

Deutsches Zentrum
für Altersfragen e.V.

DA 2/81

Manfred-von-Richthofen-Straße 2
1000 Berlin 42 · ☎ 030/786 60 71

31

Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit

**DIE PFLEGE
ALTER MENSCHEN
Institutionen,
Arbeitsfelder und Berufe**

von
Hilde von Balluseck

Berlin, im Juli 1980



Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V.

Manfred-von-Richthofen-Straße 2
1000 Berlin 42 · ☎ 030/786 60 71

31

Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit

DIE PFLEGE ALTER MENSCHEN Institutionen, Arbeitsfelder und Berufe

von
Hilde von Balluseck

Berlin, im Juli 1980



Meiner Mutter Angela von Balluseck
gewidmet in der Hoffnung auf
ein besseres Diesseits



VORWORT

Das Deutsche Zentrum für Altersfragen e.V. befasst sich seit seiner Gründung im Jahre 1974 intensiv mit zwei Berufsgruppen, die für die praktische Altenhilfe von besonderer Bedeutung sind - den Sozialarbeitern/-pädagogen und den Altenpflegern.

In Schriftform festgehalten sind die Arbeiten zu den Ausbildungsregelungen für Altenpfleger in den einzelnen Bundesländern und zur Ausbildungssituation der Altenpfleger. In der nun vorgelegten Schrift wird verstärkt auf die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals in der Pflege älterer Menschen eingegangen. Verbindungslinien zu anderen Berufsgruppen - zu den Sozialarbeitern einerseits und dem Krankenpflegepersonal andererseits - werden gezogen.

Die Arbeit ist bemüht, die derzeit gegebene Situation in der Altenpflege historisch abzuleiten und sie in den Rahmen der auf die Altenpflege spezialisierten Institutionen zu stellen.

Kritische Analysen werden und müssen nicht immer und vor allem nicht ungeteilt Zustimmung finden. Das Deutsche Zentrum für Altersfragen e.V. bietet an, Reaktionen auf diese Schrift - ihre Feststellungen und Thesen - systematisch zu sammeln und dann erneut einem breiteren Fachpublikum zur Kenntnis zu geben. Wir denken hierbei an Reaktionen des Pflegepersonals, der Pflegeschüler und -schulen sowie der Institutionen und ihrer Verbände.

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
Vorbemerkung	9
I. Einleitung: Der Einfluß der Sozialpolitik auf die Lebensbedingungen und den Gesundheitszustand alter Menschen	12
II. Das Verhältnis von Versicherung und Fürsorge bei Alter und Krankheit	17
1. Versorgung, Versicherung und Fürsorge	17
2. Die Entwicklung der Armenpflege bis zur Sozialgesetzgebung unter Bismarck	20
3. Von der Entstehung der Sozialversicherung bis zum 1. Weltkrieg	25
3.1. Die Entstehung der Sozialversicherung	25
3.2. Versicherung und Armenpflege	28
4. Vom 1. Weltkrieg bis zum Ende der Weimarer Republik	30
4.1. Sozialpolitik und Sozialversicherung	30
4.2. Die Wohlfahrtspflege	32
5. Von der Machtergreifung Hitlers bis zum Ende des 2. Weltkrieges	37
6. Vom Ende des 2. Weltkrieges bis zur Gegenwart	39
6.1. Grundzüge der Sozialpolitik	39
6.2. Die Sozialpolitik im Hinblick auf alte Menschen	41
6.3. Das sozialpolitische Problem der Pflegebedürftigkeit	43
7. Zusammenfassung	51

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
III. Institutionen zur Pflege alter Menschen	53
1. Zur Struktur und Funktion von Institutionen des Gesundheitssystems und der Altenhilfe	53
2. Die Familie	56
2.1. Die Pflegebereitschaft in der Familie	56
2.2. Die Pflege alter Menschen	58
2.3. Zusammenfassung	60
3. Ambulante Pflegedienste	61
3.1. Zur Geschichte	61
3.2. Hauskrankenpflege und Hauspflege in Berlin	65
3.3. Sozialstationen	70
3.4. Ambulante Krankenpflege in Bayern	73
3.5. Tätigkeiten	75
3.6. Zusammenfassung	78
4. Stationäre Einrichtungen	79
4.1. Zur Geschichte der Differenzierung der Institutionen der Altenhilfe und des Gesundheitswesens	79
4.2. Heutige sozialpolitische Interventionen	93
4.3. Art und Umfang der Institutionen	98
4.3.1. Trägerschaft	98
4.3.2. Regionale Verteilung	99
4.3.3. Anzahl der Patienten	100
a) Altenhilfe	100
b) Gesundheitswesen	101
4.3.4. Alter und Geschlecht der Patienten	102
4.4. Die Lebensbedingungen der Patienten	103
4.4.1. Die Ausgliederung	107
4.4.2. Die neue Umgebung	115

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
4.4.3. Kontakte mit anderen Menschen	117
4.4.4. Aufgaben	124
4.5. Zusammenfassung	130
IV. Die Pflegeberufe	132
1. Zur Struktur und Funktion von Berufen und Qualifikationen	132
2. Zur Geschichte der Differenzierung der Pflegeberufe	135
3. Heutige sozialpolitische Interventionen	145
3.1. Die Personalschlüssel	146
3.1.1. Institutionen der Altenhilfe	146
3.1.2. Institutionen des Gesundheitswesens	149
3.1.3. Auswirkungen in der Praxis	155
3.2. Aus-, Fort- und Weiterbildung	158
4. Anzahl und Verteilung unterschiedlicher Qualifikationen	162
4.1. Ambulante Pflege	162
4.2. Stationäre Einrichtungen	164
5. Ausbildungsgänge	170
5.1. Pflegekräfte mit Kurzausbildung	170
5.2. Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	181
5.3. Familienpflegerinnen, Hauspflegerinnen, Dorfhelferinnen	184
5.4. Krankenschwestern/Krankenpfleger	186
5.5. Altenpflegerinnen/Altenpfleger	195
5.5.1. Verteilung, Geschlecht, Alter, Bezahlung	195
5.5.2. Ausbildung	198
5.6. Unterschiede und Gemeinsamkeiten in der Ausbildung zur Kranken- und Altenpflege	201

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
5.6.1. Allgemeine Bestimmungen und Einordnung in das Bildungssystem	201
5.6.2. Schulen, Lehrpersonal und Unterricht	205
5.6.3. Zulassungsvoraussetzungen	206
5.6.4. Ausbildungsgänge und -inhalte	206
5.6.5. Soziale Herkunft der Schüler	211
5.6.6. Motivation der Schüler	212
5.6.7. Folgerungen	217
Exkurs: Internationaler Vergleich von Ausbildungen für die Altenpflege	218
1. Belgien	219
2. Dänemark	220
3. England	220
4. Italien	221
5. Niederlande	221
6. Schweden	222
7. Schweiz	223
8. USA	224
9. Zusammenfassung	225
6. Auswirkungen unterschiedlicher Ausbildungsgänge	226
7. Fort- und Weiterbildung	238
8. Arbeitsbedingungen	244
8.1. Kompetenzen	244
8.2. Arbeitsbedingungen	249
8.2.1. Architektur, Einrichtung, Stellenplan	249
8.2.2. Arbeitsorganisation	253
8.3. Tätigkeiten und Belastungen in der Altenpflege	256
9. Zusammenfassung	273

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
V. Schlußfolgerungen	277
Literaturverzeichnis	283
1. Zur Geschichte der Sozialpolitik und freien Wohlfahrtspflege	285
2. Zur Theorie der Sozialpolitik	290
3. Gesetzliche Grundlagen und Praxis der Sozialpolitik im Bereich der Altenpflege	293
4. Zur Geschichte der Pflegeberufe	301
5. Zur Theorie der Berufe und Pflegeberufe	302
6. Zur Praxis der Pflegeberufe und ihrer Ausbildung	303
7. Eigene Untersuchungen zum Thema	307
 <u>Anhang</u>	
- Europäisches Übereinkommen über die theoretische und praktische Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern	311
- Empfehlung des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge für eine - bundeseinheitliche - Ausbildungsordnung für Altenpfleger	314

Verzeichnis der Tabellen und Übersichten

Tabellen-Nr.	T i t e l	Seite
1	Almosenempfänger in Berlin 1865, 1866, 1867	24
2	Gründe für Armenunterstützung 1885	28
3 a	Pflegebedürftige Menschen über 65 Jahre im Jahr 1976	45
3 b	Über 65jährige Empfänger von Hilfe zur Pflege 1970, 1975, 1977	46
4 a	Ausgaben für Hilfe zur Pflege in Mill. DM	47
4 b	Empfänger von "Hilfe zur Pflege" der Sozialhilfe 1977	48
5	Umfang der Haus-(kranken-)pflege in Berlin-Kreuzberg und Berlin-Tempelhof	66
6	Alter der Patienten bei der Haus-(kranken-)pflege in Berlin-Kreuzberg und Berlin-Tempelhof	67
7	Wohnbevölkerung und durch Haus-(kranken-)pflege Betreute in Berlin-Kreuzberg und Berlin-Tempelhof	67
8	Prozentsatz der alleinlebenden und der weiblichen Patienten unter den von Hauspflegediensten Betreuten in Berlin-Kreuzberg und Berlin-Tempelhof	68
9	Zuweisungs-/Leistungsmodus in der Haus-(kranken-)pflege in Berlin-Kreuzberg und Berlin-Tempelhof	69
10	Verteilung der staatlich geförderten Sozialstationen auf die einzelnen Bundesländer	70
11	Kostenträger für Sozialstationen in einigen Bundesländern	72
12	Ambulante Dienste mit Krankenpflege in Bayern	74
13	Wohnbevölkerung und durch ambulante Krankenpflege Betreute in Bayern	74
14	Trägerschaft stationärer Einrichtungen des Gesundheitswesens für alte Menschen	99
15	Verteilung von Einrichtungen für alte Menschen nach Ortsgrößenklassen	100
16	Angaben zum Haus/zur Station von ausgewählten Berliner Einrichtungen	104
17	Gründe für Umzug in ein Altenheim	108
18	Zugehörigkeit des Pflegepersonals 1876/1885 zu Orden/Kongregationen	139
19	Anhaltzahlen für Pflegepersonal	154

Verzeichnis der Tabellen und Übersichten

<u>Tabellen-Nr.</u>	<u>T i t e l</u>	<u>Seite</u>
20	Angaben zum Personal in ausgewählten Berliner Einrichtungen	156
21	Zufriedenheit mit dem vorhandenen Personal in ausgewählten Berliner Einrichtungen	157
22	Personalsituation in der Haus-(kranken-)pflege in Berlin-Kreuzberg und Berlin-Tempelhof	162
23	In Krankenpflegestationen tätiges Personal in Bayern	163
24	Ausbildung des Personals in der ambulanten Krankenpflege in Bayern	164
25	Personal in Altenheimen/-wohnheimen/-pflegeheimen	165
26	Pflegekräfte in Altenheimen/-wohnheimen/-pflegeheimen	166
27	Voll- und teilzeitbeschäftigtes Personal in Alteinrichtungen in Bayern nach Berufsgruppen und Geschlecht	166
28	Qualifikationsverteilung des in der Pflege eingesetzten Personals in Einrichtungen des Gesundheitswesens für alte Menschen	167
29	Alter des Pflegepersonals in der Altenpflege	169
30	Durchführung von Lehrgängen oder Kursen zur Kurzausbildung von in der Altenhilfe tätigem Personal	171
31	Kurzausbildung von Pflegekräften	172/173
32	Beurteilung der Kurzausbildung durch die antwortenden Verbände	176/177
33	Unterrichtsfächer in der Altenpflege, Krankenpflegehilfe und Krankenpflege	207/208
34	Schichtstruktur von Krankenpflege-, Altenpflege-, Krankenpflegehelfer-Schülern in Niedersachsen	211
35	"Sehr wichtige" Motive für die Berufswahl	213
36	Motivierung für Altenpflege/-hilfe (Altenpflegekräfte in ausgewählten Berliner Einrichtungen)	215
37	Früherer Beruf von Altenpflegekräften (Altenpflegekräfte in ausgewählten Berliner Einrichtungen)	216
38	Angeschriebene Länder und Rücklauf bei der Umfrage zur Altenpflegeausbildung	219

Verzeichnis der Tabellen und Übersichten

<u>Tabellen-Nr.</u>	<u>T i t e l</u>	<u>Seite</u>
39	Zufriedenheit mit der Ausbildung in ausgewählten Berliner Einrichtungen	226
40	Bevorzugter Beruf heute (Altenpflegekräfte in ausgewählten Berliner Einrichtungen)	227
41	Nicht mehr angewendete Kenntnisse (Altenpflegekräfte in ausgewählten Berliner Einrichtungen)	235
42	Andere Möglichkeiten, eine Stelle zu finden (Altenpflegekräfte in ausgewählten Berliner Einrichtungen)	236
43	Bereitschaft zur Weiterbildung in der Freizeit (Altenpflegekräfte in ausgewählten Berliner Einrichtungen)	239
44	Weiterbildung für Krankenpflege- und Altenpflegepersonal an Krankenpflegehochschulen	240/241
45	Angaben zur Verfassung der Patienten in ausgewählten Berliner Einrichtungen	257
46	Anteil einzelner Tätigkeiten an der Arbeitszeit des Pflegepersonals	258/259

Übersichten

1	Die Krankenpflegeausbildung	191/192
2	Unterschiede in der Ausbildung zur Krankenpflege und Altenpflege	203/204
3	Aufgaben im Altenpflegeheim/Altenkrankenheim	247/248

Vorbemerkung

Die Bedeutung des Themas "Pflege alter Menschen" braucht in Anbetracht der sich verschiebenden Altersstruktur der Bevölkerung und der schon rein quantitativen Zunahme des Problems pflegebedürftiger alter Menschen kaum erläutert zu werden. Die quantitativen und qualitativen Konsequenzen dieser Probleme für die Betroffenen und die sozialpolitischen Antworten hierauf sind Themen dieser Studie. Dabei werden von den vielfältigen ökonomischen, psychologischen und ethischen Fragestellungen nur drei behandelt:

1. die Frage, wie die Kostenträgerschaft bei Pflegebedürftigkeit geregelt wird;
2. die Frage, welche Institutionen zur Pflege alter Menschen zur Verfügung stehen und wie sie sich in den Augen von Heimbewohnern und Pflegebedürftigen darstellen, und
3. die Frage nach den Kompetenzen, Qualifikationen und Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals.

Jeder dieser drei Teile stellt zunächst die Entwicklung der letzten 100 bis 120 Jahre dar, beschreibt die heutigen sozialpolitischen Interventionen, trägt das vorhandene Datenmaterial zu der jeweiligen Fragestellung zusammen und entwickelt von dieser Basis aus Vorstellungen für die sozialpolitische Praxis.

Ich habe mich in dieser Untersuchung vieler zur Verfügung stehender Methoden aus den Sozialwissenschaften bedient, weil - wenn überhaupt - nur Methodenvielfalt der komplexen sozialen Realität gerecht werden kann. Jede Methode hat dabei andere Funktionen wahrzunehmen:

- die Nachvollziehung der historischen Entwicklung zeigt die historische Bedingtheit heutiger Strukturen und Entscheidungssysteme auf,
- die Übernahme von durch quantifizierende Methoden gewonnene Ergebnisse ermöglicht einen groben Überblick über bestehende Strukturen,
- die Anwendung qualitativer Forschungsmethoden bringt Einblicke in die Auswirkungen von Strukturen auf Betroffene und in Beharrungs- und Veränderungstendenzen.

Ogleich die Arbeit einen sehr wesentlichen Bestandteil der Problematik pflegebedürftiger alter Menschen, nämlich den ethischen Aspekt (Sinn des Lebens bei schwerer, unheilbarer Krankheit; Selbstmord; Sterbehilfe), völlig ausklammert, umfaßt sie diverse Wissensgebiete, die in dieser Form im allgemeinen nicht zusammenfassend gesehen und behandelt werden:

- das System der sozialen Sicherung mit seinen versicherungsrechtlichen Fragestellungen wird im ersten Teil behandelt,
- im zweiten Teil werden Institutionen zur Pflege alter Menschen aus dem Gesundheitssystem und dem Bereich der Altenhilfe zusammenfassend dargestellt,
- im dritten Teil schließlich, der am differenziertesten und am ausführlichsten vorgeht, kommt der gesamte Bereich der Kranken- und Altenpflege als Beruf ins Blickfeld, das heißt, die Themen von Arbeitsmarkt-, Berufs- und Qualifikationsforschung werden auf die pflegerischen Berufe, die mit Alten befaßt sind, angewendet.

Die einzelnen Teile stehen jeweils für sich und können unabhängig voneinander gelesen werden. Erst zusammen aber ergeben sie den notwendigen Überblick über die Komplexität der angeschnittenen Problematik.

Bei einer derartigen Vielfalt von Wissensgebieten und Methoden bleibt die Arbeit mit Sicherheit in einigen Punkten unbefriedigend. Dennoch erscheint mir der Versuch einer übergreifenden Perspektive wichtig, um von partikularistischen Betrachtungsweisen in Wissenschaft und Politik zu Entscheidungen zu kommen, die die gesamte gesellschaftliche Wirklichkeit umfassen. So kann diese Arbeit hoffentlich Anregungen für die politische Praxis und die Praxis der Altenhilfe liefern.

Mein Dank gilt an erster Stelle den Pflegekräften und Patienten in den Berliner Institutionen, in denen ich selbst mitgearbeitet habe. Ohne ihre Gesprächsbereitschaft wäre es mir nicht möglich gewesen, die Probleme der Pflege alter Menschen quasi "von innen" her kennenzulernen und zu erfahren. Bei der wissenschaftlichen Bearbeitung des Themas war es vor allem Florian Tennstedt, der mir durch Kritik und Anregungen zur Seite stand, außerdem haben Peter Grottian und Michael Schreyer mir an einigen Punkten des Manuskripts durch kritische Anmerkungen weitergeholfen.

Mein Dank gilt auch den Kollegen im Deutschen Zentrum für Altersfragen, die mich durch ihre Bereitschaft zum Gespräch unterstützt haben, darunter aber ganz besonders Inge Penner, die mit großer Geduld das Manuskript getippt und durch Zwischenfragen den Fortgang der Arbeit beschleunigt hat.

Berlin, im Juli 1980

Hilde von Balluseck

I. Einleitung: Der Einfluß der Sozialpolitik auf die Lebensbedingungen und den Gesundheitszustand alter Menschen

Je nach historischem, wissenschaftlichem und politischem Vorverständnis werden Sozialpolitik unterschiedliche Funktionen zugeschrieben. PRELLER (1949, Seite 18) definiert sie als jenen Teil der Gesellschaftspolitik, "der sämtliche Bestrebungen und Maßnahmen umschließt, die auf eine bestmögliche Ordnung des Sozialgefüges im Hinblick auf das Arbeitsleben der menschlichen Gesellschaft zielen". Geht man davon aus, daß sämtliche Lebensbereiche der Menschen durch ihre Arbeitsbedingungen mehr oder weniger (durch Einfluß auf die Arbeitsweise, das Einkommen, den sozialen Status) geprägt sind, so umschließt dieser Begriff alle Bemühungen, die aus den Arbeitsbedingungen resultierenden Folgen so zu gestalten, daß die Einordnung der Bevölkerung in die bestehende Arbeits- und Sozialordnung gewährleistet ist. Welche Funktionen ihr dabei zugestanden werden, wird sehr unterschiedlich definiert. So kann man die Funktionen der Sozialpolitik in prohibitive, balancierende und präparative unterteilen (NARR/OFFE 1975, S. 21 ff.) oder ihr Kompensations-, Konstitutions- und Kontrollfunktionen zuerkennen (RÜDEL/GULDIMANN 1978, S. 15) oder auch Forderungen aufstellen wie die, daß die Funktion der Sozialpolitik aktiv sein solle und damit auch Verteilungs- und Statusprobleme berühren müsse (TENNSTEDT 1976 a, S. 420). Aus diesen wenigen Bemerkungen wird deutlich, daß Sozialpolitik eine stark normative Komponente hat: sie definiert durch ihre Maßnahmen und Leistungen, welche Problembereiche in der Gesellschaft so ernst genommen werden, daß sie durch staatliche Strategien bewältigt werden. Welche Leistungen des Staates für notwendig gehalten werden, hängt ab

- von den Möglichkeiten zu ausreichender privater Reproduktion, da Notstände den sozialen Frieden und damit die Regierung oder auch den Staat als Ganzes gefährden können;
- von den finanziellen Mitteln, die dem Staat zur Verfügung stehen, denn Sozialpolitik ist immer mehr oder weniger "Appendix und Derivat der Wirtschaftspolitik" (NARR/OFFE 1975, S. 21);
- von den Aufgaben, die dem Staat von der Bevölkerung zugesprochen werden, das heißt, der gleiche Notstand muß nicht zu gleichen Forderungen an den

Staat führen, solange er von anderen Instanzen (Kirche, Familie) bewältigt oder verschleiert wird;

- von der Problemverarbeitungskapazität des Staates (RONGE-SCHMIEG 1973; GROTTIAN 1974), das heißt von der Fähigkeit der Akteure in staatlichen und anderen Instanzen, Probleme, die legitimationsgefährdend werden könnten, als solche zu erkennen, zu artikulieren, und in - das Legitimationsproblem aufhebende oder mildernde - Maßnahmen umzusetzen;
- und von den Interessen der mächtigen Gruppen in der Gesellschaft, die sozialpolitische Maßnahmen verhindern oder verzögern können (Beispiel: im Falle des § 218 die Kirche und die Ärzteschaft; im Falle des Kassenarztrecht des Ärzte - NASCHOLD 1973 -, im Falle der Gesetzgebung bei Mitbestimmung, Streikrecht und Berufsbildung die Unternehmer).

Wie Sozialpolitik entsteht, ist also ein langwieriger Prozeß, der um so komplizierter ist, je mehr der Staat die gesellschaftlichen Beziehungen regelt und von daher neue Maßnahmen auf schon durchgeführte abstimmen muß und je mehr zum Teil heterogen orientierte Interessengruppen von diesen Maßnahmen betroffen sind und darauf Einfluß zu nehmen versuchen.

Die Sozialpolitik umfaßt Maßnahmen und Leistungen für die im Arbeitsprozeß befindliche Bevölkerung wie für diejenigen Gruppen, die (noch) nicht oder nicht mehr in den Arbeitsprozeß integriert sind. Zu den sozialpolitischen Maßnahmen gehören also die Arbeitsschutzpolitik genauso wie die Politik der sozialen Sicherung im Alter und bei Krankheit.

Zur Sozialpolitik für alte Menschen gehört aber noch weit mehr, nämlich

- die gesamte staatlich initiierte und/oder unterstützte Altenhilfe;
- die Vorgaben für die Errichtung, Finanzierung und Betreibung von Krankenhäusern und Heimen der Altenhilfe;
- die Schaffung von Ausbildungsregelungen und Personalmindestverordnungen für Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Altenhilfe.

Die Situation im Altenbereich ist insofern komplex, als hier ein großer Anteil von Institutionen und auch Schulen für das Pflegepersonal durch die Verbände

der freien Wohlfahrtspflege betrieben wird. Der Staat hat aber auch hier einen zunehmenden Einfluß durch "Anreizprogramme" (GRUNOW/HEGNER/LAMPERT 1979, S. 90) und Finanzierungshilfen, die von bestimmten Auflagen abhängig gemacht werden (vgl. II. 2.).

Die heutigen Notstände in der Gesellschaft, die alte Menschen betreffen und auf die der Staat in irgendeiner Weise reagieren muß, weil sie artikuliert und nicht von anderen Instanzen bewältigt werden, lassen sich auf drei Nenner bringen:

1. die Möglichkeiten der privaten Reproduktion sind für alle Lohnabhängigen beschränkt durch wirtschaftliche und soziale Entwicklungen, die ein Eingreifen des Staates zur Sicherung der Reproduktion notwendig machen (vgl. SACHSSE/TENNSTEDT 1980). Speziell für alte Menschen sind hierbei die Sicherungen bei Krankheit und Alter von Bedeutung. Ihr Umfang ist nicht ausreichend, da das Einkommen vieler alter Menschen den als notwendig bezeichneten Lebensunterhalt nicht deckt und bei Pflegebedürftigkeit kein Versicherungssystem greift.
2. Die Gesundheit der Lohnabhängigen Bevölkerung ist zu einem erheblichen Teil abhängig von ihren Arbeits- und Lebensbedingungen. Krankheit und gesundheitlicher Verschleiß bei älteren und alten Menschen sind häufig Produkte der sozialen Umwelt und nicht notwendige Begleiterscheinungen des Alters. Von daher sind die Maßnahmen des Staates auf dem Gebiet des Arbeitsschutzes, der Ökologie und der Infrastruktur als potentielle Prophylaxe von Bedeutung. Die starke Zunahme chronischer Erkrankungen und die daraus resultierenden sozialen Folgeprobleme (Pflege, Unterbringung, frühzeitige Invalidität) zeigen die Notwendigkeit solcher Maßnahmen: In der Altersgruppe von 40 bis 65 gelten nahezu zwei Drittel aller Kranken als chronisch krank, in der Altersgruppe der über 65jährigen sind es dann mehr als 80 Prozent. Die höhere Lebenserwartung ist somit nicht auf einen besseren Gesundheitszustand zurückzuführen, sondern vor allem auf den Rückgang der Säuglingssterblichkeit und der Infektionskrankheiten (HELBERGER 1977). Das Gesundheitssystem ist immer noch vorwiegend kurativ konzipiert und reagiert vorwiegend nachträglich auf die krankmachenden Faktoren. Von daher ist eine Zunahme der chronischen Krankheiten sowohl absolut wie relativ zu erwarten.

3. Das psychische Befinden der lohnabhängigen Bevölkerung wird ebenfalls von den Arbeits- und Lebensbedingungen beeinflusst. Sie bestimmen, welchen Status ein Mensch hat und welche Möglichkeiten zur Befriedigung seiner Bedürfnisse ihm zur Verfügung stehen. Der soziale Status im Alter wird über die sozioökonomischen Faktoren wie Schicht, Geschlecht, Bildung hinaus durch Zuschreibungen bestimmt, die ihren Ursprung in Strukturmerkmalen der Gesellschaft haben.

Das Tauschprinzip, nach dem auf dem Markt Waren angeboten und getauscht werden, gilt auch für die menschliche Arbeitskraft. Es beinhaltet die Gleichwertigkeit von Leistungen, und zumeist werden Leistungen gegen Geld, nicht gegen andere Leistungen, getauscht. Jeder, der nicht äquivalente Leistungen, auch im zwischenmenschlichen Bereich, anbieten kann, fällt auf der Statusskala auf die Sprosse der Bedürftigen, die nicht auf dem üblichen Wege Anerkennung und Liebe erringen können. Hinzu kommt die Konkurrenz aller Arbeitskräfte untereinander, die Bewertungsraster von Eigenschaften hervorbringt, nach denen Individuen als niedriger- oder höherwertig eingestuft werden. Das Konkurrenzprinzip verlangt nach Kriterien der Aussonderung, um "Komplexität zu reduzieren" (LUHMANN). "Alter" dient als solch eine Abstufungskategorie.

Von daher bedeutet Alter in unserer Gesellschaft eine objektive und subjektive Veränderung gegenüber Lebensinhalten. Die Funktionen und die Bedeutung von Menschen werden mit zunehmendem Alter geringer und abgewertet. Die Funktion als volle Arbeitskraft verlieren viele Arbeitnehmer schon vor Erreichen der offiziellen Altersgrenze durch eine Reduzierung ihrer Gesundheit, ähnlich sinkt die Bedeutung als wesentliche Bezugsperson, Liebes- und Sexualobjekt mit zunehmendem Alter häufig. Nur in langdauernden, auf gegenseitiger Achtung und Vertrauen gegründeten Arbeits- und Freundschaftsbeziehungen können diese aus allgemeinen Strukturprinzipien herrührenden Mechanismen aufgefangen werden.

An der sozioökonomischen Situation der alten Menschen läßt sich ihre Wertschätzung durch die Gesellschaft ablesen. Sie ist dadurch gekennzeichnet, daß das Einkommen vieler unter dem amtlich als "notwendig" bezeichneten Lebensunterhalt liegt.

Bei der Pflegebedürftigkeit kumulieren diese Faktoren: Der alte, pflegebedürftige Mensch ist ökonomisch nicht gesichert, weil das Risiko der Pflegebedürftigkeit nicht durch Versicherungssysteme abgedeckt wird. Er ist in seiner Gesundheit schwer geschädigt, zum Teil aufgrund der Arbeits- und Lebensbedingungen, denen er ausgesetzt war. Die Institutionen des Gesundheitswesens sind im Hinblick auf alte Menschen zu wenig rehabilitativ ausgerichtet¹⁾. Die Rolle und Situation des pflegebedürftigen alten Menschen ist von mehreren Stigmata bestimmt: fortlaufende Funktionslosigkeit und Statusverlust. Während der junge kranke Mensch meist noch mit dem Interesse an seiner Rehabilitation rechnen kann, ist dieses Interesse für alte Menschen nicht stark ausgeprägt, da sie ohnehin keine Funktion im Produktionsprozeß mehr wahrnehmen.

Die Pflegebedürftigkeit als gesellschaftliches und individuelles Problem hat es - ebenso wie das Altenproblem - in diesem Ausmaß in der Menschheitsgeschichte bisher nicht gegeben. Eine hohe Säuglingssterblichkeit, akute Krankheiten und Epidemien verhinderten das Altwerden und damit auch Krankheit im Alter.

Daß die Pflege alter Menschen heute zum sozialpolitischen Problem geworden ist, liegt zunächst

- an der Zunahme der durchschnittlichen Lebenserwartung, die eine Pflegebedürftigkeit im Alter für den einzelnen wahrscheinlicher macht;
- an der Verallgemeinerung der Lohnarbeit, die die Wahrscheinlichkeit, in der Familie gepflegt zu werden, sinken läßt;
- und drittens: an den Legitimationsproblemen, mit denen der Wohlfahrtsstaat trotz zunehmender Ausdehnung der Leistungen im Sozialbereich konfrontiert wird.

Im folgenden wird untersucht, welche Antworten gesellschaftliche Gruppen (insbesondere Staat und freie Träger) auf diese Probleme zu finden versuchen.

1) Für den geronto-psychiatrischen Bereich haben dies BERGENER u.a. nachgewiesen.

II. Das Verhältnis von Versicherung und Fürsorge bei Alter und Krankheit

1. Versorgung, Versicherung und Fürsorge

Die Sozialenquete von 1965 hat diese drei Begriffe in auch heute noch gültiger Weise definiert. SCHÄFER (1966) hat dazu eine Analyse geliefert, die sich mit dem jeweiligen Umfang der drei Sicherungssysteme beschäftigt. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf diese beiden Untersuchungen.

"Versorgung" wird durch Steuern finanziert und "bedeutet Einräumung von Rechtsansprüchen auf Ausschüttung öffentlicher Mittel... Der Versorgte ist im wesentlichen passiver Empfänger einer vom Staat anerkannten Ausgleichsleistung" (Sozialenquete-Kommission 1966, S. 61). Beispiele für Versorgung sind der Lastenausgleich nach dem 2. Weltkrieg oder auch die Kranken- und Altersversorgung der Beamten, die ja nicht durch eigene Beiträge, sondern durch die Gesamtheit der Steuerzahler finanziert werden.

Bedeutsamer für die Mehrheit der Lohnabhängigen Bevölkerung ist die Sozialversicherung. Sie wird zum Teil durch Beiträge der Versicherten finanziert und läßt sich unterscheiden nach Versicherung als reinem Risikoausgleich (Beispiel: Krankenversicherung) und Versicherung als Risikoausgleich, die mit Sparen verbunden ist (Rentenversicherung). Im Falle der Rentenversicherung sind die Leistungen der Versicherung von dem Verdienst der Versicherten abhängig, aus denen sich auch die Beiträge ableiten. Anders bei der Krankenversicherung, die bei Sach- und Dienstleistungen einheitliche Leistungen für alle Versicherten, unabhängig von der - ebenfalls nach dem Einkommen gestaffelten - Beitragshöhe erstattet.

Kranken- und Rentenversicherung werden durch Beiträge der Arbeitnehmer, der Arbeitgeber und bei der Rentenversicherung zum Teil auch des Staates finanziert. Soweit die Leistungen unabhängig von den unterschiedlich geleisteten Beiträgen erbracht werden, wie im Falle der Krankenversicherung, oder soweit der Staat Zuschüsse zahlt, wie bei der dynamischen Rentenanpassung, findet

auch eine interpersonale und intertemporale Umverteilung statt, denn dann zahlen die Begüterten auch einen Teil der Leistungen für die weniger begüterten Arbeitnehmer mit (vgl. Transferenquete-Kommission 1979, S. 45).

Die Fürsorge ist das dritte Finanzierungsprinzip bei der sozialen Sicherung. Sie wird nicht durch Beiträge, sondern, wie die Versorgung, durch Steuermittel aufgebracht. Sie wird jedoch nur dann gewährt, wenn Menschen in Not geraten und selbst nicht (genügend) Geld verdienen können, um diese Not zu beheben, und wenn die nächsten Angehörigen (Eltern, Kinder, Ehegatte) ebenfalls nicht in der Lage sind, die notwendige Hilfe zu leisten.

Sozialpolitisch gesehen erfüllen die drei Sicherungssysteme zum Teil unterschiedliche, zum Teil gleiche Funktionen. Gehen wir von der Definition von RÖDEL/GULDIMANN (1978) aus, wonach Sozialpolitik eine Kompensations-, eine Konstitutions- und eine Kontrollfunktion hat, so lassen sich diese drei Funktionen auch für die drei Sicherungsprinzipien nachweisen. Allerdings hat kein Sicherungsprinzip nur eine Funktion, sondern deckt gleichzeitig mehrere ab.

Die Versorgung hat Kompensations- und Konstitutionscharakter. Im Falle des Lastenausgleichs nach dem Kriege kompensierte sie die sozialen Unterschiede, die zwischen Flüchtlingen und Heimatvertriebenen und der ortsansässigen Bevölkerung in der heutigen Bundesrepublik entstanden waren. Im Falle der Beamtenversorgung jedoch hat diese Versorgung auch einen gestaltenden Charakter, weil sie die Beamten als dem Staat treue Bedienstete in besonderer Weise belohnt und dadurch u.a. zu ihrer Loyalität beiträgt. Insofern hat zumindest dieser Teil der Versorgung auch den Charakter sozialer Kontrolle.

Die Versicherung hat Konstitutionsfunktion, wo eine Sicherstellung der Arbeitnehmer in Krankheit und Alter angestrebt und erreicht wird und damit der soziale Friede gewährleistet ist. Kompensationsfunktion hat die Versicherung dann, wenn sie, wie in der Krankenversicherung und zum Teil in der Rentenversicherung, auch Leistungen bereitstellt, die nicht durch die Beiträge der Arbeitnehmer und Arbeitgeber abgedeckt sind.

2. Die Entwicklung der Armenpflege bis zur Sozialgesetzgebung unter Bismarck

Die kirchliche Armenpflege nahm sich jahrhundertlang der Armen und Kranken ohne familiäre Unterstützung an. Ab dem 13. Jahrhundert erstarkten die Städte und schufen sich eigene Einrichtungen, auch für die Armenpflege. Dabei verschmolzen kirchliche und kommunale Trägerschaft häufig (KOCH 1933, S. 38). Die ersten Armenordnungen in den Städten sollten das Betteln verhindern, also die Armut den Augen der Bürger entziehen; zum anderen sollte die Armenpflege die säumigen Bettler zur Arbeit anhalten. Die Bürger selbst waren an der Verwaltung und Durchführung der Armenpflege beteiligt (KOCH 1933, S. 34 f., WRONSKY 1925, S. 29).

Ab dem 18. Jahrhundert wurde die Unfähigkeit der Städte, mit der Armut (u.a. mit drastischen Polizeimethoden) Herr zu werden, deutlich. Wie auch in den anderen gesellschaftlichen Bereichen versuchte man nun auf höherer staatlicher Ebene, Abweichung und Not unter Kontrolle zu bringen. An den Staat als "neutralen" Garanten der bestehenden Wirtschafts- und Sozialordnung wird zunehmend die Erwartung herangetragen, die gesellschaftlichen Mißstände unter Kontrolle zu bringen und u.a. damit auf allen Ebenen das reibungslose Funktionieren des Austauschprozesses zwischen Kapital und Arbeit zu gewährleisten. Die staatlichen Maßnahmen bestehen zunächst unregelmäßig neben denen der kirchlichen Fürsorge. Das Nebeneinander der beiden unterschiedlichen Träger wurde so interpretiert, daß der öffentlichen Wohlfahrt die Aufgaben, die in jedem Falle übernommen werden mußten, zufielen, gegebenenfalls auch mit der Auflage, Zwang anzuwenden ("Zwangsfürsorge"); und den privaten Wohlfahrtsinitiativen die "freiwilligen" Hilfeleistungen. 1794 artikulierte das Preußische Landrecht die Pflicht der Gemeinden zur Übernahme der Kosten für die öffentliche Armenpflege:

"Dem Staate kommt es zu, für die Ernährung und Verpflegung derjenigen Bürger zu sorgen, die sich ihren Unterhalt nicht selbst schaffen und denselben auch von anderen Personen, welche durch besondere Gesetze dazu verpflichtet sind, nicht erhalten können." (Zitat nach DIEFENBACH 1920, S. 100).

Die Entwicklung der öffentlichen Wohlfahrtspflege in den Stadtstaaten und Preußen fand einen vorläufigen Abschluß mit der Einführung des Unterstützungswohnsitzgesetzes 1842 in Preußen und einer neuen Heimatgesetzgebung in Süd- und Westdeutschland. Der Unterschied zwischen Gemeinde- und Staatsarmenpflege bestand darin, daß die Gemeinden für diejenigen Bürger sorgten, die in die Gemeinde aufgenommen waren, sofern nicht privatrechtlich Verpflichtete die Versorgung übernahmen. Die Staatsarmenpflege hatte sich aller anderen, der Ärmern also, anzunehmen. In den anderen deutschen Staaten wurde im Gegensatz zu Preußen nur denjenigen Unterstützung gewährt, die heimatberechtigt waren. Das Unterstützungswohnsitzgesetz, das Preußen als erster deutscher Staat einführte, ist der Ausdruck für die zunehmende Mobilität der Lohnabhängigen, die nicht mehr unbedingt an ihrem Heimatort eine wirtschaftliche Leistung für die Gemeinde erbrachten (DIEFENBACH ebenda). Das Gesetz über den Unterstützungswohnsitz wurde 1870 auf andere deutsche Staaten ausgedehnt. War kein Unterstützungswohnsitz zu ermitteln, so war der Landesarmenverband fürsorgepflichtig (ebenda S. 112).

Die Funktion der staatlichen Armenpflege bestand nicht nur darin, die größte Not zu lindern, sondern auch soziale Kontrolle auszuüben, indem Arbeitsunwillige oder -unfähige zur Arbeit angehalten bzw. gezwungen wurden und indem dafür gesorgt wurde, daß die Unterstützung durch die Armenverbände ein Minimum nicht überschritt. Schon Ende des 18. Jahrhunderts wird beklagt, daß die öffentliche Armenpflege zu umfangreich sei:

"Leider schoß man im Lauf der Zeit im Überschwang der Humanität über das Ziel und die jeder Armenpflege gesteckten Grenzen hinaus; die Nichtbeachtung aller armenpolizeilichen Grundsätze rächte sich. Es fehlte an Vorkehrungen, um zu verhindern, daß auch Nichtbedürftige unterstützt wurden. Indem man auch Vollarbeitsfähigen einen Zuschuß gab, wenn sie ein errechnetes Mindesteinkommen nicht erreichten, drückte man auf den Lohn der nicht unterstützten Bevölkerung... Auch mit der vorbeugenden Armenpflege ging man zu weit, indem man schließlich allen Leuten, die nicht eigentlich wohlhabend waren, freie Krankenbehandlung gab und ihren Kindern die Armenschulen öffnete... Diese Schattenseiten der Hamburger Armenpflege (Ende des 18. Jahrhunderts, H.v.B.) ließen endlich klar erkennen, daß man die Grenzen öffentlicher Armenpflege überschritten und sich auf ein Gebiet begeben hatte, welches seiner Natur nach der privaten Wohltätigkeit vorbehalten war." (DIEFENBACH 1920, S. 99)

Die neue Funktion der Armenpflege als soziale Kontrolle führte auch zu einer harten Kritik an der bisherigen spontanen Hilfsbereitschaft der Kirchen und kirchlichen Gemeinden.

"Die Verbreitung der Ansicht, daß das Almosengeben ein Heils- und Gnadenmittel sei, mußte das Fordern als ein Auffordern zur Heiligung erscheinen lassen; der Bettler ward zum willkommenen Mäher an eine heilige Verpflichtung; der Bettel selbst ward so zum verdienstlichen Werk. Was Wunder, daß das Gefühl der wirtschaftlichen Selbstverantwortlichkeit erst den von Haus aus Schwachen, dann auch Stärkeren, diesen wenigstens bei jeder unverschuldet hereinbrechenden Kalamität völlig abhandeln kam?" (EMMINGHAUS 1869, S. 6)

Die Angst, die Armen könnten zuviel bekommen, drückt sich auch in den Statuten der (privaten) Vereine für Armenpflege aus, die teils aus privaten, teils aus öffentlichen Spenden finanziert wurden. So heißt es im Rechenschaftsbericht des Vereins gegen Verarmung in Berlin von 1871:

"Der Verein verfolgt den Zweck, die Wohlthätigkeit dahin zu regeln, daß das Geben ohne Prüfung und ohne Kenntniß der Personen aufhört, weil die auf solche Weise gegebenen Unterstützungen allermeist nur Betrügem, Arbeitsscheuen und liederlichen Individuen zugute kommen, während der Würdige oder verschämte Arme von dergleichen Unterstützungen ausgeschlossen bleibt oder vielmehr sich selber ausschließt, da er vor dem Betteln zurückschreckt." (Verein gegen Verarmung... 1872, S. 4)

Die Folge dieser Zentralisierung und Reglementierung der Wohltätigkeit war die allmähliche Zersetzung der spontanen Hilfsbereitschaft, mit der die Kirchen jahrhundertlang die Armenpflege betrieben hatten. Im Rechenschaftsbericht des soeben zitierten Vereins gegen Verarmung in Berlin von 1894/95 heißt es:

"Auch der Kampf gegen das blinde, prüfungslose Unterstützen überhaupt, ist mit sichtbarem und steigendem Erfolge geführt worden. Die Fälle, in denen wohlhabende Mitbürger die ihnen zugehenden Bittgesuche dem Verein zur Erledigung oder auch, wenn sie evtl. selbst unterstützen wollen, nur zur Begutachtung überweisen, haben sich derart vermehrt..." (Verein gegen Verarmung 1896, S. 31 f.)

Besonders wird von dem Verein voller Stolz hervorgehoben, daß private Spender Geldbeträge für bestimmte Bedürftige beilegen, es aber dem Verein anheimstellen, nach Prüfung des Falles das Geld gegebenenfalls anderen zu überweisen (ebenda).

Die zunehmende Zusammenarbeit zwischen öffentlicher und privater Armenpflege hatte ebenfalls das Ziel der besseren Kontrolle über die Armen. Die "Grundzüge über den Anschluß der in Dresden bestehenden Wohlthätigkeitsvereine an die amtliche Armenpflege daselbst" sind ein beredtes Zeugnis dafür:

"§ 2 Zweck dieser Vereinigung ist:

- A. Abstellung oder wenigstens thunliche Einschränkung des gewerblichen Bettels,
- B. Verhütung der Oberhäufung einzelner Personen und Familien mit Gaben,
- C. Ausschluß unwürdiger Personen,
- D. Ausschluß der in verarmten Zustände neu angezogenen Personen von Privatunterstützungen,
- E. Evtl. im Falle einer vorkommenden allgemeinen Nothlage einheitliches Vorgehen zur Beschaffung Abhülfe."

(Zitiert nach MÜNSTERBERG 1891, S. 55/56)

Die neuen Prinzipien der Wohlfahrtspflege hatten auch Einfluß auf ihre Methoden. Seit 1853 hatten deutsche Städte begonnen, die Armenpflege nach dem Elberfelder Modell zu organisieren. Das Neue daran war die Individualisierung der Hilfe entsprechend dem individuellen Bedarf, die Dezentralisation der Verwaltung und die Verwendung ehrenamtlicher Armenpfleger (KRUG ZU NIDDA 1955, S. 155). 1882 trat der Armenpflegerkongreß für das neue Prinzip der Individualisierung ein. In seiner Entschließung kommt zum Ausdruck, daß nun stärker der Gesichtspunkt der Beseitigung von Armut durch gezielte Hilfe in den Vordergrund tritt (ebenda). Das bedeutet: Die generelle Ausgliederung der Armen, die zunächst den Versuchen ihrer Disziplinierung wich, wird nun durch gezieltere Hilfe besser unter Kontrolle gebracht. Dieses Ziel der Individualisierung beschreibt MÜNSTERBERG folgendermaßen:

"Helfen heißt aber nicht bloß: eine Gabe zuwenden, sondern zur rechten Zeit und an der rechten Stelle und mit den rechten Mitteln geben, oder m.a.W. - um den uns geläufigen technischen Ausdruck der Armenpflege anzuwenden - helfen heißt zunächst Individualisieren und nach individuellen Gesichtspunkten die Hilfe eintreten zu lassen. Sobald aber eine individualisierende Behandlung eintritt, drängt sich sogleich eine Anzahl wichtiger Fragen auf, welche die

Würdigkeit, den körperlichen und geistigen Zustand des Unterstützungssuchenden, die Ursache seiner Not, die Größe seiner Familie usw. betreffen. Zu ermitteln ist sein Verhältnis zu Angehörigen, seine Ansprüche an Arbeitgeber oder öffentliche Kassen; vor allem aber ist es von Wert, festzustellen, ob und wie weit ihm im Wege der freien Liebeshätigkeit Hilfe zu Teil werden wird bzw. geworden ist. Sofort ergibt sich den mit der Prüfung des Falles Betrauten die Erwägung, daß in diesem Falle in der That nur öffentliche Hilfe, vielleicht verbunden mit strengen Zuchtmaßregeln am Platze sei, während er in einem anderen den Wunsch hegen wird, diese Person oder Familie vor der öffentlichen Unterstützung zu eigener Erwerbsmöglichkeit, zur Genesung usw. zurückzuführen." (MONSTERBERG 1891, S. 23 f.)

Von den Almosenempfängern der Armenpflege waren die meisten über 60 Jahre alt. Eine Statistik aus Berlin ergab folgende Zahlen:

Tab. 1 Almosenempfänger in Berlin
Von allen Almosenempfängern
in Berlin waren:

	1865	J A H R 1866	1867
Über 60 Jahre	68,96 %	69,45 %	66,71 %
Männer	24,21 %	23,43 %	24,07 %
Frauen	75,79 %	76,57 %	75,93 %
Witwen und verlassene Frauen	64,39 %	64,46 %	64,45 %

Quelle: SCHWABE 1869, S. 75 f.

Die Armenpflege war demnach weitgehend ein Altenproblem und ein Frauenproblem. Hierbei waren es vor allem die Witwen oder von ihren Männern verlassenen Frauen, die der Armenpflege anheimfielen.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß die Armenpflege in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts in höherem Ausmaß als bis zu diesem Zeitpunkt von staatlicher Seite übernommen und geregelt wurde. Mit der Individualisierung und Reglementierung der Armenpflege war ein neues Instrument sozialer Kontrolle geschaffen worden, das die Bevölkerung in die Lohnabhängigkeit und damit in die kapitalistische Wirtschaftsordnung integrierte. Die Armenpflege behob nur die größten Nöte unter den in Unsicherheit lebenden Lohnabhängigen. Sie sorgte vorwiegend für diejenigen, die sich nicht mehr oder noch nicht in den Produktionsprozeß eingliedern konnten. Es ist anzunehmen, daß die Armenpflege damals nur einen Teil der Armut

erfaßte, weil die Voraussetzungen für die Unterstützung (geregelter Lebensverhältnisse, Überprüfbarkeit und Kontrollierbarkeit) bei einem größeren Prozentsatz der Bevölkerung als heute noch nicht vorhanden waren.

3. Von der Entstehung der Sozialversicherung bis zum

1. Weltkrieg

3.1. Die Entstehung der Sozialversicherung

Für manche Gruppen von Arbeitern hatte es schon jahrhundertlang mehr soziale Sicherheit gegeben, als es das Industrieproletariat im vorigen Jahrhundert vorfand. Unterstützungskassen für Berg-, Hütten- und Hammerleute hatten durch Beiträge der Arbeiter und Unternehmer für Unfälle, Krankheit, Invalidität und Sterbefälle eine gewisse Vorsorge getroffen (HENNING 1977, S. 86). Nach dem Vorbild der Knappschaftskassen schufen einige Unternehmer in ihren Betrieben Spar-, Kranken- und Sterbekassen, deren Beiträge jeweils zur Hälfte von Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragen wurden (ebenda). Über die Motive der Unternehmer schreibt HENNING (ebenda, S. 87):

"Die Motive für dieses sozialpolitische Engagement der Unternehmer waren ohne Zweifel doppelter Natur: einerseits entsprangen sie einer patriarchalisch-menschenfreundlichen Haltung, die sie, häufig sogar aus christlich-ethischen Antrieben, sich für die sozio-ökonomische Lage ihrer Arbeiter verantwortlich fühlen und diese nach Möglichkeit zu verbessern suchen ließ. Andererseits ist gerade im Einsatz der Instrumente der betrieblichen Sozialpolitik die Grenze zwischen Fürsorge und Domestizierung, zwischen 'sittlicher Hebung' und reglementierendem Eingriff in die persönlichen Belange der Arbeiterschaft, zwischen ihrer materiellen Sicherung und individueller, häufig mit fühlbaren Strafen bei Verstößen gegen die selbstherrlich erlassene Fabrikordnung unterstützter Bindung an den Betrieb kaum zu ziehen. Denn ebenso wie der Bergmann beim Ablegen seiner Ansprüche gegenüber der Knappschaft verlor, büßte der Arbeiter seine gesparten oder eingelegten Beträge bei einem Arbeitsplatzwechsel ein, und mit diesem Druckmittel konnte sich jeder Unternehmer langfristig einen qualifizierten Arbeiterstamm halten."

Daneben gab es Selbsthilfekassen, die sich durch die Freiwilligkeit des Beitritts und der Beitragszahlungen, durch die Überschaubarkeit des Ver-

sichertenkreises, durch das Gefühl der gegenseitigen Abhängigkeit und durch die Möglichkeit zur Solidarisierung auch für politische Ziele auszeichneten (RODENSTEIN 1978, S. 117).

Die verschiedenen Sicherungsformen entwickelten sich relativ unregelmäßig nebeneinander, bis die Sozialversicherungsgesetzgebung unter Bismarck eine reichseinheitliche und allmählich die anderen Formen verdrängende Regelung schuf. Die Voraussetzung dafür war zum einen das Interesse der Unternehmer an einer konkurrenzfähigen Wirtschaft und der Bindung der Arbeitnehmer an den Betrieb (vgl. BARON 1978); zum anderen die Bedrohung, die von der erstarkenden Arbeiterklasse ausging. Der Kaiser hatte 1881 erkannt,

"daß die Heilung der sozialen Schäden nicht ausschließlich im Wege der Repressionen sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf den der positiven Förderung des Wohles der Arbeiter zu suchen sein werde" (zitiert nach BRAUN 1955, S. 10).

Noch stärker als in diesem Zitat kommt die Pazifizierungsfunktion der Sozialversicherung in den Worten Bismarcks zum Ausdruck:

"Daß der Staat sich in höherem Maße als bisher seiner hilfsbedürftigen Mitglieder annehme, ist nicht bloß eine Pflicht der Humanität und des Christentums, von welchen die staatlichen Einrichtungen durchdrungen sein sollten, sondern auch eine Aufgabe staaterhaltender Politik, welche das Ziel zu verfolgen hat, auch in den besitzlosen Klassen der Bevölkerung, welche zugleich die zahlreichsten und am wenigsten unterrichteten sind, die Anschauung zu pflegen, daß der Staat nicht bloß eine notwendige, sondern auch eine wohlthätige Einrichtung ist. Zu dem Ende müssen sie durch erkennbare direkte Vorteile, welche ihnen durch gesetzgeberische Maßnahmen zuteil werden, dahin geführt werden, den Staat nicht als eine lediglich zum Schutz der besser situierten Klassen der Gesellschaft erfundene, sondern als eine auch ihren Bedürfnissen und Interessen dienende Institution aufzufassen..." (zitiert nach BRAUN 1955, S. 11; vgl. auch WEHLER 1973, S. 136 ff.; TENNSTEDT 1976 a).

Ohne direkte Kämpfe der Arbeiter für die soziale Sicherung wurden so die verschiedenen Zweige der Sozialversicherung eingeführt. 1883 wurde die Krankenversicherung gesetzlich geregelt, 1884 die Unfallversicherung, 1889 die Rentenversicherung (zunächst: Invalidenrente, die erst ab dem 70. Lebensjahr als Altersrente gewährt wurde); (ausführlich hierzu TENNSTEDT 1976 a).

Diese Versicherungen dehnten sich im Laufe der folgenden Jahrzehnte auf immer mehr Gruppen von Lohnabhängigen aus. Die Strukturprinzipien der Krankenversicherung sind bis heute die gleichen geblieben und gelten im wesentlichen auch für die Rentenversicherung (vgl. TENNSTEDT 1976 a, S. 386). Die wesentlichen Unterscheidungsmerkmale zu den Arbeiterselbsthilfekassen liegen in der Verstärkung der individuellen Verantwortlichkeit (RODENSTEIN 1978, S. 118) und der Sicherung individueller Rechte (TENNSTEDT 1976 a). Mögliche Folgen dieser Individualisierung sind

- "die individuelle Abwägung des Risikos, eine Krankheit oder vorzeitige Alterungsprozesse einzugestehen...
- die individuelle Abwägung des Risikos, sich an Konflikten im Betrieb aktiv zu beteiligen...
- solidarisches Handeln der Lohnarbeiter ist dann nur dort zu erwarten, wo diese Sicherung nicht aufs Spiel gesetzt wird"
(RODENSTEIN 1978, S. 118 f.).

So wurden die Elemente der Selbsthilfeorganisation, die auch eine politische Solidarisierung der Arbeiter ermöglichten, durch die Einführung des Versicherungssystems zurückgedrängt. Die obligatorische Altersversicherung entzog den Selbsthilfekassen den finanziellen (Beiträge) und materiellen (Notwendigkeit) Boden. Das Abänderungsgesetz von 1892, nach dem die Hilfskassen Arzt- und Medizinhilfe zu leisten hatten, während ihre Leistungen bis dahin nur auf die Zahlung einer Geldsumme im Krankheitsfalle beschränkt waren, vollendete diesen Prozeß (RODENSTEIN 1978, S. 174).

Die Alten waren von diesen neuen Regelungen zunächst nicht betroffen. Erst nach 30 Jahren Beitragszahlung konnten sie Altersrente beantragen. Vorher wurde eine Invaliditätsrente erst dann gezahlt, wenn der Verdienst des Arbeiters unterhalb eines Drittels des vorigen bzw. üblichen Verdienstes lag, die Arbeitsfähigkeit also schon durch Krankheit erheblich reduziert war (TENNSTEDT 1976 a, S. 450). Folglich waren es vorwiegend "ältere Arbeitnehmer", die Invalidenrenten beantragen und erhalten konnten (Ende des 19. Jahrhunderts entfielen 80,5 Prozent der Invaliditätsrenten auf die Altersgruppe über 50 Jahre, TENNSTEDT 1976 a, S. 450).

Das erklärte Ziel war es, mit der Rente nur den notdürftigsten Lebensunterhalt zu decken (TENNSTEDT 1976 a, S. 448, 450). Eine Krankenversicherung für Rentner gab es nicht, so daß die Alten, die krank wurden, wieder zu Objekten der Armenpflege wurden.

3.2. Versicherung und Armenpflege

Die 1885 zum ersten Mal durchgeführte Reichsarmenstatistik erbrachte, daß in Deutschland 1.590.000 Menschen (= 4,3 Prozent der Bevölkerung) Armenunterstützung erhielten. Von 100 Unterstützten waren hilfsbedürftig geworden durch:

Tab. 2
Gründe für Armenunterstützung 1885

Krankheit	28,4 %
Tod des Ernährers	17,5 %
Altersschwäche	14,9 %
Körperliche und geistige Gebrechen	12,5 %
Kinderreichtum	7,1 %
Arbeitslosigkeit	5,1 %

Quelle: BRAUN 1955, S. 16

Es ist anzunehmen, daß diese Statistik nur einen Teil der Armut erfassen konnte (siehe oben).

Der Deutsche Verein für Armenpflege und Wohlthätigkeit versprach sich von der Sozialgesetzgebung eine Entlastung der Armenpflegeetats und hoffte sogar, daß die Sozialversicherung die Armenpflege überflüssig machen würde. Dazu wurde 1891 eine Kommission eingesetzt (FREUND 1891). Eine Entlastung konnte in dem 1895 vorgelegten Bericht nur auf dem Gebiet der Krankenhilfe festgestellt werden, die Krankenversicherung begann sich also als erstes bemerkbar zu machen (FREUND 1895). Die Sorge der Wohltätigkeitsverbände bestand nun darin, daß unberechtigt Versicherungsleistungen und

Armenunterstützung gleichzeitig gewährt (BRINKMANN 1897) und daß die Arbeitslust durch die zunehmende soziale Sicherung geschädigt würden:

"Die größte Gefahr des freien planlosen Wohlthuns besteht darin, daß unter den unterstützten Personen, sowie unter Eltern, Kindern, Verwandten, Kameraden und Berufsgenossen das Gefühl der Selbstverantwortlichkeit für sich und die nächsten Angehörigen abgeschwächt, die Selbstversicherung unterlassen und die Neigung zum Arbeiten unter den besitzlosen Klassen auf das niedrigste Maß herabgedrückt wird" (ROTHFELS 1891, S. 69).

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß die Sozialversicherung, die neben die Armenpflege getreten war, für die Arbeiter eine eindeutige Verbesserung der Lebensbedingungen generell und bei Alter und Krankheit brachte. Die Intention aber, die Arbeiter in das bestehende Wirtschaftssystem als Lohnabhängige einzubinden, prägte auch die Form der Versicherung und ihre Folgen. Trug die Ausdehnung der Lohnarbeit auf immer breitere Bevölkerungsschichten ohnehin schon die Tendenz zur Auflösung größerer Familienverbände in sich, aus denen nun alle "Problemfälle" wie Alte, Kranke, Behinderte ausgegliedert wurden, so verstärkte die Form der Versicherung, die nicht mehr auf Überschaubarkeit, sichtbarer gegenseitiger Hilfe und solidarischem Handeln aufgebaut war, diese Tendenz und schwächte das ohnehin durch die Einbindung in die Lohnarbeit gefährdete Selbsthilfepotential.

Gleichzeitig hatte der Staat damit die Weichen für künftige sozialpolitische Entscheidungen gestellt: Zum einen wurde er in Zukunft zum Hauptadressaten für sozialpolitische Veränderungen; die Ausdehnung dieser Forderung auf potentiell unendlich viele Bereiche zeigt sich heute als politisches Problem. Zum anderen blieben durch die Reduzierung der Sozialversicherung auf monetär faßbare und kurative Leistungen die sozialen Ursachen für Probleme im Alter und bei Krankheit außer acht, eine Tendenz, die noch heute die Sozialpolitik durchzieht.

Seit der Bismarckschen Sozialgesetzgebung bestehen Versicherung und Fürsorge nebeneinander. Zunächst wirkt sich die Versicherung zwar kaum aus, der Umfang der Armenpflege bleibt im wesentlichen der gleiche. Für die Masse der alten Bevölkerung ändern sich die materiellen Lebensbedingungen erst 30 Jahre nach der Einführung der Renten-

versicherung. Die niedrigen Renten und die fehlende Krankenversicherung im Alter halten die Unterprivilegierung alter und vor allem alter kranker Menschen gegenüber der erwerbstätigen Bevölkerung aufrecht.

4. Vom 1. Weltkrieg bis zum Ende der Weimarer Republik

4.1. Sozialpolitik und Sozialversicherung

Die Sozialpolitik der Weimarer Republik war generell durch das Bemühen gekennzeichnet, die Mitbestimmungsrechte der lohnabhängigen Bevölkerung in Unternehmen und in der Sozialversicherung zu verstärken und gleichzeitig dem Staat einen hohen Einfluß zu sichern. Die Massennot, die wirtschaftlichen Entwicklungen (vor allem die Inflation und die Weltwirtschaftskrise) wie auch die politischen Kräfteverhältnisse zwangen den Staat jedoch, allmählich seinen Einfluß wieder zu reduzieren und die Arbeitnehmerrechte einzuschränken (GLADEN 1974, S. 94 ff.; TENNSTEDT 1976 a, S. 397 ff.). Die Sozialpolitik jener Jahre bringt keine wesentlichen Veränderungen. Allerdings wird die Sozialversicherung auf immer mehr Gruppen der lohnabhängigen Bevölkerung ausgedehnt und verbessert damit ihre Leistungen. Es gibt aber nicht, wie unter Bismarck, die Einführung gänzlich neuer sozialpolitischer Maßnahmen.

Schon während des 1. Weltkrieges verschlechterte sich die Lage der lohnabhängigen Bevölkerung drastisch. In Berlin-Charlottenburg wurden während des Weltkrieges ein Drittel, in Neukölln die Hälfte der Haushalte von der Fürsorge unterstützt (WEX 1929, S. 15 ff.). Nach dem 1. Weltkrieg waren weite Teile des Bürgertums verarmt, der durchschnittliche Gesundheitszustand der Bevölkerung war schlecht (TENNSTEDT 1976 a, S. 296 f.).

Die Sozialversicherung war stark belastet, weil ein großer Anteil von Männern in den mittleren Jahren gefallen oder nicht mehr arbeitsfähig war. Der 1921 gestartete Versuch, die Renten aus den Mitteln der Landesversicherungsanstalten aufzustocken, wurde im selben Jahr durch die besondere Fürsorge für Sozialrentner ersetzt (Sozialversicherung, 1930, S. 12). Die

Zusatzunterstützung wurde zu vier Fünfteln vom Reich, zu einem Fünftel von den Gemeinden aufgebracht. 1922 erreichte die Not solche Ausmaße, daß der Staat 600 Millionen Reichsmark für alle Hilfsbedürftigen, und das waren vor allem Rentner, zur Verfügung stellte. Das Kleinrentnerfürsorgegesetz sah nochmals eine besondere Fürsorge für die Kleinrentner vor (HIRTSIEFER 1924, S. 175 ff.). Die Belastungen der Sozialversicherung schienen so untragbar, daß der Übergang vom Versicherungs- zum Fürsorgesystem diskutiert wurde (HEINRICH 1924, S. 75). Da aber die Beiträge der jüngeren Mitglieder in der Rentenversicherung gebraucht wurden, um die Renten zu finanzieren, wurden diese Pläne wieder aufgegeben (TENNSTEDT 1976 a, S. 397, 761).

In der Weimarer Republik sind zwei Gruppen von Rentnern zu unterscheiden: die Sozial- und die Kleinrentner. Als Sozialrentner wurden Rentner der Sozialversicherung bezeichnet, als Kleinrentner Angehörige früher wohlhabender Schichten, deren Vermögen durch Kriegsanleihen und Geldentwertung so reduziert war, daß sie davon nur schlecht oder gar nicht mehr leben konnten und zusätzlich zur "Kleinrente" Fürsorgeleistungen in Anspruch nahmen. Vor allem die Kleinrentner kämpften verbittert (vgl. Zeitschrift "Der Rentner") darum, nicht von der öffentlichen Fürsorge abhängig zu sein, sondern eine spezielle Versorgung durch den Staat zu erhalten.

Aber auch die Sozialrentner waren in hohem Maße auf öffentliche Unterstützung angewiesen, weil die Renten sehr niedrig waren. Bis Anfang 1918 hatte die durchschnittliche monatliche Invaliden- und Krankenrente 19 RM, die Altersrente 17,15 RM, die Witwenrente 7,50 RM betragen. Seit 1918 gab es dann Zuschläge, die ab 1920 bei der Invaliden- und Altersrente monatlich 30 RM, bei der Witwenrente 15 RM betragen. Im Dezember 1920 erreichten die monatlichen Renten durchschnittlich 49 RM (Invalidenrente) bzw. 47,15 RM (Altersrente) bzw. 22,50 RM (Witwenrente). Das absolute Existenzminimum wurde aber mit 150 bis 180 RM monatlich beziffert, das heißt, viele Rentner verdienten sich etwas dazu oder wurden durch ihre Familien versorgt oder aber, wenn dies nicht zutraf, wurden von der Fürsorge abhängig (Sozialversicherung 1930, S. 12 f.). Die Inflation führte schließlich dazu, daß die Rente vor allem eine Bedeutung als Ausweis bei den Wohlfahrtsämtern hatte (TENNSTEDT 1976 a, S. 461). Die meisten Rentner, darunter vor allem wieder Frauen, waren auf öffentliche Unterstützung angewiesen. Dies traf auch für die Kleinrentner zu. Von den unterstützten Kleinrentnern in Berlin waren

1922 71,8 Prozent, in Württemberg 75,9 Prozent Frauen. Der Anteil der Kleinrentner über 60 Jahre betrug in Württemberg 1923 63 Prozent (WEX 1929, S. 31).

Der Deutsche Verein, der inzwischen nicht mehr Deutscher Verein für Armenpflege und Wohlthätigkeit, sondern Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge hieß, konzentrierte seine Bemühungen vor allem auf eine Verbesserung der Situation der Sozialrentner. Er beantragte 1923 bei der Reichsregierung, die Versicherungsleistungen vorübergehend ruhen zu lassen, weil die Versicherungsrenten im Verhältnis zum Aufwand für die Rentenfestsetzung und -auszahlung zu niedrig seien (Sozialversicherung 1930, S. 15). Die öffentliche Unterstützung für die Sozialrentner auf Dauer wurde aber vom Deutschen Verein explizit abgelehnt, weil es "unerträglich" erscheine,

"jemanden, der bis zu seinem 65. Lebensjahre gearbeitet habe, nie unwirtschaftlich gewesen sei, aber auch nie sparen konnte, der Armenpflege zu überweisen".

Er schlug eine soziale Sicherung durch eine Umgestaltung der Sozialversicherung vor. Eine separate Lösung, wie die Kleinrentner sie für sich anstrebten, lehnte der Deutsche Verein ab und sprach sich für eine Vereinheitlichung der Fürsorge für Klein- und Sozialrentner aus (Sozialversicherung 1930, S. 13 ff.). Mit der letzteren Forderung konnte sich der Deutsche Verein zwar durchsetzen, nicht aber mit der Forderung, die Sozialversicherung insgesamt zu verbessern.

4.2. Die Wohlfahrtspflege

Die gesamte Wohlfahrtspflege nach dem 1. Weltkrieg (der Ausdruck "Armenpflege" wurde allmählich zugunsten der "Fürsorge" verdrängt) war zunächst einmal überlastet. Schwierigkeiten ergaben sich auch durch die Zersplitterung der verschiedenen Träger und die fehlende Zusammenarbeit zwischen Wohlfahrtspflege und Sozialversicherung. Die Zeit der Weimarer Republik ist dadurch gekennzeichnet, daß immer wieder Organisationsformen vorgeschlagen und auch konstituiert werden, die eine effizientere Hilfe ermöglichen sollen, einmal in dem Sinne, daß nicht zuviel von verschiedenen Stellen gegeben wird,

dann aber auch mit dem Ziel, den Verwaltungsaufwand zu verringern.

"Die Zersplitterung verschuldet, daß einzelne Bedürftige mehrfach und zu reichlich, andere nicht oder zu wenig unterstützt, die Mittel daher unwirtschaftlich verwendet werden" (Denkschrift in: DONNER 1925, S. 75).

Die Verordnung über die Fürsorgepflicht von 1924, "das erste umfassende deutsche Wohlfahrtsgesetz seit mehr denn 50 Jahren", war

"ihrem Wesen nach ein Organisationsgesetz, das die bisherige Zersplitterung der öffentlichen Wohlfahrtspflege tunlichst beseitigen und durch Schaffung leistungsfähiger Träger und durch einheitliche Zuständigkeitsvorschriften die Durchführung einer zweckgestalteten Fürsorge erleichtern"

wollte (DONNER 1925, S. 111). Das materielle Fürsorgerecht war niedergelegt in den "Reichsgrundsätzen über Voraussetzung, Art und Maß der öffentlichen Fürsorge". Die Reichsgrundsätze zeigten das Dilemma der damaligen Wohlfahrtspflege deutlich auf. Einerseits sollten die Standesunterschiede zwischen ehemals wohlhabenden Selbständigen, Angestellten und auf der anderen Seite der ärmeren lohnabhängigen Bevölkerung nicht verwischt werden, andererseits ließen die beschränkten Mittel ohnehin nur ein Minimum an Fürsorge zu. So heißt es in den Reichsgrundsätzen:

"§ 14 Bei alten oder erwerbsunfähigen Personen, die infolge eigener oder fremder Vorsorge ohne die eingetretene Geldwertung nicht auf die öffentliche Fürsorge angewiesen wären (Kleinrentner), ist bei Prüfung der Hilfsbedürftigkeit, der Art und des Umfangs der Hilfe auf ihre früheren Lebensverhältnisse Rücksicht zu nehmen, dabei aber auch die allgemeine Verschlechterung der Lebenshaltung des deutschen Volkes zu beachten. Das gilt besonders, wenn die Hilfe in einer Anstalt oder durch Anweisung von Arbeit gewährt oder von deren Leistungen abhängig gemacht werden soll" (DONNER 1925).

Immerhin durften Kleinrentner - und ihnen sollten Sozialrentner gleichgestellt sein - kleinere Vermögen, Hausrat, Familien- und Erbstücke, Gegenstände, die "zur Befriedigung geistiger, besonders wissenschaftlicher oder künstlerischer Bedürfnisse dienen und deren Besitz nicht Luxus ist", sowie ein kleines Hausgrundstück behalten. Sozialrentner sollten ebenso behandelt werden, aber dies war natürlich Fiktion, denn sie verfügten über derartige Besitztümer nicht.

Eine wichtige Aufgabe der Reichsgrundsätze war es, wie bei der früheren Armenpflege auch, die Arbeitswilligkeit zu erhalten. Die Fürsorge sollte bei vorhandenem Arbeitseinkommen nicht so hoch werden, daß der Arbeitswille gelähmt würde (Denkschrift in: DÖNNER 1925, S. 78).

Die besondere Berücksichtigung der Rentner in den Reichsgrundsätzen blieb nicht ohne Kritik. Vertreter der freien Wohlfahrtspflege forderten, die Fürsorge müsse ohnehin spezielle Belange berücksichtigen können, ohne daß diese als solche definiert würden (HIRSCHFELD 1924, S. 16). Durch die Kompetenzschwierigkeiten zwischen Ländern und Bezirken verschlechterten sich zum Teil die Leistungen für Rentner (ebenda, S. 20).

Im neuen Fürsorgerecht wurde der privaten Wohlfahrtspflege der freien Verbände eine unterstützende Funktion zugesprochen. In den folgenden Jahren sah sich die freie Wohlfahrtspflege quasi genötigt, ihren Arbeitsstil dem der öffentlichen Fürsorge anzupassen, da sie sich "in Abwehrstellung gegen Kommunalisierungsbestrebungen" befand (WEX 1933, S. 51). Es gab auch Forderungen nach der Auflösung der freien Wohlfahrtspflege und ihrer Überführung in die öffentliche (SCHLÖTER 1933, S. 14; WOLFRAM 1930, S. 161). Die Folge war die Einebnung des Unterschiedes zwischen freier und öffentlicher Wohlfahrtspflege in Organisations- und Arbeitsweise, den Else Wex beklagte:

"Das ganze Programm gemahnt in nahezu erschreckender Weise an die großen Kartelle der Wirtschaft. Auch hier, in den Spitzenorganisationen der freien Fürsorge ist die Rationalisierung - wenigstens der Idee und Absicht nach - im Fortschreiten begriffen" (1933, S. 52, vgl. auch WOLFRAM 1930, S. 136 f.).

Die Bemühungen um eine verbesserte Zusammenarbeit der verschiedenen Träger waren in den Reichsgrundsätzen angeklungen. Die Reichsregierung wurde 1925 vom Reichstag zur Bildung von Arbeitsgemeinschaften ermächtigt (TENNSTEDT 1976 a, S. 468 f.). Verbände und öffentliche Träger befürchteten dadurch wohl eine Einschränkung ihres Handlungsspielraums und gründeten daher selbst Arbeitsgemeinschaften. Die freie Wohlfahrtspflege arbeitete manchmal in Organen der Träger öffentlicher Fürsorge mit und erhielt einzelne Aufgaben übertragen (SCHLÖTER 1933, S. 14). Außer den Wohlfahrtsverbänden wurden

die Organisationen der Kriegsbeschädigten, Sozial- und Kleinrentner in einigen Städten mit Sitz und Stimme in Wohlfahrtsämtern beteiligt (MEMELS-DORFF 1926, S. 88).

Die Verordnung über die Fürsorgepflicht und die Reichsgrundsätze verbesserten die Lage der Rentner aber nicht grundlegend. Auch nach 1924 mußten ca. ein Drittel der Sozialrentner Zusatzleistungen von der Fürsorge beantragen (Sozialversicherung 1930, S. 15). Eine umfassende Untersuchung, die vom Deutschen Verein 1928/29 durchgeführt wurde, erbrachte, daß 1929 23 Prozent der Sozialrentner in öffentlicher Fürsorge waren. Witwen hatten - wie schon immer - niedrigere Renten, und mehr als zwei Drittel von ihnen wurden, wenn sie über 65 Jahre waren, vom Wohlfahrtsamt unterstützt (NIEMEYER 1930, S. 140).

Wieder erhob sich die Frage, wie diesen massenhaften Notständen abzuhelpen sei. Eine Zusatzrentenversorgung, die durch Steuermittel finanziert wurde, wurde zwar von POLLIGKEIT (1928, S. 30) gefordert, im weiteren Verlauf der Diskussion aber vom Deutschen Verein abgelehnt, weil sie ein Widerspruch zum Versicherungssystem sei, die Gefahr der Nivellierung in sich trage und evtl. auch den Arbeitswillen schwächen könne (KRUG ZU NIDDA 1930, S. 216).

Die folgenden Jahre waren von den Auswirkungen der Weltwirtschaftskrise, die unter anderem zu einer noch nie gekannten Arbeitslosigkeit in Deutschland führte, gekennzeichnet. 1932/33 absorbierte die Fürsorge nahezu die Hälfte des Finanzvolumens der Gemeinden (SCHÄFER 1966, S. 200). Diese Notsituation drängte die Lage der Alten in den Hintergrund.

Zusammenfassend können wir für die Jahre 1914 bis 1932 festhalten: Die Sozialpolitik erhielt in dieser Zeit keine wesentlich neue Komponente. Neu waren das Massenelend auch einstmals besitzender Schichten. Rentner blieben zu einem hohen Prozentsatz von der Wohlfahrt abhängig. Der Kampf der Kleinrentner um eine Sonderstellung im Gefüge der sozialen Sicherung blieb erfolglos, das heißt, die Statusunterschiede begannen sich für diese Gruppe der Bevölkerung zu verwischen.

Die Konkurrenz der freien zur öffentlichen Wohlfahrtspflege führte zu einer Angleichung der Methoden. Beide Bereiche der Wohlfahrt wurden bürokrati-

tischer und rationeller gestaltet. Für die Unterstützungssuchenden bedeutete dies eine zunehmende Distanz zu den Wohlfahrtseinrichtungen. Das Verhältnis zwischen Versicherung und Fürsorge änderte sich nicht wesentlich, allerdings dehnte sich die Sozialversicherung auf weitere Gruppen von Lohnabhängigen aus und verbesserte teilweise auch ihre Leistungen (ausführlich hierzu: TENNSTEDT 1976 a). Im Falle von Krankheit jedoch fielen die Rentner, falls sie nicht eine private Zusatzversicherung abgeschlossen hatten, wieder der Fürsorge anheim.

Die Tendenzen, die sich nach dem Beginn der Sozialversicherung zeigten, haben sich nun verfestigt. Das Prinzip der individuellen Versicherung und der individualisierenden Hilfeleistung bleibt erhalten. Forderungen werden auf monetärer Ebene vorgebracht und dann an den Staat gerichtet. In den Jahren der Weltwirtschaftskrise wird das Schicksal der Alten vom Elend der Massenarbeitslosigkeit in den Hintergrund gedrängt.

5. Von der Machtergreifung Hitlers bis zum Ende des 2. Weltkrieges¹⁾

Die staatliche Sozialpolitik des Nationalsozialismus war ein Instrument, "das vor allem dazu diente, der Arbeiterschaft ein Maximum an Arbeitsleistung zur Steigerung der Rüstungsproduktion abzuverlangen" (GLADEN 1974, S. 113). In diesem Zusammenhang sind die Aufhebung der Freizügigkeit und der freien Arbeitsplatzwahl durch die Teildienstverpflichtung 1938 und die Dienstverpflichtung aller Arbeitnehmer 1939, die Einfrierung der Löhne und die Zerschlagung der Gewerkschaften 1933 zu sehen (GLADEN 1974, S. 106 f.). Die Entmachtung der Arbeiter war zunächst möglich, weil sich das nationalsozialistische Regime über die Reduzierung der Arbeitslosigkeit schnell Massenloyalität erwerben konnte.

Im Bereich der Sozialversicherung wurden zunächst Leistungen abgebaut und auf die gesamte Dauer der NS-Zeit die Selbstverwaltung drastisch beschnitten (zu den Auswirkungen der Politik des Nationalsozialismus auf die Zusammensetzung des Personals der Krankenkassen und auf die Gesundheitspolitik vgl. TENNSTEDT/LEIBFRIED 1979). 1933 wurden die Renten um 10 Prozent gekürzt und in den folgenden Jahren auch nicht erhöht. Die Rentner waren infolge dieser Maßnahmen sehr häufig gezwungen, nebenher zu arbeiten (GLADEN 1974, S. 108 ff.). Gleichzeitig wurden seit 1936 mit ärztlichen Gutachten Renten entzogen mit dem Hinweis auf die Arbeitsfähigkeit der Rentner (TENNSTEDT 1976 a, S. 476).

Diesen restriktiven Maßnahmen folgten vor und nach Kriegsbeginn zur Erhaltung der Massenloyalität einige Verbesserungen (ebenda S. 477). Während das Vermögen der Sozialversicherung zum Teil in die Rüstungsproduktion investiert wurde (ebenda, S. 409; S. 476; GLADEN 1974, S. 113), wurden 1938 die Handwerker in die Alterssicherung mit einbezogen. Für alte Menschen am bedeut-

1) Diese Zeit wird relativ kurz abgehandelt, nicht aus Mangel an Interesse, sondern aus Mangel an Sekundärliteratur. Die Sozialpolitik wurde vorwiegend von der Arbeiterschutzesetzgebung her aufgearbeitet (MASON 1977), für die Entwicklung der Wohlfahrtspflege während des "Dritten Reiches" gibt es keine Analyse.

samsten war die Einbeziehung der Rentner in die Krankenversicherung (1941). Ein großer Teil der Rentner war bis dahin schon versichert gewesen, entweder freiwillig (man schätzte die Anzahl auf ein Drittel aller Rentner), oder als Familienangehörige, als Kriegshinterbliebene oder als berufstätige Rentenempfänger. Die neue Regelung war daher eine erhebliche Vereinfachung des Verwaltungsaufwandes (ND 1941, S. 275 ff.). Ferner wurden die Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitsrenten auch dann gewährt, wenn der Berechtigte während des Krieges wieder erwerbstätig wurde (TENNSTEDT 1976 a, S. 477 f.). Diesen Bemühungen, zusätzliche Arbeitskräfte zu gewinnen, stand allerdings im Laufe des Krieges die Einführung des Leistungslohns außerhalb jeder Tarifgarantie für Kriegsversehrte, Gebrechliche und Altersschwache gegenüber (ND 1943, S. 56).

In der Wohlfahrtspflege wurde nun den jungen, gesunden Menschen eindeutig Priorität zugesprochen, wie ein Zitat aus dem Nachrichtendienst des Deutschen Vereins zeigt:

"Gewiß soll nicht unterbewertet werden, was alte und erwerbsfähig gewordene Personen in einem arbeitsreichen Leben für die Gesamtheit geleistet haben. Ein um seine Existenz ringendes Volk wie das deutsche aber muß den Blick in die Zukunft richten und darauf bedacht sein, daß die Generationen vor allem gestärkt und geschützt, jedenfalls nicht ungünstiger gestellt werden, die künftig Träger deutscher Kultur und deutscher Arbeit sein werden. Vom Volksganzen aus betrachtet, ist es wichtiger, die heranwachsende Jugend lebensstüchtig zu machen und der deutschen Familie einen gesicherten Lebensraum zu schaffen, als zu versuchen, mit Mitteln der Fürsorge bei alten und erwerbsunfähigen Personen die soziale Schichtlage zu erhalten... Zu einer richtigen Bewertung wird die öffentliche Fürsorge nur dann kommen, wenn sie ihre Wertmaßstäbe an der Volksgemeinschaft orientiert, wenn die Fragestellung heißt: was bedeutet dieser Mensch für die Volksgemeinschaft... Das Urteil muß in jedem Falle zugleich bewerten, was der Hilfsbedürftige geleistet hat und was er künftig noch leisten kann" (1934, S.85).

Diese Verabsolutierung der Leistungs- und Gesundheitsnorm entsprach der Verabsolutierung der politischen Ideologie und führte in beiden Bereichen zur Ausmerzung aller jener, die der Norm nicht genügten. Ende Oktober 1939 hatte Hitler einen auf den Tag des Kriegseinbruchs rückdatierten Geheimerlaß unterzeichnet:

"Reichsleiter Bouhler und Dr. med. Brandt sind unter Verantwortung beauftragt, die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte so zu erweitern, daß nach menschlichem Ermessen unheilbaren Kranken bei kritischster Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann" (Landeszentrale 1964, D 15, Blatt 2).

Hitler befahl am 24.8.41 auf Druck vor allem der Kirche, den Massenmord an Kranken einzustellen. Sie hatten auch unter der "gesunden" alten Bevölkerung zu Unruhe geführt:

"... bei alten Leuten hört man die Worte: 'Ja in kein staatliches Krankenhaus! Nach den Schwachsinnigen kommen die Alten als unnütze Esser an die Reihe'" (HILFRICH 1941 in: Landeszentrale 1964 ebenda, Blatt 5).

Für das Verhältnis von Fürsorge und Versicherung in jener Zeit ergibt sich der Eindruck, daß auf Alte ein starker Druck ausgeübt wurde, um sie arbeitswillig und von Renten wie Fürsorgeleistungen unabhängig zu machen. Dies hatte unbestreitbar den Vorteil, daß arbeitsfähige Alte nicht das Gefühl bekommen konnten, überflüssig zu sein. Auf der anderen Seite führte aber die Verachtung aller nicht mehr arbeitsfähigen oder -willigen Menschen zu einer totalen Aussonderung aller, die sich nicht in das System integrieren wollten oder konnten: Jede Abweichung von der politischen Ideologie oder von der absoluten Leistungsnorm wurde zumindest mit Kasernierung bestraft (vgl. Teil III. 4.1.).

6. Vom Ende des 2. Weltkrieges bis zur Gegenwart

6.1. Grundzüge der Sozialpolitik

Nach dem 2. Weltkrieg ging es den Verfechtern der freien Marktwirtschaft zunächst um Strukturen, die eine schnelle Rekonstruktion des Wirtschafts- und Sozialgefüges erwarten ließen. Der Staat zielte mit der Einführung der freien Arbeitsverfassung 1949, dem Betriebsverfassungsgesetz von 1952 und dem Personalvertretungsgesetz von 1955

"auf eine Integration der Interessen der Beschäftigten in die Interessenlage der Betriebe und des öffentlichen Dienstes ab und erwartete von ihren Auswirkungen eine besondere Befriedung

der Arbeitswelt. Dabei erfuhren zugleich vor allem die Eigentumsstrukturen der entwickelten freien Unternehmerwirtschaft eine wirksame gesetzliche Absicherung des Status quo gegen eine Teilhabe der Arbeitnehmerschaft und ihrer Vertreter..." (GLADEN 1974, S. 117 f.).

In dem Maße, in dem die Wirtschaftspolitik auf das Funktionieren der Arbeitswelt angewiesen ist, um international konkurrenzfähig zu bleiben, und in dem der Staat immer stärker gestaltende Funktionen für die Steuerung von Wirtschaft und Gesellschaft übernimmt, entwickelt sich die Sozialpolitik mehr und mehr von einem "Appendix" zur gestaltenden Gesellschaftspolitik. Zu dieser Funktion gehört, daß sie nun nicht mehr nur die äußersten Auswüchse der Produktionsbedingungen beseitigt, sondern, auch einem veränderten Anspruchsniveau der Lohnabhängigen entsprechend,

"zunehmend die Aufgabe der Durchsetzung und Sicherung eines spezifisch mittelständischen Sozialstatus als Sicherung des Bestandes von Volk und Staat durch Bewahrung des sozialen Friedens" (GLADEN 1974, S. 116)

wahrnimmt. Die Entstehung von legitimationsgefährdenden Massennotständen muß nun von vornherein verhindert werden, allerdings sollen Schichtunterschiede erhalten bleiben und auch bei Alter und Krankheit relativ stabil bleiben. So folgte die 1966 vorgeschlagene sozialpolitische Konzeption der Sozialenquete "dem Prinzip der 'einkommensproportionalen' Leistungen" und

"die Aufrechterhaltung des von den Individuen in der Zeit ihrer beruflichen Aktivität erreichten Status ist ihre wichtigste Grundlage" (Sozialenquete-Kommission 1966, S. 123 bzw. 135).

Von daher verbot sich auch eine zur Diskussion stehende Einheitsversicherung für das Alter (ebenda, S. 122).

Die heutigen Transferleistungen des Staates im Rahmen der sozialen Sicherung haben denn auch die "Vermeidung von Armut" und "Sicherheit und Stetigkeit des Einkommens" als oberste Ziele (Transfer-Enquete-Kommission 1979, S. 29). Nach wie vor hat der Staat dabei das Problem, die Sozialleistungen nicht so hoch werden zu lassen, daß die Bereitschaft der Arbeitnehmer, sich in die Lohnabhängigkeit zu integrieren, abnimmt. So schrieben die Verfasser der Denkschrift "Neuordnung der sozialen Leistungen" 1955:

"Im Hinblick auf den Arbeitswillen ist darauf zu achten, daß die Sozialleistungen im rechten Verhältnis zum Arbeitseinkommen bleiben" (ACHINGER u.a. 1955, S. 27).

Die Transfer-Enquete-Kommission drückt den gleichen Sachverhalt aus:

"Zunächst kann von dem Unterschied zwischen Sozialeinkommen und Arbeitseinkommen ein Einfluß auf die Leistungsbereitschaft ausgehen. Nähert sich das Sozialeinkommen dem Arbeitseinkommen an, so kann der finanzielle Anreiz zur Erwerbstätigkeit vermindert werden. Liegt andererseits das Sozialeinkommen deutlich niedriger als das vorher erzielte oder in Zukunft erzielbare Nettoarbeitseinkommen, sinkt der Lebensstandard der Sozialleistungsempfänger zu sehr ab... Ein anderer Aspekt ist, daß mißbräuchliche Inanspruchnahme von Regelungen des sozialen Sicherungssystems zu Produktionsausfällen führen kann... Zu strenge Anforderungen an die Gewährung von Sozialleistungen bringen die Gefahr einer Beeinträchtigung der Gesundheit oder eines ungerechtfertigten Zwanges mit sich, sie können also Ziele der sozialen Sicherung beeinträchtigen. Allzu großzügige Regelungen führen dagegen zu der Versuchung, ein 'arbeitsloses' Sozialeinkommen zu beziehen" (1979, S. 23 f.).

6.2. Die Sozialpolitik im Hinblick auf alte Menschen

Die Politik im Hinblick auf alte Menschen war von den gleichen Prinzipien getragen wie die allgemeine Sozialpolitik. Allerdings hatte sich das Problem rein quantitativ verschärft: Der Anteil alter Menschen in der Gesamtbevölkerung betrug 1950 neun Prozent (BMJFG 1977 b, S. 15). Nachdem nach dem 2. Weltkrieg zunächst Flüchtlinge, Kriegsoffer und Arbeitslose sozialpolitische und fürsorgerische Maßnahmen benötigt hatten, erarbeitete schon 1952 ein vom Deutschen Verein für Fragen der Alterspflege und Fürsorge eingesetzter Fachausschuß (heute: Fachausschuß 3: Altenhilfe) ein Arbeitsprogramm. Nun sind alte Menschen unter allen, nicht nur unter monetären Gesichtspunkten, ein Gegenstand der Fürsorge. Behandelt werden in diesem Programm:

"Die wirtschaftliche und finanzielle Lage der Alten. Das Verhältnis der Alten zu ihren Familien. Das Problem der alleinstehenden Alten. Der Gesundheitszustand der Alten. Wohnungsprobleme. Heimfürsorge. Offene Fürsorge" (BRAUN 1955, S. 121).

