

- 1 Dies spiegelt sich beispielsweise in den Artikeln der Neuen Praxis – Jahrgänge 1989 und 1990 – so wider: der »allgemeine« Diskurs wird lediglich zu 14% (28 von 194 AutorInnen) von Frauen mitbestritten. Die geschlechtsspezifische Diskussion bzw. die explizite Auseinandersetzung mit dem Geschlechterverhältnis bleibt ausschließlich den Frauen vorbehalten, macht aber nur 5% der insgesamt behandelten Fragestellungen aus, sieht man ab von einigen Hinweisen auf Frauen als besonderer Defizitgruppe in »allgemeinen« Beiträgen.
- 2 Ich beziehe mich im folgenden *beispielhaft* auf die als grundlegend konzipierten Darlegungen sozialer Arbeit im Gesundheitswesen in den 3 Bänden »Lebenslagen und Gesundheit. Hilfen durch soziale Arbeit«, hg. von Hubert Oppl und Hartmut Weber-Falkensammer 1986. Die hier anzutreffenden Denkfiguren machen überall in der Literatur über soziale Gesundheitsförderung den Kern der Argumentation aus.
- 3 Der Aufsatz wurde zwar vor dem Fall der Mauer geschrieben, bezieht sich aber auf das »Scheitern der großen Utopien in der Sozialarbeit« (S. 375).

*Verf.: Dr. Karin Windaus-Walser, Wolfgoosstr. 15, 6000 Frankfurt 1*

Doris Schaeffer

## Probleme bei der Implementation neuer Versorgungsprogramme für Patienten mit HIV-Symptomen

Mit AIDS ist vor wenigen Jahren eine bis dahin unbekannte Infektionskrankheit aufgetreten, der zunächst – derzeit wendet sich das Blatt – auf allen gesellschaftlichen Ebenen viel Aufmerksamkeit zuteil wurde. Einer der Gründe dafür ist in dem Faktum zu sehen, daß die Medizin dieser unvermutet auftauchenden und bis heute tödlich verlaufenden Krankheit relativ hilflos gegenüberstand und noch -steht. Hinzu kam – dieses ist ein zweites Moment – daß diese neue Krankheit sich sogleich epidemieartig auszubreiten drohte. In nahezu allen westlichen Ländern wurde deshalb mit speziellen sozialen und gesundheitspolitischen Programmen reagiert, so auch in der BRD. Neben einer Vielzahl von Maßnahmen auf kommunaler und auf länderspezifischer Ebene wurde 1986 das Sofortprogramm der Bundesregierung zur Bekämpfung der Immunschwächekrankheit AIDS<sup>0</sup>\* verabschiedet. Es sieht die Schaffung neuer Versorgungsstrukturen im Bereich der Prävention, der stationären und der ambulanten Versorgung vor, mit denen die Ausbreitung unter Kontrolle gebracht und die Betreuung und Versorgung bereits Erkrankter sichergestellt werden sollte. Meine Ausführungen befassen sich mit den in diesen neuen Programmen tätigen Berufsangehörigen, kommt ihnen doch eine wesentliche Funktion für die Implementation zu. Sie sind die Handlungsträger, die die neuen Programme vor Ort umzusetzen und zu realisieren haben. Und sie sind auch diejenigen, die an vorderster Front mit den Durchführungsschwierigkeiten, die auf den verschiedenen Ebenen mit solchen Reformprozessen erwachsen, konfrontiert sind. Die Frage, wie sie die an sie gestellten Anforderungen mit dem ihnen professionell zur Verfügung stehenden Problemlösungspotential zu bearbeiten vermögen, steht hier im Mittelpunkt. Dabei gilt das Interesse weniger den krankheitspezifischen Besonderheiten als vielmehr den strukturellen und institutionellen Kontextbedingungen des alltäglichen Berufshandelns in den neuen Versorgungsprogrammen. Gefragt wird, wie diese beschaffen und welche Probleme in ihnen angelegt sind, wie sich die Kontextbedingungen auf die Gestaltungsmöglichkeiten des Berufsalltags und die Realisierung der Ziele der Modellprogramme auswirken<sup>1</sup>.\*

### Zur versorgungsstrukturellen Bedeutung der Modellprogramme

Ziel der neu geschaffenen Versorgungsstrukturen ist eine lückenlose und den besonderen Anforderungen der Krankheit Aids entsprechende Versorgung und Bedeutung. Intendiert wurde, integrierte Angebote medizinischer, psycho-sozialer und pflegerischer Betreuung

\* Anmerkungen s. S. 404.

bereitzustellen und flexible Übergänge sowohl zwischen den einzelnen mit der Versorgung und Betreuung befaßten Institutionen als auch zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen zu schaffen. Daneben gilt der Einbeziehung von Selbsthilfeorganisationen und sozialen Netzwerken besondere Aufmerksamkeit, um auf diese Weise Versorgungsstrukturen zu schaffen, die natürliche Hilfpotentiale stärken, autonomiebewahrender Charakter aufweisen und die darüber hinaus der Tatsache Rechnung tragen, daß wie bei allen chronischen Krankheiten, so auch bei AIDS das Zuhause der Patienten der eigentliche Ort der Krankheitsbewältigung (Strauss/Corbin, 1988) sein sollte. Damit erhalten die neuen Versorgungsstrukturen sowohl mit Blick auf die Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung, als vor allem aber auf das Versorgungssystem Modellcharakter, sind sie doch samt und sonders an den Schwachstellen und Lücken der hiesigen Gesundheitsversorgung angesiedelt<sup>2</sup>. Und gerade weil mit den AIDS-Modellprogrammen ein Experimentierfeld für versorgungsstrukturelle Innovationen geschaffen wurde, ist es aus (medizin)soziologischer Perspektive interessant, diese neuen Strukturen zu untersuchen, stellt sich doch die Frage, ob sie wirklich eine optimale, d. h. kontinuierliche und komplexe Versorgung zu gewährleisten und in der Tat den Mängeln und Engpässen des Versorgungssystems zu begegnen vermögen (Kühn, 1989). Dieser Frage wird hier jedoch nur insofern nachgegangen, als die Handlungsbedingungen der in diesen Versorgungsprogrammen tätigen Berufe beleuchtet werden und damit ein Aspekt dieser wesentlich umfassenderen Fragestellung bearbeitet wird.

Betrachten wir nun die Situation der Mitarbeiter, so ist vor allem eines bemerkenswert. Die hier aufgezeigte strukturelle Innovationsfunktion der neuen Versorgungsprogramme ist den wenigsten von ihnen bewußt. Mehr noch, ihre Motivation, sich in diesem Feld zu betätigen ist mehr oder minder ausschließlich gegenstandsbezogen und zielt vorwiegend auf die Bereitstellung von Bewältigungspotentialen für die Krankheitsbe- und -verarbeitung. Oder sie begründet sich aus der berufsbiographischen Situation. Exemplarisch seien drei Textauszüge angeführt:

»Ich bin in dieses Projekt reingegangen, einmal weil im ambulanten Dienst flacht man sehr ab . . . äh und ich wollte etwas tun für meine Bildung, sozusagen für meine Birne, tun« (Sst 3, 1).

»Also meine Motivation war Interesse am Thema . . . (. . .) und ähm einfach mal so aus diesem Trott raus. Omas waschen hat mich einfach total genervt und ich dachte junge Leute, wo auch mal ne ganz andere Dynamik dahinter is, wo man ganz anders gefordert is« (Sst 3, 6).

»Ich arbeite in diesem Bereich, weil ich nach dem Studium keinen Job, äh . . . im Krankenhaus gefunden habe. Ja, und Aids hat mich auch interessiert. Ich dachte, da kann man was tun« (G 2; 5).

Diese Textauszüge ließen sich durch viele andere ergänzen. Sie zeigen, daß die motivationalen Voraussetzungen durchaus unterschiedlich gelagert sind. Sie reichen vom Wunsch nach Durchbrechung der Monotonie des Berufsalltags, darüber, eine attraktive Jobmöglichkeit zu erhalten bis hin zur Faszination an dem zu jener Zeit noch neuen Thema AIDS und dem Wunsch, dem Schreckensgespenst AIDS durch Handeln zu begegnen – eine vor allem im Selbsthilfefamilieu anzutreffende Motivation. Eines aber haben alle Ausführungen gemeinsam. Sie beziehen sich so gut wie nie auf die versorgungsstrukturelle Bedeutung der Modellprogramme und die ihren eigenen gesundheitspolitischen Implikationen.

Doch geht mit der strukturellen Innovationsfunktion der Probleme zweifelsohne eine Aufgabenerweiterung einher, die im Alltag nicht leicht zu handhaben ist und gerade, weil sie den Mitarbeitern nicht hinreichend präsent ist, profunde Probleme provoziert. Denn die Mitarbeiter haben sich nicht nur mit der Konzipierung neuer und krankheitsangemessener Interventionsstrategien zu befassen, sondern zunächst die Bedingungen für ihr Handeln zu schaffen: die neuen Strukturen vor Ort zu formieren und zu etablieren und – was wesentlich schwieriger ist – die Verknüpfung mit den existenten Versorgungsstrukturen herzustellen und die neuen Programme zu integrieren. Solche Verknüpfungs- und Integrationsaufgaben gehen stets damit einher, daß Veränderungen herkömmlicher Strukturen erforderlich werden, die in der Regel sehr viel tiefergreifender sind als vorab antizipiert. Und genau das ruft im Alltag meist Widerstand und vielfältige Konflikte hervor, deren Regulation nicht einfach ist. An einem

Beispiel soll kurz illustriert werden, daß diese Verknüpfungs- und Integrationsaufgaben deshalb äußerst diffiziler Natur sind und sich aufgrund der aufgezeigten Strukturprobleme im hiesigen Gesundheitssystem rasch zu den dominierenden entwickeln können.

