

- Ferber, Christian von, 1985: Pflegebedürftigkeit – ein neues Sozialversicherungsrisiko? in: Christian von Ferber; U. E. Reinhardt; T. Thiemeyer, (Hg.), *Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen*, München: WIDO-Eigenverlag, S. 521–545.
- Göckenjan, Gerd, 1985: *Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt*, Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Grunow, Dieter u. a., 1983: *Gesundheitsselbsthilfe im Alltag*, Stuttgart: Enke.
- Psychiatrie-Enquete*, 1975: Bundestagsdrucksache 7/4200, Bonn.
- Raspe, Hans-Heinrich; Mattusek, Sigrid, 1989: *Endbericht der MRH Hannover. Wohnortnahe Versorgung von Rheumakranken*, Hannover: Ms.
- Schmidt, Alfred u. a., (Hg.), 1987: *Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft*, Köln: Bund.

Strukturelle Versorgungsprobleme und professionelle Interventionsmuster bei chronisch kranken alten Patienten

Von Dr. Doris Schaeffer, Freie Universität Berlin

1. Einführung

Im folgenden Beitrag wird eine spezielle Bevölkerungsgruppe in den Blick genommen. Mein Interesse gilt den Versorgungsproblemen der Hochbetagten¹⁾ und damit einer Bevölkerungsgruppe, die statistisch gesehen noch vor nicht allzu langer Zeit kaum ins Gewicht fiel, mittlerweile jedoch die Bevölkerungsgruppe repräsentiert, die im Vergleich zur Gesamtbevölkerung am stärksten expandiert und die – sollte die Geburtenhäufigkeit gleich bleiben – proportional zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Seit diese Tatsache in das Bewußtsein der Öffentlichkeit dringt und seit darüber hinaus deutlich geworden ist, daß zukünftig ein Drittel der Lebenszeit auf die Lebensphase „Alter“ entfallen wird (denn die Verlängerung der Lebensdauer ist zugleich von einer Verjüngung und Entberuflichung begleitet, vgl. Göckenjan/Kondratowitz 1988; Kohli 1985), rückt das Alter verstärkt in das Blickfeld öffentlicher und gleichermaßen auch wissenschaftlicher Diskussionen. Fragen der sozialen Sicherung, Pflegenotstand und vor allem die Kostenexplosion im Gesundheitswesen stehen im Mittelpunkt dieser Diskussionen, die von der Sorge dominiert sind, daß diese Entwicklung von Problemen begleitet sein könnte, die gesellschaftlich

¹⁾ In meinen Ausführungen beziehe ich mich auf eine derzeit laufende Studie mit dem Titel „Versorgung alter Menschen: Bedarf und Barrieren“. Die Studie wird an der Freien Universität durchgeführt, von der DFG finanziert und ist Teil des europäischen Verbundprojekts Age Care Research Europe. Im Zentrum des Teils der Studie, auf den ich mich hier beziehe, stehen mikrostrukturelle Prozesse der Versorgungszuweisung und -inanspruchnahme. Das Augenmerk richtet sich vor allem auf die Aushandlung der Versorgung unter den beteiligten Akteuren und auf die Versorgungslaufbahnen alter Patienten.

kaum lösbar sind²⁾). Denn es steht fest, daß das in der Gerontologie und anderen Disziplinen neuerlich proklamierte Leitbild des bis ins höchste Alter von lebensbedrohlichen und chronischen Krankheiten freien Menschen heute keineswegs Realität ist. Für eine nicht unerhebliche Teilpopulation der Hochbetagten trifft vielmehr zu, daß sie unter chronischen Erkrankungen leidet und besonders stark von den Auswirkungen struktureller Insuffizienzen des Versorgungssystems betroffen ist. Dabei ist eine Besonderheit zu betonen: Nicht lediglich die quantitativen Ausmaße beider Phänomene markieren die Differenz zu anderen Altersgruppen. Vielmehr sind es qualitative Unterschiede im Krankheitsverlauf. Jene Krankheitsphasen, in denen pathologische Entwicklungen klinisch und subjektiv evident geworden sind, gehören bei den Hochbetagten längst der Vergangenheit an. Sie sind in ein Stadium eingetreten, in dem funktionale Beeinträchtigungen auch in den symptomärmeren Latenzphasen manifest bleiben und Autonomieeinbußen und Selbstversorgungsprobleme den Alltag bestimmen. Mit dem Verlauf der Krankheit wächst bei ihnen der Versorgungsbedarf, und mit der quantitativen Zunahme geht in der Regel auch eine *qualitative* Veränderung des Versorgungsbedarfs einher. Nicht kurzfristige Maßnahmen, wie sie vom Versorgungssystem angeboten werden, sondern langfristige Unterstützungen werden benötigt. Ebenso notwendig sind ineinandergreifende und darüber hinaus kontinuierliche, doch zugleich variable Maßnahmen, da isolierte und selektive Interventionen kein der komplexen und sich stets verändernden Problemsituation chronisch kranker alter Patienten angemessenes Unterstützungspotential bieten.

In der alltäglichen Praxis wird jedoch immer wieder sichtbar, daß die verfügbaren Versorgungsmöglichkeiten für alte Menschen selten mit dem Bedarf und den krankheitsbedingten Anforderungen korrespondieren. Unter den Hochbetagten, und insbesondere unter den chronisch Kranken unter ihnen, finden sich viele, die weitgehend unterversorgt sind und dringend unterstützender Maßnahmen bedürftigen. Doch genauso können Überversorgungs- und Fehlversorgungserscheinungen beobachtet werden. Letzteres beispielsweise dann, wenn nicht benötigte Dienste zugewiesen werden müssen, um jene Maßnahme vermitteln zu können, die gebraucht wird – eine in der ambulanten Versorgung strukturell angelegte Insuffizienz. Dieser Tatbestand wirft Fragen auf: Nach welchen Regeln verläuft die Versorgungsallokation in der alltäglichen Praxis? Welche Engpässe und Blockaden haben alte Menschen zu passieren, um an adäquate Versorgungsmaßnahmen zu gelangen? Wie wird die Versorgungsdistribution von den Professionellen gehandhabt? Diesen Fragen sind meine Ausführungen gewidmet.

