

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 artikulierten Weltansicht 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 (Seniorenengagements, 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-