

Gemeindenahe Versorgung von alten Menschen?

Eine Bestandsaufnahme der Versorgungssituation aus medizinsoziologischer Sicht

Die Begriffe „gemeindenahe“ bzw. „gemeindeorientierte Versorgung“ gerieten in das Bewußtsein der Fachöffentlichkeit im Zuge der Reformbewegung in der Psychiatrie (vgl. Trojan & Waller 1980). Sie stehen als Symbol für ein Versorgungskonzept, mit dem die Bewältigung gesundheitlicher Probleme erleichtert werden sollte. Schon bald jedoch wurde die hier artikulierte Forderung nach *Prävention und Therapie in der genuinen sozialen Umwelt* auch in andere Bereiche der Gesundheitsversorgung und der psychosozialen Dienste hineingetragen. So auch in den Bereich der Altenversorgung und Altenhilfe. Dort herrschten zu dem Zeitpunkt, als die mit dem Konzept der „gemeindenahen bzw. gemeindeorientierten Versorgung“ verbundenen Vorstellungen den ersten Popularitätshöhepunkt erlangten – etwa zu Beginn der siebziger Jahre –, vielfach Zustände, die denen in der reformbedürftigen Psychiatrie ähnlich waren: So zeichnete sich auch dieser Versorgungsbereich durch

- ein Übergewicht der stationären Versorgung,
- fehlende Prävention, Nachsorge und Rehabilitation,
- einen Mangel an qualifizierten Arbeitskräften,
- die Fragmentierung von Diensten und fehlende komplexe und ressortübergreifende Versorgungskonzepte,
- die mangelnde Differenzierung von Aufgaben im Versorgungsspektrum,
- die schlechte Zugänglichkeit und geringe Akzeptabilität der Versorgung,
- diskriminierende und stigmatisierende Effekte,

aus, um nur die wichtigsten Problembereiche zu nennen.

Im Mittelpunkt der Kritik standen die *Fremdunterbringung* von alten Menschen und speziell die Institution Altenheim. Entwickelt wurden Konzepte der sog. „offenen“ bzw. ambulanten Altenarbeit und Altenversorgung: nach der Grundidee, daß alte Menschen, auch Hilfe- und Pflegebedürftige, so lange wie nur möglich in ihrer eigenen Wohnung und in der angestammten Lebensumwelt verbleiben sollen. Es geht darum, eine Versorgung zu gewährleisten, die die Selbständigkeit im Alter nicht tangiert und eine autonome Bewältigung des Alterns inklusive der mit ihm einhergehenden sozialen und gesundheitlichen Probleme und möglichen Funktionseinbußen garantiert. Diese Grundideen werden heute generell akzeptiert: In den unterschiedlichsten Fachkreisen und auch in verschiedenen politischen Lagern findet sich kaum jemand, der noch ernsthaft gegen sie opponieren würde. Doch mehr noch: Es scheint, als gehörten

sie heute zum Alltag der Versorgung, denn im Verlauf der letzten zehn bzw. fünfzehn Jahre wurde die ambulante Versorgung auf- und ausgebaut und eine Reihe von Diensten eingerichtet: so beispielsweise fahrbare Mahlzeitdienste, Beratungsstellen, sogenannte Seniorenangebote (Freizeit-, Bildungs- etc. Angebote für ältere Bürger), vor allem wurden die Hauspflege und die ambulante Hauskrankenpflege ausgebaut. Den entscheidenden Auftrieb für den Ausbau solcher Dienste gaben allerdings weder humanitäre noch fachspezifische (also gerontologische und geriatrische), sondern wirtschaftliche Gesichtspunkte. Im Zentrum steht das Interesse, die Personengruppen, die in stationären Einrichtungen (Krankenhaus, Altenheim, Pflegeheim etc.) versorgt und/oder untergebracht waren, mit einem *geringeren* Kostenaufwand zu Hause zu versorgen.

Es ist vor allem diesem Interesse geschuldet, daß der Ausbau der ambulanten Versorgung nur halbherzig und inkonsequent betrieben wurde. Bis heute stellt daher das Krankenhaus nach wie vor die dominierende Form der Versorgung alter Menschen dar – eine Tatsache, auf die wir später noch einmal zurückkommen. So gesehen, handelt es sich bei den bisherigen Bemühungen um den Ausbau der offenen Altenarbeit und der ambulanten Versorgung alter Menschen zunächst lediglich um eine *erste* Annäherung an die Erfordernisse der *gemeindeorientierten* Versorgung. Zudem bedeutet „ambulant“ nicht automatisch auch „gemeindenah“ (Garms-Homolová 1982). Es müssen weitgreifende Bedingungen erfüllt werden, damit von einer gemeindeorientierten Versorgung gesprochen werden kann: von einer Versorgung, die ein autonomes Leben trotz und mit Einbußen ermöglicht.

