

Vorwort:

Aids-Krankenversorgung und Gesundheitspolitik

Das Auftreten von Aids führte bei den politischen Apparaten zu einem tiefen Erschrecken vor einer möglicherweise nicht eindämbaren Katastrophe. Daraus folgte eine hohe Handlungs- und Ausgabenbereitschaft, die viel politische Innovation und auch viel teure Innovation ermöglicht hat. Das zeigt sich in der mutigen Entscheidung für einen neuen Typ und eine neue Qualität von öffentlich organisierter Prävention. Es zeigt sich aber auch in den beträchtlichen Mitteln und strukturellen Spielräumen, die für die aids-spezifische Anpassung der Krankenversorgung mobilisiert wurden. Dank dieser konnte - wie sich im Rückblick zeigt - eine Vielzahl von Reformversuchen im Gesundheitswesen ermöglicht werden, und das auch in solchen Bereichen der Krankenversorgung, die nicht eben als reformfreudig gelten.

Es entstanden neue Formen der ambulanten medizinischen Versorgung, der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern und zwischen medizinischen und nicht-medizinischen Berufen, neue Aufgabenfelder für psychosoziale Berufe, neue Modelle ambulanter und pflegerischer Versorgung von Schwer- und Schwerstkranken, Organisationsinnovationen im Krankenhaus - kurz: Bei Aids sind die Muster der Arbeitsteilung und Aufgabenteilung für die beteiligten Gesundheitsberufe, die ehrenamtlichen Helfer sowie zwischen den Institutionen der ambulanten und stationären Versorgung in Bewegung geraten. Dabei verlief keine dieser Bewegungen nach einem vorgefertigten Plan. Vielmehr haben Berufsgruppen, Institutionen sowie Organisationen aus den hauptsächlich betroffenen Gruppen den ihnen durch Aids geöffneten organisatorischen und finanziellen Spielraum auf unterschiedliche Weise genutzt, um das zu realisieren, was sie für ihren Beitrag zu einer patientenorientierten und problemangemessenen Versorgung hielten. Teils wurden dabei völlig neue Wege beschritten, teils wurden Veränderungen umgesetzt, die schon seit Jahren auf der gesundheitspolitischen Tagesordnung gestanden hatten.

Das Fehlen eines Gesamtplans - nicht jedoch von Zielen - hat Vorteile und Nachteile. Letztere sind vor allem dort zu erwarten, wo Veränderungen aus der Logik und in der Perspektive des eigenen Arbeitsfeldes konzipiert und zum Teil auch umgesetzt wurden, ohne den Gesamtzusammenhang der Versorgung zu beachten. Solche inkrementalen Anpassungen können als reine Binnenrationalisierung einen der Hauptmängel des Krankenversorgungssystems, die organisierte Desintegration, noch verschärfen.

Anpassungen können als reine Binnenrationalisierung einen der Hauptmängel des Krankenversorgungssystems, die organisierte Desintegration, noch verschärfen.

Vorteile ergeben sich zunächst aus der Vielfalt der spontanen Entwicklungen. Sie kann durch Ausdifferenzierung verschiedener Versorgungsangebote den ebenfalls differenzierten Bedürfnissen der Patienten entgegenkommen. Zudem aber eröffnet sie die Möglichkeit vergleichender Evaluation substantiell unterschiedlicher Versorgungsmodelle für die gleiche Krankheit. Die Varianz dieser Modelle ist deutlich größer als auf anderen Feldern der Krankenversorgung. Sie beziehen sich sämtlich auf eine Krankheit, die zwar im Gegensatz zum heute dominanten Morbiditätsspektrum eine Infektionskrankheit ist, durch ihren chronischen Verlauf und die Möglichkeiten weitgehend ambulanter Versorgung aber zentrale Strukturprobleme der Krankenversorgung anspricht. Ebenso wie die Versorgungsnotwendigkeiten sind auch die Eigenschaften der Patientengruppen einerseits sehr speziell (überwiegend jüngere Menschen, soziale Randständigkeit, zum Teil starker sozialer Rückhalt, Schutzbedürfnisse im Hinblick auf Diskriminierungen, zum Teil mit zusätzlichen (Sucht-)Krankheitsproblemen), andererseits aber auch verallgemeinerbar: Es sind chronisch Kranke mit überwiegend ambulant zu behandelnden Gesundheitsproblemen, deren Versorgung um so besser gelingt, je mehr die Patienten in ihrer Autonomie und Aktivität bestärkt werden und je vollständiger das persönliche (berufliche und private) Umfeld auch während der Krankheit erhalten bleibt.

Bei der Untersuchung der Aids-Krankenversorgung geht es deshalb um viererlei:

1. Es ist zu prüfen, welche Versorgungsangebote den nach sozialer Schicht und Lebenslage der Patienten unterschiedlichen Versorgungserfordernissen am ehesten entsprechen. Die Erfordernisse beziehen sich auf Erkenn- und Erreichbarkeit der Angebote, auf Kontinuität und Lückenlosigkeit sowie auf optimale medizinische Behandlung und weitergehende Versorgung, Erhalt der persönlichen Autonomie, Einbeziehung des sozialen Umfeldes und sozialen Schutz. Diesen Fragen ist bei der Identifikation von geradlinigen oder verzweigten Versorgungspfaden durch eine mehr oder weniger integrierte Versorgungslandschaft nachzugehen.
2. Da die innovativen Bestandteile dieser Landschaft zwar überwiegend spontan, aber aus weithin als eher verkarstet und versteinert eingeschätzten Strukturen entstanden sind, kann sozialwissenschaftliche Forschung zugleich zu Aussagen über die Innovationsfähigkeit und die Innovationsbedingungen der Krankenversorgung gelangen. Es geht also um die Frage, wie Berufsgruppen und Institutionen der

Krankenversorgung unter hohem öffentlichen Problemdruck in dem eröffneten Reformspielraum ihre Wahrnehmung der Versorgungsnotwendigkeiten mit den professionellen und institutionellen Interessen zu koordinieren versuchen.

