

- 18 Rosenmayr, L., Köckeis, E.: Umwelt und Familie alter Menschen. Luchterhand, Neuwied 1965
- 19 Schwarzer, R., Leppin, A.: Sozialer Rückhalt und Gesundheit. Hogrefe, Göttingen, Toronto, Zürich 1989
- 20 Seltzer, M.M.: Preliminary Thoughts on Third Parties. Paper presented at the XIV Congress of Gerontology, Acapulco, Mexico, June 19-23, 1989
- 21 Shanas, E., Townsend, P., Wedderburn, D., Friis, H., Miljoj, P., Stehouwer, J. (eds.): Old People in Three Industrial Societies. Atherton Press, New York, London 1968
- 22 Sozialdata (Hrsg.): Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger. Ermittlung der Repräsentativdaten und Situationsgruppenanalyse, Schriftenreihe des BMJFG, Bd. 80. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1980
- 23 Springer, D., T.H. Brubaker: Family Caregivers and Dependent Elderly. Minimizing Stress and Maximizing Independence. Human Service Guide 38 (1984), Sage, Beverly Hills, London, New Delhi
- 24 Statistisches Jahrbuch Bundesrepublik 1988
- 25 Stiefel, M.-L.: Hilfsbedürftigkeit und Hilfebedarf älterer Menschen im Privathaushalt. Bd. 5. Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit. DZA, Berlin 1983
- 26 Sussman, M.B.: The Family Life of Old People. In: R.H. Binstock, E.E. Shanas (eds.): Handbook of Aging and the Social Sciences. Van Nostrand Reinhold, New York 1977, 218-242
- 27 Tartler, R.: Das Alter in der modernen Gesellschaft. Enke, Stuttgart 1961
- 28 Wirth, W.: Inanspruchnahme sozialer Dienste. Bedingungen und Barrieren. Campus, Frankfurt, New York 1982

*Dr. phil. Vjenka Garms-Homolová, Dipl.-Psych., Wiss. Mitarbeiterin der AG Gesundheitsanalysen u. Soziale Konzepte, FU Berlin, Albrechtstr. 36, 1000 Berlin 41*

*Dipl.-Volkwirt Ulrike Hüter, Wiss. Mitarbeiterin am Deutschen Zentrum für Altersfragen e.V., Salzburger Str. 17, 1000 Berlin 62*

MMG 15 (1990) 181-190

© Ferdinand Enke Verlag Stuttgart

## Das Krankenhaus und seine Bedeutung für die Versorgungsverläufe alter Menschen

Doris Schaeffer

**ZUSAMMENFASSUNG:** Trotz des Ausbaus der ambulanten Versorgung kommt dem Krankenhaus nach wie vor zentrale Bedeutung für die Versorgung alter Menschen zu. Das ist zum einen der Substitutionsfunktion des Krankenhauses geschuldet. Es erbringt Leistungen, die von anderen Versorgungsbereichen nicht erbracht werden und schließt Lücken, die sich aus der Fragmentierung der Gesundheitsversorgung und der sozialen Dienste ergeben. Zugleich hat es Distributionsfunktion, denn je komplexer das Angebot an Versorgungsangeboten wird, desto mehr übernimmt das Krankenhaus die Rolle als Zuweisungsinstanz. Gewissermaßen ist es zum Knotenpunkt geworden, an dem, im Sinn einer Schaltstelle, die Weichen über das weitere Versorgungsschicksal der Patienten gestellt werden. Gleichzeitig – dieses steht im Mittelpunkt des Beitrags – kollidieren diese Versorgungsfunktionen mit den innerinstitutionellen Bedingungen des Krankenhauses und mit dem professionellen Selbst- und Aufgabenverständnis der Ärzte. Welche Konsequenzen dieses für die Versorgungsverläufe alter Menschen zeitigt, wird aufgezeigt.

**SUMMARY:** In spite of the extension of outpatient care, hospitals continue to play a central role in the care of the elderly. For one thing, this is due to the substitution function of hospitals: they provide services which are not provided by other care institutions and fill gaps resulting from the fragmentation of health care and social services. They also function as distribution centres, because the more complex the range of available care services becomes, the more the hospital assumes the role of a referring authority. Hospitals have become a kind of nodal point, a switching station where on the type of care that patients will subsequently receive is decided. At the same time – and this is what the article focuses on – these care functions come into conflict with conditions obtaining within the hospital and with the physicians' professional concepts of themselves and their duties. The article shows the impact that this has on care for the elderly.

Der vorliegende Beitrag befaßt sich mit den Schattenseiten des Älterwerdens, mit gesundheitlichen Einbußen und den daraus resultierenden Versorgungsproblemen. Diese Schattenseiten – die zu thematisieren angesichts der Gerontologie und auch der Psychologie beherrschenden Paradigmas des Kompetenzerwerbs und des aktiven und gesunden Alters derzeit wenig populär ist – zeigen sich besonders im höheren und hohen Alter. Vorliegende Studien belegen, daß Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, degenerative Leiden und Krankheiten unterschiedlichster Art den Alltag vieler Menschen im fortgeschrittenen Alter bestimmen (5, 6, 21). Das gleiche trifft für psychische Erkrankungen zu. So sind Verwirrheitszustände und demente Erkrankungen bei den sogenannten älteren Alten im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen eklatant häufiger anzutreffen (2, 11, 24). In Anbetracht der zu erwartenden Steigerung des relativen Anteils älterer und alter Menschen an der Gesamtbevölkerung ist es erforderlich, diesen Aspekten des Alterns vermehrt Aufmerksamkeit zu schenken.

