

Die Bedeutung des Krankenhauses für die Versorgung alter Menschen

Vjenka Garms-Homolová, Doris Schaeffer

Zusammenfassung

Ausgehend von den quantitativen Aspekten der Bedeutung des Krankenhauses für die Versorgung alter Menschen stellen wir dar, daß das Krankenhaus die Institution ist, die alte Menschen in Problemlagen auffängt und unzureichende Dienste kompensiert und substituiert. Von der Dominanz dieser Institution sprechen wir speziell deshalb, weil der Zugang zu anderen Versorgungsmöglichkeiten von hier aus gesteuert wird. Das Krankenhaus hat den Charakter eines Knotenpunkts und zugleich einer Distributionsstelle, wo die Patientenströme gefiltert und kanalisiert werden. Wir verweisen auf den Status hochbetagter Patienten im Akutkrankenhaus und auf einige strukturelle Antinomien im Handeln des Krankenhauspersonals, besonders auf solche, die bei der Entlassung alter Patienten wirksam werden. Wir versuchen, Einblicke in die praktische Realisierung der Zuweisungsfunktion des Krankenhauspersonals und in jene Mechanismen zu gewähren, die die hochbetagten Patienten in ein "Versorgungskarussell" verstricken. Es zeigt sich, daß mit der Zuweisung eine Zurichtung der Patienten einhergeht, die die Möglichkeiten der Hochbetagten zur Mobilisierung eigener Handlungs- und Bewältigungspotentiale enorm reduziert.

Summary

Starting from quantitative aspects of the role a hospital plays in the care of old people, we state that hospital is the institution which provides the safety net for old people in problem situations, compensating and substituting for insufficient services. We mention the dominance of this institution specially because it is from here that the access to other care facilities is being controlled. The hospital takes on the character of a junction and, at the same, that of a distribution centre where streams of patients are being filtered and channelled. We refer to the status of old aged patients in hospital as well as to some structural contradictions in the behaviour of the hospital staff - especially those which become effective when old aged patients are being discharged. We attempt to give an insight both into the practical realization of the hospital staff's function to refer and into those mechanisms which entangle the old aged patients in a "Merry-Go-Round-of-care". It appears that along with the referral goes an adaption of the patients

which greatly reduces the old people's ability to mobilize their own potential for acting and coping by themselves.

Gliederung

1. Zur quantitativen Bedeutung des Krankenhauses
2. Die Substitutionsfunktion des Krankenhauses
3. Die Bedeutung des Krankenhauses für die hochbetagten Patienten
4. Die Distributionsfunktion des Krankenhauses und die Zuweisungspraxis der Krankenhausmitarbeiter

Anmerkungen

Literatur

Das Thema "alte Menschen im Krankenhaus" liefert den Diskussionsstoff dieser Tage. Auch in der absehbaren Zukunft wird es aus sozialpolitischen Gesprächen nicht verschwinden. Schließlich liegt hier eine der Ursachen für die Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Die Notwendigkeit wie auch die Problematik der Krankenhausbehandlung älterer und alter Patienten werden von den meisten politischen Kontrahenten als pro und contra Argumente im Disput um den Bettenabbau herangezogen.

Anders in der Medizinsoziologie. Dort mangelt es an Analysen dieses Gegenstandes. Welche Strömung auch jeweils in der medizinsoziologischen Betrachtung des Krankenhauses überwog (für Übersicht vgl. z.B. Morgan et al. 1985), vor dem Thema "Alte und Krankenhaus" blieb der Diskurs regelmäßig stehen. Zwar existieren Arbeiten, die sich mit der Problematik chronisch Kranker, ihrer Hospitalisierung und der Relation zwischen ihnen und dem Krankenhauspersonal befassen - einige davon gehören heute zu den "Klassikern" (z.B. Strauss et al. 1982) - selten aber wird den spezifischen Aspekten der Hospitalisierung alter und sogar hochbetagter Menschen (vgl. Garms-Homolová und Schaeffer 1988) Aufmerksamkeit zuteil. Dem quantitativen Übergewicht dieser Patienten im Akut- und generell im Krankenhaus wird höchstens die steigende Anzahl naturwissenschaftlich orientierter Forschungsprojekte über Alterskrankheiten gerecht (viele von ihnen dienen in erster Linie der pharmazeutischen Industrie, die in den Alten längst den wichtigsten Kunden entdeckte), und ebenso die Tatsache, daß die Geriatrie ihre Stellung als eigenständige medizinische Subdisziplin zumindest im Ausland auszubauen vermochte (vgl. Somers and Fabian 1981).

Bei der sozialwissenschaftlichen Betrachtung dieser Thematik ist die Situation gänzlich anders. So finden sich - wie Haug und Ory (1987) in ihrer Übersicht vermerken - in der Fülle der Untersuchungen der Arzt-Patient-Interaktion, der Compliance usw. kaum solche, die diese Prozesse explizit unter Berücksichtigung von alten Patienten untersucht hätten; vielmehr werden die Einflüsse der Variable Alter herausgearbeitet und auf diese Weise mehr oder weniger periphere Informationen über die Besonderheiten der Kommunikation alter Patienten mit dem Gesundheitspersonal gegeben. Insgesamt bleiben relevante medizinsoziologische Aussagen über alte Patienten im Krankenhaus dünn gesät und müssen aus Studien deduziert werden, die primär ein anderes Thema zum Gegenstand haben, so beispielsweise aus Untersuchungen des Sterbens im Krankenhaus (Glaser and Strauss 1964, 1968; Glaser 1966; Rosenthal et al. 1980; Kastenbaum and Weisman 1972).