3. Da auf dem Gebiet der Versorgung von Menschen mit HIV und Aids in kurzer Zeit verhältnismäßig sehr viel Neues ausprobiert und geschaffen worden ist, steht auch die Überprüfung der Verallgemeinerbarkeit der dabei gewonnenen Erfahrungen unter den beiden zuvor genannten Gesichtspunkten auf der Tagesordnung. Zu prüfen ist also, welche Elemente der Aids-Versorgung als modellhaft für die ungelösten Probleme der Anpassung der Krankenversorgung an das überwiegend chronisch-degenerative Morbiditätsspektrum angesehen werden können und welche Bedingungen für solche Anpassungen förderlich bzw. hinderlich sind.
4. Für die Beantwortung solcher Fragen nach der Messung von Versorgungsqualität und der Identifikation von Bedingungen der Veränderung und Verallgemeinerung verfügen die Sozialwissenschaften über kein fertiges Set von Hypothesen und Methoden. Forschungen auf diesem Gebiet haben deshalb auch einen Beitrag zur Entwicklung vor allem qualitativer Methodologie und von Theorie zu leisten.

Das Projekt »Versorgung und Betreuung von Patienten mit HIV-Symptomen im Berliner Gesundheitswesen - Präventive Potentiale kurativer Institutionen« will einen Beitrag zur Erfüllung dieser Anforderungen leisten.

Der vorliegende Zwischenbericht enthält die Ergebnisse der Untersuchungen zu den verschiedenen Typen ambulanter medizinischer und stationärer Versorgung in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Übergänge zwischen diesen Bereichen, die als kritische Schnittstellen bzw. potentielle Verzweigungen der Versorgungspfade gesehen werden. Die Kombination von vier Praxistypen der medizinischen ambulanten Versorgung und drei Formen der Verknüpfung ambulanter und stationärer Versorgung deutet die Vielfalt dieser Pfade an. Zu einem Gesamtbild der Landschaft der professionellen Versorgung fehlen noch Analysen zu nicht-medizinischen Gesundheitsberufen, vor allem zur Pflege, die derzeit bearbeitet werden. Im Schlußbericht (Ende 1992) wird die sich daraus ergebende evaluierende Struktur- und Implementationsanalyse punktuell mit der aus einer ersten (derzeit laufenden) Patientenbefragung ermittelten Sichtweise von Nutzern dieser Versorgung bzw. Strukturen kontrastiert. Die Sichtweise der Patienten dient dabei der Validierung der vorgelegten Strukturanalyse.

Weil es sich bei den in diesem Zwischenbericht wiedergegebenen Befunden demnach um Teilbilder handelt, erschien es nicht sinnvoll, die in diesem Zwischenbericht dargelegten Befunde zur Struktur und Nutzungsmöglichkeiten der professionellen Krankenversorgung und den Grenzen und Möglichkeiten ihrer Veränderung kondensiert zusammenzufassen. Statt dessen findet sich am Schluß jedes Kapitels unter dem Titel »Bilanzierung« bzw. »Kontrastiver Vergleich« eine Zusammenfassung der Befunde zu den einzelnen Bereichen, auf die der eilige Leser verwiesen sei.

Als verallgemeinerbare Zwischenbefunde können aber schon heute festgehalten werden:

1. Das Krankenversorgungssystem ist auch an seinen kritischen Nahtstellen und hinsichtlich der professionellen Arbeitsteilung unter hohem Problemdruck flexibler als oft angenommen.
2. Speziell im Bereich der ambulanten Versorgung erweisen sich die Forderungen sowohl der Aids-Enquête als auch der GKV-Enquête, die medizinische, psychosozial-pflegerische Versorgung und Betreuung sowie die Aktivierung des Patienten Umfeldes als drei funktional gleichberechtigte Säulen der Versorgung zu sehen und zu fördern, als problemangemessen und tendenziell auch als umsetzbar.
3. So richtig es ist, Politikfenster wie die Aids-Krise zu strukturellen Innovationen zu nutzen, so notwendig ist es, mehr als bisher Erfahrungen mit Innovations- und Implementationsmanagement z. B. aus der Organisationssoziologie zu nutzen: gefragt sind Lösungen, die die Innovationen und Reformbemühungen von vornherein in ihrem Wechselspiel mit der gewachsenen Struktur sehen und diese folglich auf den Reformprozeß vorbereiten und in ihn einbeziehen.
4. Speziell bei spontan reaktiv verlaufenden Innovationen ist möglichst früh auf eine stärkere institutionelle Absicherung der Reformbestrebungen zu achten. Der Enthusiasmus der Reformpioniere und die daraus wachsenden persönlichen Netzwerke sind zwar eine Bedingung von Veränderungen, vermögen jedoch allein deren dauerhafte Tragfähigkeit nicht zu garantieren.

Rolf Rosenbrock

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Vorwort: Aids-Krankenversorgung und Gesundheitspolitik.....	1
1. Einführung	5
1.1 Problemhintergrund und Fragestellung der Untersuchung	5
1.2 Theoretische Annäherung an den Gegenstand	10
1.2.1 Versorgungspfad	10
1.2.2 Versorgungsintegration	13
1.3 Das Untersuchungsprogramm	14
1.4 Methodisches Vorgehen	16
1.5 Die Datensammlung	18
1.6 Stand der Untersuchung	20
2. Versorgung und Betreuung von HIV- und Aids- Patienten durch niedergelassene Ärzte	23
2.1 Aids-Patienten in der Praxis des nieder- gelassenen Arztes	24
2.1.1 Medizinische Behandlung und Betreuung	25
2.1.2 Psychosoziale Begleitung	27
2.1.3 Versorgungssteuerung	28
2.1.4 Kostenprobleme und Zeitaufwand	29
2.1.5 Psychische Belastung des Arztes	30
2.2 Vier Praxistypen	31
2.2.1 Die Aids-Schwerpunktpraxen	31
2.2.2 Die Integrationspraxis	35

