

Vera Pfeil-Schley

Ambulante Altenpflege: Möglichkeiten und Grenzen

1. Zielsetzung

Seit geraumer Zeit lassen sich gesellschaftliche Tendenzen und gesundheitspolitische Strömungen feststellen, die sich von einer Rückverlagerung der stationären Pflege in die ambulante Betreuung viel versprechen. Diese Diskussion findet in verschiedenen sozialen Bereichen, sei es Psychiatrie, Altenarbeit oder Heimerziehung, statt.

Mit diesem Aufsatz soll der Versuch unternommen werden, die Berechtigung dieses Denkens in Bezug auf Pflegebedürftigkeit und Krankheit insbesondere älterer Menschen zu überprüfen. Dies soll aus der Sicht der in diesem Feld professionell Tätigen geschehen.

Ausgangspunkt der Überlegungen sind meine Erfahrungen, die ich als Leiterin einer Sozialstation in Hamburg bei deren Aufbau und weiterer Arbeit gewonnen habe.

2. Struktur und Funktion einer Hamburger Sozialstation

Zunächst sollen die Prinzipien der Hamburger Situation skizziert werden, da der Begriff „Sozialstation“ ein Sammelbecken für unterschiedlichste Organisationsformen ambulanter Pflege ist. In einem Extrem besteht die Sozialstation aus einer Gemeindegeschwister mit Telefon und Anrufbeantworter. Im anderen Fall handelt es sich um eine Struktureinheit mit ca. 20 Arbeitskräften und angegliederten Leistungen (psychoziale Beratung, Essen auf Rädern).

Seit Beginn 1979 wurde in Hamburg ein Konzept schrittweise realisiert, welches die regionale Bündelung aller ambulanz-pflegerischen Kräfte zum Ziel hatte (vgl. Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg: Bürgerschaftsdrucksache 9/742 -10.4.79). In diesem Konzept sollte zum einen eine größere Transparenz bezüglich der Inanspruchnahme dieser Dienste gewährleistet werden, zum anderen aber auch durch zentral gelenkten Personaleinsatz ein rationelleres Arbeiten ermöglicht werden.

Weiterhin sollte die Errichtung von Sozialstationen zu einer Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer in den Krankenhäusern führen. Organisatorisches Merkmal ist, daß sie für einen Stadtteil mit durchschnittlich ca. 40.000 Einwohner jeweils zuständig ist. Die personelle Ausstattung (Planstellen) besteht aus: 1 Einsatzleitung (Sozialarbeiter), 1 Verwaltungsangestellte(r), 4 exam. Krankenschwestern/Pfleger, 5 Haus-Familien- und Altenpfleger(innen), 20-30 Hauspflegerinnen stundenweise beschäftigt, 5 Haushaltshelferinnen (einschl. Zivildienstleistende).

Die Sozialstation bietet heute folgende Leistungen an:

Häusliche Krankenpflege: Hier wird medizinisch-gesundheitspflegerische Betreuung geleistet in Form von

- Grundpflege (Waschen, Ankleiden, Hilfe beim Essen, Betten usw.)
- Behandlungspflege (z.B. Injektionen, Verbände, Katheterpflege, Wundversorgung)
- rehabilitative Maßnahmen (Bewegungsübungen etc.)
- sozial-pflegerische Beratung Angehöriger und Nachbarn

Ausgeführt werden diese Leistungen von Gemeindeschwestern und z.T. von Altenpflegern. Diese Leistungen sind für den Patienten kostenfrei. Gegebenenfalls erstattet die Krankenkasse gemäß § 182 RVO der Sozialstation eine Kostenpauschale.

Häusliche Pflege: Dies ist eine allgemeinpflegerische, als ganzheitliche Betreuung konzipierte Tätigkeit, welche körperliche Grundpflege, unterstützende Hilfen bei täglichen Verrichtungen wie Kochen, Haushaltsführung usw. umfaßt, ebenso ausdrücklich „Gesprächsführung“, soziale und körperliche Aktivierung. Diese Aufgaben werden in der Regel von Mitarbeitern unterschiedlichster Qualifikation erbracht: Altenpfleger(innen), Krankenpflegehelfer(innen), Haus- und Familienpflegerinnen, aber auch von Hausfrauen, Studenten ohne Ausbildung etc. Die Leistungen werden nach einem Pflegesatz/Stunde vom Klienten oder vom Sozialamt gemäß § 68-69 BSHG abgerechnet.

