

Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe
Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
ISSN-0935-8137

P92-210

Grenzen ambulanter Pflege

von

Doris Schaeffer

Berlin, Oktober 1992

UB BIELEFELD
238/3215875+1



Publications series of the research group
"Health Risks and Preventive Policy"
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
D-1000 Berlin 30, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Abstract

In den letzten Jahren entwickelte sich die Betreuung und Versorgung von pflege- und hilfebedürftigen Menschen zu einem brisanten gesundheits- und sozialpolitischen Problem. Mit zahlreichen politischen Steuerungsversuchen wurde darauf zu reagieren versucht: Umfangreiche Reformpakete wurden verabschiedet, Versorgungsbereiche ab- und umgebaut, eine Reihe neuer Versorgungseinrichtungen geschaffen, andere umstrukturiert und vor allem: das Schwergewicht darauf gelegt, die ambulante Versorgung auszuweiten. Verbunden damit sollte der ambulanten Pflege zunehmende Bedeutung eingeräumt und zugleich der stationäre Sektor, insbesondere der Krankenhausbereich, entlastet werden.

Schon bald aber zeichnete sich ab, was heute offensichtlich ist. Trotz der Ausweitung der ambulanten Pflege konnte die Situation Hilfe- und Pflegebedürftiger nicht wesentlich verbessert werden. Die Wirkung zahlreicher Steuerungsversuche und Umstrukturierungsbemühungen ist allein deshalb begrenzt geblieben, weil sie das Ausmaß des vorhandenen Bedarfs wie auch die Entwicklung und Veränderung des Bedarfs unterschätzten. Von den daraus im Alltag ambulanter Pflege resultierenden Schwierigkeiten handelt das vorliegende Papier. Im Zentrum steht die Frage, welche Probleme die Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen aus der Perspektive ambulanter Pflegedienste aufwirft und vor welche Grenzen sie im Alltag gestellt sind. Damit wird ein in der Diskussion weitgehend vernachlässigter Aspekt aufgegriffen. Hatte diese bislang schwerpunktmäßig strukturelle Probleme oder die Angebotsseite ambulanter Dienste thematisiert, so geht es hier um eine Betrachtung der aus der Organisation ambulanter Pflege(dienste) erwachsenen Möglichkeiten und Beschränkungen der Leistungserbringung.

Das Papier erscheint in gekürzter Version als Teil des Buches "Versorgung alter Menschen: Sozialstationen zwischen wachsendem Bedarf und Restriktionen" von Vjenka Garms-Homolová und Doris Schaeffer (Freiburg: Lambertus 1992).

Inhalt:

	Seite
1. Einleitung	3
2. Entwicklung des Bedarfs an Pflege und Fremdhilfe	4
3. Hindernisse und Grenzen häuslicher Versorgung	9
3.1 Strukturelle und institutionelle Beschränkungen des Möglichkeitsspektrums ambulanter Pflegedienste	9
3.2 Restriktionen, die aus dem Zustand und die Situation des Patienten erwachsen	14
3.3 Streben nach Sicherheit als Einschränkung	15
3.4 Schlechte Wohnbedingungen als Hindernis	17
3.5 Grenze: neue Aufgaben	18
3.6 Beschneidungen aufgrund des sozialen Netzes	21
3.7 Kooperationsprobleme mit anderen Repräsentanten des Versorgungssystems	24
3.8 Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit des Personals als Begrenzung	27
3.9 Qualifikatorische Grenzen	30
4. Fazit	31
Literatur	35

1. Einleitung

In den letzten Jahren rückte die Betreuung und Versorgung von pflege- und hilfebedürftigen Menschen vermehrt in den Blickpunkt öffentlicher Diskussionen. Stichworte wie Pflegenotstand, Krise der sozialen Sicherung, wachsender und veränderter Pflegebedarf¹ und verbunden damit Finanzierungsschwierigkeiten markieren nur einige jener schwer zu lösenden Probleme, die in diesem Zusammenhang anzuführen sind.

Mit zahlreichen politischen Steuerungsversuchen wurde auf diese Probleme zu reagieren versucht. Umfangreiche Reformpakete wurden verabschiedet, Versorgungsbereiche ab- und umgebaut, eine Reihe neuer Versorgungseinrichtungen geschaffen, andere umstrukturiert und vor allem: das Schwergewicht darauf gelegt, die ambulante Versorgung auszuweiten. Verbunden damit sollte der ambulanten Pflege zunehmende Bedeutung eingeräumt und zugleich der stationäre Sektor, insbesondere der Krankenhausbereich, entlastet werden.

Schon bald aber zeichnete sich ab, was heute offensichtlich ist. Trotz der Ausweitung der ambulanten Pflege vermochte die Problematik der Betreuung Hilfe- und Pflegebedürftiger nicht in ihrer Brisanz entschärft zu werden. Die Wirkung zahlreicher Steuerungsversuche blieb allein deshalb begrenzt, weil sie die gegebenen Probleme hinsichtlich ihrer Größe und Bedeutung unterschätzten und die mit den Umstrukturierungen einhergehenden Problemverlagerungen zu wenig antizipierten - eine nicht eben seltene Erscheinung in der Gesundheitspolitik. Von Beginn an wurde beispielsweise dem vorhandenen Bedarf an Pflege und Unterstützung (sowohl dem realen Umfang und seiner Verteilung in der Bevölkerung) wie auch der Entwicklung und den qualitativen Veränderungen des Bedarfs zu wenig Beachtung geschenkt. Auch den Folgen der Um- und Ausbauten des Versorgungssystems inklusive des auf diese Weise provozierten Bedarfszuwachs im Bereich ambulanter Pflege wurde kaum Aufmerksamkeit zuteil. Die dadurch hervorgerufenen Fehlentwicklungen sind an der Situation ambulanter Pflegedienste heute unübersehbar geworden.

Konzipiert als Einrichtungen zur Akutversorgung, die durch *kurzfristige* Interventionen dazu beitragen sollten, eine autonome Lebensführung zurückzuerlangen oder solche Re-

¹ In zahlreichen Studien wird seit geraumer Zeit auf den steigenden Bedarf an pflegerischen Diensten und ambulanten Hilfen aufmerksam gemacht. Weil gleichzeitig die Zahl der Heimunterbringungen stagniert, prognostizieren diese Studien, daß der Bedarf an ambulanten Pflegeleistungen in den nächsten Jahren kontinuierlich weiter wachsen wird (Sozialdata 1987; Rückert 1987).

stabilisierungen zu erwirken, daß Krankenhausaufenthalte verkürzt oder Heimunterbringungen vermieden werden können, stellten sie sich schon bald faktisch als *Langzeitpflegeeinrichtungen* dar. Überwiegend konfrontiert mit chronisch und somit dauerhaft Erkrankten, mit alten Menschen - nicht eben selten demente Patienten -, Menschen in komplexen Problemlagen und mit wenig sozialen Ressourcen, Schwerstpflegebedürftigen etc., waren sie bereits nach kurzer Zeit vor ein sehr viel breiteres Aufgabenspektrum und gänzlich andere Anforderungen gestellt als das ursprüngliche Konzept sie vorsah. Diese Entwicklung ist bis heute nicht abgerissen. Seit Beginn der Ausweitung der ambulanten Versorgung lastet auf den Pflegediensten ein kontinuierlicher Aufgabenzuwachs, ohne daß jedoch die Modalitäten ambulanter Pflege angepaßt und entsprechend verändert worden wären. Von den daraus resultierenden Problemen im Versorgungsalltag soll in dem vorliegenden Papier die Rede sein. Dabei geht es weniger um eine Erörterung struktureller Aspekte oder der Angebotsseite ambulanter Dienste, wie sie in der derzeitigen Diskussion vorwiegend thematisiert werden (Riedmüller/Rodenstein 1989), sondern um eine Betrachtung der aus der Organisation ambulanter Pflege erwachsenen Möglichkeiten und Restriktionen der Leistungserbringung. Im Zentrum steht die Frage, welche Probleme die Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen aus der Perspektive ambulanter Pflegedienste aufwirft und vor welche Grenzen ambulante Pflege im Alltag gestellt ist.

2. Entwicklung des Bedarfs an Pflege und Fremdhilfe

Ausschlaggebend für die brisante Situation im Pflegebereich sind veränderte gesellschaftliche Entwicklungen. Als erstes ist hier der Wandel des Krankheitspanoramas in den Industrienationen zu nennen. An die Stelle der Infektionskrankheiten sind heute *chronische und degenerative Krankheiten* getreten. Dem biomediozinischen Denkmodell und darauf basierenden Interventionen gehorchen sie bestenfalls punktuell. Irreversible funktionelle Beeinträchtigungen, lange und oft komplizierte Therapieverläufe, die meist zu Sekundärschädigungen führen, kennzeichnen sie ebenso wie ein im Verlauf der Krankheit wachsender, sich aber zugleich qualitativ verändernder Versorgungsbedarf. Punktuelle und kurzfristige Hilfen, wie sie das auf Akuterkrankungen ausgerichtete Versorgungssystem bereitstellt, sind ungeeignet, die mit ihnen einhergehenden Autonomieeinbußen zu kompensieren. Gefragt sind Versorgungsmodelle, die hinreichend umfassend sind, eine längerfristige und kontinuierliche Betreuung ermöglichen und der zu meist komplexen Problematik durch Mehrdimensionalität und Flexibilität zu begegnen vermögen. Kennzeichnend für diesen Typus an Erkrankungen ist ebenso, daß die Ver-

sorgung weitgehend extramural erfolgen kann, vorausgesetzt medizinische, soziale, psychosoziale, pflegerische und informelle Hilfen werden als funktional gleichberechtigte Bestandteile der Versorgung begriffen (Deutscher Bundestag 1990) und die das hiesige Gesundheitswesen charakterisierende Desintegration überwunden.

Eine zweite in diesem Kontext nicht minder wichtige Entwicklung betrifft Veränderungen in der demographischen Struktur. Seit geraumer Zeit nimmt der *Anteil alter Menschen* an der Gesamtbevölkerung kontinuierlich zu. Vor allem wächst die Zahl der Hochbetagten und damit einer Bevölkerungsgruppe, die statistisch gesehen, bis vor kurzem eher marginale Bedeutung hatte. Im Zusammenhang mit der Erörterung der Pflegeproblematik ist dieser Entwicklung besondere Beachtung zu schenken, denn in Verbindung mit der Verlängerung der Lebenschancen steigt die Zahl der Hilfe- und Pflegebedürftigen (Rückert 1985; Sozialdata 1987; Garms-Homolová/Hütter 1988a,b). Einschränkungen der Leistungsfähigkeit und - wie zuvor erwähnt wurde - endgültige Manifestationen oft mehrerer chronischer Erkrankungen und andere Gesundheitsprobleme zeigen sich besonders im höheren Alter (ebenda). Auch die Wahrscheinlichkeit psychischer Erkrankungen steigt in dieser Lebensphase. So belegen vorliegende Studien, daß demente Erkrankungen und Verwirrheitszustände bei den Hochbetagten im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen eklatant häufiger anzutreffen sind (Svanborg et al. 1982; Häfner 1986; Cooper/Sosna 1983). Dieses mag ausreichen um zu zeigen, daß die "Ausdehnung des Alters" (Göckenjan/v. Kondratowitz 1988) für einen großen Teil der Bevölkerung mit einem wachsenden Bedarf an Unterstützung bei der Bewältigung alltäglicher Lebensverrichtungen verbunden ist.

Einheitlich machen die Studien dabei auf zwei Trends aufmerksam. Zum einen steigt der Hilfebedarf vornehmlich bei den *ältesten Alten*:. Kommen bei den 70-80jährigen noch ca. 90 % ohne Hilfen aus, so minimiert sich diese Zahl bei den über 90jährigen auf weniger als 60 % (Sozialdata 1987)². Vielfach sind sie in ihren körperlichen Basisaktivitäten eingeschränkt und das mit zunehmendem Alter in steigendem Maß. Und fast immer bedürfen sie im hauswirtschaftlichen Bereich Fremdhilfen und sind damit auf

² Dabei zeigen sich allerdings geschlechtsspezifische Differenzen. Bei den Frauen ist der Bedarf an Hilfen bereits etwas früher festzustellen. Sie sind vielfach schon im jüngeren Alter nicht mehr oder nur schlecht in der Lage, alltägliche Lebensbelange zu bewältigen. Zugleich können sie auf weniger Unterstützung durch soziale Netzwerke zurückgreifen (Garms-Homolová/Schaeffer 1992). Sie sind also mehr als Männer auf Fremdhilfen angewiesen. Die damit verbundenen finanziellen Konsequenzen haben zur Folge, daß alte Frauen ein großes Armutspotential darstellen (Heinemann-Knoch/v. Kardoff 1989).

Dienste angewiesen, die bis heute ein marginales Dasein fristen und nur schwer sicherzustellen sind (Garms-Homolová/Schaeffer 1992)³.

Zum anderen ist eine Zunahme von *Schwer- und Schwerstpflügen* zu verzeichnen (Heinemann-Knoch/v. Kardoff 1989) - eine Entwicklung, die vor allem deshalb bedeutsam ist, weil sie in Verbindung mit einem anderen demographischen Trend zu sehen ist. Dieses ist die *Zunahme von Einpersonenhaushalten* bei den Hochbetagten. Bedingt durch Verwitwung (die meisten alten Frauen haben zuvor mit ihrem Ehepartner und anderen Familienangehörigen gelebt, Garms-Homolová/Schaeffer 1992) - dadurch, daß Hochbetagte oft ihre nahen Verwandten und Bekannten überlebt haben oder daß Kinder verzogen sind⁴, leben alte Menschen häufig allein und können nicht auf ein unmittelbar zur Verfügung stehendes Hilfpotential zurückgreifen.

