

UMSCHAU

Vernetzung in der Altenarbeit

1989 zählte die Statistik 926 000 Privathaushaltungen, in denen pflegebedürftige Personen lebten, von denen 75 Prozent auf fremde Hilfe angewiesen sind. Zehn Prozent davon waren pflegebedürftig im Sinn von Bettlägrigkeit. Die fast tägliche Erörterung strittiger Fragen bei der Behandlung der bevorstehenden Pflegeversicherung für alte Menschen zeigt deutlich, daß die Personal- und Finanzierungsfragen in ein neues Stadium getreten sind. An einem einfachen Beispiel ist dies abzulesen: In einem städtischen Mietshaus werden drei alte Personen in verschiedenen Wohnungen von drei Wohlfahrtsverbänden besucht, die mobile Dienste anbieten zur Versorgung alter Menschen. Ein solch opulentes Hilfsangebot angesichts der Unterversorgung vieler hilfloser älterer Menschen verlangt die rationale Zusammenarbeit der Einrichtungen und Personen auf gemeindlicher und regionaler Basis, aber auch mehr Einsicht in notwendige Zusammenarbeit von Personen, die solche Dienste für pflegebedürftige Menschen durchführen.

„Vernetzung“ ist ein neues deutsches Modewort im Jargon der Sozialplaner. Den Begriff Koordination vom Begriff Kooperation säuberlich zu trennen, ist in der Praxis nicht immer leicht. Einigkeit entsteht, wenn das eine strukturbedingte gesehen, das andere auf handelnde Personen gerichtet wird. In unserem Fall sind dies Ärzte, Pflegepersonen, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, Ergotherapeuten, Krankengymnasten und eine Reihe anderer Berufe. Die Motivation der Handelnden ist entscheidend für die Kooperationsfähigkeit. Professor Bruder (Hamburg), einer der Vorkämpfer in der Gerontopsychiatrie der Bundesrepublik, hat denn auch jüngst am Beispiel des geriatrischen Krankenhauses und der Pflegeheime nachdrücklich darauf hingewiesen, wie aktuell Vernetzung in den Institutionen der therapeutischen und sozialtherapeutischen Arbeit mit alten Menschen ist.

Noch sind die Bedingungen für die Vernet-

zung in geriatrischen Krankenhäusern, Altenheimen, Pflegestationen, Tageskliniken und Servicezentren für alte Menschen nicht völlig ideal. Ihre Abhängigkeit von der Umwelt, ihre im Krankenhaus eingeschränkte Fähigkeit zur Aktion, ihre übergroße Empfindsamkeit verlangen vielfach nach einer einzigen Beziehung im Pflegebereich. Eine solche Forderung ist in einem so komplexen System, zwischen verschiedensten Disziplinen (Medizin, Pflege, psychosoziale Behandlung) ein Problem. Der ständige Wechsel von Ärzten, noch mehr von Pflegepersonen, der gleichzeitige Einsatz von beruflichen und ehrenamtlichen Mitarbeitern widerspricht dieser Forderung des Patienten nach einer Bezugsperson, insbesondere beim dementen Patienten. Sein Anspruchsverhalten wird von Familie und Gesellschaft fraglos unterstützt, kann aber nicht entsprechend befriedigt werden.

Im Alltag der Pflegeeinrichtungen für alte Menschen spielen heute arbeitsrechtliche Fragen der Beschäftigten (Schichtdienste, Teilzeitarbeitsverhältnisse) ebenso wie Professionalität eine große Rolle. Das Zusammenspiel kompetenter Personen mit sehr spezifischen Hilfsangeboten rund um den alten Menschen, vor allem im Bereich der Psychiatrie, stellt an einen einzelnen Betrieb große Anforderungen. Es verlangt nicht nur äußerste Flexibilität bei ständigem Wechsel der Mitarbeiter und der Betroffenen, es erfordert auch eine innere Motivation, die nicht nur auf professionellem Wissen basieren kann, sondern auch an der Beobachtung der Stimmung eines Patienten hängt. Das kann im gegebenen Moment wichtiger sein als die objektive Kenntnis bestimmter Krankheitsbilder. Ebenso läßt sich die Mitteilung gemachter Beobachtungen an Kollegen, die mit dem gleichen Patienten befaßt sind, nicht ersetzen durch allgemeine Rezepte. „Eigenes Denken, Einbeziehen und Überzeugen anderer ist zwar anstrengend, aber die Voraussetzung für ein gemeinsames Handeln zum Wohl

des Patienten.“ Wenn Rivalität und Konkurrenzdenken die Oberhand bekommen, leidet der Patient, denn er hat an erster Stelle die Folgen einer möglichen Obstruktion zu ertragen.

