

1 Einleitung¹

Der vorliegende Band beschäftigt sich mit dem zunehmend kritischen Bereich der sozialen Infrastruktur, der ambulanten Pflege. Er nimmt eine Bestandsaufnahme dessen vor, was gegenwärtig bei der häuslichen Unterstützung längerfristig hilfe- bzw. pflegebedürftiger Personen geschieht bzw. geschehen kann und wie sich dies zu den Erwartungen und Versprechungen verhält, die den öffentlichen und fachwissenschaftlichen Diskurs prägen. Dabei wird vor allem das Verhältnis von Anspruch und Wirklichkeit kritisch analysiert, um daraus insbesondere für jene Akteure, die ambulante Hilfe organisieren und managen, Perspektiven für die Zukunft abzuleiten.

Damit richtet sich der Band an verschiedene Publika: fortgeschrittene Praktikerinnen und Führungskräfte im fraglichen Sektor sowie seinem Umfeld, Studierende in verschiedenen Ausbildungskontexten, aber auch an jene, die sich (fach-)wissenschaftlich mit der Entwicklung der ambulanten Pflege auseinandersetzen. Damit alle mitgenommen werden, ist sichergestellt, dass komplexe Begriffe und Konzepte verständnisorientiert aufbereitet und mit Hin-

tergrundwissen versehen werden. Der Band gliedert sich in vier Perspektiven, der

- sozialwissenschaftlichen und anthropologischen Perspektive (Adam-Paffrath),
- pflegewissenschaftlichen und fachwissenschaftlichen Perspektive (Selge),
- systemfunktionalen und systemkritischen Perspektive (Borutta),
- systemtheoretisch-manageriellen Perspektive (Ketzler).

Als grundlegende Richtschnur für die Beiträge dient die Darstellung des Ehepaares Meiers. Diese Darstellung wird, je nach Erfordernissen des entsprechenden Beitrags, variiert. Sie durchzieht jedoch die Teile dieses Bandes als praxisbezogene Richtschnur, auf die immer wiederkehrend exemplarisch Bezug genommen wird. Frau und Herr Meier treten in diversen Szenarien auf und ihr Schicksal, mit Pflegebedürftigkeit zurechtzukommen, wird aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet. Der Fall Meier ist somit Ausdruck der Kontextbindung.

Ein »Fall Meier« und seine gesellschaftliche Rahmung

Frau oder Herr Meier sind pflegebedürftig – was jetzt? In der deutschen Gesellschaft bestehen diesbezüglich eine Reihe von *Normalitätsannahmen*: Man erwartet einen bestimmten Umgang

1 Texte sollten lesbar und verständlich sein, dazu muss auch die Sprache beitragen. Allerdings bildet sie auch Aspekte der Wirklichkeit ab bzw. schafft neue »Wirklichkeiten«. In dem hier zu verhandelnden Bereich – der Pflege – arbeiten überwiegend Frauen. Es wäre also falsch – allein aus stilistischen Gründen – ausschließlich das generische Maskulinum zu nutzen. Wir werden daher möglichst eine neutrale Form wählen, falls dies nicht möglich ist werden wir (überwiegend) die weibliche Form benutzen. Sie schließt – sofern nicht anders genannt – alle weiteren Geschlechtsformen mit ein.

mit dem »Pflegefall«, und es gibt Reglements, die diese Denkweise widerspiegeln. Die Leitdivise des deutschen Pflegesystems dabei lautet, *ambulant vor stationär*: Die Unterstützung chronisch gebrechlicher Menschen soll, so lange wie irgend möglich, in deren häuslicher Umgebung stattfinden, und dies ist unter den heute bestehenden Rahmenbedingungen auch gut zu schaffen. Das jedenfalls legen der mediale Diskurs, die in Befragungen artikulierte Weltsicht der Bevölkerungsmehrheit, und nicht zuletzt die geltende Gesetzeslage (SGB 11 § 43,1) nahe.

Gewiss: Es scheint Allgemeinwissen zu sein, dass die Familie – anders als in früheren Zeiten – nicht mehr alles leisten kann und soll. Man weiß: Es gibt *kollektiv finanzierte und sozialpolitisch normierte Hilfen*, die das Unterstützungsarrangement gezielt ergänzen (können). Auch besteht ein öffentliches Bewusstsein dahingehend, dass die fraglichen Interventionen bestimmten *ethischen Maßstäben* genügen sollen, z. B. den Respekt vor der menschlichen Intimsphäre oder die Regeln eines würdevollen Umgangs mit Personen, die sich nicht mehr selbst helfen können. Hier greifen auch bestimmte *Professionalitätsvorstellungen*, wenngleich über diese vielfach gestritten wird. Gleichzeitig liegt die Zuständigkeit für das ambulante Pflegearrangement zu großen Teilen in der Verantwortung der privaten Lebenswelt. Der Normalfall ist der, dass in der häuslichen Umgebung *Familienangehörige* oder – in Ausnahmefällen – das außerfamiliäre *soziale Netzwerk* den Aufbau und den reibungslosen Ablauf eines solchen Arrangements sicherstellen. Was das Netzwerk betrifft, so wünschen sich Experten und Fachpolitikern zwar neue gemeinschaftliche Lösungen (Seniorenengenschaften, Mehrgenerationenhäuser, »care communities« verschiedenster Colour, ehrenamtliche Initiativen im Sozialraum etc.); doch ist die Alltagsrealität weit davon entfernt (selbst Nachbarn sind häufig nur geringfügig involviert).