Im Rahmen der Programme wurde unter anderem ein Modell eingerichtet, das den lückenlosen Transfer zwischen dem ambulanten und stationären Gesundheitssektor sicherstellen sollte. Es wurden Koordinatorenstellen geschaffen, die die Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus vorbereiten und den Übergang in die ambulante Betreuung sicherstellen sollen. Vor der Entlassung von AIDS-Patienten eruierten die Koordinatoren in der Klinik dessen Pflege- und Betreuungsbedarf, mobilisieren bereits entsprechende Dienste und begleiten den Wechsel in die ambulante Versorgung, so beispielweise die Übernahme von einer Pflegestation und zuweilen auch vom niedergelassenen Arzt, versuchen die häusliche Situation anzupassen und das soziale Netz zu aktivieren. Jedem der mit der Problematik des Transfers an dieser Schnittstelle im Gesundheitswesen vertraut ist, wird wissen, daß diesem Modell eine eminent wichtige Innovationsfunktion zukommt. Nach dreijähriger Laufzeit zeigte sich bereits, daß dieses Vorhaben (zumindest in der jetzigen Form) nicht realisierbar ist. In beiden Sektoren werden die Koordinatoren als Fremdkörper empfunden. In den Kliniken, im stationären Sektor also, gelten sie als überflüssig, weil hier eigentlich eine andere Instanz – der Sozialdienst – die Entlassung der Patienten und den Patiententransfer realisieren sollte. Dieser empfindet die Koordinatoren als Konkurrenz und steht ihnen zwiespältig gegenüber. Das hat seinen Grund darin, daß seine Position in der Hierarchie des Krankenhauses ehemals umstritten ist und durch das Modellprojekt, das eine nahezu identische Aufgabenstellung hat, zusätzlich in Frage gestellt wird. Außerdem drohen die Koordinatoren den Sozialdiensten ein Klientel streitig zu machen, daß interessanter zu sein verspricht als das Normalklientel dieser Einrichtungen, das überwiegend aus alten und hochbetagten Patienten besteht (Garms-Homolová, Schaeffer 1990). Folglich verwenden sie viel Energie darauf, sich die AIDS-Patienten und ebenso ihr Aufgabengebiet nicht streitig machen zu lassen, unterlaufen die Kooperation mit den Koordinatoren und boykottieren sie – z. B. indem sie sie nicht in die Entlassungsvorbereitung einbeziehen. Die Ärzte sehen sie darüber hinaus als Störfaktor an, weil die Koordinatoren nicht in den Klinikalltag integriert sind (organisatorisch gehören sie zur ambulanten Versorgung) und ihnen die Kooperationsmodi zu undurchsichtig sind. Nicht wesentlich anders die Situation im ambulanten Sektor. Hier haben die Koordinatoren zwar bislang eine Reihe von Kooperationspartnern – ebenfalls Modellprogramme für AIDS-Patienten. Den »Normaleinrichtungen« aber, d. h. den angestammten Pflegeanbietern sind die Koordinatoren suspekt, greifen sie doch in den Alltag ihrer Einrichtung ein und diktieren dieser, was sie bis dato selbst festlegte, so beispielsweise, welchen Pflegebedarf der Patient hat und welche Schritte zu unternehmen sind etc. Außerdem – auch das soll nicht unterschlagen werden – bescheren sie diesen Einrichtungen ein problematisches und unbequemes Klientel: AIDS-Patienten sind pflege- und kostenintensiv, die Arbeit mit ihnen auch heute noch angstbesetzt und aversionsgeladen. Diese mißliche Situation hat im Alltag zur Konsequenz, daß die Koordinatoren den größten Teil ihrer Zeit darauf verwenden müssen, sich Zugang zu den Einrichtungen zu verschaffen, in denen bzw. für die sie tätig werden wollen und nur kaum dazu kommen, sich ihren »eigentlichen«, den patientenbezogenen Aufgaben zu widmen. Etwa ähnlich problematisch, wenngleich anders gelagert ist die Situation in vielen anderen Modellprojekten.

Das Beispiel hat deutlich gemacht, womit die Innovationsfunktion der Modellprogramme in der alltäglichen Praxis einhergeht: sie stellt nicht lediglich eine Aufgabenerweiterung dar, sondern führt zu einer Verlagerung der Aufgabenstellung, die die hier tätigen Mitarbeiter mehr oder minder unvorbereitet trifft und die sie mit ihrem professionellen Selbstbild und ihrem Aufgabenverständnis nicht in Übereinstimmung zu bringen vermögen. Denn statt sich klientenbezogene Aufgaben widmen zu können, müssen sie einen großen Teil ihrer Zeit damit verbringen, strukturelle und institutionelle Voraussetzungen für die Implementierung der Programme zu schaffen: über ihre Aufgabe informieren, sie den potentiellen Kooperationspartnern schmackhaft machen (»Klinkenputzen gehen«, so nennt es eine Mitarbeiterin), Angst vor Konkurrenz und Störung angestammter Handlungsroutrinen abbauen, Passungsprobleme mit den gewachsenen Strukturen ausgleichen etc. All dieses absorbiert Energie und Ressourcen, die für die Realisierung der »eigentlichen«, der als fachspezifisch angesehenen Aufgaben verlorengehen. Hinzu kommt ein weiteres Moment: viele der in den Modellprogrammen tätigen Mitarbeiter sind Berufsanfänger. Sie besitzen zwar großes Engagement, doch wenig Erfahrungswissen und oft auch wenig systematische Kenntnisse über das Versorgungssystem und die Funktionsweise seiner Institutionen, zumal der Erwerb solchen Wissens bei den wenigsten der in den Programmen tätigen Berufe zum Ausbildungsrepertoire gehört. Folglich stehen sie dieser Aufgabenverlagerung relativ hilflos gegenüber und können sie kaum bearbeiten. Eine der Folgen dessen ist, daß die aus diesen Verknüpfungs- und Integrationsaufgaben erwachsenen Probleme als persönliche Konflikte und Kooperationsschwierigkeiten – nicht als strukturell

verursachte – begriffen werden, was vielerorts dazu führte, daß sich die Mitarbeiter über kurz oder lang hoffnungslos in Querelen verstrickten und persönliche Schuldzuweisungen dort greifen ließen, wo strukturelle Probleme zu regulieren sind – ein Phänomen, das sich nicht nur in den AIDS-Programmen, sondern auch in anderen Bereichen beobachten läßt. Allerdings bergen solche personalisierenden Konfliktverlagerungen eine eigentümliche Dynamik in sich. Nicht selten verselbständigen sich diese Auseinandersetzungen, geraten die Mitarbeiter in den Strudel selbstreflexiver Klärungen und verlieren eine aufgabenorientierte Reflexion des Berufshandelns aus den Augen (Dewe, 1989).

## Versorgung und Betreuung von Patienten mit HIV-Symptomen angesichts versorgungsstruktureller Engpässe

Ein zweites versorgungsstrukturelles Problem gesellt sich hinzu: Mit AIDS ist eine Krankheit entstanden, deren Betreuungs- und Versorgungsbedarf im hiesigen Versorgungssystem ehemals nur schwer zu decken ist. Das ist zum großen Teil der Tatsache geschuldet, daß sich bekannte, bis zum Auftauchen der Krankheit jedoch gesellschaftlich nicht in dieser Weise brisante erachteten Probleme durch AIDS verschärft stellen. Ihre Lösung stößt jedoch auch trotz der neuen Programme an strukturelle Grenzen. Beispiele dafür stellen u. a. die ambulante Pflege terminal Kranker, die ambulante Durchführung von Infusionstherapien, die psycho-soziale Begleitung etc. dar. Verweilen wir exemplarisch bei letzterem. Psycho-soziale Betreuungserfordernisse sind bei allen chronischen Erkrankungen gegeben und erwachsen bei AIDS zusätzlich daraus, daß es sich um eine tödliche Krankheit handelt, die die Betroffenen in einer Altersphase mit dem drohenden Tod konfrontiert, die gemeinhin mit offenen Zukunftsperspektiven und nicht mit Abbau und Sterben assoziiert wird. Speziell mit den psycho-sozialen Betreuungserfordernissen tun sich die gesundheitsversorgenden Einrichtungen schwer. Auf der einen Seite herrscht bei allen mit AIDS-Patienten befaßten Berufen Konsens über die Notwendigkeit psycho-sozialer Unterstützung. Auf der anderen Seite kollidiert sie mit der Funktionsweise der leistungsspezialisierten und funktional differenzierten Institutionen des Gesundheitswesens. Beispielsweise können entsprechende Leistungen bei keinem Kostenträger geltend gemacht werden, stellen also unter Regelfinanzierungsgesichtspunkten ein »Zuschußgeschäft« dar, das »lediglich« die Qualität der Versorgung verbessert und damit Kriterien folgt, die angesichts des Kostendrucks, der auf den meisten Einrichtungen lastet, als nebenrangig erachtet werden. Projekte, die sich speziell die psycho-soziale Betreuung zur Aufgabe machen, haben enorm mit daraus erwachsenen Problemen zu kämpfen, gelten als Luxus, stehen im Verdacht, nur »zu quatschen« und Zeit oder Ressourcen, die anderweitig genutzt werden könnten, zu verschleudern. Ähnlich ist es mit den anderen genannten Problemen<sup>3</sup>.