Haushaltshilfe: Die sogenannte „Hilfe zur Weiterführung des Haushalts“ umfaßt alle hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (Einkaufen, Putzen, Kochen). Diese Aufgaben übernehmen zumeist Zivildienstleistende oder Mitarbeiter ohne spezielle Ausbildung gegen Honorar, das gegebenenfalls gemäß § 70 BSHG dem Klienten vom Sozialamt zurückerstattet wird.

Beratung: Hiermit ist eine allgemeine soziale Beratung im Sinne des Sozialgesetzbuches gemeint und eine spezielle Beratung über das Leistungsangebot der Einrichtung sowie ergänzender Dienste, jedoch ist in der Hamburger Konzeption sowohl eine sozial-psychiatrische als auch eine Erziehungs- oder Eheberatung ausdrücklich ausgeklammert.

Geschäftsführender Träger ist jeweils eine Kirchengemeinde bzw. ein Wohlfahrtsverband auf Stadtteilebene, der zugleich Rechtsträger der Sozialstation ist, und somit Zuschußempfänger für die Personal- und Sachmittel, die von der Hansestadt zur Verfügung gestellt werden.

Der geschäftsführende Träger stellt die Einsatzleitung und die Verwaltungskraft ein. Das pflegerische Personal wird von den anderen

beteiligten Trägern per Vertrag für die Arbeit in der Sozialstation abgeordnet, d.h. Dienstaufsicht verbleibt beim Anstellungsträger, die Fachaufsicht innerhalb der vereinbarten Einsatzzeit wird der Leitung der Station übertragen.

Auch die im Stadtteil tätigen staatlichen Gemeindeschwestern werden auf diese Weise in die Sozialstationen integriert. Auf diese Weise soll in jedem Stadtteil eine weltanschauliche Pluralität im Angebot an Dienstleistungen gewährleistet sein.

3. Wie verläuft konkret der Kontakt zur Sozialstation

Zur Inanspruchnahme der Dienste einer Sozialstation gibt es mehrere Zugangswege.

In den meisten Fällen stellt das Sozialamt (Altenhilfe) den Kontakt zwischen Bürger und Sozialstation her. Sozialarbeiter oder Sachbearbeiter überzeugen ihren Klienten schon im Vorfeld von der Notwendigkeit einer Hilfe, sie klären die Hilfsform und die Kostenfrage. Der betroffene Mensch ist in diesem Prozeß relativ passiv, es wird für ihn gedacht und gehandelt.

Eine weitere Möglichkeit zur Kontaktaufnahme besteht, wenn andere Dritte, entweder der Hausarzt, die Nachbarn oder die Kinder sich zum Anwalt des alten Menschen machen, indem sie sich mit dem „Auftrag“ an die Institution wenden, entsprechende Schritte und Wege der Hilfeleistung einzuleiten. Auch hier wird die Hilflosigkeit von außen diagnostiziert und zieht oft entsprechend verständliche Widerstände des Betroffenen nach sich. Hinzu kommt, daß mit der Inanspruchnahme der pflegerischen Hilfe meist der Übergang zum Sozialhilfeempfänger gekoppelt ist, da die Pflegesätze mit durchschnittlichem (Renten)-Einkommen nicht bezahlt werden können. Aus diesem Grunde scheuen gerade ältere Menschen vor dieser Art Hilfe zurück.

Der weitaus seltenere Fall ist es, daß sich ein Mensch von sich aus mit der Frage nach Hilfe an die Sozialstation wendet. Dieser Tatbestand ist sicherlich als ein Beleg dafür zu werten, wie tiefgreifend die Internalisierung gesellschaftlicher Werte und Normen von Jugendhaftigkeit, Unabhängigkeit, Dynamik und Leistungsfähigkeit ist; ein Hilferuf ist dann gewissermaßen ein öffentliches Eingeständnis von Defiziten.