II

		Seite
2.2.3	Die Normalpraxis	37
2.2.4	Die Substitutionspraxis	40
2.3	Konsequenzen für die Patienten und ihren Weg durch die versorgenden Instanzen	41
2.4	Bilanzierung	47
3.	Stationäre Versorgung: Integrationsbe- mühungen an der Schnittstelle zwischen intra- und extramuraler Versorgung	49
3.1	Fallstudie 1: Die HIV-Ambulanz im UKS	57
3.1.1	Wege in die Ambulanz	59
3.1.2	Gründe für die Konsultation der HIV- Ambulanz	60
3.1.3	Die Patienten	62
3.1.4	HIV- und Aids-Patienten aus der Sicht der Mitarbeiter	63
3.1.5	Funktions- und Arbeitsweise der HIV- Ambulanz im UKS	67
3.1.6	Kooperation mit den bettenführenden Abteilungen	74
3.1.7	Funktionswandel der Ambulanz	76
3.1.7.1	Übernahme von Hausarztfunktionen	78
3.1.7.2	Psychosoziale Unterstützung	78
3.1.7.3	Versorgungsorganisation	81
3.1.7.4	Kooperation(sprobleme) mit den nieder- gelassenen Ärzten	83
3.1.8	Bilanzierung	89
3.2	Fallstudie 2: Die Tagesklinik im UKRV	92
3.2.1	Das Versorgungsangebot der Tagesklinik	93
3.2.2	Wege in die Tagesklinik.....	96
3.2.3	Die Patienten	97

III

	Seite
3.2.4	Aids und die Aids-Patienten aus der Sicht der Mitarbeiter 99
3.2.5	Funktions- und Arbeitsweise der Tages klinik 101
3.2.6	Kooperation mit den diagnostischen Abteilungen 102
3.2.7	Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und ambulanten Pflegeanbietern 104
3.2.8	Versorgungssituation und psychosoziale Unterstützung 106
3.2.9	Konzeptionelle Probleme der Tagesklinik 108
3.2.10	Bilanzierung 110
3.3	Fallstudie 3: Das Schöneberger Modell - Versorgungsintegration durch Kooperation 112
3.3.1	Das Konzept 116
3.3.2	Wege in das AVK 121
3.3.3	Die Patienten 123
3.3.4	Das Verhältnis der Mitarbeiter zu den unterschiedlichen Patientengruppen 124
3.3.5	Funktions- und Arbeitsweise bei der Aufnahme und Entlassung 131
3.3.5.1	Die Aufnahme 133
3.3.5.2	Die Entlassung 139
3.3.5.3	Die Entlassungspraxis 148
3.3.5.4	Die Kooperation bei der Entlassung aus der Sicht ambulanter Versorgungsinstanzen 158
3.3.6	Bilanzierung 160
3.4	Der Stationsalltag 163
3.4.1	Neuerungen im Stationsalltag 164
3.4.2	Die Ärzte 172
3.4.2.1	Die Organisation der ärztlichen Arbeit 173
3.4.2.2	Die ärztliche Visite 174

	Seite
3.4.2.3	Die Arzt-Patienten-Interaktion 176
3.4.3	Die Psychologen 180
3.4.4	Die Pflege 188
3.4.4.1	Das Pflegeverständnis der Pflegedienst- mitarbeiter 189
3.4.4.2	Die Organisation der Pflege 191
3.4.4.3	Planung und Dokumentation der Pflege 193
3.4.4.4	Interaktion mit den Patienten 194
3.4.4.5	Umgang Sterben und Tod 197
3.4.5	Das Ineinandergreifen der Berufe 199
3.4.6	Supervision 204
3.4.7	Die Arbeit der Aids-Hilfe im Krankenhaus 205
3.4.8	»Buddies« im Krankenhaus 207
3.4.9	Bilanzierung 209
3.5	Kontrastiver Vergleich 214
Literatur 226
Anlagen:	
Anlage 1:	Interviewbilanz 232
Anlage 2:	Die Aids-Krankenversorgung im General Hospital in San Francisco 234
Anlage 3:	Der »Arbeitskreis Aids der niedergelas- senen Ärzte in Berlin e. V.« 237
Anlage 4:	Veröffentlichungen und Arbeitspapiere aus dem Projekt 238

1. Einführung

1.1 Problemhintergrund und Fragestellung der Untersuchung

Mit Aids ist vor wenigen Jahren eine neue und bislang tödlich verlaufende Krankheit aufgetreten, durch die sich das Gesundheitswesen, die Gesundheitspolitik und die Medizin vor neue Aufgaben gestellt sahen. Nachdem es für ein halbes Jahrhundert den Anschein gehabt hatte, als habe die Medizin infektiöse Epidemien in den hochindustrialisierten Ländern weitgehend unter Kontrolle, tauchte mit Aids eine bis dahin unbekannte Infektionskrankheit auf, die sich sogleich epidemieartig auszubreiten drohte. Sie stieß auf unvermutete Grenzen in der Medizin. Obwohl mit der Bekämpfung von Infektionskrankheiten die spektakulärsten Erfolge der Medizin assoziiert werden, stand sie der Immunschwäche Aids weitgehend hilflos gegenüber. Sie hatte ihr weder medizinische Vorbeugemittel noch zielgerichtete Behandlungen oder gar Heilungsmöglichkeiten entgegenzusetzen und mußte - unter Einschluß der dazu notwendigen Forschung - erst geeignete Therapiekonzepte bzw. -mittel für das sich alsbald als ungeahnt komplex erweisende Krankheitsbild entwickeln.

Aids erwies sich jedoch nicht einzig als vorderhand unlösbares Problem medizinischer Experten, sondern entpuppte sich sehr schnell auch als Herausforderung an die Krankenversorgung. Denn mit Aids war eine Krankheit entstanden, deren Betreuungs- und Versorgungsbedarf im hiesigen Gesundheitswesen nur schwer zu decken ist. Ausschlaggebend dafür sind im wesentlichen zwei Momente. Zum einen stellten sich durch Aids alte und bereits hinlänglich bekannte, bis zum Auftauchen dieser Krankheit jedoch gesundheitspolitisch nicht in dieser Weise als brisant erachtete Probleme. Als Beispiele dafür können die Versorgung terminal Kranker, die ambulante Betreuung schwerstpflegebedürftiger Menschen oder die psychosoziale Unterstützung bei der Be- und Verarbeitung schwerwiegender Krankheiten angeführt werden.¹ Zum anderen kamen

¹ Verweilen wir exemplarisch bei letzterem. Psychosoziale 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 psychosozialen Betreuungserfordernissen tun sich die gesundheitsversorgenden Einrichtungen schwer. Auf der einen Seite herrscht bei allen mit Aids-Patienten befaßten Berufen Konsens über die Notwendigkeit psychosozialer Unterstützung. Auf der anderen Seite kollidiert diese mit der Funktionsweise der leistungsspezialisierten und funktional differenzierten Institutionen der Krankenversorgung. 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. Ähnlich es mit den anderen genannten Problemen. So stößt z. B. die ambulante

neue Anforderungen hinzu, denn Aids erwies sich alsbald als *akute* und gleichermaßen *chronische* Erkrankung. Alle Erfolge der Medizin verbesserten nur die Behandelbarkeit einzelner zu Aids gehörender Krankheitsbilder, führten aber bis heute keine Heilung im eigentlichen Sinne herbei.

