

Die Bedeutung niedergelassener Ärzte für die Herstellung von Versorgungskontinuität bei Patienten mit HIV-Symptomen

Martin Moers und Doris Schaeffer

Unsere Ausführungen¹ beschäftigen sich mit einem Problem, das nicht nur bei HIV und Aids, sondern bei allen chronischen Krankheiten Relevanz besitzt und zunehmend mehr sozialpolitische Brisanz entwickelt. Längst besteht Konsens darüber, daß alle diese Erkrankungen

- einer genügend umfassenden, integrierten und vor allem: *kontinuierlichen* Versorgung bedürfen und
- die häusliche Umgebung, das »Zuhause« der Patienten, der eigentliche Ort der Krankheitsbewältigung sein sollte (Strauss/Corbin 1988).

In der Praxis sind Bemühungen um die Herstellung einer ineinandergreifenden und lückenlosen Versorgung und einen Verbleib in der häuslichen Umgebung jedoch vor Schwierigkeiten gestellt. Die seit den siebziger Jahren erfolgende Ausweitung der ambulanten Versorgung erleichterte die Versorgung chronisch Kranker zwar, veränderte sie aber nicht grundlegend. Entscheidend kommt es für eine adäquate und der Verlaufsdynamik chronischer Krankheiten entsprechende Betreuung darauf an, »daß die unterschiedlichen Versorgungsarten (professionelles Krankenversorgungssystem, professionelle psychosoziale bzw. soziale Hilfe und nichtprofessionelles Bewältigungshandeln) zu drei Säulen der ambulanten Versorgung im Sinn tendenziell gleichberechtigter Versorgungssysteme aufgebaut werden« (Endbericht der GKV-Enquête-Kommission 1990, S. 115). Eine entsprechende Umstrukturierung der ambulanten Versorgung fand jedoch nicht statt. Nichtmedizinischen und nichtprofessionellen Hilfen wird nach wie vor zu wenig Bedeutung beigemessen. Nach wie vor auch können ein-

1 Unsere Überlegungen gehen zurück auf eine am WZB durchgeführte und vom BMFT und dem Berliner Senator für Wissenschaft und Forschung geförderte Studie über die »Versorgung und Betreuung von Patienten mit HIV-Symptomen im Berliner Gesundheitswesen. Präventive Potentiale kurativer Institutionen«. Sie sieht eine Evaluation der Aids-Krankenversorgung und der hier erprobten Innovationen vor. Bei unseren Ausführungen greifen wir auf Datenmaterial zurück, das wir aus einer Befragung von 28 Ärzten gewonnen haben. Die Daten wurden mittels leitfadensstrukturierter Interviews erhoben und textanalytisch ausgewertet.

ser Funktion im allgemeinen nur unzureichend nachkommen. Versorgungsmanagement als Aufgabe des Arztes - diese Sicht scheint hierzulande bislang noch weitgehend unüblich zu sein und an mangelnden Konzepten zu scheitern, wie dieses im einzelnen geschehen könnte.

Im Bereich der Aids-Krankenversorgung wurde von vornherein das Ziel verfolgt, die ärztliche Versorgung um versorgungsorganisatorische Aufgaben zu erweitern (Endbericht der Aids-Enquête-Kommission 1990, S. 680). Vermutlich sind im Aids-Bereich daher Hinweise zu finden, wie die Ärzte diese Aufgabe wahrnehmen könnten. Diese herauszuarbeiten und auf ihre Tragfähigkeit zu überprüfen, ist Anliegen unserer Ausführungen. Zunächst wird gefragt, was HIV- und Aids-Patienten aus der Sicht niedergelassener Ärzte auszeichnet, wodurch sie sich von anderen Patienten unterscheiden und welche Anforderungen sie an das Handeln des niedergelassenen Arztes und das Management seiner Praxis stellen. In einem zweiten Schritt untersuchen wir, wie diese Anforderungen praxisorganisatorisch und kooperativ bewältigt werden. Dann wechseln wir die Perspektive und bilanzieren, was das für die Patienten und für ihren Weg durch die versorgenden Instanzen bedeutet.

Aids-Patienten in der Praxis des niedergelassenen Arztes

Befragt man niedergelassene Ärzte, die Aids-Kranke behandeln, danach, was diese von anderen Patienten unterscheidet, so wird man zunächst feststellen, daß Aids-Patienten ein besseres Ansehen genießen, als ein Blick in die Literatur vermuten läßt (exemplarisch Lauenburg u. a. 1990). Ärzte, die nur wenige Aids-Kranke zu ihrer Klientel zählen, schätzen sie u. a. deshalb, weil sie jung sind und andere biographische Voraussetzungen mit sich bringen als das Normalklientel vieler Praxen, in denen vielfach ältere und alte Patienten dominieren. Ärzte, die überwiegend Aids-Patienten behandeln, sehen sich durch deren besondere Situation gefordert. Doch nicht allein aus diesen Gründen sind Aids-Kranke willkommene Patienten, sondern auch, weil sie medizinisch interessant sind. Aids ist noch immer eine relativ neue Krankheit - eine Krankheit, die sozusagen die Monotonie des Alltags unterbricht. Dieses wird durch die Spezifik des Krankheitsverlaufs verstärkt. Die rasch wechselnden Krankheitsbilder und die plötzlichen Veränderungen des Gesundheitszustands sperren sich einem routinierten Zugriff und dieses stellt für Aids behandelnde Ärzte eine fachliche Herausforderung dar.

