

Soziale Bewältigung chronischer Erkrankungen im institutionellen Kontext

Coping with chronic diseases in an institutional setting

Zusammenfassung: Der Beitrag ist der Bewältigung chronischer Erkrankungen im institutionellen Kontext gewidmet. Untersucht werden Handlungsrouinen der Ärzte im Umgang mit sehr alten Kranken, deren Entlassung aus dem allgemeinen Krankenhaus unmittelbar bevorsteht. Wie interpretieren die Krankenhausärzte die Möglichkeiten der Sicherstellung eines Versorgungskontinuums? Wie sehen sie die eigenen Handlungsspielräume? Und schließlich: wie deuten sie den Versorgungsbedarf hochbetagter Patienten? Die Analyse legt einen charakteristischen Widerstreit zwischen professionsspezifischen und versorgungssystemabhängigen Handlungsorientierungen offen, wobei sichtbar wird, daß letztere oft die professionsspezifischen Deutungsmuster überlagern. Auch die Konsequenzen für die Bewältigungspotentiale auf seiten der hochbetagten chronisch Kranken werden diskutiert.

Summary: The contribution deals with general hospitals, their physicians and the advanced stages of chronic diseases. It focusses on patterns of professional action identified when the oldest patients are being prepared for discharge from hospital. How do the physicians manage their function as gatekeepers, how do they interpret their own scope for discretion in the face of institutional regulations and system requirements to provide the oldest old with access to optimal follow-up care? How do they assess these patients, and their need for care? Among the striving forces governing the professional action the profession-specific intentions are all too often overlaid by orientations dictated by the health system and its structure. The result is the progressing loss of professional elements of the physician's action and – on the side of the patient – drastical reduction of potency for coping.

Keywords: general hospital, very old, chronic diseases, professional action

1. Einführung

In unserem Beitrag möchten wir die Aufmerksamkeit auf die Bewältigung chronischer Erkrankungen im *institutionellen Kontext* der behandelnden und versorgenden Einrichtungen lenken. Wir befassen uns daher nicht primär mit dem von der chronischen Erkrankung betroffenen Individuum, seinen gesundheitsbezogenen Copingstrategien und seinem Bewältigungsverhalten bei chronischen Erkrankungen (LEHR 1986; LEHR & KRUSE 1984; THOMAE 1984; KRUSE 1984, 1987), seinem Beitrag zur Wiederherstellung der «beschädigten Identität» (GOFFMAN 1967; PEARLIN, LIEBERMAN and MENAGHAN 1981) und zur Normalisierung der persönlichen und sozio-ökonomischen Biographie (GERHARDT 1986). Vielmehr konzentrieren wir uns auf andere Akteure, deren Relevanz für die Bewältigung im Sinne der Mobilisierung institutio-

neller Ressourcen und Hilfen unbestritten ist. Wir untersuchen die Handlungsrouinen der *professionellen Mitarbeiter* behandelnder und versorgender Einrichtungen im Prozeß der Zuweisung und der Distribution von Versorgungsmaßnahmen und Diensten, die sehr alte chronisch Kranke benötigen.

Den Ausgangspunkt unserer Ausführungen bildet das allgemeine Krankenhaus und speziell die Situation «Entlassung/Verlegung». Wir fokussieren damit eine Institution, die in der Versorgung alter chronisch Kranker in der Bundesrepublik Deutschland eine zentrale Rolle spielt (GARMS-HOMOLOVÁ 1986). Unter *quantitativen Aspekten* der Einweisungshäufigkeit, der Verweildauer und der altersmäßigen Zusammensetzung der Patientenpopulation in den größeren Abteilungen allgemeiner Krankenhäuser betrachtet, nimmt das Krankenhaus eine dominante Stellung unter jenen Institutionen im Ver-

sorgungssystem ein, die an der Versorgung chronisch kranker alter Menschen beteiligt sind. (2) Unter *systemstrukturellen Aspekten* besehen, substituiert das Krankenhaus Dienste und Leistungen, die von anderen – unzureichend ausgebauten oder fehlenden – Institutionen des Gesundheitssystems nicht erbracht werden. (3) Darüber hinaus schließt das Krankenhaus Versorgungslücken an den Schnittstellen der Gesundheitsversorgung und der sozialen Dienste (4) und übernimmt Versorgungsaufgaben, die von Einrichtungen und Versorgungsnetzen außerhalb des Gesundheitswesens erfüllt werden könnten. (5)

Mit Blick auf *qualitative Aspekte* der kontinuierlichen und umfassenden Versorgung für chronisch kranke alte Menschen repräsentiert das Krankenhaus eine wesentliche Distributionsstelle für die Zuweisung der nachfolgenden Dienste der ambulanten und stationären Versorgung. So zeigen Untersuchungsergebnisse (vgl. KLIEMKE, KRÜGER und NIEMENSIVU 1983), daß die Sozialstationen die Mehrheit ihres Klientel von den Krankenhäusern zugewiesen bekommen und ebenso gibt es zahlreiche Hinweise darauf, daß der Zugang zu stationären Langzeiteinrichtungen fast ausschließlich über das Krankenhaus erfolgt (WEISSENBACH 1983). Aufgrund dieser Distributionsfunktion greift das Krankenhauspersonal maßgeblich in die Lebensgestaltung einer großen Anzahl chronisch Kranker ein.