Der *Zuschnitt (semi-)professioneller Interventionen* wiederum, welche seit zwei bis drei Jahrzehnten als fester (möglicher) Bestandteil des o. g. Pflegearrangements gelten können, ist ein spezifischer: Das Unterstützungssystem bietet Hilfen in kurzen Zeitblöcken, gegebenenfalls mehrfach am Tag, aber konzentriert auf einzelne, überwiegend körperbezogene Verrichtungen; die Interventionen sind routinisiert, modularisiert, in ihren Einzelbestandteilen zwischen Nutzern bzw. Familien und Leistungserbringern vorverhandelt – und werden dann mehr oder weniger in Entsprechung dazu abgearbeitet. Nach den jüngsten Reformen können Alltagsbetreuung bzw. -begleitung als organisierte Hilfen hinzukommen – dies geschieht indes getrennt von den o. g. Pflegeleistungen, tendenziell als Laienhilfe und ebenfalls auf kleine Zeitfenster beschränkt.

Die *Koordination des Pflegearrangements* für Frau oder Herr Meier obliegt in der Regel diesen selbst – bzw. in der Realität meist verfügbaren Angehörigen: Diese suchen selbst diejenigen Dienste und Helfer, die das häusliche Arrangement arrondieren; dabei werden zuweilen Beratungen (z. B. in Pflegestützpunkten) wahrgenommen; doch die Informationen dort bleiben allgemeiner Natur, müssen die Berater doch im Hinblick auf Anbieter neutral bleiben. Es gilt als normal, dass Unterstützungsbedürftige bzw. ihre Angehörigen einen Pflegedienst und Betreuungsangebote eigenständig am *Markt* auswählen, nach Maßgabe vermuteter oder in Werbebotschaften behaupteter Eigenschaften – nicht zuletzt bezüglich der (vermeintlichen) Angebotsqualität. Nutzer gelten als Verbraucher, *sie* sollen kontrollieren, was die externen Helfer leisten – und (ggf. mit einem Anbieterwechsel) reagieren, wenn sie unzufrieden sind.

Letztlich müssen Frau oder Herr Meier bzw. ihr privates Umfeld sehen, wie sie mit diesem Ordnungsmodell klar kommen. So ganz will sich die Gesellschaft – genauer: das Gefüge der von der Sozialpolitik instruierten Instanzen – auf diese Form der »Interventionssteuerung« allerdings nicht verlassen: Auch weil die Hilfe (zumindest teilweise) durch parafiskalische

Abgabensysteme finanziert wird, behalten sich Geldgeber und staatliche Aufsichten eine eigene, rechtlich ausgefeilte *Qualitätssicherung* vor. Zumindest für die (ver-)öffentlich(t)e Meinung scheint die formalisierte Anbieterkontrolle im Stile eines »PflegetÜVs« (des MDK) die einzige Möglichkeit zur Sicherung angemessener Versorgungsleistungen. Wenn die vermeintlichen Kunden der Dienste frei zugängliche, offiziell »verbriefte« Leistungsbewertungen kennen, verschwinden schlechte Qualitäten vom Markt – so die Leitvorstellung. Bei den Kostenträgern schwingt auch die Hoffnung mit, man könne (zukünftig) für schlechte Qualität, oder besser: bei Nicht-Erfüllung bestimmter formaler Richtwerte, zwei Fliegen mit einer Klappe schlagen: Ausgaben einsparen und Leistungsdruck ausüben.

Dieses *Steuerungsregime* basiert seinerzeit auf weiteren »typischen« Normalitätsannahmen: Man kann (auch gemeinnützig) organisierten Hilfsangeboten nicht (mehr) trauen; nur scharfe Kontrollen und Sanktionen tragen dafür Sorge, dass ordentlich gepflegt wird, und nur eine (quasi-)marktförmige Ausgestaltung des Unterstützungssystems kann sicherstellen, dass Ressourcen nicht verschwendet werden. Dieses Gefühl ist bei Herrn oder Frau Meier bzw. den Angehörigen vielleicht eher diffus ausgebildet – aber die zuständigen Instanzen und ihre Diskurse lassen keinen Zweifel daran, dass mit diesem Regime die Bewältigung der Pflegebedürftigkeit für die Betroffenen und ggf. ihre Angehörigen nicht nur möglich, sondern – sofern alle ihre Pflicht erfüllen – im Sinne anerkannter ethischer Normen vollumfänglich leistbar ist.

Letzteres entspricht freilich nur selten dem, was die Betroffenen erleben, und das ist wenig überraschend. Denn die *Organisation des Leistungsangebots* provoziert eine Engführung des Versorgungsgeschehens. Die Interventionen werden von Unternehmen angeboten, die ihre Nutzer als Kunden bezeichnen, mit ihresgleichen konkurrieren und angesichts begrenzter Refinanzierungen (aus Sozialkassen) mit knappen Ressourcen »Minutenpflege« betreiben, indem sie Auftragslisten abarbeiten bei nicht Vor(her)gesehenem mit Aufmerksamkeit sparen. Privat-gewerbliche Anbieter können Gewinne machen, gemeinnützige mit ungünstigen »Produktionsstrukturen« stehen unter ständigem Kostendruck. Überall muss einem potenziell unbegrenzten Hilfebedarf mit Grenzziehungen begegnet werden, breit gefächerte Unterstützungsmöglichkeiten und -erwartungen müssen in enge(re) Arbeitsrollen gezwängt werden, die Organisationsführung muss viel versprechen, kann dies aber oft nicht halten.