das Wissen über Aids einer raschen Expansion unterliegt und sich Therapieschemata für die einzelnen Erkrankungen sehr schnell ändern, so daß der Arzt nicht nur gezwungen ist, sich kontinuierlich durch eine wahre Flut neuer Erkenntnisse hindurchzuarbeiten, sondern auch, seine Behandlungspraxis immer wieder dem neuesten Erkenntnisstand anzupassen und sie unter Umständen sogar völlig umzustellen. All dies verlangt ein hohes Maß an Flexibilität, und auch - das darf nicht unterschätzt werden - an Kapazität.

Als weiteres kommt hinzu, daß der medizinische Behandlungsaufwand außerordentlich hoch ist und sich im Verlauf der Krankheit erheblich steigert. Auch hier ist es nicht allein die Quantität, sondern die Qualität der Behandlungserfordernisse, die schwierig zu bewältigen sind. Ein Beispiel, an dem dies verdeutlicht werden kann, ist die Zytomegalie-Retinitis. Zur Verhinderung von Erblindung verlangt sie eine Dauerbehandlung mit bis zu zwei Infusionen täglich. Die täglichen Infusionen würden im Normalfall eine Einweisung ins Krankenhaus nach sich ziehen. Soll die Behandlung ambulant erfolgen, sind die Ärzte gezwungen, die gesamte Organisation ihrer Praxis umzustellen, benötigen beispielsweise zusätzlichen Raum und Personal, um die Infusionen durchführen zu können. Außerdem müssen sie dafür sorgen, daß die Behandlung auch am Wochenende erfolgen kann und das bedeutet, daß die Praxis auch an diesen Tagen geöffnet sein muß. Hier wird sichtbar, daß eine ambulante krankheitsangemessene ärztliche Behandlung bei Aids vielfältige Konsequenzen nach sich zieht.

Etwa ähnlich problematisch stellt sich die Betreuung der Patienten dar, wie am Beispiel der Hausbesuche deutlich gemacht werden kann. Hausbesuche sind im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit fast immer nötig, jedoch mit den Geboten eines rationellen Praxismanagements nur schwer vereinbar. Vor allem, wenn *tägliche* Hausbesuche erforderlich sind, stoßen die Ärzte alsbald an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit. Denn zumeist rekrutiert sich das Aids-Klientel nicht aus dem unmittelbaren regionalen Umfeld der Praxis, so daß der Arzt - zumal wenn er mehrere Patienten zu betreuen hat - kreuz und quer durch die ganze Stadt fahren muß, und dazu sieht er sich auch bei einer optimal organisierten Praxis nicht in der Lage. Mit ironischer Verzweiflung schilderte uns ein Internist seine Situation:

»Einer wohnt in [der] Stadtrandstraße, ... wenn ich den Namen höre, Stadtrandstraße, krieg' ich schon einen Schauer.« (A 6; 35/41-44)

Viele Ärzte versuchen deshalb, durch geschickte Praxisorganisation die Zahl der Hausbesuche so gering wie möglich zu halten, obschon dieses

steten Situation der Kranken nur teilweise für möglich gehalten wird. Gleichzeitig aber absorbiert die psychosoziale Betreuung Zeit und Energie: Die Ärzte müssen sich auf die jeweilige individuelle Lebenssituation einstellen und über Probleme und Problemlagen nachdenken, die nicht den Bereich unmittelbarer medizinischer Intervention betreffen. Ebenso müssen sie eine ausführlichere (Sozial-)Anamnese machen, als es sonst üblich ist. Denn um eine adäquate psychische und soziale Begleitung leisten zu können, ist eine möglichst genaue Kenntnis der Lebenssituation der Patienten notwendig.

Versorgungssteuerung

Über all das hinaus sind Aids-Kranke versorgungsintensive Patienten. Im Verlauf der Krankheit werden mehrfach Krankenhausaufenthalte erforderlich, bei denen ein komplikationsloser und ineinandergreifender Wechsel zwischen ambulantem und stationärem Sektor notwendig ist, sollen folgenreiche Behandlungs- und Versorgungsbrüche vermieden werden. Fast immer muß irgendwann Fremdhilfe hinzugezogen werden, wird eine Haushaltshilfe und ambulante Pflege nötig, bedarf es weiterer Dienste (z. B. fahrbarer Mittagstisch, Fahrdienste).

