

KAPITEL 3

Dieter Redeker

Krankheit und Leidensformen

3.	<i>Krankheit und Leidensformen</i>	115
3.1	Spezifische Erkrankungen nach Alter und Geschlecht	116
3.1.1	Geschlechtsspezifische Unterschiede von Erkrankungen	116
3.1.2	Krankheit und Alter	123
3.2	Krankheit und Kranken-/Patientenkarriere	126
3.3	Formen der Unterstützung bei der Bewältigung des Leidens	131
3.3.1	Familiale Unterstützung	131
3.3.2	Selbsthilfegruppen	139
3.3.3	Das Krankenhaus	147
	<i>Literatur</i>	161

3. *Krankheit und Leidensformen*

Nachdem im vorigen Kapitel beim Thema "Krankheit und soziale Lage" krankheitsspezifische Unterschiede zwischen den verschiedenen Schichten behandelt wurden, wird zu Beginn des nächsten Abschnittes auf unterschiedliche Krankheitsbilder bei Männern und Frauen eingegangen.

Danach wird die Rolle des alten Menschen im Gesundheitssystem thematisiert. Diese Bevölkerungsgruppe muß in überproportionalem Maße das Gesundheitssystem (sprich: niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser) in Anspruch nehmen. Wichtig ist dabei, daß das Alter erstens keine Krankheit

ist und zweitens auch hier wieder schichtspezifisch unterschiedliche Prozesse erkennbar sind.

Kranke haben bestimmte Rechte und Pflichten, auf die in einem Abschnitt über die Krankenrolle eingegangen werden soll.

Unterstützungs- und Behandlungsmöglichkeiten für Kranke werden anschließend in drei größeren Blöcken behandelt. Zunächst geht es um die familiäre Unterstützung, denn die mit Abstand meisten Krankheitsepisoden werden innerhalb der (Klein-)Familie behandelt. Von zunehmender Bedeutung sind die Selbsthilfegruppen, in denen sich Betroffene zusammenschließen, um ihre Leiden besser bewältigen zu können. Zum Schluß geht es um das Krankenhaus, das nicht nur ein Ort reiner Behandlung und Pflege ist, sondern wo auch ökonomische Interessen vorhanden sind und wo ein Behandlungssystem besteht, das funktionieren muß, auch wenn der einzelne Patient mit seinen Fragen und Ängsten dabei oftmals zu kurz kommt.

3.1 Spezifische Erkrankungen nach Alter und Geschlecht

In diesem Abschnitt soll es um die verschiedenen Krankheitsbilder gehen, die gehäuft bei Frauen und/oder Männern und bei älteren Menschen anzutreffen sind.

3.1.1 Geschlechtsspezifische Unterschiede von Erkrankungen

Die traditionelle medizinische Unterscheidung zwischen Frau und Mann ist rein biologischer Natur. Von den erheblichen soziokulturellen und psychologischen Unterschieden und ihren Auswirkungen wird erst in jüngster Zeit verstärkt Notiz genommen. Die fast ausschließlich von Männern geprägte Medizin hat durch das typische männliche Vorurteil die Tendenz gefördert,

"Frauen nur als eine verkleinerte, schwächere und passivere Ausgabe des Mannes einzuschätzen und ihre Besonderheiten im Gesundheits- und Krankheitsverhalten lediglich als unmittelbare Folgen ihrer biologischen Abweichungen vom Manne zu bewerten."¹

¹ Richter, 1975, S.19

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett waren bis zum Ende des vorigen Jahrhunderts immer mit ernster Gesundheits- bzw. Lebensgefahr für die Frau verbunden. Zudem war die perinatale Sterblichkeit sehr hoch, so daß Frauen noch um so häufiger gebären mußten², was wiederum die Mortalitätsrate der Frau erhöhte.

Im Mittelalter rückte als weiterer Aspekt die theologische Minderwertigkeit gegenüber der körperlichen-seelischen Minderwertigkeit der Frau in den Vordergrund. Der Schmerz des Gebärens wurde quasi als Sühne für den Sündenfall im Paradies, wo Eva den Apfel vom Baum pflückte, angesehen (Fischer/Homberger, 1979, S.16). Auch die Menstruation wurde im Mittelalter unter dem Blickwinkel des Straf- und Sühnecharakters gesehen. Es war allgemeine Überzeugung der im Mittelalter führenden Theologen, daß der Ursprung der Periode Evas Sünde entsprang (Fischer/Homberger, 1979a, S.54f.).

Im Mittelalter - bis zum Beginn der Hexenverfolgung und der Verfolgung weiser Frauen - lag die Geburtshilfe im Kompetenzbereich der Frauen. Erst im 19. Jahrhundert entwickelte sich die Gynäkologie als eigenständiges Fach, nachdem sie vorher in chirurgischen, internistischen oder rein geburtshilflichen Händen gelegen hatte. Der große Aufschwung von Gynäkologie und Geburtshilfe kam dann mit der Einführung von Anästhesie und Antisepsis. Ignaz Philipp Semmelweis wies beispielsweise zwischen 1847-49 nach, daß dem Kindbettfieber dadurch vorgebeugt werden konnte, indem sich die vom Sezieren kommenden Studenten vor der Untersuchung der Wöchnerinnen die Hände mit einer Chlorklösung wuschen. Das Kindbettfieber, an dem in Semmelweis' Klinik ca. 10 % der Wöchnerinnen starben, wurde bis zu dieser antiseptischen Maßnahme u.a. mit psychischen Momenten (z.B. Angst, verletztes Schamgefühl), spezieller Auswahl der Patientinnen, groben Untersuchungsweisen der Studenten, Diätfehlern und schlechten Ventilatoren erklärt (Fischer/Homberger, 1979, S.24ff.).

Heute sind es nicht mehr die fehlenden antiseptischen Maßnahmen, die die Gesundheit von Frauen bedrohen. Die Palette dessen, was Frauen krank macht, ist in der derzeitigen Diskussion breiter geworden. So erbrachten die Sozialwissenschaften die gesicherte Tatsache, daß das gesundheitliche

2 Eine große Kinderzahl galt damals als sicherste Altersversorgung

Wohlbefinden der Frau in starkem Maße von ihrer Stellung in der Familie bestimmt wird.

Von der Ehefrau und Mutter wird ein starkes Engagement für die anderen Familienmitglieder erwartet, das häufig die Vernachlässigung der eigenen Interessen zur Folge hat. Nicht umsonst findet sich bei Frauen im Vergleich zu Männern eine niedrigere Zufriedenheit mit dem Ehe- und Familienleben. Pross erklärt die insgesamt höhere Zufriedenheit der meisten Männer mit der bestehenden Arbeitsteilung in der Familie. Die Ehe bietet ihnen nämlich zu anderen Gemeinsamkeiten auch noch eine häusliche Versorgung (Pross, 1978, S.100). Die höhere Unzufriedenheit der Frauen mit dem Ehe- und Familienleben führt Gove auf die weibliche Hauptrolle, nämlich die der Hausfrau bzw. Ehefrau und Mutter, zurück, während der Mann die gesellschaftlich mehr anerkannten Rollen des Haushaltsvorstandes und des Familienernährers bekleidet. Von daher können Hausfrauen auch nur in der Familie die notwendige Anerkennung erhalten und ein Selbstwertgefühl entwickeln (Gove, 1972, S.34ff.). Prokop nennt dies "Geschichtslosigkeit" des Alltags,

"die die Frauen subjektiv bedroht. Bestimmend für ihre Unzufriedenheit und diffuse Angst ist die in der alltäglichen Routine vorherrschende innere und äußere Isolation. Die Frauen haben stets das Gefühl, im familialen Alltag mit ihren Bedürfnissen zu kurz zu kommen."³

Dies gilt für berufstätige Frauen noch verstärkt, denn die Berufstätigkeit ist immer noch etwas "Zusätzliches", nicht nur in finanzieller Hinsicht, denn zusätzlich bleibt ihr in der Regel auch noch die Hausarbeit. Von daher ist es auch verständlich, daß berufstätige Frauen stärkeren Belastungen ausgesetzt sind und häufiger über Gefühle wie "Gehetztsein" und "Abgespanntheit" klagen.

Die Gesundheit des Mannes wird in der Regel weitgehend von seiner Erwerbstätigkeit mit geprägt, während die gesundheitliche Verfassung der Hausfrau wesentlich von der Familiensituation abhängt.

Frauen sind durch die geschlechtsspezifische Sozialisation darauf vorbereitet worden, sich vorrangig an den Anforderungen der von ihnen erwarteten Reproduktionsarbeit zu orientieren. Das bedeutet für das ge-

3 Prokop, 1977, S.84

sundheitsbezogene Rollenverhalten der Frau, sich besonders für die Gesunderhaltung der anderen Familienmitglieder zu engagieren, was zur Folge hat, daß sie die Sicherung der eigenen Gesundheit vernachlässigt (Eggers/Müller, 1981, S.122).

Aufgrund der ihr zugeschriebenen höheren Leidensfähigkeit und emotionalen Offenheit wird der Frau bei der Lösung von Partner- und Familienproblemen die Führungsrolle zuerkannt. Der Mann lebt seine Aggressionen eher nach außen hin aus, während die Frau über Schuldzuschreibungen und Selbstvorwürfe eher in eine depressive Stimmungslage geraten kann. Allerdings erlaubt das anerzogene Rollenstereotyp den Frauen auch den Zustand des Klagens und Leidens, während das anerzogene Leitbild den Männern "einen spezifischen Zwang zur Verdrängung ihrer Schwierigkeiten und Leiden" (Richter, 1975, S.198) auferlegt. Männer bleiben unter hohem Streß dank größerer Verdrängungskunst vorübergehend besser funktionsfähig, im nachhinein müssen sie aber oft mit um so gravierenderen psychosomatischen Folgen rechnen.

Es kann also ein relativer Vorzug der Frauen sein, auf erhöhte Konfliktanspannung frühzeitig mit offenem Leiden zu reagieren. Das männliche Ideal der maximalen Frustrationstoleranz kann später zu chronischen Überlastungsschäden führen. Von daher hat die Gesellschaft laut Richter besonderen Nutzen davon,

"wenn sie sich mehr an der feineren und transparenteren Reagibilität der Frauen orientiert, um zu erfahren, durch welche Streßmomente heute menschliches Leben allgemein gefährdet wird. Solange die Männer noch unter der Herrschaft ihrer herkömmlichen Rollenklischees jeglichen Konfliktüberdruck krampfhaft überspielen zu müssen glauben, benötigen sie geradezu die Frauen als Schrittmacher, die mit ihrer feineren seismographischen Reaktion eher den Blick auf schädliche Sozialfaktoren lenken können."⁴

Die Rolle der Frau und ihre Situation in der Familie wirkt sich also direkt auf das Krankheitsbild von Frauen aus. Sowohl bei den Berufstätigen als auch bei den "Nur"-Hausfrauen besteht eine diffuse Angst vor physischer und besonders psychischer Gefährdung. Die Beschwerden, unter denen Frauen leiden, sind häufig durch psychische oder psychosomatische Symptome gekennzeichnet. Während Männer häufiger an organischen Krank-

4 Richter, 1975, S.199

heiten und chronischen Verschleißerscheinungen leiden, sind funktionelle Störungen wie Schlaf- oder Gleichgewichtsstörungen und Beschwerden ohne faßbare Funktionsstörung, z.B. Übelkeit, "typisch weiblich" (Pross, 1975, S.220f). Schwarzer spricht von einem "Hausfrauen-Syndrom",

"das sich in Nervosität, Schlafstörungen, Alpträumen, Kopfschmerzen, Depressionen und Hysterie äußert. Seine Ursachen sind nach Meinung der Mediziner Leere, Rollenkonflikte, Abhängigkeit und Überarbeitung."⁵

Unter quantitativem Gesichtspunkt steht nach einer Schätzung des Müttergenesungswerkes mindestens eine Million bundesdeutscher Hausfrauen kurz vor einem seelischen oder körperlichen Zusammenbruch (ebda., VIII).

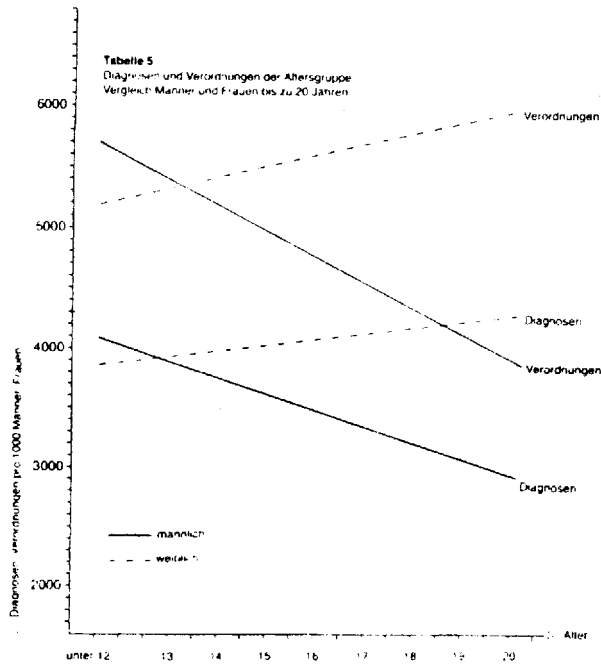
Vogt listete einige Untersuchungen auf, in denen deutlich wird, daß Männer dazu tendieren, die Krankheitssymptome dem somatischen Bereich zuzuordnen, während Frauen ihre Leiden, auch wenn es sich um physiologisch eindeutig feststellbare Krankheiten handelt, mehr als psychosomatische Störungen auffassen. Als erste mögliche Interpretation weist die Autorin darauf hin, daß die oben genannten funktionellen Störungen zu dem Stereotyp des Frauenbildes schlechthin passen. Die mehr emotional statt rational reagierenden, gefühlsbetonten Frauen entziehen sich mit ihren psychosomatischen Krankheitsbildern

"dem Verständnis der naturwissenschaftlichen Medizin, da somatisch fixierbare Abweichungen von der Norm in einzelnen oder mehreren Organsystemen nicht nachweisbar sind, d.h. für objektiv gehaltene Belege für die Krankheit fehlen. Das Frauensyndrom wird auf diese Weise zum Synonym für Hysterie, die den Frauen schon immer unterstellt worden ist. Als angemessene Behandlung für solche Krankheiten bieten sich, solange keine intensivere psychiatrisch Betreuung angezeigt ist, die Psychopharmaka an."⁶

Die hier beschriebene Entwicklung beginnt erst mit Einsetzen der Pubertät. Während bei den Kindern bis 12 Jahren bei Knaben und Mädchen sowohl bei der Anzahl der diagnostizierten Krankheiten als auch der verschriebenen Medikamente nur ein geringer Unterschied besteht, steigt mit der Pubertät in der Altersgruppe der 12 bis 20-Jährigen der Anteil der Frauen bei den Diagnosen und Verordnungen stark an.