Deshalb betrachten wir es als angebracht, in unserem Beitrag einen ersten Problemabriß zu geben. Darin stellen wir dar, welche *Bedeutung* und welche *Funktion* die Institution Krankenhaus für die Versorgung alter Menschen hat. Unsere Ausführungen sind nicht aus der Position einer system-strukturellen Analyse vorbereitet worden. Soweit wir uns auf die Befunde eigener Studien stützen¹, gehen wir so vor, daß wir die Funktionsweise systemimmanenter Mechanismen auf der Basis mikrosoziologischer Analysen von Prozessen und Handlungsstrukturen im Krankenhausetting erklären.

1. Zur quantitativen Bedeutung des Krankenhauses

Allein 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 Versorgungssystem ein, die an der Versorgung (chronisch kranker) alter Menschen beteiligt sind. Es muß allerdings vorausgeschickt werden, daß genaue Zahlen nicht zur Verfügung stehen. Die allgemeinen Krankenhausstatistiken bilden im wesentlichen ausgewählte Daten der Infrastruktur ab: Anzahl der Betten, Personalzahlen etc. (Mikat 1975). Ungenau sind auch andere statistische Quellen: in den Statistiken der Gesetzlichen Krankenversicherung wird nach "versicherten Mitgliedern" und "Rentnern" unterschieden, wobei zur Gruppe "Rentner" auch Berentete unter der gesetzlichen Altersgrenze zählen. Für das

Jahr 1984 gibt Müller (1986) den Anteil der 60jährigen und älteren Patienten mit 30,7% an, 6,5% davon entfallen auf die 60 bis 65jährigen, auf die über 65jährigen hingegen 24,2%. Die durchschnittliche Verweildauer betrug bei dieser zuletzt genannten Patientengruppe im gleichen Jahr 19,58 Tage und liegt damit 5,67 Tage höher als die durchschnittliche Verweildauer von 13,91 Tagen. Auch die Anzahl der Pflegetage ist bei dieser Altersgruppe mit 35,2 von Hundert die höchste.

Hinweise auf die Einweisungshäufigkeit der sogenannten "alten Menschen" liefern die Daten unserer 1986/87 durchgeführten Survey (Garms-Homolová und Hütter 1987, 1988a). Wir befragten 427 nicht institutionalisierte Großstadtbewohner im Alter von 70 bis 90 Jahren. 90 Personen (das sind 2% der Befragten) wurden im Zeitraum von 12 Monaten vor der Befragung ein- oder mehrmals in ein Krankenhaus eingewiesen und verbrachten dort von einem Tag bis zu 6 Monaten. Mit steigendem Alter (speziell bei den befragten Frauen) stieg die Wahrscheinlichkeit einer Krankenhausaufnahme. Für die älteren unter den befragten Frauen trifft auch zu, daß die Anzahl der Einweisungen steigt und die Verweildauer sich verlängert, wenn die Funktionskapazität, d.h. die Fähigkeit, Anforderungen des täglichen Lebens zu bewältigen, beeinträchtigt ist und ebenso, wenn die Selbsteinschätzung dieser Frauen negativ ist und spezifische Behinderungen vorliegen. Die Verweildauer ist länger bei den Frauen, die wenige soziale Kontakte haben, besonders Kontakte mit reziproken Beziehungen, die auf Eigenaktivität der alten Frauen basieren.

Diese Befunde, wie auch andere Zahlen - etwa der vergleichsweise geringe Anteil alter Menschen, die dauerhaft in stationären Einrichtungen der Altenhilfe untergebracht sind (4,4% - vgl. Hinschützer und Momber 1982), der Anteil Sterbefälle in Krankenhäusern (er beträgt ca. 55% aller pro Jahr - Pröbldorf 1986) - unterstützen die These, daß das Krankenhaus hierzulande an der Versorgung alter Menschen stärker beteiligt ist, als alle anderen Institutionen und Dienste - vielleicht mit Ausnahme der niedergelassenen Ärzte (Garms-Homolová und Hüttner 1988a; Heikkinen et al. 1983). Es übertrifft sogar solche Institutionen, die speziell für alte Menschen geschaffen wurden und dem Sektor der Altenhilfe angehören.

2. Die Substitutionsfunktion des Krankenhauses

Dem Krankenhaus obliegen zahlreiche Aufgaben, die durch andere Bereiche des Versorgungssystems gar nicht oder nur unzureichend wahrgenommen werden, weil entsprechende Dienste in der Bundesrepublik nicht vorhanden oder lückenhaft sind und die notwendigen Leistungen durch das System der sozialen Sicherung nicht abgedeckt werden. Diese *Substitutionsfunktion* des Krankenhauses ist sowohl innerhalb des Systems der gesundheitlichen Versorgung als auch an seinem Rand und sogar außerhalb wirksam. *Innerhalb des Gesundheitssystems* kommt die Substitutionsfunktion bei der Versorgung jener Patienten zum Tragen, die in anderen Ländern durch teilstationäre Einrichtungen - Tages- und Nachtkliniken, Wochenendkrankenhäuser etc. - und durch ambulante Gesundheitsdienste - z.B. ambulante Rekonvaleszentenbehandlung und -überwachung - behandelt und versorgt werden.

