. Frau Helen Güther, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar, hat den Text komplett durchgehen, die formalen Anforderungen des Verlags beachtet und durch kritische inhaltliche Anmerkungen erheblich zur Verbesserung des Manuskripts beigetragen. Wir bedanken uns ebenfalls bei Herrn Jürgen Georg, Lektor im Verlag Hans Huber, der uns wie gewohnt professionell begleitet hat und mit Rat und Tat zur Seite stand.

Im Frühjahr 2014

Ingo Bode
(Kassel)

Hermann Brandenburg
(Vallendar)

Burkhard Werner
(Freiburg)

Teil I

Geschichte und gesellschaftliche Rahmenbedingungen¹

Burkhard Werner

Dieser erste Teil soll in das Feld der stationären Altenhilfe einführen und hat die historische Bedingtheit und Entstehung institutionalisierter Versorgungsformen für ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen – im engeren Sinne: der Altenheime – im Fokus. Nur wer diesen geschichtlichen Kontext und die aus ihm erwachsenen allgemeinen gesellschaftlichen Dynamiken versteht, kann aktuelle Herausforderungen erkennen und meistern.

Das erste Kapitel, in dem die Entwicklung vom Mittelalter bis in die Neuzeit und den Beginn der Moderne ab dem 19. Jahrhundert thematisiert wird, ist weitgehend auf den deutschsprachigen Raum ausgerichtet. Auf die Entwicklung im Zeitalter der Industrialisierung, etwa ab Mitte des 19. Jahrhunderts bis in das frühe 20. Jahrhundert, wird besonders eingegangen. Auch wenn der Schwerpunkt auf Heimen zur Versorgung älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen liegt, werden Bezüge zur Entwicklung in der Psychiatrie und in der Behindertenhilfe hergestellt, da dort ähnliche historische Wurzeln und Entstehungsbedingungen vorliegen. Die Ausdifferenzierung eines eigenständigen Altenheims am Ende des 19. Jahrhunderts sowie die Weiterentwicklungen dieses Prozesses zwischen den beiden Weltkriegen (Weimarer Republik) werden für Deutschland nachgezeichnet.

Das zweite Kapitel geht zunächst darauf ein, wie die stationäre Altenhilfe nach dem Zweiten Weltkrieg an den Entwicklungsstand in der Weimarer Zeit anknüpfte, um dann ihre sich ab den 60er-Jahren des 20. Jahrhunderts abzeichnende dynamische Expansion zu beschreiben. Zusätzlich werden statistische Angaben zur Infrastruktur, zu Heimtypen, zur Bewohnerstruktur und zu soziodemografischen Prozessen vorgestellt. Die deutsche Besonderheit der starken Präsenz der Freien Wohlfahrtspflege, die flankierenden politischen, rechtlichen und gesetzlichen Entwicklungen sowie konzeptionelle und bauliche Entwicklungen werden in die Darstellung eingeflochten.

Das dritte Kapitel beschreibt die facettenreiche und dynamische Entwicklung der stationären Altenhilfe in Deutschland nach der Wiedervereinigung. Die Einführung sowie die zentralen Eckpunkte der Pflegeversicherung, des SGB XI, werden eingehend beschrieben und intensiv hinsichtlich ihres Einflusses auf die stationäre Altenhilfe analysiert.

¹ Dieser Teil basiert unter anderem auf dem Studienbrief von Werner (2013).

Lernziele

Die Leserinnen und Leser sollen...

... die Entwicklung des Hospitals vom Mittelalter bis in die Neuzeit, seine Multifunktionalität zur Versorgung armer, kranker und alter Menschen sowie den zunehmenden Einfluss der Städte und des Staates, der sich vor allem in Form des Arbeits-, Zucht- und Armenhauses bemerkbar machte, nachvollziehen können.

... die Hintergründe und Entstehungsbedingungen der Heime und anderer Institutionen in der Moderne ab 1800 sowie die politischen, wirtschaftlichen, sozialen und demografischen Aspekte, die zu ersten altersspezifischen Einrichtungen der stationären Altenhilfe Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts führten, wiedergeben können.

... die Entwicklungen in der Weimarer Republik, den «Irrweg» der Nationalsozialisten, die dynamische Entwicklung der stationären Altenhilfe in der jungen Bundesrepublik Deutschland bis zur Wiedervereinigung, soziale, politische und gesetzliche Hintergründe sowie Konzepte und bauliche Ansätze der stationären Altenpflege kennen.

... die weiteren Entwicklungen im wiedervereinten Deutschland, die Auswirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes, die verspätete Forcierung ambulanter und teilstationärer Angebote sowie alternativer Wohnformen im Alter verstanden haben.

... das Altenheim und andere «Sonderinstitutionen» für Menschen mit Behinderung bzw. Pflegebedürftigkeit als eine der Antworten auf die Entstehung der «Sozialen Frage» in der Moderne einordnen können.

1 Der lange Weg zu altersspezifischen Institutionen

Altersspezifische Versorgungsangebote, wie wir sie heute kennen, sind ein Produkt einer über Jahrhunderte andauernden Entwicklungsgeschichte. In diesem Kapitel wird die Entwicklung nachgezeichnet und auf einen Grundwiderspruch hingewiesen: Einerseits erscheint die Ausdifferenzierung funktional, denn es gibt immer mehr Angebote für immer spezifischere Zielgruppen. Andererseits entspricht das Leben im Heim nur bedingt oder gar nicht unseren modernen (oder postmodernen) Ansprüchen an Individualität, Eigenständigkeit und Wahlfreiheit. Darüber hinaus muss die zunehmende Institutionalisierung der Versorgung im Alter (auch) eine Antwort auf die Verarmung intergenerationellen Gemeinsinns sein. Oder verhält es sich gerade umgekehrt? Die Antwort darauf wird in diesem Kapitel gegeben.