Partiell reiht sich Aids damit in das Spektrum all jener (chronischen) Krankheiten ein, die die Gesundheitssysteme der westlichen Gesellschaften seit geraumer Zeit vor Probleme stellen. Bei Aids erfahren diese allerdings aufgrund des Doppelcharakters der Krankheit und der spezifischen Dynamik des Krankheitsverlaufs eine Zuspitzung. Der Krankheitsverlauf ist in einem Maße wechselhaft, wie es für andere chronische Erkrankungen eher untypisch ist. Er ist phasenweise (und meist sehr plötzlich) mit höherem, phasenweise mit niedrigerem und zudem qualitativ variierendem Betreuungsbedarf verbunden - fordert also ein Maß an Flexibilität, das dem hiesigen Gesundheitswesen im allgemeinen abgesprochen wird. Auch die große Varianz der Krankheitsbilder ist eher untypisch und kollidiert mit den herkömmlichen Mustern der Arbeitsteilung und der Organisation der Krankenbehandlung. Und wie alle chronischen Erkrankungen geht Aids zudem im Verlauf der Krankheit mit einem stetig wachsenden und zunehmend komplexer werdenden Versorgungsbedarf einher - einem Bedarf, der von vornherein mit systemstrukturellen Gegebenheiten konfligiert.

Hinzu gesellt sich, daß mit Aids plötzlich Patienten Einzug in die ergrauenden Einrichtungen der Krankenversorgung hielten, die sich hinsichtlich ihres Alters, ihres lebensweltlichen und soziokulturellen Milieus und besonders ihrer Ansprüche an die Krankenversorgung deutlich von den Normalpatienten unterschieden. Vor allem jüngere, homosexuelle Männer sind von Aids affiziert, die zudem über eine in der Krankenversorgung bis dahin ungekannte soziale Unterstützung verfügten. Dabei ist weniger an das diesen Patienten attestierte vorbildlich funktionierende soziale Netz gedacht. Vielmehr ist hier der Rückhalt durch die »(gay) community« und durch die aus ihnen hervorgegangenen »pressure groups« bzw. Interessenvertretungen angesprochen. Vehement mahnten diese und auch die Patienten eine an Humanitätsgesichtspunkten sowie auf Autonomieerhalt orientierte Krankenversorgung an und konfrontierten die versorgenden Einrichtungen mit Forderungen, die an deren Standards zu rütteln schienen: reklamierten Information und Partizipation für sich und forderten eine Demokratisierung auch in anderen Bereichen längst als »verkrustet« angesehener Strukturen.

Pflege Schwerst- oder Terminalkranker ebenfalls an institutionelle, doch gleichfalls an Kostengrenzen.

Sie stießen damit auf eine überraschend positive Resonanz. Mag es anfänglich Katastrophenangst und kurz darauf »liberales Erschrecken« (Rosenbrock 1992) angesichts der Gefahr erneuter Stigmatisierung und Diskriminierung von gesellschaftlichen Randgruppen gewesen sein - Aids mobilisierte jedenfalls eine bemerkenswert große Reformbereitschaft. So bestand sowohl auf politischer wie auch auf der Ebene der involvierten professionellen Akteure bald Konsens darüber, daß für die Betreuung von Aids-Patienten mehrdimensionale und ineinandergreifende Versorgungsstrukturen benötigt werden, die flexibel genug organisiert sind, um an die verlaufsspezifischen Besonderheiten der Krankheit angepaßt werden zu können, und die darüber hinaus der besonderen Situation der Patienten entsprechen. Solche Strukturen sind nicht nur für die Behandlung und Betreuung von Aids-Patienten, sondern bei allen chronischen Krankheiten mehr denn je gefragt (Strauss/Corbin 1988), sind aber angesichts der Insuffizienzen des hiesigen Versorgungssystems nur schwer realisierbar. Als gravierendste Defizite werden heute - wie die analytische Literatur zeigt - angesehen:

- die *Trennung* zwischen gesundheitlicher und sozialer Versorgung (Wirth 1982);
- die *Desintegration* von stationärer und ambulanter Versorgung, die jeweils insular arbeiten und nicht ineinandergreifen (ebenda; Trojan/Waller 1980). Auf seiten der in den einzelnen Segmenten tätigen Professionellen hat dies 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;
- die *mangelnde Durchlässigkeit* zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen, die einen lückenlosen Wechsel so gut wie ausgeschlossen macht und eine der zentralen Ursachen von Versorgungsdiskontinuitäten bzw. -brüchen darstellt;
- der *Organisations- und der Professionsseparatismus* (Freidson 1979, 1975; Illsley/Jamieson 1989), die ein Ineinandergreifen der Leistungen einzelner Berufe und der mit der Versorgung und Betreuung befaßten Instanzen unterminieren;
- die *Inflexibilität* (Riedmüller/Rodenstein 1989), die zur Folge hat, daß eine dem Krankheitsverlauf wie dem einzelnen Fall angemessene Versorgung kaum herstellbar ist (Garms-Homolová/Schaeffer 1989);
- die *Lückenhaftigkeit der Versorgung* insbesondere im Bereich ambulanter (psycho) sozialer und pflegerischer Hilfen. Der Mangel an teilstationären Einrichtungen (Tageskliniken, Wochenendkrankenhäusern etc.) hat ähnlichen Effekt; in der Regel muß das Krankenhaus die Lücken schließen;