Die Aufgaben der Fürsorge wurden auch seit dem 2. Weltkrieg von den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege in Zusammenarbeit mit der öffentlichen Wohl-

fahrtspflege wahrgenommen. Allerdings wurde den freien Verbänden vom Bundesverfassungsgericht 1967 eine dominante Position zugesprochen. Die Anwendung des Subsidiaritätsprinzips in umgekehrter Weise, als es zum Beispiel die Reichsgrundsätze taten, die den Verbänden die subsidiäre und unterstützende Funktion zusprachen, ist in gewisser Weise ein Anachronismus, da die Verbände mehr denn je von den staatlichen Investitionen, den Beiträgen der Sozialversicherung und der Sozialhilfe abhängig sind.

Mehr und mehr wurden die Lebensbedingungen alter Menschen zu einem Legitimationsproblem staatlicher Instanzen. Die erste wesentliche Verbesserung war die Dynamisierung der Renten 1957. 1965 bildete der Sozialausschuß des Deutschen Städtetages einen Arbeitskreis "Altenhilfe", der "Hinweise zur Altenhilfe" herausgab (ND 1965, S. 273). Im selben Jahr wurde in der Regierungserklärung die Verbesserung der Lebensbedingungen alter Menschen zum Programmpunkt (ND 1966, S. 33) und im Rechnungsjahr 1968 bewilligte der Bund erstmals Bundesmittel zur Förderung gesellschaftspolitischer Maßnahmen für die ältere Generation (ND 1968, S. 287). 1971 wurde dieser Titel im Bundeshaushalt von 6 auf 14 Millionen DM aufgestockt (ND 1971, S. 8). 1972 wurde die Rentenversicherung verbessert durch die Einführung der flexiblen Altersgrenze, die Öffnung für Selbständige und Hausfrauen, die Rente nach Mindesteinkommen und die Rentenniveausicherung (GLADEN 1974, S. 120). Auch heute ist die Rentenversicherung wieder in der politischen Diskussion (vgl. Transfer-Enquete-Kommission 1979, Sachverständigenkommission 1979). Auf die Einzelheiten dieser Diskussion soll hier nicht weiter eingegangen werden, da in unserem Zusammenhang die Auseinandersetzung um die Finanzierung der Pflegebedürftigkeit bedeutsamer ist.

6.3. Das sozialpolitische Problem der Pflegebedürftigkeit

1973 wird erstmals das Problem der pflegebedürftigen Alten anlässlich des Deutschen Fürsorgetages diskutiert, der

"eine Absicherung der wirtschaftlichen Situation heimbefürchtiger Rentner im Rahmen der Sozialversicherung forderte" (ND 1973, S. 330).

1974 wurde zwar der Leistungskatalog der Krankenkassen erweitert, in dem die "Aussteuerung", das heißt die zeitliche Begrenzung der Krankenhauspflege bei der gleichen Krankheit, abgeschafft wurde. Dies bezog sich aber nach der Reichsversicherungsordnung nur auf "behandlungsbedürftige Patienten". Demgegenüber gab es "pflegebedürftige Patienten", deren Krankheit als nicht mehr behandelbar, das heißt, nicht mehr zu verbessern definiert wurde. Diese Patienten fielen auch nach der Regelung von 1974 aus dem Netz der sozialen Sicherung und mußten, sofern ihre Renten nicht für die Bezahlung der Pflegekosten ausreichten, Sozialhilfe beantragen.

Das Problem der Pflegebedürftigkeit wurde in den letzten Jahren gravierender aus mehreren Gründen:

1. Die durchschnittliche Lebenserwartung beträgt heute bei Frauen 74,36; bei Männern 67,87 Jahre (1972/74, BMJFG 1977 b, S. 25). Der Prozentsatz der Pflegebedürftigen an den über 65jährigen wird auf 5 bis 9 Prozent geschätzt (BMJFG 1977 a, S. 11). Die Pflegekosten betragen im Durchschnitt in Anstalten 11.954 DM jährlich, bei häuslicher Pflege 2.095 DM jährlich (ebenda, S. 18), die durchschnittliche Rente jedoch für Frauen in der Arbeiterrentenversicherung 364, in der Angestelltenversicherung 670, und für Männer in der Arbeiterrentenversicherung 1014, in der Angestelltenversicherung 1417 DM (Sachverständigenkommission 1979, S. 20). Von diesen Daten her ist die Wahrscheinlichkeit, im Alter pflegebedürftig und von der Sozialhilfe abhängig zu werden, größer geworden, vor allem für Frauen.
2. Die Ursachen für chronische Krankheiten und die daran sich häufig anschließende Pflegebedürftigkeit sind zum Teil bekannt, zum Teil noch nicht erforscht. Wo sie bekannt sind (zum Beispiel bestimmte Belastungen

am Arbeitsplatz, Überlastung von Frauen durch Haushalt, Kindererziehung und Beruf u.a. auf der einen Seite, mangelnde prophylaktische Ausrichtung des Gesundheitssystems auf der anderen Seite) werden sie nicht oder nicht schnell genug geändert. Da die Herstellung eines Bezuges zwischen dem Endstadium einer Krankheit und ihrer Entstehung quasi institutionell verhindert wird durch die Beschränkungen der Institutionen und Medizinalberufe auf Krankenghettos, die Ausgliederung Kranker aus den Betrieben etc., ist der Druck zur Veränderung dieser Verhältnisse und damit möglicherweise zu einer Reduzierung der Anzahl von pflegebedürftigen Menschen im Alter gering.

3. Der Staat als Adressat für gestaltende Funktionen im Sozialbereich sieht sich zunehmend Legitimationsproblemen gegenüber, wenn er der immer größer werdenden Gruppe von älteren Menschen, aber auch den jüngeren Arbeitnehmern, nicht die Angst vor dem Alter nehmen kann¹⁾. Die Glaubwürdigkeit der staatlichen Sozialpolitik als gestaltende Gesellschaftspolitik würde leiden, wenn das nun erkannte und definierte Problem nicht gelöst würde.

Die rein quantitative Bedeutung des Problems läßt sich an den Ausgaben der Sozialhilfe für Pflegebedürftige ablesen. Zunächst ist dazu zu bemerken, daß ein hoher Teil alter Menschen, und dabei wiederum alter Frauen, Sozialhilfeempfänger ist. Von 1000 Frauen über 65 Jahre bezogen 1977 56 Sozialhilfe, von 1000 Männern dieser Altersgruppe nur 27. Von den über 60jährigen war der Anteil der Sozialhilfeempfänger 5,8 Prozent (Statistisches Bundesamt 1979, S. 9). Neben der überproportionalen Vertretung der älteren Menschen unter den Sozialhilfeempfängern ist die Höhe der Sozialhilfe für die Kategorie "Hilfe zur Pflege" bedeutsam. Diese Kategorie umfaßt die Pflege zu Hause oder in einer Anstalt. Die Anzahl der älteren Menschen, die sich in häuslicher Pflege befinden, wurde für 1975 vom BMJFG auf 616.000 geschätzt, die Anzahl der in Altenpflegeheimen und Pflegeabteilungen

1) Ein Problem dabei ist, daß der Staat das Alter selbst und den Tod nicht abschaffen kann, daß aber die Hoffnungen auf ihn als Gestalter der Gesellschaft möglicherweise, wenn auch unbewußt, in Richtung auf den Abbau solcher Ängste münden.

Tab. 3 a

Pflegebedürftige Menschen über 65 Jahre
im Jahr 1976 (Schätzung)

In Altenpflegeheimen und Pflegeabteilungen von Altenheimen	130.000
In Altenheimen außerhalb der Pflege- abteilungen	23.000
In Akutkrankenhäusern ("Fehlbelegung")	16.000
In Krankenhäusern für Chronischkranke und geriatrischen Kliniken	10.000
In Krankenhäusern für Psychiatrie	9.000
Zu Hause	616.000
	<hr/>
	804.000

Nach Schätzungen in: BMJFG 1977 a, S. 11 ff.

Tab. 3 b

Über 65jährige
Empfänger von Hilfe zur Pflege
1970, 1975, 1977

	1970	1975	1977
Empfänger von Hilfe zur Pflege über 65 Jahre	130.530	237.505	254.278
Steigerung (1970 = 100)		182	195
Empfänger von Hilfe zur Pflege außerhalb von An- stalten über 65 Jahre	50.517	106.719	108.991
Steigerung (1970 = 100)		211	216
Empfänger von Hilfe zur Pflege innerhalb von An- stalten über 65 Jahre	80.013	130.786	145.999
Steigerung (1970 = 100)		163	182

Quellen: BMJFG 1977 a, S. 17, Statistisches Bundesamt 1979, S. 44-47,
eigene Berechnung.

Tab. 4 a

Ausgaben für Hilfe zur Pflege in Mill. DM

	Jahr							
	1970		1973		1975		1977	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ausgaben der Sozialhilfe insgesamt	3.351,1	100	56.555,9	100	8.405,1	100	10.452,4	100
Hilfe zur Pflege	1.107	33	1.894	33,5	2.956	35,1	3.772,6	36,1
Hilfe zur Pflege		100		100		100		
Hilfe zur Pflege für über 65jährige ¹⁾	664	60	1.134	60	1.778	60	keine Angabe	
Hilfe zur Pflege außerhalb von Anstalten	127	100	222	100	398	100	506,3	
Hilfe zur Pflege für über 65jährige ¹⁾	76	60	132	59	239	60	keine Angabe	
Hilfe zur Pflege innerhalb von Anstalten	980	100	1.672	100	2.558	100	3.266,3	
Hilfe zur Pflege für über 65jährige ¹⁾	588	60	1.002	60	1.539	60	keine Angabe	

Steigerungen
(1970 = 100)

Hilfe zur Pflege gesamt	100	171	267	340
Hilfe zur Pflege für über 65jährige ¹⁾	100	170	267	k.A.
Hilfe zur Pflege außerhalb von Anstalten	100	174	313	398
Hilfe zur Pflege für über 65jährige ¹⁾	100	173	314	k.A.
Hilfe zur Pflege innerhalb von Anstalten	100	170	261	333
Hilfe zur Pflege für über 65jährige ¹⁾	100	170	261	k.A.

1) Schätzungen des BMJFG

Quellen: Statistisches Bundesamt (1979) S. 5; BMJFG 1977 a, S. 17.

Tab. 4 b

<u>Empfänger von "Hilfe zur Pflege" der Sozialhilfe 1977</u>			
		<u>Männer</u>	<u>Frauen</u>
Empfänger insgesamt	425.039 = 100 %	146.347 (= 100)	278.692 (= 100)
Empfänger über 65 Jahre	254.278 = 59,8 %	60.634 = 41,4 %	193.644 = 69,5 %
<hr/>			
Außerhalb von Anstalten insgesamt	200.408 (= 100)	74.265 (= 100)	126.143 (= 100)
über 65 Jahre	108.991 = 54,4 %	28.311 = 38,1 %	80.680 = 64,0 %
<hr/>			
Innerhalb von Anstalten	225.740 (= 100)	72.448 (= 100)	153.292 (= 100)
über 65 Jahre	145.999 = 64,7 %	32.483 = 44,8 %	113.516 = 74,1 %
<hr/>			
Verhältnis Männer/Frauen in %		<u>Männer</u>	<u>Frauen</u>
Empfänger von Hilfe zur Pflege		34,4	65,6
davon über 65 Jahre		23,8	76,2
65jährige außerhalb von Anstalten		25,9	74,0
65jährige innerhalb von Anstalten		22,2	77,8

Quelle: Statistisches Bundesamt 1979, S. 44 - 49

von Altenheimen betrug 1969 87.600. Bei einer geschätzten Erhöhung um 50 Prozent hätten 1976 rund 130.000 Menschen in Altenpflegeheimen und Pflegeabteilungen gelebt. Nimmt man die Schätzungen des BMJFG für die anderen Institutionentypen hinzu, so kommt man zu dem Ergebnis, daß schätzungsweise 804.000 Menschen über 65 pflegebedürftig sind (Tab. 3 a).

Bekannt ist aber nur der Anteil derjenigen Pflegebedürftigen, die Sozialhilfe erhalten. Hilfe zur Pflege erhielten 1977 insgesamt 425.039 Personen, davon waren 254.278 = 59,8 Prozent 65 Jahre und älter (vgl. Tabelle 4 b). Die Daten zeigen eine deutliche Zunahme der Anzahl pflegebedürftiger alter Menschen, die von der Sozialhilfe abhängig werden und sie auch in Anspruch nehmen. Die Steigerung bei der Anzahl der Empfänger der Hilfe zur Pflege beträgt insgesamt von 1970 bis 1977 fast das Doppelte, die Steigerung bei den Ausgaben fast das Dreieinhalbfache. Personen über 65 sind nach Schätzungen unter den Empfängern ziemlich stetig mit 60 Prozent vertreten. Der größte Anteil darunter sind Frauen, die mehr als drei Viertel der pflegebedürftigen Sozialhilfeempfänger ausmachen. Diese Zahlen verdeutlichen den Umfang des Problems und erklären die Aktivitäten, die seit Beginn der 70er Jahre zur Veränderung der Situation im Gang sind. Zum einen sind es der Wohlfahrt nahestehende Institutionen wie das Kuratorium Deutsche Altershilfe, zum anderen die Wohlfahrtsverbände, dann aber das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, die sich mit diesem Komplex auseinandersetzen. Der Gesetzgeber sieht sich zunehmend gezwungen, dieses Problem aufzugreifen und einer anderen Lösung zuzuführen. Hierzu wurden verschiedene Initiativen unternommen und Vorschläge unterbreitet.

Schon 1974 legte das Kuratorium Deutsche Altershilfe ein "Gutachten über die stationäre Behandlung von Krankheiten im Alter und die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen" vor. In diesem Gutachten wurde die Trennung zwischen Behandlungs- und Pflegefällen abgelehnt, der Anspruch auf eine stationäre Behandlung unter ärztlicher Aufsicht auch im Pflegeheim vertreten und die Gleichstellung von Pflegeheim und Krankenhaus bei der Abrechnung der Krankenkassen gefordert (KDA 1974). Gleichzeitig wurde damit der Krankheitsbegriff der RVO attackiert, der die Trennung nach Behandlungs- und pflegebedürftigen Patienten ermöglicht (ND 1974, S. 193 f.).

Seit der Forderung des KDA erschienen weitere Lösungsvorschläge (vgl. hierzu BMJFG 1977 a, S. 19 ff.), die von der Subventionierung der Pflegeeinrichtungen über eine Übernahme der Pflegekosten durch die Rentenversicherung bis zu einer besonderen Pflichtversicherung für Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Krankenversicherung reichten. 1976 erarbeitete die Arbeiterwohlfahrt ein Modell, in dem kurzfristig eine Kostendreiteilung zur stationären, teilstationären und ambulanten Versorgung vorgeschlagen wurde, d.h., Kosten für Wohnraum und Verpflegung sollten vom Heimbewohner (ersatzweise vom Unterhaltspflichtigen bzw. der Sozialhilfe), Pflegekosten von den Krankenkassen und Kosten für sonstige Dienstleistungen vom Sozialhilfeträger getragen werden. Langfristig wurde eine Pflichtversicherung gegen Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Krankenversicherung gefordert (AWO 1976). Der Vorschlag zur kurzfristigen Lösung ist insofern problematisch, als dabei rehabilitative und auch im weiteren Sinne therapeutische Leistungen aus dem Leistungsbereich der Krankenkasse ausgegliedert werden. Damit wird wiederum einem beschränkenden Krankheitsbegriff Vorschub geleistet. Die Unterprivilegierung alter pflegebedürftiger Menschen ist damit nicht aufgehoben. Der letzte Vorschlag, der hierzu gemacht wurde, stellt eine Integration mehrerer schon vorgeschlagener Modelle dar und ist insofern bedeutsam, als er diverse Interessengruppen (u.a. Deutscher Städtetag, Deutscher Landkreistag) und Sprecher für mehrere Gruppen von Pflegebedürftigen (Alte und psychisch Kranke) repräsentiert (vgl. DIECK u.a. 1979). Der Vorschlag läuft auf eine Teilung der Pflege- und Wohnkosten hinaus, wobei die Pflegekosten von der Krankenversicherung, die Wohnkosten von den Pflegebedürftigen selbst zu tragen wären. Das Ziel der vorgeschlagenen Regelung ist

"neben einer gerechteren Finanzierungsregelung für die Betroffenen auch eine Entlastung der Sozialhilfeträger von den der Sozialhilfe nicht entsprechenden laufenden Kosten der Unterbringung in stationären Einrichtungen... Die Sozialhilfeträger, die zugleich Gebietskörperschaften sind, sollen in den Stand gesetzt werden, sich stärker im investiven Bereich finanziell zu engagieren" (S. 184).

Der Effekt der Regelung würde darin bestehen, daß die Empfänger niedriger Einkommen bzw. Renten voraussichtlich immer noch Sozialhilfe beantragen müssen, da anzunehmen ist, daß die Wohnkosten ihre Mittel übersteigen. Abgesichert würde durch diese Regelung die Mittelschicht mit relativ hohem Einkommen, auch im Alter. Das Legitimationsproblem des Staates wäre

damit aber vorerst gelöst, denn die Gruppen, die sich politisch artikulieren können, hätten ihre Interessen gewahrt bzw. ihre Angst vor den materiellen Folgen der Pflegebedürftigkeit wäre geringer geworden.

Allerdings löst dieser Entwurf, sollte er realisiert werden, mehrere Probleme nicht: Die zunehmenden Investitionen der Gemeinden im Pflegebereich sind zwar, wie in Teil III. zu zeigen sein wird, erforderlich, beinhalten aber die Konzentration der Kräfte weiterhin auf den kurativen Bereich. Die Ursachen der Pflegebedürftigkeit bleiben bei der Konzentration auf ihre finanzielle Absicherung außer acht. Die Kosten würden anders, nämlich stärker auf Versicherte und Arbeitnehmer verteilt werden (während sie vorher über Steuern durch Sozialhilfe gedeckt waren), sie werden sich aber nicht vermindern, sondern durch weitere Forderungen an die Pflegequalität (im Hinblick auf Investitionen und Pflegesätze) erhöhen. Von daher stellt sich dann auch wieder die Frage nach der Organisation des Gesundheitssystems, das Gesundheit und Krankheit aus den sozialen Bezügen herauslöst und separiert behandelt⁺⁾ .

7. Zusammenfassung

Das Verhältnis von Versicherung und Fürsorge ist generell dadurch gekennzeichnet, daß Fürsorge dann durch Versicherungssysteme ersetzt wird, wenn Massennotstände auftreten, als solche definiert und artikuliert werden, und die Legitimation des Staates gefährdet ist. Alte Menschen wurden seit der Bismarckschen Sozialgesetzgebung zunächst im vorigen Jahrhundert mit der Rentenversicherung, 1941 mit der Krankenversicherung vor den Risiken abnehmender Leistungsfähigkeit und Krankheit im Alter geschützt. Die Einbeziehung in das Versicherungssystem führte jeweils zu einer Verminderung der Zahl jener, die der Armenpflege bzw. der öffentlichen Fürsorge anheimfielen.

+) Bemerkenswert ist die Tatsache, daß der Deutsche Verein Anfang 1980 die Forderung nach völliger Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen erhoben hat. Es bleibt abzuwarten, welche Position sich in der gegenwärtig stattfindenden politischen Diskussion durchsetzt.

Heute ist das Risiko der Pflegebedürftigkeit, das infolge einer gestiegenen Lebenserwartung und einer gleichzeitigen Zunahme chronischer Krankheiten für mehr und mehr Menschen bedrohlich wird und bislang nicht durch eine Versicherung abgedeckt ist. Die politischen Bemühungen um eine versicherungsrechtliche Lösung entsprechen dem Bedarf des Staates nach Legitimation, aber auch dem Bedürfnis der Bevölkerung, die dauernde Pflegebedürftigkeit und die daraus resultierende Armut im Alter fürchtet.

III. Institutionen zur Pflege alter Menschen

1. Zur Struktur und Funktion von Institutionen des Gesundheitssystems und der Altenhilfe

Institutionen zur Pflege alter Menschen sind die Familie und Institutionen des Gesundheitswesens und der Altenhilfe. Bei den Interventionen für den Bereich Altenpflege sehen sich Staat und Verbände mit Strukturmerkmalen dieser Institutionen(-systeme) konfrontiert, die aus der Geschichte und Entwicklung der Institutionen wie aus den Aktivitäten des Staates und der Verbände herrühren.

In der Institution der Familie sind kranke alte Menschen nur noch unter größtem persönlichem Engagement zu versorgen, weil ihre Entwicklung auf die Auslagerung aller Problemfälle drängt. Diese Tendenz wird durch sozialpolitische Strategien wie Professionalisierung der Kindererziehung abgestützt (vgl. 2.). Die Strukturen der Institutionen im Gesundheitssystem und der Altenhilfe sind durch deren Funktion bestimmt, die sich im Laufe der Geschichte modifiziert hat. Das Gesundheitssystem hatte ursprünglich die Funktion der Wiederherstellung der Arbeitskraft, erhält aber zunehmend auch die Funktion von Konfliktvermeidung und -reduzierung, wie sich an der Ausweitung der präventiven Maßnahmen, insbesondere im Beratungsbereich, aufzeigen läßt. Demgegenüber hatte die Altenhilfe ursprünglich eine andere Funktion: Sie half, die Folgen von Armut zu kontrollieren und unsichtbar zu machen. Mit der Ausweitung präventiver Maßnahmen auch in diesem Bereich (Weiterbildung im Alter, Vorbereitung auf das Alter, Beratungsstellen), nähert sich die Altenhilfe in ihren Funktionen denen des Gesundheitssystems an, so daß von daher keine wesentlichen Unterschiede mehr bestehen. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Institutionen innerhalb der Systeme (zum Beispiel Beratungsstelle und Krankenhaus) sind größer als die Unterschiede zwischen ähnlichen Institutionen beider Systeme (zum Beispiel Krankenhaus für Chronischkranke und Pflegeheim).

Die Strukturen der Institutionen im Sozialbereich waren, sobald eine gewisse Orientierung am Maßstab der Effizienz vorhanden war, geprägt durch eine zunehmende Verrechtlichung und Bürokratisierung, weil mit diesen beiden Prinzipien einerseits eine kostensparende, andererseits eine den verrechtlichten Ansprüchen der Klienten genügende Arbeitsweise gewährleistet schien. Diese Entwicklung, die im vorigen Kapitel für die Beziehung zwischen Fürsorge und Versicherung nachgezeichnet wurde, läßt sich auch für die einzelnen Institutionen zeigen. Sie führt zu Widersprüchen mit den Funktionen, die die Institutionen des Sozialbereichs mehr und mehr übernehmen sollen: die präventiven und rehabilitativen Maßnahmen verlangen eine Berücksichtigung der psychischen und sozialen Umstände der Klienten/Patienten und stoßen folglich dann an Grenzen, wenn Ansprüche und Bedürfnisse nachgewiesen werden müssen und vorwiegend nach Kostengesichtspunkten befriedigt werden.

Weitere Problemkomplexe ergeben sich durch Strukturmerkmale der Institutionensysteme:

- die unterschiedlichen Träger der jeweiligen Institutionen verfolgen unterschiedliche Interessen bzw. häufig in erster Linie Eigeninteressen. Das Verhältnis zwischen öffentlichen Trägern und Trägern der freien Wohlfahrtspflege insbesondere führt zu Komplikationen in der Problemartikulation und Implementation neuer sozialer Dienste, weil die öffentlichen Träger infolge der Verfassungsmäßigkeit des Subsidiaritätsprinzips mit den freien Wohlfahrtsverbänden im Sozialbereich zusammenarbeiten müssen, die freien Wohlfahrtsverbände aber ohne öffentliche Gelder nicht mehr existenzfähig sind (vgl. GRUNOW/HEGNER/LEMPERT 1979, S. 143 ff.);
- Die Uneinheitlichkeit der Kostenträgerschaft führt zu Abgrenzungsversuchen der einzelnen Kostenträger (Sozialhilfe und Versicherungsträger), um "unnötige" Kosten zu vermeiden (ebenda S. 159 ff.);
- die Trennung zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen führt zur Diskontinuität der Versorgung und zu unnötigem Mehraufwand (vgl.

ROSENBERG 1975, S. 99 f.; WSI-Studie 1975, S. 30 ff.). Eine grundlegende Veränderung im Sinne einer Kontinuität zwischen ambulanter und stationärer Betreuung und einer Aufhebung der finanziellen Privilegien der niedergelassenen Ärzte wird u.a. durch die Ärzteorganisationen verhindert;

- die Differenzierung in verschiedene Institutionen nach Symptomen (zum Beispiel Krankheitsgrad) und Zielgruppen (zum Beispiel Alte) verstärkt Segregationstendenzen, die wiederum zu sozialen Folgeproblemen führen (REST 1979).

Auf diese Probleme reagieren Staat und Verbände größtenteils mit Einzelstrategien, ohne das gesamte Sozialsystem einer Revision unterziehen zu können. Von daher ergeben sich auch bei den Lösungsversuchen voraussichtlich wieder Folgeprobleme, die ihrerseits wieder Kosten verursachen.

Orientiert man sich an den Bedürfnissen und Nöten der alten kranken Menschen, so ließen sich folgende Funktionen angeben, die Institutionen für die Altenpflege erfüllen müßten:

- Einsatz medizinischer Methoden zur Rehabilitation oder Dauerpflege, um auch bei verminderter gesundheitlicher Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit ein Maximum an Lebenszufriedenheit zu erreichen. Die biologischen und/oder gesellschaftlichen Ursachen für die Krankheit stehen hierbei nicht mehr zur Disposition;
- Einsatz persönlicher Hilfen für die mit Alter und Krankheit verbundenen Probleme wie Isolierung und Armut, wobei ebenfalls die gesellschaftlichen Ursachen für diese Probleme außer Betracht bleiben;
- Hilfeleistungen, die nur noch in der Abmilderung von schlimmeren Leiden bestehen (Schmerzlinderung, Sterbehilfe).

Die Erfüllung dieser Anforderungen würde voraussetzen:

- einen gesellschaftlichen "Mantel", in dem die Nöte und Ängste der Bewohner wie des Personals aufgefangen und gemildert werden und der auch eine Auseinandersetzung mit den vermeidbaren Ursachen von Krankheit,

Angst und Einsamkeit im Alter ermöglicht;

- eine institutionelle Ausstattung (Räume, Personal) und Transparenz der Entscheidungen, die Pflegebedürftigen und Pflegenden Mitmenschlichkeit und Individualität unter zum Teil extremen Bedingungen erlaubt.

Wir werden in den folgenden Kapiteln sehen, inwieweit die sozialpolitischen Strategien in den verschiedenen Institutionen(-systemen) diese Bedingungen zumindest zu fördern imstande sind.

2. Die Familie

2.1. Die Pflegebereitschaft in der Familie

Die Familie ist die Institution, die von Politikern und Verbänden immer wieder zitiert wird als die Instanz, die eigentlich die Alten aufnehmen und für sie bis zum Ende sorgen könnte. Die Versorgung in der Familie ist die älteste, sozial unauffälligste und billigste. In der Großfamilie besitzender Schichten konnte der Vater/die Mutter in Ruhe alt werden und das Ende abwarten, weil die Kinder von ihnen abhängig waren. Auch dem Gesinde wurde häufig noch Zuwendung im Alter zuteil. Soweit die Familie, wie im Handwerk und auf dem Land, Produktionsgemeinschaft war, wurden die Alten bis zuletzt in die Arbeit einbezogen. Bei den Armen aber waren die Alten unnütze Esser. Untersuchungen haben ergeben, daß für die Unterschichten die Kernfamilie immer schon den Normalfall darstellte, Alte also - sofern es sie überhaupt gab - ausgegliedert wurden (nach KÖNIG 1976, S. 63 ff.). Die Familie als die Institution, die sich der Alten in jedem Falle annimmt, hat es in der Form nie gegeben, weil die durchschnittliche Lebenserwartung nicht mit der heutigen vergleichbar war, Alter also einen bewundernswerten Sonderfall darstellte, und weil die wenigsten Familien materiell und personell in der Lage waren,

die Alten zu ehren - dies war ein Privileg der oberen Schichten. Die heutige Ausgliederung der Alten aus der Familie ist nur deshalb so dramatisch, weil sie viele Menschen betrifft und bei ihnen zur Isolierung führt. Ausgliederung und Isolierung im Alter werden also wahrscheinlicher für den einzelnen und erhalten von daher ihre Aktualität.

Eine der Funktionen der Sozialpolitik gegenüber der Familie ist es, auf die zunehmende Eingliederung aller Familienmitglieder in die Erwerbstätigkeit zu reagieren. Damit stützt die Sozialpolitik gleichzeitig die Integration in die Erwerbstätigkeit und fördert die Ausprägung der Kernfamilie als dominantem Familienmodell der heutigen Gesellschaft. Für das Familienrecht (insbesondere für das Verhältnis der Eltern zu ihren Kindern) haben HEINSOHN/KNIEPER (1974) diese Tendenzen analysiert. Für das Verhältnis der Kernfamilie zu alten Menschen gelten zum großen Teil die gleichen Bedingungen, die eine Ausgliederung begünstigen. Die Aufhebung sichtbarer gegenseitiger Verpflichtungen führt zu einem Funktionsverlust alter Menschen in der Familie und andererseits zu einem Nachlassen der Hilfsbereitschaft bei dauerhafter Pflegebedürftigkeit:

- Die Hausarbeit ist zu einem großen Teil automatisiert; eine Mithilfe alter Menschen ist nicht notwendig und, gemessen am Prinzip der Effizienz, sogar manchmal hinderlich.
- Eine erzieherische Funktion wird den Großeltern oder Urgroßeltern nur am Rande ("Babysitting") zugestanden, um unerwünschte Abhängigkeiten zu vermeiden ("lieber etwas bezahlen") und weil unter den Generationen zum Teil sehr unterschiedliche Erziehungsideale herrschen.

Die Notwendigkeit für beide Ehepartner, leistungsfähig im Beruf zu bleiben, verbietet die Fürsorge für andere Menschen im Haushalt. Wer für andere sorgt, beeinträchtigt seine Konkurrenzfähigkeit. Alte Menschen stellen so eine zusätzliche Belastung dar, vor allem bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Die Frau, die berufstätig sein will, ist die eigentlich Leidtragende, wenn es um die Pflege von Haushaltsangehörigen geht. Soweit sie unabhängig sein will, um sich im Beruf zu entfalten, hat sie kein Interesse an zusätzlicher Arbeit im Haushalt.

Die Argumente alter Menschen gegen einen gemeinsamen Haushalt mit den Kindern spiegeln diese Lage der Familie wider: Der Wunsch nach Bewahrung der Unabhängigkeit (ANTHES 1978, S. 136 f) zeigt, wie die Autonomienorm von ihnen verinnerlicht wurde. Die befürchteten Belastungen der Kinder und die Angst vor dem unterschiedlichen Lebensstil sind Ausflüsse dieser Verhältnisse und Normen, die sich im Bewußtsein als Rationalisierungen des Unvermeidbaren niederschlagen. Da die Kernfamilie für die in ihr aufwachsenden Kinder noch stärkere Funktionen wahrnimmt, ist die Pflegebereitschaft gegenüber Kindern auch stärker ausgeprägt (LEITNER/PINDING 1978, Tab. 7,8). Generell scheinen sich Familien, die ihre Angehörigen selbst pflegen, kaum nach Schichtzugehörigkeit von den Familien zu unterscheiden, die einen stationären Aufenthalt für ein krankes Familienmitglied bevorzugen. Auch die Berufstätigkeit der Ehefrau spielt keine wesentliche Rolle. Entscheidend ist vielmehr die Haushaltsgröße für die Bereitschaft zur häuslichen Pflege, und das heißt: die Belastung durch andere Aufgaben. Am geringsten ist diese Bereitschaft zur Pflege ausgeprägt bei Alleinstehenden mit mehreren ledigen Kindern, am höchsten bei Ehepaaren mit einem Kind (ebenda).

2.2. Die Pflege alter Menschen

Österreichische Untersuchungen (ROSENMAYR 1977) zeigen, daß wesentliche Motive für das Zusammenleben und damit auch den verstärkten Kontakt mit den Angehörigen die ökonomische Erwägung (Familie als Produktionsgemeinschaft auf dem Lande), die Hilflosigkeit eines Elternteiles beim Tod des Partners und die Erwartung an die/den alleinstehende(n) Tochter/Sohn ist, den Elternteil aufzunehmen. Diese Erwartung ist für Töchter stärker ausgeprägt, was auf eine Zuschreibung sozialer Verantwortung an die Frauen schließen läßt. In der Untersuchung von KLUSMANN u.a. (1979) sind es nur Töchter bzw. Schwiegertöchter, die ihre alten Angehörigen pflegen. Auch in den Untersuchungen von LANGE (1973/1974) ist die Oberrepräsentation von Frauen als Pflegepersonen beachtlich: in der Berliner Studie waren 72 Prozent (LANGE 1974, S. 27); in der Kölner Studie 94 Prozent Frauen (LANGE 1973, S. 29).

Die Pflege alter Menschen ist schwer mit der eigenen Berufstätigkeit zu vereinbaren (LANGE, 1973, S. 67; 1974, S. 70; KLUSMANN u.a. 1979, S. 3 f.) Von daher sind Frauen noch eher zur Pflege bereit und aufgrund der Hausarbeitsnähe der häuslichen Pflege (vgl. OSTNER 1978) auch eher geeignet. Zu vermuten ist aber auch ein sozialer Druck von seiten der Eltern, des Ehegatten oder auch der sozialen Umwelt. Einer Frau, und insbesondere einer Frau ohne formal qualifizierte Ausbildung, ist es sozial zumutbar, ihr Leben auf das eines alten Angehörigen auszurichten.

Motiv für die Pflege von Angehörigen im Hause ist nicht eine grundsätzlich andere Einstellung zu alten Menschen, sondern ein mehr oder weniger massives Gefühl der Zusammengehörigkeit. Sachzwänge wie finanzielle Schwierigkeiten, zu kleine Wohnung, eigene Berufstätigkeit fallen kaum ins Gewicht, entweder weil sie so nicht empfunden werden oder weil die Gefühle der Solidarität stärker sind (LANGE 1974, Tab. 89). Daß die Pflege trotz mancher Divergenzen und Schwierigkeiten aufrechterhalten wird, mag - gerade bei Mutter-Tochter-Beziehungen - auch eine Folge neurotischer Symbiosen sein, in denen die Tochter es zeit ihres Lebens nicht erreicht hat, sich innerlich und äußerlich von der Mutter zu lösen.

Die Pflege alter Menschen in der Familie ist nicht unproblematisch. Fast drei Viertel aller Pflegepersonen einer Untersuchung fühlten sich durch die Pflege körperlich belastet, fast 70 Prozent fühlten sich seelisch belastet (LANGE 1974, Tab. 53). Bei der anderen Untersuchung von LANGE (1973, Tab. 109) gab etwa die Hälfte der Pflegepersonen mit Kindern Schwierigkeiten in der Familie durch den Pflegebedürftigen an. Allerdings stellten KLUSMANN u.a. (1979, S. 10) fest, daß

"die Gründe für das Vorliegen oder das Fehlen konfliktreicher Situationen kaum in der allgemeinen Gesundheit und der Selbständigkeit der alten Menschen zu suchen sind. Es sind Bedingungen, die außerhalb dieser Faktoren liegen."

Es ist zu vermuten, daß nur Frauen, die ohnehin ein gutes Verhältnis zu ihrem alten Angehörigen haben und zur Hintanstellung eigener Bedürfnisse bereit sind, die Pflege übernehmen. Ferner ist zu vermuten, daß Schwerstpflegebedürftige nur selten in der Familie gepflegt, sondern an andere Institutionen überwiesen werden; so waren in der Untersuchung von LANGE (1974) 10,5 Prozent der Patienten häufig inkontinent - der Prozentsatz ist in den stationären Einrichtungen

für die Altenpflege höher (vgl. 4.). Die häufigsten Tätigkeiten bei der Pflege alter Menschen in der Familie entsprechen zum großen Teil dem, was in der Krankenpflege als "Grundpflege" bezeichnet wird: Es sind Hilfen beim Baden, bei der Fußpflege, beim An- und Auskleiden, beim Waschen, bei der Einnahme von Medikamenten, bei der Bewegung innerhalb der Wohnung und beim Verrichten der Notdurft (LANGE 1974, Tab. 107). Die Inanspruchnahme von Hauspflege bzw. Hauskrankenpflegediensten ist außerordentlich gering, zum Teil wird eine anderweitige Hilfe direkt abgelehnt (LANGE 1973, Tab. 111; LANGE 1974, Tab. 53; Tab. 100).

Schätzungsweise ein Sechstel der (ebenfalls geschätzten) Pflegebedürftigen, die von ihren Angehörigen in der Familie versorgt wurden, erhielten 1975 Sozialhilfe (BMJFG 1977 a, S. 13). Da schon zur Deckung des notwendigsten Bedarfs die Bereitschaft bedürftiger Menschen, Sozialhilfe zu beantragen, gering ist (vgl. BUJARD/LANGE 1978), ist anzunehmen, daß der Prozentsatz der anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen höher liegt oder, anders ausgedrückt: viele Familienangehörige leisten Altenpflege, ohne die vorhandenen finanziellen Möglichkeiten auszuschöpfen, die allerdings sehr geringfügig sind.

2.3. Zusammenfassung

Ogleich die strukturellen Bedingungen für die Pflege alter Menschen in der Familie negativ sind, werden - im Verhältnis dazu - viele alte Menschen in der Familie gepflegt (nach Schätzungen des BMJFG 1975: 616.000 - BMJFG 1977 a, S. 13). Allerdings ist die Altenpflege eine Aufgabe der Frauen. Ihre Verfügbarkeit für pflegerische Zwecke ohne entsprechenden finanziellen und zeitlichen Ausgleich ist nur solange möglich, als die Frauen auf eigene berufliche Erfolgserlebnisse zugunsten der Männer verzichten bzw. infolge mangelnder Qualifikation verzichten müssen. Bei der zunehmenden Erwerbstätigkeit der Frauen und ihrer abnehmenden Bereitschaft, den Beruf wegen familiärer Verpflichtungen aufzugeben (vgl. BALLUSECK 1979; LEHR 1979), wird die häusliche Krankenpflege entweder zu einer geschlechtlich unspezifischen Aufgabe

deklariert werden müssen oder aber noch stärker abnehmen als bisher. Wenn auch berufstätige Männer hier in die Pflicht genommen werden, läßt sich die dominierende Form der Arbeitsteilung und das Vorherrschen einer abstrakten Leistungsnorm nicht aufrechterhalten. Dann müssen von der Sozialpolitik Mittel und Wege gefunden werden, die häusliche Krankenpflege alter Menschen nicht mehr nur der Solidarität und Karitas des einzelnen zu überlassen, sondern als wesentliche gesellschaftliche Aufgabe (ebenso wie die Kindererziehung) in allen Lebensbereichen zu berücksichtigen. Mögliche Strategien in diesem Zusammenhang wären:

- Ausweitung der Möglichkeiten zu Teilzeitarbeit für Männer und Frauen;
- Vergütung des Verdienstausfalls durch die Krankenkassen;
- Berücksichtigung der Bedürfnisse nach dem Zusammenleben mehrerer Generationen beim Wohnungsbau;
- Steuererleichterungen und Anrechnung der für die Pflege aufgewendeten Zeit bei der Rentenversicherung¹⁾.

3. Ambulante Pflegedienste

3.1. Zur Geschichte

Die Vorläuferin der heutigen Hauskrankenpflege ist die Hausarmenpflege. Sie begann zu dem Zeitpunkt, als die staatliche Einflußnahme - zunächst in protestantischen Ländern - die ambulante Fürsorge förderte (POLLIGKEIT 1928, S. 20). Zunächst waren Hausarmenpflege und Hauskrankenpflege identisch, abgesehen von den Fällen, in denen sich privilegierte Schichten ihre eigene Pflegekraft leisten konnten. Die erste organisierte Hauskrankenpflege gab es ab dem Ende des 18. Jahrhunderts u.a. in Mainz, Leipzig und Hamburg.

1) Die Berechnung in der Rentenversicherung erfolgt heute nur für Betreuer von Pflegebedürftigen, die Sozialhilfe erhalten (§ 69 BSHG).

Es waren beamtete Ärzte, die die kranken Armen besuchten. In Hamburg schrieb die Armenordnung 1788 für jeden der vier "Hauptarmenbezirke" vor, daß je ein Arzt, ein Wundarzt und eine Hebamme angestellt würden. Die Armenanstalt übernahm auch die Zahlung eines Krankengeldes (KOCH 1933, S. 168 ff.).

Neben der staatlichen Hauskrankenpflege nahmen sich auch private Vereine der häuslichen Armenkrankenpflege an. Dabei stand neben den philanthropischen Bestrebungen auch die erklärte Absicht, durch die Linderung des Elends den sozialen Frieden zu erhalten. Die Bezirkskomitees des Berliner Vereins für häusliche Gesundheitspflege verfolgten

"alle drei den nämlichen Zweck: auf die gesundheitlichen Verhältnisse der ärmeren Familien ihrer Bezirke durch persönliche Thätigkeit der Comitèmitglieder und durch an diese sich anschließende Einrichtungen einen besseren Einfluß zu üben" (Berliner Verein für häusliche Gesundheitspflege 1881, S. 5).

"Unsere sechs Victoriaschwestern besuchen, den ärztlichen Weisungen folgsam und die ärztliche Thätigkeit vervollständigend, jahraus, jahrein eine bereits sehr große Anzahl armer Familien, überall Samenkörner besserer hygienischer Erkenntnis und sozialen Friedens ausstreuend" (Berliner Verein für häusliche Gesundheitspflege 1890, S. 4).

Auf genossenschaftlicher Basis entstanden Krankenpflegestationen, in denen die Versicherten die Berechtigung zur Pflege im Krankheitsfalle erwarben (vgl. oben Teil II; Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung 1978, S. 3). Im Laufe des 19. Jahrhunderts werden die Ärzte in der Hauskrankenpflege durch die Krankenschwestern abgelöst (vgl. Teil IV). Die Trägerschaft verlagerte sich von Selbsthilfe- und privaten Organisationen wieder stärker auf kirchliche Wohlfahrtsverbände.

1911 wurde die Reichsversicherungsordnung (RVO) verabschiedet, die im § 185 die Hauskrankenpflege für den Fall vorsah, daß Krankenhauspflege notwendig ist, der Patient aber in der eigenen Häuslichkeit bleiben sollte. Diese Kann-Leistung der Krankenkassen war mit verantwortlich dafür, daß die Hauskrankenpflege nicht in dem Maße ausgebaut wurde, wie dies zur Vermeidung stationärer Aufenthalte notwendig gewesen wäre. Altenpflege war von diesen Leistungen ausgenommen, soweit die Krankheit als nichtbehand-

lungsbedürftig definiert wurde. Von daher waren die Gemeindepflegestationen auf andere Quellen zu ihrer Finanzierung angewiesen. Eine Zählung der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege 1928, die über 10.000 Gemeindepflegestationen ergab, hatte den Vorwurf an die Krankenkassen zur Folge, daß sie zu wenig für die Erhaltung der Gemeindepflegestationen leisteten (ND 1931, S. 48). Die Finanzierung der Gemeindepflegestationen laut dieser Untersuchung erfolgte zu 40 bis 60 Prozent aus Vereinsmitteln. Weitere Beiträge leisteten Gemeinden, Kreise und Versicherungsträger sowie spendenfreudige Bürger und Institutionen. Die Verwaltungskosten für die Gemeindekrankenpflegestationen des Roten Kreuzes waren etwa zur Hälfte aus öffentlichen Mitteln gedeckt, davon ca. zwei Drittel durch Gemeinden und Kreise, ca. ein Drittel durch Versicherungsträger (ebenda).

Die Hoffnung auf eine Kostenminderung durch den Ausbau der Hauskrankenpflege führte schon in den 20er Jahren zu einem Modellversuch in Berlin. Die Begründung für den Modellversuch in den Bezirken Kreuzberg und Neukölln 1927 könnte auch für den Modellversuch, der seit 1979, ebenfalls zum Ausbau der Hauskrankenpflege (in Wilmersdorf und Neukölln) quasi wiederholt wird, stehen:

"Um in Berlin eine Entlastung der Krankenhäuser herbeizuführen und dem allgemeinen Mangel an Krankenbetten zu begegnen, sind die beiden Verwaltungsbezirke Kreuzberg und Neukölln seit kurzem vom Magistrat versuchsweise mit der Durchführung der Krankenpflege im Haushalt beauftragt worden. Als geeignet dafür werden angesehen Patienten mit leichter verlaufenden, akuten, nicht ansteckenden Krankheiten, Rekonvaleszenten und Chronischkranken, die der Pflege, aber keines Anstaltsaufenthaltes mehr bedürfen. Die Ausübung der Hauskrankenpflege darf nur durch ausgebildetes Krankenpflegepersonal geschehen und wird durch die Wohlfahrtsärzte überwacht" (ND 1927, S. 19).

Es ist zu vermuten, daß dieser wie auch andere Versuche, die Hauskrankenpflege zu verstärken, an der mangelnden Verpflichtung der Krankenkassen, die Kosten zu übernehmen, scheiterten.

Nach dem 2. Weltkrieg nahm die Zahl der Haus- bzw. Gemeindekrankenpflegestationen drastisch ab. Eine Statistik aus dem Jahre 1968 wies zwar noch ca. 11.500 Schwestern aus. Von 1963 bis 1968 war jedoch die Anzahl der

Stationen um 12 Prozent, die der Schwestern um 19 Prozent zurückgegangen (SCHOBER 1969, S. 10).

Dieser Rückgang und die steigenden Kosten im Gesundheitswesen führten Ende der 60er Jahre zu Forderungen nach einer Intensivierung der häuslichen Krankenpflege (vgl. ausführlich dazu: GRUNOW/HEGNER/LEMPERT 1979). Neben den Kostenargumenten wurden genannt:

1. Der Personalmangel in der Gemeindefrankenpflege, welcher durch verbesserte Arbeitsbedingungen und eine damit einhergehende Stellenausweitung behoben werden soll;
2. Räumliche Disparitäten in der Versorgung mit ambulanten Diensten sollen ausgeräumt werden;
3. Mängeln in der medizinischen Versorgung soll begegnet werden;
4. Das Fehlen nicht-professioneller Hilfen, welches durch eine Stärkung und Belebung von Selbsthilfe und ehrenamtlicher Hilfe behoben werden soll...;
5. Die Inkongruenz von Krankheitsverhalten und -empfinden und Versorgung soll durch eine Integration von physischer, psychischer und sozialer Versorgung behoben werden..." (ebenda, S. 67).

Seit Beginn der 70er Jahre werden, wiederum vorwiegend durch die freien Wohlfahrtsverbände, mit Hilfe staatlicher Zuschüsse, deren Umfang in länderspezifischen Förderungsrichtlinien festgelegt ist, Sozialstationen als "moderne Version" der Gemeindefrankenpflegestationen errichtet. Über die Förderung durch die Länder hinaus hat die Veränderung des § 185 RVO durch das Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz von 1977 für die Sozialstationen und die Hauskrankenpflege bessere Finanzierungsmöglichkeiten geschaffen. Bei der Änderung wurde die Übernahme der Hauskrankenpflege durch die Kassen von einer möglichen zu einer Pflichtleistung (KUPER 1978; ROLSHOVEN 1978, S. 16 ff.).

Die Hauskrankenpflege ohne feste Stationen wurde u.a. in Berlin ausgebaut, wo es, wie auch in den anderen Stadtstaaten, keine Sozialstationen gibt. Seit 1978 läuft in Berlin in den Bezirken Wilmersdorf und Neukölln ein neuer Modellversuch zum Ausbau der häuslichen Krankenpflege.

Der genaue Umfang der Leistungen von Sozialstationen und Hauskrankenpflege

ist nicht bekannt. Es liegen jedoch einige Untersuchungen vor, die Anhaltspunkte für die Leistungen und Tätigkeiten liefern.

3.2. Hauskrankenpflege und Hauspflege in Berlin

Mit dem Begriff der häuslichen Krankenpflege wurde eigentlich der Begriff der Hauspflege eliminiert (ROLSHOVEN 1978, S. 18). In Berlin haben jedoch die freien Träger eine Sondervereinbarung mit den Krankenkassen getroffen, wonach auch die Grundpflege und die häusliche Pflege (Essen zubereiten, Einkaufen) durch nichtexamierte Kräfte als häusliche Krankenpflege gilt¹⁾. Die Verbände der Liga der freien Wohlfahrtspflege streben eine größere Transparenz der Verträge mit den Kassen auf der Grundlage von Einzelleistungen an, eine Abrechnungsform, die in der Bundesrepublik schon häufiger vorkommt. Da in Berlin noch weitgehend zwischen Hauspflege und Hauskrankenpflege unterschieden wird, wird diese Unterscheidung auch hier beibehalten. Die Hauspflege umfaßt die Grundpflege und häusliche Arbeiten, während die Hauskrankenpflege sich auf die sogenannte Behandlungspflege bezieht. Häufig arbeiten eine Hauspflegerin und eine Hauskrankenpflegerin nebeneinander für eine pflegebedürftige Person.

Über den Umfang der Haus-(kranken-)pflege, über Anzahl und Alter der Patienten und des pflegerischen Personals in den Bezirken Kreuzberg und Tempelhof hat die Verfasserin im Herbst 1978 eine Befragung der Berliner Wohlfahrtsverbände durchgeführt²⁾. Erfragt wurden: die Anzahl der betreuten Patienten und des Personals, das Alter und Geschlecht der Patienten und Pflegepersonen, der Zuweisungs- bzw. Zahlungsmodus, der Anstellungsmodus des Personals, die durchschnittliche Betreuungsdauer pro Patient und Woche, die Qualifikation des Pflegepersonals³⁾.

1) Der vereinbarte Stundensatz beträgt für beide Gruppen DM 14,10, wobei die Träger den qualifizierten Pflegekräften DM 9,35 und den kaum oder formal nicht qualifizierten Kräften DM 8,60 bezahlen.

2) Ich danke an dieser Stelle den Verbänden der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Berlin für ihre uneingeschränkte Hilfe bei der Sammlung und Aufbereitung der Daten.

3) Zum Personal vgl. Teil IV.

Die Hauspflege hat in den beiden Berliner Bezirken einen wesentlich höheren Umfang als die Hauskrankenpflege, das heißt, daß die meisten pflegebedürftigen Personen zu Hause keine oder nur in geringem Ausmaß Behandlungspflege erhalten.

Tab. 5

Umfang der Haus-(kranken-)pflege in Kreuzberg und Tempelhof

ABSOLUTWERTE	Kreuzberg			Tempelhof		
	Gesamt	Haus-/Hauskr. pflege	Gesamt	Haus-/Hauskr. pflege	Gesamt	Haus-/Hauskr. pflege
Anzahl der zum Befragungszeitpunkt betreuten Patienten	817	779	38	588	487	101
Anzahl des eingesetzten Pflegepersonals	361	340	21	315	256	59
Relation Patienten-Pflegepersonal		1:2,2	1:1,8		1:1,9	1:1,7

Quelle: Eigene Erhebung

In Kreuzberg spielt die Hauskrankenpflege nahezu keine Rolle, in Tempelhof hat sie einen etwas größeren Umfang. Behandlungspflege nehmen in Kreuzberg 4,6 Prozent, in Tempelhof 20,7 Prozent der insgesamt betreuten Patienten in Anspruch, wobei Überschneidungen (Haus- plus Hauskrankenpflege) möglich sind.

Der Bezirk Tempelhof hat auch eine leicht bessere Relation von Pflegekräften zu Patienten. In der Hauspflege entspricht das Verhältnis 1:1,9, bei der Hauskrankenpflege 1:1,7. In Kreuzberg hingegen beträgt das Verhältnis 1:2,2 bzw. 1:1,8. Diese Relation sagt jedoch nichts über die Pflegequalität aus, da sie nach Aussagen der Wohlfahrtsverbände durch unterschiedlich lange Einsatzzeiten der nur zum Teil festangestellten Pflegekräfte zustande kommt.

Das Alter der Patienten liegt meist über 60 Jahren. Patienten unter 75 Jahren kommen häufiger mit den häuslichen Pflegediensten aus, während der Prozentsatz der über 75jährigen an der Hauskrankenpflege nahezu zwei Drittel

beträgt. Unter 60 Jahre alt sind auch in der Hauspflege nur 15 bzw. 9 Prozent der Patienten.

Tab. 6
Alter der Patienten bei der Haus-(kranken-)pflege in Kreuzberg und Tempelhof

Alter der Patienten	Kreuzberg		Tempelhof	
	Basis (N)	Hauspflege/Hauskranken- pflege	Hauspflege/Hauskranken- pflege	
	779	38	487	101
Unter 45 Jahre	5	-	1	2
45 bis unter 60 Jahre	10	11	8	1
60 bis unter 75 Jahre	31	29	44	33
75 Jahre und älter	54	61	47	64

Quelle: Eigene Erhebung

Das Alter der Patienten, die Hauspflege erhalten, liegt in Tempelhof etwas niedriger als in Kreuzberg. Nach Aussage der Hauspflegeleiterin in Tempelhof wird dort auch eine Reihe jüngerer Behinderter betreut. Verbunden mit der Relation zur Gesamtbevölkerung in den Bezirken ergibt sich noch eine andere Erklärung:

Tab. 7
Wohnbevölkerung und durch Haus-(kranken-)pflege Betreute in Kreuzberg und Tempelhof

	Kreuzberg	Tempelhof
Prozentsatz der Bewohner 60 Jahre über ¹⁾ (Stand 1977)	22 %	29 %
Prozentsatz der Personen ²⁾ in Einpersonenhaushalten (Stand 1970)	28 %	18 %
Anzahl der von der Hauspfle- ³⁾ ge betreuten Patienten über 60 Jahre	664	441
In % der Wohnbevölkerung über 60 Jahre	2,3 %	0,9 %

Quellen: 1) Statistisches Landesamt Berlin 1978, S. 2, 4
2) Statistisches Landesamt Berlin 1977, S. 48
3) Eigene Erhebung

Kreuzberg hat eine durchschnittlich etwas jüngere Bevölkerung, wahrscheinlich bedingt durch den hohen Anteil ausländischer Arbeitnehmer in diesem Bezirk. Aber es leben weitaus mehr Menschen alleine in Kreuzberg als in Tempelhof. Von daher erklärt sich der höhere Anteil der Hauspflege in Kreuzberg. Der höhere Umfang der Behandlungspflege in Tempelhof hat möglicherweise rein organisatorische Ursachen. In Kreuzberg stehen viele langjährige Hauspflegerinnen zur Verfügung, die formal nicht für die Krankenpflege qualifiziert sind.

Daß die Alleinlebenden, und darunter wiederum die Frauen, die meisten pflegerischen Dienste beanspruchen, geht aus der folgenden Tabelle hervor:

Tab. 8

Prozentsatz der alleinlebenden und der weiblichen Patienten unter den von Hauspflegediensten Betreuten in Kreuzberg und Tempelhof

	Kreuzberg Hauspflege/Hauskranken- pflege		Tempelhof Hauspflege/Hauskranken- pflege	
Alleinlebende Patienten	80	95 ¹⁾	86	90
Weibliche Patienten	87	95	83	83

¹⁾Ohne Patienten des Diakonischen Werks.

Quelle: Eigene Erhebung

Die Verteilung der verschiedenen Zuweisungsmodi für Hauspflege und Hauskrankenpflege zeigt auf, daß bei der Hauspflege etwa die Hälfte der Patienten vom Sozialamt überwiesen wird, etwa ein Viertel vom Krankenhaus und etwa ein Fünftel sind Selbstzahler. Der niedrigere Prozentsatz an Sozialhilfeempfängern bei den Patienten der Hauskrankenpflege hat zwei Erklärungsmöglichkeiten: Entweder hält das Sozialamt oder die Verteilerstelle des Wohlfahrtsverbandes bei Sozialhilfeempfängern seltener eine Hauskrankenpflege für geboten, weil hier weniger Genesungschancen gesehen werden, oder aber es handelt sich bei den vom Sozialamt überwiesenen Patienten tatsächlich in höherem Ausmaß um Pflegefälle, die offiziell der

Behandlung nicht mehr bedürfen. Möglicherweise spielen auch beide Gründe eine Rolle. Die Fallzahlen für die Hauskrankenpflege sind auch zu niedrig, um hieraus Aussagen ableiten zu können.

Tab. 9
Zuweisungs-/Leistungsmodus in der Haus-(kranken-)pflege in Kreuzberg und Tempelhof

PROZENTWERTE	Kreuzberg		Tempelhof	
	Hauspflege/Hauskranken- pflege	Hauspflege/Hauskranken- pflege	Hauspflege/Hauskranken- pflege	Hauspflege/Hauskranken- pflege
Sozialamt	57	45	48	41
Krankenhaus/-kasse	26	37	29	43
Selbstzahler	17	18	23	17

Quelle: Eigene Erhebung

In Kreuzberg ist der Anteil der vom Sozialamt übernommenen Kosten für die Hauspflege höher als in Tempelhof, bei der Hauskrankenpflege sind die Unterschiede dann zu vernachlässigen. Dies und der etwas höhere Anteil der Selbstzahler in Tempelhof bestätigt die soziale Struktur des Bezirks: Kreuzberg ist im Durchschnitt "ärmer" als Tempelhof.

Zusammenfassend läßt sich zu den Patienten von Hauspflege und Hauskrankenpflege in den Berliner Bezirken Kreuzberg und Tempelhof sagen, daß sie überwiegend über 60 Jahre alt, fast ausschließlich weiblichen Geschlechts sind und überwiegend in Ein-Personen-Haushalten leben. Hauspflege und Hauskrankenpflege haben damit vor allem die Funktion, die Situation alleinlebender, alter, kranker Frauen zu verbessern. Die Krankenkassen übernehmen immer noch einen relativ geringen Anteil der Kosten für die häusliche Krankenpflege in Berlin: Der Anteil liegt bei einem Viertel bis maximal 43 Prozent. Rund 60 Prozent aller Betreuten sind infolgedessen aller Voraussicht nach Pflegefälle, deren Kosten die Krankenkasse nicht (mehr) übernimmt.

3.3. Sozialstationen

Die Anzahl der staatlich geförderten Sozialstationen betrug im Dezember 1978 731. Die Stadtstaaten Berlin, Bremen, Hamburg verfügen aufgrund der vorhandenen Hauspflagedienste nicht über Sozialstationen. In Hamburg sind nach der Auswertung eines Modells mit 3 Sozialstationen weitere Stationen geplant, in Bremen sind Dienstleistungszentren entstanden, in denen auch Beratung und Vermittlungsdienste geleistet werden (Forum Sozialstation 11/1980, S. 23 ff.). Die Verteilung auf die einzelnen Länder ergibt, daß Sozialstationen insbesondere in Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen gefördert werden. Die Häufigkeit von Sozialstationen in den Bundesländern ist u.a. abhängig vom Ausbau anderer ambulanter Dienste. So hat Bayern neben der relativ geringen Anzahl von Sozialstationen eine sehr große Menge von Krankenpflagestationen (vgl. 3.4.).

Tab. 10

Verteilung der staatlich geförderten Sozialstationen auf die einzelnen Bundesländer

Bundesland	abs.	%
Schleswig-Holstein	14 ¹⁾	2
Niedersachsen	125	17
Nordrhein-Westfalen	153	21
Hessen	58 ²⁾	8
Rheinland-Pfalz	83	11
Saarland	11	2
Baden-Württemberg	215	29
Bayern	72 ³⁾	10
	<u>731</u>	<u>100</u>

1) Modellstationen

2) davon 8 Zentren für Gemeinschaftshilfe und 50 mobile Krankenpflagestationen

3) daneben zahlreiche Stationen, die ohne staatliche Hilfe arbeiten

Quelle: Forum Sozialstation 5, Dezember 1978, S. 21

Noch im November 1977 waren bei einer Umfrage des Landes Bayern im Bundesgebiet insgesamt 334 Sozialstationen angegeben worden, das heißt daß die Anzahl der Sozialstationen rapide gewachsen ist.

Die Trägerschaft der Sozialstationen ist nicht im einzelnen bekannt. Bei der bayerischen Umfrage waren von 334 Sozialstationen nur 15 nicht von Verbänden der freien Wohlfahrtspflege getragen (Deutscher Verein 1977). Eine Umfrage des Vereins für Sozialplanung und Sozialverwaltung Anfang 1978, die 181 Sozialstationen miteinbezog und einen Rücklauf von weniger als 50 Prozent hatte - somit also nicht repräsentativ ist -, erbrachte ein Übergewicht kombinierter Trägerschaften (GRUNOW/HEGNER/LEMPERT 1979).

Die Abrechnungsverfahren sind in den einzelnen Ländern unterschiedlich. In der erwähnten Umfrage des Landes Bayern ergab sich, daß die staatlichen Förderungsmaßnahmen teilweise aus einem festen Sockelbetrag entsprechend der Anzahl der angestellten Kräfte bestanden (Baden-Württemberg, Bayern), daß in Bremen die Kosten der Leitungskraft und die meisten laufenden Kosten vom Staat übernommen wurden, während die Förderung in den anderen Ländern etwas geringer ausfiel und sich u.a. nach den ungedeckten Kosten, der Einwohnerzahl und den Investitionen richtete.

Bei den Ländern, die dazu Angaben machten, wurden die laufenden Kosten ebenfalls aus unterschiedlichen Quellen finanziert.

Tab. 11

Kostenträger für Sozialstationen in einigen Bundesländern

PROZENTWERTE	Mittel des Trägers	Land	Kommune	LVA	Entgelte Sozialleistungsträger	Entgelte Selbstzahler
<u>L a n d</u>						
Bremen ¹⁾	10	90	-	-	-	-
Saarland (+ 1% Bundesknapp- schaft)	16	30	30	9	8	6
Bayern	15-20	15-20	30-35	-	30-35	
Rheinland-Pfalz	13	26,5	26,5	11	23	

zusammengestellt nach: Deutscher Verein 1977
(übrige Bundesländer: keine Angaben)

- 1) Hier handelt es sich nicht um Sozialstationen im üblichen Sinne (Bündelung ambulanter Pflegedienste), sondern um Dienstleistungszentren, die vorwiegend Beratung anbieten und andere Angebote vermitteln

Die Hauptquellen sind kommunale und Landesmittel, es folgen die Entgelte und die Mittel des Trägers.

Abgerechnet werden die Leistungen ebenfalls unterschiedlich. In einem

Bericht über die Sozialstationen im Kreis Paderborn heißt es, daß nach einem pauschalierten Leistungskatalog abgerechnet wird, der nur zwischen "großer" und "kleiner" Pflege unterscheidet (MEYER 1978, S. 2). Die Bereitschaft der Krankenkassen, die Kosten für ambulante Pflegedienste zu übernehmen, ist in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich ausgeprägt. Während in Berlin die Hauspflege bzw. Hauskrankenpflege zu einem Viertel bis maximal 40 Prozent von den Krankenkassen übernommen wird, zeigen die Angaben aus Bayern eine wesentlich größere Bereitschaft zur Kostenübernahme schon vor Inkrafttreten des Krankenversicherungskostendämpfungsgesetzes 1977. Innerhalb von zwei Jahren stieg der Anteil der Krankenkassen an der Übernahme der Kosten in Sozialstationen in Bayern von 35 auf 69 Prozent (von 1973 bis 1975); (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung 1976, S. 53).

Eine repräsentative Untersuchung über die Sozialstationen in der Bundesrepublik steht zur Zeit noch aus.

3.4. Ambulante Krankenpflege in Bayern

Träger der Sozialstationen und Krankenpflegestationen in Bayern sind nahezu ausschließlich die Wohlfahrtsverbände, wobei der Caritasverband und das Diakonische Werk den Hauptanteil stellen (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung 1977, S. 12).

Eine große Bedeutung haben bei den Krankenpflegestationen die kirchlichen Träger, meist wohl Gemeinden, während der DPWV bei Nachbarschaftshilfen und Bürgerinitiativen ("Sonstige") stärker in Erscheinung tritt.

Bei den Sozialstationen ist der Anteil der vom Caritasverband betriebenen Stationen noch höher. Das Bayerische Rote Kreuz ist bei den Haus- und Familienpflegestationen relativ stark vertreten. Kommunen treten als Träger kaum (unter "Sonstige") in Erscheinung. Die religiös gebundenen Verbände und die Kirchengemeinden sind damit in der ambulanten Pflege in Bayern führend, insbesondere wenn man das zahlenmäßige Übergewicht von Krankenpflegestationen zusätzlich in Betracht zieht.

Alle Krankenpflege- und Sozialstationen und fast alle Nachbarschaftshilfen führen Krankenpflege durch. Am geringfügigsten ist diese Tätigkeit in den Dorfhelferinnenstationen (S. 10 f.).

Tab. 12

Ambulante Dienste mit Krankenpflege in Bayern

	Gesamt abs.	Mit Krankenpflege abs.	%
Krankenpflegestationen	1052	1052	100
Sozialstationen i.S.d. Richtlin.	41	41	100
Sonstige Sozialstationen	16	16	100
Haus- u. Familienpflegestationen	123	41	33,3
Dorfhelferinnenstationen	174	18	10,3
Nachbarschaftshilfen, Bürgerinit.	209	151	72,2
Altenbetreuungscentren	5	2	40

zusammengestellt nach: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung 1977, S. 10/11

Die Betrachtung der Altersstruktur der Patienten ergibt einen ähnlichen Schwerpunkt bei der älteren Bevölkerung wie in Berlin bei den Hauspflegediensten. Die ambulanten Dienste in Bayern betreuen zu einem etwas höheren Prozentsatz auch jüngere Patienten. Aber auch in Bayern beträgt der Prozentsatz der über 60jährigen Patienten 70 Prozent (Haus-/--kranken-/--pflege in Berlin: 80-90 Prozent).

Tab. 13

Wohnbevölkerung und durch ambulante Krankenpflege Betreute in Bayern

	abs.	%
Gesamtbevölkerung am 31.12.1976 ¹⁾	10.804.200	100
Anzahl der von ambulanten Pflegediensten betreuten Personen	45.874	0,42
Bevölkerung über 60 Jahre ¹⁾	2.109.300	100
Durch ambulante Pflegedienste Betreute über 60 Jahre (= 69,7 % aller Betreuten) ²⁾	31.985 ²⁾	1,5 ³⁾

Quellen: 1) Statistisches Bundesamt 1978, S. 60

2) Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung 1977, S. 19

3) eigene Berechnung

Umgerechnet auf die gesamte Wohnbevölkerung über 60 Jahre ergibt sich ein Anteil von 1,5% durch ambulante Pflegedienste Betreuten im Monat Juni 1976. In Berlin hingegen waren es in Kreuzberg 2,2 % der über 60jährigen Bevölkerung, in Tempelhof 0,9%, die zum Befragungszeitpunkt Haus- bzw. Krankenpflege erhielten. In Berlin scheint demnach die Haus-(kranken-)pflege einen größeren Umfang zu haben als in Bayern.

Die Verteilung der Patienten auf die unterschiedlichen ambulanten Dienste in Bayern ergibt, daß die Sozialstationen den höchsten Prozentsatz an über 60jährigen betreuen (S. 19).

3.5. Tätigkeiten

Der Umfang und die Qualität der Leistungen von Sozialstationen und Hauskrankenpflegediensten sind bestimmt durch die Trennung zwischen Pflege, Behandlung und Beratung, durch das Interesse verschiedener Gruppen (Träger, Ärzteschaft) an der Aufrechterhaltung dieser Trennung und durch das Interesse der Kostenträger an einer kostensparenden Arbeitsweise (vgl. GRUNOW/HEGNER/LEMPERT 1979, S. 70 f.; S. 167). Von daher entfällt das Schwergewicht der Tätigkeiten auf pflegerische Leistungen. Tätigkeiten, auf deren Ausführung Ärzte Anspruch erheben (Diagnose, Therapieplan, Verordnungen) werden weiterhin außerhalb der Hauskrankenpflegedienste/Sozialstationen in Praxen oder Krankenhäusern ausgeführt. Eine tatsächliche Kontinuität der ärztlichen bzw. medizinischen/pflegerischen Versorgung ist somit durch die ambulanten Pflegedienste in der derzeitigen Form nicht gegeben.

Die beratenden Funktionen und anderen Maßnahmen, die das Selbsthilfepotential der Bevölkerung stärken sollen (zum Beispiel Fortbildung ehrenamtlicher Mitarbeiter) sind zum Teil im Programm von Sozialstationen enthalten. Es

ist aber anzunehmen, daß sie, mangels Vergütungsmöglichkeiten durch die Kostenträger, einen geringen Teil der Leistungen ausmachen¹⁾.

In der Hauskrankenpflege wird im allgemeinen zwischen Grundpflege und Behandlungspflege unterschieden. Zur Grundpflege, auf die sich in Berlin die Hauspflege beschränkt, gehören (laut Abrechnungsformular für die Kassen):

Betten, Waschen, Ankleiden;
Einkaufen, Essenszubereitung;
Zimmerreinigung, Heizen der Wohnung;
Eingeben von Medikamenten.

Die Behandlungspflege, die in Berlin von Hauskrankenpflegerinnen ausgeführt wird, umfaßt:

Anlegen und Wechseln von Verbänden;
Mobilisierungsübungen (Gehübungen und Bewegungsübungen);
Blasenspülungen/Katheterwechseln;
Anus-*praeter*-Pflege;
Injektionen;
Decubituspflege.

Da die Hauspflege in Berlin überwiegt, kann man davon ausgehen, daß die grundpflegerischen Tätigkeiten den Großteil der pflegerischen Betreuung in der eigenen Häuslichkeit ausmachen.

Für die Sozialstationen sei hier beispielhaft aus einem Bericht über drei Sozialstationen in Paderborn zitiert, welche Tätigkeiten zu den Arbeiten des Personals gehören:

"Kleine Pflegen: darunter verstehen wir Behandlungen bis zu einer halben Stunde, wie Injektionen, Inhalationen, kleine Körperpflege, Einreibungen, Verbände, Verabreichung von Medikamenten, Wechseln von Harnkathetern.

Große Pflegen: darunter verstehen wir Behandlungen von einer halben bis zu zwei Stunden. Es gehören dazu alle Leistungen der kleinen Pflege sowie insbesondere große Körperpflege, Ganzwäsche, Betten, prophylaktische Maßnahmen, Übungsbehandlungen, zum Beispiel Bewegungsübungen, physikalische Maßnahmen, zum Beispiel Bäder, Wickel, Packungen, Bestrahlungen, Verbandswechsel, Wundversorgung, Blutdruckkontrollen, Krankenbeobachtungen...

1) Ausführliche Untersuchungen hierzu liegen derzeit noch nicht vor.

Beratung in Fragen der Gesundheitserziehung, Diätkost usw., Betreuung psychisch Kranker und deren Angehörigen, Besuche von älteren alleinstehenden Patienten, Sterbehilfe, Unterrichtstätigkeit im Lehrgang für Alten- und Hauspflegehilfe, Anleitung von Angehörigen, Nachbarn, Hauspflegehelferinnen in pflegerischer Versorgung, Durchführung von Kursen in Hauskrankenpflege, Vermittlung sonstiger sozialer Hilfen wie Altersheimunterbringung, Krankenhauseinweisung" (MEYER 1978).

Für die Sozialstationen in Paderborn liegen Angaben für die Dauer der Pflegen vor. Unter den 112 Patienten im Rahmen der Alten- und Hauspflegehilfe wurden 18 Prozent über zwei Jahre lang versorgt, im Bereich Krankenhilfe¹⁾ (im Gegensatz zu Alten- und Hauspflegehilfe, wobei die Unterscheidung in dem zitierten Artikel unklar bleibt) wurden 15 Prozent über ein Jahr lang pflegerisch versorgt, davon etwa die Hälfte zwei Jahre und länger.

Bei den ambulanten Diensten in Bayern stellen die stundenweisen Hausbesuche mit fast zwei Dritteln den größten Anteil der Tätigkeiten. Hilfeleistungen in den Stationen spielen bei den Krankenpflegestationen, Dorfhelferinnenstationen und Altenbetreuungscentren eine größere Rolle (ca. ein Drittel aller Tätigkeiten). Die alten Menschen bilden bei allen Hilfeleistungen über die Hälfte aller Betreuten. Den höchsten Anteil (92 Prozent) haben die bei Tag und Nacht zu Pflegenden (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung 1977, S. 21). Unter "stundenweisen Hausbesuchen" ist wahrscheinlich die Pflege und häusliche Hilfe für Nicht-Schwerkranke zu verstehen, während bei ganztägigen und nächtlichen Pflegen Schwerstpflegebedürftige versorgt werden. Demnach wäre zu vermuten, daß der Umfang der Grundpflege und der häuslichen Tätigkeiten bei der Betreuung der Patienten vergleichbar ist mit dem Umfang der Hauspflege in Berlin, die dort ebenfalls den größten Teil der pflegerischen Dienste ausmacht.

1) Auch bei der Krankenhilfe sind 88 % der Patienten über 66 Jahre alt.

3.6. Zusammenfassung

Die Ausweitung der ambulanten Pflegedienste in jüngster Zeit kommt vorwiegend alten Menschen zugute und hat für die Klienten/Patienten mehrere Vorteile:

1. Sie können in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben und müssen nicht sofort bei längerdauernder Krankheit in eine stationäre Einrichtung;
2. Die Betreuung durch einzelne Pflegekräfte kann persönliche Beziehungen schaffen, die das Leiden an Krankheit im Alter verringern;
3. Die Ausdehnung der Tätigkeit der Sozialstationen auf die Förderung von Nachbarschaftshilfe etc. intensiviert die menschlichen Beziehungen in der Umgebung des Kranken.

Diese Chancen werden aber durch die strukturellen Mängel der ambulanten Pflege eingeschränkt:

1. Die unterschiedlichen Trägerschaften und die Dominanz der Wohlfahrtsverbände (nach dem Subsidiaritätsprinzip) bei der Errichtung von Stationen für die ambulante Krankenpflege erschweren sozialpolitische Planungen und Maßnahmen. Diese beschränken sich im wesentlichen auf "Anreizprogramme" (GRUNOW/HEGNER/LEMPERT 1979, S. 90).
2. Die unterschiedlichen Kostenträger orientieren sich jeweils am Prinzip der für sie niedrigsten Kosten. Damit wird eine Ausweitung der ambulanten Dienste selbst und auch eine Ausweitung ihrer Aufgaben auf präventive und rehabilitative Maßnahmen verhindert.
3. Die Pflege alter Menschen wird bei dauerhafter Pflegebedürftigkeit nicht von den Krankenkassen übernommen.
4. Die strikte Trennung von ärztlichen Leistungen erhält die Diskontinuität der Versorgung aufrecht.

Von daher ist anzunehmen, daß die Möglichkeiten, die die ambulante Altenpflege für die Patienten bietet, nicht ausgeschöpft werden können.

4. Stationäre Einrichtungen

4.1. Zur Geschichte der Differenzierung der Institutionen der Altenhilfe und des Gesundheitswesens

Altenhilfe und Gesundheitswesen verfügen heute über eine Reihe von Institutionen mit zum Teil sehr ähnlichen Aufgaben. Im halbstationären und stationären Bereich sind dies vor allem Tagespflegeheime und Pflegeheime/-abteilungen bzw. Krankenhäuser/-abteilungen für Chronischkranke.

Die Institutionen für pflegebedürftige alte Menschen waren seit Beginn der Trennung zwischen Armenpflege und Gesundheitswesen diesen unterschiedlichen Systemen zugeordnet. Ihre Differenzierung findet im Zuge einer Ausweitung der Funktionen dieser Institutionensysteme und einer allgemein fortschreitenden Arbeitsteilung statt.

Heime für alte Menschen gab es schon seit dem 4. Jahrhundert. In dieser Zeit taucht der Ausdruck "gerokomeion" (Altersheim) zum ersten Mal auf (BAUER 1965, S. 63). Im allgemeinen aber waren arme Alte zusammen mit anderen Kranken, Arbeitsunfähigen, Armen untergebracht. Auch die Krankenhäuser nahmen bis zum 18. Jahrhundert zum Teil die Funktion von Armenhäusern wahr (vgl. ROHDE 1974, S. 70 ff.; STÜRZBECHER 1966, S. 126). Die stärkere Differenzierung zwischen den ausgegliederten Gruppen beginnt im 18. Jahrhundert. Nach dem Landarmen- und Invalidenreglement für die Churmark von 1791 sollten Invaliden- und Armenhäuser

"getrennt gebaut und verwaltet werden, nur eine gemeinsame Ökonomie zur billigeren Unterhaltung erhalten. Die Invaliden sollen besser behandelt werden als die Armen... Die weitere Entwicklung des Anstaltswesens ist gekennzeichnet durch die immer mehr im 19. Jahrhundert einsetzende Arbeitsteilung. Irren-, Waisen-, Kranken-, Invaliden-, Strafanstalten werden gesondert, das Gefängniswesen ausgebildet und schließlich als vorläufig letztes Glied die Fürsorgeerziehung als gesonderte Aufgabe der staatlichen und kommunalen Wohlfahrtspflege eingerichtet" (BREITHAUPT 1915, S.81 f.).

Parallel zu Differenzierungsprozessen, die die Funktion einer besseren Kontrolle über deviante Gruppen hatten, differenzierten sich die Institutionen für alte Menschen. Die ersten reinen Alten- und Pflegeheime entstanden im

19. Jahrhundert (SCHOLL 1962, S. 198). Für die Siechen, wozu alle schweren Krankheiten und Behinderungen gerechnet wurden, wurden separate Anstalten gebaut. Ende des 19. Jahrhunderts wird die Forderung nach dem Ausbau der Siechenanstalten deutlicher. Die Gründe dafür waren:

- die Entfernung der auffälligen Kranken aus dem Blickfeld der Bürger;
- die mangelnde Bereitschaft der Familien, ihre Angehörigen zu versorgen;
- die abnehmende Bereitschaft der Krankenhäuser, Pflegefälle zu versorgen;
- die Ansicht, daß der Verbleib im Armenhaus für Sieche nicht zumutbar sei (BÖTTNER 1884, S. 16 f.);
- das Interesse der Kirchen, sich eine Domäne gegenüber der öffentlichen Wohlfahrt zu sichern.

Diese Argumente kommen in drei Dokumenten der evangelischen Kirche aus jener Zeit zum Ausdruck (BÖTTNER 1884; MEDEM 1888; KRIPPENDORF 1904).

Von der Situation Siecher in der Familie heißt es:

"Allein es giebt sowohl der Familien genug, welche die ihnen angehörenden Siechen aus Mangel an Vermögen und Pflegepersonal gar nicht behalten können, als auch deren, welche aus Mangel an Liebe und aus großer Herzenshärte ihr eigen Fleisch und Blut verstoßen, und der Art behandeln, daß es eine Wohlthat für die Elenden ist, wenn sie vom Banne der Familie befreit werden. Dazu giebt es Fälle, wo die Familienmitglieder auch beim besten Willen und selbst im Vermögensfalle gerade die Ungenügendsten dazu sind, ihre wunderlichen Verwandten in Pflege zu behalten. Viel mehr Fälle aber giebt's, wo die armen Siechen familienlos sind, wo sie dem Orts- oder Land-Armenverbande verfallen, und wo sie dann wie Pariah's im Dorfe, in der Stadt, im Lande umherirren, wenn sie nicht ganz den Orts- oder Landes-Armenhäusern zugewiesen werden, in welche sie von Gottes und Rechtswegen durchaus nicht gehören" (BÖTTNER 1884, S. 13).

Gegen den Verbleib im Krankenhaus wird angeführt, daß Sieche dem Arzt langweilig werden, daß die Siechen selbst das Zusammensein mit heilbaren Patienten als Belastung empfinden und daß ansteckende nicht mit anderen Krankheitsbildern gemischt werden sollten (ebenda S. 13 f.). Auch in die schon existierenden Anstalten für Gemütskranke sollten die Siechen nicht, weil diese überfüllt seien und der pflegerische Aufwand für "stille und ungefährliche Geistesschwache" nicht so hoch sei wie für Sieche (S. 14).

Die Bemühungen, pflegebedürftige Menschen in Familien unterzubringen, oder auch Pflegehäuser für 10 bis 18 Kranke an jedem Ort zu schaffen, um den Siechen einen Verbleib in ihrer Heimat zu ermöglichen (BOTTNER, S. 23), scheiterten. Als Begründung wurde angegeben, es seien zu wenig Personal und zu wenig finanzielle Mittel vorhanden (KRIPPENDORF 1904, S. 9). Wahrscheinlicher ist, daß keine Familie bereit war, fremde Sieche zu betreuen.

Es blieb der öffentlichen und privaten Wohlfahrtspflege überlassen, Siechenhäuser zu errichten. Das Interesse der Kirche an der Übernahme dieser Institutionen wurde mit weltanschaulichen Motiven begründet. Wie in dem folgenden Zitat leicht anklingt, befürchtete die Kirche hier infolge des steigenden Einflusses staatlicher Stellen in der Wohlfahrtspflege eine Reduzierung ihrer "Domäne":

"Einmal hat die veröffentlichte Armenpflege weder die persönlichen Kräfte, noch die ausreichenden materiellen Mittel, welche für die Siechenpflege, wie den Gesichtspunkten der christlichen Barmherzigkeit entspricht, nötig sind... Der zweite Grund aber, weshalb wir für die eigentliche Siechenpflege von der öffentlichen Armenpflege absehen ist der, daß wir sie überhaupt gar nicht aus den Händen geben wollen! Die Siechenpflege, welche gar nicht ohne die geistliche Fürsorge für das innere Leben zu denken ist; welche die mannigfache erleichternde äußerliche Handreichung ersinnt und thut aus dem Beweggrund 'es jammert ihn seiner'; welche sich deshalb den Leidenden mit Liebe, ja mit Ehrfurcht zuwendet, weil sie in ihnen die Heimgesuchten Gottes sieht, welche Gott der Herr geschlagen, weil Er sie liebhat und die Er in dieser besonderen Art besucht, damit sie durch Leiden vollendet würden; - die Siechenpflege gehört nach ihrem ganzen Charakter unzweifelhaft der Kirche" (MEDEM 1888, S. 12 f.).

Der Autor kritisiert, daß schon infolge von Finanznot viele kirchlich geführte Siechenhäuser in die Hände der Gemeinden übergegangen und "zu bloßen Altersversorgungshäusern herabgesunken" seien (ebenda, S. 13).

Etwas zur gleichen Zeit, in der Siechenheime als Zweige der Wohlfahrtspflege gefordert und erbaut werden, wird auch die Forderung nach einer stärkeren Differenzierung im Gesundheitswesen erhoben. Die Krankenhäuser waren zu spezialisierten, medizinischen Institutionen geworden, in denen der pflegebedürftige Patient unnötige Kosten verursachte:

"...die neueste Ministerialverfügung in Preußen, weit entfernt, das beabsichtigte Ziel der Verbilligung des Neubaus von Krankenhäusern zu erreichen, hat im Gegenteil für allgemeine Krankenhäuser diese Kosten im allgemeinen eher vermehrt. Seit etwa einem Jahrzehnt werden Stimmen laut, welche einen Ausweg aus diesen Schwierigkeiten durch Differenzierung nach dem Charakter der Krankheiten suchen... Vor 6 Jahren betonte ich, daß das allgemeine Krankenhaus nur für akute Infektionskrankheiten und akut fieberhafte Zustände, für schwere Verletzungen und Operationen ausgespart sein sollte, daß die leichter Erkrankten, die chronisch Leidenden und die Genesenen der inneren und der äußeren Stationen sobald wie möglich in periphere kleinere Anstalten von einfacherem Typus des Baues und des Betriebes verlegt werden sollten..." (GOTTSTEIN 1913, S. 741).

Spezielle Anstalten sollten vor allem Chronischkranke aufnehmen, die durch ihr Leiden verarmt waren, und alte Kranke:

"Schließlich liegt den Städten ob, für diejenigen zu sorgen, deren Krankheit nicht zum Tode, aber zu jahrelangem Siechtum geführt hat und einer Heilbehandlung nicht mehr zugänglich ist, die aber der Wartung und Linderung ihrer Leiden bedürfen und durch die lange Krankheit verarmt sind. Zu ihnen gesellt sich die Fülle der Alterserkrankungen, zumal für viele schon das Alter selbst eine Krankheit bedeutet" (ebenda, S. 744).

Die sich vom Gesundheitswesen abspaltenden Siechenhäuser unter ärztlicher Leitung sollten den Ärzten auch als Forschungsstätte dienen: "Diese Siechenanstalten enthalten im übrigen, wie schon CHARKOT zeigte, ein klinisch außerordentlich wertvolles Material" (ebenda)¹⁾.

Nach dem 1. Weltkrieg wurden für die vielen unbemittelten alten Menschen im Bereich der Altenhilfe Heime gebaut, bestehende Hospitäler oder Wirtschaften wurden für diesen Zweck umgebaut (MAILANDER 1924, S. 13). Für die Rentner besonders niedriger Einkommensschichten bot das Altenheim schon lange einen

-
- 1) Die Frage der Forschung in Anstalten/Krankenhäusern für Chronisch- und Alterskranke mußte näher untersucht werden. Hierbei sind zwei Aspekte zu beachten:
1. Die Ausdehnung der Forschung auf die genannten Institutionen war eine Folge des zunehmenden Forschungsinteresses der Medizin allgemein.
 2. Die Propagierung der Forschung in den genannten Institutionen mag dem Zwecke gedient haben, die Ärzte, die schwer für solche Anstalten zu gewinnen waren, für diesen Arbeitsbereich zu interessieren. Denn mit Forschung war gleichzeitig auch die Möglichkeit der Weiterqualifikation geboten.

besonderen Anreiz, weil seit 1889 Rentenempfänger unter Verzicht auf die Rente Aufnahme in einem Invalidenheim fanden (POLLIGKEIT 1928, S. 23). Für die nun durch Krieg und Inflation verarmten Mittelschichten bedeutete der Umzug in das Heim häufig ebenfalls eine Erleichterung, da sie ihren Lebensstandard ohnehin nicht halten konnten und auf diese Weise versorgt waren:

"Nimmt man gerade Kleinrentnern die Sorge für das Obdach ab und entlastet sie von einer ihrer wesentlichsten Ausgaben, so wird man eine Sanierung ihrer wirtschaftlichen Lage in vielen Fällen erreichen. Daneben aber läßt sich durch den Bau von Wohnheimen eine aktive Wohnungspolitik betreiben, weil durch die Aufnahme im Heim die bisherige Wohnung der Allgemeinheit zur Verfügung gestellt und dadurch der Wohnungsmarkt entlastet wird" (ND 1927, S. 73; vgl. auch: FRIEDLÄNDER 1926, S. 148).

Der Umzug in ein Altenheim stellte zeitweise sogar ein Privileg dar, weil an manchen Orten ein Platz nur denjenigen Personen gewährt wurde, die eine größere Wohnung zur Verfügung stellen konnten (FRIEDLÄNDER 1926, S. 149; ND 1942, S. 97). Manche Städte gaben alten Menschen Bauzuschüsse für das Recht auf einen Heimplatz, ebenfalls aus dem Grunde, weil damit größere Wohnungen für junge Familien frei wurden (KIESELBACH 1929, S. 254). Dieser Ausbau der Altersfürsorge aus wohnungspolitischen Gründen hielt noch während des Nationalsozialismus an. Er führte wohl häufig zur Ausübung von Druck gegenüber alten Menschen, gegen den der Reichsarbeitsminister sich wendete und mahnte

"daß bei der Durchführung der Maßnahmen irgendein Zwang oder Druck auf die alten Leute nicht ausgeübt werden dürfe, die ihnen lieb-gewordene Altwohnung aufzugeben" (ND 1937, S. 70)¹⁾.

Der Bau von Siechenheimen wurde wieder gefordert; er sollte die Altenheime und die Krankenhäuser entlasten und dabei wiederum Kosten einsparen (POLLIGKEIT 1928, S. 18; FRIEDLÄNDER 1926; ND 1931, S. 145 f.). Von dieser doppelten Funktion her hatten die Siechenheime eine Zwitterstellung zwischen Altenhilfe und Gesundheitssystem; sie waren weder dem einen noch dem anderen Bereich eindeutig zuzuordnen.

1) Der Bau von Altenwohnheimen setzte ebenfalls in der Weimarer Republik ein. Er sollte die Personalkosten in den Heimen senken und diente wohnungspolitischen Zwecken, ebenso wie der Bau von Altenheimen (ND 1942, S. 98).