Literaturtipps

Die historische Entwicklung des Altenheims wird im Folgenden auf der Grundlage einiger historisch-sozialwissenschaftlicher Schriften herausgearbeitet, die als wichtige Grundlagenliteratur empfohlen werden. Da die Studie von Hämel alle hier genannten Schriften berücksichtigt, ist sie als Übersichtsliteratur besonders geeignet:

- Hämel K. (2012). Öffnung und Engagement. Altenpflegeheime zwischen staatlicher Regulierung, Wettbewerb und zivilgesellschaftlicher Einbettung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (basiert auf einer ausführlicheren Dissertation mit gleichlautendem Titel, siehe http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2010/7834/pdf/HaemelKerstin_2010_10_28.pdf).
- Kondratowitz H.-J. v. (1988) auf der II. Gerontologischen Woche in Heidelberg im Jahre 1987 («Das ungeliebte Heim – Historische Gründe und neue Alternativen»).
- Kondratowitz H.-J. v. (1988). Das ungeliebte Heim. Historische Gründe und neue Alternativen. In: Kruse A., Lehr U., Oswald F., Rott C. (Hrsg.). Gerontologie. Wissenschaftliche Erkenntnisse und Folgerungen für die Praxis. Band 2. München: Bayerische Monatsspiegel Verlagsgesellschaft, 427–465.

- Kondratowitz H.-J. v. (1988). Allen zur Last, niemandem zur Freude. Die institutionelle Prägung des Alterserlebens als historischer Prozess. In: Göckenjan G., Kondratowitz H.-J. v. (Hrsg.). *Alter und Alltag*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 100–136.

Flankierend werden empfohlen:

- Borscheid P. (1989). *Geschichte des Alters. Vom Spätmittelalter bis zum 18. Jahrhundert*. München: dtv.
- Sachße C. (2011). Zur Geschichte Sozialer Dienste in Deutschland. In: Evers A., Heinze R. G., Olk T. (Hrsg.). *Handbuch Soziale Dienste*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 94–116.

1.1 Hochmittelalter, Neuzeit und Industrialisierung

Im Gegensatz zur Antike erkannte das christliche europäische Mittelalter den Armen einen festen Platz in der Gemeinschaft zu, unabhängig davon, ob die Armut von Alter, Schicksal, Krankheit oder geburtlicher Abstammung herrührte. Daraus entwickelte sich eine zunächst basale, später zum Teil sehr umfassende Armenfürsorge, zu der vor allem die Gewährung von individuellen Bettelalmosen auf den Straßen, aber auch Spenden und Stiftungen wohlhabender Bürger(innen) zugunsten wohlthätiger, auf ganze Kollektive bezogener Zwecke gehörten. So sind bereits für das 12. Jahrhundert Stiftungen zu Spitalsgründungen bekannt, zu deren Verwaltern meistens die Kirche, im Spätmittelalter dann auch die Städte eingesetzt wurden.

Der Beginn der institutionellen Versorgung von Kranken, Armen, Alten, «Irren», Waisen und Findelkindern in Anstalten «liegt in den mittelalterlichen Klöstern und Hospitälern der Kirchen und ihrer in Orden organisierten Laiengenossenschaften» (Hämel, 2012: 54). Mönche und Nonnen «bewirtschafteten die Klöster und Hospitäler und versorgten die darin aufgenommenen Armen und Kranken» (ebd.: 56).

Allerdings trat bald auch die Stadt als Träger solcher Anstalten den Kirchen zur Seite. Im Rahmen ihrer Entwicklung hinsichtlich Größe, wirtschaftlicher Bedeutung, aber auch (relativer) Selbstständigkeit bauten die Städte ihre eigenen Verwaltungsstrukturen auf und setzten neben den kirchlichen und klösterlichen Hospitälern² zunehmend städtische Armenfonds und -stiftungen ein. Hier zeichnete sich der allmähliche Beginn einer eigenständigen, städtisch gelenkten Fürsorge für Arme, Kranke und Alte ab. Seit dem Hochmittelalter waren kirchlich-konfessionell gebundene Ordensleute und Bürger der sich entwickelnden Stadtbürgerschaften damit die zentralen Akteure des Hospitalwesens. Diese Verschränkung von Staat und Kirche hielt sich in Deutschland bis heute in einem Ausmaß wie in sonst kaum einem Land.

Die städtisch-kirchlichen Spitäler waren hauptsächlich in der Armenfürsorge verortet, aber eben nicht ausschließlich als Armen- und Siechenanstalten. Diese Institu-

2 Die Begriffe Spital und Hospital werden im Folgenden synonym gebraucht.

tionen verstanden sich auch als Alteenrichtungen, vor allem durch das im Spätmittelalter sich allmählich entwickelnde Pfründnerwesen, einer rechtlich-ökonomischen Institution, mittels derer sich (eher) wohlhabende Bürger(innen) durch materielle und finanzielle Zuwendungen für das Alter zum Zwecke der Unterbringung und Versorgung in einem Spital einkaufen konnten. So entwickelten sich die Spitäler nach und nach zu multifunktionellen Einrichtungen aus Armen-, Kranken- und Altenanstalten, geprägt durch das Drei-Klassen-Pfründner-System:

- die gehobene Ausstattung mit eigener Wohnung und eigenem Personal für die Herrenpfründner
- die Mittelpfründner, die sich aus einem kleinen Privatvermögen einen Lebensabend im Spital finanzieren konnten, und
- die Armenpfründner, deren Unterbringung aus den Armenfonds der Kirche finanziert wurde, die in der Armen- oder Siechenstube des Spitals lebten und für eine ausreichende Versorgung durchaus noch selbst betteln gehen mussten (Borscheid, 1989: 65 f., 131 f.).

