

II Forschungsstand

In der vorliegenden Arbeit geht es um die übergeordnete Frage, wie in Altenpflegeorganisationen mit Religion umgegangen wird. Da es zu dieser Fragestellung bis dato noch keine religionswissenschaftlichen Untersuchungen gibt, ist es Ziel dieses Kapitels, Relevanz versprechende Ansätze und Erkenntnisse unterschiedlicher disziplinärer Herkunft vorzustellen und auszuloten, auf welche Weise Religion, zumindest aus theoretischer Perspektive, eine Rolle im Altenpflegerischen Setting zu spielen vermag. Dies geschieht in drei Schritten:

Zunächst wird die organisierte Altenpflege historisch verortet und anhand ihrer heutigen Gestalt rechtlich und strukturell charakterisiert. Daraufhin wird Religion im Hinblick auf die das Altenpflegerische Setting prägenden Faktoren Gesundheit, Krankheit, Alter(n) sowie Migration beleuchtet. In einem letzten Schritt werden Diskurse vor dem Hintergrund von kulturellen Pluralisierungserfahrungen vorgestellt, die gegenwärtig im deutschen Gesundheitswesen zu beobachten sind und sich etwa in Fragen der Organisations- und Angebotsentwicklung sowie des Personalwesens niederschlagen.

2.1 Zum Setting der organisierten Altenpflege

2.1.1 Eine sehr kurze Geschichte der Altenpflege in Deutschland

Um den gegenwärtigen Umgang mit Religion in der organisierten Altenpflege zu verorten, ist ein Blick auf die historische Entwicklung Altenpflegerischer Arbeit und ihrer entsprechenden Institutionen hilfreich. Dabei ist grundsätzlich zu berücksichtigen, dass die Geschichte der Altenpflege bisher kaum erforscht wurde und bis heute oft mit der Geschichte der Krankenpflege gleich-

gesetzt wird, welche wiederum stark an die Medizingeschichte gebunden ist (vgl. Hanussek 2005: 83).

Dass Altenpflege jedoch ein eigenständiges Berufsfeld mit entsprechender historischer Entwicklung ist, zeigen bereits Lehrbücher der altenpflege-rischen Ausbildung. So halten etwa Pfleghar und Ehlers in ihrer Berufskunde fest:

»Die Geschichte der Altenpflege ist lange mit der Geschichte der Krankenpflege gleichgesetzt worden. Inzwischen setzt sich jedoch die Erkenntnis durch, dass die Versorgung alter Menschen durchaus eine eigene Tradition besitzt.« (Pfleghar/Ehlers 2006: 2)

Beginnen lassen die Autorinnen die Geschichte der institutionellen Versorgung alter Menschen im europäischen Mittelalter¹ und verweisen auf verschiedene Altersversorgungsmodelle, etwa durch Zünfte, Klöster, Stifte und Spitäler.² Als Motiv insbesondere kirchlicher Fürsorge wird das religiöse Gebot der Nächstenliebe angeführt (vgl. ebd.: 2-5).

Mit einem Überblick über die darauffolgenden Epochen zeigen die Autorinnen auf, wie eng verknüpft die institutionelle Versorgung alter Menschen mit zeitspezifischen Altersbildern war.³ Indem sie deutlich machen, dass das Altern für einen großen Teil der Bevölkerung immer auch die Gefahr von Armut mit sich brachte⁴ und sich die institutionelle Versorgung dementspre-

- 1 Dass es auch außerhalb Europas Formen der Fürsorge für Bedürftige gab, zeigt beispielsweise ein Blick auf die Spendenformen *sadaqa* und *zakat* in der islamischen Tradition sowie das jahrhundertlang funktionierende *waqf*-System, ein Stiftungswesen, welches sich durch die Annahme von Almosen zur Wohltätigkeit verpflichtete. So entstanden u. a. zahlreiche Armenhäuser und Hospize im islamisch geprägten Raum (vgl. Ceylan/Kiefer 2016: 97-99). Vermutlich wurden hier auch alte Menschen versorgt.
- 2 In diesem Zusammenhang verweisen die Autorinnen auch knapp auf eine spitalähnliche Einrichtung für alte Menschen in der Antike, das sogenannte *Gerokomeion* (vgl. Pfleghar/Ehlers 2006: 5). Dass jedoch insbesondere Stifte und Spitäler als Wurzeln heutiger Altenpflegeeinrichtungen gelten, macht u. a. Heinzelmann in seinem Forschungsüberblick deutlich (vgl. Heinzelmann 2004: 15).
- 3 Siehe etwa den Umgang mit alten und kranken Menschen in der Zeit des Nationalsozialismus vor dem Maßstab sogenannten lebens- und lebensunwerten Lebens (vgl. Pfleghar/Ehlers 2006: 7).
- 4 Dass ein Erreichen eines höheren Lebensalters auch heute noch mit finanziellen Risiken einhergeht, ja sogar ein enger Zusammenhang zwischen Einkommenssituation, Selbstständigkeit, Unabhängigkeit, Selbstbestimmung, sozialer Partizipation und Pflegebedürftigkeit besteht, macht die Pflegewissenschaftlerin Olivia Dibelius deutlich (vgl. Dibelius 2006: 19).

