

Doris Schaeffer

Integration von ambulanter und stationärer Versorgung

Einleitung

Seit dem Krankenhaus nicht mehr a priori Vormachtstellung bei der Diagnose, Therapie und Betreuung komplexer Krankheitsverläufe eingeräumt wird, sondern diese auch - und eigentlich sogar vorrangig - ambulant erfolgen sollen, steht die Frage der Versorgungsintegration bzw. der linkages, also der Verbindungen der Versorgungsleistungen, auf der Tagesordnung (u.a. Müller/Wasem 1984, Trojan/Waller 1980). Gleichwohl wird sie bei Erörterungen um das Krankenhaus und auch um patientenorientierte Betreuungskonzepte oftmals vernachlässigt. Denn aufgrund des Charakters dieser Institution - noch vor wenigen Jahren bezeichneten wir das Krankenhaus in Anlehnung an Goffman (1973) als "totale Institution", womit u.a. darauf verwiesen werden sollte, daß es eine eigene in sich abgeschlossene autonome Welt darstellt, die sich (wie auch ihre Problemdefinitionen) primär durch Interesse an sich selbst auszeichnet (Olk 1986), deren Kontakte mit der Außenwelt also sehr beschränkt sind und deren Arbeitsweise in hohem Maße binnenorientiert ist -, tendieren die Mitarbeiter und sogar auch die wissenschaftliche Diskussion um das Krankenhaus dazu, sich auf innerinstitutionelle Probleme zu konzentrieren und außenorientierte Aufgaben, wie die Schnittstellenregulation bzw. die Verzahnung mit anderen versorgenden Instanzen, zu übersehen (exemplarisch Deppe et al. 1989). Dennoch kann eine Erörterung um Patientenorientierung im Krankenhaus vor dieser Frage nicht haltmachen.

Ihr Stellenwert wird deutlich, vergegenwärtigen wir uns, daß die Mehrzahl der Patienten im Akutkrankenhaus (wie in vielen Bereichen der Krankenversorgung) unter chronischen und degenerativen Erkrankungen leiden. Im Verlauf ihrer Krankheit müssen sie mehrfach zwischen intra- und extramuraler Versorgung wechseln und in der Regel verläuft der Übergang von einer Versorgungsart in die andere nicht bruch- und lückenlos. Denn dabei müssen sie eine der brisantesten Schwachstellen des hiesigen Gesundheitswesens passieren: die Kluft zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Beide Versorgungsbereiche arbeiten - wie in der analytischen Literatur vielfach beklagt wird (exemplarisch Wirth 1982) - weitgehend insular und nicht ineinandergreifend, was auch auf die zu ihnen gehörenden Institutionen, allen voran auf das

Krankenhaus, zutrifft. Erschwerend kommt hinzu, daß das Krankenhaus als Einrichtung der akuten Krankenversorgung seine Aufgabe auch bei chronischen Erkrankungen in der Bewältigung der Akutphasen bzw. -episoden dieser Krankheiten sieht. Da die nicht-akuten Phasen chronischer Erkrankung sich weitgehend außerhalb des Krankenhauses abspielen und es sich für diese auch nicht zuständig fühlt, geraten sie und auch die Besonderheiten, die das Leben mit chronischer Krankheit determinieren, kaum in seinen Blick. Diese Perspektivenverengung macht sich bei der Schnittstellenregulation deutlich bemerkbar. Transfermaßnahmen - soweit es sie gibt - begrenzen sich auf den im Krankenhaus bearbeiteten Problemausschnitt der Krankheitsbiographie und mit der Entlassung endet die Bewältigung des Krankheitsgeschehens für das Krankenhaus im Normalfall.

Ganz anders stellt sich die Situation für die Patienten dar. Für sie ist das Krankheitsgeschehen mit der Entlassung keineswegs abgeschlossen. Aus dem Krankenhaus kommend, müssen sie zumeist weiterbehandelt werden, gesundheits- und sozialversorgende Dienste (Pflege, soziale Hilfen etc.) in Anspruch nehmen und benötigen sie Unterstützung für das alltägliche Management der Krankheit und die Renormalisierung des Alltagslebens. Für sie gehen die Bewältigungsanstrengungen nach der Entlassung also weiter, beginnen dann sogar oft erst wieder; und zuweilen fängt für sie ein ganz neuer Lebensabschnitt an, in dem sie sich an ein Leben mit Krankheit und Autonomieeinbußen gewöhnen müssen. Gleichzeitig ist die Entlassung für die Patienten mit vielfältigen *Transitionen* verbunden: Sie wechseln zwischen Versorgungsarten, -einrichtungen und/oder Helfersystemen unterschiedlicher Natur, zwischen Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Finanzierungen und durchlaufen darüber hinaus eine *Statuspassage*. Im Krankenhaus sind sie Patient - und das in vollem Umfang, d.h. die Eigenverantwortung für die Krankheitsbewältigung ist hier außer Kraft gesetzt und obliegt den Krankenhausmitarbeitern. Mit der Entlassung ist ihre Eigenverantwortung wieder gefordert, bleiben sie partiell aber auch Patient, werden u.U. auch zugleich Klient und/oder Rekonvaleszent.

Fast alle diese mit der Entlassung einhergehenden Veränderungen und Übergänge sind den Patienten in ihrer Tragweite allerdings meist nicht bewußt. Und da viele der damit einhergehenden Prozesse für sie intransparent sind, können sie auch nicht maßgeblich von ihnen gesteuert werden. Wesentlich mehr gestalten sie aufgrund der gesellschaftlichen Verfaßtheit von Gesundheit und Krankheit die Professionellen. Schenken sie der Regulation dieser Übergänge nicht genügend Beachtung, so kann das für die Patienten folgenreiche Konsequenzen nach sich ziehen. Aus theoretischer Perspektive besehen befinden sie sich hier an einem Gabelungspunkt, an dem ihr Versorgungsverlauf ein-

schneidende Wenden erhalten kann, die dessen weiteren Verlauf nachhaltig beeinflussen: Diskontinuierliche Übergänge induzieren meist über kurz oder lang neuen oder zusätzlichen Versorgungsbedarf und gehen in jedem Fall mit Einschränkungen der Lebensqualität einher. Gravierender noch ist, daß an diesen Übergängen Mechanismen zu greifen beginnen können, die den Patienten in eine Dynamik verstricken, im Zuge derer sich eine Karriere zu konstituieren beginnt - ein Effekt, der häufig bei hochbetagten Patienten beobachtet werden kann (Schaeffer 1989, 1990).

Damit ist nun das Problem umrissen, mit dem sich der Beitrag befaßt. Dieses wird im folgenden nicht einzig analytisch betrachtet, vielmehr wird zugleich nach Lösungsmöglichkeiten Ausschau gehalten. Ich werde ein im Rahmen der Aids-Krankenversorgung erprobtes Modell vorstellen, dessen zentrales Anliegen darin besteht, die Übergänge zwischen intra- und extramuraler Versorgung so zu gestalten, daß eine ineinandergreifende Betreuung der Patienten gewährleistet ist, und werde dabei die der Schnittstellenregulation innewohnenden Probleme darlegen.

