

# **Patientenorientierung und Gesundheitsförderung im Akutkrankenhaus. Erfordernisse der Organisations- und Strukturentwicklung**

**Doris Schaeffer**

In den letzten Jahren ist das Krankenhaus immer stärker unter Problemdruck geraten und spielte in den gesundheitspolitischen Diskussionen eine bedeutsame Rolle. Lange Zeit war dabei ein Thema dominant: das Krankenhaus als Kostenfaktor. In jüngster Zeit ist nun ein Wandel zu beobachten. Die bereits in den 70er Jahren lebhaft geführte Debatte um die (In-)Humanität der Krankenbehandlung sowie die Verkrustung und mangelnde Gesundheitsförderlichkeit der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus lebt wieder auf und sie tut es nicht einzig auf diskursiver, sondern auch auf praktischer Ebene. Mittlerweile gibt es zahlreiche Modellversuche, die sich auf unterschiedliche Problemkomplexe im Krankenhaus beziehen. Zum großen Teil handelt es sich um gesundheitspolitisch gesteuerte Versuche und groß angelegte Programme wie etwa das Health Promoting Hospital-Programm (HPPH) der WHO, vielfach jedoch auch um spontane, sozusagen "von unten" eingeleitete Modellvorhaben. Vergleichen wir die Programmatik all dieser Versuche mit den zurückliegenden Debatten, so wird deutlich, daß sie Überschneidungen mit z.T. jahrzehntealten Reformvorschlägen aufweisen und Veränderungen einleiten, die immer wieder eingemahnt wurden, bislang jedoch regelmäßig an der Reformresistenz dieser Institution des Krankenversorgungswesens scheiterten. Viele der derzeitigen Modellvorhaben sind daher - so möchte ich behaupten - mehr oder weniger als Versuch zu sehen, längst überfällige Enttraditionalisierungen in einem Bereich des Gesundheitswesens einzuleiten, der modernisierungsgeschichtlich betrachtet, ein Stück Restkultur darstellt.

Dieser Aspekt ist deshalb bemerkenswert, weil wir aus anderen Bereichen längst wissen, daß solche Enttraditionalisierungen sehr "streßhaltige" Prozesse sind, wie Mansel und Hurrelmann sie kürzlich genannt haben (1992), die rasch Überbeanspruchungserscheinungen hervorrufen, weil sie die Regulationsfähigkeit der involvierten Subjekte überfordern - eine Erkenntnis, die erst recht gilt, sollen diese sich explizit als change agents produzieren und gezielt eine andere Wirklichkeit konstituieren. Ebenso wissen wir aus anderen Bereichen, daß Enttraditionalisierungen dieses Charakters ohne Hilfestellungen kaum zu bewältigen sind. Damit wie diese konturiert sein sollten, befassen sich meine Ausführungen, wobei ich zeigen möchte, daß Hilfestellungen, die einzig auf das subjektive Handlungsvermögen der Akteure zielen, nicht ausreichend sind. Sie degenerieren rasch zu bloßen Entlastungsinstrumenten und sind lediglich kurzfristig wirksam, wenn nicht flankierend Organisations- und Strukturveränderungen vorgenommen werden.

Exemplarisch werde ich die Erfahrungen mit einem "von unten" konzipierten Modellversuch heranziehen.<sup>1</sup> Er gehört nicht zum HPHP und das ist deshalb erwähnenswert, weil die Gewichtung der Ziele in diesem Modell eine andere ist. Vorrangig verschreibt es sich der Leitmaxime "Patientenorientierung" und folgt darüber hinaus Kriterien, wie sie derzeit unter dem Konzept "Gesundheitsförderung" subsumiert sind. Entstanden ist es im Rahmen der Aids-Krankenversorgung und das ist nicht verwunderlich, denn der ungeheure Problemdruck, der durch das unerwartete Auftauchen von Aids auf dem Krankenversorgungswesen lastete, hat dazu geführt, daß sich hier - mehr oder minder zufällig - ein Experimentierfeld für Reformversuche im Gesundheitswesen entwickelte. U.a. wurden auch im Bereich der stationären Krankenversorgung eine Reihe neuer Betreuungsmodelle erprobt und eines der interessantesten von ihnen, das auch für die Versorgung anders Erkrankter vielversprechend ist, soll hier vorgestellt werden. Es ist das Schöneberger Modell, das seinen Namen schlicht und ergreifend der Tatsache verdankt, daß es im Berliner Bezirk Schöneberg liegt. Wesentliches Anliegen dieses Modells ist es, durch Anpassung an die Situation der Patienten und den Charakter ihrer Krankheit sowie durch Schaffung sicherer und angemessener Bedingungen der Krankenbehandlung eine patientenorientierte Betreuung und darüber hinaus integrierte und kontinuierliche Versorgung zu ermöglichen.<sup>2</sup>

### Modellziele

Betrachten wir zunächst, was im einzelnen damit gemeint ist. Angestrebt wurde:

1. während der Zeiten des Krankenhausaufenthaltes eine der Situation der Patienten entsprechende und zugleich krankheitsangemessene Betreuung zu gewährleisten, d.h.
2. sowohl den akutmedizinischen Behandlungs-, wie auch den Betreuungserfordernissen bei Aids adäquat zu begegnen, mithin auch der Letalität der Krankheit Rechnung zu tragen und Bedingungen zu schaffen, die eine humane Begleitung in der Phase des Sterbens erlauben;

---

<sup>1</sup> Die nachfolgenden Überlegungen entstanden vor dem Hintergrund der am Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) durchgeführten und vom Bundesministerium für Forschung und Technologie und der Berliner Senatsverwaltung für Wissenschaft und Forschung geförderten Studie mit dem Titel "Versorgung und Betreuung von Patienten mit HIV-Symptomen im Berliner Gesundheitswesen. Präventive Potentiale kurativer Institutionen".

<sup>2</sup> Damit finden auch Erfordernisse Berücksichtigung, die der Dynamik des *Krankheitsverlaufs* geschuldet sind. Aids-Patienten müssen - wie andere chronisch Kranke auch - im Verlauf der Krankheit mehrfach zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wechseln, was aufgrund des Organisationsseparatismus des Krankenhauses (Illsley/Jamieson 1988) und der Desintegration beider Versorgungsbereiche meist zu Versorgungseinbrüchen führt, die sich nicht nur beeinträchtigend auf die Befindlichkeit des Patienten, sondern auch auf seinen Versorgungsverlauf auswirken. Konsequenterweise konzentriert das Modell sich deshalb auch nicht nur auf die Phase des Krankenhausaufenthalts, sondern umfaßt eine ganze Reihe über das Krankenhaus hinausweisender Maßnahmen.

3. erhebliches Gewicht darauf zu legen, daß die Betreuung autonomieerhaltenden Charakter hat und die Eigenkompetenz und die Lebensgewohnheiten der Patienten respektiert werden;
4. den Patienten ein Höchstmaß an Lebensqualität in der ihnen verbleibenden Lebenszeit zu garantieren und deshalb die Verweildauer im Krankenhaus so kurz wie möglich zu halten, so daß die Patienten baldmöglichst in die ihnen vertraute häusliche Umgebung zurückkehren können;
5. dafür zu sorgen, daß nach dem Krankenhausaufenthalt eine hinreichend umfassend auf die Situation des Patienten abgestimmte Versorgung zur Verfügung steht und mit der Entlassung ein nahtloser Übergang in die ambulante Versorgung erfolgen kann;
6. eine diesen Zielen entsprechende Erweiterung des Dienstangebots und Veränderung der formalen und inhaltlichen Arbeitsbedingungen und der Organisation der Krankenbehandlung vorzunehmen und dabei darauf zu achten, daß diese gesundheitsförderlichen Charakter aufweisen.