Dabei ist freilich eine Besonderheit zu beachten. Vielfach handelt es sich bei den genannten Einbußen um *chronische* Erkrankungen, die sich von denen anderer Altersgruppen erheblich unterscheiden. Bei alten Menschen liegt jenes Krankheitsstadium, in dem pathologische Erscheinungen klinisch und subjektiv evident geworden sind, weit zurück. Meist können sie bereits auf lange, komplizierte Therapieverläufe zurückblicken, die nicht eben selten zu sekundären Schädigungen geführt haben. Multiple Pathologien bei gleichzeitiger Unspezifität der Krankheitsbilder, ein nicht kal-

kulierbarer Wechsel von Latenzphasen und Akutepisodes, in denen zumeist neue Gesundheitseinbußen dazukommen, sind wesentliche Kennzeichen chronischer Erkrankungen im Alter. Ein weiteres Moment gesellt sich hinzu: Häufig hat sich diese Multimorbidität bereits in irreversiblen funktionellen Beeinträchtigungen niedergeschlagen, die einen mit dem Verlauf der Krankheit wachsenden Bedarf an Unterstützung nach sich ziehen. Mit der quantitativen Zunahme aber geht in der Regel auch eine qualitative Veränderung des Versorgungsbedarfs einher. Punktuelle und kurzfristige Hilfen, wie sie das Versorgungssystem bereitstellt, sind bestenfalls in den Anfangsstadien geeignet, die durch chronische Erkrankungen provozierten Autonomieeinbußen zu kompensieren. Dagegen sind in den späteren Stadien Versorgungsmodelle gefragt, die den spezifischen Bedingungen dieser Krankheiten Rechnung tragen und den zumeist immer komplexer werdenden Problematiken durch Mehrdimensionalität und Flexibilität begegnen. Ähnliches gilt für die medizinische Betreuung. Auch hier sind übergreifende Konzepte unabdingbar. So macht der Krankheitsverlauf meist nur sporadische Krankenhausbehandlungen notwendig und erlaubt ansonsten, die Versorgung unter Zuhilfenahme nichtmedizinischer Berufe weitgehend ambulant zu gestalten. Benötigt werden daher Versorgungsstrukturen, die einen lückenlosen Wechsel zwischen stationärer und ambulanter Versorgung gewährleisten und auch in kooperativer Hinsicht den Betreuungsanforderungen chronischer Erkrankung entsprechen, z.B. durch integrative Angebote medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Versorgung und durch Kooperationsmodi, die

ihr Wirkungsfeld nicht insular auf die einzelnen Teilbereiche des Versorgungssystems beschränken.

Das Gesundheitswesen ist hier vor Aufgaben gestellt, auf die es – wie auch meine Ausführungen zeigen werden – trotz aller Aus- und Umbauten der letzten Jahre bislang nur unzureichend reagiert. Für die sozialwissenschaftliche Forschung ergeben sich daraus eine Reihe von Fragestellungen, deren sozialpolitische Brisanz unverkennbar ist: Welche Barrieren und Engpässe verhindern die Bereitstellung adäquater und dem individuellen Fall angemessener Versorgungsleistungen? Wie werden diese von den für die Versorgung alter Menschen relevanten Institutionen gehandhabt? Nach welchen Mustern verlaufen das Patientenmanagement und die Versorgungsallokationen hier, an der Peripherie der Leistungserbringung?

Diesen Fragen widmet sich auch dieser Beitrag. Er konzentriert sich auf das Krankenhaus und damit auf eine Institution, die nach wie vor, trotz des Ausbaus der ambulanten Versorgung, eine zentrale Stellung im Versorgungssystem einnimmt. Ja, wir möchten sogar die These vertreten, daß das Krankenhaus – aus versorgungspolitischer Perspektive betrachtet – immer bedeutsamer wurde, je mehr Dienste geschaffen wurden und je mehr andere Versorgungsbereiche expandierten (8).

Dennoch ist das Thema „Krankenhaus“ und vor allem „Alter und Krankenhaus“ in der Medizinsoziologie heute weitgehend dethematisiert (3). Nur z.T. ist dieses der Tatsache geschuldet, daß diese sich hierzulande bislang nur wenig mit der Soziologie einzelner Institutionen des Gesundheitswesens befaßt. Vielmehr schlägt sich hier auch faktisch nieder, daß alte Patienten und chronisch Kranke eine Sonderstellung im Krankenhaus einnehmen. Ihre Beschwerden kollidieren mit der Funktionsweise des Krankenhauses, das sich als Institution der *akuten* Krankenversorgung versteht. Die Interventionen der hier praktizierten Medizin sind kurzfristiger Natur und zielen darauf, den Krankheitsverlauf aufzuhalten oder – ist er schon nicht auslöschbar – so doch umzukehren (23), was bei chronisch-degenerativen Krankheiten unmöglich ist. Nicht zuletzt deshalb erweisen sich alte Patienten ge-

wissermaßen als inkompatibel. Dieses wird verstärkt durch die sich seit den 70er Jahren ungebrochen fortsetzende Technologisierung der Medizin. Zwar ist das Credo, von dem diese Entwicklung anfänglich getragen war, mittlerweile brüchig geworden, dennoch ist gerade das Krankenhaus bis heute die Stätte, in der neueste medizinische Technologien und differenzierteste diagnostische Verfahren, kurz: die sogenannte „High-Tech-Medizin“, zur Anwendung kommen. In der Tatsache, daß diese bei den chronisch kranken Alten nicht oder nur kaum anwendbar ist und – wird sie dennoch verwendet – nicht die gewünschten Effekte zeitigt, ist ein weiterer Grund zu sehen, weshalb alte Patienten eine marginale Stellung im Krankenhaus einnehmen.