Andere Schwierigkeiten, die Programmziele zu realisieren und eine krankheitsangemessene Versorgung und Betreuung zu gewährleisten, resultieren aus dem besonderen Charakter der Krankheit. AIDS stellt einerseits zwar eine Infektions- und damit eine akute Krankheit, doch gleichermaßen eine chronische Erkrankung dar. Die auftretenden Krankheitsbilder sind vielfältig und gezielten Interventionen, wie sie das eigentliche Instrument der kurativen Medizin darstellen, nur punktuell zugänglich. Und wie alle komplexen und darüber hinaus chronischen Erkrankungen geht AIDS mit einem stetig wachsenden Versorgungsbedarf einher (und dieses um so mehr, je mehr die Krankheit sich chronifiziert und der Krankheitsverlauf sich verlängert), einem Bedarf jedoch, der von vornherein mit systemstrukturellen Gegebenheiten konfligiert. Denn die Mehrzahl der Institutionen der Gesundheitsversorgung sind ebenso wie die Kostenträger auf Akuterkrankungen ausgerichtet und damit auf Krankheiten, die durch kurzfristige Hilfen korrigiert bzw. soweit gemildert werden können, daß sie autonom bewältigbar sind. Patienten mit längerfristigem Betreuungs- und Versorgungsbedarf, wie chronisch Kranke sie verkörpern, erweisen sich daher gewissermaßen von vornherein als inkompatibel mit den

gegebenen Strukturen. Das gilt um so mehr, unterliegt der Versorgungsbedarf gleichzeitig qualitativen Veränderungen. Bei AIDS ist der Betreuungsbedarf über den Gesamtverlauf betrachtet progredient, stellt sich innerhalb der einzelnen Krankheitsstadien aber sehr unterschiedlich dar. Der Krankheitsverlauf ist in einem Maße wechselhaft wie es für andere chronische Erkrankungen eher untypisch ist, geht man (und meist sehr plötzlich) mit höherem, mal mit niedrigerem und zudem qualitativ variierendem Versorgungs- und Betreuungsbedarf einher – erfordert also ein Maß an Flexibilität, das der hiesigem Versorgungssystem allenthalben abgesprochen wird (z. B. Riedmüller, Rodenstein 1990).

Für die betreuenden Mitarbeiter bedeutet all dieses, daß sie in eine schwierige Lage geraten. Wollen sie die Programmziele realisieren und eine krankheitsangemessene Versorgung und Betreuung bereitstellen, müssen sie vorhandene Strukturdefizite durch personale Sonderleistungen kompensieren, beispielsweise durch persönlichen Einsatz die Versorgung organisatorisch und finanziell sicherzustellen und die Inflexibilität des Versorgungssystems zu kompensieren versuchen, was immer mit einer Vielzahl aufwendiger und zermürender Aufgaben verbunden ist, die zusätzlich zum Berufsalltag bewältigt werden müssen. Häufig müssen sie dabei Neuland betreten und können nicht auf vorhandene Erfahrungen zurückgreifen<sup>4</sup>.

Die Erbringung solcher Sonderleistungen führt – wie wir aus vielen anderen Bereichen wissen (exemplarisch Ullrich 1987) – über kurz oder lang zur Überstrapazierung und dieses vor allem dann, wenn sie nicht durch soziale Anerkennung, sichtbare Erfolge oder andere Gratifikationen honoriert wird. Gratifikationen sind bei psycho-sozialen und pflegerischen Tätigkeiten allein aufgrund des gesellschaftlichen Status dünn gesät. Bei der Arbeit mit chronisch Kranken und darüberhinaus vom Tode bedrohten Patienten schlagen sich solche Sonderleistungen zudem nicht darin nieder, daß sich der gesundheitliche Zustand bessert. Im Gegenteil: bei AIDS-Patienten verschlechtert sich die Befindlichkeit unweigerlich, trotz allen Engagements und aller Sonderleistungen der betreuenden Personen. Erfolge manifestieren sich bestenfalls darin, daß Leidenszustände vorübergehend gemildert, nie aber grundsätzlich behoben werden. Das stellt nicht nur eine zentrale Quelle von Belastungen dar, sondern unterminiert längerfristig auch jenes emotionale Potential, aus dem heraus solche Sonderleistungen erbracht werden<sup>5</sup>.

Ein anderer Grund, weshalb personale Sonderleistungen nicht dauerhaft zu vollbringen sind, besteht darin, daß sich die motivationale Basis erschöpft und mit der Zeit brüchig wird. Diese Gefahr wird stets da virulent, wo individuelles Engagement nicht kollektiv gestützt wird, sei es durch öffentliche Aufmerksamkeit und Publizität, durch kollektive Ideologien (egal, ob diese religiös motiviert, durch soziale Bewegungen oder Paradigmenwechsel innerhalb der Profession gestiftet sind) oder durch eine Rückhalt bietende institutionelle Identität (corporate identity). Im Bereich der AIDS-Arbeit schien der kollektive Rückhalt lange Zeit gegeben – das zeigte u. a. die Präsenz des Themas in den Medien – erodiert jedoch zusehends seit das gesellschaftliche Interesse an AIDS abnimmt und durch andere politische Ereignisse überlagert wird. Das ist nicht ohne Auswirkungen auf die Institutionen und die Selbsthilfeeinrichtungen, die AIDS-Arbeit leisten, geblieben. Tendieren die einen (Einrichtungen, die zum organisierten Versorgungssystem gehören) dazu, ihr Engagement zu reduzieren, so sind die anderen (die Selbstorganisationen und eng mit der Schwulenbewegung verbundenen Selbsthilfeprojekte) in ihrer Politik zwar offensiv. Aller zweifelsohne erreichten Erfolge zum Trotz mehren sich jedoch die Anzeichen dafür, daß sie an Potential verlieren. Daß das Interesse, sich für AIDS zu engagieren und sich im Interesse von AIDS zu profilieren im Vergleich zu den zurückliegenden Jahren geringer geworden und »AIDS als Thema out, aber dennoch nicht in den Köpfen drin ist« (Ritter, Raschke 1990) hat auch im Selbsthilfebereich dazu geführt, daß der kollektive Rückhalt instabiler geworden ist<sup>6</sup>.

Hohes Engagement und Bereitschaft zu Sonderleistungen sind also weder im Selbsthilfe- noch in etablierten Versorgungsbereichen beliebig ausdehnbar und strapazierbar – erst recht dann nicht, wenn sie sich fortwährend an Strukturproblemen abzuarbeiten haben und es an Rückhalt und entsprechender Unterstützung fehlt.

Zweierlei ist daraus zu schlußfolgern. Versorgungsstrukturelle Probleme können nicht allein durch Schaffung von Personalkapazität reguliert werden. Auf diese Weise sind sie, wie die derzeitigen Erfahrungen zeigen, bestenfalls kurz- bis mittelfristig zu mildern, so lange bis sich die Bereitschaft zu Sonderleistungen und Pioniertätigkeit erschöpft. Notwendig ist, flankierend Strukturveränderungen zu fördern und strukturelle, doch ebenso – wie im folgenden Abschnitt zu zeigen sein wird – institutionelle Hemmnisse, die einer Realisierung der Programmabsichten entgegenstehen, abzubauen.

Vor allem soll das innovative Potential, das im Bereich der Versorgung und Betreuung von Patienten mit HIV-Symptomen trotz vieler struktureller Widrigkeiten beispielhaft wie in nur wenigen anderen Bereichen zuvor entfaltet werden konnte, bestehen bleiben und vor weiteren Destabilisierungen bewahrt werden, sind solche Maßnahmen unerlässlich denn je. Wir verdanken dem AIDS-Bereich und auch den neuen Versorgungsprogrammen eine Vielzahl experimenteller Erfahrungen und neuer Modelle, die zeigen, wie Grenzen und Insuffizienzen der Versorgung chronisch Kranker überwunden werden können. Und angesichts der Tatsache, daß chronische Erkrankungen das Gesundheitsproblem unserer Tage darstellen, ist es wichtig, den Boden für solche Erfahrungen sorgsam zu nähren.

## Institutionelle Handlungsbedingungen in den neuen Versorgungsprogrammen

Wenden wir uns nun der institutionellen Ebene zu. Die meisten Projekte sind entweder im stationären Bereich, in Krankenhäusern hoher Versorgungsstufen oder im ambulanten Sektor in den Gesundheitsämtern bzw. bei einem der Wohlfahrtsverbände angesiedelt. Ohne die einzelnen Organisationsmodi im einzelnen darstellen zu können, die sehr unterschiedlich und sehr komplexer Natur sind, sei an dieser Stelle lediglich unterstrichen, daß die Modelle zumeist unter existente und darüber hinaus hierarchisch streng gegliederte Strukturen subsumiert wurden. Lose Anbindungen sind auch zu finden, ebenso autonome Trägerschaften, allerdings bilden sie eher eine Ausnahme. Besteht in den zuletzt genannten Projekten die Problematik »einzig« darin, funktionsfähige interne Strukturen formieren zu müssen (was, wie sich bei den selbstorganisierten Projekten zeigt, eine keineswegs einfache Aufgabe ist), so stellt sich die Situation für institutionell eingebundene Projekte diffiziler dar. Sie müssen in existente Organisationsstrukturen integriert werden und dieses erweist sich im Alltag als ein nicht zu unterschätzendes Problempotential. Nicht allein ist dieses der Tatsache geschuldet, daß das Klientel und die Problematik, auf die die Projekte reagierten, mit Skepsis betrachtet wurden und werden, sondern auch, daß sie eine Aufgabenstellung haben, die mit den gegebenen institutionellen Strukturen konfligiert. Exemplarisch sei die Situation der AIDS-Beratungsstellen in den Gesundheitsämtern angeführt, des größten der insgesamt sieben Modellprogramme.