Darüber hinaus wurde angestrebt, die insulare Arbeitsweise des Krankenhauses zu überwinden, es in das Netz versorgender Instanzen einzubinden und so mit ihnen zu verzahnen, daß eine lückenlose Fortsetzung der Betreuung und eine ineinandergreifende Versorgung der Patienten gewährleistet ist. Diese institutionsübergreifenden Maßnahmen werden hier nicht dargestellt (siehe dazu Schaeffer 1993), sondern einzig jene, die sich auf die Betreuung im Krankenhaus beziehen.

### Modellumsetzung

Umgestaltet wurden zwei Infektionsstationen eines Krankenhauses der Schwerpunktversorgung.<sup>3</sup> Auf beiden Stationen wurde zunächst eine Mischbelegung angestrebt, aber aufgrund des großen Patientenzulaufs und der steigenden Krankenzahlen stellten sie alsbald reine Aids-Stationen dar. Beide Stationen wurden zunächst einmal *räumlich verändert* und dabei ihrer Merkmale als Infektionsstationen beraubt. Die alten Infektionsschleusen wurden abgeschafft und erschwerte Zugangsmöglichkeiten beseitigt. Auch auf Infektionsstationen sonst übliche Vorsichtsmaßnahmen wurde verzichtet. Die Stationen sind seither also offen, umständliche distanzschaffende Hygienemaßnahmen und ähnliche Unterscheidungsmerkmale zu anderen Stationen nicht mehr zu finden. Das mag vielleicht wenig *spekulativ* erscheinen, wird aber bedacht, daß es sich um traditionelle Infektionsstationen handelt und Aids zu Beginn von massiven Ansteckungswellen umgeben war, in deren Folge fast überall Vorsichtsmaßnahmen eingeführt und nicht abgeschafft wurden, wird ihr Stellenwert deutlich.

<sup>3</sup>Gemäß der offiziellen Aids-Politik sollte die Versorgung von Aids-Kranken eigentlich auf Krankenhäuser der Zentralversorgung konzentriert sein, weil kleinere Krankenhäuser, die über keinerlei Forschungsressourcen verfügen, als nicht geeignet betrachtet wurden, die für die Behandlungskonzipierung notwendigen Forschungsaufgaben zu erfüllen.

Als nächstes wurde die Schaffung hinreichender personeller Ressourcen für notwendig gehalten. In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, daß Diagnostik und Therapie bei Aids sehr aufwendig sind und die meisten Aids-Patienten - aufgrund von Engpässen und Kapazitätsproblemen im Bereich ambulanter Pflege sowie des Mangels an Hospizen - im Krankenhaus sterben. Um ihnen eine humane Betreuung in der ihnen noch verbleibenden Lebenszeit zu gewähren und außerdem eine Begleitung während der Sterbephase zu ermöglichen, wurde eine Aufstockung des ärztlichen und pflegerischen Personals erwirkt.

Für unabdingbar wurde auch die *Erweiterung des Personals* erachtet. Beide Stationsteams wurden um jeweils einen Psychologen und einen halbtags tätigen Sozialarbeiter ergänzt. Auf diese Weise wurde die Möglichkeit zur psychosozialen bzw. psychischen Betreuung der Patienten während des Krankenhausaufenthalts und zur Bereitstellung einer tragfähigen Versorgung und Betreuung nach der Krankenhausentlassung geschaffen.

Die wichtigste Aufgabe der *Psychologen* besteht in der Unterstützung bei der biographischen Neustrukturierung, wenn mit der Diagnose "Aids" oder "Vollbild" plötzlich "das Prinzip Hoffnung zusammenbricht". Außerdem stehen die Psychologen für die Sterbebegleitung zur Verfügung, ebenso, wenn Suizidwünsche entstehen, die Patienten in Krisen geraten etc. (dazu Einberger-Spiegel/L' Age 1992). Darüber hinaus widmen sie sich einer Reihe erst im Lauf der Zeit entstandener Probleme: Seit geraumer Zeit gelangen immer mehr schwer betreu- und behandelbare Patientengruppen in das Krankenhaus. An erster Stelle sind hier die Drogenabhängigen zu nennen. Der Umgang mit ihnen stellt das Personal - Ärzte wie Pflegekräfte - vor Probleme und wird mittlerweile unter Hinzuziehung der Psychologen gestaltet. Als weiteres leisten die Psychologen Angehörigenarbeit, helfen bei der Regelung von Konflikten im oftmals komplizierten Beziehungsgeflecht zwischen Patient-Freunden/Wahlverwandten-Eltern, erörtern mit den Angehörigen die Versorgungssituation, die nach der Entlassung des Patienten auf sie zukommt und sind auch Ansprechpartner bei Verarbeitungsproblemen in der Sterbe- sowie der Trauerphase. Hier wird sichtbar, daß die Psychologen Probleme aufgreifen, die im Krankenhausalltag generell vernachlässigt werden.

Den *Sozialarbeitern* obliegt eine ganz andere Aufgabe. Sie sind für die Regulation sozialer Probleme sowie für die Vermittlung notwendiger Versorgungsmaßnahmen nach dem Krankenhausaufenthalt zuständig und haben sozusagen den Brückenschlag vom Krankenhaus nach draußen herzustellen. Von Beginn an war klar, daß diese Aufgabe bei Aids-Patienten sehr komplex sein würde. Aufgrund der Schwere der Krankheit benötigen die meisten der Patienten mit der Rückkehr in die häusliche Umgebung hauswirtschaftliche Unterstützung und pflegerische Hilfe, wobei Art und Ausmaß ihres Hilfebedarfs im hiesigen Versorgungswesen nur schwer abzudecken sind. Allein ambulante Schwerstkrankenpflege oder

Terminalpflege zu organisieren, stößt aufgrund des Zuschnitts ambulanter Pflege auf erhebliche Probleme, ebenso die Bereitstellung adäquater Hilfen in anderen Phasen des Krankheitsverlaufs. Hinzu kommt, daß der soziale Hilfebedarf bei Aids-Patienten oft immens ist. Viele von ihnen geraten im Verlauf der Krankheit in soziale Notlagen, verarmen, werden obdachlos etc. Hier einzugreifen und dafür Sorge zu tragen, daß sich solche Notsituationen mit dem Verlassen des Krankenhauses nicht verschärfen und die Patienten überhaupt entlassen werden können, gehört ebenfalls zum Aufgabenspektrum der Sozialarbeiter.

Damit die für die Bewältigung all dieser Aufgaben erforderliche Nähe zu den Patienten und den Mitarbeitern geschaffen werden kann, wurden die Sozialarbeiter räumlich und organisatorisch enger als sonst üblich an das Stationsgeschehen angebunden und in die Stationsteams integriert (siehe dazu Schaeffer 1993).

Auch durch Einbeziehung *informeller Helfer* in das Stationsgeschehen wurde versucht, die Bandbreite des Betreuungsangebots zu erweitern. So öffneten sich die Stationen unmittelbar nach Beginn der Umstrukturierung für Aktivitäten der Aids-Hilfe - eine Maßnahme, die angesichts der wachsenden Akzeptanz von Selbsthilfe im Gesundheitsbereich möglicherweise nicht besonders erwähnenswert zu sein scheint. Die Praxis zeigt allerdings, daß der Einzug entsprechender Initiativen selbst in der reformfreudigen Aids-Krankenversorgung zunächst keineswegs überall auf Wohlwollen stieß. Die Öffnung für Selbsthilfegruppen hat daher durchaus innovativen Charakter, zumal dabei versucht wurde, eine neue Form der Zusammenarbeit zwischen professioneller und nicht-professioneller Hilfe zu erproben. Die Aids-Hilfe wird nicht einzig geduldet, sondern ebenfalls explizit in das Geschehen auf der Station einbezogen.