In all den oben genannten Fällen übersetzt die Situation subjektive Äußerungen einer konkreten Bedürfnislage in das ihr verfügbare Handlungsschema, bestehend aus den Leistungskomplexen Krankenpflege, Hauspflege und Haushaltshilfe. Die Problematik professioneller Übernahme mitmenschlicher Sorge und Hilfe wird erneut deutlich am Prozeß, der während und nach der, meist telefonischen,

ersten Kontaktaufnahme erfolgt. Die Institution hat eine Tendenz, alle an sie gerichteten Appelle oder geäußerten Bedürfnisse in die ihr verfügbaren Kategorien einzupassen. Dies bedeutet, daß jemand, der seine Vorstellungen passend zum Leistungsschema formuliert („ich brauche 2x wöchentlich eine Einkaufshilfe“) naht- und somit problemlos in bestehende Organisationsstrukturen der Leistungserbringung aufgenommen werden kann. Er ist quantifizierbar in Bezug auf Art, Dauer und Häufigkeit der Hilfe.

Schwieriger wird es, wenn ein Anrufer diffuse, unkonkrete Bedürfnisse äußert. Hier haben Vertreter der Institutionen mehrere Reaktionsmöglichkeiten:

- Unter Verzicht auf Klärung der Hintergründe übersetzen sie das Gehörte in Begriffe, die dem bestehenden Leistungsangebot entsprechen. Dieses Vorgehen ist kurzfristig rationell. Die tägliche Routine und der Zeitdruck verleiten dazu. Jedoch die Gefahr einer „Fehldiagnose“ der Situation ist hier gegeben, was sich mit entsprechenden Komplikationen in der Folgezeit der Betreuung auswirkt.
- Die eigentliche Ursache, der Auslöser für die Anfrage wird herausgefunden, um dann eine, u.U. auch außerhalb der Möglichkeiten der Sozialstation liegende Lösung der Probleme zu finden.
- Der potentielle Klient wird weiter verwiesen oder abgewiesen. Die Institution erklärt sich als nicht zuständig für ihn.

4. Erwartungen der Patienten an die ambulante Pflege

Zunächst einmal ist davon auszugehen, daß es ein Grundbedürfnis eines jeden Menschen ist, frei von Behinderung, Krankheit oder anderen Einschränkungen zu leben. Ebenso elementar ist das Bedürfnis nach Selbstbestimmung, welches in Institutionen wie Krankenhaus, Pflegeheim, Psychiatrie weitestgehend eingeschränkt ist.

Tritt nun die Situation der Pflegebedürftigkeit oder Bettlägerigkeit ein, so geht dies einher mit einer Einschränkung der körperlichen Kräfte und der sozialen Handlungskompetenzen, sowie Veränderungen des Erlebens und Fühlens. Insbesondere kann eine schwere Krankheit bei Patienten die alleine leben regressive Erlebens- und Verhaltensweisen mobilisieren, die entsprechend infantile Wünsche nach Umsorgung auslösen können. Das findet dann in entsprechend zutage tretenden Bedürfnissen seinen Ausdruck:

Der Wunsch nach einer festen Bezugsperson. Dies Bedürfnis wird in der Regel erst als solches erkennbar, wenn ein Personalwechsel erfolgen soll, oder wenn eine Vertretungskraft (z.B. am Wochenende) eingesetzt werden muß. So berichten diese Vertretungskräfte oftmals von symptomatischen Reaktionen in Form schroffer Ablehnung

oder Zurückweisung, beides bezieht sich entweder auf ihre Person oder die Art ihrer Arbeitsweise. Auch können in diesem Zusammenhang Ängste auftreten, von der vertrauten Schwester/Pfleger verlassen und vergessen zu werden. Für bestimmte Patienten kann es jedoch auch zutreffen, daß ein Personalwechsel, oder die Betreuung durch mehrere Personen geradezu begrüßt wird, da auf diese Weise die Möglichkeit gegeben ist, quasi ein Ersatznetz sozialer Beziehungen zu knüpfen.