chend insbesondere in Formen der Armenfürsorge zeigte, brechen Pflleghar und Ehlers mit dem ihrer Meinung nach bis heute bestehenden, verklärten Bild funktionierender Großfamilien, die in der Vergangenheit den alten und gebrechlichen Menschen wie selbstverständlich integrierten und versorgten (vgl. ebd.: 8f.).⁵ Verständlich wird in diesem Zusammenhang auch die große Bedeutung der Einführung einer Invaliditäts- und Altersversicherung im Jahr 1889, die die Grundlage einer staatlichen Altersversorgung bildete (vgl. ebd.: 6), sowie der Gründung erster staatlicher Wohlfahrtsorganisationen zwischen 1849 und 1925, die in unterschiedlichem Maße auch die ältere Bevölkerung im Blick hatten (vgl. Merchel 2003: 86-123).

Während die Versorgung alter Menschen folglich auf eine lange Tradition zurückblicken kann, jedoch erst zu Beginn des 19. Jahrhunderts einen spezifischen, auf die alte Klientel ausgerichteten Ort – das sogenannte Altenheim – fand⁶, lässt sich der professionelle Altenpflegeberuf als Entwicklung des 20. Jahrhunderts dokumentieren. Genauer gesagt war es die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg, in der die institutionelle Versorgung durch Diakonissen und Ordensfrauen mehr und mehr abnahm, Krankenpflegekräfte verstärkt in den Krankenhäusern arbeiteten und sich längst eine demografische Alterung samt begleitenden Alterserkrankungen abzeichnete. Pflleghar und Ehlers folgern:

»Es musste zwingend jemand gefunden werden, der diese Lücke in der Versorgung alter Menschen schließen konnte. Der Blick der Politik und der gesellschaftlich Verantwortlichen fiel hierbei auf die Frau.« (Ebd.: 15)

Waren die hier in den Blick geratenden Frauen⁷ zunächst häufig ungelern- te Hilfskräfte, die die noch aktiven Ordensfrauen und Krankenschwestern in

5 In eine ähnliche Richtung geht auch der Historiker Josef Ehmer, wenn er darauf verweist, dass ein sogenanntes *Goldenes Zeitalter der Alten*, welches der Antike oft zugeschrieben wird, wissenschaftlich nicht haltbar ist: »Die Kulturgeschichte hat sichtbar gemacht, dass Altersbilder und -stereotypen ebenso wie Einstellungen zum Alter zeitübergreifend ein Arsenal von vielfältigen, auch entgegengesetzten Positionen umfassen, die Verteidigung und Verdammung, Verehrung und Verachtung einschließen.« (Ehmer 2008: 151).

6 Dabei sieht Heinzelmann eine deutliche Verwandtschaft zu den als *Totale Institutionen* bezeichneten Einrichtungen wie Kasernen, Gefängnissen oder sogenannten Irrenhäusern (vgl. Heinzelmann 2004: 17f.).

7 Zum Zusammenhang von Emanzipationsbewegung und pflegerischer Berufstätigkeit der Frauen in kirchlicher Trägerschaft seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts vgl. Kunter 2012.

den Altenheimen unterstützten, gab es ab Ende der 1950er regelmäßige Schulungen durch Ärzte und Krankenpflegekräfte. Diese Schulungen hatten zwar noch keinen festen Stundenumfang und keine inhaltlichen Vorgaben, ermöglichten jedoch erstmals eine Qualifizierung im neuen Berufsfeld ›Altenpflege‹ (vgl. ebd.: 15f., Huber 2002: 95). 1965 kam es dann durch den *Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge* zum Entwurf eines Ausbildungskonzeptes speziell für die Altenpflege, welches eine Ausbildung von sechs Monaten vorsah. Begründet wurde diese mit der Ausdifferenzierung von Versorgungsbereichen seit der Ablösung der einstigen Armen- und Siechenhäuser, die eine Spezialisierung der Pflegekräfte notwendig machte (vgl. Eylmann 2015: 221). Während die sich daraus entwickelnde Ausbildung lange Zeit noch Ländersache war, führte erst das Altenpflegegesetz vom 1. August 2003 zu einer bundeseinheitlichen Regelung der Ausbildung. Zugleich wurde die Ausbildungsdauer von zwischenzeitlich zwei Jahren auf drei Jahre angehoben (vgl. Pflegehar/Ehlers 2006: 16).⁸ Im Laufe der Zeit änderte sich auch das Berufsverständnis: Galt Altenpflege in den Sechziger- und Siebzigerjahren noch als sozialpflegerischer Beruf, in dem vor allem die Betreuung und Beschäftigung im Fokus standen, wird Altenpflege heutzutage vermehrt als hochkomplexer Gesundheitsfachberuf aufgefasst (vgl. Stöcker 2002: 24) und auch unter dem Gesichtspunkt von Professionshandeln diskutiert (vgl. etwa Klement 2006, Hanussek 2005). Noch offen ist, wie sich das 2020 in Kraft getretene *Pflegeberufegesetz* zukünftig auf das Altenpflegerische Berufsfeld auswirken wird: So sieht das Gesetz u.a. eine generalistische Pflegeausbildung vor, die die bisher separaten Ausbildungen in der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Kinderkrankenpflege zusammenführt (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2018).