Die dritte Dimension, die wir in die Diskussion einbringen, bezieht sich auf die Unterschiedlichkeit der Phasen im Verlauf der chronischen Erkrankungen und somit auch des sozialen Bewältigungsprozesses. Indem wir die sogenannten «*alten alten*» Patienten in den Mittelpunkt unserer Untersuchung stellen, fokussieren wir zugleich Abschnitte von Patientenkarrerien, die wir als *Spätstadien* bezeichnen möchten. Die Krankheitsphasen, in denen die pathologischen Entwicklungen klinisch und subjektiv evident geworden sind und die den Ausgangspunkt mancher Analysen darstellen (BURY 1982, teilweise auch GERHARDT 1986), gehören in unserem Betrachtungszusammenhang längst der Vergangenheit an. Dagegen zeichnen sich die Spätstadien dadurch aus, daß zumeist funktionelle Beeinträchtigungen in den Vordergrund treten und zwar solche, die Selbst-

versorgungsprobleme und entsprechende Autonomieeinbußen nach sich ziehen. Im Versorgungskontext des allgemeinen Krankenhauses, wo nach wie vor die Tendenz besteht, die krisenhaften Zuspitzungen chronischer Erkrankungen – diese stellen die Einweisungsgründe dar – als unzusammenhängende Akutepisoden zu interpretieren (MORGAN, CALMAN und MANNING 1985), gewinnen diese funktionalen Konsequenzen zusammen mit den multiplen Pathologien (Multimorbidität) eine determinierende Bedeutung für das institutionelle und professionelle «Management» der sehr alten Patienten.

Bei der Analyse dieser Phänomene konzentrieren wir uns auf die Krankenhausärzte. Sie sind formal autorisiert, die Verlegungs- bzw. Entlassungsprozeduren einzuleiten, den Patienten zu beurteilen, seinen Zustand offiziell zu begutachten und den Versorgungsbedarf zu attestieren. Es sind Aufgaben, die weitgehend die *formale «gatekeeper» Funktion* konstituieren (GARMS-HOMOLOVÁ et al. 1987) und alte Patienten in besonderem Maße betreffen. Denn für die Mehrheit dieser Patienten endet die «Fremdversorgung» nicht mit der Entlassung. Vielmehr müssen Maßnahmen des organisierten Sektors und/oder Versorgungsleistungen des informellen Netzes in Anspruch genommen werden.

Die Vorbereitung der Verlegung/Entlassung durch den Arzt umfaßt größtenteils «professionsexterne», stark formalisierte, verwaltungsmäßige Vorgänge, die ihrerseits die Basis für die eigentlichen verwaltungsmäßigen und administrativen Zuweisungsmechanismen bilden (SCHAEFER & BLOHMKE 1978). Die Implementation der Begutachtung und Atteste obliegt anderen Berufsgruppen – im Krankenhaus den Sozialarbeitern im Sozialdienst – und verschiedenen administrativen Instanzen. Es sind jedoch die Ärzte, die den Weg zum persönlichen und institutionellen Management des weiteren Lebens mit der chronischen Erkrankung freigeben. Einige Patienten geraten auf diesem Wege direkt in die Maschinerie der totalen Versorgung der Kranken- und Pflegeheime, andere wiederum werden ohne Hilfe nach Hause entlassen, unabhängig davon, ob sie Hilfe und Versorgung benötigen oder nicht. Uns geht es darum, die mikrostrukturellen Gesetzmäßigkeiten dieses scheinbar willkürlichen Geschehens herauszuarbeiten.

2. Forschungskontext

In unseren Ausführungen beziehen wir uns auf derzeit laufende Untersuchungen, die im Rahmen des Projektverbunds AGE CARE RESEARCH EUROPE in mehreren europäischen Ländern durchgeführt werden. Ein weiterer Beitrag in diesem Band – der von JAMIESON und ILLSLEY – basiert auf dem gleichen Projektverbund. Im Zentrum des hier erörterten Teilprojekts stehen mikrostrukturelle Prozesse der Versorgungsinanspruchnahme durch die sogenannten alten Alten. Diese Problematik wird jedoch nicht lediglich aus der Perspektive der Nutzungsforschung betrachtet, sondern ebenso als Versorgungszuweisung verstanden (GARMS-HOMOLOVÁ et al. 1987). Beide Prozesse werden gleichermaßen analysiert. Aus diesem Grund trennen wir zwischen der Ebene des Klienten/Patienten, d. h. des Nutzers, und der Ebene der Distributoren, der Professionellen. Unser Interesse richtet sich speziell auf prozessuale Aspekte der Aushandlung der Versorgung und die in dem Aushandlungsgeschehen zum Tragen kommenden Attribuierungen und Deutungen. Wir untersuchen, in welcher Weise diese den Verlauf der Versorgungsinanspruchnahme bzw. -zuweisung steuern und seine spezifische Dynamik beeinflussen. Gewählt wurde also eine theoretische Perspektive, in der die soziale Determiniertheit des Rollenhandels zugunsten einer prozessualen Betrachtungsweise aufgelöst ist.

Hier nun wird ein spezieller Aspekt dieser Problematik thematisiert und die alltägliche *Handlungspraxis* der behandelnden Krankenhausärzte beleuchtet. In ihrer Funktion als gatekeeper haben sie eine entscheidende Bedeutung für die Vermittlung von Versorgungsmaßnahmen und die Aushandlung des weiteren Versorgungsschicksals. Wir fragen nach ihrer Interpretation des institutionellen Kontextes, in dem sie tätig sind. Ebenso fragen wir nach der Sicht des Alterspatienten, der Praxis der Bedarfskonzipierung mit den ihr unterliegenden Zuschreibungen und Deutungen und analysieren, in welcher Weise diese Deutungen handlungsrelevant werden. Abschließend diskutieren wir die Auswirkungen auf die Strukturlogik, die dem Handeln des Arztes zugrunde liegt, und fragen nach den Effekten auf die Situation des Patienten.