Daß das Modell der Aids-Krankenversorgung entstammt, mag zunächst erstaunen, weil Aids noch immer vom Nimbus des Besonderen umgeben ist. Allmählich aber wird deutlich, daß die eigentlichen Versorgungsprobleme bei dieser Krankheit eher *unspezifischer* Natur sind und die hier gesammelten Erfahrungen folglich auch für die Versorgung anders (chronisch) Kranker auswertbar und nutzbringend sind. Das gilt um so mehr, als die Aids-Krankenversorgung mehr oder minder unbeabsichtigt zum Pionierprojekt für Reformversuche im Gesundheitswesen wurde. Ausgelöst wurde die sich hier entfaltende Innovationsfreudigkeit dadurch, daß die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten zu Beginn des Auftauchens von Aids äußerst gering, der Problemdruck auf das Gesundheitswesen jedoch groß war. Binnen Kürze entstanden zahlreiche interessante Versorgungsmodelle, so auch solche, innerhalb derer versucht wurde, die Desintegration von stationärer und ambulanter Versorgung zu überwinden und patientenorientierte Muster des *people processing* bei dem Transfer von der stationären in die ambulante Versorgung zu entwickeln¹. Eines der bemerkenswertesten von ihnen ist das "Schöneberger Modell" - ein sogenanntes Grassroot-Modell - das von niedergelassenen Ärzten und Kranken-

¹ Im Rahmen der Studie "Versorgung und Betreuung von Patienten mit HIV-Symptomen im Berliner Gesundheitswesen. Präventive Potentiale kurativer Institutionen", die am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung durchgeführt und vom BMFT sowie der Berliner Senatsverwaltung für Wissenschaft und Forschung finanziert wird, werden diese Modelle und generell die Anpassungsleistungen des Krankenversorgungswesens an HIV und Aids untersucht (Schaeffer/Moers 1992).

hausärzten vor dem Hintergrund der sich in der Alltagspraxis stellenden Probleme konzipiert wurde.² Unter dem Gesichtspunkt "Patientenorientierung" betrachtet, zeichnet es sich dadurch aus, daß hier der Versuch unternommen wird, sowohl die Patientenperspektive wie vor allem aber die aus dem Krankheitsverlauf erwachsenen Erfordernisse zu berücksichtigen und zu einer *integrierten und kontinuierlichen* Versorgung während aller Phasen des Krankheitsprozesses beizutragen.

Versorgungsintegration durch Verdichtung der Kooperation

Die Auswahl gerade dieses Modells basiert nicht zuletzt darauf, daß die Umsetzung dieser Zielsetzung sich im Rahmen traditioneller Lösungsmuster bewegt³ und es sich daher gut auf andere Bereiche übertragen läßt. Denn Versorgungsintegration - egal ob auf innerinstitutioneller oder institutionsübergreifender Ebene - soll hier durch eine Verdichtung und Umgestaltung der Kooperation hergestellt werden. Bevor im einzelnen erörtert wird, was das bedeutet, sollen zunächst die Intentionen des Modells genauer dargelegt werden.⁴

Als notwendige *Bedingungen* für die Zielrealisierung wurden angesehen:

1. Erweiterung der personellen Ressourcen des Sozialdienstes und Integration des Sozialdienstes in das Stationsgeschehen;
2. Systematisierung des Entlassungsmanagements durch:
 - Verbesserung der innerinstitutionellen Kooperation,
 - Beginn der Entlassungsvorbereitung vom ersten Tag des stationären Aufenthalts an,

² Die Bezeichnung geht darauf zurück, daß das zu ihm gehörende Krankenhaus im Berliner Bezirk Schöneberg liegt. Zur Geschichte sowie dem Gesamtkonzept des Modells siehe u.a. Moers/Schaeffer 1992, Einberger-Spiegel/L'Age 1992.

³ Andere Modelle basieren zumeist auf der Einführung spezieller Bindeglieder, die die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung garantieren sollen (siehe dazu Schaeffer/Moers 1992).

⁴ Die nachfolgende Darstellung ist auf die Maßnahmen zur Verknüpfung der stationären und ambulanten Versorgungsleistungen konzentriert. Auf die ebenfalls zum Modell gehörende patientenorientierte Umgestaltung des Stationsgeschehens gehe ich hier nicht ein (siehe dazu ebenda sowie Schaeffer 1993).

- Durchführung der Entlassungsorganisation unter Einschluß aller betreuenden Berufe im Krankenhaus;
- 3. Einbeziehung der Patienten und Angehörigen in die Entlassungsvorbereitung;
- 4. Einbindung des Krankenhauses in die ambulante Versorgung;
- 5. Herstellung enger Kooperationbeziehungen zur ambulanten Medizin sowie zu den entsprechenden sozialen und pflegerischen Diensten und Koordination der Arbeitsweisen.

Innerinstitutionelle Organisation und Kooperation

Die *Umsetzung des Modells* sieht folgendermaßen aus. Zunächst einmal wurde der *Sozialdienst des Krankenhauses* um eine ganz speziell für die Betreuung von Aids-Patienten zuständige Stelle *aufgestockt*, die organisatorisch und räumlich an die Aids-Stationen angebunden wurde. Der "AidsSozialdienst" teilt sein Büro also nicht mit seinen Sozialarbeiterkollegen, die meist weit entfernt von den Stationen residieren, sondern ist in unmittelbarer Nähe der Stationen untergebracht. Er wurde auch arbeitsorganisatorisch *in das Stationsgeschehen integriert*, hat jederzeit Zugang zu den Patienten, nimmt an sämtlichen Stationsbesprechungen und am Stationsalltag teil und ist somit Teil der Stationen.

Beide Maßnahmen sind bemerkenswert. So wurden in den 70er Jahren zwar - als die Veränderung des Krankheitspanoramas in den Akutkrankenhäusern unübersehbar wurde - fast überall Krankenhaussozialdienste geschaffen. Ihnen sollte ein wesentlicher Teil der Schnittstellenregulation obliegen, denn sie sind für die Vermittlung nach dem Krankenhausaufenthalt erforderlicher Hilfen zuständig. Die Personalbemessung und Aufgabenbeschreibung basierte jedoch auf Maßstäben der Akutversorgung und trug dem Wandel der epidemiologischen Realitäten von Beginn an nicht hinreichend Rechnung. Eine der Folgen dessen ist, daß die Sozialdienste seit ihrer Gründung mit anderen und schwierigeren Aufgaben konfrontiert sind als zunächst vermutet: Zu ihrer Klientel gehören nämlich *nicht* vorrangig Akutkranke, die kurzfristige Hilfen und Nachsorge benötigen, sondern alte, ja hochbetagte Patienten und chronisch Kranke, die meist eine Vielzahl von abgestimmten Diensten und Hilfe für das Alltagsmanagement der Krankheit benötigen oder für die Langzeitversorgungen konzipiert werden müssen. Gleichzeitig haben die Sozialdienste seit ihrer Gründung mit einem enormen Aufgabenzuwachs zu kämpfen. Deshalb sehen sie sich gezwungen, die Versorgungsvermittlung auf "Kiepenarbeit" (Garms-Homolová/Schaeffer 1990) - also administrative und technisch-instrumentelle

Vorgänge - zu reduzieren und schematische Handlungspraktiken walten zu lassen, ganz gleich, ob sie dadurch patienten- und problemadäquat verfahren oder nicht. Beratung, kommunikative Hilfe und Unterstützung sowie Fall- und Patientenorientierung bei der Versorgungsvermittlung fallen dem Kapazitätsmangel, dem Kostendruck der Krankenhäuser und anderen Imperativen zum Opfer (Feuerstein/Badura 1991), so daß die Tätigkeit der Sozialdienste im wesentlichen auf ein externalisierungsorientiertes Patientenmanagement begrenzt ist. So gesehen, stellt die Personalaufstockung einen wichtigen Schritt auf dem Weg zu einer Verbesserung der Schnittstellenregulation dar.

Auch die eher unscheinbar wirkende Maßnahme zur Unterbringung und Anbindung des Aids-Sozialdienstes an das Stationengeschehen hat innovativen Gehalt. Denn organisatorisch gehören die Sozialdienste zur Krankenhausverwaltung und sind zumeist auch räumlich in deren Nähe untergebracht. »Versteckt, getrennt von den Ebenen des Handlungsvollzugs« (Garms-Homolová/Schaeffer 1992) - dieses sind Merkmale, die nicht nur die Wegbeschreibung zum Sozialdienst, sondern auch seine Stellung im Krankenhaus kennzeichnen. Gemeinhin sind die Sozialdienste in einem entlegenen Teil des Krankenhausgeländes zu finden, und der Weg zu ihnen ist mit Hürden versehen. Verslossene und mit Klingeln ausgestattete Türen sowie knapp gehaltene Sprechstundenzeiten gehören zu den normalen Insignien dieser Instanz und erschweren die Erreichbarkeit. Die räumliche Trennung separiert die Sozialdienste jedoch vom Handlungsgeschehen auf den Stationen. Sie sind sowohl von sich »naturwüchsig« ergebenden Kontakten mit Patienten als auch von den Stationsmitarbeitern und dem Geschehen auf den Stationen abgeschnitten. Auf ihre Aufgabenrealisierung wirkt sich das hinderlich aus. Sie müssen nicht nur ein hohes Maß an Energie aufbringen, um die für ihre Tätigkeit erforderlichen Informationen zu erhalten, sondern ebenso, um die für eine umfassende Entlassungs- und Versorgungsorganisation notwendige Kooperations- und Kommunikationsdichte herzustellen. Und da sie in der Regel *nicht* an den stationsinternen Arbeits- und Übergabebesprechungen teilnehmen, sehen sie sich im Alltag genötigt, einen Großteil ihrer Zeit damit zu verbringen "hinter den Ärzten herzulaufen" und den erforderlichen Informationsfluß sicherzustellen.