Bevor wir auf diese Bedingungen näher eingehen, möchten wir jedoch erörtern, welche Bereiche der Versorgung gegenwärtig die Älteren und Alten nutzen. In Berlin, der Bundesrepublik Deutschland und einer ganzen Reihe anderer europäischer Länder findet sich ein charakteristisches Muster der Versorgungsinanspruchnahme. Dieses ist durch eine starke Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung (speziell der niedergelassenen Ärzte) charakterisiert und zugleich durch eine geringe Inanspruchnahme von sozialen Diensten und Angeboten für alte Menschen.

Bedeutung der niedergelassenen Ärzte und der medizinischen Versorgung

Bei unserer jüngsten Befragung¹ von über 400 zu Hause lebenden (also nicht fremd untergebrachten) 70–90jährigen Bürger zweier Berliner Bezirke stellten wir fest, daß die überwiegende Mehrheit (78%) im Zeitraum von zwei Monaten vor der Untersuchung einen/oder mehrere niedergelassene Ärzte ein- oder mehrmals konsultiert hatte. 19% gaben an, „heute, gestern oder diese Woche“ bei einem niedergelassenen Arzt gewesen zu sein, 15% besuchten den Arzt „letzte Woche“, 30% vor zwei bis vier Wochen. Im gleichen Zeitraum erhielten 59 Personen Hausbesuche von ihren Ärzten (14%). Die Anteile jener Personen, die in den letzten 12 Monaten vor der Befragung irgendeine Art der sozialen Dienste oder Angebote für Senioren genutzt haben, rangieren lediglich zwi-

schen 1% (psychosoziale Beratung) und 20% (Freizeitangebote) (vgl. Garms-Homolová & Hütter 1987). Diese Befunde gleichen denen von uns vor acht Jahren gewonnenen (vgl. Heikkinen et al. 1983).

Der niedergelassene Arzt ist in der Versorgung alter Menschen die zentrale Instanz: Er wird von jedermann in Anspruch genommen, ungeachtet des Alters- und Geschlechtsunterschiedes. Nicht einmal die Anzahl von Erkrankungen spielt im Hinblick auf die Häufigkeit der Konsultationen beim Arzt eine Rolle. Anders ist es mit ärztlichen Hausbesuchen, die relativ häufiger den Frauen – besonders den ältesten unter ihnen – gewährt wurden. Auch erhalten Personen mit Beeinträchtigungen der funktionalen Kapazität (Selbstversorgungsfähigkeit im täglichen Lebensvollzug), mit psychischen und emotionalen Problemen, mit körperlichen Beschwerden und negativer Selbsteinschätzung eher ärztliche Hausbesuche als die alten Menschen, die diese Probleme nicht haben. Betrachten wir lediglich die Konsultationen alter Menschen bei den Fachärzten (ohne Fachärzte in Krankenhäusern), so stellen wir fest, daß 60% der von uns befragten Siebzig- bis Neunzigjährigen diese Versorgungsart innerhalb von sechs Monaten vor der Befragung beansprucht haben, seltener Frauen (speziell die ältesten), häufiger die „jüngeren“, also 70–79jährigen Männer (Garms-Homolová & Hütter 1987).

Ein Kontrastbild bietet die Inanspruchnahme *pflegerischer Dienste*: der Hauspflege und häuslichen Krankenpflege. Obgleich die Mehrheit der von uns Befragten von den Sozialstationen und den pflegerischen Diensten gehört hat (nur 5,6% haben davon nie gehört), wurden diese Dienste nur von einer Minderheit (10,5%) jemals in Anspruch genommen. Was die anderen *sozialen Angebote* und auch die Maßnahmen anbetrifft, die speziell für alte Menschen geschaffen wurden (Mahlzeitdienste, Freizeitangebote, Verschickungen etc.), so sind diese relativ gut bekannt. Dennoch sollen die Prozentsätze derjenigen, die einzelne Dienste gar nicht kennen, nicht vernachlässigt werden. Sie betragen bis zu 18% der befragten Männer, bis zu 37% der befragten Frauen (Garms-Homolová & Hütter 1988a; S. 196 f.). Die Anzahl der Dienste, die unbekannt sind, ist bei den Frauen höher als bei den Männern und steigt mit zunehmendem Alter der Befragten. Aber auch der Einfluß der wirtschaftlichen Situation ist spürbar. Innerhalb der Gruppen mit niedrigem Einkommen finden sich mehr Menschen, die solche Angebote nicht kennen, während bei den Befragten an der oberen Grenze des mittleren Einkommens die Bekanntheit der Dienste am besten ist (Garms-Homolová & Hütter 1987).

