

Anwaltschaft in der Leitung von diakonischen Einrichtungen

Überlegungen vor dem Hintergrund einer schwedisch-deutschen Fallstudie¹

Annette Leis-Peters

Von Leitungsverantwortlichen in diakonischen Einrichtungen wird erwartet, dass sie wie professionelle Unternehmenschefs agieren. Sie müssen ihre Organisation auf wirtschaftlich nachhaltige Weise in einem Sozialsystem in ständiger Veränderung steuern. Sie sind darauf angewiesen, das Wohlfahrtssystem mit seinen Rahmenbedingungen genau zu kennen und sich an seine Logik anzupassen. Gleichzeitig stehen diakonische Einrichtungen auch für ihre eignen Werte und Traditionen. Diese Traditionen und Werte können im Widerspruch zur Sozialpolitik stehen. Es ist die Aufgabe der Leitungsverantwortlichen, die Werte und Traditionen ihrer Einrichtungen in der Öffentlichkeit sichtbar zu machen. Als diakonische Einrichtung wiedererkennbar zu sein, hängt eng mit ihrer anwaltschaftlichen Rolle zusammen. Anwaltschaftlich für andere einzutreten, ist eine grundlegende Funktion von Organisationen in der Zivilgesellschaft, zu denen auch diakonische Einrichtungen gehören. Deshalb liegt die Frage nahe, wie Leitungsverantwortliche mit dem Konzept der Anwaltschaft umgehen. Wie begründen Leitungsverantwortliche folgenschwere Entscheidungen, die sie für ihre Einrichtung getroffen haben? Zeigen sich in solchen Entscheidungen Spannungen zwischen Systemanpassung und der anwaltschaftlichen Rolle? Wie verstehen die Leitenden Anwaltschaft für ihre Einrichtungen und wie setzen sie sie praktisch um?

Der vorliegende Artikel diskutiert diese Fragen vor dem Hintergrund einer vergleichenden Fallstudie einer schwedischen und einer deutschen diakonischen Einrichtung und ihrer Rolle im jeweiligen Wohlfahrtsystem.² Die Fallstudie hat keinen ausdrücklichen Fokus auf Leitungsperspektiven, aber das Material, auf das sie aufbaut (Protokolle von verschiedenen Leitungsgremien, Jahresberichte, Informationsschriften und Interviews mit Leitungsverantwortlichen), enthält in erster Linie die Stellungnahmen und Strategien der Leitenden und kann daher aus der Perspektive der Leitung analysiert werden. Der Artikel besteht aus vier Teilen. Der erste Teil gibt einen kurzen Überblick über die Diskussion des Konzepts der Anwaltschaft, vor allem im skandinavischen Kontext. Der zweite Teil stellt ausgewählte Leitungsentscheidungen in den beiden Fallstudieninstitutionen dar und analysiert sie im Blick auf die

¹ Der Artikel wurde erstmals 2012 in einer längeren, schwedischen Version in der Anthologie „Leitung in diakonischen Tätigkeitsfeldern“ von Einar Aadland im Academia Verlag in Oslo herausgegeben.

² Annette Leis, Den kyrkliga diakonins roll inom ramen för två välfärdssystem. En jämförande fallstudie av två diakoninstitutioner i Sverige och Tyskland [Die Rolle der kirchlichen Diakonie in zwei Wohlfahrtssystemen. Eine vergleichende Fallstudie von zwei diakonischen Einrichtungen in Schweden und Deutschland], Diakonivetenskapliga institutets skriftserie 7, Uppsala 2004.

anwaltschaftliche Rolle. Der dritte Teil greift den empirischen Ansatz der amerikanischen Forscherin Jennifer Mosley auf, der verstehen hilft, was es eigentlich konkret heißt, wenn ideelle Organisationen im Sozialbereich mit ihrer anwaltschaftlichen Rolle arbeiten. Der vierte Teil denkt vor dem Hintergrund von Moselys Ergebnissen über die Entscheidungen der Leitungsverantwortlichen in der Fallstudie und ihre Begründungen nach.

1. Anwaltschaft in der diakoniewissenschaftlichen Debatte

Die Forschung zur Zivilgesellschaft hat in den vergangenen 20 Jahren einen Boom erlebt. Ein wichtiger Aspekt der Forschungsdiskussion war es hervorzuheben, dass Organisationen der Zivilgesellschaft eine grundlegende Funktion als „kritische Stimme“ haben.³ Dadurch, dass sie „kritische Stimme“ sind oder als „Wachhund“ auftreten, tragen die Organisationen der Zivilgesellschaft nicht nur zur fortwährenden Demokratisierung der Gesellschaft bei. Sie verteidigen auch die Menschenrechte und machen auf soziale Schieflagen aufmerksam.⁴ In Skandinavien haben sich Theorien zur Zivilgesellschaft vor allem an interessenvertretenden und nicht an dienstleistenden Organisationen orientiert. So sind zum Beispiel in Schweden die großen politischen Bewegungen des 19. und frühen 20. Jahrhunderts (wie die Gewerkschafts- oder die Frauenbewegung) zu einem Modell dafür geworden, wie man sich alle zivilgesellschaftlichen Organisationen vorstellt. Deshalb haben dort frei-gemeinnützige Wohlfahrtsorganisationen (wie diakonische Institutionen) lange nur wenig Aufmerksamkeit erfahren. Diese Haltung ändert sich in den 1990er Jahren, als die schwedische Politik die Grenzen des öffentlichen Wohlfahrtssystems eingesteht und frei-gemeinnützige Organisationen als soziale Dienstleister entdeckt. Im Zuge dieser Entwicklung fragen die schwedischen Forscher Tommy Lundström und Filip Wijkström⁵, ob sich die zivilgesellschaftlichen Organisationen von „kritischen Stimmen“ zu „Dienstleistern“ entwickeln. Und sie fragen weiter, wie es sich auf die Zivilgesellschaft auswirkt, dass immer ideelle Organisationen Dienstleistungen im Auftrag der öffentlichen Hand erbringen. Können diese Organisationen wirklich gleichzeitig Dienstleister sein und eine anwaltschaftliche Rolle wahrnehmen?