Zu ihrem Aufgabenfeld gehört: Unterstützung bei der Krankheitsver- und bearbeitung, Förderung des sozialen und kommunikativen Zusammenhalts der Patienten und Kompensation von Lücken der stationären Betreuung - insbesondere der an Kommunikation -, Vermittlung von "buddies" und Information über das Angebot an Hilfen im informellen Bereich: über Selbsthilfegruppen, informelle Dienste etc.

Um eine patientenorientierte Betreuung zu ermöglichen, wurde auch für notwendig gehalten, *Angehörigen* einen anderen Stellenwert einzuräumen als gemeinhin im Krankenhausalltag üblich. Auf Wunsch werden sie im Krankenhaus in die Pflege einbezogen. Das Stationspersonal steht ihnen jederzeit bei Fragen und Problemen zur Verfügung (auch nach dem Krankenhausaufenthalt) und will damit ihrer Bedeutung als "care giver" Rechnung tragen. Außerdem wurde *rooming-in* eingeführt, so daß Angehörige in Krisenzeiten oder in der Sterbephase im Krankenhaus übernachten und in der Nähe des Patienten bleiben können.

Andere Veränderungsmaßnahmen erstrecken sich auf den *Stationsbetrieb*. Er wurde soweit als möglich auf die Gewohnheiten und besonderen Lebensumstände

der Kranken abgestellt: Feste Weckzeiten wurden abgeschafft, bei der Organisation der Untersuchungen wird versucht, den Zustand und die Wünsche der Patienten zu berücksichtigen, was angesichts der aufwendigen Diagnostik und Therapie bei Aids nicht eben einfach ist. Alle Maßnahmen werden den Patienten vorher angekündigt, lehnen diese bestimmte Eingriffe ab, weil sie sich schlecht fühlen oder Zeit zum Überlegen brauchen, ob sie die Untersuchung/Therapie durchführen lassen möchten, wird das respektiert. Manche Untersuchungen werden aus solchen Gründen mehrfach verlegt und nur selten wird das Personal ungeduldig, auch dann nicht, wenn ein kompliziertes Terminarrangement vorausging.

Einer der auffälligsten Unterschiede im Vergleich zu anderen Bereichen der stationären Versorgung wird sichtbar, betrachtet man die *Interaktion der Mitarbeiter mit den Patienten*. Durchgängig wird deren "Subjektivität" zu respektieren versucht, wie in Kleinigkeiten sichtbar wird: Anklopfen beim Betreten eines Krankenzimmers ist selbstverständlich, ebenso dem Patienten nicht automatisch die Bettdecke wegzuzerren, wenn eine Spritze zu geben ist u. v. a. m. Respekt vor der Subjektivität schließt als weiteres Akzeptanz der homosexuellen Lebensweise der meisten der Patienten und ihres sozialen Umfeldes ein. Dazu gehört u. a., daß Lebenspartner und Wahlverwandte als Angehörige akzeptiert werden, was in vielen Bereichen der Krankenversorgung keineswegs selbstverständlich ist. Und ebenso gehört dazu, daß das Personal versucht, die Patienten in den Mittelpunkt des Interesses zu stellen und nicht die Erfordernisse des Stationsbetriebs. Nicht unerwähnt bleiben darf in diesem Kontext, daß auch die ärztliche Interaktion mit den Patienten einen anderen Charakter aufweist als gemeinhin üblich. Behandlung wird weniger gemäß der herkömmlichen Struktur der professionellen Interaktion als stellvertretende Entscheidungsübernahme, sondern als Aushandlung verstanden. Diese realisiert sich in Beziehungen zum Patienten, die nicht auf der Vorstellung eines Rationalitätsgefälles zwischen Wissenschaft und Alltag beruhen, sondern eine Demokratisierung der professionellen Expertise anstreben: z. B. werden Patienten konstruktiv in die Behandlungs- und Versorgungsplanung einbezogen, Entscheidungen nicht stellvertretend für sie, sondern gemeinsam mit ihnen gefällt, Behandlungsvorgänge transparent gemacht etc.

Außerdem wurden zahlreiche Umstrukturierungen vorgenommen, die zur *Sicherung größtmöglicher Lebensqualität* der Patienten beitragen sollen. Festschreibungen der Besuchszeiten wurden abgeschafft, Urlaubsregelungen

---

\* "Buddies" sind ehrenamtliche Mitarbeiter der Aids-Hilfe, die HIV-Positiven oder Aids-Kranken als Betreuer zur Verfügung stehen (Schäfer 1988). Sie sollen den Kranken während aller Phasen des Krankheitsverlaufs begleiten, ihn emotional und sozial unterstützen und bei der Krankheitsbewältigung und -verarbeitung behilflich sein, sei es durch Gespräche oder durch Hilfe bei Alltagsverrichtungen - kurz: sie sollen Ansprech- und Begleitperson beim Management des Krankheitsalltags sein.

werden so großzügig wie nur eben möglich gehandhabt und das Krankenhaus ist - so wurde bereits erwähnt - für Angehörige und ihre Aktivitäten und Anliegen offen.

Dazu gehört auch, daß besondere Vorkehrungen getroffen wurden, um die Patienten sobald als möglich entlassen zu können. An dieser Stelle ist in Erinnerung zu rufen, daß Krankenhausaufenthalte so kurz wie möglich gehalten werden sollen, weil sie - wie auch immer gestaltet - für autonomieeinschränkend und lebensqualitätsmindernd erachtet werden. Die Patienten sollen dem Modellkonzept zufolge deshalb sobald als möglich in die vertraute häusliche Umgebung zurückkehren. Um das allerdings bei einer so schwerwiegenden Krankheit wie Aids realisieren zu können, bedarf es einer Überwindung der insularen Arbeitsweise des Krankenhauses sowie der gewachsenen Desintegration von stationärer und ambulanter Versorgung und damit von Strukturdefiziten, die auch bei anders chronisch erkrankten Patienten einer kontinuierlichen Versorgung entgegenstehen. Die dazu ergriffenen Maßnahmen stellen eines der Kernstücke des Modells dar und könnten vorbildhaft für die Überwindung der hinlänglich kritisierten Probleme an dieser Schnittstelle sein. Sie reichen von einer Systematisierung und Neuorganisation des Entlassungsmanagements und der dazu notwendigen innerinstitutionellen Zusammenarbeit über die Koordination der disparaten Organisationsabläufe von stationären und ambulanten Versorgungsinstanzen bis hin zur Verdichtung der institutionsübergreifenden Kooperation auf der Ebene ärztlichen Handelns und der Einbindung des Krankenhauses in das Netz ambulanter pflegerischer und sozialer Dienste und informeller Hilfeangebote (siehe dazu Schaeffer 1993, Schaeffer/Moers 1992). Sie alle dienen dazu, flexible Übergänge zwischen intra- und extramuraler Betreuung zu schaffen, den Patienten Behandlungsbrüche und Versorgungsdiskontinuitäten bei dem Wechsel in die ambulante Versorgung zu ersparen und ihnen eine problemlose Rückkehr in die häusliche Umgebung zu ermöglichen.