Und doch bilden sie längst die Mehrheit der Patienten im Akutbereich der Krankenhausversorgung und auch in vielen spezialisierten Versorgungsbereichen. Einer im Kontext unserer Studie durchgeführten Erhebung an der Population der 70- bis 90jährigen zufolge ist anzunehmen, daß jede fünfte Person mindestens einmal im Jahr hospitalisiert wird (5, 6). Die durchschnittliche Anzahl der in 12 Monaten im Krankenhaus verbrachten Tage beträgt für die Männer dieser Altersgruppe 38, für Frauen 40 Tage (ebenda). Dabei handelt es sich zumeist nicht um einmalige, sondern um wiederholte Krankenhausaufenthalte (13). Diese Angaben gelten für die Großstadtpopulation, doch finden sich ähnliche Zahlen auch für die ländliche Bevölkerung der Bundesrepublik und vergleichbarer westlicher Industrieländer (12). *Bäcker et al.* (1) berechnen, daß 38% der Pflgetage in Akutkrankenhäusern von den 65jährigen und Älteren belegt waren, die jedoch insgesamt nur 15% der Bevölkerung ausmachen.

Weshalb nun kommen alte Menschen in das Krankenhaus? Oft sind es natürlich Gesundheitsprobleme, akute Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen aufgrund von krisenhaften Zuspitzungen bereits vorhandener Krankheiten u.a.m. Darüber hinaus sind es andere Probleme. So beendet in den Industrieländern der größte Teil alter Menschen sein Leben im Krankenhaus (14). Die sozialen Netze und insbesondere die Familie übernehmen heute zwar mehr Pflegeleistungen als noch ei-

nige Jahre zuvor, doch sind die informellen Hilfestrukturen bei Pflegen (vor allem bei Schwerstpflegen und bei Sterbebegleitungen) und bei längerfristigen Betreuungen zumeist überstrapaziert. Bricht das Unterstützungspotential zusammen, muß ad hoc ein neues Arrangement gefunden werden, und dieses wird in der Regel in einer Einweisung in das Krankenhaus gesehen. Das Krankenhaus übernimmt hier eine Funktion, die wir andernorts als *Substitutionsfunktion* bezeichnet haben (8). Es nimmt Versorgungsaufgaben wahr, die durch andere Bereiche des Versorgungssystems und durch das informelle Netz nicht oder nicht ausreichend abgedeckt werden können. In diesem Sinn ist es Lückenbüßer im Grenzbereich zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, deckt hier jene Diskontinuitäten ab, die entstehen, weil die ambulanten Dienste nicht umfassend genug konzipiert sind und die Finanzierung zu labil ist. Denn nicht allein das Krankenhaus, auch alle anderen Dienste der Gesundheitsversorgung sind auf kurzfristige Unterstützungen zur Bewältigung von Akuterkrankungen ausgerichtet, und dieses sowohl, was die Inanspruchnahme als auch die Finanzierungsmodalitäten anbetrifft. Länger- und langfristiger Unterstützungsbedarf birgt daher stets das Risiko von Zusammenbrüchen der Versorgung in sich.

Doch wird die Substitutionsfunktion auch an anderen Stellen wirksam. So schließt das Krankenhaus Lücken, die dadurch entstehen, daß differenzierte Angebote innerhalb der Gesundheitsversorgung fehlen (etwa teilstationäre Kliniken, gerontopsychiatrische Einrichtungen, Rehabilitationsmaßnahmen etc.) und keine übergreifenden Einrichtungen vorhanden sind. Letzteres ist ein gravierendes Problem in der stationären Langzeitversorgung. Die Abstufung der Versorgung hat in diesem Bereich den Effekt, daß die Einrichtungen immer häufiger den Weg über das Krankenhaus wählen, um Patienten – übersteigt ihr Unterstützungsbedarf mit der Zeit die Kapazität des Hauses – von hier aus in eine andere Einrichtung mit höherer Pflegestufe weiterleiten zu lassen.

Daß diese Substitutionsfunktion der Krankenhäuser bislang wenig erörtert wird, darf nicht zu der Schlußfolgerung verleiten, sie sei nicht

existent (26). Vielmehr kann sie „offiziell“, d.h. in den Krankenhausstatistiken, gar nicht in Erscheinung treten, weil der Zwang zur Medikalisation zur Folge hat, solche Probleme zu negieren und sie durch „Umetikettierung“ unsichtbar zu machen. Diese Form der Medikalisation ist gerade bei den alten Patienten leicht möglich, weil sie immer organische Befunde und funktionelle Störungen bieten, die medizinisch behandlungsbedürftig sind. Erinert sei hier an Diagnosen wie „Herzinsuffizienz“ oder „hirnorganisches Syndrom“, die dehnungsfähig genug sind, um als Etikett genutzt werden zu können.

In der alltäglichen Krankenhausarbeit aber ist diese Substitutionsfunktion kein Geheimnis. Unter den Krankenhausärzten gilt das Krankenhaus daher längst als „Verwahrstation für Sozialfälle“, für Patienten also, die sich in Problemsituationen und Notlagen unterschiedlichster Art befinden, die aber aus medizinischer Perspektive betrachtet im Krankenhaus fehl am Platz sind. Das Krankenhaus ist hier vor eine Aufgabe gestellt, derer es sich nur begrenzt anzunehmen sich in der Lage sieht. Das wird sichtbar, betrachten wir nun einen anderen Funktionsbereich: die *Distributionsfunktion des Krankenhauses*.

Seit sich medizinische, pflegerische und soziale Dienste so expansiv vermehren, wie es in den letzten Jahren der Fall ist und die Netze des Gesundheitswesens „rhizomartig die Gesellschaft durchwuchern“ (10, S. 157), wird das Krankenhaus immer mehr zur *Distributionsstelle* für Dienste jeglicher Art, so für ambulante Hilfen, wie Hauskrankenpflege oder Hauspflege, für soziale Dienste oder für den Transfer in andere Versorgungsbereiche, z. B. in die stationäre Langzeitversorgung. Diese Distributionsfunktion hat das Krankenhaus unterhalb der Ebene offizieller Politik erhalten und trägt damit – wenngleich unzureichend, so de facto doch – zur Verzahnung der disparaten Versorgungsbereiche bei und erschließt den Nutzern gewissermaßen die Zugänglichkeit zu einem immer unüberschaubarer werdenden Versorgungsangebot.