Die Resultate und Fragen aus der Zivilgesellschaftsforschung werden rasch auch in der Diakoniewissenschaft aufgegriffen. Insbesondere das Konzept der „kritischen Stimme“ findet sowohl in der empirischen wie auch in der normativen Diakonieforschung Anwendung. Der schwedische Ethiker Erik Blennberger denkt beispielsweise über den Zusammenhang zwischen

³ Filip Wijkström/Tommy Lundström, *Den ideella sektorn: organisationerna i det civila samhället* [Der ideelle Sektor: die Organisationen in der Zivilgesellschaft], Stockholm 2002.

⁴ Helmut K. Anheier, *Civil Society: Measurement, evaluation, policy*, London 2004.

⁵ Tommy Lundström/Filip Wijkström, *Från röst till service? Den svenska ideella sektorn i förändring* [Von der Stimme zum Dienstleister? Der schwedische ideelle Sektor in Veränderung], Sköndalsinstitutets skriftserie 4, Sköndal 1995.

Diakonie und Ethik nach und definiert dabei sieben mögliche Rollen, die die Diakonie im Verhältnis zum öffentlichen Sektor einnehmen kann. Seine Rollen reichen von der Pionierin bis zur ergänzenden Dienstleisterin. Als erste mögliche Rolle der Typologie nennt Blennberger die „Stimme“. Diese Rolle beschreibt er auch als kritisierend und bittstellend.⁶

Als Beispiel für die empirische Forschung könnte man das komparative Projekt „Welfare and religion in a European perspective“ heranziehen, das die Rolle der Majoritätskirchen in acht europäischen Wohlfahrtssystemen studiert und die anwaltliche Rolle als eines seiner Schlüsselkonzepte verwendet hat. Das Projekt, das Fallstudien in jeweils einer Kommune in Schweden, Norwegen, Finnland, England, Frankreich, Deutschland, Italien und Griechenland durchführte, kommt unter anderem zu dem Ergebnis, dass man in allen acht Ländern von den Majoritätskirchen erwartet, dass sie sich für andere einsetzen, nicht zuletzt im sozialen Bereich.⁷

In einem der jüngeren Dokumente des Lutherischen Weltbundes zur Diakonie⁸ spielt die Diskussion darüber, was es bedeutet, „Stimme“ zu sein, auch eine wichtige Rolle. In der Schrift wird zwischen politischer und prophetischer Diakonie unterschieden, denen wiederum eine politische und eine prophetische Stimme entspricht. Während die politische Diakonie eher auf den Auftrag der Kirche im öffentlichen Bereich fokussiert, wird der prophetischen Diakonie ein anderer Schwerpunkt zugeschrieben, der sich auf das Bewusstsein der Immanenz der Diakonie bezieht, „dass die prophetische Sendung Teil des Auftrags und der Autorität ist, die Gott der Kirche und ihrer Diakonie verliehen hat“⁹. Der norwegische Theologe Kjell Nordstokke, der „Diakonie im Kontext“ redigiert hat, stellt fest, dass es für ein theologisches Verständnis der prophetischen Diakonie grundlegend ist, den Zusammenhang zwischen prophetischem und diakonischem Auftrag zu berücksichtigen und prophetische Diakonie als eine Mission in Gottes Auftrag zu verstehen.¹⁰

Sowohl empirische Forschung als auch normative Diskussion weisen also in die gleiche Richtung: Von Diakonie und Kirche wird erwartet, sich anwaltschaftlich in der Gesellschaft im Allgemeinen und im sozialen Bereich im Besonderen zu engagieren. Was dies konkret bedeutet, bleibt jedoch meist unklar. Eine Ausnahme sind die Überlegungen des norwegischen Ethikers

⁶ Erik Blennberger, *Diakoni, etik och ideologi* [Diakonie, Ethik und Ethik], in: Erik Blennberger/Mats J. Hansson (Hg.), *Diakoni – tolkning, historik, praktik* [Diakonie- Deutung, Geschichte, Praxis], Stockholm 2008, 89-117.

⁷ Per Pettersson, *Majority Churches as Agents of Welfare. A Sociological Approach*, in: Anders Bäckström/Grace Davie/Ninna Edgardh/Per Pettersson (Hg.), *Welfare and Religion in 21st Century Europe*, Volume 2: *Gendered, Religious and Social Change*, Farnham 2011, 15-59 sowie Annette Leis-Peters, *The German Dilemma: Protestant Agents of Welfare in Reutlingen*, in: Anders Bäckström/Grace Davie/Ninna Edgardh/Per Pettersson (Hg.), *Welfare and Religion in 21st Century Europe*. Volume I: *Configuring the Connections*, Farnham 2010, 95-112.

⁸ Lutheran World Federation, *Diakonie im Kontext: Verwandlung – Versöhnung – Bevollmächtigung*, Genf 2009.

⁹ A.a.O., 82.

¹⁰ Kjell Nordstokke, *Prophetic Diaconia*, in: Kjell Nordstokke (Hg.), *Liberating Diaconia*. Trondheim 2011, 49-53.

Einar Aadland zur kritischen Diakonie¹¹. Er konstatiert, dass Selbstreflektion notwendig ist, um selbst kritisch zu sein. Diakonie befindet sich seiner Meinung nach immer im Spannungsfeld zwischen Theologie und Rhetorik auf der einen Seite und zwischen Praxis und handlungsorientierten Zugängen auf der anderen Seite. Beide Extreme des Spannungsbogens beinhalten Möglichkeiten und Begrenzungen, die die Diakonie hat. Diakonische Praxis muss sich daher auf eine kontinuierliche, kritische Reflektion basieren, die ihren Ausgangspunkt in der Theologie und Theorie hat. Zugleich ist für Aadland offensichtlich, dass diakonisches Handeln viel lauter spricht als alle Programme und Erklärungen. Aadland hält es für wichtig, dass beide Extreme des Spannungsbogens berücksichtigt werden, wenn die anwaltschaftliche Rolle der Diakonie analysiert wird. Er selbst analysiert jedoch hauptsächlich Programmdokumente, wie den „Plan für Diakonie“ der norwegisch-lutherischen Kirche. Sein Artikel kann allerdings als Aufforderung verstanden werden, mehr empirische Forschung zur anwaltschaftlichen diakonischen Praxis zu betreiben.