Unabhängig von Pfründnerstatus und sozialer Schicht war eine recht rigide Hausordnung einzuhalten.

Indem die Städte im Laufe des 14., 15. und 16. Jahrhunderts immer mehr Einfluss auf die Spitäler gewannen, ging die Macht der Kirche und der als Träger fungierenden Bruderschaften entsprechend zurück. Den Städten ging es vor allem um eine geregelte Unterbringung von Armen, Schwerstkranken und Sterbenden sowie von wohlhabenden Bürger(inne)n und städtischen Bediensteten. Die weltliche Institution des Pfründnerwesens und die kirchliche Armenfürsorge blieben im Spital vermischt. In der auch durch die Reformation forcierten gesellschaftlichen Umbruchsituation setzte sich letztlich mehr und mehr eine Ökonomisierung und Verrechtlichung, also eine Verbürgerlichung der ursprünglich rein religiösen Institution des Spitals durch. Mit Beginn der Neuzeit (historische Epoche, deren Beginn in etwa durch die Entdeckung Amerikas und die Reformation markiert und mit der das Mittelalter endet) ging die Gründung von Spitälern zunächst vor allem in protestantischen Gebieten zurück, bis dann im 17. und 18. Jahrhundert auch in katholischen Gebieten das kirchliche Spitalwesen einen Tiefstand erreichte. Wohlhabende Bürger(innen) vererbten immer seltener ihren Nachlass an die Kirche oder Spitäler, sondern setzten ihn zur Sicherung der privaten familiären Nachfolge ein (Borscheid, 1989: 424 ff.).

1.1.1 Arbeits-, Zucht- und Armenhaus von der Neuzeit bis ins 19. Jahrhundert

Mit der beginnenden Neuzeit, vor allem nach Beendigung des Dreißigjährigen Krieges (1618–1648) trat neben Kirche und Stadt mit dem europäischen Flächenstaat ein neuer Akteur auf die Bühne der Sozial- und Ordnungspolitik. Nachdem die Bettelei bis ins 15. Jahrhundert hinein gesellschaftlich weitgehend akzeptiert und ordnungspolitisch geregelt war, galt sie nun – auch wegen ihrer Expansion – als zunehmende Plage. Das Armenwesen sollte nicht mehr die Bereitstellung von Almosen organisieren, sondern vielmehr die Bettelei bekämpfen. Nun wurde mit armenpolizeilichen Mitteln gegen die Bettelei vorgegangen, und entsprechende Personen wurden in neu

geschaffenen Anstalten, den Arbeits-, Zucht- und Armenhäusern, zwangskaserniert. Das Anstaltswesen wurde für eine quantitativ nicht unbedeutende Bevölkerungsgruppe als sinnvolle Lebensform konzipiert.

Arbeits-, Zucht- und Armenhäuser entstanden zunächst hauptsächlich in protestantischen Staaten bzw. Regionen, weniger in Trägerschaft des Staates. Zum größeren Teil blieben sie in der Verantwortung der Städte, und der Staat begnügte sich mit ordnungspolitischen Regelungen. Den Städten und der Kirche wurden also die Versorgung und Betreuung der Armen und sozialen Außenseiter(innen) nicht entzogen, aber der Staat entwickelte einen steigenden Kompetenzanspruch im Spital- und Armenwesen, vor allem über den Weg der Errichtung der Arbeits-, Zucht- und Armenhäuser, die zum Teil sogar in bestehende Spitäler und Armenhäuser integriert wurden. Diese Entwicklung gipfelte in Deutschland im Allgemeinen Landrecht für preußische Staaten. Der Staat nahm nun für sich das Recht und die Pflicht in Anspruch, für die Ernährung und Verpflegung derjenigen Bürger(innen) zu sorgen, die sich ihren Unterhalt nicht (mehr) selbst beschaffen konnten (Baron, 1995: 15 f.). Die Gesamtverantwortung für das Armenwesen verschob sich nun in Richtung Staat, wobei Kommunen und Städten die Durchführung der Armenversorgung mehr und mehr übertragen und ihre Stellung gegenüber der Kirche auf diesem Gebiet gestärkt wurde (Hämel, 2012: 61 f.).