Die *Herausforderungen für das Management der Dienste* sind dementsprechend beträchtlich. Vielfach vertraut man auf Patentrezepte aus dem Repertoire von Unternehmensberatungen und gewerblichen Unternehmen: quasi-industrielle Einsatzplanung, Dienstleistungserbringung als Kundenbeziehung, Kommunikationen nach innen und außen im Stile einer Geschäftslogik. Allerdings wird häufig spürbar, dass vieles Fassade ist und die Diskrepanz zwischen Unterstützungsanspruch und Versorgungswirklichkeit unter den bestehenden Bedingungen schwer überbrückbar ist. Insofern besteht Bedarf an Orientierung und kreativen »Überlebenstipps«.

Der Band ist angebunden an die Buchreihe: *Gerontologische Pflege. Innovationen für die Praxis*. Er wurde auf der Grundlage der am 01. und 02. Oktober 2016 stattgefundenen IWW Veranstaltung »*Ambulante Pflege – Innovatio-*

nen für die Praxis« an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar erstellt.²

Aachen, Königswinter, Bad Kreuznach, Frankfurt, im Mai 2020

2 Die Einleitung wurde in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Ingo Bode verfasst.

2 »Ich möchte zuhause gepflegt werden« Sozialwissenschaftliche und anthropologische Perspektiven auf die Ethik des ambulanten Arbeitsbereiches

Renate Adam-Paffrath

Im ersten Teil wird eine sozialwissenschaftliche und anthropologische Perspektive auf die Ethik des ambulanten Arbeitsbereichs entfaltet. Pflege zuhause ist nicht mehr nur eine Privatangelegenheit der Betroffenen. Sie unterliegt vielmehr gesellschaftlichen komplexen Einflüssen. In einer philosophisch-ethischen Perspektive wird der ambulante Arbeitsbereich mit Hilfe eines kurzen historischen Überblicks beobachtet: Wie wurde das, was wir vorfinden zu dem, wie es sich darstellt? Die Relevanz des Umfeldes, in dem ambulante Pflege sich vollzieht, wird verdeutlicht über die Begriffe Heimat, Ort und Wohnung vor einer philosophischen Perspektive anhand von zwei Weltbildern (Descartes und Heidegger) hin zu den ethischen Zusammenhängen zwischen Mensch, Umwelt, Pflege und Gesundheit. Chronisch kranke und alte Menschen zuhause pflegen bedeutet oft, dies über einen längeren Zeitraum zu tun. Dabei sind die Rolle bzw. der Status der Pflegenden, die von außen in den privaten Bereich (bspw. des Ehepaars Meier) hineinkommen, nicht immer eindeutig geklärt. Kommen sie als Gast ohne Einladung und ohne Gastgeber in den Haushalt und den Privatbereich der zu Hause lebenden auf Pflege angewiesenen Menschen? Unterschiedliche Abhängigkeitsmuster, chronische Überlastungserfahrungen, die bis zur Ausbeutung gehen können durch die Erwartungshaltungen der Familien forciert werden. Die (Angst um die) Finanzierung des (bezahlbaren) Umfangs der Pflege laufen beständig als Determinanten im Hintergrund mit und wirken sich auf die Interaktionsebene zwischen Angehörigen, pflegebedürftigen Menschen und Pflegefachkräften aus. Ambulante Pflege vollzieht sich innerhalb der Wohnung, als Habitat der pflegebedürftigen Menschen. Sie stellt gleichermaßen ein Biotop und ein

Psychotop als persönlichen Lebensraum dar. Das Zuhause ist ein wichtiger und für pflegebedürftige Menschen zunehmend wichtiger werdender Bestandteil der Kontinuität in der Lebenswelt – auch des Ehepaars Meier. Es ist als privater Raum – mit Hannah Arendt gesprochen – der Gegenentwurf zum öffentlichen Raum. Von den nahezu 2,6 Mio. Menschen, die zu Hause gepflegt werden (76 % aller pflegebedürftigen Menschen in Deutschland), werden 1,76 Mio. Menschen ausschließlich von ihren Angehörigen mit gepflegt. Weitere 830.000 pflegebedürftige Menschen (32 % aller pflegebedürftigen Menschen, die zuhause leben) erfahren Unterstützung durch ambulante Dienste (Pflegestatistik 2017). Der Einfluss politischer und gesellschaftlicher Vorstellungen zu Art und Weise, wie die Pflege zuhause zu sein hat, hat seit Einführung der Pflegeversicherung (Mitte der 1990er Jahre) stark zugenommen. Im Beitrag wird dies anhand der vier Metaparadigmen Person, Umwelt, Gesundheit und Pflege verdeutlicht, um das Wirkgefüge auf das Ehepaar Meier zu veranschaulichen. Die philosophisch-ethische Perspektive auf Sorge und Fürsorge und damit einhergehende Fragen von Abhängigkeit und Unabhängigkeit des Menschen werden über den Begriff der Care-Ethiken (n. Uzarewicz & Uzarewicz 2005) analytisch entfaltet. Dabei geht es um die Beziehung von Menschen zueinander und gleichermaßen um die fürsorgliche Haltung gegenüber Menschen. Die neun Thesen von Conradi (2001) veranschaulichen die verschiedenen Dimensionen des Begriffs Care, der zum einen eine aktive und handelnde Seite zutage fördert und zum anderen einen deutlich interaktiven Aspekt aufweist. Denn in den Interaktionen zwischen den in der Pflege Beteiligten können Machtverhältnisse unterschiedlicher Art entstehen