5 Schwarzer in Chesler, 1977, S.VIII

6 Vogt, 1983, S.167



(aus: Sichrovsky, 1984, S.117)

Erwachsenen Frauen (ab 20 Jahre) werden etwa doppelt so viele Medikamente verschrieben wie Männern. Da diese Frauen aber nicht doppelt so viele Diagnosen haben wie Männer, bekommen sie mehr Medikamente pro Diagnose (Sichrovsky, 1984, S.116 - die folgenden Zahlenangaben beziehen sich ebenfalls auf Sichrovsky, 1984, S. 123ff.). Jede dritte Frau zwischen 12 und 20 Jahren erhält im Durchschnitt einmal im Jahr ein Mittel gegen Herz-Kreislauf-Beschwerden, die häufig das Ergebnis einer psychosomatischen Störung sind. Im Alter von 12 bis 20 Jahren gehen die Frauen in der Bundesrepublik im Schnitt vier Mal jährlich zum Arzt, von dem ihnen durchschnittlich sechs Arzneimittel verordnet werden. Mit ein Grund hierfür ist die Indikation "Menstruationsstörung": 14 % der Frauen zwischen 12 und 20 Jahren bekommen im Durchschnitt jährlich ein Medikament aufgrund dieser Indikation verordnet.

Mehr als 8 Mio. Frauen in der Bundesrepublik zwischen 20 und 40 Jahren gehen durchschnittlich alle 6 Wochen zum Arzt, sie bekommen dabei im Schnitt neun Mal im Jahr ein Medikament verordnet. Am häufigsten genommene Medikamente sind Schmerzmittel, aber auch viel Neuroleptika und Tranquilizer. Schmerzhaft Zustände werden in der Regel sofort mit Medikamenten behandelt. Der Schmerz als Körpersignal wird zur Krankheit erklärt. Man fragt nicht mehr nach möglichen Gründen, sondern das Symptom wird zur Ursache.

Bei den Knaben und Männern sieht das Bild anders aus. In jungen Jahren bestehen primär zwei Unterschiede gegenüber den Mädchen. Einmal haben die Knaben mehr Verletzungen (Prellungen, Verrenkungen, Brüche u.a.), was sicherlich mit der männlichen Sozialisation und den "härteren" Freizeitaktivitäten zusammenhängt, zum anderen verordnet man Knaben mehr Medikamente, die den Gehirnstoffwechsel anregen: Stille junge Männer, die nicht in die normale Rollenvorstellung passen (besonders die ihrer Väter), werden " 'chemisch' etwas auf Trab gebracht" (Sichrovsky, 1984, S.169).

Vom 20. bis 40. Lebensjahr bekommt jeder zweite Mann in der Bundesrepublik einmal im Jahr ein Mittel gegen Magenkrankheiten. Dabei ist der typische Patient mit Magengeschwüren jemand, der einerseits viele Belastungen auf sich nimmt, es aber andererseits verlernt hat, Schwächen zu zeigen bzw. zuzugeben.

In der Gruppe der 40- bis 65-Jährigen werden bei Männern mehr Krankheiten diagnostiziert, die im Zusammenhang stehen mit der Arbeit (z.B. Rheuma), mit Rauchen (Bronchitis) und mit Stress (Herzinfarkt, Magenprobleme). Daß die Männer aufgrund ihrer Sozialisation und der sich daraus entwickelnden Männerrolle Ängste in Stresssituationen schlechter zugeben können als Frauen, ist mit ein Grund, weshalb Frauen weniger psychosomatische Schäden aufweisen als Männer. So bleibt zum Schluß eigentlich nur ein Hinweis:

"Wenn die Fähigkeit der Frauen, Schwäche zu zeigen, ihnen ein längeres Leben bringt, so sollte man auch als nüchterner, rational denkender Mann diese Tatsache als "statistisch" erwiesen akzeptieren. Die Reaktion der Männer (...) kann eigentlich nur sein - zumindest dieses den Frauen einfach nachzumachen."⁷

7 Sichrovsky, 1984, S.191

Aufgabe 13

Was versteht man unter dem "Hausfrauen-Syndrom"?

Machen Sie einige Angaben über den Medikamenten-Konsum.

3.1.2 Krankheit und Alter

In den Industriestaaten hat sich der Altersaufbau der Gesellschaft stark verschoben. Die Prozentzahl der über 65-Jährigen ist in den letzten hundert Jahren von 5 auf über 15 Prozent gestiegen, und dieser Trend hält weiter an (Sosna, 1983, S.9/Statistisches Bundesamt).

Ob man als "alt" eingestuft wird, hängt ab von individuellen Faktoren wie Geschlecht, berufliche Bildung, Gesundheitszustand usw., außerdem müssen die Arbeitsbedingungen und Arbeitsanforderungen, die Art der ausgeübten Tätigkeit und die Branche berücksichtigt werden. "Alt" kann ein Arbeitnehmer schon mit 40 - 45 Jahren sein. Ab hier ist er teilweise schon im Falle von Arbeitslosigkeit schwer vermittelbar. Die Leistungsveränderungen älterer Arbeitnehmer im positiven Sinn treten im Bereich geistig-psychischer Befähigungen auf, während sich die körperlichen Fähigkeiten im zunehmenden Alter verringern (DZA, 1982, S.205ff.).

Hinweise zur Tendenz altersbedingter Veränderungen der menschlichen Eigenschaften und Fähigkeiten im Arbeitsleben*⁸:

8 * Die in der Tabelle getroffenen Aussagen beziehen sich auf die altersbedingten Veränderungen, die eintreten können, nachdem die natürliche, in der Regel aufbauende menschliche Entwicklung abgeschlossen ist.

** Lediglich aus systematischen Gründen wurden die körperlichen und geistigen Fähigkeiten, die wegen ihrer Interdependenz stets in einer Gesamtschau gesehen werden müssen, in der Tabelle getrennt aufgeführt.

Mit steigendem Lebensalter

erhöhen sich in der Regel folgende menschliche Eigenschaften zu einem individ. Maximum	bleiben folgende menschliche Fähigkeiten weitgehend erhalten	verringern sich folgende menschliche Fähigkeiten
--	--	--

*Körperliche (physische) Eigenschaften und Fähigkeiten***

Geübtheit (in Abhängigkeit von Art und Dauer der Tätigkeit)	Widerstandsfähigkeit und physische Dauerbelastung unterhalb der Dauerbelastungsgrenze	Muskelkraft Beweglichkeit Widerstandsfähigkeit gegen eine kurzzeitige physische Belastung oberhalb der Dauerbelastungsgrenze Vermögen zur Anpassung an klimatische Umweltbedingungen Sehvermögen Hörvermögen Tastsinn
---	---	---

*Geistige (psychische) Eigenschaften und Fähigkeiten***

Erfahrungen Geübtheit (in Abhängigkeit von Art und Dauer der Tätigkeit)	Allgemeinwissen Fähigkeit zur Informationsaufnahme und -verarbeitung	geistige Beweglichkeit und Umstellungsfähigkeit
Urteilsvermögen u.a. Treffsicherheit bei Zuordnungs- und Konstruktionsaufgaben	Aufmerksamkeit Konzentrationsfähigkeit	Geschwindigkeit Informationsaufnahme und -verarbeitung (Reaktionsvermögen) bei komplexer Aufgabenstellung
Gesprächsfähigkeit (sprachliche Gewandtheit, Ausdrucksvermögen)	Merkfähigkeit (Langzeitgedächtnis)	Widerstandsfähigkeit gegen eine hohe psychische Dauerbelastung
Fähigkeit zum positiven Denken	Widerstandsfähigkeit gegen eine im Arbeitsprozeß übliche psychische Belastung	Abstraktionsvermögen
Genauigkeit bei geringem Komplexitätsgrad der Aufgabe Fähigkeit zur menschlichen Zusammenarbeit Verantwortungsbewußtsein Zuverlässigkeit Ausgeglichenheit und Beständigkeit menschliche Reife positive Einstellung zur Arbeit Sicherheitsbewußtsein	Lernfähigkeit (unter bestimmten didaktischen Voraussetzungen)	Risikobereitschaft Kurzzeitgedächtnis

(aus: DZA, 1982, S.210/211)

Generell läßt sich ein Zusammenhang zwischen dem Altern und der sozialen, gesellschaftlich dominierten Umwelt feststellen. Menschen, die vorzeitig altern, leben in der Regel anders als die, die lange "jung bleiben".

Biographische Faktoren wirken lebenslang, gesellschaftlicher Status sowie materielle und soziale Situation können individuelle Altersprozesse hemmen oder beschleunigen (Narr, 1983, S.17)

"Altern an sich ist also keine Krankheit, macht aber Erkrankung wahrscheinlicher und Behandlungsbedürftigkeit nötiger. Damit erklärt sich, daß ältere Menschen überproportional medizinische und paramedizinische Hilfen in Anspruch nehmen."⁹

Mit zunehmenden Lebensjahren

- steigt die Krankheitshäufigkeit an
- verlängert sich die Krankheitsdauer
- nimmt der Anteil der chronisch Kranken zu
- steigen Häufigkeit und Dauer des stationären Krankenhausaufenthaltes an
- tritt häufiger Multimorbidität auf.

Das gegenwärtige Leitbild des alten Menschen in der entwickelten Industriegesellschaft ist das des "Seniors", d.h. eines ökonomisch unabhängigen und gesundheitlich nicht nachhaltig beeinträchtigten älteren Menschen. In Anzeigen werben beispielsweise Senioren-Wohnparks oder Senioren-Residenzen mit angeschlossener Pflegeabteilung, vom Altersheim ist nur selten die Rede.

Der Begriff des Seniors hat durchaus etwas positives, denn er führt weg vom sogenannten Defizitmodell. Dieses Modell betrachtet die alten Menschen vorwiegend unter dem Aspekt, daß sie vieles nicht mehr leisten können. Der Terminus "Senior" birgt hingegen die Gefahr, daß die mit dem Älterwerden und dem Altsein verbundenen Probleme verharmlost werden. Wenn man alle Angebote wahrnimmt (z.B. Seniorenfreizeit und -bildung, die Mode für die "reiferen Jahrgänge"), so scheint der "sonnige Herbst des Lebens" praktisch vorprogrammiert. Gedanken an Gebrechlichkeit, Einsamkeit und Tod werden verdrängt (Narr, 1983, S.16). Dabei ist die Gefahr des Abgeschobenwerdens für Alte am größten (Dörner/Plog, 1978, S.308). Der grundsätzliche Unterschied zwischen "jungen Kranken" und "alten Kranken" besteht nämlich darin, daß erstere therapiert und rehabilitiert werden, während Personen der anderen Gruppe gepflegt, versorgt und verwahrt werden. Mit zunehmendem Alter wächst die Wahrscheinlichkeit, in ein Pflegeheim zu kommen (Narr, 1983, S.20).

9 Trilling, 1983, S.24

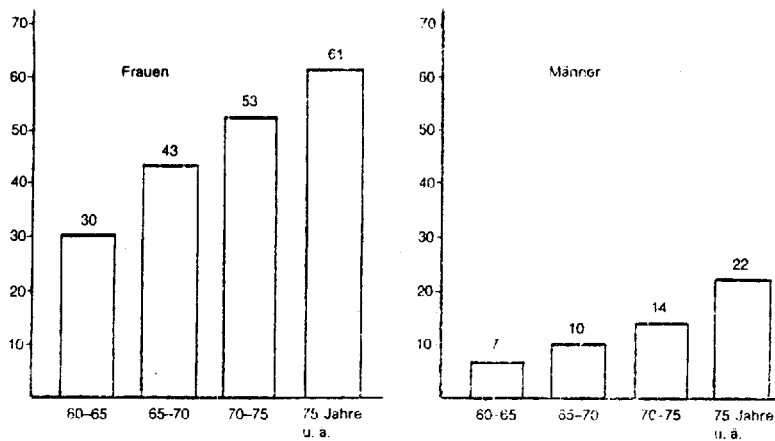
Aber auch wenn alte Menschen gesund sind, haben sie verschiedene Kränkungen zu verkraften:

- das Gefühl, unerwünscht zu sein
- finanzielle Unsicherheit und das Gefühl finanzieller Unsicherheit
- das Gefühl, unbrauchbar zu sein
- Einsamkeit
- Langeweile, Ziellosigkeit¹⁰

Besonders betroffen von Einsamkeit sind alte Frauen. Die folgende Tabelle weist auf stark voneinander abweichende Prozentwerte zwischen Frauen und Männern über 60 Jahre, die allein leben, hin. Dies bedeutet, daß Männer meist mit einer Frau älter werden, gepflegt und beim Sterben begleitet werden können, während Frauen die letzten Lebensjahre meist ohne Partner erleben (v.Balluseck, 1983, S.83).

Über 60jährige in Einpersonenhaushalten im Jahr 1982 nach Geschlecht und Alter
(in %)

Von 100 Personen der jeweiligen Altersgruppe lebten im Einpersonenhaushalt ...



Abschließend sollen noch einige Zahlenangaben über Krankheit und Behandlung von alten Menschen gemacht werden.¹¹

¹⁰ Dörner/Plog, 1978, S.315

In der Bundesrepublik leben aktuell 9,3 Mio. Menschen über 65 Jahre, davon sind 3,3 Mio. Männer und 6 Mio. Frauen. Bei 1000 Männern über 65 Jahren wird 17.500 mal pro Jahr eine Krankheit diagnostiziert, bei 1000 Frauen dieser Gruppe 21.200 mal. Im Medikamentensektor sieht es so aus, daß 225 Mio. Verschreibungen pro Jahr für die über 65-Jährigen erfolgen, d.h. im Durchschnitt zwei Verschreibungen für jeden Einzelnen pro Monat.

15,3 % der Bevölkerung ist über 65 Jahre alt, diese Altersgruppe bekommt aber ein Drittel aller Medikamente verschrieben. Jeder dritte Patient in einer Arztpraxis ist über 65 Jahre alt.

Mit Abstand am häufigsten werden Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems diagnostiziert: 25 Mio. Verordnungen pro Jahr sind ein einsamer Rekord im internationalen Vergleich. In Großbritannien wird nur ein Sechstel, in Frankreich nur ein Achtel dieser Menge verordnet.

Am zweithäufigsten werden Medikamente gegen psychische Störungen und Schmerzen verschrieben: insgesamt 34 Mio. mal pro Jahr, davon entfallen 8 Mio. auf Schmerzmittel.

Im Vergleich zu Jüngeren steigen Neurosen bei der Gruppe der Personen über 65 Jahre kaum an, während Psychosen doppelt so häufig diagnostiziert werden. Einen enormen Zuwachs bei den über 65-Jährigen haben die Schlafstörungen. Das spiegelt die aktuellen Probleme des Alters wider: die symbolische Angst vor "dem Einschlafen" (beispielweise nach dem Verlust von Angehörigen) oder Einschlafschwierigkeiten aufgrund des immer stärkeren Wunsches, schon früh am Abend dem unbefriedigenden, langweiligen, enttäuschenden Ablauf des Tages zu entfliehen.