Im Hinblick auf die übergeordnete Forschungsfrage zeigt dieser Kurzüberblick bereits, dass die Versorgung alter Menschen historisch gesehen immer auch Anknüpfungspunkte für kirchliche Institutionen und ihre entsprechenden Rollenträger bot.⁹ Deutlich wird dies insbesondere am Motiv der

8 Gerade die Entwicklungen im 20. Jahrhundert zeigen, dass der Altenpflegeberuf national geprägt ist. Auf diese Spezifität macht auch Frank Schulz-Nieswandt aufmerksam, wenn er Altenpflegesysteme aus sozialpolitischer Perspektive international vergleicht (vgl. Schulz-Nieswandt 2006: 264–285). Einen kompakten Überblick zur Altenpflege in außereuropäischen Ländern gibt Jenrich 2008.

9 Zum Einfluss christlich-kirchlicher Wertorientierungen auf den verwandten Krankenpflegeberuf vgl. Bischoff-Wanner 2002. Die Autorin zeigt hier mit Verweis auf Fliedner und Nightingale auf, wie unterschiedlich Krankenpflegesysteme in Deutschland und

religiös begründeten Nächstenliebe in Form von Fürsorge, wobei sich an dieser Stelle nicht eindeutig klären lässt, inwieweit diese Vorstellung tatsächlich die Grundlage des damaligen Handelns bildete und auch heute noch bildet.¹⁰ Dass diese Anknüpfungspunkte jedoch überschaubar sind und sich mit der Entwicklung des Wohlfahrtsstaates teilweise ganz andere Fragestellungen und Herausforderungen auftaten, konnte bereits die Entwicklung des Altenpflegeberufes aufzeigen. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass mit dem Altenpflegeberuf in diesem Kapitel nur ein ausgewählter Beruf zur Sprache kam, der im Altenpflegerischen Setting eine Rolle spielt. Statistiken verweisen auf die nicht zu unterschätzende Anzahl Beschäftigter in Altenpflegeeinrichtungen, die nicht-pflegerischen Tätigkeiten nachgehen (vgl. etwa Statista 2020a). Folglich muss davon ausgegangen werden, dass sich auch das Thema Religion im Arbeitsalltag der Beschäftigten auf ganz unterschiedliche Weise zeigen kann.¹¹

2.1.2 Organisierte Altenpflege aus rechtlicher Perspektive

Auch wenn aus dem vorherigen Kapitel hervorgegangen sein dürfte, dass die Versorgung alter Menschen eine durchaus lange Tradition besitzt, können die heutige Form und das Ausmaß von Sorge und Pflege für alte Menschen vor dem Hintergrund einer zunehmend älter werdenden Gesellschaft als etwas geschichtlich betrachtet Neuartiges bezeichnet werden (vgl. Klie 2014: 11). Dies lenkt den Fokus auf das *Wo* und *Wie* der heutigen Altenpflege aus zunächst rechtlicher Perspektive.

Die gegenwärtige, organisierte Altenpflege in Deutschland lässt sich als Teilbereich eines umfassenden Konzeptes von Altenhilfe verstehen. Nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) soll Altenhilfe

»dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen.« (§ 71 Abs. 1 SGB XII)

England durch religiöse Motive geprägt wurden und damit auch zu unterschiedlichen Berufsverständnissen führten.

10 Vgl. hierzu etwa die sogenannte Leitbilddebatte und die Diskussionen zur Verortung der Kirche in der Moderne (z.B. Manderscheid/Hake 2006 oder Henkelmann et al. 2012).

11 Vgl. hierzu den in Kapitel 2.1.3.2 skizzierten Überblick zu den Arbeitsstrukturen in stationären Altenpflegeeinrichtungen.

Entsprechend kann Altenpflege definiert werden als »Gesamtheit aller kranken- und sozialpflegerischen Tätigkeiten für pflegebedürftige Menschen« (Pfleghar/Ehlers 2006: 9), welche sich in einem gesetzlich vorgeschriebenen Rahmen zu bewegen haben. An dieser Stelle spielt vor allem¹² das *Elfte Buch Sozialgesetzbuch* (SGB XI)¹³ mit seinen zahlreichen Einzelbestimmungen eine Rolle, von denen hier nur die wesentlichen benannt und im Hinblick auf religiöse Sachverhalte beleuchtet werden sollen:

Grundlegend ist, dass die Pflegeversicherung die Aufgabe hat, »Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind« (§ 1 Abs. 4 SGB XI). Unter dem Begriff der Pflegebedürftigkeit wiederum festgehalten sind Personen,