Als weiteres wurden die *inhaltlichen Arbeitsbedingungen* auf den Stationen den Zielen des Modells entsprechend modifiziert. Als erstes sind in diesem Kontext die internen Kooperationsverhältnisse anzuführen. Angestrebt wird eine ineinandergreifende und darüber hinaus gleichrangige Zusammenarbeit der Berufe. Leitend für die Mitarbeiter ist der *''Teamwork-Gedanke''*. Um ihn zu realisieren, wurde eine neue Besprechungskultur eingeführt. Dazu gehört u.a., die Einrichtung einer einmal wöchentlich stattfindenden Arbeitsbesprechung aller an der Betreuung beteiligten Helfergruppen. Sie dient der internen Abstimmung und Koordination, der Erörterung drängender Probleme des Stationsalltags und der Schwierigkeiten des Innovationsmanagements. Über diese berufsübergreifenden Besprechungen hinaus gibt es auf berufsinterner Ebene gesonderte, häufiger stattfindende Arbeitskonferenzen, z.B. tägliche Ärztebesprechungen, ausführliche Schichtübergaben der Pflegekräfte etc. Auch sie sollen dazu beitragen, eine integrierte Arbeitsweise zu verwirklichen und die dazu notwendige Kommunikations- und Kooperationsdichte herzustellen.

Als zweites wurden die *Partizipationschancen* der im normalen Krankenhausalltag minderbewerteten Berufe verbessert. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, daß beispielsweise die Handlungsspielräume der Pflegekräfte breiter gesteckt sind als gewöhnlich und darüber hinaus ihre Entscheidungsbefugnisse erweitert wurden. Ähnliches gilt auch für die Sozialarbeiter.

Anzuführen sind jedoch auch andere Schritte. So wurde beispielsweise darauf bestanden, daß die Mitarbeit auf den Stationen freiwillig ist. Das mag lapidar erscheinen, doch ist in diesem Kontext daran zu erinnern, daß zu Beginn des Auftauchens von Aids vielerorts im professionellen Hilfesystem Aversion und Skepsis gegenüber dieser neuen Patientengruppe herrschte, was die Betreuung enorm erschwerte. Durch die Einführung des Prinzips der Freiwilligkeit wurde den Mitarbeitern eine bewußte Entscheidungsmöglichkeit für oder gegen die Arbeit mit diesen Patienten eingeräumt. Zugleich konnten solche Phänomene dadurch von vornherein ausgeschaltet und außerdem günstige Bedingungen für die Modellrealisierung geschaffen werden, denn die Mitarbeiter konnten sich so auch für oder gegen eine Beteiligung am Modellversuch entscheiden. Exemplarisch zeigt sich hier, wie Partizipation in diesem Modell zu realisieren versucht wurde: durch Schaffung von Selbstbestimmungsmöglichkeiten sowie von autonomieförderlichen und befriedigenden Arbeitsbedingungen.

Großer Wert wird deshalb auch auf einen sorgfältigen Umgang mit der "Ressource Arbeitskraft" und die Förderung der Mitarbeiter gelegt. Weil die Arbeit auf den Aids-Stationen als außerordentlich emotional belastend eingeschätzt wird, wurde eine für alle Teammitglieder offene Supervisionsgruppe eingerichtet. Sie wird von einem externen Supervisor durchgeführt und soll u.a. auch zur Förderung des sozialen Zusammenhalts der Mitarbeiter dienen. Auch die Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen wird für alle Mitarbeiter, also auch die Pflegekräfte, als zum Standard der Arbeit gehörend betrachtet, ebenso ihr Einbezug bei Außenpräsentationen des Modells und ihre Teilnahme an Kongressen (z.B. Aids-Tagungen), was im Alltag eine Reihe von organisatorischen und finanziellen Problemen aufwirft, die nicht einfach zu lösen sind. Alle diese Maßnahmen zeigen, daß bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen Kriterien der Gesundheitsförderlichkeit eine bedeutsame Rolle spielten.

Generell - so läßt sich zusammenfassen - wurde mit diesem Modell in ungeahnt flexibler Weise auf den durch HIV und Aids entstehenden Problemdruck reagiert und dabei ein Innovationspotential bewiesen, das speziell dem Krankenhaus lange Zeit abgesprochen wurde. Vor allem wird bedacht, daß patientenorientierte Betreuungskonzepte hierzulande seit langem gefordert werden, aber gerade im Bereich der Akutversorgung bislang kaum realisiert wurden, sind die in diesem Modell erbrachten Leistungen bemerkenswert. Ähnliches läßt sich auch in anderer Hinsicht konstatieren. Erinnerung sei daran, daß es sich hier um eine spontane Initiative handelt, die in Eigenregie der Mitarbeiter durchgeführt wurde. Daß sie dazu in der Lage waren, ist entscheidend darauf zurückzuführen, daß sie sich Pioniergeist zuzulegen vermochten und ihrem Handeln den Charak-



ter des Avantgardehaften verliehen. Beides ermöglichte ihnen, sich in die Rolle des change agents zu begeben, Neuland zu betreten und die damit verbundenen Unsicherheiten und Unwägbarkeiten abzufedern.

Mittlerweile existiert das Modell seit ca. sechs Jahren, verfügt über einen prominenten Ruf, nationale wie internationale Reputation und erfährt großen Zuspruch seitens der Patienten.

### **Erosionstendenzen**

Gleichwohl beginnen sich seit geraumer Zeit im Modellalltag Probleme abzuzeichnen:

Mit der Zunahme von Patienten schleichen sich bei allen Berufen vermehrt alte Handlungsroutrinen wieder ein. Beobachtbar ist auch eine Re-Hierarchisierung der Kooperation und eine Rückkehr zu traditionellen Delegationsverhältnissen. Mittlerweile gehen die Sozialarbeiter und Psychologen beispielsweise nicht mehr automatisch zu jedem neu aufgenommenen Patienten, sondern die Ärzte bestimmen, wann sie hinzugezogen werden.

Die Atmosphäre auf den Stationen hat sich merklich geändert: Pioniergeist, überaus hohes Engagement und Begeisterungsfähigkeit, die die Modellumsetzung in der Anfangszeit prägten, sind heute kaum mehr zu finden. Bei vielen Mitarbeitern zeichnen sich Ermüdungserscheinungen ab, bei anderen gewinnen utilitaristische Haltungen an Gewicht. Konkurrenzen und Konflikte unter den Berufen nehmen zu, insbesondere unter den nicht-ärztlichen Helfergruppen. Ihr Interesse gilt inzwischen weitaus mehr der inhaltlichen und organisatorischen Absicherung des jeweiligen Aufgabengebiets und der Festigung des eigenen Status als dem Ineinandergreifen ihres Handelns mit dem der anderen Helfergruppen.

Die Aktivitäten der informellen Helfer - insbesondere der Aids-Hilfen - sind deutlich weniger geworden, einige ihrer Hilfeangebote sang- und klanglos verschwunden. Im Stationsalltag sind sie noch präsent, spielen aber eine eher marginale Rolle.

Die Foren zur Regulation der Kooperation und der Innovationen entleeren sich auf befremdliche Weise. Die wöchentlichen Gesamtbesprechungen auf den Stationen werden fast nur noch von den Pflegekräften besucht. Auch die Supervision wird kaum noch in Anspruch genommen und ebenfalls nur noch von einigen wenigen Pflegekräften besucht. Die Ärzte bleiben ihr schon lange fern. Viele der Innovationen erscheinen ihnen mittlerweile zu zeitaufwendig. Speziell die nachrückenden Ärzte sehen durch sie Ressourcen gebunden, die sinnvoller eingesetzt werden könnten und unterlaufen sie stillschweigend. Unterschwellige und zuweilen offene Konflikte der nicht-ärztlichen Berufe mit Ärzten nehmen daher zu.