All diese Versorgungsanstrengungen bedürfen der Mitwirkung des niedergelassenen Arztes, denn er ist - so hatten wir eingangs betont - per Gesetz eine der wichtigsten zuweisenden Instanzen. Dabei ist es nicht nur die Vielzahl der benötigten Dienste und Maßnahmen, die das Versorgungsmanagement für ihn zu einer beträchtlichen Arbeit macht, sondern mehr noch die Tatsache, daß die Bereitstellung einer krankheitsangemessenen Versorgung von Aids-Patienten auf Strukturdefizite im Gesundheitswesen stößt. Allein geeignete Pflegeanbieter zu finden erweist sich oft als ein nahezu aussichtsloses Unterfangen. Aids-Patienten stellen diese - weil es sich um Schwerstkranke handelt, deren Betreuung mit den regulären Kostensätzen nicht zu gewährleisten ist (Garms-Homolová/Schaeffer 1991) - vor Kapazitäts- und Kostenprobleme und gehören deshalb bei den meisten Pflegeanbietern nicht eben zu den willkommenen Patienten. Ist dennoch eine Pflegeeinrichtung gefunden, so erweist sich die Aufrechterhaltung der Versorgung über kurz oder lang als nicht minder problematisch. Denn in der Regel werden Dienste länger und umfangreicher benötigt, als die gesetzlichen Regelungen es vorsehen. Verhandlungen mit den Kostenträgern, Gutachten, die Suche nach Sonderlösungen etc. gehören

Bei Aids-Patienten kommt eine ganze Reihe von krankheitsspezifischen Faktoren hinzu. Aufgrund der Komplexität der Krankheitsbilder ist die ärztliche Betreuung sehr umfangreich, ohne daß die erhöhte Konsultationszeit in Rechnung gestellt werden kann. Diagnose und Therapie sind kompliziert, erfordern unter Umständen - wie wir gezeigt haben - Umstellungen der gesamten Praxisorganisation, Einsatz zusätzlicher Kräfte etc. Ärzte, die sehr viele Aids-Patienten zu ihrer Klientel zählen, betonen ausdrücklich, daß deren Betreuung außerdem mit einem hohen Maß an bürokratischer Zusatzarbeit verbunden ist. So belasten beispielsweise die sehr teuren Medikamente den Verschreibungsdurchschnitt, und das zieht häufig Auseinandersetzungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen nach sich.

Solche Auseinandersetzungen werden nicht nur als unbezahlte Mehrarbeit empfunden, sie minimieren auch die Zeit für die Patienten, treiben den Ärzten zufolge die Verbürokratisierung ärztlichen Handelns voran und sind dazu noch belastend. Betont wird, daß selbst bei Sondervereinbarungen mit den Krankenkassen die Behandlung von Aids-Patienten nicht kostendeckend ist.

Psychische Belastung des Arztes

Als letztes ist zu erwähnen, daß Aids-Patienten für den behandelnden Arzt eine psychische Belastung darstellen, auch wenn er sich der Arbeit mit ihnen - aus welchen Motiven auch immer - verschrieben hat. Bei keiner anderen Patientengruppe erlebt er solche Ohnmachtsgefühle. In jedem Fall bleibt der Erfolg seiner Bemühungen beschränkt, ist unausweichlich, daß sich der Zustand des Patienten über kurz oder lang verschlechtert und er stirbt.

»Es gibt immer nur eine kleine Gruppe von Ärzten, die . . . sterbende Patienten ertragen können . . . - viele können mit Mißerfolg, also es ist ja gar kein Mißerfolg aber [sie] empfinden es als persönlichen Mißerfolg, wenn ein Patient stirbt unter ihren Augen und sie können nichts dagegen machen.« (A 11; 11/59-12/9)

Damit ist ein grundsätzliches Problem der ärztlichen Profession angesprochen: die Schwierigkeit einer naturwissenschaftlich auf Heilerfolge ausgerichteten Medizin, sich mit unheilbaren Krankheiten zu konfrontieren und zu behandeln, ohne heilen zu können. Chronische, irreversible Krankheiten sind für die Medizin unangenehme »Störfaktoren«, unterminieren sie doch die Mentalität der Mäxseligkeit (Gross u. a. 1989), der sich diese

sen Kriterien aus. Wir konnten im wesentlichen vier Praxistypen identifizieren.

Die Aids-Schwerpunktpraxis

Die Aids-Schwerpunktpraxen sind in aller Regel Gruppenpraxen, meist Doppelpraxen zweier Internisten mit onkologischer, gastroenterologischer oder infektiologischer Spezialisierung. Eines ihrer wesentlichen Kennzeichen besteht in der erweiterten interdisziplinären Zusammenarbeit und der Einbeziehung von informellen Hilfen (Kosanke 1984).

Die ersten Praxen dieser Art sind aus Praxen mit einem hohen Anteil an homosexuellen Patienten hervorgegangen, die sich bei gesundheitlichen Problemen, insbesondere sexuell übertragbaren Krankheiten (auch vor Aids) Ärzte gesucht hatten, von denen sie wußten, daß ihre sexuelle Orientierung und ihr Lebensstil nicht auf Ablehnung und Unverständnis stoßen (vgl. Bochow 1989, S. 31 ff.; Waldvogel/Seidl 1991, S. 357). Mehr oder weniger naturwüchsig entwickelten sich diese Praxen zu Aids-Praxen. Mit der Entwicklung des HIV-Testes war die Konfrontation mit Aids schlagartig da und bestimmte von nun an das Praxisgeschehen. Später entstandene Aids-Schwerpunktpraxen sind meist ohne diesen speziellen Hintergrund entstanden.