3.2 Krankheit und Kranken-/Patientenkarriere

Wenn jemand krank wird, kann sich sein gewohntes Leben radikal verändern. Wenn er krankgeschrieben ist, braucht (bzw. kann) er nicht mehr arbeiten, vielleicht verliert er sogar seine Selbständigkeit und bedarf der Pflege und Hilfe auch für die alltäglichsten und intimsten Verrichtungen.

In unserer industrialisierten Gesellschaft wird die Bestimmung von Krankheit in der speziellen Auswirkung auf mögliche Rechte der Betrof-

11 Alle Angaben beruhen auf Sichrovsky, 1984, S.194ff.

fenen (z.B. Befreiung von Lohnarbeit) nahezu ausschließlich von der naturwissenschaftlichen Medizin vorgenommen. Aus Sicht der Laienmedizin ist hingegen derjenige krank, der bei sich einer Störung Krankheitswert beimißt und dementsprechend handelt (sich schonen, in Anspruch nehmen von Hausmitteln oder medizinischer Behandlung).

Für den behandelnden Arzt ist derjenige krank, der ihn wegen eines Leidens aufsucht. In der Regel diagnostiziert der Arzt auch etwas (u.a. auch ökonomischen Gründen) und rechtfertigt so seine Aktivitäten.

Für die wissenschaftliche Medizin ist jemand krank, der einen Befund aufweist, der sich durch die medizinisch-wissenschaftliche Diagnostik zeigen läßt (v.Ferber, 1976, S.204f.).

Ein Kranker wird erst dann zum Patienten, wenn er mit der medizinischen Institution in Kontakt kommt und sein subjektives Befinden des Krankseins als Krankheit bestimmt wird.

Während die normale Karriere, z.B. im Beruf oder in der Politik, progressiv ist, verläuft die Karriere des Kranken regressiv. Sie entwickelt sich von der Wahrnehmung der ersten Symptome über den gesamten Verlauf der Krankheit bis hin zur Genesung.

Der Kranke selbst wird zum Patienten, wenn er mit medizinischen Institutionen in Kontakt kommt und wenn sein "Kranksein" vom Arzt als "Krankheit" bewertet wird. Der Prozeß der Patientenkarriere beinhaltet hauptsächlich

1. "den jeweiligen psychischen, also Erlebnisbereich des Patienten,
2. die Abfolge der verschiedenen, dem Patienten im Laufe seiner Patientenkarriere zugewiesenen Rollen und
3. die institutionellen Bedingungen, die diese Rolle formen."¹²

Die Karriere beginnt mit der Wahrnehmung von Symptomen, also einem Zwischenstadium von Gesundheit und Krankheit. Nach der Symptomwahrnehmung erfolgt die Symptominterpretation und eine Beurteilung der Behandlungsbedürftigkeit. Das Ergebnis dieser Beurteilung ist die Entscheidung über die Art der Behandlung und die Inanspruchnahme von Hilfe.

¹² Mayer, 1978, S.12

Wenn die ersten Symptome wahrgenommen werden, werden sie einer ersten Bewertung unterzogen, die in der Regel noch außerhalb des medizinischen Expertenbereiches stattfindet. Die Behandlung beginnt zunächst als Selbsthilfetherapie, oft in Verbindung mit der Inanspruchnahme von Hilfen des Laiensystems, meistens Familienmitgliedern oder guten Freunden und Bekannten.

Wenn innerhalb des Laiensystems der Betroffene als "krank" erklärt wird und die Symptome ausreichend stark oder unbekannt sind, wird die Person an medizinische Experten verwiesen. Dieser Kontakt zu medizinischen Institutionen, zumeist das Aufsuchen eines Arztes, ist die zweite Phase der Krankenkariere. Der Kranke übergibt die Verantwortung für die Krankheit und die Behandlung an den Arzt, wobei vom Patienten, dem unabhängigen Laien, erwartet wird, daß er den Anordnungen des Experten Folge leistet. Normalerweise wird zunächst ein praktischer Arzt (Allgemeinarzt) aufgesucht, der entscheidet, ob der Patient an einen Facharzt oder gar ins Krankenhaus überwiesen wird. Durch die Krankschreibung des Arztes erfährt die betroffene Person endgültig ihre Befreiung von den normalen sozialen Rollen und übernimmt nun die Krankenrolle. Noch umfassender wird die Rollenbefreiung, wenn der Patient ins Krankenhaus kommt. Hier wird der Betroffene nicht nur von der Verantwortung für seine Krankheit befreit, sondern ihm wird auch der tägliche Ablauf präzise vorgeschrieben. Schlafen, Essen und Behandlung erfolgen nach starrem Plan. Vom Patienten wird erwartet, daß er sich der Krankenhausroutine unterordnet.¹³

Die letzte Phase der Krankenkariere ist der Genesungsprozeß. In diesem Prozeß kehrt der Kranke in seine normale soziale Rolle zurück, und die mit der Krankenrolle verbundenen Befreiungen entfallen.

Allerdings kann sich die Krankenkariere auch fortsetzen. Dies ist dann der Fall, wenn eine Krankheit chronisch wird oder z.B. nach einem Unfall eine Behinderung zurückbleibt.

3.3 Formen der Unterstützung bei der Bewältigung des Leidens

Zum Abschluß dieses Kapitels, in dem es bisher primär um den kranken Menschen ging, sollen weiter Formen der Unterstützung bei der Leidens-

¹³ Auf die Rolle des Krankenhauses bei der Bewältigung des Leidens wird später noch eingegangen.

bewältigung aufgezeigt werden. Dabei werden drei größere Blöcke skizziert: Zunächst die familiäre Unterstützung, dann die immer mehr an Bedeutung gewinnenden Selbsthilfegruppen und schließlich die institutionelle Unterstützung am Beispiel des Krankenhauses.

3.3.1 Familiäre Unterstützung

Heute ist die Kern- bzw. Kleinfamilie in den westlichen Industriestaaten die mit Abstand am weitesten verbreitete Form des Zusammenlebens.

Die Familie in der bürgerlichen Gesellschaft hat zwei wesentliche Funktionen:

- sie bildet die soziale Lebensgrundlage und gesellschaftlich legitimierte Form für die Beziehung zwischen Mann und Frau
- sie ist trotz zahlreicher gesellschaftlicher Erziehungsinstitutionen immer noch die wichtigste Instanz zur Erziehung der nachfolgenden Generation¹⁴.

Die oft geäußerte Vermutung, daß die frühere Großfamilie die ideale Versorgungseinrichtung für Alte und Kranke war, muß stark angezweifelt werden. Überhaupt stellte selbst in vorindustriellen Zeiten der Drei-Generationen-Haushalt eher die Ausnahme dar.

"Eine niedrigere Lebenserwartung, ein relativ hohes Heiratsalter, die Geburtenfolge, geringe Überlebenschancen der Kinder, die Erbrechtsgewohnheiten, die hohe Sterblichkeit von Frauen bei Geburten, ein hohes Wiederverheiratungsverhalten und andere Gründe führten dazu, daß ein Mehrgenerationenhaushalt - wenn überhaupt - nur für eine kurze Phase zustandekam."¹⁵

Im Rahmen der Industrialisierung löste sich die Familie als Arbeits- und Lebensgemeinschaft zunehmend auf, was besonders für Frauen weitreichende Konsequenzen hatte.

"Bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts gehörten zu den hauswirtschaftlich-praktischen Arbeiten der Frau das Spinnen, Weben und Schneidern, Brotbacken und Fleischkonservieren, Seifensieden, Bierbrauen, Obstweinemachen und viele andere Arbeiten, die jetzt gewöhnlich von Fabriken ausgeführt werden, dazu ein gutes Teil an

14 Thoma, 1979a, S.140

15 DZA, 1982, S.361

Unterricht und Krankenpflege. So konnte der Wert der Hausfrau-
enarbeit nicht zweifelhaft sein."¹⁶

Die Industrialisierung brachte den Zwang zur beruflichen und räumlichen
Mobilität mit sich, dazu noch den Wegfall des Gesindes, die nicht mehr
notwendige Wiederverheiratung u.a.. Dieser gesellschaftliche und soziale
Wandel und die Zunahme der abhängig Beschäftigten ließ bisherige For-
men der Sicherung für Alte und Kranke unwirksam werden. Es entwick-
elten sich bereits erste Formen der Sozialversicherung.¹⁷

Gegenwärtig ist festzustellen, daß sich zwischen dem Bedarf und der Be-
reitschaft bzw. Kapazität an häuslicher Krankenpflege eine scherenförmige
Entwicklung vollzogen hat.

"Krankenpflege, vor allem häusliche Krankenpflege, entwickelt
einen zunehmenden Bedarf, die Kapazität zur Krankenpflege in den
Privathaushalten schrumpft."¹⁸

"Die Lebens- und Arbeitsbedingungen der automatisierten Indu-
striegesellschaft bieten den Familien nur geringe Spielräume, um
ehrenamtliche Hilfeleistungen innerhalb der Familie übernehmen zu
können. Allerdings wird die Größe dieser Spielräume von
schichtspezifischen Faktoren beeinflusst. Die heutige Kernfamilie
mit ein oder höchstens zwei Kindern ist insbesondere in den unteren
sozialen Schichten allein aufgrund ihrer materiellen Beengtheit
selten in der Lage, kostenlose intergenerative Hilfeleistungen zu
erbringen. Dies gilt um so mehr, wenn die Familie auch auf die Be-
rufstätigkeit der Frau angewiesen ist, um den notwendigen Lebens-
unterhalt zu sichern oder wenn die Hilfeleistungen Kosten verursa-
chen."¹⁹

Es muß aber darauf hingewiesen werden, daß trotz der Verselbständigung
der Generationen in eigenen Haushalten weiterhin gegenseitige Hilfe
geleistet wird, ja, daß Familien heute sogar ein doppelt so hohes Maß an
Hilfs- und Pflegebedürftigkeit bewältigen als noch vor 30 Jahren²⁰. Vor
allem eine räumliche Nähe der Kinder zu ihren Eltern ermöglicht regel-

16 Myrdal/Klein, 1971, S.30

17 Siehe hierzu die Ausführungen in Kapitel 1

18 V. Ferber, 1983, S.142

19 DZA, 1982, S.387

20 Hedtke-Becker/Schmidtko, 1985, VI

mäßige Besuche, die zu Hilfeleistungen genutzt werden können. Hierunter fällt hauptsächlich Putzen, Einkaufen, Waschen u.a..

Eine repräsentative Studie hat ergeben, daß im Durchschnitt mehr als 80 Prozent aller Pflegebedürftigen über 65 Jahre Hilfen von einem oder mehreren Haushaltsmitgliedern erhalten. Während die leicht Hilfsbedürftigen zu 65 % von Haushaltsmitgliedern Unterstützung erhalten, steigt diese Zahl bei Personen mit hohem Hilfegrad auf 93 % an (Socialdata, 1980, S.65f.) Die Socialdata-Erhebung hat die unterschiedlichen Grade der Pflegebedürftigkeit der Gepflegten in vier Gruppen eingeteilt (ebda., S.36ff.):

Gruppe A

Hier sind die am schwersten Betroffenen erfaßt, die fast ständig bettlägerig sind. Diese Personen müssen ununterbrochen gepflegt und hauswirtschaftlich versorgt werden.

Gruppe B

Die Pflegebedürftigen können in Teilbereichen noch selbst aktiv werden, sind aber nicht mehr in der Lage, sich in mehreren Bereichen selbst zu helfen. Von daher bedürfen auch sie ständiger Pflege und hauswirtschaftlicher Versorgung.

Gruppe C

Diese Personen sind in ihrem Aktionsradius stark eingeschränkt. Sie bedürfen leichterer Pflege und sind auch von hauswirtschaftlicher Versorgung abhängig.

Gruppe D

Diese Personengruppe bedarf einer intensiven Betreuung, aber keiner Pflege. Hierunter fallen Menschen, deren Aktionsradius eingeschränkt ist (z.B. Blinde, Taube) und die in verschiedenen Bereichen Hilfe benötigen.

Der Sociadata-Untersuchung zufolge sind zwei Drittel der zu Hause lebenden Hilfsbedürftigen der Gruppen A,B und C 65 Jahre und älter.

Die Pflege wird bei ca. 10 Prozent aller Fälle im Mehrgenerationen-Haushalt durchgeführt. Gerade die Pflege alter Menschen, die sich oft über Jahre hinzieht, geht bis an die Grenzen der Belastbarkeit.

"Die vorliegenden Untersuchungen zeigen übereinstimmend, daß die Dauerpflegepersonen, die die Verantwortung, die psychische und physische Last der Pflege tragen, die Frauen sind, die Ehefrauen, die Lebensgefährtinnen, die Töchter und Schwiegertöchter. Für die Pflege gilt wohl noch ein Generationenvertrag, aber kein Vertrag unter den Geschlechtern. Die Männer sind die Beanspruchenden, die Nehmenden, die im Hintergrund Bleibenden, die sich gegen den Pflegenotstand Abschirmenden. Die Frauen übernehmen die Opfer. Sie verzichten auf außerhäusliche Berufstätigkeit, auf eigene soziale Sicherheit, auf Freizeit nach verkürzter, geregelter und strikt eingehaltener Arbeitszeit, auf Urlaub im Rhythmus des jahreszeitlichen Angebots der Touristikbranche."²¹

Um die Probleme der familialen Pflege einmal konkret aufzuzeigen, soll im folgenden kurz die Studie von Hedtke-Becker/Schmidtke (1985) vorgestellt werden, da hier die Belastungen von Frauen sehr anschaulich thematisiert werden. Grundlage dieser Untersuchung sind ausführliche qualitative Interviews mit Töchtern, die ihre Mütter pflegen.

Eine wesentliche Voraussetzung für das Zustandekommen der Pflegesituation war bei den verheirateten Töchtern, daß die Männer damit einverstanden sein mußten (S.70). Dazu kam noch häufig die seelische Belastung, sich gegenüber Ärzten und Verwandten rechtfertigen zu müssen, wenn die Pflege übernommen wurde (S.72). Die Pflegenden mußten erkennen, daß Krankheit nicht nur ein intraindividueller organisatorischer Prozeß ist, sondern darüber hinaus auch die Störung des normalen sozialen Funktionierens eines Menschen (z.B. egoistisches oder aggressives Verhalten) mit sich bringen kann (S.83).

Die Pfl egetätigkeit der Töchter führte zu einer Einengung der Privatsphäre. Für die Eheleute wurde es schwieriger, allein miteinander zu reden, das Erlebnis von Gemeinsamkeit wurde seltener (S.87).