Die Realisierung dieser Distributionsfunktion obliegt dem Krankenhauspersonal, konkret den Ärzten und den Sozialdienstmitarbeitern,

wobei die Ärzte aufgrund der Monopolstellung der ärztlichen Profession die dominante Rolle spielen. Sie stellen die eigentlichen *gate keeper* dar und öffnen oder verschließen aufgrund ihrer sehr weitgreifenden Entscheidungsbefugnis den Weg zu den versorgenden Einrichtungen und zu einzelnen Diensten.

Allerdings wird diese Aufgabe von den Ärzten nur ungern wahrgenommen, weil sie sich eigentlich *nicht* zuständig für Versorgungsfragen zuständig fühlen. Dementsprechend vage ist ihre Kenntnis vom Versorgungssystem, seinen Angebotsstrukturen und den zuweilen komplizierten Zuweisungsmodalitäten, und dementsprechend gering ist ihr Interesse, sich auf diesem Gebiet kompetent zu machen. Statt dessen versuchen sie, diese Aufgabe an den Sozialdienst wegzudelegieren, wie aus den Reihen der Sozialdienstmitarbeiter heftig kritisiert wird (9).

Hinzu kommt, daß die Zuweisung nachfolgender Versorgungsmaßnahmen mit einer Reihe als professionsfremd empfundener Tätigkeiten verbunden ist. Dazu gehören das Abfassen von Gutachten, Beantragungen, Korrespondenz mit den Kostenträgern – Tätigkeiten, die mit den „eigentlichen“, den medizinischen Aufgaben aus ärztlicher Sicht nur wenig gemein haben und die Zeit für die Patienten minimieren. Gerade durch Aufgaben, wie sie zum Umfeld der Versorgungsallokation gehören, sehen die Ärzte die administrative Einingung, die Verregelung und Verrechtlichung ihrer Tätigkeit vorangetrieben. Die Klage über die Verbürokratisierung ärztlichen Handelns ist unter den Ärzten weit verbreitet und geht damit einher, daß die eigenen Handlungsmöglichkeiten unterschätzt werden.

Patienten, deren Problematik hauptsächlich hier, in diesem als unmedizinisch angesehenen Aufgabenfeld angesiedelt ist, werden daher nur skeptisch akzeptiert und von vornherein mit Aversionen belegt. Dazu gehören zweifelsohne die alten chronisch Kranken, die zudem die Gefahr in sich bergen, das professionelle Selbstwissen der Ärzte zu erschüttern. Ihre unspezifischen Krankheitsbilder kollidieren mit der szientistischen Qualifikation der Ärzte. Die sich hier andeutende Diskrepanz ist entscheidend auf die Verwissenschaftli-

chung des Arztberufs zurückzuführen, die zu einer folgenreichen Veränderung der professionellen Wissensstruktur geführt hat. Idealtypisch betrachtet begegnen sich im Professionswissen zwei divergente Wissenstypen: wissenschaftliches Wissen und handlungspraktisches bzw. sinnverstehendes Wissen. Sie existieren relativ unabhängig nebeneinander, werden im Handeln jedoch zur Einheit gebracht und verschmelzen zu der für Professionen typischen Fähigkeit, „die von ihr bearbeiteten Probleme nicht in der (funktionalen) Diffusität zu belassen, in der sie lebensweltlich vorliegen, sie vielmehr von dem jeweiligen Kern professioneller Wissensbestände her zu reduzieren und sie erst in dieser rekonstruierten Form handlungsmäßig einer Lösung zuzuführen“ (22, S. 5). Dabei ebnet erst das sinnverstehende Wissen den Zugang zum Verständnis des einzelnen Falls und seinen lebensweltlichen Problemen, und erst dank diesen Wissens vermag der Professionelle sein *knowing that* in ein *knowing how* (15), d.h. in ein sachgerechtes und fallangemessenes Agieren und Reagieren umzusetzen. Diese Gestalt der professionellen Expertise hat sich mit der Verwissenschaftlichung ärztlichen Handelns grundlegend gewandelt. In diesem Sinn stellen Gross u.a. für die Medizin fest: die medizinische Profession blüht diagnostisch auf und glüht therapeutisch aus (10). Während das diagnostische Wissen immer weiter expandiert und immer feiner wird, zieht sich das therapeutische (mithin das sinnverstehende) Wissen zurück. Mit anderen Worten, es hat sich eine Verlagerung zugunsten des wissenschaftlichen Wissens vollzogen, die ihrerseits eine Modifikation des für professionelles Handeln charakteristischen Spannungsverhältnisses nach sich zieht. Im Zuge dieses Prozesses ist der Arzt zum medizinischen Experten geworden, dessen Selbstverständnis rein szientistischer Natur ist. Seine Haltung gegenüber seiner Klientel ist kognitiv distanziert und sein Handeln hat technisch-instrumentellen Charakter. Er verfügt über einen reichen Fundus an diagnostischen Kompetenzen, hat dagegen seine therapeutische Kompetenz, die eben nicht aus wissenschaftlichem Wissen, sondern aus sozialer Approbation resultiert (ebenda), weitgehend verloren.

