

Soziale Ungleichheit in der Pflege – (k)ein Thema

Zum einen nutzen sozial Benachteiligte die pflegerische Versorgung nicht adäquat, zum anderen werden sie von Institutionen diskriminiert – dies ist der unglückliche Mix, der dazu führt, dass diese Randgruppe unter- und fehlversorgt ist.

**Ulrich Bauer und
Doris Schaeffer**

Die Verbindung aus sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit wird in den international geführten Public-Health-Debatten schon seit langem diskutiert. Im Zentrum steht der *soziale Gradient gesundheitlicher Lebenschancen* [1]. Danach nehmen die Gesundheitsrisiken wie auf einer steil ansteigenden Stufenleiter zu, wenn zentrale und lebenswichtige Ressourcen nur eingeschränkt vorhanden sind. Auch die deutsche Public-Health-Forschungsgemeinde beleuchtet mittlerweile diese *Health-Inequalities*. Das Thema dringt jedoch erst jetzt in die disziplinären Verästelungen, wo es gesundheitswissenschaftlich erörtert wird. Mitunter ergibt sich da ein hoch innovatives Potenzial.

Die Fakten

Das Thema Ungleichheit in der Pflege soll schliesslich auch auf der politischen Agenda ankommen. Folgendes kann festgehalten werden:

1. Pflegebedürftigkeit tritt in sozial benachteiligten Gruppen früher und häufiger ein. Ursache dafür ist, dass gesundheitliche Lebenschancen ungleich verteilt sind. Von schweren und chronischen Erkrankungen, die fast immer mit einem wachsenden Pflegebedarf einhergehen, sind sozial benachteiligte Gruppen überproportional häufig betroffen.
2. Es bestehen schon jetzt gravierende Ungleichheiten in der Versorgungsnutzung, weil nicht alle Nutzer über die dazu nötigen Nutzungskompetenzen verfügen. Vor allem vulnerable, soziale benachteiligte Nutzergruppen sind in der Versorgungswirklichkeit schnell überfordert.
3. Institutionen und auch die Pflege (be-)handeln keineswegs diskriminierungsfrei. Es gibt nicht nur ein milieuspezifisches Nutzungsverhalten der Patienten, sondern auch soziale Selektionseffekte in der pflegerischen Versorgung: Sozial unterprivilegierte Gruppen werden tendenziell ausgegrenzt – dies war in der Anfangszeit von HIV und Aids besonders deutlich zu beobachten [2].

Ressourcenungleichheit meint in erster Linie, dass ökonomisches, kulturelles und soziales Kapital ungleich verfügbar ist. Sie scheint zugleich wegweisend für das Bedingungsgefüge, in dem Pflegeprozesse stattfinden. Dies eröffnet der grundlagen- und anwendungsbezogenen Pflegeforschung ein weites Feld. Die begrifflichen und analytischen Grundlagen zum Thema soziale Ungleichheit und Pflege befinden sich jedoch noch in den Kinderschuhen.



Ulrich Bauer



Doris Schaeffer

Produktion und Reproduktion von Pflegeungleichheiten

Zum einen ist Ungleichheit in der Pflege als Resultat des Pflegegeschehens zu begreifen und somit ist im engeren Sinne von der *Produktion* sozialer Ungleichheiten zu sprechen. Denn auf Pflegebedürftigkeit kann sehr unterschiedlich eingegangen werden. Nicht alle Pflegebedürftigen gelangen in den Genuss von Pflege

Kasten:

Fallbeispiel

Herr P. ist 52 Jahre alt und alleinstehend. Mit dem plötzlichen Hirninfarkt seiner Mutter, Frau P., 74 Jahre alt, beginnt für Herr P. eine Odyssee durch das Versorgungswesen. Herr P. ist angelernter Arbeiter in einer Möbelspedition, seine Mutter war bis zu ihrer Pensionierung Fabrikarbeiterin. Herr P. versteht das Krankheitsbild seiner Mutter nicht, das Klinikpersonal kann es ihm nicht erklären. Zum einen ist der ständige Zeitdruck auf der Station dafür verantwortlich, zum anderen fragt Herr P. gar nicht häufig genug nach. Er vermeidet aus sozialer Scham den ärztlichen Kontakt, er hakt nicht nach, er informiert sich nicht selbstständig und holt auch keine zweite ärztliche Meinung ein. Der Zustand von Frau P. schwankt währenddessen enorm, sie wird über einen Zeitraum von 10 Tagen immer wieder auf der Intensivstation für Schlaganfallpatienten betreut. Herr P. wartet derzeit auf genauere Informationen, erhält sie aber nicht. Plötzlich wird ihm berichtet, dass der Zustand der Mutter zumindest so weit stabilisiert sei, dass sie in eine Reha-Einrichtung überwiesen werden könne. Eindeutig sei diese Überweisung nicht, wie ein Stationsarzt Herrn P. erläutert und dabei zugesteht, dass eine Verlegung nun eben auch aus Budgetgründen unvermeidbar sei. Herr P. kennt die Problematik der neuen Fallpauschalen im Krankenhausbereich nicht. Er wird über den Zustand seiner Mutter immer verunsichert. Schliesslich kann er den plötzlich anstehenden Reha-Aufenthalt auch nicht vorbereiten. Die Mutter wird in eine fünfzig Kilometer entfernte Reha-Einrichtung überwiesen. Herr P. kann sie dort nur an einem Wochenendtag besuchen. Die Mutter stirbt infolge eines weiteren Hirninfarkts drei Wochen nach der Überweisung. Herr P. ist zu diesem Zeitpunkt nicht anwesend.