Im *Grenzbereich zwischen der Gesundheitsversorgung und den sozialen Diensten* schließt das Krankenhaus die Lücke zwischen der ambulanten Krankenpflege und Hauspflege. Diese sind noch völlig unzureichend ausgebaut und erbringen wegen der insuffizienten finanziellen Absicherung diskontinuierliche und selektive Dienste. Aus unseren Analysen geht hervor, daß der Kreis der alten Menschen, die mit ambulanter Pflege nach Hause entlassen werden können, in den Augen der diese Dienste zuweisenden Krankenhausmitarbeiter sehr begrenzt ist. Solche Patienten müssen über ausreichende funktionelle Fähigkeiten verfügen und "geistig auf der Höhe" sein, um einen Teil der Versorgung selbst übernehmen zu können. Sie müssen in ein Netz familiärer, freundschaftlicher und nachbarschaftlicher Beziehungen eingebunden sein, das in der Lage sein sollte, den größten Teil der benötigten Leistung zu übernehmen.

Schließlich muß das Krankenhaus häufig Aufgaben übernehmen, die der Gesundheitsversorgung *nicht unmittelbar* zuzurechnen sind, jedoch durch keine andere Institution angemessen erfüllt werden. Gemeint ist hier Verwahrung, hauswirtschaftliche Hilfe oder psychosoziale Betreuung. Ein geradezu typisches Beispiel verkörpern ältere Ehepartner, die zusammen in ein Krankenhaus eingewiesen werden, obwohl nur einer der Krankenhausbehandlung bedarf. Für den nicht behandlungsbedürftigen Partner bietet das Krankenhaus aber die Essensversorgung, Hilfen bei der persönlichen Hygiene, Kontakte (zu Mitpatienten) und Ansprache (durch das Personal): sämtlich Leistungen, die schwer zu organisieren und zu finanzieren sind, solange er zu Hause bleibt und nicht als "krank" oder explizit "bedürftig" gilt.

Die Funktion, die wir unter system-strukturellen Gesichtspunkten als Substitution bezeichnen, stellt sich im Hinblick auf die Patienten als *Auffangfunktion* dar: Alte Menschen in Problemsituationen und Notlagen unterschiedlichster Art werden ins Krankenhaus eingewiesen. Das geschieht nicht nur bei der fehlenden häuslichen Versorgung, sondern bei Überforderung und Brüchigkeit des informellen sozialen Netzes, bei fortschreitender Behinderung, bei Vereinsamung und anderen psychosozialen Problemen, bei allgemeiner Verwahrlosung, bei Alkoholismus, in terminalen Lebensphasen etc. Diese Situation spiegelt sich in den Ansichten des Personals im Krankenhaus - speziell der Ärzte - wider, die demzufolge die alten Patienten als "abgewrackte Schrottautos" sehen, als "Abfall", der von allen anderen Institutionen "weggefiltert" wird (Garms-Homolová und Schaeffer 1988). Daher schätzt das Gesundheitspersonal die eigenen Einwirkungsmöglichkeiten auf die Situation und den Zustand der Hochbetagten als gering ein und versucht erst gar nicht, diese zu realisieren.

3. Die Bedeutung des Krankenhauses für die hochbetagten Patienten

Wechseln wir nun die Perspektive und versuchen zu eruieren, welche Bedeutung die alten Patienten, speziell die Hochbetagten unter ihnen, dem Krankenhaus beimessen. Trotz des bescheidenen Forschungsbestandes, auf den wir bereits eingangs verwiesen haben, bleibt festzuhalten, daß alte Patienten im Krankenhaus auf generalisierte Vorurteile stoßen. Sie werden als Störfaktor, als rigide, langsam und nicht anpassungsfähig an die alltäglichen Abläufe in der Institution Krankenhaus beurteilt (Coe 1980). Wir selbst stellten fest, daß die Überalterung der Krankenhauspatienten vom Personal nicht realitätsgerecht als Konsequenz der Bevölkerungsentwicklung und des medizinischen Fortschritts begriffen, sondern eher verdrängt und als temporäre Erscheinung angesehen wird, die verhindert, daß das Krankenhaus seine eigentliche Funktion wahrnehmen kann.

Die alten Patienten scheinen die Altersstereotype bereitwillig zu akzeptieren (vgl. auch Kart 1981; Leventhal 1984), die eigenen Krankheiten als altersbedingt zu interpretieren und Besserungschancen skeptisch gegenüberzustehen. Trotzdem sehen sie sich als Opfer des Zeitdrucks und bemängeln, daß die Professionellen die Zuwendung zwischen den alten und jüngeren Patienten ungleichmäßig verteilen und Jüngere mit offenkundig besseren Prognosen bevorzugen. Ebenso übernehmen die

alten Patienten die in der Öffentlichkeit und unter dem Krankenhauspersonal verbreitete Meinung, daß die Alten die Akutbetten unnützlich blockieren, ohne freilich zu sehen, daß alte Patienten ebenso oft bloße Füllmasse bei der Bettenbelegung darstellen.