- die unzureichenden *Finanzierungsmöglichkeiten* vieler Hilfen (Endbericht der Enquête-Kommission »Strukturreform der GKV« 1990, Endbericht der Aids-Enquête-Kommission 1990). So werden gerade für chronisch Kranke Hilfen (z. B. pflegerische und sozialpflegerische Dienste) notwendig, die aus finanziellen Gründen nicht oder nicht in dem notwendigen Ausmaß zugewiesen werden;
- die *Monopolstellung bzw. Dominanz der ärztlichen Profession* (Novak 1989; Freidson 1975) und verbunden damit die Minderbewertung der anderen an der Betreuung und Versorgung von Patienten beteiligten Berufsgruppen und ihres Problemzugangs sowie daraus entstehende Kooperationsprobleme;
- die Tendenz zur *Medikalisierung* und
- zur *Hospitalisierung*, die im Gegensatz zu manchen anderen europäischen Ländern zu einer unübersehbaren Ausweitung der stationären Versorgung geführt hat;
- die Ausrichtung des Gesundheitswesens auf *Akuterkrankungen* und damit auf kurzfristig zu heilende Erkrankungen. Bei Patienten mit einer der inzwischen dominierenden chronischen Erkrankung kann dadurch meist nur unter erheblichen Schwierigkeiten und unter Umgehung zahlreicher versorgungsstruktureller Engpässe eine quantitativ wie qualitativ hinreichend *umfassende* Versorgung realisiert werden;
- die *mangelnde Einbeziehung und Bewahrung natürlicher Hilfestrukturen* und bestehender sozialer Netze, die durch das professionelle Versorgungssystem zumeist geschwächt, oft sogar zerstört und nur selten konstruktiv und im Interesse des Patienten einbezogen werden (vgl. exemplarisch Wolff 1981; Gross u. a. 1989).

Sollte bei HIV und Aids eine adäquate und den Anforderungen der Krankheit entsprechende Versorgung und Betreuung gewährleistet sein, wurden daher vielfältige Anpassungsleistungen in quantitativer und vor allem in qualitativer Hinsicht erforderlich. Diese hatten sowohl den krankheitsspezifischen Anforderungen Rechnung zu tragen als auch punktuell für eine singuläre Krankheit Insuffizienzen und Schwachstellen der Gesundheitsversorgung zu überwinden. Erstaunlich rasch und flexibel reagierten Gesundheitswesen und Gesundheitspolitik auf diese Herausforderung. Wie aus kaum einem anderen Bereich der gesundheitlichen Versorgung zuvor bekannt, wurden innerhalb kürzester Zeit neue Versorgungs- und Betreuungsstrukturen geschaffen², mit

² Explizit möchten wir das größte und bedeutsamste der in diesem Zusammenhang entstandenen Programme erwähnen, das 1986 verabschiedete »Sofortprogramm der Bundesregierung zur Bekämpfung der Immunschwächekrankheit Aids«. Es beinhaltet unter anderem 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 »Psychosoziale Beratungsmaßnahmen in Zusammenhang mit Aids« (Durchführung von psychosozialer Begleitung), »Streetwork« (Durch-

denen versucht wurde, dem bis dahin unbekanntem Gesundheitsrisiko zu begegnen und eine krankheitsangemessene Versorgung zu ermöglichen. Ihr Ziel besteht darin, eine integrierte und lückenlose Versorgung und Betreuung von HIV- und Aids-Patienten zu gewährleisten und damit sowohl spezifischen wie auch unspezifischen Betreuungs- und Versorgungserfordernissen, die sich bei allen chronischen Krankheiten gleichermaßen stellen, zu begegnen. Intendiert wurde:

- *spezialisierte* Betreuungsangebote im medizinischen und vor allem im psychosozialen und im pflegerischen Bereich zu etablieren und dabei neue Modelle zu erproben (im Bereich medizinischer Betreuung sind hier beispielsweise die Ambulanzen oder Tageskliniken zu erwähnen);
- durch besondere Bemühungen um die *Diffundierung aidsspezifischen Wissens* dafür Sorge zu tragen, daß auch nicht-spezialisierte Hilfeangebote in die Betreuung involviert und Ausgrenzungstendenzen vermieden werden;
- *flexible Übergänge* sowohl zwischen den einzelnen mit der Versorgung und Betreuung befaßten Institutionen als auch zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen zu organisieren;
- durch besondere Maßnahmen (und neue Formen der berufs- und institutionsübergreifenden Kooperation und Koordination) die Leistungen der unterschiedlichen Versorgungsbereiche bzw. der unterschiedlichen beteiligten Helferguppen zu verknüpfen und ein *Ineinandergreifen* der Leistungen der an der Versorgungsgestaltung beteiligten Berufe zu ermöglichen;
- *Selbsthilfe und soziale Netzwerke* zu unterstützen und einzubeziehen, um auf diese Weise Versorgungsstrukturen zu schaffen, die natürliche Hilfpotentiale stärken;
- Gewicht darauf zu legen, daß die Krankenversorgung *autonomiebewahrenden Charakter* aufweist und die Eigenkompetenz der Patienten so weit als möglich gefördert bzw. so lange wie möglich erhalten wird. Daraus erwachsen nicht nur Konsequenzen hinsichtlich der Binnenstrukturierung der einzelnen Versorgungsangebote; Vermeidung von De-Autonomisierung bedeutet auch der Tatsache Rechnung zu tragen, daß

führung 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 aids-erkrankten Kindern und ihren Eltern) und »Frauen und Aids« (zielgruppenspezifisches Angebot zur Begleitung von Frauen mit HIV-Symptomen). Modellhaft und zum Sofortprogramm gehörig sind auch die zusätzliche Personalausstattung der sogenannten Aids-Schwerpunktkrankenhäuser, 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.

selbst bei einer so schwerwiegenden Krankheit wie Aids die häusliche Umgebung der Patienten der eigentliche Ort der Krankheitsbewältigung sein sollte. Deshalb sollte der *ambulanten Versorgung* *Priorität vor der stationären* eingeräumt werden;

- besondere Maßnahmen zu ergreifen, um die *ambulante Versorgung* in organisatorischer und inhaltlicher Hinsicht auf die speziellen Aufgaben der *Aids-Krankenversorgung vorzubereiten*, sei es durch Ausbau ambulanter Betreuungsangebote oder durch besondere Maßnahmen des Wissenstransfers aidsspezifischer Fachkenntnisse aus dem klinischen Bereich in die ambulante Versorgung.