Im Umgang mit alten Patienten provoziert dieser Kompetenzwandel ein Dilemma, weil ihre

Beschwerden sich einem szientistischen Zugriff sperren. In dessen Beurteilungs- und Bezugssystem lassen sich die Krankheitsphänomene der alten Patienten nur schlecht zuordnen. Auch das ihm entlehnte Problemlösungspotential greift nicht. Mit dem hochdifferenzierten diagnostischen Instrumentarium und der monokausalen Therapeutik sind chronisch-degenerative Leiden nicht oder nur kaum beeinflussbar. Therapieerfolge sind daher ungewiß. Oft vermögen die Ärzte lediglich zur Linderung der Beschwerden in den Akutepisoden beizutragen, ohne aber weitgreifende Erfolge verzeichnen zu können. So gesehen entziehen sich diese Patienten dem ärztlichen Handlungsrepertoire, doch auch – das kommt erschwerend hinzu – einer rationellen Handhabung. Dieses ist ein Erfordernis, das durch den Rationalisierungsdruck, der auf dem Krankenhaus lastet, seit dieses als „Kostenmoloch“ identifiziert wurde, von besonderer Wichtigkeit geworden ist. Unter Rationalitätsgesichtspunkten betrachtet, denen sich auch die Krankenhausärzte verpflichtet fühlen, obschon diese tendenziell mit professionspezifischen Erwägungen konfliktieren (25), sind alte Patienten eher dysfunktional. Nicht allein ist dieses der Tatsache geschuldet, daß sie die Routinen der ärztlichen Handlungspraxis außer Kraft setzen und die medizinische Expertenkultur zu labilisieren drohen. Sie stören auch die innere Ordnung des Krankenhauses. Sie sind pflege- und daher personalintensiv und verhindern zugleich die Möglichkeiten einer reibungslosen Arbeitsweise, so auch eines rationellen Einsatzes des Pflegepersonals. Zudem stellen sie ein Kostenrisiko dar, weil sie die Akutbetten auch dann belegen, bzw. „vollliegen“, wie es einer der von uns befragten Ärzte drastisch benennt, wenn die Krankenkassen die Zahlungen einstellen. Unschwer ist vorstellbar, daß ein solches finanzielles Risiko für das Krankenhaus untragbar ist, und dieses um so mehr, je größer der Druck des Hauses ist, die eigene Reproduktion sicherstellen zu müssen und finanzielle Unwägbarkeiten abzuwehren. Ein schnelles Ausverlagern der wirtschaftlich problematischen Fälle erhält dann eine für das Krankenhaus eminent wichtige Bedeutung. Und genau diese Aufgabe obliegt dem Krankenhauspersonal, konkret den Ärzten und den Sozialdiensten. Doch ist genau auch diese Aufgabe mit

jenen zuvor dargestellten, von den Ärzten als professionsfremd angesehenen Tätigkeiten verbunden. Für die Sozialdienstmitarbeiter trifft das nur begrenzt zu. Doch haben wir an anderer Stelle aufgezeigt, daß auch sie sich nur teilweise mit dieser Aufgabe identifizieren und ihren „eigentlichen“ Auftrag in anderen Bereichen verorten (9).

All diese genannten Faktoren sind ausschlaggebend dafür, daß die Ärzte alte Patienten mehr oder minder als Störfaktor im Krankenhaus betrachten, den sie gezwungenermaßen akzeptieren, auf den sie jedoch ansonsten nahezu phobisch reagieren. Diese Gerontophobie (19) oder, richtiger gesagt, die mit den Alten assoziierten Störungen haben zur Folge, daß im Krankenhausalltag versucht wird, die Versorgungsdistribution zu nutzen, um das natürliche Gleichgewicht des Krankenhauses zu regulieren. Ohne dieses an dieser Stelle in seiner prozessualen Genese darstellen zu können (dazu 18), seien lediglich einige der gängigen, in unserer Untersuchung identifizierten Muster des *people processing* dargestellt, um diese These zu belegen:

1. Nutzung der Ersten Hilfe als Schaltstelle, um Patientenströme zu filtern und zu kanalisieren. Alte Patienten, bei denen von vornherein Versorgungsprobleme aufscheinen, werden von hier aus in Krankenhäuser der niedrigeren Versorgungsstufe, möglichst in ein Haus mit angegliederter Chronikerabteilung weitergeleitet, so daß sie gegebenenfalls umgehend in die stationäre Langzeitversorgung transferiert werden können. Lediglich dann, wenn sie „interessante“, d.h. akutmedizinisch angreifbare Probleme aufweisen oder aber sich als Füllmasse eignen, etwa um eine Unterbelegung zu vermeiden, werden alte Patienten bereitwillig akzeptiert. Ansonsten wird an dieser Stelle versucht, sie der Akutmedizin so fern als möglich zu halten.

2. Den Patienten wie einen „Bumerang zurückschicken“, so bei Patienten, bei denen allzu offensichtlich ist, daß sie von anderen Versorgungsbereichen ins Krankenhaus eingewiesen wurden, weil ein Versorgungsengpaß entstanden ist, z. B. die Kostenfinanzierung der ambulanten Dienste zusammengebrochen ist. Das kann allein dann der Fall sein, wenn die

ärztliche Verordnung der Hauskrankenpflege nicht erfolgt (eine nicht seltene Erscheinung, denn die Kooperationsmodi zwischen den ambulanten Pflegeanbietern und den niedergelassenen Ärzten sind nach wie vor problematisch) oder wenn die Krankenkassen die Weiterfinanzierung der Dienste verweigern und eine andere Finanzierung (etwa nach dem BSHG) noch ungeklärt ist. Meist wird dann versucht, den Patienten in ein Krankenhaus einweisen zu lassen, um mögliche Kostenrisiken zu vermeiden. Nicht unähnlich stellt sich die Situation bei Patienten aus der stationären Langzeitversorgung dar. Auch sie kommen – wie zuvor erwähnt wurde – vielfach aus „Abschiebegründen“ ins Krankenhaus, etwa weil sie „unbequem“ geworden sind. Auf solche „Abschiebefälle“ reagieren die Krankenhausärzte allergisch. Sie sehen sich von den anderen Versorgungsbereichen mißbraucht und schicken sie umgehend zurück. Für den Patienten, an dem ein solches Exempel statuiert wird, hat das stets negative Folgen, und dieses erst recht, schließen sich weitere Transferaktionen an. Gerade Großstädte bieten eine Vielzahl von Möglichkeiten, den zurücküberwiesenen Patienten in ein anderes Krankenhaus zu schicken und zu versuchen, ihn an einem anderen Ort „loszuwerden“.