Insgesamt ist die Haltung alter Patienten zur Institution Krankenhaus *ambivalent*. Einerseits knüpfen sich an das Krankenhaus Befürchtungen, die teilweise auf eigenen Erfahrungen, teilweise auf Überlieferungen beruhen. Das Krankenhaus verkörpert den Ort, an dem sich der Charakter von Behinderung und Gesundheitseinbußen als irreversibel herausstellen kann und von wo es für viele ältere Menschen keine Rückkehr mehr gibt. Es wird mit Tod und Sterben assoziiert und nicht minder wahrscheinlich ist der "soziale Tod" (Kalish 1966) das allmähliche Auflösen der Existenz als soziales Individuum - ein Prozeß, der bereits im Krankenhaus einsetzt und durch die Einstufung als Pflegefall (vgl. auch Zimmermann 1977) bzw. durch eine Pflegeheimeinweisung forciert wird. Auf der anderen Seite stellt jedoch das Krankenhaus eine Art Schonraum dar (Garms-Homolová et al. 1987), denn speziell für alte Kranke mit Beeinträchtigungen der Selbstversorgungsfähigkeit, die sich zu Hause mehr schlecht als recht "durchwursteln", ist hier die tägliche Versorgung sichergestellt, so daß die oft überfällige Entscheidung bezüglich eines dringend erforderlichen neuen Lebens- und Versorgungsarrangements hinausgeschoben werden kann. Jedoch wird der Schonraumcharakter des Krankenhauses aufgehoben, wenn die Verlegung/Entlassung des alten Patienten aktuell wird. Dieses Stadium des Krankenhausaufenthaltes impliziert im günstigsten Fall die Vorbereitung auf die Wiederherstellung der Verhältnisse vor der Krankenhauseinweisung, die der Patient häufig völlig unerwartet und plötzlich² verlassen mußte. Im ungünstigen Fall nimmt die Patientenlaufbahn durch die Krisensituation, die zur Krankenhauseinweisung führte, endgültig den Charakter einer negativen Verlaufskurve an (Schütze 1981): die individuellen Handlungsspielräume werden drastisch begrenzt, die bestehenden Orientierungsschemata sind im Zerfall begriffen. Damit einher gehen Resignation, Auflösung der sozialen Identität und Einengung der Zukunftsorientierung.

Die alten Patienten antizipieren die Gefahren, die der Entlassungssituation innewohnen. Sie suchen ihr zu entfliehen und zugleich die unabwendbaren Veränderungen zu verdrängen. Ihre Vorstellungskraft konzentriert sich einzig auf die Möglichkeit, das Krankenhaus zu verlassen und "nach Hause" zu gehen. Diesem Wunsch sind sämtliche Handlungsstrategien untergeordnet. Das äußert sich zum Beispiel darin, daß die häusliche Situation gegenüber dem Krankenhauspersonal als völlig in-

takt geschildert wird und die bevorstehenden Probleme bagatellisiert werden. Damit laufen die Patienten jedoch Gefahr, daß ihre Urteils-kompetenz und Fähigkeit, die eigene Situation realistisch einschätzen zu können, vom Personal angezweifelt werden: "Die Patienten überblicken ihre Situation nicht mehr" - so die stereotype Meinung der meisten unserer Interviewpartner aus den Reihen der Krankenhausmitarbeiter, die nicht verstehen, daß die abwehrende Haltung, das chronische Mißtrauen gegenüber jedermann, der sich als "Kontrollinstanz" entpuppen könnte, die Beschönigung der eigenen Lage etc. 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.

4. Die Distributionsfunktion des Krankenhauses und die Zuweisungspraxis der Krankenhausmitarbeiter

Die Bezeichnung "Distributionsfunktion" umschreibt die verschiedenen Vorgänge der "Filterung", Weiterverlegung, Verweildauerprolongierung, Entlassung und wiederholte Wiederaufnahme, Heimunterbringung etc. - Prozeduren, die im Falle sehr alter Patienten oftmals den Charakter eines Versorgungskarussells (so der interne Sprachgebrauch der Ärzte) annehmen. Die Distributionsfunktion des Krankenhauses ist speziell beim Transfer der Patienten aus dem Zuständigkeitsbereich der gesundheitlichen Versorgung in andere Zuständigkeitsbereiche (soziale Dienste, Altenhilfe) wirksam. Für die Aufnahme in Pflegeeinrichtungen ist ein vorhergehender Krankenhausaufenthalt meistens unvermeidlich und auch die Zuweisung bestimmter ambulanter Dienste, wie z.B. der häuslichen Krankenpflege, erfolgt vornehmlich über das Krankenhaus (vgl. Kliemke et al. 1983; Mellström et al. 1981; Weissenbach 1983).