Bisher gibt es nur wenig empirische Forschung, die studiert hat, was diakonische Akteure und Kirchen eigentlich tun, wenn sie sagen, dass sie anwaltschaftlich oder als „kritische Stimme“ handeln. Am meisten ist zu diesem Thema im Bereich der internationalen Diakonie und kirchlichen Entwicklungsarbeit zu finden. Hier gibt es historische und aktuelle Studien, die die beispielsweise die Praxis von anwaltschaftlichem Handeln kritisch analysieren (Tønnessen 2009).¹² Insgesamt ist eine breitere und differenziertere Forschungsdebatte zur Anwaltschaft der Diakonie nötig. Mehr Wissen wird gebraucht, um die Erwartungen von außen und das interne Verständnis und die Identität zu verstehen. Daher soll nun der zweite Aspekt mit Hilfe einer konkreten Fallstudie erläutert werden.

2. Grundlegende Entscheidungen der Leitungen in einer schwedischen und einer deutschen diakonischen Einrichtung

Im folgenden Teil wird am Beispiel einer vergleichenden schwedisch-deutschen Fallstudie zweier diakonischer Einrichtungen analysiert, wie die Leitungsverantwortlichen die anwaltschaftliche Rolle ihrer Einrichtung verstehen und sich zu ihr verhalten. Daher werden erst die beiden Einrichtungen und ihre Rolle im jeweiligen Wohlfahrtssystem kurz vorgestellt, vier wichtige Beschlüsse präsentiert, die die Einrichtungen im Bereich der Krankenhausarbeit treffen, und schließlich diskutiert, wie die Leitungsverantwortlichen ihre Entscheidungen vor

¹¹ Einar Aadland, *Diakonikritik og kritisk diakoni* [Diakoniekritik und kritische Diakonie], in: Einar Aadland (Hg.), *Kan institusjoner elske? Samtidsessayer om diakonale virksomheter* [Können Einrichtungen lieben? Aktuelle Essays über diakonische Tätigkeitsfelder], Oslo 2009, 50-66.

¹² Aud Valborg Tønnessen, *Representing the other - presenting oneself. A critical reflection on the history of international diaconia*, in: Trygve Wyller (Hg.), *Heterotopic citizen: new research on religious work for the disadvantaged*, Göttingen 2009, 98-114.

dem Hintergrund ihrer Rolle im Wohlfahrtssystem deuten.

2.1. Parallele Anfänge, verschiedene Entwicklungswege

Die Fallstudie vergleicht eine schwedische und eine deutsche diakonische Einrichtung, weil sich deren Rolle im jeweiligen Wohlfahrtssystem deutlich, aber nicht völlig unterscheidet. Während in Deutschland frei-gemeinnützige und insbesondere kirchliche Träger aus historischen Gründen einen beträchtlichen Anteil der Dienste und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialbereichs stellen, baut das schwedische Wohlfahrtsmodell traditionell darauf auf, dass alle Gesundheits- und Sozialdienste von der öffentlichen Hand geleistet werden. Nur dadurch, dass die öffentliche Hand die komplette Verantwortung für alle Dienste übernimmt, glaubten die Architektinnen und Architekten des schwedischen Wohlfahrtsstaats sicherstellen zu können, dass alle Bürgerinnen und Bürger Zugang zu vergleichbaren Diensten in dem großen und dünnbesiedelten Land haben.

Die schwedische und die deutsche diakonische Einrichtung der Fallstudie wurden beinahe gleichzeitig gegründet (in den 1880er Jahren) und begannen mit ähnlichen Tätigkeitsbereichen (Krankenpflege und Krankenpflegeausbildung). Ein Teil der Fallstudie war es, eine Längsschnittanalyse durchzuführen, um einen Überblick über die unterschiedlichen Bereiche zu erhalten, in denen die beiden Einrichtungen im Lauf der Jahrzehnte und Jahrhunderte aktiv waren. Diese Analyse zeigt deutlich, dass die deutsche Einrichtung von großer Kontinuität gekennzeichnet ist, während die Entwicklung der schwedischen Einrichtung von vielen Veränderungen, Abbrüchen und Neuanfängen geprägt ist, vor allem seit den 1940er Jahren, als der schwedische Wohlfahrtsstaat Form annimmt.

Heute hat die schwedische Einrichtung rund 100 Angestellte, während die deutsche weiterhin wächst und ca. 3000 Angestellte hat. Im Laufe der Jahre musste die schwedische Einrichtung mehrere Jugendhilfeeinrichtungen (1940 und 1950er Jahre), eine Krankenpflegeausbildung (1970er Jahre) und ein eigenes Krankenhaus (1990er Jahre) aufgeben. Dagegen sieht die Entwicklung der deutschen Einrichtung ganz anders aus. Obwohl es auch in ihrer Entwicklung zur Verschiebung von Tätigkeitsfeldern kam, hat sich nur vergleichsweise wenig geändert. Bis heute betreibt sie ein lokales Krankenhaus und eine Krankenpflegeausbildung.

Die unterschiedliche Entwicklung der beiden diakonischen Einrichtungen kann direkt mit den beiden unterschiedlichen Wohlfahrtssystemen und der Rolle, die sie frei-gemeinnützigen Trägern einräumen, in Verbindung gebracht werden. Während das deutsche Wohlfahrtssystem darauf eingestellt ist, dass freie ideelle und kommerzielle Anbieter soziale Dienstleistungen zur Verfügung stellen, hat die schrittweise Öffnung des schwedischen Wohlfahrtssystems seit den 1990er Jahren bisher nur zur einer Zunahme von kommerziellen Dienstleistern geführt.