3. Die präventive Beantragung eines Pflegeheimplatzes unmittelbar nach der Aufnahme eines hochbetagten Patienten, um ihn im Bedarfsfall, d.h. sollte sein Gesundheitszustand nicht wesentlich verbesserbar sein, oder ebenfalls: sollte ein Kostenrisiko entstehen, umgehend weiterleiten zu können. Die dauerhafte Institutionalisierung wird bei alten Patienten vielfach präventiv gleich mitbedacht, zumal deren Realisierung einen Zeitraum in Anspruch nimmt, der im Falle eines finanziellen Risikos unzumutbar ist.

4. Die ad-hoc-Entlassung nach Hause unabhängig davon, ob die Versorgung gesichert ist oder nicht (eine ebenfalls vielgewählte Lösung, droht ein Kostenrisiko zu entstehen). Das kann unterschiedliche Variationen annehmen. So werden Patienten nach Hause entlassen, obwohl absehbar ist, daß kein soziales Netz vorhanden ist, das den bestehenden Bedarf abzudecken vermag. Oder sie werden mit einem „Standardpaket“ entlassen, das nicht

dem Versorgungsbedarf entspricht. Ebenso erfolgt die Entlassung mit ambulanten Diensten, ohne daß jedoch die betreffenden Einrichtungen informiert wurden. Die Sozialstationen – um sie geht es in diesem Fall meist – wissen dann nicht, daß ein Patient kommt, und der Patient weiß nicht, an wen er sich wenden soll. Auch die „Wochenendentlassungen“ sind in diesem Kontext zu nennen, die der Arbeitsweise des Krankenhauses entsprechen, jedoch mit der der ambulanten Dienste kollidieren. Für die am Freitag entlassenen Patienten bedeutet dieses, daß sie bis zum Montag gänzlich unversorgt sind und ohne Unterstützung zu recht kommen müssen (7).

5. Die Verlegung des Patienten in eine andere Einrichtung der stationären Versorgung, sobald sein Aufenthalt problematisch zu werden scheint, sei es aus kurativen oder aus Kostengründen. Keineswegs ist damit unbedingt die Zuweisung einer nachsorgenden oder rehabilitativen Einrichtung verbunden. Oft werden die Patienten auch unter Zuhilfenahme von Umetikettierungen „geparkt“ (so heißt es im internen Sprachgebrauch der Ärzte), etwa ist der Zeitraum, bis eine anvisierte Versorgungslösung realisiert werden kann, zu groß und bedarf es einer Überbrückung. Für den Patienten ist auch diese Vorgehensweise risikoreich. Wird er in eine andere Institution verlegt, so wird in der Regel mit der Versorgungsvermittlung neu begonnen. Durch diese Zeitverzögerung gerät er dann sehr bald erneut in eine problematische Situation. Eine spezielle Variante dieses Handlungsmusters, das dessen Problematik offenkundig werden läßt, ist das „Chronisch-Machen“. Dieses ist eine (Park)Möglichkeit, über die nur die Häuser mit Chronikerbetten verfügen. Im Fall finanzieller Engpässe wird der Patient in ein Chronikerbett verlegt. Soll allerdings ein „chronisch gemachter“ Patient weiterverlegt werden, kommt es zu Schwierigkeiten, weil die aufnehmenden Einrichtungen in ihm einen schwierigen Fall vermuten und deshalb Akutpatienten bevorzugen. Da sie diese jederzeit bekommen können, besteht für das Krankenhaus die Gefahr, auf diesem Patienten „sitzenzubleiben“.

6. Die Vermittlung des nächsten freien Platzes in der stationären Langzeitversorgung unter Umgehung der hausinternen Rangfolge der

Heimplatzbeantragungen. Auf diese Weise geraten Patienten in Häuser, die ursprünglich für andere Patienten anvisiert wurden und ihrem Bedarf nicht entsprechen. Da aber aufgrund der Engpässe im Heimbereich ohnehin nur selten Plätze vermittelt werden können, die mit den Versorgungserfordernissen oder gar mit den Wünschen des Patienten in Übereinstimmung stehen, wird diese Vorgehensweise als unproblematisch angesehen und sehr oft gewählt.

7. Die Herstellung von Kooperationsmodi, die eine problemlose Patientenabnahme garantieren. Dazu gehört beispielsweise die Schaffung von Seilschaften in der stationären Langzeitversorgung, um so jederzeit ein Kontingent an Heimplätzen verfügbar zu haben. Solcherart Kooperationsbeziehungen bieten für die aufnehmenden Einrichtungen ebenfalls unübersehbare Vorteile. Sie gewährleisten die „Warmbelegung“, d.h. den direkten Neuzugang, sobald ein Heimbewohner verstorben ist. Vergleichbar stellt sich die Kooperation mit der ambulanten Versorgung dar. Auch hier wird versucht, geeignete Kooperationspartner für bilaterale Absprachen zu finden. Beobachtbar ist derzeit, daß diese zunehmend mehr bei den privaten Pflegediensten gesucht werden, weil diese sich flexibler auf die Erfordernisse der Krankenhäuser einstellen. Den Patienten garantieren diese Kooperationsstrukturen nur scheinbar einen lückenlosen Wechsel zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen, weil sie einzig den Geboten eines reibungslosen Patiententransfers folgen und Qualitätskriterien als nebenrangig erachten.