Ein großes Problem war das ständige Angebundensein an den Haushalt (S.110 ff.). Durch den permanent auf ihnen lastenden Druck ("jeden Moment kann etwas passieren") hatten die Frauen verlernt, abzuschalten, sich zeitweilig vom Druck zu befreien. Ferner wirkte der Gedanke, daß es keine Veränderung zum Besseren gibt, entmutigend und bedrückend. Die Hilfsbedürftigkeit der Mutter verhinderte die eigene Selbstverwirklichung, alle eventuell geschmiedeten Pläne wurden blockiert. Eine wichtige Er-

21 V. Ferber, 1983, S.142f.

leichterung war die Möglichkeit, zumindest einmal im Jahr Urlaub machen zu können. Für einige Frauen bestand aber nicht einmal diese Möglichkeit, da es äußerst schwierig bzw. unmöglich war, für die Zeit pflegerischen Ersatz zu bekommen. Hierdurch wurde die körperlich-seelische Befindlichkeit der pflegenden Töchter sehr beeinträchtigt, denn je weniger sich ein Individuum einer belastenden Situation entziehen bzw. diese kompensieren kann, um so größer wird die Gefahr, daß die psychosozialen Probleme zu einer gesundheitlichen Störung führen. Diese Belastung wird noch verstärkt durch die durch die Pflege bedingte gestörte Nachtruhe der Pflegepersonen. Ein anderes Problem ist noch der Mangel an Kontakten zu Freunden und Bekannten und die damit verbundene fehlende Möglichkeit der Aussprache. Die langfristig zu ertragenden psychischen Belastungen in Verbindung mit großer körperlicher Anspannung, die bei der Behandlung eines Pflegefalls häufig auftauchen, können

"zu Schädigungen führen, die - soweit sie überhaupt wieder reparierbar sind - einen größeren Kostenaufwand nach sich ziehen, als wenn in einem früheren Stadium die Kernfamilie eine entsprechende Entlastung erfahren hätte. Darüber hinaus sind langfristige Schäden, wie sie sich bei den Kindern der Kernfamilie als Folge der Belastung der Frau einstellen können, zu beachten."²²

Als Entlastungsmöglichkeiten und Hilfen nannten die befragten Töchter (S.121ff.) zunächst die professionellen Hilfen. Hierzu zählen an erster Stelle der Hausarzt und die Mitarbeiter/-innen von Sozialstationen bzw. Gemeinde-Krankenpflegestationen, aber auch Krankengymnasten oder Sprachtherapeuten (z.B. nach Schlaganfällen).

Neben den professionellen Hilfen kann die Nachbarschaftshilfe (evtl. auch gegen geringe finanzielle Entschädigung) eine Möglichkeit der Unterstützung sein. Zur Entlastung hatten einige Töchter eine Putzhilfe, ebenfalls kamen in zeitlich größeren Abständen andere Hilfen wie Fußpflegerin oder Friseurin ins Haus.

Dazu kommen noch Entlastungen über äußere Bedingungen, z.B. eine behindertengerechte Wohnung oder technische Hilfen wie Rollstuhl etc., die z.T. von Sozialstationen oder Krankenkassen ausgeliehen werden.

Neben den Entlastungsmöglichkeiten wurde nach Strategien der unmittelbaren Streßreduktion (S.126ff.) gefragt. Dazu dienten z.B. spontanes

22 DZA, 1982, S.389

Fluchen und Schimpfen oder die Einnahme von Beruhigungsmitteln. Dies veränderte zwar nicht die Umstände, bewirkte aber eine Verringerung innerer Ängste und Spannungen. Als eine weitere Bewältigungsstrategie wurde die Verleugnung der gesamten Situation genannt, die dazu beitrug, die permanente Belastung besser auszuhalten. Eine andere Möglichkeit war die "Neudefinition der Situation", wo nach positiven Seiten der Belastungen gesucht wurde, um sie als Gewinn aufzufassen (z.B. die Aussage "Ich kann meiner Mutter etwas wiedergutmachen").

Das Abschalten-Können ist ein wichtiges Moment der Entlastung, die den Frauen nur selten oder nie gelang. Streßreduzierend kann weiter das Verständnis bzw. Vorverständnis von der Lage sein, in der sich der kranke Mensch befindet und was in ihm vorgeht. Ebenso die Möglichkeit der Aussprache oder ein persönlicher Freiraum, der erhalten werden kann (z.B. Musizieren, Theaterbesuche).

Neben diesen Strategien sind aber auch Gratifikationen erforderlich, die die Pflegenden als Ausgleich für ihre Belastungen erhalten. Diese Gratifikationen können sowohl materieller als auch immaterieller Natur sein. Gerade Anerkennung durch die Kranken, durch Bekannte oder Nachbarn ist für die pflegende Frau von großer Bedeutung.

Die Familie, speziell die Angehörigen der Kernfamilie, spielen eine entscheidende Rolle für die pflegende Frau (S.135ff.). Ein Pflegefall in der Familie führt in der Regel zu Einschränkungen und Beeinträchtigungen des gesamten Familienlebens, z.B. durch das enge Zusammenleben. Es hat sich auch gezeigt, daß gerade Männer mit Abwehr reagieren, wenn es bei der Pflege zu einer ständigen Präsenz von Krankheit, Unsauberkeit und Nähe des Todes kommt.

Durch die Pflgetätigkeit traten bei den verheirateten Töchtern fast regelmäßig Schwierigkeiten mit den Partnern auf, da diese sich gegenüber der zu pflegenden Person in den Hintergrund gedrängt fühlten. Dies ist für die pflegenden Frauen besonders gravierend, da durch die Pflgetätigkeit bereits ein Mangel an Kontakten zu anderen Personen besteht.

Auch wenn Pflege im familialen Rahmen durchgeführt wird, sind professionelle Hilfskräfte von großer Bedeutung (S.142ff.). Besonders die Ärzte tendieren dazu, Einfluß auf innerfamiliäre Entscheidungen zu nehmen. Wenn Ärzte z.B. für die Verlegung einer pflegebedürftigen Person in ein Krankenhaus oder ein Heim plädieren, kann dadurch ein starker psychi-

scher Druck auf die Pflegende entstehen. Eigentlich sollte es selbstverständlich für die Professionellen sein, mit den Pflegenden konstruktiv zusammenzuarbeiten und sie zu unterstützen, denn für die Pflegenden ist der Kontakt zu den professionellen Hilfskräften von großer Wichtigkeit. Sie bringen ihnen (besonders den Ärzten) oft großes Vertrauen entgegen, so daß die "Experten" äußerst verantwortungsvoll und sensibel agieren müssen.

Gemeindeschwestern oder Mitarbeiter/-innen von Sozialstationen stehen der häuslichen Pflege schon aufgrund ihres Arbeitsbereiches positiv gegenüber, so daß sich in der Regel ein gutes Verhältnis zu den Pflegefamilien entwickelt (S.147).

In den letzten Jahren erhielt die Hauspflege eine starken propagandistischen Aufschwung. In allen Programmen der Bundesländer, die die Forderung nach ambulanter Sozial- und Gesundheitspflege zum Thema hatten, wurde allerdings auch auf Eigeninitiative und Nachbarschaftshilfe hingewiesen. Die Sozialstationen sollten den Rahmen bilden, innerhalb dessen sich ehrenamtliche Hilfe entfalten sollte. Hierbei ist deutlich erkennbar, daß das Kostenargument eine entscheidende Rolle spielt. Eine bedürfnisorientierte Hauspflege ist aber nicht leistbar, wenn die Vergütung nicht adäquat ist, also nur rein pflegerische Aufgaben abgerechnet werden können, nicht aber ein beratendes Gespräch.

Auch aus der Sicht des Pflegepersonals von Sozial- und Diakoniestationen sprechen viele Argumente für die häusliche Pflege. So wird der Pflegebedürftige z.B. nicht aus seinen sozialen Bezügen herausgerissen. Bei ihrer Arbeit stellt sich das Pflegepersonal auf die häuslichen und familialen Bedingungen der zu betreuenden Person ein und kann aufgrund der Rahmenbedingungen eher als im Krankenhaus das Konzept der patientenorientierten Pflege umsetzen. Dieses Konzept beinhaltet kein krankheits-, sondern ein mehr patientenbezogenes Handeln. Konkret bedeutet dies z.B. bei einer Lungenentzündung nicht mehr allein die Orientierung an den Erfordernissen der Krankheit, sondern es wird geprüft, was der Patient noch leisten kann, wo er Einschränkungen empfindet und wo er Hilfen benötigt (Mulke-Geisler, 1983, S.74).

Für die in der Hauspflege tätige Schwester entfällt größtenteils die Zersplitterung der Arbeitsabläufe, wie sie in der Funktionspflege vorkommt. Sie kann auf die gesamte Situation des Patienten eingehen. Außerdem läßt

sich der Arbeitstag flexibel gestalten (nicht so starre Dienstzeiten). Beide Aspekte führen zu einer höheren Berufszufriedenheit (ebda., S.75).

Bei der Betrachtung der familialen Unterstützung von Kranken und Pflegebedürftigen darf der äußere Rahmen nicht vergessen werden. Wichtig ist eine ausreichende Absicherung bei den Pflegekosten, denn viele sind gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit nur unzureichend versichert. Die Familie darf hier keine Lückenbüßerfunktion einnehmen. Durch die Einführung und den allmählichen Ausbau der gesetzlichen Krankenversicherung ist zwar eine Absicherung des Risikos "Krankheit" erreicht worden, Pflegeleistungen gewährt die gesetzliche Krankenversicherung jedoch nur bei einer vorangegangenen oder akuten Krankheit. Dies gilt aber nicht mehr bei einem Pflegefall und der liegt dann vor

"wenn nach Auffassung des behandelnden Arztes der Zustand der Hilflosigkeit mit medizinischen Mitteln nicht mehr beeinflusst werden kann."²³

Nach der Rechtsprechung ist entscheidend, ob die notwendigen Pflegemaßnahmen Teil der ärztlichen Behandlung sind. Dem darüber urteilenden Arzt kommt also die entscheidende Rolle zu.

Wenn die Pflegebedürftigkeit in einzelnen Fällen nach der Einschätzung des Arztes durch medizinische Hilfe verbessert werden kann, gilt dies als "Behandlungsfall" und hier hat die Krankenkasse die Pflegeleistung als Teil der medizinischen Hilfe zu bezahlen.

Bei einem Pflegefall hingegen gibt die Krankenkasse ihre Zuständigkeit ab, der Betroffene bzw. seine Angehörigen sind wieder selbst verantwortlich. Da der Pflegefall aufgrund der hohen Unkosten häufig zu einer Verarmung der Familie führt, wird inzwischen intensiv über die Möglichkeit einer Pflegeversicherung diskutiert (über aktuelle Vorschläge informiert Gitschmann, 1985).

Bei der Diskussion von Lösungskonzepten, die sich mit der familialen Pflege beschäftigen, muß berücksichtigt werden, daß immer mehr Frauen erwerbstätig sind oder eine Erwerbstätigkeit anstreben (nicht nur aus finanziellen Gründen). Ein eigenständiges Berufsleben ist aber mit einer intensiven Pflege Tätigkeit zu Hause nicht mehr zu vereinbaren.

23 Regus/Trenk-Hinterberger, 1985, S.340

"Die neben der Berufstätigkeit und der Haushaltsführung verbleibende Freizeit ist zur persönlichen Regeneration unumgänglich. Dies gilt selbst dann, wenn die häuslichen Aufgabenbereiche partnerschaftlich geteilt werden."²⁴

Bei einem Blick in die Zukunft sind schon jetzt auf uns zukommende sozialpolitische Probleme erkennbar. Zum einen wird als Ergebnis der demographischen Strukturverschiebung (Geburtenrückgang) eine steigende Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen auf eine zahlenmäßig geringere jüngere Generation treffen. Ferner zeichnet sich eine Veränderung des Familienzyklus ab (zeitliche Vorverlagerung der ersten Geburt, Verkürzung der zwischen den Geburten liegenden Zeitspannen), was zu einer vermehrten Ausbildung von "Vier-Generationen-Familien" führen wird. Dies wiederum kann mehr "junge Großmütter" hervorbringen, die sowohl als Betreuerin der Enkelkinder als auch als Pflegerin ihrer eigenen Mütter gefordert werden (DZA, 1982, S.391).

Aufgabe 14

Welche Probleme können bei einem Pflegefall in der Familie auftreten?

3.3.2 Selbsthilfegruppen

Die Zahl derzeit bestehender Selbsthilfegruppen geht in die Zehntausende. F. Vilmar und B. Runge haben eine Dokumentation über bestehende soziale Selbsthilfegruppen (SH) erstellt. Dabei kamen sie auf eine Zahl von über 40.000 Gruppen. Deutlich wurde, daß die SH-Gruppen nicht nur im Gesundheits- oder Lebenshilfe-Bereich anzutreffen sind.

"Vielmehr finden wir Selbsthilfegruppen, autonome Zentren, Initiativen etc. in fast allen Bereichen unserer Gesellschaft: in der Lebens- wie in der Arbeitswelt, im Kultur- und Freizeitbereich, - insbesondere dann aber als selbstorganisierte Hilfe für die Benachteiligten, die Diskriminierten und natürlich die Behinderten und Kranken."²⁵

24 DZA, 1982, S.387f.

25 Vilmar, 1986, S.77

Das rasante Anwachsen der Selbsthilfebewegung, das wir in den letzten Jahren beobachten konnten, darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß die organisierte Selbsthilfe historisch kein neues Phänomen ist.

"Selbsthilfegruppen haben sich im Laufe der Geschichte stets dort gebildet, wo eine Gruppe von Menschen in gemeinsamer Not war und ihre Situation erkannte."²⁶

Die historischen und die gegenwärtigen Formen unterscheiden sich in dreifacher Hinsicht voneinander (Moeller, 1978, S.48ff., DZA, 1982, S.434f.):

1. Historische SH-Gruppen umfaßten in ihren Aktivitäten die gesamte Lebenssituation ihrer Mitglieder - die neuen SH-Gruppen beschränken sich punktuell auf einen Problembereich.
2. In den früheren SH-Gruppen wurde primär für die Sicherung der Existenz (gegen die Bedrohung durch Krankheit, Invalidität usw.) gekämpft - die heutigen SH-Gruppen haben weniger materielle als psychosoziale Notlagen zum Inhalt.
3. Historische SH-Gruppen konnten noch nicht vor dem Hintergrund der staatlichen Garantie sozialer Sicherheit agieren - gegenwärtige SH-Gruppen klagen die Erfüllung der sozialstaatlichen Versprechen ein, wobei sie die Kontrolle durch das Gleichschalten mit Familienhilfesystemen ablehnen.

Im folgenden sollen nun konkret Laien- und Selbsthilfeaktivitäten im Gesundheitswesen thematisiert werden.