und beobachtet werden. Die unterschiedlichen wissenschaftlichen Perspektiven, die der Beitrag aufgreift, ermöglichen eine der Komplexität des Handlungsfeldes angemessene mehrdimensionale Betrachtungsweise. Dabei wird erkennbar, dass der ambulante Bereich kein Stiefkind oder billiger

Ersatz des stationären Sektors ist, sondern eine wichtige Säule des Gesundheitswesens, die zunehmend an Bedeutung gewinnen wird.

Stichwörter: Dasein, Umweltethik, Heimat, Care-Ethik, Pflege-theorien

2.1 Einführung

In dem folgenden Beitrag wird eine Konturierung des ambulanten Arbeitsbereiches aus verschiedenen sozialwissenschaftlichen und anthropologischen Perspektiven vorgenommen. Der ambulante Arbeitsbereich rückt seit der Einführung der Pflegeversicherung und angesichts des demografischen Wandels immer mehr in das öffentliche Bewusstsein. Das Thema »Pflege zuhause« ist nicht mehr nur die Privatangelegenheit der betroffenen Familien, sondern in den letzten Jahren ebenso eine politische Herausforderung. Die Steuerung der Pflege zuhause unterliegt komplexen Einflüssen. Möglichkeiten, Chancen, Probleme und die daraus resultierenden Konsequenzen werden in diesem Beitrag an dem Fallbeispiel des Ehepaars Meier erörtert. Dabei werden Erkenntnisse aus den umweltethischen, philosophisch-ethischen sowie exemplarische Theorien der Pflege hinzugezogen. Im ersten Teil des Beitrages geht es zunächst um die

Betrachtung des ambulanten Arbeitsbereiches mit einem kurzen historischen Überblick.

Im Anschluss daran wird der Ort, an dem die Pflege stattfindet, einer näheren Betrachtung unterzogen. Dabei gehe ich mit den Begriffen Heimat, Ort, Wohnung, von der These aus, dass es gerade für die ambulante Pflege nicht unerheblich ist, in welchem Umfeld die Versorgung von Patienten stattfindet.

Die philosophische Perspektive dient dazu exemplarisch an den Weltbildern von René Descartes (1596–1650) und Martin Heidegger (1889–1976) das Verhältnis des Menschen in der Welt darzustellen. Ausgewählte Care-Ethikerinnen sowie Pflege-theoretikerinnen erweitern den Blickwinkel um die ethischen Zusammenhänge zwischen Mensch/Umwelt/Pflege/Gesundheit.

Der Abschluss des Beitrages bildet eine kritische Auseinandersetzung mit den im Beitrag verwendeten Begrifflichkeiten.

2.2 Pflege zuhause – Betrachtungen auf ein komplexes Feld

Zunächst ein kurzer Rückblick. Die Pflege zuhause hat eine lange Tradition. Noch bevor es Krankenhäuser gab, pflegten Familienangehörige (meist Frauen) Kinder oder Großeltern zuhause. Im 17. Jhd. begründete Vinzenz von Paul in Frankreich die Organisation der

Barmherzigen Schwestern, die Kranke in ihren eigenen Wohnungen betreuten (Seidler 1980). Im Jahr 1836 gründete Theodor Fliedner in Kaiserswerth den evangelischen Verein für christliche Krankenpflege. Fliedner wollte zunächst höhere Töchter und Pastoren- und

Arztöchter ausbilden. Krankenpflege wurde jedoch zu dieser Zeit von den unteren sozialen Schichten, z. B. von Dienstmädchen oder Dienstmädchen ausgeführt (Kreutzer 2005). Ende 19./Anfang 20. Jahrhundert kam die industrielle Revolution und damit die Entstehung des »dritten Sektors« des Non-Profit-Bereichs.

Durch die Industrialisierung entstanden soziale Probleme in den überbevölkerten Städten, es gab keine Betreuung von vulnerablen Randgruppen, wie Kinder, Alte und Kranke, Prostituierte. Die arbeitende Bevölkerung war mit vielen Seuchen und Verwahrlosungen aufgrund von mangelnder Hygiene konfrontiert. Es entstanden die ersten Ansätze von Frauen- und Wohlfahrtsverbänden (DRK, Caritas, Diakonie) sowie die innere Mission (Kramer, Eckart, Riemann 1988). Das soziale Feld war eine der wenigen Möglichkeiten für Frauen zu arbeiten, da sie keinen Zugang zur männlichen Arbeitswelt in den Fabriken oder für ein Studium in Universitäten bekamen. Unverheiratete Frauen hatten die Möglichkeit in Ordensgemeinschaften einzutreten.