Äußere Veränderungen dürfen nicht sein. Mit dem Grad der Abhängigkeit von Hilfe und der Zunahme der Isolation, sowie der Unsicherheit über die Funktionsfähigkeit des eigenen Körpers wächst ein Bedürfnis nach Beziehungssicherheit und Stabilität der äußeren Situation. Der Wunsch, im Pflegefall zu Hause zu bleiben, ist als gesunder Selbstschutz zu betrachten, ist doch die Vertrautheit der Umgebung, deren Stabilität, eine sozusagen prophylaktische Maßnahme zur Verhinderung von Dekompensation, da häufig erst die Herausnahme aus vertrauten Lebensbezügen, wie dies bei einer Einweisung in ein Krankenhaus der Fall ist, zu Desorientierung im wahrsten Sinne des Wortes führt, da die durch Krankheit und Alter reduzierten Kräfte vorübergehend nicht reichen, sich neu zu orientieren, was dann wiederum oft den Grundstein zu einer „institutionellen Karriere“ legt. Verwirrung im weitesten Sinne rechtfertigt seitens des Krankenhauses weitere Maßnahmen institutioneller Versorgung (Pflegeheim), der Weg nach Hause wird als Möglichkeit nicht in Erwägung gezogen. Diesen Kreislauf ahnend, weigern, bzw. sträuben sich viele alte Menschen, oft bis zum gesundheitlichen Risiko, einer Einweisung in ein Krankenhaus zuzustimmen.

Bei häuslicher Pflege kann diese Tendenz der Beibehaltung bestehender Zustände ihren Niederschlag auch darin finden, daß z.B. notwendige Umgestaltungen des Zimmers zur Erleichterung pflegerische Maßnahmen (z.B. Bett anders hinstellen, oder Krankenbett aufstellen) auf entschiedenen Widerstand stoßen. Ein weiteres Moment ist das Bestehen auf mitunter genauer Einhaltung der täglichen Pflegezeit, wobei Abweichungen gelegentlich zu Irritationen im gesamten Tagesablauf führen können. So ist die äußere Regelmäßigkeit und Planbarkeit maßgebend für die innere Befindlichkeit.

Das „familienorientierte Modell“ als Hintergrund der Erwartungen. Die Vorstellungen des Patienten darüber, wie seine häusliche Pflege zu gestalten sei, sind überwiegend aus den Erfahrungen und speziellen Handlungsmustern gespeist, die er in seiner Familie in Zusammenhang mit Hilfsbedürftigkeit oder Krankheit eines Familienmitgliedes erlebt oder an sich selbst erfahren hat.

Diese Erfahrungen sind in der Regel gekennzeichnet durch eine

selbstverständlich alle Lebensbereiche abdeckende Pflege, in Anlehnung an ein idealisiertes traditionelles Mutter- und Frauen-Ideal. So soll die pflegende Person Zuwendung geben, Medikamente verabreichen, die körperliche Versorgung übernehmen, Putzen, Trost zusprechen, pflegerische Maßnahmen durchführen, Kochen, immer verfügbar sein etc.

Dieses „familienorientierte Modell“ der Erwartungen an professionelle Pflege stellt die Krankenschwester/Pfleger bzw. Alten-/oder Hauspflegerin vor die ständige Anforderung, sich zwischen ganzheitlicher Arbeit auf der einen Seite, was aus konzeptionellen, finanztechnischen und berufspolitischen Gründen kaum realisierbar ist und persönlicher Abgrenzung auf der anderen Seite zu entscheiden.

5. Das Handlungskonzept der Sozialstation

Die grundsätzlich gleichrangigen Bedürfnisse der Klienten nach körperlicher, psychischer und sozialer Gesundheit werden von der Sozialstation durchaus unterschiedlich bewertet, sie lösen entsprechend verschiedene Aktivitäten aus.

Einschränkungen, Behinderungen oder Veränderungen der körperlichen Funktionsfähigkeit lassen sich mit ärztlicher Hilfe leicht benennen und beschreiben, bei allen psycho-sozialen Behinderungen oder Mangelsituationen bestehen wenig allgemeinverbindliche Kriterien, Hilfsbedürftigkeit zu objektivieren, der Ermessensspielraum für die Mitarbeiter ist hier sehr groß.

Pflegerische Maßnahmen und Hilfen konzentrieren sich daher im Wesentlichen auf schwere körperliche Pflegefälle. Stadien, in denen Prophylaxe oder Rehabilitation möglich wäre, werden unzureichend genutzt, nicht erfaßt und übersehen; das heißt: die Hilfe kommt zu spät!

