

Thiersch, H.: Lebensweltorientierte soziale Arbeit, Weinheim 1992.

Urlaub, K. H.: Gewalt gegen alte Menschen in familiären Pflegefamilien, in: Kuratorium

Deutsche Altershilfe (Presse- und Informationsdienst): (1990)2, 9-14.

Weber-Kellermann, I.: Landleben im 18. Jahrhundert, München 1987.

Verf.: Dr. Cornelia Schweppe, Universität Marburg, Institut für Erziehungswissenschaft, Wilhelm-Röpke-Str. 6, 35039 Marburg

Doris Schaeffer

Wissenstransfer im Gesundheitswesen

Analyse eines in der Aids-Krankenversorgung erprobten Modellversuchs

Die Beschleunigung des sozialen Wandels und der Wissensproduktion sind für viele Berufe schwierig zu bewältigen. Auf der einen Seite führen sie zur Auflösung tradierter Wissensbestände, machen Revisionen bis dato gültiger Konzepte und Vorstellungen sowie Veränderungen der gängigen Handlungspraxis erforderlich und ziehen verbunden damit Verunsicherungen nach sich. Auf der anderen Seite ist die Herausbildung eines stabilen handlungsleitenden Wissens jedoch schwierig. Zwar wird eine Fülle neuen Wissens produziert, das zur Substitution überkommenen Wissens herangezogen und auch zur Bewältigung der gewandelten Handlungsproblematiken vieler Berufe dienlich gemacht werden kann. Jedoch stößt dessen Adoption auf Grenzen in der Praxis, wobei sich insbesondere die Schnellebigkeit der Wissensproduktion als hinderlich erweist. Nicht nur ist das, was heute noch gilt morgen höchstwahrscheinlich schon veraltet, sondern es ist aus der Sicht der Praktiker zunehmend schwierig zu identifizieren, wo überall für sie wichtiges Wissen produziert wird, welche aus der Vielzahl neuer Erkenntnisse und Befunde verwendungsrelevant sind und notwendigerweise adaptiert werden müssen, wie diese anschlussfähig gemacht werden können etc. Und gerade weil die Beschleunigung der Wissensproduktion eher Fragen aufwirft, denn direkt nutzbare Lösungen für die sich in der Praxis stellenden Probleme bietet, stößt die Wissensrezeption auf Hindernisse. Phänomene wie selektives Ergebnispflücken und -picken (Beck/Bonß, 1989), Suche nach rezeptologischem Wissen oder »unerschütterlich« erscheinenden Erkenntnissen, aber auch Ratlosigkeit und Abschottungen, Rückgriff auf pseudowissenschaftliche Mystifizierungen, die vielleicht fraglich sein mögen, aber Orientierung und Halt bieten, sind immer häufiger zu finden. Sie alle weisen darauf hin, daß die Schere zwischen Theorie und Praxis sich nicht naturwüchsig schließt und Wege der Überbrückung gefunden werden müssen.

Das gilt um so mehr als die Wissensproduktion sich zukünftig nicht verlangsamen und Prozesse der Verwissenschaftlichung immer weitere Bereiche institutionellen, professionellen und alltäglichen Handelns erfassen werden. Notwendig ist seither, mehr über Disseminations- und Transferkonzepte nachzudenken und Lösungen dafür zu finden, wie neue Erkenntnisse möglichst direkt von der Ebene der Wissensproduktion und der Wissenschaft in relevante Bereiche berufspraktischen Handelns gelangen und wie sie für die Praxis nutzbar gemacht werden können. Das trifft insbesondere für jene Bereiche beruflichen Handelns zu, die zunehmend mehr der Abstützung und Fundierung durch systematisches Wissen bedürfen und dabei auf »fachfremde« Disziplinen angewiesen

sind, weil sie nicht hinreichend professionalisiert sind und über keine eigene Bezugsdisziplin verfügen (wie hierzulande z. B. die Pflege), oder weil sie interdisziplinäre Aufgabenstellungen bearbeiten.

Das hier vorgestellte Modell stellt eine mögliche Reaktion auf die damit verbundenen Herausforderungen im Gesundheitswesen dar. Es ist im Bereich der Aids-Krankenversorgung entstanden und das ist nicht verwunderlich, denn das unerwartete Auftauchen Aids löste zunächst außerordentlich hohe Ausgaben- und Handlungsbereitschaft aus, durch die viel politische und auch viel teure Innovation ermöglicht werden konnte. Retrospektiv zeigt sich, daß Aids sogar zum Katalysator für zahlreiche Innovationsversuche wurde, deren Relevanz weit über den Aids-Bereich hinausweist (exemplarisch Rosenbrock, 1992; Schaeffer/Moers/Rosenbrock, 1992; Schaeffer/Moers, 1992, 1993). In dieses Spektrum reiht sich auch das hier zur Disposition stehende Modell ein. Die mit diesen Innovationsversuchen gesammelten Erfahrungen zu analysieren und sie der wissenschaftlichen Diskussion zugänglich zu machen, ist eine bislang nicht hinreichend in Angriff genommene Aufgabe, der sich auch der vorliegende Beitrag widmet¹⁾.

Das Mobile Team Aids: Ziele und Aufgaben

Wesentliches Anliegen des Modellversuchs bestand darin, für den Bereich der häuslichen Versorgung und Pflege neues wissenschaftlich relevantes aidsspezifisches Wissen in die Praxis zu disseminieren. Da davon ausgegangen wurde, daß diese Erkenntnisse nicht einzig aus dem Bereich der Medizin, sondern auch der Psychologie, der sozialen Arbeit und der Pflege entstammen, wurde ein multidisziplinäres Team gegründet, das entsprechend der genannten Fachdisziplinen besetzt wurde. Es sollte Mitarbeiter häuslicher Pflegeeinrichtungen, sozialer Dienste und anderer ambulanter Betreuungseinrichtungen mit neuen Forschungserkenntnissen über Aids vertraut machen und ihnen auf diese Weise bei der Anpassung an Aids und der Entwicklung krankheits- und patientenangemessener Betreuungskonzepte behilflich sein. Seine Bezeichnung als »Mobiles Team Aids« weist auf eine weitere Besonderheit. Das Team sollte zugehende Arbeit leisten (Wanjura, 1988), seine Einsatzbereiche vor Ort suchen und den sich in der Praxis stellenden Wissens- und daraus resultierenden Handlungsproblemen verpflichtet sein.

Idealtypisch betrachtet bestand seine Aufgabe demzufolge darin:

- Rezeption neuer Forschungsbefunde und neuen aids-spezifischen wissenschaftlichen Wissens;
 - »Filterung«, also Überprüfung, welche Erkenntnisse für die unterschiedlichen Helfergruppen in der ambulanten Versorgung relevant sind und welchen Status sie haben: welche erforderliches Hintergrundwissen bieten, welche Handlungsrelevanz besitzen etc.;
 - Aufbereitung und Suche nach adäquaten Strategien und Formen der Dissemination;
 - Diffundierung vor Ort.
- Die im Lauf der Zeit ausgebildete *Angebotsstruktur* des Teams nimmt sich folgendermaßen aus:
- Allgemeine Information und Aufklärung ambulanter Dienste über Aids;
 - Zielgruppenspezifische Fortbildung zur Vermittlung interventionsrelevanten Wissens für die Pflege und Betreuung von Aids-Patienten;
 - Organisations- und Institutionsberatung im Bereich ambulanter Pflege;
 - Praxisbegleitung und Supervision bei der Betreuung von Aids-Patienten.

Chronologisch betrachtet markiert diese Angebotsstruktur auch die Entwicklung des Modells, die nun ausführlicher dargestellt werden soll.

* Anmerkungen s. S. 166.