Zu den brüchigen Hilfestrukturen sozialer Netze gesellen sich - dieses ist ein **drittes** Veränderungsmoment - *Überforderungen des Hilfpotentials informeller Helfer*. Übereinstimmend betonen die vorliegenden Studien die Überlastung von pflegenden Angehörigen. 80 bis 90 % der Pflegebedürftigen werden von ihren Angehörigen gepflegt. In der Mehrzahl der Fälle sind dieses entsprechend der traditionellen Geschlechterrollenstereotypen weibliche Angehörige. Oft befinden sie sich selbst bereits im Rentenalter (Sozialdata 1987) und pflegen nicht eben selten sogar mehrere Personen gleichzeitig. Meist handelt es sich um Angehörige verschiedener Generationen: z. B. um den pflegebedürftigen Ehemann, die eigene Mutter oder die Schwiegermutter, deren Betreuung zumeist in unterschiedlichen Haushalten erfolgt. Zwar werden sie in der Regel durch professionelle Dienste unterstützt, dennoch wird der weitaus größte Teil der Betreuung von Angehörigen abgedeckt, weil die Hilfe durch Pflegedienste zu punktuell, zu wenig umfassend und kontinuierlich ist.

Die daraus erwachsenen Überbelastungen werden durch den Charakter der Dienste verstärkt. Vielfach untergraben diese als professionelle Instanzen die informellen Hilfestrukturen, sei es, weil sie naturwüchsige Hilfe mit einem Verantwortungsrisiko belegen, das nur durch Professionalität abgedeckt werden kann (Gross et al. 1989: 158) oder

3 Und auch dabei finden sich deutliche geschlechtsspezifische Differenzen. Während noch in der Altersgruppe der 80-89jährigen Männer jeder zweite mit seiner Ehefrau zusammenlebt, sind bereits 3/4 der in der gleichen Studie untersuchten Frauen alleinlebend (Garms-Homolová/Hütter 1988a,b; Garms-Homolová/Schaeffer 1992) und somit im Bedarfsfall auf sich allein gestellt.

4 Dieses ist eine Entwicklung, die vor allem für ländliche und kleinstädtische Gebiete an Bedeutung gewinnt.

weil sie der Unterstützung pflegender Angehöriger sowie der Vernetzung informeller und professioneller Hilfen zu wenig Aufmerksamkeit schenken (Garms-Homolová/Schaeffer 1991). Dieses sind die allseits bekannten Folgen von Professionalisierung, die sich schon in vielen Bereichen des Versorgungssystems als problematisch erwiesen haben und den Ruf nach einem Versorgungssystem laut werden ließen, das es zu seinem essentiellen Anliegen macht, natürliche Hilfpotentiale zu unterstützen und einzubeziehen.

Die Dringlichkeit dieses Anliegens erweist sich vor allem bei der Betreuung von dauerhaft Kranken und Schwerstpflegebedürftigen bzw. terminal Kranken, die ebenfalls zunehmend häufiger in der häuslichen Umgebung versorgt werden (Heinemann-Knoch/v. Kardoff 1989). 1978 betrug die Zahl der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen bereits 1,8 Mio (Sozialdata 1987) - eine Zahl, die in den folgenden Jahren weiter angestiegen ist⁵.

Gleichzeitig zeigt sich immer deutlicher, daß gerade *längerfristige* und *schwierige* Pflegesituationen das den Primärbeziehungen zur Verfügung stehende Potential überstrapazieren, entsprechende Hilfen für die Beeinträchtigung ihrer Mitglieder zur Verfügung zu stellen⁶. Die Pflegesituation fordert ihnen Leistungen ab, die in anderen Bereichen längst Vergesellschaftungsprozessen unterworfen und dort an professionelle Instanzen delegiert wurden. Für die Pflegenden gehen Pflegesituationen daher stets mit tiefgreifenden Veränderungen einher, erfordern auch bei sukzessiven Übergängen eine Umstellung sämtlicher Alltagsroutinen und stellen sie vor eine Vielzahl oft gänzlich neuartiger Aufgaben, die zusätzlich zum Normalalltag bewältigt werden müssen. Was das im einzelnen bedeutet soll an einem Beispiel illustriert werden. Als eines der zentralen Probleme längerfristig zu erbringender Pflegeleistungen ist die *zeitliche* Dimension anzusehen. In der Regel nimmt die Pflege eines dauerhaft oder eines schwer- bzw. terminalkranken Familienmitglieds einen Zeitrahmen in Anspruch, der das Kontaktpotential zur Außenwelt drastisch reduziert (Articus/Karolus 1985) und die Pflegenden an die Binnenwelt Familie bindet. Zugleich dünnt sich das soziale Netz mit dem Verlauf der

⁵ Das ist nicht allein auf die Refamiliarisierungspolitik der vergangenen Jahre zurückzuführen. Oft sind es Kostengründe, die Angehörige dazu motivieren, ein krankes Familienmitglied in der häuslichen Umgebung selbst zu pflegen. Die Inanspruchnahme professioneller Dienste ist meist mit solchen finanziellen Aufwendungen verbunden, vor denen Pflegenden wie Angehörige zurückschrecken, speziell, tangieren sie mühsam angespartes Vermögen.

⁶ Dieses ist ein Faktum, das seinerseits ein Resultat des Modernisierungsprozesses darstellt, im Zuge dessen die Familie vieler ihrer ursprünglichen Funktionen verloren hat (Brose, Hildenbrand 1988).

Pflege meist immer weiter aus, sodaß die Pflegenden noch enger an die Familie und den Pflegebedürftigen gebunden werden. Verschärft wird dieses Problem dadurch, daß relevante Bewältigungsstrategien (z. B. Austausch mit der Außenwelt, Setzen von Grenzen etc.) nicht greifen können oder aufgrund der spezifischen Dynamik von Langzeitpflegeverhältnissen außer Kraft gesetzt werden⁷.

Auch Hilfen aus den kleinen sozialen Netzen, wie den Nachbarschaften etc. stellen nur ein begrenzt belastbares Unterstützungspotential dar. Solche Hilfen verlaufen dann positiv, wenn sie lediglich *kurzfristig* benötigt werden, Reziprozität gewahrt werden kann und wenn Beziehungen hergestellt werden können, die ein gewisses Maß an Unabhängigkeit garantieren und nur einen geringen Grad an Verpflichtung aufweisen (Nestmann 1988, Keupp/Röhrle 1987). All diese Merkmale treffen allerdings auf Pflege- und Unterstützungsleistungen, wie sie bei chronisch und terminal Kranken notwendig sind, nicht zu. Hilfen aus den kleinen sozialen Netzen brechen deshalb im Verlauf der Pflegesituation meist zusammen und hinterlassen Lücken, die zu schließen nun das professionelle Versorgungssystem aufgefordert ist.

Aus der Brüchigkeit und den Überforderungen des Hilfepotentials sozialer Netze ist ebenfalls - wie aus den anderen genannten Momenten auch - eine Steigerung der Nachfrage nach öffentlich erbrachten Pflegedienstleistungen erwachsen. Ungeachtet aller sozialen und regionalen Unterschiede ist davon auszugehen, daß die skizzierten Trends relativ beständig sind, sodaß der Anteil auf Fremdhilfe angewiesener beeinträchtigter und pflegebedürftiger Menschen weiterhin steigen und "immer mehr private Angelegenheiten und Risiken zu gesellschaftlich zu lösenden Aufgaben der sozialen Sicherung" werden (Damkowsky et al. 1988: 14). Doch bereits heute zeigt sich, daß ambulante Pfl-

⁷ Nicht minder schwierig ist die *emotionale Situation* der Pflegenden. Irrationale Ängste, Distanzierungswünsche, uneingestandene Gefühle von Ekel und Haß bestimmen die Pflegeverhältnisse und werden zu einer weiteren Belastungsquelle, weil sie von den Pflegenden nicht eingestanden werden dürfen und zur Ausführung der alltäglichen Aufgaben zurückgestellt werden müssen. Eine andere Ursache von Belastung bei der Pflege chronisch Kranker ist die *Sorge über den zukünftigen Pflegeverlauf* (Articus/Karolus 1985), die aus der Ungewißheit des für die Pflegenden meist nicht einschätzbaren Krankheitsverlaufs erwächst. Bei Terminalpflegen und bei der Pflege von alten Angehörigen, auf die sich ein Großteil der freiwillig erbrachten Pflegeleistungen konzentriert, kommt erschwerend die ständige Konfrontation mit Tod, Siechtum und der damit assoziierten Hoffnungslosigkeit dazu. All diese Belastungsmomente kumulieren in Krisensituationen, z. B. wenn sich die Situation des Pflegebedürftigen verschlechtert. In einem aufgrund der Dunkelziffer nicht abschätzbaren Ausmaß ziehen sie - wie aus dem Bereich der Altenpflege zunehmend bekannt wird - versteckte oder offene Mißhandlungen und Gewalttaten nach sich (Eastman 1991; Diessenbacher 1988; Dieck et al. 1987) oder führen zu plötzlichen Zusammenbrüchen der häuslichen Versorgung. Die Grenzen familialer bzw. informeller Pflegeleistungen treten hier offen zutage.

geeinrichtungen den an sie herangetragenen Anforderungen nur bedingt gerecht werden können und sie im Alltag an vielerlei Grenzen stoßen. Diese sollen nun eingehender beleuchtet werden, weil die Leistungsmöglichkeiten ambulanter Pflegedienste nur dann wirklich beurteilt werden können, wenn ihre Reichweite - und zwar ihre reale und nicht ihre idealtypische - deutlich konturiert wird.

3. Hindernisse und Grenzen häuslicher Versorgung

Nach den Grenzen häuslicher Versorgung befragt, lautet die Antwort ambulant tätiger Pflegekräfte vielfach etwas verständnislos: "Grenzen? Eigentlich keine ... wir haben noch immer alle Patienten über die Runden gebracht" (Sst 5; 24/1-3) oder: "Man kann jeden Patienten zu Hause halten" (Sst 2/82). Bei genauerem Nachfragen stellt sich allerdings meist heraus, daß damit das Spektrum an Möglichkeiten angesprochen ist, das ambulante Pflege idealtypischerweise umfassen könnte. Rein (pflege)theoretisch betrachtet, halten viele Pflegekräfte *alle* Patienten und *alle* (Krankheits)problematiken für ambulant betreubar, "vorausgesetzt allerdings..." In der Regel schließt sich dann eine lange Auflistung an, die eine ganze Reihe von Einschränkungen zu Tage fördert. Egal also, ob jener soeben angedeutete pflegerische Optimismus geteilt wird oder nicht: im Alltag ambulanter Pflege stoßen alle Pflegedienste gleichermaßen an Grenzen. Versuchen die einen, eigenen Zielvorstellungen von pflegerischer Machbarkeit nacheifernd, sie länger zu ignorieren und intensiver zu erproben, wie dehnungsfähig solche Grenzen sein können, so müssen sie doch ebenso wie die anderen letztendlich vor einer Reihe meist struktureller Probleme kapitulieren und eingestehen, daß ambulante Pflege nur bedingt möglich ist und eine häusliche Versorgung nicht unter allen Umständen durchgeführt werden kann.

3.1 Strukturelle und institutionelle Beschränkungen des Möglichkeitsspektrums ambulanter Pflegedienste

Eine noch im Vorfeld der Tätigkeit ambulanter Pflegedienste bestehende Grenze häuslicher Versorgung ist durch die *mangelnde Erreichbarkeit der Dienste* gegeben. Längst nicht alle Klienten, die der Hilfe durch Pflegedienste bedürften und zu Hause versorgt werden könnten, gelangen - so die Pflegekräfte⁸ - in den Genuß ihrer Dienste. Dieses

⁸ Das verwendete Datenmaterial entstammt der von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten und an der Freien Universität durchgeführten Studie "Versorgung alter Menschen: Bedarf und Barrieren" sowie einer derzeit am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung durchgeführten und vom Bundesministerium für Forschung und Technologie und der Berliner Senatsver-

hat zwei unterschiedlich gelagerte Gründe. Der Zugang zu den Diensten verläuft in der Regel über Ärzte, z. B. Krankenhaus- oder niedergelassene Ärzte, die sich jedoch nur bedingt für die Vermittlung von Versorgungs- und Betreuungsmaßnahmen zuständig fühlen. Folglich übermitteln sie nicht automatisch und nicht systematisch jeden hilfebedürftigen Patienten an die ambulanten Pflegedienste. Für viele Patienten bedeutet dieses, daß sie selbst aktiv werden und sich die Dienste sozusagen "einklagen" müssen, was zweifelsohne ein gewisses Expertentum (Kenntnisse über die Existenz des ambulanten Dienstangebots und seine Inanspruchnahmemodalitäten) voraussetzt, über das die Mehrheit der Patienten jedoch nicht verfügt - eine Einschätzung, die von den Pflegekräften geteilt wird:

"Die meisten Patienten kennen uns gar nicht. Sie wissen nicht, daß es die Dienste und daß es uns gibt" (Sst 6).

Gleichzeitig erfordert die Eigeninitiierung von Fremdhilfe auch Selbstsicherheit gegenüber den "gate keepern", den Ärzten und Sozialarbeitern:

"Nur wenn der Patient Persönlichkeit genug ist, sich selbst zu helfen, indem er was von Sozialstationen (und Pflegediensten) gehört hat oder sich selber mit den Sozialdiensten in Verbindung setzt, dann gelangt er auch an unsere Hilfe. ... Aber: wenn er es überhaupt geschafft hat, einen Sozialarbeiter ans Bett zu kriegen, dann ist das schon eine Sensation!" (Sst 2; 5/21-6/5).