Auch bei den Patienten zeichnet sich neuerlich Unzufriedenheit ab. Aufgrund des guten Rufs, der dem Modell vorausseilt, stellen viele sich die Betreuung serviceorientierter vor. Die Stationsmitarbeiter hingegen sehen sich mit ihrer Meinung nach überaus hohen Ansprüchen konfrontiert und glauben sich mit einem Hotelbetrieb verwechselt. Andere Patientengruppen fühlen sich benachteiligt, so z.B. die Drogenabhängigen. Sie meinen, daß ihnen hier wie überall in den krankenversorgenden Einrichtungen wenig Verständnis bezüglich ihrer Drogenabhängigkeit und erst recht keine Permissivität entgegengebracht wird, denn Drogenbenutzung ist auf den Stationen strikt untersagt. Auch das stellt sich für die Mitarbeiter freilich anders dar: ihrer Sicht zufolge beginnen zunehmend mehr Patientengruppen "ihr" Modellkonzept zu unterminieren, allen voran die Drogenabhängigen, was bei den einen Ratlosigkeit und Überforderungsanzeichen, bei anderen unterschwellige Aggressionen oder zynische Haltungen, wie sie auch sonst im Krankenhaus zum Alltag gehören, hervorruft. Wie auch immer, all dieses zeigt, daß auch Konflikte und Reibereien zwischen Stationsmitarbeitern und Patienten zunehmen.

Nun stellt sich die Frage, wie erklärt sich all das? Haben wir es hier nur mit der durchaus vertrauten Erscheinung der Routinisierung von ehemals Neuem - also einem Prozeß der Veralltäglichen zu tun? Oder bestand das Modell mehr aus "Schein" denn aus "Sein"? Beides möchte ich verneinen und im folgenden nach Ursachen für die sich abzeichnenden Erosionstendenzen suchen, die bei Modellversuchen im Gesundheitswesen vielfach nach einer gewissen Zeit vorgefunden werden können und derzeit eine vertraute Erscheinung in allen Bereichen der Aids-Krankenversorgung sind.

## Ursachen

1. Zunächst einmal ist anzuführen, daß die imposante *Thematisierungskarriere*, die Aids durchlief, im Abflauen begriffen ist. Auch die Bereitschaft, sich für Aids und im Interesse von Aids zu engagieren, ist rückläufig: sowohl auf der Ebene der Professionals (nicht zuletzt, weil die durch Aids eröffneten Profilierungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind), als auch der Selbsthilfeorganisationen (sie befinden sich in einem Transformationsprozeß von Selbsthilfe- zu Wohlfahrtsorganisationen) und vor allem der Gesundheitspolitik. Beispielsweise sind viele staatliche Förderprogramme ausgelaufen, andere enden sukzessiv, womit viele Innovationen in diesem Versorgungsbereich gefährdet sind. Das gegenwärtige Absinken der politischen Handlungs- und Ausgabenbereitschaft verhält sich allerdings diametral zur realen Problementwicklung. Es vollzieht sich zu einem Zeitpunkt, an dem die Krankenzahlen - trotz der weniger dramatischen Entwicklung als zunächst angenommen - nach wie vor steigen, das ganze Ausmaß der Problematik im Versorgungsalltag überhaupt erst sichtbar wird und angesichts der Chronifizierung von Aids eine gänzlich andere Brisanz bzw. Gestalt entfaltet als zunächst vermutet (Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1992). All das wirkt sich nicht nur destabilisierend auf die motivationale Basis aus, sondern bedeutet

zugleich, daß eine patientenorientierte Betreuung und kontinuierliche Versorgung heute sehr viel schwerer zu realisieren ist, weil beispielsweise wichtige Dienste im ambulanten Bereich nicht mehr existieren und andere mangels Ressourcen nicht aufgebaut werden können. Solche Stagnationen notwendiger Strukturentwicklungen außerhalb des Krankenhauses zeitigen natürlich ihre Rückwirkung.

2. Gleichzeitig haben viele der Reformen heute ihren *innovativen Gehalt verloren*. So ist die von den Patienten geäußerte Kritik weniger auf gestiegene Erwartungshaltungen zurückzuführen - wie vermutet werden könnte -, sondern eher darauf, daß die Innovationen der Anfangszeit und gerade viele der "kleinen" Veränderungen sich mit der Normalisierung von Aids verschlissen haben und für die Patienten nicht mehr als solche erkennbar sind: z.B. symbolisiert eine offene Infektionsstation heute keine Permissivität oder Patientenorientierung mehr.

Das gleiche trifft im Hinblick auf die anvisierten Zielgruppen zu. Dem Modellkonzept liegt das Bild des informierten, aktiven und artikulationsfähigen Patienten zugrunde. Der Einfluß der zunächst hauptsächlich betroffenen überwiegend zur Mittelschicht zählenden Schwulen ist dabei evident. Die dadurch favorisierten Innovationen sind daher vielfach weniger aids- als mittelschicht- bzw. schwulenspezifisch und das erweist sich für andere Patientengruppen als hinderlich. Das trifft vor allem auf die Drogenabhängigen zu, deren Lebensweise und Krankheitsauffassung mit den Handlungsrouninen der Krankenversorgung nicht kompatibel ist. Ähnliches gilt auch für andere Patientengruppen, so z.B. für Frauen. Auf diese, wie auch auf jene Patientengruppen, die zunehmend in die krankenversorgenden Einrichtungen drängen seit Aids auch hierzulande den Weg in die unteren sozialen Schichten angetreten hat (Rosenbrock 1992), vermag das Modell nicht flexibel genug zu reagieren.

3. Insgesamt hat sich die Situation der krankenversorgenden Einrichtungen seit dem Auftauchen von Aids verändert. Die einzelnen mit der Versorgung von Aids-Patienten betrauten Versorgungsinstanzen sind heute damit konfrontiert, daß sich die Zahl der Patienten in den letzten Jahren merklich erhöht hat. Es kommen entsprechend den epidemiologischen Realitäten weitaus mehr Patienten in das Krankenhaus, sie kommen aufgrund der Weiterentwicklung der Therapeutik und der Chronifizierung der Krankheit häufiger sowie über einen längeren Zeitraum und sie kommen mit schwersten, heute aber im Gegensatz zur Anfangszeit medizinisch behandelbaren Krankheitsbildern. Verbunden damit haben sich die Anforderungen an die Einrichtungen gewandelt und dieses in quantitativer wie in qualitativer Hinsicht. Verstärkt wird das dadurch, daß sich die soziale Zusammensetzung der Patienten geändert hat. Notwendig wäre deshalb eine zweite Welle von Innovationen und eine Überprüfung der Problemangemessenheit der ursprünglichen Reformziele, wozu sich die Mitarbeiter aufgrund des gestiegenen Arbeitsdrucks bei gleichzeitig begrenzteren Ressourcen jedoch kaum in der Lage sehen.