Genutzt werden die Angebote jedoch selten: 58% der Befragten nahmen in den letzten 12 Monaten vor der Untersuchung keinen der Dienste in Anspruch, 22% haben nur einen der Dienste genutzt. Frauen gehören eher zu den Nutzern von mehreren Diensten als Männer, wobei die Inanspruchnahme mehrerer Angebote eher für die „jüngeren“ (70–79jährigen) Frauen charakteristisch ist, für die 80–89jährigen eher die Nutzung eines einzigen Dienstes. Soweit zur Inanspruchnahme der bestehenden ambulanten Versorgung.

Zur Relevanz der stationären Versorgung

Die Bemühungen um die Realisierung der „gemeindeorientierten Versorgung“ repräsentieren in ihren wesentlichen Bestandteilen eine *Deinstitutionalisierungsbewegung* (Sommer & Ernst 1977, Trojan & Waller 1980, Hummel 1984, Henning 1984). Im Bereich der Versorgung alter Menschen konzentrierte sich die Kritik auf die Unterbringung alter Menschen in Altenheimen und vergleichbaren Einrichtungen. Die Rate der Fremduntergebrachten in solchen Einrichtungen ist jedoch – gemessen an den Nachbarländern – vergleichsweise niedrig: sie beträgt ca. 4,4% (Hinschützer/Momber 1985). Rückert gibt für 1985 an, daß „nur“ etwa 450.000 Menschen (80% davon Frauen) in Altenwohn-, Alten-, und Altenpflegeheimen der Bundesrepublik lebten (Rückert 1985). Mit zunehmendem Alter (speziell bei den alten Frauen) steigt allerdings der Anteil der Heimbewohner erheblich, z.B. von etwa 4% bei den 75–80jährigen Frauen auf 16% bei den 85–90jährigen und auf 23% bei den 90jährigen und älteren Frauen (ebenda; S. 19). Diese Zahlen dokumentieren die Effekte des Ausbaus der ambulanten Dienste, der zusammen mit anderen Entwicklungen dazu beigetragen hat, daß die Heimübersiedlung erst bei vorliegender Pflegebedürftigkeit und vorzugsweise bei Hochbetagten veranlaßt wird, ein Trend, der jedoch erhebliche Probleme verursacht, z.B.

- Platzknappheit im Pflegebereich,
- unzureichende personelle Ausstattung der Heime (Pflege Schwerstbedürftiger),
- Häufung psychisch gestörter Personen in den Pflegeheimen.

Generell aber muß konstatiert werden, daß der Fremdunterbringungsgrad unter den Älteren und Alten in der Bundesrepublik Deutschland nur scheinbar gering ist. In der Vergangenheit wurde, und es wird auch heute noch oft übersehen, daß der Anteil institutionalisierter Personen in Wirklichkeit viel höher liegt: Alte chronisch Kranke, die langfristig in Krankenhäusern hospitalisiert werden, alte Patienten, die immer wieder ins Krankenhaus zurückkehren (sogenannte „Drehtürpatienten“) werden allzu oft außer acht gelassen.

Wie hoch die Anteile dieser Personen sind, ist allerdings schwer auszumachen, weil entsprechende Statistiken entweder nicht vorliegen oder höchst ungenau sind (Müller 1986). Sie müssen jedoch hoch veranschlagt werden. Allein von den 427 von uns zu Hause befragten 70–89jährigen wurden im Zeitraum von 12 Monaten vor dem Survey 90 Personen ein- oder mehrmals in ein Krankenhaus eingewiesen (das sind 21%) und verbrachten dort von einem Tag bis zu sechs Monaten (Garms-Homolová & Hütter 1988a). Mit steigendem Alter (speziell für die weiblichen Mitglieder des Sample) ist die Wahrscheinlichkeit einer Krankenhausaufnahme größer. Für alte Frauen trifft auch zu, daß die Anzahl der Einweisungen steigt und die Verweildauer sich verlängert, wenn die Funktionsfähigkeit, d.h. die Fähigkeit zur Bewältigung alltäglicher Anforderungen beeinträchtigt ist, eine negative Selbsteinschätzung vorliegt und wenn diese Frauen spezifische Behinderungen aufweisen. Die Verweildauer ist länger

bei Frauen, die weniger soziale Kontakte haben, besonders solcher Art, die „reziproke Beziehungen“ ermöglichen und auf Eigenaktivität der Alten basieren (Garms-Homolová & Hütter 1987).