Rekonstruktion des Modellverlaufs

Der Beginn der Arbeit des Mobile Team Aids (MTA) war dadurch charakterisiert, daß die Mitarbeiter sich in das Netz ambulanter Versorgungsinstanzen integrieren und aufgabengerechte Handlungsbedingungen formieren mußten. *Diese Etablierungs- und Konsolidierungsphase* zu bewältigen, war für das Mobile Team Aids nicht einfach. Das ist zum einen auf die Neuartigkeit seiner Aufgabenstellung zurückzuführen und zum anderen darauf, daß es ebenso wie viele andere im Rahmen der Aids-Krankenversorgung geschaffenen Modellprojekte auf wenig Unterstützung seitens des Trägers zurückgreifen konnte. Die organisatorische Anbindung an den Träger ist bestenfalls als lose zu bezeichnen, wodurch zwar Über- und Eingriffe in die Aufgabenrealisierung (wie sie vielfach in wenig produktiver Weise im Bereich der Aids-Versorgung zu verzeichnen sind, Schaeffer 1991) verhindert wurden, es jedoch auch an Rückhalt mangelte: sowohl an fachlicher Unterstützung und Begleitung, wie auch an organisatorischen Hilfen und überhaupt an Interesse für das Modellprojekt². Etablierung, Implementation und Modellrealisierung lasteten folglich weitgehend auf den Schultern der Akteure und das rief zwischenzeitlich Probleme und Überstrapazierungserscheinungen hervor.

Dagegen stellte sich die *Aufgabenrealisierung* zunächst als weniger schwierig dar. Denn zu Beginn war die Arbeit des Teams dadurch determiniert, daß bei den gesundheitsversorgenden Instanzen über HIV und Aids, über Ansteckungswege, Krankheitsbilder, Behandlungsmöglichkeiten und Betreuungserfordernisse usw. sehr wenig bekannt war. Gleichzeitig war die gesellschaftliche Aufmerksamkeit, die Aids in jener Zeit zuteil wurde, außerordentlich hoch und das rief entsprechend großen Informationsbedarf hervor. In Korrespondenz dazu stand allgemeine *Aufklärungsarbeit* über Aids zu jener Zeit im Vordergrund der Arbeit, ging es also darum, grundsätzlich über Aids zu informieren, vorliegende Erkenntnisse zu verbreiten und Unwissen bzw. Unsicherheit durch Information und Rationalitätserwägungen zu begegnen.

Bestand das Problem des Teams zu dieser Zeit lediglich darin, der großen Informationsnachfrage auf der Spur zu bleiben, so änderte sich das recht schnell. Denn schon bald war der erste Informationsbedarf gesättigt, ohne daß aber Wissensdefizite hinreichend beseitigt und vor allem Unsicherheiten im Umgang mit der Krankheit und den Erkrankten ausgeräumt gewesen wären. Bei den potentiellen Adressaten standen weiterhin Ängste, Vorurteile angesichts des Charakters der Krankheit (Aids als Schmutzvirus) und Aversionen bis hin zur Abschottung und Hysterie im Vordergrund. Vermehrt traf das Team nun also auf emotionale und rational nicht lösbare Probleme, die mit reiner Aufklärungsarbeit nicht zu mindern waren.

Diese stieß aus einem weiteren Grund mittlerweile an Grenzen. Angesichts der anfänglichen Überflutung mit Informationen über Aids hatte sich zunehmend mehr Informationsresistenz breit gemacht. Sie reichte von Ermüdungserscheinungen am Thema Aids, über Negierung der Relevanz der Problematik für das eigene berufliche Handeln bis hin zur aggressiven Ablehnung, sich überhaupt noch mit Aids zu befassen und neue Forschungsbefunde zur Kenntnis zu nehmen (Wanjura 1988: 755). Zu einem nicht unerheblichen Teil hatte diese freilich »strategische« Gründe. Eine Auseinandersetzung mit dem Thema Aids zwingt zur Auseinandersetzung mit vielen mehr oder minder tabuisierten Fragen, z. B. der Haltung gegenüber gesellschaftlichen Minderheiten und fremden Lebenswelten, Fragen der Sexualität, das Verhältnis zu Tod und Sterben etc., fordert Revisionen von (Vor)Urteilen und Änderungen subjektiver Relevanzsysteme und praktische Konsequenzen nach sich zieht, gegen die sich weite Teile der ambulanten Pflege verwehrten. Beispielsweise wollten einzelne Pflegekräfte keinesfalls mit der Betreu-

ung von Aids-Erkrankten konfrontiert und in sie involviert werden³, was sie sehr wohl mit vielen ambulanten Pflegediensten teilten. Auch sie standen Aids-Patienten skeptisch gegenüber. Für sie war absehbar, daß Aids-Patienten kosten- und pflegeintensiv sind und ihnen Aufgaben auflasten, die mit den gegebenen Bedingungen ambulanter Pflege nur schwer in Übereinstimmung zu bringen sind (siehe dazu Garms-Homolová/Schaeffer, 1992). Die sich ausbreitende Abwehr und Informationsresistenz gegenüber dem Thema Aids diente so gesehen auch der Verhinderung von nicht absehbaren Konsequenzen für die Pflegedienste und das Handeln ihrer Mitarbeiter⁴. Generell, so läßt sich zusammenfassen, war das Team nun nicht mehr ausschließlich mit Informations- und Wissensdefiziten konfrontiert, die durch Aufklärung auszugleichen gewesen wären, sondern stieß auf Probleme, denen allein mit rationalem »know how« und bloßem Aids-Expertentum nicht zu begegnen war. Folglich bedurfte es nach Einschätzung des Teams einer differenzierten Vorgehensweise und anderer Vermittlungsstrategien, um die Aufgabenstellung zu realisieren.

Daher wurde der Schwerpunkt nun auf *Bildungsarbeit* gelegt. Damit verbunden waren relativ weitreichende Veränderungen der Vorgehensweise, wurde der Transfer aidspezifischen Wissens von nun an nicht mehr von der Produktionsseite aus gedacht (welche neuen Erkenntnisse gibt es, welche sind für welche Mitarbeitergruppen in der ambulanten Versorgung und Pflege relevant), sondern von der Adressatenseite her konzipiert (welche Probleme stellen sich in der Praxis und wie sind diese zu regulieren, konkret: wie sind die Mitarbeiter ambulanter Dienste zu motivieren, sich mit Fragen der Betreuung Aids-Erkrankter zu befassen, wie sind Motivationsbarrieren, »strategische Lernprobleme« und Informationsresistenzen auszuräumen, Befürchtungen und Ängste zu überwinden etc.). In den Mittelpunkt rückten damit die emotionalen Probleme und Widerstände ambulanter Dienste, sich an Aids und Aids-Erkrankte anzupassen, und wurde das Schwergewicht auf Angst- und Hysteriebekämpfung gelegt.

In Korrespondenz dazu wurde das Teamangebot erweitert. Neben Information und Aufklärung wurde nun vermehrt zielgruppenspezifische Fortbildung angeboten, die bei Bedarf abgerufen werden konnten. Sie wurde auf die spezielle Problemsituation der Adressaten abgestellt und konzentrierte sich neben Wissensvermittlung vor allem auf die der Bearbeitung von emotionalen Widerständen wie Ängsten vor HIV und Aids, versteckter und offener Abwehr vor Aids-Patienten, Informationsresistenzen etc. Modifiziert wurde auch die Kooperation der Teammitglieder. Da eine vierköpfige Dozentschaft sich als wenig lernbegünstigend erwies, wurden die Maßnahmen nicht mehr zwingend gemeinsam von allen Teammitgliedern durchgeführt, sondern je nach Problemhintergrund oder Zielgruppe gestaltet. Mit anderen Worten: ging es überwiegend um Ängste und Aversionen, wurde der Psychologe tätig, handelte es sich bei den Adressaten um Pflegekräfte, kooperierte er mit dem Pfleger des Teams; ging es schwerpunktmäßig um medizinische Fragen, wurde die Maßnahme von der Medizinerin durchgeführt und je nach Zielgruppe in Kooperation mit dem entsprechenden Repräsentanten der Fachdisziplin im Team etc.