2.2. Wichtige Entscheidungen im Krankenhausbereich

Wie sehen die Leitungsverantwortlichen vor diesem Hintergrund die Rolle der diakonischen Einrichtungen im jeweiligen Wohlfahrtssystem? Dies wird in der Fallstudie anhand von Entscheidungssituationen im Krankenhausbereich genauer untersucht. Im vorliegenden Artikel werden jeweils eine Entscheidungssituation pro Einrichtung in den 1960er und 1970er Jahren (der Periode der Differenzierung, der Professionalisierung und der Technisierung der Wohlfahrtssysteme) und den 1990er Jahren (der Periode der Öffnung für kommerzielle bzw. für kommerzielle und frei-gemeinnützige Träger) aufgegriffen.

1960er und 1970er Jahre

In der Periode der Expansion und Technisierung im Krankenhausbereich kämpfen sowohl die schwedische als auch die deutsche Einrichtung um ihren Platz in der Krankenhauslandschaft. Neben der Technisierung sorgen auch die zunehmende Spezialisierung und Professionalisierung für eine Kostensteigerung. Für beide Einrichtungen sind jedoch die Investitionskosten das große Problem. Um mit anderen Krankenhäusern Schritt zu halten, müssen beide in die Aufrüstung bzw. Ausweitung der Gebäudemasse und in moderne Medizintechnik investieren. So große Investitionen sind riskant und setzen eine enge Zusammenarbeit mit der öffentlichen Hand voraus. Wie gehen die Leitungsverantwortlichen mit diesen Herausforderungen um?

Für die schwedische Institution spitzt sich die Situation zu, als sich Mitte der 1960er Jahre immer mehr herausstellt, dass ein neues Krankenhaus gebaut werden muss. Dieses Projekt ist zu groß für die diakonische Einrichtung allein. Der Landkreis signalisiert Interesse für eine Kooperation, die eine finanzielle Unterstützung des Krankenhausneubaus, aber zugleich auch den Verlust der Unabhängigkeit als Krankenhausträger beinhaltet. Im neuen Krankenhausvorstand würde der Landkreis die Hälfte der Mitglieder stellen. Dennoch stellen sich die Leitungsverantwortlichen niemals die Frage, ob sie die Zusammenarbeit überhaupt eingehen sollen. Die Dokumentation des Beschlussprozesses beinhaltet umfassende Verhandlungen und Überlegungen. Eine Alternative wird allerdings niemals erwogen: den Krankenhausbetrieb aufzugeben. Die Leitung der diakonischen Einrichtung ist sich sehr bewusst, dass die Kooperation die Rahmenbedingungen für ihre Krankenhausarbeit ändern wird. Dies nimmt sie aber in Kauf, um weiter (Mit-)Träger eines Krankenhauses zu sein. Ob die Zusammenarbeit Folgen für die anwaltschaftliche Rolle hat, wird nicht erwogen.

Nachdem die Leitung dem Vorschlag zustimmt, wird ein größeres, neues Krankenhaus gebaut, das die diakonische Einrichtung nun zusammen mit dem Landkreis leitet. Von nun an muss auch das diakonische Profil verhandelt werden. So muss die diakonische Einrichtung zum Beispiel viel Überzeugungskraft einsetzen, um einen Andachtsraum im neuen Krankenhaus

durchzusetzen. Diffizile Verhandlungen kennzeichnen die Arbeit im Krankenhausvorstand. Das führt dazu, dass sich die Haltung der Leitung der diakonischen Einrichtung zum Krankenhaus zunehmend verändert. Die Linie des Landkreises setzt sich immer mehr im Krankenhaus durch, während bei den Leitungsverantwortlichen in der diakonischen Einrichtung das Interesse nachlässt. Im Jahr 1996 zieht sich die Einrichtung völlig aus dem Krankenhausvorstand zurück und verwaltet von da an nur noch das Gebäude als eine Art Vermieterin.

Für die deutsche Einrichtung bildet ein neues Krankenhausfinanzierungsgesetz im Jahr 1972 den Hintergrund für eine grundlegende Entscheidung. Ziel des Gesetzes ist es, die Krankenhausversorgung auf Länderebene zu zentralisieren. Die Leitung befürchtet, dass die Einrichtung dadurch eigene Entscheidungsfreiheit einbüßt, zum Beispiel dadurch, dass sie zu teuren Investitionen gezwungen werden kann. Um den Rest der Einrichtung und ihr Vermögen vor den Risiken der Krankenhausfinanzierung zu schützen, wird eine organisatorische Trennung zwischen Krankenhaus und diakonischer Einrichtung vorgenommen. Wie im schwedischen Fall soll der Beschluss sicherstellen, dass die diakonische Einrichtung auch weiterhin ein Krankenhaus betreiben kann. Auch hier wird trotz veränderter Rahmenbedingungen nicht darüber nachgedacht, sich aus der Krankenhausarbeit zurückzuziehen oder ob die Veränderungen Auswirkungen auf eine mögliche anwaltschaftliche Funktion haben.

Sowohl die diakonische Einrichtung als auch das Krankenhaus überstehen die kommenden Jahre. In den 1990er Jahren wird zur ursprünglichen Organisationsform zurückgegangen. In den Dokumenten zum Beschluss zeigt sich, dass vor allem die Mitarbeitenden kritisch sind, nicht zuletzt die Diakonissen, die ihr eigenes Lebenswerk in Gefahr sehen. Sie zweifeln zum Beispiel daran, ob das Krankenhaus in gleicher Weise seine diakonischen Werte verwirklichen kann, wenn es als unabhängige Gesellschaft funktioniert. Man könnte ihre Kritik auch als Sorge um die anwaltschaftliche Rolle deuten.