4. Viele der sich heute abzeichnenden Schwierigkeiten sind jedoch nicht einzig dem Wandel des Aufgabenfelds geschuldet, sondern haben tieferliegende Ursachen. Aus professionsoziologischer Perspektive betrachtet ist zu konstatieren, daß die Modellkonzipierung und auch -umsetzung wesentlich, und wahrscheinlich zu wesentlich, durch die medizinische Profession determiniert sind. Wie oft bei Modellversuchen im Krankenhaus ging auch in diesem Modellversuch der *Veränderungsdruck* überwiegend von den *Medizinern* aus. Das In-eins-Fallen von medizinischem Autoritätsanspruch und faktischer Vormachtstellung der Medizin hat jedoch dazu geführt, daß schon bei der Problemdefinition die Interessen der anderen Helfergruppen nur in spezifisch gefilterter Form zugelassen wurden. Für viele Reformbemühungen ist das kontraproduktiv, wie insbesondere am Arbeitsfeld der Psychologen, Sozialarbeiter und informellen Helfer gezeigt werden kann (vgl. dazu Schaeffer/Moers 1992). Gleichwohl ist auch zu konstatieren, daß diese Helfergruppen Schwierigkeiten haben, von ihnen angestrebte Reformen adäquat zu realisieren und vor allem die beanspruchte Eigenständigkeit praktisch unter Beweis zu stellen, stattdessen in Konkurrenz zueinander treten und sich in Konflikte verstricken. Hier werden grundsätzliche Probleme des Zusammenspiels der Berufe im Gesundheitswesen deutlich, die mehr Aufmerksamkeit benötigen hätten, zumal im Reformprozeß sorgsam bewachte professions- und berufspolitisch bewachte Zuständigkeiten berührt werden. Auch die vielfach auf Professionalisierungsdefiziten basierenden Handlungs- und Kooperationsprobleme der sogenannten "schwachen" Professionen (Freidson 1986), wie den psychosozialen Helferberufen und der Pflege, bedürfen bei Innovationsversuchen wesentlich mehr Beachtung als es zumeist geschieht.

5. Andere der heute sichtbar werdenden Probleme sind darauf zurückzuführen, daß viele der Innovationen in ihrer eigentlichen Brisanz bzw. Tragweite verkannt und bei der *Umsetzung* zu *naiv* angegangen wurden. Das gilt vorrangig für die Modifikationen der inhaltlichen Arbeitsbedingungen und der Kooperationsverhältnisse. Beispielsweise impliziert eine gleichrangige Zusammenarbeit der Berufe - Teamwork - , daß diese in einem nicht-hierarchischen Delegationsverhältnis zueinander stehen. Eine entsprechende Umstrukturierung, die freilich die institutionell sanktionierte Ordnungsstruktur und auch die Hierarchie der Berufe im Krankenhaus berührt hätte, erfolgte allerdings nicht und im übrigen ist fraglich, ob sie überhaupt möglich gewesen wäre. Auch auf den Aids-Stationen haben die Mediziner also die ranghöchste Position und ebenso die Definitionsmacht; und der Ablauf der Arbeit ist hier wie überall im Krankenhausbereich durch die medizinischen Behandlungserfordernisse strukturiert, was sich immer restringierender auf die Reformbestrebungen auswirkt, seit die Handlungsmöglichkeiten der Medizin steigen. Solange aber die Arbeits- und Kooperationsbedingungen durch die Vormachtstellung der medizinischen Profession bestimmt sind und sich die Handlungsbedingungen der anderen Berufe an professionsfremden Erfordernissen (nämlich denen der Medizin) ausrichten, kann sich Gleichrangigkeit bestenfalls auf den Umgangston bezie-

hen, nicht aber auf die realen Arbeits- und Kooperationsverhältnisse. Ähnliches gilt auch für andere Veränderungen der inhaltlichen Arbeitbedingungen und der Kooperationsverhältnisse. Viele von ihnen haben faktisch lediglich den Charakter einer Liberalisierung für obsolet erachtete Modalitäten der Arbeitsorganisation.

6. Andere Reformen wurden nicht genügend konsequent umgesetzt, wie ich noch einmal exemplarisch an der Kooperation aufzeigen möchte. Auch die Realisierung einer ineinandergreifenden und integrierten Zusammenarbeit der Berufe hätte einer tiefergreifenderen Umgestaltung der Organisation der Arbeit bedurft als sie faktisch geschah. Eine einmal wöchentlich stattfindende Besprechung ist weitaus zu wenig, um die Leistungen der unterschiedlichen Helfergruppen auf den Stationen aufeinander abzustimmen. Daß selbst diese Besprechung abzublättern droht - eine Erfahrung, die auch in anderen Modellversuchen gemacht wird - ist nicht zuletzt auf *allzu großen Umsetzungspragmatismus* zurückzuführen: Eine ohnehin einmal wöchentlich stattfindende Besprechung aller Pflegekräfte wurde schlicht und ergreifend verlängert. Das erscheint auf den ersten Blick praktisch, kollidiert aber mit der beibehaltenen Hierarchie der Berufe. So nimmt nicht wunder, daß sich nach kurzer Zeit die alte Funktion der Besprechung wieder durchsetzt und sich nur noch die Pflegekräfte einfinden. Ein Forum zur Regulation der Kooperation aller Helfergruppen hätte so organisiert sein müssen, daß seine Funktion eindeutig erkennbar gewesen wäre, die Teilnahme für alle unverzichtbar und seine Bedeutung für den Reformprozeß deutlicher gewesen wäre.

Ähnliches gilt für viele andere Reformelemente, so z.B. für die Eingliederung der neuen Helfergruppen in den Stationsalltag und das bestehende Gefüge der Arbeitsteilung der angestammten Berufe. Im Modellalltag ist heute unübersehbar, daß es nicht reicht, einzig Raum für neue Betätigungsmöglichkeiten zu schaffen, diese müssen auch mit den Leistungen der anderen Berufe abgestimmt und in bestehende Ordnungsstrukturen integriert werden. Sonst kommt es über kurz oder lang zu Diffusionen, Überschneidungen der Arbeitsgebiete und in der Folge zu Konkurrenzen und Konflikten.

7. So richtig und sinnvoll es war, das Dienstangebot der Stationen zu erweitern, hätte den daraus erwachsenen Konsequenzen mehr Beachtung geschenkt werden müssen. Beispielsweise fehlt es für einzelne Angebote oder zu ihnen gehörende Aufgaben an einem *durchgängigen Konzept* und adäquaten Umsetzungsvorstellungen. Aufgrund dieses Mangels bleibt es bei vielen Aufgaben den einzelnen Mitarbeitern überlassen, *wieweit* sie sich ihr stellen und ebenso *wie* sie sie realisieren. Beispiele dafür stellen die Sterbebegleitung, Angehörigenarbeit etc. dar - samt und sonders Aufgaben, für die es auch in den theoretischen Diskursen an konzeptueller Klarheit mangelt und bei deren Realisierung in der Praxis Neuland zu betreten ist.

Mehr noch aber wurden auch hier die arbeitsorganisatorischen Folgen unterschätzt, wie am Beispiel des rooming-in illustriert werden kann. Rooming-in wurde lediglich gewährt, ohne als Angebot aber strukturell verankert zu werden und ohne die Arbeitsorganisation auf dieses Serviceangebot abzustellen. Bei steigendem Arbeitsdruck fühlen sich die Mitarbeiter daher überfordert, auch noch die mit Übernachtungen von Angehörigen auf sie zukommenden Belastungen zu bewältigen.