Der Kreislauf beginnt mit der Problematik der sogenannten „leichten Fälle“ (vgl.: BMJFG: Anzahl und Situationen zu Hause lebender Pflegebedürftiger. Stuttgart 1980, S. 91-94). Hier würden in der Regel aktivierende oder rehabilitative Impulse genügen, um eine künftige Abhängigkeit von Hilfe zu verhindern. Da diese aber ausbleiben, muß es erst zu einer Zunahme der Symptome kommen, um in den als Zielgruppe umrissenen Personenkreis zu geraten, allerdings haben sich Schädigungen und Krankheit dann bereits unumkehrbar etabliert. Kommunikative Bedürfnisse und Wünsche nach menschlicher Zuwendung und Wärme können die Patienten nur über den Umweg des Vorweisens einer körperlichen Erkrankung befriedigen, sie werden somit zum Kranksein „gezwungen“. Sobald sich Besserung zeigt, der Patient Symptomfreiheit signalisiert, besteht kein äußerer Anlaß mehr, ihm jemanden zur Hilfe zu schicken, und die Iso-

lation tritt erneut ein. Die Orientierung an einem rein medizinischen Krankheitsbegriff wird an diesem Verfahren deutlich. Auch seitens der Sozialadministration (Sozialamt) erfahren psychische und soziale Mängel eine zweitrangige Bewertung gegenüber körperlichen Erkrankungen. So besteht eine Tendenz, die Kostenübernahme in Fällen abzulehnen, bei denen die Betreuung „nur“ zur Minderung der Isolation erfolgen soll. Gerade in schwierigen Betreuungssituationen, in denen es ausschließlich um Beziehungsaufnahmen und Gespräche geht, werden dann aus Kostengründen Zivildienstleistende eingesetzt, die zwar nicht qualifiziert und oft genug überfordert sind, aber dafür nichts kosten.

Es entsteht der Eindruck, als gäbe es eine heimliche Bedürfnishierarchie, in der kommunikative und soziale Strebungen als Luxus definiert werden. Von der Sozialstation her werden psycho-soziale Aspekte der Arbeit sozusagen als Nebenprodukt der Pflege mit erledigt, da sie weder quantifizierbar und abrechenbar sind, noch einer Berufsgruppe als Aufgabe speziell zuzuordnen sind.

Ein bereits in der Konzeption etablierter Bruch zwischen dem Anspruch nach ganzheitlicher Pflege und der Versorgungsrealität ist darin zu sehen, daß das Leistungsangebot an professionell unterschiedliche Mitarbeitergruppen gebunden ist, bzw. diese an sich bestimmte Aufgabenbereiche aufgrund ihrer Qualifikation gebunden fühlen. So kann es passieren, daß ein Mensch in verschiedene Funktionsbereiche aufgeteilt wird, in denen Dienstleistungen erbracht werden. Im Extremfall kann folgende Situation — als Beispiel gedacht — entstehen: Frau M. lebt alleine und ist blind, sie ist Diabetikerin und seit kurzer Zeit bettlägerig.

Der Versorgungsplan seitens der Sozialstation könnte so aussehen:

tägl. Gemeindegeschwester: Insulinspritze, Grundpflege, Frühstück

tägl. „Essen auf Rädern“: Mittagessen

3 x wöchentl. Zivildienstleistender: Einkaufen, Haushalt

1 x wöchentl. Haushaltshilfe: Putzen, Hausarbeiten.

Frau M. „braucht“ (nach Meinung der Organisation) also für die elementaren Verrichtungen und täglichen Lebensabläufe wie waschen, aufstehen, essen, einkaufen, putzen, zur Toilette gehen, sich unterhalten, 3-4 verschiedene (Fach)-Leute. Eine weitere Rahmenbedingung, die ganzheitliche Pflegeansätze erschwert ist in vertraglichen Regelungen zu sehen, die die Arbeit z.B. am Wochenende einschränken und nachts ausschließen, so daß schwerst pflegeabhängige Menschen oder Sterbende ohne Angehörige in dieser ohnehin belastenden Situation dann doch noch in ein Krankenhaus oder Pflegeheim eingewiesen werden müssen.

6. Mitarbeiterprobleme

Durch die Bündelung aller im Stadtteil arbeitenden krankenpflegerischen Kräfte (Gemeindeschwestern) erfolgte in Hamburg eine grundlegende Umwälzung gewachsener traditioneller Strukturen. Die bis dahin mögliche Identifikation des Mitarbeiters mit seinen jeweiligen Arbeitgebern (Kirchengemeinde, Bezirksamt) und die feste Zuständigkeit für eine Gemeinde bzw. einen Bezirk mußte nun in ihrer Ausschließlichkeit aufgehoben werden, besonders wenn Arbeitgeber und geschäftsführender Träger nicht identisch waren.