Praxen dieses Typus haben sich radikal dem Prinzip der Priorität der ambulanten vor der stationären Versorgung verschrieben. Außerdem streben sie eine möglichst patientenorientierte und dem Krankheitsverlauf angemessene Versorgung von Aids-Patienten an. Um das zu ermöglichen, haben sie das Praxisgeschehen weitgehend auf die krankheitsspezifischen Betreuungserfordernisse ausgerichtet. Ihr Aufgabenprofil stellt sich folgendermaßen dar:

1. Das medizinische Leistungsangebot ist sehr breit gefächert und umfaßt auch Diagnose- und Therapieverfahren, die gemeinhin der stationären Behandlung vorbehalten sind.
2. Die Praxen sind den Anforderungen der Krankheit entsprechend umstrukturiert: manche Praxen gleichen Tageskliniken.
3. Im stationären Sektor arbeiten sie in der Regel mit Kliniken zusammen, die das Konzept »soviel ambulant wie möglich« teilen. Mit ihnen haben sie Kooperationsmodi geschaffen, die einen nahtlosen Transfer der Patienten zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ermöglichen.

auf seiten der Pflegekräfte hohe Kompetenz voraussetzen und nur bei engen Rückkopplungsmöglichkeiten durchgeführt werden können. Dazu gehört z. B. das tägliche Anlegen von Infusionen bei liegenden Venen-Dauerzugängen. Oft bieten die Schwerpunktpraxen Fortbildungsmaßnahmen für die ambulanten Pflegekräfte an, um sie den Anforderungen der weitgehenden ambulanten Behandlung entsprechend zu qualifizieren.⁴

Da der Organisations- und Professionsseparatismus (Illsey/Jamieson 1988) der Dienste des Gesundheitswesens besondere Anstrengungen erfordert, um eine integrierte und aufeinander abgestimmte Versorgung zu ermöglichen, haben die Schwerpunktpraxen möglichst direkte Kommunikationsstrukturen geschaffen. So sind sie für ambulante Pflegekräfte, die in anderen Praxen oft bei der Sprechstundenhelferin »hängenbleiben«, immer telefonisch erreichbar. Um solche Strukturen aufrecht und auch funktional halten zu können, bevorzugen sie die Zusammenarbeit mit wenigen Diensten.

Ähnlich ist es bei der Kooperation bzw. Kommunikation mit den Kliniken. Der übliche Arztbrief, vom überlasteten Stationsarzt dreimal jährlich vor dem Urlaub diktiert, wird als nicht ausreichend betrachtet. Direkte telefonische Absprachen über Therapien stellen erst das notwendige Kommunikationstempo her, um einen reibungslosen Transfer von der stationären zur ambulanten Versorgung und umgekehrt zu sichern. Um solche Kommunikationsmodi herstellen zu können, haben sie die Zusammenarbeit mit solchen Krankenhäusern gesucht, in denen das ärztliche Personal dem erhöhten Kommunikationsbedarf Rechnung trägt.

Verglichen mit herkömmlichen Kooperationsstrukturen, die durch hohe Barrieren zwischen der ambulanten und stationären Versorgung determiniert sind und bei der die Kliniken vorwiegend die Definitionsmacht über Art und Umfang der Behandlung haben, streben die Schwerpunktpraxen eine Umkehrung dieses Verhältnisses an. Sie betrachten den niedergelassenen Arzt als zentrale Stelle für Therapie- und Versorgungsent-

4 Nebenbei sei bemerkt, daß die rechtliche Absicherung des Pflegepersonals bei der Delegation intravenöser Medikationen in der Bundesrepublik im Gegensatz zu den USA nicht abschließend geklärt ist, was immer wieder Zündstoff für Auseinandersetzungen und auch Gründe für die Ablehnung von Aids-Patienten durch Sozialstationen liefert (vgl. Jacobs 1990). Der Engpaß, der dadurch entsteht, daß viele Pflegeanbieter sich mehr oder minder offen weigern, Aids-Patienten zu übernehmen, bzw. sich für diese Aufgabe nicht kompetent fühlen, ist ein weiterer Grund dafür, daß mit einer kleinen ausgewählten Gruppe von Anbietern kooperiert wird, bevorzugt mit solchen aus dem Bundesmodellprogramm oder mit speziellen privaten Anbietern.

xis« - einen Praxistypus, innerhalb dessen Aids-Patienten behandelt werden, ihnen jedoch keinerlei Sonderstatus zugebilligt wird. Damit ist weniger an die Interaktion mit den Patienten gedacht als vielmehr an die Praxisgestaltung. Kennzeichnend für viele dieser Praxen ist, daß sie nicht als »Aids-Praxis« bekannt werden wollen. Damit treffen sie ein Interesse vieler Aids-Kranker, z. B. solcher, die Wert auf Anonymität legen und deshalb nicht in eine der bekannten Schwerpunktpraxen gehen wollen.

Ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal zum erstgenannten Praxistypus besteht darin, daß diese Ärzte bemüht sind, Aids-Patienten in den Normalablauf der Praxis zu integrieren. Deshalb versuchen sie, die Zahl der Aids-Patienten zu begrenzen. Dies ermöglicht ihnen auf der einen Seite, den besonderen Anforderungen, die diese Patienten an sie und die Praxis stellen, gerecht zu werden und diese zugleich ausbalancieren zu können, sei es in psychischer, organisatorischer oder finanzieller Hinsicht. Dabei ist ihr Interesse und Engagement durchaus groß: Sie spezialisieren sich, bauen ineinandergreifende Kooperationsstrukturen auf, z. B. um reibungslose Krankenhauseinweisungen und ambulante Betreuungen zu ermöglichen. Insofern ist dieser Praxistypus sehr wohl innovativ. Dennoch halten die Vertreter dieses Praxistypus eine so weitreichende Betreuung von Aids-Patienten, wie die Schwerpunktpraxen sie anstreben, für nicht möglich, und entsprechend weniger suchen sie nach Sonderlösungen. Beispielsweise finden wir hier keine solchen Umstrukturierungen der Praxen wie bei dem zuvor dargestellten Typus. Ebenso wenig bieten sie Spezialleistungen an. Weitaus mehr als die Schwerpunktpraxen delegieren sie Probleme an andere Instanzen, vor allem solche, die mit den Geboten ihres Praxismanagements kollidieren. So sind aus ihrer Perspektive besehen möglichst kurze Krankenhausaufenthalte zwar sinnvoll und wünschenswert, gleichzeitig aber sind diese Praxen daran interessiert, daß die Krankenhäuser ihnen Patienten mit aufwendigen Therapien oder in nicht einschätzbaren und für risikoreich befundenen Situationen abnehmen.

Vor allem einer ambulanten Behandlung in der Endphase und Sterbegleitungen stehen sie skeptisch gegenüber. Sie lehnen Betreuungen in diesen Krankheitsstadien zwar nicht pauschal ab, sehen sich aber nur in Einzelfällen in der Lage, diese zu übernehmen und halten eigentlich stationäre Unterbringungen für angemessen. Erstrebenswert erscheint ihnen nicht die Höhergewichtung der ambulanten Versorgung, sondern eine Gleichgewichtung des Verhältnisses von ambulanter und stationärer Versorgung. Deshalb sind sie auch bereit, dem Krankenhaus sehr viel größere Definitionsmacht zuzugestehen als Schwerpunktpraxen und haben weit

Die Normalpraxis

In der Normalpraxis spielen Aids-Patienten eine eher marginale Rolle. Unter »Normalpraxis« werden hier Allgemein- oder Facharztpraxen verstanden, in denen Aids-Patienten entweder schon vor ihrer Aids-Erkrankung behandelt wurden oder wegen eines speziellen, z. B. dermatologischen oder chirurgischen Problems kamen und dann blieben. Diese Ärzte haben kein spezifisches Interesse an Aids. Sie behandeln Aids mit, sei es wegen der langjährigen Beziehung, wegen der Spezialprobleme oder einfach wegen des abrechnungsfähigen Kassenscheins. Fast immer haben die wenigen Aids-Patienten Sonderstatus, wird ihnen mehr Zeit eingeräumt und auch mehr Aufmerksamkeit gewidmet. Häufig haben sie in einer solchen Praxis Legitimationsfunktion. Sie stehen als Symbol dafür, daß der Arzt bereit ist, sich sozial zu engagieren und schwierige Fälle nicht scheut.

Innovativen Charakter hat dieser Praxistyp für die Versorgung von Aids-Patienten nicht. Die Ärzte sind bemüht, Aids-Patienten ihren Möglichkeiten gemäß zu behandeln und zu betreuen. Sie unternehmen aber keine besonderen Anstrengungen, eine krankheitsangemessene Versorgung zu organisieren oder ein über das notwendige Maß hinausgehendes Aids-Expertentum auszubilden. Deshalb benötigen sie kompetente Kooperationspartner. Oft suchen sie die Kooperation mit teilstationären Einrichtungen wie Tageskliniken oder poliklinischen Sprechstunden. Diese behandeln dann mehr oder weniger alle Aids-spezifischen Probleme, während sie die Grundversorgung der Patienten garantieren. Ein Internist stellt dies so dar:

»Für den niedergelassenen Kollegen, der absolut unbeleckt ist vom Thema Aids, ist die Tagesklinik das Nonplusultra. Weil die ihnen, wenn Sie wollen, 100 Prozent der Arbeit abnehmen.« (A 12; 9/44-48)

In diesen Praxen ist folglich eine eher traditionelle Rollenteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu finden. Eine möglichst reibungslose Kooperation mit Einrichtungen der stationären Versorgung ist auch hier nötig, sie ist allerdings anders strukturiert. Die Klinik legt die Therapieschemata fest und der niedergelassene Arzt ist weitestgehend Ausführungsorgan der Krankenhausmedizin, d. h. konkret, er überträgt den Behandlungsplan der Klinik, Poli- oder Tagesklinik auf seinen Rezeptblock. Stehen entsprechende Kooperationspartner zur Verfügung, ist dieser Praxistypus zwar nicht innovativ, aber durchaus funktional. Ohne solche Kooperationspartner ist allerdings eine adäquate und kontinuierlich sichernde Behandlung und Versorgung nicht möglich.

zusammenlaufen und die die Integration der Versorgung leistet und deren Kontinuität sicherstellt.