²⁾ Dabei aber wird deutlich, daß die Kenntnis über die Situation der Hochbetagten in mancher Hinsicht unzureichend ist. Auch – und dieses scheint mir nicht minder wichtig zu sein – findet die die Ausdehnung des Alters kennzeichnende Zweiteilung des Alters und der Alterspopulation nur unzureichende Berücksichtigung. Werden die „jungen Alten“ und die „alten Alten“ differenziert, so gilt das Interesse derzeit in erster Linie den jungen Alten. Problematisch ist dieses vor allem, geht es um bestimmte Problembereiche, so beispielsweise um die zur Debatte stehende Problematik der Versorgungsallokation im Fall chronischer Erkrankung. Gerade hier zeigen sich fundamentale Unterschiede: Einbrüche im Ressourcenkomplex, vor allem schlechtere gesundheitliche Funktionsfähigkeit und parallel dazu mangelnde Kompensationsmöglichkeiten vorhandener Einbußen und steigender Versorgungsbedarf sind bei einem Vergleich an erster Stelle zu nennen (Garms-Homolova/Hütter 1988 a).

Meine Überlegungen konzentrieren sich auf die Rolle der *Ärzte*, die in ihrer Funktion als Entscheidungsträger und *gate keeper* fundamentale Relevanz für die Versorgungsdistribution haben. Ich wende mich speziell den *Krankenhausärzten* zu und betrachte damit gleichzeitig eine Institution, die in der Versorgung chronisch kranker alter Patienten eine zentrale Rolle spielt³). Eine weitere Vorbemerkung scheint mir notwendig: Indem ich mich den Krankenhausärzten widme, beleuchte ich einen speziellen Aspekt der Versorgungsallokation. Der Beitrag des Nutzers und des informellen Netzes stellen andere, nicht minder wichtige Faktoren dar. Dennoch erörtere ich einen entscheidenden, wenn nicht gar *den* entscheidenden Aspekt, denn aufgrund der gesellschaftlichen Verfaßtheit von Gesundheit und Krankheit sind es letztendlich die Professionellen und insbesondere die *Ärzte*⁴), die die Versorgungsdistribution steuern. Sie stellen die eigentlichen *gate keeper* dar, öffnen und verschließen qua Entscheidung den Weg zu einzelnen Diensten und Versorgungseinrichtungen. Dagegen ist der Handlungsspielraum des Nutzers durch seinen Status als Kranker bzw. als Patient begrenzt. In dieser Rolle ist sein Geschick in gesellschaftlich legitimer Weise an Stellvertreter delegiert (Parsons 1965), die seine Problemsituation mit dem ihnen zur Verfügung stehenden Wissen ausdeuten und sie regulieren. Dazu gehört, daß sie den Patienten beurteilen, seinen Zustand begutachten, die Versorgung konzipieren und die Zuweisung einleiten. Der Frage, welcher Handlungsrouinen sie sich dabei bedienen, wie sie mit dem Versorgungssystem und seinen strukturellen Insuffizienzen umgehen und auf welchen Begründungsmustern ihr berufspraktisches Handeln basiert, werde ich nun exemplarisch an zwei Schnittstellen nachgehen.

Die Datengrundlage bilden offene Interviews mit Ärzten aus Krankenhäusern aller Versorgungsstufen. Sie ranken um den Krankenhausalltag, um die ärztliche Einschätzung der alten Klientel und um die Probleme der Versorgungsvermittlung an der Peripherie der Leistungserbringung. In den Interviews wurde großer Wert darauf gelegt, der Entfaltung der Sichtweisen der Befragten breiten Raum zu gewähren, so daß die Ausführungen stark narrative Züge tragen. Diese sprachlich verdichteten Darstellungen untersuchen wir als Ausdruck der impliziten Theorien, von denen sich die Krankenhausärzte in ihrer alltäglichen Handlungspraxis leiten lassen. Diese Theorien gerinnen sozusagen zur Deutungsfolie, auf deren Hinter-

³) Betrachten wir allein die Einweisungshäufigkeit, die Verweildauer und die altersmäßige Zusammensetzung der Patientenpopulation in den Allgemeinkrankenhäusern, so zeigt sich, daß das Krankenhaus nach wie vor – trotz des Ausbaues der ambulanten Versorgung – eine dominante Stellung unter den Institutionen des Versorgungssystems einnimmt. Aus versorgungsstruktureller Perspektive betrachtet substituiert es Leistungen, die von anderen Institutionen *nicht* erbracht werden, und schließt Lücken, die sich aus der Fragmentierung der Gesundheitsversorgung und den sozialen Diensten ergeben (Garms-Homolova/Schaeffer 1989 a). Zudem übernimmt es Dienstleistungen, für die generell ein entsprechendes Angebot fehlt. Mit Blick auf die Versorgung alter Menschen stellt es eine wesentliche Distributionsinstanz dar, ja, ist nicht nur die Stelle, von der aus nachfolgende Dienste im ambulanten oder stationären Bereich zugewiesen werden, sondern die überhaupt den Zugang zur Versorgung ebnet (ebenda; Mellström u. a. 1981; Weissenbach 1983).