Die Distributionsfunktion der Krankenhäuser gehorcht allerdings nicht der Forderung nach 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, die für die Versorgung alter Menschen zum Prinzip erhoben wurde (WHO 1981a,b, WHO EURO 1987). Auch orientiert sie sich nicht primär an dem alten Patienten, seinem Zustand und seinen verbleibenden Kapazitäten. Sie ist vielmehr durch die Funktionsweise des Gesamtsystems

und speziell durch die Modalitäten der Kostenregulation determiniert, denen die für die Versorgungszuweisung verantwortlichen Krankenhausmitarbeiter stärker verpflichtet sind als den professionsspezifischen Kriterien (Garms-Homolová und Schaeffer 1988).

Die Distributionsfunktion des Krankenhauses konkretisiert sich in den Zuweisungsaufgaben des Personals. Eine besondere Rolle spielen die Ärzte. Sie sind formal autorisiert, den Patienten und seinen Zustand zu beurteilen und zu begutachten, wobei speziell die Beurteilung der "Krankheit" und der "Notwendigkeit der Heilbehandlung" im Mittelpunkt stehen. Diese Kriterien wie auch die Qualifikation der Ärzte, die den Patienten so zum Pflegefall machen können, sind weitgehend am bio-medizinischen Denkmodell orientiert. Sie sind zudem durch jene sich in den Naturwissenschaften seit geraumen Jahrzehnten vollziehende Wissensexplosion charakterisiert, die ein sich immer weiter verzweigendes Expertentum innerhalb des ärztlichen Berufes nach sich zieht. Neben der sogenannten qualitativen Durchdifferenzierung und zunehmenden Spezialisierung in eigens ausdifferenzierte Fachgebiete - zu denen beispielsweise auch die Geriatrie gehört - wird diese Entwicklung durch ein anderes Begleitphänomen charakterisiert: es hat sich eine Expansion eines immer feineren diagnostischen Wissens vollzogen, während sich "das therapeutische Wissen gleichsam zurückgezogen" hat (Gross 1985, S. 73). Diese Tendenzen sind den Problemlagen hochbetagter Patienten in keiner Weise angemessen.

Aus der Perspektive der Ärzte betrachtet, ist der alte Patient mit der Komplexität seiner Probleme, in denen soziale Schwierigkeiten stets durchschimmern, daher wenig beliebt. Bei ihm kann - im Gegensatz zu anderen Altersgruppen - in der Regel nicht von Genesung im Sinn der Abwesenheit von Krankheit ausgegangen werden. Sein Schicksal nimmt zumeist einen ungewissen Gang und läßt den Idealtypus routinierte diagnostisch orientierter Handlungspraxis nicht zur Anwendung kommen. Der Arzt steht vor Situationen, in denen er nicht ausschließlich mit dem ihm zur Verfügung stehenden Wissen und Repertoire an standardisierten Handlungsstrategien zurechtkommen kann. Der Hochbetagte fordert ihm therapeutisches Wissen und soziale Lösungen ab und erscheint dem Arzt als medizinisch wenig interessant. Bei ihm kann das breit gefächerte Instrumentarium der Akutmedizin nur begrenzt angewandt werden und zeitigt, wird es dennoch verwendet, nicht das gewünschte Ergebnis. Zugleich geht die Behandlung alter Patienten im Krankenhaus zumeist mit einer Vielzahl als professionsfremd empfundener Tätigkeiten einher. Die Regulation der Kostenfrage bietet ein Beispiel dafür, denn der Genesungsprozeß bei Hochbetagten zieht sich

über einen längeren Zeitraum hin, der von den Krankenkassen nicht unhinterfragt finanziert wird. Je nach Krankheitsart und Versorgungsstufe des Krankenhauses bemessen, melden sich die Kostenträger in bestimmten Zeitabständen und verlangen gutachterliche Auskünfte über die Situation des Patienten und bei Verlängerung der Finanzierung auch einen konkreten Behandlungsplan. Befindet sich der Patient nach Einschätzung der jeweiligen Krankenkasse in einem Zustand, der nicht auf Handlungschancen schließen läßt, wird die Finanzierung der Pflegesätze des Akutkrankenhauses eingestellt. Diese Aufgabe wird von den Ärzten mehr oder weniger unfreiwillig erfüllt. Ein anderes Beispiel für solche als fachfremd empfundenen Tätigkeiten stellt etwa die Einleitung der Entlassung und Verlegung der alten Patienten dar und die u.U. erforderliche Zuweisung nachfolgender Versorgungsmaßnahmen.