und nicht alle erhalten sie in dem Umfang und der Qualität, wie sie erforderlich wäre, um eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung zu ermöglichen [2]. Pflege kann – wie viele Beispiele illustrieren – im ambulanten wie im stationären Setting zu einer Fehl- oder Unterversorgung führen. Dies stellt bei der breiten Palette unterschiedlicher Pflegeniveaus, der unterschiedlichen Ausrichtung und Ausstattung von Einrichtungen sowie der stark differierenden Kompetenz von Pflegekräften längst keine Ausnahme mehr dar. Pflege kann also soziale Ungleichheiten auslösen und eine ungleichheitszeugende beziehungsweise ungleichheitsverstärkende Funktion einnehmen.

Zum anderen ist hiervon die *Reproduktion* bestehender sozialer Ungleichheiten durch Pflege zu unterscheiden. Hiermit ist also auf Ungleichheitsstrukturen zu fokussieren, welche die individuelle Lebenslage bereits vor der Pflegebedürftigkeit beeinflusst haben. Von der Reproduktion sozialer Ungleichheit ist dann zu sprechen, wenn soziale Ungleichheiten von Beginn an das Pflegearrangement beeinflussen und unterschiedliche Pflegequalität auf die unterschiedliche soziale Ausgangslage zurückzuführen ist. Hier steuert also primär das vorhandene ökonomische, kulturelle und soziale

Kapital die Qualität der Pflege. Wer seine Bedürfnisse nicht gut artikulieren oder vehement genug durchsetzen kann, wird häufiger benachteiligt. Wer Zusatzleistungen nicht finanzieren kann, befindet sich zu meist auf dem untersten Niveau dessen, was medizinisch und pflegerisch möglich ist (was durch den Teilkaskocharakter der Pflegeversicherung in Deutschland begünstigt wird). Pflegewissenschaftliche Forschung hat inzwischen gezeigt, dass ein Pflegearrangement erst durch Faktoren des sozialen Umfeldes sowie durch personengebundene Merkmale und Kompetenzen der Pflegebedürftigen (und ihrer Angehörigen) sein spezifisches Profil erhält [3, 4].

Mangelhaftes «Pflegewissen»

Das Feld der pflegerischen Versorgung ist damit weder immun gegen Ungleichheitseinflüsse noch unschuldig an der Verstärkung von sozialen Ungleichheiten (siehe Fallbeispiel im *Kasten*).

Benachteiligte Gruppen haben jedoch nicht nur ein erhöhtes Krankheits- und Pflegerisiko, sondern sind gleichzeitig auch dadurch benachteiligt, dass ihre Ressourcen zur Selbsthilfe herabgesetzt sind. Forschungserkenntnisse belegen, dass die Lebensführung in einem Benachteiligtenmilieu es wahrscheinlich macht,

Lebensstile und Mentalitäten auszubilden, die weder ein angemessenes gesundheitsförderliches Handeln noch eine adäquate Nutzung der Gesundheitsversorgung begünstigen [5]. Kenntnisse über Gesundheitsbeeinträchtigungen, Krankheit und Pflegebedürftigkeit ebenso über Bewältigungsmöglichkeiten, Versorgungsoptionen und -grenzen werden nicht erst erworben, wenn Pflegebedürftigkeit eintritt. Ein Art integratives «Pflege-Versorgungs-Wissen» ist – wenn man hier pointiert – Mindestvoraussetzung dafür, dass Leistungserbringer und Nutzer optimal kooperieren. Dass gerade benachteiligte Gruppen nicht über ein solches Wissen verfügen, mahnt an, wie dringlich es ist, auch in der Pflege Health-Inequalities zu thematisieren. ■

AutorInnen:

Jun. Prof. Dr. Ullrich Bauer
Prof. Dr. Doris Schaeffer

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
AG 6 – Versorgungsforschung und
Pflegewissenschaft
Postfach 10 01 31
D-33501 Bielefeld
E-Mail:

ullrich.bauer@uni-bielefeld.de
doris.schaeffer@uni-bielefeld.de

Literatur:

1. Mielck, Andreas (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsmöglichkeiten und Interventionsmöglichkeiten*. Bern u.a.: Huber.
2. Schaeffer, Doris (2004). *Der Patient als Nutzer, Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit*. Bern: Huber; Schaeffer, Doris (2002). *Ambulante Schwerkrankenpflege: Entwicklungen und Herausforderungen in Deutschland*, in: Schaeffer, Doris/Ewers, Michael (Hrsg.): *Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker*. Bern: Huber, 17–44.
3. Blinkert, Baldo/Klie, Thomas (2004). *Solidarität in Gefahr. Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel*. Hannover: Vincentz.
4. Heusinger, Josefine/Klünder, Monika (2005). «Ich lass' mir nicht die Butter vom Brot nehmen!» Aushandlungsprozesse in häuslichen Pflegearrangements. Frankfurt/Main: Mabuse.
5. Bauer, Ullrich (2005). *Das Präventionsdilemma. Schulische Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung*. Wiesbaden: VS.