⁴) Die anderen Professionen, bzw. richtiger gesagt, die anderen Berufsgruppen sind im paraprofessionellen Bereich tätig. Sie stellen Implementationsinstanzen dar, die die ärztlichen Anordnungen umsetzen und die Versorgungszuweisung realisieren.

grund die alltäglichen Aktivitäten gesteuert werden und die sowohl bei der Problemanalyse und Begutachtung als auch bei der Festlegung von Interventionen, der Versorgungsallokation und auch im Umgang mit den Patienten zum Tragen kommen. Genährt werden diese Theorien aus einem Konglomerat unterschiedlicher Wissensressourcen (Freidson 1986): Vor allem aus professionsspezifischem und systematischem Wissen, doch darüber hinaus aus Erfahrungswissen, das im Laufe der Berufspraxis angeeignet wird. Dieses, seinem Charakter nach praktische Wissen ermöglicht es den Ärzten, einen sinnverstehenden Zugang zu den lebenspraktischen Problemen ihrer Klientel zu finden. Es erlaubt ihnen auch – wie meine Ausführungen zeigen werden –, die Gegebenheiten des Versorgungssystems mit seinen Engpässen zu handhaben und verleiht ihnen die für die Tätigkeit erforderliche Sicherheit und Gewißheit (Bude 1988).

Insgesamt standen mir 26 Interviews zur Verfügung. Die Fälle unterschieden sich nach Art und Inhalt der Tätigkeit, hinsichtlich der Fachrichtung und der hierarchischen Positionierung: Es sind Stations- und Oberärzte, doch ebenso Chefärzte dabei, die ihre Tätigkeit in unterschiedlich großen Krankenhäusern ausüben.

2. Die Krankenhausärzte als Filterungsinstanz

Der ärztlichen Darstellung des Krankenhausalltags zufolge richten die Ärzte eine Vielfalt von Strategien darauf aus, ihre Funktion dem Charakter nach als *Selektionsinstanz* auszuüben. Sie werden im Sinne einer Schaltstelle tätig, die die Patientenströme filtert und kanalisiert.

Wesentliche dazu beitragende Einrichtungen sind – ihrer Schilderung nach – das *Rettungswesen* und die *Erste Hilfe*. Sie werden dazu genutzt, bereits im Vorfeld den Patientenstrom zu kanalisieren, wobei die alten Patienten und insbesondere die Frauen unter ihnen in der Regel in Kliniken der niedrigeren Versorgungsstufen geleitet werden⁵). Die Krankenhausärzte begründen dieses damit, daß das Personal dort, wie im übrigen auch sie, den Befindlichkeitszustand hochbetagter Patienten als labil und wenig beeinflußbar ansieht. Deshalb halten sie es für sinnvoll, von vornherein ein Krankenhaus anzusteuern, dem eine Abteilung für chronisch Kranke angehört (A 28)⁶), so daß der alte Patient gegebenenfalls umgehend in die stationäre Langzeitversorgung transferiert werden kann. Letztendlich ist die Filterung also so angelegt, daß die dauerhafte Institutionalisierung des alten Patienten antizipierend mitgedacht wird.

Nicht unähnlich beschreiben die Ärzte die Funktion und die Funktionsweise der Ersten Hilfe. Unter der Hand werden die „medizinisch interessanten Fälle“ hier ausgliedert. Mit ihnen werden zunächst die freien Betten des Hauses belegt.

⁵) Dieses wird durch eine Evaluation der Rettungstransporte und Notarztwageneinsätze bestätigt: Sehr alte Frauen gelangen häufig über den Rettungsdienst in die Krankenhäuser der niedrigen (Regelversorgung) und niedrigsten (Grundversorgung) Versorgungsstufe, während Kinder und Jugendliche sowie jüngere Erwachsene signifikant häufiger in Krankenhäuser der höchsten Versorgungsstufe (Zentralversorgung bzw. Schwerpunktversorgung) eingeliefert werden (Garms-Homolova/Hütter 1988 b).

⁶) In den Transkripten und hier verwendeten Textauszügen steht A für Arzt. Die Zahlenangaben beziehen sich auf die Identität des Interviewten und die Seiten- und Zeilenangaben im Transkript.

Besteht darüber hinaus im eigenen Haus Bettenkapazität, nehmen die Ärzte auch medizinisch eher für „uninteressant“ gehaltene Fälle auf, die ansonsten weitergeleitet und verlegt werden (A 25). Handelt es sich dabei um alte Patienten, erfolgt die Verlegung in der bereits beschriebenen Weise. Sie werden in die kleinen Krankenhäuser möglichst mit angegliederter Chronikerabteilung geschleust.

Was ist ein „interessanter“, was ein „uninteressanter“ Fall? Geht es um diese Frage, wird zur Plausibilisierung stets eine Klassifizierung des alten Patienten aus medizinischer Sicht vorgenommen.

3. Ärztliche Theorien über hochbetagte Patienten

„Ja was haben die denn . . . also hauptsächlich isses eigentlich ähm . . . also eine Krankheit, die eigentlich gar keine richtige Krankheit is. Is so'ne schlechte Versorgung. Dann kommen sie dann, wenn's gar nicht mehr anders geht ins Krankenhaus, und da können sie eigentlich, wenn sie gut versorgt werden, brauchen sie manchmal gar nicht viel Medizin, eigentlich nur Versorgung, so innerhalb von vier bis sechs Wochen wieder so aufgepäppelt werden, daß sie wieder nach Hause können. Und dann natürlich gibt's anderes, so Schlaganfälle . . .“ (A 8; 2/8–21).

Daß hier keine isolierte Meinung wiedergegeben wird, belegt der nachfolgende Textauszug:

„Die kommen häufig wegen . . . äh . . . unklarer . . . (Beschwerden) . . . Bewußtseinsverluste, sind gefallen oder dergleichen . . . natürlich auch mal . . . interessantere Sachen, wie äh . . . Krebsleiden oder Magen-Darm-Störungen und sowas . . .“ (A 4; 2/27–31).