Dieses ist ausreichend, um zu zeigen, daß das Patientenmanagement und die Versorgungsdistribution im Krankenhaus nicht dem Bemühen folgen, die Patienten in eine der Problemlage des einzelnen Falls angemessene Versorgung zu vermitteln. Dieses kollidiert allein mit den innerinstitutionellen Bedingungen des Krankenhauses. Sie sind vielmehr an der Eigengesetzlichkeit der Institution orientiert, am „Zwang“, so sagt es einer der von uns befragten Ärzte, „die Patienten wieder loswerden zu müssen“. Dieser „Zwang“ beherrscht den Alltagsbetrieb im Krankenhaus in einer Weise, daß die Ärzte nahezu jede Lösung und so auch

jedes Versorgungsarrangement akzeptieren, vermögen sie Engpässe im Krankenhaus zu regulieren. Sie reduzieren ihr Handeln auf ein ausschließlich *externalisierungsorientiertes Patientenmanagement* (18), ungeachtet dessen, welche Auswirkungen dieses auf die Versorgungsverläufe der alten Patienten hat. Dabei wissen sie, daß sie die Patienten meist in Versorgungsüberweisen, die sich bestenfalls temporär als tragfähig erweisen. Weil sie sich aber nicht in der Lage sehen, den Insuffizienzen des Versorgungssystems auf der Ebene des Alltagshandelns zu begegnen, erhält das Wissen um die Labilität der angesteuerten Lösung potenzierenden Effekt, denn um so mehr scheint es ihnen legitim zu sein, Rationalitätserwägungen und institutionellen Zwängen zu gehorchen und ihnen die Sorge um das Wohl des Patienten nachzustellen.

Spätestens an dieser Stelle wird deutlich, daß diese Vorgehensweise im Widerspruch zur Funktion der medizinischen Profession und auch zur Logik professionellen Handelns steht. Für die Aufrechterhaltung des Krankenhausbetriebes ist sie jedoch unabdingbar. Der Arzt gerät hier gewissermaßen in eine institutionelle Falle. Er muß sich entscheiden, welchen Verpflichtungen er folgen will, denen gegenüber dem Patienten oder der Institution, und meist – so haben meine Ausführungen gezeigt – differenziert er nicht zwischen diesen ihrer Natur nach widersprüchlichen Verpflichtungen, sondern läßt sich von den institutionellen Handlungsgeboten leiten. Die hier zutage tretende Perspektivenverengung wird begünstigt durch die zuvor aufgezeigte Veränderung der professionellen Expertise in der Medizin. In der alltäglichen Praxis wirkt sich diese Perspektivenverengung dergestalt aus, daß sich die Versorgungsdistribution so unter der Hand zu einer Patientendistribution verkehrt, im Zuge derer nicht nur die problematischen Patienten, sondern auch die an ihnen manifest werdenden Probleme wegdelegiert werden. Solche Arten des Wegdelegierens einer gegebenen Handlungsproblematik sind auch aus anderen Bereichen des Versorgungssystems bekannt. Sie kommen überall da zum Tragen, wo die Beziehungen zwischen Professionellen und ihrer Klientel nur geringe Kontinuität aufweisen (4) und wo von vornherein absehbar ist, daß keine befriedigende Lösungsmöglich-

keit gefunden werden kann. Im Krankenhaus zeigen sie sich jedoch in besonderer Schärfe, weil sie hier – wie meine Ausführungen gezeigt haben – auf eine Vielzahl begünstigender Faktoren treffen.

Für die alten Patienten bedeutet dieses, daß sie im Krankenhaus einerseits eine Institution vorfinden, die sie in akuten Notlagen auffangen und sich als Schonraum erweisen kann. Keineswegs aber sind sie mit einer Institution konfrontiert, die die ihr zugewiesene Distributionsfunktion adäquat wahrzunehmen vermag. Statt dessen werden sie von hier aus in Versorgungsübermittlungen, die sich meist über kurz oder lang als untauglich entpuppen, die das Risiko von Destabilisierung meist ohnehin fragiler Versorgungssituationen in sich bergen und sie in eine Dynamik verstricken, in der sie gewissermaßen zum Spielball des Versorgungssystems mit seinen strukturellen Engpässen und seiner institutionellen Vertreter werden. Beginnt sich eine solche Dynamik zu entfalten, werden sie zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen hin- und hergeschleust, von einer Institution zur nächsten „verschoben“, so bezeichnen es die Ärzte, und können am Ende auf eine lange Versorgungskarriere – meist in Gestalt einer negativen Fallkurve (20) – zurückblicken. Dabei ist das Krankenhaus eine vielfach eingeschaltete Zwischenstation. Ihm kommt die Funktion eines Knotenpunkts zu, an dem jeweils die Weichen über den Verlauf dieser Karriere gestellt werden (16) und von dem aus die Weiterleitung an eine andere Stelle erfolgt. Wird ein Patient von dieser Dynamik erfaßt, so geht dieses fast immer mit einem progredienten Statusverlust einher. Dieser ist begleitet von progressiven Destabilisierungen bisher verfolgter Handlungsschemata und bis dato tragfähiger Orientierungs- und Bewältigungssysteme, doch ebenso von einer systematischen Reduktion des Möglichkeitsspielraums für Handlungsaktivitäten, so auch für Statussicherungs- und für Überlebensversuche.