Laienaktivitäten im Gesundheitswesen sind eigentlich das "Normale". Selbstdiagnose und Selbstbehandlung sowie familiale oder nachbarschaftliche Hilfe im Krankheitsfall ist bis heute die Basis der gesundheitlichen Versorgung. Der größte Teil aller Krankheitsepisoden (die Schätzungen bewegen sich zwischen 60 und 75 %) wird im Rahmen von sozialen Primärgruppen (Familien- oder Freundeskreis, Nachbarn) behandelt. Es können acht verschiedene Formen der Laienaktivierung im Gesundheitswesen unterschieden werden:

1. Selbsthilfe
2. Gesundheitsbezogene Hilfen in Familie und Verwandtschaft
3. Hilfen im Bekannten- und Freundeskreis

26 Moeller, 1978, S.45

4. Fremdhilfe und Selbsthilfe auf Gegenseitigkeit unter der Voraussetzung gleicher Betroffenheit
5. Selbsthilfe und Fremdhilfe im Sinne von Selbsthilfeorganisationen
6. Hilfen im paramedizinischen System
7. Hilfen im alternativen Medizinsystem
8. Hilfen im medizinischen System, sei es ambulant oder stationär

(Breitkopf et al., 1980, S.36)

Bei den Gesundheitsselbsthilfegruppen, um die es im folgenden gehen soll, benennen Winkelvoss et al. sowohl die gesundheitsrelevanten als auch die Selbsthilfe-Aspekte der Zusammenschlüsse.

Als gesundheitsrelevante Zusammenschlüsse werden bezeichnet:

- krankheitsbezogene Zusammenschlüsse (zur Bewältigung chronischer Krankheiten oder Behinderungen, vor allem bei nachsorgenden Aufgaben, z.B. Frauenselbsthilfegruppen bei Krebs, Anonyme Alkoholiker);
- lebensproblembezogene Zusammenschlüsse (zur Besserung und Bewältigung von Lebensproblemen, die mehr den präventiven Bereich betreffen, (z.B. Frauen- und Männergruppen, Gruppen für Einsame);
- versorgungsbezogene Zusammenschlüsse (z.B. Initiativen für die Erhaltung von Gesundheitsinstitutionen, Patientenschutzverbände);
- Umweltschutzzusammenschlüsse (z.B. Landkommunen, die ausdrücklich das Ziel eines gesünderen Lebens verfolgen).

(Winkelvoss et al., 1981, S.133f.)

Die wichtigsten Definitionsmerkmale von Gesundheitsselbsthilfeszusammenschlüssen unter dem Selbsthilfe-Aspekt sind:

- Betroffenheit durch ein gemeinsames Problem
- keine oder geringe Mitwirkung professioneller Helfer
- keine Gewinnorientierung
- gemeinsames Ziel: Selbst- und/oder soziale Veränderung
- Arbeitsweise: Betonung gleichberechtigter Zusammenarbeit und gegenseitiger Hilfe.

(ebda., S.134)

Eine andere Möglichkeit der Einteilung von Selbsthilfeszusammenschlüssen ist eine Untergliederung nach ihren Hauptzielen und der Nähe zum staatlichen bzw. professionellen Gesundheitssystem. Hierbei muß allerdings der Unterschied zwischen einer SH-Organisation (z.B. Rheumaliga) und einzelnen SH-Gruppen gesehen werden. SH-Organisationen beinhalten

einen Zusammenschluß von mehreren einzelnen Gruppen, die innerhalb der Organisation anonym und bürokratisch organisiert sind. In SH-Organisationen agieren oft nur wenige Aktivisten oder bezahlte Mitarbeiter, während es in SH-Gruppen keine "Karteileichen" gibt, sondern sich alle Mitglieder aktiv bei den regelmäßigen Treffen einbringen.

Grundlegende Voraussetzung für die Entstehung von SH-Gruppen war die Entwicklung zur arbeitsteiligen Industriegesellschaft, wie sie im 1. Kapitel bereits dargestellt wurde. Sie brachte eine starke gesundheitliche Belastung - physisch wie psychisch - mit sich.

Die Lösung großer Teile der Bevölkerung aus ihren traditionellen Sozialverbänden wie Dorfgemeinschaften oder Großfamilien seit der Epoche der Industrialisierung brachte für die Lohnabhängigen elementare Risiken, z.B. bei Krankheit, Invalidität oder Alter, mit sich. Diese Risiken sollten durch den Auf- und Ausbau der Sozialversicherung aufgefangen werden. Es entstanden bürokratische Apparate, die zunächst nur die materiellen Notlagen minderten. Psychische Schwierigkeiten, Isolation oder chronischer Verlauf von Krankheiten konnte jedoch nicht aufgefangen werden (Behrend, 1982, S.138f.).

Das heutige sozialpolitische Sicherungssystem wird im Zusammenhang mit kollektiven Selbsthilfeformen in dreierlei Hinsicht kritisiert:

- Ausbau und erzwungene Nutzung sozialstaatlicher Sicherung verdrängen laufend mehr informelle Hilfsformen natürlicher Gemeinschaften
- Das immer noch bestehende Hauptgewicht auf materieller Sicherung vernachlässigt trotz des Ausbaus sozialer Dienstleistungen die Probleme nicht-materieller Natur, also soziale und psychische Notlagen
- Die Notwendigkeit massenhafter Organisation und die Institutionalisierung sozialstaatlicher Leistungen führt zu qualitativen Versorgungsproblemen

(ebda., S.139f.).

Wo das traditionelle medizinische Versorgungssystem keine Lösungen mehr weiß, Lücken aufweist oder grundlegende Probleme nicht zur Kenntnis nimmt, entwickeln sich in immer größerem Rahmen SH-Gruppen. Jede Form von Selbsthilfe gibt Hinweise auf Wünsche, Bedürfnisse, Erwartungen und Hoffnungen der Bürger. Die Praxis der Gesundheits-selbsthilfe umfaßt dabei immer mehrere Aspekte:

- die Wiederentdeckung und Aneignung laienmedizinischen Wissens, das durch die professionelle Medizin verdrängt wurde
- die Aneignung notwendiger Kenntnisse und Fähigkeiten zur Gesundheitsförderung und zur Krankheitsbewältigung
- die Reorganisation und die Veränderung medizinischer Dienstleistungen mit neuer Kompetenzverteilung zwischen Laien und Experten
- die partnerschaftliche Kooperation zwischen Patient und Arzt oder zwischen Klienten und Therapeuten
- die Entwicklung von Gesundheitsbewußtsein und Vorsorgeverhalten.²⁷

"Als Anbieter externer Unterstützung sind neben den medizinischen und sozialen Diensten in einigen Ländern zunehmend auch Gesundheitsselbsthilfegruppen tätig. Gesundheitsselbsthilfegruppen ermöglichen ihren Mitgliedern Informationsaustausch, Aussprachemöglichkeiten, Knüpfung neuer Beziehungen; sie geben Orientierungshilfe und üben, das gilt vor allem für Gruppen im Bereich der Suchtkrankheiten, ein gewisses Maß an offenbar therapeutisch notwendiger sozialer Kontrolle aus. Diese Gruppen helfen bei der Bekämpfung von Angst, Ungewissheit, Depression, sie geben ihren Mitgliedern Halt und Ermutigung; sie leisten damit einen wichtigen Beitrag zur psychosozialen Versorgung in Bereichen, in denen heute weder die Familie noch medizinische oder soziale Dienste dazu ausreichend in der Lage zu sein scheinen."²⁸

Ein brisantes Thema im Zusammenhang mit Selbsthilfegruppen ist das Verhältnis zum professionellen medizinischen System. Hier kann man unterscheiden zwischen der Selbsthilfe

- a) im System
- b) neben dem System und
- c) gegen das institutionalisierte System gerichtet

(Kickbusch, 1980, S.394ff.)

Zu a:

SH-Gruppen im System werden oft von Professionellen selbst initiiert (z.B. von psychiatrischen Ambulanzen ins Leben gerufene Gesprächsgruppen). Diese SH-Gruppen stehen, obwohl sich ihre Mitglieder gegenseitig unterstützen, permanent unter professioneller Anleitung und Begleitung, der Patientenstatus ist also nur begrenzt aufgehoben.

²⁷ Beispiele vom Funktionieren von SH-Gruppen finden sich z.B. bei Fisch, 1985

²⁸ Badura, 1983, S.43

Zu b:

SH-Gruppen neben dem System stellen zwar das medizinische Versorgungssystem nicht in Frage, aber die operieren in einem Bereich, der aufgrund von Unzulänglichkeiten des etablierten Systems von diesem nicht abgedeckt wird. Hierzu zählt z.B. die Vernachlässigung psycho-sozialer Auswirkungen von Krankheiten (z.B. die SH-Gruppe "Frauen nach Krebs"). Teilweise werden diese Gruppen von Professionellen unterstützt, teilweise sind Professionelle schon selbst dazu übergegangen, solche SH-Gruppen (vor allem im Bereich der Nachsorge) ins Leben zu rufen.

Zu c:

SH-Gruppen gegen das System verweigern kategorisch die Zusammenarbeit mit dem offiziellen "Gesundheitsbetrieb". Das Heidelberger Sozialistische Patientenkollektiv ist hierfür ein Beispiel ("Aus der Krankheit eine Waffe machen" lautet der Titel ihrer programmatischen Schrift), aber auch die Frauengesundheitszentren, in denen z.B. Selbstuntersuchungsmethoden erlernt werden, können hier dazugerechnet werden.

Eine vehemente und fundierte Kritik am derzeitigen medizinischen Versorgungssystem stammt von Ivan Illich (1981). Seine Kritik verdeutlicht, warum der Zulauf zu und die Mobilisierung für SH-Gruppen nach wie vor anhält. Illichs Kritik gliedert sich in drei Bereiche:

- klinische Iatrogenesis
- soziale Iatrogenesis
- kulturelle Iatrogenesis

Mit klinischer Iatrogenesis bezeichnet Illich den Schaden, den der medizinische Apparat verursacht. Iatrogene Krankheiten sind

"jene Leiden, die nicht entstanden wären, wenn keine korrekte und medizinisch angezeigte Behandlung vorgenommen wäre."²⁹

Hierunter fallen ärztliche Puschereien ebenso wie die Nebenfolgen von Medikamenten. Ferner attackiert Illich die Vorstellung, daß die Fortschritte auf dem Gebiet von Gesundheit bzw. Krankheitsbekämpfung, die in den letzten hundert Jahren erreicht wurde, hauptsächlich dem Fortschritt der medizinischen Wissenschaft zu verdanken sind. Er weist nach, daß für den Rückgang bestimmter Krankheiten (Tuberkulose, Typhus) primär

29 Illich, 1981, S.34

verbesserte soziale Verhältnisse (Nahrungsmittel, Wohnungen usw.) verantwortlich sind. Nur ausnahmsweise verdankt man der Medizin die Verbesserung des Gesundheitszustandes.

Mit sozialer Iatrogenesis bezeichnet Illich

"all jene Gesundheitsschäden (...) die gerade durch solche sozio-ökonomischen Veränderungen bedingt sind, wie sie aufgrund der heutigen institutionalisierten Form der Gesundheit attraktiv, möglich oder notwendig werden."³⁰

Das medizinische System nimmt dem Patienten die Verantwortung für den Körper und die Gesundheit vollständig ab, die Etikettierung von "gesund" oder "krank" liegt allein in der Hand des herrschenden medizinischen Systems. Illich beklagt eine zunehmende Medikalisierung des Lebens. Hierunter wird

- a) die Ausdehnung des Krankheitsbegriffes auf immer mehr Zustände sozialen oder individuellen Verhaltens und
- b) die Ausdehnung des Zuständigkeitsbereiches der Medizin auf immer neue gesellschaftliche Gebiete verstanden.³¹

Die kulturelle Iatrogenesis

"setzt ein, sobald der Medizin-Betrieb den Willen der Menschen schwächt, ihre Realität zu erleiden."³²

In den traditionellen Kulturen existieren Regeln, mit denen es den Menschen ermöglicht werden soll, Schmerzen und Tod zu verarbeiten. In diesen Kulturen ist bekannt, daß Krankheiten einen Sinn haben können, aber diese Erfahrungen sind durch den medizinischen Apparat vernichtet worden. Der zivilisierte Mensch ist von seinem eigenen Körper entfremdet.³³

Um diese Entfremdung abzuwehren, plädiert Illich für eine Deprofessionalisierung des Gesundheitssystems, generell für einen starken Abbau des

30 Ders., S.48

31 Breitkopf et al., 1980, S.37

32 Illich, 1981, S.150

33 Inzwischen treten wieder mehr Menschen für einen Ansatz "ganzheitlicher Gesundheit" ein, der sich mit Zusammenhängen zwischen körperlichen, seelisch-geistigen und sozialen Prozessen beschäftigt. Es wird versucht, Betroffene dazu anzuleiten, die Bedeutung von Störungen und Erkrankungen im Zusammenhang mit ihrem Leben umfassender zu verstehen, vgl. Teegen, 1983.

Expertentums. Er geht sogar so weit, die Mitte dieses Jahrhunderts als "die Epoche der entmündigenden Expertenherrschaft" (Illich ,1983, S.7) zu bezeichnen. Die Menschen müßten wieder lernen, die Verantwortung für ihre Gesundheit selbst zu tragen.

Soweit zu Illich's Kritik am professionellen medizinischen System.

Aber nicht nur innerhalb des medizinischen Systems gibt es Ansatzpunkte zur Kritik. Auch innerhalb der SH-Gruppen gibt es eine Reihe von Problemen.

Zum einen ist bekannt, daß sich SH-Gruppen überwiegend aus Angehörigen der Mittelschicht zusammensetzen. So besteht die Gefahr, daß die sozial Schwachen keine Verbesserung ihrer Lebenschancen erreichen und auch "durch die Maschen des Netzes Selbsthilfe-Organisation" (Windhoff-Heritiert, 1982, S.61) fallen.

Ferner besteht die Gefahr, daß soziale Tatbestände durch SH-Gruppen perpetuiert werden: Sie können zur Verschleierung gesellschaftlicher Mißstände beitragen, indem sie den Mitgliedern das Gefühl suggerieren, daß ihre Probleme nur durch ihre individuellen Anstrengungen im SH-Rahmen lösbar sind, ohne daß gesellschaftliche Entstehungsursachen mit einbezogen werden. Ferner können sich die eigentlich für die Bearbeitung der Probleme zuständigen Einrichtungen zurückziehen und die SH-Gruppen als legitimatorische Entlastung für diesen Rückzug angeben, ohne daß von Seiten der Betroffenen größerer Widerstand geleistet wird (Sidel/Sidel, 1976, S.67ff.).

Dieses sind sensible Punkte in der SH-Diskussion. Gerade von neokonservativer Seite werden neuerdings die Selbsthilfeaktivitäten von Bürgern begrüßt und die Überversorgung und Ineffizienz des Wohlfahrtsstaates kritisiert.

Der Abbau professioneller Dienste im Bereich der Gesundheitsversorgung mit dem Verweis auf die Möglichkeiten von SH-Gruppen würde allerdings die Umverteilungskomponente der Sozialpolitik in Frage stellen. Da überwiegend Mittelschichtangehörige in SH-Gruppen agieren, würden nur sie von positiven Effekten einer Entprofessionalisierungsstrategie profitieren, während Angehörige der Unterschicht mit Bewältigungsstrategien im individuellen oder familialen Rahmen auskommen müßten. Dies zeigt deutlich, daß Selbsthilfe und professionelle medizinische Dienste nicht als Gegensatz zu betrachten sind.