In dem Bild, das die Ärzte von ihren alten Patienten zeichnen⁷⁾, stehen zwei Beschwerdeprofile im Vordergrund: Entweder leiden sie unter altersbedingten Beschwerden, die aus ihrer Sicht der Dinge eigentlich keine Krankheiten darstellen. „Die sind teilweise abgewirtschaftet, Schrottautos“ (A 17, 10/20) – so bringt es einer der Ärzte drastisch auf den Punkt. Neben dem fortschreitenden Abbau und den damit verbundenen Selbstversorgungseinbußen aber leiden sie „teilweise“ auch unter Beschwerden, die die Ärzte als „krankheitsbedingt“ klassifizieren. Doch auch diese weisen im Vergleich zu anderen Altersgruppen Besonderheiten auf. Es dominieren unspezifische Krankheitsbilder, die medizinischen Interventionen kaum zugänglich sind. Als geradezu typisch beschreiben die Ärzte multiple Pathologien mit langen komplizierten Therapieverläufen und sekundären Schädigungen durch Therapiemaßnahmen. Diese kennzeichnen ihrer Ansicht zufolge neben den zuvor genannten altersbedingten Symptomen die Situation ihrer hochbetagten Patienten. Für beide Beschwerdebilder gilt, daß sie therapieresistent sind und ärztliche Maßnahmen auf ein kurzfristiges „Aufpäppeln“ oder, um einen anderen, in diesem Kontext gebräuchlichen Terminus zu bemühen, auf eine „Generalüberholung“ (A 17), begrenzt bleiben. Und weil sie das professionell zur Verfügung

⁷⁾ Der ärztlichen Sicht des alten Patienten und der Deutung des Versorgungsbedarfs hat sich auch V. Garms-Homolova in unserem Projekt gewidmet (Garms-Homolova u. a. 1987, Garms-Homolova im Druck).

stehende Problemlösungspotential nicht routiniert zur Anwendung kommen lassen, gelten alte Patienten als „uninteressant“ (A 17). Eine Ausnahme bilden Patienten, die Symptome aufweisen, die als „Akutepisoden“ definiert werden können. Dieses sind die wenigen sogenannten „interessanten“ Patienten.

Egal aber welcher der beiden Klassifizierungen alte Patienten angehören – das läßt sich bilanzieren –, als Objekte ärztlichen Handelns stellen sie keine Herausforderung dar. Mit ihren Problemen liegen sie quer zu den Geboten der ärztlichen Handlungspraxis im Krankenhaus, doch ebenso – das ist zu ergänzen – zu denen der Mehrzahl der Institutionen des Gesundheitswesens und der Kostenträger. Sie alle sind auf Akuterkrankungen ausgerichtet, auf Beschwerden, die durch kurzfristige Interventionen gemildert werden können, und zielen damit auf eine andere Klientel. Chronisch Kranke, und um so mehr die Hochbetagten unter ihnen, stoßen von vornherein auf Inkompatibilitäten. Diese manifestieren sich darin, daß die Ärzte ihnen – sind ihre Beschwerden nicht mehr als Akutepisoden zu begreifen – mit therapeutischem Nihilismus begegnen. Alte Patienten, obschon sie einen Großteil der Patientenpopulation ausmachen, werden als Fremdkörper („Störfall“ nannte es *Schachtner* [1988] kürzlich) betrachtet, für den sich die Krankenhausärzte eigentlich *nicht* zuständig fühlen. Und weil sie gleichzeitig den Nutzen medizinischen Handelns in Frage stellen und ihnen so gesehen die Gefahr innewohnt, das professionelle Selbstwissen zu erschüttern, wird im Krankenhausalltag versucht, sie der stationären Versorgung so fern wie möglich zu halten oder – erinnern wir uns an den Selektionsprozeß in der Ersten Hilfe – sich ihrer als Füllmasse zu bedienen. Wenden wir uns nun einer anderen Schnittstelle und einer anderen Seite des Krankenhausalltags zu, Entlassung und Verlegung aus dem Krankenhaus.

4. Das Krankenhaus als „Verschiebebahnhof“

Betrachten wir zunächst die Darstellung der *gesellschaftlichen Funktion* des Krankenhauses. Aus der Perspektive der Ärzte besehen gerinnt das Krankenhaus mehr und mehr zu einer „Verwahrstation für Sozialfälle“ (A 17), in der die Problemfälle der Gesellschaft⁸⁾ – so eben auch die Alten –, für die andernorts kein Platz zu finden ist, untergebracht werden (A 5, A 16, A 25, A 28). Diese Funktion attestieren die Ärzte allen Kliniken. Doch sehen sie 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

⁸⁾ Dazu gehören beispielsweise Alkoholiker, schlecht versorgte Patienten, solche, deren Angehörige sich der Pflegeverantwortung entziehen, sei es, weil sie sich überfordert fühlen oder gar, weil sie in Urlaub fahren etc. Alte Patienten stellen die Mehrzahl unter ihnen. Nach Ansicht der Ärzte hat das Krankenhaus und haben sie hier Leistungen zu erbringen, für die sie nicht zuständig sind. Gleichzeitig aber fühlen sich die Ärzte aufgrund ihres professionellen Ethos doch für die Sorge um diese Patienten verpflichtet. Wir werden hier eine gewisse Ambivalenz gewahrt, die charakteristisch für das Handeln der Krankenhausärzte ist (*Garms-Homolova/Schaeffer* 1989 b).

den Kollegen der größeren Häuser in dem Ruf, „Medizin zweiter Klasse“ (A 28) zu betreiben. Vor allem wenn in den kleinen Häusern eine Erste Hilfe fehlt, gelten sie als bloße Vorstationen zur stationären Altenversorgung. Für die in den sogenannten 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 abgewiesen wird, gelangt zu ihnen, so daß sie vielfach die unerledigten Probleme der sogenannten Elitemedizin auszukurieren haben (A 9, A 10).

Wird das Krankenhaus von den Ärzten mit Blick auf seine gesellschaftliche Funktion als „Verwahrstation“ bezeichnet, so stellt es sich ihnen in *versorgungsstruktureller* Hinsicht als „Verschiebebahnhof“ dar. Der Alltag der Versorgungsallokation ist dadurch bestimmt, daß sich der Arzt oft vor die Notwendigkeit eines raschen und umgehenden Patiententransfers gestellt sieht – unabhängig davon, welche Auswirkungen dieses auf die Versorgungsqualität hat. Der chronisch kranke Alterspatient, der vor allem aus der Sicht der Chefärzte ohnehin nur „die Betten voll liegt“ (A 17), ist bevorzugtes Objekt solcher Verschiebeprozesse.