Kontrastiert man die aufgelisteten Ziele mit den zuvor erwähnten Mängeln des hiesigen Gesundheitswesens, so wird deutlich, daß die neuen Versorgungsstrukturen sowohl mit Blick auf die Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung als auch auf das Versorgungssystem Modellcharakter haben, denn sie sind samt und sonders um dessen Schwachstellen angesiedelt. Wenn aus heutiger Sicht festgestellt wird, daß »Aids die Strukturen der Krankenversorgung in Bewegung gebracht hat« (Rosenbrock 1992), so zeigt dieses einmal mehr, daß mit den neuen Versorgungsstrukturen nicht einzig eine der Spezifik einer singulären Krankheit entsprechende Betreuung realisiert, sondern zugleich ein *Experimentierfeld für versorgungsstrukturelle Innovationen* geschaffen wurde. Genau hier liegt der Ausgangspunkt der vorliegenden Untersuchung. Sie hat sich zum Ziel gesetzt, diese neuen Strukturen unter drei Gesichtspunkten zu untersuchen:

1. Gewährleisten sie eine der Spezifik der Krankheit und des Krankheitsverlaufs entsprechende, genügend umfassende und - vor allem - lückenlose Versorgung?
2. Sind die existenten Mängel und Engpässe des Versorgungssystems in diesem Bereich der Krankenversorgung überwunden worden?
3. Welche Erfahrungen wurden dabei gewonnen, und wie können diese für die Überwindung der Grenzen und Versorgungsmängel bei anderen chronischen Erkrankungen genutzt werden (Kühn 1989)?

1.2 Theoretische Annäherung an den Gegenstand

Zwei Konzepte dienen uns dazu, diese Fragen zu untersuchen, das Konzept des »*Versorgungspfads*« und das der »*Versorgungsintegration*«.

1.2.1 Versorgungspfad

Der Frage, ob durch die neuen Strukturen im Bereich der Aids-Krankenversorgung eine umfassende und lückenlose Versorgung von Aids-Patienten ermöglicht wird, nähern wir uns dadurch, daß wir - ausgehend von den krankheits- und lebenslagenspezifischen

Anforderungen - beabsichtigen, die Wege der Patienten durch das Versorgungssystem und die versorgenden Einrichtungen nachvollziehbar zu machen: Wie gestaltet sich der Zugang zu den verschiedenen mit der Behandlung und Betreuung von HIV- und Aids-Patienten befaßten Instanzen und Angeboten? Wie sind diese intern organisiert, d. h. wie ist der Pfad in die jeweilige Einrichtung hinein und hindurch beschaffen (entry-exit)? Wie gestaltet sich der Übergang von einem Dienst bzw. Versorgungsbereich in den anderen, wie der von eindimensionaler zu mehrdimensionaler Hilfe? Welche Lücken zeichnen sich ab, welche Engpässe und Hindernisse kennzeichnen den Weg durch die versorgenden Instanzen und wie können sie passiert werden? Und schließlich: Erlauben die bereitgestellten Versorgungsmöglichkeiten eine integrierte krankheitsangemessene Versorgung?

Dieses sind einige der sich uns stellenden Fragen. Bevor wir erläutern, wie wir sie zu analysieren beabsichtigen, erscheint es uns notwendig, zwei mögliche Mißverständnisse auszuräumen.

Wir nähern uns diesen Fragen nicht, indem wir die »Nutzung« untersuchen, und wollen damit andeuten, daß Begriffe wie »Inanspruchnahme« und »Versorgungsnutzung« der aufgeworfenen Fragestellung nicht hinreichend gerecht werden können. Beide Begriffe begreifen den Nutzer als aktiv handelnden Akteur (Wirth 1982) und vernachlässigen damit den steuernden Einfluß anderer Akteure, insbesondere den der Professionellen. Angesichts der gesellschaftlichen Verfaßtheit von Gesundheit und Krankheit und des damit verbundenen Rollengefüges (Parsons 1965) ist davon auszugehen, daß sehr viel mehr als die Patienten die Professionellen die Wege durch das Gesundheitswesen und den Verlauf der Versorgung steuern. Sie sind formal befugt, weitergehende Betreuungs- und Versorgungsmaßnahmen zuzuweisen und somit den Weg zu einzelnen Diensten und Versorgungseinrichtungen zu öffnen bzw. zu verschließen, und stellen aufgrund ihrer Zuweisungs- und Entscheidungsbefugnis wichtige »gate keeper« dar. Dagegen ist der Handlungsspielraum des »Nutzers« aufgrund seines Status als Kranker bzw. Patient eingeschränkt. Als solcher ist er nicht kompetenter Akteur seiner Situation (denn er befindet sich in einer Notsituation, die er mit den ihm zur Verfügung stehenden Mittel nicht lösen kann) und hat sein Geschick - zieht er professionelle Hilfe zu Rate - gesellschaftlich legitimerweise an Stellvertreter delegiert, die die von ihm autonom nicht bewältigbaren Probleme mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln ausdeuten und regulieren. Dieses betrifft nicht nur die Behandlung seiner Gesundheitsstörungen, sondern auch die Steuerung seines Weges durch die versorgenden Einrichtungen. Entscheidend

sind es somit die Professionellen, die die Betreuung gestalten und den Verlauf der Versorgung und Betreuung lenken, und das erklärt, warum wir uns vornehmlich ihren Handlungspraktiken widmen und diesen so große Aufmerksamkeit schenken.

Untersuchen wir hier also die »Wege der Patienten«, so ist damit folglich weder das Nutzerverhalten gemeint, noch ist - auch das möchten wir explizit betonen - eine Analyse der »Regelpfade«, d. h. die die Wege von Patienten steuernden vorgegebenen strukturellen (gesetzlichen und finanziellen) Regulativen intendiert. Vielmehr interessiert uns das reale, empirische Handeln der Repräsentanten des Versorgungssystems und die Frage, welche Pfade sie durch das Versorgungssystem ebnen und ob diese den Versorgungs- und Betreuungsanforderungen bei Aids-Erkrankten genügen.