»die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15¹⁴ festgelegten Schwere bestehen.« (§ 14 Abs. 1 SGB XI)

Festgelegt sind dementsprechend Art und Umfang von Leistungen (etwa Dienst-, Sach- und Geldleistungen), die z.B. die körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen betreffen (vgl. § 4 SGB XI). Diese Leistungen sind in der häuslichen Pflege, Kurzzeitpflege, teilstationären und vollstationären Pflege zu erbringen, wobei die Pflegeversicherung erstere Pflegeform vorzieht (vgl. § 3 SGB XI).¹⁵ Für die in dieser Arbeit im Fokus stehenden vollstationären Einrichtungen ist zu ergänzen,

12 Weitere Grundlagen zur Regulierung der stationären Pflege bilden das SGB XII (Sozialhilfe), das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz, die Heimmindestbauverordnung, die Heimpersonalverordnung, die verschiedenen Landespflegegesetze bzw. das Heimgesetz (vgl. auch Simon 2017:307ff., Hanussek 2012: 214-227). Aufschlussreiche Bezüge zum Themenfeld Religion gibt es in diesen Bestimmungen allerdings nicht.

13 Gesetzliche Grundlage für die Altenhilfe durch das SGB schuf das Bundessozialhilfegesetz, welches von 1962 bis 2004 die Entwicklung einer Altenhilfe-Infrastruktur auf kommunaler Ebene einleitete (vgl. Schweppe 2012: 506).

14 Der § 15 SGB XI regelt die Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit anhand eines Punktesystems und entsprechender Pflegegrade, auf die hier nicht weiter eingegangen werden kann.

15 Zur Differenzierung dieser Pflegeformen vgl. auch *Kapitel 2.1.3*.

dass Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf eine Pflege in diesen Einrichtungen haben, was die Übernahme von pflegebedingten Aufwendungen inklusive der Betreuung und medizinischen Behandlungspflege einschließt (vgl. § 43 SGB XI). Festhalten lässt sich an dieser Stelle bereits, dass der Begriff der Pflegebedürftigkeit offensichtlich große Auswirkungen darauf hat, was im Altenpflegerischen Setting geschieht und was die rechtlichen Grundlagen Altenpflegerischer Arbeit sind.¹⁶ In diesem Zusammenhang ist folglich auch der Faktor Religion zu betrachten.

Einen expliziten Bezug zum Thema Religion stellen die ebenfalls im SGB XI formulierten Passagen zur Selbstbestimmung her, in denen es heißt:

»(1) Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten. (2) Die Pflegebedürftigen können zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen. Ihren Wünschen zur Gestaltung der Hilfe soll, soweit sie angemessen sind, im Rahmen des Leistungsrechts entsprochen werden. Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege haben nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden. (3) Auf die religiösen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen ist Rücksicht zu nehmen. Auf ihren Wunsch hin sollen sie stationäre Leistungen in einer Einrichtung erhalten, in der sie durch Geistliche ihres Bekenntnisses betreut werden können. (4) Die Pflegebedürftigen sind auf die Rechte nach den Absätzen 2 und 3 hinzuweisen.« (§ 2 SGB XI)¹⁷

Angelehnt an die grundrechtlichen Vorgaben der Art. 1 und 2 Abs. 1 GG sowie Art. 4 GG, formuliert dieser Paragraph zwar keine unmittelbaren Ansprüche der Pflegebedürftigen, »kann aber bei der Ausgestaltung der Leistungsansprüche und insbesondere im Rahmen erforderlicher Ermessenausübung [sic!]

16 Dies zeigt sich nicht zuletzt in dem Umstand, dass die Gruppe der sogenannten Leistungsempfänger in den zu untersuchenden Altenpflegerischen Einrichtungen nicht von vornherein auf alte Personen zu begrenzen ist. So werden in Altenpflegerischen Einrichtungen teilweise auch behinderte oder schwer erkrankte Menschen jüngerer Alters versorgt (vgl. Brings/Rohrmann 2002: 146).

17 Ähnliche Regelungen zum Selbstbestimmungsrecht und zu Wunsch- und Wahlrechten der Betroffenen finden sich auch in anderen Büchern des SGB (vgl. Gutzler 2013).

Bedeutung erlangen« (Gutzler 2013). Insofern ist dieser Paragraf hinsichtlich seiner praktischen Bedeutung als überschaubar zu klassifizieren (vgl. ebd.).

Indem Abs. 1 das Ziel der Leistungen der Pflegeversicherungen definiert, welches den Einschränkungen in der freien Gestaltung des Lebens Rechnung trägt und sich von einer sogenannten Verwahrpflegung abgrenzen möchte, werden Selbstbestimmung und Selbstständigkeit(sförderung) zu zentralen Begriffen dieser Norm. Entsprechend dieser Zielvorstellung sind auch Abs. 2 (Begründung eines Wunsch- und Wahlrechts), Abs. 3 (Verpflichtung der Rücksicht auf religiöse Bedürfnisse durch Pflegekassen und Leistungserbringer) sowie Abs. 4 (Verpflichtung der Pflegekassen zur Aufklärung) zu verstehen (vgl. ebd.).