Wir werden hier eine andere Variante des Selektionsprozesses gewahrt. War die zu Beginn geschilderte Filterung darauf ausgerichtet, den alten Patienten von der Akutversorgung fernzuhalten und bereits in die Nähe der Langzeitversorgung umzuleiten, so hat sie in einem anderen Stadium des Krankenhausaufenthalts die Funktion, ihn aus der Akutversorgung „wegzufiltern“.

Diese Art des Patiententransfers gewinnt durch die auch im Krankenhausalltag immer dringender werdende Finanzproblematik zunehmend an Bedeutung. Aufgrund des steigenden Kostendrucks auf die Institutionen müssen die Professionellen stets die Reproduktion der Einrichtung, in der sie tätig sind, im Auge haben. Droht ein Patient zum Kostenrisiko für die Einrichtung zu werden, sehen sich die Ärzte gezwungen, ihn umgehend zu entlassen oder in die Zuständigkeit anderer Dienste zu transferieren. Für die Behandlung von alten Patienten bedeutet dieses konkret, daß der Arzt einkalkulieren muß, daß der Aufenthalt des Patienten im Krankenhaus nicht so lange dauert, bis dieser als „geheilt“ entlassen werden kann. Denn dieser Prozeß zieht sich in der Regel über eine Zeitspanne hin, die von den Krankenkassen nicht unhinterfragt hingenommen und finanziert wird. Je nach Krankheitsart und Versorgungsstufe des Krankenhauses melden sich die Kostenträger in bestimmten zeitlichen Abständen bei den behandelnden Ärzten und fordern gutachterliche Auskünfte über die gesundheitliche 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 Heilungschancen schließen läßt, wird die Finanzierung der Pflegesätze des Akutkrankenhauses eingestellt. Die Ärzte sehen sich nun gefordert zu verhindern, daß das Krankenhaus das finanzielle Risiko tragen muß. Ihrer Sicht der Dinge zufolge können sie dazu auf folgende Strategien zurückgreifen und damit die Situation regulieren:

1. Die frühzeitige, mehr oder minder *präventive Einleitung einer stationären Unterbringung*, bei der *unmittelbar* nach der Aufnahme eines alten Patienten präventiv – sozusagen für den Fall des Falles – entsprechende Versorgungs- und Verlegungsmöglichkeiten anvisiert werden und mit der Suche nach einem Platz in der stationären Langzeitversorgung begonnen wird, um den Patienten gegebenenfalls weiterleiten zu können. Dabei spielt die Einschätzung des Befindlichkeitszustands des Patienten eine relativ geringe Rolle. Allein das Alter ist entscheidend, und es wird versucht, mit dieser Strategie die damit assoziierten systemstrukturellen Engpässe zu umgehen.
2. Der Versuch, den *Klinikaufenthalt zu verlängern*. Dabei wird eine begleitende funktionale Störung oder eine andere als die, die bislang im Mittelpunkt der Behandlung stand, in den Vordergrund gerückt. Diese *Umdefinition* von Befindlichkeitsstörungen legitimieren die Ärzte mit den multiplen Pathologien ihrer hochbetagten Patienten. Diese Strategie kann – je nach Sachlage und Lage des Falls – u. U. so lange verfolgt werden, bis sich die Versorgungssituation des Patienten geklärt hat, und ermöglicht es dem Arzt, die Hürde, die ihm durch die Krankenkassen und die zunehmende Bürokratisierung seines Handlungsfeldes in den Weg gestellt wird, zu unterwandern (A 25, A 28). Im Klinikalltag ist diese Strategie jedoch zumeist temporär begrenzt und läßt sich nicht beliebig ausdehnen.
3. Eine andere Strategie, die – aus der Perspektive der Ärzte der kleineren Kliniken betrachtet – vorzugsweise von den größeren Krankenhäusern genutzt wird, besteht darin, den Patienten zu „parken“ (A 9), wie es im internen Sprachgebrauch heißt, d. h. man weicht „auf die billigen Lösungen aus“ (A 16; 10/1) und *verlegt* ihn in ein kleineres Krankenhaus, in dem er so lange verbleiben soll, bis eine Lösung für ihn gefunden ist. Für das Krankenhaus bietet diese Vorgehensweise den Vorteil, auch die Versorgungsallokation delegiert zu haben, die nunmehr der aufnehmenden Institution obliegt und hier oftmals neu begonnen wird. An dieser Stelle scheint bereits durch, daß diese Strategie für die Versorgungszuweisung mit solchen Zeitverzögerungen einhergehen kann, daß es erneut zum Zusammenbruch der Verweildauerprolongierung kommt und eine abermalige umgehende Weitervermittlung des Patienten erforderlich wird.
4. Nur in den Kliniken mit chronischen Abteilungen bzw. „Chronikerbetten“ sehen die Ärzte eine vierte Möglichkeit. Sie besteht darin, den *Patienten „chronisch zu machen“* (A 10) und ihn – zumeist an Stelle eines anderen Patienten – in die Abteilung für chronische Kranke des eigenen Hauses zu verlegen und dort entweder seine Weiterversorgung durch die Finanzierung nach dem BSHG zu sichern oder ihn weiterzuvermitteln versuchen. Diese Vorgehensweise birgt allerdings Probleme in sich. Zum einen ist erforderlich, den Bettennachweis zu umgehen. Außerdem ist es schwierig, den Patienten von der Abteilung für chronisch Kranke aus weiterzuverlegen, denn nun haftet ihm der Ruf an, ein schwieriger Fall („n’ faules Ei“ – A 10) zu sein.