Das Arbeits-, Zucht- und Armenhaus unterschied sich hinsichtlich der Zusammensetzung seiner Klientel nicht wesentlich von den Armen- und Spitaleinrichtungen früherer Prägung: Nach wie vor wurden auch im neuartigen Arbeits-, Zucht- und Armenhaus die nach damaliger Sozialordnung schwer integrierbaren Kranken, Alten, Siechen, «Irren», Waisen, Personen ohne Bürgerstatus, Umherziehende und Leichtkriminelle untergebracht. Neu am Arbeits-, Zucht- und Armenhaus war seine Ausrichtung auf den Zwang zur Arbeit, zum Teil durch Freiheitsentzug und den Versuch, konsequenter zwischen Arbeitsfähigen, aber -unwilligen und tatsächlich nicht (mehr) Arbeitsfähigen zu unterscheiden und erstere einer Disziplinierung zur Arbeit zu unterwerfen. Dass kranke und alte Menschen im Rahmen ihrer Möglichkeiten an der täglichen Arbeit bzw. Hausarbeit (Wäsche, Reinigung des Hauses, Nahrungsbeschaffung etc.) teilnehmen mussten, galt auch schon für das Spital früherer Prägung. (Arme) Alte waren von dieser Pflicht höchstens als Schwerstkranke und Sterbende befreit, und nur wohlhabende Pfründner konnten eine weitgehende Fremdversorgung erwarten. Neu am Arbeits-, Zucht- und Armenhaus war, dass die Hausordnungen des Spitals, die zu einem frommen Leben anhielten, als nicht mehr zeitgemäß galten und jeder Insasse einen produktiven Beitrag zum Gemeinwohl leisten sollte. Somit beeinflusste vor allem die Idee des Arbeitshauses, die «Erziehung zur Arbeit», die sich besonders aus protestantischem Gedankengut speiste. Die katholische Mildtätigkeit und das Almosengeben zur Vergebung der Sünden (Ablasshandel) verloren an Bedeutung, nicht nur in protestantischen Regionen. Mit der Wandlung des Spitals zum Arbeits-, Zucht- und Armenhaus verlor es jedoch, auch durch zunehmend rigidere Hausordnungen zur Aufrechterhaltung von Zucht und Ordnung, an Attraktivität als Altersruhesitz und Versorgungseinrichtung für wohlhabendere Bürger(innen) und damit zum Teil seine Multifunktionalität und seinen schichtenübergreifenden Charakter.

Das Spital, das an manchen Orten als Zucht- und Arbeitshaus weitergeführt wird, gerät als Armenhaus und Altersheim oft in bedenkliche Nähe zu den Zuchthäusern, zumal in

ihm oft eine ähnlich strenge Hausordnung gilt, wie in den Strafanstalten, und Arreste nicht selten sind. (BORSCHIED, 1989: 442)

Am vorläufigen Ende dieses Prozesses wurde aus der Integration der Armen, Kranken und Alten im Hospital mit Hilfe des Arbeits-, Zucht- und Armenhauses ein «Engagement zum Wegschließen der Armen» (Borscheid, 1989: 74).

Im Europa des 17. und 18. Jahrhunderts entwickelte sich nach den schweren Religionskriegen und dem Abklingen der Pest zwar durchaus eine gewisse wirtschaftliche Prosperität, aber mit dem Bevölkerungswachstum ging auch eine zunehmende Anzahl von Armen, Rechtlosen und Wohnungslosen einher. Durch eine gewisse Zunahme der Lebenserwartung stieg mithin auch die Zahl der Alten, von denen vor allem die Mittellosen als Problemgruppe wahrgenommen wurden. Am Beispiel der Reform des Hamburger Armenwesens im Jahre 1788 kann man den Ausformungsprozess «sozialer Dienste» und «bürgerchaftlichen Engagements» (in heutigen Begriffen) herausarbeiten. Zentrales Element dieses Prozesses war eine neue bürgerliche Öffentlichkeit, die sich aus dem selbstbewussten, protestantischen, wirtschaftlich erfolgreichen und sich dem Gemeinwesen verpflichtet fühlenden (Handels-)Bürgertum speiste und ihren Ausdruck in einer Zahl bürgerlicher Assoziationen und Gesellschaften, wie zum Beispiel in der «Hamburger Patriotischen Gesellschaft» von 1765, fand. Das Vereinswesen war erfunden und damit ein Gegengewicht zur Stadt und zum Staat, der Beginn einer Trennung der Sphären Staat und Gesellschaft.

Ende des 18., Anfang des 19. Jahrhunderts setzten sich mehr oder weniger in ganz Nord-, West- und Mitteleuropa Reformen des Anstalts- und Armenwesens durch. So wurde mit der Preußischen Städteordnung (der Geburtsstunde der modernen kommunalen Selbstverwaltung) vorgesehen, dass die Städte Armendirektionen beriefen,...

... in denen Bürgermeister, Stadtverordnete und Bürger, in größeren Städten zudem der Stadtsyndikus, Geistliche, Ärzte und Vorsteher der Ortspolizei das kommunale Armenwesen und damit auch die Aufsicht über die geschlossenen Anstalten und Stiftungen übernahmen. (HÄMEL, 2012: 66)

Alte Menschen wurden zunehmend zur Hauptzielgruppe der Armenpflege, ohne dass sich altersspezifische Lösungen entwickelten. Das Ehrenamt des Armenpflegers wurde allmählich verberufligt, indem es in das kommunale Beamtentum integriert wurde. So entstand eine Vorform des Berufs des Sozialarbeiters und die Bedeutung des sozial engagierten Bürgers nahm wieder ab.

Erst das Industriezeitalter mit seiner sprunghaft ansteigenden Binnenwanderung und der Auflösung der Familienbindungen, der Verstädterung und Industrialisierung sowie dem zunehmenden Geldverkehr und dem gehobenen Lebensstandard ermöglicht neuen Formen der Altersversorgung, sich durchzusetzen. Den großen Bruch in den Formen der Altersversorgung bringt erst das 19. Jahrhundert. (BORSCHIED, 1989: 492)

Damit sich das speziell für ältere Menschen konzipierte Altenheim verselbstständigen konnte, das sich aus den bestehenden, zunächst immer noch multifunktionalen, Alters- und Zielgruppen übergreifenden Spitälern und Arbeits-, Zucht- und Armenhäusern entwickelte, musste allerdings ein Selektionsprozess hinzukommen, der in

etwa das gesamte 19. Jahrhundert andauerte und mehr oder weniger auch eine, wenn auch zeitversetzte, europaweite Entwicklung war.