Für die Religionsthematik im Speziellen ist es bedeutsam, dass religiöse Bedürfnisse grundsätzlich unter die sogenannten Wunschrechte fallen, die diese jedoch nur zu berücksichtigen sind, sofern sie angemessen erscheinen: Dies schließt einen unverhältnismäßigen Verwaltungsaufwand bzw. unverhältnismäßige Mehrkosten aus. Gleichzeitig ist das Wirtschaftlichkeitsgebot (vgl. auch § 29 SGB XI) zu berücksichtigen. Als Beispiele für angemessene Wünsche können u.a. die in Abs. 2 formulierte gleichgeschlechtliche Pflege sowie die in Abs. 3 angeführten religiösen Bedürfnisse gelten.¹⁸ Auch wenn kein unmittelbarer Leistungsanspruch besteht, bezieht sich die Berücksichtigung religiöser Bedürfnisse auf alle Leistungsarten, d.h. beispielsweise die Pflegeplanung, den Gottesdienstbesuch oder die Verpflegung. Eine Verpflichtung, »für jedes religiöse Bekenntnis eine seelsorgerische Betreuung vorzuhalten« (Gutzler 2013) bzw. zusätzliche Räumlichkeiten (z.B. Gebetsräume) zu schaffen, besteht hingegen nicht (vgl. ebd.). Im Hinblick auf die Untersuchung stellt sich folglich die Frage, was in den jeweiligen zu untersuchenden Einrichtungen als angemessen erscheint und in welche Leistungsarten die Berücksichtigung religiöser Bedürfnisse überführt wird.

Weiterhin aufschlussreich ist, dass gemäß Abs. 3 von den Pflegebedürftigen eine Einrichtung gewählt werden kann, die eine Betreuung durch Geistliche ihres Bekenntnisses ermöglicht. Ebenso wie andere Einrichtungen müssen aber auch diese bestimmte Zulassungsvoraussetzungen erfüllen. Dabei

18 Die getrennte Nennung von gleichgeschlechtlicher Pflege und religiösen Bedürfnissen ist insofern aufschlussreich, als der Wunsch nach gleichgeschlechtlicher Pflege auch einem religiösen Bedürfnis entspringen könnte. Angelegt ist in der rechtlichen Formulierung jedoch die Möglichkeit zu einem *religionsunabhängigen* Wunsch nach dieser spezifischen Pflegeform.

sind die Pflegekassen nicht verpflichtet, entsprechende Angebote vorzuhalten, gerade wenn es um Einrichtungen kleinerer Glaubensgemeinschaften geht (vgl. ebd.). Generell gilt, dass eine Spezialisierung von Leistungserbringern »auf einzelne religiöse Bekenntnisse unter Ausschluss anderer Glaubensgemeinschaften« (ebd.) nicht zulässig ist. Für die Praxis ist dementsprechend davon auszugehen, dass es aus Perspektive des SGB keine Einrichtungen geben kann, die z.B. nur katholische Bewohner aufnimmt und versorgt. Eine gewisse religiöse Pluralität in den Altenpflegeeinrichtungen ist also rein rechtlich immer schon vorgegeben.

Berücksichtigt man weiterhin die Bestimmungen nach § 11 SGB XI, welche die Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen betreffen, wird eine bestimmte Pflegequalität¹⁹ zum Ausdruck gebracht (vgl. Bieback 2004: 17): So haben Pflegeeinrichtungen ihre Leistungen »entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse« (§ 11 Abs. 1 SGB XI) zu erbringen und »Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten« (ebd.). In Bezug auf die übergeordnete Forschungsfrage lässt sich folglich festhalten, dass z.B. religiöse Überzeugungen oder Deutungen nicht Maßstab der Qualitätssicherung in den Einrichtungen sein können, die geforderte humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde aber durchaus aus religiösen Quellen abgeleitet werden könnte.

Zu guter Letzt wird mit § 11 Abs. 2 SGB XI die Verpflichtung der Pflegeversicherung genannt,

»die Vielfalt der Träger von Pflegeeinrichtungen zu wahren sowie deren Selbständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit zu achten. Dem Auftrag kirchlicher und sonstiger Träger der freien Wohlfahrtspflege, kranke, gebrechliche und pflegebedürftige Menschen zu pflegen, zu betreuen, zu trösten und sie im Sterben zu begleiten, ist Rechnung zu tragen. Freigemeinnützige und private Träger haben Vorrang gegenüber öffentlichen Trägern.« (Ebd.)

Für die Anlage der Untersuchung ergibt sich hieraus die Aussicht auf eine plurale Trägerlandschaft mit kirchlichen²⁰ und nicht-kirchlichen Bezügen.

19 Ausführlich nachzulesen sind die gesetzlichen Bestimmungen zur Qualitätssicherung im Elften Kapitel des SGB XI (§§ 112 bis 115a).