Die Mitarbeiter dieses Programms, überwiegend Ärzte und Sozialarbeiter, haben die Aufgabe, anonyme Beratung und Hilfe durchzuführen – eine Aufgabenstellung, die von vornherein konträr zur Zielsetzung der Institution ist, an die sie angebunden sind. Die Gesundheitsämter nehmen vornehmlich Kontroll- und Ordnungsfunktionen wahr, »überwachen, verwalten, (versorgen)« (Brücher, 1987: 34). Doch nicht allein die Aufgabenstellung, auch die Arbeitsweise der Mitarbeiter ist gegenläufig zu der ihrer Kollegen, wie sich äußerlich allein darin symbolisiert, daß »bei uns Aktenberge (fehlen), aber danach wird in den Behörden gezählt, wieviel Du zu tun hast. Und wenn Du den Berg nicht hast, dann ist das schlecht« (GA 4, 34). Weil aber Abgabenstellung und Arbeitsweise nicht mit dem institutionell sanktionierten Verständnis übereinstimmen, ist die Integration vielerorts schwierig. So berichten Mitarbeiter dieses Programms immer wieder von Konkurrenzen und Konflikten auf kollegialer Ebene. Vielfach belegen die Kollegen sie mit eben jenem Stigma, das auch der Krankheit anhaftet, schließen sie aus dem institutionellen Alltag aus und verweigern ihnen, offen oder eher unterschwellig, die Kooperation. Mancherorts, so hat es den Eindruck, stellt die bloße Existenz der Mitarbeiter der Programme ein stets schwebendes Konfliktpotential dar, da zwischenzeitlich aufbricht und nie ganz ausgeräumt werden kann. Auch Versuche vorgelagerter Instanzen, die Mitarbeiter durch direkte Übergriffe unter bestehende Strukturen zu subsumieren oder ihren Handlungsspielraum soweit einzuengen (und meist auch die Aufgabenstellung so zu modifizieren), daß sie der störenden Momente verlustig gehen und einfügbar sind, stellen keine Ausnahmeerscheinung dar. Dabei geraten die Mitarbeiter oft in eine schwierige Situation. Beugen sie sich dem auf sie ausgeübten Druck und passen sich bzw. ihre Aufgabenstellung an, sind sie fortan in einem Dilemma verstrickt, denn nun

sind sie zwischen Hilfe und Kontrolle (Peters, 1971) eingebunden und müssen die Sicherstellung gesellschaftlicher Normalitätsvorstellungen als höherwertig ansehen als die Hilfe auf der Basis eines sinnverstehenden Zugangs zum Klientel, werden beispielsweise eingesetzt, um als gefährdet angesehenes Klientel zur Testdurchführung zu bewegen etc. Beugen sie sich nicht, bleiben sie immer tendenziell widerspenstig Gesonnene und stehen in Gefahr, daß sich ihr Sonderstatus als Programmmitarbeiter in einen Außenseiterstatus verwandelt.

Die Situation in diesem Modellprogramm ist kein Sonderfall. Wir können sie austauschen gegen die anderen Modellprogramme<sup>7</sup>. Häufig werden die Mitarbeiter der AIDS-Programme allein aufgrund ihrer vom institutionell sanktionierten Verständnis abweichenden Aufgabenstellung und Arbeitsweise als Fremdkörper angesehen, die die interne Ordnungsstruktur der Organisation zu sabotieren drohen – ein Faktor, aus dem nicht allein innerinstitutionelle Spannungen erwachsen, sondern der auch den Programmvollzug enorm erschwert.

Nicht wesentlich anders sind die Konsequenzen, die aus dem Anspruch resultieren, daß durch die neuen Programme integrierte Versorgungsstrukturen bereitgestellt werden sollten, denn die interdisziplinäre Zusammensetzung und Kooperation in den Programmen läuft der hierarchischen Struktur der Berufe in den meisten Institutionen des Gesundheitswesens zuwider. So finden wir im Modellprogramm »Gesundheitsämter« Ärzte und Sozialarbeiter, die als Team zusammenarbeiten – ein Kooperationschema, das in dieser Institution bis heute unüblich ist. Amtsarzt und Sozialarbeiter arbeiten hier sonst streng separiert, wobei der Amtsarzt das Sagen hat »und der Sozialarbeiter das allerletzte ist« GA 3 (Offenbach). Ähnlich in den klinischen Projekten. Hier arbeiten Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter zusammen und dieses kollidiert mit der im Krankenhaus (ebenso wie in den Gesundheitsämtern) üblichen asymmetrischen Struktur der Kooperation (Schaeffer, 1991). Auch dieses ist ein Faktor, der die innerinstitutionelle Ordnungsstruktur tangiert und bei der Implementation zur Schwierigkeiten führt. Und auch bei der Regulation dieser Schwierigkeiten befinden sich die Mitarbeiter in einer zwiespältigen Situation. Realisieren sie die Programmziele, geraten sie u. U. in innerinstitutionelle Konflikte und sind mit Versuchen von Vorgesetzten konfrontiert, symmetrische Kooperationsstrukturen zu unterminieren (beispielsweise durch divergente Dienstregelungen, Verbot gemeinsamer Beteiligung an Supervision etc.). Verhalten sie sich institutionskonform, haben Teams oft mit internen Konflikten zu kämpfen. Diese resultieren daraus, daß die Vertreter neuerer, aber mit niedrigerem Status versehenen Professionen (Psychologen, Sozialarbeiter) dem Anspruch auf Interdisziplinarität und Teamarbeit zu folgen bemüht sind, also eine gleichrangige Zusammenarbeit anstreben, während die Ärzte leicht in das für ihre Profession übliche Kooperationschema verfallen und dazu tendieren, andere Berufe minderzubewerten und für ihre Belange zu funktionalisieren. Solche Konflikte sind beispielsweise konstantes Begleitphänomen im stationären Bereich und haben ihre Ursache u. a. darin, daß die Ärzte auf ihrer hierarchisch höheren Position und verbunden damit auf ihrer Definitions- und Entscheidungsbefugnis beharren. Zu Spannungen kommt es nicht zuletzt deshalb, weil die Psychologen und Sozialarbeiter sich im Alltag immer wieder an professionsfremden Gütekriterien zu messen haben und sich fortwährend unter Legitimationsdruck gestellt sehen. Andere Probleme erwachsen daraus, daß die Aufgabenstellung unterschiedlich definiert und im Licht der jeweils unterschiedlichen professionellen Problemzugänge interpretiert wird.

Mit Blick auf die institutionelle Einbindung haben solche konfliktbehafteten Kooperationen allerdings negativen Effekt. Sie bestärken die Träger und die Kollegen in ihren Vorbehalten gegenüber den Programmmitarbeitern und bilden Anlaß dafür, die Teams noch mehr als Fremdkörper anzusehen, der sich nicht reibungslos in das institutionelle Gefüge einordnen läßt.

Viele der AIDS-Projekte stellen aus all diesen Gründen ungeliebte Kinder für die Institutionen dar, die sie übernommen haben und dieses erklärt, warum sie zwar irgendwie an-, aber vielfach nicht eingebunden sind. Meist sind sie nur halbherzig in existente Strukturen integriert und sind immer auch, wie es einer unserer Interviewpartner sagte, »ein Stück ausgebootet«. Halbherzig ist oft auch die fachliche Betreuung seitens der Träger und die institutionelle Unterstützung bei der Aufgabenrealisierung und geradezu verhängnisvoll sind in vielen Fällen die innerinstitutio-

nellen Zugangsbedingungen zum Arbeitsfeld. Berührt die Aufgabenstellung andere Bereiche der Institution, so stellen Konkurrenz, Boykott, Verweigerung des Zugangs keine Ausnahmeerscheinung dar. Errinnert sei in diesem Zusammenhang an das Koordinationspflegeprojekt. Auch Zuschieben von dirty work und Funktionalisierung für institutionsinterne Interessen (z. B. Zuweisung anderer programmferner Aufgaben, um Arbeitsengpässe zu regulieren) sind den Berichten der Mitarbeiter der Programme zufolge mancherorts Alltag.

Für die in den Programmen tätigen Mitarbeiter bedeutet all dies, daß sie ihre Tätigkeit in einem spannungs- und aversionsgeladenen Klima wahrzunehmen haben und einen großen Teil ihrer Energie darauf verwenden müssen, die innerinstitutionellen Handlungsbedingungen zu regulieren. Dabei befinden sie sich in einer eigentümlichen Situation: verfügen aufgrund ihres Sonderstatus als Modellmitarbeiter auf der einen Seite über ungeahnte und zuweilen ungewollt große Freiräume, müssen sich auf der anderen Seite gegen autonomierestringierende Einflüsse verwehren und die für die Durchführung ihrer Aufgaben erforderlichen Handlungsspielräume unter großem Aufwand verteidigen, dabei aber gleichzeitig darauf achten, daß ihr Sonderstatus nicht zum Außenseiterstatus degeneriert, denn damit würden sie endgültig »ausgebootet«.

Nicht unerwähnt bleiben soll ein anderes Moment. Die Ambiguität der Träger ist nicht nur in der Hinsicht folgenreich, daß die Mitarbeiter der Aids-Programme vielerorts nur bedingt über förderliche Kontextbedingungen verfügen, sondern auch, daß sie sich auf unsicherem Fundament bewegen. Sie alle werden über Fremdmittel finanziert, die zeitlich befristet sind und während der gesamten Laufzeit war fraglich, ob diese auch zukünftig aquiriert werden können. Seit offensichtlich ist, daß die Prävalenz- und Inzidenzrate der Erkrankung nicht so hoch ist, wie ursprünglich angenommen und AIDS an gesellschaftlicher Brisanz verliert, verdichten sich die Anzeichen dafür, daß die Programme (bis auf wenige Teilbereiche) auslaufen und die Träger nach anderen Fördermöglichkeiten Ausschau halten oder in die Eigenfinanzierung eintreten müssen. Absehbar ist, daß die Aids-Arbeit für sie zum Kostenfaktor wird und unsicher ist, ob sie diesen tragen wollen. Noch heute, kurz vor dem Auslaufen der Programme ist dieses vielerorts ungeklärt.