Die Ausführungsverordnungen der Länder für die Reichsgrundsätze vom 17. April 1924 hatten die Zahlungsverpflichtung den Landesfürsorgeverbänden übertragen, die für Bewahrung, Kur und Pflege unheilbar Kranker zu sorgen hatten. § 9 der Preußischen Ausführungsverordnung berechnete die Landesfürsorgeverbände, die Fürsorge für Sieche unmittelbar zu übernehmen (GOLDMANN 1930, S. 245). Von daher beteiligten sich seit 1924 die öffentlichen Träger stärker an der Errichtung von Altersheimen, an die häufig eine Pflegeabteilung angeschlossen war (ebenda, S. 300 f.). Zwei Drittel aller Plätze in allen Alten- und Siechenheimen wurden aber immer noch von der freien Wohlfahrtspflege getragen (ebenda, S. 247). Die Trägerschaft beeinflusste wahrscheinlich auch die Zugehörigkeit zum System des Gesundheitswesens bzw. der Altenhilfe. Teilweise wurden die Siechenanstalten von Gesundheitsämtern oder Krankenhausverwaltungen, in Zusammenarbeit mit dem Bezirksfürsorgeverband und dem Wohlfahrtsamt verwaltet (ND 1928, S. 97). Teilweise (zum Beispiel in Aachen, Berlin, Breslau, Dresden, Frankfurt am Main, Mönchengladbach, Plauen) waren sie auch gänzlich in das Gesundheitswesen integriert (GOLDMANN 1930, S. 285). Für die Integration in Krankenanstalten sprach das Argument, daß das Pflegepersonal dann ausgetauscht werden könne (ND 1928, S. 97) und die Verwaltungsvereinfachung (GOLDMANN 1930, S. 249).

Die Argumente für die Siechenanstalten waren ähnlich wie Ende des vorigen Jahrhunderts. Dabei wurde den Siechenanstalten des Gesundheitswesens mehr die Funktion der Entlastung der Krankenhäuser, den Pflegeheimen und -abteilungen der Altenhilfe mehr die Funktion der Entlastung der Altenheime zugesprochen (GOLDMANN 1930, S. 287 ff.).

Zunächst war es die Aufgabe der Anstalten, die Siechen zum Schutze der Gesellschaft aus derselben zu entfernen:

"Die Siechenhäuser und Altersheime gehören in ein sozialhygienisches Arbeitsgebiet, für das man früher die Bezeichnung 'Asylwesen' gebraucht. In neuerer Zeit bürgert sich der Ausdruck 'Bewahrungswesen' ein. Die Bewahrung ist eine fürsorgerische Bestrebung zur Vorbeugung gegen Verwahrlosung und Verwahrlosungsgefahr. Sie bezweckt, Personen, die sich in der freien Gesellschaft wirtschaftlich, geistig oder sittlich nicht behaupten oder anpassen können, - also hauptsächlich die passiven Naturen in der Gesellschaft -, durch geeignete Maßnahmen, vorzugsweise durch Dauerunterbringung in Anstalten, vor sich selbst und damit die Gesellschaft vor ihnen zu schützen. In erster Linie dient sie also dem Gefährdeten

unmittelbar und sucht zu verhindern, daß er vollends zugrunde geht, sei es, daß seine Rückführung zur Norm des sozialen Menschen erstrebt wird, sei es, daß man unter Vermeidung unnötiger Aufwendungen dauernd für ihn sorgt" (GOLDMANN 1930, S. 235).

In diesen Äußerungen kommt schon der Trend zur "Kasernierung" zum Ausdruck, der im Nationalsozialismus seinen Höhepunkt erreichen sollte. Auch die Funktion der Auffangstation für alte Arme war noch vorhanden. 99 Prozent der Patienten in den Berliner Hospitälern waren Anfang der 30er Jahre Patienten, die gleichzeitig Fürsorgeempfänger waren (ND 1935, S. 37 ff.). Das Krankenhaus sollte von der Funktion, deviante, psychisch Auffällige, Obdachlose und arme Patienten zu versorgen, entlastet werden, weil es zu teuer war:

"Aus dieser Lückenhaftigkeit des Anstaltswesens ergibt sich, daß noch vielfach das allgemeine Krankenhaus als ein Allheilmittel gegen jegliche Nöte physischer, psychischer, häuslicher oder wirtschaftlicher Art gilt. So kehrt in der Praxis die Erscheinung immer wieder, daß die hochwertigen und teuren Krankenhäuser im Winter in nicht unerheblichem Maße durch Stadtbummler, welche den Sommer über landstreichend, besetzt sind und während des ganzen Jahres von Pflegebedürftigen, chronisch-körperlich Kranken und Altersgebrechlichen in sehr hohem Maße in Anspruch genommen werden" (GOLDMANN 1930, S. 237).

Immer mehr wurde der hohe Prozentsatz der alten Menschen in Krankenhäusern zum Problem. 1923 war jeder sechste Eingelieferte im Berliner Krankenhaus am Friedrichshain über 60 Jahre alt, auf der Inneren Station des Rudolf-Virchow-Krankenhauses waren 24 Prozent aller Neuaufnahmen "im Greisenalter". Vor allem ledige ältere Männer (die wahrscheinlich länger die Krankenhauskosten zahlen konnten) nahmen einen hohen Prozentsatz der Krankenhausbetten ein (ebenda, S. 239 f.). Die Investition für ein Bett im Siechenhaus kostete etwa die Hälfte von einem Krankenhausbett, die Kosten eines Verpflegungstages im Siechenhaus betrug etwa die Hälfte von denen eines Tages im Krankenhaus. Um den Wohlfahrtsämtern Kosten zu ersparen, wurden unter der Bedingung der Beteiligung von Angehörigen Ermäßigungen gewährt. Gleichzeitig versprach man sich davon eine Stärkung des Selbsthilfepotentials (ebenda, S. 296, S. 299). Um den Bedarf zu decken, rechnete man mit 14 Betten in Siechenhäusern auf 1000 Lebende über 60 Jahre (ebenda, S. 292). Auch Forschung sollte in den Siechenanstalten betrieben werden (ebenda, S. 254).

Bei vielen Kranken gab es einen erheblichen Widerstand gegen die Überführung vom Krankenhaus ins Siechenheim:

"Die Verlegung von Kranken aus einem Krankenhaus in ein Siechenhaus stößt häufig bei den Patienten auf Widerstand, besonders, wenn es sich um unwirtschaftliche Menschen handelt, die den Aufenthalt im Krankenhaus aus begreiflichen Gründen vorziehen" (ebenda, S. 290).

Die "begreiflichen Gründe" nennt der zitierte Autor nicht. Sie lassen sich aber rekonstruieren aus dem, was er zu den Funktionen und der Arbeitsweise eines Siechenhauses sagt. Die Widerstände der Kranken resultierten zum Teil aus dem "Odium des Sterbehuses" (ebenda, S. 249), der dem Siechenhaus anhängt. Die Funktion des Siechenhauses, Endstation zu sein, sollte denn auch durch eine Änderung des Namens in "Pflegeheim" aus dem Bewußtsein schwinden (ebenda). Ein zweiter Grund war, daß das Siechenhaus immer noch gleichzeitig als Armenhaus fungierte (siehe oben, ND 1935, S. 57 ff.). Ein dritter Grund war die starke Nähe zu disziplinierenden Anstalten: Patienten "mit einer belasteten Vergangenheit" (ebenda) bzw.

"die sich wegen ihrer Vergangenheit, ihres Charakters, und ihrer Lebensführung mit anderen Pfleglingen nicht vertragen können",

sollten

"in einer besonderen Abteilung, die zweckmäßig dem Arbeitshaus angegliedert ist",

untergebracht werden (GOLDMANN 1930, S. 264).

Die Hausordnung der Siechenhäuser versuchte ebenfalls, die Patienten, insbesondere der unteren Schichten, zu disziplinieren. In den entsprechenden Vorschriften kommt auch zum Ausdruck, daß die Patienten vor allem den unteren Schichten angehörten, anderenfalls wären bestimmte Verbote gar nicht nötig gewesen:

"Nach 9 Uhr mußte Ruhe in den Schlafsälen herrschen, beim Mittagschlaf waren die Kleider abzulegen, Verbände, Speisereste durften nicht in das Ausgußbecken geworfen werden, das Ansammeln von Brot und Selbstbereiten von Speisen, Glücksspiele, Betteln, waren verboten, und auch das Abhalten von Versammlungen, die die Ruhe der Patienten stören oder gegen die Hausordnung verstoßen" (GOLDMANN 1930, S. 278).

Die Nähe einiger Vorschriften zu noch heute gültigen Heimordnungen ist allerdings ebenfalls auffällig (vgl. ANTHES/KARSCH 1975).

Die ärztliche Betreuung und die Rehabilitationsmöglichkeiten waren völlig unzureichend. Zwar versorgten Angestellte oder beamtete Ärzte der öffentlichen Wohlfahrtspflege oder von Krankenhäusern die Siechenanstalten, aber die Anzahl der so betreuten Patienten überstieg oft 300 (ebenda, S. 269 f.). Häufig führten Tuberkulose und Syphilis zu einer Anstaltsaufnahme, so daß andere Patienten durch die ansteckenden Krankheiten gefährdet waren. Die Siechenhäuser, die speziell für ansteckende Tb-Kranke eingerichtet worden waren, mußten schließen, weil sie als Sterbehäuser in Verruf gerieten (ebenda, S. 256 f.).

Allmählich wurden die Siechenheime zu Altenpflegeheimen. Zwar waren immer noch alle möglichen Krankenbilder vertreten, aber der Anteil der Patienten über 60 Jahre war sehr hoch. So waren zum Beispiel am 16. Juni 1925 69 Prozent aller Patienten in 11 Siechenhäusern in Berlin älter als 60 Jahre alt. Dabei waren die Frauen im Durchschnitt älter als die Männer, die Ledigen beider Geschlechter waren in der Überzahl (GOLDMANN 1930, S. 242, 291). Mit der Verarmung der Mittelschichten nach dem 1. Weltkrieg nahm der Anteil der Patienten aus diesen Schichten in Pflegeabteilungen von Altenheimen und Siechenanstalten zu (ebenda, S. 263 f.). Nur ungern mutete man ihnen das Zusammensein mit den unteren Bevölkerungsgruppen zu und forderte, die "Lücke zwischen Armenhaus und Privatsanatorium" (ebenda) zu schließen.

Die Verpflegung in den Siechenanstalten war zum Teil so gut, daß der zitierte Goldmann sich gegen die Forderung wenden mußte, den Standard zu senken:

"Die Wichtigkeit einer quantitativ und qualitativ ausreichenden, abwechslungsreichen und appetitlichen Ernährung wird vielfach verkannt. Der Haupteinwand richtet sich dagegen, daß die Pflegerlinge besser ernährt werden, als sie es außerhalb der Anstalt gehabt hätten. Auch hier muß wieder betont werden, daß wir die Verpflegung in Siechenhäusern nicht nach dem erzwungenen Lebenszuschnitt der Ärmsten, sondern nach dem objektiv erforderlichen Bedarf des Kranken bemessen müssen" (S. 265).

Soweit der Arzt dies erlaubte, konnten die Siechen zu leichten Arbeiten herangezogen werden. In einer Reihe von Anstalten gab es auch Werkstätten. Der Arbeitsertrag wurde der Anstalt zugeleitet, die damit 8 bis 10 Prozent ihrer Ausgaben senken konnte. Die arbeitenden Kranken erhielten keinen Lohn, sondern eine Belohnung in Höhe von 3 bis 8 RM monatlich. Allerdings war es schwer, bei der hohen Arbeitslosigkeit Arbeitsaufträge für die Anstalten und Pflegeabteilungen zu erhalten. Die Lösung des Problems schien in Abteilungen für Erwerbsbeschränkte zu liegen, die von der Fürsorge gefördert wurden (ebenda, S. 278 ff., S. 315). Da die Gefahr bestand, daß die Insassen von Siechenanstalten bettelten, wurde ihnen ein Taschengeld gewährt, das in Berlin 10 Prozent der Rente (bei Abtretung der Rente an die Anstalt), mindestens aber RM 3 monatlich betragen sollte (ebenda, S. 267).

Im Nationalsozialismus sollte alles Menschliche, was nicht integrierbar erschien, in Sammelanstalten zusammengefaßt und diszipliniert werden. Diese Aufgabenstellung reichte

"von der Pflege sozial einwandfreier alter Leute bis zur Bewahrung asozialer Elemente, von der Betreuung hilfsbedürftiger Behinderter bis zur Zwangsbehandlung widergesetzlicher Gefährdeter" (ND 1935, S. 93).

Die Aufgaben der Anstaltsfürsorge wurden im nationalsozialistischen Sinne gedeutet:

"In den Lehrplänen der Sozialen Frauenschulen und Sozialpädagogischen Institute wie auch in der jüdisch-marxistischen Literatur wurde das Anstaltswesen gemeinhin mit Stillschweigen übergangen oder, wo es nicht mehr möglich war, doch so dargestellt, als könnte eine echte Fürsorge nur den Ehrgeiz haben, Anstalten als allerletzten Notnagel zu betrachten. Diese Einstellung fand allerdings ihre Rechtfertigung durch die RFV (Reichsfürsorgeverordnung, H.v.B.) und die RGr (Reichsgrundsätze, H.v.B.), in denen von der geschlossenen Pflege in Zusammenhängen gesprochen wird, die vermuten lassen, es ständen nur armselige Armenhäuser oder vergitterte Gefängnisbauten zur Verfügung. Der Glaube an die Gleichheit alles dessen, was Menschenantlitz trägt, und an die Erziehbarkeit selbst der ärgsten Asozialen trug auch zu dieser Auffassung bei. Erst im nationalsozialistischen Deutschland ist eine erfreuliche Wandlung eingetreten. Bei aller berechtigten Kritik, die im Einzelfalle nötig ist, wird heute die Bedeutung der Anstalten für eine zweckvolle und von der Volksgemeinschaft tragbare Betreuung der körperlich, geistig oder

charakterlich Schwachen klar erkannt; die Berufskräfte in den Anstalten werden geachtet und die Aufgaben der Anstaltsfürsorge werden nicht mehr ängstlich eingeschränkt, sondern erweitert..." (ebenda, S. 90).

Es sollten Sammelanstalten für alle nicht besserungs-/heilungsfähigen Fälle errichtet werden, deren Hauptkennzeichen die Arbeitsfähigkeit einiger Insassen war, die damit die Unterhaltskosten senkten.

"Die vorhandenen deutschen Sammelanstalten in Großstädten, viele Anstalten der freien Wohlfahrtspflege und der preußischen Provinzen zeigten zur Genüge, daß zum Beispiel sozial vollwertige Alte keineswegs von benachbarten Abteilungen für asoziale Insassen gestört zu werden brauchten, wenn die Stationsräume, Anlagen usw. richtig ausgewählt worden sind; das Personal kann je nach seiner Zweckbestimmung verschieden ausgebildet, bekleidet und benannt werden..." (ebenda, S. 91).

Die Kasernierung entsprach den Normen, wonach alle diejenigen auszuschalten waren, die den Ansprüchen an "Arbeitswilligkeit", "Gesundheit", "rassischer Reinheit" nicht genügten. Die Erfahrung zeigt, daß die totale Kasernierung die Vorstufe zur totalen Eliminierung durch Mord ist.

Nach dem 2. Weltkrieg wurden Alte u.a. in Reichsarbeitsdienstbaracken, Amtsgerichtsgebäuden und alten Schlössern untergebracht. Erst nach der Währungsreform setzte eine Planung im Altenhilfebereich ein (FÖRER 1967, S. 126)¹⁾. Nach der Währungsreform wurden Heime für Personen besonders gefördert, die Anspruch auf Lastenausgleich hatten. So waren bis zum 31.8.1952 587 Altersheime mit 24.038 "Geschädigtenplätzen" gefördert worden (ND 1954, S. 348).

In der Zeit nach dem 2. Weltkrieg wurde auch noch die Funktionslosigkeit alter Menschen in den Heimen problematisiert. Noch 1954 schreibt ein Autor im Nachrichtendienst des Deutschen Vereins: "Dieses Jahrhundert wird es noch erleben, daß das Recht des alten Menschen auf sinnvolle Beschäftigung anerkannt und erfüllt wird" (DEPUHL, ND 1954, S. 93). Zu dieser Zeit war

1) Über die Siechenanstalten gibt der Nachrichtendienst des Deutschen Vereins, den ich vorwiegend als Quelle herangezogen habe, in dieser Zeit keine Auskunft. Es ist anzunehmen, daß viele von ihnen weiterbestanden. Der Wiederaufbau lenkte aber ähnlich wie die Zeit der Arbeitslosigkeit von den Problemen alter pflegebedürftiger Menschen ab.

es noch üblich, daß alte Menschen in Heimen an der Hausarbeit beteiligt wurden, die Beschäftigungstherapie war daher überflüssig und unbekannt (ND 1952, S. 397 f.; 1953, S. 331 ff.). Parallel zur Zunahme der Institutionen der Altenhilfe, zur Perfektionierung der Versorgung also, gerät die Forderung nach der Funktion der Alten in den Hintergrund. Sie wurde 1955 noch vom Fürsorgetag aufgestellt (ND 1955, S. 351); der Fürsorgetag 1957 aber schon konzentrierte sich auf die Forderung nach Beratungsstellen, Tagesstätten für Alte, altengerechten Wohnungen, Wohnheime, Alten- und Pflegeheime und erwähnt die persönliche Entfaltung nur noch als allgemein gehaltene Floskel ("Teilhabe am gesellschaftlichen Leben", ND 1958, S. 16). Die Funktionen werden nun von Professionen wahrgenommen. Schon Ende 1959 wird die Notwendigkeit einer sinnvollen Beschäftigung mit der Forderung nach Einrichtung der Beschäftigungstherapie verknüpft:

"Um unseren pflegebedürftigen Menschen das Gefühl der Sinnlosigkeit des eigenen Lebens, der Asylisierung und des berüchtigten Hospitalismus, des Drohnentums zu nehmen, ist die Einrichtung geistiger Beschäftigung durch Bibliotheken, Vorträge usw. usw. unerlässlich, wie auch die Einrichtung der inzwischen in manchen Häusern schon bewährten Beschäftigungstherapie" (FÖRER in ND 1959, S. 328).

Der gleiche Autor beugt sich wenige Jahre später den Folgen der perfekteren Versorgung und spricht nur noch von der Beschäftigungstherapie, die auf ärztliche Anweisung erfolgt (ND 1960, S. 152 f.)¹⁾.

Die Forderung nach einem verstärkten Ausbau von Pflegeheimen und -abteilungen, die Krankenhausaufenthalte verkürzen und vermeiden helfen, wird schon kurz nach dem Krieg wieder erhoben (ND 1951, S. 306; 1963, S. 364 ff.)²⁾.

Im Gesundheitswesen findet eine allmähliche Differenzierung, ebenfalls vorwiegend aus Kostengründen, statt. 1960 verabschiedete der Wissenschaftsrat Empfehlungen, in denen "Nachsorgekliniken" u.a. auch für die "Behandlung und

-
- 1) Es soll hier nicht der Ausbeutung alter Menschen in den Heimen, die ein großes Problem darstellte, das Wort geredet werden. Der andere Weg jedoch, der inzwischen eingeschlagen wurde und zu zum Teil sinnlosem Zeitvertreib führt, ist sicher nicht geeignet, die Probleme von alten Menschen zu lösen.
 - 2) Auch der Vorschlag, Pflegebedürftige in Familien zu geben, wird wieder gemacht, jedoch offenbar ohne Erfolg (ND 1963, S. 364 ff.).

Zusammenfassung Chronischkranker" und für "geriatrische Forschung" vorgeschlagen wurden (vgl. BRUGGENBERGER 1976, S. 409). 1968 empfahl der Wissenschaftsrat Abteilungen für chronische und Alterskrankheiten, der Ausdruck "Nachsorgeklinik" war nun Institutionen für rehabilitierbare Patienten vorbehalten (vgl. ebenda, S. 416). Die Bundespflegesatzverordnung von 1973 hält diese Differenzierung aufrecht und legt die gesonderte finanzielle Ausstattung fest:

"Besondere Pflegesätze sind für die allgemeinen Krankenhausleistungen in Sondereinrichtungen festzusetzen, die ausschließlich und überwiegend

- a) der Versorgung von Chronischkranken oder Langzeitkranken
- b) der Nachsorge oder
- c) halbstationären Leistungen

dienen und deren Selbstkosten von denen der sonstigen Einrichtungen des Krankenhauses ausreichend abgegrenzt werden können" (ebenda, S. 416).

Die Ausgliederung alter und Chronischkranker ist im Zusammenhang eines allgemeinen Differenzierungsprozesses innerhalb des Gesundheitssystems zu sehen. Dabei werden neu geschaffen:

- a) Institutionen mit unterschiedlichen Formen der Versorgung für verschiedene Stadien von Krankheiten, wobei unterschiedliche Leistungen (Rehabilitation durch Sozialarbeiter, Bewegungstherapeuten, Psychotherapeuten) angeboten werden und der Einsparungseffekt vor allem durch den geringeren technischen Aufwand erzielt wird (vgl. auch das Prinzip der "therapeutischen Kette" in der Sozialpsychiatrie). Der Patient wird wieder für seine Aufgaben in Familie und Beruf rehabilitiert.
- b) Institutionen mit einer technisch und personell geringeren Versorgung für nicht mehr rehabilitierbare Kranke.

Beide Typen von Einrichtungen sind heute im Bereich des Gesundheitswesens und in der Altenhilfe vertreten. Im Bereich des Gesundheitswesens werden seit Ende der 60er Jahre Tageskliniken gebaut, im Bereich der Altenhilfe Tagespflegeheime. Diese Institutionen haben die Funktion, Kosten zu sparen. Darüber hinaus aber werden in ihnen verstärkt Möglichkeiten der Rehabilitation angeboten und genutzt (vgl. AWO o.J.; Psychiatrische Praxis 1974; GÜSSLING 1973).

Gleiches gilt für das Altenkrankenheim (in Nordrhein-Westfalen, vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NW 1975), eine Einrichtung der Altenhilfe, und das Altenkrankenhaus, das zum Gesundheitssystem gehört. Der Unterschied zwischen dem Altenkrankenheim und dem Altenkrankenhaus besteht in der stärkeren diagnostischen und therapeutischen Ausrichtung des Altenkrankenhauses. Vom Altenkrankenhaus in Hofgeismar (Hessen) wird berichtet, daß 75 Prozent der seit 1967 aufgenommenen Patienten nach Hause entlassen werden konnten (SCHMIDT 1977, S. 240). Das Resultat der Arbeit dieses Hauses war: "Aufs ganze gesehen ist es billiger, zu rehabilitieren als zu pflegen" (ebenda, S. 241). Allerdings haben alle Einrichtungen, die den herkömmlichen Systematisierungen des Gesundheitswesens und der Altenhilfe nicht entsprechen, finanzielle Schwierigkeiten, weil die Abrechnung der Kosten nicht eindeutig geregelt ist. So ist es fraglich, ob die Sozialhilfe die Rehabilitationskosten für langfristig Kranke übernimmt (ebenda).

Demgegenüber werden auch Einrichtungen geschaffen, die die Pflegekosten für das Sozialamt vermindern helfen sollen. Hierzu gehört insbesondere die Neuschöpfung des Berliner Krankenhauses. Krankenhäuser dienen nach der Definition des Senats für Arbeit und Soziales

"der Pflege und Betreuung von kranken und behinderten Menschen, für die häusliche Pflege oder eine entsprechende Pflege in anderen Heimen nicht ausreicht, die jedoch nicht der Mittel eines Krankenhauses bedürfen" (1977, S. 2).

Der Unterschied zu Krankenhäusern für Chronischkranke ist im wesentlichen ähnlich wie beim Pflegeheim:

"Im Gegensatz zu Krankenhäusern für Chronischkranke, in denen Patienten mit einem Leiden behandelt werden, das nicht geheilt, jedoch durch langfristige stationäre Behandlung soweit gebessert oder gelindert werden kann, daß eine Entlassung voraussichtlich möglich ist, werden in Krankenhäusern nur Patienten mit abgeschlossener oder weitgehend abgeschlossener Diagnostik aufgenommen, die zwar nicht krankenhausbearbeitungsbedürftig sind, die aber in ihrer normalen Umgebung (z.B. Wohnung, Seniorenheim) nicht das erforderliche Maß an medizinischen und pflegerischen Hilfen erhalten können, dessen sie bedürfen, und für die diese Hilfen nicht anderweitig sichergestellt werden können" (BAUMGARTEN 1978, S. 146).

Daraus geht hervor, daß Bewohner des Krankenhauses kein soziales Umfeld außerhalb des Krankenhauses haben, das zu ihrer Pflege fähig bzw. bereit wäre, und daß nur noch konservierende Pflege betrieben wird¹⁾.

Im Gesundheitswesen und in der Altenhilfe vollziehen sich ähnliche Differenzierungen. Immer noch, und nun verstärkt segregiert, werden die armen Alten - und die meisten Pflegebedürftigen verarmen - in separaten Institutionen bis zum Ende aufbewahrt. Da die Aufbewahrung selbst aber allmählich zu kostspielig wird, werden neue Formen der Behandlung gesucht, die eine Rehabilitation auch im Alter oder zumindest ein zeitweiliges Verbleiben in der Familie möglich machen.

4.2. Heutige sozialpolitische Interventionen

Traditionell fällt der Bereich der Altenhilfe in die Kompetenz der Länder und Gemeinden, während die Institutionen des Gesundheitswesens stärker vom Bund geplant und strukturiert werden. Die Wurzeln für diese Teilung von zum Teil - eben in der Altenpflege - zusammengehörigen Bereichen sind historisch. Die Altenhilfe ging aus der Armenpflege hervor und ist von daher im Kompetenzbereich der Länder und Gemeinden geblieben. Die staatliche Gesundheitspflege etablierte sich etwa zur gleichen Zeit wie die staatliche Wohlfahrtspflege, jedoch hat der Staat von vornherein die Gesundheitspflege durch überregionale Maßnahmen, zum Beispiel durch Regeln für die Wasserversorgung, Lebensmittelüberwachung und Seuchenbekämpfung zu beeinflussen versucht (THOMA 1975, S. 18 ff.).

Der heute relativ große Einfluß des Staates im Krankenhausbereich ist jüngsten Datums. 1969 wurde Artikel 74 des Grundgesetzes um Absatz 19 ergänzt, der nun die Gesetzgebungskompetenz für "die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegegesetze" dem Bund zusprach. Zwei Jahre später lag der Entwurf des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vor, das den Trägern erhebliche Auflagen machte. Jedes Krankenhaus, das Investitionen vom

1) Die Verfasserin hat in der unter 4.5. zu zitierenden eigenen Untersuchung ein Berliner Krankenhaus aus eigener Erfahrung kennengelernt und diese Hypothese bestätigt gefunden.

Staat erstattet haben will, muß von den Ländern in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen werden. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz ersetzte damit die informelle Regelung, nach der ohnehin der Bund Länder und Gemeinden für ihre Krankenhausinvestitionen bezuschussen mußte. Nach der 1973 ergangenen Bundespflegesatzverordnung müssen die in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommenen Krankenhäuser auch allgemeine Pflegesätze festsetzen und die Landesregierungen können Höchstsätze festlegen. Die Pflegesätze werden von Pflegesatzkommissionen auf regionaler oder Länderebene ermittelt, beteiligt sind daran staatliche und kommunale Stellen, Wohlfahrtsverbände und Krankenkassen. Als Vertreter der Kostenargumente treten die Kommune (Sozialamt) und die Krankenkassen, als Vertreter der Krankenhäuser die Träger auf; vermittelnde und letztlich entscheidende Instanz ist das Preisamt. Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz wurde die Lösung der Pflegesätze von den tatsächlichen Kosten endgültig. Sie weisen nun nur die Betriebskosten des Krankenhauses auf, nicht die Investitionskosten.

Obwohl die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Wohlfahrtsverbände gegen dieses Gesetz waren, sahen sie sich zur Annahme gezwungen, "weil darin wenigstens das Prinzip der vollen Deckung der Selbstkosten in den Pflegesätzen gesetzlich verankert worden war" (MÖHLENBROCK 1977, S. 289 f.)¹⁾. Vom Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz, das 1977 in Kraft trat, mußte auf Druck der Verbände die stationäre Versorgung abgekoppelt werden (BAUMGARTEN 1979). Nun soll das gesamte Krankenhausfinanzierungsgesetz novelliert werden. Die Schwerpunkte der Reform sind eine gemeinsame Planung mit Krankenhausträgern und Krankenhäusern, die Vereinbarung der Pflegesätze zwischen Krankenhausträgern und Krankenkassen und die Aufstellung allgemeiner Leitsätze durch die Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser (Zeitschrift für Sozialreform 1978, S. 377 ff.). Mit dieser Partizipation der Verbände hofft der Gesetzgeber offenbar, seine Ziele der Durchsichtigkeit und Kontrolle der Kosten im Krankenhausbereich besser verwirklichen zu können.

1) Mühlenbrock: Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Deutsches Krankenhaus und Präsident der DKG.

Schon bei den bisherigen Maßnahmen, die das Gesundheitswesen strukturell nicht völlig verändern, stößt die Bundesregierung zum Teil auf erheblichen Widerstand der diversen Interessengruppen. Erwähnt seien hier zwei Beispiele: Das Psychiatrie-Modellprogramm der Bundesregierung, das für die nächsten fünf Jahre modellhaft die gemeindenahе Psychiatrie realisieren wollte, wurde von den CDU-regierten Ländern mit dem Hinweis auf die fehlenden Möglichkeiten der Finanzierung nach dem Ablauf der Modellversuche abgelehnt (Süddeutsche Zeitung 8.2.1980, S. 1). Damit wird weiterhin der stationären, gemeindefernen Versorgung in der Psychiatrie Vorrang eingeräumt. Das zweite Beispiel: 11 Chefärzte führten Beschwerde gegen die Bundesregierung, weil das Krankenhausfinanzierungsgesetz ihre Liquidationsrechte einschränkte. Diese Beschwerde ging bis zum Bundesverfassungsgericht, wurde allerdings dort abgelehnt (Der Tagesspiegel, Berlin, 27.2.1980).

Wesentliche Argumente für die zunehmende Einflußnahme des Staates waren und sind Kritik an den steigenden Kosten und nicht parallel steigender Effizienz des Gesundheitssystems. Diese Kritik hebt zumeist den Mangel an Kooperation und Koordination der verschiedenen (ambulanten und stationären) Dienste, die fehlende Berücksichtigung der psycho-sozialen Situation des Patienten und die schlechte Personal- bzw. Ausbildungssituation im Gesundheitsbereich hervor. Seltener erwähnt und in sozialpolitisches Handeln umgesetzt werden Argumente, die die privatwirtschaftlichen Interessen im Gesundheitswesen und die Konzentration auf die kurative Versorgung bei eingetretener Krankheit anstelle von Veränderungen der krankheitserzeugenden Lebensbedingungen betreffen (vgl. SCHOLMER 1973; NASCHOLD 1976). Wenn diese Prinzipien ange-tastet werden, kommt es zu Reaktionen der Interessengruppen, die, wie die obigen Beispiele zeigen, die Reformen verhindern können.

Das zunehmende Interesse des Staates an einer Reglementierung im Krankenhausbereich resultiert aber auch aus den steigenden Legitimationsproblemen, die ihm in diesem Bereich erwachsen, und die zum Teil aus gestiegenen Anforderungen der Bürger an den Schutz ihrer Gesundheit, zum Teil aus der Übertragung der Verantwortung für diesen Schutz an den Staat herriühren. Diese Legitimationsprobleme gelten auch für den Bereich der Altenhilfe. Sozialinvestitionen (zum Beispiel Krankenhäuser, Sozialwohnungsbau, Kindergärten, Altenheime etc.) erreichen den höchsten Wert bei den Leistungen, die der

Staat nach Meinung der Wahlbevölkerung auf keinen Fall einschränken darf (Infratest 1979). Der Prozentsatz ist in den letzten drei Jahren (von 1975 bis 1978) noch um 5 Punkte gestiegen¹⁾.

Der Bereich der Altenhilfe hat das Interesse des Gesetzgebers auf Bundesebene bisher nicht im gleichen Maße gefunden, wie die Institutionen des Gesundheitswesens. Die Gründe dafür liegen im größeren Umfang an Kosten, Institutionen, und Personal des Gesundheitswesens im Vergleich zur Altenhilfe, an dem erst in den letzten Jahren wachsenden Druck zur Verbesserung der Situation alter Menschen und, dieser Gesichtspunkt darf nicht unterschätzt werden, in der Trennung der beiden Systeme Altenhilfe und Gesundheitswesen.

Der Bereich der Altenhilfe wird, ebenso wie in den Reichsgrundsätzen von 1924, durch das Bundessozialhilfegesetz den Gemeinden und Kreisen bzw. Ländern zugesprochen. Die Mißstände in den gewerblich betriebenen Heimen veranlaßten den Deutschen Verein aber schon in den 60er Jahren, eine bundeseinheitliche Regelung für diesen Bereich anzustreben (ND 1966, S. 309 f). 1967 wurden die gewerblichen Altenheime und Altenwohnheime in die Gewerbeaufsicht mit einbezogen (ND 1967, S. 372). Die Aufsicht über die gewerblichen Heime erwies sich jedoch im Laufe der Jahre als unzureichend.

Das Land Berlin leitete deshalb 1972 dem Bundesrat einen Gesetzentwurf für ein Heimgesetz zu, das die Planung und Betreuung von Heimen aller Träger behördlicher Aufsicht unterstellen sollten. Das auf diesen Vorschlägen basierende Gesetz über Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige ("Heimgesetz") wurde 1974 verabschiedet. Diese gesetzliche Regelung ist jedoch noch nicht, wie das Krankenhausfinanzierungsgesetz, mit finanzieller Förderung korreliert (vgl. BÄHRKE 1974). An das Heimgesetz schloß sich 1974 eine Diskussion über personelle und bauliche Heimmindestanforderungen an. 1976 wurde die entsprechende Gesetzesvorlage infolge der Mehrkosten, die ihre Verwirklichung verursachte, vom Bundesrat abgelehnt (GÖSSLING 1977, S. 149 ff.).

1) Die Frage des Meinungsforschungsinstituts lautete: Kann und soll der Staat, wenn überhaupt, seine Leistungen einschränken? 1975 antworteten 71 % der Wahlbevölkerung (Repräsentativumfrage), 1978 76 %, daß auf keinen Fall Sozialinvestitionen eingeschränkt werden dürften. Als nächstes folgten Sozialleistungen (z.B. für Kindergeld, Rente, Arbeitslosengeld, Zuschüsse zu Arztkosten) mit 67 bzw. 73 % und innere Sicherheit mit 71 % in beiden Jahren (Infratest 1979, S. 48).

1976 wurde die Heimmitwirkungsverordnung verabschiedet, die die Bildung von Heimbeiräten vorsah. 1978 wurde die Heimmindestbauverordnung, eine reduzierte Fassung der 1976 abgelehnten Heimmindestanforderungen, im gleichen Jahr die Heimsicherungsordnung ("Verordnung über die Pflichten der Träger von Altenheimen, Altenwohnheimen und Pflegeheimen für Volljährige im Falle der Entgegennahme von Leistungen zum Zwecke der Unterbringung eines Bewohners oder Bewerbers") erlassen.

Es handelt sich vorwiegend um Vorschriften, die den Heimbewohnern ein Mindestmaß an Betreuung und Sicherheit bieten sollen. Diesem Ziel diene auch die Heimmindestpersonalverordnung, die aber, weil der Bundesrat 1979 die Forderung der Bundesregierung aus Kostengründen nochmals reduzieren wollte, von der Bundesregierung nicht in Kraft gesetzt wurde.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die sozialpolitischen Interventionen im Bereich der Altenpflege wie im Sozialbereich insgesamt zugenommen haben. Generell sieht sich der Staat hierbei dem Problem gegenüber, daß die Ressourcen begrenzt sind (Kostenproblem), daß aber die Ansprüche an die staatlichen Interventionen weiter wachsen. Dies trifft auch besonders für den Bereich Altenpflege zu, in dem die Versorgung zu erheblicher Kritik Anlaß gibt und von dem immer mehr Menschen betroffen sind bzw. sich betroffen fühlen. Sozialpolitische Interventionen, die in einer ebenfalls kostenorientierten, jedoch längerfristigen Perspektive die Strukturen des Gesundheitssystems und der Altenhilfe verändern wollen, stoßen auf erheblichen Widerstand und sind, wenn überhaupt, nur in abgeschwächter Form und nach sehr langen Zeiträumen durchzusetzen, so daß die Strukturveränderung nicht im erwünschten Maße wirksam werden kann.

4.3. Art und Umfang der Institutionen

Die stationären Einrichtungen, in denen alte Menschen langfristig gepflegt werden (außer Akutkranke), umfassen folgende Institutionen:

- a) Institutionen der Altenhilfe¹⁾
- Altenheim mit Pflegeabteilung;
 - Altenkrankenheim/Altenpflegeheim;
 - Tagesheim und Tagespflegeheim²⁾;
- b) Institutionen des Gesundheitswesens
- Abteilung für Chronisch-/geriatrisch Kranke;
 - Krankenhaus für Chronisch-/geriatrisch Kranke oder Altenkrankenhaus;
 - Geriatrische Abteilung in der Psychiatrischen Klinik;
 - Tageskliniken²⁾.

4.3.1. Trägerschaft

Die Institutionen der Altenhilfe werden vorwiegend von Verbänden der freien Wohlfahrtspflege getragen. Die Erhebung des Deutschen Städtetages 1969 ergab für alle Alteneinrichtungen in der Bundesrepublik einen entsprechenden Prozentsatz von 70 Prozent (Deutscher Städtetag 1971). Insbesondere bei den gemischten Einrichtungen Alten- und Pflegeheim und Wohn-, Alten- und Pflege- dominieren die freien Träger.

Die Institutionen des Gesundheitssystems befinden sich vorwiegend in öffentlicher Trägerschaft, wobei große regionale Unterschiede bestehen (BMJFG 1977 b, S. 239). Bei den Krankenhäusern für Chronisch- und geriatrisch Kranke ergibt sich allerdings, daß über die Hälfte 1974 in freigemeinnütziger und ein Drittel in privater Trägerschaft waren (ebenda, S. 239).

1) Entsprechend der Nomenklatur des Deutschen Vereins 1979.

2) Die halbstationären Einrichtungen werden hier, da sie zahlenmäßig noch nicht sehr stark ins Gewicht fallen und genaue Daten hierüber nicht vorliegen, nicht berücksichtigt.

Die Analyse von CLEMENS (1979, S. 35 f.) ergab für die Institutionen des Krankenhauswesens, in denen alte Menschen gepflegt werden, zu 61 Prozent öffentliche, zu 30 Prozent freigemeinnützige und zu 9 Prozent private Träger. Diese relativ hohe Beteiligung der öffentlichen Träger erklärt sich daraus, daß hier viele nicht-spezifische Einrichtungen (Abteilungen) für alte Menschen erfaßt sind. Betrachtet man die Trägerschaft der Krankenhäuser für Geriatrie und Chronischkranke, so ergibt sich wiederum ein Überwiegen der freien und privaten Träger.

Tab. 14
Trägerschaft stationärer Einrichtungen des Gesundheitswesens für alte Menschen

PROZENTWERTE	Alle erfaßten Einrichtungen, in denen auch alte Menschen untergebracht sind	Krankenhäuser für Geriatrie und Chronischkranke
Öffentliche Träger	61	28
Freigemeinnützige Träger	30	44
Private Träger	9	28

Quelle: CLEMENS 1979, S. 35 f.

4.3.2. Regionale Verteilung

Einrichtungen der Altenhilfe (Heime) sind nach den vorliegenden Ergebnissen auch in kleineren Orten vorhanden. Demgegenüber sind die klinischen Einrichtungen für Alte eine großstädtische Erscheinung. Das Überwiegen der psychiatrischen Einrichtungen auf dem Land und in kleineren Gemeinden hat historische Ursachen: Die psychiatrischen Kliniken, die vorwiegend im vorigen Jahrhundert entstanden, hatten zunächst den Zweck der Absonderung der psychisch Kranken von der übrigen Bevölkerung. Es bedurfte des Nachweises der völligen Ineffizienz dieses Systems, um die Gemeindenähe und Integration der psychisch Kranken zum Programmpunkt zu erheben (vgl. Psychiatrie-Enquete 1975).

Tab. 15

Verteilung von Einrichtungen für alte Menschen nach Ortsgrößenklassen¹⁾

	Gesamt abs. %	Unter 100.000 Einw. abs.	100.000 Einwohner und mehr %	100.000 Einwohner und mehr abs.	100.000 Einwohner und mehr %
Plätze in: Einrichtungen der Altenhilfe	337.920	161.095	48	176.825	52
Klinische Ein- richtungen des Gesundheitswesens	65	20	31	45	69
Klinische Ein- richtungen der Psychiatrie	73	55	75	18	25

1) Bei der Tabelle ist zu beachten, daß sie nur ungefähre Relationen angibt, weil

- a) im ersten Fall eine Totalerhebung vorliegt, bei den beiden Angaben über Institutionen des Gesundheitswesens jedoch nicht;
- b) für die Einrichtungen der Altenhilfe die Anzahl der Plätze vorliegt, für die Einrichtungen des Gesundheitswesens jedoch nur die Anzahl der Institutionen.
- c) die Untersuchung des Deutschen Städtetags von 1969 heute veraltet ist.

Zusammengestellt nach: CLEMENS 1979, S. 34; Deutscher Städtetag 1971, S. 24.

4.3.3. Anzahl der Patienten

a) Altenhilfe

Die Anzahl der Patienten in Pflegeabteilungen und Pflegeheimen ist nicht bekannt. Für 1971 ermittelten die kommunalen Spitzenverbände 65.757 Plätze in Pflegeheimen. Die Erhebung des Deutschen Städtetages von 1969 ermittelte 21.580 Pflegefälle in Altenheimen und 65.958 in Pflegeheimen (Deutscher Städtetag 1971). Diese Zahlen müssen heute als veraltet gelten, weil sich gerade im Bereich der Altenhilfe sehr viele Wandlungen vollzogen haben. Für verschiedene Bundesländer ergab sich 1972 bis 1977 eine Versorgung von 1,0 - 1,5 Plätzen pro 100 der über 65jährigen Bevölkerung (Niedersachsen 1972, 1,0; Nordrhein-Westfalen 1972, 1,0; Schleswig-Holstein 1972, 1,5; Baden-Württemberg 1977, 1,2) (Niedersächsischer Sozialminister zit. nach DIECK 1979, S. 46). Untersuchungen für Bayern ergeben für 1978 ebenfalls 1,05 Pflegeplätze (Landesaltenplan 1978, S. 68).

Ein Durchschnittswert von 1,0 würde für die gesamte Bundesrepublik und Berlin (West) eine Anzahl von 87.050, ein Durchschnittswert von 1,5 eine Anzahl von 130.575 in Alten- und Pflegeheimen untergebrachten Pflegebedürftigen ergeben.

Die Versorgung ist in Großstädten, die auch höhere Prozentwerte von über 65jährigen aufweisen, höher als in kleineren Städten und Landgemeinden. Sie betrug 1977 in Frankfurt 2,0; Köln 2,5 und Wolfsburg 3,5 Prozent der über 65jährigen (DIECK 1979, S. 46).

In Berlin werden bei einem Versorgungsgrad von 7,2 Prozent der Einwohner ab 75 Jahre ca. 25 bis 35 Prozent erhöht pflegebedürftige Bewohner unterstellt (Senat für Arbeit und Soziales, 1978, S. 12 und 19). Ende 1976 waren von 13.128 Betten in Berliner Altenheimen 30.900 Pflegebetten, das sind 24 Prozent. Nach Trägern unterschieden waren von allen Plätzen in Altenheimen die wenigsten in der Hand von freigemeinnützigen Trägern, das heißt, in Berlin ist die Beteiligung der öffentlichen Hand bei Alteneinrichtungen höher als im Bundesgebiet (26 % der Pflegeplätze waren in städtischen, 7 % in freigemeinnützigen, 35 % in gewerblichen Altenheimen; nach: Senat für Arbeit und Soziales, 1978, T. 3).

b) Gesundheitswesen

Bei der Untersuchung über Einrichtungen des Gesundheitswesens für alte Menschen ergab sich eine Anzahl von 21.644 Betten in 138 Einrichtungen im gesamten Bundesgebiet und Berlin (West), wobei die höchste Anzahl (33 Einrichtungen) für Berlin angegeben wurde (CLEMENS 1979, S. 32). Diese Aussage läßt sich insofern nicht hochrechnen, als viele alte Menschen nicht in speziellen Einrichtungen untergebracht sind und die Erhebung keine Totalerhebung darstellt. Dennoch läßt sich sagen, daß in Berlin eher eine Tendenz zur Schaffung spezieller Institutionen für pflegebedürftige alte Menschen besteht als in der Bundesrepublik, wo ein größerer Teil der pflegebedürftigen alten Menschen noch in den Inneren Abteilungen der Akutkliniken untergebracht ist (CLEMENS 1979, S. 33).

4.3.4. Alter und Geschlecht der Patienten

Für das Alter der Bewohner in Pflegeabteilungen bzw. Heimen liegen keine repräsentativen Untersuchungen vor. Die Wahrscheinlichkeit einer Aufnahme in ein Heim steigt mit zunehmendem Lebensalter. Nach einer Erhebung in Baden-Württemberg beträgt der Prozentsatz der Heimbewohner an der Wohnbevölkerung insgesamt bei den 60- bis 64jährigen 0,32 Prozent, bei den 65- bis 69jährigen 0,70 Prozent und erreicht dann bei den über 85jährigen 12,77 Prozent. Die Frauen stellen nach dieser Untersuchung 79 Prozent aller Heimbewohner (Baden-Württemberg 1975, S. 47).

In den Institutionen des Gesundheitswesens für Chronisch- und geriatrisch Kranke dürfte das Durchschnittsalter nach den Ergebnissen von Clemens etwas niedriger sein (1979, S. 64), obwohl in den Angaben zur Altenhilfe auch alle Altenheime in Baden-Württemberg mit erfaßt sind.

Auch in den Institutionen des Gesundheitswesens sind der überwiegende Anteil der alten Patienten Frauen. In fast 14 Prozent der Einrichtungen in der Untersuchung von Clemens werden ausschließlich Frauen gepflegt, nur in 30 Prozent der Einrichtungen ist das Verhältnis zwischen Männern und Frauen ausgewogen (CLEMENS 1979, S. 61). Dem entspricht das Ergebnis anderer Untersuchungen, wonach das Verhältnis von Männern und Frauen bei den Betten für Chronischkranke mit 1:3 angegeben wird (vgl. FÜSGEN 1975, S. 375).

Bemerkenswert ist, daß das Durchschnittsalter in Pflegeheimen und Wohnheimen sich nicht unterscheidet (SCHICK 1978, S 68; eigene Untersuchung s.u.). Dies bestätigt die These, wonach andere als Altersgründe für die Entstehung von Pflegebedürftigkeit entscheidend sind.

Den Bedarf an Plätzen in pflegerischen Einrichtungen für alte Menschen kann man aufgrund dieser Zahlen nicht feststellen. Zum einen können ihn sozialpolitische Maßnahmen verringern (zum Beispiel prophylaktische Maßnahmen, Erhöhung von Rehabilitationschancen, Anreize zur familiären Pflegebereitschaft, Ausbau ambulanter Dienste), zum anderen sind die Zahlen für Pflegebedürftige in Akutkrankenhäusern, in Psychiatrischen Krankenhäusern ("Fehlbelegungen") nicht genau bekannt (BMJFG 1977 a, S. 12).

Die Personalsituation, die bauliche und apparative Ausstattung der klinischen geriatrischen und gerontopsychiatrischen Einrichtungen sind nicht geeignet für eine optimale Behandlung und Rehabilitation der Patienten (CLEMENS 1979). Dies gilt für die Institutionen des Gesundheitssystems wie für die Einrichtungen der Altenhilfe.

4.4. Die Lebensbedingungen der Patienten

Die Kosteninteressen und Interventionen von Staat, Gemeinden, Trägern und Kostenträgern bestimmen die Qualität der Lebensbedingungen in den Heimen, Pflegeheimen und Krankenhäusern für alte Menschen. Da die Interessen dieser Gruppen nicht einheitlich sind (abgesehen vom Kostenmotiv), historische Entwicklungen mancher Häuser auch Eigenbewegungen fördern (zum Beispiel durch starkes Engagement der Mitarbeiter, demokratische Strukturen u.ä.) und manche Heime sich auf Selbstzahler einstellen können, kommt es zu großen Unterschieden in der Lebensqualität für die Patienten. Welche Variablen in den Heimen im einzelnen dafür verantwortlich sind, ob Patienten sich wohlfühlen oder nicht, ist bisher nicht detailliert untersucht worden.

Die Möglichkeit der Patienten, in ein "gutes" Heim oder Krankenhaus zu gehen, hängt ab von ihrer Schichtzugehörigkeit. So korrelieren Heimqualität und Schicht. Die Schicht beeinflußt auch die Lebenszufriedenheit; außerdem ist der Gesundheitszustand, der - wie die Schicht - eine zunächst außerhalb des Heimes liegende Variable darstellt, für Lebenszufriedenheit entscheidend. Er hängt wiederum eng mit dem Moment der Freiwilligkeit für die Übersiedlung zusammen, das ebenfalls die Lebenszufriedenheit im Heim bestimmt (SCHICK 1978, S.107, 202, 221; vgl. auch: FISCHER 1976 und 1978). Schließlich hat der Grad der Reglementierung Einfluß auf die Lebenszufriedenheit (FISSENI 1974).

Subjektiv äußern sich diese Beeinflussungsfaktoren für die Patienten und das Pflegepersonal nicht so getrennt, sondern als generelle Einstellungen zum eigenen Leben, zum Leben im Heim und zu den eigenen Aktivitäten. In diesem Zusammenhang hat die Verfasserin eine Untersuchung in verschiedenen Berliner Einrichtungen durchgeführt.

Tabelle 16

Angaben zum Haus/zur Station von ausgewählten Berliner Einrichtungen

INSTITUTIONEN

	Seniorenheim	Seniorenheime mit Pflegeabtlg.		Krankenhäuser		Krankenheim	Geriatr. Abtlg., i. Psychiatr. Klinik *)	
		kommunal	privat	freigemeinnützig	Station für Chron. Kranke			Krankenhäuser Geriatr. Krankenh.
Anzahl der Plätze im Haus	32	240	193	AH 74 PS 48	186	570	120	1.700
Anzahl der Plätze auf der Station	32	120	45	74	25	53	43	37
Anzahl der Plätze auf Pflegestation(en)	-	80	45	-	25	53	43	37
Pflegesatz/Tagessatz in DM	34,--	AH 35,25 PS 46,85	46,85	35,25	83,85	99,15	82,85	105,-
Anteil der Sozialhilfeempfänger	16 %	73 %	50-60 %	66 %	K.A.	77 %	83 %	K.A.
Durchschnittsalter	84,5	83,7	ca. 80	82	81,1	80	86	ca. 80

*) nur "B-Seite" (halbe Station)

Quelle: eigene Erhebung

Die Untersuchung war darauf angelegt, die subjektiven Eindrücke und Einstellungen des Pflegepersonals und der Patienten kennenzulernen. Dabei wurden folgende Methoden angewendet:

- a) Teilnehmende Beobachtung und Mitarbeit bei den Tätigkeiten des Pflegepersonals;
- b) Befragung des Pflegepersonals mit strukturierten Fragebögen;
- c) Gruppendiskussion mit dem Pflegepersonal;
- d) Gespräche mit alten Frauen (Patientinnen).

Zu a) Die Beobachterin wurde als Mitarbeiterin des DZA dem Personal vorgestellt und lief für die Patienten bzw. Bewohner als Aushilfsschwester mit anderen Pflegekräften mit. Die teilnehmende Beobachtung dauerte

in zwei Institutionen einen Tag,
in vier Institutionen drei Tage,
in einer Institution vier Tage,
in einer Institution fünf Tage.

Die Untersuchung fand von Anfang Juni bis Ende September 1978 statt. Die Beobachterin erledigte im allgemeinen die Arbeiten des Pflegepersonals mit (Waschen, Betten, Essen verteilen, Füttern, Putzen), soweit diese nicht eine besondere Qualifikation erforderten (zum Beispiel Medikamente stellen und verteilen, Katheder legen, Blut abnehmen). In einigen Fällen kam es zu Mißverständnissen, weil Pflegepersonen bei der Vorstellung der Beobachterin nicht anwesend waren und sie zunächst für eine neue Aushilfskraft hielten. Derartige Begegnungen erlaubten manchmal "unzensierte" Einblicke.

Zu b) Der Fragebogen für das Pflegepersonal bezog sich in erster Linie auf Ausbildung und Arbeitszufriedenheit. Die Befragung dauerte 15 bis 30 Minuten und wurde während der Pausen durchgeführt. Es wurden fast ausschließlich Personen befragt, die die Verfasserin während ihrer Mitarbeit auch persönlich kennenlernte. Nur in 5 Fällen (von 41) blieb das Kennenlernen auf unverbindliche Begrüßung usw. beschränkt. In der Mehrzahl der 41 Befragungen führte die Verfasserin Gespräche mit den Interviewpartner oder begleitete

sie eine Zeitlang bei ihren Tätigkeiten.

Zu c) Die Gruppendiskussion sollte die gruppensdynamische Situation des Pflegepersonals und seine persönlichen Äußerungen zu Themenkreisen wie Arbeitsbedingungen, Betriebsklima, Einstellung zu alten Menschen, Zufriedenheit mit der Ausbildung, Verbesserungsvorschläge festhalten. Sie wurde in 6 Institutionen durchgeführt und mit dem Tonband aufgenommen. In einer Institution war eine Gruppendiskussion nicht möglich, weil die Verfasserin und das Projekt vor allem von den älteren Pflegekräften abgelehnt wurden, in einer anderen Institution entfiel die Gruppendiskussion, da es nur eine Pflegekraft gab.

Zu d) Die Gespräche mit alten Frauen fanden in den Heimen statt, in denen das Pflegepersonal der Verfasserin solche Gespräche erlaubte, in denen sich Frauen zu solchen Gesprächen bereit erklärten, und in denen der Arbeitsanfall für die Verfasserin als Pflegekraft nicht so groß war, daß man nicht eine Viertel- oder halbe Stunde abweigen konnte. Die Gespräche mit alten kranken Frauen fanden nur in Einrichtungen der Altenhilfe statt. Insgesamt wurden 26 Frauen zu ihrem früheren Leben und zu ihrer jetzigen Befindlichkeit befragt. Unter den ausgewählten 18 Interviews, aus denen hier Ausschnitte zitiert werden, sind 16 mit Frauen, die im Krankenhaus/-heim oder in einer Pflegeabteilung lebten. Zwei der hier zitierten Frauen lebten im Heim außerhalb der Pflegeabteilung, galten also als "normale" Heimbewohnerinnen (F 10 und 11). Die Gespräche waren unstrukturiert und durch die Spontaneität und Gesprächsbereitschaft der alten Frauen selbst geprägt. Fragen, die sich in den meisten Gesprächen wiederholten, bezogen sich auf: Alter, Einschätzung des früheren Lebens, Einschätzung des heutigen Lebens.

Grundsätzlich ist zu dieser Form von Fallstudien zu sagen, daß sie es eher als Repräsentativerhebungen mit strukturierten Fragebögen ermöglichen, die Arbeitsbedingungen und Motive des Pflegepersonals zu verstehen. Hinter dieser Beurteilung steht der Gedanke, daß die Sozialwissenschaft die zu untersuchenden Personen nicht nur als Forschungsobjekte betrachten darf, deren Äußerungen aus ihrem Arbeits- und Lebenszusammenhang gerissen und analysiert werden können. Derartige, scheinbar "objektive", "wertfreie", "neutrale" Untersuchungen verfallen dem Irrtum, daß der Forscher mit seinen quantitativen Methoden auch subjektive Erfahrungen und Motive der zu Befragenden "in den Griff bekommen" könne. Tatsächlich aber entzieht sich der subjektive Faktor demjenigen, der nicht bereit ist, dem Forschungsobjekt als Subjekt zu begegnen, das für seine Einstellungen und Verhaltensweisen soziale und individuelle Gründe hat. Sie zu erfahren, ist nur möglich, wenn der Forscher sich nicht als der Außenstehende definiert und seine Forschungsobjekte ausnutzt, um Ergebnisse präsentieren zu können, sondern wenn man sich auch als Wissenschaftler den Erfahrungen derer, die es zu verstehen gilt, aussetzt, sie nachzuvollziehen lernt und damit auch für die Gesprächspartner im Feld glaubwürdig wird als jemand, der begreifen und nicht nur für den Wissenschaftsmarkt produzieren will.

Im folgenden werden die Ergebnisse der Gruppendiskussionen und der Gespräche mit alten Frauen dargestellt, die über die Lebensbedingungen und -zufriedenheit der Patienten in den Pflegeeinrichtungen Auskunft geben. Die Darstellung beansprucht keine Repräsentativität, allerdings gibt sie einen Überblick über Probleme, die nicht nur in Berliner Einrichtungen bestehen dürften. Auch wenn nur ein kleiner Teil der Heime so ist, wie der hier dargestellte Ausschnitt aus Berlin, so gibt es genug Anlaß zur Beunruhigung über gesellschaftliche Strukturen, die die Ausgliederung erzwingen, und über Heime, die das Überleben, aber nicht eine sinnvolle Existenz ermöglichen.

4.4.1. Die Ausgliederung

Schon ins "normale" Altenheim wollen die wenigsten Menschen wirklich freiwillig. So ergab eine Hamburger Untersuchung 1970, daß 88 Prozent der über 65jährigen keine Veränderung ihrer Wohnsituation anstrebten (Freie und Hansestadt Hamburg Anhang S. 7). Bei der noch direkteren Frage an ältere Menschen im Saarland, ob sie in ein Altenheim einziehen wollten, reagierten 95 Prozent mit Nein (PETER 1973, S. 143). Nach dem Umzug wird die Entscheidung wahrschein-

lich häufig rationalisiert. Zwar geben in einer Braunschweiger Untersuchung bei Altenheimbewohnern knapp 50 Prozent an, sie seien völlig unbeeinflusst gewesen bei ihrer Entscheidung, in ein Altenheim zu ziehen, die Angabe der Gründe für die Entscheidung zeigt jedoch, daß in Wirklichkeit keine Alternative zur Verfügung stand.

Tab. 17
Gründe für Umzug in ein Altenheim

	PROZENTWERTE
Tod des Ehepartners	12,1
Einsamkeit	15,5
Schlechte Wohnverhältnisse	18,7
Gesundheit	35,7
Konflikte mit der Familie	4,7
Finanzielle Schwierigkeiten	1,7
Konnte mich nicht mehr versorgen	25,0
Sonstiges	3,8

Quelle: SCHMITZ-SCHERZER u.a. 1978, S. 174

Diese Gründe spiegeln sich in den Äußerungen des Pflegepersonals zu der Frage, warum alte Menschen ins Heim und in eine Pflegeeinrichtung müssen.

- B.¹⁾: Noch eine ganz allgemeine Frage: Wenn Sie das hier so sehen mit den alten Leuten, die ziemlich konzentriert hier sind und in den anderen Altenheimen - ist das die beste Lösung für die Leute, daß sie in solche Heime kommen?
- J.: Nein, man will doch Versuche schon angestellt haben, wo alt und jung durcheinander auf so einer Art Hof miteinander auskommen. Das sind aber bisher alles nur Versuche.
- G.: Ein Komplex, mehrere Häuser, in den ersten 3 Zimmern wohnen alte Leute, dann wieder eine Familie mit Kindern dazwischen, damit der Kontakt mehr vorhanden ist.
- J.: Es gibt ja alte Leute, die können wirklich kein Kindergeschrei hören, nicht mal Kinderlachen, und dann wieder andere, die suchen das.

- E.: Also, ich glaube, das ist utopisch, daß wir wieder eine Großfamilie kriegen.
- B.: Ja, aber wenn das so ist, wenn wir den Glauben an so was aufgeben, daß also die Leute noch zusammenleben können, verschiedene Generationen, dann heißt das im Grunde genommen, daß wir alle tüchtig auf die Einsamkeit zustapfen.
- Alle: Ja, mit Riesenschritten.
- D.: Ja, aber manchmal ist das auch eine notwendige Gegebenheit, allein schon von der Wohnmöglichkeit her. Ich kann jetzt nur von mir erzählen: meine Schwiegereltern wurden pflegebedürftig; allein von der räumlichen Enge her war es nicht möglich, sie zu uns zu holen bzw. wir zu ihnen zu ziehen, um sie um uns zu haben. Der Wille war da, aber es war nicht möglich.
- H.: Na, das Wohnungsproblem wird ja mal eines Tages aufhören, ich meine, man könnte dann ja in eine andere Wohnung ziehen. Aber die jungen Leute sind heute einfach vom Berufsstreß geprägt, es kann gar nicht gutgehen, das Berufsleben ist so hart, und es wird ja immer schlimmer. Wenn man dann nach Hause kommt, die alten Leute möchten dann ja auch unterhalten sein, am Leben teilnehmen, weil sie ja ein ganz anderes Berufsleben kennen, die können sich das jetzige ja gar nicht vorstellen, wissen nicht, was es heute heißt, berufstätig zu sein. Und da fängt es ja schon an, daß Disharmonien auftreten. Es kann vielleicht in der nächsten Generation sein, weil man dann Verständnis aufbringt, aber...
- B.: Ja, eine Möglichkeit wäre ja auch, daß man den alten Leuten noch Aufgaben zugesteht, wie zum Beispiel bei der Kindererziehung. Aber die werden ja eigentlich doch sehr stark 'rausgedrängt'.
- H.: Ja, immer, aber jede Großmutter wird ja ihr Enkelkind verwöhnen. Ich habe eine Nichte - was wir nicht durften, das darf meine Nichte bestimmt. Und wenn kostbares Geschirr kaputtgeht, nicht absichtlich, dann heißt es: nun ja...
- J.: Das ist der geistige Abbau der Großmütter.
- D.: Nein, vor allem, wenn sie geistig beweglich sind, aber ich glaube, die haben eben ihr Leben hinter sich, betrachten vom Alter her das Leben ganz anders. Gucken Sie sich's doch mal an: mit dem ersten Kind wird viel Theater gemacht; fällt der Schnuller runter, das Spielzeug usw. Beim zweiten und dritten ist sie ja schon viel toleranter. (G 1)*

1) Verfasserin.

*) Bezeichnung der Gruppendiskussionen:

- G 1 = Freigemeinnütziges Altenheim mit Pflegeabteilung
G 2 = Kommunales Altenheim mit Pflegeabteilung
G 3 = Privates Altenheim (nur Pflegeplätze)
G 4 = Krankenhaus
G 5 = Chronikerstation
G 6 = Geriatrische Abteilung der Psychiatrischen Klinik

- B.: Man will selbst zwar nicht in ein Heim, sieht aber die Notwendigkeit auf sich selbst zukommen: Wenn Sie jetzt mal an die Situation von den alten Leuten hier im Heim denken - möchten Sie mal ins Heim kommen, wenn Sie älter sind? Würden Sie gerne in dies Heim kommen?
- C.: Niemals!
- D.: Nein!
- M.: Hierher nicht, aber ich würde ins Altenheim gehen.
- V.: Da sollte sich jeder mal an die eigene Nase fassen, bei sich selber die Sache zu sehen!
- M.: Ich würde erstmal ins Altenwohnheim gehen.
- V.: Für mich persönlich, muß ich ganz ehrlich sagen - ich habe zwei Kinder, die noch in der Ausbildung sind - aber ich weiß ganz genau, daß die Situation auf mich zukommt, ich bin sicher, daß ich mal in ein Heim muß.
- M.: Ich auch. Denn man kann doch nicht von den Kindern verlangen, daß man denen auf der Pelle sitzt. Oder du bist so eine gute Mutter, daß die Kinder dich wollen, aber da mußt du eine exakte Mutter gewesen sein, daß sie sagen: also, die würde ich nicht ins Heim stecken. Aber es kommt immer die Situation: entweder die Wohnungen sind zu eng, die Kinder kriegen Kinder und sagen: Mutter, tut mir leid... (G 2).
-
- E.: Das Familienleben ist so zerrissen, die Oma kommt dann weg; früher sind soundso viele Generationen zusammen gewesen, das spielt auch eine sehr große Rolle mit.
- I.: Das ganze Leben war früher viel familiärer als heute, ist doch heute kaum noch. Die Kinder oder die Enkelkinder haben doch heute kaum noch Zeit für die Oma und wenn sie kommen ist Ultimo, dann holen sie den Rest noch vom Taschengeld, bringen tun sie doch nichts. Was ist denn die Wirklichkeit? Die Alten werden abgeschoben. Es sind vielleicht 60 Prozent, die für ihre Angehörigen noch was tun, sie wenigstens mit nach Hause nehmen und schöne Sachen mitbringen, die sie sich wünschen.
- M.: Das wollten die anderen auch alle, man hat aber keinen Einfluß darauf, wann sie ins Krankenhaus gehen müssen. Meistens werden sie hierher verlegt und meistens kommen sie ja nicht mehr raus. Bei jedem sterben so langsam die Nervenzellen ab und der eine ist dann mehr oder weniger durchgedreht, das merkt man selber gar nicht. Wenn ich weiß, daß ich auch mal durchgedreht bin und hierher muß, sagt man schon an manchem Tag: nein, ich möchte es nicht, aber das wird uns allen doch auch mal so gehen und eben aus diesem Grunde sehen wir auch an den Patienten, daß es uns selbst auch mal so gehen kann. Das kann man im voraus ja nicht sagen.

- B.: Können Sie sich vorstellen, daß Sie auch mal hier landen?
- K.: Das ist so eine Befürchtung, die man hat.
- M.: Das stimmt. Wie ich zum Beispiel im Kinderhaus gearbeitet habe, da habe ich mich geweigert, Kinder zu kriegen. Also, ich wollte überhaupt keine haben. Und hier, hier bekommt man so den Gedanken: was ist, wenn ich mal so alt bin? Weil ja meist so eine Krankheit so verläuft, daß man gar nichts merkt, oder sich dessen nicht bewußt ist. Also kann uns das durchaus auch passieren...
- B.: Und die alten Leute selber, die haben zum großen Teil gar kein Gefühl mehr dafür, daß sie abgeschoben sind?
- Alle: O doch, das Gefühl haben die alle.
- B.: Und worin äußert sich das?
- M.: Daß wir sie dann beruhigen.
- I.: Sie erzählen von zu Hause und wo das alles ist, und der und der hat mir das alles weggenommen. Das kriegen sie doch mit, daß man ihnen alles weggenommen hat.
- M.: Wir reden dann auf sie ein wie eine Mutter auf ihre Tochter, wir müssen gut zureden...
- I.: Wir versuchen sie zu trösten, indem wir sagen, es ist alles in der Reinigung, es wird noch ein bißchen umgearbeitet, es kommt dann wieder.
- H.: Sie bekommen es Gott sei Dank nicht mit, daß wir ihnen fast jeden Tag dasselbe sagen, oder es so ähnlich formuliert haben; sie vergessen es dann wieder...
- B.: Vielleicht merken sie es auch, daß sie nur trostreiche Worte bekommen?
- E.: Aber das reicht erst einmal.
- B.: Aber die trostreichen Worte kommen immer noch?
- H.: Das müssen wir auch ein wenig abwägen. Man merkt, ob der Patient sagt: die erzählt mir ja jeden Tag Blödsinn. Wir müssen dann versuchen, am Bett oder an der Patientin zu sehen, wie sie reagiert - manchen kann man nicht so etwas erzählen: die Sachen sind in der Reinigung oder so, da muß man schon fast an die Wahrheit herankommen... (G 4).

Das Pflegeheim ist immer noch häufig die Endstation für die Patienten. Jeder - Patient und Pflegekraft - ist sich darüber klar, aber jeder versucht es zu beschönigen, weil die Wahrheit nicht verkräftet, nicht verarbeitet werden kann. Chronische Krankheit und Sterben werden als Probleme auch noch in der Situation verdrängt, wo dies eigentlich nicht mehr möglich erscheint: In der Endstation selbst. Die Fragwürdigkeit eines Chroniker-Ghettos wird damit deutlich, aber auch die fehlenden Fähigkeiten aller Mitglieder in der Gesellschaft, sich mit der eigenen Todesproblematik zu konfrontieren - es gibt keine Verhaltensmuster, keinen ideologischen Überbau, außer dem, den die Patienten und Pflegekräfte vielleicht als religiöse Menschen noch mitbringen.

In den Äußerungen der Patientinnen findet sich die Resignation über die Unvermeidlichkeit des Übergangs in ein Heim bzw. eine Pflegeeinrichtung.

Wollten Sie ins Heim?

Was sollte ich machen, ich war ja allein. Ich hatte ja niemanden, meine Nichte hat ja auch ihren Haushalt;... (F 1) *

Zusammenwohnen?

Meine Tochter hätte Platz - aber das will ich nicht, bei aller Liebe nicht, und vor allem muß ich ja auch... Meine Kinder können sich ja nicht immer um mich kümmern... Ich brauche ja auch jemanden, der mir etwas einholt usw., und wenn irgend etwas ist, zum Arzt gehen usw... Meine Kinder - ich hänge sehr an ihnen, meine Familie war immer mein Alles - aber wie sind die belastet! Meine Tochter ist verheiratet, der Mann ist jetzt auch gar nicht auf dem Posten, sie ist also auch reichlich ausgelastet. Mein Sohn ist beruflich auch ausgelastet, die Frau - ihr muß er sich auch mehr widmen. Sie sind verheiratet, da habe ich nichts mehr mit zu tun. Sie müssen ihr Leben leben, und sind durch mich immer eigentlich - sie kommen her, ja, meine Tochter macht und bringt mir usw., kümmert sich sehr um mich, weiter kann sie nichts für mich tun. Aber sie ist auch manchmal nervlich fertig. Und was meinen Sie, wie meine Kinder das mitnimmt, das ich hier sitze. Das ist nicht schön. Sie bleiben hier zwei Stunden, und dann gehen sie wieder. Nicht, daß ich jammere,

*) Von 26 Gesprächen wurden 18 in die Auswertung mit einbezogen. Sechs davon fanden im Krankenhaus statt (F 1 - F 6), drei in der Pflegeabteilung des kommunalen Altenheims (F 7 - F 9), zwei außerhalb der Pflegeabteilung (F 10 - F 11), vier im privaten Altenheim, das ausschließlich Pflegeplätze hatte (F 12 - F 15), und drei in der Pflegeabteilung des freigemeinnützigen Altenheims (F 16 - F 18).

absolut nicht, nee, nur manchmal ist... Sie erfahren es gar nicht, wie es ist, aber... In so einer Kabüse habe ich in meinem Leben noch nicht gelebt. Gucken Sie mal, nur die Aussicht. Meinen Sie, das ist erheiternd? Nee, dafür kann niemand, aber ich kann nicht sagen, jetzt lebe ich erst so richtig, wie ich es manchmal lese. Nein, ich würde gerne gehen, nur nicht noch ein langes Siechtum, aber das wünscht sich ja schließlich noch jeder. Ich bin bereit, denn es ist genug gewesen. Ich habe niemanden mehr...
(F 15)

Der aktuelle Grund für die Aufnahme gerade in eine pflegerische Einrichtung ist häufig ein Unfall, der von den Frauen als traumatisch erlebt wird: Die Entscheidungsmöglichkeit ist ihnen völlig aus der Hand genommen; auf das Haus, in dem sie nun dauernd leben werden, hatten sie keinen Einfluß. Die Wohnung wurde zum Teil gegen ihren Willen aufgelöst. Es findet auf diese Weise häufig bei der Aufnahme in ein Pflegeheim eine totale Entmündigung und Deprivation statt.

Ich mag gar nicht an die Zeit denken. Ich konnte nicht an die Zeit denken, daß ich da so liegen mußte und fremde Menschen mich Tag für Tag... Ich habe ja gar nichts gewußt. Ich bin bewußtlos abgeholt worden, war aus dem Bett gefallen und wußte nicht, wo ich hinkam... Und da weiß ich nur, daß es hier gewesen ist. Ich konnte ja auch nichts, ich war vollständig fertig. Und so geht es mir auch jetzt, ich mag gar nicht an die Zeit denken, daß ich so daliegen mußte. Fremde Menschen haben mir etwas angezogen, ich konnte gar nichts machen, nicht stehen, mußte geduldig in den Wagen steigen, bis ich hierher kam.

Ist das schlimm für Sie?

Ja, weil ich doch immer tätig gewesen bin... Ich habe auf der Diele gelegen, und da haben sie einen Wagen besorgt, und ein Polizeimensch war auch dabei...

Wie fühlen Sie sich denn hier?

Ach, ich möchte gerne wieder in mein Stübchen, konnte doch nichts mitnehmen, nur das, was ich auf dem Körper hatte, und dann mußte ich erst das Laufen wieder lernen...

Und was wurde aus Ihren Sachen?

Das weiß ich überhaupt nicht... Da weiß ich gar nichts, da kann ich nicht hin und das halte ich nicht aus (F 6).

- - -

Meine Nichte hat mich hierher gebracht, die wollte mich wohl ausschalten... Sie hat überall erzählt, sie wollte mich aufnehmen bei sich und hat mir allerhand vorgegaukelt. Das vom Sozialamt und so, nichts ist gekommen, nichts ist eingetroffen, und als sie nachher meine Ersparnisse, erstmal die Vollmachten nachher von mir hatte, da hatte sie das Interesse verloren. Also ich weiß nicht, ob das dahin gehört, und da machte sie dann einen Rückzieher, und da habe ich natürlich furchtbar drunter gelitten, das ist doch ganz klar, ich bin heute ohne meine Ersparnisse. Es ist alles weg (F 4).

- - -

Ich habe solange im Krankenhaus gelegen... Oberschenkelhalsbruch. Und da bin ich dann hierher gekommen. Nachher mußte ich wieder ins Krankenhaus, da bin ich dann noch länger geblieben und wurde wieder entlassen und hierher. Und da wußte ich gar nicht, was los war. Und da haben sie mir glattweg die Wohnung weggenommen und alle meine Sachen verkauft und da sitze ich jetzt da und habe nichts... Das Sozialamt kann es nicht gewesen sein, die hat mir dann gesagt, das haben sie einfach so gesagt, die Wohnung muß beschlagnahmt werden, weil so alte Leute keine Wohnung kriegen... Ich lasse es keinen merken, wie einem so ist zumute, wenn man mit einem Mal die Wohnung verloren hat und alles (F 3).

- - -

Ich bin nicht etwa mit Begeisterung hierher gekommen, aber ich war krank. Durchblutungsstörungen usw. Und da mußte ich dann eben, weil ich nicht mehr so laufen konnte. Man hatte zwar immer jemanden, aber das geht dann nicht mehr so, wenn man nicht mehr so gut zu Fuß ist (F 15).

- - -

Ich sollte in ein Heim, weil ich eine schwere Gürtelrose hatte... Ich konnte nicht mehr allein zu Hause bleiben, weil ich sehr stark gefiebert habe, und kam zu den Katholischen Schwestern nach Lankwitz (Maria Trost). Dann war ich wieder zu Hause und es setzte bald die Versteifung der Knie ein, und ich konnte nicht mal mehr allein auf die Toilette. Ich saß buchstäblich im Dreck. Dann sollte der Arzt kommen, dem haben sie meinen Schlüssel gebracht, und der lehnte es ab, mich in ein Heim zu stecken, sondern wollte, daß ich ins Virchow-Krankenhaus gehe. Die Ärztin, die mich behandelt hatte, hatte aber gesagt, daß ich chronisch krank bin und daß sie mir nicht helfen kann... Das habe ich ihm auch gesagt, doch er schickte mich ins Virchow. Und da sind die Jungens mit dem Krankenwagen etwa eineinhalb Stunden auf dem Platz mit mir rumgedudelt und wurden mich nicht los. Ich sagte, der Arzt hat mich selber angemeldet, und ich gehe hier nicht weg, ich habe keine Schlüssel mehr, meine Wohnung ist zu usw., und nun macht, was ihr wollt mit mir. Da kommt ein junger Arzt und der sagt: Ach, warten Sie mal einen Augenblick, ich gehe mal telefonieren. Und er kommt wieder und sagt: Jawohl, für die Dame ist ein Bett frei. Dadurch kam ich da hin... Von dort, wo wir ein schönes Bewegungsbad hatten, komme ich wieder nach oben ins Bett, da heißt es, du kommst morgen ins neue Haus. Das neue Haus hatte früher so einen schlechten Ruf, nach 70 gegründet worden - durch den Krieg, und hatte einen schlechten Ruf. Dort wollte ich nicht hin. Und hatte Glück: Im Bürgerhaus hatte ich einen phantastischen Oberarzt und eine ausgesprochen gute Chefärztin... Hier bekam ich Unterwassermassagen. Alle gaben sich große Mühe. Von dort kam ich auf eine andere Station und dann hierher. Hier wollte ich auch nicht her. Keiner konnte mir sagen, wie es sein würde (F 18).

4.4.2. Die neue Umgebung

Im Kranken- oder Pflegeheim sehen sich die Patienten einer neuen Lebenswelt gegenüber, auf deren feste Regeln sie keinen Einfluß haben. Wieder erleben sie sich als ohnmächtig. Manche Patienten reagieren mit depressiven Verstimmungen und Verzweiflung, bei manchen kommt es auch zu Verwirrheitszuständen.

- K.: Als mir letztens eine Patientin gesagt hat - die hat so ab und an lichte Momente, ich kenne sie auch von der Aufnahme her, das sind jetzt zwei Jahre und der Abbau ist wirklich sichtbar - da sagte sie: Ja, wozu denn das alles, wir sind völlig sinnlos, wir sind nur noch Last für die anderen, ich möchte sterben. Das war so ein schlimmer Moment - es ist ja auch wahr, die hat ja sicher auch ein ganz normales Leben geführt - man merkt das so an ihren Äußerungen, auch so an ihrem Benehmen, an ihrer Sprechweise. Das muß eine mittelmäßig bis überdurchschnittlich intelligente Frau gewesen sein und die wird auch Kinder haben - nee, Kinder hat sie nicht, sie hat niemanden, der sie zu sich nehmen würde. Die könnte zum Beispiel zu Hause bleiben. Die meisten hier sind weder sich selbst gefährdend noch den anderen... Die Patienten erleben durch die Umstellung teilweise schwere Krisen und werden nicht mit der neuen Situation fertig (G 6).
- G.: Leute, die hier hereinkommen, sind nach einer Woche so deprimiert, besonders, wenn sie zwischendurch wieder Besuch kriegen, dann wird alles wieder aufgerollt.
- V.: Also, die erste Zeit im Heim ist so, daß vermehrte Verwirrtheit auftritt bei vielen, bei sehr vielen, und sie finden sich eben in der neuen Umgebung nicht zurecht und erkennen dann, das ist jetzt Endstation und das ist das Schlimme, wenn man sie eben aus dieser Einstellung wieder herausziehen muß... Ich sage dann, es ist schlimm; wir möchten ihnen eben die Eingewöhnung oder ihr Leben so angenehm machen, wie es in unseren Kräften steht.
- G.: Also wir machen denen nichts vor, das ganz bestimmt nicht.
- V.: Man versucht, ihnen zuzureden, doch nicht den Mut zu verlieren, obwohl man sich sagen muß, sie haben ja recht, wenn sie deprimiert sind, aber man kann sie ja nicht darin bestärken, sondern muß auf irgendeine Art und Weise es ihnen nicht gerade ausreden, aber doch zumindest so weit von sich schieben, damit es nicht ewig im Vordergrund steht.
- S.: Wenn die dauernd nur im Zimmer herumsitzen, dann sind sie nicht nur von ihren Angehörigen abgeschoben. Die fühlen sich völlig abgeschoben, weil niemand ins Zimmer kommt, außer zum Bettenmachen oder zum Essen reinbringen (G 3).

Soweit die Patientinnen noch rüstig genug sind, um die neue Situation zu verarbeiten, rationalisieren sie die Situation und interpretieren ihre Anpassung daran als einzige Möglichkeit weiterzuleben.

Ich laß mich nicht beirren, ich kann nicht klagen hier. Jeder muß sich selbst auch nach den Vorschriften richten, was wäre, wenn jeder machen würde, was er gerne möchte, das geht ja auch nicht. Aber wenn man einen Wunsch hat, wird er einem ja auch erfüllt. So empfinde ich das wenigstens... Die Vorschriften sind ja nun da, aber wenn das nicht wäre, dann könnte ich vielleicht mit dem Kopf an die Wand rennen... Aber ich möchte hier nicht weg, ich fühle mich hier wohl. Richtig wohl. Nun liegt das auch viel am Menschen selber, man muß auch den Willen haben, man muß versuchen, sich selber etwas zu helfen, und immer wieder das, was nicht so ist, unterdrücken, oder so (F 7).

Ja, die Umstellung war zu groß. Ich war immer ein Mensch, der über seinen eigenen Verstand verfügte, und hier mußte man sich ganz fügen. Aber das kann man, mit Vernunft, und jetzt bin ich so alt, da ist das ja auch nichts mehr, da hat man ja auch nicht mehr so viel Grips (F 10).

Mit der Zeit tritt dann eine Anpassung an die neue Situation ein, die aber gekoppelt ist mit einer starken Resignation. Diese jedoch ist davon abhängig, aus welcher Schicht die Patienten kommen, welche Lebensgeschichte sie hinter sich haben (siehe oben).

Nach den Erfahrungen mit den hier befragten Patientinnen ist Resignation und unreflektierte, passive Anpassung am häufigsten bei Frauen, die auch zeit ihres Lebens eine passive Rolle übernommen haben - entsprechend der weiblichen Geschlechtsrolle. Frauen, die aktiv, auch im Beruf, waren, äußern einerseits eher Unzufriedenheit, sind aber andererseits eher in der Lage, sich neue Aufgaben zu suchen. Bei sehr schlechter Heimqualität und stark eingeschränktem gesundheitlichem Wohlbefinden ebnet sich dann die Unterschiede ein: Diese Faktoren fördern Resignation unabhängig von der Biographie.

4.4.3. Kontakte mit anderen Menschen

Bei den Kontakten sind zu unterscheiden die Kontakte mit den Angehörigen außerhalb des Heims, die Kontakte mit dem Pflegepersonal und mit den Patienten bzw. Bewohnern im Heim. Was den Kontakt mit den Angehörigen betrifft, so berichten viele Pflegekräfte über die Lieblosigkeit der Verwandten von Pflegebedürftigen. Ein Teil dieser negativen Einschätzungen mag auf die Verdrängung von Vorwürfen gegen das eigene Verhalten zurückzuführen sein, daher die Bereitschaft des Personals, diesen Punkt ausführlich darzustellen. Andererseits werden reale Ereignisse berichtet, die wahrscheinlich keine Einzelfälle sind.

- S.: Was mich manchmal wütend macht, ist: Dann hast du hier etwas gearbeitet, daß die Frau ein bißchen aus der Passivität herauskommt, kommt die Tochter, erzählt mir, daß sie sowieso bald stirbt und daß sie viel zu krank ist, um was zu machen...
- S.: Verstehste, alles umsonst wieder. Und da kann man so eine Wut kriegen, da wird deine Arbeit wieder kaputtgemacht.
- V.: Aber ja, oft genug.
- S.: Von der Frau K., da kommen die Angehörigen - wenn die Angehörigen nicht da sind, o.k., - sie rennt hier rum, wenn du sie anhältst, unterhält sie sich ein bißchen mit dir und spricht mit dir und ist ruhig und wirklich Klasse. Letzten Sonntag waren die Angehörigen da. Ich bin reingekommen, die hat dagesessen und geheult wie ein Schloßhund. Ich habe die nachmittags um 16.00 Uhr ins Bett gelegt, weil sie fertig war.
- V.: Ich war einmal drin und da waren gerade Besucher da. Da habe ich sie gebeten - damals hatte ich noch kein Taschengeld für sie hier - und da sagte ich zu ihnen, sie möchten doch so nett sein und mal ein Paar Strumpfhosen mitbringen oder so, sie hatte ja nichts mehr zum Anziehen, wissen Sie. Da plusterten sie sich auf: Wie sie dazu kämen, ihr noch was mitzubringen. Da habe ich gesagt, sie hat ja nichts hier, und daraufhin wurde erst angeleiert, daß ein Teil des Geldes hierher überwiesen wird. Und sie haben noch gesagt, die hat ja soviel, die weiß ja gar nicht, wohin mit ihrem Geld und so. Sie waren sehr empört über das Ansinnen von mir, wie ich dazu komme, sie zu bitten, daß sie mal was mitbringen. Und es ist ja auch so, wenn die da sind... Die Frau K. telefoniert selber nicht, jedesmal, wenn die Angehörigen kommen, telefonieren sie von ihrem Apparat aus.
- G.: Die ist ziemlich vermögend.

- V.: Naja, mit den Häusern und Grundstücken. - Und die Schwester auch, die ist ungefähr im selben Alter wie sie, aber solche gehässigen Reden, die bringt sie richtig in einen Zustand, wo sie nur noch schluchzt. Sie sagt: Du bist ja blöd und sie merkt das und kriegt alles mit. Dann ist immer noch ein Mann mit dabei und man kann so ohne weiteres mitkriegen, daß sie sagt, die ist bescheuert und so.
- S.: Das ist genau das gleiche, wie ich den Kaffee ausgeteilt habe. Ich bringe ihr den hin und sie freut sich darüber, bedankt sich bei mir, darauf meinte er zu ihr, das sei doch wohl eine Selbstverständlichkeit. Darauf setzte sich Mutter K. hin, wo ich also schon ziemlich mürrisch wurde und rausging und ich mußte nochmal rein und dann nimmt Mutter K. die Tasse, verschüttet ein bißchen - da ist er ihr beinahe an den Hals gegangen: Die schöne Tischdecke, was denkst du eigentlich, und das in einem Ton! Da wundert mich das nicht, wenn sie nachher gehen und die ist völlig fertig. Dann sollen sie lieber wegbleiben. Dann ist die Frau nämlich ruhiger. Vor allem hatte Frau M. für den Nachmittag geplant, daß sich wieder eine Gruppe ins Rondell setzt und ich wollte auch gerade vorne decken und meinte zu den Angehörigen - die sitzen dann meistens noch vorne und unterhalten sich -: Nein, das wünschen wir nicht! Die kommen monatelang nicht her und dann wollen sie nicht, daß ihre Angehörigen mit anderen Patienten Kontakt haben. Als wenn das eine Selbstverständlichkeit ist, daß die Patientin in ihrem Zimmer zu bleiben hat. Ich also drin gedeckt. Kam Frau M. und fragte nach Frau K. Sage ich: Nein, die hat Besuch. Sagt sie: Na, das muß ich mir doch mal angucken.
- V.: Ja, das finde ich ganz reizend. Das ist die Frau, von der ich sagte, daß sie eine kleine Runde hier im Grünen hat (G 3).
-
- H.: Daß die Angehörigen etwas mehr für ihre Eltern oder Mütter tun, indem sie vielleicht zwei- oder dreimal im Jahr sie mit nach Hause nehmen, da sind sie dann aufgeblüht, das freut sie, daß sie wissen, ich habe zu Weihnachten oder sonst mein Zuhause, aber wenn sie kein Zuhause mehr haben, und die Kinder kommen und sie werden nicht mal mitgenommen, obwohl sie es könnten, das tut denen weh. Wir haben da eine - es wurde ihr zuerst halb versprochen, sie dürfte nach Hause gehen und dann auf einmal nicht, das ist ein Schock. Es wäre verständlich, wenn sie nur einen Raum hätten, da fühlen sie sich beengt und auch nicht wohl, aber wenn sie mehrere Räume haben, dann hätten sie mal ausnahmsweise die Mutter mit nach Hause nehmen können... Wir hatten eine Patientin, die wurde abgeschoben, weil die Familie einen großen Hund hat. Die hatten ein Haus und wir haben gefragt, warum haben sie ihre Mutter, die an und für sich geistig noch fast normal ist, zu uns gebracht und lassen sie nicht zu Hause. Nein, wir haben einen großen Bernhardiner, und der braucht ja schließlich auch sein Zimmer. Dann wurde ihr der Koffer in die Hand gedrückt und "Auf Wiedersehen, Mami", und weg waren sie. Sowas kann einem passieren.