Als weiteres wurde das *Entlassungsmanagement* und die Übermittlung des Patienten in die ambulante Versorgung *systematisiert und umgestaltet*. Idealtypisch sieht der Ablauf seither so aus: Bereits am ersten Tag nach der Aufnahme beginnt die Entlassungsvorbereitung. Im Rahmen der Sozialanamnese klären zunächst Ärzte die häusliche und soziale Situation des Patienten ab. Der Sozialdienst nimmt dann *eigenständig* Kontakt mit dem Patienten auf, eruiert dessen Situation aus seiner Sicht und berät später gemeinsam mit den anderen

an der Betreuung beteiligten Mitarbeitern, welche Maßnahmen und Schritte einzuleiten sind. Benötigt der Patient erstmals Dienste zur Aufrechterhaltung des Lebens mit chronischem Kranksein in der häuslichen Umgebung? Muß eine bereits existierende Betreuung reaktiviert und der Patient in diese wieder eingefädelt werden? Sind neue oder zusätzliche Dienste notwendig? Wie ist seine finanzielle Situation, wie seine Arbeits-, Wohn- und Lebenssituation? Benötigt er Hilfen zur Strukturierung seines Tages? Diese und andere Fragen stehen dabei im Mittelpunkt. Diese Absprache erfolgt in der Regel im Rahmen der wöchentlichen Stationsbesprechung, also u.a. auch unter Rückkopplung mit den Pflegekräften, den dort tätigen Psychologen sowie den auf der Station tätigen Mitarbeitern der Aids-Hilfe.⁵ Zuweilen geschieht sie auch informell. Der Sozialdienst beginnt dann mit den notwendigen Dienstaktivierungen, Beantragungs- und Zuweisungsprozessen, hält Rücksprache mit den Patienten und gegebenenfalls mit den Krankenhausärzten (so z.B. falls sich Verzögerungen ergeben) und bereitet schließlich die betreffenden ambulante Dienste auf den Patienten vor. Erst, wenn die Versorgungsorganisation aus seiner Sicht abgeschlossen ist, beginnen die ärztlichen Entlassungsmaßnahmen, im Rahmen derer der Patient auf seine Rückkehr nach Hause und in die ambulante Versorgung vorbereitet wird und auch sein behandelnder Arzt über die Ankunft des Patienten und seinen Zustand informiert wird.⁶

Um die Besonderheit dieser Verfahrensweise zu verstehen, ist es notwendig, die Alltagspraxis in Erinnerung zu rufen. Normalerweise gibt es weder einen direkten Kontakt von Arzt zu Arzt, noch eine koordinierte institutionsinterne Entlassungsvorbereitung: Meist erfährt beispielsweise der Sozialdienst erst sehr spät von der Entlassung, nicht eben selten erst wenige Stunden bevor der Patient entlassen werden soll. Er hat dann weder Zeit, mit dem Patienten Kontakt aufzunehmen und ihn in die Planung der Maßnahmen einzubeziehen, noch eine umfassende Versorgungsorganisation zu betreiben. Um beispielsweise "Rund-um-die-Uhr-Pflegen" zu finden, finanzielle Hilfen zu mobilisieren, bei Obdachlosigkeit Abhilfe zu schaffen, oder - um ein Beispiel aus dem

⁵ In das Stationsgeschehen wurden auch im hiesigen Krankenhauswesen bislang unterrepräsentierte Helfergruppen integriert: zwei Psychologen, die für psycho-soziale Begleitung, Krisenintervention und Hilfe in der Sterbephase zuständig sind, sowie informelle Helfergruppen, die sich vornehmlich der Unterstützung bei dem Alltagsmanagement des Lebens mit der Krankheit widmen.

⁶ Dieser idealtypische Ablauf wurde in der Praxis nicht stringent durchgehalten und später sogar modifiziert. Beispielsweise nehmen die Sozialarbeiter heute nicht mehr eigenständig Kontakt mit den Patienten auf, besuchen die Stationsbesprechungen nur noch sporadisch und kooperieren nur noch relativ lose mit den Ärzten. Seither gleicht die Arbeitsweise zunehmend der Normalpraxis und ist mit all jenen Problemen behaftet, die dort auch zu finden sind.

normalen Aufgabenspektrum zu nehmen - Altenheimplätze oder Chronikerbetten zu vermitteln etc., bedarf es eines entsprechend umfangreichen Zeitraumens und folglich einer rechtzeitigen Einschaltung des Sozialdienstes. Steht dieser nicht zur Verfügung, kann der Sozialdienst nur improvisieren. Häufig werden die Patienten dann mit einer lediglich "anorganisierten" Versorgung entlassen oder mit situativ verfügbaren "Notlösungen" nach Hause geschickt - auch wenn absehbar ist, daß diese nur bedingt und nur kurzfristig tragfähig sind - oder aber ihre Aufenthaltsdauer im Krankenhaus wird länger als nötig hinausgezögert und sei es durch Verlegung auf eine andere Station, in ein anderes Krankenhaus (ebd.).

Nicht minder bedeutsam für ein gut funktionierendes Entlassungsmanagement ist die eigenständige Kontaktaufnahme des Sozialdienstes mit den Patienten. Gemeinhin werden die Sozialdienste nur auf Zuruf der Ärzte tätig, die gewissermaßen eine Filterfunktion einnehmen. Sie folgen dabei allerdings Kriterien, die ihren eigenen professionellen Handlungserfordernissen entsprechen, und nicht eben selten - so die Klage der Sozialarbeiter - vergessen sie schlicht und ergreifend den Sozialdienst hinzuzuziehen, so daß längst nicht alle Patienten, die der Hilfe des Sozialdienstes bedürfen, auch in den Genuß seiner Hilfe gelangen (Garms-Homolová/Schaeffer 1990). Durch die eigenständige Kontaktaufnahme der Sozialdienste mit dem Patienten wird dem entgegengesteuert und außerdem - das ist nicht minder wichtig - dazu beigetragen, daß dieser professionsautonom handeln kann, womit die mißliche und limitierende organisatorische Einbindung der Sozialarbeiter im Krankenhaus gemildert wird (ebd., Schaeffer 1989, 1991, Peters 1971).

Bedeutsamer noch als die Umstrukturierung des Tätigkeitsbeginns sind die Veränderungen der Kooperationsmodi bei der Entlassungsvorbereitung: die Hinzuziehung aller an der Betreuung beteiligten Berufe und die Diskussion und Abstimmung aller für die Entlassung erforderlichen Maßnahmen im Rahmen der wöchentlichen Stationsbesprechung. Generell wird der Intensivierung und Verbesserung der berufsübergreifenden Kooperation in diesem Modell hoher Stellenwert beigemessen, nicht nur bei der Entlassungsorganisation. Auf diese Weise soll Transparenz geschaffen und ein Ineinandergreifen der Beiträge der unterschiedlichen Helfergruppen ermöglicht werden. Auch die Bedeutung dessen wird nur dann einsichtig, betrachtet man die Normalpraxis.