1.1.2 Entwicklung der zentralistischen Heil- und Pflegeanstalt

Der am Schluss von Kapitel 1.1.1 erwähnte Selektionsprozess fand in Form eines flächendeckenden, aber stärker zentralistisch orientierten Aufbaus von sogenannten Heil- und Pflegeanstalten für Menschen mit psychischen und geistigen Behinderungen statt. Menschen mit solchen Problemlagen wurden nicht mehr in den städtischen Spitälern, Siechenanstalten und Arbeits-, Zucht- und Armenhäusern belassen, sondern in Anstalten zusammengefasst, die sich zunehmend spezialisierten und unter ärztlich-psychiatrischer Leitung nach dem neuen Paradigma der Psychiatrie und der «Geisteskrankheit» in Zuständigkeit übergeordneter politischer Ebenen standen. Von Kondratowitz (1988) benennt diesen Selektionsprozess explizit als Parallelentwicklung zur Entstehung des Altenheims, wenn er schreibt:

Wie vorher bereits die Ausdifferenzierung des Irrenhauses war das Herauslösen der «Alten» aus der öffentlichen Armenpflege und ihre institutionelle Versorgung in eigenen Zwangsgemeinschaften zum Ende des 19. Jahrhunderts der lediglich organisatorische Ausdruck eines tieferen sozialpolitischen Spannungsverhältnisses, das diesem Armenwesen innewohnte und sich in der Heterogenität der von ihm «erfassten» Bedürftigen abbildete.
(VON KONDRATOWITZ, 1988: 428)

Am Ende des 19. Jahrhunderts stehen in den großen europäischen Nationen England, Frankreich, Deutschland und Österreich weitgehend ausdifferenzierte psychiatrische Versorgungssysteme mit eigenem Anstaltswesen und einer an Universitäten etablierten Psychiatrie als Wissenschaft und medizinisches Teilgebiet zur Verfügung. Im Lauf der Entwicklung der somatischen Medizin, des modernen Rechts- und Justizwesens und des Fürsorgewesens für Kinder und Jugendliche entwickelten sich je eigene spezielle Institutionen: das Allgemeinkrankenhaus, die Strafanstalt, das Waisen- und Erziehungsheim. Nun konnte auch das Altenheim zu einer speziellen Institution für hilfe- und pflegebedürftige, meist arme alte Menschen werden.

1.1.3 Altersstift als Leitinstitution

«Im 19. Jahrhundert begann sich in der Gesellschaft ein Bewusstsein von Alter und Invalidität als eigenes soziales Risiko herauszubilden» (Hämel, 2012: 70; i. Org. herv.), was zum Beispiel in Deutschland zur Einführung der staatlichen Rentenversicherung im Jahre 1891 führte, die als weiterer Finanzierungsbestandteil der Altenhilfe nach und nach neben die bestehenden Quellen, wie Spenden und Stiftungen aus der privaten Fürsorge und Steuern im Rahmen der entstehenden staatlichen Wohlfahrt, trat. Das nun entstehende Altersstift richtete sich nicht nur an alte Menschen, sondern auch an weitere Bevölkerungsgruppen ohne Familienanschluss, etwa Auszubildende oder berufstätige Frauen. Allerdings wurde auf eine interne soziale Homogenisierung gesetzt, die durch exklusive Zugangskriterien (Geschlecht, soziale Herkunft, Familienstand, Konfessionszugehörigkeit, Gesundheitszustand und Alter) erzielt wurde. Stifte

richteten sich vor allem an das «rüstige» Alter, jedoch konnten die Bewohner(innen) bei späterer Pflegebedürftigkeit durch Zahlung eines zusätzlichen Pflegegeldes entsprechend versorgt werden. Die Stifte orientierten sich mit ihren Angeboten an den (früheren) Lebensgewohnheiten ihrer (klein-)bürgerlichen Klientel. In einigen von ihnen sollte den Bewohner(inne)n Privatheit, auch in Form von Einzelzimmern (!) mit eigener Möblierung, und selbstständige Lebensführung mit freiem Ausgang und Besuch, freier Zeiteinteilung und Möglichkeit der Selbstverpflegung, bis hin zur Fortsetzung eines eigenen Gewerbes gewährleistet werden. In den meisten Stiften dürften aber durch bauliche, materielle und personelle, also letztlich ökonomische Zwänge, die Lebens-, Wohn- und Versorgungsverhältnisse recht bescheiden und Bewohner(innen) einer straffen Hausordnung unterworfen gewesen sein.

Das übergeordnete Leitbild des Stiftes war das des familienähnlichen Zusammenlebens in einer patriarchalischen Hausgemeinschaft (von Kondratowitz, 1990: 146) mit dem «Hausvater» als Leitung des Gesamtensembles, der «gütig und gerecht» über die ihm anvertrauten Bewohner(innen) wachte, denen die Rolle von Kindern zugeschrieben wurde. Dies entsprach auch den medizinischen Vorstellungen: «Alte kehrten in dieser Perspektive in ihren körperlichen und sozialen Fähigkeiten zu einer kindlichen Existenzweise zurück» (Hämel, 2012: 73; i. Org. herv.). Mit diesen Konstruktionen wurden auch die Bedürfnisreduzierung im Alter und ein minimierter Aufwand für die Versorgung der Alten begründet (von Kondratowitz, 1988: 432).

Das Altenstift des ausgehenden 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts «brach mit dem etablierten Konzept, dass Heime Orte einer ausgrenzenden Armenversorgung sind» (Hämel, 2012: 74). Es entwickelte sich zum Ausgang des 19. Jahrhunderts zum Bezugspunkt für einen Diskurs, dem es um die Weiterentwicklung des klassischen Armenhauses bzw. veränderte Ausrichtung der Heimversorgung ging.

