



Berlin

Sozialstationen

Von Dr. Enno A. Winkler

Teil 1: Die Situation

Die unzureichende ambulante Versorgung kranker, behinderter und altersschwacher Menschen und ihrer Haushalte wurde von den Liberalen schon früh als dringlich zu lösendes soziales Problem erkannt. 1976 in Frankfurt am Main forderte die F.D.P. in ihrem gesundheitspolitischen Programm flächendeckende Einrichtungen zur ambulanten Sozial- und Gesundheitspflege. Kurz: Sozialstationen (vgl. "das Rathaus" Heft 1/81, S. 8 ff.). Doch ausgerechnet in Berlin, der Stadt mit den gravierendsten Problemen, gibt es bisher keine öffentlich geförderten derartigen Einrichtungen.

Bei vorübergehender oder chronischer körperlicher oder seelischer Erkrankung, bei Behinderung oder bei Altersschwäche wird Hilfe benötigt, die von der Behandlungspflege (Injektionen, Verbandswechsel, Katheterisierung) über die Grundpflege (Betten, Unterstützung bei der Körperpflege und im hygienischen Bereich, über Hausfrauentätigkeit (Zubereitung der Mahlzeiten, Kinderbetreuung, Wohnungsreinigung, über körperliche und geistige Reaktivierung bis hin zur Beratung in sozialrechtlichen, gesundheitlichen, psychischen, familiären und sexuellen Fragen reicht. Ziel dieser Hilfe muß es sein, den kranken, behinderten, oder altersschwachen Menschen ihre volle oder teilweise Selbstständigkeit in der gewohnten häuslichen Umgebung zu erhalten oder wiederzugeben und die Einweisung oder den Verbleib in einer stationären Einrichtung wie Krankenhaus oder Altenheim zu vermeiden.

Wachsender Bedarf

Bisher wurden gesundheits- und sozialpflegerische Hilfen aufgrund gesellschaftlicher Normen und aufgrund der erwarteten Reproduktion – der wechselseitigen Unterstützung durch Familie, Verwandtschaft oder Nachbarschaft – erbracht. Darüberhinaus gab es den "Dienst am Nächsten" innerhalb der Glaubensgemeinschaften. Die Auflösung der Großfamilie, die sozial-räumliche Distanzierung zwischen den Generationen, die berufliche und familiäre Doppelbelastung einer wachsenden Zahl von Frauen sowie die zunehmende Mobilität der Bevölkerung und das Verlorengehen früherer räumlich-sozialer Nachbarschaftsverbindungen führten jedoch dazu, daß diese nichtprofessionellen Hilfsangebote ständig zurückgingen. Gleichzeitig kam es durch demographische Veränderungen und durch erhöhte Anspruchshaltung zu einem wachsenden Bedarf an professioneller Fremdhilfe. So beträgt z.B. der Anteil der über 65 jährigen Personen in Berlin mit rund 450.000 Bürgern annähernd ein Viertel der Gesamtbevölkerung, und die Zahl der Einpersonenhaushalte, in denen keine Familienmitglieder zur

Betreuung eines auch nur an Grippe Erkrankten zur Verfügung stehen, hat sich drastisch erhöht.

An die Stelle der nichtprofessionellen familiären- und Nachbarschaftshilfe mußte daher zwangsläufig die Betreuung durch professionelle, nicht kostenneutrale Dienste wie Wohlfahrtsverbände, Pflegegenossenschaften, Diakoniestationen sowie rein kommerzielle Organisationen treten. Dies hatte für die betroffenen Kranken, Behinderten und Altersschwachen einen Verlust an persönlicher Zuwendung, darüber hinaus aber auch an der materiellen und zeitlichen Qualität der Hilfe zur Folge, so daß eine Rehabilitation und Reaktivierung zur Selbstversorgung immer seltener wurde und durch die Chronifizierung der Hilfsbedürftigkeit die Nachfrage nach Fremdhilfe zusätzlich anstieg.

Seit einigen Jahren wird nun diese Situation noch dadurch verschärft, daß die Wohlfahrtsverbände der Nachfrage an ambulanter Sozial- und Gesundheitspflege aus organisatorischen, personellen und finanziellen Gründen immer weniger nachkommen können. So dauert das Antragsverfahren für häusliche Krankenpflege in Berlin zwischen mehreren Tagen bis zu einer Woche; es werden nur Fälle übernommen, die einmal am Tag mindestens zwei Stunden Pflege brauchen; es gibt zu wenig und zu schlecht bzw. völlig unausgebildetes Personal (Hausfrauen!); Vertretungen im Krankheits- oder Urlaubsfall sind nicht oder ungenügend die Regel; an Wochenenden findet überhaupt keine Haus- oder Hauskrankenpflege statt; ein rascher leihweiser Zugang zu Ersatzhilfsmitteln wie Rollstühlen, Krücken und anderen Geräten ist selten gewährleistet (zum Teil bleiben Patienten wochenlang in Krankenhäusern, weil der verschriebene Rollstuhl noch nicht geliefert wurde!); die Zersplitterung auf fünf verschiedene Wohlfahrtsverbände und weitere Institutionen erschwert die Zusammenarbeit zwischen den zuständigen medizinischen und sozialen Einrichtungen, ein persönlicher und räumlich sozialer Bezug und damit

mehr Humanität sowohl für den Betreuten als auch für den Betreuer sind nicht mehr gegeben.