Die Datenbasis stellen qualitative, semi-

strukturierte Interviews mit Ärzten dar, die in 24 Krankenhäusern erhoben wurden (6). Dem Charakter nach handelt es sich um fokussierte, halb strukturierte Interviews, die an einem Leitfaden orientiert sind. Gleichzeitig gewähren sie der Entfaltung der Sichtweisen der Befragten einen so breiten Raum, daß sie stark narrative Züge tragen. Dabei ranken die Erzählungen um die alltägliche Handlungspraxis im Klinikbetrieb und um Handlungsroutinen im Umgang mit den alten chronisch Kranken. Die Auswertung der Daten erfolgt auf der Basis textanalytischer Verfahren (GARMS-HOMOLOVÁ & SCHAEFFER 1988). Ihr Ziel ist es, allgemeine Strukturen im Prozeß der Versorgungszuweisung und -nutzung sichtbar zu machen.

3. Die Auslegung des institutionellen Kontextes und seine Relevanz für die Handlungspraxis strukturlogischen Handelns

Betrachten wir zunächst die Auslegung der Funktion des Krankenhauses. Im Verständnis der Ärzte gerinnt das *Krankenhaus* mehr und mehr zu einem «*Auffangbecken*», in das die Problemfälle der Gesellschaft, für die andernorts kein Platz zu finden ist, transferiert werden. Nicht selten wird in diesem Kontext von «*Sozialmüll*» (A 5) (7) gesprochen, eine Attribuierung für all jene Patienten, die *nicht* für «*medizinische Fälle*» im eigentlichen Sinn gehalten werden und von denen die Ärzte meinen, daß sie im Akutkrankenhaus falsch untergebracht seien. Diese aber stellen der ärztlichen Sicht der Dinge zufolge einen Großteil der Patienten dar: so beispielsweise Alkoholiker, unterversorgte Patienten, deren Angehörige sich der Pflegeverantwortung entziehen, sei es, weil sie sich überfordert fühlen oder gar, weil sie in Urlaub fahren wollen und sich dazu ihres «*Problems*» entledigen müssen (A 28, A 5); Patienten, deren Lebensbedingungen unzureichend sind, so jene, die im Winter in ungeheizten Wohnungen leben etc. Alte Patienten machen die Mehrzahl unter diesen «*Sozialfällen*» aus. Der Ansicht der Ärzte zufolge hat das Krankenhaus und haben sie selbst hier Leistungen zu erbringen, für die sie eigentlich nicht zuständig sind, denn hier können sie das breitgefächerte Instrumentarium der Akutmedizin nur unzureichend anwenden, und es

zeitigt, wird es dennoch verwendet, nicht den erwünschten Erfolg. In der alltäglichen Handlungspraxis leitet dieser Tatbestand die Ärzte zu dem Versuch, diese Patienten der stationären Akutmedizin so fern wie möglich zu halten. Sie nutzen ihre Funktion im Sinn einer *Schaltstelle*, an der sie die Patientenströme filtern und kanalisieren (SCHAEFFER 1987).

Gleichzeitig verpflichtet das professionelle, medizinische Ethos den Arzt, doch für diese Patienten zu sorgen. Die Ärzte sehen sich in ihrer professionsspezifischen *Schutzfunktion* angesprochen und meinen, den Patienten etwa vor Verwahrlosung, aber auch den Folgen bestimmter Verhaltensweisen schützen zu müssen. Es zeigt sich hier eine Form der Verantwortung, die in unmittelbarer Korrespondenz zu professionell verankerten Normen und Standards steht und den Arzt verpflichtet, den Patienten – weil er dennoch als Kranker definiert und behandelt werden muß – von seiner Verantwortung als vollwertiges Mitglied der Gesellschaft zu entlasten. Hier werden wir einer spezifischen *Ambivalenz* gewahr, die charakteristisch für das Handeln der Krankenhausärzte ist. Distanzierung und Verantwortung stehen nebeneinander, wobei die Verantwortung stets unter Rückgriff auf eine mit dem professionsspezifischen Ethos in Einklang stehende Form der Selbstpräsentation nahegebracht wird.

Diese Funktion als Auffangbecken und «Verwahrstation für Sozialfälle» (A 17) attestieren die Ärzte allen Kliniken, doch sehen sie deutliche *hierarchische* Differenzen. Während aus der Perspektive jener Ärzte, die in den kleineren Krankenhäusern tätig sind, die großen Kliniken sich streng auf die medizinische Seite des Geschehens zu begrenzen und andere Aspekte weitgehend zu ignorieren vermögen, können die Ärzte in den kleineren Häusern nicht umhin, sich mit den als «nicht-medizinisch» empfundenen Problemlagen zu befassen (A 25, A 28). Deshalb aber stehen sie bei den Kollegen der größeren Häuser in dem Ruf, «Medizin zweiter Klasse» (A 28) zu praktizieren, womit auf den Grad der Spezialisierung und Technisierung dieser kleinen Krankenhäuser und das da vermutete Patientengut angespielt wird. Vor allem, wenn in den kleinen Häusern eine Erste-Hilfe fehlt, gelten sie als bloße Vorstationen zum Pflegebereich der Altenhilfe. Für die in den so-

genannten nachgelagerten Krankenhäusern tätigen Ärzte dagegen stellt sich die Situation so dar, daß sie das Auffangreservoir des «Abfalls» der großen Kliniken sind (A 9, A 28). Alles, was dort «weggefiltert» wird, gelangt zu ihnen, so daß sie vielfach die unerledigten Probleme der sogenannten Elitemedizin auszukurieren haben (A 9, A 10).