Diese Fragen analysieren wir aus Perspektive der professionellen Akteure selbst wie auch aus der der Patienten. Somit nähern wir uns der aufgeworfenen Problematik von zwei Ebenen aus:

Auf der *Ebene der professionellen Akteure* interessiert uns, mit welchen Handlungskonzepten und -praktiken sie versuchen, den Anforderungen, die mit der Betreuung von Aids-Patienten an sie gestellt sind, zu entsprechen, wie sie die Betreuung faktisch organisieren und welche Wege durch das Gesundheitswesen sie dadurch konstruieren. Im einzelnen fragen wir:

- Wie gestalten sie die Betreuung, und welcher Handlungspraktiken bedienen sie sich bei der Steuerung der Versorgung(sverläufe) von Aids-Patienten?
- Welche Optionen eröffnen sich ihrer Ansicht nach durch die neuen Versorgungsstrukturen?
- Wie werden diese in das eigene Handeln einbezogen (welche Optionen werden genutzt, welche ausgeschlagen)?
- Welche Bereiche/Angebote werden als problematisch bzw. undurchlässig angesehen, welche Lösungsmöglichkeiten werden sozusagen als Umleitungen blockierter Pfade genutzt, welche Probleme bleiben nicht befriedigend lösbar?
- Wie leiten sie Patientenströme, d. h. welche Muster des »people processing« werden angestrebt, und welche sind faktisch realisierbar, bzw. welche werden ausgeübt?
- Welche Wege bahnen die Professionellen damit durch das Versorgungssystem, und mit welchen Konsequenzen sind diese für die Patienten behaftet?

Auf der *Ebene der Patienten* fragen wir, wie sich die Aids-Krankenversorgung und die hier erprobten Innovationen aus der Nutzerperspektive ausnehmen. Wir rekonstruieren

zunächst den Ablauf der Betreuung und analysieren dann, wie sich die Betreuungspraktiken einzelner Dienste und Berufe aus der Sicht der Patienten darstellen und ob die von den Professionellen geebneten Versorgungspfade mit ihrem Relevanzsystem, d. h. den von ihnen definierten Betreuungsanforderungen und Wünschen korrespondieren. Gewissermaßen evaluieren wir damit die bereitgestellten Versorgungsmöglichkeiten und insbesondere die Innovationen aus der Sicht der Patienten. Dieser Untersuchungsschritt ist derzeit noch nicht abgeschlossen. Im vorliegenden Zwischenbericht konzentrieren wir uns folglich auf die Ebene der professionellen Akteure.

1.2.2 Versorgungsintegration

Wenn wir von »Versorgungsintegration« sprechen, haben wir das Modell der kontinuierlichen Versorgung (WHO 1981) im Blick - eine Versorgung, die aus einem Kontinuum aufeinander abgestimmter Maßnahmen besteht, in der medizinische, finanzielle, soziale, psychosoziale und pflegerische Hilfen so ineinandergreifen, wie es als adäquate Antwort auf die Problematik des jeweiligen Einzelfalls und die Verlaufsdynamik der Krankheit notwendig ist.

Deren Realisierung aber kollidiert, wie gezeigt wurde, mit systemstrukturellen Gegebenheiten. Gleichwohl konzentrieren sich die Innovationsbemühungen im Bereich der Aids-Krankenversorgung auf die Herstellung von Betreuungs- und Versorgungsintegrität - und dieses sowohl hinsichtlich der Binnenstrukturierung einzelner Angebote wie auch in bezug auf ihre Einbindung in das Netz versorgender Instanzen. Für die professionellen Akteure geht das mit vielfältigen Konsequenzen einher. Sie können ihre Aufmerksamkeit nicht mehr einzig auf jenen Teilbereich, den sie professionell bearbeiten, bzw. auf jenes Segment, in dem sie tätig sind, begrenzen, sondern müssen der Verknüpfung mit anderen Berufen, Diensten/Instanzen und Versorgungsbereichen mehr Beachtung als üblich schenken. Ähnlich weitreichend sind auch die Anforderungen an ihr kooperatives und kommunikatives Handeln. Die Herstellung einer integrierten Betreuung von Aids-Patienten impliziert, engmaschigere berufs- wie auch institutionsübergreifende Kooperationsmodi zu etablieren und reibungslose Kommunikationswege zu schaffen.

Wenn wir also untersuchen, in welcher Weise die professionellen Akteure versuchen, der Leitmaxime »Versorgungsintegration« gerecht zu werden, gilt unsere Aufmerksamkeit deshalb vor allem der Frage, mit welchen (neuen) Formen der Kooperation und Kommunikation die professionellen Akteure auf die an sie gestellten Anforderungen reagieren, welche Erfahrungen mit diesen gesammelt wurden und wie deren Tragfähig-

keit einzuschätzen ist. Darüber hinaus interessiert uns, mit welchen anderen Strategien und Konzepten sie versuchen, die ihnen im Interesse einer umfassenden krankheitsangemessenen Betreuung von Aids-Patienten abverlangten Integrationsanforderungen zu bewältigen und auf welche Widerstände quer zur gängigen Alltagspraxis liegende Bemühungen stoßen. Im einzelnen fragen wir:

- Welche Anstrengungen werden nach innen wie nach außen unternommen, um eine kontinuierliche und ineinandergreifende Versorgung von Aids-Patienten zu gewährleisten: Wie werden die Leistungen der unterschiedlichen mit der Betreuung befaßten Berufe institutionsintern verzahnt, wie wird der Dienst oder die Institution in das Netz versorgender Instanzen eingebunden, wie werden die Übergänge von einem Dienst zum anderen, wie die an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung bzw. zwischen gesundheitlicher und sozialer Versorgung gestaltet?
- Welche Modifikation der Kooperation und Kommunikation implizieren diese Anstrengungen?
- Welche (neuen) Formen der Kooperation und Kommunikation lassen sich identifizieren? An welche Bedingungen sind sie gebunden? Welche Möglichkeiten eröffnen sie, auf welche Schwierigkeiten stoßen sie?
- Und generell: Welche Hindernisse stellen sich bei der Umsetzung integrierender und kontinuierlich sichernder Handlungsstrategien, und wie bewältigen die professionellen Akteure solche Hindernisse - unabhängig davon, ob sie Implementationsschwierigkeiten oder Strukturproblemen geschuldet sind?