5. Eine andere Handlungsalternative besteht darin, dem Patienten den ersten freien Platz, der dem Krankenhaus aus dem Bereich der *Langzeitpflege* angeboten wird, zu vermitteln und die hausinterne Rangfolge der Heimplatzbeantragungen neu zu sortieren. Zuweilen werden Patienten auf diese Weise ohne Angabe von Gründen und ohne Aufklärung oder gar – wie Kritiker aus den eigenen Reihen meinen – unter Vorspiegelung falscher Tatsachen in eine Langzeiteinrichtung überwiesen. Diese Strategie setzt ein gutes Kooperationsverhältnis zum Sozialdienst voraus, was nicht unbedingt die Regel darstellt (Schaeffer 1989).
6. Die *vorzeitige Entlassung* des Patienten in die häusliche Umgebung. Diese Möglichkeit wird von den Ärzten vorzugsweise dann in Betracht gezogen, wenn der Patient sowieso nach Hause entlassen werden soll und die Versorgung zu Hause ausreichend zu sein scheint oder durch ambulante Hilfen gesichert werden kann. Zuweilen wird eine solche Entlassung auch als „Scheinentlassung“ veranlaßt und dem Patienten signalisiert, daß er nach Ablauf von wenigen Tagen in die Klinik zurückkehren kann, so daß die Krankenhausbehandlung dann aufgrund eines „neuen“ Anlasses wieder aufgenommen wird. Wir bezeichnen dieses als „verschwiegene Kooperation“ im Interesse des Patienten – eine Möglichkeit, die an den finanziellen Status des Patienten gebunden ist und vorzugsweise mit privat versicherten Patienten abgesprochen wird.

Nicht eben selten aber erfolgt die Entlassung nach Hause mit und ohne ambulante Hilfen, auch wenn die Ärzte wissen, daß die häusliche Versorgung *nicht* gesichert ist, die Situation alsbald zusammenbrechen muß und ein neuer Klinikaufenthalt erfolgen wird. Weil sie sich aber ihrer Einrichtung und deren Reproduktionserfordernissen verpflichtet fühlen und diesen das Wohl des Patienten nachordnen, wird diese Vorgehensweise jedoch als legitim anerkannt und im Krankenhausalltag oft gewählt. Das gleiche trifft für die Verlegung in die stationäre Langzeitversorgung zu. Auch dabei wird der Patient in die nächstmögliche Stelle transferiert, selbst wenn klar ist, daß er in eine Einrichtung gelangt, in der es zu Unterversorgungerscheinungen kommen wird, so daß er von dort alsbald weiterverlegt werden muß.

Spätestens hier wird sichtbar, daß es sich bei all diesen Strategien um *Externalisierungsstrategien* handelt (Allert 1988), denen gemeinsam ist, daß sie nur *kurzfristig wirksam* sind und sich nur selten als kompatibel mit der Problemlage des alten Patienten erweisen. Ähnlich wie in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung wird durch diese Art der Bewältigung professioneller Handlungsprobleme ein Drehtüreffekt provoziert, der die Hochbetagten in ein „Versorgungskarussell“ – so der interne Sprachgebrauch – verstrickt. Dieser Begriff zielt auf die spezielle Dynamik der systemstrukturellen Gegebenheiten der Versorgungszuweisung und spielt darauf an, daß der Nutzer vom Augenblick der Kontaktaufnahme mit dem Versorgungssystem an keinen Einfluß mehr auf sein Schicksal nehmen kann, sondern zum Spielball der Systemvorgaben und seiner institutionellen Vertreter wird. Er wird zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich hin- und hergeschoben, ebenso innerhalb des stationären Bereichs und am Ende auch in der Langzeitversorgung und möglicherweise sogar zwischen Langzeit- und Akutversor-

gung. Von einem Platz zum anderen „verschoben“, läuft er Gefahr, eine Vielzahl von Orten ansteuern zu müssen, ohne eine Stelle zu finden, an der sein Problem endgültig gelöst werden könnte. Wird ein Patient von dieser Dynamik erfaßt, durchläuft er eine lange Patienten- und Versorgungskarriere, die die Ärzte nach eigener Einschätzung höchst selten zum Stillstand zu bringen vermögen, weil sie sich nicht in der Lage sehen, dem den Krankenhausalltag beherrschenden „Zwang, die Patienten wieder loszuwerden“, zu enttrinnen, denn:

„Oft bleibt uns gar nichts anderes übrig, als einfach froh zu sein, wenn wir überhaupt 'ne Unterbringungsmöglichkeit gefunden haben. Und dann macht man häufig sicher stillschweigend die Augen zu, und sagt, man ist froh, daß man wieder jemanden irgendwo untergebracht hat“ (A 11; 9/19-35).

Als weitere Ursache dafür, daß die Zuweisung einer jeden Versorgungsmöglichkeit den Auftakt für den Beginn oder die Fortsetzung eines „Versorgungskarussells“ darstellen kann, wird die *begrenzte Reichweite* der meisten Hilfen angeführt. Letztendlich – dieses wird vor allem von den in den kleineren Kliniken tätigen Ärzten mehr oder minder offen proklamiert – ist nur die möglichst direkte Übermittlung in die „totale Versorgung“ (die stationäre Langzeitversorgung) ein Garant dafür, daß die Initiierung von Verschiebeketten vermieden wird. Denn die stationäre Langzeitversorgung stellt zwangsläufig die Endstation dar und bietet, direkt angesteuert, gewissermaßen einen Schutzraum, in dem der Patient zwar möglicherweise über- oder fehlversorgt ist, in jedem Fall aber weiteren Verschiebungen entzogen ist⁹⁾. Allerdings halten sie eine direkte Übermittlung in die Langzeitversorgung nur in Ausnahmefällen für möglich, zum einen, weil es an einem entsprechenden Platzangebot und generell an Versorgungskapazitäten mangelt und weil die Praxis der Versorgungsdistribution dem entgegensteht, doch auch, weil die Patienten sich dieser Lösung widersetzen und oft erst, nachdem etliche Stationen einer Verschiebekarriere hinter ihnen liegen, bereit sind, sich in die Langzeitversorgung vermitteln zu lassen. Hier wird deutlich, daß den „Verschiebungen“ ein Sozialisationseffekt zukommt, dem die Ärzte durchaus positive Aspekte abgewinnen, weil auf diese Weise dem alten Patienten ein von ihm abgelehntes, weil unverstandenes, „Wohl“ nahegebracht wird.