Gewissermaßen – so läßt sich schlußfolgern – sind die Ausführungen der Ärzte durch eine *Hierarchie der Krankenhäuser* gesteuert (SCHAEFFER 1986), die nicht unbedingt deckungsgleich ist mit der offiziellen Einstufung nach Versorgungsstufen. Vielmehr bemißt sie sich an den Möglichkeiten, das Repertoire der hochtechnisierten Akutmedizin zur Geltung kommen zu lassen – an der Chance zur Praktizierung sogenannter «High-Tech-Medizin» – und am Interessantheitsgrad des vermuteten «Patientenguts». Die Hierarchie der Krankenhäuser korrespondiert mit einer *Hierarchie der Patienten*, bei der der chronisch kranke Alterspatient auf der untersten Stufe der Hierarchie steht ebenso wie das sogenannte «nachgelagerte» Krankenhaus, in dem – der Theorie der Ärzte zufolge – in der Hauptsache Alterspatienten in den Spätstadien chronischer Erkrankungen behandelt werden, Patienten also, bei denen der Idealtypus akutmedizinischer Handlungspraxis nicht greift.

Die «Hierarchie der Krankenhäuser» findet ihre Entsprechung in dem *professionellen Selbstbild* der Krankenhausärzte: während die in den hierarchisch hochpositionierten Kliniken tätigen Ärzte sich als zur Elite der Medizin gehörig sehen, verstehen sich jene auf den unteren Stufen als in peripheren Bereichen tätig und halten ihre Arbeit aufgrund der (am Maßstab der Akutmedizin gemessen) begrenzten Interventionsmöglichkeiten und den vorhandenen Strukturproblemen für minderwertig attribuiert und daher demotivierend. Mehr noch: sie sehen sich «auf's Abstellgleis» (A 28) gestellt und mit Arbeitsbedingungen konfrontiert, die keineswegs denen ihrer Wahl entsprechen. Zumeist sind sie eher zufällig in diesen Klinikbereich gelangt. Weil gleichzeitig die Aufstiegsmöglichkeiten und die professionelle Durchlässigkeit dieses Bereichs als schlecht angesehen werden, interpretieren diese Ärzte ihre Tätigkeit als «Aus» für ihre Karriere.

Die Verfahrenheit der Situation wird durch *fachspezifische Aspekte* unterstrichen. Auch fachspezifisch zeichnen sich deutlich Hierarchisierungen ab, die ebenfalls der Logik akutmedizinischer Interventionsmuster folgen. Einhellig wird den Internisten bescheinigt, am meisten mit sozial und versorgungsstrukturell problematischen Patienten zu tun zu haben, so daß den inneren Stationen aus der Perspektive anderer Fachrichtungen und insbesondere der Chirurgie der Ruf anhaftet, bloße «Sammelbecken für Problemfälle der Gesellschaft» zu sein (A 7). Dementsprechend weit unten werden die Internisten in der Hierarchie eingeordnet. Die Internisten glauben dagegen, daß die Chirurgen andere als medizinische oder gar chirurgische Probleme aus ihrem Handlungsfeld ausklammern und zu delegieren versuchen. Der Blick der Chirurgen sei reduziert, und dieses um so mehr, je größer die Klinik und der Grad der Spezialisierung ist.

Wird das Krankenhaus vor dem Hintergrund der Einweisungspraktiken als «Auffangbecken» bezeichnet, so stellt es sich mit Blick auf die Verlegung und Entlassung der Patienten für die Ärzte als «Verschiebehahn» (A 5, A 28) dar. Damit wollen sie speziell die Art und Weise der Distribution und der Versorgungszuweisung bezeichnet wissen. Im Krankenhausalltag sehen sie sich beim alten Kranken zumeist vor die Notwendigkeit gestellt, den Patienten unmittelbar in die nächstmögliche Versorgungsmöglichkeit zu übermitteln, ungeachtet der Tatsache, ob diese Stelle der Problemlage angemessen, ob sie 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 Art der Versorgungszuweisung, innerhalb derer sie selbst eine zentrale Rolle spielen, ist der Theorie der Ärzte zufolge in der «kru-den» Funktionsweise (A 7) des Versorgungssystems und speziell in den Modalitäten der Kostenregulation begründet. Der Klinikaufenthalt des alten Patienten kann in der Regel nicht so lange dauern, bis dieser als «geheilt» entlassen werden kann, da dieser Prozeß sich – aufgrund der multimorbiden Verfassung der meisten Alten – über eine erhebliche Zeitspanne hinzieht, die von den Krankenkassen nicht ohne

weiteres finanziert wird. 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 nur kaum noch zum Stillstand zu bringen, auch – so die Sicht der Ärzte – nicht durch ärztliche Interventionen.

4. Konzeptualisierung des Versorgungsbedarfs und der Angemessenheit nachfolgender Versorgungsmaßnahmen durch Krankenhausärzte

In diesem Abschnitt fragen wir nach den professionellen Deutungen des Zustandes und der Situation alter chronisch Kranker, nach dem Sinngehalt von prognostischen Annahmen und speziell nach der Interpretation des künftigen Versorgungsbedarfs.