20 Im Kontext kirchlicher Trägerschaft spielt zusätzlich das kirchliche Arbeitsrecht eine Rolle, insofern als die Religionsgemeinschaften aufgrund ihres Selbstbestimmungs-

Auch gibt die Auftragsformulierung wichtige Hinweise auf das zu erwartende Aufgabenspektrum in den Einrichtungen, welches sich mit *Pflege, Betreuung, seelsorglicher und/oder psychologischer Begleitung* überschreiben ließe und zumindest ein Potenzial für religiöse Bezugnahmen eröffnet.

2.1.3 Strukturen der organisierten Altenpflege

Geht man davon aus, dass die skizzierten rechtlichen Bestimmungen Ausdruck in konkreten Formen und Räumen organisierter Altenpflege finden, lohnt sich ein vertiefender Blick auf ihre Strukturen. Diese lassen sich in Versorgungs- und Trägerstrukturen sowie Arbeitsstrukturen gliedern.

2.1.3.1 Versorgungs- und Trägerstrukturen

Grundsätzlich wird zwischen ambulanten, teilstationären und vollstationären Versorgungsformen unterschieden, die Pflege- und Betreuungsangebote in unterschiedlichem Umfang bereitstellen.²¹ Von den insgesamt 3,4 Millionen Pflegebedürftigen im Jahr 2017 wurden 24 Prozent in Pflegeeinrichtungen²² vollstationär gepflegt. Der Großteil der Pflegebedürftigen (76 %) wurde

rechts (Art. 137 Abs. 3 der Weimarer Reichsverfassung) innerhalb der allgemeingültigen Gesetze über ihr eigenes kirchliches Arbeitsrecht verfügen können. Die betrifft u.a. die Loyalitätsverpflichtungen der Mitarbeiter gegenüber ihrem Arbeitgeber, welche nicht zuletzt in Debatten um etwa Anstellungsverhältnisse nach einer Scheidung oder das Kopftuchtragen während der Arbeit häufig auch medial aufgegriffen wurden.

21 Laut Statistischem Bundesamt sind ambulante Pflegedienste »selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen. Es sind die Pflegedienste zu erfassen, die teilweise oder ausschließlich Leistungen nach SGB XI erbringen« (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2020a). Stationäre Pflegeeinrichtungen hingegen repräsentieren »die Grundgesamtheit der Pflegeeinrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) untergebracht und verpflegt werden können.« (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2020b). Zu teilstationären Einrichtungen werden hingegen diejenigen Einrichtungen gezählt, die eine zeitlich befristete Pflege und Betreuung gewährleisten wie z.B. Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege (vgl. ebd.).

22 Je nach Angebot, d.h. dem Fokus auf den Pflege- bzw. Wohnaspekt, wird grundsätzlich zwischen Altenheimen und Pflegeheimen unterschieden. In der Praxis anzutreffen und Gegenstand der vorliegenden Untersuchung sind sogenannte *Altenpflegeheime*, die je nach Versorgungsbedarf in unterschiedlichem Maße Pflege gewährleisten und zugleich Wohnraum zur Verfügung stellen. Es liegt die Vermutung nahe, dass zwi-

zu Hause versorgt, wovon 24,3 Prozent der zu Hause Gepflegten durch einen ambulanten Pflegedienst unterstützt wurden (vgl. Destatis 2019b). Setzt man diese Zahlen nun in Beziehung zur übergeordneten Fragestellung dieser Arbeit, kann vermutet werden, dass Religion, je nach Altenpflegerischer Versorgungsform, auf unterschiedliche Weise sichtbar werden und dementsprechend unterschiedliche Umgangsformen zur Folge haben kann.

Insbesondere für vollstationäre Einrichtungen, denen häufig immer noch der Verdacht der *Totalen Institution*²³ anhängt (vgl. etwa Schweppe 2012: 514, Heinzelmann 2004, Klie 2014: 101), stellt sich die Frage, welche Rolle Religion vor dem Hintergrund der Wirkmächtigkeit Altenpflegerischer Institutionen spielen kann:

»Institutionen schaffen Sicherheit, Ordnung, Orientierung und Stabilität. Durch die in ihnen geltenden Normen werden bestimmte Handlungsabläufe erwartbar und kalkulierbar. Und auch für die im Alten- und Pflegeheim lebenden alten Menschen gilt, daß sie sich auf die an sie herangetragenen Erwartungshaltungen einstellen können. Alltägliche Handlungen werden typisiert, normiert, Gewohnheiten und Routinen werden entwickelt und habitualisiert. Die nunmehr auf Dauer gestellten Regelungen, die zu Institutionen geronnenen Handlungen und Rituale werden dann durch angedrohte Sanktionen abgesichert.« (Prah/Schroeter 1996: 164f.)