Denn das bedeutet, daß der Patient die behandelnden Ärzte im Krankenhaus (das eine der wichtigsten Zuweisungsinstanzen von ambulanter Pflege darstellt) oder auch die Stationsschwester davon überzeugen muß, daß er Fremdhilfe für die häusliche Versorgung benötigt. Unschwer ist vorstellbar, daß dieses Unterfangen sehr schwierig ist, nicht nur, weil es ein öffentliches Zugeständnis eigener Hilflosigkeit voraussetzt, sondern weil es gleichzeitig die Rolle des Arztes bzw. die für die Arzt-Patienten-Interaktion konstitutive Asymmetrie in Frage stellt. Doch nicht so sehr auf diese Schwierigkeiten möchte die Pflegekraft hier abheben. Sie will vielmehr darauf hinweisen, daß die Ärzte ihre Aufmerksamkeit in erster Linie auf medizinische Belange konzentrieren und darüber häufig die soziale Situation des Patienten, seine häusliche Versorgung und die Notwendigkeit

waltung für Wissenschaft und Forschung finanzierten Untersuchung über die "Versorgung und Betreuung von Patienten mit HIV-Symptomen im Berliner Gesundheitswesen". In beiden Studien wurden Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste in Form offener leitfadenstrukturierter Interviews zu den Möglichkeiten und Modalitäten häuslicher Versorgung befragt.

der Zuweisung von Hilfen vergessen. Diese Einschätzung und die ihr unterliegende Kritik an den Ärzten wird von vielen Sozialdienstmitarbeitern in den Krankenhäusern geteilt, (Garms-Homolavá/ Schaeffer 1989, 1990; Schaeffer 1989 a, b). Auch sie betonen, daß die Ärzte bei der Vermittlung von Diensten höchst selektiv vorgehen, die hilfebedürftigen Patienten und erst recht die alten unter ihnen jedoch nur im Ausnahmefall die nötige Selbstsicherheit und das Wissen besitzen, um erforderliche Dienste eigenständig zu mobilisieren. Die mangelnde Erreichbarkeit beschränkt also von vornherein die Zahl an Pflege- und Hilfebedürftigen, die ambulant versorgt werden.

Allerdings würden ohne diese Beschränkung schnell die Grenzen der Leistungsfähigkeit der Pflegedienste erreicht. Aus der Binnenperspektive dieser Einrichtungen betrachtet, müssen sie eingestehen, daß sie zumeist an ihrer Kapazitätsgrenze angelangt sind und zusätzliche Patienten kaum verkraften können. Zudem hat sich im Laufe der Zeit herauskristallisiert, daß nur bestimmte Bedarfslagen mit den institutionellen Rahmenbedingungen und den Organisationsmustern ambulanter Pflege unvereinbar sind. Um diese *pflagedienstinternen Grenzen* wird es im folgenden gehen.

Eine solche Grenze sehen die Pflegedienstmitarbeiter gegeben, wenn der *Betreuungsaufwand* von Klienten sehr hoch ist. Übersteigt der Umfang der erforderlichen Betreuung das "Normal- oder Standardmaß" entstehen für die Pflegedienste rasch Engpässe, so beispielsweise wenn unerwartet eine Sterbebegleitung erforderlich wird oder wenn ein Patient nachts die Anwesenheit einer Schwester benötigt. Doch nicht allein solche, eher die Ausnahme als die Regel darstellenden Situationen überfordern die Möglichkeiten der Pflegedienste. Auch Patienten, deren Betreuung eine höhere Anzahl an Einsatzstunden erfordert, können nicht ohne weiteres übernommen werden (vgl. auch Damkowsky et al. 1988). Als Grenzfall gilt für die meisten Pflegedienste bereits ein Patient, der dreimal täglich Einsätze benötigt:

"Wir haben einige Fälle mit dreimal täglichem Einsatz. Aber wenn das irgendwo offiziell drin stände, daß wir das tun, das wäre unsere Bankrotterklärung. Das ist nämlich nur in Einzelfällen möglich, da, wo wir in einer moralischen Verpflichtung sind. Bei jedem Patienten könnten wir das nicht machen" (Sst 3; 50/16-24).

Eine Bankrotterklärung wäre dies allein deshalb, weil die personellen Ressourcen der Pflegedienste nicht ausreichend sind. Bereits für die Abdeckung solcher Mehrfacheinsätze und erst recht für die Pflege terminal Kranker werden eigentlich zusätzliche Kräfte

benötigt, um den Pflegeeifordernissen adäquat begegnen zu können. Mitarbeiter für solche Aufgaben zu rekrutieren, lohnt sich nach Ansicht der Pflegedienste jedoch nicht, da ungewiß ist, ob dieser hohe Betreuungsumfang nicht nur kurzfristig besteht. Außerdem können angesichts der gegebenen Finanzierungsbedingungen die Personalkosten bei hohem Betreuungsaufwand nicht voll gedeckt werden. Die Einstellung zusätzlicher Mitarbeiter würde daher vorhandene Finanzierungsdefizite verstärken. Für viele Pflegedienste ist das ein Dilemma, denn sie können nur mit internen Lösungen versuchen, solchen Patienten gerecht zu werden, z. B. durch Sonderleistungen der einzelnen Mitarbeiter oder dadurch, daß die Zeit der Anwesenheit bei den leichteren Fällen gekürzt wird etc. Gleichzeitig aber werden die Pflegedienste zunehmend mit Patienten konfrontiert, deren Betreuung das Normal- und Standardmaß übersteigt. Das hat eine Reihe von Ursachen. Allein die mit dem Ausbau ambulanter Dienste verbundenen Intention, den stationären Sektor entlasten zu wollen, fordert diesen Zustand heraus. Dadurch werden den Pflegediensten immer mehr und immer krankere bzw. hilfebedürftigere Patienten als noch vor einigen Jahren zugewiesen. Eine andere Ursache ist in der Verschiebung der Klientel dieser Einrichtungen hin zur Langzeitbetreuung von alten chronisch kranken Patienten zu sehen, deren Pflege nur selten und bestenfalls zeitweise in dem bewilligten Rahmen sichergestellt werden kann. Hinzu kommen neu entstandene Gesundheitsprobleme und daraus erwachsene Aufgaben. Erinnert sei beispielsweise an Patienten mit der Immunschwächekrankheit Aids, die, werden sie Klienten der Pflegedienste, in der Regel einen hohen und zudem vom Standardangebot abweichenden Pflegebedarf aufweisen. Die Pflegedienste lehnen Patienten mit hohem Betreuungsaufwand zwar nicht pauschal ab, halten es jedoch nur im Einzelfall für vertretbar, sie zu übernehmen. Den Status als Sonderfall dürfen solche Ausnahmen - so wird explizit betont - keinesfalls verlieren.

Nicht einzig Patienten mit quantitativ hohem Betreuungsaufwand überstrapazieren tendenziell die Möglichkeiten der meisten Einrichtungen. Das gleiche trifft zu, werden sehr *komplexe und sich qualitativ wandelnde* Betreuungsanforderungen an die Sozialstationen gestellt. Sie machen stets vielfältige Koordinationstätigkeiten seitens der Pflegenden notwendig. Zusätzliche Dienste müssen mobilisiert und aufeinander abgestimmt werden, die verschiedenen Hilfeleistungen vor Ort koordiniert und Kontakte zu den professionellen wie den informellen Helfern gehalten werden. Vielfach werden die Pflegedienste zur entscheidenden Instanz für die Steuerung des Versorgungsverlaufs des Patienten. Diese Aufgabe ist immer sehr arbeitsintensiv und stellt für die Pflegedienste ein "Zuschußgeschäft" dar, weil die von ihnen erbrachten nicht-klientenbezogenen Leistun-

gen bei keinem Kostenträger geltend gemacht werden können. Auch für den Patienten ist diese Situation sehr problematisch. Meist benötigt er mehrere und abgestufte Dienste, damit sein Verbleib in der häuslichen Umgebung sichergestellt werden kann. Entfällt aber einer der Dienste, sei es, weil die Pflegedienstmitarbeiter sich aus Kapazitätsgründen nicht in der Lage sehen, ihn zu realisieren, weil er aufgrund langwieriger bürokratischer Beantragungsmodalitäten nicht so rasch, wie es notwendig wäre, verfügbar ist oder aber, weil er nicht (mehr) zugewiesen werden kann, so droht mitunter die gesamte Betreuungssituation zusammenzubrechen. Am Beispiel der häuslichen Pflegehilfe/Haushaltshilfe lässt sich das am besten verdeutlichen:

"Wir können zu Hause eine ganze Intensivstation aufbauen und alles medizinisch Mögliche machen. Aber was nützt uns das, wenn der Müll nicht heruntergetragen wird" (A 2; 16/2-5).

Wenn hauswirtschaftliche Dienste, denen in der Gesetzgebung nur marginaler Stellenwert gezollt wird und die daher nur schwer sichergestellt werden können, nicht zu mobilisieren sind, ist im Versorgungsalltag - so beispielsweise bei Schwerstkranken - oft die gesamte häusliche Versorgung in Frage gestellt.

Für nicht minder problematisch wird die Durchführung einer kontinuierlichen ambulanten Pflege und ein Verbleib der Patienten in der häuslichen Umgebung gehalten, wenn die *Kostensituation* ungesichert ist oder schwierig werden könnte. Das kommt bei Patienten vor, bei denen während der Betreuung der Kostenträger wechselt oder bei Patienten, die die Pflegekosten selbst aufbringen müssen. Ein Wechsel des Kostenträgers zieht meist Finanzierungsbrüche und in der Regel auch Betreuungsunterbrechungen nach sich. Ein Beispiel dafür stellen Klienten dar, die zu den sogenannten "Sozialhilfefällen" werden, weil die Krankenkasse die Weiterfinanzierung verweigert. Vergleichbar problematisch ist die Situation bei privat versicherten Patienten. Bei ihnen übernimmt die Krankenkasse im Regelfall keine Pflegekosten. Andere Finanzierungsmöglichkeiten zu finden, ist aufwendig und zeitraubend. Häufig müssen diese Patienten die Pflegekosten selbst tragen. Sind sie durch den Krankheitsfall aber in finanzielle Schwierigkeiten oder gar soziale Notlagen geraten, können sie das nicht. Das ist bei alten Patienten - dem Hauptklientel ambulanter Pflegedienste - seltener, bei anderen, z. B. bei aids-erkrankten Patienten, jedoch relativ häufig anzutreffen (Schaeffer/Moers 1992). Aber: "Beim Geld hört die Freundschaft bekanntlich auf" (Sst 1; 49/31-32) und dieses betrifft Angehörige, die einer Übernahme der Kosten vielfach ablehnend gegenüberstehen, wie ebenso die

Pflegedienste. Denn auch sie sehen sich nicht in der Lage, ungesicherte Kostensituationen und mögliche finanzielle Risiken zu tragen. Oft erfolgt dann eine Einweisung in ein Krankenhaus, weil dort die Versorgung kostenmäßig gesichert, bzw. leichter sicherzustellen ist.

3.2 Restriktionen, die aus dem Zustand und die Situation des Patienten erwachsen

Andere Grenzen der ambulanten Pflege werden durch den Zustand und die Situation des Patienten gesetzt. Eine der Gruppen von Patienten, die mit Blick auf den Verbleib in der häuslichen Umgebung von den Pflegediensten als problematisch eingeschätzt wird, sind *Patienten mit Symptomen von geistiger Verwirrtheit oder Verwahrlosung*. An diesen Patienten, die insgesamt einen immer größeren Anteil des Klientels der Pflegedienste ausmachen, werden all die soeben aufgezeigten institutionsinternen Grenzen evident. Nicht nur aus diesem Grund erscheint den Pflegedienstmitarbeitern eine adäquate Versorgung dieser Patienten problematisch. Schwerer wiegt, daß gerade diese Patienten bei vielen Pflegekräften Überforderungs- und Belastungserscheinungen hervorrufen, um so mehr, je länger die Betreuung dauert. Dieses ist u. a. einem Tatbestand geschuldet, auf den später noch genauer eingegangen wird: der unzureichenden Qualifikation der Pflegekräfte sowie dem Faktum, daß Dienst- und Fallbesprechungen, fachspezifische Fortbildungsmaßnahmen und Supervision zwar zunehmend mehr als wichtig erkannt werden, längst aber noch nicht zum Alltag des Geschehens in ambulanten Pflegeeinrichtungen gehören.

Eine andere Gruppe von Patienten, die aus der Sicht der Pflegedienste nur bedingt in der häuslichen Umgebung betreut werden kann, sind die sogenannten *Schwerstpflegen* (vgl. auch Damkowsky et al. 1988). Auch an ihnen manifestieren sich sämtliche institutionsinternen Grenzen. Immer sind sie sehr arbeitsintensiv, sei es in quantitativer oder qualitativer Hinsicht. Hinzu kommt, daß schwerstpflegebedürftige Patienten sich einem routinierten Arbeitsablauf sperren, weil die Modalitäten jeweils andere sind. Mal sind die Pflegeanforderungen sehr komplex, mal die Anforderungen an psychosoziale Begleitungen oder die an das Fallmanagement sehr hoch und kompliziert, so z. B. wenn das soziale Netz nicht als Stütze zur Verfügung steht. Und immer bescheren sie den Pflegedienste Kostenprobleme:

"Die Sozialstationen sollen sich halt nach Möglichkeit rechnen. Und das tun sie sich mit Schwerstpflügen einfach nicht, weil die Pauschalen zu gering sind" (Sst 6; 25/5-10).

"Also Schwerstpflügen, die sind so aufwendig, das können wir nur im Einzelfall" (Sst 1; 15/2-4).

Bei Schwerstpflügen, die rein pflügetheoretisch besehen sehr wohl ambulant zu versorgen sind, ist der Betreuungsaufwand stets höher als die Kostendeckung. Deshalb versuchen die Pflegedienste immer eine gemischte Klientel zu bekommen, um eine Kompensationsmasse zu haben, die es ihnen ermöglicht, Schwerstpflügen durchführen zu können. Übersteigt die Zahl an Schwerstpflügen jedoch die Kapazitätsgrenze, wird der Versuch unternommen, derart betreuungsbedürftige Patienten weiterzuvermitteln. Daß dabei nach Meinung vieler Pflegerinnen häufig vorschnell verfahren wird, ist der Überlastung der Pflegedienste geschuldet: "Wir haben alle genug Patienten, die Stationen laufen" (Sst 2;8/24). Folglich besteht wenig Interesse an aufwendigen Pflegen und den damit verbundenen Sonderaufgaben.

3.3 Streben nach Sicherheit als Einschränkung

Unsicherheit des Patienten ist eine weitere Grenze der Möglichkeiten ambulanter Versorgung. Sie kommt zum Tragen, wenn die Patienten sich in der häuslichen Umgebung nicht sicher aufgehoben fühlen, sie eine ständig erreichbare, fachgerechte Betreuung wünschen, die von den Pflegekräften treffend als Wunsch nach "*Knopfdrucksicherheit*" (Sst 6) bezeichnet wird:

"Wenn jemand sagt, also ich will ins Krankenhaus, dann ist das für uns nicht immer einfach, das zu akzeptieren. Der will dann ins Krankenhaus, um den Knopf zu drücken und den Arzt zu haben. Wir wissen selber aus eigener Erfahrung, daß das eine Fiktion ist, daß die Versorgung im Krankenhaus oft nicht besser ist, aber wenn jemand dieses Bild hat und die Institution braucht, weil sie ihm Sicherheit gibt, da können wir nichts machen" (Sst 6;67, 48-59).