Im Nationalsozialismus hatten die NS-Gemeindeschwestern den Auftrag, nationalsozialistisches Gedankengut in die Bevölkerung zu bringen (Steppe 1996). Der Schwerpunkt der Arbeit war die Förderung der Volksgesundheit (Arbeit am »Volkskörper«). Die nationalsozialistisch eingebundenen Gemeindeschwestern konnten nach dem 2. Weltkrieg in den westlichen Besatzungszonen in traditioneller Weise weiter arbeiten. Bis in die 1960iger Jahre war die ambulante Pflege von christlichen Ordensgemeinschaften dominiert. Die traditionelle Gemeindeschwester starb jedoch aufgrund des Mangels an Nachwuchs allmählich aus (Brunen & Herold 2001). Es entstand der erste Pflegenotstand. Jens Alber sprach in diesem Zusammenhang von einem »katastrophalen Schwesternmangel« (Alber 1990). Das Thema des Schwesternmangels erreichte auch die Politik und es wurde erstmals über die Absicherung des Pflegerisikos diskutiert (Meyer 1996, Rothgang 1997, Adam-Paffrath 2008). Aus dieser

Notlage heraus wurde nach über 20 Jahren politischen Verhandlungen 1995 die Pflegeversicherung eingeführt.

Heute, nach vielen Reformen der Pflegeversicherung, die zugunsten der Nutzer notwendig waren, hat sich der Arbeitsbereich der ambulanten Pflege verändert. Auf der inhaltlichen Ebene geht es nach wie vor um die Versorgung zunehmend multimorbider Menschen zuhause – allerdings haben sich die Rahmenbedingungen um diese Arbeit durchführen zu können, radikal verändert.

Zuhause pflegen bedeutet oft, chronisch kranke und alte Menschen über einen längeren Zeitraum zu pflegen. Es geht dabei um eine gelungene Integration der Erkrankung in den Alltag (Austin 2007). In jedem Haushalt kann die pflegerische Versorgung anders aussehen. Die Intensität pflegerisch/medizinischer Interventionen reichen inzwischen im ambulanten Arbeitsbereich von der hochtechnisierten Intensivpflege zuhause bis hin zur palliativen Versorgung. Diese Bandbreite in den täglichen Einsätzen gilt es für das Pflegepersonal zu bewältigen. Es reichen dabei nicht nur entsprechende pflegerische Kenntnisse aus, sondern der soziale Status der Pflegenden und dessen Angehörigen muss mitbeachtet werden.

Dabei ist die Rolle des Pflegepersonals die von »außen« in den privaten Bereich hineinkommen nicht immer eindeutig geklärt. Viele Pflegenden sehen sich in der Rolle des Gastes der jedoch ohne Einladung und ohne Gastgeber in den Haushalt kommt. Im Verlauf einer jahrelangen Versorgung betrachten die Betroffenen Pflegenden oft als Familienmitglieder (Ward Griffin 2001, Collopy et al. 1990). Diese Abhängigkeiten sind nicht konfliktfrei. Die professionelle Balance zwischen Nähe und Distanz ist schwer zu halten. Stacey (2005) erwähnt in diesem Zusammenhang die Ausbeutung gerade von ungelerntem Hilfspersonal. In vielen Care Arrangements herrscht eine »Dienstmädchenmentalität«. Chronische Überlastungen beim Pflegepersonal werden durch die hohe Erwartungshal-

tung der Familien intensiviert (Aronson, Ney-smith 1996, Dahl & Erikson 2005).

Ein weiterer Einflussfaktor ist die Art und Weise, wie Pflege zuhause stattfinden soll. Hier müssen enge Absprachen zwischen Angehörigen, Pflegebedürftigen und der Pflege getroffen werden. Um die Pflege planen zu können, ist das Pflegepersonal auf die Mithilfe der pflegenden Angehörigen angewiesen. Eine »Rund-um-die-Uhr« Versorgung, wie in einem Pflegeheim, kann zuhause nur mit erheblichen zusätzlichen finanziellen Ressourcen durchgeführt werden. Die Frage nach der Finanzierung der Pflege hat im ambulanten Arbeitsbereich ein höheres Gewicht in der Alltagspraxis als z. B. im Krankenhaus. Die Angst der Betroffenen, die Pflege nicht finanzieren zu können, ist allgegenwärtig. Angehörige und Pflegbedürftige müssen entsprechend über anfallende Kosten beraten und aufgeklärt werden (Meagher 2006). Dabei ist die Vorstellung der Politik, mit der Öffnung des Marktes auch die Anbieterpluralität zu erhöhen. Damit haben die vermeintlichen Kunden mehr Auswahlmöglichkeiten von verschiedenen Angeboten (Adam-Paffrath 2008). Die hier politisch gedachte Stärkung der Souveränität des Kunden endet in einer Unübersichtlichkeit des Pflegemarktes sowie in intransparenten Abrechnungsverfahren und ständig wachsender Bürokratie. Dahl und Erikson erwähnen in diesem Zusammenhang den Zwang hin zum souveränen Kunden, der Pflege wie ein Wellnessangebot wählen kann (Dahl und Erikson 2005, Adam-Paffrath 2014, S. 137).