Formal betrachtet erfordert die Entlassungs- und Versorgungsorganisation lediglich eine Kooperation von Ärzten und Sozialarbeitern. Denn die Krankenhausärzte sind über die Krankheitsbehandlung hinaus auch für die Entscheidung über die Zuweisung nachfolgender Versorgungsmaßnahmen zuständig. Sie sind also die eigentlichen »gate keeper« auf dem Weg durch die versorgenden

Instanzen. Die Sozialarbeiter wiederum sind für die Umsetzung der getroffenen Versorgungsentscheidungen verantwortlich. Sie leiten die Maßnahmen ein und öffnen den Zugang zu den nachfolgenden versorgenden Instanzen und Diensten und stellen praktisch die Verbindung vom Krankenhaus nach draußen her. Nur wenn beide Berufe direkt und gut koordiniert zusammenarbeiten, ist eine optimale Entlassungsvorbereitung möglich. Genau das aber ist in der Praxis selten der Fall, wie in der analytischen Literatur stets betont wird (ebd., Bollinger/Hohl 1981). Entscheidend ist das darauf zurückzuführen, daß sich die Tätigkeitsfelder beider im Normalalltag kaum berühren und die zwischen beiden Berufen erforderliche Kooperation arbeitsorganisatorisch nicht adäquat reguliert ist. Hinzu kommt, daß sich die Krankenhausärzte eigentlich nicht für Fragen der Versorgungssteuerung zuständig fühlen, weil sie diese als nicht-medizinische Aufgabe ansehen und sie gern "wegdelegieren". In der Regel wenden sich die Sozialdienste daher an die Stationschwester und nehmen sie als Vermittlungsinstanz in Anspruch - ein Kooperationsmodus, der auf den ersten Blick funktional erscheint, in der Praxis aber eine Vielzahl von Informations- und Reibungsverlusten nach sich zieht und immer wieder Probleme aufwirft, weil er nicht den formalen Vorgaben entspricht. Der Einbezug aller im Krankenhaus an der Patientenbetreuung beteiligten Berufe in die Entlassungsvorbereitung ist so gesehen eine sinnvolle Maßnahme. Das gilt vor allem für die Beteiligung der Pflegekräfte, denn sie sind den Patienten am nächsten und können deren Probleme bei der Bewältigung der Krankheit am ehesten einschätzen. Nicht minder sinnvoll ist die Einrichtung eines Forums zur Koordination der Betreuungsbemühungen - die Stationsbesprechung. Gerade um Abschottungen der Berufe, dem "Vergessen" ungenehmer Aufgaben und professionsbedingten Perspektivenverengungen vorzubeugen ist ein solches Forum außerordentlich wertvoll, freilich auch, um die Leistungen der Berufe aufeinander abzustimmen.

Erwähnenswert ist als weiteres, daß angestrebt wird, die Entlassungsvorbereitung krankenhausintern in enger Kooperation mit dem Patienten und seinen Angehörigen durchzuführen - eine Maßnahme, die scheinbar selbstverständlich anmutet, es aber keineswegs ist. Wird der Patient in diese Vorgänge einbezogen, so in der Regel nur, um von ihm die erforderlichen Informationen und Unterlagen zu erhalten, selten, um die einzuleitenden Schritte mit ihm zu koordinieren und ihn auf die anstehenden Übergänge vorzubereiten oder gar um behilflich zu sein, das Alltagsmanagement des Lebens mit Krankheit zu regeln. Sogar Heimeinweisungen und Wohnungsaufösungen werden zuweilen noch immer ohne Rücksprache mit den Patienten vorgenommen, was einer doppelten Entautonomisierung gleichkommt. Durch die Einbeziehung der

Patienten soll aber nicht einzig deren Autonomie Respekt gezollt, sondern darüber hinaus sichergestellt werden, daß Versorgungsbrüche, Unter- und Überversorgungserscheinungen etc. vermieden werden, der Übergang in die häusliche Umgebung bzw. die ambulante Versorgung erfolgreich verläuft und das anvisierte Versorgungsarrangement genügend tragfähig ist, so daß nicht unbeabsichtigt eine erneute Destabilisierung provoziert wird.

Auch auf die Einbeziehung der Angehörigen in die Entlassungsvorbereitung wird großer Wert gelegt. Gerade bei Aids-Patienten (wie im übrigen auch bei vielen anderen Pflegebedürftigen, so zeigen empirische Untersuchungen, Rückert 1985, Heinemann-Knoch/v. Kardoff 1989) übernehmen sie einen Großteil an Betreuungs- und Pflegeleistungen und sind zentrale, oftmals sogar einzige Stütze der Versorgung in der häuslichen Umgebung. Die Bedeutung Angehöriger als "care giver" wird allerdings gemeinhin unterschätzt: Vorbereitungen auf die damit verbundenen Aufgaben, Unterstützungen seitens professioneller Dienste und auch Vernetzungen ihrer Leistungen mit denen des professionellen Hilfesystems stellen eher Ausnahmeerscheinungen dar. Plötzliche Zusammenbrüche häuslicher Betreuungssituationen und dadurch bedingte Krankenhauseinweisungen sind eine der Folgen. Um solche Krisen zu vermeiden, wird die Rückkehr des Patienten in die häusliche Umgebung mit den Angehörigen abgestimmt. Und damit sie zu Hause pflegerisch und betreuend tätig werden können, ohne plötzlichen Inkompetenz- und Hilflosigkeitsgefühlen ausgesetzt zu sein, werden sie außerdem auf Wunsch im Krankenhaus in die Pflege einbezogen, so daß sie einschätzen können, welche Belastungen nach der Entlassung auf sie zukommen und wo bzw. in welchem Ausmaß sie Fremdhilfe benötigen.

Kooperation mit ambulanten Betreuungsinstanzen

Nunmehr wird es um die institutionsübergreifenden Maßnahmen gehen und damit um die Frage, wie der Brückenschlag vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung gestaltet wurde. Einer der zentralen Punkte dabei scheint mir folgender zu sein. Anliegen des Modells ist nicht einzig zu einer integrierten, sondern darüber hinaus kontinuierlichen Versorgung der Patienten beizutragen. Analog zu den Vorstellungen der WHO ist darunter eine Versorgung zu verstehen, die aus einem Kontinuum aufeinander abgestimmter Maßnahmen besteht, in der medizinische, pflegerische, soziale und finanzielle Hilfen so ineinandergreifen, daß sie während aller Phasen des Krankheitsverlaufs eine erreichbare, hinreichend umfassende und dabei aufeinander abgestimmte

lückenlose Versorgung gewährleisten (WHO 1981). Damit wird keineswegs krankheitspezifischen Erfordernissen entsprochen, sondern Anforderungen, die bei allen chronischen Erkrankungen und komplexen Krankheitsverläufen gegeben sind. Eine Befolgung dieses Konzepts erfordert konsequenterweise eine Beachtung des gesamten Krankheitsverlaufs und nicht einzig des im Krankenhaus sichtbaren Ausschnitts, eine Neubewertung des Verhältnisses von Krankenhaus- und ambulanter Medizin und generell eine Verzahnung des Krankenhauses mit den versorgenden Instanzen sowie als drittes eine Ausrichtung der Entlassungspraxis an der Arbeitsweise und den Handlungserfordernissen der anderen involvierten Betreuungseinrichtungen. Um zur Plausibilisierung dessen ein plastisches Beispiel anzuführen, sei an die Wochenend- oder Feiertagsentlassungspraxis der Krankenhäuser erinnert: Entlassungen betreuungsbedürftiger Patienten am Freitagmittag oder gar -nachmittag, vor einer Serie von Feiertagen sind gewißlich sinnvoll im Hinblick auf die Arbeitsorganisation des Krankenhauses, nicht aber auf die ambulante Betreuungsinstanzen. Auch niedergelassene Ärzte haben ihre Sprechstunde dann beendet, und Pflegeanbieter arbeiten - wie das Krankenhaus auch - nur mit personell abgespeckten Diensten, bei denen Neuaufnahmen oder Wiedereingliederungen nicht möglich sind.