Was Bruder im geschlossenen Bereich der Alterspsychiatrie deutlich macht, gilt im Prinzip auch für andere Vernetzungen. Im Rahmen einer Gemeinde, in regionalen Arbeitsgemeinschaften, bei den Sozialinstitutionen eines Landes kann keine regieführende Instanz daran vorbeisehen, daß Koordination der Dienste und Kooperation der Handelnden nicht nur die Rationalität in der Fürsorge, sondern auch die Menschenwürde sichern können.

Teamarbeit von Personen erfordert immer ein klares Bewußtsein der Bedeutung des eigenen Berufs, seiner Möglichkeiten und Grenzen. Nötig ist die klare Definition eigener Aufgaben und eine schrittweise Zielvorgabe im Prozeß der Hilfe. An jeder Stelle muß aber auch die Kompetenz der anderen im Vernetzungsbereich bekannt sein. Darum muß sich anschließen die notwendige Information an solche Mitarbeiter. Bei der Teamarbeit darf niemand dispensiert werden von der regelmäßigen Evaluation im bestimmten Abschnitt der Hilfeleistung.

So bringen Vernetzungen auf allen Gebieten der sozialmedizinischen Intervention Konsequenzen mit sich, die bedacht werden müssen. Je weiter das Netz der offenen und stationären Hilfen, desto mehr artikulieren sich auch die im-

manenten Widersprüche im System. Dem wachsenden Autonomiebewußtsein des heutigen Menschen stehen ebenso intensive Zwänge entgegen. Exemplarisch ist etwa der häufig beobachtete Widerstreit zwischen stationären und offenen Hilfen; der Datenschutz, der Risikofällen im Weg steht; der „Allzuständigkeitswahn“ nicht nur von behördlichen Trägern; das Prestigebewußtsein mancher Berufsgruppen (z. B. Ärzte); die verständliche Neigung Verantwortlicher, ein gut ausgebautes Netz allein schon für ein funktionsfähiges Hilfsangebot zu halten und zu propagieren.

An der Universität Dortmund ging am 28. September 1991 eine Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie (DGG), der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) und der Forschungsgesellschaft für Gerontologie (in Dortmund) zu Ende. Wie üblich handelte es sich um Präsentationen von Berichten und Problemstellungen der einzelnen Sektionen: Klinische Geriatrie und Altenhilfe-Altenarbeit (DGG) und medizinische und soziale Betreuung (DGGG). Die Mitgliederversammlung sollte den längst fälligen Zusammenschluß beider auch in ihren Organen ähnlich zusammengesetzten Gesellschaften beschließen. Es kam nicht dazu. Die Prestigevorgabe eines einzigen Berufsstands hat offenbar die Neugründung einer gemeinsamen Gesellschaft verhindert.

Martha Krause-Lang

Luise Hensel (1798–1876) – Einmaligkeit und Spiegel ihrer Zeit

Zu einer neuen Biographie

Historische Schemata, zumal wenn sie solche Mentalitäten und Frömmigkeitsrichtungen beschreiben, denen gegenüber wir in einem Ablösungsprozeß stehen, mögen noch so differenziert sein – vor dem persönlich Einmaligen sind sie immer inadäquat und letztlich klischeehaft. Und dennoch ist die historische Einbettung in das Zeittypische, mitsamt dem uns kaum mehr Nachvollziehbaren, nicht etwas Äußerliches, Trennbares. Es ist vielmehr die Leiblichkeit der persönlichen Einmaligkeit.

Dies gilt sicher für die Lebensgeschichte der Konvertitin und Dichterin Luise Hensel, vorgestellt von dem Freiburger Historiker Oskar Köhler¹. Am meisten bekannt durch das Abendlied „Müde bin ich, geh' zur Ruh“, wurde Luise Hensel immer wieder von den verschiedensten Seiten „vereinnahmt“. Katholische Autoren wie Franz Binder ließen beflissentlich alles weg, was angetan war, Zweifel zu wecken, daß sie nach ihrer Konversion ihren „religiösen Frieden“ gefunden habe – und wurden damit der Abgrün-