Vergleichbares läßt sich für etliche Maßnahmen zur Realisierung einer patientenorientierten Betreuung feststellen, z. B. halten auch die Systematisierung des Entlassungsmanagements und die Bemühungen um Verzahnung mit der ambulanten Versorgung den zunehmenden Patientenzahlen nicht stand. Seinen Grund hat das darin, daß die neuen, zweifelsohne wesentlich arbeits- und zeitaufwendigeren Entlassungs- und Patiententransfer-Prozeduren vorrangig auf einer Veränderung gängiger Kooperationsmodi basieren. Da diese organisatorisch und strukturell nicht hinreichend abgesichert wurden, sind sie zu labil, um dauerhaft aufrechterhalten werden zu können. Weil gleichzeitig die Verweildauer heute deutlich kürzer ist und Aids-Patienten auch mit schwersten Krankheitsbildern der Obhut ambulanter Betreuungsinstanzen überlassen werden, wirkt sich dieser Mangel spürbar aus. Der Übergang in die ambulante Versorgung ist zunehmend mehr mit Problemen behaftet, die auch sonst an dieser Schnittstelle zwischen intra- und extramuraler Versorgung zu verzeichnen sind (Schaeffer 1990).

8. Diese Beispiele sind bereits ein Indiz für das, was als eines der zentralen Probleme einzuschätzen ist. Viele der Innovationen sollen vornehmlich durch eine *Modifikation von herkömmlichen Handlungspraktiken* erfolgen, nämlich einer Intensivierung als unzureichend erkannter Kooperations- und Interaktionsgewohnheiten. Eine Veränderung von Handlungsroutinen bedarf allerdings auch damit konform gehender Modifikationen der *Handlungsvoraussetzungen*. Notwendig wäre also - das sei noch einmal explizit betont - eine konsequentere reformadäquate Umgestaltung der Arbeitsorganisation bzw. der Strukturen der Krankenbehandlung und eine bessere Absicherung der Innovationen gewesen. Daß diese unterblieben, ist im Alltag folgenreich, denn dadurch existieren traditionelle Strukturen der Krankenbehandlung und neue konträr zu ihnen liegende nebeneinander. Da letztere nicht hinreichend verankert sind und außerdem tendenziell in Widerspruch zu den institutionell sanktionierten Strukturen der Krankenbehandlung stehen, können sie auf Dauer nicht aufrechterhalten werden. Erst recht bei steigenden Anforderungen (wie sie hier durch die Zunahme der Patienten und schwerster Krankheitsbilder, den Wandel der Krankheit und des Krankheitsverlaufs hervorgerufen werden), gewinnen dann eigentlich für obsolet erachtete Handlungsweisen und traditionelle Formen der Betreuung die Oberhand.

Den Mitarbeitern beschert diese Koexistenz zudem ein auf individueller Ebene kaum lösbares Dilemma. In der Praxis - so wurde hier am Beispiel des rooming-in angedeutet - kommt es dadurch zu einer Dopplung der an die Berufe gestellten

Arbeitsanforderungen, doch ebenso zu Orientierungsschwierigkeiten: Weil traditionelle und neue Formen der Krankenbehandlung auf divergenten Handlungsmaximen basieren, wissen die Mitarbeiter im Alltag oft nicht, welcher der divergenten Handlungsmaximen sie folgen sollen und verbunden damit, welcher Arbeitsanforderung sie prioritär nachkommen sollen. Folgen sie den traditionellen, geraten sie in Konflikt mit Reformbestrebungen. Folgen sie aber den Reformbestrebungen, vernachlässigen sie die durch den Normalbetrieb an sie gestellten Aufgaben und bewegen sich außerdem auf unsicherem Fundament, da die Innovationen nicht hinreichend abgesichert sind. Auszehrungstendenzen, Ermüdungserscheinungen und Motivationsverluste sind vornehmlich auf diese diffusen Handlungsbedingungen zurückzuführen und weniger auf Belastungen, die aus schwierigen Patientenproblematiken erwachsen, wie durch die neuere Burn-out-Forschung bestätigt wird (Kleiber/Enzmann 1992). Nebenbei bemerkt ist dieses auch einer der Gründe dafür, daß Supervisionsangebote im Krankenhaus sich so rasch leerlaufen. Es sind weniger die Patienten und auch nicht die Kollegen, die die Krankenhausmitarbeiter belasten und die thematisch im Mittelpunkt von Supervision stehen. Vielmehr sind es die diffusen und nicht mit den Arbeitszielen konform gehenden Handlungsbedingungen sowie die Schwierigkeiten einer adäquaten und mit dem eigenen Berufs- und Aufgabenverständnis in Übereinstimmung stehende Aufgabenrealisierung, die zu Überstrapazierungen führen. Das gilt insbesondere für die nicht-ärztlichen Berufe, die in berufsübergreifenden Supervisionen auch stets übrigbleiben.

9. Insgesamt - so kann daraus geschlossen werden - ist die Realisierung der Reformelemente zu sehr dem *personalen Handlungsvermögen überlassen* und ist damit in zu hohem Maß von der Verfügbarkeit an Energie und von der individuellen Leistungs- und Belastungskapazität der Akteure abhängig. Diese Beobachtung kann in diesem wie auch in vielen anderen Modellversuchen gemacht werden - egal, ob sie im Bereich der Aids-Krankenversorgung oder sonstwo angesiedelt sind. Große und in der Regel allzu große Last wird auf die Schultern der Akteure gelegt und die Organisations- und Strukturentwicklung dabei vernachlässigt. Die daraus erwachsenen Probleme vermögen personalentwickelnde Maßnahmen nicht zu regulieren und auch nicht die damit einhergehenden Defizite zu kompensieren. Sie tragen ohne Zweifel dazu bei, den auf den Individuen lastenden Druck zu mildern und den Reformprozeß zu unterstützen. Mangelt es aber an flankierenden Organisations- und Strukturveränderungen, haben sie bestenfalls temporäre Wirksamkeit und degenerieren dann häufig zu bloßen Entlastungs- ja sogar Befriedungsinstrumenten, wie im Bereich der Aids-Krankenversorgung exemplarisch zu lernen ist (Schaeffer 1992). Zu lernen ist auch, daß diese Maßnahmen auch in anderer Hinsicht nur bedingt tauglich sind: sie vermögen - extern angesiedelt - nicht als Strukturierungs- und Steuerungshilfe im Reformprozeß zu fungieren, was aber insbesondere dann erforderlich ist, wenn die Anfangseuphorie der Mitarbeiter verraucht ist und all jene Probleme auftauchen, die mit Umsetzungsdefiziten bzw. -hindernissen und der Veralltäglichen von Reformen einhergehen.

10. Trotz der in diesem Modell unter Beweis gestellten Reformfreudigkeit zeigen die hier gesammelten Erfahrungen also einmal mehr, wie leicht Innovationsversuche zu entgleisen drohen, verfügen sie nicht über eine *Umsetzungsbegleitung* bzw. richtiger gesagt, eine reagible Steuerungshilfe im Prozeß der Implementation und des alltäglichen Modellvollzugs - eine Erkenntnis, die keineswegs neu ist (Mayntz 1983). Gerade in reformresistenten Bereichen wie dem Krankenversorgungswesen genügt es nicht, auf spontane Gestaltungskraft, Pioniergeist, hohes Engagement und Selbstregulationsfähigkeit zu vertrauen - Faktoren, die in diesem Modell allesamt vorbildhaft ausgebildet waren und zweifelsohne wichtige Voraussetzungen für ein Gelingen von Innovationsvorhaben darstellen. Und ebenso genügt es nicht, wie zu sehen war, einzig auf personalentwickelnde Maßnahmen zu setzen. Vielmehr ist offenkundig eine Steuerungshilfe im Reformprozeß notwendig<sup>5</sup>, die von Beginn an Sorge für ein konsequentes und systematisches Innovations- und Implementationsmanagement und eine zielkonforme Modellrealisierung trägt, weil sonst - wie oft bei Innovationsversuchen im Gesundheitswesen bilanziert (Shadish 1990, v. Troschke et al. 1990) - rasch Fehlentwicklungen entstehen und unversehens die eigentlichen Intentionen aus den Augen geraten (Schaeffer 1991). Das gilt um so mehr für Insellösungen, bei denen inmitten einer anders strukturierten Organisation ein tendenziell konträr liegendes Betreuungskonzept erprobt wird. Hier bedarf es besonderer Sorgfalt, um das Wechselspiel von Reformbestrebungen und gewachsenen Strukturen im Sinn der Reformziele zu steuern und Fehlentwicklungen zu umgehen.