Funktion des Krankenhauses

Bei einer näheren Betrachtung der Relevanz der Krankenhäuser für die Versorgung alter Menschen in der Bundesrepublik Deutschland wird deutlich, daß diese offensichtlich Leistungen und Dienste *substituieren*, die von anderen Bereichen des Gesundheitssystems und vom System der sozialen Dienste nicht erbracht werden. Krankenhäuser nehmen Aufgaben wahr, die in anderen Ländern verschiedenen teilstationären und ambulanten Institutionen der Gesundheitsversorgung obliegen, z.B. den Tages- und Nachtkliniken, Wochenendkrankenhäusern, der ambulanten Rekonvaleszentenbehandlung und -überwachung. Diese Einrichtungen sind in der Bundesrepublik nur unterdurchschnittlich ausgebaut oder fehlen ganz. Wegen der starren Trennung zwischen dem ambulanten und stationären Bereich, die auf gesetzlichen Grundlagen (insbesondere auf der Reichsversicherungsordnung, RVO) beruht, werden die Leistungen der wenigen vorhandenen Institutionen dieser Art von den Krankenversicherungsträgern nicht generell übernommen. Der explosionsartige Anstieg ärztlicher Niederlassungen (die Zahl der niedergelassenen Ärzte stieg allein seit 1973 von 52473 auf 67363 im Jahre 1985 – vgl. Prößdorf 1986) entlastet die Institution Krankenhaus in keiner Weise, denn im gleichen Zeitraum stieg auch die Zahl der Krankenhauseinweisungen kontinuierlich und betrug 1985 fast 2 Millionen mehr als 1973.

Die Substitutionsfunktion des Krankenhauses ist zugleich an der Schnittstelle zwischen dem Gesundheitssystem und dem System sozialer Dienste wirksam. Auch dort schließt das Krankenhaus Versorgungslücken. Beispiele bieten sich etwa auf dem Gebiet der häuslichen Krankenpflege und Hauspflege, die trotz des fortgeschrittenen Ausbaus wegen der fehlenden finanziellen Absicherung diskontinuierlich und leistungseffizient bleiben. Und drittens übernimmt das Krankenhaus häufig Aufgaben, die gänzlich außerhalb des Gesundheitssystems erfüllt werden könnten. Gemeint sind hier die Verwahrung, hauswirtschaftliche Hilfe und psychosoziale Betreuung der Alten.

Auch unsere eigenen Befunde² deuten darauf hin, daß alte Menschen in Problemsituationen, in denen die Versorgung nicht sichergestellt ist, in Krankenhäuser eingewiesen werden: z.B. bei fehlender oder lückenhafter pflegerischer Versorgung im ambulanten Bereich, bei Überforderung und Brüchigkeit des informellen sozialen Netzes, in Krisensituationen und während terminaler Kulminierung chronischer Erkrankungen etc. (vgl. Garms-Homolová et al. 1987; Garms-Homolová & Hütter 1988b).

Nicht unwesentlich ist die *Zuweisungs- und Distributionsfunktion* der Krankenhäuser. Unsere Analysen bestätigen, was sich in anderen Untersuchungen abgezeichnet hat: Für die Aufnahme in Pflegeeinrichtungen ist ein

vorhergehender Krankenhausaufenthalt vielfach unvermeidlich, und auch die Zuweisung bestimmter ambulanter Dienste, wie z.B. der häuslichen Krankenpflege, erfolgt vornehmlich über das Krankenhaus (vgl. Kliemke et al. 1983; Weissenbach 1983). Der steigenden Anzahl von Krankenseinweisungen und Pflegetagen bei verkürzter Verweildauer (Pröbldorf 1986) begegnen wir in unseren Untersuchungen in der Person des sogenannten „Drehtür-“ bzw. „Recyclingpatienten“. Zusammen liefern uns solche Befunde Hinweise darauf, daß alte Patienten aus den Krankenhäusern entlassen wurden, ohne daß die ambulante Versorgung entsprechend der vorliegenden Problemlage greifen kann, so daß sie alsbald erneut und sogar wiederholte Male aufgenommen werden müssen.

Aus dieser Perspektive scheint die allzu optimistische Einschätzung, daß zumindest die Vorstufe der gemeindeorientierten Versorgung (verbesserte ambulante Versorgung) bereits erreicht worden sei, fraglich zu sein. Es kann nicht einmal – wie wir zeigen – von einer Relativierung der Bedeutung der stationären Versorgung zugunsten der ambulanten Angebote und Dienste gesprochen werden. Bereits im Verständnis des Personals im Gesundheitswesen, speziell der Ärzte, gerinnt das Krankenhaus mehr und mehr zu einem Auffangbecken, in das Problemfälle der Gesellschaft, für die andernorts kein Platz zu finden ist, transferiert werden – so das Resultat unserer Befragung von Ärzten in Akutkrankenhäusern. Mit den „Problemfällen“ sind nicht lediglich medizinische und gesundheitliche, sondern ebenso soziale Probleme gemeint. Diese Funktion als Auffangbecken schlägt sich in den Aufnahmen von Patienten nieder, die mehr oder minder sozial indiziert sind, beispielsweise wenn die Angehörigen von der Pflegeverantwortung überfordert sind oder sich ihr entziehen wollen. Ebenso spielt Hilfsbedürftigkeit eine Rolle, so vorzugsweise bei Patienten, für die keine geeignete Unterstützung gefunden werden kann, sei es im ambulanten oder im stationären Bereich. Im Zweifelsfall – das ist die Meinung der Ärzte – werden all diese Patienten zunächst einmal in ein Krankenhaus eingewiesen.