Grenze erreicht

In dem Maße, wie Familie und Nachbarschaft, Kirchengemeinde, niedergelassene Ärzte und schließlich die Wohlfahrtsverbände den Pflegebedarf kranker, behinderter oder altersschwacher Menschen nicht mehr ausreichend abdecken können, werden diese in stationären Einrichtungen wie Akutkrankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen untergebracht, obwohl sie von Art und Schwere ihrer Erkrankung oder Behinderung durchaus in ihrer häuslichen Umgebung bleiben könnten; bleiben könnten unter der Voraussetzung, daß sie täglich eine bestimmte Spritze erhalten oder daß ihnen bestimmte Haushaltsverrichtungen abgenommen werden.

Aus den gleichen Gründen liegen Patienten, die keiner Akutpflege mehr bedürfen, nach überstandener Erkrankung noch tage- oder gar wochenlang in Krankenhäusern. Man nimmt an, daß ein Viertel bis ein Drittel aller Akutkrankenhauspatienten nur halbstationär oder ambulant versorgt zu werden bräuchte, wenn eine ambulante Versorgung gewährleistet wäre. Als kürzlich im südbadischen Achern das Krankenhaus brannte, wurden von 200 Patienten immerhin 132 nach Hause entlassen, und das ging auch.

Es ist unübersehbar, daß das bisherige System organisatorisch und finanziell an seinen Grenzen angekommen ist. Darüber hinaus sind aber auch die psychosozialen Grenzen erreicht. Zwar können in beschränktem Maße handwerklich-pflegerische Dienste, Geldzahlungen und Sachleistungen vermittelt werden, adäquater Ersatz für soziale Kontakte und effektive Bindungen, wie sie gerade von denjenigen benötigt werden, die sich in einer gesundheitlichen oder sozialen Ausnahme-situation befinden, sowie Rehabilitation und Reaktivierung finden jedoch kaum statt.

Teil 2: Konzepte und Modelle

Die Vefahrenheit der Situation führte auch in der F.D.P. zu Überlegungen, einerseits aus der reinen Professionalisierung und Kommerzialisierung der Alten-, Kranken-, Haus- und Familienpflege wieder herauszukommen und mehr Humanität sowohl für die Betreuten als auch für die Betreuer zu erreichen, andererseits die bisherige Kostenexplosion aufzuhalten und ein volkswirtschaftlich vertretbares Organisations- und Finanzierungskonzept zu entwickeln. Es entstand die Idee einer Neuorganisation der ambulanten Gesundheits- und Sozialpflege in sogenannten Sozialstationen. Organisatorisch werden hier alle bisher zersplitterten sozial- und gesundheitspflegerischen Dienste in einem räumlich überschaubaren Gebiet zusammengefaßt. Die Kiezbezogenheit erlaubt die Entwicklung stärkerer sozialer Bindungen und größerer Menschlichkeit und erleichtert die Rekrutierung sozialmotivierter unentgeltlicher Mitarbeiter. Gerade vereinsamte und einer sinngebenden Betätigung beraubte Menschen in einer Großstadt lassen sich leicht zur Beteiligung an sozialen Gemeinschaftsaufgaben aktivieren.

F.D.P.-Leitlinien

In Berlin beschloß die F.D.P. 1978 Leitlinien zur Errichtung von Sozialstationen. Dabei ging sie davon aus, in Modellversuchen in drei Berliner

Bezirken zunächst unterschiedliche Organisationsformen, Leistungsangebote und Finanzierungsmöglichkeiten zu erproben. Dazu gehört auch die Klärung personalbezogener Fragen wie Ausbildungs- und Zugangsvoraussetzungen, Arbeits- und Werkverträge, Aufgabenverteilung und die Haftung ehrenamtlicher Mitarbeiter. Ziel der Erprobungsphase sollen allgemeine Richtlinien über Errichtung, materielle und personelle Ausstattung, Aufgabengestaltung sowie Finanzierung der Sozialstationen sein.

Im einzelnen schlug die Berliner F.D.P. vor, daß Träger einer Sozialstation sowohl die Verbände der freien Wohlfahrtspflege, Vereine, aber auch die Bezirke sein können.

Zur Aufgabenstellung einer Sozialstation gehören die häusliche Krankenpflege, die ambulante Pflege behindeter oder altersschwacher und gebrechlicher Menschen in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung sowie die Haus- und Familienpflege zur vorübergehenden Betreuung von Familien und Einzelpersonen, wenn durch Krankheit die eigene Versorgung oder die Versorgung der Familie nicht gewährleistet ist.

Die Sozialstation soll über eine Krankenwohnung verfügen, um insbesondere solche hilfebedürftigen Personen aufnehmen zu können, deren

sie sonst betreuende Familienangehörige auch einmal in Urlaub fahren möchten. Langfristig ist durch die Sozialstation auch die Beratung und Betreuung in gesundheitlichen Fragen zu übernehmen, die Kiezbewohner sind durch Angebote an Kursen in häuslicher Krankenpflege dazu zu ermutigen, sich die erforderlichen Kenntnisse zur Selbst- und Nachbarschaftshilfe anzueignen. Das Stammpersonal einer Sozialstation soll mindestens aus vier Krankenschwestern, vier Altenpflegern, zwei Familienpflegern, zwei Krankengymnasten und einem Sozialarbeiter bestehen. Darüber hinaus sind ein Psychologe und eine Reinigungskraft wünschenswert.

Die Finanzierung

Finanziert werden soll eine Sozialstation aus den ihr zufließenden Pflegeeinzelsätzen. Zusätzliche Leistungen, die erbracht werden und die nicht im Leistungskatalog der Krankenkassen stehen, sollen die Leistungsempfänger selbst bezahlen. Bei den laufenden Betriebskosten wird eine staatliche Defizitfinanzierung oder auch eine Sockelfinanzierung gefordert. Für den Bau bzw. Umbau der Stationen hätten die Träger, für die Investitionskosten die Bezirke aufzukommen, sofern nicht ausreichend Eigenmittel zur Verfügung stehen.