Kommen wir zu einer *Zusammenfassung*. Betrachten wir die alltägliche Praxis der Versorgungszuweisung der Krankenhausärzte, so offenbart sich ein generelles Dilemma. Die aus dem Krankenhausalltag und gleichermaßen aus der Struktur des Versorgungssystems erwachsenen Handlungszwänge und die mit ihnen einhergehende moralische Überlastung provozieren bei den Professionellen eine Tendenz zum „Fühlloswerden gegenüber den Problemsituationen“ (Schütze 1985: 283) der Patienten und zur zynischen Distanzierung. Dieses ist zweifelsohne darauf zurückzuführen, daß die Komplexität der Problemsituationen der hochbetagten Patienten

⁹⁾ Zugleich ist auch nur die totale Versorgung ihrer Ansicht nach in der Lage, im Fall chronischer Erkrankung und „wirklicher“ Pflegebedürftigkeit ein angemessenes Unterstützungspotential zu bieten. Alle anderen Möglichkeiten halten sie für nicht ausreichend und nicht strapazierfähig genug. Dieses gilt ebenfalls für das informelle Netz, das sich nach Meinung der Krankenhausärzte in der Praxis – stehen nicht massive finanzielle Erwägungen im Hintergrund – allzu oft als brüchig erweist und das Versorgungskarussell am Laufen hält.

das den Ärzten zur Verfügung stehende Problemlösungspotential übersteigt. Die Ärzte reagieren mit einer Perspektivenverengung und schotten sich – wie insbesondere an dem von ihnen verwendeten sprachlichen Symbolsystem sichtbar wird – emotional gegenüber ihren Patienten ab. Mit Blick auf die Versorgungszuweisung führt dieses dazu, daß sie ihr Handeln auf ein ausschließlich *externalisierungsorientiertes Patientenmanagement* reduzieren, ungeachtet dessen, ob sie auf diese Weise adäquate Versorgungsleistungen vermitteln oder Notlösungen, von denen sie wissen, daß sie temporärer Natur sind. Sie richten ihren Blick nicht mehr unvoreingenommen auf den einzelnen Fall und fragen, welches Versorgungsarrangement patientengerecht wäre. Ebenso wenig ziehen sie *alle* Versorgungsmöglichkeiten in Betracht. Die alltägliche Handlungspraxis ist vielmehr dadurch dominiert, daß sie danach Ausschau halten, welches Angebot *situativ* verfügbar ist und ob der Patient dem entspricht bzw. ob er dessen Aufnahmekriterien erfüllt. In Korrespondenz dazu verstehen sie ihre Aufgabe darin, den Patienten soweit wieder herzurichten, daß er distributionsfähig ist und eine problemlose Patientenabnahme möglich wird¹⁰⁾.

Diese Aufgabendefinition findet ebenfalls sprachlichen Niederschlag: Sich selbst bezeichnen die Ärzte in diesem Kontext als „Recycler“. Die Begründung, die ihrem Verhalten unterliegt, verbirgt sich in diesem Begriff. Sie verstehen sich als Instanz, die den Patienten wieder aufbereitet und ihn im Zuge dieses Prozesses soweit „zurichtet“, daß Passungsprobleme ausgeräumt werden. Ihr Angriffsziel ist einzig der Patient, und so ist folgerichtig, daß sie sich nicht in der Lage sehen, den gegebenen Strukturdefiziten auf der Ebene des Alltagshandelns zu begegnen. Vielmehr „verschieben“ sie nicht nur die Patienten, sondern auch die an ihnen manifest werdenden versorgungsstrukturellen Probleme und mehr noch: verkehren die Versorgungsdistribution zu einer Patientendistribution.

Dieser Funktionswandel wirft die Frage auf, woher die Krankenhausärzte die Maßstäbe für ihr Handeln beziehen. Die vorangegangenen Ausführungen haben gezeigt, daß sie sich weder zum Anwalt für ihre Patienten machen, noch für das Versorgungssystem oder gar das Gemeinwohl¹¹⁾. Vielmehr gehorchen sie vor allem den Geboten der Institution, in der sie tätig sind, und versuchen dieses mit den von ihnen vertretenen professionellen Standards und – wie wir an anderer Stelle gezeigt haben – insbesondere mit ihrer professionellen Schutzfunktion (Garms-Homolova/Schaeffer 1989 b) in Einklang zu bringen. Doch dient dieser Versuch nicht eben selten dazu, ein Handeln zu legitimieren und nicht zuletzt auch zu kaschieren, das professionsexternen Gesichtspunkten folgt¹²⁾, so etwa, wenn sie im Zeichen der

¹⁰⁾ Diese Art des „Wegdelegierens“ einer gegebenen Handlungsproblematik ist auch in anderen Feldern professionellen Handelns beobachtbar (Dewe/Ferchhoff 1988) und zeigt sich hier ebenfalls im Gesundheitssektor in besonderer Schärfe (Lefton/Rosengreen 1966), weil die Beziehungen zwischen Professionellen und Klientel in diesem Bereich zumeist nur eine geringe Kontinuität aufweisen.

¹¹⁾ Hier ist die gesellschaftliche Funktion der Professionen angesprochen, speziell die zentrale Bedeutung der Professionen für die Aufrechterhaltung des Wertsystems der Gesellschaft (Parsons 1965), die sich auf der Handlungsebene in der Orientierung am Gemeinwohl niederschlägt.