Zur Herstellung einer ineinandergreifenden Arbeitsweise mit krankenhauses-externen Betreuungseinrichtungen wurden im Schöneberger Modell zahlreiche Anstrengungen unternommen. Vor allem die Zusammenarbeit auf der Ebene ärztlichen Handelns kann als vorbildlich bezeichnet werden. Das beginnt damit, daß die niedergelassenen Ärzte in die Modellkonzipierung und -realisierung einbezogen und ihre Interessen berücksichtigt wurden, setzt sich damit fort, daß eine Abstimmung der Arbeitsweisen und insgesamt eine Verdichtung der Kooperation erfolgte und darüber hinaus Regelungen getroffen wurden, um einen problemlosen Wechsel der Patienten zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu ermöglichen. Die dabei entwickelten Kooperationsmodi stellen eines der Kernstücke des Schöneberger Modells dar. Die wichtigsten von ihnen seien hier dargestellt:

- Die Krankenhausärzte stehen ihren niedergelassenen Kollegen telefonisch zur Verfügung und können konsiliarisch hinzugezogen werden, wenn sich ihnen Probleme bei einzelnen Patienten stellen.
- Entlassungen werden ebenso wie Einweisungen soweit möglich durch persönliche Rücksprache mit ihnen abgestimmt. Im einzelnen zählen folgende Maßnahmen dazu: Aufnahmen können direkt mit den Stationsmitarbeitern abgeklärt werden (also unter Ausschluß des Bettennachwei-

ses); behandlungsbedürftige Patienten werden möglichst umgehend aufgenommen, selbst dann, wenn die Kapazitätsgrenze erreicht ist. Nach der Aufnahme erfolgt wenn möglich, zumindest aber bei Unklarheiten, eine Rücksprache mit dem einweisenden Arzt. Bei anstehenden Entlassungen werden der Zeitpunkt der Rückkehr sowie die Behandlungserfordernisse mit den weiterbehandelnden Ärzten besprochen und koordiniert. Auf seiten der niedergelassenen Ärzte wird in Korrespondenz dazu versucht, Fehleinweisungen und soziale Indikationen zu vermeiden. Gleichzeitig wird akzeptiert, wenn Patienten lediglich antherapiert entlassen werden oder absehbar ist, daß auf die Ärzte eine intensive häusliche Betreuung zukommt. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, daß die ambulanten Kooperationspartner zumeist hochspezialisiert sind und das Modellziel "so wenig stationär wie nötig" teilen. Folglich haben sie wenig Interesse daran, ihre Patienten in der Obhut stationärer Einrichtungen zu wissen, wenn es nicht unbedingt erforderlich ist.

- Weitreichende Versorgungsentscheidungen, wie z.B. Verlegungen in langzeitversorgende Einrichtungen oder folgenreiche Veränderungen der Organisation der häuslichen Betreuung, werden in Abstimmung mit den Hausärzten getroffen.
- Freitagsentlassungen betreuungsbedürftiger Patienten werden umgangen, es sei denn, der niedergelassene Kollege hat einen Wochenenddienst.⁷
- Die Patienten erhalten bei der Entlassung einen Therapieplan bzw. -vorschlag, der dem niedergelassenen Arzt als Unterstützungshilfe dienlich sein soll.
- Den Patienten wird nahegelegt, sich umgehend nach der Entlassung, möglichst noch am gleichen Tag, mit ihrem ambulant behandelnden Arzt in Verbindung zu setzen, so daß die Kontinuität der medizinischen Betreuung gewährleistet ist. Sind sie nicht in der Lage, den Arzt aufzusuchen, wird er vom Krankenhaus über die Rückkehr seines Patienten informiert oder sichergestellt, daß der Pflegedienst seine Hinzuziehung übernimmt.
- Arztbriefe werden umgehend und möglichst umfassend geschrieben. Sie enthalten ausführliche Informationen über medizinische Fragen und ebenso über soziale und versorgungsbezogene Aspekte.

Über all das hinaus gibt es weitere Anstrengungen, die dazu dienlich sind, eine Integration von stationärer und ambulanter ärztlicher Betreuung zu garantieren.

⁷ Viele Aids-Patienten benötigen tägliche Infusionstherapien und infolgedessen haben die Aids-Schwerpunktpraxen Wochenenddienste eingerichtet.

Dazu gehört die *Mitarbeit im "Arbeitskreis Aids der niedergelassenen Ärzte in Berlin"* - einem Forum der niedergelassenen aidsbehandelnden Ärzte, das sich vorrangig der fachspezifischen Fortbildung und dem Erfahrungsaustausch widmet und seine Aufgabe darüber hinaus in der Schaffung angemessener Versorgungsstrukturen für Aids-Kranke sieht. Seine eigentliche Bedeutung erhält dieses Forum allerdings dadurch, daß es als Regulationsinstanz der institutionsübergreifenden Zusammenarbeit fungiert und außerdem zur Festigung der Kooperationsbeziehungen beiträgt: Durch die gemeinsame Arbeit entstehen kollegiale und sogar persönliche Beziehungen unter den Ärzten und diese Entanonymisierung trägt mindestens ebenso sehr wie die inhaltlichen Anstrengungen dazu bei, die Kluft zwischen beiden Versorgungsbereichen zu mildern.

Auch mit Pflegediensten wird eng zusammengearbeitet. Diese Bemühungen konzentrieren sich weitgehend auf aidsspezialisierte Dienste und hier auf jene, die die versorgungsstrukturellen Implikationen des Schöneberger Modells teilen und ihr Aufgabenprofil entsprechend modifiziert haben. An dieser Stelle ist in Erinnerung zu rufen, daß eines der wichtigsten Ziele des Modells darin besteht, Krankenhausaufenthalte auch bei Aids so kurz wie möglich zu halten. Damit wachsen ambulanten Pflegediensten neue Aufgaben zu. Sie sind gefordert, vermehrt schwerst- und terminalkranke Patienten häuslich zu versorgen, Infusions- und Schmerztherapien durchzuführen bzw. zu begleiten und damit Funktionen zu übernehmen, die ambulante Pflegedienste gemeinhin ablehnen oder nur in Ausnahmefällen akzeptieren (Schaeffer 1992).

Um sie darin zu unterstützen, wird ihnen - ähnlich wie den niedergelassenen Kollegen - von seiten des Krankenhauses soweit wie möglich Hilfestellung angeboten. So stehen die Aids-Stationen ihnen beispielsweise für *Hospitationen* offen und bei fachlichen Rückfragen sind die Krankenhausmitarbeiter ansprechbar. Als weiteres wurden regelmäßige *Arbeitstreffen* initiiert, innerhalb derer die Kooperationsmodalitäten abgestimmt, auftretende Probleme diskutiert und neueste, den Bereich der Pflege tangierende medizinische Erkenntnisse erörtert werden. Außerdem wurden auch hier die herkömmlichen Kooperationsmodi bei der Entlassungsorganisation modifiziert:

- Pflegedienste werden frühzeitig auf den an sie vermittelten Patienten hingewiesen.
- Wurde der Patient vor dem Krankenhausaufenthalt bereits durch professionelle Dienste versorgt, wird eine Wiedereingliederung angestrebt. Das ist durchaus betonenswert, weil eine Re-Integration der Patienten von seiten der Pflegedienste nicht immer einfach realisierbar ist und für den Sozial-

dienst daher mit hohem Arbeits- und Energieaufwand verbunden ist. Betonenswert sind diese Bemühungen aber auch deshalb, weil die Sozialdienste zumeist mit einem festen Stamm an Pflegeanbietern zusammenarbeiten, denen sie ihre Patienten automatisch zuweisen. Selbst dann geht für die Patienten damit ein Pflegedienstwechsel einher.