Professionell Pflegende in Krankenhäusern fragen sich mit Recht oft, wie entlassene Patienten angesichts vielfältiger Einschränkungen diese in ihrem häuslichen Umfeld bewältigen wollen und auch können. Dabei nehmen die professionell Pflegenden im ambulanten Arbeitsbereich häufig Erstaunliches wahr; z. B. die Wandlung von Immobilität im Krankenhaus in Mobilität im eigenen Zuhause. Dort sind die vertrauten Menschen und Tiere, die Möbel, die umstrittenen Teppiche (Sturzfahrt), der Wille das Bett zu verlassen, weil in

der Tagesstruktur Verantwortungen anfallen, wie z. B. der Haushalt/ Garten gestaltet werden muss, etc. Diese ganz eigene, individuelle Anordnung von Raum-Zeit-Dimensionen und Gewohnheiten/Rituale sind das Bedingungsgefüge einer Sinnstiftung in der Lebenswelt der Betroffenen. Gleichzeitig ist dieses Bedingungsgefüge möglicherweise gekoppelt an die Angst vor Verlust der Autonomie und der Heimat, weil die Gefahr, wieder ins Krankenhaus oder womöglich in ein Pflegeheim zu kommen, immer präsent ist.

2.2.1 Zuhause gepflegt werden – Garant für Sicherheit und Geborgenheit (?)

Gerade die Generation des Falls Meier, die größtenteils heute krank und pflegebedürftig ist, hat durch die Kriegsjahre elementare Verluste in Bezug auf Sicherheit, wie z. B. Wohnungslosigkeit, Hunger, erzwungene Ortsveränderungen durch Flucht etc., erlebt. Nicht umsonst gibt es gerade in Deutschland ein ausgeprägtes Versicherungswesen, das dem Wunsch der Bevölkerung nach Absicherung jedweder Lebensrisiken nachkommt. Die Absicherung von Not, so wie sie nach dem 2. Weltkrieg im Nachkriegsdeutschland auftrat, sollte z. B. durch die Einführung des Bundessozialhilfegesetzes in den 1960iger Jahren abgemildert werden. Die Einführung der Pflegeversicherung komplettierte als fünfte Säule des Sozialversicherungswesens die (teilweise) Absicherung der Bürger vor dem Risiko der Pflegebedürftigkeit (Conze 2009).

Das Ehepaar Meier profitiert heute von dieser Entwicklung, können doch beide im Falle der Pflegebedürftigkeit Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen. Dabei gibt es vielfältige Anforderungen für das Ehepaar an den Bezug solcher Leistungen, die bewältigt werden müssen. Das Prinzip der Pflegeversicherung »ambulant vor stationär« soll

dem Wunsch vieler pflegebedürftiger Menschen nach Sicherheit³ und Geborgenheit ansatzweise gerecht werden. Für die Betroffenen steht das Zuhause synonym für ihre persönliche Sicherheit. Dieser Aspekt ist nicht unerheblich, gerade dann, wenn körperliche, kognitive oder psychische Einschränkungen durch Krankheit zunehmen.

In den klassischen Pflege-theorien ist für die Sicherheit der anvertrauten Patienten das professionelle Pflegepersonal in den unterschiedlichen Settings zuständig. Sicherheit bedeutet hierbei nicht nur die Einhaltung von Hygienevorschriften (Stichpunkt Patient Safety), sondern auch die Beobachtung von Veränderungen und die Einleitung von Interventionen, die für die Sicherheit des Patienten notwendig sind.

In der Tradition von Virginia Henderson (1966) befassten sich die klassischen Pflege-theoretikerinnen Nancy Roper, Winifred Logan und Alison Tierney (1976), Liliane Juchli (1983) und Monika Krohwinkel (1994) in ihren Pflege-theorien mit dem Thema Sicherheit (vgl. Kirkevold 1997, S. 55). Ich möchte die Lebensaktivität »Für sichere Umgebung sorgen« herausgreifen, weil sie eine der elementarsten Aufgaben der Pflege in der täglichen Praxis ist. Warum diese Aktivität und nicht die anderen?

Für die Pflege-theoretikerinnen sind es die vielen täglichen Handgriffe, die ein Mensch

zur Sicherung seiner Umgebung am Arbeitsplatz oder zu Hause durchführt. Sie beschreiben die schutzorientierten Aufgaben des professionellen Pflegepersonals auf der Metaebene z. B. des Modells des Lebens von Roper, Logan, Tierney (1987). Nach ihrem Verständnis muss der Mensch körperlich, geistig und seiner Entwicklungsstufe gemäß in der Lage sein, für sich selbst eine sichere Umgebung zu schaffen. In dieser Beschreibung wird deutlich, dass sich hinter dem Begriff Sicherheit sehr verschiedene Aspekte verbergen.