Als bald zeichnete sich eine weitere Verschiebung ab. Mittlerweile traten vermehrt Aids-Erkrankte in den Institutionen der Krankenversorgung in Erscheinung und das rief erneut Verunsicherung und darüber hinaus Rückversicherungsbedarf hervor. Deshalb wurde das Angebot des MTA nochmals erweitert und zwar um *Institutionsberatung und Supervision bzw. Praxisbegleitung*. Wurde einer Sozialstation, einem Pflegeanbieter etc. ein Aids-Patient avisiert oder betreuten Pflegeeinrichtungen Aids-Patienten, konnte sich die jeweilige Einrichtung an das MTA wenden und um Unterstützung ersuchen. Das Team stand der Einrichtung dann beratend und begleitend zur Verfügung und erörterte die sich den Pflegekräften bei der Patientenbetreuung stellenden Fragen, z. B. wie bei

der Patientenbetreuung vorzugehen ist, welche inhaltlichen und organisatorischen Probleme mit der Betreuung auftreten können, welche speziellen fachlichen Anforderungen die Pflege von Aids-Patienten aufwirft, wie diese zu bewältigen etc. Bei Bedarf bot das Team zusätzlich Supervision oder auf die jeweilige Problemsituation ausgerichtete Fortbildungsmaßnahmen an. Gewissermaßen verbirgt sich hinter dieser erneuten Modifikation des Angebots eine noch striktere Ausrichtung auf den sich in der Praxis stellenden (Informations- und Unterstützungs-)Bedarf und eine noch konsequentere Realisierung der Aufgabe »Wissenstransfer« von den sich in der Praxis stellenden Anforderungen her.

Weil die Teammitglieder das Gefühl hatten, die mit Praxisbegleitung und Supervision verbundenen Aufgaben nicht angemessen erfüllen zu können, ohne selbst über Erfahrungen im Umgang mit Aids-Patienten und deren Problematiken zu verfügen, begannen sie ihrerseits, mit Patienten zu arbeiten. Exemplarisch wollten sie sich auf diese Weise über systematisches Wissen hinaus auch jenes Erfahrungswissen aneignen, das sie für eine solchermaßen praxisorientierte Vorgehensweise Arbeit erforderlich hielten und das sie befähigen sollte, die Probleme ihrer Adressaten besser zu verstehen. Jedes Teammitglied begann fortan, in Eigenregie mit Aids-Patienten zu arbeiten und zwar gemäß seiner jeweiligen Qualifikation. Die Medizinerin begann, drogenabhängige Aids-Patienten zu betreuen und sich für eine adäquate medizinische Versorgung Drogenabhängiger einzusetzen, der Psychologe engagierte sich im Bereich der Psychotherapie für HIV-Infizierte, der Sozialarbeiter führte Sozialrechtsberatungen und -begleitungen durch und die Pflegekraft wurde in der ambulanten Pflege tätig.

So sinnvoll diese Zubewegung auf den Bedarf vor Ort gewesen sein mag, ist mit Blick auf die Aufgabenrealisierung zu konstatieren, daß ihr die Gefahr innewohnt, der Vielfalt in der Praxis vorfindbarer Probleme zu erliegen und darüber die eigentliche Aufgabenstellung aus den Augen zu verlieren. Und genau dieser Gefahr erlag das MTA in der Folgezeit. Das Team wurde einerseits zur Regulationsinstanz für unterschiedlichste sich in der ambulanten Pflege bzw. Versorgung stellenden Probleme alltäglichen Berufshandelns und übernahm andererseits Substitutionsfunktion für hier vorfindbare Versorgungslücken. Dabei geriet die eigentliche Aufgabenstellung, die Diffundierung neuen aidsspezifischen Wissens, immer mehr in den Hintergrund.

Unschwer ist vorstellbar, daß das eine ganze Reihe von Folgeproblemen hervorrief. Zunächst einmal zeichneten sich alsbald Doppelanbietungen ab. Zum Angebot des MTA gehörten nun Fortbildung, Beratung und Praxisbegleitung und diese waren auch Bestandteil des Aufgabenspektrums der Aids-Pflegeteams der Wohlfahrtsverbände. Auch sie hatten u. a. die Funktion, die zu ihrem Träger gehörenden Pflegedienste fachlich zu beraten, begleiten und fortzubilden und verlegten sich ungefähr zeitgleich fast ausschließlich auf diese Aufgabe, weil sie von der direkten Patientenversorgung abgeschnitten waren und eines Tätigfelds bedurften⁵.

So »entdeckten« beispielsweise beide – Aids-Pflegeteams wie MTA – zur gleichen Zeit den großen Fortbildungsbedarf von Hauspflegekräften. Letztere verrichten ihre Arbeit bislang weitgehend ohne fachliche Qualifikation und haben entsprechend großen Fortbildungsbedarf, der nun plötz-

lich von unterschiedlichsten Seiten aus befriedigt wurde. Kurze Zeit später wiederum begann eines der Aids-Projekte mit Angehörigenarbeit. In der Folgezeit überlegte auch das MTA, ob es in diesem Bereich aktiv werden sollte und ebenso taten es die Aids-Projekte der Wohlfahrtsverbände.

Diese Beispiele zeigen bereits, welche Folgen diese Entwicklung zeitigte. Es kam nicht einzig zur Multiplizierung von Angeboten, sondern es entstand Konkurrenz, die durch den hohen Legitimationsdruck, dem die Projekte ausgesetzt waren (dazu Wynn/Borchers, 1992), verstärkt wurde. Jedes Projekt suchte nach einer Profilierungsmöglichkeit und sah diese mit zunehmender Konkurrenz immer häufiger darin, möglichst rasch sich

neu abzeichnende Entwicklungen im Feld aufzugreifen und umzusetzen – egal, ob diese mit der Projektfunktion in Übereinstimmung standen oder nicht. Hier wird bereits ein weiteres Folgeproblem sichtbar: zusehends geriet das MTA dadurch in den Sog der Entwicklungsdynamik des Feldes. Immer mehr begann es, den jeweiligen Themen und Moden im Feld nachzueifern und immer weniger war sein Engagement Folge eines vorab festgelegten Konzepts zur Realisierung seiner Aufgabenstellung. Je mehr das Team sich jedoch dem Sog der Entwicklungsdynamik des Feldes subsumierte, desto mehr gingen ihm Selektions- bzw. Relevanzkriterien verloren, anhand derer es hätte entscheiden können, welcher der jeweiligen Trends im Feld für seine Aufgabenstellung fruchtbar zu machen gewesen wären und welcher nicht. Infolgedessen vermischte sich das Aufgabenprofil immer mehr und gleichzeitig entstanden *Aufgabenverlagerungen* und *Verselbständigungstendenzen*. So wurden die zu exemplarischen Zwecken begonnenen Aktivitäten im Bereich der direkten Patientenbetreuung immer weiter fortgeführt, ja schießen zwischenzeitlich sogar eine höhere Gewichtung zu erfahren als die offiziellen Modellaufgaben⁶. Wie auch bei dem Koordinationspflegemodell widmeten sich die Teammitglieder bei diesen Aktivitäten Lücken in der Versorgung und nahmen so gesehen sinnvolle Funktionen ein. Beispielsweise wurden sie Auffangbecken für Aids-Patienten, die in der Versorgungslandschaft herumirrten und nicht wußten, wie sie sich andocken sollten oder halfen mit Betreuungsangeboten, für die ein großer Bedarf, aber kein Angebot vorhanden war, führten sogar Sterbebegleitung durch und sprangen bei personellen Engpässen ambulanter Betreuungsinstitutionen ein (so z. B. die Pflegekraft). Gleichwohl verselbständigten sich diese Aktivitäten und dadurch entfernte sich das Team immer mehr von seiner eigentlichen Funktion. Ähnliches läßt sich auch mit Blick auf andere Aufgabenbereiche konstatieren. So verschob sich der Schwerpunkt in der Fortbildungsarbeit zusehends von Fragen der Vermittlung neuer aids-spezifischer Informationen und der Unterstützung bei der Verarbeitung dieses Wissens auf die Bearbeitung von Kompetenz-, Belastungs- und Arbeitsproblemen in der ambulanten Pflege und folgte auch dabei einem Trend im Feld.