Für den Mitarbeiter kann eine Arbeitssituation entstehen, in der u.U. gegensätzliche weltanschauliche Erwartungen (des Arbeitgebers einerseits und der Sozialstation andererseits) an ihn in Bezug auf seine Arbeitsweise gerichtet werden, so daß ein von ihm zu reduzierendes Spannungsfeld entsteht.

Hinzu kommt ein Geflecht von Umstellungsschwierigkeiten und Konflikten, die in dem zusammengewürfelten Team entstehen. Das Krankenpflegepersonal besteht im wesentlichen aus 2 Gruppen:

Gemeindeschwestern mit langjähriger Berufserfahrung: Deren traditionelle Arbeitsweise war dadurch gekennzeichnet, daß sie

- alleine für einen festen Bezirk zuständig waren
- dort bekannt waren
- relativ autonom über die Zeiteinteilung verfügen konnten
- keine Kolleginnen zur Entlastung und Vertretung hatten
- Entscheidungen bei komplizierten Fällen alleine zu treffen hatten
- Einzelkämpfer in ihrem Bezirk waren, denen niemand in die „pflegerischen Karten“ schauen konnte.

Fast alle die genannten Aspekte verändern sich. Die wichtigste Veränderung ist, daß die eigene Arbeit für andere einsehbar und somit von Kolleginnen kritisierbar wird. Dazu kommt, daß von teamunerfahrenen Einzelgängern plötzlich ein hohes Maß an Teamfähigkeit und Integration erwartet wird.

Krankenschwester/Pfleger, die vom Krankenhaus in die ambulante Krankenpflege überwechseln, sowohl berufserfahrene als auch „Neulinge“ nach dem Examen: Die Gründe für einen Wechsel dieser Mitarbeitergruppe sind in der Unzufriedenheit mit den allgemein bekannten krankenhausspezifischen Problemen wie Hierarchie, Verlust von Ganzheit, technisierter Umgang mit Menschen und Leiden, Apparate-Medizin, Anonymität, Schichtdienst usw. zu sehen.

Der Wunsch nach mehr Selbständigkeit, Teamarbeit, Ganzheitlichkeit kann zu einer naiven Idealisierung dieser Möglichkeiten in der ambulanten Arbeit führen, dies trifft besonders für die gerade examinierten Schwestern/Pfleger zu.

In der Realität der ambulanten Pflege lauern mannigfache Probleme. Ganzheitliches Arbeiten ist aus den obigen Gründen nicht in dem phantasierten Maße möglich, die Schwester wird auf Teilaspekte verpflichtet, sie soll spezifische Einzelleistungen erbringen. Zudem kann passieren, daß es zu einer Konkurrenz unter den Schwestern um die bessere Berufsmoral kommt. Einerseits Gemeindegewerkschaften, die in einer klassischen Helferrolle fast ausschließlich für den Beruf leben, für Patienten zu Hause erreichbar sind, jederzeit bereit sind, zu kommen usw., und andererseits Gemeindegewerkschaften, die im Zusammenhang mit ihrem Emanzipationsprozeß von der traditionellen Berufsrolle eine klare Abgrenzung zwischen Beruf und Freizeit ziehen, sowie auf die Einhaltung tariflicher Bestimmungen achten, bzw. für deren Verbesserungen kämpfen. Gerade diese Schwestern, die das Krankenhaus verlassen haben, um den traditionell an ihren Beruf gerichteten ethischen Forderungen zu entgehen, treffen in der Sozialstation u.U. auf gerade diese Strukturen, repräsentiert durch die Normensetzung älterer Kolleginnen, die ihrerseits an einer Aufrechterhaltung dieser „Tugenden“ festhalten. In der Folge kann es zu einer Rivalität um die Patientengunst kommen (wer ist am beliebtesten?). Diese Auseinandersetzung bindet viele Energien, die sich lähmend auf die ursprüngliche Motivation auswirken können.