Abschließend sollen einige Vorarbeiten aufgezeigt werden, die dazu dienen können, eine Initiierung und konkrete Unterstützung von Gesundheitsselbsthilfegruppen in die Wege zu leiten:

- Sich einen Überblick über bestehende SH-Gruppen in der Gemeinde beschaffen
- Kontakte zu Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen suchen und sich darum bemühen, daß sich einige von ihnen am Aufbau einer Kontaktstelle beteiligen
- Sich einen Überblick verschaffen über Gruppen und Institutionen, die SH-Gruppen informativ und technisch-organisatorisch unterstützen können und wollen
- Kontakt zu den Medien herstellen, um eine gute Öffentlichkeitsarbeit zu gewährleisten
- Überlegungen anstellen, ob neben einer ehrenamtlichen Mitarbeit und Unterstützung einer Kontaktstelle eine solche Arbeit durch eine(n) feste(n) Mitarbeiter(in) durchgeführt werden kann/soll
- Überlegungen anstellen, ob die Kontaktstelle autonom bleiben oder an einen Träger angebunden werden soll.

Aufgabe 15

In welchen Bereichen können Selbsthilfegruppen agieren?

Aufgabe 16

Unterscheiden Sie einige Formen der Laienaktivierung im Gesundheitswesen.

Was sind die wichtigsten Merkmale einer Gesundheitsselbsthilfegruppe?

Versuchen Sie, Verbindung mit einer Selbsthilfe-Kontaktstelle aufzunehmen und einen Einblick in die Arbeit zu bekommen.

3.3.3 Das Krankenhaus

Welche Bedeutung die Krankenhäuser in der medizinischen Versorgung einnehmen, kann man u.a. daran erkennen, daß gegenwärtig mehr als 90

Prozent aller Geburten im Krankenhaus stattfinden und mehr als 50 Prozent der Bevölkerung ihr Leben im Krankenhaus beenden.

Die Situation der Kranken, die im Krankenhaus liegen, wird zu einem Großteil von der Struktur dieser Einrichtung bestimmt. Bei der Betrachtung dieser Struktur wird sich zeigen, daß die Patienten oft nur am Rande, quasi als Verursacher des Krankenhausbetriebes, auftauchen. Doch zunächst soll ein kurzer Überblick über die Geschichte des Krankenhauses gegeben werden.

Die Entwicklung der Krankenversorgung und die Wandlungen der Institution "Krankenhaus" in den verschiedenen historischen Epochen zeigen

- eine Verschiebung der Krankenversorgung von gesellschaftlichen Primärgruppen (Familie, Haushalt) hin zu spezialisierten Einrichtungen
- eine Veränderung des betreuten Personenkreises
- eine Veränderung der beteiligten Personengruppen
- eine Veränderung der der Behandlung zugrundeliegenden Wissensstände.

In den antiken Kulturen Ägyptens und Babyloniens galt die öffentliche Krankenpflege vor allem solchen Gesellschaftsmitgliedern, die nicht durch ihren eigenen Haushalt abgesichert waren. Die Versorgung geschah entweder ambulant in dafür speziell vorgesehenen Häusern oder öffentlich auf dem Marktplatz. Die "Behandlung" wurde von Priesterärzten oder gar von Passanten, die gute Ratschläge erteilten, vorgenommen. Die Grundlage des "medizinischen" Handelns waren Religion, Magie oder Alltagserfahrung.

Im antiken Griechenland wurden von den Bürgern Ärzte gewählt und bezahlt, die schon damals einen relativ hohen gesellschaftlichen Status hatten. Neben diesen Ärzten bestanden, angegliedert an die Askulap-Tempel, Einrichtungen, in denen die dorthin pilgernden Kranken, die auf eine Wunderheilung hofften, untergebracht wurden (Rohde, 1962, S.57ff.).³⁴

Ebenso galt die Krankenpflege in den frühen christlichen Kulturen hauptsächlich solchen Gesellschaftsmitgliedern, die nicht (mehr) durch Primärgruppen versorgt werden konnten. Witwen, Waisen, Arme und Kranke wurden durch Beauftragte der Gemeinde versorgt, wobei die Grundlage der

34 Allerdings ist es bisher nicht gelungen, ihre Entstehung aufzuhellen. Es hat weder in Sparta noch in Athen Krankenhäuser gegeben, auch in Rom und Alexandrien sind keine Hospitäler gebaut worden (Jatter, 1973, S.1).

Betreuung die christliche Pflicht zur Nächstenliebe war. Es wurde dabei vorrangig die Versorgung mit Obdach und Nahrung geboten.

Die Entwicklung der Hospitäler auf deutschem Gebiet setzte erst ab dem 12. Jahrhundert ein. Die verschiedenen Spitäler (Spitalverbrüderungen, bürgerliche Hospitalorden, ritterliche Hospitalorden) waren trostlose Orte, die man nur bei äußerster Not und Hilflosigkeit aufsuchte. Das "Spitalfieber", welches hier grassierte, war bis zum Ende des 18. Jahrhunderts mit ein Auslöser der hohen Sterblichkeit. Krankenhäuser als spezialisierte Institutionen zur vorübergehenden Pflege und Heilung von Kranken existierten erst seit 1800 (Göckenjan, 1985, S.215).

Das Krankenhaus mußte sich entwickeln, weil die Arbeitskräfte sich in den Städten in großer Zahl angesiedelt hatten und im Krankheitsfall versorgt werden mußten. So entstand ein gesellschaftliches Bedürfnis nach Absorption. Das neue Krankenhaus entwickelte sich also als ein Nebenprodukt der Industrialisierung (ebda., S.215; auch die folgenden Ausführungen beruhen größtenteils auf Göckenjan, 1985, S.214ff.).

Initialfunktion für die Krankenhausmedizin hat die sich nach der französischen Revolution herausbildende sogenannte Pariser Schule, die die Krankenhausmedizin zu einem eigenen professionspolitischen Tätigkeits- und Versorgungstyp machte.

Im Rahmen der neuen Krankenhausmedizin und der großen Krankenhäuser wurde der Kranke zum bloßen Material. Individualität oder Schamgrenzen gab es nicht, der Kranke hatte sich der medizinischen Profession gehorsam zur Verfügung zu stellen, wobei er auch dem übergeordneten wissenschaftlichen Zweck und der ärztlichen Ausbildung diene. Die Krankenhäuser befanden sich in einem katastrophalen hygienischen Zustand. "Wer noch nicht todkrank ins Krankenhaus kommt, wird es hier" (ders., S.218).³⁵

In den großen Krankenhäusern wurden die technisch-diagnostischen Fähigkeiten der modernen Medizin entwickelt (Entwicklung des Stethoskops 1816), deren Perfektionierung nur in einem Massenbetrieb möglich war.

35 Es gehörte zum Programm der französischen Revolution, alle Krankenhäuser zu schließen und nur die Hauspflege gelten zu lassen, ein Punkt, der sich nicht durchsetzte. Fischer führt einige Zeitzeugen an, die als den größten Übelstand der damaligen Krankenhäuser "das technische Unvermögen, die Entleerungen der Kranken in befriedigender Weise aus den Sälen zu entfernen" (Fischer, 1965, S.77) bezeichnete.

Parallel dazu begann ein enormer Aufschwung von Pathologie und Anatomie. Die Medizin der Symptome wurde von der Medizin der lokalisierbaren Schädigungen abgelöst.

Über die Kranken wurde mit Selbstverständlichkeit verfügt. Die Frage, warum sich die Kranken nicht dagegen gewehrt haben, erklärt Göckenjan damit, daß

"der Beginn der uns heute selbstverständlich unpersönlichen Krankenhaussituation und professionellen Objektivierungsattitüden, der Beginn der Krankenhausmedizin (...) Armenkrankenpflege (war)."³⁶

Die armen Kranken hatten praktisch keine Chance, Einspruch zu erheben. Da sie selbst hilflos waren und von Angehörigen auch keine Hilfe erwarten konnten, mußten sie sich dem Reglement des Krankenhauses unterwerfen. Zwar wurden die Armen (das ist besonders gut nach der französischen Revolution zu beobachten) ernster genommen und in den Krankenhäusern gab es auch Verbesserungen, aber gleichzeitig entwickelten sich neue Institutionen, welche über die Unterschichten verfügen und die bürgerliche Ordnung durchsetzen.

"Und die Intention reicht weit über die eigentliche Krankenbehandlung hinaus, auf die Zivilisierung der Unterschichten. Ordnung, Mäßigkeit, Regelmäßigkeit, Sauberkeit sind Ziele, die die Armen auch im Krankenhaus lernen sollten."³⁷

Neben den Krankenhäusern entwickelten sich Krankenbesuchsanstalten als ärztliche Versorgungseinrichtung für die Unterschicht. Die erste Anstalt dieser Art entstand 1773 in Göttingen. Ein wichtiger Entstehungsgrund war, daß medizinische Forscher und die Universitäten ständig über genügend Untersuchungs- und Demonstrationsmaterial (sprich: Kranke) verfügen und die hier behandelten Armen dafür "herhalten" mußten. "Arme Kranke sind 'Probe-Kranke'" (ders., S.232).

Die Frage "Krankenhaus oder Krankenbesuchsanstalt?" wurde heftig diskutiert. 1793 wurde von der K. Sozietät der Wissenschaften in Göttingen sogar eine Preisfrage gestellt: "Welches sind die bequemsten und wohlfeilsten Mittel, kranken Armen in den Städten die nötige Hülfe zu verschaf-

36 Göckenjan, 1985, S.223

37 Ders., S.226

fen?" (Fischer, 1965, S.74f.). In einer preisgekrönte Schrift kam der Erfurter Professor Hecker zu dem Ergebnis, daß eine Besuchsanstalt zwar billig, aber alleine nicht ausreichend sei für die Hilfe der armen Kranken und daß es zweckmäßig sei, solche eine Anstalt mit einem Krankenhaus zu koppeln (ders., S.85).

Wissenschaftliche Erfolge auf dem Gebiet von Bakteriologie, Anästhesie und Antisepsis führten dazu, daß im Krankenhaus zu eigenen Ursprungsleiden nicht noch weitere hinzukamen und Operationserfolge im großen Stil erreicht wurden. Das Krankenhaus verlor erst in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts allmählich seinen Ruf als Sterbehaus für die Armen und wurde wichtiger Bestandteil der medizinischen Praxis, nachdem es vorher mehr Bedeutung für Forschung und Lehre hatte.

Auch die Krankenhausgebäude unterlagen einem Wandel. Es wurden gezielte Anstrengungen unternommen, um hygienischen Forderungen, besonders der nach Reinheit der Luft, gerecht zu werden.

Mit der Entwicklung des Krankenhauses entwickelte sich auch ein "Schwesternproblem". In den Krankenhäusern arbeiteten hauptsächlich katholische Ordensschwestern und protestantische Diakonissinnen³⁸, die wenig an formaler Ausbildung, aber viel an innerer Berufung mitbrachten. In den Krankenhäusern wurde aber mehr und mehr fachlich geschultes Personal benötigt. Vorläufer von Schulungen im Pflegebereich gab es schon länger³⁹, aber die teilweise schlimmen Verhältnisse in den Krankenhäusern verhinderten eine weitgehende Etablierung der weltlichen Schwesternausbildung. Florence Nightingale (1820-1910), primär wegen der Ausbildung von Krankenschwestern bekannt, hat aber wohl ihren Hauptverdienst

"in ihrem erfolgreichen Bestreben, Krankenhausverhältnisse zu schaffen, die für hilfsbereite Frauen der mittleren und höheren Schichten weniger abstoßend waren als bisher und die dem weltlichen Pflegeberuf öffentliche Anerkennung sicherten."⁴⁰

38 Daß die Krankenpflege aber durchaus auch eine Männerarbeit war, verdeutlicht Bischoff, 1984, S.17ff.

39 Bei der Gründung des Internationalen Roten Kreuzes 1864 war es eine entscheidende Idee, Pflegepersonal schon in Friedenszeiten auszubilden, damit es im Krieg in ausreichender Zahl zur Verfügung steht.

40 Rohde, 1962, S.87

Die Erfolge der Medizin und die moderne Verberuflichung der Krankenpflege führte zu einer "Sozialisierung des Krankenhauses (nach oben)" (ders., S.88). d.h., daß auch das Krankenhaus von den höheren Schichten akzeptiert und in Anspruch genommen wurde.

Nach diesem kurzen Überblick über die Geschichte des Krankenhauses nun zurück in die Gegenwart.

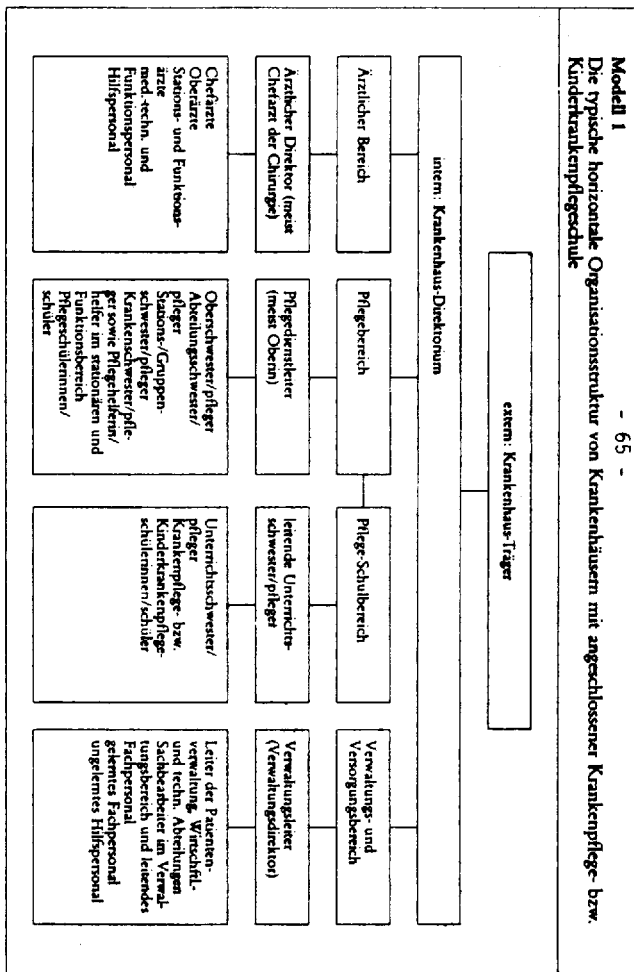
Nur ein geringer Prozentsatz der Krankenhäuser wird privat betrieben, die meisten Einrichtungen sind in der Hand öffentlich-rechtlicher Körperschaften (Bund, Länder, Gemeinden, Versicherungsträger), der Kirchen oder gemeinnütziger Verbände.

Die Krankenhäuser weisen in der Regel klar gegliederte Strukturen auf, die nach Rohde durchaus einen Sinn haben. Zum Beispiel bei der Abwendung von Gefahren (sprich: Krankheiten) garantiert eine klar gegliederte Kommunikations- und Befehlsstruktur schnelleres Handeln und damit hohe Effizienz, wobei allerdings der Patient über die geringsten Möglichkeiten zur Beeinflussung dieser Strukturen verfügt (Rohde, 1970, S.60). Er wird "zum Untergebenen seiner Diener" (Rohde nach Tewes, 1978, S57).