Vor dem Hintergrund dieser Angaben kann die Frage, inwieweit die wesentlichen Grundsätze der gemeindeorientierten Versorgung alter Menschen bereits eingelöst worden sind, in zwei wesentlichen Punkten verneint werden. Weder ist der Trend zur *Deinstitutionalisierung* empirisch nachweisbar, noch – berücksichtigt man die Substitutionsfunktion des Akutkrankenhauses und die Funktion als Auffangbecken – daß die Versorgung an den konkreten Gegebenheiten der Population, um die es geht und an deren konkreten Umfeld orientiert wäre.

Auch das Krankenhauspersonal stellt sich nur ungenügend darauf ein, daß es in seiner täglichen Arbeit größtenteils mit alten Patienten zu tun hat, zudem mit solchen Patienten, die nicht einmalig ins Krankenhaus eingewiesen werden, sondern die auf eine lange (Krankheits-)Karriere mit wiederholten Krankenhausaufenthalten zurückblicken und noch weiteren Karriereabschnitten ent-

gegensehen. Diese Tatsache, die die Routine des auf Akutversorgung ausgerichteten Krankenhauses stört, wird daher ignoriert und die Anwesenheit der Alten auf den Stationen gewissermaßen verdrängt. Dagegen wird den wenigen „jüngeren Fällen“, den für die Ärzte ganz offensichtlich medizinisch interessanteren Patienten, mehr Aufmerksamkeit gewidmet (vgl. Schaeffer 1987).

Auf der anderen Seite wird das kalendarische Alter der „alten alten“ Patienten hoch bewertet: Es ist generell eine wesentliche, wenn nicht sogar *die* entscheidende Determinante für die Gestaltung von Behandlungsverläufen, Überweisungs- und Entlassungsprozeduren und für zahlreiche administrative und verwaltungsmäßige Regelungen, die in der Regel ohne die Mitwirkung der Patienten getroffen werden. Besonders, wenn eine Einschränkung der intellektuellen Leistungsfähigkeit unterstellt wird, wenn hochgradige Behinderungen vorliegen oder wenn der Zustand des Patienten ein Eingeständnis der beschränkten Tragweite des aktuellen medizinischen Handelns impliziert (vgl. Garms-Homolová & Schaeffer 1988), wird der alte Kranke aus den Verlegungs-/Entlassungsvorbereitungen ausgeschlossen. Wirtschaftliche Aspekte und eine entsprechende Argumentation der Kostenträger zeitigen hier verstärkende Effekte. Neuerdings setzen diese Instanzen das behandelnde und pflegende Personal sowie die Sozialdienste im Krankenhaus immer häufiger unter Druck, die Behandlungsdauer bei alten Patienten abzukürzen und Entscheidungen bezüglich der Prognosen vorzeitig zu fällen. Die extremste Folge ist, daß die Einstufung des Patienten als *pflegebedürftig* zu einer rein administrativen Maßnahme degradiert wird. Damit eröffnet sich die Möglichkeit, den Patienten als finanziell unsicheren Faktor aus dem Krankenhaus zu verlagern. Die individuellen Konsequenzen einer solchen „Umetskettierung“ sind häufig traumatisch.

Die Patienten haben – so zeigen die Fallanalysen unserer jüngsten Studie (Garms-Homolová et al. 1987) – selten ein dezidiertes Verständnis solcher Entwicklungen. Jedoch antizipieren sie, daß mit den vielfältigen Veränderungen, die der Entlassungssituation innewohnen, eine Gefahr für ihre Autonomie verbunden ist, und daher suchen sie der Situation zu entfliehen oder sie zu verdrängen. Nicht selten werden beispielsweise die Mitarbeiter der Sozialdienste im Krankenhaus ausschließlich als Personen gesehen, „die die alten Leute ins Heim bringen“, und von den alten Patienten gemieden, deren ganze Vorstellungskraft sich auf die Möglichkeit konzentriert, das Krankenhaus zu verlassen. Diesem Wunsch sind sämtliche Handlungsstrategien der Patienten nachgeordnet. Dies äußert sich zum Beispiel darin, daß marode häusliche Situationen gegenüber den Krankenhausmitarbeitern als intakt geschildert und daß die bevorstehenden Versorgungsprobleme bagatellisiert werden. Damit jedoch laufen die Patienten Gefahr, daß ihre Urteilskompetenz und Fähigkeit, die eigene Situation realistisch einzuschätzen, von den Professionellen angezweifelt wird: „Die Patienten überblicken ihre Situation nicht mehr“ – so die stereotype Meinung der meisten unserer Interviewpartner aus den Reihen der