Unter Kostengesichtspunkten betrachtet gelten Aids-Patienten als gewichtiger Kostenfaktor. Denn zum einen haben diese Praxen Möglichkeiten zur Ausbalancierung durch weniger kostenintensive Patienten, zum anderen zur Delegation an stationäre Einrichtungen. Solange die Zahl von Aids-Patienten gering bleibt und die Kapazität der Praxis nicht spürbar belastet wird, sehen sie sich daher in der Lage, einzelne nicht abrechenbare Leistungen, die die Behandlung von Aids-Patienten mit sich bringt, in Kauf zu nehmen.

Die Substitutionspraxis

Die eingangs genannten Probleme der Behandlung von Aids-Patienten multiplizieren sich, wenn es sich um drogenabhängige Patienten handelt. Auf die immanente Problematik des Substitutionsprogramms aus suchtherapeutischer Sicht gehen wir hier nicht ein (vgl. dazu Ahrens u. a. 1988).

Die meisten der Aids behandelnden Ärzte lehnen die zusätzliche Belastung durch Substitution ab, weil: »es wirklich zu anstrengend ist und ich mich da auch nicht kompetent fühle« (A 2; 2/35-37). Sie haben sich für eine engagierte Behandlung von Aids entschieden und wollen sich nicht auch noch als Suchttherapeuten profilieren. Genau umgekehrt ist es für Ärzte, die sich auf die Behandlung von Suchtkrankheiten spezialisiert haben. Für sie stellt die Behandlung von Aids ein Problem dar, da sie dazu eine völlig gegensätzlich zu der von ihnen angestrebten, eher psychotherapeutisch orientierten Expertise ausbilden müssen. Gleichwohl nimmt ein Teil von ihnen gezielt an Fortbildungen zum Thema Aids teil, da sie in der Arbeit mit Drogenabhängigen zunehmend mit Aids konfrontiert werden.

Viele Substitutionsärzte bevorzugen das Modell der geteilten Behandlung, wobei sie sich für die Substitution zuständig fühlen und die Aids-Problematik an einen niedergelassenen Spezialisten oder eine klinikangeschlossene ambulante Behandlung delegieren. Mit Blick auf die Versorgung von Aids-Patienten ist dieses Modell problematisch. Denn ebenso wenig, wie diese Ärzte daran interessiert sind, Fachexpertentum in Sachen Aids ausbilden, sind sie motiviert, sich umfassend über nicht drogenspezifische Versorgungsangebote zu informieren. Deshalb überlassen sie die Aids-spezifischen Versorgungsprobleme dem Aids behandelnden Arzt. Ist

nicht als solche identifizierbar bewegen können. Auch hinsichtlich des Verhältnisses von ambulanter und stationärer Betreuung stehen sie vor unterschiedlichen Möglichkeiten: Sie können zu Ärzten gehen, die eine weitestgehende ambulante Versorgung präferieren, oder zu solchen, die eine andere Gewichtung für sinnvoll halten. Eine in dieser Weise diversifizierte Versorgungssituation bietet für die Patienten unzweifelhaft große Vorteile, denn sie offeriert Wahlmöglichkeiten und Lösungen für eine recht große Bandbreite unterschiedlicher Bedürfnisse und Problemlagen. Verbunden damit eröffnen sich potentiell für die Patienten Gestaltungsmöglichkeiten. Sie können je nach Lage ihres Falls und subjektiver Vorlieben entscheiden und haben damit die Chance, ihre Behandlung und Betreuung eigenen Vorstellungen gemäß zu steuern.

Allerdings sind all diese Optionen einer solchermaßen pluralen Versorgung an eine entscheidende Voraussetzung geknüpft, nämlich die, daß das Betreuungs- und Versorgungsangebot den Patienten bekannt ist. Doch auch im Aids-Bereich, in dem wir auf ein ungleich höheres Patientenexpertentum treffen als bei anderen Patientengruppen, gilt das nur für den kleineren Teil der Kranken. Die meisten kennen die Breite des Angebotsspektrums nicht - was sie durchaus mit vielen der in diesem Bereich tätigen Professionellen gemeinsam haben. Selbst informierte Patienten besitzen in der Regel nur ausschnittshafte Informationen, entscheiden sich vor allem im Hinblick auf das Fachexpertentum für einen der Ärzte, drängen aber die Problematik der Versorgungsbedürftigkeit⁶ zunächst ab. Ähnlich wie andere Patienten mit chronischen Erkrankungen stehen sie in Gefahr, im Verlauf der Krankheit in die Eigendynamik der Zuweisungsmodalitäten im Medizinbetrieb zu geraten und diese reduzieren die Chance zu autonomer Gestaltung.