- M.: Da kommt eine Tochter und bringt der Mutter eine Kerze, die Mutter sieht nicht und hört schwer und dann bekommt sie eine Wachskerze, die sie anbrennen wollen...
- I.: Damit ihr ein Licht aufgeht... Da frage ich mich manchmal, hätte sie ein Malzbier gebracht...
- H.: Oder zum Muttertag werden vergammelte Bananen mitgebracht und wo die Mutter dann verstorben ist, erst machen sie ein Theater und dann haben sie sich nicht einmal darum gekümmert, wo die Mutter beerdigt wird. Fragen erst nach dem Geld. Oder liegt eine im Sterben, flüstern sie einem ins Ohr: Wo ist denn das Taschengeld von meiner Mutter?
- M.: Na wissen Sie, da ist man ja als Schwester selbst geschockt, trotzdem wir hier schon allerlei erleben. Blumen bringt überhaupt niemand mit. Dann nehmen sie den ganzen Nachlaß mit, sie lassen nicht mal die restlichen Malzbierflaschen den Patienten hier, nehmen alles mit; das ist irgendwie zu hoch manchmal. Entweder denken sie sich nichts dabei oder irgendwas kann doch hier nicht stimmen.
- U.: Das ist mir schon passiert: Wir haben Angehörige gerufen, weil sie so weit war, daß wir gedacht haben, es ist jeden Tag Schluß - nur, jeden Tag kann noch eine ganze Weile gehen. Da kamen die Kinder: Ach Schwester, dann packen Sie gleich die ganzen Sachen von der Oma zusammen, ich nehme alles mit, die braucht ja dann nichts weiter wie ihr Nachthemd... Ich wußte nicht, was ich antworten sollte, denn noch lebte die Oma doch. Nein, nein, sonst geht das alles verloren, packen Sie mal alles zusammen. Die Oma hatte sich aber nochmal erholt. Die hatten wir noch ein Dreivierteljahr nach dem. Die hatte aber nichts mehr, was ihr gehörte!
- H.: Bei der Patientin, von der ich gesprochen habe, da war das so: Die Mutter hat das ja noch alles mitgekriegt, die wußte sogar den Namen noch. Wenn da jetzt geflüstert wird: Wo ist denn das Taschengeld? Das muß doch auch schlimm sein, daß die sich vielleicht gar nicht ausdrücken kann, weil es ihr so miserabel ging.
- B.: Sagen die Angehörigen zu Ihnen "Dankeschön", "Nett von Ihnen" usw.?
- M./H./
- I.: Ganz ganz selten, sehr selten!
- B.: Also die Angehörigen halten weder zu ihren alten Müttern, Tanten usw. Kontakt, noch zu Ihnen - also auch kein Wort des Dankes?

- M.: Nein, die bleiben alle nur 10 Minuten, Viertelstunde hier. Wenn ich eine Mutter hier zu liegen hätte, dann würde ich mal hingehen zur Schwester und würde fragen: Was kann ich denn für meine Mutter tun, kann ich sie mal mit raus in den Garten nehmen, dann kann ich mit ihr ein bißchen spaziergehen oder dergleichen, oder kann ich ihr mal einen Knopf annähen usw. Aber die kommen nur wegen des Geldes.
- I.: Die holen das Geld und fragen, sollte inzwischen was passieren, ich bin nicht zu erreichen - wir fahren ja in Urlaub. (G 4)

Die Beziehungen zum Personal werden von den Patienten selten angesprochen - gerade als Pflegebedürftiger befindet man sich in einer solch abhängigen Position, daß Kritik kaum möglich erscheint. Einige Bemerkungen lassen darauf schließen, daß die Patienten sich nicht immer angenommen fühlen.

Es gibt ja Schwestern, die haben einen ulkigen Ton, nicht? Was stört Sie an dem Ton besonders?

Na, Ollकिन, mach, daß Du Dich hier hinlegst, das stört uns, wenn Du hier rumläufst und so. Ich gehe dann hier manchmal so durch die Gänge, und da habe ich gesagt, das darf ich, der Arzt hat mir das verordnet. (F 14)

- - -

Und machen können sie im Grunde genommen mit einem, was sie wollen. So nach dem Motto: ach, es kommt ja gar nicht so drauf an. Die weiß es ja gar nicht mehr und so. Also wenn Sie mich fragen, es muß sein, ich kann hier weiter nichts sagen, weil ich eben auch nicht über etwas schimpfe, was gar nicht sein kann, aber man ist so aus allem, wissen Sie... Es ist dann alles so lieblos, wird einem hingeschmissen. Hier kriegen sie 'nen Teller hingeschmissen, so mit 'nem Berg und so. Essen Sie man, essen Sie man! Ich bin doch kein Rollkutscher, ich hab' noch nie soviel gegessen, ich habe meine zwei Kartoffeln gegessen... Aber schon das Sehen, alles aufeinander und so. (F 15)

Das Verhältnis zu den anderen Patientinnen ist entscheidend für das Wohlbefinden im Heim (SCHICK 1978, S. 223; BUYS u.a. 1978, S. 96 ff.). Bei den Befragten der hier zitierten Untersuchung waren diese Kontakte häufig nicht befriedigend und sogar belastend, weil die Patientinnen infolge anderer Schichtzugehörigkeit völlig unterschiedliche Einstellungen und Verhaltensweisen hatten und die gesünderen mit den krankeren nichts zu tun haben wollten (ähnliche Ergebnisse bei BUYS u.a. 1978, S. 31, S. 95). Die alten Frauen

*) G 4 = Krankenhaus

wiederholen damit die Abgrenzungs- und Ausschlußmechanismen, denen sie selbst ausgeliefert waren und sind.

Wir haben ja hier welche, daß sie die überhaupt mit uns zusammen-sperren, das finde ich nicht richtig!

Man kann sich aber doch auch gegenseitig helfen!

Denen ist nicht zu helfen. Mit einer, da habe ich ein Theater gehabt. Die war in unser Zimmer gekommen, da habe ich sie 'rausgewiesen. Da hat sie mich links und rechts geschlagen, das ist doch nicht richtig. Eine alte Frau sollte sich schämen, daß sie so etwas macht. (F 2)

- - -

Es gibt ja hier auch Aufenthaltsräume, wissen Sie, aber da kann man nicht lange sitzen, Sie müßten bloß mal die Unterhaltung hören!... Von den ollen Frauen. Die Schwester, die macht det so, und die meckern bloß und alles... Ich habe ja gesagt, wir sind alle Menschen. Es gibt hier 'ne Schwester, die hat komische Schuhe an. Da habe ich gesagt: Hat die Schwester sie mal gefragt, ob ihr Ihr Kittel - es gibt doch Frauen, die laufen hier den ganzen Tag so im Morgenrock 'rum, nicht? Das liegt mir nicht. Und da haben sie sich aber darüber amüsiert, ich würde mir jemanden anlachen, deshalb ziehe ich immer ein Kleid an... Ach, da lache ich. Und wenn ich noch so ält wär', ich wasche mich richtig und ziehe mich an, ich putz' mich nicht, aber ich ziehe mich an! Denken Sie, ich laufe in Hausschuhen hier durch die Gegend? Nein! Das mache ich nicht, ich ziehe mir normale Schuhe an. (F 14)

- - -

Wenn ich aber gewußt hätte, daß ich hier mit so vielen (infolge Alters- oder Geistesschwäche) Menschen zusammen sein muß, das bedrückt mich so, das... Nun bin ich ja Gott sei Dank alleine, aber hier ist zum Beispiel, weil viele offen sind, ein sehr starker Geruch, der oft auch sehr schwer zu ertragen war. Seit etwa einem Vierteljahr komme ich hier erst jetzt zur Ruhe. Vorher war es durch die behinderten Menschen anders. Und was mich nervlich und seelisch so 'runtergebracht hat, waren diese Kranken. Meine Kinder dürfen das auch nicht wissen, daß das hier so ist. Aber das beeinträchtigt einen Menschen furchtbar. Und sowieso - mein Sturz hierher war ein bißchen zu groß... Aber wenn ich die Menschen hier sehe... Wir haben jetzt einen Dampferausflug gemacht, dann kann ich die ganze Nacht nicht schlafen, das ist komisch. Daß Menschen so leiden müssen... Getragen werden müssen usw. Dann werden sie hingesetzt, die fassen das gar nicht, das ist viel zu anstrengend für sie. Ja, sie sollen 'rausgerissen werden, heißt es immer, aber im Grunde genommen haben sie nur zu leiden darunter. Und ich leide einfach darunter, wenn ich das sehe. (F 15)

Das Personal, das die Zusammenstellung der Stationen und zum großen Teil auch der Zimmer nicht beeinflußt, hat wenig Möglichkeiten, die Kommunikation unter den Patienten zu fördern.

- G.: Nun ist es ja auch so, daß wir die Patienten vorher nicht kennen und es gibt viele, die verstehen sich überhaupt nicht untereinander.
- Ile: Ja, ja.
- G.: Oder es werden zwei zusammengelegt, die sich überhaupt nicht mehr selbst behelfen können. Wenn zum Beispiel die eine geistig noch klar ist, die kann die andere wiederum anregen, das können wir alles nicht machen. Eben weil die Zimmer zu teuer sind.
- V.: Man geht ja nicht danach, wie die Leute zusammenpassen und ob, sondern es ist hier eine finanzielle Angelegenheit. Viele haben eben das Geld; zum Beispiel für Frau G. wäre es gut, wenn sie nicht alleine wäre.
- G.: Richtig.
- V.: Als sie hierher kam, hat man mir gesagt - also ich habe sie ja von Anfang an nicht gekannt - daß sie sehr aufgeschlossen gewesen wäre. Seitdem sie also in dem einen Zimmer, also für sich alleine ist, rennt sie auch viel 'rum, sie bleibt ja fast nicht im Zimmer, also sie sucht Kontakt, sie sucht immer Gesellschaft. Dieses Alleinsein... Das ist eben ein großes Manko, daß hier kein Raum zur Verfügung steht. Wenn wir natürlich einen richtigen schönen Aufenthaltsraum hier auf der Etage hätten, dann würde sich einiges bessern, weil sie dann mehr Kontakt untereinander hätten und würden sich dann gegenseitig motivieren, irgend etwas zu tun.
- B.: Da müßte ein Zimmer leergeräumt werden...
- V.: Eben, daß sie sich gerne dort aufhalten.
- G.: Dann könnte man sich auch von uns aus mal dazusetzen. Wir haben dann die Klingel im Auge, wenn wir "Mensch ärgere dich nicht" spielen oder so etwas. Runtergehen ist natürlich blöd, weil wir eigentlich auf der Station bleiben müssen.
- S.: Letztes Mal hat es einen schönen Film gegeben, den wollte sich Frau N. angucken. Meinte sie: Was mache ich denn mit der Elisabeth? Sag ich: Wenn Sie sie nicht mitnehmen, denn behalten wir sie hier oben. Ach nee, meint sie, ist in Frau P.'s Zimmer gegangen, weil die da einen Fernseher hat und da haben sie dann gesessen: Elisabeth, Frau P. und Frau N. Dann kam Frau G. und war tödlich beleidigt, daß Elisabeth auf ihrem Stuhl saß und sie nicht zu dieser Runde eingeladen wurde. Das gibts bei uns dann, so kleine Streitigkeiten untereinander.
- G.: Klein ist gut - das wird noch mal ein Drama mit der!

V.: Aber meiner Meinung nach fehlt hier wirklich ein Aufenthaltsraum, ein größerer Raum, wo alle zusammenkommen könnten, daß sich nicht alles in ihrem einen Zimmer abspielt. Also ich finde das schon sehr gut, wenn man das machen könnte. (G 3)

Aber es gibt auch Gegenbeispiele von Freundschaften im hohen Alter, in denen man sich mühsam, aber immerhin bereitwillig aufeinander und auf die beiderseitig vorhandenen Schwächen einläßt. Derartige Beziehungen können auch der Funktionslosigkeit im Heim entgegenwirken.

Finden Sie es besser in einem Einzelzimmer oder in einem Zweibettzimmer¹⁾?

Wir haben uns gewünscht, weil wir es ja gewohnt waren, zu zweit, und da haben wir gesagt, da bleiben wir. Wir hätten jeder ein Zimmer bekommen. Aber wir verstehen uns und wir zanken uns nicht. Ein anständiger Mensch zankt sich nicht... Wenn sie mir 'mal was sagt, dann höre ich zu und dann ist fertig, das ist bei ihr dasselbe. Auch wenn es nicht immer so ist, aber dafür ist der Mensch ja auch fähig, mal zu schweigen, und das bin ich oft, immer. Wenn sie mich 'mal anschnauzt, sage ich kein Wort²⁾.

Ich bin Gott dankbar, ich bin ein gläubiger Mensch gewesen, daß ich noch Verstand habe, mit Verstand kann man viel anfangen... Das Denken ist bei mir, und das Wegemachen und Laufen ist bei ihr. Weil ich ja nicht mehr laufen kann. Ich kann wohl mit zwei Stöcken, aber ich habe Angst, daß ich falle, deshalb nehme ich zwei Stöcke, aber mit zwei Stöcken läuft sich das nicht gut. Ich gehe mal zum Eisschrank und sonst brauche ich ja nichts, das bekommen wir alles hier. Dann gehen wir mittags zum Essen, gehen mal ein bißchen spazieren im Garten, aber es ist ja auch nicht schlecht hier. Man muß sich nur anpassen. Wir haben nicht viel mit Leuten zu tun hier, wir beide sind immer beisammen, und wenn wir jemanden sehen, sagen wir guten Tag und guten Weg, und das ist mein Prinzip. Solange ich denken kann. Wir wollen mal sehen, wie lange das geht. Aber ich hoffe, ich werde nicht immer hier bleiben auf dieser Erde³⁾.

- - -

Hier habe ich Gesellschaft, habe schon nette Menschen kennengelernt und wie es dann ist, einem paßt man sich an, dem anderen nicht. Und dann ist unser Arzt hier sehr sehr nett, der sagte zu mir: Werden Sie nicht vereinsamt, immer unter die Leute mischen. Und das habe ich getan. Ich bin vom ersten Tage an, gleich die erste Woche, heruntergegangen in unserem Salon hier, und da lernen Sie schon kennen. Sie sind ja nicht alle unnormal, es sind ja auch sehr nette Menschen dabei. Dann gibt es den Fernseher und diese

1) Verfasserin

2) F 11

3) F 10

G 3 = Privates Altenheim (nur Pflegeheim)

Bastelstube, dann gibt es Turnen. Und dann habe ich hier die Elisabeth aufgegabelt, und die habe ich mir unter den Arm genommen und die war wie meine Puppe. Wissen Sie, das sind so verdrängte Muttergefühle und die ist mir sehr treu ergeben und liebt mich, und dann ist das wieder eine Aufgabe. Und das habe ich nun, so lange es geht. (F 13)

4.4.4. Aufgaben

Es bleibt der Initiative und den Möglichkeiten der einzelnen Patientin überlassen, ob sie sich im Heim eine Aufgabe sucht und sie ausfüllen kann. Im allgemeinen aber haben die Patienten keine Funktion. Dem Personal stellt sich die Funktionslosigkeit als Passivität dar, die eine Quelle der Kritik ist. Dabei wird übersehen, daß die Ursachen der Passivität einmal in den vorhergehenden Lebensumständen, zum anderen in der Struktur des Heims, am wenigsten aber in der "Natur" der Patienten selbst liegen.

- U.: Auch wenn man jetzt eine Ausbildung hat, kann ich mir vorstellen, daß man den Patienten trotzdem nicht dazu bringt, um sich zu aktivieren. Wir haben es probiert mit Frau K., mit Mensch-ärgere-dich-nicht-Spielen, mit Bilderrätseln o.ä. Sie hat da zwar mitgemacht, dann hat sie aber überhaupt keine Lust mehr gehabt.
- I.: Und am Fernsehen hat sie auch kein Interesse.
- U.: Wir haben extra den Fernseher hochgestellt, zweimal hatten sie am Tage geguckt und dann war es zu laut und sie haben geschimpft. Es gab Ärger, weil andere Patienten schlafen wollten, dann mußten sie den Fernseher wieder ausschalten.
- I.: Und jetzt ist die Frau E. nicht mehr im Zimmer und der Fernseher wird gar nicht mehr eingeschaltet, Frau K. will ich nicht und wir bekommen die Anschimpfer. Ihre Beschäftigung besteht darin, daß sie mal aus dem Fenster schaut und es winkt ihr mal jemand zu nach Feierabend. Dann weiß sie, jetzt geht "die" und jetzt kommt "die".
- I.: Frau S. war eine Modellschneiderin, die ging von einer Modenschau zur anderen und da hat sie ihr Leben genossen und die sagt sich jetzt: ich bin über 80 - jetzt will ich meine Ruhe haben. Ich möchte am liebsten noch im Liegen essen.
- U.: Wenn ein Mensch sein Leben lang ziemlich aktiv war, der bleibt auch noch aktiver als jemand, der schon sein Leben lang phlegmatisch war. Einen phlegmatischen Menschen werden sie im Alter überhaupt nicht mehr ändern können, der ist nun mal phlegmatisch.
- E.: Frau W. kommt uns da von alleine entgegen, wenn sie meint, jetzt kommt was im Fernsehen. Die Interessierten geben uns schon Zeichen, daß sie dies oder jenes tun möchten, aber sie lassen sich nicht zwingen.

- H.: Leute, die ihr Leben lang geputzt und geschrubbt haben und sonst keine Interessen hatten, wollen nie wieder irgendwas tun.
- E.: Die sind froh, daß sie mal ausschlafen können und kriegen Frühstück ans Bett. (G 4)
-
- V.: Es ist ja so, es gibt hier verschiedene Grüppchen von Leuten, Sie haben es ja gesehen. Zwei bis drei Leute, die aktivieren sich gegenseitig, die dann sagen: ach was, werden wir hier rumsitzen! Die sehen dann Strümpfe durch und solche Sachen. Das passiert aber erst in dem Moment, wenn mehrere zusammen sind. Wenn sie allein für sich sind, kommt ihnen die Idee überhaupt nicht. Ich habe schon zu manchen irgendwas gesagt: Könnten Sie dies oder jenes machen - es sind Kleinigkeiten gewesen - meinetwegen den Schrank aufräumen oder so etwas. Nein, keine Lust, oder so. Da kommen also solche Antworten und was soll ich dann dazu sagen? Dann gehe ich und räume den Schrank zum Beispiel selbst auf.
- V.: Ja, aber in dem Moment, wo wir anfangen: Ist Ihnen schlecht? Ja, mir ist schwindlig, mir ist schlecht, ich kann nicht. Zum Beispiel auch das Anziehen - Frau S. meine ich jetzt, ihr kennt sie ja. Sie könnte - aber sie liegt im Bett und wenn man reinkommt, bis oben zugedeckt und rührt kein Glied.
- G.: Sie weiß genau, es muß aufgestanden werden.
- S.: Wo sie dann einfach steifsteht wie ein Brett und sagt: Bringen Sie mich jetzt mal zum Badezimmer. Dabei könnte die das alleine. Denn wenn man die jedesmal hinbringt, das sieht sie dann als Selbstverständlichkeit an - und sie kann ja alleine.
- V.: Sie geht auch alleine.
- S.: Ich habe sie angezogen, habe die Unterhose bis hierher hochgezogen, bin ins Zimmer gegangen, die Strümpfe holen - die saß genauso wieder da! Sage ich: Frau S., warum haben Sie sie nicht schon hochgezogen? Sagt sie: Ich kann nicht. Sie können sehr gut aufstehen, ich kann Sie so nicht anziehen! - Ich kann nicht! (G 3)

Die Patientinnen nennen zum Teil die Langeweile ihr größtes Problem, zum Teil äußert sich die Leere ihrer Existenz aber auch in Resignation und in Todessehnsucht.

Was machen Sie den ganzen Tag?

Wir gehen runter, nachmittags, dann sieht man Leute kommen. Ich ginge dann auch gern spazieren, aber ich kann das nicht... Hab' ja die Krücken, da geht das nicht mehr.

Ja, und was machen Sie sonst den ganzen Tag?

Na, heute habe ich zum Beispiel noch einzunähen meine Namen in meine Wäsche, die habe ich erst heute bekommen, und da werde ich

mich am Nachmittag beimachen.

Haben Sie manchmal Langeweile?

Langeweile hat man natürlich hier, weil wir ja auch nicht mehr groß was machen können. - Gestern habe ich zum Beispiel Servietten gekniffelt.

Das machen Sie ganz gerne?

Ja, vor Langeweile... Ich werde mich auch ein bißchen betätigen an einer Handarbeit. (F 16)

- - -

Was machen Sie hier so den ganzen Tag?

Rumsitzen, was soll ich machen, ich kann ja nichts sehen. Ich habe doch mein Augenlicht so ziemlich verloren. Ich kann nur noch auf einem Auge ganz wenig sehen.

Ist das nicht ein bißchen langweilig?

Ja, aber ich kann ja auch nicht alleine runter, weil ich nichts sehen kann, und die Schwestern hier haben ja keine Zeit. Schwester Martha sagt, wenn sie Zeit hätte, würde sie mit mir runtergehen - aber wo? Wenn die Bekannte Sonnabends kommt, dann gehe ich mit ihr ein bißchen runter, setzen uns ein bißchen hin und unterhalten uns. Das ist alles. Meine Schwiegertochter hat auch keine Zeit, wir halten sehr zusammen, aber sie hat auch noch eine Mutter, und die ist auch in einem Heim und sehr krank, genauso alt wie ich. Sie kann zwar sehen, aber ich kann nicht mal lesen. (F 17)

- - -

Enkel habe ich gar nicht. Das heißt, schon erwachsene, die schon selbst verheiratet sind, vom Sohn die Tochter zum Beispiel ist jetzt fertig, ist Lehrerin. Sie hat im übrigen auch gar keine Zeit. Denken Sie, ich nehme ihr das übel? Nein. Und wenn meine Kinder - sie reisen sehr viel - entweder sie sprechen sich ab, daß in der Zeit immer jemand hier ist, wenn mal irgendwas ist... Ich sage immer, mein Sohn gehört zu seiner Frau, meine Tochter zu ihrem Mann... Mein Sohn macht auch alles, was er kann, kommt her usw. Wir fahren ein bißchen weiter 'raus, ins Grüne, er kommt so um halb fünf. Er muß ja auch noch ein paar Kullerchen verdienen, nicht? Und weil seine Mutter hier sitzt und alt ist, steht die Welt für ihn nicht still. Wir wollen doch einmal alles sachlich sehen. Die ganze Gefühlsduselei hat nichts zu tun und die tut mir auch nichts weiter... Ich muß im Grunde genommen immer für mich selbst stehen und alles mit mir ausmachen. Mir kann niemand helfen, mir können auch meine Kinder nicht helfen. Ich bin alt geworden, habe sie großgezogen, habe meine schöne Zeit, meine Ehe usw. - ich möchte sie keine Stunde missen, aber das ist nun vorbei, alles vorbei. Dagegen können Sie sagen, was Sie wollen - es ist vorbei... Sehen Sie mal, wir sind doch bloß im Wege, wir kosten Geld, die Jungen müssen ran, die müssen eines Tages wieder... Das ist doch alles Unsinn! Wozu denn das? Es ist doch früher auch gegangen. Wir nutzen doch nichts mehr. Und denken Sie, ich will bemitleidet

werden, daß ich 83 Jahre werde? Nein, das will ich auch nicht.
(F 15)

- - -

Denken Sie denn auch manchmal an den Tod?

Ach ja, da denke ich jeden Tag. Ich habe schon gedacht, warum muß ich gerade so alt werden, eine von den Ältesten. Sehen Sie, mein Bruder, der ist nun schon 16 Jahre tot.

Also wäre es Ihnen lieber, Sie wären auch schon weg?

Ach ja, weg, weg von der Welt. Nun, was hat man noch hier? Hier hat man doch nichts weiter.

Könnte man da was machen, was besser wäre?

Nee, kann man ja nicht machen. Was sollen sie mit so alten Leuten anfangen.

Kann man mit Ihnen nichts mehr anfangen?

Man könnte, man könnte, wenn man wollte.

Was könnte man mit Ihnen denn noch anfangen?

Tja, ich sage ja, ich bin zufrieden, daß ich hier bin, ich habe meine Versorgung, kriege mein Essen und Trinken, brauche mich um nichts mehr zu kümmern...

Wenn Sie aber einmal daran denken, was Sie gerade gesagt haben, daß Sie sich unnützlich vorkommen, kann man da was machen?

Nö, was soll man da noch unternehmen?

Ich weiß es nicht, vielleicht haben Sie schon einmal darüber nachgedacht.

Ich wüßte nicht. (F 2)

- - -

Na ja, was soll ich machen, wir sind alle hier, um zu essen und zu schlafen, das ist alles. Und das Grüne hier.

Und reicht Ihnen das?

Nee, noch lange nicht, aber was soll ich machen? Meine Beine sind nicht in Ordnung, und auch mein Arm, da kann ich doch gar nichts machen mit einer Hand...

Und so mit dem Heim, sind Sie ganz zufrieden?

Ach ja, hier im Zimmer sind alle sehr nett...

Gibt es etwas, das Sie sich wünschen würden?

Den Tod - (erregt) na hören Sie mal, nennen Sie das Leben hier, nur am Fenster sitzen? Dann lieber sterben! (F 5)

- - -

Denken Sie manchmal ans Sterben?

Ja, lieber heute wie morgen... Erstens, weil ich Tag und Nacht Schmerzen habe, und das Alleinsein. Bis voriges Jahr ging es noch, aber seit Anfang dieses Jahres ist es aus, ich habe zu nichts mehr Lust, ich habe für nichts mehr Interesse, ich habe kein Fernsehen mehr gesehen, ich habe kein Radio mehr, ich bin im Winter schon um 5.00 Uhr ins Bett gegangen.

Und wie erklären Sie sich das, daß Sie zu nichts mehr Lust haben?

Ja, die Schmerzen, die dauernden Schmerzen und das Alleinsein.
(F 9)

Vor allem Frauen, die zeit ihres Lebens aktiv gewesen sind, finden auch im Heim noch eher die Möglichkeit einer Beschäftigung.

Ja, Sie sehen ja, ich habe bloß hier drum gebeten, ob sie mir nicht irgendeine Beschäftigung geben können. Dann haben sie mich gefragt, ob ich Binden wickeln kann. Sage ich: Ja, das habe ich gelernt, weil ich doch mal Schwester war. Wissen Sie, das Gefühl zu haben, man ist noch für was da. Naja, ich muß mich ziemlich viel hier um meine Mitbewohnerin kümmern, aber die ist so schwer, sie möchte mal, daß ich sie mal anhebe und so, und das darf ich nicht, das hat man mir verboten. (F 14)

- - -

Ich möchte jetzt so brennend gern in ein Kinderheim. Es hat aber bis jetzt nicht geklappt.

Was wollen Sie denn in einem Kinderheim?

Kinder betreuen, mit ihnen Schularbeiten und Handarbeiten machen, das möchte ich zu gern. Aber ich konnte bisher noch nicht Fuß fassen.

Das ist ja auch hier ein bißchen langweilig für Sie.

Nein, Langeweile habe ich nicht.

Was tun Sie denn so den ganzen Tag?

Ich nähe mir meine Sachen alleine, ich lese sehr viel, rate sehr viel Rätsel, mir geht kein Rätsel durch. Ich persönlich kenne keine Langeweile. (F 18)

Das Personal sieht diese Probleme zum Teil. Man möchte sich mehr mit den Patienten beschäftigen, aber die Personalsituation erlaubt keine individuelle Betreuung.

- V.: Man muß natürlich selbst versuchen, das Bestmögliche daraus zu machen. In der Zuwendung, in der Betreuung und auch in der seelischen Betreuung, je nach Anlage und Religion, was auch immer. Man sollte mal mit den Alten ein Spielchen machen - es gab ja Zeiten, wo wir hier richtige kleine Karnevalsfeste mit denen gemacht haben - bei guter Besetzung! Alles schon dagewesen!
- M.: Große Kaffeetafel gehabt. Nachmittags hier.
- V.: Wir haben bei den Alten selbst gefragt: Wollen wir das machen, seid Ihr bereit, ein bißchen zuzugeben und so. Dann haben sie 50 Pfennig zugegeben, das hat sich angesammelt, dann haben wir einen Kuchen gebacken, Kaffee gekauft und haben dann mit Gemütlichkeit, mit Hausmusik (Hammondorgel) sehr nette Stunden verlebt, so ist das nicht. Bloß im Moment ist es nicht so, weil wir das Personal nicht haben.
- D.: Es fehlt die Zeit, um jeden Menschen zu beobachten.
- M.: Ja, also, manche Leute sterben ja wirklich unverhofft. Die Leute, die wirklich soweit sind, gehen ins Krankenhaus oder aber gleich von dortaus ins Hospital.
- C.: Die Leute wollen uns irgendwie Vertrauen schenken - aber dann kriegen sie immer von uns zu hören, wir haben nicht soviel Zeit. Dann ziehen sie sich zurück und dadurch kommt es, daß sie in dieser Verfassung sterben.
- M.: Und nur mit den Reinigungsfrauen darüber sprechen...
- D.: Ja, die Reinigungsfrauen sind teilweise viel vertrauter mit den Patienten.
- C.: Ja, die halten sich viel im Zimmer auf, unterhalten sich, sprechen...
- Allgemeine Zustimmung. (G 2)

Die Beschäftigungstherapie erscheint vielen Patienten sinnlos (vgl. BUYS u.a. 1978, S. 99). Aber für das Personal stellt sie in der gegebenen Situation noch die beste Möglichkeit dar, den Patienten eine Aufgabe zu vermitteln.

- K.: Aber die Leute müßten an und für sich irgendwie beschäftigt werden. Wenn hier mal eine Beschäftigungstherapeutin herkommt, die beschäftigt sich nur mit den Leuten von drüben, mit welchen, die wirklich viel bringen können, nicht einfach nur so. Man könnte sich mit denen bestimmt noch unterhalten, wenn man sich die Zeit nehmen würde und die würden auch bereit sein, auch Spiele zu machen.
- M.: Der Ansicht bin ich auch. Dazu haben sie hier nicht die Ruhe, auf dieser Seite meine ich, wenn du die A-Seite nimmst, ja.
- K.: Die könnten doch mal ein paar andere mit hochnehmen. Ich meine jetzt nicht, daß wir das machen, sondern daß sie nicht nur die Leute nehmen, die sich selbst helfen, die auch selbst etwas machen, rausgehen, in den Garten gehen; daß sie sich oben irgendwie beschäftigen,

ist klar. Aber hier, daß die einfach mal motiviert werden müßten. Oder Krankengymnastik, da habe ich fast noch nie eine gesehen. Das sind jetzt die beiden, die spazieren hier über die Station und ich weiß nicht, was die hier machen. Und die sehen auch so aus, daß ich sie nicht fragen möchte.

M.: Also Krankengymnastik wird hier bei drei verschiedenen Patienten gemacht. Momentan, habe ich mir sagen lassen, daß sie auch ein bißchen knapp sind, weil sie auf Urlaub sind. Weil ich sagen wollte, weil du sagst, von der Seite her mit den Patienten, mit denen mehr gemacht werden sollte: Hier ist kaum einer, der wirklich mitmachen würde. Die eine Patientin, die zur Therapie geht, die wird auch immer abgeholt; und mit den anderen kannst du gar nicht viel anfangen, weil die auch selber gar nicht wollen. Nimm mal hier Frau G. Geh mit ihr bloß mal an die Tür, die macht einen Aufstand, die will überhaupt nicht raus. Ja, und wer ist sonst noch da? Du kannst mit kaum einem wirklich etwas anstellen. Wir haben es mal versucht mit "Mensch ärgere dich nicht" - die Unruhe ist zu groß. Drüben ja, aber hier nicht.

K.: Alleine könnte man nichts verbessern. Wenn, dann höchstens mit Krankengymnasten und Beschäftigungstherapeuten zusammen, das würde etwas bringen, und wenn der Personalstand besser wäre, eventuell. Auf jeden Fall: mehr könnte man erreichen, wenn die Leute sich vielleicht auch nicht beschäftigen, sondern daß sie mal rauskommen. Wie z.B. eine Patientin, die hat mit der BT letztens eine Dampferfahrt mitgemacht, die hat sich so gefreut. (G 6)*

Insgesamt läßt sich festhalten, daß die Strukturen in vielen Heimen keinen Optimismus, keine wirklichen Funktionen für die Patienten entstehen lassen. Diese Strukturen sind bestimmt durch die Tatsache, daß Heime für Pflegebedürftige überhaupt notwendig sind, daß kranke alte Menschen einen niedrigen sozialen Status haben und daß die Aufgabe, alte Menschen, vor allem aber alten Kranken einen Sinn in ihrem Leben zu geben, bisher nicht gelöst wurde. Es bleibt den guten sozialen Voraussetzungen (Schicht, Biographie) und der Initiative des einzelnen, der Qualität des Heimes und der Initiative des Personals überlassen, wie die Patienten mit ihrer Situation zurechtkommen.

4.5. Zusammenfassung

Die Differenzierung der Institutionen zur Pflege alter Menschen entsprach nicht den Bedürfnissen der Patienten, sondern erfolgte vor allem aus Kostengründen. In ihr drückte sich die Segregation der Alten aus und wurde weiterhin im Handeln und Denken aller Beteiligten durch eben die Differenzierung

*) G 6 = Geriatrische Abteilung der Psychiatrischen Klinik.

gefördert. Diejenigen institutionellen Formen der Differenzierung, die eine effektive Therapie und Rehabilitation auch im Alter ermöglichen würden (Tagesklinik-/Pfleheim; Altenkrankenhaus), stoßen an die vorhandenen Strukturen der Kostenträgerschaft und können sich daher nicht in dem Maße entwickeln, das notwendig wäre, um eine Therapie und Rehabilitation auch im Alter erfolversprechend zu machen. Ferner verhindert die Trennung zwischen Gesundheitssystem und Altenhilfe eine rationale Planung und Belegung der einzelnen Institutionen.

Eine Vernetzung der Institutionen, und zwar einschließlich ambulanter Dienste, könnte u.a. darauf hinwirken, daß die Patienten seltener unter traumatisierenden Umständen in eine pflegerische Einrichtung kommen, daß sie nur einmal diagnostischen Maßnahmen und der Aufstellung von Therapieplänen ausgesetzt sind, daß sie eher die Chance zu einer Reintegration in ihre frühere Umgebung bekommen.

Eine weniger angespannte Finanzsituation und größere Flexibilität von Verwaltung und Personal innerhalb der Institutionen würden ein intensiveres Eingehen auf die Bedürfnisse der Patienten ermöglichen. Ungelöst ist vorläufig das Problem der Funktionslosigkeit im Alter, das im Heim, in dem alle täglichen Verrichtungen vom Personal übernommen werden (vgl. MAURHOFF 1978, S. 69), einen Höhepunkt erreicht. Hier wäre zu fragen, inwieweit nicht auf der einen Seite allgemein Alten in der Gesellschaft Funktionen zugestanden werden müßten und speziell in den Institutionen ein stärkeres Klima der Kooperation zwischen Personal und Patienten gefördert werden könnte.

IV. Die Pflegeberufe

1. Zur Struktur und Funktion von Berufen und Qualifikationen

Mit der Entwicklung von Berufen sind Zuschreibungen von Fähigkeiten/Kompetenzen verbunden, die die übrigen Mitglieder der Gesellschaft als für die betreffende Aufgabe inkompetent erklären - und inkompetent machen. Berufe legen Menschen fest in dem, was sie tun müssen und dürfen. Sie entstehen aus der sozialen Schichtung und festigen sie. Berufskompetenzen sind jeweils so "geschnitten", daß sie einen bestimmten Status innerhalb der Berufshierarchie und innerhalb der Gesamtgesellschaft garantieren (BECK/BRATER 1978). Daß die uns geläufige nicht eine naturgegebene Arbeitsteilung ist, verdeutlicht folgende Überlegung:

Es wäre eine Arbeitsteilung denkbar, in der alle Menschen entsprechend ihren Neigungen und Fähigkeiten einen Beruf ergreifen. Dies ist nicht der Fall, weil Menschen von Geburt an in bestimmten sozialen Schichten aufwachsen und ihre Berufserwartungen entsprechend geprägt werden. So werden auch Frauen und Männer entsprechend ihren Geschlechtsrollen in bestimmte Berufe gedrängt bzw. nicht zugelassen (vgl. BECK/BRATER 1978; BECK-GERNSHEIM 1976; OSTNER/BECK-GERNSHEIM 1979). Es wäre weiterhin eine Arbeitsteilung denkbar, bei der alle Tätigkeiten und damit auch alle Menschen, die sie ausüben, den gleichen sozialen Rang (Status) haben. Dies ist nicht der Fall, weil Berufe einen bestimmten sozialen Status nach sich ziehen und andere damit ausschließen. Und es wäre eine Arbeitsteilung denkbar, in der man ohne viele Komplikationen unterschiedliche Aufgaben auf verschiedenen hierarchischen Ebenen übernehmen könnte. Dies ist nicht der Fall, weil jede Berufsgruppe darauf achtet, daß keine andere ihre Kompetenzen übernimmt.

Überall, wo sich Institutionen entwickelt haben, hat sich das Prinzip der Aufteilung der Arbeit nach hierarchischen Prinzipien weiter verfestigt. Dies gilt auch für die Arbeitsteilung zwischen Männern und Frauen, die in unserem Zusammenhang eine besondere Bedeutung hat, da der Pflegeberuf vorwiegend von Frauen ausgeübt wird. Frauen waren zunächst auf die traditionell weibliche Rolle in Familie und Haushalt festgelegt. Ihr zunehmendes Eindringen in das Erwerbsleben erfolgte unter mehreren Voraussetzungen (vgl. BECK-GERNSHEIM 1976):

- Sie wurden für rational zu lösende Aufgaben, zum Beispiel auch der Naturwissenschaft, und für Leitungsfunktionen als unfähig angesehen, weil die damit verbundenen Funktionen den Möglichkeiten, die ihnen zugestanden wurden, nicht entsprachen. Frauen wurden daher in untergeordneten Positionen eingesetzt.

- Der Arbeitsmarkt nutzte die (anerzogenen) "typisch" weiblichen Eigenschaften wie Empathie, Hingabefähigkeit, persönliche Verantwortung aus, indem diese als unbefragte und unbezahlte Voraussetzung in die Definition und Ausprägung "typischer" Frauenberufe eingingen.

Im Pflegebereich begegnen wir einem dieser typischen Frauenberufe. Er verlangt Hingabe, Liebesfähigkeit, Bereitschaft zu totalem Einsatz. In den letzten Jahren steigen die Bemühungen, durch Rationalisierung und Einsatz von Fachwissen die Krankenpflege zu einem Beruf wie alle anderen werden zu lassen. Diese Tendenz steht im Einklang mit dem Bemühen, tendentiell alle Frauen in das Erwerbsleben zu integrieren. Die Integration scheint die Professionalisierung der "typischen" Frauenberufe zu erfordern, da Rationalität, Kalkulierbarkeit und technisches Wissen Merkmale des gesamten Berufslebens sind und Frauen nur auf diese Weise einen gesicherten sozialen Status erwerben können.

Professionalisierung bezeichnete zunächst die Verberuflichung von Tätigkeiten führender Positionen im Dienstleistungsbereich, vor allem von Ärzten und Richtern. Sie war definitionsgemäß gekennzeichnet durch eine bestimmte formale Ausbildung, Begrenzung der Zugangsmöglichkeiten, Definition der Rechte und Pflichten der Professionen durch Standesorganisationen und eine gesellschaftliche Machtposition des Berufsstandes. Heute sind Professionalisierungstendenzen in nahezu allen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens festzustellen. Überall bilden sich Berufsgruppen heraus mit formalisierter Ausbildung, Definition von Zugangsvoraussetzungen und einer Standesorganisation, die die Interessen in der Öffentlichkeit vertritt. Die Interessen der Berufe sind jeweils die gleichen; sie umfassen die Forderung nach einem Monopol für bestimmte Kompetenzen gegenüber anderen Berufsgruppen, nach einer Delegation "berufsfremder" Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen bzw. Hilfskräfte und nach einem geregelten Bezahlungs- und Aufstieggssystem. Die Professionalisierung

verstärkt somit die bisher vorherrschende Form der hierarchischen Arbeitsteilung.

Die Funktionen der Professionalisierung im Sozialbereich beruhen auf der gestiegenen politischen und sozialen Bedeutung dieses Sektors (vgl. II.1. und III.1.). Die gestiegenen Anforderungen an fachkundige medizinische und pflegerische Versorgung und nach der Berücksichtigung psychischer und sozialer Komponenten bei der Diagnose und Therapie von Krankheiten münden u.a. auch in steigende Anforderungen an die Qualifikation des Personals, die damit für alle Träger zu einem vorrangigen Problem wird.

Dabei kommen sie auch unabhängig vom Kostenproblem in eine schwierige Entscheidungssituation: Einerseits erfordert die Tätigkeit gerade im Gesundheitsbereich heute eine fachlich hochwertige Qualifikation (Wissen, Reaktionsgeschwindigkeit, Entscheidungsfähigkeit), um den technischen und ökonomischen Erfordernissen moderner Gesundheitsbetriebe, wie es Krankenhäuser z.B. sind, gerecht zu werden. Andererseits werden auch zunehmend die psychischen und sozialen Komponenten von Gesundheit und Krankheit (wieder) bewußt, woraus sich entsprechende Anforderungen an die Sensibilität und Mitmenschlichkeit der Arbeitskräfte ableiten. Die zuletzt genannten Eigenschaften werden durch die Professionalisierung eher geschwächt. Die Träger sind so in dem Dilemma, daß sie formal kaum qualifizierte Kräfte wegen der menschlichen, formal qualifizierte Kräfte wegen der fachlichen Eigenschaften schätzen, während eine Verbindung beider Typen von Eigenschaften eine seltene, individuell bedingte Leistung darstellt.

Für die Arbeitnehmer im Sozialbereich bedeutet Professionalisierung und zunehmende Qualifizierung einen höheren sozialen Status und mehr ökonomische Sicherheit. In den meisten gesellschaftlichen Bereichen ist nämlich sozio-ökonomischer Status abhängig von höherer formaler Qualifikation. Die Bedeutung der Berufsqualifikation geht aber über diese Aspekte der Professionalisierung hinaus. Sie beinhaltet auch die Hoffnung, im Arbeitsleben Befriedigung zu finden und Fähigkeiten zur Lebensbewältigung zu entwickeln. Je höher die Qualifikation, desto eher besteht die Chance für die Arbeitenden, ihre Arbeits- und Lebensbedingungen in relativer materieller Sicherheit und zielbewußt gestalten zu können. Die Professionalisierung hat somit ein

Doppelgesicht: Beschneidet sie auf der einen Seite die Kompetenzen und Verdienstmöglichkeiten der weniger qualifizierten Berufsgruppen, so ermöglicht sie auf der anderen Seite den Arbeitenden Selbstbewußtsein, relative Sicherheit und stärkere Einflußnahme auf institutionelle und andere gesellschaftliche Arbeits- und Lebensbedingungen.

Im bestehenden Bildungssystem der Bundesrepublik Deutschland wird die Professionalisierung durch die verschiedenen Ausbildungsinstitutionen realisiert und vorangetrieben. In ihrer Differenziertheit (Hochschule, Schule, Fachschule, betriebliche Ausbildung) repräsentieren sie gleichzeitig die verschiedenen sozialen Schichten, in die die unterschiedlich ausgebildeten Arbeitenden integriert werden. Diese Differenzierung gilt auch für die Pflegeberufe in der Altenarbeit.

2. Zur Geschichte der Differenzierung der Pflegeberufe¹⁾

Die strikte Trennung zwischen ärztlicher und pflegerischer Tätigkeit ist relativ spät entstanden. Sie wurde erst institutionalisiert, als sich der Ärzteberuf herauskristallisierte. Die Pflege der armen Kranken in den Heimen der Antike wurde seit dem 4. Jahrhundert auch von Frauen wahrgenommen. Sie bedeutete zunächst für wohlhabende Frauen die Möglichkeit einer Beschäftigung. In Byzanz erlebte das (katholische) Diakonissenwesen schon im 4. Jahrhundert eine Blütezeit (BAUER 1965, S. 63). Seit Anfang des 5. Jahrhunderts gab es Pflegegemeinschaften ohne Ordensregeln, in denen Männer und Frauen tätig wurden. Gegen Ende des 5. Jahrhunderts entstanden aus Pflegegemeinschaften die ersten klösterlichen Zusammenschlüsse. In Klosterspitälern waren Mönche und Nonnen gleichzeitig Arzt und Pflegeperson. Vom 12. Jahrhundert an gab es weibliche Gemeinschaften für Krankenpflege, auch ein weltlicher Frauenorden entstand: die Beghinen (ebenda, S. 66, 75, 87 ff.).

1) Es wird vorwiegend auf die Differenzierung zwischen Krankenpflege- und Altenpflegeberufe eingegangen.

Im 16. Jahrhundert wird die Professionalisierung der Medizin deutlicher: Zunehmend wird die Leitung von Hospitälern Ärzten übertragen (S. 116). Zur gleichen Zeit dringen die Frauen stärker in die Krankenpflege vor, die Krankenpflege durch Männer geht zurück. Infolge der Reformation, die die katholischen Schwesternorden in einigen Ländern verdrängte, wurden häufiger ungeübte Kräfte in die Krankenpflege gerufen. Vielfach wurde Krankenpflege auch von jenen ausgeübt, die im Hospital gesund geworden waren, aber keine andere Arbeit fanden (ebenda, S. 120, 159).

In der Krankenpflege herrschten zum Teil bis zum 19. Jahrhundert desolate Zustände:

"Jeder Alte, Vertrunkene, Triefäugige, Lahme, Krumme, Abgelebte, jeder, der zu nichts mehr in der Welt taugt, ist dennoch nach der Meinung der Leute zum Wärter gut genug. Wenige führt Lust und Liebe zur Krankenpflege in die Krankenhäuser; fast alle kamen, weil sie kein Obdach mehr hatten, und weil sie nicht mehr arbeiten konnten und wollten. Also obdachlose Taugenichtse und Weibsbilder von zweideutigstem Rufe" (DIEFENBACH, zitiert nach STREITER 1924, S. 22 f.).

Im 18. Jahrhundert werden in Deutschland erste Kurse für Krankenwärter eingerichtet. Da die Frau in der bürgerlichen Gesellschaft nahezu vollständig aus dem öffentlichen Leben verdrängt war, war in jener Zeit sogar ihre Mitarbeit in der Krankenpflege umstritten. Die 1801 an der Heidelberger Universität eröffnete Krankenpflegeschule für Frauen mußte aufgrund des Widerstandes der Universitätsangehörigen 1806 wieder schließen (BAUER 1965, S. 174). Die kirchlichen Verbände waren nahezu der einzige Bereich, in dem Frauen - unter Verzicht auf Sexualität und Familie - eine außerhäusliche Tätigkeit ausüben konnten. Ihre hingebungsvolle Tätigkeit ist zunächst Vorbild für das allmählich, trotz des anfänglichen Widerstandes entstehende Berufsbild der Krankenschwester, das sich auf Betreiben bürgerlicher, wohl-situierter Frauen entwickelt. 1813 entsteht der Vaterländische Frauenverein zur Pflege von Kranken und im Krieg Verwundeten. Die Entwicklung, die Florence Nightingale anstieß, wurde durch den Krimkrieg beschleunigt, in dem die englischen Verwundeten zunächst ohne pflegerische und ärztliche Hilfe blieben. 1882 entstand der "Verband Deutscher Krankenpflegeanstalten vom Roten Kreuz", dem sich mit der Zeit die "freien" Schwestern unterstellten.

Parallel lief die Ablösung des Pflegeberufs von der Armenpflege, mit der er einst identisch war (vgl. KRUG ZU NIDDA 1955, S. 158 ff.). Die Heranziehung von Frauen zur Armenpflege wurde erst mit der vollständigen Entwicklung der öffentlichen Fürsorge zum Thema. Die Bestrebungen dazu begannen 1880. Da Armenpfleger ein öffentliches Amt übernahmen und Gemeindevermögen zu verwalten hatten, waren Frauen zunächst von dieser Tätigkeit ausgeschlossen. Die Frauenvereine waren aber so eifrig, daß ihre Einbeziehung in die Armenpflege, allerdings auf ehrenamtlicher Basis, immer stärker gefordert wurde. Auch Kaiserin Augusta, die sich in der Entwicklung der Krankenpflege zum Frauenberuf einen Namen gemacht hat, unterstützte 1880 diese Bestrebungen. Die Einbeziehung der Frauen blieb zunächst vereinzelt. 1881 wurden Frauen in Kassel erstmals mit gleichen Rechten und Pflichten wie Männer in die Armenpflege integriert. Wieder wurde diese Entwicklung durch den dort ansässigen Frauenverein gefördert und abgestützt. Im allgemeinen aber überließ man den bürgerlichen Frauen die Armenkrankenpflege als freiwillige Leistung, aber ohne Anbindung an die organisatorischen und finanziellen Möglichkeiten der gemeindlichen Armenfürsorge (ebenda, S. 161 f.). Um die Jahrhundertwende

setzt sich die Gleichstellung von Männern und Frauen in der Armenfürsorge allmählich durch. Soweit die Krankenpflege in jener Zeit noch Armenkrankenpflege war, wurde sie immer noch teilweise von wohlhabenden Frauen aus dem Bürgertum als ehrenamtliche Tätigkeit wahrgenommen. Die Institutionalisierung eines separaten Berufs des Armenpflegers war erst nötig,

"als mit der Zunahme der Fluktuation der Bevölkerung und der Großstadtbildung die Bereitwilligkeit zur Übernahme des Amtes eines ehrenamtlichen Pflegers in den Gemeinden anfang nachzulassen" (ebenda, S. 163).

Anders ausgedrückt: Die Armenpfleger konnten oder wollten nicht mehr umsonst arbeiten, sondern wurden zu Lohnabhängigen. Armenpflege wurde als Wohlfahrtspflege zum Beruf, ebenso wie Krankenpflege, und beide Zweige entwickelten sich mit der Gründung der ersten Schulen für Wohlfahrtspflege Anfang unseres Jahrhunderts getrennt voneinander. Die gemeinsamen Wurzeln kamen noch jahrzehntelang in der Voraussetzung für Wohlfahrtspfleger zum Ausdruck, die vor ihrer Ausbildung eine Säuglings- oder Krankenpflegeschule besucht haben mußten (vgl. WOLLASCH 1955, SALOMON 1930). Auch die Wohlfahrtspflege wurde zum Frauenberuf, da die Männer zu wenig Karrierechancen in diesem Beruf sahen und er auch durch die Betonung pflegerischer Tätigkeiten noch als Frauenberuf abgestempelt war (vgl. v. BALLUSECK 1980).

Mit der Gründung der Diakonissenanstalt Kaiserswerth setzten sich die Frauen als für die Krankenpflege zuständiges Geschlecht durch: Die Diakonie erreichte bei den Gestellungsverträgen mit Krankenhäusern eine kodifizierte Unterordnung von männlichem Pflegepersonal unter die leitende Schwester (BAUER 1965, S. 219), mit dem Effekt, daß Männer wenig motiviert waren, in diesen Beruf einzutreten. Außerdem scheint diese starke Stellung auch Ärzte vergrämt zu haben, weshalb neue evangelische Schulen mit einer entsprechenden Achtung vor der Stellung der Ärzte gefordert wurden:

"Wir wollen in dieser Beziehung von vorneherein jede mögliche Garantie bieten, den Ärzten die ihnen gebührende maassgebende Stellung zu sichern" (OLSHAUSEN 1889, S. 8 f.).

Die Konkurrenz der katholischen und evangelischen Kirche untereinander und der Einsatz der Krankenpflege als "Agitationsmittel" des Katholizismus

(OLSHAUSEN 1889, S. 5) drängten die evangelische Kirche zu einem stärkeren Ausbau der Krankenpflegesschulen. Gleichzeitig nahm die Anzahl der nicht religiös gebundenen Schwestern und Schwesternvereinigungen zu, so daß in den Jahren von 1876 bis 1885 der Anteil der Schwestern aus katholischen Orden und Kongregationen sank (vgl. Tabelle 18).

Tab. 18

Zugehörigkeit des Pflegepersonals 1876/1885 zu Orden/Kongregationen

	Jahr	Jahr
	1876	1885
Gesamt	5.225	11.048
Katholische Orden und Kongregationen	65,24 %	49,51 %
Evangelische Diakonissenvereinigung	20,34 %	22,59 %
Andere Vereinigungen	6,26 %	3,19 %
Selbständige	8,16 %	24,71 %
	100 %	100 %
	=====	=====

Quelle: GUTTSTADT 1886, S. 183

Die Arbeitsbedingungen der Krankenpflegekräfte waren zum Teil katastrophal. 14 bis 15 Stunden betrug die tägliche Arbeitszeit, ein freier Nachmittag in der Woche mußte oft genug noch dem Krankenhausdienst geopfert werden (ZEHMEN 1909, S. 4 f.). Die "Sterblichkeitsverhältnisse in den Krankenpflegeorden" (CORNET 1889) waren Anlaß für Untersuchungen, die die erhöhte Ansteckungsgefahr und Mortalität der Krankenschwestern, vor allem durch Tuberkulose wissenschaftlich belegten. Schwestern, die nicht frühzeitig starben, mußten häufig vor Ablauf von zehn Jahren, die sie zur Pensionierung berechtigten, wegen Krankheit und Erschöpfung den Beruf aufgeben (ZEHMEN 1909, S. 4 f.).

Die Verberuflichung in der Krankenpflege erreichte einen ersten Schlußpunkt in der Anordnung einer einjährigen Ausbildung 1906 durch den Bundesrat. In Preußen wurde 1907 eine staatliche Prüfungsordnung erlassen. Gegen die Abnahme der Prüfung durch drei Ärzte wurde erfolglos eingewendet, daß auch Unterrichtende (also die Oberin oder der Vorsteher der Genossenschaft) bei der Prüfung beteiligt sein sollten (DIETRICH 1907, S. 7).

Die Anzahl der Krankenpflegekräfte stieg weiterhin rapide an. Während es 1898 im Deutschen Reich 29.577 berufsmäßige Krankenpfleger/-innen gab, waren es 1909 68.818. Auf je 10 000 Einwohner entfielen damit 1898 5,46, 1909 10,83 Pflegekräfte. Davon waren 1898 noch mehr als ein Viertel (3150) Männer, 1909 sank dieser Anteil auf weniger als ein Fünftel (STREITER 1924, S. 7). Die Differenzierung innerhalb der Pflegeberufe erstreckte sich auf Zielgruppen (Nervenranke, Sieche) und Status (Stationspfleger, Abteilungspfleger, vgl. STREITER 1924, S. 8), nicht jedoch auf Ausbildungen mit verschiedenen Qualifikationszielen. Der Begriff der Krankenschwester war noch nicht geschützt (ebenda, S. 10).

Die Arbeitsbedingungen der Krankenpflegekräfte waren immer noch so schlecht, daß Mortalität und Morbidität höher als in der durchschnittlichen Bevölkerung waren. Die Reichsregierung beschloß 1920, daß Pflegepersonen im Dienst der Tuberkulosebekämpfung in besonderer Weise in der Kranken- und Invaliditätsversicherung berücksichtigt werden sollten (ebenda, S. 133 ff.). Durch die Arbeitszeitregelung für gewerbliche Arbeiter von 1918 wurden die Arbeitsbedingungen, jedoch je nach Auslegung dieser Bestimmung, für manche Pflegekräfte verbessert. Erst am 13.2.1924 erließ die Reichsregierung eine "Verordnung über die Arbeitszeit in Krankenpflegeanstalten", wobei die Arbeitszeit auf maximal 60 Stunden in der Woche und 10 Stunden pro Tag festgelegt wurde (ebenda, S. 72 ff.).

In den folgenden Jahren erhöhte sich die Zahl der Pflegekräfte weiterhin, sowohl absolut wie relativ zur Gesamtbevölkerung. Der Anteil der Frauen stieg weiterhin, allerdings nicht mehr wesentlich an. Er betrug in den Jahren 1887 bis 1939 zwischen 8,39 und 4,45 auf eine männliche Pflegekraft. 1939 gab es im Deutschen Reich 135.450 Krankenpflegekräfte (HARMSSEN 1939, S. 11), wobei

anzunehmen ist, daß die Ausbildungsdauer je nach Krankenpflegeverband zwischen ein und drei Jahren schwankte. Ab 1942 wurde die zweijährige Ausbildung obligatorisch, seit 1957 umfaßt die Krankenpflegeausbildung drei Jahre. Daneben wurde 1965 die einjährige Ausbildung zum Krankenpflegehelfer geschaffen. Mit dieser Ausbildungsrichtung wurde die Hilfskraft für Krankenschwester und Krankenpfleger mit dreijähriger Ausbildung zu einem eigenen Beruf gemacht.

Der vermehrte Bedarf im Gesundheitswesen, verbesserte Arbeitsbedingungen, steigender sozialer Status und die weitere Einbeziehung der Frauen in die Erwerbstätigkeit lassen die Zahlen für die Krankenpflegekräfte weiter ansteigen. Der Anteil der Männer betrug 1977 bei den Krankenschwestern und -pflegern mit dreijähriger Ausbildung knapp 15 Prozent, bei den Krankenpflegehelfern knapp 19 Prozent. Demgegenüber hält sich der Anteil der Frauen bei den Ärzten schon seit Jahren bei etwa 20 Prozent (vgl. Statistische Jahrbücher).

Heute sind für den Krankenpflegeberuf mit dreijähriger Ausbildung die Zugangsvoraussetzungen definiert, Ausbildungsinhalte und Prüfungsbestimmungen vorgegeben. Mit der Ausbildung werden Rechte auf bestimmte Gehaltsstufen und einen bestimmten sozialen Status in der Hierarchie von Institutionen erworben. Rechte und Prestige grenzen den Beruf gegen andere Tätigkeiten ab, die von anderen, weniger professionalisierten Gruppen (Krankenpflegehelfer, Stationshilfen) übernommen werden. Andere, weiterhin höher bewertete Tätigkeiten wie Diagnose- und Therapiebestimmungen bleiben der Berufsgruppe der Ärzte überlassen. Die angeseheneren pflegerischen Tätigkeiten werden bei den examinierten Krankenschwestern monopolisiert. Die Professionalisierung der Krankenpflege führt zur weiteren Spezialisierung (Stationsleitung, OP-Schwester etc.) und bewirkt eine Gliederung innerhalb des Berufsstandes.

Diese Gliederung innerhalb des Berufs der Krankenpflege ist einer der Gründe, warum Altenpfleger gebraucht werden, da der Bedarf an Krankenpflegekräften im Bereich der Altenpflege nicht gedeckt werden konnte. Die Entstehung und Entwicklung dieses Berufszweiges wiederholt in kleinerem Maßstab die Entwicklung des Krankenpflegeberufs und die Ausdifferenzierung von früher

den Ärzten vorbehaltenen Tätigkeiten. Sie begann nach dem Zweiten Weltkrieg. Anhand des Nachrichtendienstes des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge lassen sich die Argumentationen seit dieser Zeit verfolgen und wird der Zusammenhang zur Schaffung neuer Institutionen für Alte deutlich.

1949 noch werden die traditionellen weiblichen Eigenschaften für die Altenpflege als ausreichend erachtet. Über das Personal in den damaligen Alten- und Siechenheimen heißt es:

"Daß hierbei weniger die materiellen Aufwendungen als vielmehr die Verkehrsformen von Mensch zu Mensch eine entscheidende Rolle spielen, hat als Binsenweisheit zu gelten. Aus diesem Grunde wird auch das interne Pflege- und Fürsorgepersonal - vorwiegend weibliches Personal - nicht dem Typ einer hervorragend ausgebildeten, leistungsfähigen Operationschwester zu entsprechen haben, sondern mehr dem der lebenserfahrenen, seelisch ausgeglichenen, tatkräftigen und doch gütigen Pflegerin. Sie muß sich in die Lage der Alten hineinversetzen können und mit Takt ein Bindeglied zwischen den Pfleglingen und ihren Angehörigen bilden" (STEIGERTHAL in: ND 1949, S. 281).

Erst Ende der 50er Jahre werden Forderungen nach der Schulung des Altenpflegepersonals laut. Es ist die Zeit der beginnenden Hochkonjunktur mit einem starken Bedarf an Arbeitskräften. Der Arbeitsmarkt ist leergefegt, und auch relativ gering qualifizierte Frauen können - wiederum relativ - gutbezahlte Stellen bekommen. Es wächst jedoch der Anteil der pflegebedürftigen alten Menschen und der Anteil der Zwei-Generationen-Haushalte. Diese Tendenzen bewirken eine zweigleisige Forderung: einerseits Schulung für Personal in Alteninstitutionen, andererseits Schulung für breite - natürlich weibliche - Bevölkerungskreise, um die Bereitschaft für die familiäre Pflege zu erhöhen:

"Die Schulung und Bestellung von speziellen Helfern für die Altenpflege wird heute unumgänglich, nicht nur für die Alten- und Pflegeheime, sondern auch für die große Zahl alleinstehender Alter in den Städten. Doch ist es wichtig, die pflegerischen Kenntnisse in möglichst breiten Kreisen von Mädchen und Frauen zu vermitteln. Oft genug hemmen Unfähigkeit und Unkenntnis in pflegerischen Diensten die Versorgung alter Menschen durch nächste Angehörige" (GOEKEN in: ND 1958, S. 326).

1960, als es schon eine relativ starke Differenzierung der Institutionen für alte Menschen gibt, wird über die Bemühungen von drei Verbänden (AWO, Caritas,

Innere Mission) berichtet, zumeist ältere Frauen für den Altenpflegeberuf in Halbjahreskursen zu schulen. Einer der angegebenen Gründe dafür:

"Wir müssen sehen, daß wir ausgebildete Krankenschwestern immer weniger für unsere Alten- und Altenpflegeheime bekommen werden" (MEYEREN in: ND 1960, S. 151).

Die Trennung zwischen Kranken- und Altenpflege ist zu dieser Zeit noch nicht zementiert, wird aber schon erwogen:

"Für die weitere Entwicklung der Altenpflege bzw. der Schulung zur Altenpflege stellt sich die Frage, ob künftig das Gebiet der Altenpflege im Rahmen der verlängerten krankpflegerischen Ausbildung genügend berücksichtigt werden kann, so daß der Wechsel der Krankenschwester in das Gebiet der Altenpflege leichter möglich wird, oder ob der zunehmende Mangel an krankpflegerischen Kräften dazu führt, eine Spezialausbildung für die Altenpflege auszubauen" (GOEKEN in: ND 1960, S. 150 f.).

Die Nachteile der diversen Sonderausbildungen werden 1961 artikuliert:

"Es konnte nicht ausbleiben, daß sich bei unterschiedlichen Gegebenheiten bei Auszubildern und Teilnehmern eine höchst uneinheitliche Schulungsweise ergeben hat, die, auf lange Sicht gesehen, dem Ansehen des neuen Berufs schaden muß. Denn zu einem festen Beruf innerhalb des gesamten Gefüges der sozialen Dienste soll die Tätigkeit der Altenpflegerin ausgebaut werden. Nur damit wird es möglich sein, ihr die berufliche Anerkennung und tarifliche Einordnung so zu sichern, daß der Beruf eine Anziehungskraft auf die Frauen ausübt, die für diese Arbeit noch gewonnen werden können" (ND 1961, S. 204).

Hierin wird die Abhängigkeit der Forderung nach einem eigenen Beruf vom bisher nicht gedeckten Bedarf an Arbeitskräften in der Altenpflege deutlich. Krankenschwestern sind nicht motiviert, in die Altenpflege zu gehen, ehrenamtliche Tätigkeit stellt bei Vollbeschäftigung keinen Anreiz mehr dar. Es bleiben die Frauen ohne Berufsausbildung, die wenige Alternativen haben, eine gutbezahlte Stellung zu finden.

Der Entwurf eines einheitlichen Berufsbildes läßt noch 4 Jahre auf sich warten. Dieser lange Zeitraum hängt sicher mit den Bestrebungen zusammen, zunächst den Altenpflegeberuf nicht völlig von der Krankenpflege zu lösen. Im Fachausschuß III "Altenhilfe" des Deutschen Vereins stellte man 1962 fest,

"daß die Situation noch weitgehend uneinheitlich ist, kam aber zu dem Schluß, daß endgültige Regelungen hierüber nur im Zusammenhang mit den übrigen pflegerischen Berufen getroffen werden sollten" (ND 1962, S. 482).

Zu dieser Gesamtschau der pflegerischen Berufe kam es dann jedoch nicht. 1965 legte der Deutsche Verein ein neues Berufsbild vor: die Altenpflegerin. In seiner Begründung wird die arbeitsmarktpolitische Komponente verschwiegen und die Spezialisierung ausschließlich als Fortschritt bewertet:

"In früheren Zeiten gab es für die Unterbringung der verschiedensten Gruppen von Hilfs- und Pflegebedürftigen nur die Armen- und Siechenhäuser. Alte Menschen, Sieche, Krüppel und Gestrandete aller Art fristeten dort ihr Leben. Erst allmählich wurde erkannt, wie schädlich es ist, diese so verschiedenen Menschengruppen gemeinsam unterzubringen, und man ging mit fortschreitender Entwicklung der sozialen Hilfen dazu über, Spezialheime zu errichten, die auf die typischen Bedürfnisse ihrer Bewohner zugeschnitten waren. Der soziale Fortschritt drückte sich in einer wachsenden Differenzierung aus, die die Eigenart des Hilfebedürftigen zum Maßstab der gebotenen Hilfe machte. Diese Differenzierung drückte sich auch darin aus, daß - um verschiedenartigen Bedürfnissen gerecht zu werden - neue Typen von Mitarbeitern notwendig wurden..." (ND 1965, S. 200).

Die Integration der Ausbildungsgänge von Kranken- und Altenpflege lehnte der Deutsche Verein explizit ab. Das Motiv dafür war die Befürchtung, die Altenpfleger könnten aus der Altenhilfe "abwandern":

"Eine gemeinsame Ausbildung mit Pflegehelferin und Hauspflegerin, die von einigen Seiten (dem DPWV z.B., d. Verf.) für möglich gehalten wird, lehnt der Fachausschuß 'Altenhilfe' ab. Die Ausbildung muß von vorneherein auf die speziellen Bedürfnisse der alten Menschen zugeschnitten sein. Überdies muß die Ausbildungsstätte der Krankenpflegerin von Anfang an an das Krankenhaus gebunden sein, für die Altenpflegerin aber an das Altenheim, so daß also schon aus praktisch-räumlichen Gründen eine gemeinsame Ausbildung nicht möglich ist" (ebenda).

Das Ausbildungssystem der Altenpflege wurde gegen die Krankenpflege regelrecht abgeschottet. Um die Altenpflegerin weiter an ihren Beruf zu binden, wurden gleichzeitig Hilfskräfte für sie geschaffen, die Altenpflegehelfer.

Mit der Definition des Altenpflegeberufs als sozialpflegerischem Beruf war die Absicht verbunden, die sozialpädagogischen und offenen Hilfen im Alter auszubauen (FORER 1968). Gleichzeitig aber ergab die Abkoppelung von der

Krankenpflege auch eine unterschiedliche Zuständigkeit für die Ausbildungssysteme: Während Form und Inhalt der Krankenpflegeausbildung von der Bundesregierung mitbestimmt werden, fällt die Altenpflegeausbildung - als schulische Ausbildung - in die Zuständigkeit der Länder. Von daher ist die Trennung zwischen Krankenpflege und Altenpflege heute in der Ausbildung zementiert.

Krankenschwester wie Altenpfleger befriedigten den Bedarf an Arbeitskräften, der von den vorhandenen Berufsgruppen nicht mehr gedeckt wurde, einmal mangels Motivation, zum anderen mangels Qualifikation. Die Krankenschwester übernahm pflegerische Tätigkeiten, die der Arzt nicht mehr ausüben wollte und konnte, gleichzeitig wurden damit emotionale Elemente der medizinischen Behandlung aus der ärztlichen Tätigkeit eliminiert und der Krankenschwester übertragen. Der Beruf der Altenpflegerin wurde notwendig, weil der Bedarf an Pflegekräften in der Altenpflege nicht von den vorhandenen Krankenschwestern gedeckt wurde. Die Altenpflegerin übernahm nun diejenigen pflegerischen Aufgaben, die Krankenschwestern ungerne ausüben wollten, weil sie nicht soviel Ansehen wie die Tätigkeiten in der Akutmedizin versprachen; Alter, chronische Krankheiten und Sterben laufen der Erfolgsorientiertheit der naturwissenschaftlichen Medizin zuwider. Gleichzeitig bringt die Altenpflegerin Elemente der Sozialarbeit in die Pflege alter Menschen (Gesprächstechniken, Beschäftigungstherapie), für die die Krankenschwester aufgrund ihrer Ausbildung nicht qualifiziert ist.

3. Heutige sozialpolitische Interventionen

Die sozialpolitischen Interventionen zur Steuerung der Arbeitsbedingungen und Ausbildungsinhalte des Pflegepersonals bestehen in:

- der Festlegung der institutionellen Bedingungen für die Pflege (vgl. dazu III. 4.3.);
- der Festsetzung von Pflegesätzen und damit implizit auch Personalschlüsseln für die Pflege;
- der Gestaltung und Finanzierung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für das Pflegepersonal.

In allen diesen Bereichen wird der Staat zunehmend aktiv, wenngleich gerade

für die Altenpflege die Mitwirkung der Wohlfahrtsverbände bei den entsprechenden Entscheidungen sehr hoch veranschlagt werden muß.

3.1. Die Personalschlüssel

Welche Personalschlüssel in den einzelnen Institutionen gelten, ist eine Frage der Pflegesätze. Sie umfassen in Krankenhäusern die gesamte medizinische und pflegerische Versorgung, Verpflegung und Aufenthalt. In Altenheimen hingegen umfaßt der Pflegesatz nur Wohnen und Essen und - bei Pflegeplätzen - pflegerische Betreuung. Die Pflegesätze werden zwischen staatlichen und kommunalen Stellen, Wohlfahrtsverbänden und Krankenkassen ermittelt (vgl. III. 4.2.). Innerhalb der Pflegesatzvereinbarungen spielen die Personalschlüssel, und hier wiederum die Schlüssel für das Pflegepersonal, als Kostenfaktor eine erhebliche Rolle. Die Personalkosten betragen bei Krankenhäusern heute 60 bis 70 Prozent (Das Krankenhaus 1978, S. 127), in der Altenhilfe im Pflegeheim durchschnittlich 68 Prozent (GÜSSLING 1976, S. 141). Die Personalschlüssel werden in den Institutionen des Gesundheitswesens und der Altenhilfe auf unterschiedliche Weise ermittelt.

3.1.1. Institutionen der Altenhilfe

Bisher herrscht im Heimsektor je nach Trägerschaft und Region ein buntes Durcheinander, was die Pflegesätze und Personalschlüssel angeht. Eine Umfrage aus dem Jahr 1973 (Senator für Inneres 1973) ergab, daß nur wenige Kommunen einheitliche Richtlinien für alle Heime formuliert hatten. Unter den Kommunen bestanden auch erhebliche Unterschiede.

In Berlin gibt es seit 1965 je einen Einheitspflegesatz für Heimbewohner und für erhöht Pflegebedürftige, der vom Senat Berlin aus dem Durchschnittswert der in caritativ betriebenen Heimen errechneten Pflegesätze aufgestellt und dann für die städtischen Heime als Grundlage genommen wurde. Dieser Wert ist jetzt auch der Richtwert für Verhandlungen zur Berücksichtigung der Preisentwicklung zwischen Trägern und Bezirken, in denen die Pflegesätze für diejenigen Einrichtungen festgelegt werden, die Sozialhilfeempfänger aufnehmen. Da die Kosten in Heimen die Rente vieler alter Menschen übersteigen, sind schon nicht pflegebedürftige Altenheimbewohner häufig Sozialhilfeempfänger. Nach Auskunft eines Senatsbeamten in Berlin sind dies in den städtischen Heimen ca. 60 bis 70 Prozent, in caritativen Heimen sind ca. zwei Drittel Selbstzahler, und im gewerblichen Bereich ist das Verhältnis ähnlich wie im städtischen. In den Pflegeabteilungen der Heime bzw. in den Heimen, die de facto Pflegeheime sind, weil sie nur Pflegeplätze (und nicht Altenheimplätze) haben¹⁾, erhöhen sich die Kosten so, daß in fast allen Einrichtungen die Sozialhilfeempfänger überwiegen. Von daher sind auch die caritativen Träger auf die Vereinbarungen mit dem Senat angewiesen. Das Preisamt setzt die Heim- bzw. Pflegekosten im Wege der Amtshilfe fest. Dazu führt es alle 3 bis 4 Jahre eine Kostenuntersuchung durch, bei der die Selbstkosten der Heime ermittelt und verglichen werden (das letzte Mal geschah dies 1977). In den dazwischenliegenden Jahren paßt der Senator für Arbeit und Soziales in Zusammenarbeit mit den Trägern die Pflegesätze anhand der Selbstkostenblätter den gestiegenen Ausgaben an. Heute (1980) beträgt der Pflegesatz in Altenheimen in Berlin DM 41,80 (1979: DM 38,67; 1978: DM 35,25), in Pflegeabteilungen DM 55,70 (1979: DM 51,53; 1978: DM 46,85). Der Pflegesatz für erhöht pflegebedürftige Bewohner wird durch eine Multiplikation des Tagessatzes mit 1,33 errechnet, das heißt für einen pflegebedürftigen Heimbewohner wird generell ein Drittel mehr an Aufwand geschätzt als für einen nicht pflegebedürftigen. Beim Vergleich der Pflegekosten mit den Pflegesätzen des Krankenhauses muß man berücksichtigen, daß im Altenheim alle Kosten für die ärztliche und medizinische Versorgung von der Krankenkasse getragen werden, solange ein Patient

1) Offiziell gibt es die Kategorie "Pflegeheim" in Berlin nicht. In Wirklichkeit sind aber mehrere Heime von gewerblichen Trägern Pflegeheime, da sie nur pflegebedürftige Bewohner haben, so auch das weiter unten zitierte "private Seniorenheim" in der Untersuchung der Verfasserin.

nicht als dauerhafter Pflegefall definiert ist. Demgegenüber sind im Krankenhauspflegesatz alle diese Kosten enthalten.

Das Land Berlin hat Pflegepersonalschlüssel aufgestellt, die jedoch für caritative Einrichtungen nicht gelten. Diese wie die gewerblichen Einrichtungen machen die Personalbesetzung in eigener Regie.

Der Berliner Pflegepersonalschlüssel in Pflegeabteilungen betrug 1:6,1 (bis 1978) und beträgt heute 1:5,5 (Senator für Arbeit und Soziales 1978, S. 20 f.). Er ist damit niedriger als in anderen Bundesländern. Nach einer neueren Zusammenstellung, in der die Unterschiede zwischen den Heimen und ihrer Belegung eingeebnet und damit Vergleichbarkeit hergestellt wurde, liegt Berlin mit Hamburg am Schluß der Skala von Pflegepersonalschlüsseln. In einigen Bundesländern sind die Personalanzahlzahlen wesentlich besser als in Berlin, nämlich in Baden-Württemberg (1:3,5), Nordrhein-Westfalen (1:3,5), Hessen (1:3,7) und Saarland (1:4,1). Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, daß möglicherweise die Patienten in den Berliner Heimen nicht immer so pflegebedürftig sind (GÜSSLING 1978, S. 257).

Mitte 1979 veränderte der Bundesrat eine vom Bundestag verabschiedete Heim-mindestpersonalverordnung, die einen Personalschlüssel von 1:4 vorsah, und verabschiedete statt dessen einen Personalschlüssel von 1:5. Diese Modifizierung wurde jedoch vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit nicht akzeptiert, und die Verordnung ist heute noch nicht in Kraft. Die Gefahr in beiden Personalschlüsseln liegt darin, daß die Minimalverordnung als Maximalverordnung interpretiert wird, wobei zu berücksichtigen ist, daß viele Heimträger mit den Sozialleistungsträgern schon Vereinbarungen getroffen haben, die bessere Personalschlüssel als den von 1:4 beinhalten. Um so mehr würde der Personalschlüssel von 1:5 eine Verschlechterung für viele Heime bedeuten, wenn die Sozialleistungsträger sich darauf berufen.

3.1.2. Institutionen des Gesundheitswesens

Für die Pflegesätze der Krankenhäuser ist das Preisamt des jeweiligen Landes zuständig, das zwischen den Interessen der Krankenkassen und der Krankenhäuser bzw. ihrer Träger vermitteln muß. Zwar sind bei den Einigungsverfahren, das heißt bei Unstimmigkeiten und - in Berlin - zur Vorabklärung die Sozialversicherungsträger und Krankenhausträger vertreten, jedoch hat das Preisamt das letzte Wort bei der Festsetzung der Pflegesätze.

Im Berliner Krankenhaus werden zumeist schwer pflegebedürftige Patienten, die laut medizinischer Diagnostik keiner besonderen medizinischen Maßnahmen bedürfen, bis zu ihrem Tode gepflegt. Der vom Senator für Gesundheit und Umweltschutz als Mindestforderung vorgesehene Schlüssel von 2,5:10 entspricht 1:4. Das Krankenhaus steht damit in der pflegerischen Versorgung zwischen Krankenhaus und Pflegeabteilung. Inzwischen haben die Träger teilweise einen Personalschlüssel von bis zu 1:3,4 erreicht (persönliche Mitteilung der Verwaltungsleiterin eines Berliner Krankenhauses).

Innerhalb der für Krankenhäuser vereinbarten Pflegesätze sind die Personalschlüssel als Anhaltspunkt für die Personalkosten zu sehen, die bestimmte Sätze nicht überschreiten dürfen, andernfalls andere Leistungen gemindert werden müssen. Es ist anzunehmen, daß Pflegesätze, die eine wesentlich bessere pflegerische Versorgung zugrunde legen, als dies in den Schlüsselzahlen vorgesehen ist, nicht genehmigt werden. Der Spielraum aller Träger, deren Krankenhäuser gefördert werden, ist daher als gering zu veranschlagen.

Sämtliche Anhaltswerte für Pflegepersonal haben bisher den Charakter von Empfehlungen. Diese sind allerdings in unterschiedlichem Maße verbindlich. Die Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft gehen in die politische Diskussion ein, weil die Deutsche Krankenhausgesellschaft der Dachverband aller Krankenhausträger ist und daher eine gewisse politische Macht darstellt. Diese Macht ist aber begrenzt. So haben die Zahlen der DKG von 1969, umgerechnet auf die 40-Stunden-Woche, zum Teil noch heute Gültigkeit. In der Fachzeitschrift "Das Krankenhaus", das gleichzeitig Organ der DKG ist, wurden noch 1978 Artikel zu den 74er Anhaltswerten der DKG veröffentlicht.

Erst im Januar 1976 erging eine EntschlieÙung der Länderministerien für die Umrechnung der Anhaltzzahlen von 69 auf die 40-Stunden-Woche an alle Länder (Das Krankenhaus 1976, S. 112 f.). Demgegenüber hat die ÖTV im Gesundheitssektor anscheinend überhaupt keine Macht, denn ihre Anhaltzzahlen - die für den Akutbereich die besten sind - werden in der wohl wichtigsten Fachzeitschrift "Das Krankenhaus" überhaupt nicht diskutiert.

Der größte Gegner bei der Diskussion der Anhaltzzahlen sind die Krankenkassen, die die Pflegesätze zahlen. So hat die AOK zu den Anhaltzzahlen der DKG ein Gegengutachten erstellen lassen (vgl. GERDELMANN 1976; GOLOBEK 1977; FEHLER/KOCH 1977). Die Formel der DKG von 1974 lautet:

$$AZ = P \times D \times (1-A).$$

In dieser Formel bedeuten: AZ = Anhaltzzahl, P = Pflegeintensität, D = Dienstanteilkoeffizient und A = Personalausfallquote (DKG 1974).

Die Pflegeintensität wird folgendermaßen berechnet:

Pflegeintensität = Arbeitsminuten (a) einer Pflegekraft in der Zeit des Vollbetriebes (pro Tag) dividiert durch durchschnittliche Pflegeminuten (p) pro Patienten in der Zeit des Vollbetriebes (pro Tag), sie wird also errechnet nach der Formel:

$$p = \frac{\text{Min } a}{\text{Min } p}$$

Der Dienstanteilkoeffizient wird folgendermaßen berechnet:

$$D = \frac{\text{Tarifliche Wochenstundenarbeitszeit}}{\text{Summe der zu leistenden Arbeitsstunden pro Woche}}$$
$$= \frac{t}{m \times w_1 + n \times w_2}$$

(m = Anzahl der Wochentage mit gleicher Dienstgestaltung,

w₁ = Summe der Arbeitsstunden an einem Wochentag,

n = Anzahl der Wochentage gleicher Dienstgestaltung,

w₂ = Summe der Arbeitsstunden an einem Wochentag)

A ist die Personalausfallquote, die von der DKG auf 25 Prozent angesetzt wird.

Dies ist die bisher am stärksten differenzierte Formel. Kritisiert wurde sie nicht nur von der AOK, sondern auch von der Bundesvereinigung der Arbeitskreise leitender Krankenpflegepersonen der Länder in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich West-Berlin (1975). Demnach sind die Pflegeminuten unrealistisch, beträgt die Ausfallquote mehr als die angenommenen 15 Prozent. Auch am Qualifikationsschlüssel wurde Kritik geübt, der für Krankenpflegehelfer 2:1 und für Krankenschwestern/-pfleger 3:1 betragen soll (DKG-Anhaltzahlen in der Diskussion, 1975). Demgegenüber hatte die DKG 1969 einen Anteil von nicht examinierten Krankenschwestern/-pflegern mit dreijähriger Ausbildung von höchstens 30 Prozent bei zentralisierten und von höchstens 40 Prozent bei nicht zentralisierten pflegerischen Versorgungsdiensten gefordert, wobei Schüler/-innen in der Krankenpflegehilfe höchstens im Verhältnis 3:2 angerechnet werden sollten. Die Vorschläge der DKG von 1974 stellen demgegenüber, wie die Bundesvereinigung richtig bemerkt, eine Verschlechterung dar, weil sie die Schüler/-innen indirekt miteinbezieht in den Qualifikationsschlüssel.

Bei DKG und ÖTV sind die Pflegeminuten pro Patient und Tag gleichgeblieben. Den Verbänden geht es offenbar mehr um eine bessere Organisation des Pflegedienstes und bessere Arbeitsbedingungen, nicht aber in erster Linie um eine umfangreichere pflegerische Versorgung der Patienten.

Die Länder müssen von bestimmten Anhaltzahlen ausgehen, um die wirtschaftliche Betriebsführung des Krankenhauses für den Pflegesatz beurteilen zu können. So ist anzunehmen, daß jedes Land Personalanhaltzahlen für den Krankenhausbereich zusammengestellt hat. Für Berlin liegen uns diese Zahlen vor. Die Berliner Formel entstand aus der Umrechnung der alten Formel 3,3:10 und lautet heute:

$$\frac{PB^1) \times 82 \times 365}{88.000}$$

Sie gilt für akute, chronische und psychiatrische Abteilungen gleichermaßen. Verändert wird jeweils der Faktor 365, der bei einem Auslastungsgrad von weniger als 90 Prozent reduziert wird. Die 88.000 Jahresarbeitsminuten entstehen auf folgende Weise:

1) PB = Zahl der Planbetten

365 Tage - (2 x 52) Wochenenden
- 11 Feiertage

250 Arbeitstage - (15 Tage Erkrankung, Kur)
+ 25 Tage (Urlaub, Dienstbefreiung)

= 210 Tage x 480 Arbeitsminuten täglich (40-Stunden-Woche)
= 100.800 Arbeitsminuten - 13 % (Verteilzeiten: Kaffeekochen, Restzeiten, Fortbildung, Gremienarbeit)
= 100.800 Arbeitsminuten - 13.104 Minuten
= 87.696
= aufgerundet 88.000 Jahresarbeitsminuten Nettoarbeitszeit

(Senator für Gesundheit und Umweltschutz 1978 b).

Wie Tabelle 19 (Seite 149) zeigt, ist der Berliner Schlüssel für das Pflegepersonal im Verhältnis zu den DKG-Anhaltzzahlen von 1969 (fortgeschrieben für die 40-Stunden-Woche) nicht schlecht. Allerdings berücksichtigt er nicht den unterschiedlichen pflegerischen Aufwand bei zentralisierter und bei nichtzentralisierter Versorgung. Dafür hat er auf der anderen Seite den Vorteil, daß zwischen Akut- und Chronikerbereich nicht unterschieden wird, und auch für den gerontopsychiatrischen Bereich gilt die gleiche Anhaltzzahl.

Eine bessere Besetzung würden die Anhaltzzahlen der DKG von 1974 ermöglichen, die einen Schlüssel von 1:2,79 bzw. 1:2,5 vorsehen. Zu beanstanden ist hier die relativ starke Reduzierung des Pflegepersonals im Psychiatrie-Bereich, nämlich auf 1:3,52 bzw. 3,14 (gültig jeweils für Schichtdienst). Die von der ÖTV 1975 vorgeschlagenen Zahlen sind nur im Akutbereich besser, nämlich bei zentralisierter Versorgung 1:2,5 und bei dezentralisierter Versorgung 1:2 (ÖTV 1975).

Es zeigt sich, daß DKG und ÖTV gleichermaßen von einer Reduzierbarkeit der pflegerischen Leistung im psychiatrischen Bereich ausgehen. Für den Akutbereich hat die ÖTV bisher die weitestgehenden Forderungen aufgestellt.

Eine Ausnahme von den hier genannten Zahlen bildet eine Untersuchung des Senators für Gesundheit und Umweltschutz in Berlin zum pflegerischen Bedarf in einer Abteilung für alte und chronisch kranke Patienten.

Hier ergab sich pro Patient und Tag ein pflegerischer Bedarf von zwei Stunden und 27 Minuten. Vergleicht man diese Zahl mit den Zahlen der DKG von 1974 - die ja die bisher weitestgehenden Forderungen der DKG sind -, so stellt sie das absolute Maximum der für den Patienten vorgesehenen Zeit dar (147 Minuten) (Senator für Gesundheit und Umweltschutz 1979).

Für die Institutionen des Gesundheitswesens der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West) hat Clemens einen tatsächlichen durchschnittlichen Pflegepersonalschlüssel von 1:3,5 (Fachkrankenhäuser für Geriatrie und Chronisch-krankte) bzw. 1:2,96 (Allgemeinkrankenhäuser mit Fachabteilungen für Geriatrie) bzw. 1:3,79 (Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Psychiatrie) errechnet. Daraus ergibt sich ein Durchschnitt von 1:3,56 in den Einrichtungen für chronisch- und alterskranke Menschen (CLEMENS 1979, S. 78). Diese Pflegepersonalschlüssel sind schlechter, als in den DKG-Anhaltzahlen vorgeschrieben, abgesehen von den Fachabteilungen für Geriatrie. Daraus ergibt sich, daß gerade in den völlig abgetrennten Institutionen für Chronisch- und Alterskranke die Versorgung schlechter ist als in Abteilungen, die an Allgemeinkrankenhäuser angegliedert sind (Ausnahme: Psychiatrie-Abteilungen). Die tatsächlichen Pflegepersonalschlüssel in den Krankenhäusern sind mit denen in Altenpflegeheimen bzw. Pflegeabteilungen praktizierten vergleichbar, die Versorgung dürfte keine großen Unterschiede aufweisen.

Tab. 19

Anhaltzahlen für Pflegepersonal

I. Krankenhaus

Autor/Jahr	Allgemeine Krankenpflege			Psychiatrische Krankenpflege			Formel
	zentralisiert	Pflegeaufwand	dezentralisiert	zentralisiert	Pflegeaufwand	dezentralisiert	
DKG 1969	1 : 3,7	K.A.	1 : 3,3				Ausfall 15 %
-	1 : 3,28	K.A.	1 : 2,95				
DKG 1974	1 : 2,79 ⁺	101	1 : 2,5 ⁺	1 : 3,52 ⁺	80	1 : 3,14 ⁺	90 AZ=PxDX (1-A)
ÖTV 1975	1 : 2,5	K.A.	1 : 2	1 : 3,5	K.A.	1 : 3	K.A.
Senat Berlin (laufend) + Schichtdienst		82	1 : 2,9 (keine Differenzierung nach zentralisiert und nicht zentralis.)		wie Allg.Kr.pflege		$PB \times 82 \times D$ JAW

II. Krankenheime

Senat Berlin 1 : 4 (mindestens) - 1 : 3,4 (Praxis)

2,5 : 10

III. Pflegepersonalschlüssel
in Alten- bzw. Pflegeheimen

	Min./Pat./Tag	Land	Schlüssel	Min./Pat./Tag
Senat Berlin 1978	1 : 6,1			75
Baden-Württemberg ¹⁾	1 : 5,5	Nordrhein-Westfalen ¹⁾	1 : 3,5	57
Bayern ¹⁾	1 : 3,5	Rheinland-Pfalz	1 : 4,5	62
Bremen ¹⁾	1 : 4,5	Saarland	1 : 4,1	51
Hamburg ¹⁾	1 : 4,4	Heim-Mind-PersV	1 : 5,0	
Hessen	1 : 6,0	KDA	1 : 3,8	
	1 : 3,7			

1) Nach GÜSSLING 1978

3.1.3. Auswirkungen in der Praxis

Die gegenwärtigen Personalschlüssel führen in der Praxis zu einer Unterversorgung der Patienten und zur Überlastung des Personals, wie sich aus der von der Verfasserin durchgeführten Untersuchung ergab. Oberdies sagen die Personalschlüssel nicht viel über die faktische Besetzung und die Qualität der Pflege aus. Von den meisten befragten Pflegekräften wurde angegeben, daß nicht genügend Personal vorhanden sei. Eine hohe Fluktuation und mangelnde Flexibilität der Verwaltung bei Neueinstellungen tun häufig ein Übriges, um den Personalstand noch niedriger zu halten, als es die Personalschlüssel vorgeben.

Die Personalschlüssel sind in allen Institutionen immer ein Kompromiß dessen, was finanziell möglich und politisch notwendig erscheint. Die Forderungen, die die Träger erheben, gehen immer nur ein Stück über das zur Zeit gültige Maß hinaus, wenn auch die Träger sich über die Mängel der pflegerischen Versorgung klarer sind als die Geldgeber.