Krankenhausmitarbeiter (vgl. ebenda). Dabei beachten die Krankenhausmitarbeiter nicht, daß die abwehrende Haltung, das chronische Mißtrauen gegenüber jedermann, der sich als „Kontrollinstanz“ entpuppen könnte, die Beschönigung der eigenen Lage und andere Äußerungen weniger als Hinweise auf die Beschränkung geistiger Fähigkeiten der Hochbetagten, sondern vielmehr als unzulängliche Bemühungen interpretiert werden müssen, mit denen die Alten angesichts des schwindenden Handlungsspielraums auf das eigene Schicksal einwirken wollen.

Hier deutet sich bereits an, daß der Zugang zur ambulanten Versorgung über die Institution Krankenhaus mit *sozialer Ungleichheit und mit diskriminierenden Effekten* verbunden ist. So werden beispielsweise Patienten, die mit keinen Angehörigen aufwarten können, die ihre Pflege oder Unterstützung übernehmen würden, automatisch zu Anwärtern auf die institutionelle Langzeitversorgung (ebenda, S. 136ff.). Ebenso werden den Patienten, deren geistige Fähigkeiten in irgendeiner Weise beeinträchtigt sind, die Selbstversorgungsfähigkeit und die Entlassungsmöglichkeit nach Hause (mit ambulanten Diensten) grundsätzlich abgesprochen. Solche Pauschalurteile dienen zur Untermauerung der Marschrichtung von Entlassungs- bzw. Verlegungsprozeduren, die nötigenfalls gegen den Willen der Patienten durchgesetzt werden. Zum restriktiven Verhalten des zuweisenden und vermittelnden Personals gesellen sich die Probleme der Finanzierbarkeit ambulanter Hilfen. Von einer *generellen Zugänglichkeit und Akzeptabilität der Versorgung*, die das Konzept der gemeindenahen Versorgung fordert, kann deshalb nicht gesprochen werden. Vielmehr ist zutreffend, von einem *Verschiebebahnhof* zu sprechen, wie es das Krankenhauspersonal selbst tut (vgl. Garms-Homolová & Schaeffer 1988; S. 8). Damit wird speziell die Art und Weise der Distribution und der Versorgungszuweisung bezeichnet. Im Krankenhausalltag ist das Personal beim alten Kranken zumeist vor die Notwendigkeit gestellt, den Patienten unmittelbar in das nächstmögliche Versorgungsarrangement zu übermitteln, ungeachtet der Tatsache, ob es der Problemlage angemessen, ob es mit den anvisierten Möglichkeiten der Versorgung und dem bisherigen Aushandlungsgeschehen in Einklang zu bringen ist und ob die Vorbereitungen für die Entlassung überhaupt abgeschlossen sind.

Diese Distributionspraxis gehorcht nicht der Forderung nach der *Sicherstellung der Versorgungskontinuität* durch die Kooperation einzelner Instanzen, Dienste und durch die Vernetzung zwischen informellen Helfer- und Initiativgruppen auf der einen und zwischen den organisierten Diensten auf der anderen Seite, wie in den Konzepten der gemeindeorientierten Versorgung gefordert (vgl. Tietze et al. 1981), sondern einzig und allein der „kruden“ Funktionsweise des Versorgungssystems und darüber hinaus den Modalitäten der Kostenregulation, so die Krankenhausärzte. Denn der Krankenhausaufenthalt des alten Patienten kann nicht so lange dauern, bis entsprechende Möglichkeiten gefunden und sichergestellt worden sind. Zumeist intervenieren die Krankenkassen, und das kann risikoreiche Konsequenzen nach sich ziehen: Befindet

sich nämlich der Patient in einem Zustand, der nicht auf baldige Heilung schließen läßt, wird die Finanzierung der Pflegesätze des Akutkrankenhauses eingestellt. Der Sicht der Ärzte zufolge obliegt letztendlich ihnen die Aufgabe zu verhindern, daß das Krankenhaus in ein solches finanzielles Risiko gerät. Droht aber ein solches Risiko, sehen sie sich gezwungen, den alten Patienten zu „verschieben“, obschon dessen Problemsituation ungelöst ist und ihm keine adäquate Versorgung zugewiesen werden kann. Das hat in der Alltagspraxis zur Folge, daß der chronisch kranke Alterspatient von einem Platz zum anderen verschoben wird und Gefahr läuft, in eine Vielzahl von Stellen transferiert zu werden, ohne dabei an eine Stelle zu gelangen, an der sein Problem adäquat gelöst werden könnte. Im internen Sprachgebrauch der Ärzte wird das Krankenhaus in diesem Kontext als „Versorgungskarussell“ bezeichnet. Der Begriff zielt auf diese spezielle Dynamik systemischer Gegebenheiten der Versorgungszuweisung. Ist das Versorgungskarussell einmal in Bewegung gebracht worden, so ist es durch das Handeln des einzelnen kaum noch zum Stillstand zu bringen, auch – so die Sicht der Ärzte – nicht durch ärztliche Interventionen.