Es liegt nahe, dass Religion, in Gestalt religiös motivierter Akteure und ihrer Vorstellungen bzw. ihrer Praktiken, mit bestimmten Erwartungshaltungen seitens der Einrichtungen konfrontiert wird und insbesondere die rituelle, sichtbare Dimension von Religion der Beobachtung und ggf. der Regulierung im oben zitierten Sinne unterliegt. Es schließt sich gleichzeitig die Frage an, wodurch sich die von Prah/Schroeter genannten Normen und Erwartungshaltungen bestimmen. An dieser Stelle lohnt sich ein Blick auf die Trägerschaft, welche die Mittel zur Pflege und Versorgung pflegebedürftiger Menschen verwaltet und damit Altenpflegerisches Handeln im organisatorischen Kontext erst ermöglicht.

schen den genannten Begriffen Alltagssprachlich häufig nicht unterschieden wird und sich der Begriff *Altenheim* als Oberbegriff etabliert hat. Metasprachlich wird in dieser Arbeit jedoch im Folgenden von Altenpflegeheimen bzw. -einrichtungen gesprochen, objektsprachliche Bezeichnungen (z.B. Altenheim oder Heim) werden beibehalten und entsprechend kenntlich gemacht.

23 Zum Konzept der *Totalen Institution* vgl. Goffman 1973.

In Deutschland geschieht organisierte Altenpflege unter drei Trägerschaften: den öffentlichen, den freigemeinnützigen sowie den gewerblichen Trägern. Den Trägern kommt dabei in zweierlei Hinsicht ein Akteursstatus zu: Zum einen sind sie Träger von konkreten Leistungen im Bereich der Altenhilfe, zum anderen sind sie an der Steuerung von Leistungen und Rahmenbedingungen beteiligt (vgl. Merchel 2003: 11). Von den insgesamt 14.480 im Jahr 2017 erfassten Pflegeeinrichtungen lassen sich 4,7 Prozent den öffentlichen, 42,6 Prozent den gewerblichen und 52,7 Prozent den freigemeinnützigen Trägern zuordnen (vgl. GBE Bund 2020c).

Während Pflegeeinrichtungen in öffentlicher Trägerschaft von kommunalen Trägern unabhängig von ihrer Betriebsart unterhalten werden (vgl. GBE Bund 2020d), wird die gewerbliche Trägerschaft üblicherweise an der Bindung an Privatkapital, der Möglichkeit, private Gewinne zu erwirtschaften, und dem damit verbundenen personenbezogenen wirtschaftlichen Risiko festgemacht. Die Finanzierung altenpflegerischer Einrichtungen erfolgt dabei ausschließlich über Leistungsentgelte (vgl. Merchel 2003: 174). Ableiten lassen sich daraus die viel zitierten Termini wie *Wirtschaftlichkeit*, *Rentabilität* und *Kundenfreundlichkeit*, welche laut Merchel aber nicht (mehr) nur für gewerbliche Träger Bedeutung hätten: So müssten sich im Zuge von Modernisierungsanforderungen mittlerweile auch die freigemeinnützigen Träger immer häufiger mit diesen Anforderungen auseinandersetzen (vgl. ebd.: 125 und 173).

Bündeln lassen sich unter diesen freigemeinnützigen Trägern die Wohlfahrtsverbände (*Arbeiterwohlfahrt*, *Caritas-Verband*, *Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband*, *Deutsches Rotes Kreuz*, *Diakonisches Werk*, *Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland*), einzelne kleinere Verbände, Selbsthilfe- und Initiativgruppen sowie sonstige, z.B. gemeinnützige Stiftungen außerhalb der genannten Wohlfahrtsverbände (vgl. ebd.: 12). Vielversprechend für die vorliegende Untersuchung erscheinen die genannten Wohlfahrtsverbände nicht nur durch ihr nationales und regionales Auftreten, ihre Bereitstellung von sozialen Dienstleistungen in großem Umfang sowie ihre Anerkennung und Finanzierung durch staatliche Stellen, sondern insbesondere durch ihre Bindung an Weltanschauung und Werte (vgl. Heinze et al. 1997: 244). Als charakteristisch für Wohlfahrtsverbände und spannend für die Untersuchung darf weiterhin die Zusammenführung verschiedener Logiken betrachtet werden: So ständen Wohlfahrtsverbände neben der Bedienung ihrer unterschiedlichen Funktionssegmente und den damit verknüpften »strategischen Kalkülen« (Merkel 2003: 80) vor der Herausforderung, die