Ein wirkliches Paradoxon ist die Tatsache, daß die Pflegesatzvereinbarungen für den Altenpflegebereich in der Altenhilfe und im Gesundheitswesen vollkommen getrennt voneinander erfolgen. Dieses Paradoxon gilt auch für die Personalschlüssel in beiden Bereichen. Da die Pflegebedürftigkeit der Patienten höchst unterschiedlich ist - nicht nur zwischen den Institutionen des Gesundheitswesens und der Altenhilfe bestehen hier Unterschiede, sondern innerhalb der Institutionensysteme selbst -, sind Vergleiche der Personalanhaltszahlen schwer möglich. Es scheint, daß die Anhaltszahlen im Gesundheitswesen für den geriatrisch-chronischen Bereich sich durch dessen Abkoppelung von der Akutversorgung an die Anhaltszahlen der Altenhilfe annähern. Dies ist jedoch eine Tendenz, und es gibt auch Gegentendenzen, nämlich in den Alten-Krankenhäusern, die allerdings bisher zahlenmäßig kaum in Erscheinung treten. Festhalten läßt sich, daß die gegenwärtigen sozialpolitischen Interventionen für den Bereich der Altenpflege uneinheitlich bleiben müssen, solange die Altenhilfe vom Gesundheitswesen völlig getrennt ist.

INSTITUTIONEN

Gesamt	Seniorenheim		Seniorenheime mit Pflegeabtlg.		Krankenhäuser		Kranken-heim	Geriatr. Abtlg. i. Psychiatr. Klinik
	kommunal	privat	freigemeinnützig	Station für Chron. Kranke	Geriatr. Krankenshs.			
Personalschlüssel (Plan)	0,5 : 32	AH PS 1:21,6 1:6,7	ca. 1:5	AH PS 1:7,9 1:10,5	1 : 2,9	1 : 2,9	1 : 2,9	K.A.
Vorhandenes Pflegepersonal	1 : 32	1 : 10	1 : 5	1 : 9,4	1 : 2,0	1 : 3,3	1 : 2,9	1 : 2,7
Verhältnis befragtes Personal: vorhandenes Personal	1 : 1	1 : 3	1 : 2	1 : 3	1 : 1,6	1 : 3	1 : 2	1 : 4
Keine Ausbildung	-	3,5	5	1	}	6	8	15
Kurzausbildung	-	14	3	7		5	1	2
Pflegehelfer/in (1 Jahr)	-	-	-	2	4	5	1	5
Altenpfleger/in (2 Jahre)	1	2	-	1	-	-	-	6
Krankenschwester/-pfleger	-	4	1	2	3	4	2	-
Anderes Personal (Schlüssel)	-	1 : 240	1 : 130	-	1 : 62	1 : 53	1 : 120	K.A
Beschäftigungstherapeuten	-	-	1 : 193	-	1 : 62	1 : 53	1 : 120	K.A
Krankengymnasten	-	-	1 : 193	-	1 : 123	1 : 198	-	-
Sozialarbeiter	-	-	1 : 193	-	-	-	-	-

Tab. 21

Zufriedenheit mit dem vorhandenen Personal in ausgewählten Berliner Einrichtungen

INSTITUTIONEN

	Gesamt	Seniorenheim evgl.		Seniorenheime mit Pflegeabtlg.		Krankenhäuser		Kranken-heim	Geriatr. Abtlg. i. Psychiatr. Klinik
		privat	kommunal	freigemeinnützig	Station für Chron. Kranke	Geriatr. Krankenh.			
Basis	41	1	8	4	5	8	5	7	3
Ja	7	1	1	2	1	2	-	-	-
Nein	30	-	7	1	4	6	3	6	3
Weiß nicht	4	-	-	1	-	-	2	1	-

Quelle für Tab. 20/21: Eigene Erhebung

3.2. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die gestiegenen Anforderungen an den Sozialbereich (inklusive Gesundheitswesen) haben verstärkte Anforderungen an die Qualifikation der Arbeitskräfte zur Folge (vgl. IV. 1.). Bei den Bemühungen, in diesem Bereich verstärkt aktiv zu werden, ist die Bundesregierung allgemein in dem Dilemma, daß die Kulturhoheit bei den Ländern liegt. Seit den 60er Jahren bemüht sich die Bundesregierung deshalb um vermehrte Kompetenzen im Bildungsbereich. Die Neuregelung der Kompetenzen 1969 brachte dem Bund zwar weitere Zuständigkeiten, beruhte aber auf keinem Gesamtkonzept, sondern lenkte nur die bislang praktizierte Mitfinanzierung des Bundes im Bildungssystem in geordnete Bahnen (ARNOLD/MARZ 1979, S. 40).

Heute umfaßt die berufliche Bildung in der Bundesrepublik Deutschland (abgesehen von Fortbildung und Umschulung) Betrieb und Berufsschule (sogenanntes duales System), Berufsfachschule, Berufsaufbauschule, Fachoberschule, Technisches Gymnasium, Fachschulen (vgl. WEMA 1974). Die betriebliche Ausbildung liegt laut Berufsbildungsgesetz in der Hand der Bundesregierung, das gesamte Schulwesen hingegen untersteht der Kulturhoheit der Länder. Von daher ergeben sich Schwierigkeiten bei der Abgrenzung der Kompetenzen. Sie führen zu

- Kompetenzstreitigkeiten zwischen Bund, Ländern, Verbänden und Betrieben;
- einer mangelnden Koordination von Theorie und Praxis in allen Berufsbildungssystemen;
- einer Vielfalt von Ausbildungsmöglichkeiten, deren Einheitlichkeit und Transparenz nicht gewährleistet ist.

Die Schwierigkeiten des Bildungssystems machen sich auch bei den Pflegeberufen bemerkbar. Hier werden immer mehr Ausbildungen gesetzlich geregelt, wobei die Träger (Wohlfahrtsverbände) einen entscheidenden Einfluß nehmen.

In der Altenpflege arbeiten folgende Ausbildungsrichtungen nebeneinander:

- Pflegekräfte ohne jede Ausbildung,
- Pflegekräfte mit einer Kurzausbildung bis zu einem Jahr,
- Kranken- und Altenpflegehelfer mit einjähriger Ausbildung,
- Familien- und Hauspflegerinnen,

- Altenpfleger und ältere Krankenpflegekräfte mit zweijähriger Ausbildung,
- Krankenschwestern und -pfleger mit dreijähriger Ausbildung.

Jede Qualifikation berechtigt zu unterschiedlichen Besoldungs- und Aufstiegschancen. Die Beschäftigung der unterschiedlich qualifizierten Pflegekräfte ist bestimmt durch die Motive der Träger, Kosten zu sparen, durch den Grad der Notwendigkeit, Institutionen als qualifiziert auszuweisen¹⁾, durch Anhaltzahlen der Verbände (DKG) und durch staatliche Vorschriften.

Insbesondere im Krankenhausbereich tritt der Staat selber als Träger auf (Bundesstaat, Länder, Kommunen), von daher ist sein Interesse an einer Festlegung von Qualifikationsschlüsseln²⁾ in dem Dilemma, einerseits eine qualifizierte Krankenhausversorgung der Bevölkerung nachweisen zu können und andererseits durch den Einsatz weniger qualifizierter Kräfte Kosten zu sparen. Die Vorschläge für Qualifikationsschlüssel kommen bisher nicht in erster Linie von staatlichen Instanzen, sondern von den Verbänden der Träger im Krankenhausbereich. So forderte die DKG 1969, daß der Anteil aller Krankenpflegehelfer und Hilfskräfte bei zentralisierter pflegerischer Versorgung 30 Prozent, bei dezentralisierter pflegerischer Versorgung 40 Prozent nicht überschreiten dürfe. 1974 wurden diese Anteile von der DKG auf 20 Prozent bzw. 30 Prozent reduziert. Die ÖTV forderte in ihren Anhaltzahlen einen Höchstanteil von 30 Prozent für Krankenpflegehelfer (ohne weiteres Hilfspersonal zu erwähnen).

Für den Altenhilfebereich hat die Bundesregierung versucht, in der geplanten Heimindestpersonalverordnung ein Mindestverhältnis von qualifizierten zu formal nicht qualifizierten Pflegekräften festzulegen. Geplant war ein Verhältnis von einer staatlich anerkannten auf zwei nicht-examinierte Pflegekräfte für pflegebedürftige Bewohner, und ein entsprechendes Verhältnis von 1 : 1 für nicht-pflegebedürftige Bewohner (BMJFG 1979, § 7). Da die Qualifikation der staatlich anerkannten Kräfte nicht festgelegt ist (auch Kranken-

1) Diese Notwendigkeit ist stärker im Akutbereich ausgeprägt, weil hier höhere Anforderungen an die technischen Möglichkeiten der Medizin gestellt werden.

2) Qualifikationsschlüssel legen das Verhältnis zwischen Kräften mit unterschiedlicher Qualifikation in den Institutionen fest.

pflegehelfer mit einjähriger Ausbildung sind staatlich anerkannt), hätte die Verordnung keine großen Konsequenzen.

Die Relation Schüler : examinierte Pflegekraft gibt Auskunft über den Wert, der der Arbeitskraft des Schülers beigemessen wird. Je stärker Schüler im Stellenplan berücksichtigt werden, desto weniger Zeit bleibt für ihre pädagogisch und didaktisch angemessene Anleitung und Unterweisung. Von daher hat die DKG den Qualifikationsschlüssel von 1 : 4, der heute in Krankenhäusern angewendet wird, als zu niedrig bezeichnet und forderte 1974 eine Anrechnung auf den Stellenplan im Verhältnis von 1 : 3 für Schüler der Kranken- und Kinderkrankenpflege und im Verhältnis von 1 : 2 für Schüler der Krankenpflegehilfe. In diesen Verhältniszahlen drückt sich nicht nur eine geringe Bewertung der Arbeitsleistung der Krankenpflegehelfer-Schülerinnen aus, sondern auch das Interesse der Berufsgruppe der Krankenschwestern/-pfleger an einer Sicherung ihres sozio-ökonomischen Status.

Im ambulanten Bereich hat die Neufassung des Paragraphen 185 RVO nach dem Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz 1977 festgelegt, daß im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nur Kosten für Pflegepersonen mit staatlicher Anerkennung (Krankenpfleger, Krankenschwestern, Krankenpflegehelfer/-innen oder Kinderkrankenschwestern) erstattet werden. Diese Regelung schließt sowohl formal unqualifizierte Kräfte wie die zweijährig ausgebildeten Altenpfleger aus. Gegen sie wendete sich auch der Deutsche Bundesverband für staatlich anerkannte Altenpflegerinnen und Altenpfleger, weil die Berufsinteressen der Altenpfleger eklatant verletzt waren. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung sagte daraufhin eine Prüfung der Fassung zu (DBVA 1978).

Die unterschiedlichen Besoldungen der verschiedenen Pflegeberufe sind im BAT und in den Krankenhaustarifen festgelegt. Eine formal unqualifizierte Kraft erhält demnach das geringste Gehalt, eine Krankenschwester mit dreijähriger Ausbildung das höchste. Einsatz-, Aufstiegs- und Besoldungsmöglichkeiten der Pflegekräfte werden somit sehr stark durch ihre Qualifikation bestimmt.

Während der Einfluß staatlicher Instanzen auf den Einsatz der unterschiedlichen Qualifikationen vorläufig noch relativ gering ist, ist er bei der

Schaffung und Durchsetzung von Ausbildungsregelungen hoch und steigt weiterhin an. Krankenpflegeausbildung und Krankenpflegehelferausbildung sind bundesstaatlich geregelt, die Altenpflegeausbildung liegt in der Kompetenz der Länder. Kurzausbildungen werden noch von den Verbänden ohne staatliche Anerkennung durchgeführt. Staatliche Instanzen dringen aber auch in diesen Bereich ein. Einmal beginnt die staatliche Regulierung durch die Neufassung des § 185 RVO, der nur noch Kräfte mit staatlicher Anerkennung für die Hauskrankenpflege zuläßt. Zum anderen sind die Wohlfahrtsverbände in der Kurzausbildung auf staatliche Zuschüsse angewiesen. So mußten die Wohlfahrtsverbände in Berlin die Kurzausbildung zum Altenpflegehelfer stornieren, weil der Senat die Zuschüsse strich.

Die zunehmende Bedeutung von Fort- und Weiterbildung im Sozialbereich hat ähnliche Ursachen wie die Professionalisierung allgemein. Darüber hinaus kommt der Fort- und Weiterbildung die Funktion zu, neue Anforderungen schnell in Lernprogramme zu übertragen und den schon ausgebildeten Kräften zu vermitteln (BECKER/BERGMANN-KRAUSS 1979, S. 2 ff.). Als Fortbildung werden Maßnahmen bezeichnet, die Wissen ohne Zertifikate oder zumindest ohne eine Anerkennung vermitteln, die eine Veränderung im sozialen Status zur Folge haben könnten. Als Weiterbildung werden hingegen alle Qualifizierungsversuche bezeichnet, bei denen eine neue Qualifikation erworben wird, die möglicherweise auch einen sozialen Aufstieg in der Hierarchie der (Pflege-)Berufe bewirken kann. Der Weiterbildung kommt somit die größere Bedeutung zu. Im Gesundheits- und Sozialbereich werden Weiterbildungsmaßnahmen vorwiegend von Verbänden (Wohlfahrts- und Berufsverbände) angeboten. Zur Durchführung der Programme sind die Träger auf staatliche Unterstützung angewiesen. Diese erfolgt durch die staatliche Anerkennung der Weiterbildung (was deren Wert für die Teilnehmer infolge der laufbahnrechtlichen Folgen erhöht), durch die finanzielle Unterstützung der Lehrveranstaltungen und der Teilnehmer (durch Arbeitsämter bzw. die Bundesanstalt für Arbeit).

4. Anzahl und Verteilung unterschiedlicher Qualifikationen

4.1. Ambulante Pflege

Für die ambulante Pflege liegen Daten aus Berlin und Bayern vor. Die Untersuchung zur Hauspflege und Hauskrankenpflege in Berlin ergab einen hohen Anteil von Frauen ohne jede Ausbildung in der häuslichen Krankenpflege.

Tab. 22

Personalsituation in der Haus-(kranken-)pflege in
Kreuzberg und Tempelhof

Prozentwerte Hauspfleger/-innen	Basis	Kreuzberg 340	Tempelhof 256
<u>Verteilung der Hauspfleger/-innen auf die Wohlfahrtsverbände</u>			
AWO		67	27
Caritas		12	16
DRK		6	14
Diakonisches Werk		16	43
<u>Pflegerische Ausbildung</u>			
vorhanden		14	31
davon Kurzausbildung		9	26
keine Ausbildung		86	69
<u>Alter</u>			
unter 45 Jahre		55	70
45 Jahre und älter		45	30
<u>Anstellungsverhältnis</u>			
Festangestellt		19	32
Ganztätig arbeitend		16	2
<u>Frauen</u>		98,5	98
<hr/>			
Prozentwerte Hauskrankenpfleger/-innen	Basis	21	59
<hr/>			
Pflegerische Ausbildung vorhanden		81	29
Festangestellt		86	68

Quelle: Eigene Erhebung

Hauskrankenpflegerinnen haben im Durchschnitt die formal qualifiziertere Ausbildung. Allerdings sind die Unterschiede zwischen Kreuzberg und Tempelhof hier sehr stark. Während in Kreuzberg fast alle der 21 Hauskrankenpflegerinnen eine pflegerische Ausbildung absolviert haben, sind es in Tempelhof nur 29 Prozent. Umgekehrt werden in der Hauspflege in Kreuzberg fast nur Frauen ohne jede pflegerische Ausbildung eingesetzt, während der Prozentsatz für Tempelhof immerhin fast ein Drittel beträgt. Es scheint, daß die Einsatzleitungen hier unterschiedlich zwischen Hauspflege und Hauskrankenpflege differenzieren. Während in Kreuzberg fast ausschließlich formal unqualifizierte Kräfte für die Hauspflege, hingegen formal qualifizierte Kräfte für die Hauskrankenpflege eingesetzt werden, gibt es in Tempelhof dabei keine Unterschiede. Dort wird möglicherweise nach Krankheitsbildern der Patienten und nach der Person der eingesetzten Pflegekraft unterschieden.

In den ambulanten Pflegediensten in Bayern stellt das formal qualifizierte, vollzeitlich beschäftigte Pflegepersonal den überwiegenden Anteil der in der Pflege tätigen Beschäftigten. Lediglich bei den Sonstigen Sozialdiensten scheinen die nicht qualifizierten Pflegekräfte einen größeren Prozentsatz auszumachen*). Im Vergleich zu Berlin ist das Pflegepersonal in den ambulanten Diensten in Bayern formal erheblich besser qualifiziert. Zu vermuten ist, daß ein Teil der Tätigkeiten, die in Berlin von Hauspflegerinnen erbracht werden, in Bayern von den ehrenamtlichen Mitarbeitern übernommen werden.

Tab. 23

In Krankenpflegestationen tätiges Personal in Bayern

	abs.	%	%
Vollzeit	1250	71,2	
Teilzeit	194	11,0	
Nebenamtlich	311	17,7	
Beschäftigte insgesamt:	1755	99,9	= 72,3
Ehrenamtliche Mitarbeiter	673		27,7
Tätige insgesamt:	<u>2428</u>		<u>100</u>

Zusammenstellung nach: Bayerisches Staatsministerium... 1977

*) Für die Krankenpflegestationen sind auch die Zahlen für ehrenamtliche Mitarbeiter angegeben. Dabei handelt es sich um mehr als ein Viertel aller in den Stationen Tätigen.

Tab. 24

Ausbildung des Personals in der ambulanten Krankenpflege in Bayern

Prozentwerte	Krankenpflege- stationen i.S.d.R. ^{x)}	Sozial- stationen ^{x)}	Andere Sozial- sta- tionen ^{x)}	Haus- und Familien- pflegest. ^{x)}	Sonstige Sozial- dienste ²⁾
Krankenschwester	77,7	25,8	16,9	13,7	12,3
Krankenpflegehelfer/in	5,1	4,8	8,8	10,9	13,0
Altenpfleger/-in	4,0				2,7
Altenpflegehelfer/-in	3,0				14,1
Sonstige	4,4	4,7 ³⁾	5,1 ³⁾		13,8 ⁴⁾
Ohne Abschluß	5,8				44,1 ⁴⁾
	100	35,3	30,8	24,6	100

- 1) Nur in der Krankenpflege tätiges Personal, bezogen auf die Gesamtzahl der Beschäftigten.
- 2) Keine separate Ausweisung des in der Krankenpflege tätigen Personals. Sonstige Sozialdienste betreiben aber zu fast drei Viertel Krankenpflege, s.o.
- 3) Sozialarbeiter.
- 4) Inklusive weitere "sonstige" Ausbildungen.
- x) Im Sinne der Richtlinien

Zusammengestellt nach: Bayerisches Staatsministerium... 1977, S. 16/17

4.2. Stationäre Einrichtungen

Genauere Zahlen zur Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals in den stationären Einrichtungen für alte Menschen in Altenhilfe und Gesundheitssystem liegen nicht vor. Die beschriebenen Personalanhaltszahlen sind nach Institutionen, Trägern und Bundesländern unterschiedlich, und, da noch nicht einmal die genaue Anzahl aller Institutionen für pflegebedürftige alte Menschen bekannt ist, für eine Errechnung des tatsächlich beschäftigten Personals nicht brauchbar.

Die Mitte 1979 erschienene Studie von BERGER et al. legt auch Ergebnisse einer Repräsentativerhebung bei Alteinrichtungen vor. Dabei wird allerdings

nicht zwischen den einzelnen Institutionen der Altenhilfe differenziert, so daß nur für die gesamte Altenhilfe Hochrechnungen angestellt werden^{*)}. Die Berger-Studie ergibt folgende Verteilung der pflegerischen Berufe unter allen erfaßten Berufen:

Tab. 25
Personal in Altenheimen/-wohnheimen/-pflegeheimen

	abs.	%
Krankenschwestern	1566	28
Krankenpflegehelfer	1350	24
Krankengymnasten	100	2
Masseur und mediz. Bademeister	92	2
Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten	30	1
Diätassistenten	40	1
Altenpfleger	1448	26
Altenpflegepraktikanten	454	8
Altenpflegehelfer	282	5
Haus- bzw. Etagedamen	128	2
Med.-techn. Berufe, Fußpfleger, Arzthelfer	42	1
Gesamt:	5532	100
	=====	

Quelle: BERGER et al. 1979, S. 61

*) Hierbei sind zwei Fehlinterpretationen zu beanstanden:

1. Die Studie differenziert zwischen nichtärztlichen Heilberufen, zu denen u.a. Krankenschwestern und Krankenpflegehelfer gehören, und Altenpflegeberufen. Diese Unterscheidung ist nicht sinnvoll, weil hier die verschiedenen pflegerischen Berufe auseinandergerissen werden. Die Tätigkeit einer Altenpflegekraft hat aber mit der einer Krankenschwester mehr gemeinsam als z.B. die einer Masseurin oder Diätassistentin, die beide zu den nichtärztlichen Heilberufen gerechnet werden.
2. Wesentlich kritischer noch ist die Erhebung selbst zu beurteilen. Es wurden als Berufsgruppen u.a. vorgegeben Altenpfleger und Altenpflegepraktikanten. Die zahlenmäßig bedeutende Gruppe der Altenpflegehelfer wurde nicht erfragt. Somit sahen sich offenbar einige der ausfüllenden Personen veranlaßt, die Altenpflegehelfer unter "Krankenpflegehelfer" oder "Altenpflegepraktikanten" einzutragen. Nur so ist es zu erklären, daß die Gruppe der Krankenpflegehelfer relativ groß ist und daß die Gruppe der Altenpflegepraktikanten größer ist als die der Altenpflegehelfer (die von den ausfüllenden Personen selbst als Berufsgruppe eingetragen werden mußte).

Die Relation zwischen den von Berger et al. so bezeichneten "nichtärztlichen Heilberufen" und "Altenpflegekräften" beträgt 58 zu 42 Prozent. Sortiert man die pflegerischen Berufe aus der Tabelle heraus und setzt sie gleich 100 Prozent, so ergibt sich das folgende Bild:

Tab. 26
Pflegerkräfte in Altenheimen/-wohnheimen/-pflegeheimen

	abs.	%
Krankenschwestern	1566	31
Krankenpflegehelfer	1350	26
Altenpflegekräfte	2184	43
	5100	100

Errechnet nach: BERGER et al. 1979, S. 61

Da die unterschiedlichen Qualifikationen bei den Altenpflegekräften nicht exakt erfragt wurden (vgl. Anmerkung S. 160), sind auch diese Angaben nur von beschränktem Wert. Zu vermuten sind aufgrund der Befragungstechnik auch Altenpflegehelfer unter den Krankenpflegehelfern. Ober die Anzahl der zur Zeit beschäftigten staatlich anerkannten Altenpflegerinnen und Altenpfleger gibt die Studie keine Auskunft.

Für das Land Bayern liegt wiederum eine Totalerhebung für alle Alteneinrichtungen vor, die folgende Relation ergibt:

Tab. 27

Voll- und teilzeitbeschäftigtes Personal in Alteneinrichtungen in Bayern nach Berufsgruppen und Geschlecht

Personal insgesamt	absolut	%
	17.515	100,0
davon Krankenschwestern/-pfleger	2.303	13,1
Altenpfleger/-innen	1.927	11,0
therapeutisches Personal	62	0,4
sonstiges Fachpersonal	3.276	18,7
angelerntes Personal	9.947	56,8
davon weibliches Personal	15.247	87,1

Quelle: Bayerisches Staatsministerium... 1978 b

Wieder ist nicht angegeben, wie viele der Altenpfleger staatlich geprüft sind. Auch ist nicht zu entnehmen, unter welche Rubrik die Krankenpflegehelfer eingeordnet waren und wie viele pflegerische Hilfskräfte sich in der Rubrik "angelerntes Personal" verbergen. In dieser Kategorie sind auch sämtliche anderen, nichtpflegerischen Hilfskräfte enthalten, so daß die Daten nicht weiter interpretierbar sind.

Die Qualifikation des Pflegepersonals in den klinischen Einrichtungen der Geriatrie ergibt eine schlechtere Besetzung als in Allgemein- oder anderen Fachkrankenhäusern (CLEMENS 1979, S. 80).

Tab. 28

Qualifikationsverteilung des in der Pflege eingesetzten Personals in Einrichtungen des Gesundheitswesens für alte Menschen

Prozentwerte	Krankenschw./ -pfleger	Krankenpflh./ -innen	Altenpfleger/ -innen	Schüler ZDL	Sonstige	
Fachkrankenhäuser für Geriatrie und Chronischkranke	26,7	24,6	4,0	1,6	0,1	42,9
Fachabteilungen für Geriatrie	38,9	27,1	6,2	3,9	1,0	23,0
Krankenhäuser und Abteilungen für Psychiatrie	50,6	29,2	1,2	5,7	0,8	12,6
Durchschnitt:	43,2	27,8	2,8	4,5	0,7	21,1

Quelle: CLEMENS 1979, S. 80

Die speziell ausgebildeten Altenpflegekräfte sind demnach wesentlich häufiger in Einrichtungen der Altenhilfe zu finden. Die allgemeine Qualifikation des Personals in Einrichtungen des Gesundheitswesens für alte Menschen scheint aber nicht wesentlich höher zu sein als in Einrichtungen der Altenhilfe. Zumindest für die Fachkrankenhäuser für Geriatrie und Chronischkranke gilt, daß in ihnen fast zur Hälfte ungelerntes Personal eingesetzt wird.

Einen generellen Trend für die klinischen Einrichtungen im Hinblick auf eine Verbesserung oder Verschlechterung der Personalsituation kann man nur insofern angeben, als die Anzahl des Pflegepersonals insgesamt stark angestiegen

ist. Es gibt aber einige Tendenzen in diesem Bereich, die auf eine qualitative Verschlechterung hindeuten. So werden in Berlin die Liegezeiten der Patienten verkürzt, während die Anzahl des Personals gleichgeblieben ist und faktisch durch die Einführung der 40-Stunden-Woche sogar abgenommen hat.

Im Altenhilfebereich hat die Anzahl des beschäftigten Personals zugenommen. Für Bayern zumindest liegen Zahlen vor, wonach die Anzahl der Heimplätze von 1974 bis 1977 um 12,1 Prozent, die des Personals aber um 20,3 Prozent zugenommen hat (Landesaltenplan, S. 79). Die Berger-Studie gibt für alle erfaßten Berufsgruppen eine Steigerung um 57 Prozent an (von 1974 bis 1977), wobei sich das Verhältnis der so bezeichneten "nichtärztlichen Heilberufe" zu den Altenpflegekräften zugunsten der Altenpflegeberufe verschoben hat (1979, S. 60).

Die Qualifikation des Pflegepersonals ist aber nicht wesentlich anders als 1972, als die Studie von VIEBAHN (1974) entstand. Damals waren bei einer Repräsentativerhebung in Alteneinrichtungen knapp 30 Prozent der Pflegekräfte staatlich geprüfte Krankenschwestern/-pfleger, 8 Prozent Krankenpflegehelfer, 12 Prozent Altenpfleger, und die Hälfte war angelerntes Personal. Im Vergleich dazu sind die bayerischen Alteneinrichtungen noch 1977 schlechter ausgestattet, da für sie nur 13 Prozent Krankenschwestern/-pfleger angegeben werden (weitere Vergleiche lassen sich kaum ziehen, weil die Einordnung der Krankenpflegehelfer unbekannt ist ebenso wie die Anzahl der pflegerisch tätigen Kräfte beim angelernten Personal).

Für das Alter des Pflegepersonals liegen vergleichbare Daten aus Bayern und der Studie von Viebahn vor.

Tab. 29

Alter des Pflegepersonals in der Altenpflege

Prozentwerte	Pflegepersonal Viebahn 1974 (V) (1972)	Personal gesamt Bayern 1978 (B) (1977)
Unter 30 Jahre (V)		
Bis 30 Jahre (B)	17,7	27,4
30 bis 49 Jahre (V)		
31 bis 50 Jahre (B)	43,9	36,9
50 bis 59 Jahre (V)		
51 bis 60 Jahre (B)	24,1	23,6
60 Jahre und älter (V)		
Ober 60 Jahre (B)	14,3	12,1

Quelle: VIEBAHN 1974, S. 83; Bayerischer Landesaltenplan 1978, S. 80

Der wesentliche Unterschied in beiden Untersuchungsgruppen ist die Verlagerung von den mittleren Altersgruppen zu den jüngeren in Bayern, während die Überrepräsentation der älteren Pflegekräfte gleichgeblieben ist. Hier mag sich der Trend zum Altenpflegeberuf als Erstberuf ausdrücken. Weitere Interpretationen sind aber aufgrund der Unterschiedlichkeit des Datenmaterials nicht möglich.

Aus den vorliegenden Daten ergibt sich, daß der Anteil der Frauen in denjenigen pflegerischen Berufen am höchsten ist, die keine formale Qualifikation verlangen (vgl. Tab. 22). Formal nicht- oder gering qualifiziertes Personal arbeitet in erster Linie in der Familie (als unbezahlte Kraft, vgl. LANGE 1973, 1974) ohne Entgelt und in der ambulanten Altenpflege. Ein relativ hoher Prozentsatz formal nicht qualifizierter Kräfte findet sich auch in den speziellen Kliniken für geriatrische und Chronischkranke. Zumindest für den klinischen Bereich gilt also, daß die Aufwendungen für die Pflege alter Menschen geringer gehalten werden als die Kosten für Akutkranke.

5. Ausbildungsgänge

5.1. Pflegekräfte mit Kurzausbildung

Mit Kurzausbildung werden hier Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen bezeichnet, die ohne staatliche Anerkennung zumeist von den Trägern für Personal ohne einschlägige Ausbildung durchgeführt werden.

Wie viele kurzausgebildete Kräfte es in der Altenpflege gibt, ist nicht bekannt. Für die Hauspflege in zwei Berliner Bezirken läßt sich sagen, daß bis zu einem Viertel der in der Hauspflege Tätigen eine Kurzausbildung haben (vgl. 3.3.1.).

Die Kurzausbildung umfaßt Schulungen von Mitarbeitern für die Haus- und Altenpflege. Um ihren Umfang und ihre Bewertung bei den verschiedenen Trägern einordnen zu können, hat die Verfasserin 1979 eine Umfrage bei allen Landesverbänden der freien und öffentlichen Wohlfahrtspflege durchgeführt. Dabei stellte sich heraus, daß der Begriff "Kurzausbildung" mißverständlich ist und von einigen Landesverbänden nicht verwendet wird. Mit dem Begriff "Ausbildung" verbinden sich bei diesen Verbänden schon Elemente der Verberuflichung, das heißt, der Anspruch auf den Einsatz für eine bestimmte Tätigkeit, tarifliche Einordnung, Aufstiegsmöglichkeiten. So ist der relativ geringe Rücklauf auf unsere Umfrage möglicherweise auch ein Resultat dieser terminologischen und definitorischen Schwierigkeiten.

Von den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege antworteten 38 Prozent, also mehr als ein Drittel, von den kommunalen Verbänden der öffentlichen Wohlfahrtspflege nur 15 Prozent auf unsere Umfrage. Der geringe Rücklauf der kommunalen Stellen ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, daß die Kurzausbildung allgemein im Aktionsbereich der Verbände liegt, allenfalls, wie in Berlin, durch kommunale/staatliche Hilfen finanziell gestützt wird.

Von den 38 Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, die uns geantwortet haben, führen 9, also ca. ein Viertel, eine Kurzausbildung in dem beschriebenen Sinne durch*).

*) Nicht berücksichtigt wird die Antwort eines Wohlfahrtsverbandes, der Wochenendkurse für die soziale Arbeit mit Senioren (Tanzen etc.) anbietet, da diese Art der Fortbildung in dieser Studie nicht erfaßt wurde.

Tab. 30

Durchführung von Lehrgängen oder Kursen zur Kurzausbildung von in der Altenhilfe tätigem Personal (Totalerhebung bei allen Landesverbänden der freien und öffentlichen Wohlfahrtspflege)

	Verbände der Wohlfahrtspflege Freie	Öffentliche	Gewerblicher Träger ^{x)}
Angeschrieben:	100	27	-
Antworten:	38 = 38 %	4 = 15 %	1
Kurzausbildung "Ja"	9	-	-
Kurzausbildung "Nein"	28	4	1
Kurzausbildung geplant	1		
Stellungnahmen zur Umfrage	2		
Globale Ablehnung der Umfrage:	LAG Nordrhein-Westfalen und AG der freien Wohlfahrtspflege, Bremen		

x) wahrscheinlich von einem öffentl. Verband informiert

Quelle: Eigene Erhebung

Verband	Bezeichnung, d. Ausbildg.	Ausbildg. seit	Dauer	Arbeitsverhältnis	Anzahl der Ausgebildeten	
					insgesamt	1978 Frauen 1978
AWO Berlin	a. Grundlehrgang für Hauspflegerinnen	1973	a. 42 Stunden	Zeitkräfte	a. 540	160 156
	b. Fortbildungslehrgang f. Hauspflegerinnen		b. 54 Stunden		b. 275	
AWO Südwürttemberg-Hohenzollern	Kurzausbildung ab 1980 für Stationshilfen geplant					
AWO Hannover	Grundlehrgang für pfleger. Hilfskräfte	1979	24 Stunden in 3 Monaten	K.A.	12	- -
DRK Baden-Württemberg.	Helper/in in der Altenpflege	1974	4 Wochen Vollzeit	EA, NA, FA	120	34 30
DRK Berlin	Hauspflege-Grundausbildungslehrgang	1970	4 Monate 88 Std. NA, FA		604	124 122
			+ 1 Monat 16 Std. Erste Hilfe 1 x wöchentlich 5 Std. Unterr.			
DPWV Bayern	Helfen lernen für Familie und Nachbarschaft					
	a. Grundkurs in häusl. Kranken- und Altenpflege	1974	6 Monate ca. 20x90-135 Min.	AE, NA Selbsthilfe	230	110 108
	b. Fortbildung	1976	3 Monate ca. 12x150 Min.		85	
Mälteser Hilfsdienst, München (DPWV)	Altenhelfer	1978	6 Wochen 120 Std.	EA, FA	50	19 12

Tab. 31
Kurzausbildung von Pflegekräften

Verband	Bezeichnung d. Ausbildg.	Ausbildg. seit	Dauer	Arbeitsverhältnis	Anzahl der Ausgebildeten insgesamt	Fragen 1978	Fragen 1979
DW Hamburg	Altenpflegehelfer	1970	9 Mon. 2xwöchentl. 4 Unterrichtseinheiten	EA, NA, FA	100	12	11
DW Herford	Altenpflegehelfer	1977	1 Jahr 320 Unterrichtsstunden	FA	25	11	10
DW Rendsburg	Altenpflegehelfer	1966	1,3 Jahre 55 Tg. = 330 Unterrichtsst.	FA	200	10	9

Abkürzungen:

- AWO: Arbeiterwohlfahrt
 DRK: Deutsches Rotes Kreuz
 DPfW: Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
 DW: Diakonisches Werk
 EA: Ehrenamtlich
 NA: Nebenamtlich
 FA: Festangestellt

Quelle: Eigene Erhebung

Übrig bleiben also 9 Verbände bzw. Institutionen, die Kurzausbildungen für Pflegepersonal anbieten; ein Verband plant Kurzausbildung ab 1980. Die Zahl der Ausbildungsstunden schwankt zwischen 24 und 320, die Dauer der Ausbildung von einigen Wochen bis zu einem Jahr. Die Zahl der Ausbildungsstunden ist am niedrigsten in den Kursen für ehrenamtliche Mitarbeiter. Die Dauer der Ausbildung ist davon abhängig, ob die Ausbildung berufsbegleitend angeboten wird. Die Lehrkräfte sind je nach Fach Krankenschwestern, Ärzte, Psychologen, Beschäftigungstherapeuten, Seelsorger u.a. Die hier erwähnten Kurzausbildungen sind in den Jahren von 1966 bis 1979 etabliert worden. Die Anzahl der Absolventen der Kurzausbildungen schwankt jährlich von 10 bis 160, der Frauenanteil beträgt nahezu 100 Prozent.

Die Ergebnisse unserer Umfrage zeigen, daß die Angebote der Verbände zur Qualifizierung des Personals höchst unterschiedlich sind im Umfang der Ausbildungsinhalte. Es gibt trotz vieler Professionalisierungsbestrebungen noch eine Vielzahl von Ausbildungsmöglichkeiten innerhalb der Verbände, wenn auch diese Kurzausbildungen zumeist für Hilfstätigkeiten qualifizieren.

Um die Bewertung der Kurzausbildung seitens der Verbände kennenzulernen, waren in der Umfrage Statements vorgegeben, zu denen Zustimmung oder Ablehnung geäußert werden konnte. Tab. 32 zeigt die Ergebnisse. Nahezu Ober einstimmung besteht darin, daß für ehrenamtliche Mitarbeiter eine Kurzausbildung sinnvoll ist. Die Verbände, die die Ausbildung durchführen, sind zu einem höheren Anteil dieser Meinung als diejenigen, die auf die Durchführung von Kurzausbildungen verzichten. Auch aus Kommentaren der Verbände zum Anliegen der Umfrage geht hervor, daß gerade für ehrenamtliche Mitarbeiter eine Kurzausbildung für sinnvoll gehalten wird. Diese sollen aber als Ergänzung zum vorhandenen hauptamtlichen Personal, und auch hierbei vorwiegend in der offenen Altenarbeit, eingesetzt werden.

"Wir sind der Meinung, daß ehrenamtliche Mitarbeit in der Altenhilfe in der Regel nicht in der Grund- und Behandlungspflege eingesetzt werden sollen, sondern eher als Ergänzung zu ausgebildetem Personal soziale Aufgaben wahrnehmen sollten" (DPWV, Stuttgart).

Vor allem der DPWV betont auch den Aspekt der Stärkung des Selbsthilfepotentials in der Bevölkerung:

"Das Ziel der Kurse ist die Stärkung der Selbsthilfefähigkeit und die Bereitschaft, im fremden, nachbarlichen Haushalt zu helfen oder alte Menschen zu betreuen, zu wecken und zu unterstützen" (DPWV München).

"Zielsetzung dieser Maßnahme ist u.a. auch: Das ehrenamtliche Engagement unserer Bevölkerung anzusprechen und den einzelnen zu motivieren, daß er bereit ist, seine Hilfe alten Menschen anzubieten und daß er die Bedürfnisse des alten Menschen erkennt. - Dem alten Menschen immer wieder zu helfen, sein Leben aus der Erfahrung und Tiefe zu leben, nicht nur das Leben zu verlängern, sondern helfen, daß die gewonnenen Jahre erfüllt werden, ist eine Aufgabe an jeden einzelnen und an die Gesellschaft" (Malteser Hilfsdienst München).

Dem Statement, das Engagement der ehrenamtlichen Mitarbeiter reiche aus, konnte kein Verband zustimmen. Fachwissen wird heute auf jeder Ebene für notwendig gehalten.

Tab. 32

Beurteilung der Kurzausbildung durch die antwortenden Verbände

	Ges.	Kurzausbildg. wird durchgeführt (nur Freie Träger)	10	Kurzausbildg. wird durchgeführt (öffentl. Träger)	4	Kurzausbildg. wird nicht durchgeführt (Freie Träger)	27
Für ehrenamtliche Mitarbeiter in der Altenhilfe ist die Kurzausbildung unentbehrlich	40	8		1		18	
Ehrenamtliche Mitarbeiter, die genügend Engagement mitbringen, brauchen im allgemeinen keine Ausbildung	-	-		-		-	
Für ältere Frauen ist die Kurzausbildung eine wichtige Chance, ihrem Leben nach der Mutterschaft einen neuen Sinn zu geben	21	7		1		13	
Die Kurzausbildung in der Altenhilfe sollte auch von anderen Personenkreisen als bisher wahrgenommen werden, z.B. von älteren Männern, die ins Rentenalter kommen	13	3		-		10	
Die Kurzausbildung hat neben der Altenpflegeausbildung keinen Platz mehr, weil sie nicht genügend für die Altenpflege qualifiziert	3	1		-		8	
Altenpflegeausbildung und Kurzausbildung können durchaus ohne Konkurrenz nebeneinander bestehen, weil sie für sich eine ganz bestimmte Funktion haben	25	9		1		16	

Tab. 32

Beurteilung der Kurzausbildung durch die antwortenden Verbände

	Ges.	Kurzausbildg. wird durchgeführt (nur Freie Träger)	10	4	Kurzausbildg. wird nicht durchgeführt (öffentl. Träger)	27
40						
17		4		1		13
16		5		1		10
11		4		-		7

Eine Kurzausbildung bringt die Gefahr mit sich, daß es verschiedene Gruppen von Pflegekräften mit unterschiedlichen Rechten gibt: die Krankenschwestern und Altenpfleger auf der einen Seite, die kurzausgebildeten Kräfte auf der anderen Seite

Die Kurzausbildung zu unterbinden, würde bedeuten, daß man dem Personal-mangel in der Altenhilfe in der nächsten Zukunft weiterhin hilflos gegenübersteht

Die Kurzausbildung ist für die Träger notwendig, weil die Einstellung von ausschließlich hochqualifiziertem Personal aus Kostengründen nicht möglich ist

Quelle: Eigene Erhebung

Daß die Kurzausbildung gerade für Frauen ohne Ausbildung neue Aufgaben eröffnen kann, bejahen fast alle Verbände, die Kurzausbildungen durchführen, und nahezu die Hälfte der nicht durchführenden Verbände. Ein Verband schreibt dazu:

"Da die Anforderungen im Altenpflegeheim an die Mitarbeiter einerseits immer umfangreicher und andererseits immer spezieller werden und außerdem gleich hohe Anforderungen an die medizinisch/pflegerischen Kenntnisse als auch an die sozial-psychologischen Fähigkeiten gestellt werden müssen, sind wir immer mehr angewiesen auf qualifizierte Mitarbeiter. Auf der anderen Seite bewerben sich manchmal unausgebildete Frauen, welche man ihrer Wesensart entsprechend gerne einstellen würde. Hierbei ist es gut, wenn man eine einjährige Ausbildung in diesen Fällen anbieten kann, und zwar in all den Fällen, wo man eine zweijährige Altenpflegeausbildung nicht mehr zumuten möchte" (AWO Stuttgart).

Insbesondere für langjährige Mitarbeiter ohne Ausbildung scheint die Kurzausbildung die beste Lösung für Personal und Verbände zu sein. Auch ein soziales Engagement der Verbände spielt hier eine Rolle:

"Wir sind der Meinung, daß die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in Krisenzeiten die Arbeit in den Alten- und Pflegeheimen mit durchgetragen haben, jetzt nicht ohne weiteres auf ein Abstellgleis geschoben werden können. Sie haben im Laufe der Zeit zumindest eine Menge praktischer Erfahrungen sammeln können. Diese werden durch eine einjährige praxisnahe Fortbildung verbessert. Vielen ist während der Unterrichtsstunden bewußt geworden, daß zum Pflegen und Helfen auch das Wissen um große Zusammenhänge gehört.

Die Träger und die Leitungen von Alten- und Pflegeheimen haben uns in den verschiedenen Gesprächen gesagt, daß die Lehrgangsteilnehmer mit neuer Aufgeschlossenheit an ihre Arbeit gingen und auch den qualifizierten Fachkräften gegenüber eine ganz neue Einstellung gewonnen hätten" (DW Herford).

Der Pflegeberuf ist gerade bei geringer Qualifikation ein reiner Frauenberuf. Nur ein Drittel der antwortenden Verbände kann sich vorstellen, daß die Kurzausbildung auch für Männer im Rentenalter eine sinnvolle neue Lebensaufgabe erschließen könnte.

Zwei weitere Statements sollten Auskunft über die Einordnung der Kurzausbildung neben den vorhandenen Professionalisierungstendenzen in der Altenpflege geben. Die Mehrheit der antwortenden Verbände glaubt, daß zwischen Altenpflege und Krankenpflege keine Konkurrenzsituation auftritt, aber immerhin meinen 17 von 40 Verbänden, daß ein Zweiklassensystem in der

Altenpflege entstehen könnte: die Krankenschwestern und Altenpflegerinnen auf der einen, die kurzausgebildeten Kräfte auf der anderen Seite. Kommentare zum Fragebogen verdeutlichen, daß die Verbände die Kompetenzen der unterschiedlich qualifizierten Kräfte untereinander abgrenzen wollen, eine Tendenz, die bei denjenigen Verbänden stärker ist, die keine Kurzausbildung durchführen. Allerdings bleibt die Forderung nach Abgrenzung der Kompetenzen allgemein und kann schwer konkretisiert werden:

"Die Altenpflegehelferin, überwiegend für den pflegerischen Bereich des Altenheimes, kann in bestimmten Bereichen für Entlastung und bessere Versorgung herangezogen werden. Wichtig ist bei allen diesen Überlegungen, daß die Abgrenzung der Tätigkeit mit der Ausbildung in Einklang steht und die Struktur der Heime und Einrichtungen es erlaubt, Mitarbeiter aus diesen Ausbildungswegen sinnvoll zu beschäftigen" (DRK, Hannover).

Da die Tätigkeiten im eigentlichen Sinne schwer abgrenzbar sind, wie die Praxis der Altenpflege beweist (vgl. IV. 8), wird die Kompetenzabgrenzung eher zu einer Begrenzung von Macht- und Einflußbereichen: die kurzausgebildete Kraft ist in ihrer Tätigkeit von der Erlaubnis/der Definition der höherqualifizierten Kräfte abhängig. Ein Verband drückt dies sehr deutlich aus:

"Die Kurzausbildung in der Altenhilfe für nur stundenweise auf ehrenamtlicher Basis tätige Kräfte kann durchaus neben der regulären Ausbildung als Altenpflegerin (Vollzeit- oder Teilzeitkraft) - aber selbstverständlich nicht gleichrangig mit ihr - ihren Platz haben. Es muß sichergestellt bleiben, daß keine Aufgabenvermischung in der Weise stattfindet, daß kurzausgebildete Kräfte verantwortliche Funktionen im Bereich der Altenpflege erfüllen, die examinierten Fachkräften vorbehalten ist" (Hessischer Städtetag, Wiesbaden).

Das Ideal der Gleichbehandlung wird trotzdem noch formuliert:

"Es wird selbstverständlich bei unterschiedlich ausgebildeten Gruppen von Pflegekräften auch unterschiedliche Aufgaben, unterschiedliche Verantwortung und unterschiedliche Bezahlung geben; unterschiedliche Rechte aber unserer Ansicht nach nicht" (AWO Berlin).

In den beiden letzten Statements wird vor allem die Personalnot in der Altenhilfe angesprochen, die zum Teil durch die Finanznot der Institutionen bedingt ist. 16 von 41 Verbänden glauben, daß die Personalnot durch ein Unterbinden der Kurzausbildung verstärkt wird, und mehr als ein Viertel gibt

als Motiv für die Einstellung kurzausgebildeter Kräfte Kostengründe an. Beide Argumente werden etwas häufiger von Verbänden genannt, die Kurzausbildungen durchführen.

Ein Verband, dessen Lehrgänge für Altenpflegehelfer wegen der Einstellung der staatlichen Förderung nicht mehr durchgeführt werden, sieht die Abschaffung der Kurzausbildung negativ, weil die formal qualifizierten Kräfte nicht mehr zu allen Tätigkeiten bereit sind:

"Hochqualifiziertes Personal, in diesem Falle also die staatlich anerkannten Altenpfleger, will geringere Pflegedienste, wie sie in Einrichtungen der Altenpflege täglich vorkommen, im allgemeinen nicht leisten, wird aber der Ausbildung entsprechend höher bezahlt... Bei dem Einsatz von nur hochqualifiziertem Personal würden sich natürlich auch die Pflegesätze in den Heimen erheblich erhöhen oder aber es werden letztlich doch wieder Hilfskräfte beschäftigt, die überhaupt keine Ausbildung haben" (AWO Berlin).

Für die Professionalisierung und gegen die Kurzausbildung sprechende Argumente faßt ein anderer Verband zusammen:

"Gegen eine Kurzausbildung im Bereich der Altenpflege sprechen unseres Erachtens folgende Gründe: Schon zum derzeitigen Zeitpunkt wird in der Pflege die Rehabilitation älterer Menschen weitestgehend vernachlässigt. Eine Kurzausbildung kann allenfalls Versorgungstechniken in den Vordergrund stellen, so daß hier eher die Gefahr besteht, daß die Pflege an sich noch stärker betont wird. Darüber hinaus bleibt nicht einzusehen, daß, wenn in allen anderen Lebensbereichen eine Vertiefung des Fachwissens nahezu zwingend erforderlich erscheint, gerade in der Pflege des alten Menschen aus Kostengründen nur überwiegend kurz ausgebildetes Personal tätig wird. - Letztlich: In der Heimdienst-Personalverordnung sind Schlüsselzahlen für qualifiziertes Personal angegeben. Nichtqualifiziertes, das heißt auch kurz ausgebildetes Personal, würde also keinesfalls in den vorgeschriebenen Personalschlüssel einzupassen sein" (DPWV Berlin).

In diesen widersprüchlichen Argumenten spiegelt sich die Ambivalenz der Professionalisierung: einerseits verhilft die Kurzausbildung zur Stärkung des Selbsthilfepotentials und zur Spätqualifizierung von langjährigen Mitarbeitern; andererseits ist die Kurzausbildung kein Ersatz für eine normale Qualifikation. Pflegekräfte mit Kurzausbildung bleiben Hilfskräfte für das formal qualifizierte Personal. Dies ist jedoch nicht unbedingt eine Folge ihrer weniger qualifizierten Tätigkeit, sondern mehr ihrer fehlenden formalen

Qualifikation, ebenso wie die Krankenschwester aufgrund ihrer fehlenden ärztlichen Qualifikation bestimmte Entscheidungen am Krankenbett nicht treffen darf, obwohl sie aufgrund ihrer Erfahrung oft dazu in der Lage wäre.

Staat und Trägerverbände befinden sich bei der Bewertung und Regelung der Kurzausbildung in dem schon beschriebenen Dilemma, daß einerseits Kosten gespart werden müssen, andererseits eine bessere pflegerische Versorgung, auch in der Altenpflege, zu einem Legitimationsproblem für alle Beteiligten wird. Da die gesamte Bildungs- und Berufspolitik auf Abstufungen der Berufe nach Gehalt und Status ausgerichtet ist, können die Beteiligten die Altenpflege nicht ausnehmen, ohne sich dem Vorwurf der Schlechterbehandlung des Alters auszusetzen. Von daher ist zu erwarten, daß der Umfang der Kurzausbildung abnimmt. Für die betroffenen Pflegekräfte hat dies eine weitere Professionalisierung ihrer Arbeit zur Folge.

5.2. Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Den Beruf der staatlich anerkannten Krankenpflegehelfer gibt es seit dem Erlaß des Krankenpflegegesetzes von 1965. Die Anzahl der Krankenpflegehelfer im Gesundheitswesen betrug 1976 43.779. Sie hatten damit einen Anteil von 16 Prozent an allen 270.300 Krankenpflegepersonen (DKG in: "Das Krankenhaus" 6/79, S. 226). Der Anteil der in der Altenpflege beschäftigten Krankenpflegehelferinnen und -helfer ist jedoch höher als dieser Durchschnitt.

Nach Berger et al. (1979, S. 61) sind in den Alteneinrichtungen ein Viertel des Pflegepersonals Krankenpflegehelferinnen und -helfer, zwischen 25 und 29 Prozent bewegt sich der Prozentsatz auch in der Untersuchung über die Einrichtungen für Chronisch- und Geriatrischkranke (CLEMENS 1979, S. 80). In den ambulanten Diensten in Berlin und Bayern spielen die Krankenpflegehelfer hingegen keine wichtige Rolle (in Bayern in Krankenpflegestationen 5,1 Prozent; vgl. S. 60). Krankenpflegehelfer werden offenbar in stationären Einrichtungen für alte, pflegebedürftige Menschen bevorzugt eingesetzt, weil die formal besser ausgebildeten Kräfte in die anderen Bereiche der Krankenpflege drängen und/oder weil die Träger die Krankenpflegehelfer als billigere Arbeitskräfte bevorzugen.

Der Anteil der Männer ist in diesem pflegerischen Beruf am höchsten, er betrug 1976 19 Prozent (Statistisches Bundesamt 1978, S. 380). Es ist zu vermuten, daß gerade für Männer der Krankenpflegehelferberuf ein Aufsteige- und Umsteigeberuf ist.

Der Beruf wurde 1965 etabliert, nachdem die Krankenpflegeausbildung 1957 auf drei Jahre ausgedehnt wurde. Er scheint somit ein Produkt der Professionalisierung in der Krankenpflege zu sein, die einen Hilfsberuf nach sich zog.

Die Krankenpflegehelferausbildung dauert ein Jahr und umfaßt neben der praktischen Ausbildung mindestens 250 Unterrichtsstunden. An den meisten Schulen für Krankenpflegehilfe werden jedoch 400 und mehr Stunden Unterricht erteilt (HEESEN/BROCK 1974, S. 4). Sie findet an für diesen Zweck staatlich anerkannten Schulen statt. Die staatliche Anerkennung setzt voraus, daß die Schulen von einem Arzt und einer Krankenschwester, oder einer der genannten Personen, geleitet werden, über eine ausreichende Zahl von Lehrkräften sowie über Räume und für die praktische Ausbildung geeignete Anstalten und Pflegekräfte verfügen. Über die Qualität der Ausbildung ist damit keine Aussage getroffen. Eine "ausreichende Zahl von Lehrkräften" und die Angaben über die Leitung der Schulen garantieren keine qualifizierte Berufsausbildung.

Voraussetzung für die Zulassung zur Krankenpflegehelferausbildung ist u.a. die Vollendung des 17. Lebensjahres und ein Hauptschulabschluß. Weibliche Bewerber müssen darüber hinaus ein halbes Jahr hauptberufliche Hausarbeit nachweisen (HAAF u.a. 1976, S. 556 f.). Nach dreijähriger Berufstätigkeit ist die Zulassung zur Krankenpflegeausbildung und deren Verkürzung um 12 Monate möglich. Krankenpflegehelfern, die die schulischen Voraussetzungen für die dreijährige Krankenpflegeausbildung erfüllen und keine Berufserfahrung haben, werden 6 Monate angerechnet.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat für den Einsatz von Krankenpflegehelferinnen und -helfern eine Empfehlung herausgegeben,

"nach der Krankenpflegehelfer/-innen bei chronisch Kranken, Gebrechlichen, Rekonvaleszenten und Leichtkranken selbständig arbeiten dürfen. Bei Akut- und Schwerkranken arbeiten sie unter Verantwortung von Krankenschwestern und Krankenpflegern" (HAAF u.a. 1976, S. 566).

"Selbständige Tätigkeiten ergeben sich vor allem in 'Altenheimen und Altenpflegeheimen'..., Geriatrischen Kliniken (Spezialkliniken für Alterskrankheiten), Sanatorien und Genesungsheimen, Kurkliniken, Kliniken für Langzeitkranke..." (ebenda).

Der Tätigkeitsbereich der Krankenpflegehilfe umfaßt u.a.:

"Grundpflege, Operationsvorbereitung, Ausführung bestimmter therapeutischer Verordnungen. Aufsicht über die Bettenzentrale, Pflege von Pflegeutensilien nebst Reinigung und Desinfektion, Mithilfe bei der Pflege von Instrumenten und anderen Utensilien, Vorbereitung der Verbandstoffe, Sorge für die Stationswäsche, Vorbereitung der Betten für Neuaufnahmen" (HEESEN/BRÖCK 1974, S. 2).

Diese Beschreibung grenzt die Tätigkeit nicht sehr konkret gegen die der Krankenschwester ab. Das Krankenpflegegesetz schützt zwar den Titel "Krankenschwester/-pfleger" und "Krankenpflegehelfer/-in" und regelt die beiden Ausbildungen, nicht aber die Ausführung bestimmter Tätigkeiten durch die eine oder andere Berufsgruppe. "Es ist deshalb auch nicht möglich, in kurzer Form verbindlich zu erklären, welche Verrichtungen den genannten Berufen im einzelnen angemessen sind, und damit eine klare Abgrenzung der Arbeitsgebiete vorzunehmen" (BESKE 1974, S. 98).

Die Krankenpflegehelferausbildung ist ein Korrelat der verlängerten und umfangreicheren Krankenpflegeausbildung. Sie ermöglicht einen Hilfsberuf für die Krankenpflege und gleichzeitig die Professionalisierung der Hilfstätigkeiten. Eine gewisse Selbständigkeit, deren Umfang von der Stations-, Pflegedienst-, Krankenhaus oder Heimleitung abhängt, ist dabei nicht ausgeschlossen. Theoretisch kann die erfahrene Krankenpflegehelferin die gleiche Pflege verrichten wie eine Krankenschwester, wenn sie sich deren zusätzliches Wissen im Laufe der Jahre durch Erfahrung und Fortbildung aneignet. Sie ist aber ebenso wie die Pflegekraft mit Kurzausbildung der Krankenschwester unterstellt. Gegenüber den kurz- oder unausgebildeten Kräften haben die Krankenpflegehelfer den Vorteil einer staatlich anerkannten Ausbildung. In dem Maße allerdings, wie die gesamte Krankenpflege sich stärker spezialisiert und die Zahl der Krankenschwestern zunimmt, nimmt ihr Bedarf ab und sie sind gezwungen, in der Akutpflege den examinierten Krankenschwestern Platz zu machen (vgl. BERGER et al. 1979, S. 109 ff., 153).

5.3. Familienpflegerinnen, Hauspflegerinnen, Dorfhelferinnen

In der ambulanten Pflege werden Familien- oder Hauspflegerinnen und Dorfhelferinnen eingesetzt, die im folgenden zusammenfassend - entsprechend den 'Blättern zur Berufskunde' (1976 2-IV A 10) - als Familienpflegerinnen bezeichnet werden. Ihre Zahl fällt unter sämtlichen Pflegekräften kaum ins Gewicht, da es in der gesamten Bundesrepublik nur 15 Schulen gibt, die diese Ausbildung durchführen.

Familienpflegerinnen werden zumeist von den Wohlfahrtsverbänden eingesetzt. In den 1081 Haus- und Familienpflegestationen der Freien Wohlfahrtspflege arbeiteten 1977 1886 Kräfte (zuzüglich 8287 Teilzeitbeschäftigte), in den 448 Dorfhelferinnenstationen 509 (zuzüglich 84 Teilzeitkräfte). Die genaue Qualifikation dieser Pflegekräfte ist jedoch nicht bekannt (BAG-Statistik 1977).

Voraussetzung für die Zulassung zur zweijährigen Ausbildung ist der Hauptschulabschluß und eine Berufsausbildung oder eine langjährige hauswirtschaftliche oder pflegerische Tätigkeit. Ein Jahr der Ausbildung entfällt auf den Besuch der Berufsfachschule. Die Ausbildung umfaßt 1242 Unterrichtsstunden, wobei die hauswirtschaftlichen und pflegerischen Fächer den größten Teil (je 360 Stunden) einnehmen.

Der Rahmenlehrplan für die Schulen wurde 1963 von den Trägerverbänden mit dem Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge vereinbart. Auch dieser Beruf ist heute staatlich anerkannt. Die Verbände erreichten 1974 die Förderung der Ausbildung im Rahmen des Ausbildungsförderungsgesetzes (Caritas-Korrespondenz 1975, S. 2). Damit war die Finanzierung der Ausbildung gesichert.

Die Tätigkeiten der Familienpflegerin sind hausarbeitsnah und umschließen auch die Betreuung alter Menschen:

"Hauspflege ist eine Form der sozialen Dienste. Die Hauspflegerin (Familienpflegerin) übernimmt die vorübergehende Betreuung von Familien oder Einzelpersonen in deren Häuslichkeit in pflegerischer, hauswirtschaftlicher und erzieherischer Hinsicht. Voraussetzung für ihre Tätigkeit ist ein durch gesundheitliche oder

andere soziale Gründe verursachter Notstand, der weder durch eine Krankenschwester noch durch Haushaltshilfen zu beheben ist. Ihre Hilfe kann nur zeitlich begrenzt gewährt werden. - Die Hauspflegerin (Familienpflegerin) vertritt dabei die Hausfrau und Mutter, wenn diese wegen Krankheit, Wochenbett oder aus anderen Gründen ausfällt. Sie betreut ferner Alleinstehende, Kranke und Alte" (REICHMANN 1967, S. 38 f.).

Die Verwandtschaft der Tätigkeiten mit denen der Hausfrau ist offenkundig. Diese Hausarbeitsnähe hat auch die Professionalisierung der Familienpflege sehr erschwert:

"In der fälschlichen Gleichstellung von Hauspflegerin und Hausfrau liegt eine jener typischen Schwierigkeiten für diesen Beruf. Immer wieder stößt man auf den Fehlschluß, für die Hauspflegerin keine Ausbildung zu gebrauchen, weil ja auch für die normale Hausfrau keine gefordert sei. Wer eine solche Aufgabe nicht nur gelegentlich, sondern als Beruf erfüllen soll, hat ein Anrecht darauf, zur Übernahme solcher Verantwortung befähigt zu werden" (ebenda, S. 10).

Andererseits sahen sich die Verfechter der Professionalisierung gerade durch die Abwertung der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten in ihren Bemühungen um eine Verberuflichung bestätigt:

"Heute ist es einfach nicht mehr vorstellbar, daß junge, begabte Menschen in einem Beruf verwurzeln und durchhalten, in dem die so viel geschmähten hauswirtschaftlichen Aufgaben miterfüllt werden müssen, ohne daß man ihnen zuvor den Beruf in seinem Reichtum an Möglichkeiten zu menschlicher und sozialer Hilfe erschlossen hätte. Es ist ohne weiteres einsichtig, daß gerade in diesem Beruf eine echte Berufsfreude nur dann wachsen kann, wenn die oft monotone und auch körperlich stark beanspruchende Hausarbeit als soziales Tun erkannt und eingeordnet werden kann..." (ebenda, S. 11).

Die Professionalisierung der Hauspflege ist nicht erfolgreich gewesen. Der § 185 RVO schließt die Familienpflegerinnen heute von der häuslichen Krankenpflege aus.

Damit ist gerade den ambulanten Pflegediensten die Möglichkeit genommen, diese Berufsgruppe einzustellen. Ein Grund für die fehlgeschlagene Professionalisierung, die sich auch in der Stagnation der Schulen (im Vergleich zur steigenden Anzahl der Schulen für andere pflegerische Berufe) ausdrückt, ist wohl gerade die wenig spezialisierte, alle Bedürfnisse der Kranken umfassende Ausbildung. Professionalisierung bedeutet zwangsläufig Spezialisierung und Einengung. Der Beruf der Haus- und Familienpflegerin entspricht dieser Forderung in den Inhalten der Arbeit nicht.

5.4. Krankenschwestern/Krankenpfleger

Die Ausbildung zur staatlich anerkannten Krankenschwester bzw. zum Krankenpfleger umfaßt drei Jahre und ist damit die längste pflegerische Ausbildung. Der Anteil der Krankenschwestern und -pfleger an den im Gesundheitswesen tätigen Krankenpflegekräften beträgt 60 Prozent, der Anteil an den im Krankenhaus tätigen Pflegekräften 61 Prozent (DKG in: "Das Krankenhaus" 6/79, S. 226 f.).

Der Anteil der Krankenschwestern in der Altenpflege ist wesentlich geringer. Er beträgt in Einrichtungen der Altenhilfe nach Berger et al. 31 Prozent (1979, S. 61, vgl. auch 4.2.). In den Krankenhäusern/Abteilungen für geriatrisch- und Chronischkranke schwankt der Anteil zwischen 26,7 und 50,6 Prozent (CLEMENS 1979, S. 80), ist also auch in den speziellen Einrichtungen des Gesundheitswesens für alte Menschen erheblich niedriger als in anderen Krankenhäusern.

Die Krankenpflegeausbildung wird immer noch vorwiegend von Frauen absolviert, der Anteil der Männer hat sich allerdings bei den Krankenschwestern/-pflegern von 11 Prozent im Jahre 1963 auf 14 Prozent im Jahre 1976 erhöht (Statistisches Bundesamt, 1978, S. 380).

In der Krankenpflegeausbildung sind praktische Pflege und medizinische Tätigkeiten enthalten. In der Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände heißt es hierzu:

"Ziel der Ausbildung ist die Berufsfähigkeit, d.h., die Krankenpflege unter Berücksichtigung der psychischen, physischen und sozialen Bedürfnisse des Kranken, unabhängig vom Arbeitsplatz auszuüben. Dazu gehören u.a.:

- Beobachtung des Kranken, Erkennen und Beurteilen seiner Bedürfnisse, Weitergabe der Beobachtungen;
- Planung, Organisation und Durchführung der Pflegemaßnahmen, Aktivierung des Patienten zur Mitwirkung bei pflegerischen und rehabilitativen Maßnahmen;
- fachgerechte Durchführung der ärztlichen An- und Verordnungen sowie Mithilfe bei ärztlichen Maßnahmen"

(Diskussionen... 1979, S. 1).

Für die Neuregelung der Krankenpflegeausbildung fordert der Deutsche Berufsverband für Krankenpflege eine stärkere Hinwendung zu den psychischen und sozialen Bedürfnissen der Patienten (ebenda, S. 3).

Im jetzigen praktischen Teil der Krankenpflegeausbildung werden die Gebiete der Inneren Medizin, Chirurgie und Gynäkologie oder Psychiatrie besonders berücksichtigt. Die praktische Ausbildung in Kinderpflege, Kinderheilkunde, Wochen- und Säuglingspflege, Altenpflege und Alterskrankheiten ist nicht vorgesehen. Diese Abgrenzung der Krankenpflege wurde verstärkt durch die Schaffung spezieller Pflegeberufe für diese Personenkreise: Kinderkrankenschwestern, Hebammen und Altenpflegerinnen (KRUSE 1978, S. 22).

Die Tätigkeiten der Krankenschwestern und -pfleger richten sich nach den Anweisungen des Arztes. Die damit verbundenen Unklarheiten verdeutlicht die Tatsache der fehlenden rechtlichen Regelung u.a. für die Gabe von Injektionen. Faktisch üben viele Krankenschwestern diese Tätigkeit häufig aus. Juristisch aber ist der Arzt für sie verantwortlich. Zu juristischen Streitfällen kann es bei Unfällen kommen, wenn der Arzt die Verantwortung für die Tätigkeit der Pflegekraft nachträglich ablehnt und die Schwester nicht schriftlich ("Spritzenschein") das Gegenteil beweisen kann. Die rechtliche Regelung unterstellt so eine Verantwortung des Arztes, die in Wirklichkeit häufig von der Krankenschwester übernommen wird.

Die Dauer der Krankenpflegeausbildung wurde in der Bundesrepublik durch das Krankenpflegegesetz von 1957 von zwei auf drei Jahre erhöht. Für die beiden ersten Jahre war eine Gesamtstundenzahl von 400 vorgesehen, das dritte Jahr

galt als Praktikum, in dem 50 Stunden Unterricht zu erteilen waren (KRUSE 1978, S. 11).

Der Status der Krankenpflegeschülerinnen (Schüler oder Arbeitnehmer) war unklar, bis 1964 ein Urteil des Bundessozialgerichts festlegte, daß Krankenpflegeschülerinnen während ihrer gesamten Ausbildung angestelltenversicherungspflichtig, also als Arbeitnehmer anzusehen seien (ebenda, S. 12 f.). Als Arbeitnehmer werden sie daher auch, meist im Verhältnis 1 : 4, auf den Stellenplan angerechnet, d.h., 4 Schülerinnen ersetzen eine examinierte Pflegekraft.

Das 1965 novellierte Krankenpflegegesetz und die 1966 erlassene Ausbildungs- und Prüfungsordnung hat die Anzahl der Unterrichtsstunden auf 1200 erhöht. Während dieser Unterrichtszeit, die häufig in Blöcken angeboten wird, sind die Schülerinnen nicht auf den Stationen tätig (ebenda, S. 4). Ein Rahmenlehrplan ist vom Gesetzgeber vorgesehen und wurde von der Deutschen Schwesterngemeinschaft präzisiert. Vom Städtischen Ausbildungsinstitut für Krankenpflege in München und vom Hessischen Sozialminister wurden detaillierte Lernzielkataloge für die Krankenpflege aufgestellt (beide 1977). Die Lernzielkataloge sind jedoch nicht verbindlich. "Den einzelnen Schulen bzw. Lehrenden bleibt es also nach wie vor überlassen, den Umfang, die Intensität des zu erwerbenden Wissens und Könnens im Lehrangebot selbst zu bestimmen" (ebenda, S. 5).

Als Zugangsvoraussetzungen für die Krankenpflegeausbildung gelten der Real- schulabschluß oder der Hauptschulabschluß und eine abgeschlossene Berufsausbildung, die Vollendung des 17. Lebensjahres, körperliche Eignung und eine halbjährige hauswirtschaftliche Tätigkeit. Als Ausbildungsstätten gelten Krankenpflegeschulen, die mit einem allgemeinen Krankenhaus mit mindestens drei Fachabteilungen oder einem Fachkrankenhaus mit mindestens 150 Betten verbunden sind und die über eine ausreichende Anzahl geeigneter Lehrkräfte und Räume verfügen. Diese Bestimmungen sind ebenso vage wie bei den Schulen für Krankenpflegehilfe.

Als Besonderheiten der heutigen Krankenpflegeschulen gegenüber anderen, ebenfalls zu einem Berufsabschluß führenden Schulen hebt Kruse zusammenfassend

hervor (1978, S. 1 f.):

- " - daß die Krankenpflegesschulen zu einem staatlichen Berufsabschluß führen, aber weitgehend nicht den Schulgesetzen der Länder unterstehen, jedoch auch nicht das Berufsbildungsgesetz volle Anwendung auf den Ausbildungsgang findet;
- daß die Schulleiter und Lehrkräfte von Krankenpflegesschulen keine Lehramtsprüfungen nachweisen müssen;
- daß weder Schüler-Lehrer-Relation noch Mindestklassenstärke vorgegeben ist;
- daß die Kosten für die praktische wie auch für die theoretische Ausbildung im wesentlichen von den Benutzern der Krankenhäuser, an die die Schulen angeschlossen sind, getragen werden;
- daß für die Schüler von Krankenpflegesschulen tarifvertragliche Vereinbarungen bestehen" (S. 1 f.).

Das Bestreben der Bundesregierung, den staatlichen Einfluß zu verstärken und die Zwitterstellung der Krankenpflegeausbildung aufzuheben, wurde gefördert durch die Notwendigkeit, die deutsche Gesetzgebung dem Europäischen Übereinkommen anzupassen. Die Bundesrepublik Deutschland unterzeichnete 1976 als Mitglied des Europarates dieses "Europäische Übereinkommen über die theoretische und praktische Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern" (*). Gefordert werden darin u.a. 4600 Stunden Mindestausbildungszeit, wovon wenigstens die Hälfte der Zeit der praktischen und mindestens ein Drittel der theoretischen Ausbildung gewidmet sein sollen. Weiterhin wurde festgelegt:

"die praktische Ausbildung auf den Gebieten der allgemeinen Medizin und der medizinischen Fachgebiete, der Kinderpflege und Kinderheilkunde, der Wochen- und Säuglingspflege, der Geisteskrankenpflege und Psychiatrie (möglichst in einer Spezialabteilung) und der Altenpflege und Alterskrankheiten durchzuführen" (KRUSE 1978, S. 22).

Unter anderem gegen diese Bedingungen meldete die Bundesregierung ihre Vorbehalte an und berücksichtigte sie im neugeplanten Krankenpflegegesetz nicht. Auf diese Weise wurden die Interessen der speziellen pflegerischen Berufsgruppen nicht tangiert.

*) Siehe Anhang

1974 legte das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit einen Gesetzentwurf vor, der die Forderungen des Europäischen Übereinkommens zum Teil berücksichtigte. Seitdem wurde dieser Entwurf diskutiert und von den meisten Wohlfahrts- und Standesverbänden abgelehnt. Auch der neue Entwurf von 1978, der außer der einjährigen gemeinsamen Ausbildung von Krankenschwestern, Hebammen und Kinderkrankenschwestern die Anwendung des Berufsbildungsgesetzes vorsieht - und damit die Umwandlung der Krankenpflegeausbildung in eine betriebliche -, fand nicht die Zustimmung der Verbände.

Die wichtigsten Unterschiede zum geltenden Krankenpflegegesetz sind nebst der Kritik der Verbände in dem nebenstehenden Schema aufgeführt.

Die Hauptstreitpunkte in dem geplanten Gesetz sind die einheitliche Grundausbildung für drei verschiedene Pflegeberufe und die Umwandlung der Ausbildung in eine betriebliche.

Gegen die einheitliche Grundausbildung wenden sich Verbände und Bundesrat mit dem Hinweis auf die Unterschiedlichkeit der Ausbildungsinhalte. Dieses Argument trägt jedoch nicht, wenn man bedenkt, daß kein Einwand gegen die gegenseitige Anrechnung von je anderthalb Ausbildungsjahren erfolgt ist.

Obersicht 1

Die Krankenpflegeausbildung

	Jetzige Regelung nach dem Krankenpflegegesetz von 1965	Geplante Regelung nach dem Entwurf der Bundesregierung von 1978	Kritik/Gegenvorschläge zum Entwurf
Ausbildungsdauer	3 Jahre	3 Jahre	keine
Abschluß der Ausbildung	nach 3 Jahren	nach der Prüfung	Bedenken wegen des ungeklärten Status nach Abschluß der Prüfung vor Ablauf von 3 Jahren (ADS, Bundesrat, DBfK)
Voraussetzungen			
a) Alter	17 Jahre	In Ausnahmefällen 16 Jahre	Zu jung, 17 Jahre soll beibehalten werden (DKG, ADS, DBfK, Bundesrat)
b) Schulbildung	10jährige Schulbildung oder Volksschule + 3jährige Pflegevorsch. oder Volksschule + abgeschl. Lehre; jeweils plus halbjährige hauswirtschaftl. Tätigkeit	Realschulbildung od. gleichwertige Schulbildung oder Hauptschulabschl. + Berufsausbildung von mindestens 2 Jahren	Mittlerer Bildungsabschluß (ADS) oder Hauptschule und Lehre (DBfK)
Status der Schüler	Tariffähige Schüler mit Ausbildungsvergütungen	Lehrlinge	Schüler, BAFöG (DBfK); Ausbildungsvergütung beibehalten, eigene Versicherung (ADS)
Anrechnung der Schüler auf Stellenplan	1:4 (nicht im Gesetz festgelegt)	nicht erwähnt, aber Akzeptieren des status quo	Keine Anrechnung (DBfK, DKG) 1:6 (ADS)
Status der Schulen	Mit dem Krankenhaus verbunden, gleicher Ausbildungsort für Theorie und Praxis	Mit Krankenhaus verbunden, aber Trennung ist möglich	Einheit von Theorie und Praxis gefordert (ADS, Bundesrat, DKG)
Kosten der Ausbildung	Abrechnung über den Pflegegesetz	Betriebl. Ausbildg. über Pflegegesetz/Schulische Ausbildung über Träger	Über Pflegegesetz (Bundesrat)

Obersicht I

Die Krankenpflegeausbildung

	Jetzige Regelung nach dem Krankenpflegegesetz von 1965	Gep plante Regelung nach dem Entwurf der Bundesregierung von 1978	Kritik/Gegenvorschläge zum Entwurf
Stundenzahl	Mindestens 1200 Stunden Theorie/Praktische Ausbildung ca. 4200 Stunden ¹⁾ (bei 40-Stunden-Woche)	Mindestens 4600 Stunden mindestens die Hälfte praktische Ausbildung, mindestens ein Drittel theoret. und prakt. Unterricht	Keine
Anforderungen an Lehrkräfte	"Geeignete", darunter mindestens 1 Unterrichts-schwester	"Fachkräfte"	Krankenschwester, -pfleger mit Zusatzausbildung, Ärzte, andere Fachkräfte
Verhältnis Unterrichts-kräfte - Schüler	Nicht erwähnt	Nicht erwähnt	1:20 (ADS), 1:12 (DBfK)
Gemeinsame Ausbildung mit Hebammen und Kinderkrankenpflegekräften	Nein	Ja	Zu große Unterschiede, Zusammenlegung der Schulen nicht möglich

Quellen: Geltendes Krankenpflegegesetz von 1965

Deutscher Bundestag 1979

Diskussion... 1979

Entscheidend dürfte in diesem Zusammenhang die Angst der Trägerverbände sein, nicht über Schulen zu verfügen, die eine gemeinsame Ausbildung durchführen könnten. Diese Befürchtung hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft klar formuliert:

"Nach einvernehmlicher Auffassung aller Verbände ist eine solche einheitliche Grundausbildung, vor allem, wenn sie auch gemeinsam durchlaufen werden soll, praktisch undurchführbar, weil die Ausbildungskapazitäten der Krankenhäuser für die Ausbildungen aller Berufsgruppen nicht ausreichen..." (Diskussion... 1979, S. 6).

Die Schwierigkeiten für die Träger würden nach dem neuen Gesetz verstärkt durch finanzielle Probleme der Schulen, die laut Gesetzentwurf die Ausbildungskosten für die theoretische Ausbildung nicht mehr über den Pflege-satz abrechnen könnten. Diese Regelung wäre eine finanzielle Bedrohung für alle Träger, daher sind Verbände und Bundesrat sich in der Ablehnung einig. Der finanzielle Ruin vieler kleiner Krankenpflegeschulen würde dann die Entstehung von Berufsschulen begünstigen, die in keiner direkten Verbindung zu den Krankenhäusern stehen. Hiergegen haben sich Bundesrat und DKG gewandt. Die Argumente stimmten dabei weitgehend überein:

"Das Auseinanderstreben von Krankenhaus als betrieblicher Ausbildungsstätte für die praktische Ausbildung und von Krankenpflege- bzw. Hebammenschulen als Berufsschule, die voll dem Berufsschulrecht der Länder untersteht, ist damit vorprogrammiert. Der neuralgische Punkt jeglicher betrieblichen Ausbildung, nämlich die ständigen Koordinierungsschwierigkeiten zwischen betrieblicher und berufsschulischer Ausbildung, werden ins Krankenhaus getragen. Krankenpflege- bzw. Hebammenschulen als Berufsschulen in privater Trägerschaft werden - nach den ausdrücklichen bildungspolitischen Konzepten aller Länder - langsam aber sicher verschwinden, da Berufsschulen nach dem Konzept der Länder entweder staatliche oder kommunale sind. Zentrale Berufsschulen für das sogenannte 'Berufsfeld Gesundheitswesen' sind die notwendige Folge..." (DKG, in: Diskussion... 1979, S. 6).

Das Eigeninteresse der Verbände zeigt sich im Argument gegen eine einheitliche Grundausbildung und in der mangelnden Problematisierung der heute vorherrschenden Abhängigkeit der Ausbildung von den Interessen des Krankenhausträgers.

Die Frage bleibt, wie die Krankenpflegeausbildung optimal gestaltet werden kann, ohne die bisherige Tradition abrupt abzubrechen und die Einheit von Theorie und Praxis zu gefährden. Warnendes Gegenbeispiel gegen eine Abtrennung der Schulen von der Praxis ist vor allem die Hochschulausbildung, in der dieses Prinzip am radikalsten verwirklicht ist. Hier unterrichten Lehrkräfte, die selbst häufig nie die gesellschaftliche Wirklichkeit außerhalb der Hochschule kennengelernt haben, deren didaktische Kenntnisse nie überprüft und deren Lehrinhalte von keiner praxisrelevanten Institution kontrolliert werden. Das Auseinanderklaffen von theoretischem und anwendbarem Wissen ist das Resultat derartiger Ausbildungsgänge.

Die geplante Regelung der Krankenpflegeausbildung läßt wichtige Elemente der derzeitigen Ausbildung vermissen, die diese von den betrieblichen Ausbildungen positiv abheben. Dies ist vor allem die Verzahnung von Theorie und Praxis durch die Verbindung des Krankenhauses mit der Schule und der Lehrkräfte mit der Praxis. Diese Vermeidung des Berufs des Vollzeitlehrers, dessen Blickfeld sich mehr und mehr auf die Vermittlung von vorhandenem Wissen einengt, ohne die eigenen Erfahrungen zu erweitern und ohne selbst in der Praxis die Relevanz dieses Wissens permanent zu überprüfen, ist ein äußerst progressiver Bestandteil der heutigen Krankenpflegeausbildung, der nicht durch eine gesetzliche Regelung eliminiert werden dürfte. Die Verbindung der Lehrkräfte mit der Praxis und die organisatorische Verbindung von Lehr- und Praxisort sind Forderungen der Verbände, die in dem geplanten Gesetzentwurf berücksichtigt werden müßten, um die bisherige Theorie-Praxis-Relation nicht zu gefährden. Diese Verbindungen wären aber auch an größeren Schulen für Berufe des Gesundheitswesens möglich, so daß die Argumente gegen eine einheitliche Grundausbildung entfallen.

Eine gemeinsame Grundausbildung wäre ein erster Schritt zum Abbau von Professionalisierung in ihrer negativen Form, indem die Pflegekräfte von vornherein die Perspektive der anderen Berufsgruppen miteinbeziehen lernen. Sie wäre auch ein erster Schritt zum Aufbau von Schulen für Berufe des Gesundheitswesens, in denen weitere Berufsgruppen teilweise gemeinsam unterrichtet werden können. Derartige größere Schulen ermöglichen die Anstellung qualifizierter Lehrkräfte und eine gewisse Unabhängigkeit vom Krankenhausträger.

5.5. Altenpflegerinnen/Altenpfleger

5.5.1. Verteilung, Geschlecht, Alter, Bezahlung

1958/59 wurden die ersten halbjährigen Lehrgänge für Altenpflegehelfer eingerichtet. Ab 1961 wurden Altenpflegeschulen an Altenhilfeeinrichtungen gegründet. 1965 wurde die Ausbildungsordnung für den Beruf des staatlich anerkannten Altenpflegers vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge veröffentlicht, 1969 vom Arbeits- und Sozialminister Nordrhein-Westfalen die erste staatliche Regelung der Altenpflegeausbildung. In den Jahren bis 1978 folgten die anderen Bundesländer mit eigenen Ausbildungsordnungen nach (Diakonisches Werk 1978, S. 10 ff.).

Die genaue Anzahl der bisher staatlich anerkannten Altenpflegerinnen und Altenpfleger ist nicht bekannt. Aufgrund einer Umfrage bei allen 102 Altenpflegeschulen, von denen 87 Prozent antworteten, ermittelte das Diakonische Werk 1978 11.000 ausgebildete Altenpfleger (Diakonisches Werk 1978, S. 50). Der Text der Frage war allerdings so abgefaßt, daß auch Altenpfleger ohne staatliche Anerkennung in diese Zahl eingegangen sein können.

In den Berliner Institutionen unserer qualitativen Untersuchung waren die Altenpfleger nur geringfügig vertreten (2 von 41 Befragten). Auch in Bayern treten staatlich anerkannte Altenpfleger bisher als Berufsgruppe unter dem Pflegepersonal kaum in Erscheinung. Dies liegt an der kurzen Zeit, die dieser Beruf existiert.

Der Altenpflegeberuf war ursprünglich wie die Krankenpflege ein reiner Frauenberuf. Je qualifizierter die Ausbildung und je angespannter der Markt für Ausbildungsplätze wurde, um so mehr Männer strömten in diesen Beruf. Bei einer Umfrage in Nordrhein-Westfalen im Jahre 1973 waren 80 Prozent der Altenpflegeschüler Frauen (VIEBAHN 1974, S. 145). Bei einer Umfrage an Altenpflegeschulen in Niedersachsen im Jahre 1977 waren nur etwas mehr als 70 Prozent Frauen (SCHMID/SCHÜBERLE 1978 a, S. 49).

Während der Altenpflegeberuf zunächst vorwiegend ein "Umsteigeberuf" für ältere Frauen war, wird er nun zunehmend zum Erstberuf. Bei der Studie von

Viebahn waren zwei Drittel der Befragten 30 Jahre und älter, von den verschiedenen Altersgruppen war die Gruppe der 40- bis 49jährigen Schüler am stärksten vertreten (VIEBAHN 1974, S. 146). Schon 1972 war der Altenpflegeberuf für Männer häufiger der Erstberuf, ihr Durchschnittsalter lag niedriger (ebenda). Bei der niedersächsischen Umfrage aus dem Jahre 1977 waren nur 34 Prozent der Altenpflegeschüler 30 Jahre und älter (SCHMID/SCHÖBERLE 1978, S. 48). Das Diakonische Werk, das die jüngste Studie vorgelegt hat (1978), ermittelte eine Steigerung des Anteils von "jüngeren" Altenpflegeschülern (zum genauen Alter wird keine Aussage gemacht) an einigen Ausbildungsstätten auf 70 bis 80 Prozent (Diakonisches Werk 1978, S. 35). Der Altenpflegeberuf ist für jüngere Menschen und auch für Männer attraktiv geworden "als einer der letzten sozialen oder pflegerischen Berufe, für den der Hauptschulabschluss als Zugangsvoraussetzung ausreicht, der aber auch noch die Aussicht auf einen gut bezahlten Arbeitsplatz bietet" (Diakonisches Werk, S. 34 f.).

Die Bezahlung der Altenpfleger liegt unter der von Krankenschwestern/-pflegern und über der von Krankenpflegehelfern. Nach den Arbeitsvertragsrichtlinien des Diakonischen Werks beträgt die Vergütung in Anlehnung an BAT VII-IV a, in Anlehnung an den Tarif für Krankenpflegepersonal Kr 2 bis Kr 6. In Berlin werden staatlich anerkannte Altenpfleger nach Kr 2 bis Kr 7 bezahlt. Hier können Altenpfleger auch Positionen von Krankenschwestern und -pflegern einnehmen und entsprechend (Kr 5 bis Kr 6) bezahlt werden. Kr 7 erhalten Altenpfleger als Erste Lehrkraft an einer Altenpflegeschule (Senator für Inneres 1978, 1977).

Die Altenpfleger scheinen damit in eine gewisse Konkurrenz zu Krankenschwestern/-pflegern und auf der anderen Seite zu Krankenpflegehelfern zu treten, soweit diese Berufsgruppen an der Altenpflege interessiert sind. Ähnliches gilt für die Tätigkeiten von Sozialarbeitern, soweit diese von Altenpflegern ausgeübt werden. Dies ist in Berlin, aber auch in anderen Bundesländern in der offenen Altenhilfe der Fall.

Ebenso wie die Krankenschwester eine Hilfskraft in der Krankenpflegehelferin hat, haben die staatlich anerkannten Altenpfleger als neue Berufsgruppe eine Gruppe "unter sich": die Altenpflegehelfer, die entweder

aufgrund der Neuheit des Berufs keine Altenpflegeausbildung haben, oder die keine qualifizierte Ausbildung absolvieren wollen und/oder können. Ihr Status ist dadurch gekennzeichnet, daß sie "unter Anleitung einer Fachkraft" eingesetzt werden. "Die Behandlungspflege ist dem staatlich anerkannten Altenpfleger bzw. der Krankenschwester vorbehalten" (Diakonisches Werk 1978, S. 55).

Zur Abgrenzung gegenüber dem Beruf des Altenpflegers stellt das Diakonische Werk außerdem fest, daß der Altenpflegehelfer keine Aufstiegsmöglichkeiten hat und daß die Ausbildung ihn auch nicht befähigt, "im Rahmen der offenen Altenhilfe als geschulte Kraft aufzutreten" (S. 55).

Um dieses Zweiklassensystem nicht weiter auszubauen, hat der Senat von Berlin die Altenpflegehelferausbildung, die von den Verbänden durchgeführt wurde, finanziell nicht weiter unterstützt. Die Verbände mußten daraufhin die Durchführung dieser Ausbildung einstellen.

Die Professionalisierungstendenz in der Altenpflege ist sehr deutlich: Die Rechte des staatlich anerkannten Altenpflegers beinhalten Kompetenzbeschnidungen und Statusminderung des Altenpflegehelfers, auch wenn in der Praxis häufig beide Berufsgruppen das gleiche tun. Die Altenpfleger bemühen sich, das Prestige von Krankenschwestern zu erwerben und die weniger qualifizierten Kräfte hinter bzw. unter sich zu lassen.

5.5.2. Ausbildung

Die Altenpflegeausbildung erfolgt an Fachschulen, die Schüler sind also Auszubildende^{*)}, keine Arbeitnehmer.

Die objektiven Zulassungsvoraussetzungen zur Altenpflegeausbildung sind gesetzlich festgelegt. In Niedersachsen und Bayern können Altenpflegeschüler ab dem 17. Lebensjahr ausgebildet werden; in Berlin, Rheinland-Pfalz, Hamburg, Baden-Württemberg ist keine untere Altersgrenze festgelegt; in Bremen, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein müssen Altenpflegeschüler mindestens 18 Jahre alt sein. Eine obere Altersbegrenzung ist im allgemeinen nicht vorgesehen. Die Schulen geben bei der Umfrage von Garms-Homolová im Jahre 1975 ein Höchstalter von 45 bis 55 Jahren an (GARMS-HOMOLOVA 1977 b, S. 88 ff.). Die Bildungsvoraussetzungen für den Zugang zu Altenpflegesschulen sind ebenfalls höchst unterschiedlich, im allgemeinen reicht der Hauptschulabschluß aber aus. Danach werden teilweise Forderungen nach einer abgeschlossenen Berufsausbildung (Rheinland-Pfalz) erhoben (GARMS-HOMOLOVA 1977 a, S. 22 ff.).