Häufig treten solche Verunsicherungen in Krisensituationen auf und nicht selten sind sie im Rahmen von Pflegen terminal Kranker anzutreffen. Viele Patienten haben, den drohenden Tod spürend, plötzlich den Wunsch nach mehr äußerer Sicherheit und wollen in ein Krankenhaus gebracht werden. Manchmal sterben sie noch unterwegs im Kranken-

wagen (Sst 5) oder aber kurze Zeit darauf im Krankenhaus. Nicht immer sind es die Patienten, die plötzlich den Wunsch nach vermehrter Sicherheit spüren. Oft veranlassen auch die Angehörigen, vielfach die Kinder, manchmal sogar Bekannte, die Einweisung in ein Krankenhaus oder ein Heim. In diesen Fällen wird die Entscheidung über den Kopf des Patienten hinweg (per Noteinweisung) und meist ohne Hinzuziehung oder gar in Abwesenheit der Pflegerkräfte gefällt:

"Also manchmal ist es so, da pflegen wir Patienten, z. B. alte Menschen, bauen viele kleine Sachen auf, ganz schön, so daß es läuft. Und dann kommen die Kinder und die möchten die ins Heim haben. Also gutwillig gesehen, kann man es ihnen nicht immer verübeln, weil sie die Not da sehen in der Wohnung. Und jeder fühlt sich irgendwie angesprochen, letztendlich aber doch nicht verantwortlich. Und da ist natürlich das einfachste, man schickt sie ins Krankenhaus oder ins Heim" (Sst 2; 86/22-2).

In diesen Situationen sind die Pflegerkräfte machtlos. Selbst wenn sie eine häusliche Versorgung für möglich halten, müssen sie doch akzeptieren, daß sie nicht gewünscht wird.

Auch bei Patienten, die auf die *Kontinuität der Dienste* angewiesen sind, ist der Wunsch nach Sicherheit ein wichtiger Grund dafür, daß eine häusliche Versorgung nicht immer aufrechterhalten werden kann. So ist gerade für alte und besonders für verwirrte Patienten allein der Tatbestand problematisch, daß der Tagesfahrplan der Pflegedienste nicht gleichförmig und nicht kompatibel mit dem normalen Alltagsablauf der Patienten ist. Noch schwerer verkraftbar kann die Personalrotation sein, denn die Pflegedienste arbeiten nicht nach dem Bezugs-, sondern dem Funktionspflegeprinzip und setzen zur Betreuung eines Patienten wechselndes Personal ein.

Gravierender aber ist für die Patienten, daß die Pflegedienste am Wochenende und zu Feiertagen ihrem Betreuungsbedarf nur partiell gerecht werden können, weil "da nur das allernotwendigste passiert und mehr nicht drin (ist)" (Sst 1; 53/ 25-27). Gerade bei alleinstehenden Patienten, die dann, wie die Pflegerkräfte meinen, "angeschmiert sind", entstehen Verunsicherungen und in deren Folge oft auch Labilisierungen der Gesamtsituation. Dem Krankenhaus bzw. einer stationären Unterbringung wird dann allein wegen der mit diesen Einrichtungen assoziierten Stabilität äußerer Ordnung und der Strukturiertheit des Tagesablaufs der Vorzug gegeben.

3.4 Schlechte Wohnbedingungen als Hindernis

Grenzen werden auch gesehen, erweisen sich die *Wohnbedingungen als ungeeignet*. Wohnungen in oberen Etagen und Häusern ohne Fahrstuhl, ohne Zentralheizung und Innentoilette, ohne fließendes Wasser oder gar ohne Strom, feucht und zuweilen halb baufällig, engen die Lebensqualität der Patienten so drastisch ein, daß eine stationäre Unterbringung, eine Heimeinweisung oder ein Wohnungswechsel allenthalben ratsamer erscheinen als ein Verbleib in der gewohnten häuslichen Umgebung. Auch eine ambulante Pflege und Betreuung ist unter solchen Bedingungen oft nahezu undurchführbar:

"Also bei dem Patienten X. im letzten Jahr, das war 'ne Einzimmerwohnung, unbeheizbar, mit nur einem Bett und einem Sessel, Außenklo und nicht funktionierendem Wasserhahn in der Küche. Da mußte man dann Wasser von der Nachbarin holen, auf dem Herd warm machen, um den zu waschen. Danach mußte man das Wasser in das Klo - das war ne halbe Treppe tiefer - schütten und dann noch mal Wasser von der Nachbarin holen, um das Schmutzwasser wegzuspülen. Also es war alles ein Wahnsinnszustand. Da hab ich gemerkt, daß das 'ne Grenze ist" (Sst 5; 24/4-14).

Für die Pflegedienstmitarbeiter ist die Pflege bei schlechten Wohnbedingungen, wie das zitierte Fallbeispiel zeigt, stets mit einem enormen Zeit- und Kraftaufwand verbunden, der in der Regel nicht getragen werden kann. Er wird einzig dann für sinnvoll gehalten, wenn der Patient mit seiner Umgebung so verwurzelt ist, daß eine stationäre Unterbringung zur Desorientierung und Verschlechterung seines Zustands führen würde, so bei verwirrten alten Patienten. Auch Sterbende, die unbedingt zu Hause bleiben möchten und bei denen absehbar ist, daß die Pflege nicht sehr lange dauern wird, werden trotz untragbarer Wohnzustände häuslich versorgt. Für andere Gruppen von Klienten der Pflegedienste trifft dieses allerdings nicht zu, u. a. für hilfebedürftige Obdachlose, die in Wohnheimen untergebracht sind oder in provisorischen Übergangslösungen nächtigen. Ebenso wenig gilt dieses für Patienten, die aufgrund von Wohnungslosigkeit in Pensionen leben (dieses betrifft sowohl einen Teil alter, partiell auch ausländische und Sucht- bzw. Drogenpatienten), wie auch für all jene, die aufgrund persönlicher sozialer Notlagen in völlig desolaten Wohnungen Unterkunft gefunden haben oder in ihnen verblieben sind, ohne diese aber als häusliche Umgebung im eigentlich gemeinten Sinn zu begreifen. Die Pflegekräfte betrachten hier die Pflegeziele: "Wiedererlangung von (relativer) Selbstständigkeit in der häuslichen Umgebung und Integration in dieselbe" als unerreichbar und halten es gleichzeitig für kaum zumutbar, unter diesen Bedingungen eine qualifizierte Pflege durchzuführen.

Als begrenzt werden die Möglichkeiten ambulanter Versorgung auch eingeschätzt, ist die **Wohnfähigkeit** eines Klienten fragwürdig. Gemeint sind Klienten, die aufgrund ihres zurückliegenden Lebensschicksals verlernt haben, bestimmte Standards eines "normalen bürgerlichen" Lebens und einer ebensolchen Wohnweise aufrechtzuerhalten. Dazu gehören verwahrloste und manchmal auch demente Patienten, eine Reihe von Sucht- oder Drogenpatienten, partiell resozialisierte Obdachlose etc. - kurz all solche, die ohne dauerhafte und extensive Fremdhilfe nicht in der Lage sind, Wohnanforderungen und die damit verbundenen alltäglichen Aufgaben zu bewältigen und/oder die sich Selbstgefährdungen aussetzen.

Eng damit verbunden ist eine andere Grenzsituation. Erweist sich eine Klientenproblematik als *unverträglich mit der sozialen Umwelt*, so muß die häusliche Versorgung zugunsten einer stationären Unterbringung aufgegeben werden. Dieses kommt bei Klienten vor, deren Wohnfähigkeit beeinträchtigt ist, ebenso bei geistig verwirrten oder verwahrlosten alten Menschen, bei Suchtkranken etc. Selbst die Hinzuziehung der Pflegedienste vermag oft die häusliche Situation nicht so zu normalisieren, daß diese Patienten vom sozialen Umfeld toleriert werden. Nachbarn, Hausbesitzer etc. sperren sich gegen den "Sozialfall" gegen die "Verwirrten, Verrückten oder Verwahrlosten" in ihrer Mitte und setzen alle Hebel in Bewegung, um sie aus dem Haus zu entfernen. Die Pflegedienste versuchen dann zwar den sozialpsychiatrischen Dienst einzuschalten und den Verbleib in der Wohnung zu ermöglichen. Nicht immer aber gelingt das. Gleichzeitig muß betont werden, daß die Pflegedienste selbst nur bedingtes Interesse an der Übernahme solcher Patienten haben. Denn all die Aufgaben, die mit einer solchen sozialen Unverträglichkeit und konfliktreichen nachbarschaftlichen Beziehungen für sie entstehen, sind aufwendig und keineswegs gewinnbringend.

3.5 Grenze: neue Aufgaben

Weil die Pflegedienste bereits bei der Wahrnehmung der bestehenden Aufgaben an die Grenzen ihrer Kapazität gelangt sind, sehen sie neuen und zusätzlichen Aufgabenstellungen mit Vorbehalt entgegen.

"Die Pflegedienste haben einen ganz starken Kapazitätsmangel. Das heißt, mit unserer personellen Ausstattung sind wir eigentlich schon kaum fähig, den Kiez abzudecken. Dazu sind wir aber per Gesetz verpflichtet, wir müssen alle Leute aus unserem Versorgungsbezirk übernehmen. Wenn wir das aber

schon nicht schaffen, wie können wir dann noch neue Aufgaben übernehmen?" (Sst 7;23/2-7)

Neue Aufgabenstellungen und solche, die nicht zur Alltagsroutine gehören, betrachten die Pflegedienstmitarbeiter äußerst skeptisch. Dazu gehört beispielsweise die Betreuung von onkologischen Patienten und damit verbunden u. a. die Überwachung und pflegerische Begleitung von Schmerztherapien, die Versorgung von Aids-Patienten und somit von intensivpflegerisch zu betreuenden Patienten, bei denen vielfach Infusionstherapien anfallen und fast immer (wie auch bei Krebspatienten) eine Sterbebegleitung notwendig wird oder von Drogenpatienten (Überwachung von Substitutionstherapien) und generell von Suchtpatienten. Zum einen sehen die Pflegedienstmitarbeiter hier die Grenzen ambulanter Versorgung erreicht, so beispielsweise bei Intensivpflegen - eine Einschätzung, die sie mit vielen Medizinern teilen. Zum anderen aber halten sie diese Aufgaben aus den genannten institutionsinternen Gründen für nicht oder nur ausnahmsweise erfüllbar (vgl. auch Köster-Sommer 1988).

"In der Regel arbeiten die Sozialstationen mit alten Leuten. Die Sozialstation ist ja immer so die letzte Station vorm Pflegeheim. Ist ja auch zu begrüßen, wenn die alten Leute immer noch in ihrer häuslichen Umgebung und im Kiez bleiben können. Das heißt aber, daß in der Regel Grundpflege durchgeführt wird, daß gewaschen wird, Essen gemacht wird, daß Insulin gemacht wird, daß ein offenes Bein verbunden wird und ab und zu mal was Spezielleres. Aber das ist so der Hauptanteil. Auf andere und neue Aufgaben ist man in dem Rahmen in einem größeren Umfang auch gar nicht eingestellt und ist es auch nicht gewohnt" (Sst 6; 22/51-60).

Die Konzentration auf die Betreuung und Versorgung alter Patienten war ursprünglich nicht intendiert und überforderte die Sozialstationen sogar (Garms-Homolová/Schaeffer 1992). Heute zeichnet sich eine Umkehr dieser Situation ab. Gerade weil die Sozialstationen sich mehr und mehr auf alte Patienten eingestellt haben, fühlen sie sich nun von anderen Klientengruppen und anderen Betreuungsproblematiken überfordert, denn die damit verbundenen Aufgaben machen eine Umstellung eingespielter Handlungsrouninen und Arbeitsabläufe notwendig. Zugleich - und dieses scheint das gewichtigere Problem zu sein - bescheren sie den Einrichtungen einen noch höheren Anteil an "schwierigen" Patienten. Die oben aufgezählten Beispiele berührten bereits die Kernproblematik, denn hinter den neuen Aufgaben verbergen sich samt und sonders schwerstpflegebedürftige und darüber hinaus kostenintensive Patienten, deren Betreuung mit den regulären Kostensätzen kaum zu leisten ist. Das Zitat machte deutlich, daß

sie die Sozialstationen zudem mit neuen pflegerischen Anforderungen konfrontieren (siehe exemplarisch Moers 1990, der dieses für den Bereich der Pflege von Aids-Patienten aufzeigt), bei denen die Pflegekräfte an qualifikatorische und rechtliche Grenzen stoßen (wie derzeit an der Auseinandersetzung um die Infusionstherapien beobachtet werden kann). Aus diesen Gründen sperren sich die Pflegedienste gegenüber der Intention, all diese Probleme in die Normalversorgung zu integrieren und sie ihnen, dem schwächsten Glied in der Versorgungskette, aufzubürden. Modellversuche, wie sie in mehreren solcher Bereiche (etwa im Bereich der Gerontopsychiatrie oder der Aids-Krankenversorgung) durchgeführt werden, erhärten diese Position oft, weil sie die Pflegedienste in dem Verdacht bestätigen, daß es für die Übernahme solcher Aufgaben zusätzlicher und aufwendigerer finanzieller Mittel bedarf, als ihnen zur Verfügung stehen.