Für die Mitarbeiter hat das zur Folge, daß die Tätigkeit in den Programmen keine klare und gesicherte Perspektive enthält und dieses rief in vielen Teams von Beginn an große Verunsicherungen hervor. Das Damoklesschwert der Befristung schwebte mancherorts während der gesamten Laufzeit über den Teams und hat, weil die meisten Mitarbeiter Berufen entstammen, in denen Zeitarbeit bislang unüblich ist, enorm zur Demoralisierung beigetragen – dieses um so mehr, je mehr AIDS als Thema an Attraktivität verlor und je unsicherer wurde, ob ein Verbleib in diesem Tätigkeitsfeld möglich sein würde. Viele der Mitarbeiter verloren angesichts der unsicheren bzw. sie verunsichernden Situation die Bereitschaft, innerinstitutionelle und kooperative Probleme konstruktiven Lösungen zuzuführen, und begannen alsbald mit einem Auge nach beruflichen Perspektiven zu schielen, die bessere Bedingungen und vor allem: mehr Sicherheit zu bieten vermögen.

Auch mit Blick auf die institutionellen Handlungsbedingungen der Projekte ist zu konstatieren, daß es flankierender Maßnahmen bedurft hätte, anhand derer die institutionelle Integration gefestigt und die Schaffung aufgabenangemessener Arbeitsbedingungen gefördert worden wäre. Weil das nicht systematisch geschah, waren und sind Mitarbeiter der Programme mancherorts mindestens ebenso sehr mit dem Management heteronom institutioneller Bedingungen befaßt wie mit der Realisierung ihrer Aufgabenstellung, setzen übermäßig viel Energie dafür ein, geeignete Arbeitsbedingungen zu schaffen, reiben und zerreiben sich an innerinstitutionellen Konflikten und erschöpfen sich gewissermaßen auf Nebenschauplätzen. Erforderlich wäre also gewesen, die institutionelle Implementation mit weitaus mehr Aufmerksamkeit zu betreiben als es faktisch geschehen ist. Ebenso wäre es notwendig gewesen, auf institutioneller Ebene Rückhalt bietende und sicherheitsstiftende Strukturen zu schaffen. Die Erfahrung zeigt, daß ohne solche Maßnahmen Reformprozesse enorm erschwert sind und u. U. sogar fehl gehen können.

## Personale, qualifikatorische und professionelle Bedingungen

Betrachten wir nun die personellen Bedingungen in den AIDS-Programmen, so fällt zunächst – im Vergleich zu anderen Versorgungsbereichen – das relativ niedrige Durchschnittsalter der Beschäftigten mit 35 Jahre ins Auge. Damit korrespondiert die geringe Berufserfahrung von durchschnittlich 3 Jahren zu Beginn der Laufzeit der Programme<sup>8</sup>. Viele der in den Programmen tätigen Mitarbeiter befinden sich also erst am Anfang ihrer Berufskarriere. Eine Ausnahme bilden der hier tätigen Psychologen und Sozialwissenschaftler. Sie sind meist aufgrund von Engpässen auf dem Arbeitsmarkt in dieses Aufgabenfeld gelangt und waren zuvor in anderen Gebieten tätig. Die Mehrzahl der Ärzte aber, ein sehr großer Teil der Krankenpfleger und Sozialarbeiter sind Berufsanfänger. Sie verfügen – wie zuvor bereits bemerkt wurde – über relativ wenig Erfahrungswissen, was sich nicht nur im Hinblick auf die zuvor aufgezeigten Problematiken als hinderlich erweist, sondern auch, vergegenwärtigen wir uns die Tatsache, daß über AIDS zu Beginn der Programme, doch auch heute noch, relativ wenig gesichertes systematisches Wissen vorliegt, wohl aber eine sehr rasche Wissensexpansion erfolgt. Beides sind verunsichernde Faktoren, wobei sich insbesondere die Schnellebigkeit der Wissensproduktion als schwierig zu bewältigen erweist. Sie unterminiert die Herausbildung eines stabilen handlungsleitenden Wissens und eines klaren Aufgabenprofils, denn das was eben noch galt, ist morgen schon veraltet und macht unter Umständen weitgreifende Umstellungen der Handlungspraxis erforderlich. Den Mitarbeitern ist ein Maß an Flexibilität abverlangt, das als Regulativ stabiler Strukturen bedarf, wollen sie nicht der Gefahr unterliegen, sich im Zuge der Adaption immer neuer und durchaus kontroverser Erkenntnisse zu verlieren. Allerdings verfügen die Mitarbeiter der Programme – wie die Ausführungen gezeigt haben – was die institutionellen und strukturellen Kontextbedingungen ihrer Tätigkeit anbetrifft, kaum über solche kompensatorischen Strukturen.

Auch die ihnen zur Verfügung stehende Qualifikationsbasis vermag bestenfalls partiell als solche zu fungieren. Generell wird in der Literatur zum Gesundheitswesen beklagt, daß die Qualifizierung für gesundheits- und sozialpflegerische Berufe hierzulande unzureichend ist (Meifort 1987). Zudem sind die Mitarbeiter der Programme fast alle in Handlungsfeldern tätig, die von den Theoretikern als solche bislang nicht oder nur unzureichend zur Kenntnis genommen und folglich in den Ausbildungen wenig beachtet werden. So finden beispielsweise Fragen der Gemeindepflege in den bestehenden Krankenpflegeausbildungen kaum Berücksichtigung. Bis heute ist diese – trotz des Ausbaus der ambulanten Versorgung – auf die stationäre Pflege zentriert. Neuerlich gibt es zwar Weiterbildungen zur Fachpflegekraft für Gemeindepflege; weil es sich hier aber um ein sehr junges Weiterbildungsangebot handelt, ist es von den wenigsten derzeit in der ambulanten Pflege tätigen Kräften absolviert worden. Für die Pflegekräfte in der ambulanten Versorgung trifft daher zu, daß sie auf ihre Aufgabenstellung nicht hinreichend vorbereitet sind: weder Kenntnisse über die Gemeindearbeit und die Durchführung von Pflege unter häuslichen Bedingungen besitzen, noch mit der Dynamik und Steuerung von Helfer-Klient-Beziehungen vertraut sind, die nicht durch institutionelle Strukturen gestützt sind. Damit nicht genug. In den Programmen sind die Pflegekräfte zudem mit Aufgaben konfrontiert, die mit dem klassischen Profil von Pflege nur wenig gemein haben. Zusätzlich zu rein pflegerischen Aufgaben, sollen sie sowohl zur Konzipierung krankheitsangemessener Pflegekonzepte beitragen – womit sie angesichts der ehemals als insuffizient beurteilten Standards der Krankenpflegeausbildung (exemplarisch Botschafter, Moers, 1990) in theoretischer Hinsicht zweifelsohne überfordert sind. Außerdem sollen sie auf versorgungsstruktureller Ebene die Voraussetzungen für die Pflege von AIDS-Patienten schaffen und das ist eine Aufgabe, die angesichts der Tatsache, daß Fragen des Versorgungsmanagements und von Netzwerkförderung nicht zum Ausbildungsrepertoire hiesiger Gesundheitsberufe und erst recht nicht zum Gegenstand krankenpflegerischer Ausbildung gehören, von vornherein Überforderungstendenzen in sich birgt.

Nicht unähnlich die Situation der Ärzte. Exemplarisch soll noch einmal das Modellprogramm »Gesundheitsämter« herangezogen werden. Die Ärzte sind hier nicht in erster Linie als Diagnostiker, sondern als Berater tätig. Die Genese von Beratungsgesprächen, in denen es weniger um Weitergabe medizinischer Fachkenntnisse an ein Laienklientel, als vielmehr um psycho-soziale Konfliktlagen und soziale Probleme geht, gehört jedoch nicht zu dem durch ihre Ausbildung gesicherten Problembearbeitungswissen. Das gleiche gilt für die ihnen anvertrauten präventiven Aufgaben. Qualifiziert sind sie für die Durchführung individueller Prophylaxe, keineswegs aber für die Konzeptionierung und Umsetzung von Prävention, die sich nicht vorrangig an das einzelne Individuen, sondern an ganze Bevölkerungsgruppen wendet und deren Realisierung in hohem Maße sozialwissenschaftlicher und pädagogischer Kompetenzen bedarf<sup>9</sup>. Und auch auf die Durchführung von Fortbildung und Aufklärung – ebenfalls Bestandteil ihrer offiziellen Aufgabenstellung – hat das Medizinstudium sicher kaum vorbereitet.

Die Auflistung wäre unvollständig, würde die Sozialarbeit unerwähnt bleiben, denn auch ihre Situation unterscheidet sich nicht wesentlich. Zwar gehört die »Gesundheitsfürsorge« zu den traditionsreichsten Gebieten der sozialen Arbeit, in der Ausbildung aber nimmt sie bis heute eine vergleichsweise marginale Position ein (Waller, 1991) und viele der Handlungsprobleme, die im Gesundheitswesen tätige Sozialarbeiter haben, sind Resultat dieses Defizits (Schaeffer, 1991).

Für viele Bereiche der AIDS-Programme ist also charakteristisch, daß die Mitarbeiter mit Aufgabenstellungen konfrontiert sind, für die sie nicht hinreichend qualifiziert sind. Es fehlt ihnen an geeignetem Problembearbeitungswissen und entsprechenden (interventions)methodischen Fähigkeiten – dieses sowohl was die Spezifik der AIDS-Arbeit, als auch basale Kompetenzfragen angeht. Ebenso mangelt es ihnen an einem adäquaten Verständnis für die ihnen anvertraute Aufgabenstellung, denn deren Problemzugang steht, wie am Beispiel der Ärzte deutlich geworden sein dürfte, tendenziell in Opposition zu der durch die Ausbildung ansozialisierten Zugriffsweise. Hinzu kommt, daß sie außerdem fast alle Berufen entstammen, die aus professionstheoretischer Perspektive besehen, nicht hinreichend professionalisiert sind (das gilt zweifelsohne für die Krankenpflege, doch ebenso, wenngleich in anderer Form, für die Sozialarbeit und auch die Psychologie), so daß sie weder über institutionalisierte Standards der Berufsübung noch über professionell gesicherte Orientierungsschemata verfügen, die ihnen helfen könnten, diese Mängel zu kompensieren. Das vermögen sie einzig durch »naturwüchsiges Handeln« (Sahle, 1987: 192) – durch individuelle Lösungen also. Weil aber ein solches Handeln über keinerlei institutionelle Entlastungen verfügt, ist es leicht durch die Gefahr der Überstrapazierung bedroht.