Solche Aufgaben lassen das ärztliche Handeln mehr und mehr zu einer bürokratischen Tätigkeit gerinnen, die von den Ärzten kaum noch mit den "eentlichen", medizinischen Aufgaben in Verbindung gebracht wird. Daher bedenken die Ärzte den alten Patienten mit diffusen, aber dennoch manifest wirksamen Aversionen, die - wie Schneemann (1987) zeigen konnte - die alltägliche Handlungspraxis beherrschen, so daß sogar von einer "Gerontophobie" der Ärzte gesprochen werden kann. Diese äußert sich etwa im negativen Image geriatrischer Stationen und Krankenhäuser der Versorgungsstufen, in denen Patienten hohen Alters besonders stark vertreten sind. Unter den Ärzten und Studenten haben solche Einrichtungen den Ruf, daß dort "Medizin zweiter Klasse" betrieben wird. Die Tätigkeit in einem derartigen Krankenhaus gilt als Endstation der beruflichen Karriere (Garms-Homolová und Schaeffer 1988). Überall in der alltäglichen Handlungspraxis wird diese Gerontophobie sichtbar: die Krankenhausärzte entwickeln eine Vielfalt von Strategien, um im Sinne einer Schaltstelle tätig zu werden, welche die Patientenströme kanalisiert und die negativ beleumdeten, medizinisch wenig interessanten Fälle wegzufiltern versucht. Hier kommt nicht allein die Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung zum Tragen, sondern vor allem der negative Status der alten Patienten. Dieser verstärkt jene Asymmetrie, so daß die alten Patienten zur Handlungsunfähigkeit verdammt sind. Wie wir zuvor zeigten, bleibt ihnen höchstens eine Gestaltungsmöglichkeit übrig: sich den Ärzten und der Institution zu entziehen.

Das *Pflegepersonal* befindet sich in einem anderen Dilemma als die Ärzte. Seine Tätigkeit ist auf der einen Seite der klinischen Medizin mit ihrem nahezu omnipotenten Glauben an die Beherrschbarkeit der Natur untergeordnet, auf der anderen Seite sind sie in ihrer Pflegepraxis mit

der Wiederkehr körperlicher Vorgänge (wie Essen, Schlafen, Blasenentleerung) sowie mit *nicht beherrschbaren* und unaufhaltsamen Entwicklungen (das Altern und Sterben) konfrontiert (Ostner und Beck-Gernsheim 1979). Dieses Dilemma spitzt sich in der Pflege alter Menschen zu. Denn diese erfordert eine Fülle von unspezifischen, für den Ausgang medizinischer Eingriffe scheinbar unwichtigen Verrichtungen, wie z.B. Aktivierung, Mobilisierung der Bewegungsfunktion, Überwachung der Kontinenz, Vorbereitung auf die Bewältigung des Alltags nach der Entlassung. Eben diese Tätigkeitsanteile genießen jedoch im Vergleich zu den spezifisch funktionalen Eingriffen und Tätigkeiten der Behandlungspflege nur geringes Ansehen. Dennoch ist die sachgemäße Durchführung dieser minderbewerteten Pflegetätigkeit für das weitere Schicksal der alten Patienten oftmals von größerer Bedeutung als der ärztliche Eingriff. Die eigentlichen pflegerischen Anteile in der Arbeit von Krankenschwestern stehen im direkten Zusammenhang mit der Erhaltung von Alltagskompetenzen, mit Verhinderung funktionaler Abhängigkeit und Hilfsbedürftigkeit und insgesamt mit dem, was als Lebensqualität im höchsten Alter bezeichnet werden kann.

Bei der Gestaltung der weiteren Patientenlaufbahnen hat das Krankenpflegepersonal eine zentrale, aber oft unterschätzte *informelle* Funktion. Es steht dem Patienten am nächsten und hat den weitestgehenden Einblick in sein soziales Leben. Im Alltag des Klinikbetriebs hat das Pflegepersonal deshalb die Funktion eines Informationsübermittlers für die Ärzte, die dieses Wissen neben den medizinischen Fakten zur Grundlage nehmen, auf der sie Entscheidungen über die Verlegung und Entlassung und die Zuweisung unterstützender Maßnahmen fällen. Für die Patienten sind die Pflegekräfte (neben dem Arzt) der potentielle Ansprechpartner, vor allem, wenn es um die emotionale Befindlichkeit, Befürchtungen und Ängste geht, die die Zeit nach dem Klinikaufenthalt und die zukünftige Entwicklung tangieren. Zumeist sind sie diejenigen, mit denen der Patient seine Entlassung planen möchte (Freidson 1959). Die Funktion des hauptsächlich dafür zuständigen Sozialdienstes ist den alten Patienten hingegen häufig uneinsichtig; stattdessen wird er als Kontrollinstanz betrachtet (Garms-Homolová und Schaeffer 1988).

Die Sozialarbeiter des Sozialdienstes werden in der Regel erst in dem Abschnitt des Krankenhausaufenthaltes eingeschaltet, in dem sich die Entlassung konkret abzeichnet und die Zuweisung der nachfolgenden Versorgung akut wird. Obliegt den Ärzten in dieser Phase die Funktion als Entscheidungsträger, so müssen die Sozialdienstmitarbeiter die Entscheidung der Ärzte *implementieren*. Dabei stehen sie unter erheblichem Druck des Krankenhauses, wo sie eine vergleichsweise marginale