Infolge der vielen Bewerber für die Altenpflegeausbildung gehen heute viele Schulen in ihren Anforderungen über die staatlichen Bestimmungen hinaus und bevorzugen Schüler mit Realschulbildung (Diakonisches Werk 1978, S. 34 f.). Hinzu kommen Bewertungsmuster bei der Auswahl der Schüler, die durch die Verbände als Träger der Schulen erfolgt. Die katholischen Ausbildungsstätten für Altenpflege haben bei ihren Kriterien für die Aufnahme von Altenpflegeschülern neben der sozialen Motivation folgende Eigenschaften als wichtig bezeichnet:

"Intelligenz, Anpassungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit, Belastbarkeit, Kritikfähigkeit, Verantwortungsbewußtsein, Einfühlungsvermögen, Leistungsbereitschaft, praktische Begabung, Beobachtungsgabe"
(Kuratorium Deutsche Altershilfe 1978/15, S. 5).

*) nicht jedoch Lehrlinge

Zusammengenommen machen diese Eigenschaften in etwa das Bild einer entwickelten menschlichen Persönlichkeit aus - deren Bewertung stark von den subjektiven Einschätzungen des Beurteilers abhängt. Diese subjektiven Beurteilungskriterien spielen besonders in der heutigen Arbeitsmarktsituation eine Rolle, in der die Ausbildung zum Altenpfleger sehr begehrt ist und mehr Bewerber als Ausbildungsplätze zur Verfügung stehen.

Seit Beginn der Altenpflegeausbildung gibt es Bemühungen um ihre Vereinheitlichung in den verschiedenen Bundesländern. Zu diesem Zweck tagte im Dezember 1978 und im Februar 1979 eine Arbeitsgruppe im Deutschen Verein für Öffentliche und Private Fürsorge, die einen Entwurf erarbeitete, der im Januar 1980 als Empfehlung des Deutschen Vereins den Ländern zugeleitet wurde. In diesem Entwurf ist als Zulassungsvoraussetzung der Hauptschulabschluss und eine mindestens zweijährige einschlägige Berufsausbildung oder eine dreijährige einschlägige praktische Tätigkeit vorgesehen^{*)}.

Diese Forderung beinhaltet die endgültige Festlegung der Altenpflegeschule als Fachschule. Die "einschlägige praktische Tätigkeit" dürfte dann den Sonderfall für die Umschüler darstellen.

Die Einordnung der Altenpflegeausbildung in den Fachschulbereich hat als Folge für die Auszubildenden, daß Bewerber ohne Berufsausbildung nur noch in Ausnahmefällen zugelassen werden, d.h., daß die Altenpflege, wie sich jetzt schon abzeichnet, ein Erstberuf für jüngere Menschen wird, die häufig aus formalen Gründen vorher eine andere Berufsausbildung absolvieren.

Die Möglichkeit für die Altenpflegeschulen, unter einer Vielzahl von Themen auszuwählen, und die höhere Einschätzung einer besseren Schulbildung im Vergleich zur praktischen Tätigkeit, würde dann Frauen, die keinen Berufsabschluß haben und nach einigen Jahren Arbeit in der Familie eine Berufsausbildung absolvieren wollen, den Zugang erschweren.

Aus der Unterschiedlichkeit der Bewerber für die Altenpflegeausbildung wurde schon der Vorschlag nach zwei Ausbildungswegen (für jüngere Bewerber und für Umschüler) abgeleitet (MORGENROTH 1977, Diakonisches Werk 1978, S. 35), der aber nicht realisiert wurde.

*) s. Anhang

Die staatliche Anerkennung der Schulen erfolgt je nach der Ausbildungsordnung. In manchen Ländern werden keine Anforderungen an die Schulen gestellt, in anderen sind die Anforderungen ähnlich vage formuliert wie bei Krankenpflegeschulen. In Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen ist Voraussetzung für die Anerkennung die Angliederung an eine Einrichtung der Altenhilfe (GARMS-HOMOLOVA 1977 a, S. 10). Ferner wird die erforderliche Anzahl geeigneter Lehrkräfte und Räume und die Leitung durch eine Fachkraft mit mehrjähriger Erfahrung in der Altenhilfe (Hessen, Niedersachsen) bzw. in der Sozialpflege, -pädagogik oder -arbeit gefordert (Nordrhein-Westfalen).

In der neuen Ausbildungsordnung des Deutschen Vereins sind die Vorschriften nicht präziser gefaßt. Außerdem räumt der Entwurf hier ein, daß die Länder bei unterschiedlichen Regelungen je nach Landesrecht bleiben werden.

Die tatsächliche Besetzung der Altenpflegeschulen mit Lehrkräften scheint weder quantitativ noch qualitativ den Anforderungen an die Ausbildung zu entsprechen. Die Umfrage von Viebahn bei Altenpflegeschulen in Nordrhein-Westfalen 1972 ergab einen Anteil von 10 Prozent hauptamtlicher Lehrpersonen, von denen die wenigsten eine spezielle Lehrbefähigung aufweisen (1974, S. 143 f.). Nebenamtliche Unterrichtstätigkeit an Altenpflegeschulen heißt zudem nicht, daß die Unterrichtskräfte den übrigen Teil ihrer Arbeitszeit in der Einrichtung der Altenhilfe verbringen, sondern daß sie zum Teil außerhalb der Altenpflege hauptamtlich beschäftigt sind. Der Unterricht durch nebenamtliche Lehrkräfte dürfte häufig "nebenbei" erledigt werden. Garms-Homolová (1977 b, S. 52) errechnete für 37 Schulen einen Durchschnitt von 1,05 hauptamtlichen Lehrkräften und 12,4 nebenamtlichen oder ehrenamtlichen Lehrkräften pro Schule. Auch die Leitung der Altenpflegeschulen ist häufig eine Nebenaufgabe (S. 51).

Die Umfrage bei 42 Lehrpersonen an Altenpflegeschulen in Niedersachsen (SCHMID/SCHÜBERLE 1978 a) ergab einen Anteil von 10 Prozent der Befragten, deren Tätigkeitsschwerpunkt in der Altenpflegeausbildung liegt (S. 46). Bei dieser Umfrage waren die Lehrer mit Fachhochschul- oder Hochschulabschluß am stärksten vertreten (53 Prozent), gefolgt von Realschülern (26 Prozent) (S. 42). Die Zahlen dieser Erhebung, die auf 42 Fragebögen basiert, sind jedoch zu wenig repräsentativ, um weiter interpretiert werden zu können.

Der Unterricht an Altenpflegeschulen umfaßt ein Jahr theoretische und ein

Jahr praktische Ausbildung. Während der theoretischen Ausbildung werden 600 (Bremen, Baden-Württemberg) bis 700 Stunden Unterricht angeboten, die praktische Ausbildung soll in den meisten Bundesländern 1200 Stunden umfassen. Das zweite Ausbildungsjahr ist derzeit als Anerkennungsjahr bzw. als Berufspraktikum konzipiert. Während dieser Zeit wird an Studientagen Unterricht angeboten. In der Ausbildungsordnung des Deutschen Vereins soll nach dem ersten Ausbildungsjahr ein halbes Jahr Praktikum abgeleistet werden, danach ein weiteres Jahr Schulunterricht, der mit einer Prüfung abgeschlossen wird. Die neue Ausbildungsordnung würde auch die Stundenzahl erheblich erhöhen. Geplant sind 1400 Stunden Unterricht und 100 Stunden Fachpraktika während der theoretischen Ausbildung. Diese Erhöhung der Unterrichtsstunden und die Einbindung des Praktikums von einem halben Jahr in die Ausbildungszeit vor der Prüfung würde eine engere Bindung der Schüler an die Ausbildungsstätte zur Folge haben und bisher bestehende Unklarheiten für die Förderung durch das BAföG im zweiten Jahr beseitigen.

5.6. Unterschiede und Gemeinsamkeiten in der Ausbildung zur Kranken- und Altenpflege

Um eine Bewertung der unterschiedlichen Ausbildungen zu ermöglichen, werden im folgenden die wesentlichen Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Krankenpflege- und Altenpflegeausbildung dargestellt. Für die Krankenpflege sind dabei die jetzige und die zur Diskussion stehende Regelung, für die Altenpflege die vom Deutschen Verein 1980 verabschiedete Empfehlung die Quellen für den Vergleich.

5.6.1. Allgemeine Bestimmungen und Einordnung in das Bildungssystem

Die allgemeinen Bestimmungen für Krankenpflege- und Altenpflegeausbildung bleiben auch nach einer Neuregelung unterschiedlich. Insbesondere werden die unterschiedlichen Kompetenzen durch die Überantwortung der Aufsicht über die betriebliche Bildung an den Bundesstaat und der Aufsicht über die Schulen an die Länder bestätigt. Die Krankenpflegeausbildung wird damit zwar nominell von den Trägerverbänden durchgeführt, untersteht aber in doppelter Hinsicht

staatlicher Kontrolle.

Die Altenpflegeausbildung ist demgegenüber nicht im gleichen Maß kontrolliert, weil hier die Schulen bestimmte Auflagen erfüllen müssen, der Träger aber ansonsten relativ viel Freiheit in der Gestaltung der Ausbildung hat. Vor allem bei der praktischen Ausbildung hat der Träger freie Hand, während eine zukünftige betriebliche Ausbildung in der Krankenpflege den Spielraum einengen würde.

Die staatliche Einflußnahme ist bei den Krankenpflegesschulen schon jetzt stärker als bei den Altenpflegesschulen. Von den Krankenpflegesschulen befinden sich 45,9 Prozent in konfessioneller Trägerschaft (inklusive Kinderkrankenpflegesschulen, nach: KRUSE 1978, S. 9), während dieser Prozentsatz bei den Altenpflegesschulen 71,5 Prozent beträgt (nach: Diakonisches Werk 1978, S. 67 ff.). Wie auch die Trägerschaften für andere Institutionen des Gesundheitswesens zeigen, hat der Bundesstaat den Altenhilfesektor stärker den Wohlfahrtsverbänden und den Kommunen überlassen. Dementsprechend ist auch sein Interesse an der Regelung der Krankenpflegeausbildung als betrieblicher Ausbildung größer.

Die Finanzierung der Krankenpflegeausbildung über die Pflegesätze überträgt die finanzielle Verantwortung für die Ausbildung der Pflegekräfte den Kostenträgern und damit indirekt den Patienten. Diese Regelung wäre dann die sinnvollste, wenn alle im Krankenhaus Tätigen davon erfaßt wären, so daß der Pflegesatz die Ausbildungskosten für alle Personalgruppen enthielte, und wenn Patienten und Kostenträger Einsicht und Mitsprache bei der Gestaltung der Ausbildung hätten. Da dies nicht der Fall ist, interessieren sich die potentiellen Patienten relativ wenig für diesen Bereich und empfinden es zunächst vielleicht auch als Fortschritt, wenn die Pflegesätze als Folge einer Neuregelung sinken. Die Folge dieser Abtrennung ist jedoch, daß auch die Ausbildung selbst sich stärker verselbständigt, da die Schulen anders finanziert werden als die betrieblichen Ausbildungsstätten. Die staatliche Einflußnahme garantiert nicht in jedem Fall eine qualifiziertere Ausbildung, und vor allem keine billigere, da die Kosten dann über Steuern von den potentiellen Patienten erhoben werden.

Übersicht 2

Unterschiede in der Ausbildung zur Krankenpflege und Altenpflege

Krankenpflegeausbildung zur Zeit	Altenpflegeausbildung geplant (Bundestag)	Altenpflegeausbildung geplant (Deutscher Verein)
-------------------------------------	---	--

a) Allgemeine Bestimmungen und Einordnung in das Bildungssystem

1. Kompetenzen	Staatl. Berufsabschluß, aber weitgehend nicht den Ländern unterstehend	Staatl. Berufsabschluß, weitgehend staatl. Behörden unterstehend	Staatl. Berufsabschluß, Länderhoheit über Ausbildungsbestimmungen
2. Kosten	Für theoretische u. praktische Ausbildung über Pflegesatz	Für theoretische Ausbildung: Träger der Schule, für prakt. Ausbildg.: über Pflegesatz	Träger, staatliche Zuschüsse, z. T. Schüler
3. Status der Schüler	Zwitterstellung Schüler-Lehrling Tarifrechtliche Vereinbarungen	Lehrlinge	Schüler

Obersicht 2

Unterschiede in der Ausbildung zur Krankenpflege und Altenpflege

	Krankenpflegeausbildung zur Zeit geplant (Bundestag)	Altenpflegeausbildung geplant (Deutscher Verein)
--	---	--

b) Anforderungen an Schulen,
Lehrkräfte, Unterricht

1. Theorie-Praxis-Bezug	Schule verbunden mit Krankenhaus	Schule möglichst verbunden mit Krankenhaus, aber auch ohne funktionelle Verbindung möglich	Nach Landesgesetz geregelt, an Altenhilfeeinrichtung angegliedert
2. Lehrkräfte	"Ausreichende" Zahl "geeigneter" Lehrkräfte	"Geeignete Lehrpersonen"	"Geeignete Lehrpersonen"
3. Relation Schüler - Lehrer	Nicht vorgegeben	Nicht vorgegeben	Nicht vorgegeben
4. Unterricht	1200 Stunden Unterricht	4600, davon mindestens 2300 praktische Ausbildung, mindestens 1533 theoret. u. prakt. Unterricht	2400, davon 1400 theoret. Unterricht, 1000 Stunden Praktik

c) Zugangsvoraussetzungen

1. Alter	17 Jahre	In Ausnahmefällen 16 Jahre	Keine Angaben
2. Schulbildung	Realschul- oder vergleichb. Abschluß od. Hauptschulabschluß u. schluß u. Berufsausbildung	Realschulabschluß oder Hauptschulabschluß und mindestens 2jährige Berufsausbildung	Hauptschulabschluß und mindestens 2jährige Berufsausbildung oder Abitur, 1jährige prakt. Tätig. oder Hauptschule und 3 jährige einschl. prakt. Tätigkeit

Quellen: Krankenpflegegesetz 1965
Deutscher Bundestag 1979
Deutscher Verein 1978

Daß die staatlichen Eingriffe bei der Altenpflegeausbildung nicht im gleichen Ausmaß geplant sind, hat Vor- und Nachteile. Einerseits haben die Träger einen relativ breiten Spielraum, andererseits kann der Spielraum auch so genutzt werden, daß die Altenpflegeschüler darunter leiden, zum Beispiel durch unzureichende Qualifikation der Lehrkräfte, einseitige Ausrichtung der Ausbildung an dem Bedarf der angegliederten Institution der Altenhilfe etc.

Die Durchlässigkeit der Berufsausbildung ist bei der derzeitigen und bei den geplanten Regelungen nicht gegeben. Altenpfleger sind in dem geplanten Krankenpflegegesetz nicht unter den Berufsgruppen aufgeführt, denen die Ausbildung oder zumindest ein Teil davon auf die Krankenpflegeausbildung angerechnet wird. Für die Altenpflegeausbildung ist vorgesehen, daß die Ausbildungszeit von Bewerbern mit einer einschlägigen zweijährigen Ausbildung auf 16 Monate verkürzt werden kann, Krankenpflegehelfer dürften nach der jetzt geplanten Regelung auch mit ihrer einjährigen Ausbildung nicht als Schüler zugelassen werden.

Die Abschottung der Altenpflege gegenüber der Krankenpflege und umgekehrt scheint damit aufrechterhalten. Hier schlägt der Nachteil eines unkoordinierten, zersplitterten Bildungssystems durch, dessen Flexibilität und Durchlässigkeit durch vorhandene Interessen und Machtstrukturen eingeschränkt sind.

5.6.2. Schulen, Lehrpersonal und Unterricht

Die qualitativen und quantitativen Voraussetzungen für die Anerkennung von Schulen sind für beide Ausbildungen gleichermaßen vage. Die Anbindung der Krankenpflegeausbildung an die Krankenhäuser wurde schon diskutiert. Die Qualifikation der Lehrkräfte ist in keiner Regelung näher definiert.

Die Unterrichtsstunden wurden nach den Plänen der Bundesregierung für die Krankenpflege und denen des Fachausschusses III im Deutschen Verein für die Altenpflege erhöht, für die Krankenpflegeausbildung allerdings nur unerheblich. Mit den vorgesehenen 1400 Stunden theoretischem Unterricht ist die

Altenpflegeausbildung in zwei Jahren anspruchsvoller als die geplante Krankenpflegeausbildung mit 1533 Stunden. In diesen Stunden ist der praktische Unterricht in der Krankenpflege noch eingeschlossen, der bei der geplanten Altenpflegeausbildung als 1000 Stunden Fachpraktika erscheint. Damit hat die geplante Altenpflegeausbildung einen Grad der Verschulung erreicht, der den der Krankenpflegeausbildung übertrifft.

5.6.3. Zulassungsvoraussetzungen

Auch bei den Zulassungsvoraussetzungen hat die Altenpflegeausbildung zum Teil höhere Anforderungen als die Krankenpflege. Während ein Realschüler für die Zulassung zur Krankenpflegeausbildung keine weitere Voraussetzung erbringen muß, hat er für die Zulassung zur Altenpflegeausbildung wie die Hauptschüler eine zweijährige Berufsausbildung nachzuweisen.

So sinnvoll die Forderung nach praktischen Erfahrungen vor der Altenpflegeausbildung ist, so grotesk ist doch das Hochschrauben der Anforderungen im Vergleich zur Krankenpflegeausbildung. Hierin zeigen sich die Mängel eines Bildungssystems, das uneinheitlich, undurchlässig und unübersichtlich ist, so daß nicht einmal die Verantwortlichen Vergleiche vor ihren Planungen anstellen. Die Struktur des Bildungswesens verstärkt so die negativen Folgen der Professionalisierung in der Altenpflege: die Abtrennung von anderen Berufsausbildungen für die Pflege.

5.6.4. Ausbildungsgänge und -inhalte

Die derzeitigen Regelungen für die Anzahl der Unterrichtsstunden werden in den drei Ausbildungsgängen zur Krankenpflegehilfe, zur Altenpflege und zur Krankenpflege in der Praxis weit überschritten. Während die Krankenpflegeausbildung und die Krankenpflegehelferausbildung von der gesetzlich vorgeschriebenen Stundenzahl her bundeseinheitlich geregelt sind, zeigt die Altenpflegeausbildung heute auch in der Stundenzahl große Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern. Die stärkste Verschulung der Ausbildung zeigt das Land Berlin mit ca. 1300 Stunden Unterricht, die geringste Anzahl

Unterrichtsfächer in der Altenpflege, Krankenpflegehilfe und Krankenpflege

	S C H U L E N D E R															
	Krankenpflegehilfe Niedersachsen ¹⁾ (n=4 bzw. 6)			Altenpflege Bayern Berlin ²⁾			Niedersachsen Praxis			Krankenpflege Gesetz Niedersachsen						
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%				
	20	8	46	11	100	10	300	22	190	27	195	24	100	9	151	11
Berufskunde, Staatsbürger- u. Gesetzeskunde, Sozialkunde, Sozialhilfe ³⁾	-	-	-	-	90	9	120	9	45	6	58	7	-	-	-	-
Schriftverkehr, Deutsch, Ergänzung der Allgemeinbildg.	-	-	13	3	130	13	240	18	135	19	147	18	40	4	64	5
Psychologie, Pädagogik, Soziologie	25	10	37	9	-	-	-	-	-	-	-	-	80	7	99	7
Allgemeine u. pers. Hygiene Gesundheitserziehung	15	6	17	4	-	-	-	-	20	3	23	3	30	3	43	3
Arzneimittellehre, med.Rechn. Gesundheits- und Ernährungslehre	15	6	19	5	-	-	80	6	80	11	90	11	30	3	39	3
Physik, Chemie, Strahlenschutz	-	-	5	1	-	-	-	-	-	-	-	-	30	3	59	4
Anatomie, Physiologie, Biologie	20	8	44	11	80	8	-	-	-	-	-	-	90	8	137	10
Krankheitslehre (Geriatric)	50	20	80	20	130	13	160	12	100	14	98	12	420	38	450	33
Krankenpflege	95	38	122	30	200	20	120	9	100	14	127	16	250	23	294	21
Unfallverhütung, Erste Hilfe	10	4	22	5	-	-	-	-	-	-	-	-	30	3	36	3
Hauswirtschaftliche Fächer	-	-	-	-	130	13	100	7	-	-	-	-	-	-	-	-
Beschäftigungslehre, Musik und Bewegungsübungen, Gruppenarb.	-	-	-	-	140	14	240	18	30	4	62	8	-	-	-	-
Summe:	250	100	405	99	1000	100	1360	101	700	98	800	99	1100 ⁴⁾	101	1372	

Quellen der Tabelle 33 Unterrichtsfächer in der Altenpflege, Krankenpflegehilfe und Krankenpflege

- GARYS-HOMOLOVA 1977 a
- SCHMID/SCHÖBERLE 1978 a und b

- 1) Die einzelnen Fächer wurden zur besseren Vergleichbarkeit teilweise zusammengefaßt.
Die Zahlen für Niedersachsen stammen aus SCHMID/SCHÖBERLE 1978 a, S. 27; 1978 b, S. 32, 34.
Die Summen wurden neu errechnet, da sie in den Berichten falsch waren.
- 2) Die Angaben für Wochenstunden wurden auf ein Jahr umgerechnet. Abzuziehen sind zwei Wochen à 34 Stunden (Ferien).
- 3) Sozialkunde, -recht und -hilfe werden nur in der Altenpflegeausbildung unterrichtet.
- 4) Plus 100 Stunden, die auf die einzelnen Fächer zu verteilen sind.

von Stunden ist in den von uns betrachteten Ländern Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen (700 Stunden) vorgeschrieben.

Die geplante Regelung der Krankenpflegeausbildung ist offenbar an vielen Schulen schon Realität, weil die geplante Unterrichtsstundenzahl schon heute überschritten wird.

In der Verteilung der unterschiedlichen Fächer zeigen Krankenpflegehilfe- und Krankenpflegeausbildung ein ähnliches Bild. Demgegenüber sind die Unterschiede der Altenpflegeausbildung offensichtlich. Psychologische, soziologische und sozialkundliche Inhalte sowie Beschäftigungs-, Bewegungs- und Gruppentherapie fallen in der Krankenpflegeausbildung kaum bzw. gar nicht ins Gewicht, spielen aber in der Altenpflegeausbildung eine große Rolle. Die Altenpflegeausbildung in Bayern entspricht der Krankenpflegeausbildung in der Verteilung der Fächer noch am ehesten, während die Inhalte der Altenpflegeausbildung in Berlin am stärksten sozial-pädagogisch ausgerichtet sind.

Bei den Angaben über die Schulen in Niedersachsen ergibt sich für die Praxis keine wesentlich andere Verteilung für alle drei Ausbildungen.

Die Verteilung der Unterrichtsinhalte auf die verschiedenen Ausbildungsgänge zeigt, wie die Schwergewichte auch in der beruflichen Tätigkeit gesehen werden: Die soziale Umgebung und die psychischen Bedürfnisse des Patienten mit einzubeziehen, lernen Altenpfleger eher als Krankenschwestern. Krankenpflegehelfer hingegen sind auch von der Unterrichtsmenge her mit beiden Berufsgruppen nur insofern zu vergleichen, als die Verteilung der Fächer eine verkleinerte Kopie der Krankenpflegeausbildung darstellt.

Die Unterschiede zwischen Kranken- und Altenpflegeausbildung zeigen sich auch in einem Vergleich der bisher vorliegenden Lernzielkataloge aus Bayern und Hessen (1977) für die Krankenpflege und dem Münchner Lehrplan für Altenpflegesschulen. Die Lernzielkataloge für die Krankenpflege demonstrieren ein eher technokratisches Verständnis von den Funktionen des menschlichen Körpers und lassen psychosomatische, psychologische und soziale Bezüge außer acht. Psychologische und soziale Prozesse werden quasi als Anhängsel behandelt,

nicht im Zusammenhang mit den somatischen Vorgängen. So werden im Münchner Lernzielkatalog sämtliche psychologischen Kenntnisse unter dem Richtziel "Der Schüler muß fähig sein, zwischenmenschliche Prozesse zum Wohle des Patienten zu steuern" auf 60 Seiten abgehandelt (EISENREICH/ROSENHAGEN 1977, S. 78). Schon die Formulierung "steuern" hat ganz bestimmte Implikationen: Der Patient ist der passive, rezeptive Mensch, der sich anzupassen hat, während die Pflegekraft die aktive Person ist, die die Situation und den Patienten beherrscht.

Demgegenüber ist der Lehrplan des Staatsinstituts für Schulpädagogik in München für die Schulen der Altenpflege wesentlich mehr auf das Verständnis und die Einfühlung in die Probleme alter Menschen abgestellt. Für die Alterspsychologie werden als Richtziele genannt:

"Fähigkeit und Bereitschaft, die Individualität und die psychologischen Probleme des älteren Menschen zu verstehen und verschiedene Verhaltensweisen des älteren Menschen zu erklären; Einsicht in die Bedeutung der Psychologie für einen angemessenen Umgang mit älteren Menschen" (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus 1975, S. 14).

Wenngleich dieser Lehrplan zum Teil aufgrund seiner römisch-katholischen Orientierung einseitig ist, umfaßt die Grundhaltung gegenüber dem alten Menschen doch körperliche, seelische und soziale Bedürfnisse und ist in dieser Hinsicht der technokratischen Sicht der Lernzielkataloge für Krankenpflege zu überlegen.

In den Verteilungen der Unterrichtsfächer und in den detaillierten Lehrplänen zeigen sich wieder die Folgen der getrennten Entwicklung von Altenpflege und Krankenpflege. Getrennt von der medizinisch ausgerichteten Krankenpflege und stark beeinflusst von der Sozialarbeit konnte die Altenpflegeausbildung Elemente entwickeln, die in der Krankenpflegeausbildung (und auch in der ärztlichen Ausbildung) zu wenig berücksichtigt werden. Diese Mängel sieht der Deutsche Berufsverband für Krankenpflege - wenn auch ohne auf die Altenpflege Bezug zu nehmen:

"Der Schwerpunkt (der Ausbildungsinhalte, H.v.B.) muß von den medizinisch-technischen Inhalten mehr auf die ganzheitliche Krankenpflege und ihre kommunikativen und psychosozialen Aufgaben verlagert werden. Der Krankenpflegeschüler muß den Patienten auch außerhalb des Krankenhauses erleben, Einsätze in Sozialstationen, Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und selbstverständlich auch im Bereich der Psychiatrie sind unbedingt erforderlich" (Diskussion... 1979, S. 3).

Genau betrachtet könnte die Altenpflege von ihren Zielen her noch für die Krankenpflege befruchtend wirken - vorausgesetzt, das Bildungssystem wäre flexibler.

5.6.5. Soziale Herkunft der Schüler¹⁾

Der Anteil der Arbeiter ist am größten bei den Schülern der Krankenpflegehilfe, am geringsten bei den Schülern der Krankenpflege. Beamte und Selbständige sind etwas häufiger die Väter von Krankenpflegeschülern als von Angehörigen der beiden anderen Gruppen. Tendentiell stammen die Krankenpflegeschüler im Durchschnitt etwas häufiger aus einer höheren sozialen Schicht als Krankenpflegehelfer und Altenpfleger, und Krankenpflegehelfer stammen im Durchschnitt etwas häufiger aus einer niedrigeren sozialen Schicht als die beiden anderen Gruppen.

Tab. 34
Schichtstruktur von Krankenpflege-, Altenpflege-, Krankenpflegehelfer-Schülern in Niedersachsen

(Prozentwerte)	Krankenpflege	Altenpflege	Krankenpflegehilfe
Basis	3546	194	240
<u>Stellung des Vaters im Beruf</u>			
Angestellter	24,6	25,5	20,9
Arbeiter	30,0	33,3	40,0
Beamter	13,2	9,9	9,8
Landwirt	11,7	9,9	13,3
Selbständiger	11,8	11,0	7,5
Sonstige	7,8	10,4	8,9
Mit Hochschulabschluß	12,2	11,5	8,4
<u>Schulbildung der Schüler</u>			
Hauptschule	19,4	50,5	75,0
Realschule	67,2	44,8	19,6
Fachoberschule	2,4	2,1	0,8
Abitur	9,5	2,6	1,7
Sonstige	1,5	-	2,9

Quellen: SCHMID/SCHÖBERLE 1978 a, S. 50 f.; 1978 b, S. 75 f., S. 79

1) Für einen Vergleich von Krankenpflege, Krankenpflegehilfe und Altenpflege während der Ausbildung bietet sich die Studie des Instituts für Regionale Bildungsforschung in Hannover über die Nichtärztlichen Heilberufe in Niedersachsen an. Die Untersuchungen waren auf ein Bundesland beschränkt und wurden etwa zur gleichen Zeit durchgeführt. Die Ergebnisse sind daher vergleichbar. Allerdings sind die Fallzahlen für Krankenpflegeschüler erheblich höher als die für Schüler der Krankenpflegehilfe und der Altenpflege, so daß Interpretationen entsprechend vorsichtig sein müssen.

Die Schulbildung der verschiedenen Schülergruppen zeigt große Unterschiede entsprechend den unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen. Während bei den Schülern der Krankenpflegehilfe drei Viertel eine Hauptschulbildung haben, sind es bei den Altenpflegeschülern die Hälfte und bei den Krankenpflegeschülern nur ein knappes Fünftel. Mehr als ein Drittel der Krankenpflegeschüler und annähernd die Hälfte der Altenpflegeschüler verfügen mit dem Realschulabschluß über einen mittleren Bildungsabschluß. Dies deutet darauf hin, daß die Schulen eine entsprechende Selektion unter den Bewerbern vornehmen: Bewerber mit höherer Schulbildung haben höhere Chancen auf einen Ausbildungsplatz.

Von der sozialen Herkunft und von den schulischen Voraussetzungen her sind die Altenpflegeschüler den Krankenpflegeschülern ähnlicher als den Schülern der Krankenpflegehilfe.

5.6.6. Motivation der Schüler

Für die Frage nach der Berufsmotivation liegen ebenfalls Ergebnisse des Instituts für Regionale Bildungsplanung vor. Dabei wurden für die verschiedenen Berufsgruppen unterschiedliche Vorgaben gemacht, so daß die Ergebnisse nur bedingt vergleichbar sind. Im folgenden sind die als sehr wichtig angekreuzten Motive aufgeführt, wobei nur die ersten vier Motive bei allen drei Gruppen gleichermaßen erfragt wurden.

Tab. 35

"Sehr wichtige" Motive für die Berufswahl

(Prozentwerte)	Schüler der		
	Krankenpflege	Altenpflege	Krankenpflegehilfe
Basis	3546	194	240
Das Ansehen, das der Beruf in der Öffentlichkeit genießt	2,4	5,7	7,3
Befriedigung eines sozialen Engagements (helfen können)	64,7	66,8	67,2
Guter Verdienst im Laufe der weiteren Erwerbstätigkeit	12,1	6,2	18,5
Sicherheit vor Arbeitslosigkeit	30,9	23,0	35,9
Gute Aufstiegsmöglichkeiten	12,4	./.	16,1
Der berufsbedingte Umgang mit älteren Menschen	./.	62,6	./.
Vielfältige Einsatzmöglichkeiten	./.	39,6	./.
Guter Verdienst schon in der Ausbildung	8,5	./.	12,8
Ergänzung der bisherigen Ausbildung/Tätigkeit	./.	30,4	./.
Kontakt zu Elternhaus und Freunden durch nahe gelegenes Ausbildungs-krankenhaus	26,3	./.	27,5
Ich wollte von zu Hause weg	2,6	./.	3,7
Kein anderer Ausbildungsplatz	./.	2,9	./.

Mehrfachnennungen

Quellen: SCHMID/SCHÜBERLE 1978 a, S. 57; 1978 b, S. 88 f.

Während das allgemeine soziale Engagement bei allen drei Gruppen im Vordergrund der bewußten Motive steht, ergeben sich bei den ökonomischen Aspekten Unterschiede: Das Ansehen, das der Beruf genießt, ist für Schüler der Krankenpflegehilfe im Durchschnitt etwas wichtiger, für die Krankenpflegeschüler unwichtiger. Der gute Verdienst und die Sicherheit vor Arbeitslosigkeit hat ebenfalls für Krankenpflegehelfer die relativ größte Bedeutung. Diese Ergeb-

nisse deuten darauf hin, daß vor allem Krankenpflegehelfer aufgrund ihres geringen sozialen Ausgangsstatus und der relativ niedrigen Schulbildung stärker die ökonomischen Vorteile der staatlich anerkannten Ausbildung sehen.

Daß die sozioökonomischen Motive bei geringerer Ausbildung stärker ins Gewicht fallen, zeigten auch die Ergebnisse der Fallstudien in Berlin (vgl. Tab. 36). Allerdings wurden dabei Motive, die die Situation auf dem Arbeitsmarkt widerspiegeln, wesentlich häufiger genannt als in der Untersuchung in Niedersachsen. Dies könnte eine Folge des persönlichen Kontaktes der Verfasserin zu den Pflegekräften sein, die daraufhin offener und ausführlicher antworteten. Möglich ist auch, daß die Arbeitsmarktsituation im Bewußtsein jüngerer Schüler (in Niedersachsen) keine Rolle spielt, weil sie für die Entscheidung berücksichtigt, aber nicht als eigenes Motiv anerkannt wurde.

So vorsichtig die Ergebnisse interpretiert werden müssen, so scheint doch im Hinblick auf Sozial-, Bildungs- und Motivationsstruktur eine gewisse Annäherung der Altenpflege- an die Krankenpflegeschüler zu erfolgen, wahrscheinlich als Resultat der Verlagerung der Altenpflege zum Erstberuf. Die Ausbildung für die Altenpflege stellt zumindest nach den Ergebnissen der Untersuchung der Verfasserin häufig einen sozialen Aufstieg dar (Tab. 37). Hauptmotive sind demnach Arbeitsmarkt und Verbesserung des sozioökonomischen Status. Dies sind Motive, die vorwiegend für nicht staatlich anerkannte Kräfte gelten. Für die Altenpflege als Erstberuf dürften, wie die Studien von Schmid/Schöberle zeigen, ähnliche Motive vorherrschen.

A U S B I L D U N G

	Gesamt	Keine Ausbildung	Kurzausbildung		Krankenpf. helfer (1 Jahr)	Alten- pfleger (2 Jahre)	Kranken- schwester/ -pfleger
			Krankenpf. helfer (weniger als 1 Jahr)	Altenpf. helfer als 1 Jahr)			
Motivierung für Altenpflege/ -hilfe (Altenpflegekräfte in ausgewählten Berliner Einrich- tungen) 1)	41	5	5	9	11	2	9
Basis							
Sozialer Beruf allgemein	10	1	2	2	3	2	—
Alte Menschen dankbarer, gutes Verhältnis zu alten Menschen	7	1	1	2	1	—	2
Altenpflege nicht so hektisch, Akutkrankenhaus deprimierend, weniger Pflege im Krankenhaus	6	—	—	—	1	—	5
Persönliche Umstände (Scheidung, Krankheit)	9	1	—	4	3	—	1
Arbeitsmarkt (Stellensuche, Aus- bildung wurde angeboten)	23	4	4	5	6	2	2
Andere Antworten	1	—	—	—	1	—	—

1) Mehrfachnennungen möglich

Quelle: Eigene Erhebung

Tabelle 37

A U S B I L D U N G

Früherer Beruf von Altenpflegekräften (Altenpflegekräfte in ausgewählten Berliner Einrichtungen)	Gesamt	Keine Ausbildung	Kurzausbildung		Krankenpfhelfer (weniger als 1 Jahr)	Krankenpfhelfer (1 Jahr)	Altenpfleger (2 Jahre)	Krankenschwester/-pfleger
			Krankenpfhelfer	Altenpfhelfer				
Basis	41	5	5	9	9	11	2	9
Raumpflegerin, Stationshilfe, Hilfsarbeiter/in	8	3	-	4	4	1	-	-
Schwesterhelferin, andere soziale Berufe	1	-	-	-	-	-	1	-
Andere Berufe mit Lehre (Schneiderin, Locherin, Schlosser usw.)	9	1	1	3	3	3	-	1
Kein anderer Beruf früher	23	1	4	2	2	7	1	8

Quelle: Eigene Erhebung

5.6.7. Folgerungen

Die derzeitige Zersplitterung der Ausbildungen für die Pflege gewährleistet keine gleichen Chancen für die Pflegekräfte, die fehlenden Übergangsmöglichkeiten von einem Pflegeberuf zum anderen oder auch in andere, verwandte Berufe verhindern ihre Flexibilität, und die Ausrichtung der Krankenpflege auf die naturwissenschaftliche Medizin vernachlässigt wichtige Komponenten pflegerischen Handelns.

Wesentlich für die Pflege ist in allen Bereichen eine Doppelqualifikation: Einerseits ist technisches Wissen und ökonomisches Handeln erforderlich, um den vielfältigen Anforderungen technisierter Gesundheitsbetriebe entsprechen zu können, andererseits braucht die Pflegekraft menschliche Qualitäten, die bis vor einigen Jahren für Frauen als "natürlich" galten. Geschlechtsneutralisierung und Professionalisierung schwächen die Bereitschaft, diese Eigenschaften anzuerkennen und auszuprägen. Für beide Teilqualifikationen gilt, daß sie nicht voll eingesetzt werden, weil die Strukturen der Institutionen dies verbieten. Dennoch sollten die Ausbildungsinstanzen sie ausprägen - nur dann stellen die Pflegekräfte die entsprechenden Anforderungen an die Institutionen, in denen sie arbeiten, und tragen damit zu deren Veränderung bei.

Um in etwa gleiche Chancen auf dem Ausbildungssektor zu verwirklichen, sollte man generell eine dreijährige Ausbildungspflicht in Erwägung ziehen und dies auch für die Pflegekräfte. Die gegenwärtige Zersplitterung der Pflegeausbildungen unterstützt bestehende Schichtunterschiede, indem Angehörige der unteren Schichten eher die kürzere Ausbildung machen, Angehörige der oberen Schichten eher die längere, mit allen damit verbundenen Vor- und Nachteilen (Aufstiegsmöglichkeit, Verdienst, Entscheidungsmöglichkeit). Sinnvoll wäre eine gemeinsame Grundausbildung aller Pflegekräfte, mit einer daran anschließenden Spezialisierung, wobei spätere Übergangsmöglichkeiten in einen anderen, verwandten (Pflege-)Beruf gewährleistet sein müßten. Diese Ausbildungen sollten an Gesundheitsberufsschulen angeboten werden, die an entsprechende Praxisfelder (Krankenhäuser etc.) angeschlossen sein müßten.

Den Forderungen an eine qualifizierte dreijährige Ausbildung widerspricht keineswegs die Überlegung, daß auch Personen (zumeist Frauen) ohne einschlägige Ausbildung mit entsprechender praktischer Erfahrung zur Ausbildung zugelassen werden sollten.

In der Ausbildung selbst sollten sowohl fachliche wie persönlichkeitsbildende Elemente vermittelt werden, um beiden Teilqualifikationen gerecht werden zu können.

Exkurs:

Internationaler Vergleich von Ausbildungen für die Altenpflege

Länge, Formen und Inhalte der Ausbildungen für Altenpflege sagen etwas darüber aus, wie die Altenpflege bewertet wird und wie weit die Professionalisierung in der Altenpflege sich entwickelt hat. Der Vergleich der Ausbildungen für die Altenpflege in mehreren Ländern soll die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen dem Ausland und der Bundesrepublik erbringen. Wesentliche Veränderungen von einem derartigen internationalen Vergleich sind insofern nicht zu erwarten, als jedes Land entsprechend der eigenen historischen Entwicklung Lösungen (nicht nur für diesen Bereich) finden muß. Trotzdem können die Entwicklungen in anderen Ländern für die eigenen Probleme als Anregung dienen.

Im Sommer 1978 schrieb das DZA zuständige Ministerien in europäischen Ländern und den USA an, um Auskunft über die Ausbildung für die Altenpflege zu erbitten. Von den angeschriebenen Ländern antworteten sieben. Darin sind auch diejenigen Länder eingeschlossen, deren Ministerien die Anfrage an andere, zuständige Institutionen weiterleiteten. Die Antworten dieser Länder werden im folgenden, ergänzt durch einige Angaben aus anderen Materialien, dargestellt und kommentiert. Der Mangel der folgenden Darstellung liegt in der fehlenden Verankerung der Ausbildung zur Altenpflege im gesamten Bildungssystem des jeweiligen Landes. Diese Aufgabe kann leider hier aus Zeitgründen nicht erfüllt werden.

Tab. 38
Angeschriebene Länder und Rücklauf bei der Umfrage zur
Altenpflegeausbildung

<u>L a n d</u>	<u>A n t w o r t</u>
Belgien	Ja
Dänemark	Ja
DDR	-
England	Ja
Finnland	-
Frankreich	-
Irland	-
Italien	Ja
Niederlande	-
Norwegen	-
Österreich	-
Polen	-
Schweden	Ja
Schweiz	-
Spanien	-
Tschechoslowakei	Ja
UdSSR	-
Ungarn	Ja
<hr/>	
18 Länder	7 Antworten
=====	

1. Belgien

In Belgien ist es die Aufgabe der Familien- und Gesundheitshelferin, alte und chronischkranke Menschen in Heimen, Krankenhäusern und in der Familie zu betreuen. Ihre Ausbildung beginnt im Alter von 15 Jahren und dauert drei Jahre. Der Unterricht umfaßt 1120 Stunden allgemeine und technische Stunden, 1040 Stunden technische Kurse und Praxis und 720 Stunden Praktikum. Die Spezialisierung wird damit in einem sehr frühen Alter festgelegt. Es ist nicht bekannt, ob diese Familien- und Gesundheitshelfer die Möglichkeit zum Übergang in andere pflegerische oder soziale Berufe haben.

2. Dänemark

In Dänemark werden Hauspflegerinnen innerhalb von 4 Wochen ausgebildet. Neben der dreieinhalbjährigen Ausbildung zur Krankenschwester und der einjährigen Ausbildung zur praktischen Krankenschwester, werden seit 1970 an vier Schulen in je zwei Jahren Pflegeheimassistenten für die Pflege von Alters- und Chronischkranken ausgebildet. Der theoretische Unterricht dieser Ausbildung erstreckt sich über 41 Wochen und umfaßt 1245 Unterrichtsstunden. Die Inhalte der Ausbildung beziehen psychische und soziale Bedürfnisse der Patienten mit ein. Die Pflegeheimassistenten werden nicht nur im Pflegeheim, sondern auch in der offenen Altenhilfe/Sozialarbeit eingesetzt.

Die nicht auf Altenpflege spezialisierte praktische Krankenschwester hat eine einjährige Ausbildung mit 360 Stunden Unterricht, die praktische psychiatrische Schwester wird 8 Monate lang ausgebildet und erhält 300 Stunden Unterricht. Für die Altenpflege werden die Kräfte also länger ausgebildet als für die Psychiatrie.

Dieses System ist vergleichbar mit dem der Bundesrepublik. Der Hauspflegeausbildung entsprechen in der Bundesrepublik Kurzausbildungen, der einjährigen Ausbildung die zur Krankenpflegehelferin, der dreieinhalbjährigen Ausbildung die "große" Krankenpflege (3 Jahre).

3. England

Alte kranke Menschen werden in England nur in Krankenhäusern, nicht in Pflegeheimen gepflegt. Altenpflege existiert also nur in den Abteilungen für geriatrische Medizin in den Krankenhäusern. Entsprechend ist die Altenpflege in die Ausbildung der Krankenschwestern integriert. Dabei gibt es zwei Ausbildungen: die dreijährige (zur "State Registered Nurse") und die zweijährige (zur "Enrolled Nurse"). In beide Ausbildungen ist die geriatrische Pflege integriert. Während der dreijährigen Ausbildung können die angehenden Krankenschwestern zwei Fächer von vier wählen, in denen sie praktische Erfahrungen sammeln, eines dieser Fächer ist Geriatrie. Der General Nursing Council schätzt, daß 80 Prozent aller angehenden Schwestern bei dieser Gelegenheit praktische Erfahrungen auf einer geriatrischen Station sammeln. Im Juni 1979

ist das Europäische Übereinkommen in Kraft getreten, wonach alle Schwestern Erfahrungen in diesem Bereich sammeln.

Die mehr praktische Ausbildung zur Enrolled Nurse umfaßt mindestens 12 und höchstens 24 Wochen Erfahrung in geriatrischer Pflege.

Nach Abschluß der Ausbildung können die staatlich anerkannten und die mehr praktisch orientierten Krankenschwestern an Fortbildungsveranstaltungen in Gerontologie/Geriatrie teilnehmen. Für Anfängerinnen gibt es einen 24- bis 27-Wochen-Kurs für die Arbeit in der Gemeinde, im allgemeinen und im psychiatrischen Krankenhaus. Für erfahrenes Pflegepersonal gibt es Kurse von 10 bis 15 Tagen Dauer.

Für Pflegehilfspersonal werden innerhalb der Institutionen von den Distrikten Kurse angeboten, eine formalisierte Ausbildung existiert nicht.

Die starke Differenzierung innerhalb der Krankenpflege existiert auch in England. Eine frühzeitige Spezialisierung auf alte und chronischkranke Menschen findet im Pflegebereich aber nicht statt. Die Trennung zwischen Gesundheits- und Sozialwesen scheint noch voll aufrechterhalten zu sein. Die Segregation der Alten ist aber, wenn alle Pflegebedürftigen in Krankenhäusern untergebracht sind, nicht so vollständig wie in der Bundesrepublik. Allerdings müßten zur Beurteilung der Pflegequalität weitere Angaben über die Anzahl des eingesetzten Pflegehilfspersonals und die Strukturen der Institutionen vorliegen.

4. Italien

Eine Spezialisierung für die Altenpflege existiert nicht.

5. Niederlande

Zwei Berufsgruppen beschäftigen sich vorwiegend mit alten Menschen: Die Altenpflegerin mit zweijähriger Ausbildung betreut gesunde und leicht hilfsbedürftige Alte, die Pflegehilfsschwester Alters- und Chronischkranke.

Die Pflegehilfsschwester absolviert ebenfalls eine zweijährige Ausbildung, die in Pflegekrankenhäusern durchgeführt wird. Die Stationsleitung hat jeweils eine Krankenschwester, das heißt, der hierarchische Unterschied zwischen den beiden Ausbildungen wird aufrechterhalten.

Krankenschwestern können einen Fortbildungskurs in Gerontologie absolvieren. Sie werden auch in Pflegeabteilungen von Altenheimen eingesetzt. Dort nehmen sie Führungspositionen ein.

Die Spezialisierung in der Altenpflege ist mit der in der Bundesrepublik vergleichbar. Deutlich wird der Unterschied in der Bewertung der "Voll"- und der "Hilfs"-Schwester. Altenpfleger werden weniger für pflegerische als für soziale Aufgaben eingesetzt.

6. Schweden

Auch in Schweden gibt es unterhalb der Ebene der Krankenschwester einige Pflegeberufe, die vorwiegend in der Altenpflege eingesetzt werden.

Neben der Hauspflegeausbildung (160 Stunden) gibt es Hilfskranken-/Hilfshempfleger (10 bis 20 Wochen Ausbildung) sowie eine zweijährige Ausbildung für Alten-, Heil- und Krankenpflege. Nach einem Jahr Praxis kann die Heimpflegehelferin den Beruf der praktischen Krankenschwester (32 Wochen Ausbildung) erlernen und sich daran anschließend (seit 1977) zum Heimleiter ausbilden lassen. Das System der Pflegeberufe ist differenziert und durchlässig, auch in Richtung der Sozialberufe.

Die Krankenschwester hat eine dreijährige Ausbildung, für die eine 12jährige Schulbildung vorausgesetzt wird. Sie kann nach dreijähriger Praxis nach dem Ablegen von Prüfungen ein Medizinstudium beginnen, wenn sie einen Studienplatz erhält. Eine spezielle pflegerische Ausbildung für Alters- und Chronischkranke gibt es nicht. Die Trennung von Gesundheits- und Sozialwesen wird insofern überbrückt, als praktische Krankenschwestern mit einer weiteren Ausbildung in den Sozialbereich überwechseln können. Das gesamte Bildungssystem in Schweden ist durchlässiger als das in der Bundesrepublik.

7. Schweiz

Die dreijährige Schwesternausbildung in der Schweiz bezieht Inhalte der Gerontologie und Geriatrie mit ein. Eine anderthalbjährige Ausbildung führt zur Qualifikation eines Krankenpflegers. Sie umfaßt mindestens 450 und höchstens 500 Stunden Unterricht und ist damit etwas umfangreicher als die Krankenpflegehelferausbildung in der Bundesrepublik. Langzeitpatienten in einer medizinisch-geriatriischen Abteilung stellen eine Patientengruppe von insgesamt 11 dar, unter denen sich der Schüler für ein Praktikum von 20 Wochen entscheiden kann.

Das Schweizerische Rote Kreuz hat den Beruf des anderthalbjährig ausgebildeten Krankenpflegers speziell für die Pflege von Chronischkranken in Pflegeheimen entwickelt. Der Verein für Schweizerisches Heimwesen stellt dazu fest, daß dennoch in den Pflegeheimen ein starker Mangel an diesen Pflegekräften besteht, weil sie in Akutkrankenhäuser abwandern. Das SRK plant für diesen Berufszweig Fortbildungsveranstaltungen, auch für die Arbeit außerhalb von Krankenhäusern und Heimen.

Der Fachverband für Alters- und Jugendheime im Verein für Schweizerisches Heimwesen führt Fortbildungsveranstaltungen für Heimleiter und Führungspersonal durch, wie auch mehrtägige bis einwöchige Kurse für die Altenpflege für in den Heimen tätiges Hilfspersonal.

Ferner führt das SRK Kurse für Laien in häuslicher Krankenpflege durch, womit das Selbsthilfepotential gestärkt werden soll.

Die Spezialisierung für die Altenpflege scheint in der Schweiz aus ähnlichen Gründen vorangetrieben worden zu sein wie in der Bundesrepublik: Der Personalmangel in der Altenhilfe führte zur Schaffung einer eigenen Ausbildung. Allerdings ist die schweizerische Ausbildung nicht so qualifiziert wie die in der Bundesrepublik und beschränkt sich auf den gesundheitlichen Sektor. In

der Fortbildung wird auch formal nichtqualifiziertes Pflegepersonal berücksichtigt.

8. USA

Die Krankenpflegeausbildung wird in den USA in drei Formen durchgeführt. Die vierjährige Ausbildung an Universitäten führt zum Bachelor of Science, dann zum Status der Registered Nurse. Die dreijährige Ausbildung an krankenhauseigenen Schulen führt zum Diplom, 47 Prozent aller Krankenpflegekräfte waren 1972 so ausgebildet. Als drittes kann die Krankenpflege in zweieinhalb Jahren in einem Associate-Arts-Programm erlernt werden, daran anschließend erfolgt die Prüfung zur Registered Nurse. Für diese drei Ausbildungen ist der Abschluß der High School Voraussetzung.

Praktische Schwestern (Licenced Practitional Nurses oder Vocational Nurses) erhalten eine einjährige Ausbildung, Schwesternhelferinnen werden innerhalb von Institutionen angelernt (WIRSING 1979).

Die zahlenmäßige Verteilung von Pflegekräften in Pflegeheimen 1973 ergab 12 Prozent examinierte Schwestern, 18 Prozent praktische Schwestern und 70 Prozent Schwesternhelferinnen (Gesamtzahl der Pflegekräfte 348.170 = 100 Prozent, errechnet nach US Department S. 15 f.).

Eine speziell gerontologisch/geriatriische Ausrichtung in der Krankenpflege gibt es nur in der Fortbildung. Eine Totalerhebung aller Graduiertenprogramme in gerontologischer Pflege 1976 ergab 8 Schulen, die Kurse von ein bis zwei Jahren anboten (BROWER 1977).

Die relativ neue Ausbildung zum Pflege-Praktiker (Nurse-Practitioner) soll stärker die ärztlichen Elemente in der Pflege betonen, ist also eine Art Bindeglied zwischen Arzt und Schwester. An der School of Nursing Continuing Education Services an der Universität von Colorado wird seit 1974 für Registered Nurses mit geriatriischer/gerontologischer Praxis die Ausbildung zum gerontologischen Pflege-Praktiker mit 380 Unterrichts- und Praxisstunden angeboten (HEPPLER 1976), in Florida kann sich eine Schwester im

Laufe von 10 Monaten zum geriatrischen Pflege-Praktiker (Geriatric Nurse Practitioner) ausbilden lassen (BROWER 1976). Diese Angaben, die aus Zeitschriftenartikeln stammen, stellen nur einen Ausschnitt aus der Differenziertheit des Fortbildungsangebots in Gerontologie dar.

In den USA ist die Trennung zwischen Gesundheits- und Sozialwesen noch sehr deutlich. Allerdings lassen die Artikel über die Fortbildung in Geriatrie/ Gerontologie erkennen, daß soziale, soziologische und psychologische Elemente in der Fortbildung berücksichtigt werden. Eine von Beginn an auf alte Menschen gerichtete Ausbildung im Pflegebereich gibt es offenbar nicht. Statt dessen erwerben examinierte Krankenschwestern Zusatzkenntnisse in diesem Bereich und werden damit quasi zur Fachschwester für Geriatrie. Der Großteil der in der Altenpflege beschäftigten Kräfte sind allerdings Pflegehilfspersonal.

9. Zusammenfassung

Die Trennung zwischen Gesundheits- und Sozialwesen und damit zwischen den körperlichen und sozialen Bedürfnissen alter Menschen ist in keinem der erwähnten Länder innerhalb der Berufsausbildung für die Pflege alter Menschen aufgehoben.

Sofern für die Altenpflege spezielle Pflegekräfte ausgebildet werden, liegt ihre Ausbildung quantitativ und damit wohl auch qualitativ unterhalb der von Krankenschwestern (Belgien, Niederlande, Schweiz).

Die wenigen verfügbaren Daten lassen vermuten, daß in den meisten Ländern nicht in erster Linie die hochqualifizierte Krankenschwester, sondern vorwiegend Pflegehilfskräfte mit weniger als einjähriger Ausbildung pflegebedürftige alte Menschen betreuen. Für die Pflege alter Menschen wird also medizinisch-pflegerisch ein geringerer Standard als für andere Patienten für zulässig gehalten. Die größte Durchlässigkeit des Bildungssystems existiert offenbar in Schweden, und zwar sowohl vertikal wie horizontal. Diese Durchlässigkeit wie auch die Fortbildung von examinierten Krankenschwestern in den USA sind meines Erachtens die wichtigsten Anregungen für die bundesdeutsche Ausbildungssituation.

6. Auswirkungen unterschiedlicher Ausbildungsgänge

Aus der Berliner Untersuchung liegen einige Angaben dafür vor, wie das Personal seine unterschiedlichen Ausbildungen in der Praxis verwerten kann. Unzufrieden mit ihrer Ausbildung sind ca. ein Viertel der Befragten (vgl. Tab. 39).

Tab. 39

Zufriedenheit mit der Ausbildung in ausgewählten Berliner Einrichtungen

	Ges.	Keine Ausbildg.	Kurzausbildung		Krankenpfl. helfer (1 Jahr)	Alten- pfleger (2 Jahre)	Kranken- Schwester/ -pfleger
			Krankenpfl. helfer (weniger als 1 Jahr)	Altenpfl. helfer			
Basis	41	5	5	9	11	2	9
Ja	25	-	4	4	9	2	6
Nein	11	-	1	5	2	-	3
Entfällt	5	5	-	-	-	-	-

Quelle: Eigene Erhebung

Bei der Frage, welcher Beruf heute bevorzugt würde, nannten aber mehr als drei Viertel der Befragten andere als die zur Zeit ausgeübten Berufe. Dies deutet auf eine implizite Unzufriedenheit mit Ausbildungen hin, die zumindest den Befragten zu wenige Entfaltungsmöglichkeiten eröffnen. Am häufigsten würde - bei einer entsprechenden Entscheidungschance - der Beruf der/des Krankenschwester/-pflegers von den bis zu einem Jahr lang ausgebildeten Kräften gewählt. Denselben Beruf würden nur 9 Pflegekräfte wieder ergreifen, davon sind die weniger qualifizierten Pflegekräfte meist älter und schließen die Möglichkeit aus, vor allem, wenn sie kurz vor der Pensionierung stehen. Von den examinieren Krankenschwestern/-pflegern würden immerhin zwei

A U S B I L D U N G

Gesamt	Keine Ausbildung	Kurzausbildung		Krankenpfli. heifer (weniger als 1 Jahr)	Krankenpfli. heifer (1 Jahr)	Alten- pfleger (2 Jahre)	Kranken- schwester/ -pfleger
		Krankenpfli. heifer (weniger als 1 Jahr)	Altenpfli. heifer (1 Jahr)				
41	5	5	9	11	2	9	
2	-	-	-	1	-	1	
15	4	-	3	6	1	-	
3	-	2	1	-	-	-	
4	-	-	1	2	-	1	
2	1	-	1	-	-	-	
9	-	-	2	1	1	6	
6	-	3	1	1	-	1	

Bevorzugter Beruf heute (Alten-
pflegekräfte in ausgewählten
Berliner Einrichtungen)

Basis

Studium der Medizin

Krankenschwester/-pfleger

Altenpfleger

Andere soziale oder
pflegerische Berufe

Andere Berufe

Der eigene Beruf

Nicht befragt (Krankenheim)

Quelle: Eigene Erhebung

Drittel den gleichen Beruf wieder wählen. Dieses Ergebnis deckt sich mit der Motivierung der Krankenschwestern/-pfleger, die am ehesten freiwillig in die Altenpflege gegangen sind. Wahrscheinlich hat auch die Führungsrolle eine gewisse Bedeutung, die ihnen in der Altenpflege unter den zumeist weniger qualifizierten Kräften quasi automatisch zufällt.

In der Praxis spielt die Ausbildung zunächst keine besondere Rolle, da die meisten Tätigkeiten in der Altenpflege von allen Pflegekräften gleichermaßen ausgeführt werden können. In den Gruppendiskussionen der Berliner Untersuchung wird deutlich, daß die Ausbildung vor allem die Funktion der Sicherung des Arbeitsplatzes und des sozialen Status der Pflegekräfte hat. Eine qualifizierte Ausbildung macht einen Arbeitsplatzwechsel eher möglich als eine weniger qualifizierte. Bei dieser Erwägung der Pflegekräfte schlagen Erfahrungen mit den Anstellungsträgern zu Buche, die mehr und mehr qualifizierte Pflegekräfte vorziehen und teilweise langsam das unqualifizierte durch qualifiziertes Personal ersetzen (siehe auch S. 165 ff.). Die Bezahlung spielt dabei keine wesentliche Rolle, weil die Unterschiede nicht sehr stark ins Gewicht fallen¹⁾. Eine spezielle Altenpflegeausbildung wird von manchen Pflegekräften wegen der fehlenden "Umsteigechancen" auf andere Zielgruppen skeptisch beurteilt.

Aus den Äußerungen der Pflegekräfte wird auch deutlich, daß bislang höhere Qualifikationen im Altenpflegebereich nur unzureichend genutzt werden: mehr medizinische Kenntnisse, psychologisches Wissen und rehabilitative Fähigkeiten können aufgrund der Arbeitsbedingungen in den meisten Krankenhäusern und Heimen nicht angewendet werden - die Arbeit bleibt auf die notwendigsten, routinemäßigen Tätigkeiten beschränkt. Für das Pflegepersonal stellt sich diese Situation allerdings so dar, als sei die Altenpflege generell nicht geeignet für die Anwendung qualifizierter Ausbildungen.

1) Die Unterschiede machen sich zwar für die Träger objektiv bemerkbar, spielen aber offenbar subjektiv keine überragende Rolle.

B.²⁾: Sie haben doch nun ganz verschiedene Ausbildungen, macht sich das irgendwie bemerkbar in der Arbeit?

Alle: Nein.

J.: Im Gegenteil, wenn einer noch eine andere Ausbildung mitgebracht hat, wie z.B. U. und M. - die sind Schneiderinnen noch von Beruf. Wenn einer Erfahrung aus einem anderen Beruf mitbringt, das ist günstig, weil man das mit in die Freizeitgestaltung der Alten mit einbringen kann.

B.: Die unterschiedliche krankenpflegerische Ausbildung, die Sie haben, die fällt hier gar nicht ins Gewicht? Also z.B. die Länge der Ausbildung, von einem halben Jahr bis zu drei Jahren?

H.³⁾: Ausschlaggebend ist hier immer die Beweglichkeit: Wie reagiert ein Mensch, wenn eine Notsituation ist. Die Ausbildung macht es nicht; Beweglichkeit und Wendigkeit machen die Ausbildung bestimmt nicht aus.

B.: Und wo könnte man da anknüpfen, wenn man Leuten beispielsweise die Beweglichkeit beibringen will?

E.: Durch selbständiges Arbeiten.

H.: Mehr oder weniger weiß doch jeder, was er zu machen hat und dann muß er eben selbständig losmachen.

G.: Und er darf dann nicht die Nerven verlieren, wenn eine brenzlige Situation eintritt, d.h. daß er ruhig bleibt und überlegt, was als nächstes zu tun ist. Er darf nicht übernervös reagieren.

B.: Sie sagen, daß es relativ gleich ist, was für eine Ausbildung jemand hat. Aber aus Ihren persönlichen Interviews habe ich herausgehört, daß Sie doch über Ihre längere Ausbildung ganz froh sind, daß Sie das nicht für überflüssig halten.

E.: Es bringt doch eine gewisse Sicherheit...

B.: In welcher Hinsicht, Existenzsicherheit? Sie haben bei einer solchen Ausbildung immer die Möglichkeit, woanders hinzugehen?

Alle: Ja.

2) Verfasserin

3) Oberschwester

- B.: Wahrscheinlich auch die Bezahlung?
- H.: Das ist minimal.
- L.: Ich möchte sagen, das ist doch Hobbygeld.
- B.: Es ist also nicht soviel?
- E.: Nein, im Gegensatz zu anderen Berufen.
- L.: Nein, es sind nur DM 96,00.
- H.: Kr. 2, 3, 4 - danach geht es ja, es gibt dann noch 10, aber das hat etwas mit dem Alter zu tun, nichts mit der Ausbildung oder den Berufsjahren, sondern mit dem Alter. Berufsjahre spielen leider keine Rolle mehr.
- B.: Also wäre der wichtigste Grund, weshalb man eine längere Ausbildung macht, die größere Sicherheit? Persönlich und existentiell? Daß man sich selbst auch in Notsituation sicherer fühlt und eben existentiell?
- Alle: Ja.
- G.: Ja, ich kann mal ein Beispiel angeben von unserer B., die jetzt die Ausbildung macht, die weggegangen ist. Sie sagte, daß sie sich, bevor sie hierhergekommen war, verschiedentlich beworben hätte und da sagte ihr ein Heimleiter, ihre Papiere könne sie in den Papierkorb werfen, die wären hier so gut wie nichts wert. Und B. hatte vier Wochen Ausbildung. Die B. hat das wohl ein bißchen gewurmt und da hat sie gesagt, nun mache ich die richtige.
- L.: Genauso wie die halbjährige Ausbildung. Das ist nur noch ein Verwaltungspapierchen, das ist kein Berufsschutz, kein gar nichts. Statt dessen, wenn man jetzt das Einjährige hat, dann ist das schon eine größere Sicherheit, aber nur nach außen hin.
- E.: Wir haben schon Einjährige gehabt, also, wenn der hätte wachen müssen, dann hätte ich nachts mein Bett daneben gestellt...

- B.: Aber ich sehe da noch ein anderes Probleme. Im Geriatriischen Krankenhaus ist mir aufgefallen, daß eine große Differenz besteht zwischen ausgebildeten Krankenschwestern und Krankenpflegehelfern. Hier könnte ich mir vorstellen, kommt es irgendwann einmal zu Diskrepanzen zwischen Leuten, die eine Kurzausbildung haben, wie Sie sie haben, und denen, die Altenpfleger sind, also in Seniorenheimen. Die, die neu kommen - mit der längeren Ausbildung - daß die den anderen dann etwas sagen wollen und das gibt dann natürlich ein mieses Klima. Wie bewältigen Sie das Problem? Hier ist es ja nicht so, hier sagt ja eigentlich keiner dem anderen, weil er eine andere Ausbildung hat, das und das mußt du tun...
- H.: Ja, hier steigt ja jeder voll mit ein. Sehen Sie mal, ich halte ja auch nicht nur den Schreibtisch fest, wenn Sie es so nehmen, und Sie würden E. ja auch nicht anmerken, daß sie eine ganz andere Ausbildung hat, und meine Vertretung ist - wo eingesprungen werden muß, springt sie auch voll ein... Es werden ja auch keine Vorschriften gemacht.
- B.: Das ist wohl auch das Entscheidende...
- H.: Genau, das ist aber Einstellungssache des Personals.
- B.: Aber auch des Klimas...
- H.: Das ist nämlich ein ganz heißes Eisen, Kurzausbildung und Examinierung. Wir, E. und ich, haben es ja am eigenen Leib erfahren.
- E.: Eifersucht gibt es natürlich schon. Aber wenn man selber nicht die Einstellung hat, dann verliert sich das wieder.
- B.: Ja, das könnte ich mir auch denken, daß es immer sehr darauf ankommt, wie Sie auf die Leute zugehen, Sie, die Ausgebildeten.
- H.: Ja, aber E. - wir sind ja genauso drauf zugegangen. Das waren regelrechte Chaoten, aber trotzdem... sie waren nun mal da und man mußte...wenn wir uns so unterhalten haben, hatten wir nie eine Meinungsverschiedenheit oder sonstwie. Aber eben, man kann ja schüren. Wir haben hier auch schon unser Lehrgeld gezahlt!
- G.: Ich will einmal folgendes erzählen: Ein Altenpfleger aus dem X-Heim kam, als ich hier wieder anfang nach dem Praktikum, und hat hier sein Praktikum gemacht. Da dachte ich, ach, der ist hier. Aber da wußte ich, wo der schon überall vorher war, im X-Heim, überall hat er böses Blut gemacht und hier natürlich auch. Erstens einmal hat er nicht so zur Zufriedenheit gearbeitet, wenn ich das so richtig verstehe, und hat natürlich große Klappe gehabt, wie mies es hier ist und was alles verbessert werden könnte und und und. Die Leute sind hier alle nicht fähig usw. Aber das hat er nicht nur hier gesagt, das hat er schon im X-Heim gesagt, auf der Station, auf der ich damals mit ihm zusammengearbeitet habe, das wird er in jedem Haus sagen, ich meine, es gibt immer Leute, die überall alles miesmachen, die sich nirgendwo einfügen.

- B.: Wie erklären Sie sich, daß das bei manchen Praktikanten so läuft?
- G.: Ja, das weiß ich auch nicht, sie sind unzufrieden, vielleicht im privaten Bereich stimmt es dann nicht, und die das dann auf ihrer Arbeitsstelle auslassen...
- H.: Ein abgebrochenes Medizinstudium hinter sich, drei Ehen hinter sich, da kommt eines zum anderen, hatte keine Ausbildung, überall als ungelernete Kraft gearbeitet und dann spitzt es sich zu, daß man eine Ausbildung haben muß. Das ist rein menschlich gesehen sehr schwer, dann die Kurve zu kriegen.
- B.: Es ist wohl auch noch ein Unterschied, ob man mit 20 Jahren das Praktikum macht oder mit 50.
- Durch- Ja.
einander: ... der Entscheidungsprozeß ist ein ganz anderer.
- H.: Ja, und wir wachsen ja ganz anders in unseren Beruf hinein durch die Schülerinnenzzeit, durch die Vorschule, die ja nun auch erwartet wird, wir kommen nicht gleich voll in die Krankenpflege hinein. (G 1)*)
-
- B.: Wenn Sie sich jetzt noch einmal überlegen, zur unterschiedlichen Ausbildung; Altenpfleger auf der einen Seite, Krankenschwestern auf der anderen Seite. Ist es sinnvoll, wenn man jetzt absieht von der Situation der Frauen, die noch relativ spät einen Beruf ergreifen wollen, jungen Leuten anzubieten, daß sie eine Ausbildung machen, wo sie nur für Altenpflege qualifiziert sind? Halten Sie das für sinnvoll?
- G.: Ja, ich finde schon, denn im Hinblick auf diesen medizinischen Fortschritt, daß immer mehr alte Leute so alt werden, weil es immer neue Medikamente gibt usw. Da finde ich es nur gut, wenn es auch Personal gibt, das sich mit diesem Problem befaßt.
- E.: Auf der anderen Seite, G., haben Sie nie die Möglichkeit, Ihre Arbeitsstelle einmal zu wechseln, Sie müssen immer bei alten Leuten arbeiten, weil Ihre Ausbildung niemals für das andere reicht...

*) Bezeichnung der Gruppendiskussionen:

G 1 = Freigemeinnütziges Altenheim mit Pflegeabteilung

G 5 = Chronikerstation

G 6 = Geriatriische Abteilung der Psychiatrischen Klinik

- G.: Ja, allerdings. Zu Hause habe ich mir überlegt, vielleicht ist doch eine Ausbildung besser als Krankenschwester mit Spezialisierung auf Altenpflege, so wie es z.B. Säuglingspflege gibt oder OP-Schwester, das wäre dann vielleicht doch noch besser.
- Alle: Ja.
- H.: Dann wäre es jederzeit möglich, abzuspringen in die Krankenpflege, das wäre besser, vor allem für junge Leute, weil sie ja nicht vorher wissen, wie ihnen die Altenpflege zuzusagen wird, vor allem auf Dauer.
- B.: Es kann ja durchaus sein, es macht einem zwei Jahre lang Spaß, und im dritten Jahr denkt man: Naja, es wäre doch ganz schön, wenn du wieder mit Jüngeren zusammenarbeiten könntest.
- H.: Na, und dann auch das Gefühl, daß man jederzeit wieder rausgehen kann, wenn man das will. Man ist dann nicht eingeengt, das macht ja auch schon viel.
- G.: Ich bin ja nur so von mir ausgegangen, aber dann habe ich mir gedacht, junge Leute, die so von der Schule weggehen, da wäre es vielleicht doch attraktiver, wenn sie es so machen...
- B.: Ja, Sie beide haben ja auch gesagt, wenn Sie es nochmal könnten, würden Sie die Große Krankenpflege machen.
- L. u. J.: Ja.
- H.: Ja, da hätte man eben doch mehr Möglichkeiten. (G 1)
-

- C.: Und nun sagen sie, die Einjährigen werden gekündigt, würdest Du Dich hinsetzen und nochmal drei Jahre lernen?*)
- L.: (Über 50 Jahre alt): Nein.
- C.: (20 Jahre alt): Ich auch nicht, in meinem Alter schon nicht, denn es ist eigentlich kein so großer Unterschied zwischen Einjährigen und Dreijährigen. Die machen genau das gleiche, nur der Verdienst ist anders.
- Mehrere: Doch, ist intensiver.
- C.: Aber auf der Chronikerstation - was hat denn die dreijährige Krankenschwester anders zu tun?
- H.: Wenn Du drei Jahre hast, hast Du die Auswahl!
- L.: Schätzchen, mit dem Einjährigen hast Du doch nicht soviel gelernt, daß Du sagen könntest, Du wüßtest alles!
- S.: Und nach fünf Jahren, da hast Du genug...

*) In diesem Krankenhaus bestand die Tendenz, die einjährig ausgebildeten Kräfte durch dreijährig ausgebildete zu ersetzen.

- C.: ...und dann kommst Du nicht woanders rein, als Einjährige hast Du keine Chance.
- L.: Aber Du bist noch jung genug, Du könntest ohne weiteres.
- S.: Aufstiegschancen, Wechselchancen...
- B.: Das klingt ja jetzt so, als wenn man vom Wissen her gar nicht mehr braucht als das Einjährige. Wenn man mehr braucht, dann ist das, um zu wechseln.
- Alle: Ja. (G 5)
-

- K.: Das ist eine Interessensache. Die Arbeit schafft jeder...
- B.: Da brauchen Sie keine Ausbildung für, meinen Sie?
- K.: Nein, es sind hier in der Anstalt noch sehr viele, die keine Ausbildung haben, und teilweise haben die mehr Einfühlungsvermögen als Leute mit Examen. Die sind in ihrer Schülerinnenzeit wirklich o.k. Wenn die dann Examen haben, kriegen sie eine Macke, weil sie dann nur das Bedürfnis haben, im Einzelzimmer zu sein, und sind wirklich der Meinung, jetzt sind sie irgendwas Besseres, was natürlich Quatsch ist. Aber man merkt es am ganzen Benehmen, ein bißchen überheblich, und vielleicht ein bißchen schulmeisterhaft. Aber richtig auf den Patienten eingehen können die dann noch am allerwenigsten, weil sie auch kaum mit den Patienten noch zu tun haben. Die haben nur noch den Bürokratismus, die Medizin, die sie stellen, wissen gar nicht, wer die kriegt, wissen nicht, das ist Frau Soundso, die kriegt das und das. Aber ansonsten haben sie mit den Patienten kaum noch was zu tun.
- D.: Ja, wofür braucht man hier eine Ausbildung? Hier hat man mit Medizin sowieso nichts zu tun. Man muß die Leute waschen, baden, betten.
- K.: Nur den medizinischen Kram möchte ich auch nicht.
- M.: Na ja, aber man hat in einem normalen Krankenhaus doch was anderes. Du weißt ja, der hat einen Apo*), du machst ziemlich viel. Die Leute werden dann gesund und gehen wieder nach Hause. (G 6)

Aus dem Nebeneinander der verschiedenen Ausbildungen resultieren Spannungen, sofern die unterschiedliche Qualifikation als Machtinstrument eingesetzt wird. Die Hierarchie der Ausbildungen spielt vor allem auf Stationen eine Rolle, auf denen sie in eine ungleiche Arbeitsverteilung mündet. Im Geriatrischen Krankenhaus, im Krankenhaus und in der Psychiatrischen Klinik unserer Untersuchung beschränkten sich die leitenden Schwestern auf Verwaltungsarbeiten und beteiligten sich nicht oder nur im äußersten Notfall an

*) Apoplexie = Schlaganfall

A U S B I L D U N G

	A U S B I L D U N G						
	Gesamt	Keine Ausbildung	Kurzausbildung Krankenpfhelfer (weniger als 1 Jahr)	Kurzausbildung Krankenpfhelfer (1 Jahr)	Krankenpfhelfer (1 Jahr)	Altenpfleger (2 Jahre)	Krankenschwester/ -pfleger
Nicht mehr angewendete Kenntnisse (Altenpflegekräfte in ausgewählten Berliner Einrichtungen) 1)	41	5	5	9	11	2	9
Basis							
Medizinische Kenntnisse (Anatomie, Spritzen, Laborkenntnisse, Intensiv- pflege)	25	-	2	5	9	2	6
Anderes	3	-	-	2	1	-	-
Kann alle Kenntnisse anwenden	8	-	2	2	1	-	3
Entfällt	5	5	-	-	-	-	-

1) Mehrfachnennung möglich

Quelle: Eigene Erhebung

A U S B I L D U N G

Tab elle 42

Andere Möglichkeiten, eine Stelle zu finden (Altenpflegekräfte in ausgewählten Berliner Einrichtungen)

	Gesamt	Keine Ausbildung	Kurzausbildung		Krankenpfl. Helfer (1 Jahr)	Altenpfl. Helfer (weniger als 1 Jahr)	Krankenpfl. Helfer (1 Jahr)	Altenpfl. (2 Jahre)	Kranken-schwester/-pfleger
			Krankenpfl. Helfer (weniger als 1 Jahr)	Altenpfl. Helfer					
Basis	41	5	5	9	11		2	9	
Ja (gesamt)	25	1	1	7	8		1	7	
(Anderes) Krankenhaus, andere Station	18	-	1	3	7		-	7	
Hauptpflege, Altenwohnheim	2	-	-	2	-		-	-	
Anderes	5	1	-	2	1		1	-	
Nein	14	3	3	2	3		1	2	
Weiß nicht	2	1	1	-	-		-	-	

der Grundpflege. Im Kommunalen Altenheim ging die unterschiedliche Bewertung der Ausbildungen so weit, daß nur die examinierten Schwestern mit "Schwester" angeredet wurden, die anderen Pflegepersonen wurden als "Frau X" angesprochen.

- C.: Die reden einen alle mit Schwester an, wo wir doch zum Teil mit dem Familiennamen angeredet werden. Mehr oder weniger würden sie den Vornamen behalten, und wenn man dann sagt, ich heiße G. oder ich heiße M., dann behalten sie es. Aber dann heißt es: Guck mal, die läßt sich jetzt Schwester G. oder Schwester M. nennen...
- B.: Aber warum werden Sie unterschiedlich angeredet?
- V.: Na, weil nur die Schwestern ihr Diplom haben.
- B.: Aber woanders ist das nicht so, da ist es Wurscht, was Sie für eine Ausbildung haben.
- V.: Nein, das stimmt nicht.
- C.: Ja.
- V.: Ich war in anderen Altenheimen, und da war es genauso. Das ist aus gesetzlichen Gründen so, daß die Schwester als Schwester angesprochen wird und die anderen als Frau X.
- M.: Naja, und mit dem Vornamen...
- D.: Mich reden sie auch als Schwester an. Hauptsache, sie sehen einen blauen Kittel, und dann heißt man immer Schwester.
- V.: Sicher, das ist die Praxis, da ist das ja auch egal. (G 2)*)

In der Abteilung für Chronischkranke legten die examinierten Krankenschwestern Wert darauf, die weniger qualifizierten Kräfte anzuweisen, und kritisierten sie auch, allerdings nicht wegen mangelnder medizinischer Kenntnisse oder psychosozialer Betreuung, sondern weil sie angeblich nicht steril genug arbeiteten und nicht genug saubermachten.

Es scheint, daß die Ausbildungen in der Altenpflege eher ein Statusvehikel sind als die Vorbereitung auf inhaltlich unterschiedliche Tätigkeiten.

*) G 2 = Kommunales Altenheim mit Pflegeabteilung

7. Fort- und Weiterbildung

Die Träger bieten eine Vielzahl von Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für die verschiedenen Pflegeberufe an, über deren Ausmaß und Folgen bisher wenig bekannt ist. Eine erste Zusammenstellung für den Gesundheits- und Sozialbereich haben BECKER/BERGMANN-KRAUSS vorgelegt (1979). Zur Zeit wird eine Zusammenstellung für den Altenhilfereich im Deutschen Zentrum für Altersfragen erarbeitet (PALLENBERG 1980).

In den Weiterbildungsveranstaltungen werden zum Teil die unterschiedlichen Qualifikationsvoraussetzungen überbrückt. Um diese Hypothese zu überprüfen, hat die Verfasserin im April/Mai 1979 eine Umfrage bei Krankenpflegehochschulen bzw. Weiterbildungsinstituten durchgeführt, die in erster Linie für Krankenschwestern/-pfleger Weiterbildungsveranstaltungen anbieten. Die meisten Kurse waren für die Altenpfleger und viele auch für formal weniger qualifiziertes Personal offen. Umfangreiche Programme bieten zwei konfessionell gebundene Träger (Diakonisches Werk Rendsburg und Kaiserswerth, Katholisches Fortbildungsinstitut Freiburg) an. Auch der Deutsche Berufsverband für Krankenpflege führt relativ viele Kurse durch, an denen auch Altenpfleger/-innen teilnehmen können. Die gewerkschaftlich orientierten Weiterbildungsangebote für Kranken- und Altenpflegepersonal zeichnen sich durch ihre Konzentration auf Leitungsaufgaben aus. Damit stützt die Gewerkschaft individuelle und berufspolitische Professionalisierungstendenzen. Die größte Mischung von unterschiedlichen Berufsgruppen ist offenbar von den beiden genannten konfessionellen Trägern intendiert. Sie versuchen am stärksten, die Kooperation zwischen Krankenpflegern, Altenpflegern und anderem Pflegepersonal durch gemeinsame Weiterbildungsveranstaltungen zu fördern.

Bei den Befragten der Berliner Untersuchungen war die Motivation zur Fort- und Weiterbildung relativ hoch. Mehr als die Hälfte wäre bereit, einen Teil der Freizeit in Weiterbildungsmaßnahmen zu investieren. Der Gebrauchswert der Fort- und Weiterbildung ist allerdings nicht sehr klar, weil allgemein davon ausgegangen wird, daß man mehr und qualifiziertere Kenntnisse nicht unbedingt in praktisches Handeln umsetzen kann. Bei manchen Pflegekräften hat die Weiterbildung von daher einen eher magischen Gehalt, da man ihren konkreten Effekt nicht angeben kann.

Tabelle 43

A U S B I L D U N G

	Gesamt	Keine Ausbildung	Kurzausbildung		Krankenpfll. Altenpfll. Helfer (weniger als 1 Jahr)	Krankenpfll. Helfer (1 Jahr)	Altenpfleger (2 Jahre)	Krankenschwester/-pfleger
			Krankenpfll. Helfer	Altenpfll. Helfer				
Basis	41	5	5	9	11	2	9	
Ja	22	3	1	5	6	1	6	
Nein	13	2	-	3	4	1	3	
Entfällt (Frage wurde nicht gestellt)	6	-	4	1	1	-	-	

Quelle: Eigene Erhebung

Tab. 44

Weiterbildung für Krankenpflege- und Altenpflegepersonal an Krankenpflegehochschulen		Weiterbildung für Pflegepersonal in der Altenpflege		Zugänglich für	Anzahl der	
I n s t i t u t i o n		W e i t e r b i l d u n g s i n s t i t u t f ü r		Altenpfleger	Altenpfleger	Teilnehmer
Schwesternhochschule der Diakonie Berlin		N e i n	Entfällt			
Diakoniewerk Kaiserswerth Krank- pflegehochschule Düsseldorf	Pflege im Altenheim	Ja	Ja	K.A.	K.A.	32
Bildungszentrum Essen, Fortbil- dungsinst. f. Krankenpflegeberufe d. Dt. Berufsverbandes für Krankenpflege	Kooperation im Altenheim Techniken der Pflege Gerontopsychiatrie- Aktivierende Pflege	Ja	Ja	K.A.	K.A.	K.A.
	Mitarb. in Einrichtg. d. Altenpfleg., Durchführg. von Multimedientauf- nahmen. Pflegepersonal im Nachtdienst. Patientenzentrierte Gesprächs- führung u. a.	Ja	Ja			
Kath. Fortbildungsinstitut für Krankenpflege Freiburg	Übungen zur Kommunikation (6 Tg.) Probleme d. Mitarbeitervertretung in Einrichtg. d. station. Alten- hilfe (6 Tg.) Sterben u. Sterbebegleitung im Altenheim (6 Tg.)	Ja	Ja	Ja	1977/78:54	1977/78:261
Schwesternschule der Universität Heidelberg		N e i n				
Fort-/Weiterbildungsstätte am Klinikum Steglitz d. FU Berlin		N e i n				
Inst. f. berufs begleitende Aus- u. Fortbildg. im Nordelbischen Diakon. Werk Rendsburg	Baukastensystem: Geriatr. Akti- vierungshilfen Psych. Aktivierungshilfen (4 Doppel- unterrichtstg. u. 10 Unterrichts- tag). Seminar Altenpsych. (10 Unterrichts- tag). Musisches u. schöpfer. Gestalten. Be- schäftigungstherapie (60 Unterrichts- tag). Eigenerfahrung (40 Std.). Alterssexualität u. a.	Ja	Ja	Ja	K.A.	K.A.
Krankenpflegehochschule Agnes- Karll DBfK Frankfurt	Leitung des Pflegedienstes (3 Monate)	Ja	Ja	Ja	K.A.	K.A.

Tab. 44

Weiterbildung für Krankenpflege- und Altenpflegepersonal an Krankenpflegehochschulen
 I n s t i t u t i o n

Institution	Weiterbildung für Pflegepersonal in der Altenpflege	Zugänglich für Altenpfleger	And. Berufe	Altenpfleger	Anzahl der Teilnehmer	
					Altenpfleger	Teilnehmer
Fortbildungszentrum für Kranken- pflege im Berufsbildungswerk des DGB Frankfurt	Nein	Entfällt				
Berufsbildungswerk des DGB Stuttgart	Leitung u. Unterricht	Ja	K.A.	1		K.A.
Berufsbildungswerk des DGB Hamburg	Ausbildg. zur Stationsleitung Leitung u. Unterricht an Kranken- pflegehochschulen, Hebammenschulen u. Altenpflegeschulen	Ja	K.A.	1		K.A.
ÖTV Fortbildungsinstitut für Krankenpflegeberufe		Ja	Hebammen	K.A.		K.A.
Werner-Schule vom DRK		Nein				
Fortbildungsakademie für Gesundheitshilfe Köln		Nein				
Krankenpflegehochschule des Deutschen Diakonieverbandes		Nein				
Evangelische Akademie Hofmeismar	Gemeindekrankenpflege vor neuen Aufgaben	Nein				
	Sozialdienst im Krankenhaus, Bei- spiel Altersrehabilitation - Euthana- sie - Patient od. Pflegefall - Suizidprävention (2-3 Tage)	Entfällt				
Henriettenstiftung, Fachinstitut für medizinische Rehabilitation und Geriatrie Hannover	Weiterbildung in medizinischer Reha- bilitation und Geriatrie, 1 Jahr berufsbegleitend	Ja	Nein	1973-1979 40	30	1973-1979 40

Quelle: Eigene Erhebung

- B.: Wie wäre das denn, wenn jetzt Fortbildungsveranstaltungen angeboten würden, könnten Sie denn da noch was lernen? Was ändert sich dadurch?
- C.: In der Praxis könnten wir es vielleicht gar nicht ausführen. Also, vor kurzem haben wir sowas angeboten gekriegt. Was man wirklich lernt, wenn man zu einem Lehrgang hingehht...
- B.: Ich meine etwas anderes. Angenommen, Sie wären jetzt freigestellt - was hätte das für einen Sinn, wenn Sie jetzt noch etwas dazulernen würden? Könnten Sie es anwenden?
- C.: Nein!
- M.: Also, das Neueste, was wir hier hatten, mit Sterbehilfe, das war nichts.
- B.: Warum?
- M.: Weil teilweise die Leute sowieso ins Krankenhaus kommen, andere sterben nachts und unverhofft, daß man reinkommt und sie sind schon tot, wo sie nicht wissen, daß sie morgen sterben würden. Stellen Sie Essen rein - ist er tot.
- B. zu V.: Ich habe vorhin schon gefragt wegen Fortbildungsveranstaltungen, ob Sie damit überhaupt etwas anfangen könnten. Wie sehen Sie das?
- V.: Ich finde das immer gut.
- B.: Aber wenn der Tag ausgefüllt ist mit Essenzubereiten und -servieren, Betten machen und ein bißchen Aufräumen und Putzen usw., wo wollen Sie dann das zusätzliche Wissen unterbringen?
- V.: Ja, Wissen ist, wie man immer sagt, Macht. Wissen kann man natürlich nicht immer in die Praxis umsetzen, aber man hat es halt und weiß eigentlich, wie es richtig sein sollte, und das Wissen bringt einen irgendwie weiter.
- B.: Aber wenn es nicht in die Praxis umgesetzt wird, was bringt es dann? Das ist ja auch eine Kostenfrage, wenn ich Fortbildungsveranstaltungen mache und das Personal geht hin während der Arbeitszeit und lernt etwas, was es nicht umsetzen kann, was bringt es dann?
- V.: Es bringt, daß, wenn man mal eine andere Situation hat, und das dann anbringt. (G 2)*

*) G 2 = Kommunales Altenheim mit Pflegeabteilung

Die Formen und Inhalte der Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen werden kritisiert. Einmal ist es der schulmäßige Stil, der Lernen verhindert, zum anderen sind es praxisfremde Inhalte, die die Motivation reduzieren.

B.: Noch eine Frage zur Fortbildung: Glauben Sie, daß das Personal in der Altenpflege motiviert ist, sich fortzubilden zu lassen, und zwar bei vollem Lohnausgleich während der Arbeitszeit?

M.: Warum nicht!?

B.: Es wird oft geklagt, daß Vorträge angeboten werden und daß dann zu wenige kommen.

M.: Das bekommt man wenig zu erfahren, das sind solche Vorträge, die einer gar nicht versteht.

J.: Es ist auch zeitlich bedingt; wenn man gerade auf Spätdienst ist, dann läßt man den Vortrag wieder ausfallen.

M.: Warum soll ich mir einen Vortrag anhören, über das Blutbild z.B., wenn wir gar kein Labor haben. Dafür ist die Zeit zu schade, um sie abzusitzen.

J.: Sie können ja auch nicht immer hingehen, dann fehlt ja schon wieder ein Tag.

B.: Glauben Sie, daß medizinische Inhalte der Fortbildung besonders wichtig wären, oder können Sie sich da noch etwas anderes vorstellen?