1.1.4 Altersspezifische Einrichtungen

Mit dem Altenstift in seiner Prägung am Ende des 19. Jahrhunderts war der große und steigende Bedarf an Versorgung vieler armer, alter und kranker Menschen längst nicht zu decken. Siechenhäuser, auch in Verbindung mit Arbeits-, Zucht- und Armenhäusern, bestanden weiter fort und die traditionell große Heterogenität der Bewohnerschaft ebenfalls. Art, Ausrichtung und Funktion des geschlossenen Armenwesens wurden jedoch in der Öffentlichkeit immer kritischer diskutiert, wobei hier einerseits der 1880 in Frankfurt am Main gegründete «Deutscher Verein für Armenpflege und Wohltätigkeit», andererseits überregionale bzw. nationale Spitzenverbände der freien, konfessionell gebundenen Wohlfahrtspflege federführende Rollen übernahmen: die schon im Jahre 1848 gegründete «Innere Mission» (IM) von der protestantischen und der im Jahre 1897 gegründete «Deutscher Caritasverband» (DCV) von der katholischen Seite. Der Einfluss sowohl des Deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit als auch der Wohlfahrtsverbände auf die Entwicklung des Sozial- und Gesundheitswesens im Deutschland des 19. und vor allem des 20. Jahrhunderts ist kaum zu überschätzen, kann hier aber nur angedeutet werden.

Alte Menschen erhielten nun auch im öffentlichen Armenwesen mehr Aufmerksamkeit und wurden zunehmend nicht mehr dem üblichen Disziplinierungsansatz der traditionellen Arbeits-, Zucht- und Armenhäuser unterworfen. Gerade für chro-

nisch kranke Menschen sollten nun verstärkt spezielle Einrichtungen aufgebaut werden. Dieser Entwicklung förderlich war auch das Bedürfnis der neuen und großen Krankenanstalten, ihre Betten von chronisch kranken, pflegebedürftigen und sterbenden Patient(inn)en frei zu bekommen. Dieses ökonomische wie sozial- und gesundheitspolitische Argument für Langzeit-Pflegeeinrichtungen wird sich von da an bis ins 21. Jahrhundert ziehen.

Um das Jahr 1900 jedenfalls waren erste Ansätze für eine differenzierte Wahrnehmung des Alters, seiner materiellen, finanziellen, sozialen sowie pflegerischen Versorgungsbedarfe vorhanden und verschiedene Konzepte zur Institutionalisierung des Alters im Heim entwickelt: das Stiftswohnen für (klein-)bürgerliche sowie die Versorgung in Siechen- und Pflegeeinrichtungen für verarmte und sozial nicht integrierte Zielgruppen. Pflegebedürftige und chronisch Kranke sollten Pflege erhalten, aber nicht Arbeitszwang und Disziplinierung unterworfen werden. Die Verantwortung für den Ausbau der öffentlichen und privaten Fürsorge, auch im Bereich der Alten, Pflegebedürftigen und chronisch Kranken, ging stärker auf den Zentralstaat über, wobei die Rolle der untergeordneten Gebietskörperschaften, vor allem der Kommunen, aber auch der privaten Wohltätigkeit erhalten blieben. Neben dem starken Standbein der kommunalen Altenhilfe konnten die Kirchen vor allem über die konfessionell gebundene Wohlfahrtspflege und deren nationale Spitzenverbände ihren Einfluss erhalten bzw. wieder ausbauen, wobei auf kleinräumiger Ebene die Kirchengemeinden ihre Bedeutung als Träger von Einrichtungen und Diensten behielten.

1.2 Alten- und Siechenheim in der Weimarer Republik

Die erste deutsche Republik mit ihren demokratischen Institutionen hielt nur 14 Jahre, von 1919 bis 1933, aber viele Entwicklungen in der jungen Bundesrepublik Deutschland griffen nach 1949 auf die Weimarer Zeit zurück und können nur so nachvollzogen und verstanden werden.

Gegenüber dem Kaiserreich mit seiner vergleichsweise noch geringen zentralstaatlichen Regulierung der öffentlichen Fürsorge entstand mit der ersten Berliner Republik eine wesentlich stärkere Vereinheitlichung sozialer Einrichtungen durch zentralstaatliche Eingriffe. Die Freie Wohlfahrtspflege reagierte darauf ebenfalls mit einer republikweiten Zentralisierung. Zunächst wurde die konfessionell orientierte und bürgerliche Privatwohltätigkeit zunehmend in das öffentliche Wohlfahrtssystem eingebaut. Nach den protestantischen und katholischen Verbänden folgten nun Neugründungen: die ebenfalls konfessionelle «Zentralwohlfahrtsstelle der deutschen Juden» (1917), der «Hauptausschuss der Arbeiterwohlfahrt» (1919), das «Deutsche Rote Kreuz» (1921) und die «Vereinigung der freien gemeinnützigen Wohlfahrtseinrichtungen Deutschlands» (1924). Alle Verbände schlossen sich 1924 zu einem Dachverband, der Deutschen Liga der Freien Wohlfahrtspflege, zusammen.