Schlußbetrachtung

Ungeachtet einer seit Jahren geführten Diskussion über die Notwendigkeit der Verwirklichung von Konzepten gemeindenäher Versorgung zeigen unsere Beispiele, daß die charakteristischen Trends, die die Versorgung alter Menschen kennzeichnen, von diesen Grundideen weit entfernt sind. Der Schwerpunkt der Versorgungsinanspruchnahme liegt nach wie vor auf der medizinischen Versorgung, die im ambulanten Bereich entsprechend dem steigenden Angebot eher noch an Bedeutung gewinnt: Der niedergelassene Arzt bleibt die prinzipielle Versorgungsinstanz, die durch die alten Menschen intensiv beansprucht wird. Ambulante Dienste im pflegerischen und im sozialen Bereich wurden zwar etabliert, doch ist ihre Nutzung, bezogen auf die ältere und alte Bevölkerung, kaum spürbar. Der Ausbau der Hauspflege und Hauskrankenpflege hat sich höchstens auf die Institution Altenheim ausgewirkt, deren Relevanz abgenommen hat, und auf den stationären Pflegebereich, der sich mit einer veränderten, schwierigeren Klientel auseinandersetzen hat. Trotzdem steht die institutionelle Versorgung im Vordergrund, wobei die Institution, die alte Menschen in Problemlagen auffängt und unzureichende Dienste kompensiert und substituiert, durch das Akutkrankenhaus repräsentiert wird. Von einer Dominanz dieser Institution kann speziell deshalb gesprochen werden, weil der Zugang zu vielen anderen Versorgungsmöglichkeiten von hier aus gesteuert wird. Wurden verschiedene Angebote des ambulanten Bereiches deshalb geschaffen, um die Krankenhausversorgung zu entlasten, so zeitigt diese Maßnahme beinahe umgekehrte Effekte: Will man den alten Versorgungs- bzw. Hilfsbedürftigen ambulante Hilfe zukommen lassen, muß man zunächst für die Krankenhauseinweisung sorgen. Erst dadurch erhalten sie die Chance, an die benötigten Dienste zu gelangen, weil ökonomischer Druck – konkret die limitierte Er-

stattung der stationären Behandlungskosten – eine umgehende Lösung der Versorgungssituation erfordert. Ist eine schnelle Lösung jedoch nicht möglich, so werden diese Menschen in stationäre Langzeiteinrichtungen abgeschoben, nicht ohne zuvor eine Reise durch verschiedenste stationäre Einrichtungen hinter sich gebracht zu haben und über eine stattliche Versorgungskarriere zu verfügen.

Anmerkungen

¹ Wir beziehen uns hier auf das *Teilprojekt 1* unserer von der Deutschen Forschungsgemeinschaft finanzierten Studie „Versorgung alter Menschen: Bedarf und Barrieren“. Das Ziel dieses Projekts ist die Untersuchung der Entstehungsbedingungen des Versorgungsbedarfs bei 70–90jährigen Menschen in einer großstädtischen Umwelt. In einem Survey und einer ein Jahr später erfolgten Wiederholungsbefragung von 427 Personen der Jahrgänge 1897 bis 1916 wurden Daten zur Lebenssituation und zur Nutzung institutionell bereitgestellter Versorgungsressourcen erhoben und werden derzeit ausgewertet.

² Unsere Aussagen basieren auf Befunden aus dem *Teilprojekt 2*, der Studie „Versorgung alter Menschen: Bedarf und Barrieren“ vor. In diesem Projekt werden mikrostrukturelle und prozessuale Aspekte der Versorgungsanspruchnahme analysiert. Die empirische Grundlage bilden hier die mit leitfadenorientierten Interviews erhobenen Daten zu Alltagsroutinen des Gesundheitspersonals und extensive Fallerhebungen, in denen die Versorgungsverläufe Hochbetagter über einen Zeitraum von 18 Monaten erfaßt wurden.