- Das Krankenhaus steht den Pflegeanbietern offen, um den Patienten zu kontaktieren und die Übernahme vorzubereiten. Pflege- und Unterstützungsbedarf können dabei mit ihm selbst, doch ebenso mit den Stationsmitarbeitern abgeklärt und die Entlassungsmodalitäten im einzelnen besprochen werden.
- Der Sozialdienst bemüht sich um Kontaktaufnahme mit dem Sozialarbeiter der Pflegestation, so daß eingeleitete und nicht abgeschlossene Antragsverfahren für soziale Hilfen direkt weiterbearbeitet bzw. -verfolgt werden können und die ganze Bearbeitungsprozedur nicht von neuem angefangen werden muß.
- Ebenso wird Wert darauf gelegt, daß zu relevanten ambulanten sozialen Diensteanbietern enge Arbeitsbeziehungen hergestellt werden, so beispielsweise zu den entsprechenden Stellen in den Sozial- und Gesundheitsämtern, Wohnungsvermittlungsinstanzen, Drogenhilfeeinrichtungen und nicht zuletzt zu den Aids-Hilfen. In diesem Kontext ist zu erwähnen, daß der Zusammenarbeit mit informellen Helfergruppen und vor allem mit der Aids-Hilfe großer Stellenwert beigemessen wird.

Es wurden also eine ganze Reihe von institutionsübergreifenden Kooperationsanstrengungen unternommen, um einen unproblematischen Wechsel der Patienten in die ambulante Versorgung sicherzustellen und eine kontinuierliche Betreuung zu ermöglichen. Auch sie muten vielleicht wenig spektakulär an. Vergegenwärtigen wir uns aber, daß die Kooperation an dieser Schnittstelle gemeinhin darauf begrenzt ist, daß Arztbriefe irgendwann - zumeist mit großer Verzögerung - geschrieben werden, für die Krankenhausärzte der Fall mit der Beendigung ihrer Behandlung abrupt endet, ohne daß eine Überleitung vorgenommen und der Sozialdienst eher tätig ist, um "Betten freizumachen", und nicht, um eine problem- und fallangemessene Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt zu ermöglichen, wird die andere Konnotation der Bemühungen in diesem Modell unübersehbar.

Diskussion

Interessant im Hinblick auf andere Bereiche der Krankenversorgung scheinen mir vor allem die Innovationsbestrebungen auf der Ebene ärztlichen Handelns zu sein. Sie zeigen, daß Desintegration und auch Rivalität bzw. Konkurrenz überwunden und ein ineinandergreifendes Handeln aller an der Behandlung eines Patienten beteiligten Ärzte erreicht werden können. Allerdings bedarf es dazu - wie die Modellerfahrungen deutlich machen - spezifischer Voraussetzungen. Allen voran ist hier anzuführen, daß sich das *Krankenhaus für die Belange der ambulanten Betreuungsinstanzen öffnet*. Dies bezieht sich nicht einzig auf die der niedergelassenen Ärzte, sondern auch auf alle anderen in die Krankenversorgung einbezogenen Instanzen im ambulanten Bereich. Eine zweite Voraussetzung besteht darin, daß *komplementäre Interessenlagen von ambulanter und stationärer Medizin* geschaffen werden. In dem vorgestellten Modell teilen beide die Prämisse "ambulant vor stationär", und das determiniert die Zusammenarbeit beider und auch die im einzelnen ausgebildeten Kooperationsmodi.

Weitere bedingende oder zumindest begünstigende Faktoren bestehen darin, daß die *Anzahl* an Kooperationspartnern überschaubar ist (die Zahl der wichtigsten Kooperationspartner beläuft sich auf ca. 8-12 Ärzte) und *persönliche* Arbeitsbeziehungen hergestellt wurden. Beide Faktoren erleichtern, quer zur gängigen Praxis, übliche Handlungspraktiken zu implementieren und eine enge Zusammenarbeit zu realisieren.

Erwähnt werden muß - als viertes - die Existenz des *überinstitutionellen Forums zum Erfahrungsaustausch*. Sie trägt dazu bei, auf das jeweilige Handlungsfeld reduzierte Blickweisen zu überwinden, Perspektivenwechsel zu ermöglichen und ärztliches Handeln aus übergreifender Sicht: der Gesamtheit aller betreuenden Instanzen zu reflektieren. Nicht minder wichtig ist ein solches Forum für den Wissens- und Erfahrungstransfer zwischen ambulanter und stationärer Medizin und die Regulation der Kooperationsmodi. Und schließlich ist zu betonen, daß das Modell entscheidend daran gebunden ist, daß alle Akteure die Modellimplikationen teilen und bereit sind, notwendige Anpassungsleistungen zu erbringen und sich von etlichen lang praktizierten und aus der Perspektive des eigenen Arbeitsfeldes funktional erscheinenden Handlungsweisen und Mustern des *people processing* zu verabschieden.

Ähnliches ist auch im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit Pflegeanbietern und sozialen Diensten zu konstatieren. Auch hier zeigt sich, daß durch eine Anpassung des Krankenhauses an die Erfordernisse ambulanter Pflege eine Integration von stationärer und ambulanter Versorgung möglich ist - vor-

ausgesetzt allerdings, ambulante Pflegeanbieter öffnen sich ihrerseits den an sie gestellten Anforderungen.

Insgesamt sind die in diesem Modell gesammelten Erfahrungen (ausführlicher siehe Schaeffer/Moers 1992) von großem Nutzen für die Reflektion über Verbesserungen der Krankenversorgung. Sie zeigen, daß es in der Tat möglich ist, die Probleme an der Schnittstelle von stationärer und ambulanter Versorgung zu mildern und eine integrierte Versorgung zu realisieren, wenn alle dazu notwendigen Berufe (krankenhausintern wie -extern) einbezogen werden, sie ihre Arbeitsweise aufeinander abstimmen und sich für den *gesamten Krankheits- bzw. Versorgungsverlauf* ihrer Patienten und nicht nur für den von ihnen zu bearbeitenden Problemausschnitt engagieren. Das sollte vielleicht selbstverständlich sein, ist es aber angesichts des Organisations- und Professionsseparatismus im hiesigen Gesundheitswesen (Freidson 1986, Illsley/Jamieson 1988) nicht.

Betont werden muß allerdings, daß den professionellen Akteuren dazu eine Vielzahl von Sonderleistungen, Umstellungsprozessen, Modifikationen alltäglicher Handlungsrouninen abverlangt ist. Diese sind kaum auf Dauer zu erbringen, verfügen sie nicht über abstützende und damit handlungsentlastende Strukturen. Damit bin ich bei den *Schwachstellen des Modells* angelangt, die mir nicht minder lehrreich wie die positiven Erfahrungen zu sein scheinen. Seit geraumer Zeit ist beobachtbar, daß sich alte Handlungsgewohnheiten und als obsolet erachtete Muster des *people processing* wieder einschleichen und auch die Kooperation vermehrt wieder in den alten Bahnen verläuft. Dafür scheinen mir im wesentlichen zwei Gründe verantwortlich zu sein.

Das Modell basiert in erster Linie auf Modifikationen alltäglicher Handlungsrouninen der involvierten Akteure. Diese bedürfen allerdings auch der Veränderung der Handlungsvoraussetzungen, sollen sie dauerhaft Bestand haben. Mit anderen Worten: Wesentlich mehr als es faktisch geschah, hätte die Veränderung der Entlassungs- und Transfermaßnahmen durch *flankierende Strukturmaßnahmen* abgesichert verankert werden müssen. Unterbleiben solche Strukturentwicklungen, so zeigt sich nach nunmehr mehr als sechsjähriger Modellerfahrung, sind Innovationen zu labil, um langfristig aufrechterhalten werden zu können. Das trifft um so mehr zu, werden sie ungeahnten Belastungsproben ausgesetzt. In diesem Kontext ist zu erwähnen, daß Aids mittlerweile als "manageable disease" (Benjamin 1989) eingestuft wird und von einer akuten zu einer zugleich chronischen Krankheit avanciert ist. Verbunden damit haben sich die Handlungsmöglichkeiten der Medizin erweitert, sind die Arbeitsanforderungen in den versorgenden medizinischen Einrichtungen jedoch zugleich gestiegen. Diese Entwicklung wird dadurch verstärkt, daß die Zahl