Freilich blieb auch diese Entwicklung nicht folgenlos. Zum einen entstanden *Legitimationsprobleme*. Das Team konnte zwar glaubhaft machen, daß sein Engagement sinnvoll ist, aber immer schwerer verständlich machen, welche Logik ihm zugrundeliegt und in welchem Zusammenhang die Vielzahl seiner Aktivitäten zu seiner offiziellen Funktion steht⁷.

Außerdem kristallisierten sich Identitätsprobleme heraus, die sich immer weiter zuspitzten, je mehr die Verselbständigung einzelner Aufgabenbereiche zunahm. Selbstverflüchtigungstendenzen, Desorientierung und Unklarheit determinierten jetzt das Modellgeschehen und überforderten offenkundig vor allem die Teammitglieder, die sogenannten »schwachen« Professionen (Freidson, 1986) entstammen: den Sozialarbeiter und den Krankenpfleger. Sie hatten Schwierigkeiten, sich überhaupt noch zu definieren, inhaltlich ihren Platz im Team auszufüllen und die Verwischung der Aufgabendefinition zu kompensieren. Desweiteren entstanden zahlreiche *Kooperationsprobleme*. Latent schwelende und zuweilen offene Konflikte charakterisierten die Zusammenarbeit und lähmten das Team zwischenzeitlich. Dabei spielten weniger Probleme der interprofessionellen Kooperation eine Rolle – wie das Team selbst glaubte – als vielmehr die in ihren Auswirkungen unterschätzte Verselbständigung patientenbetreuender Aktivitäten. Denn sie stellte Teile des Teams – besonders den Sozialarbeiter und den Krankenpfleger – vor Schwierigkeiten. Paßten sie sich an, verfügten sie nicht über die geeigneten Rahmenbedingungen, um sich praktisch betätigen zu können und dabei jene Autonomie zu wahren, die sie für die Wahrnehmung ihrer eigentlichen Aufgaben benötigten. Faktisch sahen sie nur die Möglichkeit, als Lückenbüßer in Institutionen

tätig zu werden und zwar eben jenen, denen sie zugleich mit Information und Beratung zur Seite stehen sollten und gegen diese Rollendiffusion verwehrten sie sich intuitiv, ohne ihre Probleme aber für die anderen Teammitglieder nachvollziehbar artikulieren zu können. Als Folge dessen gerieten Medizinerin und Psychologe auf der einen und Sozialarbeiter und Krankenpfleger auf der anderen in immer größeren Dissens zueinander, was u. a. als Resultat dessen zu begreifen ist, daß die Entgleisungstendenzen des Modells für letztere am deutlichsten spürbar waren.

Dennoch gelang dem Team, sich immer wieder zu arrangieren und aufbrechende Kooperationskonflikte zu regulieren, eine grundsätzliche Kurskorrektur erfolgte jedoch nicht. Versuche der Re-Strukturierung endeten meist im Strudel selbstreflexiver Klärungen, ohne sich einer aufgabenorientierten Reflexion des Teamhandelns zu nähern. Das Aufgabenprofil blieb also unklar, Aufgabenverlagerungen setzten sich fort und die Diskrepanz zwischen offizieller und inoffizieller Aufgabenstellung wurde größer.

Solche Divergenzen zwischen eigentlicher und faktischer Aufgabenstellung charakterisierten viele Aids-Projekte und bescherten ihnen sehr unterschiedlich gelagerte Schwierigkeiten. Im MTA hatten sie zur Folge, daß die Aktivitäten der einzelnen Teammitglieder zunehmend auseinanderdrifteten und immer weiter in subjektive Interessen abschweiften und nur mühsam noch ein alle verbindender Rahmen herstellbar war.

Gewissermaßen erfolgte schließlich eine Kurskorrektur von außen. Nach dem Auslaufen der Phase der Modellfinanzierung konnte eine Weiterförderung erwirkt werden. Allerdings wurde das Team um eine Stelle abgespeckt, hatte sein Betätigungsfeld in eine andere Region zu verlegen, um dort neu entstehende Versorgungseinrichtungen im ambulanten Bereich auf den erforderlichen Wissensstand zu bringen. Gewissermaßen mußte das Team sich dadurch seiner eigentlichen Aufgabe rückbesinnen und konzentrierte sich in der Folgezeit wieder auf Fragen des Wissenstransfers. Dieser wurde erneut vorrangig als Informationsvermittlung und Aufklärung betrieben, erfolgte also nach dem zu Beginn der Arbeit verfolgten Konzept, ohne daß die zurückliegenden Erfahrungen hinreichend reflektiert und fruchtbar gemacht worden wären. Das freilich ist den einzelnen Teammitgliedern kaum vorzuwerfen. Längst erlagen sie den aus dem Rückgang des gesellschaftlichen und politischen Interesses an Aids resultierenden Demoralisierungstendenzen. Trotz der Weiterförderung war klar, daß die engagiert und ambitioniert begonnene Arbeit keine Zukunftsperspektive besitzen würde und sie über kurz oder lang nach beruflichen Alternativen Ausschau halten mußten. Daß diese nicht im Bereich des Wissenstransfers liegen, sondern näher an den jeweiligen Fachdisziplinen beheimatet sein würden, zeichnete sich bereits ab und diese Erkenntnis hemmte nicht einzig die Reflexions- und Korrekturbereitschaft, sondern bestätigte die Teammitglieder insgeheim darin, mit eben jenen Aktivitäten fortzufahren, die »neben« der eigentlichen Aufgabenstellung lagen.

Diskussion der Modellerfahrungen

Nun stellt sich die Frage, ob nicht viele der im Verlauf der Modellrealisierung beschrittenen Irrwege vermeidbar gewesen wären und welche Lehren aus den Modellerfahrungen zu ziehen sind.

1. Zunächst einmal werfen die Modellerfahrungen die Frage auf, ob Aufgabenstellung und Qualifikationsprofil der Mitarbeiter in Übereinstimmung stehen und diese ist zumindest partiell zu verneinen. Plausibel ist die Besetzung des Teams unter fachwissenschaftlichen Gesichtspunkten betrachtet. Ambulante Pflege von Aids-Patienten ist zweifelsohne

auf neue fachwissenschaftliche Erkenntnisse aus den am Modell beteiligten Disziplinen verwiesen. Allerdings gehören Fragen des Wissenstransfers und der -vermittlung weder zum Ausbildungs- oder Handlungsrepertoire in der Medizin und der Psychologie, noch in der Sozialarbeit und auch nicht in der Krankenpflege. Am ehesten spielen sie in der Psychologie eine Rolle und so nimmt nicht wunder, daß der Psychologe weitgehend die Modellentwicklung bestimmte. Jedoch glitt er dabei immer weiter in die für seine Profession typische Zugriffsweise und die ihr zugrundeliegende Handlungsstruktur ab: konzentrierte sich auf »Störungen« (Informationsbarrieren, Lernwiderstände, Angst und Hysterie), verwandelte die Geh-Struktur in eine Komm-Struktur, übersah, daß nicht Beeinträchtigungen ausgeglichen bzw. behandelt, sondern Handlungsmöglichkeiten durch Zugewinn neuen Wissens erweitert werden sollten und Wissensvermittlungen eine andere Logik zugrundeliegt als psychologischen Interventionen (dazu Schmitz, 1983; Schaeffer, 1992). Erstere gehören dem Charakter nach zum Bereich pädagogischen Handelns, dessen Anliegen es ist, Hilfestellung bei Lern- und Wissensaneignungsprozessen zu leisten und durch Befähigung zum gezielten Lernen zur Erschließung und Aneignung sowie zur Erweiterung der Bewältigungsmöglichkeiten sozialer Wirklichkeit beizutragen (Giesecke, 1989). Für die Wahrnehmung der damit verbundenen Aufgaben fehlte es den Teammitgliedern aber offenkundig an entsprechenden Kompetenzen⁷.