Position bekleiden, und der hierarchisch höher gestellten Ärzte, die erwarten, daß der Sozialdienst endlich tätig und die Entlassung des Patienten beschleunigt wird. Beide Instanzen - das Krankenhaus und die Ärzte - geben den Druck der Kostenträger an den Sozialdienst weiter. Im Krankenhausalltag sehen sich die Sozialdienstmitarbeiter daher vor die Notwendigkeit gestellt, dem Patienten das nächstmögliche Versorgungsarrangement zu vermitteln, nötigenfalls auch aufzudrängen, unabhängig davon, was seiner Lage angemessen ist. Für sie stellt sich fortan nicht mehr die Frage, *welche* Versorgungsmöglichkeit den Bedürfnissen des Patienten am optimalsten entsprechen könnte, sondern ob der Patient den in Frage kommenden Diensten entspricht und ob er die *Aufnahmekriterien erfüllt*. Denn angesichts der knappen Bettenkapazitäten in Langzeiteinrichtungen für chronische Patienten, noch immer unzureichender Pflegedienste, fehlender Rehabilitationseinrichtungen usw. suchen sich die wenigen vorhandenen Einrichtungen "pflegeleichte" Fälle und "anpassungsfähige" Klienten aus. Deshalb wird im Krankenhaus dafür gesorgt, daß die Patienten bei der Entlassung den Anforderungen der sie übernehmenden Institution genügen und problemlos abgenommen oder daß sie zurück in die sich als unzureichend erwiesenen Versorgungsverhältnisse überwiesen werden können. Die Krankenhausmitarbeiter antizipieren, daß ein Drehtüreffekt provoziert werden kann, jedoch versuchen sie dieser Gefahr dadurch zu entgehen, daß sie den Patienten auf das Routinerepertoire der eigenen Zuweisungspraxis und der Aufnahme rituale der übernehmenden Institution "zurichten". Diese *Zurichtungsfunktion* des Krankenhauses ist der Zuweisungsfunktion vorgelagert und letztendlich dafür ausschlaggebend, daß die Distribution trotz der systemischen Probleme greifen kann.

Anmerkungen

- 1 Wir beziehen uns auf die bis heute vorliegenden Ergebnisse des Teilprojekts 2 unserer von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Studie "Versorgung alter Menschen - Bedarf und Barrieren". In diesem Projekt werden Laufbahnen sehr alter Patienten mit dem Ziel analysiert, prozessuale und mikrosoziale Strukturen der Versorgungsinanspruchnahme und Versorgungszuweisung herauszuarbeiten. Einen Ausgangspunkt bildet die Verlegung/Entlassung aus dem allgemeinen Krankenhaus, dessen Personal über seine Alltagsroutinen in der Entlassungs-/Verlegungssituation befragt wurde. Zudem werden Versorgungslaufbahnen Hochbetagter im Verlauf von rund 18 Monaten erfaßt und analysiert (vgl. z.B. Garms-Homo-

- lová et al. 1987, Garms-Homolová und Schaeffer 1988, Schaeffer 1987, Garms-Homolová 1988).
- 2 Wir analysierten rund 12.000 Fälle der innerhalb von 12 Monaten durch den Notarztwagen versorgten Personen. Davon waren 32% Patienten im Alter von 75 Jahren und darüber. Bei der Mehrheit dieser alten Patienten ist eine krisenhafte Zuspitzung der seit langem vorhandenen chronischen Erkrankungen zwar wahrscheinlich, trotzdem wird sie als ein unerwarteter Notfall empfunden (Garms-Homolová und Hütter 1988b).

Literatur

- Coe, R.M., 1980: Professional Perspectives on the Aged. In: *Aging, the Individual and Society*, 472-481, hrsg. von J.S. Quadagno. New York: St. Marin's Press.
- Freidson, E., (1959): Specialities without Roots: the Utilization of New Services. *Human Organization* 18, 112-116
- Garms-Homolová, V., (1988): Discharge from Hospital: Professional Criteria of Need and Provision. Erscheint in: *Journal of Aging Studies*
- Garms-Homolová, V. and Hütter, U., (1987): Resources of Urban Elderly - Approaches to an Assessment. Basis information on the Berlin Study as part of the international comparison Age Care Research Europe (ACRE), unpublished manuscript. Berlin: Institut für Soziale Medizin.
- Garms-Homolová, V. und Hütter, U., (1988a): Siebzig- bis Neunzigjährige in der Großstadt. Differentielle Betrachtung ihrer Lebenssituation. Berichte der AG Gesundheitsanalysen und Soziale Konzepte. Berlin: Freie Universität
- Garms-Homolová, V. und Hütter, U., (1988b): Strukturelle Aspekte der präklinischen Notfallversorgung durch den Notarztwagen. Abschlußbericht zum Forschungsprojekt "Analyse und Beurteilung der Notfallrettung in Berlin", Teil III. Berlin: Freie Universität, Institut für Soziale Medizin.
- 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: Freie Universität, Institut für Soziale Medizin.
- Garms-Homolová, V. und Schaeffer D., (1988): Bewältigung chronischer Erkrankungen im institutionellen Kontext. Vortrag anlässlich der Tagung der DGG: Erfolgreiches Altern: Bedingungen und Variationen. Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, 14.-16.1. 1988
- Glaser, B.G., 1966: The Social Loss of Aged Dying Patients. *The Gerontologist* 6, 77-80
- Glaser, B.G. and Strauss, A.L., 1964: The Social Loss of Aged Dying Patients. *The American Journal of Nursing* 64, 119-121
- Glaser, B.G. and Strauss, A.L., 1968: *Time for Dying*. Chicago: Aldine
- Gross, P., (1985): Liebe, Mühe, Arbeit. Abschied von den Professionen? *Soziale Welt* 1, 60-82