¹²⁾ In der Professionssoziologie werden seit geraumer Zeit die sich in der Medizin abzeichnenden Tendenzen zur Deprofessionalisierung diskutiert (Hartmann/Hartmann 1982; Bollinger/Hohl 1981). Dabei werden das Augenmerk auf den Ärztestand selbst gelegt (Freidson 1986) und auch die Auswirkungen auf die Behandlung von Patienten diskutiert (Badura 1981; Garms-Homolova u. a. 1987).

Wahrung von Autonomie eine mehr oder minder offene Heteronomie walten lassen (und auch selbst ausüben), innerhalb derer die Klientel im Sinne der Maßgaben des Versorgungssystems sozialisiert wird, wie es bei der Versorgungsallokation chronisch kranker alter Patienten der Fall ist.

Fragt man nun abschließend nach den versorgungspolitischen Konsequenzen, so scheinen mir diese bereits auf der Hand zu liegen: Die Expansion der Nutzungshäufigkeit von stationären Einrichtungen, die Initiierung von Verschiebeketten und Patientenkarrerien, Versorgungsdiskontinuitäten und -instabilitäten und generell unangemessene, nicht problemadäquate Versorgungen sind an erster Stelle zu nennen.

Literatur

- Allert, T., 1988: Die Grenzen der Professionalisierbarkeit am Beispiel des Sozialarbeiters/Sozialpädagogen. Vortrag zur Tagung „Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern“ vom 28./29. April, Bielefeld.
- Badura, B., (Hg.), 1981: Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung, Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bollinger, H.; Hohl, S., 1981: Auf dem Weg von der Profession zum Beruf. Zur Deprofessionalisierung des Ärzte-Standes, in: Soziale Welt, 32. Jg., Heft 4, S. 440-464.
- Bude, H., 1988: Beratung als trivialisierte Therapie. Über eine Form „angewandter Aufklärung“ im Angestelltenverhältnis, in: Zeitschrift für Pädagogik, 34. Jg., Heft 3, S. 369-380.
- Dewe, B.; Ferchhoff, W., 1988: Widersprüche in der sozialpädagogischen Berufspraxis und das Problem „unbewußter Psychotherapie“, in: Gruppendynamik, 19. Jg., Heft 4, S. 453-466.
- Freidson, E., 1986: Professional Powers. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge, Chicago/London: The University of Chicago Press.
- Garms-Homolova, V. (im Druck): Discharge from Hospital: Professional Criteria of Need and Provision. Paper presented at the 1987 Inter-Congress Meeting of the Research Committee on Aging of the ISA „Health and Health Care in an Aging World“, Winnipeg, Manitoba, Canada, 12th to 14th August 1987.
- Garms-Homolova, V.; Hütter, U.; Müller, R.; 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: Freie Universität, Institut für Soziale Medizin, vervielf. Manuskript, 275 S.
- Garms-Homolova, V.; Hütter, U., 1988 a: Between Ample Sufficiency and Fragility: Resources in Advanced Age, Berlin: Freie Universität, Berichte der Arbeitsgruppe „Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte“, Nr. 2, vervielf. Manuskript, 133 S.

- Garms-Homolova, V.; Hütter, U.*, 1988 b: Strukturelle Aspekte der präklinischen Notfallversorgung. Abschlußbericht zum Forschungsprojekt 7620 „Analyse und Beurteilung der Notfallrettung in Berlin“, Teil III, Untersuchungen zum Rettungswesen der Bundesanstalt für Straßenwesen, Bereich Unfallforschung, Berlin: Freie Universität, vervielf. Manuskript, 302 S.
- Garms-Homolova, V.; Schaeffer, D.*, 1989 a: Die Bedeutung des Krankenhauses für die Versorgung alter Menschen, in: H.-U. Deppe; H. Friedrich; R. Müller (Hg.), *Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung*, Frankfurt a. M./New York: Campus, S. 119–133.
- Garms-Homolova, V.; Schaeffer, D.*, 1989 b: Bewältigung chronischer Erkrankungen im institutionellen Kontext. Vorbereitet für die Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie.
- Göckenjan, G.; v. Kondratowitz, H.-J.*, 1988: Altern – Kampf um Deutungen und um Lebensformen, in: G. Göckenjan; H.-J. v. Kondratowitz (Hg.), *Alter und Alltag*, Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 7–31.
- Hartmann, H.; Hartmann, M.*, 1982: Vom Elend der Experten: zwischen Akademisierung und Deprofessionalisierung, in: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 34. Jg., S. 193–223.
- Kohli, M.*, 1985: Die Institutionalisierung des Lebenslaufs. Historische Befunde und theoretische Argumente, in: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 37. Jg., S. 1–29.
- Lefton, M.; Rosengreen, W. R.*, 1966: Organizations and Clients: Lateral and Longitudinal Dimensions, in: *The American Sociological Review*, 31. Jg., S. 802–810.
- Mellström, D.; Lundgren, A.; Svanborg, A.*, 1981: Institutional Care among 70-year-old People in an Urban Population. A Medical and Social Characterization, in: *Akt. Gerontologie*, 11, S. 164–166.
- Parsons, T.*, 1965: Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse, in: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Sonderheft 3, Probleme der Medizin-Soziologie, S. 10–34.
- Schachtner, C.*, 1988: *Störfall Alter*, Frankfurt a. M.: S. Fischer.
- Schaeffer, D.*, 1989: Formen der Kooperation zwischen den Krankenhausärzten und den Sozialdiensten, in: *Medizin Mensch Gesellschaft* 14, S. 49–59.
- Schütze, F.*, 1985: *Professionelles Handeln, wissenschaftliche Forschung und Supervision. Versuch einer systematischen Überlegung*, Kassel: unveröffentl. Manuskript.
- Weissenbach, B.*, 1983: *Sozialmedizinische Faktoren und deren Einfluß auf den Hospitalisierungsprozeß sowie auf die Rehabilitationsfähigkeit geriatrischer Patienten*, Berlin: Freie Universität, Medizinische Dissertation, 209 S.