Ausgehend von den Grundbedürfnissen des Menschen nach Obdach, Nahrung, Kleidung, Liebe und Anerkennung wird in diesen Theorien davon ausgegangen, dass Menschen selbstständig und aktiv diese Bedürfnisse befriedigen können. Zwischen den Grundbedürfnissen des Menschen liegt das Spannungsfeld zwischen Gesundheit und Krankheit. In diesem Verständnis bietet die Krankenpflege Hilfe zur Befriedigung von Grundbedürfnissen des kranken Menschen an, wenn er diese nicht mehr selbstständig befriedigen kann. Im Weltbild dieser Theorien ist der Mensch ein selbstständig handelndes Individuum, das seine Bedürfnisse auf die ihm eigene Weise und vor seinem kulturellen und sozialen Hintergrund ausdrückt und sich diese selbst erfüllen kann.⁴

3 An dieser Stelle erfolgt ein exemplarischer Blick in die politische Historie von Sicherheit. Der englische Staatstheoretiker, Mathematiker und Philosoph Thomas Hobbes (1588–1679) erweiterte den Begriff der Sicherheit, als Aufgabe des Staates den Bürger vor Gefahren zu schützen, um die Sorgeaufgabe, sich um das Wohl der Bürger zu kümmern. Der Begriff der Wohlfahrt in Verbindung mit der Sicherheit und dem Gesellschaftsvertrag von Hobbes wurde weiter durch John Locke (1632–1704) und dem Juristen und Mathematiker Christian Freiherr von Wolff (1679–1754) in seiner Schrift zu den vernünftigen Gedanken von dem gesellschaftlichen Leben der Menschen weiterentwickelt. Seine idealtypische Vorstellung von dem Leben in Sicherheit und Wohlfahrt entwickelt sich nach Ansicht von Wolff dort, wo die gemeine Wohlfahrt am besten gefördert und die gemeine Sicherheit erhalten bleibt. Immanuel Kant (1724–1804) kritisierte den allzu regulierenden, kontrollierenden Wohlfahrtsstaat als Sicherungsanstalt, dieser würde sich nach seiner Ansicht auf einen absolutistischen Rechtsstaat reduzieren. Die gemeine Wohlfahrt und Sicherheit wird zum Leitprinzip der sozialen Steuerung bis ins 19. Jhd. hinein. (Conze 2009)

4 Hier besteht der entscheidende Unterschied, zwischen Hendersons Theorie und den Ausführungen und Gedanken von Florence Nightingale, die den Menschen als passives Individuum betrachtete, das den Naturgewalten hilflos ausgesetzt ist. Vom historischen Kontext ist diese Sicht jedoch nicht verwunderlich. Dennoch bekommt der kulturelle Hintergrund in heutigen Zeiten angesichts der Hungersnöte, zunehmenden Katastrophen, der medizinischen Möglichkeiten in einigen Ländern mit dem Blick auf das vermeintlich aktive, selbstständige Individuum wieder eine ganz andere Bedeutung.

Für das Ehepaar Meier hat der Wunsch, zuhause gepflegt zu werden, Vorrang vor allen anderen möglichen institutionellen Lösungen. Das eigene Zuhause vermittelt eben jene Sicherheit und Geborgenheit, die notwendig ist für einen positiven Krankheitsverlauf. Um mit dem Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky (1923–1994) zu erklären, spielt bei Krankheit, das eigene Zuhause insofern eine Rolle, weil es ein Ort ist der Handhabbarkeit, Verstehbarkeit von Lebenszusammenhängen und Kontrolle ist. Die lebensnotwendige Selbstbestimmung mit dem Gefühl das eigene Leben gestalten zu können ist zuhause eher möglich als in institutionellen Settings. Das Zuhause bietet durch die Dinge, die in der Alltagspraxis getan werden müssen einen Sinn sowie die Reduktion von Komplexitäten die von außen kommen. Diese Merkmale stellen das Kohärenzgefühl für viele Lebensbereiche her und geben Antwort auf die Frage wie Gesundheit entsteht (Antonovsky 1997).

Eng verbunden mit dem Begriff der Sicherheit ist auch die Geborgenheit, die bisher noch wenig erforscht ist. Das Phänomen der Geborgenheit erweitert den Begriff der Sicherheit im Sinne eines Lebensgefühls. Hans Mogel, befragte in einer Untersuchung 1.995 Menschen unterschiedlichen Alters, was für sie der Begriff der Geborgenheit beinhaltet. Unter dem von ihm benannten Geborgenheitsbegriffen ist die Sicherheit der zentrale Begriff für 80% aller Befragten. Als wesentliches Merkmal gehört die Sicherheit zum Erleben von Geborgenheit. »In dem Wort Geborgenheit steckt das ›Bergen‹ genauso wie das ›Verbergen‹. Etwas aus dem Verborgenen herauszuholen, um seine Unzulänglichkeit, vielleicht auch Unbestimmtheit aufzulösen, heißt, sich seiner selbst sicher zu sein oder es für andere zu sichern, bevor es unter Umständen andere tun.« (Mogel 2016, S. 29).

Gerade im letzten Textabschnitt des Zitates sind die vielfältigen Aufgaben der Pflege enthalten, wenn es z. B. darum geht Beobach-

tungen bei Patienten einen Namen, einen Wert oder eine Bedeutung zu geben und weitere Interventionen zu veranlassen. An dieser Stelle ist es für Patienten oft der »unsichere Moment«, der durch Krankheit im Sinne eines Ausnahmezustandes entsteht. Unsicherheiten, wie das Nicht-Vorhersehbare oder Zukunftsangst, können zu existentiellen Lebenskrisen werden, die professionell Pflegenden im Alltag erleben. Dieser Moment äußerster Verwundbarkeit eines Menschen ist auf einen hohen Akzeptanzgrad von außen angewiesen. Nicht umsonst ist die bedingungslose Akzeptanz für die Geborgenheit wichtig. Mogel benennt noch weitere Geborgenheitsbegriffe, wie Wohlbefinden, Wärme, Liebe Glück, Vertrauen, sich Zu-Hause-Fühlen, Sorglosigkeit, Umgebung, Zufriedenheit, bedingungslose Akzeptanz, Familie (Mogel 1995). Joachim Finke (1992), beschreibt eine Art Kontinuum der Wandlungsfähigkeit das für Geborgenheit notwendig ist. Es sind die sechs folgende Aspekte:

1. Um sich geborgen zu fühlen, wird eine »schützende Abschirmung« notwendig. Dennoch sind mitmenschliche Strukturen für den Erhalt der Geborgenheit wichtig.
2. Für die Abschirmung sind eine zeitliche Beständigkeit und ein Zulassen dieser Beständigkeit erforderlich. Geborgenheit benötigt eine Art Statik um sich zu entfalten, bei einer gleichzeitigen Dynamik, dies bedeutet, dass Geborgenheit ständig in Gefahr ist verloren zu gehen.
3. Die Abschirmung setzt eine gewisse äußere Ordnung voraus, beinhaltet aber gleichzeitig die Möglichkeit der Freiheit und der vollen eigenständigen Wesensentfaltung.
4. Wenn es eine äußere Ordnung gibt so gibt es auch eine innere Ordnung- Geborgenheit setzt Angstfreiheit, innere Ruhe, ein freies Gewissen voraus.
5. Geborgenheit ist kein reiner Selbstzweck- sie benötigt Sinn- und Wertehorizonte.
6. Geborgenheit kann nicht unter Zwang herbeigeführt werden

Sicherheit und Geborgenheit sind wichtige Komponenten in der Pflege zuhause, die in der Alltagspraxis eher selbstverständlich, unsichtbar und damit als normaler Status von allen Beteiligten hingenommen werden. Die Bedeutung dieser Komponenten wird erst im Moment von

kritischen Lebensereignissen, wie Krankheit mit den verbundenen Einschränkungen, bewusst.

Was der Ort »Zuhause« aus verschiedenen sozial- und umweltwissenschaftlichen Perspektiven bedeutet, soll im nächsten Kapitel näher betrachtet werden.

2.3 Ort, Heimat, Wohnung – da wo wir leben

Die Globalisierung unserer Welt das scheinbare Zusammenwachsen von Kulturen, Wirtschaftssystemen, Politiken fördert das Interesse der Menschen an heimatlichen und regionalen Bezügen. In diesem Kapitel sollen zunächst die Begriffe Heimat und Ort näher betrachtet werden. Im Anschluss daran werden am Fallbeispiel der Meiers die Bezüge zum Arbeitsbereich der ambulanten Pflege mit seinen Besonderheiten vorgestellt.

Die Begriffe Ort und Heimat werden in der Literatur oft synonym verwendet, eine klare Trennung der Begriffe wird in diesem Kapitel nicht vorgenommen.

Der Begriff »Heimat« taucht erstmal im 16. Jhd. auf und bedeutete das Land in dem geboren ist und war eng verknüpft mit Besitz von Haus und Hof. Menschen, die keinen Besitz hatten waren in diesen Zeiten heimatlos. Im 19. Jahrhundert veränderte sich das Verständnis von Heimat, hin zu einer Abgrenzung zu dem Anderen, dem Fremden und Heimat war demzufolge eine eigenständige Lebenseinheit (vgl. Klose 2013, S. 25). Heimat ist allgemeinbegrifflich der Ort, der Herkunft, der Beziehungen zu Menschen, eine spezielle Sprache (Dialekt), landschaftliche Topographien beinhaltet. Heimat bietet Vertrautes und Geborgenheit. In diesem Sozialraum entwickeln sich gemeinsame Geschichten, Ereignisse und Begebenheiten, Gerüchte oder Wahrheiten. Heimat ist aus der anthropologischen Perspektive kein statischer Ort, sondern

sie kann sich auch an zunächst fremden Orten neu entwickeln. Mitzerlich (2000) entwickelte drei Grundbedürfnisse von Menschen, die den Begriff Heimat konturieren:

1. Das Bedürfnis nach sozialer Einbindung, Zugehörigkeit, Anerkennung ist das psychologische Konzept des »Sense of Community«.
2. Das Bedürfnis nach Gestaltung, Beeinflussung und Handlungsfähigkeit, »Spuren hinterlassen« der »Sense of control«.
3. Das Bedürfnis nach Sinnstiftung Vertrautheit, Erzählungen, die mir die Welt erklären der »Sense of Coherence«.

»Das Bedürfnis zu wohnen und die Suche nach Heimat sind dem Menschen eigen und verwandt mit dem Bedürfnis nach Anerkennung und Teilhabe. So gehört die Überwindung von Entfremdung, Ausgrenzung und Isolation, und die umfassende Teilhabe am sozialen Leben unmittelbar zur Beheimatung.« (Klose 2013, S. 28)

Der Philosoph Martin Heidegger bringt diese Grenze in Bezug auf das Dasein des Menschen. Das Seiende, also der Mensch, impliziert das Entfernte und das bedeutet, dass in dem Dasein des Menschen immer auch das Entfernende und im weiteren Gedankengang die Abstände zu dem Entfernten enthalten sind. Dabei ist es unerheblich ob diese Abstände mit mathematischen Methoden ge-