- Haug, M.R. and Oryg, M.G., (1987): *Issues in Elderly Patient - Provider Interaction. Research on Aging* 9, 3-44
- Heikkinnen, E.; Waters, W.E. and Brzezinski, Z., (Eds.) (1983): *The Elderly in Eleven Countries. A Sociomedical Survey. Copenhagen: World Health Organization, Public Health in Europe*
- Hinschützer, U. und Momber, M., (1982): *Basisdaten über ältere Menschen in der Statistik der Bundesrepublik. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen*
- Kalish, R.A., 1966: *A Continuum of Subjectively Perceived Death. The Gerontologist* 6, 73-76
- Kart, C., (1981): *Experiencing Symptoms: Attributions and Misattributions of Illness among the Aged. In: Elderly Patients and Their Doctors, 70-78, hrsg. von M.R. Haug. New York: Springer.*
- Kastenbaum, R. and Weisman, A.D., (1972): *The Psychological Autopsy as a Research Procedure in Gerontology. In: Research Planning and Action for the Elderly: The Power and Potential of Social Science, 210-217, hrsg. von D.P. Kent, R. Kastenbaum and S. Sherwood. New York: Behavioral Publications.*
- Kliemke, Ch.; Krüger, E. und Niemensiv, H., (Hrsg.) (1983): *"Was heißt denn schon gemeindenah?" Grenzen häuslicher Krankenpflege. Bericht über die Tagung in IFK der TU am 28.01. 1983. Berlin: IFK, S. 90*
- Leventhal, E., (1984): *Aging and the Perception of Illness. Research on Aging* 6, 1, 119-135
- Mellström, D.; Lundgren, A. and Svanborg, A., 1981: *Institutional Care Among 70-year-old People in an Urban Population. A Medical and Social Characterization. Akt. Gerontologie* 11, 164-166
- Mikat, B., (1975): *Dokumentation in der Klinik und im Krankenhaus. In: Handbuch der Sozialmedizin, Band 1: Grundlagen und Methoden der Sozialmedizin, 576-594, hrsg. von M. Blohmke et al. Stuttgart: Enke.*
- Morgan, M.; Calnan, M. and Manning, N., (1985): *Sociological Approaches to Health and Medicine. London, Sydney, Dover: Croom Helm*
- Müller, J., (1986): *Patienten- und Diagnosestrukturen im Jahre 1984. Das Krankenhaus, 78, 2, 84-87*
- Ostner, I. und Beck-Gernsheim, E., (1979): *Mitmenschlichkeit als Beruf. Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege. Frankfurt/New York: Campus*
- Pröbldorf, K., (1986): *Der Stellenwert des Krankenhauses in der Gesundheitspolitik. Das Krankenhaus* 78, 7, 277-283
- Rosenthal, C.J.; Marshall, V.W.; Macpherson, A.S. and French, S.P., 1980: *Nurses, Patients and Families: Care and Control in the Hospital. London: Croom Helm*
- Schaeffer, D., (1987): *The Care System from Street Level Perspective: Thories of Action Practices by Professionals when Allocating Care. Paper prepared for the Conference of European Region of International Association of Gerontology "Aging Well", Brighton/England, September 15-18*
- Schneemann, N., (1987): *Über die Gerontophobie der Ärzte. MMG* 12, 125-134
- Schütze, F., (1981): *Prozeßstrukturen des Lebensablaufs. In: Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive. Kolloquium am SFZ der Universität Erlangen, hrsg. von J. Matthes, A. Pfeifenberger und M. Stosberg. Nürnberg: Verlag der Nürnberger Forschungsvereinigung e.V. I. 67-156*

- Somers, A.R. and Fabian, D.R., (Eds.) (1981): *The Geriatric Imperative. An Introduction to Gerontology and Clinical Geriatrics*. New York: Appleton-Century-Crofts
- Strauss, A.; Fagerhaugh, S.; Suczek, B. and Wiener, C., (1982): *Sentimental Work in the Technologized Hospital*. *Sociology of Health and Illness*, 4, 3, 254-277
- WHO (Hrsg.) (1981a): *Regionale Strategie zur Erreichung des Ziels "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000"*. EUR/RC30/8 Rev./v. 9. März 1981, verv. Manuskript
- WHO (Eds.) (1981b): *Appropriate Levels for Continuing Care of the Elderly*. Report on a WHO Working Group, ICP/ADR 026 (S), Nov. 11.-14., 1980, Report dated March 24, 1981
- WHO EURO (Eds.) (1987): *Continuity of Care for the Elderly*. Report on a WHO Working Group. Piestany Czechoslovakia, 13-16 October 1986, ICP/HEE 217, 6283V, manuscript, 67 p.
- Weissenbach, B., (1983): *Sozialmedizinische Faktoren und deren Einfluß auf den Hospitalisierungsprozeß sowie auf die Rehabilitationsfähigkeit geriatrischer Patienten*. Medizinische Dissertation FU Berlin
- Zimmermann, R.E., (1977): *Alter und Hilfsbedürftigkeit. Zur Soziologie von Krankheit, psychischem Leiden und sozialer Abhängigkeit alter Menschen*. Stuttgart: Enke