Wie in vielen anderen, in Aids-Krankenversorgung erprobten Modellen auch, wurden diese »Passungsprobleme« zwischen Aufgabenstellung und Qualifikationsprofil und die daraus erwachsenen Kompetenzdefizite übersehen und das prägte zweifelsohne den Modellverlauf. Mit anderen Worten, auch hier hätte es der Nachqualifizierung der Mitarbeiter bedurft, um sie zu befähigen, die ihnen anvertraute Aufgabenstellung adäquat zu realisieren und dabei lag – ähnlich wie bei vielen anderen Aids-Projekten auch – der Nachqualifikationsbedarf nicht im Bereich aidsspezifischer Probleme, wie er durch ein eigens dazu geschaffenes Qualifikationsprogramm hätte abgedeckt werden können, sondern betraf substantielle Kompetenzfragen. Daß diese nicht reguliert wurden, erschwerte trotz allen Engagements der einzelnen Teammitglieder die Aufgabenrealisierung und begünstigte Entgleisungstendenzen.

2. Bemerkenswert ist als zweites, daß die Modellentgleisungen von den Mitarbeitern selbst erkannt wurden und deshalb nicht eigenständig korrigierbar waren. Das Projekt hätte also einer Begleitung und Steuerungshilfe im Prozeß der Modellumsetzung bedurft, die von Beginn an Sorge für eine modellkonforme Aufgabenrealisierung und Vermeidung von Fehlentwicklungen trägt. Nachgeschobene Supervisionsprogramme⁹ – so bestätigen die Erfahrungen dieses Modellversuchs einmal mehr – sind ungeeignet, diese Funktion zu übernehmen. Nicht nur setzen Supervisionen zumeist erst ein, wenn Fehlentwicklungen bereits gegeben sind, fungieren dann eher als Entlastungsinstrument, denn als Steuerungs- und Korrekturhilfe, sondern operieren auch mit Interventionsstrategien, die gegebene Problemsituationen unter Umständen unbeabsichtigt verfestigen. Meist konzentrieren sie sich auf die Regulation beziehungs-dynamischer Probleme und vielfach intervenieren sie ohne umfassende Rekonstruktion der eingetretenen Problemsituation – sozusagen ohne Problemanamnese und -diagnose – und auch ohne hinreichende feldspezifische und sogar kontextuelle Kenntnisse (Filsinger et al., 1991; Filsinger/Schäfer, 1992). Außerdem nehmen sie in der Regel einzig die Selbstdeutungen der Supervisanden zum Ausgangspunkt ihrer Intervention und nicht eben selten sitzen sie folglich deren Problemverkennungen auf (Fürstenau, 1990).

Zur Illustration sei der Supervisionsverlauf dieses Modells kurz dargestellt. Das Team begann einen Supervisor zu suchen als die Verselbständigungs-

tendenzen und internen Kooperationskonflikte seine Arbeit schon beeinträchtigten. Hilfestellung erwartete es sich vor allem bezüglich der Regula-

tion dieser Kooperationsprobleme. Außerdem fühlte es sich durch das nahende Auslaufen des Modellprogramms »Sozialstationen« in seiner Existenz bedroht und suchte eine Beratung zur Verbesserung seiner Selbstpräsentation und Weiterförderungschancen. Der Supervisor – ein im Bereich der Projektberatung von Non-Profit-Organisationen versierter Pädagoge und Soziologe mit Therapieausbildung – nahm, nachdem er sich in einem Vorgespräch über die Probleme des Modells informiert hatte, seine Arbeit auf. Das Hauptproblem der Gruppe sah er in dem »Auseinanderdriften« der Interessen- und Aufgabengebiete der einzelnen Mitarbeiter, die Kooperationsprobleme verstand er als Folge dessen und legte das Schwergewicht auf die Rückgewinnung eines integrierten Arbeits- und Aufgabenverständnisses und die Bearbeitung der Kooperationsprobleme. Sein Interventionsziel bestand darin, gemeinsam mit den Teammitgliedern ein induktives Aufgabenverständnis und – profils zu erarbeiten. Gemeint ist, daß ausgehend von der derzeitigen Arbeitssituation des Teams eine Aufgabendefinition erarbeitet werden sollte, die Raum für subjektive Interessen vorsah und gleichzeitig einen für alle Mitglieder verbindlichen Rahmen schuf – ein gemeinsames Dach, unter dem die beteiligten Berufe gleichberechtigt Platz finden konnten. Auf diese Weise sollten auch die Kooperationsprobleme ausgeräumt werden. So einleuchtend diese Vorgehensweise auf den ersten Blick anmuten mag, ungewollt trug sie zur Verfestigung der gegebenen Problemlage des Modells bei. Zwar konnten die Kooperationskonflikte vorübergehend entschärft und sich abzeichnende Status- und Hierarchieprobleme der Berufe gemildert werden. Außerdem gelang es dem Team, sich wieder als solches zu definieren. Gleich-

wohl war die gefundene Problem»lösung« nur bedingt tragfähig und brach alsbald wieder zusammen.

Das ist nicht verwunderlich, denn die eigentliche Problemsituation des Teams blieb ungelöst. Denn die Schwierigkeiten der interprofessionellen Kooperation und auch das Auseinanderlaufen der Aktivitäten der einzelnen Teammitglieder waren faktisch nur Ausdruck des »eigentlichen« Problems, nämlich Resultat dessen, daß das Team in immer größere Distanz und Abweichung zu seiner offiziellen Aufgabenstellung geraten war und in die damit einhergehenden Aufgabenverlagerungen verstrickt war. Das Projekt hätte also einer grundsätzlichen Kurskorrektur und einer Rückbesinnung auf seine offizielle Aufgabenstellung bedurft. Doch genau das konnte aufgrund der »induktiven Vorgehensweise« nicht ins Blickfeld geraten. Erforderlich wäre dazu gewesen, daß der Supervisor nicht unhinterfragt die gegebene Arbeitssituation zum Ausgangspunkt seiner Intervention gemacht und auch daß er nicht einzig auf die Problemeinschätzung der Supervisanden gesetzt hätte. Vielmehr hätte er zunächst eine Problemrekonstruktion vornehmen müssen, die neben subjektiven auch den faktischen Gegebenheiten und dem Bedingungsgefüge des Projekts Aufmerksamkeit schenkt (z. B. der offiziellen Aufgabenstellung, ebenso den Rahmenvorgaben des Modellprogramms etc.). Weil das nicht geschah, entstand eine eigentümliche Strukturhomologie: sein Tun war unter Gesichtspunkten der Spannungsreduktion betrachtet sinnvoll, aber mit Blick auf den Modellverlauf betrachtet ebenso »neben« der zu bearbeitenden Problemlage verortet wie das des Teams⁹.

Notwendig wäre also Projektbegleitung gewesen, eine Steuerungshilfe, die den Prozeß der Modellumsetzung von Beginn an begleitet, Implementationsdefizite ausräumt, auf eine zielkonforme Aufgabenrealisierung und eine ebensolche Regulation der im Zuge des Modellvollzugs entstehenden Probleme drängt, Hilfestellung bei der Suche nach adäquaten Strategien der Zielrealisierung und bei der Bewältigung der dabei sichtbar werdenden Qualifikations- und Kompetenzprobleme gewährt. Speziell bei Innovationsvorhaben im Gesundheitswesen ist eine solche Begleitung und Steuerungshilfe unverzichtbar (Shadish, 1990) – eine Erkenntnis, die durch die Erfahrung in anderen Modellprogrammen (exemplarisch sei das Health-Promoting-Hospital-Programm der WHO angeführt, Grossmann 1992) bestätigt wird.