Die Leitungsverantwortlichen in beiden diakonischen Einrichtungen sind in den 1960er und 1970er Jahren bereit, viel einzusetzen um ihre Krankenhausaktivitäten in eine neue Zeit zu führen. Alle Entscheidungen werden damit begründet, dass die Einrichtungen auch in Zukunft Träger ihres Krankenhauses sein wollen. Über die anwaltschaftliche Funktion wird wenig nachgedacht. Dass sich die Krankenhausaktivitäten beider Einrichtungen dennoch in so unterschiedliche Richtungen entwickeln, lässt sich nicht auf die Strategie der Leitung, sondern auf Unterschiede in den Wohlfahrtssystemen (z.B. in ihrer Haltung zu frei-gemeinnützigen Trägern) zurückführen.

1990er Jahre

Im Laufe der 1990er Jahre halten sowohl in Schweden als auch in Deutschland europäische

Regeln und Prozesse im Blick auf die Vergabe von öffentlichen Aufträgen Einzug. Im Sozial-, Pflege- und Gesundheitssektor können in immer mehr Bereichen frei-gemeinnützige und kommerzielle Anbieter darum konkurrieren, Dienstleistungen zu übernehmen. In dieser Situation werden die beiden diakonischen Einrichtungen vor neue wichtige Entscheidungen im Blick auf ihr Krankenhaus gestellt.

Im Jahr 1991 macht der Landkreis der schwedischen Diakonieinstitution das Angebot, wieder die alleinige Trägerschaft für das Krankenhaus zu übernehmen. Dies geschieht fast gleichzeitig mit der Einführung eines neuen Abrechnungssystems im Landkreis und zu einem Zeitpunkt, als der Einfluss der Einrichtung im Krankenhausvorstand über Jahrzehnte immer mehr abgenommen hat. Die Dokumente zeigen, dass der Vorschlag kein Interesse bei der Leitung weckt. Es wird weder zu einer außergewöhnlichen Vorstandssitzung eingeladen noch eine Studie der Möglichkeiten und Risiken in Auftrag gegeben. Im Vorstand wird das Angebot auf der Grundlage einer kurzen Liste von Vor- und Nachteilen behandelt, die von der Einrichtung selbst erstellt wurde.

Es scheint der Leitung nicht schwer zu fallen abzulehnen, vor allem, weil das Angebot aufgrund des neuen Abrechnungssystems als finanziell unsicher eingeschätzt wird. Vor diesem Hintergrund glaubt man auch nicht, dass die alleinige Trägerschaft wirklich mehr Handlungsfreiheit mit sich bringen würde. Mehr Handlungsfreiheit wäre aber die einzige überzeugende Motivation, um mehr Verantwortung und mehr Risiko auf sich zu nehmen. Mit mehr Handlungsfreiheit hätte die Einrichtung die Möglichkeit, ihre eigenen Werte besser in den Krankenhausdiensten umzusetzen (und damit anwaltschaftliche Impulse im Gesundheitssystem zu setzen). Stattdessen formuliert die Leitung der Einrichtung ausdrücklich, dass sie mehr Möglichkeiten für anwaltschaftliches Handeln sieht, solange sie selbst nicht zu sehr in die Krankenhausarbeit involviert ist, sondern das Gesundheitswesen aus einer gewissen Distanz kritisch und konstruktiv beobachtet.

Die Entscheidung hat nur wenige Jahre später Konsequenzen. Im Zuge einer Umorganisation im Landkreis werden die beiden Abteilungen, die von Anfang an im neuen Krankenhaus untergebracht waren, trotz Proteste der Leitung der diakonischen Einrichtung in andere Kliniken verlegt. Im Jahr 1996 wird der gemeinsame Krankenhausvorstand aufgelöst, was de facto bedeutet, dass die diakonische Einrichtung ihre Krankenhausträgerschaft völlig aufgibt. Stattdessen fokussiert die Einrichtung von nun an auf Initiativen, die die öffentlichen Krankenhausdienstleistungen komplettieren sollen. Dadurch glaubt die Leitung, eigene Werte zum Ausdruck bringen und, wenn nötig, herrschende Zustände kritisieren zu können. Für die Verwirklichung dieser Initiativen ist sie jedoch auf die Kooperation mit den öffentlichen Krankenhäusern angewiesen.

Bei den grundlegenden Entscheidungen, die die deutsche Diakonieinstitution im Krankenhausbereich trifft, geht es fast immer um die Anpassung an das Gesundheitssystem

und dessen knappere Rahmenbedingungen. Anfang der 1990er Jahre wird ein neues Krankenhausstrukturgesetz in Deutschland in Kraft gesetzt, das unter anderem Kostenerstattung nach Fallpauschalen einführt. Die Leitung der diakonischen Einrichtung sieht sich zu einer umfassenden Effektivierung gezwungen und kommt nach einer Analyse aller Prozesse zu dem Schluss, dass ein Krankenhausneubau notwendig ist (das alte Krankenhaus wurde in den 1930er Jahren gebaut). Da die öffentliche Finanzierung dieser Investition unsicher ist, setzt ein solcher Schritt mehr Eigenkapital voraus, das durch verbesserte wirtschaftliche Ergebnisse erarbeitet werden soll. Die Leitung startet einen Kostensenkungsprozess, der alle Arbeitsbereiche des Krankenhauses umfasst. Der Prozess führt zu großen Sparmaßnahmen: Abteilungen werden zusammengelegt und Stellen gestrichen. Die Einsparungen werden stark von den Mitarbeitenden kritisiert, da diese eine dramatische Verschlechterung des Arbeitsmilieus befürchten. Sogar die Vorzeigabteilungen schließen sich den Protesten an. Gleichzeitig erreicht die Leitung, was sie will. Die Mitgliederversammlung erteilt dem Antrag, mit den Planungen für ein neues Krankenhaus beginnen zu dürfen, grünes Licht.