Im Bereich der AIDS-Arbeit sind viele beeindruckende Beispiele für ein solches naturwüchsiges Handeln zu finden – dieses vor allem in der Selbsthilfe –, doch auch in anderen Projekten. Pioniergeist, Begeisterung für neue, verheißungsvolle Leitideen, hohes Engagement und eine ebensolche Motivation – allesamt Quellen für ein solches Handeln – sind in der AIDS-Arbeit sicherlich häufiger anzutreffen als in anderen Versorgungsbereichen. Zu finden sind allerdings ebenso viele plötzliche Motivationseinbrüche bei soeben noch überaus engagierten Mitarbeitern und hohe Fluktuationsraten – seien dieses Abwanderungen in andere Teams oder Wechsel in andere Arbeitsfelder (im Jahr 1989 wechselte beispielsweise im Modellprogramm »Sozialstationen« jeder vierte Mitarbeiter seine Stelle, Besselmann, 1990). Auch ein anderes Phänomen taucht vermehrt auf, das bereits in anderen neu entstandenen Versorgungsbereichen beobachtet werden konnte, war die Anfangseuphorie verraucht und bestimmten Umsetzungsprobleme den Alltag: Umdefinitionen der Aufgabenstellungen, die sich angesichts von Schwierigkeiten des »how to do« immer weiter von den ursprünglichen Intentionen entfernen und oft immer weiter weg vom Klientel angesiedelt werden. Solche Phänomene sind nicht zuletzt auf den Mangel an institutionellen Entlastungen und auf Professionalisierungs- und Qualifizierungsdefizite zurückzuführen.

Gerade auch diese qualifikatorischen Defizite hätten von Beginn an in höherem Maße der Steuerung bzw. der Kompensation bedurft<sup>10</sup>, denn so sehen sich viele Mitarbeiter Kompetenzproblemen und Handlungsschwierigkeiten ausgesetzt, die sie aufgrund des mit dem Modellstatus verbundenen Legitimations- und Handlungsdrucks eher kaschieren, denn konstruktiv anzugeben vermögen und sich eher durchschlagen, denn nach sachgemäßen und professionellen Lösungen suchen zu können.

## Fazit

Derzeit wird damit begonnen, die neuen Versorgungsprogramme für Patienten mit HIV-Symptomen (die unterschiedlichen Modelle wie auch Einzelprojekte) zu bewerten und ihre Effekte zu beurteilen. Die zurückliegenden Ausführungen legen nahe, davor zu warnen, dieses einzig auf der Basis empirischer Evaluationsbefunde zu tun, ohne die existenten Implementationsdefizite in Rechnung zu stellen. Vielerorts könnte den Programmen ein größeres Gelingen und eine zielangemessenere Umsetzung beschert sein, wenn das Niveau der Implementation besser gewesen wäre – ein Fazit, das häufig bei der Bilanzierung von Reformprozessen gezogen werden muß (Hauss et al. 1981, Shadish, 1990).

Zwar hat es Steuerungsversuche auf den verschiedenen Ebenen politischen Handelns gegeben. Doch sind solche Interventionen allein als insuffizient anzusehen. Sie sind nicht weitreichend genug, um auf die sich vor Ort stellenden Vollzugsprobleme einzuwirken. Gerade aber vor Ort, auf der Ebene des unmittelbaren Programmvollzugs, hätte es von Beginn an einer systematischen Implementationssteuerung bedurft, zumal die Programme sehr kurzfristig geschaffen wurden und ihre Durchführung kaum vorbereitet werden konnte. Statt dessen kennzeichnet hier vielerorts Implementationswildwuchs den Alltag, wird in erster Linie auf die Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit der in den Programmen tätigen Berufsangehörigen gesetzt und auf die Fähigkeit zur »Selbstorganisation und -regulation« vertraut – also darauf, daß sich an der vordersten Front der Programmrealisierung alles von selbst programmgerecht fügt. Die Erfahrung zeigt aber, daß dann im wesentlichen jene Ziele realisiert werden, die mit den gegebenen Strukturen problemlos in Übereinstimmung zu bringen sind und die nicht in Widerspruch zu ihnen stehen. Meist werden dabei nur Teile des Gesamtanliegens umgesetzt, Ziele nicht nur realitätsangemessen modifiziert, sondern deformiert und oft auch die eigentlichen Intentionen der Programme verfehlt.

Die Wichtigkeit der Implementation vor Ort wurde also unterschätzt und übersehen, daß eine Realisierung der Programmziele limitiert ist, wird auf die sich im Zuge der Umsetzung herauskristallisierenden Schwierigkeiten auf der Akteursebene, derer es hier – wie zu sehen war – zahlreiche und sehr unterschiedlich gelagerte gibt, nicht regulierend Einfluß genommen.

Eine solche auf den Programmalltag einwirkende Implementationssteuerung ist nicht zuletzt deshalb erforderlich, weil, es bei den Programmen nicht einzig um die Schaffung zusätzlicher Versorgungs- und Betreuungsangebote, sondern um die Erprobung neuer und zudem innovativer Modelle und folglich um die Einleitung von Reformprozessen geht. In diesem Zusammenhang sei noch einmal ausdrücklich daran erinnert, daß die Programme sowohl eine problemangemessene Versorgung und Betreuung für eine bis dahin weitgehende unbekannte Krankheit gewährleisten als auch zugleich hinlänglich bekannte Schwachstellen und Lücken der bisherigen Versorgung modellhaft überwinden sollten. Vor allem der innovative und gewissermaßen aidsunspezifische Gehalt der Programme ist bei der Implementation zu wenig berücksichtigt worden. Ihm aber ist der überwiegende Teil an Vollzugsproblemen geschuldet, so etwa Schwierigkeiten bei der Bereitstellung einer kontinuierlichen und hinreichend umfassenden Versorgung – es handelt sich doch auch bei AIDS um eine chronische Erkrankung und damit um einen Krankheitstypus, der auf Strukturdefizite im hiesigen Gesundheitswesen stößt. Das gleiche gilt für Probleme bei der Realisierung von integrierten Kooperationsstrukturen, die mit der Hierarchie der Berufe, den daraus erwachsenen Machtstrukturen und der institutionell

sanktionierten Arbeitsweise in den gesundheitsversorgenden Einrichtungen kollidieren. Und auch viele der professionellen Handlungsschwierigkeiten müssen in diesem Licht gesehen werden, denn sie sind zu einem erheblichen Teil Resultat der Tatsache, daß den Programmen konzeptuelle Vorstellungen zugrundeliegen, die anderer Problemlösungspotentiale und Kompetenzprofile bedürfen als sie derzeit in den Ausbildungen vermittelt werden. Mit all diesen aus dem innovativen Charakter der Programme erwachsenen Problemen – oder anders gesagt: den Inkompatibilitäten, die Innovationen hervorrufen – sind die Mitarbeiter der Programme weitgehend auf sich selbst gestellt und damit ohne Zweifel überfordert. Diese Inkompatibilitäten türmen sich gerade auf der Akteursebene zu schier unüberwindlichen Handlungsproblemen auf und bergen ein erhebliches Belastungspotential in sich, weil sie auf dieser Ebene bestenfalls temporär und nur punktuell lösbar sind.

Innovationen werfen – das sei noch einmal explizit unterstrichen – sowohl auf struktureller wie auf institutioneller und personeller Ebene Passungsprobleme auf, machen auf all den genannten Ebenen Umstellungen und Veränderungen erforderlich und benötigen vor allem auf der Akteursebene genügend Raum für Lernprozesse (Scharpf, 1983) – dieses nicht allein bei den Programmmitarbeitern, sondern, wie zu sehen war, auch bei allen anderen mittel- oder unmittelbar involvierten Akteuren. Für die Mitarbeiter der Programme sind solche Lernprozesse notwendig, um die Programmumsetzung und Vollzugsprobleme zu reflektieren, abzustützendes Wissen anzueignen und realitäts- und zielangemessene Realisierungsstrategien festzulegen. Die anderen Akteure brauchen Raum, um Aversionen gegen Veränderungen der routinierten Alltagspraxis abzubauen und Bereitschaft zu entwickeln, die Programme nicht nur zu tolerieren, sondern sie zu unterstützen und konstruktiv an ihnen mitzuwirken (Troschke et al. 1990). All diese Prozesse sich selbst zu überlassen, bedeutet, sie in den Fallstricken und Widrigkeiten der Alltagswirklichkeit preis zu geben und damit den Programmerfolg zu gefährden.