Die Fürsorgegesetze der Weimarer Republik, zum Beispiel das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz von 1922 und die Reichsverordnung über die Fürsorgepflicht (1924, Vorgängerin des Bundessozialhilfegesetzes der BRD von 1961) integrierten die freie Wohlfahrt in das öffentliche Dienstleistungssystem und schufen damit die typisch deutsche «duale Struktur» von öffentlicher und privater Wohlfahrtspflege. Es entstand ein «wohlfahrts-industrieller Komplex», innerhalb dessen sowohl die Problem-

definitionen wie auch die Lösungsmuster exklusiv verhandelt wurden» (Sachße, 2011: 10 f.). Damit kam es zu einer Arbeitsteilung zwischen dem Staat als Zentralstaat (Definition der Hauptaufgaben, der rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen) und der Durchführung der Versorgung (freie Wohlfahrt) – tendenziell zu Lasten der niedrigeren staatlichen Ebenen, insbesondere der Kommunen. Dadurch gelangten die konkreten Einrichtungen und Dienste der freien Wohlfahrt in der Wahrnehmung durch die Bürger(innen) in die Nähe quasi-staatlicher bzw. öffentlicher Institutionen. Mit dem ebenso spezifisch deutschen Prinzip der «Subsidiarität» konstruierten die politisch Verantwortlichen der Weimarer Republik eine Aufwertung der Freien Wohlfahrt und ihrer Spitzenverbände zu Lasten der Kommunen als Träger von Einrichtungen und Diensten. Noch gab es zwar mehr Plätze (89 075) in kommunalen Alters- und Siechenheimen (insgesamt 1481, Erhebungsjahr 1930), aber schon mehr Alters- und Siechenheime (2140) in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege (Erhebungsjahr 1929) mit zusammen 58 754 Plätzen. Neunzig Prozent der Einrichtungen und 80 % der Plätze befanden sich in Trägerschaft des Caritasverbandes und der Inneren Mission (Sachße, 2011: 8 f.). Immerhin verfügte Deutschland am Ende der Weimarer Republik über ca. 3600 Alten- und Siechenheime mit fast 150 000 Plätzen.

Offene, also ambulante Hilfeformen spielten auch in der Weimarer Republik keine große Rolle: Wenn ein entsprechender individueller oder auch kollektiver Bedarf vorlag, bestand das Angebot der öffentlichen wie privaten Wohlfahrtspflege in Form von Heimen für das Alter nun aber in größerem Ausmaß. Die Heimversorgung sollte eine Antwort geben auf den demografischen Wandel, aber auch auf die zunehmende Wohnungsnot in Ballungsräumen. So wurde das Altenheim für größere Kreise alter Menschen vor allem aus dem Mittelstand als geeignete Wohnform im Alter propagiert. Das Heim sollte zum Altersruhesitz werden. Dadurch veränderte sich auch seine Architektur, weg von großen Bettensälen hin zu einer individuelleren Wohnkultur (Irmak, 2002: 203). Hier kann man eine gewisse Orientierung am Altenstift des ausgehenden 19. Jahrhunderts feststellen. Allerdings bekamen nun ökonomische und sozialtechnologische Überlegungen, im Sinne einer rationellen Lösung der Altersfrage, einen größeren Einfluss in der Sozialpolitik. «Durch «Funktionalität und Größe» und nicht durch «heimelige Geborgenheit» zeichneten sich die Musteranlagen aus, die seit den 1920er-Jahren von großen kommunalen und kirchlichen Trägern z. T. errichtet wurden» (Hämel, 2012: 84).

So zum Beispiel die «Riehler Heimstätten» in Köln mit 2058 Plätzen, 619 im Versorgungs- bzw. Altenheim, 681 im Pflegeheim und 758 im Wohnstift. Trotz vergleichsweise großzügiger Bauweise und Ausstattung mit moderner Technik (Zentralheizung, Aufzüge, Großküche), die als fortschrittlich gepriesen wurden, konnte diese Anlage jedoch ihren in der Bevölkerung entstehenden schlechten Ruf nie verlieren, vor allem wegen der internen Reibereien zwischen den sehr heterogenen Bewohnergruppen (ebd.: 115).

Die zunehmende Lebenserwartung und ein gewisser medizinischer Fortschritt, zum Beispiel im Umgang mit Infektionskrankheiten, ließen schon in der Weimarer Republik Bevölkerungsstatistiker von einer bevorstehenden demografischen Katastrophe sprechen. Ein Anstieg der Zahl chronisch kranker (alter) Menschen, die nach Beendigung der Behandlung im Krankenhaus weiter versorgt werden mussten, führte zu einem forcierten Ausbau von Siechenhäusern. Zwar waren nicht alle «Siechen»