Die diagnostischen und therapeutischen Ziele fallen in den *medizinischen* Bereich. Hierzu zählen zunächst die ärztlichen Aufgaben, die in den medizinischen Fachabteilungen (Innere, Chirurgie u.a.), aber auch im Labor und der Pathologie durchgeführt werden. Der Hauptanteil dieser Tätigkeiten liegt bei den Ärzten, die vom Pflegepersonal und dem medizinisch-technischen Personal unterstützt werden.

Zum *pflegerischen* Bereich gehören die Tätigkeiten, die sich einmal aus dem Krankenhausaufenthalt des Patienten und zusätzlich aus seiner jeweiligen körperlichen Konstitution ergeben. Rohde unterscheidet zwischen unmittelbarer Pflege (alle Aufgaben, die mit den körperlichen Grundbedürfnissen des Patienten direkt zusammenhängen, z.B. Hilfe bei der Hygiene oder beim Essen) und mittelbarer Pflege (Bereitstellung medizinisch-therapeutischer Hilfsmittel wie Medikamente, Führung der Krankenakte u.a.) (Rohde, 1962, S.211).

Folgende Schaubilder verdeutlichen vertikale bzw. horizontale Strukturkriterien, nach denen im Krankenhauswesen unterschieden wird.



(aus: Krisam/Reimann/Wlodarczak, 1985, S.37)

Modell 2 Die typische vertikale Organisationsstruktur der meisten Krankenhäuser				
Staus- ebenen	Die sich überschneidenden drei Bereiche	Medizin (M)	Beispiele von Positionen der Bereiche Pflege (Pf) und Verwaltung, Wirtschaft u. Versorgung, Technik (V)	
I	M Pf V	Arztlicher Direktor Chefärzte	Pflegedienstleiter/ Leitern	Verwaltungsdirektor
II		Oberärzte/Funktions- ärzte	Abteilungschw./pfleger Hygiene-Fachkraft/ Unterrichtschw./pfleger	Wirtschafts- u. Techn. Leitg., Leitg. d. Buchh. Patientenverw. (Prokura)
III		Assistenzärzte, leitendes medizinisches Funk- tionspersonal, med. techn. Dienste	Stationschwestern/ pfleger	Sachbearbeiter bzw. leitendes Fachpersonal versch. Dienstleistungsbereiche wie Küchen, Wäscherei, Werkstätten etc.
IV		Med. techn. Personal	examinierteres Pflege- personal (Pfgeschüler/innen)	ausgebildetes fachl. Personal in Verwaltung, Versorgung und Technik
V		Med. techn. Hilfs- personal	Pflegehilfpersonal	ungeleitetes Hilfs- personal

(aus: Krisam/Reimann/Wlodarczak, 1985, S.39)

Die *Verwaltung* dient letztendlich der Institutionserhaltung. Sie sorgt für die Bereitstellung der notwendigen sachlichen und personellen Mittel, die Sicherstellung der Finanzierung (Abrechnung mit den Krankenkassen) und für den reibungslosen Ablauf krankenhauseigener Betriebe wie Wäscherei und Küche.

Alle Dienstleistungen des Krankenhauses konzentrieren sich auf die Patienten, aber das am "Wohl des Patienten" ausgerichtete Krankenhaus unterliegt einem Doppelzweck:

"einerseits - von seinem Selbstverständnis her und in seiner Präsentation nach außen - ist es humane Institution zum Zweck der uneigennütigen Krankenversorgung, andererseits ist es ein Wirtschaftsbetrieb, der verbrauchte Arbeitskraft bis zur Wiederherstellung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit reproduzieren soll und dabei orientiert ist an den Prinzipien auch anderer bürokratischer und wirtschaftlicher Organisationen: an Effektivität, Rationalität und störungsfreiem Ablauf."⁴¹

Diesen Widerspruch zwischen humanen und ökonomischen Zielsetzungen versucht speziell die Krankenpflege zu überbrücken: unterstützt durch die Berufsideologie (uneigennütige, menschliche Hilfeleistung) stellt sie den humanen Charakter des Krankenhauses dar und vermittelt ihn nach außen, zum anderen hat sie das reibungslose Funktionieren des Arbeitsablaufes zu gewährleisten, d.h. der Patient muß der "Klinikmaschinerie" angepaßt werden, er wird zum "Arbeitsgegenstand",

"er wird seiner Individualität entkleidet, vereinheitlicht und zerlegt in Arbeitsabläufe, die anonym und funktional sind."⁴²

Es wird deutlich, daß ein Patient bereits durch die strukturell-organisatorischen Bedingungen der Institution Krankenhaus spezifischen Belastungen ausgesetzt ist, die aus der Konkurrenz der medizinisch-pflegerischen mit der verwaltungstechnischen Komponente herrühren. Andererseits kann die Institution Krankenhaus ihre, aus der Tradition heraus stammenden Ansprüche der Humanität und Hilfsbereitschaft, nur noch bedingt erfüllen, was sowohl aus den Spezialisierungstendenzen der Medizin als auch aus den bürokratisch-technischen Zwängen heraus resultiert.

Nun zur psychosozialen Lage des Patienten.

Beim Eintritt ins Krankenhaus richten sich folgende Erwartungen und Pflichten an den Patienten:

- der Patient hat sich an die Hausordnung zu halten und Anweisungen von Pflegepersonal und Ärzten zu befolgen

41 Bischoff, 1984, S.171

42 ders., S.171

- der Patient wird untersucht, ohne immer den Sinn erkennen zu können. Dabei werden im Alltag gültige Tabu-Grenzen aufgehoben, fremde Personen (Personal) können bei den intimsten Verrichtungen zugegen sein
- der Patient unterliegt einer eingeschränkten Bewegungsfreiheit, er befindet sich den größten Teil des Tages im Krankenzimmer oder -bett
- es besteht eine zeitliche Einschränkung beim Empfang von Besuch
- der Patient wird hauptsächlich als Träger einer Krankheit wahrgenommen (depersonalisiert).⁴³

Der Patient gelangt in der Regel nicht freiwillig in die Klinik, sondern wird meist aufgrund einer bestehenden Krankheit von einem niedergelassenen Arzt in das Krankenhaus überwiesen. Bei der Aufnahme erfährt er sofort die Macht und Dominanz des Krankenhauses durch die "stripping"-Prozedur (Siegrist, 1977, S.197): Er legt seine Kleidung - und damit seine mitgebrachten individuellen Statussymbole - ab und trägt die für einen Krankenhausaufenthalt adäquate Kleidung.

Neben dem Verlust der sozialen Umwelt verändert sich auch die Form der Interaktion innerhalb des Gesundheitssystems. Im Krankenhaus sind Interaktion von Seiten des Patienten kaum noch beeinflussbar: der Tagesablauf, die Zeit des Aufstehens und Essens, Termine von Untersuchungen und Visite werden von der Institution bestimmt. Im Krankenhaus erfolgt tendenziell eine Depersonalisierung durch Anweisungen, die sich im Widerspruch zur normalen Situation eines Menschen befinden, z.B. daß der Kranke im Bett zu liegen hat, obwohl das aus medizinischen Gründen vielleicht nicht notwendig wäre. Das Essen muß im Bett eingenommen werden, und auch bei Visiten ist Im-Bett-Liegen angesagt. Langemayr zieht daraus den Schluß, daß der Patient im Krankenhaus infantilisiert wird, wobei als Hauptgrund hierfür das reibungslose Funktionieren des Klinikalltages gesehen werden muß (Langemayr, 1980, S.107).

Ferner wird vom Patienten totales Vertrauen erwartet. Vertrauen darauf, daß das, was an und mit ihm geschieht, nur zu seinem Besten ist. Er muß immer bereit sein, den Anforderungen des Personals sofort nachzukommen, sich sonst aber ruhig und still verhalten. Medizinische Maßnahmen soll der Patient möglichst widerspruchlos über sich ergehen lassen, Informationen von ihm selbst sollen möglichst nur zu medizinisch wichtigen Merkmalen

43 Hornung/Lächler, 1984, S.29

kommen. Informationen an den Patienten hingegen werden nur spärlich gegeben (Suchmann, 1965), geschweige denn ausreichend erklärt.

Das Arzt-Patient-Verhältnis im Krankenhaus ist dadurch gekennzeichnet, daß der Patient meist von mehreren Ärzten behandelt wird, die sich der Patient aber nicht aussuchen kann.

Das Informationsdilemma zwischen Arzt und Patient, welches sich aus den unterschiedlichen Erwartungshaltungen konstituiert, ist dadurch gekennzeichnet, daß Ärzte möglichst viel an Information über den Patienten bekommen wollen, um eine exakte Diagnose stellen und eine geeignete Therapie entwickeln zu können. Die Krankheit selber ist für den Arzt normalerweise nichts besonderes, sondern ein Routinefall, der Patient hingegen sieht seine Krankheit als etwas Einmaliges (Siegrist, 1977, S.204) und für ihn Bedrohliches, von daher kann er praktisch nie genug Informationen bekommen. Die Informationen über die Krankheit haben für den Patienten drei Bedeutungen:

- durch den rationalen Aspekt kann sich der Patient mit den Informationen in seiner durch die Krankheit veränderten Lage zurechtfinden; er kann die Krankheit akzeptieren
- der emotionale Aspekt der Informationen trägt dazu bei, die durch die Hospitalisierung verursachten Verunsicherungen aufzufangen, ihn zu unterstützen
- der pragmatische Aspekt der Informationen soll den Patienten von der Wichtigkeit der Einhaltung bestimmter Therapien überzeugen.⁴⁴

Die Visite spielt eine zentrale Rolle beim Informationsaustausch zwischen Arzt und Patient. Der Patient erhofft sich von der Visite die Möglichkeit, den aktuellen Stand der Krankheit und persönliche Probleme mit dem Arzt besprechen zu können. Für die Patienten ist die tägliche Visite also ein ganz wichtiges Ereignis, für den behandelnden Mitarbeiterstab hingegen ist sie ein routinemäßig durchgeführter Vorgang. An der täglichen Stationsvisite sind in der Regel der Stationsarzt, ein zweiter Arzt, die Stationschwester, evtl. noch weiteres Pflegepersonal und der Patient beteiligt. Dabei spiegelt diese Reihenfolge auch das jeweilige Abhängigkeitsverhältnis wider. Der Arzt strukturiert und ist der Agierende in der Kommunikation. Siegrist hat in einer Untersuchung nachgewiesen, daß bei 94 %

44 Raspe/Siegrist, 1979

der Patienten der Anteil an der Kommunikation rein reaktiver Natur war, also nur im Beantworten von Fragen bestand, die das Personal an sie richteten. Die Patienten stellten im Schnitt nur eine Frage pro Visite.

"Die Visite hatte damit faktisch mehr den Charakter einer ärztlichen Besprechung über den Patienten als denjenigen eines Gespräches mit dem Kranken, obwohl letzteres durch das Arrangement oft suggeriert wurde. In akustischer und semantischer Hinsicht war der Patient in entscheidenden Phasen vom Gespräch trotz unmittelbarer Reichweite ausgeschlossen; was ihm davon "übersetzt" wurde, blieb im Ermessen des Arztes."⁴⁵

Zwischen Pflegepersonal und Patient kommt es hingegen wesentlich häufiger zu Interaktionen. Der größte Teil geht vom Pflegepersonal aus, wobei es sich weitestgehend um Routinemaßnahmen des Stationsalltags handelt: Wecken und Waschen, Feststellen von Patientenmerkmalen (Puls, Temperatur), Essen und Medikamente verteilen usw.. In umgekehrter Richtung erfolgt weniger häufig eine Interaktion. In der Regel "klingelt" der Patient und macht so das Personal auf seine Wünsche und Bedürfnisse aufmerksam. Häufigster Inhalt dieser Interaktion ist eine instrumentelle Verrichtung (Engelhardt et al., 1973, S.167). Da das Pflegepersonal am häufigsten anwesend ist, bekommt es auch die meisten Fragen der Patienten bezüglich des Ablaufs der Krankheit, Medikamente und diagnostische Maßnahmen gestellt. Dabei reagiert das Pflegepersonal häufig wie der Arzt: der Patient wird beschwichtigt, die Krankheit selber verharmlost. Informationen werden zurückgehalten, um ungewollte Kontrollen zu verhindern. Oftmals wird der Patient bewußt nicht über seinen wahren Zustand aufgeklärt, um so Belastungen zu entgehen, die ein emotional aufgewühlter Patient erzeugen kann.⁴⁶

Das Pflegepersonal fühlt sich zunächst aufgrund seiner Position dem Patienten gegenüber verpflichtet (Engelhardt et al., 1973, S.172). Die Ärzte beurteilen das Personal jedoch in erster Linie nach dem technischen Können. Sie sind die direkten Vorgesetzten in medizinisch-fachlicher Hinsicht. Anerkennung vom Arzt ist für das Personal wichtiger als die vom Patienten, da das Personal mit dem Arzt länger zusammenarbeiten muß. Kritik

45 Siegrist, 1977, S.205

46 Hierbei ist aber nicht böser Wille, sondern die Arbeitsüberlastung des Personals der entscheidende Faktor.

des Patienten kann nur zeitlich begrenzt sein, denn er verläßt in absehbarer Zeit wieder das Krankenhaus.

Die Ausbildung des Pflegepersonals ist auf medizinisch-pflegerische Schwerpunkte konzentriert. Sie lernen die verschiedenen Krankheitsbilder und die dazugehörigen Therapien und die Beobachtung speziell der somatischen Symptome der Patienten. Dem psychischen Aspekt der Patienten wird in der Ausbildung nur ein geringer Stellenwert eingeräumt.⁴⁷ Hinzu kommt noch, daß die Schüler typische Interaktionsformen und Verhaltensweisen von erfahrenen Kollegen übernehmen, die Wert darauf legen, "daß keine unüblichen Methoden eingeführt werden" (ders., S.167).

Die Kenntnisse des Pflegepersonals über die Patienten sind oft unzureichend. In einer Befragung stellte sich heraus, daß mehr als die Hälfte der befragten Stationsschwestern nichts über den persönlichen Hintergrund der Patienten wußte (Engelhardt et al., 1973, S.45).

Entgegen der eher technisch-somatischen Auseinandersetzung mit dem Patienten entwickeln sich die Stereotype vom "guten" und dem "Problem"-Patienten. "Gute" Patienten klagen nicht, sind kooperativ und geduldig, von schneller Auffassungsgabe, nehmen Medizin und Diät widerspruchlos ein, sind einordnungsbereit und rational. "Problem-Patienten" klagen ständig, sind überemotional, machen vermehrte Anstrengungen im Bereich der direkten Pflege notwendig, sie sind unfähig oder nicht willig, sich zu fügen (Lorber, 1975, S.218).