der Patienten in den letzten Jahren kontinuierlich gewachsen ist und sich die soziale Zusammensetzung der Patienten verändert hat. Aids hat auch hierzulande begonnen, den "Weg nach unten" (Rosenbrock 1992), in die unteren soziale Schichten und in gesellschaftliche Randgruppen anzutreten. Es kommen mehr Patienten in die krankensorgenden Einrichtungen, sie kommen häufiger und mit komplexeren Problemen. Viele der Innovationen, so auch die im Rahmen der Schnittstellenregulation erprobten Kooperationsmodi, halten dem damit einhergehenden Druck nicht stand. Auch dafür ist eine der wesentlichen Ursachen in der unzureichenden Strukturentwicklung zu sehen, denn sie birgt auf subjektiver Ebene die Tendenz zur Überforderung in sich. Die Reformrealisierung ist bei fehlender struktureller und organisatorischer Absicherung allein dem subjektiven Handlungsvermögen anheimgestellt und damit in zu hohem Maß von der individuellen Verfügbarkeit an Energie abhängig. Wird aber die ganze Last von Innovationsprozessen auf die Schultern der Akteure gelegt, entstehen über kurz oder lang entweder Ermüdungserscheinungen, Motivationsverluste und andere Burnout Phänomene oder es wird der Rückkehr auf gesicherten Boden und zu herkömmlichen Verhaltenweisen der Vorzug gegeben.

Eine andere Schwachstelle besteht darin, daß das Modell zwar mit viel Engagement und Pioniergeist, jedoch auch einer gewissen Naivität realisiert wurde. Wie viele andere Modelle auch basiert es auf einem US-amerikanischen Vorbild,⁸ das - geringfügig modifiziert - kopiert wurde, ohne daß aber der Transfer hinreichend reflektiert und ohne daß seine gesundheits-, versorgungs- und professionspolitischen Implikationen genügend bedacht worden wären. Viele Innovationen wurden in ihrer politischen Brisanz verkannt, andere zu pragmatisch realisiert. So wurde beispielsweise den Akteuren auf der untersten Ebene der Modellumsetzung nicht genügend Beachtung geschenkt. Etlichen von ihnen, z.B. den Stationsärzten und Pflegekräften, sind die Modellintentionen unklar. Da sie aber die Modellumsetzung realisieren sollen, erweist sich

⁸ Es handelt sich dabei um das General Hospital in San Francisco, das allerdings genau dem soeben aufgezeigten Problem entgegen. Hier wurde formell abgesichert ein Entlassungsteam gebildet, das einzig für die Kontinuitätssicherung bei der Übermittlung der Patienten in die ambulante Betreuung zuständig ist. Es besteht aus einem Arzt, einer Pflegekraft und einem Sozialarbeiter, deren Aufgabe in der Einfädelung in die ambulante (medizinische, pflegerische und soziale) Betreuung und der Steuerung des Versorgungsverlaufs besteht. Besondere Aufmerksamkeit wird dabei potentiellen Drop-out-Patienten (ethnische Minderheiten, Drogen-, Unterschichtpatienten) gewidmet. Um sie in die Versorgung einbinden zu können und zu verhindern, daß sie den Zugang zu den betreuenden Instanzen verlieren, wurden spezielle Strategien entwickelt (siehe dazu Moers/Schaeffer 1993).

das als problematisch. Sie handeln nach den sonst üblichen Schemata und unterminieren damit ungewollt das Modellkonzept.

Naiver Umsetzungspragmatismus kennzeichnet auch andere Bereiche der Modellrealisierung, wie ebenfalls an einem Beispiel illustriert werden kann. Gemäß dem Vorbild wurden zwei Psychologen eingestellt und das Krankenhaus für informelle Helfergruppen geöffnet, ohne aber eine Konzeptualisierung ihrer Aufgabenstellung zu erarbeiten und ohne die Arbeitsteilung mit den traditionellen Krankenhausmitarbeitern abzuklären. Nach kurzer Zeit fühlten sich beide u.a. für die Entlassungsvorbereitung der Patienten zuständig, was nicht nur Konflikte heraufbeschwor, sondern zur Folge hatte, daß der Sozialdienst sich aus dem Stationsgeschehen zurückzog und herkömmliche Formen der Aufgabenrealisierung fortan vorzog - eine Strategie, die zur Absicherung seines Arbeitsfeldes und Vermeidung von Ressortbeschneidungen dienlich sein sollte, sich allerdings ebenfalls kontraproduktiv auf die Modellumsetzung auswirkte.

Ähnliches läßt sich auch aus professionspolitischer Perspektive konstatieren. Gerade in der medizinischen Profession wurde Aids zum Katalysator und löste eine ungeahnte Reformbereitschaft aus. Sorgfältig bewachte Zuständigkeiten und Hierarchien konnten - aus soziologischer Sicht überraschend - plötzlich modifiziert und umorganisiert werden. Sie basierten auf neu gefundenen Interessenbalancen zwischen ambulanter und stationärer Medizin und ebenso darauf, daß die gefundenen Lösungen allen Beteiligten gleichermaßen Profilierungsmöglichkeiten eröffneten. Mit der Zunahme medizinischer Behandlungsmöglichkeiten ist diese Balance aus dem Gleichgewicht geraten. Vor einem Jahr eröffnete das Krankenhaus (aus Gründen der Forschungsfinanzierung und -akquisition) eine Tagesklinik, in der Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt ärztlich weiterbehandelt werden, womit den ambulanten Ärzten Betreuungsanteile abgezogen werden. Es gibt nur eine Gruppe von Ärzten, für die das tragbar ist: Ärzte ohne Aids-Expertise, die zwar zahlenmäßig als Kooperationspartner an Bedeutung gewonnen haben, jedoch nur einen Bruchteil an Aids-Patienten versorgen. Die wichtigsten Kooperationspartner, die das Modell tragenden Schwerpunktpraxen, sehen seither ihre Interessen nicht gewahrt, fühlen sich beschnitten und schauen sich insgeheim nach einem anderen Kooperationspartner um. In der Tat reklamiert das Krankenhaus damit alte Domäneansprüche für sich und unterminiert seinerseits ein konstitutives Element des Modellkonzepts, denn "ambulant vor stationär" meinte der Organisation dieses Modells zufolge nicht ambulante Krankenhausmedizin vor stationärer, sondern bezog sich auf die ambulante Medizin.

Zweierlei ist daraus für meine Begriffe zu schlußfolgern. Bei Innovationsvorhaben im Gesundheitswesen ist unabdingbar, die Erfahrungen bei der Modellumsetzung stets auch im Licht ihrer *strukturellen und politischen Implikationen* zu reflektieren und das auf allen Ebenen des Modellvollzugs. Geschieht das nicht oder zu kurzfristig, geraten über kurz oder lang die eigentlichen Ziele aus dem Blick und nicht eben selten werden sie verfehlt.

Notwendig wäre außerdem - das ist als zweites anzumerken - eine *reagible Implementationsbegleitung* (Mayntz 1983, Schaeffer 1991) gewesen, also eine externe Hilfestellung bei der Steuerung des Innovationsprozesses und der Regulierung der sich im Verlauf der Modellumsetzung abzeichnenden Probleme. Reformversuche im Gesundheitswesen haben fast immer mit erheblichen Schwierigkeiten des Umsetzungs- und Innovationsmanagements zu kämpfen (Shadish 1980) - erst recht, wenn es sich noch dazu um Grassroot-Unternehmungen handelt, wie in diesem Fall. Eine solche Implementationsbegleitung hat dafür Sorge zu tragen, daß es zu einer modellkonformen Zielrealisierung kommt, inkrementale Anpassungen vermieden werden, das Wechselspiel von Reformbemühungen und gewachsenen Strukturen beachtet und vor allem: erforderliche Strukturentwicklungen vorangetrieben werden.

Diese Schlußfolgerungen bzw. Schwachstellen als Anlaß zu nehmen, um die Bedeutung des Schöneberger Modells zu relativieren, wäre verfehlt. Sie weisen einzig darauf hin, was zu beachten ist, soll es vor Mißerfolgen bewahrt und auch, soll es auf andere Bereiche der Krankenversorgung übertragen werden.