Noch einmal sei die Situation von Aids-Patienten herangezogen, um das zu illustrieren. Sie weisen zunächst vornehmlich psychosozialen Betreuungsbedarf auf, bevor sie dann - meist sehr plötzlich - zu Schwerst- bzw. Terminalpflegen werden. Psychosoziale Unterstützung aber ist im Leistungsspektrum ambulanter Pflegedienste nicht vorgesehen (ebensowenig in den Abrechnungsmöglichkeiten der Krankenkassen) und kann daher "eigentlich" nicht bereitgestellt werden. Daß entsprechende Unterstützungen offiziell nicht zur Verfügung gestellt werden können, bedeutet für die Pflegedienste jedoch nicht einzig, daß sie einem von ihnen für wichtig befundenen Betreuungsbedarf nicht entsprechen können, sondern das wichtige Voraussetzungen für die sich anschließenden Pflegephasen nicht geschaffen werden können: dazu gehört u. a. die Herstellung einer Vertrauensbasis, Eruierung und Mobilisierung eines Helferkreises im sozialen Netz, Vorbereitung der Angehörigen/Wahlverwandten auf die auf sie zukommenden Aufgaben etc. Vielfach können sich die Pflegedienste - verfügen sie über keinerlei Modellfinanzierungen - erst in schwierigen Pflegephasen und noch dazu oft in Krisensituationen einschalten. In der Regel müssen sie dann Akrobatakte vollbringen, um eine häusliche Versorgung zu garantieren und das überfordert sie angesichts der vorhandenen Engpässe. Hinzu kommt, daß Aids-Patienten in den sich anschließenden Phasen schwerst- bzw. intensivpflegebedürftig sind; vielfach wird eine Sterbebegleitung erforderlich, ist Angehörigenarbeit unumgänglich etc. All diese Aufgaben gehen mit Anforderungen an die Pflegedienste einher, die ihnen mit den gegebenen Bedingungen ambulanter Pflege nahezu unvereinbar zu sein scheinen.

3.6 Beschneidungen aufgrund des sozialen Netzes

Eine der wesentlichen Vorbedingungen für die Versorgung im ambulanten Bereich wird in dem *Vorhandensein eines sozialen Netzes* gesehen, denn ambulante Dienste sind so konzipiert, daß sie Leistungen von informellen Helfern voraussetzen und diese lediglich unterstützen und ergänzen können (Garms-Homolová/Schaeffer 1992).

Gerade bei der Hauptklientel der Pflegedienste, den alten Patienten, ist das soziale Netz häufig *ausgedünnt*. Die Mehrheit ist alleinlebend und kann nur auf die Unterstützung entfernt wohnender Verwandter oder aber auf mehr oder minder lose Bekannte und auf Nachbarn in der nächsten Umgebung zurückgreifen. Nicht immer sind diese Beziehungen so stabil, daß kontinuierliche Unterstützungen oder Hilfen möglich und die Belastung aus der dauerhaften Erbringung einseitiger Hilfeleistungen tragbar ist. Die zum näheren sozialen Umfeld alter Menschen gehörenden Bezugspersonen sind selbst alt und funktionell beeinträchtigt, wenn nicht gar potentiell hilfebedürftig. Nur bedingt können die Pflegedienstmitarbeiter auf ihre Hilfe zurückgreifen. Tun sie es doch, so erweist sie sich im Laufe der Zeit als instabil. Oft werden diese Helfer ihrerseits zum Klienten der Dienste - ein Phänomen, das nicht allein bei alten Patienten beobachtet werden kann, sondern auch bei Aids-Patienten eine vertraute Erscheinung ist. Im ungünstigen Fall entwickelt der betreuende, gleichfalls infizierte Freund, soeben noch Stützpfeiler der Fremdhilfe, selbst das Vollbild Aids und wird ebenfalls hilfebedürftig. In solchen Fällen ist hier wie da eine häusliche Versorgung kaum noch aufrechtzuhalten⁹. Zumindest einer von beiden Patienten wird dann über kurz oder lang in das Krankenhaus eingewiesen, um eine Stabilisierung der häuslichen Situation zu erreichen. Mitunter müssen beide eingewiesen werden, so, wenn auf keinerlei weitere Hilfe aus dem sozialen Netz zurückgegriffen werden kann. Nicht selten geraten die Patienten in unterschiedliche Krankenhäuser, wodurch bei alten Patienten oftmals der Beginn der Auflösung des gemeinsamen Haushaltes einsetzt. Wird aber unter solchen Umständen eine häusliche Betreuung aufrechterhalten, erfordert sie Anstrengungen seitens der Pflegekräfte, die meist weit jenseits ihrer eigentlichen Leistungsfähigkeit liegen und die nur unter Mobilisierung und Ausschöpfung sämtlicher Möglichkeiten von Fremdhilfe und unter Umgehung bürokratischer Hürden vollbracht werden können. Allerdings ist diese Entwicklung nicht immer vorteilhaft für die Patienten. Allzu leicht geraten sie in eine Situation, in der eine für sie

⁹ Eine Ausnahme ist gegeben, wird der Patient durch einen Aids-Spezialpflegedienst versorgt (Weber 1992, Majer 1992). Sie haben sich die Betreuung Terminalkranker explizit zur Aufgabe gemacht und erfüllen diese auch, verfügt der Patient nicht über ein intaktes unterstützendes soziales Netz. Allerdings bedarf es dazu eines Personalaufwands, der nur unter den Bedingungen der Modellfinanzierung, über die diese bis vor kurzem verfügten, bereitgestellt werden kann.

unüberschaubare Zahl an Helfern die häusliche Umgebung so entintimisiert, daß das Zuhause genauso unvertraut wird, wie eine öffentliche Institution.

Neben brüchigen und labilen sozialen Netze gefährden auch sich als *dysfunktional* erweisende soziale Netze die häusliche Versorgung von Patienten: überbesorgte pflegende (Ehe-)Partner, Angehörige, die sich als Alkoholiker oder psychisch beeinträchtigt herausstellen, Ehen bzw. Partnerschaften oder Familien, die angesichts der Belastungen auseinanderbrechen, Betreuer, die nur punktuell Ressourcen zur Verfügung stellen können oder unzuverlässige Helfer sind. Problemschürend sind vor allem Familienangehörige, die um die Betreuung in Konflikt miteinander geraten, so daß plötzlich vorher eher nebensächliche Schwierigkeiten die Situation zu dominieren beginnen:

"Also, wir hatten letzthin eine Pflege, da turnten acht Leute rundherum. Eine Ehefrau, ein Bruder und noch ein Bruder, Kinder und Freunde und Bekannte. Der Patient war nicht ansprechbar, der lag im Sterben, hatte aber gesagt, er wollte seinen Bruder nicht mehr sehen. Die Frau schmeißt den Bruder raus. Die Tochter sagt zur Mutter, das versteh ich nicht, das habe ich anders verstanden, der wollte Vater doch nur noch mal sehen, sonst kann er nicht in Frieden sterben und so weiter und so fort. Das ganze in einer Dreizimmerwohnung. Das sind auch Grenzen" (Sst 7; 68/16-26).

In der Regel versuchen die Pflegedienstmitarbeiter solche komplizierten sozialen Situationen zu entflechten, Konflikte zu entschärfen und die Beziehungen so zu strukturieren, daß der Patient und seine Betreuung wieder zum Mittelpunkt werden. Nicht immer gelingt das und dann sehen sich die Mitarbeiter gezwungen, die Pflege aufgrund des sozialen Umfeldes niederzulegen.

Auch durch Überlastungen pflegender Angehörigen oder anderer informeller Helfer werden ambulante Pflegedienste vor Grenzen gestellt. Denn dann sehen die Pflegekräfte sich gefordert, sich zugleich um die Angehörigen zu kümmern - nicht einzig aus humanitären, sondern auch aus utilitaristischen Gründen, weil sie der Hilfe durch die Angehörigen bedürfen, soll ein Verbleib des Patienten in der häuslichen Umgebung ermöglicht werden. Angehörigenarbeit gehört jedoch - ebenso wie die Koordination und Vernetzung von informellen und professionellen Hilfen - weder zu ihrer offiziellen Aufgabenstellung noch stellt sie eine abrechenbare Leistung dar. Rasch geraten die Pflegekräfte daher in Schwierigkeiten, welchen Anforderungen sie nachkommen sollen: Sollen sie sich für den Patienten und dessen Situation - also auch für die Angehörigen - zuständig fühlen oder nur der "Verordnung" nachkommen und bürokratisch verfahren

(wie es Leitungen der ambulanten Pflegedienste ihnen zumeist nahelegen)? Tun sie ersteres, so geraten sie in Konflikt mit den Modalitäten ambulanter Pflege (und meist der Leitung des Pflegedienstes) und stehen außerdem in Gefahr, in ein schwieriges und nur schwer zu steuerndes Beziehungsdreieck zu geraten (exemplarisch Weber 1992). Tun sie es nicht, verletzen sie die eigenen beruflichen Standards und tragen außerdem dazu bei, daß die Situation über kurz oder lang außer Kontrolle gerät. Meist versuchen die Pflegekräfte deshalb, in solchen Situationen zunächst pragmatisch zu verfahren: stützen die Angehörigen soweit als möglich durch "Zureden", konkrete Tips für den Umgang mit dem Kranken, durch Situationseinschätzungen und Prognosen des Pflege- bzw. Krankheitsverlaufs, um auf diese Weise die Unwägbarkeit der Situation zu minimieren und den Angehörigen konkrete handlungsleitende Hilfestellung zu geben. Kommen sie zu der Einschätzung, daß die Angehörigen hoffnungslos überfordert sind oder die Situation des Patienten nicht sicher ist (z. B. weil sich unterschwellige Aggressionen immer mehr ausbreiten und auch die Pflege zu beeinflussen beginnen), legen sie eine Krankenhauseinweisung nahe. Durch eine Unterbrechung der häuslichen Versorgung kann gerade bei längerfristigen und schwierigen Pflegen die Situation oftmals stabilisiert und eine Aufrechterhaltung der ambulanten Betreuung ermöglicht werden. Freilich bedarf es dazu einer unbürokratischen und mit den Organisationsmustern stationärer Versorgung nicht in Übereinstimmung stehenden Verfahrensweise, denn streng genommen handelt es sich bei so veranlaßten Krankenhauseinweisungen um soziale Indikationen, die es gemäß den offiziellen Vorgaben nicht geben darf - eine weitere Grenze ambulanter Pflege.

Unterstützung von Angehörigen - seien es die Mobilisierung informeller Helfer, die Vorbereitung von Angehörigen auf die Pflegesituation, Konfliktregulationen im sozialen Netz oder zwischen informellen und professionellen Helfern oder einfach Hilfen zur Entlastung der Angehörigen damit diese die für sie außeralltägliche Situation handhaben können - nehmen im Alltag ambulanter Pflege einen breiten Raum ein. Angehörigenarbeit stellt eine für die Ermöglichung häuslicher Versorgung eminent wichtige und in der Literatur, den gesundheitspolitischen Diskussionen wie auch in der Aus- und Weiterbildung unterschätzte Aufgabe dar. Auf all diesen Ebenen wird ihr keineswegs jener Raum und jene Bedeutung zuteil, die ihr im Alltag zukommt, so daß die Pflegekräfte hier an Grenzen stoßen. Sie können sich dieser Aufgabe nicht in der Weise widmen, wie es notwendig ist und sie können ihr professionell nicht so begegnen, wie es erforderlich wäre. Eine der Folge dessen ist, daß Verstrickungen und Entgrenzungen der Helfer-Klient-Beziehungen in diesem Bereich im Alltag ambulanter Pflege häufig anzutreffen

sind. Weil aber die Zeit und die Voraussetzungen fehlen, um solche Verflechtungen zu bearbeiten und aufzulösen, erleben ambulante Pflegekräfte Angehörige daher mitunter als "störend" für ihre Arbeit.

Das ist beispielsweise dann der Fall, wenn Angehörige sich allzusehr in die Pflege einmischen, sei es, weil sie, wie auch manchmal die Patienten, die Pflegekräfte (speziell die Hauspflegerinnen) zu Bediensteten degradieren und ihnen vorschreiben, was sie zu tun haben, sei es, weil sie mit den Krankenschwestern zu konkurrieren beginnen (Sst 1) oder mit ihren Interventionen die Pflege gefährden:

"Also wenn Angehörige in die Pflege eingreifen, das geht halt einfach nicht. Zum Beispiel medikamentös: wenn die Pflegekraft jemanden eine Medikation verabreicht und dann nach Hause geht und jemand anderes, ein Angehöriger, noch zwei Zäpfchen nachschiebt, weil er denkt das ist sinnvoll, dann wird das zur gefährlichen Pflege und das können wir nicht weiter tragen" (Sst 6; 68/37-44).

In solchen Fällen, in denen die Situation vor Ort für die Pflegekräfte unkontrollierbar wird, legen die Pflegedienste die Pflege nieder.

3.7 Kooperationsprobleme mit anderen Repräsentanten des Versorgungssystems

Als Vorbedingung für eine häusliche Versorgung wird eine gute und ineinandergreifende Kooperation mit den anderen in die Betreuung involvierten Repräsentanten der organisierten Versorgung angesehen. Allen anderen voran ist hier eine gut funktionierende *Kooperation mit dem Hausarzt* gemeint. Einhellig erklären die Pflegedienstmitarbeiter, daß der Hausarzt zentrale Bedeutung hat, geht es um die häusliche Versorgung:

"Der Hausarzt spielt eine immer wichtigere Rolle für ... unsere Patienten. Der kann unheimlich viel bewegen" (Sst 2; 82/12-15).

Gleichzeitig aber stellt die häusliche Versorgung an den behandelnden Arzt eine Reihe von unpopulären Anforderungen: er muß seine Funktion als "gate keeper" wahrnehmen, Dienste beantragen helfen, Verlängerungen der Leistungen zustimmen und vor allem den damit verbundenen bürokratischen Aufwand und die damit einhergehende zusätzliche, wenig einträgliche Arbeit in Kauf nehmen.

"Dazu gehört aber, daß der Hausarzt dermaßen viel Formulare ausfüllen und Unannehmlichkeiten über sich ergehen lassen muß, weil er dann nämlich nachgeprüft wird und all sowas. Und viele lehnen das ab. Die kriegen nämlich auch nichts für das Ausfüllen der Formulare" (Sst 2; 82/16-21).