Literatur

- Garms-Homolová, V. (1982) Gemeindepsychologische Perspektiven der Versorgung alter Menschen. In: Junkers, G.; Petermann, F.; Rönnecke, B. und Schmidtchen, S. (Hrsg.): Anwendungsfelder der klinischen Psychologie und Psychotherapie in verschiedenen Lebensaltern. München, 122–125
- Garms-Homolová, V. and Hütter, U. (1967): Resources of Urban Elderly – Approaches to an Assessment. Basic information on the Berlin Study as part of the international comparison Age Care Research Europe (ACRE), Berlin: Institut für Soziale Medizin, unveröffentl. Manuskript, 39 S.
- Garms-Homolová, V.; Hütter, U.; Müller, R. und Schaeffer, D. (1987): Versorgung alter Menschen – Bedarf und Barrieren. Care Delivery Systems for the Elderly. Zwischenbericht im Verbundprojekt „Vergleichende Untersuchung der Sozial- und Gesundheitsdienste für ältere Menschen“, vervielf. Manuskript. Berlin: 15M der FU, 275 S.
- Garms-Homolová, V. und Hütter, U. (1988a): Siebzig- bis Neunzigjährige in der Großstadt. Differenzielle Betrachtung ihrer Lebenssituation. Berlin: Freie Universität, Institut für Organisation, Verwaltung und Interaktion im Bildungswesen, Bericht der AG Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte, Nr. 1, 222 S.
- Garms-Homolová, V. und Hütter, U. (1988b): Strukturelle Aspekte der präklinischen Notfallversorgung durch Notarztwagen. Abschlußbericht zum Forschungsprojekt „Analyse und Beurteilung der Notfallrettung in Berlin“, Teil 111. Berlin: Freie Universität, Institut für Soziale Medizin, 302 S.
- Garms-Homolová, V. und Schaeffer, D. (1988): Bewältigung chronischer Erkrankungen im institutionellen Kontext. Referat vorgetragen anlässlich der Jahrestagung der Sektionen 1 und 11 der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie „Erfolgreiches Altern – Bedingungen und Variationen“, Berlin 14. bis 16. Januar 1988

- Heikkinen, E., Waters, W.E. and Brzezinski (Eds.) (1983): *The Elderly in Eleven Countries. A Sociomedical Survey*, Copenhagen: World Health Organization, Public Health in Europe, 21
- Henning, K. (1984): Alternativen zur herkömmlichen Unterbringung von dementiell erkrankten alten Menschen. In: Schmidt, R. und Stephan, R. (Hrsg.): *Der dementiell erkrankte ältere Mensch – Probleme der praktischen Altenhilfe*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, 82–91
- Hinschützer, U. und Momber, H. (1982): Basisdaten über ältere Menschen in der Statistik der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen
- Hummel, K. (1984): Alterspsychiatrie und die Öffnung der Heime. In: Schmidt, R. und Stephan, R. (Hrsg.): *Der dementiell erkrankte ältere Mensch – Probleme der praktischen Altenhilfe*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, 45–58
- Kliemke, C.; Krüger, E. und Niemensivu, H. (Hrsg.) (1983): „Was heißt denn schon gemeindenah?“ Grenzen häuslicher Krankenpflege. Bericht über die Tagung im IFK der TU am 28.01.1983, Berlin: IFK, 90 S.
- Müller, J. (1986): Patienten- und Diagnosestrukturen im Jahre 1984. *Das Krankenhaus*, 78, 2, 84–87
- Pröbldorf, K. (1986): Der Stellenwert des Krankenhauses in der Gesundheitspolitik. *Das Krankenhaus*, 78, 7, 277–283
- Rückert, W. (1985): Zur Situation älterer Menschen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Evangelische Aktionsgemeinschaft für Familienfragen (Hrsg.): *Die ältere Generation. Last und Chance für Familie und Gesellschaft*. Dokumentation der Fachtagung vom 18. bis 20. September 1985, Loccum, 9–28
- Sommer, G. und Ernst, H. (Hrsg.) (1977): *Gemeindepsychologie. Therapie und Prävention in der sozialen Umwelt*. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg
- Schaeffer, D. (1987): *The Care System from Street Level Perspective: Theories of Action Practices by Professionals when Allocating Care*. Paper prepared for the Conference of European Region of International Association of Gerontology „Ageing Well“, Brighton/England, September 15–18
- Tietze, H.; Garms-Homolová, V. und Korporal, J. et al. (1981): Was bedeutet die Deklaration vom Alma-Ata für die primäre Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland? In: *Bundesgesundheitsblatt*, 24, 8, 121–126
- Trojan, A und Waller, H. (1980): *Gemeindebezogene Gesundheitssicherung. Einführung in neue Versorgungsmodelle für medizinische und psychosoziale Berufe*. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg
- Weissenbach, B. (1983): *Sozialmedizinische Faktoren und deren Einfluß auf den Hospitalisierungsprozeß sowie auf die Rehabilitationsfähigkeit geriatrischer Patienten*, medizinische Dissertation FU Berlin, 209 S.