betrieblich-ökonomische und politische Logik sowie die Mitgliedschafts- und Einflusslogik der institutionellen Umwelt auszubalancieren (vgl. ebd., vgl. auch Gabriel 2016: 26f.). Oft wird in diesem Zusammenhang von einer »Profilerosion« (Merchel 2003: 126) der Wohlfahrtsverbände gesprochen, welche sich nicht zuletzt in der sogenannten Leitbilddebatte widerspiegeln.²⁴ Dynamik verspricht auch die aktuelle Diskussion um eine spezifisch muslimische Wohlfahrtspflege, welche durch die *Deutsche Islam Konferenz* 2015 forciert wurde. Trotz »jahrhundertelange[r] muslimische[r] Tradition in der Fürsorge für sozialbedürftige Menschen und Personengruppen« (Ceylan/Kiefer 2016: 61) stehe die muslimische Wohlfahrtspflege noch in den Anfängen und habe auf Trägerebene bisher keinen Ausdruck²⁵ gefunden. Laut Ceylan/Kiefer gilt es zu bedenken, dass konfessionell gebundene Wohlfahrtspflege kein »Artefakt aus einer vergangenen Zeit« (ebd.: 50) sei, sondern insbesondere im Kontext der Altenhilfe über Rituale und Gemeinschaft eine »ganzheitliche[] Lebensführung im letzten Lebensabschnitt« (ebd.) ermöglicht werden könne. In den kommenden Jahren gilt es also zu beobachten, ob es muslimischen Interessenvertretern gelingt, entsprechende Verbandsstrukturen und Einrichtungen aufzubauen. Es ist davon auszugehen, dass dies weitreichende Konsequenzen für das Kräfteverhältnis konfessionsgebundener und säkularer Wohlfahrtsverbände insgesamt haben wird (vgl. ebd.: 143).

Ableiten lässt sich aus den genannten Charakteristika die besondere Stellung der Wohlfahrtsverbände, welche den Umgang mit Religion in der organisierten Altenpflege in einen ohnehin schon spannungsreichen Kontext unterschiedlicher Logiken setzt. In der vorliegenden Untersuchung gilt es deshalb auch zu eruieren, ob die genannten Herausforderungen eine Rolle im Umgang mit Religion spielen und wenn ja, wie sie sich jeweils in der Handlungspraxis niederschlagen.

24 Dies bestätigt auch der Religionswissenschaftler Volkhard Krech, wenn er von einem Funktionsverlust religiöser Organisationen und einer Verlagerung dieser auf sekundäre Funktionen spricht. Ursache dieses Wandels sei eine durch Pluralisierung und vertikale Differenzierung ausgelöste Inkongruenz von Kirche und Religion (vgl. Krech 1999: 70).

25 Zu nennen sind in diesem Zusammenhang verschiedene Initiativen, wie z.B. die Gründung eines *Islamischen Wohlfahrtsverbandes* (IWW) in Dortmund (vgl. Küpper 2016), welcher bis dato jedoch noch keine festen Strukturen ausbilden konnte.

2.1.3.2 Arbeitsstrukturen

Unmittelbar verknüpft mit den rechtlich formulierten Vorgaben, den Versorgungs- und Trägerstrukturen sind die im betreffenden Setting zu beobachtenden Arbeitsstrukturen. Mit Blick auf die im Fokus stehenden vollstationären Einrichtungen ergibt sich folgendes Bild:

Während die *Heimleitung* insbesondere mit dem Management einer Einrichtung beschäftigt ist, die Einrichtung nach innen und außen repräsentiert sowie die Gesamtverantwortung trägt, arbeiten die Fachkräfte des *Pflegebereiches* (examierte Altenpfleger sowie Krankenpfleger) unter einer Pflegedienstleitung »selbstständig und eigenverantwortlich in der Betreuung und Pflege alter Menschen« (Belardi/Fisch 1999: 149). Sie führen u.a. die Behandlungs- und Körperpflege durch und betreuen die Pflegebedürftigen bei sozialen Fragestellungen und Problemen. Unterstützt wird der Pflegedienst häufig durch Altenpflegehelfer, Betreuungskräfte, Auszubildende und sogenannte Bundesfreiwillige. Während sich Beschäftigte im Bereich *Hauswirtschaft* um die Instandhaltung der Einrichtung (u.a. Küche, Reinigung, Hausgestaltung, Haustechnik) kümmern, erledigt die *Verwaltung* alle kaufmännischen Arbeiten und sorgt so für einen möglichst reibungslosen Organisationsablauf der Einrichtung. Integriert in altenpflegerische Einrichtungen ist in der Regel auch der *Sozialdienst* (u.a. Sozialarbeiter), welcher, je nach Ausrichtung und Größe der Einrichtung, unterschiedliche Aufgaben übernehmen kann: Während bis in die 1970er Jahre der Schwerpunkt oftmals noch in der Freizeitpädagogik und Beschäftigungstherapie lag, leistet der Sozialdienst heutzutage immer häufiger sozialarbeiterische und therapeutische Betreuung (z.B. psychosoziale Beratung von Bewohnern, betreuungsrechtliche Beratung, Begleitung von Ehrenamtlichen, Öffentlichkeitsarbeit). Ergänzt wird die Arbeit durch verschiedene Externe, die nicht fest in den Einrichtungen angestellt sind, in unterschiedlichem zeitlichem Maße jedoch zum Gesamtablauf beitragen (z.B. Ärzte, Pfarrer, Ehrenamtliche) (vgl. ebd.: 147-159).

Dieser knappe Überblick zeigt, wie vielfältig das stationäre altenpflegerische Setting ist, und lässt vermuten, dass die Beschäftigten in unterschiedlichem Maße und auf ganz unterschiedliche Weise mit dem Thema Religion in Berührung kommen.