Soll dieser Gefahr entgangen werden, ist von Beginn an eine umfassende Umsetzungsbegleitung auf der Akteursebene oder – um es anders zu sagen – eine »reagible Prozeßsteuerung der Implementation« (Mayntz, 1983) auf der untersten Ebene des Programmvollzugs notwendig. Diese hat nicht einzig auf das Handeln der Programmmitarbeiter einzuwirken, sondern ausgehend von den sich ihnen stellenden Handlungsproblemen die auf den unterschiedlichen Ebenen verorteten Schwierigkeiten zu regulieren. Mit dieser Aufgabe Qualifikations- und Supervisionsmaßnahmen zu betrauen, wie im Rahmen der AIDS-Programme, ist verfehlt. Sie sind ohne Zweifel sinnvoll und wichtig, zielen jedoch vornehmlich auf die professionellen Handlungsbedingungen. Auf strukturell und institutionell bedingte Umsetzungsprobleme, sowie auf Vollzugswidrigkeiten, die durch mittelbar involvierte Akteure ausgelöst werden, vermögen sie nicht einzuwirken. Deshalb können sie bestenfalls als Implementationshilfen fungieren, tragen zur Entlastung und Unterstützung der Mitarbeiter bei, sind aber als Steuerungsinstrumente nicht ausreichend. Fragwürdig ist ebenso, diese Aufgabe wissenschaftlichen Begleitungsforschungen zu überlassen und damit ein Evaluationsforschungskonzept zu präferieren, das sowohl auf Ergebnisprüfung als auch auf Intervention zielt: auf der einen Seite die Effekte und die Effektivität von Programmen untersucht und gleichzeitig – unter Rückgriff auf die Evaluationsbefunde – den Programmvollzug steuert. Ein solches Konzept mag auf den ersten Blick plausibel und vorteilhaft erscheinen, kollidiert aber mit dem Abstinenzgebot wissenschaftlicher Erkenntnisproduktion. Allzu leicht wird unvoreingenommener Erkenntnisgewinn dann zugunsten der Legitimation eigener Praxis zurückgestellt, weil die erforderliche Neutralität aufgrund der Involviertheit in den Programmvollzug eingeschränkt ist. Diese Gefahr wird durch den ehemals vorhandenen Legitimations- und Erfolgsdruck, der auf allen Akteuren solcher Programme und vorhandenen Evaluatoren lastet, erhöht. Deshalb scheint es zweckmäßiger, beide Funktionen zu trennen und Evaluation und Umsetzungsbegleitung von zwei voneinander unabhängig agierenden Instanzen zu überlassen. Wie auch immer die Modalitäten im einzelnen aussehen sollten, sie zu diskutieren ist hier nicht der Ort. Absicht meiner Ausführungen war, aufzuzeigen, daß die professionellen Handlungsmöglichkeiten in neu geschaffenen Programmen entschei-

dend durch das strukturelle, institutionelle und personelle Bedingungsgefüge und durch die Art und das Ausmaß an regulativer Unterstützung beeinflusst werden. Diesen Beziehungen muß Rechnung getragen werden, wenn Programme geplant und umgesetzt werden und auch – denkt man an das baldige Ende der Programme – wenn ihr Erfolg bewertet wird.

## Anmerkungen

- 0 Es beinhaltet sieben Modellprogramme: das »Großmodell Gesundheitsämter« (innerhalb dessen alle Gesundheitsämter im Gebiet der damaligen BRD mit je einer Stelle für die Durchführung von AIDS-Beratung, Testdurchführung und AIDS-Prävention ausgestattet wurde), das Programm »Psycho-soziale Beratungsmaßnahmen in Zusammenhang mit AIDS« (Durchführung von psycho-sozialer Begleitung), »Streetwork« (Durchführung von AIDS-Aufklärung bei Drogenabhängigen, Strichern und Prostituierten), »Drogen und Aids« (zielgruppenspezifisches Angebot zur AIDS-Aufklärung und Beratung), »Ausbau ambulanter Hilfen für AIDS-Erkrankte im Rahmen von Sozialstationen« (Bereitstellung adäquater krankheitsangemessener ambulanter pflegerischer Versorgung), »Aids und Kinder« (Beratung und Betreuung von aidserkrankten Kindern und ihren Eltern) und »Frauen und AIDS« (zielgruppenspezifisches Angebot zur Begleitung von Frauen mit HIV-Symptomen) . . . Modellhaft und zum Sofortprogramm gehörig ist auch die zusätzliche Personalausstattung der sogenannten AIDS-Schwerpunktkrankenhäuser sowie ein Qualifizierungsprogramm, das regelmäßig Fort- und Weiterbildung für alle Mitarbeiter der Modelle durchführt und ein Supervisionsprogramm, mit dem nahezu flächendeckend Supervision angeboten wird. In den sieben Modellprogrammen sind ca. 900 Mitarbeiter tätig.
- 1 Meine Ausführungen gehen auf Erfahrungen zurück, die ich im Rahmen von zwei Untersuchungen gewonnen habe, dem Projekt »Supervision in der Aids Arbeit«, das vom BMJFFG (jetzt BMG) gefördert und an der Freien Universität Berlin durchgeführt wird, sowie einer Studie über die »Versorgung und Betreuung von Patienten mit HIV-Symptomen im Berliner Gesundheitswesen«, die am Wissenschaftszentrum Berlin durchgeführt und vom BMFT sowie dem Berliner Senat für Wissenschaft und Forschung finanziert wird. Auch das verwendete Datenmaterial entstammt diesen beiden Untersuchungen.
- 2 Diese bestehen, wie ein Blick auf vorliegende Analysen zeigt,
  - in der Trennung zwischen der gesundheitlichen und der sozialen Versorgung, sowie innerhalb der Gesundheitsversorgung zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung, die als Teilsegmente weitgehend insular arbeiten und nicht ineinandergreifen (Trojan, Waller, 1980, Wirth, 1982). Auf seiten der in den einzelnen Segmenten tätigen Professionellen hat das zur Folge daß sie die Reichweite ihres Handelns auf die Teilsegmente begrenzen, in denen sie tätig sind. Kommt es zu Problemen, die innerhalb dieses Segments nicht bearbeitbar sind, übermitteln sie den Patienten in ein anderes Segment, haben damit jedoch seinen Fall »abgegeben« und die Problembearbeitung an das dort tätige Gesundheitspersonal delegiert (Schaeffer, 1986),
  - in der mangelnden Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen, die einen lückenlosen Wechsel so gut wie ausgeschlossen macht, so daß für die Patienten Diskontinuitäten und Brüche in der Betreuung entstehen,
  - in der Inflexibilität und mangelnden Koordination, die zur Folge haben, daß individualisierte, dem Krankheitsverlauf wie dem einzelnen Fall angemessene Versorgungsleistungen kaum realisierbar sind (Garms-Homolová, Schaeffer, 1989),
  - in der Ausrichtung auf Akuterkrankungen und damit auf kurzfristig zu heilende Erkrankungen, womit jedoch den inzwischen dominierenden chronischen Erkrankungen nicht hinreichend Rechnung getragen werden kann. Für diese Patienten können oft nur unter erheblichen Schwierigkeiten und unter Umgehung zahlreicher versorgungsstruktureller Engpässe hinreichend umfassende Betreuungen gewährleistet werden,
  - in der Monopolstellung der ärztlichen Profession (Novak, 1989) und verbunden damit in der Minderbewertung der anderen an der Betreuung und Versorgung von Patienten beteiligten Berufsgruppen und ihres Problemzugangs sowie daraus entstehenden Kooperationsproblemen,
  - in der Tendenz zur Medikalisierung und Hospitalisierung, die im Gegensatz zu manchen anderen europäischen Ländern, zu einer unübersehbaren Dominanz der stationären Versorgung geführt hat.
  - Eine andere Schwachstelle ist bei der Einbeziehung und Bewahrung natürlicher Hilfestrukturen und existenter sozialer Netze zu verzeichnen, die mit dem Einbezug des professionellen Versorgungssystems zumeist geschwächt, oft sogar zerstört werden und nur selten konstruktiv und im Interesse des Patienten einbezogen werden.
- 3 So stößt z. B. die ambulante Pflege Schwerst- oder Terminalkranker ebenfalls an institutionelle, doch gleichfalls an Kostengrenzen (Garms-Homolová, Schaeffer, 1991); die ambulante Durchführung von Infusionstherapien geht u. a. mit ungelösten rechtlichen Problemen einher.
- 4 Meist bewegen sie sich noch dazu auf unsicherem Fundament, wie es derzeit in dem Streit um die Durchführung von Infusionstherapien durch Pflegekräfte besonders deutlich zu Tage tritt. Werden die Pflegekräfte gemäß den Programmzielen tätig, d. h. gewährleisten sie den möglichst weitestgehenden Verbleib in der häuslichen Umgebung,

indem sie die bei Zytomegalieretinis – einem bei AIDS häufig auftretenden Krankheitsbild, das unbehandelt zur Erblindung führt – notwendigen Infusionstherapien ambulant durchführen, begeben sie sich in eine riskante rechtliche Situation, die sie u. U. selbst gefährdet und ihnen in jedem Fall zahlreiche berufsinterne Auseinandersetzungen beschert.