Ist also diese Berufsgruppe mit ihrer eigenen Standortbestimmung und Selbstfindung beschäftigt, muß sie zugleich noch innerhalb des Gesamtteams Auseinandersetzungen mit den anderen Berufsgruppen, den Altenpflegern und Hauspflegerinnen um die Abgrenzung der Kompetenzen nach „unten“ führen. Hier können Statuskämpfe über das Festhalten an berufsspezifischen Tätigkeiten ausgetragen werden, was wiederum ganzheitliches Arbeiten mit den Patienten boykottiert, und somit das eigene Verhalten unversehens in Widerspruch zu den eigentlichen Zielen gerät.

7. Was ist zu tun?

- 1.) Die Unterstützung und Stärkung des kollektiven Selbsthilfepotentials der Alten ist dringend erforderlich, um ein weiteres Fortschreiten sozialbürokratischer Entmündigung und Fremdbestimmung, die vermeintlich schwächere Bürger zum Objekt wohlgeleiteter Sozialleistungen macht, aufzuhalten.
- 2.) Berufsbedingte Ständedünkel, die zu einem Festhalten an spezifischen Tätigkeiten in Abgrenzung zu anderen Berufen führen, sind abzubauen. Mit Hilfe von Supervision wäre eine methodische Möglichkeit gegeben, die berufsbedingten Hintergründe für persönliche Verhaltensweisen bewußt, und damit einer Veränderung zugänglich, zu machen. Ebenso dringend ist Fortbildung

für das gesamte pflegerische Personal notwendig, um die sozialwissenschaftlich defizitäre Aus- und Vorbildung zu kompensieren. Als drittes Element dieser mitarbeiterbezogenen Maßnahmen ist eine berufsbegleitende Fallarbeit unerlässlich.

- 3.) Mitarbeiter, die sich für einen Wechsel zur ambulanten Arbeit entscheiden, sollten sich individuell um eine Entidealisierung dieses Arbeitsbereiches kümmern, um auf diese Weise Kräfte zur Ausschöpfung bestehender Freiräume zu nutzen.
- 4.) Die der Hauspflege zugrunde liegenden Pflegesätze sind zu hoch, um aus der eigenen, meist knappen Rententasche bezahlt zu werden. Dies führt dazu, daß die Finanzierung fast ausschließlich über das BSHG erfolgt, d.h. alte Menschen, denen eine Hauspflegerin „bewilligt“ wird, werden damit automatisch als Sozialhilfefall stigmatisiert. Grund genug für viele, auf diese Hilfe zu verzichten. Hier müßte geprüft werden, ob nicht eine Finanzierung nach dem Versicherungsprinzip (s. Pflegeversicherungs-Diskussion) zu einer moralischen und psychischen Entlastung der Betroffenen führt.
- 5.) Einen Schritt zur gemeindenahen Versorgung bedeutet auch, Menschen nicht in verschiedene Disziplinen aufzuteilen, sondern Erkrankungsöglichkeiten und Bedingungen in ihrer Vielfalt zu erfassen. Es müßten an Sozialstationen psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen angegliedert werden, von denen aus Vor- und Nachsorge psychisch Kranker oder Behinderter erfolgen kann.
- 6.) Grundsätzlich ist der Ausbau ambulant sozialpflegerischer Versorgungsmöglichkeiten eine begrüßenswerte und längst überfällige Alternative zu früheren, überwiegend stationär orientierten Arbeitsformen im Gesundheitswesen.

Jedoch bestehen nach wie vor Lücken und ungelöste Probleme, was den institutionellen Umgang mit den psychischen und sozialen Komponenten von Altern, Krankheit und Behinderung angeht. Die Reduktion der Arbeit in der Sozialstation auf eine gut funktionierende Organisation zur Befriedigung körperlicher und hauspflegerischer Bedürfnisse ist hierfür ein Beispiel.

Auch ein noch so perfekter Ausbau sozialer Dienstleistungszentren kann das gesellschaftliche Grundproblem der Ausgliederung alter, behinderter und kranker Menschen, die nicht produktiv tätig sein können, nicht lösen. Erst recht ist dies nicht von Zentren mit riesigen Einzugsgebieten und dem Einsatz vielfältiger Spezialisten zu erwarten. Dort wird der psychosoziale Aspekt einer Betreuung von vorne herein ausgeklammert.