### Literatur

- 1 Bächer, G., Dieck, M., Naegle, G., Tews, H.-P.: Ältere Menschen in Nordrhein-Westfalen. Wissenschaftliches Gutachten zur Lage der älteren Menschen und zur Altenpolitik in Nordrhein-Westfalen zur Vorbereitung des zweiten Landesaltenplans. Düsseldorf: MAGS des Landes NRW 1989
- 2 Cooper, B., Sosna, V.: Psychische Erkrankungen in der Altenbevölkerung. *Der Nervenarzt* 54 (1983) 239–249
- 3 Deppe, H.-U., Friedrich, H., Müller, R. (Hrsg.): *Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung*. Campus, Frankfurt, New York 1989, 119–133
- 4 Dewe, B., Ferchhoff, W.: Widersprüche in der sozialpädagogischen Berufspraxis und das Problem „unbewußter Psychotherapie“. *Gruppendynamik* 19, 4 (1988) 453–466
- 5 Garms-Homolová, V., Hütter, U.: *Between Ample Sufficiency and Fragility: Resources in Advanced Age*. Berlin: Freie Universität. Berichte der Arbeitsgruppe „Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte“. Nr. 2. 1988. Vervielf. Manuskript, 133 S.
- 6 Garms-Homolová, V., Hütter, U.: Die Siebzig- bis Neunzigjährigen. Differentielle Betrachtung ihrer Lebenssituation in der Großstadt. Berlin: Freie Universität. Berichte der Arbeitsgruppe „Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte“, Nr. 1. 1988. Vervielf. Manuskript, 222 S.
- 7 Garms-Homolová, V., Hütter, U., Schaeffer, D.: *Domiciliary Oriented Services for the Elderly: Demand and Barriers. A Regional Case Study on Home Help*. Berlin: Institut für Soziologie der Erziehung. 1989. Vervielf. Manuskript, 37 S.
- 8 Garms-Homolová, V., Schaeffer, D.: Die Bedeutung des Krankenhauses für die Versorgung alter Menschen. In: H.-U. Deppe, H. Friedrich, R. Müller (Hrsg.): *Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung*. Campus, Frankfurt, New York 1989, 119–133
- 9 Garms-Homolová, V., Schaeffer, D.: Kiepenarbeit versus Beratung. Strukturprobleme sozialarbeiterischen Handelns im Krankenhaus. In: *Neue Praxis* (1990) 111–124
- 10 Gross, P., Hitzler, R., Honer, A.: Diagnostische und therapeutische Kompetenz im Wandel. In: F. Wagner (Hrsg.): *Medizin. Momente der Veränderung*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1989, 155–172
- 11 Häfner, H.: Psychische Gesundheit im Alter. Der gegenwärtige Stand der Forschung über Art, Häufigkeit und Ursachen seelischer Krankheiten im Alter und über die Möglichkeit ihrer Vorbeugung und Behandlung. Gustav Fischer, Stuttgart, New York 1986
- 12 Heikkinen, E., Waters, W.E., Brzezinski, Z.J. (eds.): *The Elderly in Eleven Countries. A Sociomedical Survey*. WHO, Public Health in Europe 21, Copenhagen 1983
- 13 Kehr, H.: Krankenhaus-Fehlbelegung. Gründe, Hintergründe und Ausmaß von Fehlbelegungen in bundesdeutschen Krankenhäusern. *Die Ortskrankenkasse* 70, 13 (1988) 404–408
- 14 Novak, P.: Grenzprobleme der Medizin. In: F. Wagner (Hrsg.): *Medizin. Momente der Veränderung*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1989, 43–62

- 15 Ryle, G.: Der Begriff des Geistes. Reclam, Stuttgart 1969
- 16 Schaeffer, D.: Identifying Nodal Points in the Structure of the Care System. Paper presented on the meeting on Sub-Project 2. Age Care Research Europe, October 27-29, 1986 in Lyon, France
- 17 Schaeffer, D.: Formen der Kooperation zwischen den Krankenhausärzten und den Sozialdiensten. *Medizin Mensch Gesellschaft* 14 (1989) 49-59
- 18 Schaeffer, D.: Strukturelle Versorgungsprobleme und professionelle Interventionsmuster bei chronisch kranken alten Patienten. *Z. Sozialreform* 35 (1989) 737-749
- 19 Schneemann, N.: Über die Gerontophobie der Ärzte. In: *Medizin, Mensch, Gesellschaft* 6,12 (1987) 125-134
- 20 Schütze, F.: Prozeßstrukturen des Lebensablaufs. In: J. Matthes, A. Pfeifenberger, H. Stosberg: *Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive*. Kolloquium am SFZ der Universität Erlangen. Verlag der Nürnberger Forschungsvereinigung e.V., Nürnberg 1981
- 21 *Sozialdata*: Alterssicherung von unentgeltlich Pflegenden. Endbericht München 1987
- 22 Stichweh, R.: Professionalisierung, Ausdifferenzierung von Funktionssystemen, Inklusion. Unveröff. Manuskript, Bielefeld 1989
- 23 Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B., Wiener, Ch.: *Gefühlsarbeit*. *KZfSS* 32 327-651
- 24 Svanborg, A., Bergström, G., Mellström, D.: *Epidemiological Studies on Social and Medical Conditions of the Elderly*. Report on a Survey. Regional Office of Europe, WHO, Copenhagen 1982
- 25 Turner, B.S.: *Medical Power and Social Knowledge*. Sage, London, Beverly Hills, Newbury Park etc., 1987
- 26 Voges, W.: Ein Kommentar zu den strukturellen Versorgungsproblemen alter chronisch kranker Patienten. *Z. Sozialreform* 35, 11/12 (1989) 750-760

*Dr. phil. Doris Schaeffer, Dipl.-Päd., Psychologisches Institut WE 3, FU Berlin, Habelschwerdter Allee 45, 1000 Berlin 33*

MMG 15 (1990) 190-199

© Ferdinand Enke Verlag Stuttgart

## **Der Inanspruchnahmeprozess in der stationären Versorgung**

Josef Düllings

**ZUSAMMENFASSUNG:** Die Inanspruchnahme von Krankenhäusern wird auf der Grundlage eines quantitativ-systemtheoretischen Konzepts untersucht. Mit Hilfe von Logit-Schätzungen werden die wesentlichen quantitativen Relationen des Inanspruchnahmeprozesses ermittelt. Dabei spielen Faktoren eine Rolle, die auf unterschiedlichen Systemebenen (biologische, psychische, soziale) wirken. Der Inanspruchnahmeprozess selbst wird als mehrstufiger Vorgang betrachtet (Ersteinweisung und Folgeeinweisungen), der auf jeder Stufe unterschiedliche Merkmalsrelationen aufweist.

**SUMMARY:** The utilization of hospitals is investigated on the basis of a quantitative system-theoretical approach. Using logit-models the main quantitative relations of hospital utilization are estimated. Important factors operate on different systems levels (biological, psychical, social). The process of utilization is viewed as a multi-stage procedure (first admission and readmissions) with different relations at each stage.