Jeder Praxistypus steht nicht allein für ein bestimmtes Behandlungs- und Betreuungskonzept, sondern auch für einen spezifischen *Versorgungspfad*. Dieser ist entscheidend durch die jeweiligen Kooperationsmodi der niedergelassenen Ärzte determiniert. Wie immer unterschiedlich diese auch sind, sie alle charakterisiert gleichermaßen, daß die Ärzte, wie es einer von ihnen selbst sagte, »den Weg des kürzesten oder des geringsten Widerstands nehmen« (A 6; 10/41-43) und Ausschau nach Kooperationspartnern halten, die ähnlichen Vorstellungen folgen wie sie und mit denen funktionierende wie funktionale Kooperationsstrukturen etabliert werden können. Von vornherein arbeiten sie also nur mit einigen wenigen, näm-

6 Auch die Pluralität des Versorgungsangebots und ebenso die Möglichkeiten alternativer Heilverfahren erschließt sich ihnen zumeist erst im Verlauf der Zeit.

Patienten-Beziehung eher skeptisch gegenüberstehen. Stellvertretende Entscheidungsübernahmen lehnen sie ab und setzen auf seiten des Patienten ein hohes Maß an Eigenverantwortung und persönlicher Autonomie voraus. Bereitschaft, unkonventionelle Wege zu beschreiten, ist auch im Hinblick auf die Gestaltung der Versorgung gefragt, weil diese Ärzte überwiegend mit Kooperationspartnern zusammenarbeiten, die, wie sie, neue Versorgungskonzepte erproben und ihr Ziel darin sehen, daß der Patient so weit als möglich in seiner häuslichen Umgebung bleiben kann. Um die mit diesem Konzept verbundenen versorgungsstrukturellen Unwägbarkeiten abfedern zu können, ist die Verfügung der Patienten über ein gutes soziales Netz von Bedeutung, das im Fall von Hilfebedürftigkeit unterstützend tätig werden kann. Und schließlich ist notwendig, daß die Patienten ein relativ offenes Verhältnis zu ihrer Krankheit haben, denn daß es sich bei diesem Versorgungspfad um einen »Aids-Pfad« handelt, ist unübersehbar.

Anders die *Integrationspraxis*. Sie eignet sich auch für Patienten, die Wert darauf legen, daß ihre Krankheit nicht bekannt wird. Ansonsten ist hier der Patient gut aufgehoben, der ähnliche Merkmale aufweist wie der oben genannte, muß diese aber nicht in so hohem Maße ausgebildet haben. Denn für die Integrationspraxis ist charakteristisch, daß sie sich sehr viel mehr innerhalb der Möglichkeiten der gegebenen Versorgungsstrukturen bewegen als die Schwerpunktpraxen. Allerdings heißt das auch, daß Patienten, die eine der Komplexität der Krankheit angemessene Betreuung und eine vorwiegend ambulante Versorgung anstreben, hier eher an Grenzen stoßen.

Normalpraxen hingegen setzen einen völlig anderen Patiententypus voraus. Diese Ärzte folgen nicht nur eher herkömmlichen Behandlungsvorstellungen, sondern auch einem entsprechenden professionellen Selbstverständnis. Daß der Patient Verantwortung an sie abgibt und Entscheidungsfindungen bezüglich seiner Behandlung und Versorgung weitgehend dem Arzt überläßt, ist für sie selbstverständlich, denn ihrer Sicht der Dinge zufolge ist der Patient in einer für ihn unüberschaubaren Problemsituation gefangen, folglich in seiner Urteilsfähigkeit eingeschränkt und bedarf deshalb der Hilfe durch professionelle Instanzen. Konstitutiv ist ein weiteres. Weil diese Ärzte mehr an stationäre Einrichtungen delegieren, ist ihr Konzept ideal für Patienten, die »Knopfdrucksicherheit« anstreben, also die Sicherheit stationärer bzw. teilstationärer Einrichtungen schätzen. Desweiteren benötigen diese Patienten nicht unbedingt ein intaktes soziales Netz, werden sie im Zweifelsfall doch in die Obhut des Krankenhauses überwiesen - ein Faktum, das vor allem der Situation isoliert lebender Patienten entgegenkommt (die auch bei Aids, trotz gegenläufiger Mutmaßungen, einen großen und wachsenden Anteil ausmachen, vgl. Moers 1991).

Der Versorgungspfad, für den die sich überwiegend auf die Behandlung der Suchtkrankheit konzentrierenden *Substitutionspraxen* stehen, stellt wieder andere Anforderungen an die Patienten. Dieser Typus bedarf entweder eines in hohem Maße autonomen und aktiven Patienten, der in der Lage ist, mit der Zerteilung seiner Behandlung umzugehen, oder eines Patienten, der die Behandlung seiner Drogenproblematik höher gewichtet als die der Aids-Erkrankung - ein Tatbestand, der unter Therapiegesichtspunkten betrachtet zwiespältig ist, weil er auch Heilerfolge der Behandlung der Suchterkrankung mi-

Aids-Patienten im stationären Bereich ihren bislang vorhandenen Sonderstatus verlieren und Verweildauerprolongierungen nicht mehr so unproblematisch möglich sind wie derzeit.