Unbestritten ist das Krankenhaus ein unersetzlicher Bestandteil des Gesundheitswesens. Aber einige Reformvorschläge, im Interesse von Patienten und Mitarbeitern könnten zur Humanisierung dieser Institution beitragen. So wäre es begrüßenswert, den Tagesrhythmus so zu gestalten, daß der Patient nicht zu früh geweckt wird und zu "vernünftigen" Zeiten seine Mahlzeiten einnehmen kann. Da die aktiven Beschäftigungsmöglichkeiten für den Patienten stark eingeschränkt sind, sollte die Kommunikation der Patienten untereinander mehr gefördert werden. Ein Lösungsansatz könnte hier bereits die größere Sensibilität bei der Zimmerbelegung sein. Ferner empfiehlt sich - wenn eben möglich - die Abschaffung der reglementierten Besuchszeiten.

47 Dieser Aspekt wird jedoch in letzter Zeit verstärkt in Fortbildungsseminaren thematisiert.

Sowohl Ärzte als auch das Pflegepersonal sollten die Möglichkeit haben, kommunikative Handlungsstrategien zu erlernen, die sie zu gleichberechtigten Interaktionen mit dem Patienten befähigen. Auch die Vermittlung eines neuen Patientenbildes, das an die Stelle des "Blinddarms von Zimmer 3" treten muß, ist anzustreben.

Auch die Frage nach den lebensgeschichtlichen und sozialen Zusammenhängen, unter denen die Menschen erkranken und die sie durch und mit der Krankheit zu bewältigen suchen, muß stärker gestellt werden. Nur so können mögliche psychosoziale Ursachen der Krankheit erkannt und eventuelle Lösungswege gefunden werden. Um dies alles zu gewährleisten, ist eine Verbesserung der Arbeitssituation des gesamten Krankenhauspersonals von großer Wichtigkeit.

Abschließend soll kurz auf die Gefahren hingewiesen werden, die mit Rationalisierungen zusammenhängen, wie sie zunehmend im Gesundheits- und damit auch im Krankenhaussektor Eingang gefunden haben.

Zunächst gibt es Rationalisierungen durch Veränderung der Arbeitsorganisation und der Technik der Leistungserbringung. Eine Leistungssteigerung des Pflegepersonals wird erreicht "durch Leistungsverdichtung, weitere Zergliederung des Arbeitsprozesses, durch Arbeitskontrollen und Motivationssteigerungen" (Bökmann, 1982, S.64f.). Bei den zentralisierten Arbeitsabläufen können qualifizierte Mitarbeiter durch ungelernete und daher billigere Personal ersetzt werden (ders., S.65).

Eine weitere Rationalisierungsmöglichkeit ist die Externalisierung, d.h. die Ausgrenzung und Privatisierung von Teilbereichen der Krankenversorgung. Gegenwärtig betrifft dies z.B. die Reinigungsdienste, Wäschereien, Laborleistungen, Küchendienst, Apothekendienst. Diese Zergliederung läßt sich noch erheblich erweitern. In den USA haben viele Krankenhaus-Träger bereits ihre Verwaltung durch externe Management-Firmen ersetzt, weil diese weniger Loyalitätsprobleme mit den Beschäftigten haben und die Rationalisierungsmaßnahmen entsprechend "effektiver" betreiben.

Computer werden bald nicht mehr nur in der Verwaltung, sondern auch auf den Stationen auftauchen. Bildschirmterminals zeigen alle Patientendaten und können nebenbei noch den genauen Arbeitsablauf der Pflegepersonen zur Leistungsentlohnung speichern, kurz: eine "Industrialisierung der Krankenversorgung" (Bökmann, 1982, S.65) initiieren.

Diese Industrialisierung ist problematisch, weil bei der Krankenpflege als persönliche Dienstleistung nicht "nur" die Arbeitskräfte, sondern zusätzlich die Objekte der Arbeit, die Patienten (ders., S.68), betroffen sind.

Aufgabe 17

Erläutern Sie die "Klinikmaschinerie" des Krankenhauses.

Wie könnte eine Visite aussehen, in der der Patient wirklich als Gleichberechtigter angesehen wird?

Literatur

- Backes, G.:** "Ehrenamtlicher Dienst in der Sozialpolitik - Folgen für die Frauen -" in: WSI-Mitteilungen 7/1985
- Badura, B.:** "Sozialepidemiologie in Theorie und Praxis", in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung 5, Köln 1983
- Bahrddt, H.-P.:** "Wandlungen der Familie", in: Claessens, D. / Milhoffer, P. (Hrsg.): Familiensoziologie. Ein Reader als Einführung. 5. veränderte Aufl., Königstein/Ts. 1980
- Balluseck, H. von:** "Die Einsamkeit der älteren Frauen", in: Widersprüche Heft 6, Jg. 3, 1983
- Bartholomeyczik, S.:** "Wegzug des letzten Kindes aus dem Haus", in: Schneider, U. (Hrsg.): Was macht Frauen krank? Frankfurt/Main - New York 1981
- Behrend, J.-U.:** "Selbsthilfefzusammenschlüsse: Gesellschaftliche Entstehungsbedingungen und gesundheitspolitische Bedeutung", in: Medizinische Soziologie, Jahrbuch 2, Frankfurt/New York 1982
- Bischoff, C.:** "Frauen in der Krankenpflege" Zur Entwicklung von Frauenrollen und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert, Frankfurt/Main New York 1984
- Bökmann, M.:** "Dienstleistungsrationalisierung im Krankenhaus", in: Medizinische Soziologie Jahrbuch 2, hrsg. v. Deppe, H.U. et al., Frankfurt/New York 1982
- Breitkopf, H. et al.:** "Selbsthilfe im Gesundheitswesen". Verhalten und strukturelle Rahmenbedingungen, Bielefeld 1980
- Dieck, M.:** "Sozial- und Gesundheitsdienst für ältere Menschen", in: Blätter der Wohlfahrtspflege, Heft 7, 129. Jg., 1982
- Dörner, K.:** "Die Rolle des psychisch Kranken in der Gesellschaft", in: ders.: Diagnosen der Psychiatrie, Frankfurt/New York 1975
- ders./Log, U.:** "Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie", Wunstorf 1978
- DZA - Deutsches Institut für Altersfragen e.V. (Hrsg.):** " Altwerden in der Bundesrepublik Deutschland: Geschichte - Situationen - Perspektiven", Band I, Berlin 1982

- Eggers, B. / Müller, V.:** "Bewältigungshandeln berufstätiger Frauen", in: Schneider, U. (Hrsg.): Was macht Frauen krank? Frankfurt/New York 1981
- Engelhardt, K. et al.:** "Kranke im Krankenhaus", Stuttgart 1983
- Eyer, J.:** "Capitalism, health, and illness", in: McKinlay, J.B. (ed): Issues in the Political Economy of Health Care, New York London 1984
- Ferber, Chr. von:** "Was verdankt die Medizin der Soziologie?", in: Hippokraties, Jg. 47, Heft 3, 1976
- ders.:** "Pflege in der Familie", in: Blätter der Wohlfahrtspflege, 130. Jg., Heft 6, 1983
- ders./Badura, B.:** "Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheits-selbsthilfe", München Wien 1983
- Fisch, M.M.:** "Gemeinsam werden wir es schaffen". Selbsthilfegruppen berichten. Freiburg im Breigau 1985
- Fischer, A.:** "Geschichte des deutschen Gesundheitswesens", Band II, Hildesheim 1965
- Fischer-Homberger, E.:** "Geschichte der Gynäkologie und Geburtshilfe - Überblick", in: dies.: Krankheit Frau und andere Arbeiten zur Medizingeschichte der Frau, Bern Stuttgart Wien 1979
- dies.:** "Krankheit Frau - aus der Geschichte der Menstruation in ihrem Aspekt als Zeichen eines Fehlers", in: dies.: Krankheit Frau und andere Arbeiten zur Medizingeschichte der Frau, Bern Stuttgart Wien 1979a
- Gitschmann, P.:** "Bundespflegeversicherung, Bundes-Leistungsgesetz oder was sonst?" Reformalternativen der sozialen Sicherung bei Pflegebedürftigkeit, in: Alternative Kommunalpolitik, 5. Jg., Heft 3/1985
- Goffmann, E.:** "Asyle" Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main 1973
- Gove, W.R.:** "The Relationship Between Sex Roles Marital, Status, and Mental Illness", in: Social Forces, Vo. 51, 1972, Number 1
- Hedtke-Becker, A. / Schmidtke C.:** "Frauen pflegen ihre Mütter", Eine Studie zu Bedingungen häuslicher Altenpflege. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt am Main 1985

- Hemprich, R.D. / Kisker, K.P.:** "Die 'Herren der Klinik' und die Patienten-Erfahrungen aus der teilnehmend-verdeckten Beobachtung einer psychiatrischen Station, in: Der Nervenarzt, 39. Jg., 1968, Heft 10
- Hinderer, E. / Siebig, J.:** "Krankenhausplanung: Zu viele Betten?", in: Das Krankenhaus, 78. Jg., Heft 5/1986
- Hornung, R. / Lächler, J.:** "Psychologisches und soziologisches Grundwissen für Krankenpflegeberufe." Ein praktisches Lehrbuch, 2. Aufl., Weinheim und Basel 1984
- Illich, I.:** "Die Nemesis der Medizin", Reinbek bei Hamburg 1981
- Jetter, D.:** "Grundzüge der Hospitalgeschichte" Darmstadt 1973
- Kickbusch, I.:** "Selbsthilfe im Gesundheitswesen". Autonomie oder Partizipation, in: Nelles, W. / Oppermann R. (Hrsg.): Partizipation und Politik, Göttingen 1980
- Langenmayr, A.:** "Krankheit als psychosoziales Phänomen", Göttingen 1980
- Lorber, J.:** "Good Patients and Problem Patients", in: Journal of Health and Social Behaviour, 1976
- Mayer, B.:** "Die Karriere des Kranken", in: Basler, H.-D. u.a.: Medizinische Psychologie II, Sozialwissenschaftliche Aspekte der Medizin, Stuttgart Berlin Köln 1978
- Moeller, M.L.:** "Selbsthilfegruppen". Selbstbehandlung und Selbsterkenntnis in eigenverantwortlichen Kleingruppen, Reinbek 1978
- Mulke-Geisler, M.:** "Die häusliche Krankenpflege - Ein Überblick zu Hintergründen und Rahmenbedingungen", in: Argumente-Sonderband 102, Berlin 1983
- Myrdal, A. / Klein, U.:** "Die Doppelrolle der Frau in Familie und Beruf", 3. überarb. u. erw. Auflage, Köln 1971
- Narr, H.:** "Zur Lebenssituation alter Menschen in unserer Gesellschaft", in: Widersprüche, Heft 7, Jg. 3, 1983
- Parson, T.:** "Struktur und Funktion der modernen Medizin", in: KZfSS, Sonderheft 3, 1965
- Prokop, U.:** "Weiblicher Lebenszusammenhang". Von der Beschränktheit der Strategien und der Unangemessenheit der Wünsche. 2. Aufl., Frankfurt am Main 1977

- Pross, H.:** "Die Männer." Eine repräsentative Untersuchung über die Selbstbilder von Männern und ihre Bilder von der Frau. Reinbek 1978
- Raspe, H.H. / Siegrist, J.:** "Zur Gestalt der Arzt-Patient-Beziehung im stationären Bereich", in: Siegrist, J.: Wege zum Arzt. Ergebnisse medizinsoziologischer Untersuchungen zur Arzt-Patient-Beziehung, München Wien Baltimore 1979
- Regus, M. / Trenk-Hinterberger, P.:** "Armutspolitik und Krankheit im Alter: Deprofessionalisierung und Privatisierung der Pflegehilfe", in: Leibfried, S./Tennstedt, F. (Hrsg.): Politik der Armut und die Spaltung des Sozialstaates, Frankfurt am Main 1985
- Richter, H.E.:** "Konflikte und Krankheiten der Frau", in: Lüth, P. (Hrsg.): Beiträge zur Sozialmedizin, Stuttgart 1975
- ders.:** "Flüchten oder Standhalten", Reinbek 1976
- Ridder, P.:** "Patient im Krankenhaus. Personenbezogener Dienst auf der Station". Band I: Die Trauer des Leibes, Stuttgart 1980
- Rohde, J.J.:** "Soziologie und Sozialpsychologie des klinischen Bereichs", in: Schraml, W.J. (Hrsg.): Klinische Psychologie, Berlin 1970
- ders.:** "Strukturelle Momente der Inhumanität einer humanen Institution", in: Döhner, O. (Hrsg.): Arzt und Patient in der Industriegesellschaft, Frankfurt am Main 1973
- Sichrovsky, P.:** "Krankheit auf Rezept", Köln 1984
- Sidel, V.W. / Sidel, R.:** "Beyond Coping", in: Social Policy 1976, Vol. 7, Nr. 2
- Siegrist, J.:** "Lehrbuch der medizinischen Soziologie", Dritte überarbeitete und erweiterte Auflage, München Wien Baltimore 1977
- Socialdata:** "Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger." Bd. 80 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, Stuttgart 1980
- Sosna, U.:** "Soziale Isolation und psychische Erkrankung im Alter", Frankfurt New York 1983
- Strüber, U.:** "Rolle und Klischees", unveröff. Manuskript, Bielefeld 1984
- Teegen, F.:** "Ganzheitliche Gesundheit", Reinbek 1983

- Tewes, U.:** "Soziale Interaktion im Krankenhaus", in: Basler, H.-D. u.a.: Medizinische Psychologie II. Sozialwissenschaftliche Aspekte der Medizin. Stuttgart Berlin Köln Mainz 1978
- Thoma, P.:** "Familie und psychische Krankheit", in: Geissler, B. / Thoma, P. (Hrsg.), 1979 a
- Trilling, A.:** "Vom 'Nutzen' des Altseins", in: Widersprüche, Heft 7, Jg. 3, 1983
- Vilmar, F.:** "Erfordernisse für eine Verbreitung sozialer Selbsthilfe", in: Blätter der Wohlfahrtspflege, 133 Jg., H.4, 1986
- Vogt, I.:** "Frauen als Objekte der Medizin: Das Frauensyndrom", in: Leviathan 11/1983
- Windhoff-Meritier, A.:** "Selbsthilfeorganisationen" Eine Lösung für die Sozialpolitik der mageren Jahre?, in: Soziale Welt 1982, Heft 1, 33. Jg.
- Winkelvoss, H.:** "Zur Definition und Verbreitung von Gesundheitsselbsthilfegruppen", in: Kickbusch, I. / Trojan, A. (Hrsg.): Gemeinsam sind wir stärker. Selbsthilfegruppen und Gesundheit. Frankfurt 1981
- Wolf, J.H.:** "Ausstattung und Einrichtung des Krankenhauses in Deutschland 1870-1900", in: Schadewaldt, H. (Redaktion): Studien zur Krankenhausgeschichte im 19. Jahrhundert im Hinblick auf die Entwicklung in Deutschland, Göttingen 1976