3. Auch an diesem Modellverlauf fällt auf, wie kontraproduktiv sich Legitimations- und Zeitdruck bzw. Befristung auf Innovationsversuche auswirken können. Sie haben zur Folge, daß die Mitarbeiter sich stets unter »Produktions-« bzw. Aktivitätszwängen wähnen und das zeitigt auf die einen lähmende Wirkung, wohingegen die anderen hyperaktiv werden und dabei alsbald die Übersicht und die Leitziele verlieren. Beide Reaktionen waren auch im MTA zu finden, wobei die letztgenannte überwog. Erschwerend kam hinzu, daß nahezu alle Teammitglieder Berufsanfänger waren, die mit der begonnenen Arbeit große Hoffnungen verbanden. Um Aids – so hatte es lange

Zeit den Anschein – schien sich neues Aufgabengebiet auszudifferenzieren, das interessant zu sein versprach und durchaus karriereförderliche Profilierungsmöglichkeiten zu bieten hatte. Je näher aber das Ende der Aids-Modellprogramme rückte, und sich abzeichnete, daß die ursprüngliche Ausgabenbereitschaft rapide nachlassen würde, desto mehr wuchs die Verunsicherung. Plötzlich wurde deutlich, daß die zumeist engagiert und ambitioniert begonnene Tätigkeit keine gesicherte Perspektive enthielt und mit dieser Erkenntnis setzte vielerorts ein rasch um sich greifender Demoralisierungsprozeß ein. Gerade die Berufsanfänger befürchteten seither, den Anschluß an normale Berufslaufbahnen verloren zu haben und glaubten, daß eine längere Tätigkeit im Aids-Bereich sie in eine Sackgasse führen würde, so vor allem jene, die hier mit Aufgaben befaßt waren, die mit dem herkömmlichen Aufgaben- und Berufsverständnis wenig gemein haben. Auch vor dem MTA machten solche Ängste nicht Halt. Besonders die beiden Vertreter »starker« Professionen fürchteten, ihre Berufspläne revidieren zu müssen, wußten aber nicht wie. Wollte beispielsweise die Ärztin nach Auslaufen des Modells eine traditionelle Medizinerlaufbahn anstreben, würden ihr die Erfahrungen im Bereich des Wissenstransfers und der Fortbildung von Pflegekräften weitaus weniger hilfreich sein als Erfahrungen in der direkten medizinischen Patientenbetreuung. Nicht anders die Situation des Psychologen. Ihm würde die therapeutische Arbeit mit Aids-Patienten bei der Suche nach neuen Betätigungsmöglichkeiten ebenfalls dienlicher sein als Erfahrungen in der Wissensvermittlung. Viele Mitarbeiter verloren angesichts dieses Zusammenbruchs von Perspektiven oder Karrierehoffnungen und der sie verunsichernden, weil ungewissen Situation die Bereitschaft, nach konstruktiven Lösungen für die Probleme der Modellrealisierung zu suchen oder qualifikatorische Passungsprobleme auszuräumen. Insgeheim begannen sie, nach beruflichen Alternativen Ausschau zu halten oder nahmen zunächst zögerlich, dann massiver Verschiebungen, ja sogar Umdefinitionen der Aufgabenstellung vor – meist solchen, die sie in größere Nähe zu herkömmlichen beruflichen Tätigkeitsfeldern brachten.

Zu einem nicht unerheblichen Teil waren auch die Aufgabenverlagerungen (und insbesondere die Verselbständigungen der Aktivitäten in der direkten Patientenbetreuung) im MTA so motiviert. So problematisch das im Hinblick auf die Modellrealisierung einzuschätzen ist, muß daraus unserer Meinung nach die Lehre gezogen werden, daß Modellversuche enorm erschwert sind, wird der (Berufs)Situation der Akteure nicht hinreichend Rechnung getragen: werden ihnen sicherheitsstiftende und somit stützende Strukturen verwehrt und ebenso, werden sie nicht in die Bedingungen von Modellvorhaben einsozialisiert. Das ist um so nachhaltiger zu betonen, als die Mitarbeiter des MTA und generell des Modellprogramms Sozialstationen Berufen entstammen, in denen Zeitarbeit bisher unüblich ist.

4. Unter inhaltlichen Gesichtspunkten betrachtet, zeigen die Modellerfahrungen, daß Wissenstransferkonzepte auf Erkenntnisse der neueren Lern- und der Verwendungsforschung verwiesen sind. Sie bestätigen, daß Handlungs- und Wissensdefizite nicht einfach durch bloße Dissemination und Weitergabe von Wissen ausgeglichen werden können. Solchermaßen »naiv« bzw. einfach verfahrenende Transferstrategien übersehen die Komplexität von Adaptions- und Lernvorgängen. Wie aus der Lempsychologie bekannt ist, kann ihnen nur dann Erfolg beschieden sein, wenn sie mit bestimmten (Lern)Voraussetzungen ihrer Adressaten übereinstimmen: diese sich vorhandener Leerstellen in ihrem Wissensrepertoire bewußt und sie aufzufüllen gezwungen sind, damit die alltägliche Lebenspraxis aufrechterhalten werden kann und außerdem das aufgenommene Wissen problemlos in das bestehende Wissensrepertoire integrierbar ist. So gesehen nimmt nicht wunder, daß der Strategie der Informationsweitergabe und Auf-

klärung über Aids, der solchermaßen naive Wissenstransfervorstellungen zugrundeliegen, nur in der ersten Phase des Projekts Gelingen beschert war. Sie war solange erfolgreich, wie das »Phänomen Aids« neu und vom Nimbus des Unwägbaren umwoben war und Irritationen in der Selbstverständlichkeit des Alltagslebens hervorrief. Von dem Moment an, wie es in seiner subjektiven Relevanz als Risiko eingeschätzt werden konnte und sich abzeichnete, daß Aids vorrangig eine Gefahr für bestimmte gesellschaftliche Minderheiten darstellt und auch für den Bereich beruflichen Handelns nicht die Relevanz erhalten würde wie zunächst vermutet, war das Irritationspotential beseitigt und somit auch die Notwendigkeit, sich weiterhin Wissen über Aids anzueignen. Mit anderen Worten: es bestand keinerlei Lernzwang oder -bedarf mehr. Das Entstehen von Informationsresistenzen und Lernwiderständen erklärt sich zu einem erheblichen Teil aus diesem Sachverhalt. Hinzu kamen freilich die zuvor dargestellten strategischen Gründe zum Zweck der Abwehr von ungewollten Handlungskonsequenzen.

Hier zeigen sich die Grenzen naiver Wissenstransferstrategien, denn damit war eine Situation entstanden, in der sie auf inkompatible Voraussetzungen treffen. Weder waren die Adressaten ihrer Bemühungen nun noch spontan aufnahmebereit, noch hatten die durchgeführten Maßnahmen die gewünschten Effekte gezeitigt: die Informationen waren nicht so auf- und angenommen worden wie intendiert.

Aus lerntheoretischer Perspektive besehen ist auch das nicht unbedingt verwunderlich. Zum einen ist Wissensaufnahme selbst ein selektiver Prozeß, der durch die Insuffizienzen lebenspraktischer Deutungsmuster gesteuert wird, d. h. es wird nur das Wissen vom Subjekt aufgenommen, das sich als kompatibel mit dem vorhandenen Wissensrepertoire erweist. Nicht kompatibles Wissen, sei es, weil es nicht einordbar ist oder Umstrukturierungen der Wissensvorräte und Veränderungen subjektiver Relevanzsysteme erforderlich macht, ist also nicht spontan integrierbar, sondern bedarf der Vermittlung sowie ebenso der Hilfestellung bei der Adaption.