Bei jedem der Versorgungswege handelt es sich also um relativ schmale Pfade, die für die Patienten mit Risiken behaftet sind. Wie immer unterschiedlich diese gelagert sind, sie alle beruhen darauf, daß eine krankheitsangemessene Betreuung und Versorgung chronisch Kranker im hiesigen Gesundheitswesen auf Strukturdefizite stößt. Versorgungskontinuität und dem Krankheitsverlauf entsprechende Betreuungslösungen sind angesichts dieser Situation nur durch hohes Engagement und personelle Sonderleistungen der beteiligten Akteure herzustellen (Schaeffer 1991). Im Bereich der Aids-Krankenversorgung sind dafür viele beeindruckende Beispiele zu finden. Ebenso finden wir allerdings in jüngster Zeit vermehrt Ermüdungserscheinungen und Überlastungsanzeichen. Sie deuten an, daß Lösungen für versorgungsstrukturelle Probleme, die vornehmlich auf personellen Sonderleistungen basieren, labiler Natur sind und hohes Engagement nicht beliebig strapazierbar ist. Sollen sie Bestand haben, ist die Schaffung entsprechender institutioneller Strukturen unerlässlich.

Als letztes möchten wir die ambulante Aids-Krankenversorgung unter Innovationsgesichtspunkten betrachten. So besehen stellen die von uns identifizierten Praxistypen unterschiedlich radikale Lösungen des Versuchs einer weitestgehend ambulanten Betreuung und Versorgung dar. Die Aids-Schwerpunktpraxis und die Integrationspraxis sind, in diesem Licht betrachtet, zweifelsohne die interessantesten. Daß eine sehr weitreichende ambulante Betreuung und Versorgung auch von Schwerstkranken und von Patienten mit einer sich chronifizierenden und gleichzeitig - unter Verlaufsgesichtspunkten betrachtet - sehr virulenten Krankheit möglich ist, wird hier vorgelebt. Gezeigt wird auch, wie die damit verbundenen praxisorganisatorischen Anforderungen zu bewältigen sind, wie die Kooperation mit anderen Diensten und Versorgungseinrichtungen ausgestaltet werden kann und auch: wie die Leistungen anderer an der Versorgung und Betreuung beteiligten Instanzen konturiert sein müssen, um eine integrierte und kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten. Gerade mit Blick auf die Tatsache, daß die Versorgung chronisch Kranker eines der drängendsten gesundheitspolitischen Probleme darstellt, sind diese Erfahrungen von unschätzbarem Wert.

Dennoch möchten wir eindringlich davor warnen, die Normalpraxen und den durch sie repräsentierten Versorgungspfad minderzubewerten. Allzu leicht gerät er in Verruf, weil er wenig innovativ ist. Betrachtet man

- Versorgungsmanagementaufgaben sind nur schwer in das professionelle Selbstverständnis zu integrieren, weil die niedergelassenen Ärzte - nehmen sie die Prämisse »ambulant vor stationär« ernst - gleichzeitig ein höheres akutmedizinisches Expertentum ausbilden müssen. »Akutmedizinischem Expertentum« und »Versorgungssteuerung« aber liegen unterschiedliche, ja sogar gegenläufige Sichtweisen der Ziele ärztlichen Handelns und auch divergierende Handlungslogiken zugrunde, und diese können von den Ärzten nur schwer in Einklang gebracht werden.
- Versorgungssteuerungsaufgaben erschweren eine Neubestimmung des Verhältnisses zur Krankenhausmedizin bzw. Bemühungen um eine Gewichtsverlagerung von stationärer zu ambulanter Medizin. Für die Krankenhausärzte haben all solche Aufgaben eher marginalen Stellenwert. Sie spielen nur im Rahmen der Entlassungsprozeduren eine Rolle und können zudem an eine andere Instanz - den Sozialdienst - delegiert werden. Auch dieses Ungleichgewicht macht es schwer, Versorgungssteuerung als konstitutiven Bestandteil ärztlichen Handelns zu begreifen.
- Außerdem stoßen die Ärzte bei der Wahrnehmung solcher Aufgaben permanent auf Strukturdefizite und durch sie verursachte Engpässe, und das macht verständlich, warum sie im Praxisalltag über kurz oder lang in Gefahr geraten, Bemühungen um eine patientengerechte Versorgung zunehmend »pragmatisch« zu betrachten und die existenten Mängel des Gesundheitswesens als gegeben hinzunehmen, statt zu versuchen, ihnen auf der Ebene individuellen Handelns zu begegnen.

Literatur

- Ahrens, H./Beißwenger K.-D./Michels, I. (1988): *Aids und Drogen*. Aids-Forum, D. A. H. Bd. 1. Berlin
- Bochow, M. (1989): *Aids und Schwule*. Individuelle Strategien und kollektive Bewältigung. Aids-Forum, D. A. H. Bd. 4. Berlin
- Deutscher Bundestag (1990): »Endbericht der Enquête-Kommission 'Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung' des 11. Deutschen Bundestages«. In: Deutscher Bundestag: *Zur Sache*, 90/3. Bonn
- Deutscher Bundestag (1990): »Endbericht der Enquête-Kommission 'Gefahren von Aids und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung' des 11. Deutschen Bundestages«. In: Deutscher Bundestag: *Zur Sache*, 90/13. Bonn
- Dewe, B./Wohlfahrt, N. (Hg.) (1991): *Netzwerkförderung und soziale Arbeit - Empirische Analysen in ausgewählten Handlungs- und Politikfeldern*. Bielefeld: Kleine