M.: Das Pflegerische machen wir ja täglich und das wissen wir auch: Wie wir den Patienten anzufassen haben, wie wir ihn zu betten haben und wie wir ihn zu füttern haben, zu waschen usw., das wissen wir, das bleibt ja auch gleich. Ich finde, Fortbildungslehrgänge viel besser, wenn man sie in Diskussionen macht.

V.: Seminare meinst Du jetzt?

M.: Ja, ich finde es viel besser, wenn jeder seine Meinung äußern kann und jeder sich beim anderen informieren kann: Wie macht ihr es in eurem Haus, könnten wir das vielleicht gebrauchen, und umgekehrt. So etwa. Dann kann man gerne wieder zwischendurch, meinnetwegen Sterbehilfe... (G 4)*

Außerdem fühlt sich das Personal durch die Weiterbildung neben dem Beruf kräftemäßig überfordert.

B.: Wie ist denn das mit der Fortbildung für diesen Bereich, für Altenpflege? Glauben Sie, daß das Personal allgemein in der Altenpflege Lust hätte, sich weiterzubilden? Daß man also z.B. lernt, wie man ältere Leute stärker aktivieren kann, wie man mit ihnen Gespräche führt, vielleicht auch Bewegungsübungen macht und so etwas?

- C.: Man kann es mal mitmachen, aber wenn nicht genug Personal da ist, kann man es sowieso nicht durchführen.
- L.: Ja, das würde ich natürlich befürworten, und jeder würde sich dafür auch weiterbilden wollen oder wieder die Sache machen, die man schon mal angefangen hat. Aber nicht berufsbegleitend. Ich bin doch nicht verrückt, daß ich 8 Stunden hier ackere wie ein Doofer und berufsbegleitend mich weiterbilde! Und dann abends oder auch morgens kommt man mal 2 Stunden heim - überhaupt nicht!
- B.: Das heißt, man müßte erst einmal einen besseren Personalschlüssel haben?
- L.: Unbedingt, so daß man ein oder zwei Leute abstellen kann, so wie man es früher gemacht hat. (G 5)*

Die gemeinsame Weiterbildung ist zur Zeit eine der wenigen Möglichkeiten, den Pflegekräften gemeinsames Wissen zu vermitteln und damit die Kooperation am Arbeitsplatz zu verbessern. Auch bietet sie die Möglichkeit, durch die Diskussion gemeinsamer Erfahrungen die Nachteile von zu spezialisierten Ausbildungen aufzuheben. Wie sich Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen konkret auswirken, kann zur Zeit nicht angegeben werden. Weiterbildungsmaßnahmen mit dem Charakter von Zusatzausbildungen heben die gemeinschaftsfördernden Erfahrungen einer Veranstaltung für verschiedene Berufsgruppen zum Teil wieder auf, weil der sichtbarste Effekt in einer Erhöhung des sozialen Status für die Pflegekraft besteht. Inhaltlich und formal orientieren sich Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen offenbar nicht immer an den Bedürfnissen des Pflegepersonals in der Altenpflege.

8. Arbeitsbedingungen

8.1. Kompetenzen

Die Abgrenzung der pflegerischen Tätigkeiten untereinander bereitet ähnliche Schwierigkeiten wie die Abgrenzung der pflegerischen von den ärztlichen Tätigkeiten. Nach § 2 Abs. 5 Bundesärzterverordnung vom 14. Oktober 1977 ist die Ausübung des ärztlichen Berufs "Ausübung der Heilkunde unter der Berufsbezeichnung Arzt oder Ärztin". Die Heilkunde ist im Heilpraktikergesetz (§ 1 Abs. 2) definiert: "Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung,

*) G 5 = Chronikerstation

Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird" (zitiert nach BÖHME 1978, S. 451).

Unter diese Definition fällt auch die Krankenpflege. Die tatsächliche Anwendung dieser Definition würde die derzeitige Arbeitsteilung im Gesundheitswesen lahmlegen, daher "haben Rechtsprechung und Literatur diese Vorschrift in der Weise einschränkend ausgelegt, daß die Ausübung der Heilkunde nur diejenige Tätigkeit zur Heilung, Festlegung und Linderung menschlicher Krankheiten usw. ist, die nach allgemeiner Auffassung besondere ärztliche Fachkenntnisse voraussetzt" (BÖHME 1978, S. 451).

Nun muß der Heilpraktiker, der neben Arzt und Hebamme die dritte Berufsgruppe für die Ausübung der Heilkunde darstellt, keine medizinischen Fachkenntnisse nachweisen. Hingegen muß die Pflegekraft während ihrer Ausbildung eine beträchtliche Menge von Wissen sich aneignen, und sie hat doch nicht, wie Arzt und Heilpraktiker, das Recht, eine Diagnose zu stellen oder eine Therapie zu verordnen.

Betrachtet man diese widersprüchlichen Regelungen, so wird deutlich, daß die Abgrenzung der Pflege von der ärztlichen Tätigkeit sich nicht aus der Heilkunde und den medizinischen Tätigkeiten ergibt, sondern aus der Geschichte des Gesundheitswesens, das wesentlich durch die Standesinteressen der Ärzte beeinflusst wurde. Das Verbot für die Pflegekraft, Entscheidungen zu treffen, die dem Arzt vorbehalten sind, entspricht nicht in erster Linie dem mangelnden Fachwissen, sondern historisch gewachsenen Arbeitsteilungen, die auch heute durch die Standesvertretungen der Ärzte aufrechterhalten werden^{*)}. Die Trennung zwischen den Tätigkeiten des Arztes und der Schwester bleibt unscharf. Wenn die Schwester dem Arzt eine Diagnose vorschlägt und er ihr zustimmt, trägt er die Verantwortung (und erhält das höhere Gehalt). Wenn die Schwester aufgrund des ständigen Kontakts mit Patienten einen neuen Therapieversuch macht, ist es ebenfalls der Arzt, der dafür verant-

^{*)} Da Heilpraktiker in freier Praxis und ohne Kassenzulassung tätig sind, stellen sie keine Konkurrenz für Ärzte dar und sind von daher für die Standesorganisation weniger interessant als die pflegerischen Berufe.

wortlich zeichnet. Durch diese Kompetenzverteilung entstehen für die Schwestern mit Selbstbewußtsein und Erfahrung zum Teil widersinnige Situationen.

In den letzten 50 Jahren hat der medizinisch-technische Fortschritt den Handlungsspielraum der Pflegekräfte vergrößert, weil der Arzt nicht mehr alle Funktionen selbst übernehmen kann. Exemplarisch ist die Entwicklung aufzuzeigen am Injektionsproblem:

"Während vor fünfzig Jahren darum gestritten wurde, ob das Krankenpflegepersonal intramuskulär injizieren dürfe, geht heute der Streit um die intravenöse Injektion und macht nicht einmal mehr vor dem bisher wohlumhüteten Aufgabenfeld 'Punktion' halt" (BÖHME 1978, S. 451).

Die intravenöse Injektion ist eigentlich Aufgabe des Arztes, wird aber häufig von Krankenpflegepersonal vorgenommen. Der Arzt trägt dabei die Verantwortung für die Auswahl der Pflegekraft, die Pflegekraft ist in Schadensfällen verantwortlich, soweit sie sich schuldhaft verhalten hat. In der Praxis führt dies zu gefährlichen Situationen für Pflegekräfte, die vom Arzt die Erlaubnis für intravenöse Injektionen erhalten, bei der Durchführung aber einen Fehler begehen. Den Pflegekräften wird daher geraten, die Durchführung der Anordnung des Arztes zu verweigern, falls sie sich nicht sicher genug fühlen (Marburger Bund, Bundesärztekammer 1978, S. 296f.).

Für den Fall, daß diese Tätigkeit trotzdem von Pflegekräften ausgeführt werden soll, fordert der Deutsche Berufsverband für Krankenpflege

"genaue Definition und Präzisierung der Rechtslage und der Verantwortung, Erweiterung der Krankenpflegeausbildung in Theorie und Praxis (Pharmakologie, Krankheitslehre, Schockbehandlung, um nur einiges zu nennen); Angebote einer innerbetrieblichen Fortbildung für bereits ausgebildetes Krankenpflegepersonal zur Erlangung der notwendigen Fähigkeiten und Kenntnisse; Berücksichtigung bei der Errechnung und Erstellung des Stellenplans" (DBfK 1977, S. 85).

Diese Forderungen stellen in erster Linie den Versuch der Absicherung des durch Routinearbeiten, Zeit- und Personalnot überfordertes Pflegepersonal dar, nicht aber die Auseinandersetzung mit der Frage der Arbeitsteilung zwischen Arzt und Pflegepersonal.

Aufgaben im Altenpflegeheim/Altenkrankenheim

SOZIALE AUFGABEN

- Helfende Gespräche zu umfassender Information über das Leben im Pflegeheim und der Station - zur Integration in das Heimleben - als Anregung zur Kommunikation innerhalb der Gemeinschaft - zur Aktivierung der körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte
- Vermittlung der Teilnahme an Freizeit- und Bildungsangeboten innerhalb der Einrichtung
- Beratende Hilfen zu sinnvollen Beschäftigungen innerhalb und außerhalb der Beschäftigungstherapie
- Beratende Hilfen zu Beschäftigungen im und am Bett
- Befähigung von Familienmitgliedern, Freunden usw. für kleine Dienste bei Besuchen (z.B. Rollstuhlzufahrt, Spaziergänge, Gesprächsführung)
- Hilfen zur Teilnahme am kirchlichen Leben
- Bildungsarbeit mit älteren Menschen
- Mitgestaltung des "sozialen Klimas" im Altenpflegeheim/Altenkrankenheim
- Hilfen zur Aufrechterhaltung sozialer Außenkontakte (insbesondere zu Familienangehörigen)

- Persönliche Gespräche

- Hilfen in Krisensituationen
- Hilfen beim Verlegen ins Altenheim oder Krankenhaus
- Hilfen beim Verlegen in die eigene Wohnung
- Hilfestellung (Beratung) bei behördlichen Angelegenheiten.

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHE AUFGABEN

- o Allgemeine und Grundpflege
 - Hilfen und Motivierung zur Gesundheitsvorsorge
 - Sofortmaßnahmen in akuten Situationen (Erste Hilfe)
 - Körperpflege
 - Ganz- und Teilwäsche des Bettlägerigen
 - Teil- und Vollbäder
 - Hilfeleistung beim Ankleiden
 - Betten
 - Lagerung mit Hilfsmitteln
 - Durchführung der notwendigen Prophylaxe (Dekubitus, Parotitis, Pneumonie, Thrombose, Konstraktionen)

- Mund- und Zahnprothesenpflege und -reinigung
- Fuß- und Nagelpflege
- Umgang mit Transportmitteln
- Umgang mit Gehhilfen
- Reinigung und Desinfizieren der Pflegehilfsmittel
- Ordnung im Pflegebereich (Kranken-zimmer, Pflegearbeitsräume, Stations-zimmer)
- Anrichten und Darreichen von Speisen
- Beobachtung von psychischem Verhalten und physischen Veränderungen des zu Betreuenden (Temperatur, Puls, Atmung, Blutdruck, Ausscheidungen u.a.)
- Überwachung der hygienischen Verhältnisse.
- o Behandlungspflege, spezielle Pflege Ausführung ärztlicher Verordnungen
 - physikalische Maßnahmen (Kälte- und Wärmeanwendungen)
 - Inhalationen
 - Einläufe
 - Spülungen
 - Katheterisieren

Obersicht 3

Aufgaben im Altenpflegeheim/Altenkrankenheim

<p>o Behandlungspflege, spezielle Pflege Ausführung ärztlicher Verordnungen (Fortsetzung)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Katheterpflege • Zusammenstellen, Austeilen und Verbreiten von Medikamenten • Ausführen von subkutanen Injektionen • Ausföhrung von i.m. Injektionen • Vorbereitung von i.v. Injektionen • Vorbereitung von Infusionen • Anlegen von Subkutaninfusionen • Behandlung von Wunden (z.B. Decubitus) • Anlegen von Verbänden • Versorgung eines Anus-präter- naturalis • Pflege bei Infektionskrankheiten (Umgang mit Infektionsmaterial) 	<ul style="list-style-type: none"> • Durchführung und Überwachung diätetischer Anordnungen • Spezielle Pflege nach Schlag- anfall • Spezielle Pflege nach Ober- schenkelhalsfraktur • Spezielle Pflege bei Multipler Sklerose, Altersparkinson, Alters- demenz, Cerebralsklerose, Coro- narsklerose <p>o Aktivierende Pflege</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einsatz von Hilfsmitteln • Anregung zur Beschäftigungs- therapie • Altengymnastik • Kommunikationshilfen • Fördern durch Fordern im Rahmen der individuellen Fähigkeiten • Helfende, stützende und moti- vierende Gespräche. 	<p>o Versorgung, Pflege und Betreuung Schwerstkranker und Sterbender.</p> <p><u>BESONDERE AUFGABEN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Informationsweitergabe - Wäsche- und Kleiderpflege. <p>Insbesondere bei Leitungsfunktionen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hilfe bei der Beschaffung von Hilfs- geräten - Durchführung von organisatorischen Aufgaben (Verwaltungsaufgaben) - Aufnahme, Verlegung und Entlassung eines Heimbewohners - Behandlung von Nachläßsachen - Dienstplangestaltung - Berichtabfassung - Anweisen und Anleiten von Mitar- beitern und Praktikanten.
---	--	--

Die Kompetenzen der Altenpfleger sind gegenüber denen der Krankenschwestern/-pfleger ebensowenig deutlich abgegrenzt wie die Kompetenzen der Krankenpflegehelfer gegenüber beiden Berufsgruppen. Der Deutsche Berufsverband staatlich anerkannter Altenpflegerinnen und Altenpfleger legt Wert auf die Feststellung, daß Altenpfleger/-innen prinzipiell die gleichen medizinischen Hilfstätigkeiten anführen dürfen wie Krankenschwestern/-pfleger (persönliche Mitteilung). Die Rechtslage ist aber auch hier unklar.

8.2. Arbeitsbedingungen

8.2.1. Architektur, Einrichtung, Stellenplan (vgl. auch II.4.)

Schon die architektonischen Bedingungen können die Arbeit des Pflegepersonals erschweren oder erleichtern. In der Berliner Untersuchung hatte ein Haus extrem lange Gänge und dadurch lange Laufzeiten. Das Krankenhaus war eine alte Villa mit zwei Stockwerken ohne Lift. Neben den baulichen Gegebenheiten beeinflussen die Arbeitsmittel und die Einrichtung die Möglichkeiten des Pflegepersonals zu qualifizierter Arbeit. Bei der Einrichtung wie bei Neuanstellungen wird das Personal meist übergangen. In den Berliner Einrichtungen klagte das Personal darüber, daß Investitionen an der falschen Stelle vorgenommen würden, ohne Partizipation der Pflegekräfte. Ähnliches sagten Schwestern in der geronto-psychiatrischen Abteilung.

M.: Ja, man könnte es uns leichter machen.

B.: Inwieweit? Was denn?

H.: Zum Beispiel, wenn irgendwas Neues kommt. Jetzt haben wir das Fieberthermometer bekommen. Vielleicht, daß die mal zuerst die Schwestern fragen, was wir vielleicht notwendiger brauchen. Das wird dann vom Kuratorium besorgt und jede Station bekommt dann so einen Apparat und es wird gar nicht erst gefragt, ob wir vielleicht was viel notwendiger brauchen...
Wir werden nicht gefragt, es wird einfach besorgt und dann steht es da.

Wenn man da mal Routine hat, wenn man sich dran gewöhnt hat, dann geht das ruck - zuck! Viele meinen, es dauert zu lange, bis man erst damit anfängt, könnte man die Leute rausheben. Aber wenn man es richtig macht, ist das wirklich eine Erleichterung. (G 6)*

Am schlimmsten waren die Verhältnisse in dem privaten Pflegeheim, wo offenbar nicht einmal Geld für die notwendigsten Investitionen wie Reinigung oder Ersatz von uringetränkten Teppichen und für eine Waschmaschine zur Verfügung gestellt wurde.

- V.: So wie jetzt, zum Beispiel im Bad in der 22, da war der Fußboden wieder voll Urin. Das ist ständig so. Und das klebt richtig, der ganze Fußboden ist wie eine Jauche.
- B.: Das Schlimme ist halt, das kann man vielleicht nicht ändern, aber man kann ja zum Beispiel ändern, daß der Teppich rauskommt.
- V.: Ich meine, so nach und nach wird das ja jetzt auch gemacht, aber das braucht eben seine Zeit. Der saugt sich nämlich so voll, also den Gestank bekommt man einfach nicht mehr heraus. Ist nicht möglich.
- S.: Wenn man sich überlegt, in den anderthalb Jahren, da sind die ganzen Betten herausgenommen worden, da ist gesprüht worden mit diesem Raumspray, das geht nicht raus!
- V.: In der Zeit, wo es heiß war, flogen Fliegen herum. Ich habe dann versucht, so mit einem Fliegenfänger oder so einem Fliegenstrip, aber der hilft auch nicht viel. Man muß ja die Fenster auch offenhalten, und das hängt dann irgendwo und die Fliegen kreisen munter weiter. Es gibt Leute, die ihr Essen herausstellen, zwischen den Fenstern, und dann in der Hitze ist das natürlich klar, daß das Essen verdirbt, und dann essen sie davon, sie merken es nicht, daß es verdorben ist, und davon bekommen sie einen Dünnschiß. Ja, und schlimm ist es dann eben noch, ich warte ja immer noch auf eine Waschmaschine. Ich habe jetzt einen ganzen Schwung Wäsche ausgewaschen, ich weiß nicht mehr, wo ich sie hingängen soll, es stinkt, es ist unmöglich. Ist ja auch eine Zumutung, diese richtig vollgepinkelten Sachen, da muß man auch noch mit den Händen ran. (G 3)¹⁾

+) G 4 = Krankenhaus

G 6 = Geriatrische Abteilung der Psychiatrischen Klinik

1) G 3 = Privates Altenheim (nur Pflegeplätze)

Der Personalmangel führt zu Überlastungen der Pflegekräfte, die noch zum Arbeitsplatz kommen. Fluktuation und Krankmeldungen sind in der Altenpflege häufig.

C.: Dieser ständige Wechsel, das ist ja kein normales Leben mehr.

A.: Ja, wir haben viele Kollegen, die krank sind, und die sagen, ich kann das einfach nicht... Sehen Sie, im Spätdienst, da müssen wir immer die großen schweren Kübel tragen.

C.: Das ist Schwerstarbeit, die Kübel und Teller, die schweren Alten, die Menschen sind doch hilflos, die müssen ja gehoben werden, getragen werden. (G 6)²⁾

Unter diesen Umständen kann das verbleibende Personal seine Ansprüche an eine Pflege alter Menschen nicht aufrechterhalten.

V.: Was sich natürlich nicht so realisieren läßt, denn normalerweise, wenn der Amtsarzt durchgehen würde, dann müßte immer das Zimmer staubgewischt werden, nicht nur rund um das Bett alles sauber sein. Die Alten selbst sollten gepflegt im Bett sein oder sitzen, in ordentlichen Sachen, Fingernägel sollten stimmen, die Haare sollten stimmen, Medizin muß stimmen, man sollte auch Zeit für ein Gespräch haben. Dann müssen die Kühlschränke stimmen, die Eisfächer stimmen, wo die Lebensmittel alle drin sind. Da müßte regelmäßig monatlich einer durchgehen, die schlecht gewordenen Lebensmittel müßten ausgeräumt werden. Das gehört auch zu unseren Aufgaben. Und das fällt bei dem geringen Personal weg - und Sie sehen ja die Personalsituation im Moment... (G 2) (G 2)³⁾

2) G 6 = Geriatriische Abteilung der Psychiatrischen Klinik

3) G 2 = Kommunales Altenheim mit Pflegeabteilung

8.2.2. Arbeitsorganisation

Zum Teil bestimmen rigide, an den Bedürfnissen von Personal und Bewohnern vorbeiehende Regeln den Arbeitsablauf.

- M.: Sonntags ist immer Besuchszeit, da müssen wir von 6.00 bis 10.00 Uhr alle Patienten fix und fertig machen, damit zur Besuchszeit die ganze Station steht...
- K.: Was natürlich in meinen Augen Fax ist, denn wenn wir nicht fertig sind, wenn wir das nicht schaffen, dann schaffen wir's halt nicht, und dann müssen die Besucher halt mal länger warten. (G 6)*

Das Pflegepersonal wird in Entscheidungen auf der Station nur unzureichend einbezogen und informiert.

- B.: Was mich sehr erstaunt hat, war, daß wir überhaupt nicht wissen, was die Leute im einzelnen haben.
- K.: Das finde ich an und für sich auch sehr schockierend. Bloß - das muß ich sagen - die erste Zeit war das nicht mangelndes Interesse, da war es wirklich auch Zeitmangel. Und wenn man dann mal Zeit hatte, dann saß man hier und ich habe mir dann immer nur die Leute angeguckt. An die Krankengeschichten, habe ich gehört, da kommt man so gut wie gar nicht ran. Und es ist nur so, was man von den anderen erklärt bekommt, die meisten wissen auch nicht genau, was die Leute haben.
- M.: An die Krankengeschichten kommst Du ran. Allerdings muß Du reingehen, muß im Verordnungszimmer fragen, entweder die Oberschwester oder die Vertretung, ob Du sie Dir durchlesen kannst, und dann kannst Du Dich hinsetzen und sie Dir durchlesen. Allerdings ist da wieder das Problem: das muß Du machen, wenn Du Zeit hast.
- K.: Bis jetzt wurde mir das so gesagt, daß man da überhaupt nicht rankann. (G 6)

Ein weiterer Faktor für Unzufriedenheit beim Pflegepersonal sind fehlende Teamarbeit und Kooperation, die die Arbeit erleichtern und erfreulicher gestalten könnten, ein Resultat von Vereinzelungsstrategien während der Ausbildung und in der Institution.

- M.: Es sieht doch so aus, daß sich Kollegen untereinander doch, ich muß ganz ehrlich sagen: jeder behauptet, daß er viel tut und die anderen tun nichts, teilweise wird's unter Kollegen erzählt... So sieht es auch bei uns aus, daß jeder seine

*) G 6 = Geriatrische Abteilung der Psychiatrischen Klinik

Arbeit am meisten in den Himmel hebt, weil jeder gerne vorzeigt, was er kann. Vielleicht liegt es auch daran, daß wir nicht kollegial genug sind, weil jeder besonders anerkannt werden will. Mehr kann ich dazu auch nicht sagen. (G 2)¹⁾

- B.: Noch eine Frage: Was könnte man speziell auf Ihrer Station, in Ihrem Haus besser machen?
- C.: Vielleicht die Zusammenarbeit mit anderen Stationen, wenn einer knapp besetzt ist und der andere hat jetzt sieben Leute und wir sind nur drei, das ist klar, jemand geht ungern auf eine andere Station, aber das geht ja nicht anders. Daß er dann nur aushilft. Oder auch, auf manchen Stationen, untereinander. Daß nicht jeder jeden ausspielt, den er nicht leiden kann, oder daß er merkt, der kann sich nicht wehren. Daß der dann langsam, aber sicher unterdrückt wird. Oder, wenn Neue kommen, und jeder will gleich am Anfang alles ändern. Das geht auch nicht.
- M.: Das Schlimme auf dieser Chronikerstation ist, daß ein riesen-großer Wechsel ist von den gelernten Schwestern. Ein Ungelernter ist bestimmt froh, daß er hier arbeiten darf, muß er auch froh sein. Aber diese Schwestern, die wechseln hier laufend, ein Jahr, zwei Jahre höchstens, und dann sind wieder neue da. Und die müssen sich dann immer wieder an die neuen gewöhnen und jeder hat ja dann eine andere Idee. Und das macht einen nachher auch müde. (G 5)²⁾
- B.: Wie ist das: Die Oberschwester und die stellvertretende Oberschwester arbeiten nicht mit an den Patienten?
- K.: Nein, eigentlich nicht.
- M.: Nein, die sind vorwiegend im Dienstzimmer.
- K.: Wenn Not am Mann ist, macht die stellvertretende Oberschwester drüben mit und wenn es gar nicht anders geht, auch hier. Die Oberschwester ist auch schon rausgekommen und hat gefüttert, als sie sah, daß wir am Zusammenbrechen waren... Was hier noch ein sehr schwieriges Problem ist: der alte Zopf ist einfach so groß, daß viele Schwestern es gewohnt sind, sämtliche Arbeiten alleine zu machen. Ob es jetzt das Heben schwerer Patienten ist oder das Bettenmachen, das war für mich eine sehr große Umstellung, weil in anderen Häusern das alles zu zweit gemacht wird. Es hört sich blöd an, aber mir war das schon beinahe zuviel, die ganzen Betten alleine zu machen. Schon mal dieses Hin- und Hergerenne, dann die Bezüge schütteln, bis ich es schon nicht mehr gespürt habe, wenn mir die Arme wehgetan haben. Bloß andererseits, ich verstehe es auch vollkommen, wenn man jahrelang so alles alleine gemacht hat, daß man das eben so gewohnt ist und auch weiter so macht. Ich finde es einfach zu schwer, die Leute alleine rauszuheben...

1) G 2 = Kommunales Altenheim mit Pflegeabteilung

2) G 5 = Chronikerstation

Schon mal mit diesem Alleinarbeiten. Dagegen bin ich also wirklich, und wenn jetzt Leute da sind, die ein bißchen flexibel sind, dann macht man das halt alles zu zweit und es stört mich dann auch herzlich wenig, daß es ein bißchen länger dauert. Man muß sich etwas aufeinander einarbeiten, bis alles so reibungslos zusammen klappt, daß man ohne Worte genau weiß, was der andere macht. Dann ist es aber schneller, leichter, da bin ich ja auch für Durchziehen, dann kann man ja auch mal später eine Tasse Kaffee trinken und kurz etwas essen, eine Zigarette rauchen, und dann gleich weiter, das ist auch zu schaffen. Man ist dann nicht so kaputt, als wenn man in einem Affenzahn durchrast und ein schlechtes Gewissen hat, wenn man nicht ganz so schnell ist wie ein paar andere, obwohl man jünger ist*). (G 6)1)

In einem Gegenbeispiel, der Beschreibung der Atmosphäre im freigemeinnützigen Altenheim, werden auch die Faktoren sichtbar, die ein gutes Betriebsklima bewirken: Gleiche Arbeit für jeden, keine Privilegierung der (hochqualifizierten) Oberschwester, Abbau von Konkurrenzängsten.

- B.: Wie erklären Sie sich, daß das Betriebsklima so gut ist? Sie wissen, daß es in anderen Häusern nicht so gut ist, daß man nicht so gern zur Arbeit kommt.
- E.: Ja, zum Teil liegt es an der Oberschwester, zum Teil auch am einzelnen.
- L.: Haben wir 'ne Oberschwester?
- E.: Ja, wir haben eine.
- L.: Na, ich seh' die so selten.
- H.:²⁾ Ja, ich würde aber auch sagen, daß hier jeder bereit ist, alles zu geben, und daß es auch sehr Hand in Hand geht. Es kommt doch sehr auf die persönliche Einstellung jedes einzelnen an.
- D.: Ich finde, daß es deshalb so gut ist, weil hier nicht jeder sagt, das ist meine Station und hier bin ich zuständig und dafür nicht, sondern daß jeder überall mit anpackt, wenn er merkt, daß Not am Mann ist. Und ich sage auch nicht, ich bin auf 4 oder 5, hab' da unten nichts zu tun, und wenn es da unten brennt, das geht mich nichts an, so ist es hier nicht. Und wenn im Altenheim was los ist, auch da wird eingesprungen, und umgekehrt, das finde ich so prima.
- B.: Wichtig ist dann wahrscheinlich in brenzligen Situationen, daß man eine Kollegin fragen kann.

*) Es handelt sich hier um eine außerordentlich schnelle, tüchtige, junge Krankenpflegehelferin, die in der Ausbildung zur Krankenschwester steht

1) G 6 = Geriatrische Abteilung der Psychiatrischen Klinik

2) = Oberschwester

- D.: Sicher, das ist schon wichtig, daß man mit jemandem sprechen kann. Ich denke jetzt zum Beispiel an den Spätdienst, wenn zwei sind und plötzlich ist im Hochhaus ein Ex^{*}), oder jemand wird eingewiesen. Deshalb ist es immer sehr günstig, auch von Schwester H., die Dienstplanung, daß sie immer darauf achtet, daß zum Beispiel beim Spätdienst nicht zwei Neue Dienst haben, sondern immer eine dabei ist, die schon länger da ist, damit sie nicht in Notsituationen hilflos ist. Man weiß dann immer, so und so läuft es.
- H.: Es ist auch ganz stark drin, daß einer dem anderen hilft und eben auch, wenn etwas Außergewöhnliches ist, den Neuen hinzuzieht und nicht sagt, nun mache ich das, ich will glänzen. Das gibt es einfach nicht, daß einer glänzen möchte. (G 1)¹⁾

8.3. Tätigkeiten und Belastungen in der Altenpflege

Die Tätigkeiten in der Altenpflege bestimmen sich nach

- den institutionellen Bedingungen,
- der Pflegebedürftigkeit der Patienten,
- der Arbeitsaufteilung zwischen dem Personal.

Während die institutionellen Bedingungen und die Auswirkungen unterschiedlicher Qualifikationen auf die Arbeitsteilung schon behandelt wurden, wird in diesem Abschnitt der Schwerpunkt auf die Faktoren gelegt, die sich aus den Problemen und der Pflegebedürftigkeit der Patienten ableiten.

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe hat festgestellt, daß der durchschnittliche Pflegeaufwand stark nach körperlicher Gebrechlichkeit, Inkontinenz und den "hirnorganischen" Störungen²⁾ streut (KDA 1979, S. 68 ff.; KDA 1978).

Die Berliner Untersuchung ergab, daß auch die Verteilung der Tätigkeiten in den einzelnen Institutionen von der Pflegebedürftigkeit der Patienten bestimmt ist.

1) G 1 = Freigemeinnütziges Altenheim mit Pflegeabteilung

2) Diese Bezeichnung ist immer etwas unklar, weil die Gründe, die zu dieser Diagnose geführt haben, nicht erläutert werden.

*) Exitus

Tab. 45
Angaben 1) zur Verfassung der Patienten in ausgewählten Berliner Einrichtungen

Prozentwerte	I N S T I T U T I O N E N										Kranken- heim	Geriatr. Abt. in Psych. Klinik
	Senio- renheim	privat	freigemeinn.	Chron.Kranke	Kranken- häuser	Station für Geriatr.	Kranken- häuser	Station für Geriatr.	Chron.Kranke	Kranken- häuser		
	32	240	45	74	48	25	53	43	37			
<u>SELBSTÄNDIGKEIT DER PATIENTEN IN DER PERSÖNLICHEN HYGIENE</u>												
Volle Selbständigkeit	97	70	44	AH 100	PS 70	16	9	5	-			
Hilfen notwendig beim Aufsuchen d.Toilette etc.	3	25	29	-	30	36	15	46	14			
Weitgehend inkontinent	-	5	27	-	-	48	75	49	86			
<u>GEISTIGE VERFASSUNG DER PATIENTEN</u>												
Geistig klar, keine Anzei- chen von Verwirrtheit	88	40	84	97	90	44	32	19	-			
Leichte bis mittlere Verwirrtheit	9	50	13	3	10	40	30	46	11			
Schwere Verwirrtheit (vor- wiegend desorientiert, Kom- munikation nur selten und kurzzeitig möglich)	3	10	3	-	-	16	38	35	89			
<u>BEWEGUNGS-/GEHFAHIGKEIT DER BEWOHNER/PATIENTEN</u>												
Uneingeschränkt bewegungsf.	62	40	29	AH 40	PS 30	32	38	-	-			
Leichte oder schwere Gehbehinderung	37	55	58	60	70	48	23	56	64			
Weitgehende oder voll- ständige Bettlägerigkeit	3	5	12	-	-	20	40	44	36			

Quelle: Eigene Erhebung 1) der Stations- oder Heimleitung (Schätzungen) 2) Anzahl der Patienten

Tabelle 46
 Anteil einzelner Tätigkeiten an der Arbeitszeit des Pflegepersonals

PROZENTWERTE	Pflege, vorwiegend Grundpflege	Aufräumarbeiten, Putzen	Essensversorgung	Sonstiges
Seniorenheim ohne Pflegeabteilung	27	31	20	23
Pflegestation im kommunalen Seniorenheim	33	16	50	-
Pflegestation im privaten Seniorenheim	50	20	30	-
Pflegestation im freigemeinnützigen Seniorenheim	45	29	23	3
Station für chronisch Kranke im allgemeinen Krankenhaus	54	7	27	10
Station im geriatrischen Krankenhaus	58	5	34	3
Krankenheim	84	8	7	2
geriatrische Abteilung der psychiatrischen Klinik	79	-	14	7
Kölner Untersuchung	47	12	24	17

Anmerkung: Siehe S. 253

Anmerkung zu Tabelle 46:

Die Werte der Tabelle 46 wurden aus Angaben des befragten Pflegepersonals ohne Stationsleitung errechnet. Die Angaben beziehen sich auf den letzten Arbeitstag. Personen, die Spätschicht hatten, wurden nicht in die Rechnung mit einbezogen. Die Fallzahlen sind jeweils äußerst niedrig.

Quellen: Kuratorium Deutsche Altershilfe 1978
Eigene Erhebung

Die Pflege, die sich meist in Grundpflege erschöpft, nimmt im Krankenhaus im Vergleich zu den anderen Institutionen den größten Raum ein. Der relativ niedrige Anteil bei der Essensversorgung liegt darin begründet, daß im Krankenhaus - im Gegensatz zu den Altenheimen mit Pflegeabteilung und den Krankenhausstationen - Küchenhilfen das Frühstück verteilen und das Geschirr nach jeder Mahlzeit wieder abräumen. Den höchsten Anteil bei der Essensverteilung erreicht das kommunale Altenheim mit Pflegeabteilung. Dort war ein großer Teil des Tages mit Servieren und Abräumen ausgefüllt, ähnlich wie in einem Hotelrestaurant. Aufräumarbeiten inklusive Putzen erreichen den höchsten Wert in Häusern, wo die Pflegebedürftigkeit am niedrigsten ist, nämlich im Seniorenheim und im freigemeinnützigen Heim mit Pflegestation.

Für Gespräche mit den Patienten bleibt den Pflegepersonen wenig Zeit. Sie ist entweder in die Rubrik "Pflege" eingegangen oder erscheint unter "Sonstiges". Der hohe Anteil dieser Kategorie beim Altenheim ist auf die Beanspruchung der Pflegekraft durch Gänge zur Apotheke, zum Arzt u.a. verursacht. Die Unterschiede zwischen den Institutionen kommen deutlich zum Ausdruck.

Die Ergebnisse sind auch vergleichbar mit denen der detaillierten Tätigkeitsanalyse des Kuratoriums Deutsche Altershilfe in drei kommunalen Pflegestationen in Köln. Diese dürfen in etwa der freigemeinnützigen und privaten Einrichtung unserer Untersuchung entsprechen. Die höheren Werte bei Aufräumarbeiten, Putzen u.a. in den Berliner Einrichtungen lassen vermuten, daß in Berlin weniger anderweitiges Personal für diese Tätigkeiten zur Verfügung steht.

Auch die pflegerischen Tätigkeiten selbst werden mit der Zeit zu Routinearbeiten, weil das Personal die Menge der menschlichen Probleme nicht verarbeiten und die institutionellen Bedingungen kaum verändern kann. Bei verwirrten und aggressiven Patienten ist das Personal überfordert und fühlt sich alleingelassen.

- B.: Hat sich der Idealismus, mit dem Sie hier 'rangingangen sind, halten können?
- H.: Teils, teils - manchmal, wenn die Patienten so durcheinander sind, dann wird man selbst durcheinander, daß man den Leuten praktisch überhaupt nicht mehr helfen kann. Die sind so durcheinander, die erzählen dann so quer durch den Garten, daß man oft nicht mehr weiß, inwieweit sie das mitkriegen oder nicht.
- B.: Glauben Sie nicht, daß die Patienten anders wären, ein Teil wenigstens, wenn sie mehr Anregungen hätten?
- H.: Manche Patienten ja, aber manche könnten Sie anreden und sie würden es trotzdem nicht mehr auffassen.
- H.: Weil die Patienten alle so durcheinander sind, man muß sich selbst hineinflinden, was sie gerade denken. Zum Beispiel: 'Meine Mutti hat das so gekocht'. Soll man nun sagen: 'Deine Mutti lebt nicht mehr'? Nun ja, sagen wir, die Mutti hat alles gekocht, dann essen sie mit Freuden. Es war für mich ziemlich schwer, als ich neu war, das zu begreifen, daß ein Mensch mit 80 Jahren so durcheinander ist, daß er sich einbildet, daß die Mutter noch lebt. Jetzt findet man sich damit ab. Manche Patienten geben normale Antworten, wenn man aber weiter in sie hineinfragt, kriegt man plötzlich so eine Antwort: 'Ja, Mutti kommt ja gleich,' und unterhalten sich mit dem Vorhang. Irgendwo muß man versuchen, damit fertig zu werden, daß sie eben nicht mehr durchblicken können. (G 4)*

-.-.-.-.-.-

- S.: Vor allen Dingen werden die ja noch aggressiv... Ich habe also unten von einem, der besoffen war, einen heißen Kaffee ins Gesicht gekriegt, und als ich mich umdrehte, kriegte ich noch die Kanne hinterher. Da habe ich unten angerufen und die Oberschwester hochgebeten - und da war gar nichts, ist gar nichts passiert, nichts.
- G.: Letztes Mal hat einer den Chef angegriffen.
- V.: Da ist ja auch nichts passiert. Wir haben ja hier von Charlottenburg den Sozialpsychiatrischen Dienst öfter mal angefordert. Also es ging darauf hinaus, wenn Sie nicht eine Verletzung von so einem nachweisen können, ist es wertlos, die zu holen. Also, die können noch so randalieren, das ist egal,

*)G 4 = Krankenhaus

- das ist wurscht, es muß erst einer zu Schaden kommen. Ja, das haben die uns direkt gesagt, sonst können sie nichts machen - der muß einen direkt angegriffen haben, man muß schon eine Beule am Kopf haben, dann...
- G.: Es gibt ja Patienten, die schmeißen einem Abendbrotteller vor die Füße.
- V.: Ja, ja.
- G.: Es gibt Patienten, die schlagen sich untereinander - passiert auch nichts.
- V.: Ja, ja.
- G.: Passiert auch nichts. Da müssen sie sich erst gegenseitig umbringen.
- S.: Oder, wie es uns hier passiert ist, da kommt einer und sagt: Sie können mir gar nichts, ich habe einen Paragraphen.
- V.: Ja, also jedenfalls, da ist hier unten eine Familie, die haben sich geschlagen, geprügelt, die Türen aus den Angeln gerissen - nichts ist passiert.
- G.: Da kommt keine Verwarnung...
- V.: Die können hier randalieren...
- G.: Dann haben wir nachts schon die Polizei geholt.
- V.: Ach, das nutzt doch alles nichts.
- G.: Da haben die gesagt: Seien Sie doch ruhig, was wollen Sie denn, der Schrank war doch umgekippt, was wollen Sie denn, ist doch ganz ruhig hier! Dann haben wir ihn in die Nervenklinik eingewiesen die Nacht. Was war? Gegen Morgen haben sie ihn wiedergeschickt. 'Der ist doch ganz in Ordnung' - da fragen wir uns, was das noch soll.
- S.: Das ist nämlich wirklich so, sobald die Blaumänner durch die Tür kommen: Ruhe, absolute Ruhe!
- G.: Man muß sich wirklich so eine Schutzuniform anschaffen.
- S.: Man müßte die Leute aufhetzen und kurz bevor die platzen, müßte man anrufen.
- V.: Es ist wirklich so, uns hilft kein Mensch, wir sind völlig alleingelassen in so einer Situation.
- G.: Und dann ist es ein Ehepaar, da sagt die Polizei: Bei Ehestreitigkeiten gehen wir nicht dazwischen!
- S.: Und wir stehen da, die Station ist hellwach... Und wenn sie dann aus dem Zimmer 'rausgeht, das passiert ja auch 'mal, dann versteckt sie sich im Rondell hinten oder geht ganz nach unten; er ist blind, dann steht er und klopft. Wenn er nun besoffen ist, verwechselt er die Türen und steht am verkehrten Zimmer und bummert wie so ein Irrer, oder er tritt der die Tür ein da unten: "Wo ist meine Frau?"
- V.: Ja, ich finde es wirklich nicht gut, daß Säufer in einem Heim aufgenommen werden, aber es gibt ja leider nichts anderes. (G 3)*

*) G 3 = Privates Altenheim (nur Pflegeplätze)

Die Patienten sind nicht in der Verfassung, dem Pflegepersonal Erfolgserlebnisse zu vermitteln. Darunter leidet zum Teil auch die Umgangsform des Personals.

- G.: Man braucht ja nur morgens mal eine schlechte Nacht gehabt zu haben, irgendwas - man sieht blaß aus und spricht vielleicht kaum - die Leute beziehen das sofort auf sich selber. 'Sind Sie böse mit mir? und: 'Was habe ich denn getan?' Wir müssen also unseren privaten Kummer von der Dienstzeit total abschirmen.
- S.: Und das geht manchmal nicht.
- G.: Wir müssen praktisch lachen und uns Sorgen anhören, alles.
- B.: Aber mir ist ein bißchen aufgefallen, S., wenn wir hier so rummarschieren sind, daß Du manchmal ganz schön kurz angebunden bist, Und da habe ich mir gedacht, wie kommt das, und: Hängt das mit Deiner Einstellung zum Beruf zusammen oder mit der Hetzerei. - Also Hetzerei ist ja eigentlich nicht, um ganz ehrlich zu sein.
- S.: Eigentlich nicht.
- G.: Ich glaube, S. ist so von Natur aus der Typ.
- B.: Daß sie mit M. so redet, ist mir auch aufgefallen, aber das ist dann noch etwas anderes. Die M. kann sich noch wehren, aber die Alten können sich ja nicht wehren.
- G.: O doch, die können sich auch wehren!
- V.:¹⁾ Nein, es gibt einige, die mir das auch gesagt haben. Ich versuche, das zu entschärfen, indem ich sage, die meint das nicht so. Das wollte ich S. sowieso mal sagen: Versuch doch mal - als junger Mensch kann man das vielleicht nicht - aber Versuch mal, Dich in die Situation zum Beispiel von einer Frau W. zu versetzen. Die sind auf uns angewiesen und die sind wirklich dankbar für jedes nette Wort. Ich hab' auch gesagt: Was tue ich denn besonderes? Weil sie sagen: Ach, endlich sind Sie da! Ich weiß in solchen Momenten manchmal nicht mehr, was ich sagen soll. Ich hab' gesagt, es sind doch die anderen, die tun doch genausoviel, und... 'Ja, aber der Ton!'
- B.: Aber auf der anderen Seite muß man eben sehen, das sind ganz junge Mädchen, die vielleicht gar nicht unbedingt in diesen Bereich 'reinwollten...
- V.: Ja, ja. Das kommt ja auch aus der Nicht-Motivation. Man muß eine innere Beziehung dazu haben, ansonsten kann man es nicht durchstehen, meiner Meinung nach.
- S.:²⁾ Nein, ich merke das ja selbst, daß ich manchmal kurz angebunden bin. Und bei manchen Patienten, wenn ich die nicht mag, und

1) Stationsleiterin (Krankenschwester)

2) 19jährige Krankenpflegehelferin

die dann alle rummotzen, dann werde ich auch manchmal sauer, wie gerade heute bei Herrn B., der sagte: Das Wasser ist zu naß, und ich zu ihm sagte: Es ist noch kein trockenes erfunden worden.

G.: Naja, über den ärgern wir uns ja alle. Da könnte ich morgens auch an die Decke gehen, wenn ich den waschen muß.

S.: Ich merke das auch schon gar nicht mehr, wenn ich kurz angebunden bin, das ist auch überhaupt keine Böswilligkeit.

V.: Ja, das habe ich ja auch immer gesagt, das ist einfach: Du meinst es eben nicht so. Aber das kommt bei dir so heraus, daß die Leute meinen, du bist mit ihnen grantig oder in der Richtung. (G 3)*

B.: Aber wie ist denn das bei Ihnen mit Erfolgserlebnissen? Jeder braucht ja so in seinem Beruf das Gefühl, daß er ab und zu mal was Schönes erlebt und geleistet hat. Wo nehmen Sie Ihre Erfolgserlebnisse her?

M.: Ich hol's mir zu Hause.

V.:¹⁾ Da gibt's nur Destruktives zu sagen?

M.: Das hat mit destruktiv nichts zu tun, aber du hast doch hier keine Erfolgserlebnisse!

V.: Natürlich!

M.: Zum Beispiel?

V.: Einfach ein Mensch, der dankbar sagt: Das war aber nett, Schwester V.!

M.: Der größte Teil dieser Leute vergißt erstmal unsere Namen, du kannst noch so lange in diesem Hause sein. Ich hab' eine Dame hier, die mich schon seit fast 10 Jahren genauso gut kennt wie ich sie. Die hat geschrien auf dem Flur: Hallo, Sie da, hallo, Sie da - kommen Sie doch mal, mein Kompott fehlt mir! Habe ich gesagt: 'Ich heiße M. - und Sie kennen mich doch!' - 'Ach ja, ja...'

V.: Die haben eben ein schlechtes Gedächtnis.

M.: Ja, siehst Du, eben! (G 2)²⁾

So haben gerade hochmotivierte Pflegekräfte auch Angst vor eigenen Persönlichkeitsveränderungen, vor dem Abstumpfen gegenüber einer von ihnen nicht gewollten und veränderbaren Situation.

M.: Am Anfang hat man etwas Schwierigkeiten, sich daran zu gewöhnen, an die Patienten. Aber jetzt komme ich mit einem anderen Gefühl zu den Patienten her. Man sieht sie anders. Wenn man frisch anfängt, hält man sie für normale Patienten, was sie nun nicht sind. Also, ich weiß nicht, wie ich das ausdrücken soll -

*) G 3 = Privates Altenheim (nur Pflegeplätze)

1) Stationsleitung

2) G 2 = Kommunales Altenheim mit Pflegeabteilung

vielleicht verstehen Sie, was ich meine, dann ist alles Routine. Man versucht sich am Anfang noch Mühe zu geben, da was zu verbessern und da was; sich mehr mit den Patienten zu unterhalten usw. oder versucht irgendwie... Aber man merkt dann, daß das unmöglich ist, daß man sehr viel Kraft braucht, weil sich die Leute auch sperren. Zum Beispiel, wenn wir Badetag haben. Am Anfang, da gehts; gestern haben wir's hauptsächlich gemerkt, gestern haben wir die ganzen Aufstehpatienten gebadet und heute werden die ganzen Liegenden, die wir gestern nicht baden konnten, gebadet. Am Anfang merkt man, da hat man noch die Kraft, da geht es eigentlich verhältnismäßig leicht, die Leute rein- und rauszuheben. Wenn man aber so an die 10, 20 Patienten gebadet hat und holt den letzten, da fehlt die Kraft, da muß man sich schon ganz schön anstrengen.

- B.: Aber wenn ich das richtig verstanden habe vorhin, sind Sie nicht so gelassen wie M. - wie kommt das?
- K.: Naja, ich bin zwar nicht so lange hier, aber ich bin selber in dem Zwiespalt: entweder tun mir die Leute so leid, daß ich hier kaputtgehe, oder ich werde abgebrüht. Und davor habe ich Angst.
- M.: Aber das läßt sich nicht vermeiden mit der Zeit.
- K.: Es steht auch nicht fest, daß ich hierbleibe, Minimum sind vier Monate - Maximum weiß ich nicht, mindestens bis nächstes Jahr, aber das steht noch in den Sternen. Dieses Verrohen finde ich doch ziemlich frustrierend. Das merkt man ja manchmal auch so an Redensarten.
- M.: Ja, das stimmt. Im Laufe der Zeit, ich meine, man verliert ja vielleicht mal die Nerven. Man sieht, man hat gerade jemanden saubergemacht - das ist nicht nur der eine - und der ist dann schon wieder schmutzig. Und es kommt ja dann meistens so, daß es nicht nur der eine ist, sondern daß es dann gleich mehrere sind. Und wir sind ziemlich überlastet mit Arbeit, wenig Personal... Es ist wirklich manchmal schlimm, was wir hier leisten müssen. Viele sind krank, manche gehen in Urlaub, wir kriegen kein Personal, es bleibt im Endeffekt alles an den Schwestern hängen, die noch zur Arbeit kommen. Daß man das auf die Dauer nicht aushält, das ist natürlich.
- B.: Und haben Sie nicht vor, wegzugehen?
- M.: Doch ja, auch. Ich bleibe jetzt eben noch so lange. Ich wollte die Schule besuchen, das hat sich jetzt nur leider zerschlagen. Ich bin nicht angenommen worden und ich werde - das ist das alte Lied - heiraten; ich hab's dann nicht mehr nötig, arbeiten zu gehen. Ich werde mir dann irgendwas suchen, wo ich bloß halbtags arbeiten gehe.
- B.: Und wie ist das bei Ihnen, G.?
- G.: Ich habe auch nicht vor zu bleiben. Also, die Arbeit gefällt mir, rein von der Krankenpflege her, aber ich wäre lieber auf

- D.: Gestern habe ich es meiner Cousine erzählt, die sagte: das gibt es doch nicht! Sie weiß, wo ich vorher gearbeitet habe - ich habe sechs Jahre in der G.-Klinik gearbeitet und so etwas habe ich noch nie erlebt. Daß man hier auch keine zwei Tage hintereinander freikriegt!
- M.: Doch, wenn die Besetzung gut ist, dann bekommst du zwei Tage frei. Seit langer Zeit habe ich morgen und übermorgen zwei Tage frei. Das ist schon fast ein kleiner Urlaub.
- D.: Aber wenn Sie überlegen, mit so schweren Patienten - da ist ein freier Tag überhaupt nichts! (G 6*)
-.-.-.-.-.-.-
- B.: Wenn Sie im Freundeskreis zusammensitzen, haben Sie das Gefühl, daß die Leute wissen, was Sie hier machen? Daß die das richtig einschätzen?
- I.: Manche ja, manche nicht. Manche können sich überhaupt nicht vorstellen, daß ein alter Mensch plötzlich so durcheinander sein könnte, daß er vielleicht was macht, daß man selbst gar nicht auf die Idee kommen würde. Die können sich kaum vorstellen, daß die Leute gewickelt werden, daß die unter sich machen. Das ist für die schon zuviel.
- U.: Die sagen: Das würde ich nie machen, oder: Erzähle mir doch nicht davon, das ist ja eklig. Also spricht man doch da draußen sehr wenig darüber.
- I.: Die müßten das erst sehen, wie das in Wirklichkeit ist - mit Erzählen ist das nicht abgetan... (G 4)1

Manche Pflegekräfte verstehen es, auch unter diesen Bedingungen ihre Arbeit befriedigend zu gestalten. Ständiges Bemühen um die Patienten kann auch hier Rehabilitationserfolge zeitigen.

- B.: Noch mal einige Fragen zu der Arbeit. Man braucht ja Erfolgserlebnisse während der Arbeit. Haben Sie auch welche?
- V.: Aber ja. Wir haben schon Leute hier gehabt, die so hinfällig waren und so unzufrieden mit ihrem Leben. Und nach einer gewissen Zeit hat man gemerkt, wie sie sich körperlich erholt haben und auch irgendwie seelisch, weil wir uns wirklich Mühe gegeben haben, mit ihnen nett zu sein, irgendwie. Wir haben uns intensiv um sie gekümmert und meistens ist es ja so, daß sie von ihren Angehörigen mehr oder weniger abgeschoben sind. Dann lassen sie das natürlich an uns aus, körperlich und anders auch. Und dann haben wir bei einigen Leuten ganz schöne Änderungen gesehen, Änderungen doch zum Positiven.
- B.: Und wie kommen Sie sich jetzt vor als Leute, die für die zu sorgen haben, die abgeschoben werden? Wie fühlen Sie sich denn da?

*) G 6 = Geriatrische Abteilung der Psychiatrischen Klinik

1) G 4 = Krankenhaus

- G.: Ja, wie kommt man sich vor? Man tut sein Bestes. Deprimierend ist es natürlich unwahrscheinlich und vor allem, wenn man keinen Erfolg sieht. Wenn die Leute wirklich dermaßen dran hängen und merken, daß jetzt keiner mehr kommt. Schlimm ist es dann ganz besonders, wenn Feiertage sind oder Geburtstage.
- B.: Es ist doch auch so, daß man in seiner Arbeit in der Gesellschaft und von Freunden am ehesten anerkannt ist, wenn man Leistungen aufweisen kann. Zum Beispiel, wenn man Kinder erzieht, da sieht man, da kommt was raus. Wenn man im Krankenhaus ist, dann kann man sagen: Aha, da sind so und so viele gesund geworden. Aber wie ist es bei Ihnen, können Sie Ihren Beruf so ansehen, als etwas Positives, obwohl dies ja im Grunde genommen eine Abschiebestation ist?
- G.: Ja, würde ich schon sagen. Ich bin sehr zufrieden. Macht Spaß, die ganze Pflege. Man freut sich, wenn sie schon mal den Namen behalten, oder wenn sie mal lächeln morgens. Das macht schon 'ne Menge aus.
- S.: Es ist schon ein Erfolgserlebnis, wenn unsere Leute mal klingeln und auf den Topf wollen. Das ist dann für uns schon ein kleines Erfolgserlebnis, weil wir stundenlang auf sie eingeredet haben wie auf Pferde. Da sagt man: Können Sie nicht klingeln, klingeln Sie doch, wenn Sie wollen, wir kommen doch. Wenn sie dann mal klingeln, dann sitzt du vielleicht gerade in der Pause und mußst aufstehen, aber dann bist du froh, wenn du das Bett nicht beziehen mußst und sie auf den Topf setzen kannst, weil sie es begriffen hat. (G 3) 1)

Die Geringfügigkeit der Erfolgserlebnisse ist u.a. dadurch bedingt, daß die Altenpflege, wenn keine Rehabilitation betrieben wird - betrieben werden kann - eine reine Versorgungspflege ist. Dabei kann das Personal einmal erlernte medizinische Kenntnisse nicht mehr anwenden, zum Teil werden auch einfachste hygienische Gesetze mißachtet.

- K.: Ein Erfolgserlebnis gibt es hier überhaupt nicht. Ich möchte sagen, das ist das Schlimmste an der ganzen Sache. Was man in einem Akuthaus hat, zum Beispiel in der Chirurgie, da hat man das einfach. Und man kann sagen, hier werden die Leute einfach nur versorgt. (G 6) 2)

1) G 3 = Privates Altenheim (nur Pflegeplätze)
2) G 6 = Geriatriische Abteilung der Psychiatrischen Klinik

- D.: Es ist ja so unwahrscheinlich schwer, eine Stelle zu kriegen. Da muß man ja ein paar Jahre warten. Ich werde mich sicherlich auch daran gewöhnen - es ist nur, weil ich noch nie mit so etwas gearbeitet habe. Ich habe ja nur mit medizinischen Sachen gearbeitet. Und hier komme ich überhaupt nicht dran. Bis ich eine Stelle kriege, habe ich dann vielleicht alles wieder vergessen.
- M.: Ja, das ist ein Problem hier. Das ist auch das, was ich hier nicht gut finde und was sich auch nicht ändern wird, und zwar, daß man kaum an Sachen rankommt. Wenn man irgend etwas braucht, dann geht man ins VZ*) und fragt und man kann hier quasi nichts alleine machen. Man kommt an die Medikamente nicht heran.
- D.: Noch nicht mal Medizin hinstellen...
- M.: Ja, die Medizin wird im VZ hingestellt und die Schwestern werden evtl. mal reingeholt, daß sie das mal sehen. Auf anderen Stationen, habe ich mir sagen lassen, ist es gang und gäbe, daß man da rein kann und daß einem erklärt wird, welche Tabletten was sind und wofür, und hier muß man fragen und meistens ist gar nicht mal die Zeit dafür da.
- K.: Aber ich glaube, das würde hier ernsthafte Schwierigkeiten geben. Ich würde mich also weigern, Tabletten auszuteilen, wenn ich die nicht kennen würde. Von anderen Stationen kenne ich die meisten, um nicht zu sagen alle. Wenn ich nur hier gearbeitet hätte und die Sachen nicht kennen würde - wenn man hier nicht gestellt hat und sich nicht die Waschzettel durchgelesen hat, dann finde ich das unverantwortlich, die Sachen auszuteilen. Denn wenn irgendwas passiert, ist ja maßgebend, wer die verteilt hat, und nicht, wer sie gestellt hat.
- M.: Ich finde, wir sollten sie alle mal stellen, damit wir Bescheid wissen.
- D.: Und wenn ich drei Jahre hier gearbeitet habe, habe ich das vielleicht auch vergessen und mache Fehler. (G 6) 1)

Diese ohnehin unbefriedigende Situation wird manchmal durch mangelndes Einfühlungsvermögen des Arztes verstärkt, der die Pflegekräfte nicht einmal die wenigen medizinischen Tätigkeiten eigenverantwortlich ausführen läßt.

- H.: Zum Teil hat man manchmal das Gefühl, daß uns die Frau Doktor nicht ganz für voll nimmt.
- B.: Und warum nicht?
- H.: Indem sie uns meistens bevormundet oder Arbeiten zuteilt, die man schon hundertmal gemacht hat. Indem man uns manchmal sagt, wie man nun ein Thermometer einzuführen hat oder irgend so etwas, oder haben Sie das nun schon gemacht.

*) Verordnungszimmer, in dem sich die Stationsleitung aufhält
1) G 6 = Geriatrische Abteilung der Psychiatrischen Klinik

- M.: Die kommt doch mit ganz anderen Voraussetzungen hierher, sie hat doch jahrelang nicht gearbeitet und hat ja auch nur eine Halbtagsstelle*). Nun war das Krankenhaus für sie Böhmisches Berge, sie hat gar nicht gewußt, oder weiß es heute noch nicht, daß wir ein Chronisches Krankenhaus waren, daß wir ein Labor hatten, einen Stationsarzt und einen Oberarzt und es lief. Und daß wir intensiv gearbeitet haben an den Patienten und da hat keiner irgendwas gekriegt, da ist keiner durch unser Verschulden verstorben oder hat einen Abszeß bekommen beim Spritzen und sonst was. Einerseits mutet man uns die Verantwortung zu ...
- H.: ...Tröpfe anstellen und so etwas, und auf einmal sollen wir nichts mehr sein.
- M.: Wenn mich der Arzt nun fragen würde: 'Haben Sie das Fieberthermometer auch rektal 5 Minuten gelassen?' dann fasse ich mich an den Kopf, oder wenn sie mir so eine Frage stellt...
- H.: ...oder wie sie der Nachtschwester erklärt hat: Halten Sie die Patientin auch richtig fest, nicht, daß das Thermometer abbricht. Obwohl sie weiß, daß wir alle schon längere Zeit hier sind, da kommt man sich etwas verkackeiert vor.
- M.: Es ist für uns eine schwere Umstellung, weil wir ja vorher auch einen Arzt hatten und der im Gegenteil ganz anders mit uns gesprochen hat. Da kam zuerst der Patient, den haben wir erst abgefertigt, dann kam der Krankbefund, dann wurde der Krankbefund am Tisch mit uns durchgesprochen, wir wußten eingehend Bescheid und wußten, wer hat was.
- Frau Doktor sagt zwar, wir können den Krankbefund durchlesen. Das ist ja auch nicht immer Sinn der Sache, ich meine, manche lateinischen Ausdrücke, die verstehen wir nicht. Ich meine, ich kann mich ja mittags nach dem Essen - wir haben noch so viel Zeit - hinsetzen und den Krankbefund durchsprechen. Ich kann ja nicht alles so unterm Tisch machen.
- B.: Sie würden auch ein anderes Verhältnis zu den Patienten bekommen, wenn Sie wüßten, was die nun eigentlich haben.
- M.: Aber natürlich, unbedingt. (G 4)¹⁾

Diese permanente Unterforderung äußert sich in Unzufriedenheit, vor allem wenn es um die Bewertung der zu leistenden Putz- und Aufräumarbeiten geht, die vom Pflegepersonal zum Teil nur äußerst unwillig ausgeführt werden.

*) Diese Bemerkung spricht die Qualifikation und Motivation der geriatrisch tätigen Ärzte an, auf die hier nicht weiter eingegangen werden kann

1) G 4 = Krankenhaus

C.: Also, ich seh' das so: die Raumpflegesachen, die wir hier mitmachen, das heißt, die Becken und die Fensterbretter und Staubwischen, das hält dermaßen auf, daß es an den pflegerischen Arbeiten für die Leute eben wegfällt. Also Waschbecken saubermachen, die Kaffee-Ecken saubermachen, die sind dermaßen bespritzt und oberhalb des Raumes alles mit saubermachen, nicht. Wir wollen nicht das Wort Reinigungskraft gebrauchen, die sind Raumpflegerinnen. Ja, die machen nur den Fußboden in der Mitte - rücken Sie mal ein Bett ab! Was dahinter ist, nicht! Da bin ich der Auffassung, daß das nicht zu unserem Bereich gehört.

D.: Da werden aber Schülerinnen für eingesetzt.

M.: Ja, und dann lernen die nichts! Das ist auch etwas Schönes! Früher haben ja die Schülerinnen die Flure saubergemacht, da haben sie ein Jahr lang nur geputzt und haben nicht mal was von der Krankenpflege mitgekriegt. Das ist ja auch nicht richtig. Man kann es ja auch mal einteilen. Nur weil ich examinierte Krankenschwester bin oder irgendwas besseres, breche ich mir auch keinen Zacken aus der Krone... Wir können das auch mitmachen. Darüber braucht man sich nun nicht aufzuregen. Und wir wissen, daß teilweise bestimmte Reinigungsfrauen nicht saubermachen und andere machen es.

D.: Das ist aber genauso im Krankenhaus.

C.: Nein, da machen das die Stationshilfen.

M.: Darf ich dazu sagen, das ist schon von Anfang an so gewesen, daß wir die Scheuerleisten mitgemacht haben. Angefangen habe ich hier, da wurde das so gemacht, mit Bettenmachen, Absaugen, mit allem Drum und Dran. Teilweise wird's gemacht, teilweise soll's nicht gemacht. Ich finde es unangenehm, aber was soll's, willst du den Dreck liegenlassen und hinten dranschieben - das möchte ich nicht, also machst du es.

C.: Beim regulären Bettenbeziehen sehe ich das ein, daß man das Bett mitmacht. Aber wenn eine wirkliche Entlassung ist oder die Leute versterben und man alles auslüften müßte, alles raus in die frische Luft und stundenlang lüften, daß das Bettgestell von einer Reinigungskraft gesäubert wird...

M.: Ich meine, die Zeit hat man doch, das schafft man schon, daß man mal auswäscht. Ich glaube, auch im Krankenhaus gehört das dazu. Ich erinnere mich daran, da haben wir das teilweise mitgemacht, da haben teilweise Schwestern die Betten ausgesieft, nicht die Stationshilfen, die machen es erst seit kurzer Zeit. (G 2)*

Diese Zitate belegen, daß es sich bei der Arbeitsteilung auch im Altenpflegebereich um Statusprobleme handelt, nicht um funktionelle Erfordernisse. Hinzugefügt werden muß, daß die soeben zitierten Pflegekräfte vor-

*) G 2 = Kommunales Altenheim mit Pflegeabteilung

wiegend Frauen mit Kurzausbildung waren, die vor ihrer pflegerischen Tätigkeit als Putzfrauen im selben Haus gearbeitet hatten.

Die Unzufriedenheit der Pflegekräfte hat ihre Ursache einmal in institutionellen Bedingungen (der Institutionen, in denen Altenpflege betrieben wird), in den Folgen der unterschiedlichen Qualifikationen und in den sehr hohen Anforderungen, die die Altenpflege an alle Pflegekräfte (unabhängig von ihrer Ausbildung) stellt.

9. Zusammenfassung

Alle Pflegeberufe lösen sich allmählich aus dem Zusammenhang weiblicher Dienstleistungen, die ohne qualifizierte Ausbildung kostenlos oder für geringes Entgelt erbracht werden. Wenngleich auch heute noch die formal nicht oder gering qualifizierte Pflegekräfte Frauen sind, so ist die Pflege doch zu einem Beruf mit der Tendenz zur Professionalisierung geworden wie auch andere Berufe im Bereich sozialer Dienste. Gefördert wurde dies u.a. durch gestiegene Anforderungen an die Qualität der Gesundheitsversorgung. Da die traditionellen weiblichen Eigenschaften wie Einfühlungsvermögen, Hingabe- und Zuwendungsfähigkeit auch weiterhin eingebracht wurden (und noch werden), entwickelte sich ein Beruf mit Doppelqualifikation: Einerseits wurden in den Ausbildungsinstanzen mehr und mehr Fachwissen und technische Fertigkeiten vermittelt, andererseits brachten auch die gering qualifizierte Frauen "unsachliche" Elemente wie menschliche Wärme in ihr Berufshandeln ein und wurden aufgrund dieser Eigenschaft geschätzt.

Die Professionalisierung der Pflegeberufe begann mit der Entwicklung des Krankenpflegeberufs und fand einen (vorläufigen) Abschluß in der Gründung des Altenpflegeberufs. Dies war zunächst die Antwort auf einen Mangel an Arbeitskräften in der Altenpflege. Der Beruf entwickelte aber eine gewisse Eigendynamik.

Die Abkoppelung von der naturwissenschaftlich orientierten Medizin, die Einsicht in die Notwendigkeit offener Hilfen, der Zustrom von jüngeren und älteren Frauen ohne qualifizierte Berufsausbildung, aber mit mehrjähriger Familienerfahrung, und die offensichtlichen psychischen und sozialen Probleme alter Menschen förderten die Einbeziehung psychosozialer Komponenten in die Ausbildung. Nachdem der Altenpflegeberuf zunehmend zum Erstberuf wird, wäre heute die Ausprägung der Doppelqualifikation in den Ausbildungsinstanzen zu fordern, d.h. neben der Vermittlung des Fachwissens die Förderung von Qualitäten, die auch Frauen als Lohnabhängige in ihrem Beruf heute nicht mehr ohne weiteres einbringen: Wärme, Einfühlungsvermögen, Sensibilität für die Bedürfnisse des anderen Menschen.

Staatliche Instanzen nehmen je nach Ausbildungstyp (Berufsschule, Fachschule) auf Bundes- oder Landesebene Einfluß auf die Zugangsvoraussetzungen und Inhalte der Ausbildung. Am stärksten ist dieser Einfluß bisher bei der Krankenpflegeausbildung und der Krankenpflegehelferausbildung durch bundeseinheitliche Ausbildungsregelungen und die Bemühung, beide Ausbildungen als betriebliche zu deklarieren. Bei der Krankenpflegeausbildung spielt ferner das Krankenhausfinanzierungsgesetz eine gestaltende Rolle, weil es - zusammen mit dem Krankenhausbedarfsplan der Länder - die Voraussetzungen für überlebensfähige Krankenhäuser, an die sich Schulen angliedern können, schafft. Die Unterstützung, die die Schulen vom Staat erhalten, richtet sich zunächst nach der Schulart. Krankenpflegeschulen und Krankenpflegehelferschulen sind in die Krankenhäuser integriert. Die Lehrkräfte zweigen die Unterrichtszeit von der täglichen Arbeit ab. Die Schüler erhalten eine Ausbildungsvergütung, die durch ihre Anrechnung auf den Stellenplan gerechtfertigt wird. Die Schulen für Familien-/Hauspflege und Altenpflege hingegen gelten als Fachschulen, die der Aufsicht der Länder unterstehen und in denen die Schüler nicht als Arbeitskräfte behandelt werden. Folglich trifft auf die Teilnahme an der Ausbildung das Bundesausbildungsförderungsgesetz zu. Die Schulen selbst können ebenfalls finanzielle Unterstützung erhalten. Die Abhängigkeit der Fachschulen von der staatlichen

Unterstützung ist, da die Schüler nicht als Arbeitskräfte geführt werden, größer als bei den Schulen für Krankenpfleger und Krankenpflegehelfer.

Zahlenmäßig am bedeutsamsten sind die Ausbildungen zu Krankenschwestern/-pflegern, Krankenpflegehelfern/-innen und Altenpflegern/-innen. In der Altenpflege werden verhältnismäßig viele ungelernte und formal gering qualifizierte Pflegekräfte eingesetzt.

Die Pflegeberufe in der Altenpflege zeigen sowohl eine vertikale wie eine horizontale Gliederung. Krankenpflegehelfer zum Beispiel und Altenpflegehelfer haben beide (dies gilt zumindest in Berlin) eine einjährige Ausbildung. Krankenschwestern, die vor 1957 ihr Examen machten, haben, wie heute die Altenpfleger, eine zweijährige Ausbildung absolviert. Die vertikale Gliederung spiegelt die Uneinheitlichkeit des Bildungssystems wider. Die horizontale Gliederung hingegen zeigt die Statusunterschiede innerhalb der pflegerischen Berufe auf. Höhere Qualifikationen verhelfen zu einem höheren sozialen Status, verbunden mit höherem Einkommen und häufig auch zu mehr Bewegungs- und Gestaltungsfreiheit bei der Arbeit. Die Förderung der Höherqualifizierung bewirkt somit eine Festigung der Berufsschichtung, wenngleich innerhalb der Schichtstrukturen neue Differenzierungen entstehen. So ist auch die Konkurrenz der Arbeitskräfte untereinander gewährleistet, das heißt, soweit Partizipation im Pflegebereich überhaupt stattfindet, geschieht sie unter dem Vorzeichen der Qualifikation: Höhere Qualifikation ermöglicht mehr Partizipation und mehr Gestaltungsmöglichkeiten.

In der Praxis wirken sich die unterschiedlichen Qualifikationen nicht in erster Linie bei den Tätigkeiten aus, sondern als Eigenschaften, die den sozioökonomischen Status der Pflegekräfte sichern helfen. Eine höhere Qualifikation in der Altenpflege ermöglicht mehr berufliche Flexibilität und bessere Chancen auf dem Arbeitsmarkt.

Sowohl aus sozialpolitischen Erwägungen wie auch im Interesse der Pflegekräfte wäre eine Organisation der Ausbildung zu erwägen, die eine größere Transparenz und Übergänge zu verwandten Berufen ermöglicht. Eine gemeinsame Grundausbildung, eine insgesamt dreijährige Ausbildung für alle Pflegekräfte an Schulen für Berufe des Gesundheitswesens, die an entsprechende Praxisfelder angebunden sind, die Berücksichtigung psychosozialer Kenntnisse wie auch die Ausprägung persönlicher Eigenschaften, die erst die Doppelqualifikation in der Pflege bewirken, müßten dabei ebenso bedacht werden wie die institutionalisierten Übergänge zu anderen, verwandten Berufen. Letztere würden eine Rotation der Pflegekräfte in besonders belastenden Arbeitsbereichen (Intensivstation, Pflegeheim in der Funktion einer "Endstation") ermöglichen.

Auch ein anderer Gesichtspunkt spricht gegen die Fortführung der Professionalisierung in der bisher vorhandenen Form der Kopplung zwischen Status und Qualifikation. Durch die zunehmenden Qualifikationsanforderungen im Gesundheitsbereich und das Streben der Arbeitskräfte nach mehr Sicherheit absolvieren immer mehr Pflegekräfte Aus- und Weiterbildungsgänge, die höhere Gehälter beanspruchen können. So entstehen für die Träger finanzielle Probleme, die um so weniger lösbar erscheinen, als ein Ende der Qualifikations-/Entlohnungsspirale noch nicht abzusehen ist.

Es zeigt sich, daß die Bildungspolitik an eine Grenze stößt, wenn Bildung wie bislang vorwiegend unter dem Gesichtspunkt ihres Tauschwertes gefördert und erworben wird. Diese Tauschwertorientierung hat für die Arbeitskräfte zur Folge, daß ihre Motivation zum Erwerb von Bildung in erster Linie durch das Streben nach höherem Status und mehr Einkommen geprägt wird. Für die Kostenträger hat die Tauschwertorientierung die Folge, daß die höheren Qualifikationen aller Arbeitskräfte auf Dauer nicht bezahlbar sind. Damit sind nochmals die Strukturen der Institutionen angesprochen, in denen die Ausbildungen verwertet und angewendet werden. Die Trennung zwischen Gesundheitswesen und Altenhilfe, die im Vergleich zu Akutkranken und generell unzureichenden Personalschlüssel sowie die durch hierarchische Prinzipien bedingten Kompetenzabgrenzungen haben zur Folge, daß auch die beste Aus-, Fort- und Weiterbildung nur unzureichend angewendet werden kann.

Die fachlichen Kenntnisse des Pflegepersonals bleiben so oft ungenutzt, und die emotionalen Qualitäten veröden. Gerade für die verantwortungsbewußten Pflegekräfte - verantwortungsbewußt den Patienten wie sich selbst gegenüber - bedeutet dies die Pflicht zur Abwanderung in andere Pflegebereiche. Diese Gefahren können nicht durch einen separaten Beruf zur Pflege alter Menschen, sondern nur durch sozialpolitische Interventionen in den Institutionen aufgefangen werden.

V. Schlußfolgerungen

Die Lebensbedingungen pflegebedürftiger alter Menschen sind in mehrfacher Weise von sozialpolitischen Entscheidungen geprägt: Die Sozialpolitik definiert die Kostenträgerschaft bei Pflegebedürftigkeit, sie trägt den Umfang und die Strukturen institutioneller Versorgung bei Pflegebedürftigkeit, und sie bestimmt die Ausbildungs- und auch Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals, von dem die Pflegebedürftigen in besonderer Weise abhängig sind. Bei der Kostenträgerschaft wirkt sich der Krankheitsbegriff der RVO und seiner Repräsentanz in den Institutionen des Gesundheitswesens zuungunsten der Pflegebedürftigen aus: Zum einen werden die Ursachen für chronische Krankheiten und Pflegebedürftigkeit ausgeblendet, zum anderen wird als rehabilitierbar angesehenen Kranken finanziell, und zum großen Teil auch medizinisch, eine andere Behandlung zuteil als "pflegebedürftigen" Patienten. Die Kosten für ihre Behandlung sind durch das System sozialer Sicherungen insoweit abgedeckt, als sie Sozialhilfe beantragen können, wenn ihre eigenen Mittel nicht ausreichen.

Die diskutierten Neuregelungen der Kostenträgerschaft bei Pflegebedürftigkeit berücksichtigen nur den zweiten Aspekt und lassen, entsprechend den immer noch dominierenden Strukturen des Gesundheitswesens, den Verursachungsaspekt außer acht. Überdies faßt der neueste Vorschlag eine halb fertige Lösung ins Auge, in dem zwar Behandlungs-, aber nicht Wohnkosten bei Pflegebedürftigkeit durch die Krankenversicherung gedeckt sein sollen. Damit hat Pflegebedürftigkeit nach wie vor in den Institutionen des Gesund-

heitswesens und der Altenhilfe einen grundlegend anderen Status als Krankheit. Überdies ist anzunehmen, daß die Bezieher niedriger Renten nach wie vor zur Bezahlung der Wohnkosten Sozialhilfe beantragen müssen.

Die Abtrennung und Ghettoisierung pflegebedürftiger alter Menschen ermöglicht ebenso wie die Abschiebung anderer "Randgruppen" in Ghettos die Verdrängung der Ursachen für die Entstehung der Problemgruppe. Andererseits ist nicht anzunehmen, daß die Strukturen der Gesellschaft sich in absehbarer Zeit so ändern, daß mehr Abweichungen vom als "normal"/"gesund" definiert Zustand tolerierbar wird. Insofern sind die Strukturen der Institutionen, in denen Alte gepflegt werden, von herausragender Bedeutung. Sie sind geprägt durch die Kostenmotive der Träger, durch die kurative Ausrichtung und die Vernachlässigung psychosozialer Bedürfnisse sowie durch hierarchische Strukturen, die eine kooperative Atmosphäre verhindern. Neben den Patienten, deren Leben in diesen Institutionen häufig zu Ende geht, ist es das Personal, das unter diesen Strukturen leidet.

Die sozialpolitischen Interventionen berücksichtigen bisher weder den inhaltlichen Zusammenhang zwischen pflegerischen Institutionen des Gesundheitswesens und der Altenhilfe, noch werden sie dem Problem mangelnder Rehabilitation auf der einen, Endstation auf der anderen Seite gerecht. Hier ist allerdings auch der schwächste Punkt der sozialpolitischen Interventionen überhaupt zu sehen, da die stärkere Vereinheitlichung der pflegerischen Institutionen und weitere Verrechtlichungstendenzen in diesem Bereich sowohl den Ghettocharakter der Alteninstitutionen wie auch bürokratische Elemente in der Pflege alter Menschen verstärken könnten. Damit ist ein Problem angesprochen, daß hier nur erwähnt, nicht aber ausdiskutiert werden kann: Einerseits soll Sozialpolitik selektiv auf die Bedürfnisse spezifischer Bevölkerungsgruppen reagieren, andererseits sind damit auch Ab- und Ausgrenzungen verbunden, die Segregationstendenzen fördern. Es ist zu überlegen, wie Sozialpolitik gestaltet sein muß, um gleichzeitig selektiv und integrativ vorzugehen.

Die Aus-, Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals wurde in dieser Arbeit (m.W. erstmals) unter sozialpolitischen Aspekten gesehen. Die Professionalisi-

sierung ist eine Strategie, die dem Bedürfnis der Arbeitnehmer nach Aufstieg und Sicherheit und dem Bedarf der freien und öffentlichen Träger nach Legitimation ihrer Tätigkeiten im Gesundheitsbereich entgegenkommt. Da Professionalisierungsbestrebungen der Individuen bei der vorhandenen Arbeitsteilung die Konkurrenz der Arbeitskräfte untereinander aufrechterhalten und fördern, wird das bestehende Sozialgefüge dadurch gestützt. Durch einen anderen Aspekt der Professionalisierung wird es jedoch gefährdet: Da tendenziell alle Arbeitskräfte nach höherer Entlohnung und höherem Status streben, wird - bei relativ freier Zugänglichkeit der Bildungswege für alle*) und bei der nach wie vor zunehmenden Erwerbstätigkeit der Frauen - die Professionalisierung an einem bestimmten Punkt unbezahlbar.

Es zeigen sich anhand der aufgewiesenen Probleme drei grundlegende strukturelle Schwierigkeiten der Sozialpolitik allgemein und speziell für alte Menschen:

1. Ein vorwiegend kurativ ausgerichtetes Gesundheitssystem verstellt den Blick außerhalb und innerhalb der Institutionen auf die Ursachen von Krankheit und Pflegebedürftigkeit.
2. Die Schaffung spezieller Institutionen für Alte bestätigt deren Segregation und spricht die Gesellschaft und die Alten selbst von der Verantwortung für deren Probleme frei.
3. Die Professionalisierung in der bisherigen Form ergibt schwerwiegende Finanzprobleme, solange Bildung in erster Linie unter ihrem Tauschwert gesehen, angestrebt und "verkauft" wird.

Ansätze zur Lösung dieser Problemkreise sind schwerlich von einer Einzelperson wie der Verfasserin zu erwarten. Notwendig ist vielmehr ein Diskurs aller Betroffenen und an Entscheidungen Beteiligten. Aufgrund des hier erarbeiteten Materials kann ich folgende globalen Vorschläge machen:

*) Formal hat jeder Zugang, tatsächlich aber ist die Erfüllung der Zugangsvoraussetzungen von sozialen Kriterien (Schicht) und der Geschlechtszugehörigkeit abhängig (vgl. die Ergebnisse der Bildungsforschung, z.B. LUTZ 1980).

1. Die Erkenntnis der (sozialen) Bedingtheit von Krankheit müßte institutionalisiert werden, d.h., am Entstehungsort von Krankheit muß es Möglichkeiten geben, die Bedingungen zur Entstehung zu analysieren und zu verändern. Konkret bedeutet dies, daß das Gesundheitswesen gemeindenäher, familiennäher, betriebsnäher werden muß. Andernfalls bleibt es dabei, daß in den Institutionen des Gesundheitswesens weiterhin die Symptome, nicht aber die Ursachen von Krankheiten therapiert werden. Dieser Gesichtspunkt hat eine besondere Relevanz in Anbetracht der wachsenden Anzahl alter, pflegebedürftiger Menschen.

2. Die Sozialpolitik eines für seine Sozialleistungen angesehenen Staates kann sich nicht darauf beschränken, die "kleinen Netze" wie Familie, Nachbarschaft, Gemeinde zur Aktivität aufzurufen und sich damit der Verantwortung für die Reproduktionsrisiken seiner Bürger zu entledigen. Andererseits ist nach Lösungen zu suchen, die eine Beteiligung der Bürger an den sozialpolitischen Entscheidungen ermöglichen und damit deren Umsetzung mit eigenen Aktivitäten der Betroffenen gewährleisten. Es sind also sozialpolitische Initiativen zu entwickeln, die das Selbsthilfepotential der Bevölkerung stärken, jedoch nicht mit dem primären Ziel, den Staat finanziell zu entlasten, sondern um die anstehenden Probleme gemeinsam zu lösen. Hierbei ist allerdings darauf zu achten, daß die Aktivierung des Selbsthilfepotentials nicht zu Lasten der Frauen geht, sondern daß beide Geschlechter im gleichen Maße an den entsprechenden Aufgaben beteiligt sind.

3. Nur mit der Beteiligung der Betroffenen selbst läßt sich auch das Ziel der größeren Toleranz gegenüber Abweichung in jeglicher Form verwirklichen. Um weniger Zwänge für die erwerbstätige Bevölkerung zur Ausgliederung von Kranken und alten Kranken zu schaffen, müßten die Arbeitsbedingungen an vielen Arbeitsplätzen verbessert und eine allgemeine Arbeitszeitverkürzung ins Auge gefaßt werden, so daß mehr Energie für die Gestaltung des Reproduktionsbereichs verbleibt (familiäre Hilfeleistungen, Beteiligung an Nachbarschaftshilfen etc.).

4. Die negativen Folgen der Professionalisierung sind nur aufzufangen, wenn die Tauschwertorientierung nicht im Vordergrund des Denkens und der Motivation aller Beteiligten steht. Hier muß man sich entscheiden: Entweder man fördert durch die Professionalisierung die Konkurrenz der

Arbeitskräfte - dann bleibt der Anspruch auf mehr Lohn, höheren Status etc. erhalten -, oder man sieht Bildung und Ausbildung mehr unter ihrem Gebrauchswert für den Beteiligten und die Gesellschaft - dies bedeutet eine Abnahme des Konkurrenzverhaltens, einen Abbau von Hierarchien und parallel dazu einen Abbau von Besoldungsunterschieden.

5. In diesem Zusammenhang wären Schulen für Medizinalfachberufe sinnvoll, an denen eine gemeinsame Grundausbildung - langfristig auch für Ärzte - angeboten wird. Die gegenwärtige Zersplitterung und Unübersichtlichkeit des Ausbildungswesens würde damit beseitigt, gemeinsame Erfahrungen und Kenntnisse würden in der Praxis den Handlungsspielraum für Patienten und Personal erweitern. Die Praxisnähe der Schulen wäre dafür ebenfalls eine wichtige Voraussetzung.

Die Entwicklung der Sozialpolitik und Fragen der Sozialversicherung

- BRUNNEN, N.: Entwicklung der Sozialen Wohlfahrtspflege im Bundesland.
Berlin 1927
- BRUNNEN, N.: Wohlfahrtspflege in Preußen. Historische Entwicklung und
Grundlagen der Sozialversicherung in Deutschland.
In: Beckhaus, H.-G. (Hrsg.): Gesellschaftliche Bedingungen zur Verwirklichung
Theorie II, Schwerpunkt: Soziale Sicherheit, Frankfurt 1979, S. 13-29.
- BRUNNEN, Christian: Friedrich Althaus: Der Zustand der Arbeiter in
Preußen (1848-1850).
In: Jantsch/Wittler (Hrsg.): Die Eigenheiten der deutschen
Sozialpolitik und die Emanzipationskrisis in Deutschland und England
der zeitgenössischen Literatur, Freiburg/München 1965, S. 73-88.
- BRUNNEN, Friedrich: Der Geist einer Zeit. Eine
symbolische Darstellung.
In: Willebrandt (Hrsg.): Beiträge zur Entwicklung der deutschen
Kulturgeschichte. 70 Jahre Deutscher Verein, Köln/Berlin 1960.
- BRUNNEN, Georg Wolfgang: Öffentliches Armenrecht und private
Fürsorge.
In: Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, Ergänzungsbelt 2,
Tübingen 1915.
- BRUNNEN, Georg: Die Armenpflege in ihrer Beziehung zu den Leistungen der
Sozialversicherung, Schriften des Deutschen Vereins, Heft 29,
Leipzig 1907.
- BRUNNEN, Georg: Die für das Armenwesen wichtigsten Vorschriften des
bürgerlichen Gesetzbuches, Schriften des Deutschen Vereins, Heft 45,
Leipzig 1909.
- BRUNNEN, Kurt V.: Allgemein-Krankenhaus- oder Spezial-Einrichtungen für
krank- oder Armenheim?
In: MD-1902, S. 26-37.
- BRUNNEN, J. S.: Die Pflege unheilbar Kranker, ein Aufgabe der kirchlichen
Armenpflege, Zeitschrift des Provinzial-Ausschusses für Innere
Medizin in der Provinz Sachsen, Magdeburg 1904.
- CASPER, Die Organisation und Finanzierung der öffentlichen Fürsorge.
In: Willebrandt u.a.: Allgemeine Fürsorge. Referate auf der
Sitzung der Arbeitskommission am 12. + 13. September 1924 in Hannover,
Berlin o.J. (1924), S. 15-17.

1870

1. Zur Geschichte der Sozialpolitik und Freien Wohlfahrtspflege

- ALBRECHT, H.: Handbuch der Sozialen Wohlfahrtspflege in Deutschland, Berlin 1902
- BARON, Rüdiger: Weder Zuckerbrot noch Peitsche. Historische Konstitutionsbedingungen des Sozialstaats in Deutschland
in: Backhaus, H.-G. (Hrsg.): Gesellschaft. Beiträge zur Marxschen Theorie 12, Schwerpunkt Soziale Sicherheit, Frankfurt 1979, S. 13 ff.
- BOLLBRÜGGE, Christoph Friedrich Wilhelm: Der Zustand der Tagelöhner im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin (1835)
in: Jantke/Hilger (Hrsg.): Die Eigentumslosen. Der deutsche Pauperismus und die Emanzipationskrise in Darstellung und Deutung der zeitgenössischen Literatur, Freiburg/München 1965, S. 71 ff.
- BRAUN, Heinrich: Der Deutsche Verein im Geschehen seiner Zeit. Eine synoptische Darstellung
in: Muthesius (Hrsg.): Beiträge zur Entwicklung der deutschen Fürsorge, 75 Jahre Deutscher Verein, Köln/Berlin 1955
- BREITHAUP, Georg Wolfgang: Öffentliches Armenrecht und persönliche Freiheit
in: Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, Ergänzungsheft 2, Tübingen 1915
- BRINKMANN: Die Armenpflege in ihren Beziehungen zu den Leistungen der Sozialgesetzgebung, Schriften des Deutschen Vereins, Heft 29, Leipzig 1897
- BRINKMANN/CUNO: Die für das Armenwesen wichtigsten Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches, Schriften des Deutschen Vereins, Heft 45, Leipzig 1899
- BROCKEL, Kurt W.: Allgemein-Krankenhäuser oder Spezialeinrichtungen für kranke alte Menschen?
in: ND 1963, S. 364 ff.
- BOTTNER, J. S.: Die Pflege unheilbar Kranker, eine Aufgabe der kirchlichen Armenpflege. Denkschrift des Provinzial-Ausschusses für Innere Mission in der Provinz Sachsen, Magdeburg 1884
- CASPARI: Die Organisation und Finanzierung der öffentlichen Fürsorge
in: Hirschfeld u.a.: Allgemeine Fürsorge. Referate auf der Reichstagung der Arbeiterwohlfahrt am 12. - 13. September 1924 in Hannover, Berlin o.J. (1924), S. 19 ff.

- DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE (1930), siehe Sozialversicherung
- DIEFENBACH, F.: Ein Reichsarmengesetz. Vorschläge zur Reform der deutschen Reichsarmengesetzgebung. Auf Veranlassung des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Karlsruhe 1920
- DÖNNER, Julia (Hrsg.): Reichsfürsorgerecht. Die Fürsorgepflichtverordnung vom 13. Februar 1924 nebst allen damit zusammenhängenden Gesetzen und Verordnungen des Reichs und der Länder, München 1925
- EMMINGHAUS, A. (Hrsg.): Das Armenwesen und die Armengesetzgebung in europäischen Staaten, Berlin 1869
- FREUND, Richard: Antrag auf Einsetzung einer Kommission zur Prüfung der Frage, in welcher Weise die neuere sociale Gesetzgebung auf die Aufgaben der Armengesetzgebung einwirkt
in: Schriften des Deutschen Vereins Nr. 14, Leipzig 1891, S. 3 ff.
- FREUND, Richard: Armenpflege und Arbeiterversicherung. Prüfung der Frage, in welcher Weise die neuere sociale Gesetzgebung auf die Aufgaben der Armengesetzgebung und Armenpflege einwirkt. Schriften des Deutschen Vereins, Heft 21, Leipzig 1895
- FRIEDLANDER, Adele: Die Errichtung von Altenheimen
in: Berliner Wohlfahrtsblatt (2) 1926, S. 148 f.
- FÖRER, Hermann: Die Altenhilfe in Alten- und Pflegeheimen
in: Hase, Hans Christoph von: Die Diakonie in der Evangelischen Kirche Deutschlands 1952-1966, Sonderdruck aus: Beckmann, Joachim (Hrsg.): Kirchliches Jahrbuch der Evangelischen Kirche in Deutschland 1965, Gütersloh 1967, S. 125 ff.
- FULD, L.: Die Grenzen der Wohlthätigkeit
in: Verhandlungen des Deutschen Vereins für Armenpflege und Wohlthätigkeit am 24. und 25. September 1891 in Hamburg
in: Schriften des Deutschen Vereins, Heft 15, Leipzig 1891, S. 21 ff.
- GLADEN, Albin: Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland, Wiesbaden 1974
- GOLDMANN, Franz: Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsfürsorge
in: Grotjahn u.a. (Hrsg.): Ergebnisse der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, Bd. I, Leipzig 1929, S. 264 - 290
- GOLDMANN, Franz: Siechenhäuser und Altersheime. Sonderdruck aus: Gottstein, A. (Hrsg.): Handbücherei für das gesamte Krankenhauswesen, Bd. II, Berlin 1930
- GOTTSTEIN, A.: Aufgaben der Gemeinde- und der privaten Fürsorge
in: Mosse, Max, und Tugendreich, Gustav (Hrsg.): Krankheit und soziale Lage (1913), Neuauflage Göttingen 1977

- GROTJAHN, A., LANGSTEIN, L., ROTT, F. (Hrsg.): Ergebnisse der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, Bd. I, Leipzig 1929
- HEIMERICH, Heinrich: Die Zusammenarbeit der öffentlichen Fürsorge mit der privaten Fürsorge und den Trägern der Sozialversicherung
in: Hirschfeld u.a.: Allgemeine Fürsorge. Referate auf der Reichstagung der Arbeiterwohlfahrt am 12. - 13. September 1924 in Hannover, Berlin o.J. (1924), S. 73 ff.
- HENNING, Hansjoachim: Sozialpolitik III: Geschichte
in: Alberg, W., u.a. (Hrsg.): Handbuch der Wirtschaftswissenschaft, 7. Band, Stuttgart u.a. 1977, S. 85 ff.
- HIRSCHFELD, Dorothea, u.a.: Allgemeine Fürsorge. Referate auf der Reichstagung der Arbeiterwohlfahrt am 12. - 13. September 1924 in Hannover, Berlin o.J. (1924)
- HIRSCHFELD, Dorothea, u.a.: Die Versorgung über die Fürsorgepflicht vom 13. Februar 1924
in: Hirschfeld u.a. 1924, S. 5 ff.
- HIRTSIEFER, Heinrich: Die staatliche Wohlfahrtspflege in Preußen 1919 - 1923, Berlin 1924
- HUMMEL, Hans: Die Beschäftigung des alten Menschen im Heim
in: Unsere Hilfe für den alten Menschen. Schriften des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes e.V. Nr. 24, Frankfurt 1961, S. 68 - 77
- JANTKE, Carl, und HILGER, Dietrich (Hrsg.): Die Eigentumslosen. Der deutsche Pauperismus und die Emanzipationskrise in Darstellung und Deutung der zeitgenössischen Literatur, Freiburg/München 1965
- KARSTEDT, Oskar (Hrsg.): Handwörterbuch der Wohlfahrtspflege, Berlin 1924
- KIESELBACH, Luise: Altersnot und Altershilfe
in: Grotjahn u.a. (Hrsg.): Ergebnisse der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, Bd. I, Leipzig 1929, S. 236 ff.
- KOCH, Lotte: Wandlungen der Wohlfahrtspflege im Zeitalter der Aufklärung, Erlangen 1933
- KRIPPENDORF, Wilhelm: Die Pflege der Siechen und Blöden. Ein Aufruf zu werktätiger Hilfe, Weimar 1904
- KRUG VON NIDDA, C. L.: Bewertung der Ergebnisse der Erhebung
in: Sozialversicherung und öffentliche Fürsorge als Grundlage der Alters- und Invalidenversorgung, Schriften des Deutschen Vereins, 14. Heft (Neue Folge), Karlsruhe 1930, S. 187 ff.
- KRUG VON NIDDA, C. L.: Entwicklungstendenzen und gegenseitige Beziehungen der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege in Deutschland in der Epoche des Übergangs von der Armenpflege zur Fürsorge
in: Muthesius (Hrsg.): Beiträge zur Entwicklung der deutschen Fürsorge, 75 Jahre Deutscher Verein, Köln/Berlin 1955
- KUCZYNSKI, Jürgen: Die Geschichte der Lage der Arbeiter in Deutschland von 1800 bis in die Gegenwart, Berlin 1947

- LANDESZENTRALE FÜR POLITISCHE BILDUNGSARBEIT: Terror und Widerstand
1933 - 1945, Berlin 1964
- LANGSTEIN, L., und ROTT, W. (Hrsg.): Wege und Ziele der Gesundheitsfür-
sorge unter dem Gesichtspunkt der Planwirtschaft, Berlin 1925
- LINDEMANN, Philip: Die Eigentumslosen im Amte Eutin (1832)
in: Jantke/Hilger (Hrsg.): Die Eigentumslosen. Der deutsche
Pauperismus und die Emanzipationskrise in Darstellung und
Deutung der zeitgenössischen Literatur, Freiburg/München 1965,
S. 57 ff.
- LEIBFRIED, Stephan, TENNSTEDT, Florian: Berufsverbote und Sozialpolitik 1933.
Die Auswirkungen der nationalsozialistischen Machtergreifung auf
die Krankenkassenverwaltung und die Kassenärzte. Arbeitspapiere des
Forschungsschwerpunktes Reproduktionsrisiken, soziale Bewegungen
und Sozialpolitik Nr. 2, Universität Bremen, Bremen 1979
- MAILANDER: Altersheime
in: Karstedt (Hrsg.): Handwörterbuch der Wohlfahrtspflege,
Berlin 1924, S. 12 ff.
- MASON, Timothy W.: Sozialpolitik im Dritten Reich. Arbeiterklasse und
Volksgemeinschaft, Opladen 1977
- MEDEM, E.: Siechennot und Siechenpflege. Vortrag beim Jahresfeste der
Konferenz für Innere Mission des altsächsischen Kurkreises im
Jahre 1888, Wittenberg 1888
- MEMELSDORF, Franz: Der Aufbau des Wohlfahrtsamtes in einer größeren
Stadt, Berlin 1926
- MÖLLERS, Bernhard: Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege im Deutschen
Reiche, Berlin/Wien 1923
- MONSTERBERG: Die Verbindung der öffentlichen und der privaten Armenpflege
in: Schriften des Deutschen Vereins, Heft 14, Leipzig 1891, S. 19 ff.
- MUTHESIUS, Hans (Hrsg.): Beiträge zur Entwicklung der deutschen Fürsorge,
75 Jahre Deutscher Verein, Köln/Berlin 1955
- NIEMEYER, W.: Die wirtschaftliche Lage der Sozialrentner in 92 deutschen
Städten und 105 deutschen Landkreisen. Ergebnisse einer Erhebung
vom März 1929
in: Sozialversicherung und öffentliche Fürsorge als Grundlage der
Alters- und Invalidenversorgung, Schriften des Deutschen Vereins,
14. Heft (Neue Folge), Karlsruhe 1930, S. 35 ff.
- POLLIGKEIT, W.: Forderungen für den systematischen Ausbau der Alters-
fürsorge, Frankfurt 1928
- PRELLER, Ludwig: Sozialpolitik in der Weimarer Republik, Stuttgart 1949

- RODENSTEIN, Marianne: Arbeiterselbsthilfe, Arbeiterselbstverwaltung und staatliche Krankenversicherungspolitik in Deutschland
in: Guldemann u.a.: Sarnberger Studien 2, Sozialpolitik als soziale Kontrolle, Frankfurt 1978, S. 113 ff.
- ROTHFELS: Die Verbindung der öffentlichen und der privaten Armenpflege
in: Schriften des Deutschen Vereins, Heft 14, Leipzig 1891, S. 67 ff.
- SACHSSE, Christoph, TENNSTEDT, Florian: Die Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland vom Spätmittelalter bis zum Ersten Weltkrieg, Stuttgart 1980
- SALOMON, Alice: Soziale Diagnose, Berlin 1927
- SCHLÖTER, Joseph: Die freie Wohlfahrtspflege in Deutschland, Berlin 1933
- SCHMOCKER, Gerhard: Altenhilfe
in: Ulrich (Hrsg.): Diakonie in den Spannungsfeldern der Gegenwart, Stuttgart 1978, S. 226 ff.
- SCHOLL, Albert: Die Altenhilfe in Baden-Württemberg
in: Blätter der Wohlfahrtspflege (1962), 7
- SCHWABE, H.: Stadt Berlin
in: Emminghaus (Hrsg.): Das Armenwesen und die Armengesetzgebung in europäischen Staaten, Berlin 1869, S. 68 ff.
- SOZIALVERSICHERUNG UND ÖFFENTLICHE FÖRSORGE ALS GRUNDLAGE DER ALTERS- UND INVALIDENVERSÖRGUNG, Schriften des Deutschen Vereins, 14. Heft (Neue Folge), Karlsruhe 1930
- STEINMEYER, Fritz-Joachim: Wirtschafts- und Sozialpolitik nach 1948. Eine Orientierung
in: Ulrich (Hrsg.): Diakonie in den Spannungsfeldern der Gegenwart, Stuttgart 1978, S. 53 ff.
- STORZBECHER, Manfred: Beiträge zur Berliner Medizingeschichte. Quellen und Studien zur Geschichte des Gesundheitswesens vom 17. bis zum 19. Jahrhundert, Berlin 1966
- TENNSTEDT, Florian: Sozialgeschichte der Sozialversicherung
in: Blohmke, M., Ferber, Chr. v., Kisker, K. P., Schaefer, H. (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin, Bd. III, S. 385 - 492
- THOMA, Peter: Die Geschichte der Sozialmedizin als Einführung in den Gegenstand der Medizinsoziologie
in: Geißler, B., Thoma, P. (Hrsg.): Medizinsoziologie, Frankfurt/New York 1975
- ULLRICH: Die Innere Mission und die evangelische Wohlfahrtspflege in Berlin 1848 - 1923, Berlin 1923
- ULLRICH, Heinrich-Hermann (Hrsg.): Diakonie in den Spannungsfeldern der Gegenwart, Stuttgart 1978

- WEHLER, Hans-Ulrich: Das Deutsche Kaiserreich 1871 - 1918, Göttingen 1973
- WEX, Else: Die Entwicklung der Sozialen Fürsorge in Deutschland (1914 bis 1927), Berlin 1929
- WOLFRAM, Heinz: Vom Armenwesen zum heutigen Fürsorgewesen, Greifswald 1930
- WRONSKY, S.: Quellenbuch zur Geschichte der Wohlfahrtspflege zum Gebrauch an Berufsschulen, Seminaren und Universitäten, Berlin 1925

2. Zur Theorie der Sozialpolitik

- ACHINGER, Hans: Sozialpolitik als Gesellschaftspolitik. Schriften des Deutschen Vereins Nr. 249, 2. Aufl., Frankfurt 1971
- ACHINGER, Hans, HÜFFNER, Joseph, MUTHESIUS, Hans, NEUNDÖRFER, Ludwig: Neuordnung der sozialen Leistungen. Denkschrift auf Anregung des Herrn Bundeskanzlers, Köln 1955
- BADURA, Bernhard, GROSS, Peter: Sozialpolitische Perspektiven. Eine Einführung in Grundlagen und Probleme sozialer Dienstleistungen. Unter Mitarbeit von Ilona Kickbusch und Elisabeth Lins, München 1976
- BADURA, Bernhard, GROSS, Peter: Sozialpolitik und soziale Dienste: Entwurf einer Theorie personenbezogener Dienstleistungen in: Ferber/Kaufmann (Hrsg.): Soziologie und Sozialpolitik, Sonderheft 19 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpolitik, Opladen 1977, S. 361 ff.
- BARABAS, Friedrich, BLANKE, Thomas, STASCHEIT, Ulrich: Jahrbuch der Sozialarbeit 1976, Reinbek 1975
- BOGS, s. Sozialenquete-Kommission
- BUJARD, Otter, LANGE, Ulrich: Armut im Alter. Ursachen, Erscheinungsformen, politisch-administrative Reaktionen, Weinheim/Basel 1978
- DIECK, M., NAEGELE, G. (Hrsg.): Sozialpolitik für ältere Menschen, Heidelberg 1978
- DÖRNER, Klaus: Bürger und Irre, Frankfurt 1968
- FERBER, Christian von, Kaufmann, Franz-Xaver (Hrsg.): Soziologie und Sozialpolitik, Sonderheft 19 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpolitik, Opladen 1977

- FOUCAULT, Michel: Überwachen und Strafen, Frankfurt 1977
- FOUCAULT, Michel: Wahnsinn und Gesellschaft, Frankfurt 1968
- GROTTIAN, Peter: Strukturprobleme staatlicher Planung, Hamburg 1974
- GRUNOW, Dieter: Rehabilitation und Administration. Probleme organisierter Hilfe für alte Menschen
in: Ferber/Kaufmann (Hrsg.): Soziologie und Sozialpolitik, Sonderheft 19 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpolitik, 1977, S. 386 ff.
- GULDIMANN, Tim, RODENSTEIN, Marianne, RÜDEL, Ulrich, STILLE, Frank: Starnberger Studien 2, Sozialpolitik als soziale Kontrolle, Frankfurt 1978
- HABERMAS, Jürgen: Legitimationsprobleme im Spätkapitalismus, Frankfurt 1973
- HEGNER, Friedhart, SCHMIDT, Ernst, H.: Aspekte und Probleme einer Gesellschaftspolitik für Behinderte und psychisch Gestörte in der Bundesrepublik Deutschland
in: Ferber/Kaufmann (Hrsg.): Soziologie und Sozialpolitik, Sonderheft 19 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpolitik, Opladen 1977, S. 386 ff.
- HEINSOHN, Gunnar, KNIEPER, Rolf: Theorie des Familienrechts, Frankfurt 1974
- HELBERGER, Christof: Ziele und Ergebnisse der Gesundheitspolitik
in: Zapf, W. (Hrsg.): Lebensbedingungen in der Bundesrepublik. Sozialer Wandel und Wohlfahrtsentwicklung, Frankfurt/New York 1977
- JAHN, Erwin, JAHN, Hans-Joachim, KRASEMANN, Ernst-Otto, MUDRA, Wolfgang, ROSENBERG, Peter, RUDOLPH, Fritz, THIEMEYER, Theo: Die Gesundheits-sicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln 1973
(WSI-Studie)
- LENHARDT, Gero, OFFE, Claus: Staatstheorie und Sozialpolitik
in: Ferber/Kaufmann 1977
- LUHMANN, Niklas: Normen in soziologischer Perspektive
in: Soziale Welt 1969
- MURSWIECK, Axel (Hrsg.): Staatliche Politik im Sozialsektor, München 1976
- NASCHOLD, Frieder: Kassenärzte und Krankenversicherungsreform. Zu einer Theorie der Statuspolitik, Freiburg 1967

- NASCHOLD, Frieder: Strukturelle Bestimmungsfaktoren für die Kostenexplosion im Gesundheitswesen
in: Murswieck (Hrsg.): Staatliche Politik im Sozialsektor, München 1976, S. 126 ff.
- NARR, Wolf-Dieter, OFFE, Claus: Einleitung
in: dies. (Hrsg.): Wohlfahrtsstaat und Massenloyalität, Köln 1975
- OFFE, Claus: Berufsbildungsreform. Eine Fallstudie über Reformpolitik, Frankfurt 1975
- RÜDEL, Ulrich, GULDIMANN, Tim: Sozialpolitik als soziale Kontrolle
in: Guldemann u.a.: Starnberger Studien 2, Sozialpolitik als soziale Kontrolle, Frankfurt 1978, S. 11 ff.
- ROHDE, Johann Jürgen: Soziologie des Krankenhauses, Stuttgart, 2. Aufl. 1974
- RONGE, Volker; SCHMIEG, Günter: Restriktionen politischer Planung, Frankfurt 1973
- ROSENBERG, Peter: Möglichkeiten der Reform des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland, Göttingen 1975
- SACHVERSTÄNDIGENKOMMISSION FÜR DIE SOZIALE SICHERUNG DER FRAU UND DER HINTERBLIEBENEN: Vorschläge zur sozialen Sicherung der Frau und der Hinterbliebenen. Gutachten vom 21. Mai 1979, veröffentlicht durch die Bundesregierung, Bonn 1979
- SCHÄFER, Dieter: Die Rolle der Fürsorge im System sozialer Sicherung. Schriften des Deutschen Vereins, Nr. 231, Frankfurt 1966
- SCHOLMER, Joseph: Patient und Profitmedizin. Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik zwischen Krise und Reform, Opladen 1973
- SOZIALENQUETE-KOMMISSION: Soziale Sicherung. Bericht von Walter Bogs, Hans Achinger, Helmut Meinhold, Ludwig Neundörfer, Wilfried Schreiber, Stuttgart u.a. 1966
- TENNSTEDT, Florian: Zur Ökonomisierung und Verrechtlichung in der Sozialpolitik
in: Murswieck (Hrsg.): Staatliche Politik im Sozialsektor, München 1976 (b), S. 139 ff.
- TRANSFER-ENQUETE-KOMMISSION: Zur Einkommenslage der Rentner. Zwischenbericht der Kommission, veröffentlicht durch die Bundesregierung, Bonn 1979
- VOLKHOLZ, V., ELSNER, G., GEISLER, B., KRISCHER-FAUCHS, M., THOMA, P. (Hrsg.): Analyse des Gesundheitswesens, Frankfurt 1974
- WEBER, Max: Wirtschaft und Gesellschaft, Tübingen 1955

3. Gesetzliche Grundlagen und Praxis der Sozialpolitik im Bereich der Altenpflege

- ANTHES, Jochen: Lebenslage institutionalisierter älterer Menschen
in: Dieck/Naegele (Hrsg.): Sozialpolitik für ältere Menschen,
Heidelberg 1978, S. 198 ff.
- ANTHES, Jochen, und KARSCH, Norbert: Zur Organisationsstruktur des Alten-
heims. Eine Inhaltsanalyse der Hausordnungen von Altenheimen in
Nordrhein-Westfalen und Bayern, Manuskript, Köln 1975
- ARBEITERWOHLFAHRT: Überlegungen zum Tagespflegeheim, o.O., o.J. (1978/79)
- ARBEITERWOHLFAHRT: Überlegungen zur Neuordnung der Finanzierung der
Pflegekosten in der stationären, teilstationären und ambulanten
Versorgung Pflegebedürftiger
in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit (27) 1976, Heft 4
- ARBEITSKAMMER DES SAARLANDES: Die soziale Lage der Alten im Saarland. Eine
repräsentative empirisch-soziologische Erhebung. Bearbeitet von
Rudi Peter, Hans-Günther Laux, Franz Brandt, Saarbrücken 1973
- BADEN-WÜRTTEMBERG, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung
(Hrsg.): Heime für alte Menschen in Baden-Württemberg, Erhebung 1974,
Stuttgart 1975
- BAHRKE, Hans-Otto: Das neue Heimgesetz - Aufsicht, Beratung und
Partnerschaft
in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit 25 (1974), S. 283 ff.
- BALLUSECK, Hilde von: Diskussion zur Lebenssituation älterer Frauen
in: Dieck/Schreiber (Hrsg.): Gerontologie und Gesellschaftspolitik,
Berlin 1979, S. 236 ff.
- BALLUSECK, Hilde von: Die Professionalisierung der Sozialarbeit in der
Altenhilfe
in: Balluseck/Bernstein 1980, S. 1 ff.
- BALLUSECK, Hilde von, und BERNSTEIN, Reiner (Hrsg.): Sozialarbeit und
Altenhilfe, Berlin 1980
- BAUMGARTEN, Joachim: Das Krankenhaus. Ein neuer Institutionstyp der
stationären Krankenversorgung
in: Das Krankenhaus 70 (1978), S. 146 ff.
- BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG: Soziale
Dienste in Bayern, Teil 1: Ambulante Krankenpflege, München 1977
- BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG: Soziale
Dienste in Bayern, Teil 2: Ambulante Krankenpflege im Verbund
"Nürnberger Modell", München 1978
- BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG: Soziale
Dienste in Bayern, Teil 3: Ambulante Krankenpflege im Verbund
"Nürnberger Modell", München 1978 (a)

- BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG: Dritter bayerischer Landesplan für die Altenhilfe, München 1978 (b)
- BERGENER, M., BEHREND, K., ZIMMERMANN, R.: Psychogeriatrische Versorgung in Nordrhein-Westfalen. Ergebnisse eines interdisziplinären Forschungsprojekts
in: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: Altenhilfe 3, Untersuchungsberichte, Düsseldorf 1975
- BERGENER, M., BEHREND, K., ZIMMERMANN, R.: Ungelöste Versorgungsprobleme psychisch Alterskranker - Ergebnisse eines interdisziplinären geriatrischen Forschungsprojekts
in: aktuelle gerontologie 4 (1974), S. 493 ff.
- BERLIN - ABGEORDNETENHAUS VON BERLIN: Mitteilungen Nr. 48 des Präsidenten, April 1970
- BERLIN - SENATOR FÜR ARBEIT UND SOZIALES: Arbeitspapiere der Projektgruppe "Personalstruktur in Seniorenheimen", unveröffentlicht, Berlin 1975
- BERLIN - SENATOR FÜR ARBEIT UND SOZIALES: Umfrage bei Berliner Bezirken zu Personalschlüsseln, unveröffentlichte Korrespondenz, Berlin 1975
- BERLIN - SENATOR FÜR ARBEIT UND SOZIALES: Wohnungen und Heime für ältere Bürger. Seniorenwohnstättenplanung, Berlin 1978
- BERLIN - SENATOR FÜR GESUNDHEIT UND UMWELTSCHUTZ: Hinweise zur Anmeldung des Personalbedarfs, hektograph. Manuskript, Berlin 1978
- BERLIN - SENATOR FÜR GESUNDHEIT UND UMWELTSCHUTZ: Vereinbarung über Anlage, Einrichtung und Betrieb von Krankenheimen sowie über Entgelte für Krankheimpflege (Krankheimbetriebs- und -pflegeentgeltvereinbarung - KHBEV) vom 1.2.1978
in: Amtsblatt für Berlin 28 (1978), S. 296 ff.
- BERLIN - SENATOR FÜR GESUNDHEIT UND UMWELTSCHUTZ: Ergebnisse einer Zeitstudie in einer Abteilung für Chronisch Kranke, unveröffentlicht, 1979
- BERLIN - SENATOR FÜR INNERES: Umfrage bei Städten der Bundesrepublik Deutschland zu Personalanzahlzahlen, unveröffentl. Korrespondenz, 1973
- BERLIN - SENATOR FÜR INNERES: Schlüsselzahlen zur Berechnung des Personalbedarfs, hektograph. Manuskript, Berlin 1978
- BLACKMANN, Donald, HOWE, Michael, PINKTON, Elsie M.: Increasing Participation in Social Interaction of the Institutionalized Elderly
in: The Gerontologist Vol 16 (1976), S. 69 ff.
- BRUCKENBERGER, Ernst: Kostensenkung durch Erhöhung der Komplexität im Gesundheitswesen. Lösung durch Schaffung neuer Systeme
in: Das Krankenhaus 68 (1976), S. 407 ff.

- BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE: Gesamtstatistik der Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege, Bonn 1977
- BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (Hrsg.): Enquete zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn 1975
- BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (Hrsg.): Pflegebedürftigkeit älterer Menschen. Bericht vom 9. September 1977 über das Problem der Pflegebedürftigkeit älterer Menschen und die Vorschläge zur Absicherung der Pflegekosten, Bonn 1977 (a)
- BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1977, Bonn 1977 (b)
- BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT: Verordnung über personelle Mindestanforderungen für Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige (HeimMindPersV), Entwurf, Bundesratsdrucksache 240/79, Bonn 1979
- BUNDESREGIERUNG, PRESSE- UND INFORMATIONSAMT DER -: Gesellschaftliche Daten 1979, Melsungen 1979
- BUYS, J., HILKEN, K., GERLACH, J.: Qualitative Grundlagenstudie über psychologische Prinzipien des Wohnens im Altenpflegeheim, Kuratorium Deutsche Altershilfe, unveröffentl. Manuskript 1978
- CLEMENS, Wolfgang: Analyse klinischer geriatrischer und gerontopsychiatrischer Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin, DZA, 1979
- CHATFIELD, Walter F.: Economic and Sociological Factors Influencing Life Satisfaction of the Aged
in: Journal of Gerontology (1977), S. 593 - 599
- DAHLEM, Otto, GIESE, DIETER: Das Heimgesetz, Köln u.a. 1974 (nebst Ergänzungslieferungen)
- DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT: Empfehlungen vom 9.9.1974: Anhaltszahlen für die Besetzung der Krankenhäuser mit Pflegekräften
in: Das Krankenhaus 66 (1974), S. 420 - 426
- DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT: DKG-Anhaltszahlen in der Diskussion
in: Das Krankenhaus 67 (1975), S. 144 ff.
- DEUTSCHER STÄDTETAG (Hrsg.): Alteinrichtungen 1969, Köln 1971
- DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÖRSORGE: Tabellarische Auswertung einer Umfrage des Freistaates Bayern über die Sozialstationen in den einzelnen Bundesländern, Manuskript, Frankfurt 1977

- DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÖRSORGE: Thesen zur
Neuregelung der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit,
Manuskript, Frankfurt 1980
- DIECK, M.: Wohnen und Wohnumfeld älterer Menschen in der Bundes-
republik, Heidelberg 1979
- DIECK, M., SCHREIBER, T. (Hrsg.): Gerontologie und Gesellschaftspolitik,
Berlin 1979
- DIECK, M., FICHTNER, O., GRÖTTRUP, B., JOCHHEIM, K., KULENKAMPFF, C.,
LOHMANN, S., MIERZWIAK, H.-G., PRÜSSDORF, K., ROBBERS, I., ROCKERT, W.:
Soziale Sicherheit für pflegebedürftige Menschen
in: Rehabilitation 18 (1979), S. 181 - 186
- EISELE, Fritz: Das Altenkrankenheim zwischen Altenpflegeheim und Alten-
krankenhaus
in: Blätter der Wohlfahrtspflege 116 (1969), S. 381 ff.
- ENGERT, Kurt: Bietet das Heimgesetz Problemlösungen?
in: Das Altenheim 14 (1975), S. 103 ff.
- FEHLER, J., und KOCH, C.: Sinnvolle Personalbedarfsberechnung statt
Personal-Minimierung um jeden Preis
in: Das Krankenhaus 69 (1977), S. 216 ff.
- FISCHER, Lorenz: Die Wirkungen der Institutionalisierung auf das Selbst-
bild alter Menschen, Köln/Wien 1976
- FISCHER, Lorenz: Untersuchungen zur Lebenszufriedenheit der Patienten
und Arbeitszufriedenheit des Personals von Institutionen der
Altenpflege. Anlage 1 zu Henke-Berndt u.a. 1978
- FISSENI, H. J.: Anpassung an das Leben im Altersheim
in: aktuelle gerontologie 4 (1974), S. 711 ff.
- FORUM SOZIALSTATION, 1978-1980
- FREIE UND HANSESTADT HAMBURG, siehe Hamburg
- FÖSGEN, I.: Überlegungen zum Thema Krankenhausverweildauer und Krankenhaus-
reform
in: Das Krankenhaus 68 (1976), S. 45 ff.
- FÖSGEN, I.: Der alte Chronischkranke in der stationären Behandlung - Ein
Problem unserer Gesellschaft
in: Das Krankenhaus 67 (1975), S. 369 ff.

- GERDELMANN, Werner: Anhaltszahlen im Krankenhaus
in: Die Ortskrankenkasse (1976), S. 426 ff.
- GEWERKSCHAFT ÖFFENTLICHER DIENST, TRANSPORT UND VERKEHR: Forderungen der
Gewerkschaft ÖTV zu den Anhaltszahlen für die Besetzung der Kranken-
häuser mit Ärzten und Pflegekräften, Sonderinformation für Ärzte und
Krankenpflegepersonal in den Krankenhäusern, Stuttgart 1975
- GÖSSLING, Siegfried: Das Tagespflegeheim als Einrichtung der Altenhilfe
in: Das Altenheim 12 (1973), S. 145 ff.
- GÖSSLING, Siegfried: Anhaltszahlen zur Besetzung des Pflegedienstes
in: Das Altenheim 12 (1973), S. 174 ff.
- GÖSSLING, Siegfried: Zum Mindestbedarf an Pflegekräften und
Pflegeheimen
in: Das Altenheim 13 (1974), S. 275 ff.
- GÖSSLING, Siegfried: Wenn das Heimgesetz in Kraft tritt
in: Das Altenheim 13 (1974), S. 261 ff.
- GÖSSLING, Siegfried: Das Heimgesetz bietet neue Möglichkeiten!
in: Das Altenheim 14 (1975), S. 127 ff.
- GÖSSLING, Siegfried: Möglichkeiten der Bemessung eines gespaltenen
Pflegesatzes in Heimen
in: Das Altenheim 15 (1976), S. 140 ff.
- GÖSSLING, Siegfried: Mindestanforderungen nach dem Heimgesetz: Das
unrühmliche Ende einer Rechtsverordnung
in: Das Altenheim 16 (1977), S. 149 ff.
- GÖSSLING, Siegfried: Eingruppierung nach Pflegebedürftigkeit und Personal-
zahlen
in: Das Altenheim 17 (1978), S. 249 ff.
- GOLOMBEK, Günter: Personalstellen-Minimierung um jeden Preis? Zum Gutachten
der Krankenkassen über die Anhaltszahlen-Empfehlungen der DKG für
die Besetzung der Krankenhäuser mit Ärzten und Pflegekräften
in: Das Krankenhaus 69 (1977), S. 173 ff.
- GRUNOW, Dieter, HEGNER, Friedhart, LEMPERT, Jürgen: Sozialstationen.
Analysen und Materialien zur Neuorganisation ambulanter Sozial-
und Gesundheitsdienste. Band 3 der Schriftenreihe der Forschungs-
gruppe "Sozialplanung und Sozialverwaltung e. V.", Bielefeld 1979

- HAMBURG, ARBEITS- UND SOZIALBEHÖRDE DER FREIEN HANSESTADT HAMBURG (Hrsg.):
Zur Situation älterer Mitbürger in Hamburg. Eine sozioempirische
Untersuchung, Hamburg o. J. (1970)
- HENKE-BERNDT, Helga, MYBES, Ursula, RÖCKERT, Willi: Zwischenbericht über
den Stand der Arbeit zum Grundlagenprojekt: Arbeitswissenschaftliche
Untersuchung im Bereich der institutionellen Altenhilfe,
Köln, Institut für Altenwohnbau, unveröffentl. Manuskript, 1978,
zitiert als KDA 1978
- INFRATEST SOZIALFORSCHUNG: Bürger und Sozialstaat. Repräsentativerhebung
im Auftrag des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung. Zusammenfassender Kommentar. Bearbeiter: Horst Becker, Walter Ruhland,
München 1979
- INSTITUT FÜR ALTENWOHNBAU DES KURATORIUMS DEUTSCHE ALTERSHILFE: Vorläufige
Übersicht über Anhaltszahlen für die Personalbemessung in Alteinrichtungen und Merkmale für die Eingruppierung nach Pflegebedürftigkeitsgruppen. Bearbeiter: Willi Rückert. Manuskript,
Köln 1977
- KLUSMANN, D., LÖDERS, I., BRUDER, J., LAUTER, H.: Die Betreuung kranker
alter Menschen im Mehrgenerationenhaushalt - Zwischenergebnisse
eines laufenden Forschungsprojekts, unveröffentl. Manuskript,
Hamburg 1979
- KNOPP, Anton, FICHTNER, Otto: Bundessozialhilfegesetz. Kommentar,
München, 3. Aufl., 1974
- KÖNIG, René, ROSENMAYR, Leopold: Familie. Alter. Handbuch der empirischen
Sozialforschung, Bd. 7, Stuttgart, 2. Aufl., 1976
- KUPER, Bernd-Otto: Das Recht des Patienten auf häusliche Krankenpflege
in: Caritas-Korrespondenz (1978), S. 1 ff.
- LANGÉ, Ulrich: Der Einfluß der Pflegebedürftigkeit chronisch kranker
älterer Menschen auf die Familiensituation im Mehrgenerationen-
haushalt. Eine sozial-empirische Studie im Stadtgebiet Köln.
Köln 1973
- LANGÉ, Ulrich: Pflegebedürftige alte Menschen in Berlin. Probleme ihrer
häuslichen Betreuung, Köln 1974
- LEHR, Ursula: Lebenssituation älterer Frauen
in: Dieck, M., Schreiber, T. (Hrsg.): Gerontologie und Gesellschafts-
politik, Berlin 1979
- LEITNER, Klaus, PINDING, Maria: Repräsentativumfrage zur häuslichen
pflegerischen Versorgung, Berlin 1978

- LOHMANN, Sigrid: Die Lebenssituation älterer Menschen in der geschlossenen Altersfürsorge, Hannover 1970
- MAURHOFF, Marlene: Chronisch psychisch Kranke in Alten- und Pflegeheimen
in: Das Altenheim 17 (1978), S. 68 ff.
- MEYER, Magdalene: Einsatzleitung in Sozialstationen. Vorlage für den Fachausschuß III des Deutschen Vereins, Sitzung am 25.1.1978, unveröffentl. Manuskript
- MOHLENBROCK, Werner: Rede zur Eröffnung des Deutschen Krankenhaustages 1977,
in: Das Krankenhaus 69 (1977), S. 287 ff.
- NAEGELE, Ingrid: Die neueste Krankenhausstatistik (31.12.1976),
in: Das Krankenhaus 70 (1978), S. 179 ff.
- NOELKER, Linda, HAREL, Zeo: Predictors of Well-being and Survival Among Institutionalized Aged
in: The Gerontologist 18 (1978), S. 562 ff.
- NORDRHEIN-WESTFALEN, MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES: Landesaltenplan Nordrhein-Westfalen 1975 - 1985, Düsseldorf 1975
- PALLENBERG, Claudia: Angebote der Fort- und Weiterbildung für das Personal in der Altenhilfe, Berlin, DZA, 1980
- PERTHES-WERK, MONSTER: Untersuchungsbericht über die Ermittlung eines Personalschlüssels für die Pflegekräfte in Altenkrankenhäusern, im Auftrag des Landes Nordrhein-Westfalen, o. O., o. J. (ca. 1974)
- PSYCHIATRISCHE PRAXIS 1 (1974)
- REST, H. O. Franco: Praktische Orthothanasie im Arbeitsfeld sozialer Praxis, Teil 1/2, Opladen 1977/1978
- REST, H. O. Franco: Die Bedürfnisse der Senioren im Heim
in: Das Altenheim 18 (1979), S. 189 ff.
- ROLSHOVEN, Hubertus: Pflegebedürftigkeit und Krankheit im Recht. Eine Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Kostenträgerschaft, Berlin, DZA, 1978
- ROSENMAJR, Leopold: Alter
in: König, R.; Rosenmayr, L.: Familie. Alter. Handbuch der empirischen Sozialforschung, Bd. 7, Stuttgart, 2. Aufl., 1976
- SHELLHORN, Walter, JURASEK, Hans, SEIPP, Paul: Bundessozialhilfegesetz, Neuwied 1974

- SCHICK, I.: Alte Menschen in Heimen. Eine empirische Untersuchung zu Korrelaten des psychischen und sozialen Wohlbefindens von Heimbewohnern, Köln 1978
- SCHMIDT, Rudolf: Neue Chancen für alte Menschen
in: Das Altenheim 16 (1977), S. 240 ff.
- SCHMITZ-SCHERZER, R., SCHICK, I., KOHN, D., PLAGEMANN, K.: Altenwohnheime, Personal und Bewohner. Eine empirische Studie in der Stadt Braunschweig, Stuttgart u.a. 1978
- SCHULZ, Richard, BRENNER, Gail: Relocation of the aged: a review and theoretical analysis
in: Journal of Gerontology 1977, S. 323 ff.
- SENAT VON BERLIN: siehe Berlin
- SMITH, Richard T., BRAND, Frederick H.: Effects of enforced relocation on life adjustment in a nursing home
in: International Journal of Aging and Human Development, Vol 6 (1975), S. 249 ff.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch 1978 für die Bundesrepublik Deutschland, Stuttgart/Mainz 1978
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.): Sozialleistungen, Fachserie 13, Reihe 2, Sozialhilfe 1977, Stuttgart/Mainz 1979
- STEPHAN, Heinz: Die Entwicklung der Pflegesätze in Alten- und Pflegeheimen
in: Das Altenheim 16 (1977), S. 3 ff.
- VIEBAHN, Gabriele: Vorschläge zur Gewinnung von Mitarbeitern in der geschlossenen Altenhilfe, Köln 1974
- WATERMANN, Hans: Das Krankenhausfinanzierungsgesetz nach den endgültigen Beschlüssen
in: Das Krankenhaus 64 (1972), S. 220 ff.
- ZEITSCHRIFT FÜR SOZIALREFORM (o. Verf.): Ziel: Bedarfsgerechte und leistungsfähige Krankenhausversorgung. Referentenentwurf zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, 24 (1978), S. 377 ff.
- ZIMMERMANN, Robert: Zur Soziologie von Krankheit, psychischem Leid und Hilfsbedürftigkeit im höheren Lebensalter, Diss., Köln 1976

4. Zur Geschichte der Pflegeberufe

BÄUMLER, Ch.: Ueber Krankenpflege, Freiburg i. Br. 1892

BAUER, Franz: Geschichte der Krankenpflege, Kulmbach 1965

BERLINER VEREIN FÜR HAUSLICHE GESUNDHEITSPFLEGE: Rechenschaftsberichte 1879 - 1899

CORNET, Georg: Die Sterblichkeitsverhältnisse in den Krankenpflegeorden
in: Zeitschrift für Hygiene, 6 (1889) Sonderdruck

DIETRICH: Die Vorschriften über die staatliche Prüfung von Kranken-
pflegepersonen. Sonderdruck aus: Deutsche Medizinische
Wochenschrift (1907), S. 21 f.

GUTTSTADT, Albert: Die freie Liebeshätigkeit auf dem Gebiete der
Krankenpflege und die Ausbildung des Krankenpflegepersonals
in Preussen, Berlin 1886

HARMSEN, Hans: Gesundheitssicherung und Gesundheitsfürsorge für die
weiblichen Krankenpflegekräfte, Leipzig 1939

HAUSER/DOTTMANN: Die Kranken- und Hauspflege auf dem Lande,
Schriften des Deutschen Vereins, Heft 44, Leipzig 1899

OLSHAUSEN, Otto: Vorschläge zur Bildung einer Schule für Kranken-
pflegerinnen, Berlin 1889

OSIUS, R., CHUCHUL, P.: Die Heranziehung von Frauen zur öffentlichen
Armenpflege. Schriften des Deutschen Vereins, Heft 25, Leipzig 1896

RUNGE, F.: Die Krankenpflege als Feld weiblicher Erwerbstätigkeit,
Berlin 1870

SALOMON, Alice: Öffentliche und freie Wohlfahrtspflege
in: Möllers, B. (Hrsg.): Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege,
Berlin/Wien, 2. Aufl., 1930

STREITER, Georg: Die wirtschaftliche und soziale Lage der beruflichen Krankenpflege in Deutschland, Jena, 2. Aufl., 1924

WOLLASCH, Hans: Der soziale Beruf als Träger persönlicher Hilfe in der Sicht und Obhut des Deutschen Vereins
in: Muthesius, H. (Hrsg.): Beiträge zur Entwicklung der deutschen Fürsorge, 75 Jahre Deutscher Verein, Köln/Berlin, 1955

ZEHMANN, J. B. von: Unsere Krankenpflegerinnen. Ein Wort zur Verständigung und Werbung, Gautzsch 1909

5. Zur Theorie der Berufe und Pflegeberufe

ARBEITSGRUPPEN DES INSTITUTS FÜR ARBEITSMARKT- UND BERUFSFORSCHUNG UND DES MAX-PLANCK-INSTITUTS FÜR BILDUNGSFORSCHUNG: Bedarfsprognostische Forschung in der Diskussion, Frankfurt 1976

ARNOLD, Rolf, MARZ, Fritz: Einführung in die Bildungspolitik. Grundlagen, Entwicklungen, Probleme, Stuttgart u.a. 1979

BÄCKER, Gerhard: Entprofessionalisierung und Laisierung sozialer Dienste - Richtungsweisende Perspektive oder konservativer Rückzug?
in: WSI-Mitteilungen 32 (1979), 10, S. 526 ff.

BAETHGE, M.: Ausbildung und Herrschaft. Unternehmerinteressen in der Bildungspolitik, Frankfurt 1970

BECK-GERNSHEIM, Elisabeth: Der geschlechtsspezifische Arbeitsmarkt, Frankfurt 1976

BECK, Ulrich, BRATER, Michael: Berufliche Arbeitsteilung und soziale Ungleichheit. Eine gesellschaftlich-historische Theorie der Berufe, Frankfurt 1978

GERSTENBERGER, F.: Produktion und Qualifikation
in: Leviathan 3 (1975), S. 251 ff.

LUTZ, Burkart: Die Interdependenz von Bildung und Beschäftigung und das Problem der Erklärung der Bildungsexpansion
in: Matthes, Joachim (Hrsg.): Sozialer Wandel in Westeuropa, Verhandlungen des 19. Deutschen Soziologentages in Berlin 1979, Frankfurt 1979, S. 634 ff.

MENDIUS, H.-G., SENGENBERGER, W., LUTZ, Burkart, ALTMANN, N., BÖHLE, F.;
ASENDORF-KRINGS, I., DREXEL, I., NUBER, Ch.: Betrieb-Arbeitsmarkt-
Qualifikation, I. Arbeiten des Instituts für Sozialwissenschaft-
liche Forschung, ISF München, Frankfurt 1976

OSTNER, Ilona: Beruf und Hausarbeit, Frankfurt 1978

OSTNER, Ilona, BECK-GERNSHEIM, Elisabeth: Mitmenschlichkeit als
Beruf, Frankfurt 1979

6. Zur Praxis der Pflegeberufe und ihrer Ausbildung

BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR UNTERRICHT UND KULTUS (Hrsg.): Lernziel-
orientierte Lehrpläne. Fachschule für Altenpflege, München,
Staatsinstitut für Schulpädagogik 1975

BECKER, Wolfgang, BERGMANN-KRAUSS, Barbara: Weiterbildungsmaßnahmen
im Gesundheits- und Sozialbereich. Bundesinstitut für Berufs-
bildung. Berichte zur beruflichen Bildung, Heft 15, Berlin 1979

BERGER, Roland, et al.: Bestandsanalyse nichtärztlicher Heilberufe und
sonstiger Gesundheitsberufe. Im Auftrag des Bundesministers
für Jugend, Familie und Gesundheit, Stuttgart u.a. 1979

BESKE, Fritz (Hrsg.): Lehrbuch für Krankenschwestern und Kranken-
pfleger, Stuttgart, 3. Aufl., 1974

BÖHME, Hans: Haftpflichtfragen im Krankenpflegebereich: Juristische
Aspekte
in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 31 (1978), S. 448 ff.

BROWER, H. Terri: A study of graduate programmes in gerontological
nursing
in: Journal of Gerontological Nursing 3 (1977), S. 40 ff.

BROWER, H. Terri: The geriatric nurse practionioner: an expanded role
for the care of the older adult
in: Journal of Gerontological Nursing 2 (1976), S. 17 ff.

BUND-LÄNDER-KOMMISSION FÜR BILDUNGSPLANUNG (Hrsg.): Stufenplan zu
Schwerpunkten der beruflichen Bildung, Stuttgart 1975

BUNDESANSTALT FÜR ARBEIT (Hrsg.): blätter zur berufskunde, Bd. 2,
2-IV A 13 Altenpfleger, Bielefeld, 2. Aufl., 1975

BUNDESANSTALT FÜR ARBEIT (Hrsg.): blätter zur berufskunde, Bd. 2,
2-IV A 10 Hauspflegerin/Familienpflegerin, Bielefeld 1971

BUNDESMINISTER FÜR BILDUNG UND WISSENSCHAFT (Hrsg.): Bericht der Bundes-
regierung über die strukturellen Probleme des föderativen Bildungs-
systems, Bonn 1978

- DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT: Gegenwärtiger und künftiger Bedarf an Krankenpflegekräften, Krankenpflegeenquête
in: Das Krankenhaus 68 (1976), S. 225 ff. und 260 ff.
- DEUTSCHER BERUFSVERBAND FÜR KRANKENPFLEGE: Stellungnahme zur Ausführung von i.v. Injektionen
in: Krankenpflege 31 (1977), S. 85
- DEUTSCHER BERUFSVERBAND FÜR KRANKENPFLEGE (Hrsg.): Krankenpflegeausbildung in Hessen. Lernzielkatalog, Frankfurt 1977
- DEUTSCHER BERUFSVERBAND STAATLICH ANERKANNTER ALTENPFLEGERINNEN UND ALTENPFLEGER: Information 1978
- DEUTSCHER BUNDESTAG: Entwurf eines Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege und den Beruf der Hebamme und des Entbindungshelfers. Drucksache 8/2471 vom 17.1.1979
- DIAKONISCHES WERK (Hrsg.): Altenpflegerin/Altenpfleger. Die staatlich anerkannte Fachkraft in der Altenhilfe, Stuttgart 1978
- DISKUSSION UM DIE NEUORDNUNG DER AUSBILDUNG IN DEN PFLEGEBERUFEN. Stellungnahmen einiger Verbände zur öffentlichen Anhörung vor dem Bundestagsausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit zum Entwurf eines Krankenpflege- und Hebammengesetzes am 30. Mai 1979
in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 32 (1979), Beihefter
- EISENREICH, Eberhard, ROSENHAGEN, Annelotte: Lernzielkatalog für das Fach Krankenpflege, München 1977
- FABER, K.: Vielfalt und Einheitlichkeit im Bildungswesen. Bundesstaatliche Aufgabenverteilung und parlamentarische Verantwortung
in: Bildung und Erziehung 31 (1978), S. 211 ff.
- FÜRER, Hermann: Die Pflege des alten Menschen, ND 1968, S. 266 ff.
- GARMS-HOMOLOVA, Vjenka: Synopse. Richtlinien, Regelungen und Ausbildungsordnungen zur Altenpflegeausbildung in einzelnen Ländern der Bundesrepublik Deutschland (Stand: Mai 1977), Berlin, DZA, 2. Aufl., 1977
- GARMS-HOMOLOVA, Vjenka: Situation und Tendenzen in der Altenpflegeausbildung, Berlin, DZA, 1977
- GOEKEN, Anna: Altenpflege als Beruf
in: Caritas 69. Jahrbuch des Deutschen Caritasverbandes, i.O., o.J., S. 96 ff.
- HAAF, Lilienne, ENGELMANN, Edita, HEYM, Maria: Krankenpflegehilfe. Ein kurzgefaßtes Lehrbuch für Krankenpflegehelferinnen und -helfer, Stuttgart, 3. Aufl., 1976

- HEESEN, W., BROCK, D.: Krankenpflegehelferin und -helfer. Lehrbuch und Leitfaden, Hannover 1974
- HEPPLER, Jacqueline: Gerontological Nurse Practitioner: Change agents in the health care delivery systems for the aged
in: Journal of Gerontological Nursing, Vol 12 (1976), S. 38 ff.
- INSTITUT FÜR REGIONALE BILDUNGSPLANUNG, siehe Schmid/Schöberle
- KDA 1978, siehe Henke-Berndt u.a. 1978 (Literaturverzeichnis Teil 3)
- KDA 1979, siehe Mybes u.a., 1979
- KRUSE, Anna-Paula: Die Krankenpflegeausbildung in ihrer unklaren Stellung zwischen dualer Ausbildung und Berufsfachschulausbildung und die Bestrebungen um eine Integration in das Bildungswesen (Sekundarstufe II)
in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 32 (1978), Beihefter der Hefte 9-12
- KURATORIUM DEUTSCHE ALTERSHILFE, Presse- und Informationsdienst
September 1978: Kriterien für die Auswahl von Altenpflegeschülern.
Erarbeitet von den katholischen Ausbildungsstätten für Altenpflege
- MARBURGER BUND: Stellungnahme zur Delegation ärztlicher Aufgaben an Krankenpflegepersonal
in: Krankenpflege 32 (1978), S. 296 f.
- MORGENROTH, Gerhard: Die Einordnung der Fachseminare für Altenpflege in das Bildungssystem der Bundesrepublik Deutschland,
Manuskript, Witten 1977
- MYBES, Ursula, PFAU, Cornelia, RÖCKERT, Willi: Zur Organisation pflegerischer Dienste in Altenpflege-/Altenkrankenheimen. Köln, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Manuskript, 1979 (zitiert als KDA 1979)
- PINDING, Maria (Hrsg.): Krankenpflege in unserer Gesellschaft,
Stuttgart 1972
- PINDING, Maria, MONSTERMANN, Jörg, KIRCHLECHNER, Berndt: Berufssituation und Mobilität in der Krankenpflege, Stuttgart u.a. 1975
- REICHMANN, Maria: Ausbildung und Bedeutung des Berufs der Hauspflegerin.
Kleinere Schriften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt, 2. Aufl., 1967

- SCHMID, Manfred, SCHÜBERLE, Marianne: Die nichtärztlichen Gesundheitsberufe in Niedersachsen, Teilbericht Altenpfleger. Herausgegeben vom Institut für Regionale Bildungsplanung - Arbeitsgruppe Standortforschung, Hannover 1978 (a)
- SCHMID, Manfred, SCHÜBERLE, Marianne: Die nichtärztlichen Gesundheitsberufe in Niedersachsen, Teilbericht Krankenpflegeberufe. Herausgegeben vom Institut für Regionale Bildungsplanung - Arbeitsgruppe Standortforschung, Hannover 1978 (b)
- SCHÖBER, Theodor: Die Aufgaben der Pflege in der heutigen Zeit in: Hilfen für Pflegebedürftige, Schriften des Deutschen Vereins, Nr. 244, Frankfurt 1969, S. 1 ff.
- SCHWITAJEWSKI, Hannelore, ROHDE, Johann Jürgen (Hrsg.): Berufsprobleme der Krankenpflege, München u.a. 1975
- US-DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE (ed.): Occasional papers in gerontology No. 1: Manpower needs in the field of aging: The nursing home industry, o.O., o.J.
- WEMA-INSTITUT (Hrsg.): Bildungswesen im Vergleich. 5.: Darstellung des beruflichen Bildungswesens in ausgewählten Ländern, Köln 1974
- WIRSING, Rolf: Die Stellung des amerikanischen Krankenpflegeberufs und seine Probleme in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 32 (1979) (Beihefter)

Zeitschriften

Deutsche Krankenpflegezeitschrift

Das Krankenhaus

Das Altenheim

Altenpflege

Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (zitiert als: ND)

7. Eigene Untersuchungen zum Thema (bisher unveröffentlicht)

Befragung der Berliner Verbände zur Hauspflege und Hauskrankenpflege in den Bezirken Kreuzberg und Tempelhof (Fragebogen siehe Anhang)

Fallstudien in Berliner Einrichtungen der Altenhilfe (z.T. veröffentlicht in: Dieck, M./Göbbling, S. (Hrsg.): Sektion Altenarbeit/Altenhilfe der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, Berlin/Frankfurt 1979)

Umfrage bei den Verbänden der freien und öffentlichen Wohlfahrtspflege zur Kurzausbildung (Fragebogen siehe Anhang)

Umfrage bei Krankenpflegehochschulen zu Fort- und Weiterbildungsangeboten für Pflegepersonal in der Altenhilfe (unstrukturierte Anfrage)

Umfrage bei Ministerien in Europa und den USA zur Ausbildung von Pflegepersonal für die Altenpflege (Briefwechsel)

Öffentliches Übereinkommen

über die rechtliche und praktische Anwendung des Artikels 17 des Grundgesetzes vom 23. September 1949

Strasbourg
im Jahr 1967

Das Übereinkommen ist zwischen den Bundesländern und dem Bund geschlossen worden. Die Bundesländer sind: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein, Thüringen, Westfalen-Lippe.

Die Bundesländer sind durch ihre Landesregierungen vertreten. Der Bund ist durch die Bundesregierung vertreten. Die Bundesregierung ist durch den Bundeskanzler und die Bundesminister vertreten.

Das Übereinkommen ist in drei Abschnitten gegliedert. Der erste Abschnitt enthält die allgemeinen Bestimmungen, der zweite Abschnitt die Bestimmungen über die Anwendung des Artikels 17 des Grundgesetzes, und der dritte Abschnitt die Bestimmungen über die Streitbeilegung.

Das Übereinkommen ist in drei Sprachen abgefasst worden, nämlich in Deutsch, Französisch und Englisch. Die drei Fassungen sind gleichwertig.

Das Übereinkommen tritt in Kraft am 1. Januar 1968. Die Bundesländer sind verpflichtet, das Übereinkommen zu ratifizieren. Die Bundesregierung ist verpflichtet, das Übereinkommen zu ratifizieren.

Das Übereinkommen ist ein Bestandteil des öffentlichen Rechts. Die Bundesländer sind verpflichtet, das Übereinkommen zu ratifizieren. Die Bundesregierung ist verpflichtet, das Übereinkommen zu ratifizieren.

Das Übereinkommen ist ein Bestandteil des öffentlichen Rechts. Die Bundesländer sind verpflichtet, das Übereinkommen zu ratifizieren. Die Bundesregierung ist verpflichtet, das Übereinkommen zu ratifizieren.

Das Übereinkommen ist ein Bestandteil des öffentlichen Rechts. Die Bundesländer sind verpflichtet, das Übereinkommen zu ratifizieren. Die Bundesregierung ist verpflichtet, das Übereinkommen zu ratifizieren.

Das Übereinkommen ist ein Bestandteil des öffentlichen Rechts. Die Bundesländer sind verpflichtet, das Übereinkommen zu ratifizieren. Die Bundesregierung ist verpflichtet, das Übereinkommen zu ratifizieren.

Das Übereinkommen ist ein Bestandteil des öffentlichen Rechts. Die Bundesländer sind verpflichtet, das Übereinkommen zu ratifizieren. Die Bundesregierung ist verpflichtet, das Übereinkommen zu ratifizieren.

Das Übereinkommen ist ein Bestandteil des öffentlichen Rechts. Die Bundesländer sind verpflichtet, das Übereinkommen zu ratifizieren. Die Bundesregierung ist verpflichtet, das Übereinkommen zu ratifizieren.

Das Übereinkommen ist ein Bestandteil des öffentlichen Rechts. Die Bundesländer sind verpflichtet, das Übereinkommen zu ratifizieren. Die Bundesregierung ist verpflichtet, das Übereinkommen zu ratifizieren.

Das Übereinkommen ist ein Bestandteil des öffentlichen Rechts. Die Bundesländer sind verpflichtet, das Übereinkommen zu ratifizieren. Die Bundesregierung ist verpflichtet, das Übereinkommen zu ratifizieren.

Das Übereinkommen ist ein Bestandteil des öffentlichen Rechts. Die Bundesländer sind verpflichtet, das Übereinkommen zu ratifizieren. Die Bundesregierung ist verpflichtet, das Übereinkommen zu ratifizieren.

Das Übereinkommen ist ein Bestandteil des öffentlichen Rechts. Die Bundesländer sind verpflichtet, das Übereinkommen zu ratifizieren. Die Bundesregierung ist verpflichtet, das Übereinkommen zu ratifizieren.

Kapitel I

Übersicht über die Anwendung des Artikels 17 des Grundgesetzes

Das Übereinkommen ist ein Bestandteil des öffentlichen Rechts. Die Bundesländer sind verpflichtet, das Übereinkommen zu ratifizieren. Die Bundesregierung ist verpflichtet, das Übereinkommen zu ratifizieren.

Kapitel II

Die Anwendung des Artikels 17 des Grundgesetzes

Das Übereinkommen ist ein Bestandteil des öffentlichen Rechts. Die Bundesländer sind verpflichtet, das Übereinkommen zu ratifizieren. Die Bundesregierung ist verpflichtet, das Übereinkommen zu ratifizieren.

Das Übereinkommen ist ein Bestandteil des öffentlichen Rechts. Die Bundesländer sind verpflichtet, das Übereinkommen zu ratifizieren. Die Bundesregierung ist verpflichtet, das Übereinkommen zu ratifizieren.

Das Übereinkommen ist ein Bestandteil des öffentlichen Rechts. Die Bundesländer sind verpflichtet, das Übereinkommen zu ratifizieren. Die Bundesregierung ist verpflichtet, das Übereinkommen zu ratifizieren.

Das Übereinkommen ist ein Bestandteil des öffentlichen Rechts. Die Bundesländer sind verpflichtet, das Übereinkommen zu ratifizieren. Die Bundesregierung ist verpflichtet, das Übereinkommen zu ratifizieren.

Anhang

Anhang I

Verzeichnis der Bundesländer und der Bundesregierung

Anhang II

Verzeichnis der Bundesländer und der Bundesregierung

Europäisches Übereinkommen

über die theoretische und praktische Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern

Geschehen zu Straßburg am 25. Oktober 1967 ...

- in der Erwägung, daß es das Ziel des Europarats ist, eine engere Verbindung zwischen seinen Mitgliedern herbeizuführen, um insbesondere den sozialen Fortschritt zu fördern und die Wohlfahrt ihrer Völker durch geeignete Maßnahmen zu mehren,
- in Anbetracht der im Rahmen des Europarats zu diesem Zweck bereits geschlossenen Übereinkünfte, insbesondere die am 18. Oktober 1961 unterzeichnete Europäische Sozialcharta und das am 13. Dezember 1955 unterzeichnete Europäische Niederlassungsabkommen,
- in der Überzeugung, daß der Abschluß eines regionalen Übereinkommens zur Harmonisierung der theoretischen und praktischen Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern den sozialen Fortschritt fördern und eine hohe Qualifikation dieser Personen gewährleisten kann, die es ihnen ermöglicht, sich im Hoheitsgebiet der anderen Vertragsparteien gleichberechtigt mit deren Staatsangehörigen niederzulassen,
- in der Erwägung, daß es notwendig ist, einschlägige Mindestnormen festzusetzen —

Die beiden ersten Artikel lauten:

Artikel 1

(1) Jede Vertragspartei wendet die in der Anlage I dieses Übereinkommens enthaltenen Bestimmungen über die theoretische und praktische Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern an oder empfiehlt der zuständigen Behörde die Anwendung dieser Bestimmungen, falls die Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern nicht ihrer unmittelbaren Aufsicht unterliegt.

(2) Im Sinne dieses Übereinkommens bezeichnen die Worte „Krankenschwester“ und „Krankenpfleger“ ausschließlich Krankenschwestern und Krankenpfleger, die in der allgemeinen Krankenpflege ausgebildet sind. Hierzu gehören nicht Krankenschwestern und Krankenpfleger, deren Ausbildung auf das Gebiet des öffentlichen Gesund-

heitswesens, der Säuglings- und Kinderkrankenpflege, der Wochenpflege und der Geisteskrankenpflege beschränkt ist.

Artikel 2

Jede Vertragspartei übermittelt dem Generalsekretär des Europarats eine Liste ihrer Behörden oder anderen Stellen, die für die Ausstellung von Bescheinigungen darüber zuständig sind, daß eine Krankenschwester oder ein Krankenpfleger einen theoretischen und praktischen Ausbildungsstand besitzt, der mindestens den in der Anlage I dieses Übereinkommens festgesetzten Normen entspricht.

Die dann folgenden Artikel regeln die Modalitäten, die durch die Mitgliedsländer von der Ratifikation über die Angleichung der nationalen Gesetze bis zu deren völkerrechtlicher Verbindlichkeit zu erfüllen sind, und halten eine Modifizierung und Weiterentwicklung der getroffenen Übereinkünfte offen.

Anlage I

Mindestnormen für die theoretische und praktische Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern

Kapitel I

Tätigkeitsbereich der Krankenschwestern und Krankenpfleger in der allgemeinen Krankenpflege

1. In der allgemeinen Krankenpflege ausgebildete Krankenschwestern und Krankenpfleger üben auf Grund der in ihrem Land geltenden Rechtsvorschriften im wesentlichen folgende Tätigkeiten aus:

- a) sachkundige Pflege von Kranken, deren Zustand eine solche erfordert, unter Berücksichtigung der körperlichen, seelischen und geistigen Bedürfnisse des Patienten in Krankenanstalten, zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz usw.;
- b) Beobachtung der körperlichen und seelischen Verfassung und der Umstände, die einen bedeutenden Einfluß

auf die Gesundheit ausüben, sowie Mitteilung dieser Beobachtungen an die übrigen mit der gesundheitlichen Betreuung befaßten Personen;

- c) Ausbildung und Leitung des Hilfspersonals, das zur Erfüllung der pflegerischen Aufgaben in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens erforderlich ist.

2. Zu den Aufgaben der Krankenschwestern und Krankenpfleger gehört auch die jederzeitige Beurteilung dessen, was die Pflege des Patienten erfordert, sowie die Zuweisung des jeweils notwendigen Personals.

Kapitel II

Bildungsmäßige Voraussetzungen für die Zulassung zu Krankenpflegeschulen

Bewerberinnen und Bewerber um die Zulassung zu Krankenpflegeschulen müssen in der Regel einen Bildungsstand aufweisen, der mindestens dem einer zehnjährigen Ausbildung an einer allgemeinbildenden Schule entspricht. Sie müssen daher entweder ein entsprechendes Abschluszeugnis besitzen oder eine amtliche Zulassungsprüfung mit einem entsprechenden Schwierigkeitsgrad erfolgreich abgelegt haben.

Kapitel III

Dauer der Ausbildung und Unterrichtsplan

Die Grundausbildung in der Krankenpflege hat wenigstens 4600 Stunden zu umfassen. Mindestens die Hälfte der gesamten Ausbildungszeit ist der praktischen Ausbildung (siehe unter Abschnitt B) zu widmen. Die Stundenzahl des theoretischen und praktischen Unterrichts (siehe unter Abschnitt A) darf jedoch ein Drittel der gesamten Ausbildungszeit nicht unterschreiten.

A. Theoretischer und praktischer Unterricht

Die Ausbildung hat sich auf alle Gebiete der Krankenpflege einschließlich Gesundheitsvorsorge, Gesundheitszerziehung, Rehabilitation, Arzneimittellehre, Ernährungs- und Diätlehre sowie Erste Hilfe, Wiederbelebung und Theorie der Bluttransfusion zu erstrecken.

Der theoretische und praktische Unterricht ist mit der praktischen Ausbildung zu koordinieren.

Der Unterrichtsstoff kann in zwei Gruppen eingeteilt werden:

1. Krankenpflege

- Berufskunde und Ethik der Krankenpflege
- allgemeine Grundsätze der Gesundheitslehre und der Krankenpflege
- Grundsätze der Krankenpflege in bezug auf - allgemeine Medizin und medizinische Fachgebiete - allgemeine Chirurgie und chirurgische Fachgebiete
- Kinderpflege und Kinderheilkunde
- Wochen- und Säuglingspflege
- Geisteskrankenpflege und Psychiatrie
- Altenpflege und Alterskrankheiten

2. Grundwissen

- Anatomie und Physiologie - allgemeine Krankheitslehre - Bakteriologie, Virologie und Parasitologie - Biophysik und Biochemie
- Hygiene: Gesundheitsvorsorge - Gesundheitserziehung.
- Sozialwissenschaften: Soziologie - Psychologie - Grundbegriffe der Verwaltung - Grundbegriffe der Pädagogik - Sozial- und Gesundheitsgesetzgebung - Berufsrecht.

B. Praktische Ausbildung

Die praktische Ausbildung hat sich auf alle Aufgabengebiete der Krankenschwestern und Krankenpfleger in der Krankenpflege einschließlich Gesundheitsvorsorge, Gesundheitserziehung, Erste Hilfe, Wiederbelebung und Bluttransfusion zu erstrecken.

Sie hat zu umfassen:

- allgemeine Medizin und medizinische Fachgebiete
- allgemeine Chirurgie und chirurgische Fachgebiete
- Kinderpflege und Kinderheilkunde
- Wochen- und Säuglingspflege
- Geisteskrankenpflege und Psychiatrie (möglichst in einer Spezialabteilung)
- Altenpflege und Alterskrankheiten.

Bei der praktischen Ausbildung sind folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen:

1. Die praktische Ausbildung muß auf die Berufsausbildung ausgerichtet sein. Es ist deshalb erforderlich, daß
 - qualifiziertes Personal in genügender Anzahl vorhanden ist, um

eine befriedigende Krankenpflege zu gewährleisten.

- räumlich und ausstattungsmäßig befriedigende Voraussetzungen für die Krankenpflege gegeben sind.
2. In allen Abteilungen, denen Krankenpflegeschülerinnen und Krankenpflegeschüler im Laufe ihrer praktischen Ausbildung zugeteilt werden, muß jederzeit mindestens eine ausgebildete Krankenschwester oder ein ausgebildeter Krankenpfleger als Aufsicht und genügend sonstiges Personal vorhanden sein, um zu verhindern, daß die Krankenpflegeschülerinnen und Krankenpflegeschüler mit Aufgaben betraut werden, die nicht der Ausbildung dienen.
 3. Ausgebildete Krankenschwestern und Krankenpfleger der für die praktische Ausbildung zugelassenen Ausbildungsstätten haben die verantwortlichen Lehrkräfte bei der Aufsicht und der Ausbildung der Krankenpflegeschülerinnen und Krankenpflegeschüler zu unterstützen.

Kapitel IV

Organisation der Krankenpflegeschulen

Damit der vorgesehene Lehrplan für die Ausbildung in der Krankenpflege zweckentsprechend durchgeführt werden kann, müssen hinsichtlich der Organisation und des Betriebs der Schule folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

A. Leitung der Krankenpflegeschulen

Die Leitung der Schule ist einem Arzt, einer Krankenschwester oder einem Krankenpfleger zu übertragen, die für den Unterricht und die Verwaltung qualifiziert sind.

B. Lehrpersonal

Der Unterricht ist von qualifizierten Lehrkräften wie Ärzten, Krankenschwestern und Krankenpflegern sowie Fachkräften der verschiedenen Fachrichtungen zu erteilen. Dem Personal jeder Schule hat mindestens eine ausgebildete Krankenschwester oder ein ausgebildeter Krankenpfleger anzugehören, die in einer Ausbildung von mindestens einjähriger Dauer die Befähigung zur Ausbildung in der Krankenpflege erworben haben.

C. Finanzen der Schule

Die zur Deckung der unmittelbaren Ausgaben für die Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern, zum Beispiel für die Bezüge der Lehrkräfte und für die Lehrmittelkosten, zur Verfügung stehenden Mittel müssen klar gekennzeichnet werden.

Kapitel V

Nachweise über die Ausbildung

A. Für jede Schülerin und jeden Schüler ist ein Ausbildungsbuch zu führen, dessen Echtheit von der zuständigen Behörde gewährleistet wird und das folgende Angaben enthält:

- eine Aufzählung der absolvierten Lehrveranstaltungen
- die Prüfungsergebnisse
- eine Beurteilung der während der Ausbildung erkennbar gewordenen persönlichen und beruflichen Eignung.

B. Die Abschlußprüfung hat aus einem schriftlichem, einem praktischen und einem mündlichen Teil zu bestehen; über die erfolgreich abgelegte Prüfung ist ein Zeugnis auszustellen.

Anlage II

Jede Vertragspartei kann erklären, daß sie sich vorbehält,

- (1) von den Bestimmungen der Anlage I Kapitel II insoweit abzuweichen, als vorgesehen werden kann, daß die Bewerberinnen und Bewerber einen der achtjährigen Ausbildung an einer allgemeinbildenden Schule entsprechenden Bildungsstand aufweisen müssen;
- (2) von den Bestimmungen der Anlage I Kapitel II insoweit abzuweichen, als vorgesehen werden kann, daß die Bewerberinnen und Bewerber kein Schulabschlußzeugnis besitzen müssen;
- (3) von den Bestimmungen der Anlage I Kapitel III insoweit abzuweichen, als vorgesehen werden kann, daß die Anzahl der Stunden für den theoretischen

schen und praktischen Unterricht nicht der in diesem Kapitel vorgesehenen Anzahl entsprechen muß;

14) von den Bestimmungen der Anlage I Kapitel III insoweit abzuweichen,

- ii) als Wochenpflege, Geisteskrankenpflege und Psychiatrie sowie Altenpflege und Alterskrankheiten im Lehrplan und in der praktischen Ausbildung Wahlfächer sein können;
- iii) als die praktische Ausbildung sich nicht auf Geisteskrankenpflege und Psychiatrie erstrecken muß.

Empfehlungen

I. Mindestalter für die Zulassung zu Krankenpflegesschulen

Das Mindestalter für die Zulassung zur Krankenpflegeschule soll nicht starr festgelegt werden. In Ländern, in denen der Lehrplan allgemeinbildende Fächer enthält, kann das Eintrittsalter beträchtlich niedriger sein als in Ländern, in denen diese Kenntnisse für die Zulassung vorausgesetzt werden. Außerdem hängt die Reife von den sozialen und klimatischen Verhältnissen ab.

Grundsätzlich sollen die Schülerinnen und Schüler nicht vor Erreichung eines Alters, das je nach Land zwischen 17 und 19 Jahren liegt, mit Kranken und mit dem Krankenhausbetrieb in Berührung kommen.

II. Bildungsmäßige Voraussetzungen für die Zulassung zu Krankenpflegesschulen

(vgl. Anlage I Kapitel II des Übereinkommens)

Der zehnjährige Besuch einer allgemeinbildenden Schule ist nicht erforderlich, wenn der gleiche Ausbildungsstand durch einen Schulbesuch von kürzerer Dauer erreicht werden kann.

III. Dauer der Ausbildung und Unterrichtsplan

(vgl. Anlage I Kapitel III Absatz 1 des Übereinkommens)

Beträgt die Zahl der Ausbildungsstunden insgesamt mehr als 4600, so

braucht das angegebene Verhältnis nur in bezug auf die festgesetzte Mindeststundenzahl eingehalten zu werden.

IV. Praktische Ausbildung

(vgl. Anlage I Kapitel III Abschnitt B des Übereinkommens)

a) Die Sachgebiete für die praktische Ausbildung sollen vom Leiter der Schule vorgeschlagen und in jedem Land von der zuständigen Behörde genehmigt werden.

b) Die praktische Ausbildung soll vom Leiter der Schule bestimmt und von den Lehrkräften der Schule überwacht werden.

c) Die Bestimmung unter Nummer 2, nach der „genügend sonstiges Personal“ vorhanden sein muß, „um zu verhindern, daß die Krankenpflegeschülerinnen und Krankenpflegeschüler mit Aufgaben betraut werden, die nicht der Ausbildung dienen“, soll gewährleisten, daß die Krankenpflegeschülerinnen und Krankenpflegeschüler nicht für Arbeiten herangezogen werden, die nicht zur Ausbildung gehören und von sonstigem Personal ausgeführt werden sollen.

d) So weit wie möglich sollen die unter Nummer 3 bezeichneten Krankenschwestern und Krankenpfleger für den Unterricht in Krankenpflege und Verwaltung ausgebildet sein.

e) Ferner sollen folgende Umstände berücksichtigt werden:

- Patientenzahl in der Abteilung oder Station,
- Vielfalt klinischer Krankheitsbilder,
- Leistungsfähigkeit der Verwaltung der Abteilung oder Station,
- Durchführung regelmäßiger innerbetrieblicher Fortbildungsveranstaltungen für das Krankenpflegepersonal der Abteilung oder Station,
- Höchstzahl der in der Abteilung oder Station auszubildenden Krankenpflegeschülerinnen und Krankenpflegeschüler,
- angewandte Unterrichtsmethoden.

V. Organisation der Krankenpflegeschulen

(vgl. Anlage I Kapitel IV des Übereinkommens)

a) Leitung der Krankenpflegeschule

Die Leitung der Schule soll in der Regel von einem Gremium unterstützt und beraten werden, das sich aus pädagogisch geschulten Krankenschwestern und Krankenpflegern sowie Vertretern anderer Fachrichtungen wie Medizin, allgemeinbildende Fächer, Verwaltung und Sozialwissenschaften zusammensetzt.

b) Lehrpersonal

Die Koordinierung des theoretischen und praktischen Unterrichts mit der praktischen Ausbildung soll Lehrkräften übertragen werden. Lehrkräfte sollen Krankenschwestern und Krankenpfleger sein, die befähigt sind, theoretischen und praktischen Unterricht zu erteilen sowie die praktische Ausbildung zu überwachen. Sie sollen an der Unterweisung und beruflichen Ausbildung der Schülerinnen und Schüler beteiligt sein. Die Zahl der Lehrkräfte soll zur Schülerzahl in einem Verhältnis stehen, das eine angemessene Ausbildung und Überwachung gewährleistet. Es sollte eine Lehrkraft für fünfzehn Schülerinnen oder Schüler vorgesehen werden.

c) Ausstattung der Schule

Die Schulräume sollen der Schülerzahl entsprechend geräumig sein und folgende Räumlichkeit umfassen: Unterrichts- und Vorführräume, kleinere Räume für Gruppenarbeit, Bibliothek und Laboratorium. Für die Schulleitung und das hauptamtliche Lehrpersonal sollen eigene Dienstzimmer zur Verfügung stehen.

d) Lehrmittel

Die Lehrmittel sollen eine möglichst weitgehende Anwendung moderner Lehrmethoden gestatten. Besonderer Wert soll auf die Verwendung audiovisueller Hilfsmittel gelegt werden.

VI. Von Krankenschwestern und Krankenpflegern beizubringende Unterlagen

A. Ein Zeugnis (Diplom oder dergleichen), das von der Regierung des Landes, in dem es ausgestellt worden ist, oder von einer von ihr ermächtigten Behörde dieses Landes beglaubigt ist.

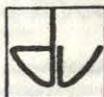
B. Ein Auszug aus dem Ausbildungsbuch, der folgende Angaben enthalten soll:

- Personenstand,
- absolvierte Lehrveranstaltungen,
- erzielte Ergebnisse.

C. Ein Nachweis über Sprachkenntnisse.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge

6 FRANKFURT M-55
AM STOCKBORN 1-3



HANS-MUTHESIUS-HAUS
FERNRUUF (06 11) 5 80 31

E m p f e h l u n g

für eine - bundeseinheitliche - Ausbildungsordnung für
Altenpfleger

Vorbemerkung

Das Bemühen der Bundesländer, die Ausbildungsordnungen für Altenpfleger der ständig fortschreitenden fachlichen Entwicklung anzupassen, hat zu einer Gefährdung der Einheitlichkeit des Berufsbildes geführt. Auch das anfangs bestehende Einverständnis aller Länder, daß es sich um einen sozialpflegerischen Beruf handele, ist nicht mehr gegeben. Dadurch ist auch die gegenseitige Anerkennung der Ausbildungsabschlüsse und die berufliche Freizügigkeit der Altenpfleger in Frage gestellt. Dies muß sich auf die Dauer negativ auf die Anziehungskraft dieses jungen und in seiner Bedeutung ständig zunehmenden Berufes auswirken.

Der Deutsche Verein ist wiederholt auf diese bedenkliche Entwicklung hingewiesen und aus Fachkreisen gebeten worden, die damit zusammenhängenden Fragen zu beraten. Als Ergebnis dieser Beratung ist festzustellen, daß von allen fachlich Beteiligten an der bisherigen Konzeption festgehalten wird, wonach der Beruf des Altenpflegers dem sozialpflegerischen Bereich zuzuordnen ist. Entscheidend hierfür ist die Tatsache, daß vielen zum Aufgabenfeld des Altenpflegers gehörigen Bedürfnissen und Schwierigkeiten des Alters nur durch die Verknüpfung gesundheitspflegerischer und sozialer Hilfen wirksam gerecht zu werden ist. Einverständnis besteht darüber, daß die Altenpfleger-Ausbildung in schulischer Form zu gestalten ist und daß die Ausbildungsstätten auch weiterhin in pluraler Trägerschaft stehen sollen.

Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse wird hiermit der Entwurf einer Ausbildungsordnung vorgelegt, die den Erfordernissen einer modernen Berufsstruktur Rechnung trägt und den Rahmen für eine einheitliche Regelung der Länder bilden kann. Im Interesse der Bundeseinheitlichkeit sollten in den Ausbildungsordnungen der Länder insbesondere folgende Punkte übereinstimmend geregelt werden:

1. Zugangsvoraussetzungen;
2. Zweijährige Dauer der Ausbildung mit einem integrierten Fachpraktikum von sechsmonatiger Dauer;
3. Stoffplan für den theoretischen Teil der Ausbildung einschließlich der praktischen Unterweisung;
4. Abschlußprüfung und staatliche Anerkennung.

Ausbildungsordnung für Altenpfleger

Ausbildungsziel

Ziel der Ausbildung des Altenpflegers ist es, ihm fachliche Kenntnisse und Fertigkeiten zu vermitteln, die ihn zur selbständigen und verantwortlichen Tätigkeit sowohl in Einrichtungen der Altenhilfe als auch in der offenen Altenhilfe befähigen, insbesondere zur

- a) Betreuung alter Menschen in ihren persönlichen und sozialen Angelegenheiten und ggf. Begleitung bis zu ihrem Lebensende,
- b) Hilfe zur Erhaltung und Aktivierung der eigenständigen Lebensführung,
- c) Anregung und Anleitung zu Hilfen durch Familie und Nachbarschaft,
- d) Pflege und Mitwirkung bei der Behandlung und der Rehabilitation kranker oder behinderter alter Menschen,
- e) Gesundheitspflege und Ausführung ärztlicher Verordnungen, ggf. im Zusammenwirken mit anderen Berufsgruppen,
- f) Mitwirkung bei der Freizeitgestaltung sowie bei Gemeinschaftsveranstaltungen.

Ausbildungsstätten

- Die in den Bundesländern unterschiedliche Ressortierung bei den Kultus- bzw. Arbeits- und Sozialministerien läßt bedauerlicherweise einen einheitlichen Formulierungsvorschlag hier nicht zu. Im folgenden werden daher nur Hinweise für die inhaltliche Regelung über Ausbildungsstätten gegeben. -

- a) Ausbildungsstätten sind von einer Fachkraft mit einschlägiger Berufsausbildung und mehrjähriger pädagogischer Erfahrung hauptberuflich zu leiten,
- b) die Ausbildungspläne sind nach einem staatlich vorgeschriebenen Rahmenlehrplan zu erstellen,
- c) für den theoretischen und praktischen Unterricht müssen geeignete Lehrpersonen in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen,
- d) es müssen die notwendigen Räume und Einrichtungen sowie ausreichende Lehr- und Lernmittel vorhanden sein,
- e) es müssen ausreichende Möglichkeiten zur Ableistung der erforderlichen Praktika in für die Ausbildungsziele geeigneten Einrichtungen der Altenhilfe sowie in Krankenhäusern bestehen.

Ausbildungsstätten, die die Voraussetzungen zu a) bis e) erfüllen, sind staatlich anzuerkennen. Die staatliche Anerkennung ist zurückzunehmen, wenn eine der genannten Voraussetzungen nicht mehr vorliegt oder wenn die Ausbildungsstätte aus anderen Gründen nicht mehr die Gewähr für eine ordnungsgemäße Durchführung der Ausbildung bietet.

Zulassung zur Ausbildung

- (1) Zur Ausbildung als Altenpfleger kann zugelassen werden, wer
 - a) einen Hauptschulabschluß oder eine gleichwertige Schulbildung besitzt und
 - b) über eine abgeschlossene, mindestens zweijährige Berufsausbildung verfügt oder eine praktische Tätigkeit von mindestens dreijähriger Dauer nachweist - bei Abiturienten kann die praktische Tätigkeit um ein Jahr verkürzt werden - und
 - c) körperlich, geistig und persönlich für den Beruf des Altenpflegers geeignet ist.

- (2) Über die Zulassung entscheidet die Leitung der Ausbildungsstätte, an die auch das Zulassungsgesuch zu richten ist.

Dauer, Gliederung und Abschluß der Ausbildung

- (1) Die Ausbildung erstreckt sich über einen Zeitraum von 24 Monaten. Sie gliedert sich in fachtheoretische und fachpraktische Ausbildung. Die fachpraktische Ausbildung umfaßt Praktika während der fachtheoretischen Ausbildung und ein Fachpraktikum, das in der Regel im 2. Ausbildungsjahr abzuleisten ist.
- (2) Frühestens am Ende des ersten Ausbildungsjahres ist eine Zwischenprüfung abzulegen. Die Ausbildung endet mit der Abschlußprüfung als Altenpfleger und der staatlichen Anerkennung.

Lehrinhalte

In der fachtheoretischen Ausbildung sollten folgende Inhalte behandelt werden:

- a) Allgemeiner und berufskundlicher Bereich: ca. 400 Stunden
Methodik und Technik des Lernens,
Berufskunde, Berufsethik,
Staatsbürgerkunde, Verwaltungskunde,
Rechtskunde, Recht der sozialen Sicherung,
Inhalt und Methoden der Altenhilfe.
- b) Spezifisch gerontologischer Bereich: ca. 200 Stunden
Grundbegriffe der Gerontologie,
Ausgewählte Bereiche der Psychologie,
Sozialpsychologie, Soziologie.
- c) Medizinisch-pflegerischer Bereich: ca. 600 Stunden
Gesundheitslehre,
Krankheitslehre,
Alterspsychiatrie,
Arzneimittellehre,
Ernährungslehre,
Pflege alter Menschen einschließlich
Altenkrankenpflege.
- d) Rehabilitativer Bereich: ca. 200 Stunden
Physiotherapie,
Bewegungstherapie,
Altengymnastik,
Beschäftigungstherapie,
Freizeitgestaltung.

Praktika während der fachtheoretischen Ausbildung

- (1) Die Praktika während der fachtheoretischen Ausbildung umfassen 1000 Stunden (25 Wochen). Sie werden grundsätzlich gleichgewichtig in stationären und offenen - möglichst auch in teilstationären - Bereichen der Altenhilfe abgeleistet. Mindestens 320 Stunden (8 Wochen) davon sollte der Schüler in einem Krankenhaus tätig sein. Er soll in dieser vielseitigen praktischen Ausbildung angeleitet werden, die in der fachtheoretischen Ausbildung erworbenen Kenntnisse in der Arbeit mit und an alten Menschen anzuwenden. Der Schüler soll zu allen Tätigkeiten herangezogen werden, die in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Beruf des Altenpflegers stehen und das Erreichen des Ausbildungsziels fördern.
- (2) Einsatz und Art der Tätigkeit werden von der Ausbildungsstätte verantwortet.

Fachpraktikum

- (1) Nach Ablauf des ersten Ausbildungsjahres und bestandener Zwischenprüfung leistet der Schüler ein halbjähriges Fachpraktikum ab. Das Fachpraktikum wird von der Ausbildungsstätte gelenkt und verantwortet.
- (2) Sinn und Zweck des Fachpraktikums ist die fachliche und persönliche Bewährung des Schülers in der Praxis der künftigen Berufsarbeit. Ihm ist Gelegenheit zu geben, die erworbenen theoretischen Kenntnisse und praktischen Fertigkeiten anzuwenden und einzuüben. Er soll selbständig arbeiten, steht jedoch während des Fachpraktikums unter Anleitung eines staatlich anerkannten Altenpflegers oder einer Fachkraft mit gleichwertiger sozialer oder pflegerischer Ausbildung.
- (3) Die Einübung in den Beruf des Altenpflegers erfordert die kontinuierliche Anleitung während eines längeren zusammenhängenden Zeitraums. Die Praktikumsstelle sollte daher nur aus Gründen gewechselt werden, die im Interesse der Ausbildung liegen.

Berufsbegleitende Ausbildung

Für in der Altenhilfe tätige Bewerber, denen die Teilnahme an der Vollzeitausbildung aus persönlichen oder familiären Gründen nicht möglich oder in unzumutbarer Weise erschwert ist, kann die Durchführung einer berufsbegleitenden Ausbildung zugelassen werden. Diese Ausbildung muß den gleichen Lehrstoff wie die Vollzeitausbildung umfassen. Nähere Einzelheiten einer solchen Sonderregelung sind von der zuständigen Behörde im Einzelfall festzulegen.

Sonderregelung der Ausbildung

- (1) Für Bewerber mit einer abgeschlossenen, mindestens zweijährigen Ausbildung in verwandten pflegerischen und sozialen Berufen kann die Ausbildungszeit auf Antrag auf insgesamt 16 Monate (12 Monate Besuch der Ausbildungsstätte und 4 Monate Fachpraktikum) verkürzt werden. Hierfür sind besondere Ausbildungsgänge anzubieten.
- (2) Über den Antrag entscheidet die zuständige Behörde.

Weitere Veröffentlichungen des DZA (Auswahl)

- 13 Garms-Homolová,V.:Synopse. Richtlinien, Regelungen und Ausbildungsordnungen zur Altenpflegeausbildung in den einzelnen Ländern der Bundesrepublik, Stand: Mai 1977, 2. aktualisierte Auflage, Berlin 1977, 95 S., DM 13,50
- 14 Garms-Homolová,V.:Situation und Tendenzen in der Altenpflegeausbildung, Berlin 1977, 106 S., DM 6,50
- 16 Engelke,D.R.,Helmert,U., Hinschützer,U.:Verzeichnis klinischer geriatrischer und gerontopsychiatrischer Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin 1978, 315 S., DM 7,--
- 18 Rolshoven,H.:Pflegebedürftigkeit und Krankheit im Recht. Eine Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Kostenträgerschaft, Berlin 1978, 521 S., DM 9,--
- 20 Rolshoven,H.:Versicherung und Haftung bei ehrenamtlicher Altenarbeit. Juristisches Gutachten, Berlin 1979, 98 S., DM 2,50
- 21 Clemens,W.:Analyse klinischer geriatrischer und gerontopsychiatrischer Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin 1979, 167 S., DM 3,20
- 22 Dieck,M., Gößling,S.(Hrsg.):Sektion Altenarbeit/Altenhilfe der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie: Sektionsveranstaltung Hamburg 1978. Arbeitstagung Darmstadt 1979.(Arbeits- und Beschäftigungssituation des Pflegepersonals in Einrichtungen der Altenhilfe), Berlin 1979, 166 S., DM 3,30
- 25 Dieck,M.:Vorläufiges Verzeichnis von Rehabilitationseinrichtungen für ältere Menschen im Bereich der Altenhilfe. Stand 1979, Berlin 1980, 42 S. (nur Versandspesen)
- 27 Bernstein,R.,Dieck,M.(Hrsg.):Sektion Altenarbeit/Altenhilfe der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie: Arbeitstagung Walberberg 1980 - Sozialplanung in der Altenhilfe, Berlin 1980, 107 S., DM 3,--
- 28/1,2 Dieck,M.,Hanisch,W.,Kellner,M.:Betriebsvergleich von Einzelwirtschaften der stationären Altenhilfe - Erhebung 1979 - Gesamtanalyse der Daten, 2 Bände, Berlin 1980, 802 S., DM 12,--
- 28/3 Dieck,M.,Gerlach,J.,Hanisch,W. et al.: Betriebsvergleich von Einzelwirtschaften der stationären Altenhilfe - Erhebung 1979 - Tabellenband mit den Kennziffern von 121 Heimen für ältere Menschen,Berlin 1979, 257 S., DM 10,--
- 29 Pallenberg,C.:Angebote der Fort-und Weiterbildung auf dem Gebiet der Altenarbeit/-hilfe 1979 - 1980, Berlin 1980, 158 S., DM 3,50

Versandspesen werden zusätzlich berechnet

Diese Analyse zur Situation in der Pflege älterer Menschen befaßt sich mit den Berufsgruppen, die diese Pflege leisten – darunter insbesondere den Altenpflegern. Sie geht ein auf die Institutionen, in denen gepflegt wird, und schildert die gestellten Arbeitsanforderungen. Sie beschreibt in diesem Zusammenhang die Arbeitssituation aus der Sicht des Pflegepersonals und ist bemüht, die Verbindung zur Ausbildung von Krankenpflegern und Altenpflegern zu ermitteln.

Von Interesse für jene, die sich mit der Berufspolitik für Altenpfleger befassen, dürften auch die Ausführungen zu Ausbildungsregelungen im Ausland sein.

Das zusammengetragene Material basiert u.a. auf der Auswertung historischer Schriften, auf Umfragen und auf Erfahrungen aus der eigenen Teilnahme der Autorin an der Pflege alter Menschen. Eine wesentliche Informationsquelle waren auch Diskussionen mit Pflegepersonal.