Ebenso muß der Arzt sich bereiterklären, nötigenfalls im Interesse des Patienten unbürokratisch tätig zu werden: Diagnosen umzuetikettieren, Heilungsprozesse "auf dem Papier" zu verzögern und die Situation des Patienten so zu medikalisieren, daß sein Verbleib in der häuslichen Umgebung und die dazu erforderliche Versorgung aufrechterhalten und Kostenlabilisierungen vermieden werden können. Außerdem muß der Arzt bereit sein, Hausbesuche durchzuführen, die aber nicht von allen Ärzten bereitwillig gemacht werden:

"Zum Beispiel jetzt im Winter, da leben die alten Leute in ihren dicken Federbetten, haben keinen Nachbarn, haben nichts. Wenn sie dann nicht krabbeln können, sind sie elend hilflos verloren. Und durch Zufall, kommt dann irgendsowas raus, weil was verqualmt oder so. Dann kommt die Nachbarin, ruft den Arzt und der schickt uns. Wir kommen dann hin und dann sagen wir, ja war denn der Arzt nicht da? Der Patient hat schwer Rheuma oder die haben alles mögliche die Alten. Dann haben sie Tabletten da zu liegen und alles wird per Telefon mit dem Arzt gemacht, der war nie da. Und das geht natürlich nicht" (Sst 2;81/34-82/10).

Hausbesuche des Arztes sind nicht nur im Vorfeld der Tätigkeit der Pflegedienste unabdingbar, um ein Abrutschen der Befindlichkeit des Patienten und Unterversorgungen zu vermeiden. Sie sind auch erforderlich, nach dem der Pflegedienst die Betreuung aufgenommen hat. Sie werden von den Krankenschwestern für um so notwendiger gehalten, je beeinträchtigt ein Patient und je schwerwiegender seine Erkrankung ist. Vor allem bei alten Patienten ist die Bereitschaft der Hausärzte zu Hausbesuchen relativ gering, was nicht zuletzt dem Charakter ihrer Beschwerden geschuldet ist. Nur selten sind es akute Krisen, die sie zwingen, zu Hause zu bleiben und den Arzt telefonisch zu kontaktieren. Meist sind es Verschlechterungen ihres beeinträchtigten Funktionsstatus, die ein Aufsuchen des Arztes unmöglich machen. Der Arzt meint aber, den Patienten und seine Beschwerden seit Jahren zu kennen und hält den Zustand für nicht veränderbar. Gerade weil er diese Beschwerden nicht als Teil der spezifischen Verlaufsdynamik chronischer Krankheiten begreift, übersieht er, daß sie die Vorboten für eine Labilisierung der gesundheitlichen und ebenso der gesamten häuslichen Situation sein können. Für die Pflegekräfte ist die Zusammenarbeit mit dem Arzt in solchen Fällen sehr schwierig.

Als besonders problematisch wird sie eingeschätzt, wenn der Arzt an dem Patienten nicht sonderlich interessiert ist. Meist verweigert er dann die Hausbesuche und oft auch Verlängerungen der Leistungen bzw. die dazu erforderliche Medikalisation der Situation des Patienten, was stets Finanzierungsprobleme und in der Regel auch Versorgungsdiskontinuitäten nach sich zieht. Als ebenso schwierig wird die Kooperation angesehen, wenn der Hausarzt zwar kommt, aber unsicher ist, was zu tun wäre, so beispielsweise angesichts verwirrter Patienten, die sich selbst gefährden könnten, angesichts von Schmerztherapien bei onkologischen Patienten oder auch angesichts von Aids-Kranken, deren unspezifische, rasch wechselnde Krankheitsbilder schwer einschätzbar sind. Entweder überweist er solche Patienten vorschnell in das Krankenhaus, mehr, um sich der Verantwortlichkeit zu entledigen, als um dem Patienten zu helfen. Oder er "hat überhaupt keine Ahnung und dosiert da wild nach irgendwelchen Büchern rum" (Sst 6;68/53-55). In diesen Fällen versuchen die Pflegedienste zunächst, sich mit dem Arzt auseinanderzusetzen, ihm vorsichtig Nachhilfe zu erteilen und auch Sicherheit einzuflößen. Gelingt dieses aber nicht, weil der Arzt seine Kompetenz nicht in Frage gestellt sehen will und darauf beharrt, daß er "schließlich der Arzt ist", versuchen sie dem Patienten nahezubringen, den Hausarzt zu wechseln. Oft stellt sich dabei allerdings heraus, daß der Patient das nicht will,

"weil er ihn liebt, schon seit Jahren kennt und ihn behalten will. Jetzt machen Sie dann dem Patienten mal klar, Sie haben einen schlechten Hausarzt - hyperproblematisch" (Sst 6;68/58-61).

"Is' schwierig, wir machen das nicht gern. Und es ist ja auf der anderen Seite auch so. Wir sollen den alten Menschen ja auch nicht bevormunden. Und wenn der das immer alles so gemacht..."(Sst 2;84/4-7).

Diese Äußerungen verdeutlichen, wie schwierig diese Situation für die Pflegekräfte ist. Sie versuchen in diesen Fällen, zwischen dem Willen des Patienten und eigenem Sachverstand zu lavieren. Doch nicht immer kann auf diese Weise ein befriedigender Zustand erreicht werden. Gleichzeitig betonen sie, daß bei einer gut funktionierenden Kooperation, "ambulant sehr viel mehr möglich ist" (Sst 2), sie hingegen bei einer schlechten Zusammenarbeit froh sind, wenn die Pflege beendet werden kann und sei dieses auch durch eine stationäre Unterbringung.

3.8 Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit des Personals als Begrenzung

An mehreren Stellen schien bereits durch, welche hohe psychische Belastungen mit einer Tätigkeit in der ambulanten Pflege verbunden sind. Letztendlich werden all die im Alltag kaum zu lösenden strukturellen und institutionellen Grenzen pflegedienstintern zu regulieren versucht und das bedeutet, daß sie vielfach durch Sonderleistungen der in den Pflegediensten tätigen Mitarbeiterinnen ausgeglichen werden:

"Na ja, der Patient, der hatte keine Waschmaschine und kein Geld, also konnte man die Wäsche auch nicht irgendwo zum Waschen bringen oder so was. Aber der wollte ja zu Hause bleiben, der wollte partout zu Hause sterben. Und da hab die Wäsche selbst zu Hause gewaschen, ich wußt halt auch nicht mehr, was ich machen sollte" (Sst 5; 6/3-11).

Dieses Beispiel verdeutlicht exemplarisch für viele andere Bereiche und für zahlreiche andere Probleme des Alltags ambulanter Pflege, wie die Pflegekräfte mangels anderer Möglichkeiten mit Engpässen und Grenzen umgehen. Mal mehr, mal weniger, je nach Engagement und je nach personaler Kapazität, suchen sie nach "privaten" Lösungen, die meist dergestalt aussehen, daß sie persönlich helfen, also karitativ tätig werden. In der Pflege finden wir vielfältige und beeindruckende Beispiele für ein solches Handeln. Gleichzeitig aber finden wir Ermüdungserscheinungen: plötzliche Motivationseinbrüche, hohe Mitarbeiterfluktuationen und Überlastungsgefühle. Zum großen Teil ist dieses der extensiven Erbringung von Sonderleistungen geschuldet, die u. a. dann zur Überstrapazierung führt, wenn sie nicht durch Gratifikationen (soziale Anerkennung, sichtbare Erfolge) honoriert wird. Gratifikationen sind bei pflegerischer Arbeit und erst recht bei der Arbeit mit chronisch Kranken allein aufgrund des gesellschaftlichen Status dieser Tätigkeit dünn gesät. Auf Dauer - das ist aus vielen ähnlichen Arbeitsbereichen längst bekannt (exemplarisch Ullrich 1987) -, wird die Motivation für persönliche Sonderleistungen deshalb brüchig, wengleich die Pflegekräfte auch versuchen, sich Strategien zurechtzulegen, wie dieses zu vermeiden ist:

"Ich versuche immer, einen Gegenpol zu finden, wenn ich viele belastende Fälle habe. Schwierig wird es dann, wenn das nicht geht" (Sst 7; 46/4-6).

Ähnlich wie auch die Pflegedienste es versuchen, sieht diese Krankenschwester die Lösung darin, nur wenige Patienten zu haben, bei denen solche Sonderleistungen erforderlich sind und immer gleichzeitig leichte Fälle zu betreuen, um Belastungen auf diese

Weise auszubalancieren. Im Alltag ist es jedoch eher die Ausnahme als die Regel, daß solche Lösungen durchgehalten werden können, und vielfach stellt die Tätigkeit in diesem Bereich ein permanentes Spiel mit den eigenen Grenzen dar. Nicht selten werden diese so weit ausgedehnt bis es zu den erwähnten plötzlichen Einbrüchen kommt, in deren Folge fortan vermehrt an Stellenwechsel gedacht wird oder sich distanziertere Haltungen und Zynismus breit machen - alles mehr oder minder hilflose Versuche, mit den Belastungen und Spannungen des Berufsalltags zurechtzukommen.

Problematisch ist, wenn die Pflegedienstleitungen das explizit zum Kalkül erheben, dem zweifelsohne auch auf ihnen lastenden Druck nachgeben und ihrerseits auf die Ausdehnbarkeit psychischer Grenzen ihrer Mitarbeiter setzen. Das Zitat einer Leitung eines ambulanten Pflegedienstes verdeutlicht exemplarisch, wie im Alltag häufig verfahren wird:

"Man muß halt einen Pfleger finden, dessen Grenzen an dem Punkt noch nicht angelangt sind" (Sst 8;31/22-24).

Daß diese Vorgehensweise sehr problematisch ist, haben die sich in der jüngeren Vergangenheit häufenden Skandale im (stationären) Pflegebereich hinreichend bewiesen. Wird einzig auf die Belastungsfähigkeit des einzelnen gesetzt, ist die Gefahr des Umschlagens in Aggression oder Despotismus, mithin auch der Abwehr zum Schutz der eigenen Person sehr groß. Selbst bei all den Pflegekräften ist damit zu rechnen, bei denen die Sorge um das Wohl anderer, die Hilfsbereitschaft angesichts vorhandener Not und die Belastbarkeit soeben noch unermesslich groß und all den sich im Alltag stellenden Widrigkeiten zum Trotz weiter entfaltbar zu sein schienen.

Diese Gefahr ist um so stärker, je weniger individuelles Engagement kollektiv gestützt wird - sei dieses in Form einer tragenden Ideologie/Philosophie (exemplarisch Kellhauser 1991), einem professionell sanktionierten Selbst- und Aufgabenverständnis oder einer institutionellen Identität (corporate identity) und einem entsprechenden innerinstitutionellen Rückhalt. Für die Pflege im ambulanten Bereich trifft zu, daß alle der genannten Faktoren erodierend oder nicht hinreichend ausgebildet sind. Vor allem der innerinstitutionelle Rückhalt ist unzureichend und hat nicht genügend sicherheitsstiftenden Charakter. Eine der Ursachen dafür liegt darin, daß die Pflegekräfte in der ambulanten Versorgung sehr isoliert und einzig auf sich gestellt arbeiten. Rückversicherungsmöglichkeiten bei Kollegen oder auch bei Ärzten sind

schwerer realisierbar als in stationären Einrichtungen, wo sie sich häufig einfach "nebenbei" ergeben. Es ist ein "einsamer Job", betonen die Pflegekräfte, und das erhöht den ihnen lastenden Verantwortungsdruck. Denn mit dem Geschehen bei den Patienten, möglichen Konflikten mit Vertretern des informellen Netzes oder der organisierten Versorgung müssen sie weitgehend allein zurechtkommen und ohne über jene schützenden und stützenden Rahmenbedingungen zu verfügen, wie sie in der stationären Versorgung gegeben sind. Gleichzeitig tragen die ambulant tätigen Pflegekräfte ein höheres Maß an Verantwortung als ihre Kollegen in stationären Einrichtungen, wo das Pflegepersonal weisungsgebunden arbeitet und die Verantwortung zum beträchtlichen Teil auf der Ärzteschaft lastet. Gerade dieser Tatbestand erweist sich im Alltag als besonders belastend und das vor allem dann, wenn sich der Gesundheitszustand eines Patienten verschlechtert oder seine Situation sehr komplex bzw. mitleiderregend ist. Die bei engagierten ambulanten Pflegekräften zu beobachtenden engen, zuweilen fast überprotektiv anmutenden Beziehungen zu Patienten, die längst die Merkmale eines spezifischen Rollenhandelns verloren haben, sind eine der Folgen der überaus hohen Verantwortung und der Isolation am Arbeitsplatz. Das gleiche trifft für die gegenteilige Variante zu: für zynisch anmutende Distanzierungen (Schütze 1985) und allzu verordnungsorientiertes Erledigen der Pflegeaufgaben.

Weitere Quellen von Arbeitsbelastungen resultierten aus den Kapazitätsmängeln der Dienste und der steigenden Nachfrage nach ambulanter Pflege. Beide haben zur Folge, daß die Pflegekräfte mit dem ihnen zur Verfügung stehendem Zeitkontingent kaum zurechtkommen. In der Regel haben sie eine hohe, oftmals zu hohe Zahl an Patienten zu betreuen und müssen eine Reihe von Patienten weitaus intensiver und umfassender versorgen, als die Verordnungen eigentlich vorsehen. Dabei befinden sie sich in einer eigentümlichen Situation, müssen auf der einen Seite strukturelle Defizite individuell ausgleichen und dazu in hohem Maße autonom und eigenverantwortlich handeln. Auf der einen Seite aber sind sie vermehrt autonomierestringierenden Einflüssen ausgesetzt und müssen die für ihre Tätigkeit erforderlichen Dispositionsspielräume unter hohem Aufwand verteidigen: um so mehr, je höher der Kostendruck wird, der auf den Einrichtungen lastet.

Für die Pflegekräfte ist es schwierig, diese und andere den Alltag ambulanter Pflege charakterisierenden Belastungen auszugleichen. Nicht zuletzt die hohe Personalfuktuation deutet darauf, daß das individuell auch kaum möglich ist und es an der Zeit ist, über die Schaffung institutioneller Entlastungen nachzudenken.