Die Zuweisungsfunktion und die Gestaltung der weiteren Versorgungsverläufe ist *nur eine* und keineswegs dominante Aufgabe im Tätigkeitsspektrum von Krankenhausärzten, zudem eine Aufgabe, die gemeinsam mit anderen Berufsgruppen wahrgenommen wird. Deshalb bestehen zuweilen Diskrepanzen zwischen den Kriterien und Interpretationen, die die Ärzte im Rahmen ihrer «Haupttätigkeit» anlegen, und je-

nen, die im Entlassungskontext angelegt werden. Jedoch kommt die «interpretative Macht» der Professionellen (GOFFMAN 1959) angesichts der formalen «gatekeeper» Funktion der Ärzte im Entlassungskontext besonders zum Tragen.

4.1 Ärztliche Einschätzung der hochbetagten Patienten und ihrer allgemeinen Situation

Im Kontext der Entlassungssituation zeichnen die Ärzte ein düsteres und trostloses Bild der hochbetagten Patienten, das durch folgende Merkmale charakterisiert ist:

- Im Zentrum der Zustandsdarstellung stehen die *Defizite der Selbstversorgungsfähigkeit* der Patienten, speziell die Vernachlässigung von Körperpflege und Hygiene und die Gefahr körperlicher Verwahrlosung (A 4, A 17).
- Als typisch wird der *unspezifische Charakter* des Krankheitsbildes herausgestellt (eine Vielzahl von Gebrechen und manifesten Symptomen gesellt sich zu Behinderungen und sekundären Schädigungen durch langfristige Therapiemaßnahmen), das sich aufgrund seiner Diffusion der medizinischen Intervention im Krankenhaus entzieht (A 24, A 17, A 8).
- Dabei dominieren Hinweise auf die *Alltäglichkeit* der Erkrankungen, die *nicht* zu den medizinisch interessanten gehören (A 4), auf die *Chronizität* der Zustände und auf ihre *Therapieresistenz*: Die Behandlung hat den Charakter eines kurzfristigen «Aufpöppelns», bleibt jedoch in der Regel ohne dauerhafte Effekte (A 24). Es überwiegt das Bild des *fortschreitenden* Abbaus (A 17).

4.2 Prognostische Annahmen

Ausgehend vom Status quo sind die zukunftsgerichteten Annahmen der Krankenhausärzte über die Entwicklungsmöglichkeiten des Patienten von *Zweifeln an der Dauerhaftigkeit* der im Krankenhaus erzielten Behandlungseffekte geprägt. Hier werden die bereits erwähnten Diskrepanzen zwischen den Deutungen im Kontext der ärztlichen «Haupttätigkeit» und jenen entlassungs- bzw. zuweisungsbezogenen Interpretationen der Zukunftsaussichten sichtbar (A 4,

A 7, A 9). Während die Prognosen für die eigens behandelten hochbetagten «Einzelfälle» überwiegend positiv ausfallen, sind die prognostischen Äußerungen im Kontext der Entlassungssituation generell negativ. Doch im Zuge der Entlassungsvorbereitungen erhalten auch solche Patienten, die die persönlichen Behandlungserfolge des Arztes verkörpern, die Bedeutung von Ausnahmen, die die (negative) Regel bestätigen.

Ferner sind in den zukunftsbezogenen Annahmen die *Zweifel* an einer ausreichenden Wiederherstellungsfähigkeit der *körperlichen Funktionstüchtigkeit und Selbstversorgungskapazität* der alten Patienten stark ausgeprägt. Von entscheidender Bedeutung sind jedoch Annahmen über die künftige Entwicklung des geistigen Zustands: die hochbetagten Patienten werden mehrheitlich als subdement und als potentiell dement beurteilt.

In den ungünstigen Prognosen spiegeln sich offensichtlich reale Erfahrungen der Krankenhausärzte mit wiederholten Einweisungen wider. Häufig erleben sie *den Rücklauf* gerade entlassener alter Patienten, die früher oder später erneut eingeliefert werden.

4.3 Interpretation des Patientenzustandes in Begriffen des Versorgungsbedarfs

Angesichts der generalisiert negativen Sicht der alten Patienten und der vorwiegend skeptischen prognostischen Annahmen ist es nicht verwunderlich, daß die Krankenhausärzte den Versorgungsbedarf ihrer hochbetagten Patienten als sehr hoch einschätzen. Auffällig ist die geringe Differenziertheit des Bedarfsspektrums. Als notwendig gilt die Versorgung speziell im Bereich der Körperpflege und persönlicher Hygiene. Nur in Ausnahmefällen werden auch andere – etwa weitere therapeutische und rehabilitative Maßnahmen – empfohlen. Entworfen wird eine Bedarfspalette, die sich besonders auf Verwahrung, umfassende Betreuung, Pflege, Schutz des Patienten und seiner Umgebung erstreckt. Obwohl die Bedarfskriterien in erster Linie aus der Beurteilung der elementaren Funktions- und Selbstversorgungsfähigkeit im Bereich der grundlegenden «activities of daily living» abgeleitet sind (z. B. A 4, A 7, A 11, A 17), fanden wir – bis auf eine Ausnahme (A 6) – keine An-

wendung standardisierter Verfahren zur Beurteilung der Selbstversorgungskompetenz und der funktionalen Kapazität vor der Entlassung: Im allgemeinen vertrauen die Ärzte auf das eigene Augenmaß (A 8, A 9).