Die Leitung entscheidet sich also für ein großes und unsicheres Zukunftsprojekt und nimmt dafür die Unzufriedenheit und die Proteste der Mitarbeitenden in Kauf. Man könnte diese Entscheidung als riskant bezeichnen, wenn man daran denkt, wie abhängig ein diakonisches Krankenhaus davon ist, dass die Mitarbeitenden die diakonischen Werte im Alltag sichtbar machen. Erst als die Konflikte immer stärker werden, etabliert die Leitung eine Kooperationsgruppe mit den Mitarbeitenden, um eine bessere Verankerung der Entscheidung zu erreichen. Im Prinzip ist sie jedoch bereit, Investitionen für die Zukunft auch gegen die Interessen der Mitarbeitenden zu priorisieren. Wiederum geht es darum zu gewährleisten, dass die diakonische Einrichtung auch in Zukunft Trägerin eines eigenen Krankenhauses ist. Dass ein solcher Prozess die Handlungsfreiheit einschränken und Möglichkeiten, eine kritische Stimme im Gesundheitssystem zu erheben, begrenzen könnte, wird kaum reflektiert. Vielmehr wird es als Voraussetzung für anwaltschaftliches Handeln verstanden, dass die diakonische Einrichtung weiterhin Trägerin eines regionalen Krankenhauses ist.

2.4. Die Interpretation der Leitung

Den Entscheidungen der 1990er Jahre wurde in der Fallstudie durch Interviews mit den aktuellen Leitungsverantwortlichen in beiden diakonischen Einrichtungen nachgegangen. Die Frage ist, warum die Entscheidungen getroffen wurden und inwiefern sie diakonische Werte aufgreifen. Aus komparativer Perspektive stellt sich die Frage, warum die schwedische Diakonieinstitution darauf setzt, das Gesundheitswesen durch komplementierende Initiativen und Dienste aus einer distanzierten Position kritisch zu begleiten, während die deutsche Einrichtung Konflikte und schlechte Arbeitsbedingungen für Mitarbeitende riskiert, nur um ein

Krankenhausträger zu bleiben.

Die Antworten der Leitung der schwedischen und der deutschen Diakoniestitution sind überraschend ähnlich, wenn man bedenkt, dass sie von so unterschiedlichen Positionen im Gesundheitswesen gegeben werden und sich diese Unterschiede durch die Entscheidungen der 1990er Jahre weiter verschärfen. Die Leitungsverantwortlichen beider Einrichtungen unterstreichen, dass die Entscheidungen nötig waren, um die anwaltschaftliche Rolle im Gesundheitssystem zu bewahren. Interessanterweise heben die Leitenden beider Institutionen hervor, dass sich ihre Einrichtung in einer idealen Ausgangslage befindet, um auf Missstände im System aufmerksam zu machen. Die Leitungsverantwortlichen der schwedischen Einrichtung betonen, dass es wichtig ist, eine gewisse Distanz zum Gesundheitssystem und dem täglichen Betrieb zu haben. Nur so wird es möglich, auf Probleme, Ungereimtheiten und Lücken aufmerksam zu werden. Eine stärkere Einbindung in die Bereitstellung von Gesundheitsdiensten würde auf der einen Seite zu einer Eintrübung des kritischen Blicks führen. Auf der anderen Seite glauben die schwedischen Leitungsverantwortlichen, dass es weniger wahrscheinliche ist, Kritik zu üben, wenn man selbst Teil des Systems und damit abhängig ist. Wenn man dieser Argumentation folgt, wäre es viel schwieriger für die deutsche diakonische Einrichtung, anwaltschaftlich zu handeln. Das sehen jedoch die deutschen Leitungsverantwortlichen genau umgekehrt. Für sie ist es eine Voraussetzung des anwaltschaftliches Handelns, dass sie Teil des Gesundheitssystems sind und selbst dazu beitragen. Ohne diese praktische Anbindung, so ihre Meinung, würde die Kritik nicht ernst genommen. Kritik, die von außen kommt, ist demnach immer weniger relevant und erhält weniger Akzeptanz, weil schnell deutliche wird, dass die Kritiker nichts über die Logik und die Verpflichtungen des Systems wissen.

Die Leitung der schwedischen und der deutschen diakonischen Einrichtung motivieren ihre Beschlüsse in den 1990er Jahren unter anderem damit, dass sie kritische Beobachterinnen des Gesundheitssystems und der Gesellschaft sein wollen. Sie verwenden dieselbe Begründung, obwohl sie sehr unterschiedliche gesellschaftliche Ausgangspunkte haben. Zudem sehen die Leitungsverantwortlichen beider Kontexte ihre eigne Position als einen idealen Ausgangspunkt, um anwaltschaftlich zu wirken. Was sagt dies über das Verständnis der anwaltschaftlichen Rolle seitens der Leitung aus? Gibt es Forschung, die uns helfen kann, ihr Denken besser zu verstehen?

3. Insidertaktik und indirekte Taktik

Das Konzept der Anwaltschaft ist einfach und einleuchtend: Wenn eine Person oder eine Gruppe ungerecht behandelt oder vergessen wird, muss jemand darauf aufmerksam machen. Aber das setzt eine kommunikative Situation voraus, in der die Botschaft wirklich dorthin

vermittelt werden kann, wo sie gehört werden soll. Sonst ist auch eine „kritische Stimme“ sinnlos. Die Frage ist also, wer die „kritische Stimme“ der diakonischen Einrichtungen überhaupt hört? Was sind die Rahmenbedingungen für anwaltschaftliches Handeln in der heutigen säkularisierten Mediengesellschaft? Was können die Leitungsverantwortlichen von diakonischen Einrichtungen tun? Gibt es spezielle Strategien und Techniken, die sie verwenden können?