3.9 Qualifikatorische Grenzen

"Bis heute gibt es für die Arbeit in der ambulanten Pflege keine Extraausbildung. Die Schwestern kommen frisch aus dem Krankenhaus, die haben bislang nur Patienten im Bett gesehen, aber nie in ihrer sozialen Umgebung. Außerdem sind sie organisatorisch einfach nicht clever genug, mußten sie ja auch nicht, im Krankenhaus ist alles da. Wir müssen aber alles besorgen und alles erst für unsere Arbeit einrichten" (Sst 2; 21/ 15-19).

Für die Mehrzahl der in der ambulanten Versorgung tätigen Kräfte trifft zu, daß sie mit Aufgabenstellungen konfrontiert werden, auf die sie nicht hinreichend vorbereitet sind¹⁰. In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, daß die Gemeindepflege in den bestehenden Ausbildungen kaum Berücksichtigung findet und Weiterbildungen zur Fachkrankenschwester für Gemeindepflege bislang selten von Pflegekräften absolviert wurden, u. a. deshalb, weil es sich um relativ junge Bildungsangebote handelt. Für die Hauspflege/ häusliche Pflegehilfe sieht dieses noch problematischer aus. Meist arbeiten sie ohne jede Qualifikation. Auch Weiterbildungsangebote für diese Pflegekräfte sind bis heute rar. Die den Pflegekräften zur Verfügung stehende Qualifikationsbasis vermag also bestenfalls bruchstückhaft handlungsleitendes Wissen und die zur Bewältigung des Alltags erforderliche Sicherheit zu bieten. Es fehlt ihnen an geeignetem Problembearbeitungswissen - an systematischem wie auch an handlungspraktischem Wissen - und dieses sowohl im Hinblick auf basale Fragen fachlicher Kompetenz als auch die Spezifik ihres Arbeitsfeldes anbelangt (Pflege unter häuslichen Bedingungen, Vernetzungstätigkeit, Arbeit mit Angehörigen, Versorgungsmanagement etc.). Vor allem mangelt es ihnen an instruktivem Wissen und vielfach auch an Standards der Berufsausübung. Eine Reihe der in der alltäglichen Praxis vorfindbaren Probleme (z. B. die zuvor erwähnten Verstrickungen in die Privatsphäre des Patienten, Schwierigkeiten der Regulierung der Helfer-Klient-Beziehung, Überlastungserscheinungen der Mitarbeiter) sind durch diesen Mangel verursacht.

In der Alltagspraxis hat dieses Verunsicherungen und Überforderungen zur Folge:

¹⁰ Das haben sie allerdings durchaus mit in anderen Gebieten tätigen Pflegekräften gemeinsam. Seit geraumer Zeit wird die im Bereich der Pflege vorhandene Qualifikationsmisere hingewiesen (Meifort 1987, Botschafter/Moers 1990, Robert-Bosch-Stiftung 1992) und eine Verbesserung sowie eine Qualitätsanhebung der Aus - und Weiterbildung gesundheits- und sozialpflegerischer Berufe gefordert.

"Es fehlen Fachkenntnisse, aber auch Wissen darüber, wie konkret was zu tun ist. Die Pflegekräfte sind oft einfach unsicher. Weil sie, wenn es was spezielleres ist, wie z. B. bei Aids, von dem Krankheitsbild, von Medikamenten einfach nichts wissen und halt diese ganzen Zusammenhänge ihnen einfach fehlen. Das macht unsicher und dann will man auch so einen Patienten nicht pflegen, weil dann muß man sich ja praktisch zwangsweise damit auseinandersetzen" (Sst 7; 22/35-43).

Diese Einschätzung läßt eine weitere Folge von Qualifikationsdefiziten durchscheinen: die zuvor erwähnten Ausgrenzungstendenzen von unbekanntem und neuen Problematiken. Weil es den Pflegekräften in der ambulanten Versorgung für viele Aufgaben an entsprechendem Fachwissen und notwendigen Problembewältigungskompetenzen mangelt, tendieren sie dazu, sich gegen nicht lösbare oder mit dem vorhandenen Wissens- und Handlungsrepertoire nicht bewältigbare Aufgaben abzuschotten und sich von ihnen fernzuhalten - wie es exemplarisch für die Betreuung von Aids-Kranken gezeigt wurde. Dieses kann jedoch nicht den Pflegekräften angelastet werden, vielmehr handelt es sich hier um eine der Folgeerscheinungen der schwierigen Handlungsbedingungen und der unzureichenden Qualifikation in diesem Tätigkeitsfeld.

4. Fazit

Die Ausführungen haben gezeigt, daß ambulante Pflegedienste in der Praxis zahlreichen Problemen und Beschränkungen unterliegen, aufgrund derer eine häusliche Versorgung Hilfe- und Pflegebedürftiger nur begrenzt möglich ist. Zu eng gesteckte institutionelle Rahmenbedingungen, Klientenproblematiken, die mit den Modalitäten der Kostenregulation sowie den Inanspruchnahmevorgaben nicht in Übereinstimmung zu bringen sind, daraus erwachsene Restriktionen auf die Handlungsspielräume, Qualifikationsdefizite und generell eine Klientel, deren Bedarf nicht in Einklang mit der gegebenen Organisation der Dienste zur häuslichen Versorgung steht, - um einige der wichtigsten Probleme zu nennen - bestimmen den Alltag und beschränken das Möglichkeitsspektrum ambulanter Pflege. Das hat zum Teil strukturelle Ursachen, hängt unter anderem damit zusammen, daß mit der Ausweitung der ambulanten Pflege nur die in einem Versorgungsbereich vorhandenen Lücken notdürftig geschlossen wurden und dem Gesamtzusammenhang der Versorgung zu wenig Beachtung geschenkt wurde. Übersehen wurde auch, wie wichtig es für die Ermöglichung einer häuslichen Versorgung ist, die das hiesige Versorgungssystem kennzeichnende Desintegration zu überwinden und beispielsweise der Verknüpfung mit anderen Versorgungseinrichtungen sowie der Schaffung übergreifender Kooperationsmodi hinreichend Raum zu gewähren. Eine der Konse-

quenzen ist, daß das Dienstangebot ambulanter Pflegedienste noch heute - mehr als zehn Jahre nach Beginn der Umstrukturierung ambulanter Pflege - nur für einen Teil der Hilfe- und Pflegebedürftigen zugänglich ist und ebenso, daß eine häusliche Versorgung im Alltag vielfach nur bedingt aufrechterhalten bzw. diskontinuierlich durchgeführt werden kann. Darüber hinaus stehen hilfebedürftige Patienten dadurch in Gefahr, von Dynamiken erfaßt zu werden, im Zuge derer sie zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen und -einrichtungen hin und her geschleust und zum Spielball des Versorgungssystems bzw. seiner Repräsentanten werden.

Gravierender aber noch ist, daß der Ausbau und die Umstrukturierung ambulanter Pflege auf einer Bedarfseinschätzung basierte, die sich allzu rasch als überholt erwies. Denn eine ganze Reihe von Einschränkungen der Möglichkeiten ambulanter Pflege erwächst daraus, daß die an die Einrichtungen herangetragenen Anforderungen höher und anders sind als ursprünglich gedacht und daß sie mit den Organisationsmustern ambulanter Pflege kollidieren. Faktisch - so hat es angesichts der zurückliegenden Ausführungen den Eindruck - kann das Leistungsangebot der Pflegedienste nur bei einer bestimmten Klientel dem verfolgten Anspruch gerecht werden: bei Patienten mit einem kurzfristigen und mit den Inanspruchnahmevorgaben kompatiblen Versorgungs- und Betreuungsbedarf. Allerdings machen diese nur einen Bruchteil des Klientels der Pflegedienste aus. Ein Großteil benötigt umfassendere bzw. differenziertere Versorgungs- und Betreuungsleistungen als die gegebenen Bedingungen sie eigentlich ermöglichen. Auch wenn die Pflegedienste sich bemühen, solchen Anforderungen nachzukommen, entscheiden letztendlich die Ressourcen der Einrichtungen und vor allem die Belastbarkeit des Personals über das Betreuungsvermögen. Bereits heute ist absehbar, daß dieser Zustand unhaltbar ist, denn Patienten, die schon jetzt zu den Problemfällen für diese Einrichtungen zählen - die alten und chronisch Kranken, die langfristig zu Begleitenden, die "Austherapierten", Schwerstpflegebedürftige und Terminalkranke - werden zukünftig an Bedeutung gewinnen. Wird der Sicherstellung ihrer Versorgung nicht mehr Aufmerksamkeit gezollt, werden sich die Probleme und Engpässe in der ambulanten Pflege über kurz oder lang deutlich zuspitzen.

Erhebliche Grenzen sind auch dadurch gesetzt, daß wichtige ambulante Dienste, wie beispielsweise hauswirtschaftliche Hilfen, im hiesigen System der sozialen Sicherung nach wie vor unterschätzt werden und ebenso, daß zahlreiche Tätigkeiten (wie z. B. Koordinations- und Vernetzungstätigkeiten, Angehörigenarbeit etc.) durch die Leistungsvergütung nicht abgedeckt sind. Ein Großteil von Hilfen, die zur Aufrechterhaltung ei-

ner adäquaten häuslichen Versorgung notwendig sind, kann damit nur bedingt zur Verfügung gestellt werden oder ist abhängig vom "good will" bzw. dem Leistungs- und Belastungsvermögen der jeweiligen Pflegekraft.

Angesichts dieser Situation ist es dringend geboten, Korrekturen einzuleiten, die es den Pflegediensten erleichtern, den an sie herangetragenen Aufgaben zu begegnen. Dabei ist zu bedenken, daß die aufgezeigten Grenzen und Hindernisse im Alltag ambulanter Pflege unterschiedlichen Charakter aufweisen und nicht alle gleichermaßen beeinflussbar sind. Zahlreiche Restriktionen aber sind veränderbar und längst ist überfällig, ihnen mehr Beachtung zu schenken. Neben finanziellen Maßnahmen, wie sie in jüngster Zeit vermehrt erörtert werden, ist unerlässlich (und sehr wohl möglich), auf die Arbeitsbedingungen und die Organisation ambulanter Pflege einzuwirken. Vor allem die Überforderungen des Pflegepersonals bedürfen größerer Aufmerksamkeit. Die Pflegekräfte haben Versorgungsengpässe, begrenzte Dispositionsspielräume der einzelnen Einrichtungen, Kapazitätsmängel etc. im Alltag auszugleichen. All das tun sie weitgehend auf der Basis von persönlichem Engagement und Eigeninitiative, ohne durch adäquate institutionelle und organisatorische Strukturen gestützt zu sein und ohne über ausreichende Kompetenzen und über geeignete Kompensationsmöglichkeiten zu verfügen. Die Schaffung von Rückversicherungs-, arbeitsbezogenen Kommunikations- und adäquaten Qualifikationsmöglichkeiten sowie generell von institutionellen Entlastungen, die es den Pflegekräften ermöglichen, den auf ihnen lastenden Druck auszugleichen, ist dringend erforderlich. Allerdings dürfen solche Maßnahmen nicht nur auf personaler Ebene angesiedelt sein und darauf reduziert werden, einzig für Befriedung in einem in die öffentliche Diskussion geratenen Arbeitsbereich zu sorgen. Notwendig sind Maßnahmen, die auf die sich im Versorgungsalltag stellenden Handlungsprobleme einwirken und diese regulieren. Soll ambulante Pflege den an sie gestellten Aufgaben und Ansprüchen gerecht werden, ist den individuellen Handlungsvoraussetzungen und den Arbeitsbedingungen ihrer Mitarbeiter also zukünftig mehr Beachtung zu widmen, zumal längst als gesichert gelten kann, daß zwischen der Qualität der Arbeitsbedingungen und der Qualität der Pflege ein unmittelbarer Zusammenhang besteht.

Nicht weniger wichtig sind Veränderungen der Organisation ambulanter Pflege. Seit geraumer Zeit zeichnet sich ab, daß sich der Bedarf an ambulanten Hilfen in absehbarer Zukunft nicht verringern, sondern eher erhöhen und daß er komplexer und vielfältiger werden wird. Daher müssen neue akzeptable und zugängliche und dabei auch finanziell und gesellschaftlich tragbare Modelle der Organisation ambulanter Pflege entwickelt

werden. Umstrukturierungen, Veränderungen der Arbeitsweise und -teilung, Verbesserungen der Einbindung und Kooperation, eine Ausdehnung ihrer Leistungsmöglichkeiten und verbunden damit eine Qualitätsanhebung ambulanter Pflege sind trotz begrenzter gesellschaftlicher Ressourcen unumgänglich. Gerade angesichts der Tatsache, daß ambulante Pflege bereits heute eine wichtige Säule der Krankenversorgung darstellt und zukünftig noch an Bedeutung gewinnen wird, sind solche Maßnahmen unabdingbar. Allerdings ist notwendig, daß entsprechende Steuerungsversuche nicht vornehmlich die Kuration des Versorgungssystems vor Augen haben, sondern sich wesentlich mehr als bislang "am Patienten" orientieren, d. h. am Bedarf und den Bedürfnissen der Klientel sowie an den im Versorgungsalltag sichtbar werdenden Problemen der Bedarfsdeckung. Denn sonst stehen sie in Gefahr, erneut nur scheinbar tragfähige und bestenfalls kurzfristig wirksame, sich alsbald aber erneut als insuffizient erweisende Interventionen anzuvisieren.