Der Zustand der Patienten unmittelbar nach der Krankenhausaufnahme und zu Beginn der Behandlung scheint für die Einschätzung des Versorgungsbedarfs wichtiger zu sein als der Status kurz vor der Entlassung. Das hängt – wie wir an einer anderen Stelle zeigen (GARMS-HOMOLOVÁ et al. 1987) – mit der Notwendigkeit zusammen, speziell im Falle der Verlegung in eine Pflegeeinrichtung, die erforderlichen Schritte sehr frühzeitig einzuleiten: manchmal bereits am zweiten oder dritten Aufenthaltstag.

4.4 Angemessene Versorgungsmöglichkeiten in der Sicht der Krankenhausärzte

Generell ist bei den Ärzten eine *idealtypische Vorstellung* über geeignete Lebens- und Versorgungsbedingungen für die hochbetagten Patienten weit ausgeprägt. Sie deckt sich mit dem in weiten Gesellschaftsschichten verbreiteten, romantisierten Bild der Großfamilie. Doch vor dem Hintergrund negativer Erfahrungen, die stets generalisiert werden, scheinen solche «idealen Bedingungen» für die Patienten auch nicht nur annähernd erreichbar zu sein.

Spielen bei der Interpretation des Versorgungsbedarfs *patientenbezogene Kriterien* (Merkmale der Funktions- und Selbstversorgungsfähigkeit) eine wichtige Rolle, so orientieren sich die Ärzte bei der Beurteilung, welche Maßnahmen für den konkreten Patienten als adäquat anzusehen sind, an den *Annahmen über vorhandene Angebote*. Selten können sie auf reale Kenntnisse der Dienste und Einrichtungen zurückgreifen. Die ambulante Versorgung wird nur für diejenigen Patienten als geeignet angesehen, die zumindest über residuale Selbstversorgungsfähigkeiten und in jedem Falle über ein hilfswilliges soziales Netz (naher Verwandter) verfügen. Wenn diese Voraussetzungen nicht vorliegen, wird eine stationäre Unterbringung befürwortet.

Zwischen den verschiedenen Diensten des intramuralen Bereichs wird ebenfalls nicht nach Versorgungsintensität und -umfang unterschied-

den, und es fehlt die patientenbezogene Differenzierung. Auf diese Weise gerinnt die Abwägung zwischen verschiedenen Möglichkeiten der nachfolgenden Versorgung bei den Ärzten zu einer *dichotomen Entscheidung*: «Selbstversorgung zu Hause» oder «ins Heim». Nur in den seltenen Fällen qualifizieren der häusliche Hintergrund oder die Angehörigen den alten chronisch Kranken für eine differenzierte Betrachtung der Versorgungsmöglichkeiten. Pauschalurteile der Krankenhausärzte stellen die Regel dar. Solche Pauschalurteile untermauern die Marschrichtung der Entlassungs- bzw. Verlegungsprozedur, die nötigenfalls gegen den Willen des Patienten durchgesetzt wird. Vielfach bietet der angenommene oder tatsächliche psychische Abbau der Patienten eine Gewissensberuhigung für den Arzt. Er geht davon aus, daß die Patienten nicht voll erfassen, was mit ihnen passiert und daß sie deshalb unter der «Verschiebepaxis» nicht leiden. So ziehen die Ärzte vor, die Patienten über die Verlegungsschritte und Versorgungsgestaltung weitgehend im unklaren zu lassen. Die «subdemente Norm», die so oft an sehr alte chronisch Kranke angelegt wird, bietet eine gute Rechtfertigung dafür.

Diese Praxis ist üblich, wenn eine weitere Institutionalisierung ansteht, die ohnehin von den Ärzten *tendenziell* bevorzugt wird. Sie bietet – so der Trend der meisten Aussagen – umfassende Dienste, die speziell die körperlichen und hygienischen Grundbedürfnisse des Patienten befriedigen können. Und die Krankenhausärzte wollen die Gewißheit haben, daß die Patienten «gut» und umfassend versorgt sind, vor allem jedoch «geschützt», nicht nur vor Stürzen und Verwahrlosung, sondern auch vor den Folgen eigener unangemessener Verhaltensweisen, mit denen bei den Alten – häufig psychisch Veränderten – gerechnet werden kann. Bei der Bevorzugung von Institutionen mit verwahrendem Charakter werden zugleich *andere Dimensionen der Schutzfunktion* wirksam, so der Schutz der Gemeinschaft vor ebensolchen Folgen des unangemessenen Verhaltens psychisch abgebauter alter Menschen und der Schutz der «akuten» Bereiche des Versorgungssystems vor wiederholter Inanspruchnahme.

Fassen wir noch einmal zusammen: Als Adressaten diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen stellen die hochbetagten Patienten

keine medizinische Herausforderung für den im Allgemeinen Krankenhaus tätigen Arzt dar. In der Entlassungssituation korrespondiert die in der Regel negative und undifferenzierte ärztliche Beurteilung des Zustands und die Prognose der meisten alten, chronisch Kranken mit den restriktiven Möglichkeiten der vorhandenen Versorgungsangebote.