In den USA gibt es eine umfassendere Diskussion zum Begriff der Anwaltschaft (oder „advocacy“) als ein Teil der Arbeit von sozialen Dienstleistungsorganisationen, auch innerhalb der Forschung. Einige der amerikanischen Studien können helfen, die anwaltschaftliche Rolle der schwedischen und der deutschen diakonischen Einrichtung besser zu verstehen. Die Sozialwissenschaftlerin Jennifer Mosley hat Anwaltschaft oder „policy advocacy“ von sozialen Dienstleistungsorganisationen untersucht. Anders als Lobbyorganisationen oder Protestbewegungen werden diese Organisationen nicht automatisch mit anwaltschaftlicher Arbeit verbunden. Mosleys Meinung nach wird sogar viel zu wenig an die sozialen Dienstleistungsorganisationen gedacht, wenn anwaltschaftliches Handeln diskutiert wird. Ihr Ausgangspunkt ist dagegen, dass Non-profit Organisationen, die mit sozialen Dienstleistungen arbeiten, oft sehr aktiv im Bereich Anwaltschaft sind.¹³

Mosley ist nicht so sehr an einem besseren theoretischen Verständnis des Konzepts „Anwaltschaft“, sondern an empirischer Forschung zum Thema interessiert. Eine ihrer Studien ist eine große Interviewstudie mit 641 sozialen Dienstleistungsorganisationen in Kalifornien im Jahr 2002. Die Leitungsverantwortlichen dieser Studie wurden eine Stunde lang dazu interviewt, wie sie mit Anwaltschaft („policy advocacy“) arbeiten. Zu welchen Ergebnissen kommt die Studie?

Aufgrund der Studie kann Mosley zwischen zwei Strategien unterscheiden, die von den Organisationen verwendet werden: einer sogenannten Insidertaktik und einer indirekten Taktik. Die indirekte Taktik beinhaltet Aktivitäten, die darauf zielen, in der Öffentlichkeit gehört zu werden. Dies ist eine Strategie, die beispielsweise genutzt werden kann, wenn ein Problem oder eine Gruppe im Wohlfahrtssystem vergessen wurde. Organisationen, die mit indirekter Taktik arbeiten, bieten zum Beispiel Weiterbildungen zum Thema an, schreiben Kommentare in den Medien, erstellen Berichte über das Problem, demonstrieren oder organisieren Boykotte. In Mosleys Interviewstudie zeigte sich, dass es oft kleinere Organisationen sind, die die indirekte Taktik wählen, auch weil sie keine Kapazität für die sogenannte Insidertaktik haben. Teil der Insidertaktik ist es, politische Entscheidungen, Regeln

¹³ Jennifer E. Mosley, The Policy Advocacy Role of Human Service Nonprofits: Incentives, Involvement and Impact, in: Yeheskel Hasenfeld (Hg.), Human services as complex organizations, Thousand Oaks 2010, 504-531; dies., Institutionalization, privatization, and political opportunity: What tactical choices reveal about the policy advocacy of human Service Nonprofits, in: Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly 40(3) 2011, 435-457.

und administrative Routinen von innen zu ändern, d.h. durch die Zusammenarbeit mit Politikern und anderen Repräsentantinnen und Repräsentanten der institutionellen Eliten. Dies kann zum Beispiel heißen, in politischen Kommissionen und in Arbeitsgruppen mitzuwirken, fachliche Rückmeldungen auf Gesetzesvorlagen zu geben oder Kontakte mit Politikerinnen und Politikern und Leitungspersonen in der Verwaltung aufzubauen. Eine solche Strategie setzt Fachwissen und gute Kontakte voraus.¹⁴

Mosleys Forschung bringt mit der Insidertaktik eine Dimension des anwaltschaftlichen Handelns ins Bewusstsein, die in der herrschenden diakoniewissenschaftlichen Diskussion nur wenig beachtet wird. Ihre Studie zeigt nicht nur, dass diese Strategie von vielen sozialen Dienstleistungsorganisationen genutzt wird, sondern auch, dass sie mehr Aussicht auf Erfolg hat als andere Strategien. Um mit der Insidertaktik zu arbeiten, muss die Organisation jedoch eine gewisse Größe haben, in festen Kooperationsbeziehungen stehen und bis zu einem gewissen Grad professionalisiert und formalisiert sein.¹⁵ Viel deutet also darauf hin, dass die Insidertaktik eine Arbeitsweise wäre, die zu diakonischen Einrichtungen passen würde.

Nicht alle größeren sozialen Dienstleistungsorganisationen arbeiten mit Insidertaktik. Hier gibt es auch große Unterschiede zwischen verschiedenen Bereichen des Gesundheits- und Sozialsektors. Zugleich weist Mosely auch auf ein grundsätzliches Risiko hin, dass jede anwaltschaftliche Arbeit und in besonderer Weise die Insidertaktik kennzeichnet: die Herausforderung zwischen den Eigeninteressen der Organisation auf der einen Seite und den sozialen Problemen, die man vertreten will, auf der anderen Seite zu unterscheiden. Geht es bei den Bemühungen um den Wunsch, weiterhin mit bestimmten Diensten arbeiten zu können oder darum, Aufmerksamkeit und Bewusstsein für vergessene Probleme und Gruppen zu wecken?

Mosleys Kategorien der indirekten Taktik und der Insidertaktik vermitteln ein besseres Verständnis dafür, welche Aktivitäten diakonische Einrichtungen wählen können, um anwaltschaftlich zu handeln. Auf welche Weise trägt ihre Unterscheidung zu einer besseren Analyse dessen bei, was die schwedische und die deutsche diakonische Einrichtung eigentlich in ihrer anwaltschaftlichen Rolle tun?

4. Anwaltschaft in diakonischen Einrichtungen

Vor dem Hintergrund von Mosleys Forschung ist es interessant, genauer zu analysieren, was die Leitungsverantwortlichen der beiden diakonischen Einrichtungen über ihr anwaltschaftliches Handeln sagen und nicht sagen. Obwohl sie keine indirekte Taktik oder Insidertaktik entwickeln, könnte man ihre Aussagen über ihre Position im Wohlfahrtssystem in Beziehung zu

¹⁴ Mosley, *Institutionalization*, 2011, 439f.