Literatur

- Articus, S./Karolus, S. (1985): Pflegebedürftige alte Menschen in der Familie. Nachrichtendienst des Deutschen Vereins, Februar 1985
- Botschafter, P./Moers M. (1990); Pflegewissenschaft und Pflegenotstand, in: Jahrbuch für Kritische Medizin, Argument Band 15, S. 123 - 139
- Brose, H. G./Hildenbrand, B. (Hg.): Vom Ende des Individuums zur Individualisierung ohne Ende. Leverkusen: Leske & Budrich
- Cooper, B./Sosna, V. (1983): Psychische Erkrankungen in der Altenbevölkerung. Der Nervenarzt, 54, S. 239 - 249
- Dankowsky, W./Görres, S./Luckey, K. (1988): Sozialstationen. Konzept und Praxis eines Modells ambulanter Versorgung. Frankfurt, New York: Campus
- Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode: Endbericht der Enquete-Kommission "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung", BT-Drucksache 11/6380, Bonn 1990, auch erschienen in der Reihe Zur Sache - Themen parlamentarischer Beratung, 3/90, 2 Bände, Bonn 1990
- Dieck, M./Heinemann-Knoch, M./de Rijke, J. (1987): Alte Menschen in Pflegeverhältnissen (Materialien zum vierten Familienbericht Band 3) München: Verlag Deutsches Jugendinstitut
- Diessenbacher H. (1988): Gewalt gegen Alte. Über Vernachlässigungs-, Mißhandlungs- und Tötungsrisiken in Einrichtungen der Altenpflege. In: Göckenjan, G./v. Kondratowitz, H.-J. (Hg.): Alter und Alltag. Frankfurt: Suhrkamp, S. 372 - 385
- Eastman, M. (1991, 2. Auflage): Gewalt gegen alte Menschen. Freiburg: Lambertus
- Garms-Homolová, V./Hütter, U. (1988a): 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-Homolová, V./Hütter, U. (1988b): Die Siebzig- bis Neunzigjährigen. Differentielle Betrachtung ihrer Lebenssituation in der Großstadt. Berlin: Freie Universität. Berichte der Arbeitsgruppe "Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte, Nr. 1, vervielf. Manuskript, 222 S.
- Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (1989): Die Bedeutung des Krankenhauses für die Versorgung alter Menschen. In: Deppe, H.-U./Friedrich, H./Müller, R. (Hrsg.): Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung. Frankfurt, New York: Campus, S. 119 - 133
- Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (1990): Kiepenarbeit versus Beratung. Strukturprobleme sozialarbeiterischen Handelns im Krankenhaus. Erscheint in: Neue Praxis 2
- Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (1991): Netzwerkförderung als Aufgabe der sozialen Arbeit im Krankenhaus. In: B. Dewe und N. Wohlfahrt: Netzwerkförderung und soziale Arbeit. Empirische Analysen in ausgewählten Handlungs- und Politikfeldern. Bielefeld, S. 181 - 208

Göckenjan, G./v. Kondratowitz, H.-J. (1988): Altern - Kampf um Deutungen und um Lebensformen. In: Göckenjan, G./v. Kondratowitz, H.-J. (Hg.): Alter und Alltag. Frankfurt: Suhrkamp, S. 7 - 31

Gross, P./Hitzler, R./Honer, A. (1989): Diagnostische und therapeutische Kompetenz im Wandel. In: Wagner, F. (Hrsg.): Medizin. Momente der Veränderung. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, S. 155 - 172

Häfner, H. (1986): 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. Stuttgart, New York: Gustav Fischer

Heinemann-Knoch, M./v. Kardoff, E. (1989): Sozialpolitische Aspekte der Pflegebedürftigkeit. In: Riedmüller, B./Rodenstein M.: Wie sicher ist die soziale Sicherung? Frankfurt: Suhrkamp, S. 182 - 209

Kellnhauser, E. (1991): Die Bedeutung einer Pflegephilosophie für die Pflegepraxis - Erfahrungen aus den USA, in: Die Schwester, der Pfleger, 30, 12, S. 1098 - 1101

Keupp, H., Röhrle, B. (Hg.) (1987): Soziale Netzwerke, Frankfurt, New York: Campus

Köster-Sommer, M. (1988): Möglichkeiten und Grenzen ambulanter Betreuung Aids-Kranker in Sozialstationen. In: Soziale Arbeit, Jg. 8, S. 289 - 293

Majer, S. (1992): Mit Aids zu Hause leben. Die Arbeit des Betreuungszentrums der Aids-Hilfe Frankfurt, in: Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock R. (Hrsg.): Aids-Krankenversorgung. Berlin: Sigma

Meifort, B. (Hrsg.) (1992): Gesundheits- und sozialpflegerische Arbeit im Umbruch. Berufliche Bildung im Schnittpunkt einer veränderten Gesundheits- und Sozialpolitik. Ergebnisse der Hochschultage berufliche Bildung 86. Ansbach/Bergstr.

Moers, M. (1990): Ein ganzheitliches Pflegekonzept für Menschen mit Aids. Theoretische und praktische Ansätze zu ganzheitlichen Pflegekonzepten für die ambulante und stationäre Versorgung und Betreuung von Aids-Patienten. Paper der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, P90-209, Berlin: WZB, 71 S.

Nestmann, F. (1988): Die alltäglichen Helfer. Theorien sozialer Unterstützung und eine Untersuchung alltäglicher Helfer aus vier Dienstleistungsberufen. Berlin, New York: de Gruyter

Riedmüller, B./Rodenstein, M. (1989) (Hg.): Wie sicher ist die soziale Sicherung? Frankfurt: Suhrkamp

Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.) (1992): Pflege braucht Eliten. Denkschrift der Kommission der Robert-Bosch-Stiftung zur Hochschulausbildung für Lehr- und Führungskräfte in der Pflege; mit systematischer Begründung und Materialien. Beiträge zur Gesundheitsökonomie 28, Gerlingen: Bleicher

Rückert, W. (1985): Zur Situation älterer Menschen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Evangelische Aktionsgemeinschaft für Familienfragen (Hg.): Die ältere Generation. Last und Chance für Familie und Gesellschaft. Dokumentaion der Fachtagung vom 18. - 20. September 1985 in Loccum, S. 9 - 28

Schaeffer, D. (1989a): Formen der Kooperation zwischen den Krankenhausärzten und den Sozialdiensten. *Medizin Mensch Gesellschaft* 14, S. 49 - 59

Schaeffer, D. (1989b): Strukturelle Versorgungsprobleme und professionelle Interventionsmuster bei chronisch kranken alten Patienten. *Zeitschrift für Sozialreform*, 35, 11/12, S. 737 - 749

Schaeffer, D./Moers, M. (1992): Professionelle Versorgung von HIV- und Aids-Patienten. Zwischenbericht des Projekts "Versorgung und Betreuung von Patienten mit HIV-Symptomen. Präventive Potentiale kurativer Institutionen". Paper der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, P92-208, Berlin: WZB, 237 S.

Schütze, F. (1985): Professionelles Handeln, wissenschaftliche Forschung und Supervision. Versuch einer systematischen Überlegung. Kassel: vervielf. Manuskript der GHK

Sozialdata (1987): Alterssicherung von unentgeltlich Pflegenden, Endbericht München

Svanborg, A./Bergström, G./Mellström, D. (1982): Epidemiological Studies on Social and Medical Conditions of the Elderly. Report on a Survey. Copenhagen: Regional Office of Europe, WHO

Ullrich, A. (1987): Krebsstation: Belastungen der Helfer. Eine empirische Studie an Kliniken in Bayern. Frankfurt: Lang

Weber, A. (1992): Grenzerfahrungen bei der ambulanten Pflege von Menschen mit HIV und Aids, in: Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock R. (Hrsg.): Aids-Krankenversorgung. Berlin: Sigma

Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik

Das Krankheits- und Sterbe geschehen in industrialisierten Ländern wird hauptsächlich von chronischen Erkrankungen bestimmt, deren Verursachungen weitgehend in den Bereichen Umwelt/Arbeit/Lebensweise liegen. Nach ihrer Manifestation sind sie medizinisch meist nicht mehr heilbar. Auf die Verhütung des Ausbruchs solcher Krankheiten richten sich konkurrierende Strategien. Sie unterscheiden sich hinsichtlich des Interventionsfelds, der wissenschaftlich-disziplinären Untermauerung und der Institutionalisierung. Die Forschungsgruppe untersucht und vergleicht Risikokonzepte, Wirkungen und Entwicklungsbedingungen unterschiedlicher präventiver Interventionen und Strategien.

Mitglieder der Forschungsgruppe:

Dr. med. Thomas Elkeles, Dipl. Soz.

Dipl.-Psych. Karin Frenzel

Dipl.-Chem. Barbara Maria Köhler, Ph.D.

Dr. rer.pol. Hagen Kühn

Martin Moers, M.A. (Philosophie)

Dr. phil. Doris Schaeffer

Priv.-Doz. Dr. rer.pol. Rolf Rosenbrock (Leiter)

Janos Wolf, Dipl.-Phil.

Papers der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
1000 Berlin 30, Reichpietschufer 50 - Tel.: 030 / 25491-577

Nr.	Verfasser	Titel
P88-201	Rolf Rosenbrock	Gesundheitssicherung durch Krankenkassenpolitik? Thesen zur Strukturreform des Gesundheitswesens und der gesetzlichen Krankenversicherung
P88-202	Rolf Rosenbrock	Die Bedeutung des HIV-Antikörpertests für die Prävention, Erforschung und Bekämpfung von Aids
P88-203	Peter Vieth	Die Durchsetzung des Sicherheitsgurtes beim Autofahren
P88-204	Sigrid Michel	HIV-Antikörpertest und Verhaltensänderungen
P88-205	Benny Henriksson Rolf Rosenbrock	Social Democracy or Societal Control Aids in Sweden
P88-206	Benny Henriksson Rolf Rosenbrock	Soziale Demokratie oder soziale Kontrolle - eine kritische Analyse der schwedischen Aids-Politik Aids in Schweden

P89-201	Albert Eckert	Veränderungen des Sexualverhaltens infolge von Aids
P89-202	Frauke Pingel	Ungewollte Schwangerschaften trotz Verfügbarkeit wirksamer Antikonzeptiva
P89-203	Hagen Kühn	Glanzvolle Ohnmacht - Zum politischen Gehalt des Ganzheitlichkeitsanspruchs in der Medizin
P89-204	Ralf Dose	Die Durchsetzung der chemisch-hormonellen Kontrazeption in der Bundesrepublik Deutschland
P89-205	Wilfried Karmaus	Das Zusammenspiel von Wissenschaft, Behörden und Industrie dargestellt am Fall der Risiko-Beurteilung und Risiko-Bewältigung von Dioxinen
P89-207	Gerd Göckenjan	Tuberkulose-Prävention und Spuckverhalten. Bedingungen, Ziele und Maßnahmen einer historischen Kampagne zur Einstellungs- und Verhaltensänderung.

- P89-208 Dagmar Sommerfeld Behandlung, Versorgung und Betreuung von Aids-Patienten in Berlin - Ergebnisse einer Vorstudie
- *****
- P90-201 Philip Manow-Borgwardt Ausgaben für Prävention in der Bundesrepublik Deutschland
- P90-202 Rolf Rosenbrock HIV-Screening
- P90-203 Barbara Maria Köhler Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik - Ernährung und Ernährungspolitik
- P90-204 Marianne Lien The Norwegian nutrition and food-supply policy. Accomplishments and limitations of a structural approach
- P90-205 Jens-Uwe Niehoff Ernährung und Prävention. Körpergewichte - ein Beispiel präventionstheoretischer Probleme
- P90-206 Hagen Kühn Ökonomisierung der Gesundheit am Beispiel des US-amerikanischen Gesundheitswesens
- P90-207 Barbara Maria Köhler Die Ernährung von Beschäftigten - Zur Prävention ernährungsbezogener Erkrankungen im Erwachsenenalter
- P90-208 Thomas Elkeles Säuglingssterblichkeit und Prävention - Zur Bedeutung der Postneonatalsterblichkeit und der Effektivität von Präventionsstrategien
- P90-209 Martin Moers Ein ganzheitliches Pflegekonzept für Menschen mit AIDS - theoretische und praktische Ansätze zu ganzheitlichen Pflegekonzepten für die ambulante Versorgung und Betreuung von AIDS-Patienten
- P90-210 Barbara Maria Köhler Klaus Eble Die gesellschaftliche Regulierung eines nahrungsbezogenen Gesundheitsrisikos - Die Aflatoxine
- *****
- P91-201 Philip Manow-Borgwardt Neokorporatistische Gesundheitspolitik? Die Festbetragsregelung des Gesundheitsreformgesetzes
- P91-202 Uwe Osterholz Gegenstand, Formen und Wirkungen arbeitsweltbezogener Interventionen zur Prävention muskulo-skelettaler Beschwerden und Erkrankungen

P91-203	Rolf Rosenbrock	Politik der Prävention - Möglichkeiten und Hinderungsgründe
P91-204	Werner Maschewsky	Herz-Kreislaufschäden durch Arbeitsstoffe
P91-205	S. Leonard Syme	Individual and Social Determinants of Disease: Experiences and Perspectives
P91-206	E. Richard Brown	Capitation and the Use of Preventive Services: A Comparison of HMOs with Fee-for-Service in the United States
P91-207	Günter Miehle	Der Transformationsprozeß in den ostdeutschen Ländern und seine Folgen für die Gesundheit der Bevölkerung und ihre Versorgung
P91-208	Barbara Maria Köhler	Gibt es eine soziale Differenzierung des Ernährungsverhaltens? Sekundäranalytische Untersuchung sozialer Bestimmungsgrößen des Ernährungsverhaltens Erwachsener
P91-209	Hagen Kühn	Rationierung im Gesundheitswesen - Politische Ökonomie einer internationalen Ethikdebatte

P92-201	Thomas Elkeles Wolfgang Seifert	Arbeitslose und ihre Gesundheit - Empirische Langzeitanalysen
P92-202	Stefan Kurella	Arbeitslosigkeit und Gesundheit - Literaturstudie für die Jahre 1985 - 1991
P92-203	Gustav Wickström	Evaluation of work-related intervention studies to prevent chronification of back disorders
P92-204	Barbara Maria Köhler	Adaptation of the health system to the risk structure of modern society in the Federal Republic of Germany
P92-205	Werner Reutter	Aids, Politik und Demokratie - Ein Vergleich aids-politischer Maßnahmen in Deutschland und Frankreich
P92-206	Rolf Rosenbrock	Aids: Fragen und Lehren für Public Health
P92-207	Rolf Rosenbrock	Gesundheitspolitik
P92-208	Doris Schaeffer Martin Moers	Professionelle Versorgung von HIV- und Aids-Patienten
P92-209	Norbert Zillich	Mit dem Tod leben lernen - Über kollektive und individuelle Trauer bei homosexuellen Männern im Angesicht von Aids