Die *professionsspezifische Schutzfunktion* kommt hingegen voll zur Entfaltung. Es ist die Tendenz, den Alten als Träger der Krankenrolle aus dem Prozeß der Versorgungsgestaltung «herauszuhalten», ja, ihn in einen «Schutzraum» zu verweisen, und ihn damit von seiner Verantwortung als vollwertiges Mitglied der Gesellschaft zu entlassen (vgl. PARSONS 1965). Vor dem Hintergrund dieser Funktion, die sich übrigens nicht selten als professionelle Verantwortung gegenüber der Gesellschaft präsentiert, werden vorhandene Versorgungsmöglichkeiten gedeutet und beurteilt.

Auf diese Schutzfunktion ist zurückzuführen, daß sich Ärzte jederzeit bereiterklären, Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes, ja sogar die «Drehtürmechanismen» im Versorgungsverlauf zu legitimieren, wenn das Versorgungsproblem der alten Patienten nicht anders befriedigend gelöst werden kann. Bei den Hochbetagten kann jederzeit irgendeine Krankheit diagnostiziert werden, die den Krankenhausaufenthalt für eine bestimmte Dauer rechtfertigt. Die Ärzte wählen solche Strategien, denen sie einen *hohen moralischen* Stellenwert beimessen, ungeachtet der Tatsache, daß die Versorgungsproblematik des Patienten auf diese Weise nicht gelöst werden kann. So rechtfertigt die protektive Funktion jede – auch die vom Standpunkt des Patienten noch so inhumane – Entscheidung. De facto kommt diese Schutzfunktion jedoch um so stärker zum Tragen, je vollständiger der Eigenbeitrag des alten Patienten zur Bewältigung seiner Versorgungsproblematik ausgeblendet werden kann.

5. Schlußbetrachtung

Kehren wir nun zu unserer Problemstellung zurück und betrachten abschließend die dargestellten Deutungsstrukturen in ihrer Auswirkung auf die gatekeeper-Funktion, deren Wahr-

nehmung den Krankenhausärzten obliegt. Wir konnten aufzeigen, daß angesichts der Problematik alter, chronisch Kranker professionsspezifische Deutungsmuster zurückgedrängt und von solchen Deutungsmustern überlagert werden, die aus systemstrukturellen Anforderungen an den Arzt resultieren. Die Handlungspraxis in der Verlegungs-/Entlassungssituation zeichnet sich entsprechend durch den Verlust von fallverstehenden Handlungskomponenten und von Elementen des therapeutischen und individualisierten Umgangs mit alten Patienten. Dagegen gewinnen technokratische Handlungsmuster zunehmend die Oberhand. Sie führen zu einer depersonalisierten Beziehung zwischen Arzt und Patient und bergen stets die Gefahr einer Negierung der Autonomie des Patienten und professioneller Übergriffe auf seine Lebenspraxis in sich.

Professionssoziologisch betrachtet kommt hier eine in hohem Maße deprofessionalisierte Handlungspraxis zum Zuge (HARTMANN 1972, OEVERMANN 1980; BOLLINGER, BROCKHAUS, HOHL & SCHWAIGER 1981), die vordergründig den Kriterien professionsexterner Kontrollinstanzen verpflichtet ist (FREIDSON 1986) und die für professionalisiertes Handeln typische Strukturlogik (OEVERMANN 1980; SCHAEFFER 1986) vermissen läßt. Das Bestreben um die Herstellung eines Ausgleichs dieser sich widerstreitenden Handlungsorientierungen geht zwangsläufig auf Kosten des alten Patienten, weil dieser sich, dem professionellen Selbstverständnis der Ärzte zufolge, professionellen Interventionen entzieht. Diese Deprofessionalisierungstendenzen kennzeichnen das Handeln des einzelnen Arztes an dieser Stelle des Versorgungssystems deutlicher als an anderen Stellen und haben zur Konsequenz, daß auf seiten des alten chronisch kranken Patienten die Möglichkeit zur Mobilisierung eigener Handlungs- und Bewältigungspotentiale im Prozeß der Inanspruchnahme vorhandener Versorgungseinrichtungen weiter reduziert werden.

Anmerkungen

1) Die Basis für unsere Ausführungen bildet das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft seit 1985 geförderte Forschungsprojekt «Versorgung alter Menschen – Bedarf und Barrieren».

2) Exakte Zahlen über die altersmäßige Zusammensetzung der Patienten in den Krankenhäusern existieren nicht, jedoch lassen in anderen Zusammenhängen erhobene Daten – z. B. die Statistiken der Sterbefälle in den Krankenhäusern (vgl. PRÖSSDORF 1986) – die Schlußfolgerung zu, daß mehr als die Hälfte der Patienten in internistischen Abteilungen das 70. Lebensjahr erreicht haben und daß auch in chirurgischen, orthopädischen und anderen Abteilungen die Patienten dieser Altersgruppe etwa ein Drittel der Patientenkollektive ausmachen.

3) Internationale Vergleiche zeigen, daß hiesige Krankenhäuser Aufgaben wahrnehmen, 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.

4) Bereits unsere ersten Analysen im Rahmen dieses Projekts deuten darauf hin, daß die derzeit noch diskontinuierliche und leistungsinsuffiziente Hauskrankenpflege vielfach durch stationäre Krankenhausversorgung ausgewogen werden muß (GARMS-HOMOLOVÁ et al. 1987).

5) Gemeint sind hier die Verwahrung, hauswirtschaftliche Hilfe und psychosoziale Betreuung der alten Menschen (vgl. GARMS-HOMOLOVÁ et al. 1987).

6) Nach dem derzeitigen Stand der Erhebung wurden insgesamt 51 semi-strukturierte Interviews mit Professionellen und 82 professionelle Fallkommentare erhoben. Davon stammen 26 Interviews und 62 Fallkommentare von Ärzten.