¹⁵ Dies., *Policy Advocacy Role*, 2010, 515f.

Mosleys Kategorien bringen: die schwedische Einrichtung sieht sich als kritische Beobachterin von außen, während die deutsche Einrichtung das System von innen kritisch begleitet. Weder in den Dokumenten noch in den Interviews werden im Fall der beiden diakonischen Einrichtungen Aktivitäten erwähnt, die Mosley als typisch für die beiden Strategien nennt. Allerdings wird ein Ansatz aufgegriffen, der sich nicht in Mosleys Typologisierung findet, nämlich die Strategie anwaltschaftlich zu handeln, in dem man spezielle diakonische Dienste anbietet, die Aufmerksamkeit für kritikwürdige Verhältnisse im Wohlfahrtssystem wecken.

Im Übrigen sieht die Leitung der deutschen Einrichtung Möglichkeiten für anwaltschaftliches Handeln auf zwei Ebenen. Auf der einen Seite trägt das diakonische Profil der Mitarbeitenden (das durch eigene Ausbildungsangebote gefördert wird) dazu bei, dass die Aktivitäten der Einrichtung stets kritisch von innen überprüft werden. Diese kritische Qualitätskontrolle der Mitarbeitenden kann sich auch auf Kooperationspartner auswirken. Auf der anderen Seite liegt in der Rolle als unabhängiger Krankenträger die Möglichkeit, selbst gewisse Prioritäten zu setzen, zum Beispiel in Bereichen, wo nicht genügend Dienste zur Verfügung stehen. Im Fall der deutschen Einrichtung ist dies unter anderem ein Tageszentrum für Menschen mit psychischen Erkrankungen, das deren Alltag erleichtern soll. Prioritäten können auch gesetzt werden, indem eine Einrichtung es unterlässt, bestimmte Dienste anzubieten. So haben es die Gynäkologen der deutschen Einrichtung beispielsweise eine Zeit lang abgelehnt, Aborte durchzuführen.

Für die Leitung der schwedischen Einrichtung bedeutet die anwaltschaftliche Arbeit, diakonische Spuren in einem Krankenhaus zu hinterlassen, das von der öffentlichen Hand betrieben wird. Dazu gehört zum Beispiel das Angebot von Ethikgesprächskreisen für die Angestellten des Krankenhauses oder die Mitfinanzierung von ausgewählten Projekten. So fördert die Einrichtung beispielsweise palliative Pflege und die Schaffung von zwei zusätzlichen Stellen im Hospiz, die nicht nur pflegen, sondern auch dokumentieren und ausprobieren sollen, um eine bessere Praxis zu entwickeln. Grundsätzlich engagiert sich die diakonische Einrichtung nur dort, wo ihrer Meinung nach die öffentlichen Dienste nicht gut genug sind.

Für die Leitungsverantwortlichen beider diakonischer Einrichtungen ist es wichtig, anwaltschaftlich zu handeln und einen Zusammenhang zwischen Worten und Taten herzustellen. Sie sind sich auch bewusst, dass oft viel deutlicher gehört wird, was die Einrichtungen tun, als was sie sagen. Obwohl sie die Bedeutung ihrer Position im Wohlfahrtssystem betonen, d.h. die Rolle als kritische Beobachterin von innen oder von außen, führt diese jedoch nur zu wenigen Unterschieden im anwaltschaftlichen Handeln. Sowohl die deutsche als auch die schwedische Einrichtung tragen mit zusätzlichen Ressourcen zu Diensten bei, die sie selbst als mangelhaft empfinden. Sie fokussieren auch beide auf die Mitarbeitenden. Während es im deutschen Fall die eigenen Mitarbeitenden sind, die als Teil des eigenen anwaltschaftlichen Handelns angesehen werden, wendet sich die schwedische Einrichtung an

die Mitarbeitenden des Landkreises. Dass die deutsche Einrichtung eine große Anzahl eigene Mitarbeitende im Krankenhaus hat, während die schwedische mit den Angestellten anderer Arbeitgeber arbeitet, ist der größte Unterschied im Blick auf das anwaltschaftliche Handeln der schwedischen und der deutschen Institution. Die schwedische Einrichtung erarbeitet sich eine kritische Perspektive auf das System zusammen mit den Angestellten des Landkreises. Die deutsche Institution sieht dagegen die eigenen Mitarbeitenden als Garanten für eine konstante, „kritische Stimme“ im System. Dieses Modell lässt sich auf Mosleys Studie beziehen, die zeigt, dass das Fachwissen und Netzwerk der Mitarbeitenden einer Organisation zu Veränderungen im System beitragen können.

Die Fallstudie zeigt auch, dass die Leitungen beider Einrichtungen keine Strategie für das anwaltschaftliche Handeln entwickelt haben, obwohl sie es beide als relevant und identitätsstiftend einschätzen. Dass sie so wenig, über konkrete Strategien und Aktivitäten nachgedacht haben, liegt sicher auch daran, dass Strategiefragen bisher vor allem in den USA diskutiert wurden. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund können Mosleys Studien wichtige Impulse für die diakoniewissenschaftliche Forschung in Europa geben. Auch wenn der amerikanische Kontext nicht vollständig auf Europa übertragen werden kann, können ihre Studien dazu beitragen, Ansatzpunkte für neue und bewusstere Strategien zu erarbeiten. Zugleich zeigt sich hier auch ein diakoniewissenschaftliches Forschungsdesiderat. Ein so grundsätzliches Konzept, das sowohl empirisch als auch normativ verwendet wird, muss mit mehr Empirie unterbaut werden. Forschung dieser Art könnte den Leitungsverantwortlichen in diakonischen Einrichtungen helfen zu verstehen, was sie tun müssen, um eine wirkungsvolle kritische Stimme zu sein.