Zum anderen ist gerade wissenschaftliches Wissen – und eben jenes sollte transferiert werden – nicht ohne weiteres anschlussfähig an lebens- oder berufspraktisches Wissen – darauf haben besonders die Ergebnisse der neueren Verwendungsforschung aufmerksam gemacht (Beck/Bonß, 1988). Wissenschaftswissen und Alltagswissen stellen zwei unterschiedliche Typen von Wissen dar, die sozialstrukturell divergent geformt sind und jeweils eigenen Relevanzsystemen folgen und nur schwer verknüpfbar sind – ein Tatbestand, der in einfachen Transfermodellen ebenfalls übersehen wird. Sie begreifen die Differenz zwischen wissenschaftlichem Wissen und Alltags- bzw. Berufswissen nicht als qualitative, sondern als hierarchische und reduzieren das Problem des Wissenstransfers auf das einer möglichst optimalen Informationsaufbereitung und raffinierten Überwindung von Rezeptionswiderständen (Dewe et al., 1992). Doch auch optimal aufbereitet und raffiniert vermittelt – so bestätigen die Erfahrungen das MTA – prallen wissenschaftliche Erkenntnisse ab, stoßen auf Resistenzen oder werden »eigentümlich« rezipiert, eben weil sie nicht problemlos integrier- und anschließbar sind. Um überhaupt wissenschaftliches Wissen aneignen zu können, bedarf es daher einer mehrschrittigen Transformation, innerhalb derer »die wissenschaftlichen Informationen im Sinnhorizont lebens- bzw. berufspraktischer Deutungsmuster gewissermaßen neu konstituiert werden« (Dewe, 1988: 242) und darüber hinaus in brauchbares Handlungswissen umgesetzt werden. Das erklärt nicht nur, warum einfache Überbrückungskonzepte bestenfalls begrenzt wirksam sind und die Kluft zwischen Wissenschaft und Praxis meist nicht zu überwinden vermögen, sondern erlaubt auch Rückschlüsse für die Gestaltung von Wissenstransfermaßnahmen:

- a) Zunächst einmal bedarf es Re-interpretationen, »die darauf abzielen, die aus wissenschaftlicher Perspektive erarbeiteten Informationen so kleinzuarbeiten, daß sie für

die Praxis »anschlußfähig« werden« (Beck/Bonß, 1989: 2). Erst solchermaßen transformiert und nicht lediglich »aufbereitet« kann wissenschaftliches Wissen rezipiert werden.

- b) Um angeeignet werden zu können, ist darüber hinaus erforderlich, daß das neue und sich zumeist als sperrig erweisende Wissen in das vorhandene Wissenspotential integriert wird, d. h. es muß mit dem vertrauten Wissen verbunden und durch Transferleistungen verknüpft werden. Dabei freilich ist zu bedenken, daß die Integration Umstrukturierungen bestehender Wissensbestände und subjektiver Relevanzsysteme erforderlich machen kann und damit besondere Anforderungen an den Adaptionsprozeß gestellt sind.
- c) Um nutzbar gemacht werden zu können, bedarf es eines weiteren Schritts – gewissermaßen einer weiteren Transformation, innerhalb dessen das seinem Charakter nach kognitive Wissen dann in brauchbares Handlungswissen umgesetzt wird. Erst als solches erhält es unmittelbar Handlungsrelevanz und ist verwendungsfähig.

Betrachtet man den Modellverlauf in diesem Licht, ist konsequent, daß das MTA von der Strategie der bloßen Wissensaufbereitung und Dissemination von neuesten Forschungsbefunden und aufklärendem Wissenschaftswissen abwich, einen Kurswechsel vornahm und auf Bildungsarbeit schwenkte, denn Bildungsprozesse sind als zentrale Strukturorte solcher Transformationsprozesse zu betrachten (Dewe, 1988). Sie ermöglichen, die Abnehmer und ihre Möglichkeiten der Aneignung in den Mittelpunkt zu stellen und Wissenstransfer als Vermittlungs- und Lernprozeß zu konzeptualisieren. Außerdem bieten sie die geeigneten Rahmenbedingungen für die oben dargestellten erforderlichen Transformationsschritte, die gewährleisten, daß wissenschaftliches Wissen so adaptiert werden kann, daß es verwendungsrelevant wird.

Wie die Erfahrungen des Teams zeigen, ist damit allerdings eine Gratwanderung verbunden. Nicht in Vergessenheit geraten darf, daß es nach wie vor um Wissenstransfer und keine Bildungsarbeit zum Zweck der Regulation der sich in der Berufspraxis stellenden Handlungsprobleme geht. Außerdem besteht die Gefahr, in »Therapieleistungen« abzugleiten. Beiden Gefahren erlag das MTA. Mit der Hinwendung zur Bildungsarbeit übersah es alsbald die Seite der Wissensproduktion, blieb nicht mehr der Wissensexpansion auf der Spur, vergaß, daß seine Aufgabe im Transfer neuer praxisrelevanter Forschungsbefunde aus den unterschiedlichen wissenschaftlichen Kontexten besteht und widmete sich vorrangig den unterschiedlich gearteten Überforderungserscheinungen durch das Auftauchen von Aids und den daraus in der ambulanten Pflege erwachsenden Handlungsproblemen. Das findet u. a. darin seinen Niederschlag, daß es sein Angebot zusätzlich um Praxisbegleitung und Supervision erweiterte – ein Schritt der im Hinblick auf die sich in der Pflege stellenden Probleme plausibel erscheinen mag, mit Blick auf die Aufgabe Wissenstransfer jedoch wenig einleuchtend, ja sogar ungeeignet ist, weil er zu anderen Aufgabengewichtungen führt.

Ähnlich innerhalb der Bildungsarbeit: hier konzentrierte es sich mehr und mehr auf die Bearbeitung von Motivations- und Rezeptionsbarrieren, sozusagen von Lernstörungen, um auf diese Weise geeignete Bedingungen für die Auslösung von Lernprozessen zu schaffen. Auch das mag einleuchtend erscheinen, ist jedoch eine Vorgehensweise, die sich über kurz oder lang als kontraproduktiv für die Wahrnehmung der Aufgabe Wissenstransfer erweist. Geht es um Prozesse der Wissensaneignung, erhalten Lernstörungen nur insofern Relevanz als sie die Lernvoraussetzungen der Adressaten determinieren und die Vermittlung von Wissen auf sie abgestellt werden muß. Die Bearbeitung dieser Störungen fällt streng genommen in den Aufgabenbereich einer anderen Profession. Mit anderen Worten, Lernstörungen sind vorrangig als Indikator dafür zu sehen, daß es anderer Formen der Vermittlung bedarf und die gewählten Strategien der Wissenstransforma-

tion modifikationsbedürftig sind. Statt sich also auf die Bearbeitung der Lern- und Adaptionsstörungen zu konzentrieren, hätte das Team sich mit der Erarbeitung und Erprobung angemessener Transformationsstrategien befassen müssen.

Das als Anlaß zu nehmen, um den Wert der Modellerfahrungen zu schmälern, wäre verfehlt. Weder sind diese »Fehlentwicklungen« den Teammitgliedern vorzuwerfen, das nicht zuletzt aufgrund der zuvor dargestellten Implementations- und Kompetenzdefizite hoffnungslos überfordert war, noch sprechen sie gegen die dem Modell zugrunde liegenden Ideen und Intentionen. Sie zeigen vielmehr, welche Schwierigkeiten das Unterfangen »Wissenstransfer« aufwirft und weisen zudem darauf, daß seine Umsetzung weiterer konzeptueller und strategischer Klärungen bedarf.