7) Kennzeichnung anonymisierter Arztinterviews.

Literatur

BOLLINGER, H., BROCKHAUS, G., HOHL, J. und SCHWAI-GER, H. (Hrsg.) (1981): *Medizinerwelten. Die Deformation des Arztes als berufliche Qualifikation*. München: Zeitzeichen.

BURY, M. (1982): *Chronic Illness as Biographical Disruption*. *Sociology of Health and Illness*, 4, 2, 167–182.

FREIDSON, E. (1986): *Professional Power. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago, London: The University of Chicago Press.

GARMS-HOMOLOVÁ, V. (1986): *Discharge from Hospital: Professional Criteria of Need and Provision*. Paper presented at the Meeting on Sub-Project 2, Age Care Research Europe, Lyon/France, October 27–29.

GARMS-HOMOLOVÁ, V. und HÜTTER, U. (1987): *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: ISM der FU, vervielf. 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». Berlin: ISM der FU, vervielf. Manuskript, 275 S.

GARMS-HOMOLOVÁ, V. und SCHAEFFER, D. (1988): *Qualitative Research into the True Nature of the Continuity of Care*. Basic Information on the Berlin Study as Part of Sub-Project 2 of the International Comparison Age Care Research Europe (ACRE), Manuscript, 20 p.

GERHARDT, U. (1986): *Patientenkarrieren. Eine medizinsoziologische Studie*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

GOFFMAN, E. (1959): *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York: Doubleday.

GOFFMAN, E. (1967): *Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

HARTMANN, H. (1972): *Arbeit, Beruf, Profession*. In: LUCKMANN, TH. und SPRONDEL, W. M. (Hrsg.): *Berufssoziologie*. Köln: Kiepenheuer & Witsch, 36–52.

HÜTTER, U. (1988): *Stellenwert des NAW-Dienstes im Einsatzspektrum des Notfallrettungsdienstes*. Bericht zum Forschungsprojekt 7620 «Analyse und Beurteilung der Notfallrettung in Berlin», Teil 2, Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 22, Bergisch Gladbach: Bundesanstalt für Straßenwesen, Bereich Unfallforschung, 85 S.

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. 1. 1983, Berlin: IFK, 90 S.

KRUSE, A. (1984): *Der Schlaganfallpatient und seine Familie*. *Zeitschrift für Gerontologie*, 17, 359–366.

KRUSE, A. (1987): *Kompetenz bei chronischer Krankheit im Alter*. *Zeitschrift für Gerontologie*, 20, 355–366.

LEHR, U. (1986): *Der ältere Koronarkranke: Einfluß des Krankheitserlebens auf die Bewältigungstechniken bei Prävention und Rehabilitation*. In: HAHLHUBER, C. und TRAENCKNER, K. (Hrsg.): *Die koronare Herzkrankheit*. Erlangen: Perimed, 370–392.

LEHR, U. und KRUSE, A. (1984): *Interventionsgerontologie und Psychologie*. In: TUBE, J. (Hrsg.): *Schlaganfall, Frühdiagnose – Frührehabilitation*. Wien: Hollinek, 89–102.

MORGAN, M., CALNAN, M. and MANNING, N. (1985): *Sociological Approaches to Health and Medicine*. London, Sydney: Croom Helm.

OEVERMANN, U. (1980): *Hermeneutische Methode und die Logik professionalisierten Handelns – Ist eine nicht-technokratische Anwendung sozialwissenschaftlicher Wissensbestände möglich? Vortrag vom 20. Deutschen Soziologentag*, Bremen.

PARSONS, T. (1965): *Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse*. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Sonderheft 3: *Probleme der Medizin-Soziologie*, 10–37.

PEARLIN, L. J., LIEBERMANN, M. A., MENAGHAN, E. G.

- et al. (1981): The Stress Process. *Journal of Health and Social Behavior* 22, 337–356.
- PRÖSSDORF, K. (1986): Der Stellenwert des Krankenhauses in der Gesundheitspolitik. *Das Krankenhaus*, 78, 277–283.
- SCHAEFER, H. und BLOHMKE, M. (1978): Sozialmedizin. Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizinsoziologie und Sozialmedizin. Stuttgart: G. Thieme, 2. überarbeitete Aufl.
- SCHAEFFER, D. (1986): Identifying Nodal Points in the Structure of the Care System. Paper presented at the Meeting on Sub-Project 2, Age Care Research Europe, Lyon/France, October 27–29.
- SCHAEFFER, D. (1987): Formen professioneller Selbstpräsentation und Wissensakkumulation in Prozessen wildwüchsiger Professionalisierung. Vortrag, gehalten auf dem Kolloquium «Kommunikative Formen der gesellschaftlichen Organisation des Wissens» vom 6.–7. 2. 1987 am Internationalen Wissenschaftsforum Heidelberg.
- THOMAE, H. (1984): Reaktionen auf gesundheitliche Belastung im mittleren und höheren Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Gerontologie*, 17, 186–197.
- WEISENBACH, B. (1983): Sozialmedizinische Faktoren und deren Einfluß auf den Hospitalisierungsprozeß sowie auf die Rehabilitationsfähigkeit geriatrischer Patienten, medizinische Dissertation FU Berlin, 209 S.

Dr. Vjenka Garms-Homolová und Doris Schaeffer, Freie Universität Berlin, Albrechtstraße 36 a, 1000 Berlin 41.