- 5 Der wohl deutlichste Beleg für diese These findet sich in der Altenpflege. Erinnerung sei an die breit diskutierten Skandale in der stationären Langzeitpflege von alten Patienten.
- 6 Verständlich wird dies, beleuchten wir kurz die motivationalen Voraussetzungen. Das überaus hohe Engagement der Mehrzahl der Mitarbeiter in Teams, die der Selbsthilfebewegung entstammen, resultiert entscheidend aus der Tatsache, daß viele Mitarbeiter in diesem Feld selbst den Betroffenengruppen angehören oder enge Kontakte zu ihnen haben. Die Bedrohlichkeit der Krankheit ist für sie kein abstraktes Artefakt, sondern ein sozial nahes Phänomen, das Solidarität, doch zugleich auch Schrecken, ja z. T. Panik auslöst. Man kann in diesem Kontext von einer gewissen Katastrophenangst als motivationaler Basis sprechen, die zu jener Zeit, als AIDS sich auszubreiten begann, auf vielen gesellschaftlichen Ebenen Nahrung fand. Erinnerung sei an Tschernobyl, an die Öko-, die Klima-Katastrophe u. v. m., die die gesellschaftliche Öffentlichkeit lange Zeit in Bann hielten und noch halten. Unter diesen vielen, sich unsichtbar ankündigenden und unfaßbar erscheinenden Katastrophen bot AIDS konkrete Angriffsmöglichkeiten. Wenn einer unserer Interviewees sagt, »hier konnte man endlich mal was konkret anpacken und was anderes aufbauen« zielt er darauf und deutet an, daß die Arbeit in diesem Feld für viele einen Angriffspunkt bot, diesen diffusen Ängsten etwas entgegenzusetzen und somit Ohnmacht und Hilflosigkeit in Handeln transferieren zu können (Rosenbrock, 1986). Und doch erweist sich eine solche Motivation als instabil. Sie ist nur so lange tragfähig, wie die Angst vor der Katastrophe existent bleibt. Daß die Krankheitsverbreitung nicht so rasch fortschritt, wie anfänglich befürchtet, hat zur Beruhigung, doch auch zur Destabilisierung jener motivationalen Basis geführt, aus der die Sonderleistungen der in diesem Feld tätigen Mitarbeiter entscheidend gespeist waren. Diese Destabilisierung wirkt um so gravierender, je mehr die gesellschaftliche Brisanz gemildert wird und AIDS zu einem Außenseiterphänomen deklariert zu werden droht.
- 7 Ähnliches gilt auch für die Krankenpflegeprojekte. Sie haben die Aufgabe, die ambulante pflegerische Versorgung von AIDS-Patienten sicherzustellen. Neben reiner Funktionspflege können sie sich auch der psycho-sozialen Betreuung, der Koordination von Hilfstätigkeiten aus dem sozialen Netz und der Angehörigenarbeit widmen und damit Aufgaben wahrnehmen, denen sich die »Normal«pflegekräfte verschließen müssen, weil sie mit den institutionellen Gegebenheiten ihrer Einrichtungen nicht in Einklang zu bringen sind. Außerdem können die Mitarbeiter der Modellprogramme ihre Tätigkeit auf die sich vor Ort stellenden Betreuungserfordernisse ausrichten und haben wesentlich mehr Zeit für ihre Patienten zur Verfügung, denn aufgrund seiner finanziellen Sonderstellung (Modellfinanzierung) stehen sie im Gegensatz zu ihren Kollegen nicht unter Druck, mit ihrer Tätigkeit auch die Reproduktion der Einrichtung sicherstellen zu müssen. Auch die Krankenpflegeprojekte unterscheiden sich also in mehrfacher Hinsicht von dem in der Normalpflege im ambulanten Bereich herrschenden Aufgabenverständnis. Gleichzeitig befinden auch sie sich in einer eigentümlichen Situation, was die Implementation dieses Modells anbetrifft: Realisieren sie die Ziele der Modellprogramme und pflegen Patienten mit manifester AIDS-Erkrankung, bescheren sie den Sozialstationen eine kostenintensive und personalaufwendige Klientel, die die Sozialstationen vor Kapazitätsproblemen stellen und denen sie sich unter den Bedingungen der Normalversorgung nicht gerecht zu werden vermögen (Garms-Homolová, Schaeffer, 1991). Folglich sind die Sozialstationen nicht sonderlich daran interessiert, AIDS-Patienten als Klientel zu erhalten. Realisieren die Teams ihre Aufgabe, geraten sie also in Konflikte mit der Einrichtung, an die sie angebunden sind; passen sie sich den Sozialstationen an, gefährden sie die Programmziele und ebenso ihre eigene Existenz, weil ihre Tätigkeit dann als ineffizient angesehen wird.
- 8 Diese Angaben basieren auf einer Erhebung, die im Kontext des Projekts »Supervision in der AIDS-Arbeit« durchgeführt wurde.
- 9 Public Health Ausbildungen, die diesen Mangel beheben würden, entstehen erst in jüngerer Zeit und sind bislang erst an sehr wenigen Universitäten institutionalisiert.
- 10 Zwar wurde auch ein breit angelegtes Qualifikations- und später auch ein Supervisionsprogramm (Filsinger, Schaeffer, 1990) geschaffen, doch hat es den Eindruck, daß diese die sich den Mitarbeitern stellenden Probleme nur in relativ geringem Maß beeinflussen konnten. Sie dienten zweifelsohne der Entlassung, ob sie aber zur Lösung der aufgezeigten Implementationsprobleme beitrugen, scheint mir fraglich.

## Literatur

- Besselmann, K. et al., 1990: Modellprogramm »Ausbau ambulanter Hilfen für AIDS-Erkrankte im Rahmen von Sozialstationen« des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Zweiter Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Köln, Hannover: ISG, Inst. für Entwicklungsplanung und Strukturforschung Hannover, vervielf. Manuskript.
- Botschafter, P./Moers, M., 1990: Pflegewissenschaft und Pflegenotstand. In: Jahrbuch für Kritische Medizin, Argument Band 15, 123–139.

- Brücher, K., 1987: Das Gesundheitsamt und seine Klientel – Zur Bedingung und Möglichkeit einer Psychiatrie am Gesundheitsamt. In: Psychiatrische Praxis, 14, 33–39.
- Dewe, B., 1989: Wissen und Können in sozialarbeiterischen Handlungsvollzügen. Soziale Arbeit 39, 3, 82–86.
- Filsinger, D./Schaeffer, D. (unter Mitarbeit von M. Vollendorf), 1990: Supervision in der AIDS-Arbeit. Zweiter Zwischenbericht des Projekts »Supervision in der AIDS-Arbeit« im »Sofortprogramm der Bundesregierung zur Bekämpfung der Immunschwächekrankheit AIDS«, Berlin: Freie Universität, vervielf. Manuskript.
- Garms-Homolová, V./Schaeffer, D., 1989: Die Bedeutung des Krankenhauses für die Versorgung alter Menschen. In: Deppe, H.-U.; Friedrich, H.; Müller, R. (Hrsg.): Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung, Frankfurt, New York 119–133.
- Garms-Homolová, V./Schaeffer, D., 1990: Kiepenarbeit versus Beratung, Strukturprobleme sozialarbeiterischen Handelns im Krankenhaus. Neue Praxis, 2, 111–124.
- Garms-Homolová, V./Schaeffer, D., 1991: Versorgung alter Menschen. Sozialstationen zwischen wachsendem Bedarf und Restriktionen. Lambertus.
- Hauss, F./Naschold, F./Rosenbrock, R., 1981: Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen. Forschungsberichte »Gesundheitsforschung« Nr. 55, Bonn: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.
- Kühn, H., 1989: Versorgung und Betreuung von Patienten mit HIV-Symptomen im Berliner Gesundheitswesen – Präventive Potentiale kurativer Institutionen. Berlin: WZB, unveröff. Manuskript.
- Novak, P., 1989: Grenzprobleme der Medizin. In: Wagner, F. (Hrsg.): Medizin. Moment der Veränderung. Berlin, Heidelberg, New York.
- Mayntz, R. (Hrsg.), 1983: Implementation politischer Programme II. Ansätze zur Theoriebildung. Opladen.
- Meifort, B. (Hrsg.), 1987: Gesundheits- und Sozialpflegerische Arbeit im Umbruch. Berufliche Bildung im Schnittpunkt einer veränderten Gesundheits- und Sozialpolitik. Ergebnisse der Hochschultage berufliche Bildung 86. Ansbach/Bergstr.
- Peters, H., 1971: Die mißlungene Professionalisierung der Sozialarbeit. In: Otto, H.-U./Untermann, K. (Hrsg.): Sozialarbeit als Beruf – Auf dem Weg zur Professionalisierung? München, 99–123.
- Riedmüller, B./Rodenstein, M. (Hrsg.), 1989: Wie sicher ist die soziale Sicherung? Frankfurt.
- Ritter, C./Raschke, P., 1990: Psychosoziale Versorgung der AIDS-Prävention in einer Großstadt. Hamburg: unveröff. Manuskript, 15 S.
- Rosenbrock, R., 1986: AIDS kann schneller besiegt werden. Hamburg.
- Sahle, R., 1987: Gabe, Almosen, Hilfe. Opladen.
- Schaeffer, D., 1986: Identifying Nodal Points in the Structure of the Care System. Paper presented on the meeting on Sub-Project 2, Age Care Research Europe, October 27–29, 1986 in Lyon, France.
- Shadish, W. R., 1990: Amerikanische Erfahrungen mit der Evaluation von Sozial- und Gesundheitsprogrammen. In: Koch, U./Wittmann, W. (Hrsg.): Bewertungsgrundlage von Sozial- und Gesundheitsprogrammen. Berlin, Heidelberg, 159–182.
- Strauss, A./Corbin, J. M., 1988: Shaping a New Health Care System. The Explosion of Chronic Illness as a Catalyst for Change. San Francisco, London.
- Trojan, A./Waller, H. (Hrsg.), 1980: Gemeindebezogene Gesundheitssicherung. Einführung in neue Versorgungsmodelle. München, Wien, Baltimore.
- Troschke, v. J./Dirscherl, C./Gerber, U./Kluge, M./Kotek, H./Köhler, S./Kupke, R./Stünzner, v. W./Wagner, A./Wiche, E./Worth, M.: Die gemeindenahere Begleitforschung der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP). In: Koch, U./Wittmann, W., (Hrsg.): Bewertungsgrundlage von Sozial- und Gesundheitsprogrammen. Berlin, Heidelberg, 227–248.
- Ullrich, A., 1987: Krebsstation: Belastungen der Helfer. Eine empirische Studie an Kliniken in Bayern. Frankfurt.
- Wirth, W., 1982: Inanspruchnahme sozialer Dienste. Bedingungen und Barrieren. Frankfurt, New York: Campus.

*Verf. Dr. Doris Schaeffer, Wissenschaftszentrum Berlin, Forschungsgruppe Gesunderhalten und Präventionspolitik, Reichpietschufer 50, 1000 Berlin 30*