Anmerkungen

- 1 Der Beitrag entstand vor dem Hintergrund einer am WZB durchgeführten und vom BMFT finanzierten Studie, in deren Rahmen die Anpassung des Krankenversorgungswesens an HIV und Aids untersucht wird. Besondere Aufmerksamkeit gilt dabei all jenen Innovationsversuchen, in denen zentrale Strukturprobleme angesprochen werden, die nicht nur bei Aids-, sondern auch bei anders erkrankten Patienten einer adäquaten Versorgung entgegenstehen (exemplarisch Schaeffer/Moers/Rosenbrock, 1992).
- 2 Das Projekt war Teil eines »Modellprogramms Sozialstationen«, eines der insgesamt 7 Modellprogramme, die im Rahmen des Sofortprogramms der Bundesregierung zur Bekämpfung der Immunschwächekrankheit AIDS für die Dauer von 4 Jahren gefördert wurden.
- 3 So betonten beispielsweise einzelne Pflegekräfte, sie wollten aus familiären Gründen, aus Sorge um die potentielle Ansteckungsgefahr und die Zukunft ihrer Kinder, nicht in die Betreuung von Aids-Patienten einbezogen werden. Anderen wurde vom Ehemann verboten, sich praktisch mit Aids zu befassen etc. Diese Beispiele werden deshalb angeführt, um einen Eindruck von dem noch Anfang der 90er Jahre herrschenden Klima in versorgenden Einrichtungen zu vermitteln.
- 4 Freilich waren auch entgegengesetzte, nicht minder fragliche Erscheinungsformen zu beobachten: überaus enge Helfer-Klient-Beziehungen, in denen die Grenze zwischen professioneller und natürlicher Hilfe aufgehoben ist, ausgeprägte Helfersynndrome und Überfürsorglichkeit.
- 5 Bemerkenswerterweise war ihre Entwicklung genau gegenläufig zu der des MTA. Sie entfernten sich immer mehr von patientenbezogenen Aufgaben und verlegten sich auf klientenferne Aufgaben.
- 6 So bekundete in dem von uns durchgeführten Teaminterview eines der Teammitglieder, daß mittlerweile mehr als 70 % seiner Arbeit auf Klientenbetreuung zielt. Motiviert sah es diese Aufgabenverlagerung aus der Konkurrenz mit anderen Modellprojekten, die aufgrund der Doppelanbietungen entstand: »Wenn die Pflegeteams jetzt auch Fortbildung machen . . . also ich reiße mich nicht drum. Also ich denke, wir haben unseren Schwerpunkt deshalb auch mehr auf die Arbeit mit Klienten verlegt«.
- 7 Exemplarisch sei hier ein Beitrag der Begleitforschung des Modellprogramms angeführt, in dem dem Team eine ähnlich Aufgabenstellung attestiert wird, wie den klinischen Koordinatoren (Wyns/Borchers, 1992) – einem Modellprojekt mit ganz anderer Aufgabenstellung. Das ist nicht verwunderlich, weil im Rahmen der Tätigkeit im Drogenbereich auch Koordinationsfunktionen wahrgenommen wurden. Gleichwohl gehört all dieses zu den inoffiziell wahrgenommenen Aufgaben des Teams, die in großer Divergenz zu seiner offiziellen Aufgabenstellung stehen.
- 8 Interessant ist, daß pädagogische Kompetenzen häufig offenkundig als naturwüchsige betrachtet werden und geglaubt wird, jedermann beherrsche Lehr- und Vermittlungsaufgaben ohne entsprechende Qualifizierung.
- 9 Für die Mitarbeiter des Sofortprogramms der Bundesregierung zur Bekämpfung der Immunschwächekrankheit Aids gab es ein eigens aufgelegtes Qualifizierungs- und ebenso ein Supervisionsprogramm (Filsinger et al., 1991).
- 10 Ein Blick in unser Datenmaterial, das eine Reihe von Interviews mit Supervisoren enthält, zeigt, daß der geschilderte Fall kein Einzelfall ist. Das spricht nicht gegen die Notwendigkeit von Supervision, sondern weist auf zwei zu erörternde Probleme. Zum einen scheint Supervision kein geeignetes Instrument zur Prozessierung von Innovationsvorhaben zu sein. Zum anderen werfen die im Aids-Bereich gesammelten Erfahrungen die Frage auf, ob Supervision wirklich ohne systematische »Planung« des Supervisionsprozesses auskommen kann, also ohne umfassende Problemanamnese, ohne davon abgeleitete Zielfindung und Festlegung der Vorgehensweise, ohne Evaluation etc.

Literatur

- Beck, U., Bonß, W., 1988: Weder Sozialtechnologie noch Aufklärung? Analysen zur Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens. Frankfurt: Suhrkamp.
- Beck, U., Bonß, W., 1989: Zum Wandel im Verhältnis von Sozialwissenschaft und Praxis. Arbeit und Sozialpolitik 43,2,2-8.
- Dewe, B., 1988: Wissensverwendung in der Fort- und Weiterbildung. Studien zum Umgang mit Wissen. Baden-Baden: Nomos.
- Dewe, B., Ferchhoff, W., Radke, F.-O., 1992: Das »Professionswissen« von Pädagogen. Ein wissenstheoretischer Rekonstruktionsversuch. In: dieselben (Hrsg.): Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Opladen: Leske und Budrich, 70-91.
- Filsinger, D. et al., 1991: Supervision in der Aids-Arbeit. Dritter Zwischenbericht des Projekts »Supervision in der Aids-Arbeit«. Vervielf. Manuskript. Berlin: Freie Universität Berlin, 46 S.
- Filsinger, D., Schäfer, J., 1992: Supervision im Kontext. Supervision, 21, 28-50.
- Fürstenau, P., 1990: Interview mit Prof. Dr. P. Fürstenau, Sozialpsychiatrische Information 2, 2-7.
- Garms-Homolová, V., Schaeffer, D., 1992: Versorgung alter Menschen. Sozialstationen zwischen wachsendem Bedarf und Restriktionen. Freiburg: Lambertus, 129 S.
- Giesecke, R., 1993: Pädagogik als Beruf. Grundformen pädagogischen Handelns. Weinheim/München: Juventa.
- Grossmann, R., 1993: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung – Organisationsentwicklung durch Projektmanagement. Erscheint in: Demmer, H., Pelikan, J. M., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung in Betrieben, Krankenhäusern und Schulen. Weinheim/München: Juventa.
- Rosenbrock, R., 1992: Aids: Questions and Lessons for Public Health. Paper der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, P92-211, Berlin: 31 S.
- Schaeffer, D., 1991: Probleme bei der Implementation neuer Versorgungsprogramme für Patienten mit HIV-Symptomen. In: Neue Praxis. Kritische Zeitschrift für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, 21, 5+6, 392-406.
- Schaeffer, D., 1992: Tightrope Walking. Handeln zwischen Pädagogik und Therapie. In: Dewe, B., Ferchhoff, W., Radke, O. (Hrsg.): Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Opladen: Leske & Budrich, 200-229.
- Schaeffer, D., Moers, M., 1992: Professionelle Versorgung von HIV- und Aids-Patienten. Bericht des Projekts »Versorgung und Betreuung von Patienten mit HIV-Symptomen. Präventive Potentiale kurativer Institutionen«. Paper der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, P92-209. Berlin: WZB, 237 S.
- Schaeffer, D., Moers, M., Rosenbrock, R. (Hrsg.), 1992: Aids- Krankenversorgung. Berlin: Sigma, 380 S.
- Schaeffer, D., Moers, M., 1993: Professionell gebahnte Versorgungspfade und ihre Konsequenzen für die Patienten. Ergebnisse einer strukturanalytischen Untersuchung der Aids-Krankenversorgung. Erscheint In: Lange, C. (Hrsg.): Aids – eine Forschungsbilanz. Berlin: Sigma.
- Schmitz, E., 1983: Zur Struktur therapeutischen, beratenden und erwachsenpädagogischen Handelns. In: Schlutz, E. (Hrsg.): Erwachsenenbildung zwischen Schule und sozialer Arbeit. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 60-76.
- Wanjura, M., 1988: Ambulante Versorgung von Aids-Patienten. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 10, 754-756.
- Wyns, B., Borchers, B., 1992: Möglichkeiten und Grenzen der Versorgung HIV-Infizierter und Aids-Kranker durch ambulante Pflegedienste und Sozialstationen. In: Schaeffer, D., Moers, M., Rosenbrock, R. (Hrsg.) (1992): Aids-Krankenversorgung. Berlin: Sigma, 197-221.

Verf.: Dr. Doris Schaeffer, Wissenschaftszentrum Berlin, Forschungsgruppe »Gesundheit erhalten und Präventionspolitik«, Reichpietschiefer Nr. 50, 10785 Berlin