alte Menschen, doch ihr Anteil stieg stetig. Auch die Einführung einer 26-Wochen-Grenze für die Finanzierung der medizinischen Behandlung im Krankenhaus durch die Krankenversicherung in der Reichsversicherungsordnung verstärkte die Diskussion um eine Fehlplatzierung von chronisch kranken Menschen im Krankenhaus sowie den weiteren Ausbau von Siechenanstalten. Strittig war zunächst, ob diese Einrichtungen in organisatorischer Nähe zum Altenheim oder zum Krankenhaus betrieben werden sollten. Doch setzte sich dann in den meisten Kommunen der Verbleib der Siechenhäuser in ihrem Zuständigkeitsbereich durch und sie blieben damit weiter an die Altenheime gekoppelt (Irmak, 2002: 147 ff.). Dennoch orientierten sich die Konzepte für Siechenhäuser an der medizinischen Versorgung und am Krankenhaus: Hygienische Standards und Verbesserungen der baulichen Infrastruktur in Form von Tagesräumen, Teeküchen und Terrassen wurden eingeführt und dem Anstaltsleiter wurde ein Anstaltsarzt zur Seite gestellt. Die Kranken wurden von namenlosen Insassen zu Subjekten aufgewertet, indem nun auch in Siechenanstalten Krankengeschichten eingeführt wurden. Dennoch behielt die Siechenanstalt ihren Zwangscharakter aus der früheren Kopplung mit dem Armen-, Zucht- und Arbeitshaus in begrenztem Umfang bei: Auch hier gab es Isolierräume für aufsässige Insassen, und arbeitsfähige Kranke mussten in den hauseigenen Werkstätten weitgehend unentgeltlich arbeiten und so für einen Teil ihrer Unterbringungskosten aufkommen (v. Ballusek, 1980: 88). Die Personalausstattung in den Siechenhäusern war wesentlich schlechter als in Krankenhäusern oder auch Altenstiften und -heimen. Es gab weitgehend nur Hilfspersonal, sogenannte «Haushelferinnen» und «Aufseherinnen» sowie auf männlicher Seite, rekrutiert aus ehemaligen Handwerkern und Fabrikarbeitern, sogenannte «Wärter». Ausgebildete Krankenpflegerinnen blieben den Siechenhäusern eher fern und suchten berufliche Anstellung in den Krankenhäusern. Brutale Zwischenfälle zwischen Personal und Insassen waren nicht selten. Anfang der 30er-Jahre des 20. Jahrhunderts kam es zu Bemühungen, die Arbeitsbedingungen des Personals zu verbessern und Qualifizierungsangebote für die Siechenpflege zu schaffen. Doch blieb es bei vereinzelten, unsystematischen Versuchen. Vieles fiel dem Sparzwang in den Anstalten zum Opfer. Abhilfe schufen dann kostengünstige Ordenskräfte.

1.3 Nationalsozialistische Epoche

Die unsägliche Zeit des Nationalsozialismus von 1933 bis 1945 muss hier erwähnt werden, weil sie in vielerlei Hinsicht eine Gesamt-«Lösung» der sogenannten sozialen Frage anvisierte, radikal umsetzte und dabei auch die Alten- und Siechenheime nicht ausnahm.

Unter diesem Regime kulminierte eine gesellschaftlich-kulturelle Entwicklung, die in der bisherigen Geschichte der Menschheit ohnegleichen ist. Die Nationalsozialisten griffen allerdings schon bestehende Trends aus dem 19. und frühen 20. Jahrhundert in Deutschland und anderen europäischen Ländern auf und führten sie in extremer Form weiter, bis zu ihrem Höhepunkt, der systematischen Ermordung «lebensunwerten Lebens». Obwohl die Nationalsozialisten alle öffentlichen Einrichtungen und den gesamten Staatsapparat unter eine zentralistische Kontrolle der «Gleichschaltung» brachten, konnten die beiden christlich-konfessionellen Wohlfahrtsverbände unter dem Schutz der Kirchen ihre organisatorische Autonomie weit-

gehend beibehalten. Allerdings trat ihnen die «Nationalsozialistische Volkswohlfahrt» (NSV) zur Seite. Tatsächlich betrieben die Nationalsozialisten für den «reinrassigen» Deutschen, der sich um den «Volkskörper» verdient gemacht hatte, einen gewissen Ausbau von Altenheimen, allerdings nur in Form einiger Vorzeigeeinrichtungen (Irmak, 2002: 210 ff.). Die Versorgung von armen, kranken, alten Menschen – den «unproduktiven Randexistenzen» in der Sprache der Nationalsozialisten – überließen sie jedoch zunehmend den Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege, die sich über diese Funktion ihre «Legitimation» auch über die NS-Zeit hinweg erhalten konnten. Die Belegung der Einrichtungen wurde allerdings zunehmend zentralistisch vom Staat übernommen. Nach Ausbruch des Zweiten Weltkriegs wurden auch die Siechenanstalten mehr und mehr in die Kriegsführung und -logik einbezogen. So konnte es passieren, dass eine ganze Bewohnerschaft über Nacht ohne Rücksichtnahme auf den Gesundheitszustand der Betroffenen in eine andere Einrichtung verlegt wurde. Gegen Ende des Krieges wurden chronisch kranke und pflegebedürftige alte Menschen auch in die Tötungsanstalten eingeliefert, um die frei werdenden Einrichtungen für Kriegsverletzte und Soldaten zu nutzen (von Kondratowitz, 1988: 129 ff.). Diese Praktiken, die sich auch in der Bevölkerung herumsprachen, ließen das Siechenheim endgültig zum Schreckgespenst der potenziell betroffenen Bevölkerung werden. Durch seine Zusammenfassung chronisch kranker alter Menschen, die keinen Wert mehr für die Gesellschaft darstellten, war es zur Endstation, zum Sterbe-, ja Tötungshaus geworden (v. Balluseck, 1980: 86).

Quintessenz aus Kapitel 1

Die bisherigen Entwicklungsschritte der stationären Altenhilfe zeigen einen langen Ausdifferenzierungs- und Spezialisierungsprozess vom Mittelalter bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts, der sich über das Spital, das Armen-, Zucht- und Arbeitshaus und das Siechenhaus hin zu einer weitgehend von alten Menschen mit gesundheitlichen und sozialen Problemlagen genutzten Einrichtung erstreckt. Die weitere Entwicklung in der jungen Bundesrepublik Deutschland bis zur Wiedervereinigung wird diesen Prozess verfestigen und endgültig konsolidieren.

Übungsaufgaben zu Kapitel 1

- 1.1: Beschreiben Sie kurz die Entwicklung des Hospitals von der Entstehung bis ins Spätmittelalter.
- 1.2: Welchen Veränderungen unterlag das Hospital vom Beginn der Neuzeit bis ins späte 19. Jahrhundert?
- 1.3: Welche Entwicklungen führten letztlich zur altersspezifischen Institution Altenheim am Ende des 19., Anfang des 20. Jahrhunderts?