Eine solche Implementationsbegleitung und -steuerung hätte *auch*, aber *nicht vorrangig* auf Handlungsprobleme auf personeller Ebene einzuwirken, sondern vor allem auf notwendige Organisations- und Strukturveränderungen zu drängen und sich auf Absicherungsmaßnahmen des Reformprozesses zu konzentrieren. Innovationen werfen immer - das sei ausdrücklich betont - auf allen drei Ebenen, sowohl auf personeller, wie auch auf organisatorischer und struktureller Ebene, Schwierigkeiten auf und machen auf allen drei Ebenen gleichermaßen Veränderungen und Umstellungen erforderlich. Unbestritten ist, daß sie speziell auf der Akteursebene genügend Raum für Lernprozesse benötigen, damit sich die Mitarbeiter in die Rolle als change agent einfinden, abstützendes Wissen aneignen, Kompetenzdefizite ausgleichen, die Modellumsetzung reflektieren und gegebenenfalls korrigieren können etc. Nicht minder große Aufmerksamkeit, wenn nicht gar größere aber sollte der organisatorischen und strukturellen Ebene zuteil werden. Einerseits stoßen Innovationen hier meist auf zahlreiche, in ihrer Tragweite meist verkannte Passungsprobleme und Implementationshemmnisse. Werden diese nicht ausgeräumt oder im Sinn der Reformziele re-

---

<sup>5</sup> Für solche Aufgaben fehlt es offenkundig noch an geeigneten Konzepten. Modell- und Innovationsversuche nicht einzig auf ihre Wirksamkeit, sondern auch auf die Konturierung möglicher Steuerungshilfen hin zu untersuchen, um so auf induktive Weise Aufschlüsse zu erlangen, wie sie beschaffen sein müßten, wäre eine sinnvolle und hierzulande zweifelsohne vernachlässigte Aufgabe.



guliert, zeitigen sie alsbald ihre Rückwirkung auf die Akteursebene und türmen sich hier zu schier unüberwindlichen Handlungsproblemen auf, die sich restringierend auf den Reformprozeß auswirken und zudem ein erhebliches Belastungspotential in sich bergen, weil sie auf der Akteursebene bestenfalls kompensierbar, aber nicht lösbar sind. Hinzu kommt ein grundsätzlicher Aspekt: Organisations- und Struktureigenschaften bzw. -gegebenheiten beeinflussen - wie zu sehen war - unvermeidbar das Handeln der Akteure. Sind sie gegenläufig zu den Reformzielen, können Innovationen nicht stringent aufrechterhalten werden und stellen sich ebenfalls alsbald Probleme im Modellalltag und in der Regel auch Überlastungserscheinungen ein.

Sollen also Innovationen längerfristig aufrechterhalten werden können und Überforderungen der Akteure vermieden werden, ist die Schaffung und Absicherung reformadäquater Handlungsbedingungen unabdingbar, zumal auch nur dann sichergestellt ist, daß auf sich zumeist über kurz oder lang einstellende Situations- und Anforderungsveränderungen flexibel reagiert werden kann. Unterbleiben die dazu notwendigen Organisations- und Strukturentwicklungen und wird vornehmlich auf die Akteure eingewirkt, werden plötzlich die Menschen zum Problem und nicht die eigentlich als modifikationbedürftig erachteten Verhältnisse.

## Literatur:

- 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. (Hg.): Aids-Krankenversorgung. Berlin: Sigma, S.306-317
- Freidson, E. (1986): Professional Powers. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge. Chikago, London: The University Press
- Kleiber, D., Enzmann, D. (1992): Arbeitssituation und Burnout bei Beschäftigten im Aids-Bereich. Berlin: SPI, unveröff. Manuskript, 23 S.
- Illsley, R., Jamieson, A. (1988): Hindernisse und positive Einflußfaktoren auf die Implementierung von Versorgungsprogrammen. In: Baltes, M., Kohli, M., Sames, K.: Erfolgreiches Altern- Bedingungen und Variationen. Bern, Stuttgart, Toronto: Hans Huber, S.155-161
- Mansel, J., Hurrelmann, K. (1992): Belastungen Jugendlicher bei Statusübergängen. Eine Längsschnittstudie zu psychosomatischen Folgen beruflicher Veränderungen. ZfS, 21, 5, S.366-384
- Mayntz, R. (Hg.) (1983): Implementation politischer Programme II. Ansätze zur Theoriebildung. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Rosenbrock, R. (1992): Aids: Fragen und Lehren für Public Health. Argument Sonderband AS 198. Jahrbuch für kritische Medizin 19 " Wer oder was ist "public health"?" Berlin, S.82-114
- Schäfer, I. (1988): Die Deutsche Aids-Hilfe. Ihre Aktivitäten, Präventionsstrategien und Kooperationsansätze. In: Faltermaier, J./ Senger et al.: Aids und soziale Arbeit. S.A.I.23. Frankfurt a.M., S.65-77
- Schaeffer, D. (1990): Das Krankenhaus und seine Bedeutung für die Versorgungsverläufe alter Menschen. Medizin, Mensch, Gesellschaft, 15, 3, 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): (Aids)-Supervision und professionelles Handeln. *Zeitschrift für Supervision*, 21, S.10-27
- Schaeffer, D. (1993): Integration von stationärer und ambulanter Versorgung. Erscheint in: Badura, B., Feuerstein, G., Schott, T.(Hg.): *Arbeit, Technik und Patientenorientierung im Krankenhaus*. München: Juventa
- Schaeffer, D., Moers, M. (1992): Professionelle Versorgung von HIV- und Aids-Patienten. Zwischenbericht des Projekts "Versorgung und Betreuung von Patienten mit HIV-Symptomen. Präventive Potentiale kurativer Institutionen". WZB-Paper, P.90-208. Berlin: WZB
- Schaeffer, D., Moers, M., Rosenbrock, R. (1992): Aids-Krankenversorgung zwischen Modellstatus und Übergang in die Regelversorgung. In: Schaeffer, D., Moers, M., Rosenbrock, R. (Hg.): *Aids-Krankenversorgung*. Berlin: Sigma, S.11-25
- Shadish, W.R. (1990): Amerikanische Erfahrungen mit der Evaluation von Sozial- und Gesundheitsprogrammen. In: Koch, U., Wittmann, W. (Hg.): *Bewertungsgrundlage von Sozial- und Gesundheitsprogrammen*. Berlin, Heidelberg: Springer, S.159-182
- v. Troschke, J. et al. (1991): Die gemeindenahe Begleitforschung der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP). In: Koch, U., Wittmann, W. (Hg.): *Bewertungsgrundlage von Sozial- und Gesundheitsprogrammen*. Berlin, Heidelberg: Springer, S.227-248