Schlußbemerkung

Generell zeigen die Erfahrungen in der Aids-Krankenversorgung und so auch die mit dem Schöneberger Modell, daß das Krankenversorgungswesen unter hohem Problemdruck auch an seinen Schwachstellen veränderungsfähiger ist als gemeinhin angenommen. Selbst die seit langem angemahnten Schnittstellenprobleme sind, wie deutlich geworden sein dürfte, regulierbar und integrierte patientenorientierte Versorgungskonzepte realisierbar. Die in diesem Kontext erprobten Modelle und die mit ihnen gesammelten (positiven wie negativen) Erfahrungen sind von unschätzbarem Wert für das Gesundheitswesen. Sie für andere Bereiche der Krankenversorgung fruchtbar zu machen, ist eine bislang nicht hinreichend in Angriff genommene Aufgabe. Ähnliches gilt für die Suche nach Möglichkeiten und Wegen der Übertragung. Gleichwohl ist schon an dieser Stelle vor allzu großer "Übertragungsfreude" zu warnen. In der Aids-Krankenversorgung war bereits zu lernen, daß es nicht reicht, einzig nach

kopierfähig erscheinenden Vorbildern zu suchen und sie zu übernehmen. Einer bloßen Übernahme andernorts erprobter und erfolgreich funktionierender Modelle ist meist wenig Gelingen beschied. Vielmehr bedarf es zunächst einer genauen Überprüfung der Transfermöglichkeiten und -bedingungen. Und ebenso bedarf es einer Anpassung der konstitutiven Modellelemente an die in der Regel anderen kontextuellen Gegebenheiten. Unterbleiben solche Transferleistungen, ist die Gefahr des Mißlingens groß. Das trifft zweifelsohne auch für das Schöneberger Modell zu. Obschon dieses Modell günstige Übertragungsbedingungen aufweist, weil es vorrangig auf einer Veränderung von Handlungsrouninen und Kooperationsmustern basiert, sind entsprechende Transferüberlegungen und -prüfungen auch bei ihm unumgänglich, soll es andernorts oder in anderen Bereichen der Krankenversorgung realisiert werden und erst recht, soll ihm dabei Erfolg beschieden sein.

Literatur

- Benjamin, A.E. (1989): Perspectives on a Continuum of Care for Persons with HIV Illness. In: LeVee, W. (Ed.): *New Perspectives on HIV-Related Illnesses: Progress in Health Services Research*. US Department of Health and Human Services, pp. 145-158
- Einberger-Spiegel, B./L'Age, M. (1992): Die Bedeutung psychologischer Unterstützung für die stationäre Versorgung von Patienten mit HIV. In: Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hrsg.): *Aids-Krankenversorgung*. Berlin, S. 306-317
- Deppe, H.-U./Friedrich, H./Müller, R. (Hrsg.) (1989): *Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung*. Frankfurt, New York
- Feuerstein, G./Badura, B. (1991): *Patientenorientierung durch Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Zur Technisierung, Organisationsentwicklung, Arbeitsbelastung und Humanität im modernen Krankenhausbetrieb*, Düsseldorf
- Freidson, E. (1986): *Professional Powers. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago, London
- Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (1990): Kiepenarbeit versus Beratung. Strukturprobleme sozialarbeiterischen Handelns im Krankenhaus. In: *Neue Praxis* 20, 2, S. 111-124
- Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (1992): Helfer auf der Suche nach Hilfe. Aufgaben und Methoden sozialer Arbeit im Krankenhaus. In: *Blätter der Wohlfahrtspflege* 139, 5, S. 138-141
- Goffman, E. (1973): *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt
- Heinemann-Knoch, M./Kardoff, E. v. (1989): *Sozialpolitische Aspekte der Pflegebedürftigkeit*. In: Riedmüller, B./Rodenstein, M. (Hrsg.): *Wie sicher ist die soziale Sicherung?* Frankfurt, S. 182-209
- Illsley, R./Jamieson, A. (1988): Hindernisse und positive Einflußfaktoren auf die Implementierung von Versorgungsprogrammen. In: Baltes, M./Kohli, M./Sames, K. (Hrsg.): *Erfolgreiches Altern - Bedingungen und Variationen*. Bern, Stuttgart, Toronto, S. 155-161

- Moers, M./Schaeffer, D. (1992): Das Schöneberger Modell. In: Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hrsg.): Aids-Krankenversorgung. Berlin, S. 291-305
- Moers, M./Schaeffer, D. (1993): Die Aids-Krankenversorgung in San Francisco. Innovative Versorgungsstrategien und Betreuungsmodelle. Paper der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, P 93-203. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Berlin
- Müller, J./Wasem, J. (1984): "Missing links" zwischen ambulanter und stationärer Versorgung im ärztlichen und pflegerischen Bereich. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 15, 2, S. 94-115
- Mayntz, R. (Hrsg.) (1983): Implementation politischer Programme II. Ansätze zur Theoriebildung. Opladen
- Olk, T. (1986) Abschied vom Experten. Sozialarbeit auf dem Weg zu einer alternativen Professionalität. Weinheim, München
- Peters, H. (1971): Die mißlungene Professionalisierung der Sozialarbeit. In: Otto, H.-U./Utermann, K. (Hrsg.): Sozialarbeit als Beruf - Auf dem Weg zur Professionalisierung? München, S. 99-123
- Rosenbrock, R. (1992): Aids: Fragen und Lehren für Public Health. Argument Sonderband 198. Jahrbuch für kritische Medizin 19: Wer oder was ist "Public Health"? Berlin, S. 82-114
- Rückert, W. (1985): Zur Situation älterer Menschen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Evangelische Aktionsgemeinschaft für Familienfragen (Hrsg.): Die ältere Generation. Last und Chance für Familie und Gesellschaft. Dokumentaion der Fachtagung vom 18. - 20. September 1985 in Loccum, S. 9 - 28
- Schaeffer, D. (1989): Formen der Kooperation zwischen den Krankenhausärzten und den Sozialdiensten. In: Medizin - Mensch - Gesellschaft 14, S. 49-59
- Schaeffer, D. (1990): Das Krankenhaus und seine Bedeutung für die Versorgungsverläufe alter Menschen. In: Medizin - Mensch - Gesellschaft 15, S. 181-190
- Schaeffer, D. (1991): Probleme bei der Implementation neuer Versorgungsprogramme für Patienten mit HIV-Symptomen. In: Neue Praxis 21,5+6, S. 392- 406
- Schaeffer, D. (1992): Grenzen ambulanter Pflege. Paper der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, P 92-210. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Berlin
- Schaeffer, D. (1993): Patientenorientierung und Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Erfordernisse der Organisations- und Strukturentwicklung. Erscheint in: Demmer, S./Pelikan, J.M./Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung in Betrieben, Krankenhäusern und Schulen. München
- Schaeffer, D./Moers, M. (1992): Professionelle Versorgung und Betreuung von HIV- und Aids-Patienten. Zwischenbericht des Projekts "Versorgung und Betreuung von Patienten mit HIV-Symptomen im Berliner Gesundheitswesen. Präventive Potentiale kurativer Institutionen". Paper der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, P 90-208. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Berlin
- Shadish, W.R. (1990): Amerikanische Erfahrungen mit der Evaluation von Sozial- und Gesundheitsprogrammen. In: Koch, U./Wittmann, W. (Hrsg.): Bewertungsgrundlage von Sozial- und Gesundheitsprogrammen. Berlin, Heidelberg, S. 159-182
- Trojan, A. /Waller, H. (Hrsg.) (1980): Gemeindebezogene Gesundheitssicherung. Einführung in neue Versorgungsmodelle. München, Wien, Baltimore

- WHO (Hrsg.) (1981): Regionale Strategie zur Erreichung des Ziels "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000". EUR/RC 30/8, Rev. v. 9.3.83, unveröff. Manuskript
- Wirth, W. (1982): Inanspruchnahme sozialer Dienste. Bedingungen und Barrieren. Frankfurt a.M.