Auch hier widmen wir uns zunächst den professionellen Akteuren selbst. In einem zweiten, derzeit nicht abgeschlossenen Untersuchungsschritt beabsichtigen wir, einen Perspektivwechsel vorzunehmen und die Analyse der Handlungspraxis der Professionellen mit der Sicht der Patienten zu kontrastieren.

1.3 Das Untersuchungsprogramm

Die Untersuchung konzentriert sich auf die Bereiche der Aids-Krankenversorgung, mit denen der Patient zwangsläufig im Verlauf seiner Krankheit konfrontiert wird und die - unter versorgungsstrukturellen Gesichtspunkten betrachtet - »Knotenpunkte« (Schaeffer 1986) im Versorgungssystem verkörpern, an denen wichtige Weichen für den weiteren Verlauf der Versorgung gestellt werden. Zugleich stellen sie zentrale Schnittstellen dar, an denen mehrere Dienste zusammenlaufen bzw. unterschiedliche Versorgungsbereiche aufeinanderstoßen. Wir untersuchen die Versorgung durch

- ambulant tätige Ärzte,
- stationäre bzw. teilstationäre Einrichtungen und
- ambulante Pflegeanbieter.

Dabei widmen wir uns vornehmlich solchen Einrichtungen und Diensten, die sich für die Betreuung von Aids-Patienten zuständig fühlen und dazu spezifische (mehr oder minder weitreichende) Anpassungsleistungen erbracht haben, die sie von der »Normalversorgung« unterscheiden.

Unter krankheitsspezifischen Gesichtspunkten betrachtet schließt diese Zugriffsweise ein, daß wir uns auf die Phase der Erkrankung konzentrieren, in der Krankheitssymptome manifest geworden sind und der Patient zwingend auf die Einrichtungen des Gesundheitswesens angewiesen ist. Anders gesagt: Mit den Problemen symptomloser HIV-Positiver befassen wir uns nicht explizit und daher auch nicht mit jenen Problemen, die mit der Mitteilung positiver Testergebnisse und dem Bedarf an psychosozialen Hilfen vor dem Ausbruch der Krankheit einhergehen. Die Untersuchung erfolgt in *zwei* Schritten:

Der *erste* Untersuchungsschritt ist auf der Ebene der *professionellen Akteure* angesiedelt und dient primär der Analyse der Praktiken der Versorgungssteuerung bei HIV- und Aids-Patienten und der durch die Professionellen geebneten Pfade durch das Versorgungssystem. Das methodische Instrumentarium bilden semistrukturierte Interviews. Dabei wird großer Wert darauf gelegt, der Entfaltung der Sichtweisen der Befragten großen Raum zu gewähren. Diese sprachlich verdichteten Ausführungen untersuchen wir als Ausdruck der impliziten Theorien, von denen sich die professionellen Akteure in ihrer alltäglichen Handlungspraxis leiten lassen. Dabei konzentrieren wir uns auf folgende Personengruppen:

- niedergelassene Ärzte;
- Krankenhausmitarbeiter, womit wir all jene Berufe meinen, die an Gestaltung der über das Krankenhaus hinausreichenden Versorgung der Patienten beteiligt sind: allen voran die Ärzte und Sozialdienstmitarbeiter, jedoch auch Pflegekräfte;
- Sozialstationsmitarbeiter, wobei auch hier die Datenerhebung nicht auf Krankenpflegekräfte beschränkt ist, sondern ebenfalls Sozialarbeiter und partiell auch Haushaltshilfen berücksichtigt.

Da die genannten Personengruppen unterschiedliche Teilbereiche des Versorgungssystems repräsentieren und unter sehr stark variierenden Kontextbedingungen tätig sind, erfolgt die Untersuchung nacheinander und gliedert sich somit in drei Teilschritte.

In einem *zweiten* Erhebungsschritt widmen wir uns der Ebene der *Patienten* und analysieren die Versorgung aus der Nutzerperspektive. Entlang den von den Professionellen gebahnten Versorgungspfaden samt ihren Verzweigungen werden fokussierte (also ebenfalls leitfadenorientierte) Interviews mit Patienten durchgeführt. Auch hier wird neben der Erfassung von Faktendaten (zur Rekonstruktion des Betreuungsverlaufs) der Entfaltung von Sichtweisen der Befragten breiter Raum eingeräumt, um auf diese Weise die Deutungen und das Erleben der erfahrenen Betreuungs- und Versorgungspraktiken erfassen sowie das erlebens- und handlungssteuernde Relevanzsystem der Patienten in Erfahrung bringen zu können.

1.4 Methodisches Vorgehen

Die hier gewählte methodische Vorgehensweise ist eine induktive, die sich wesentlich an das Verfahren der empirisch gesättigten Theoriebildung anlehnt (Glaser 1978; Glaser/Strauss 1967; Strauss 1987). Das bedeutet nicht, daß relevante theoretische Konzepte oder existierende empirische Erkenntnisse ignoriert werden. Sie bilden gewissermaßen den Ausgangspunkt der Analyse und determinieren auch die Aufmerksamkeitsrichtung bei der Interpretation des Datenmaterials. Im Vordergrund aber steht die Generierung theoretischer Erkenntnisse aus empirischen Tatbeständen. Eine Konsequenz dessen ist, daß der Forschungsprozeß durch ein sukzessives Hin- und Herbewegen zwischen der Analyse empirischer Phänomene und der Entwicklung theoretischer Aussagen gekennzeichnet ist. Datenerhebung und Auswertung verlaufen folglich parallel, aber nicht linear. Wir unterscheiden *drei* Phasen, in denen Erhebung und Auswertung jeweils unterschiedliche Gewichtungen hatten und unterschiedlichen Zielen folgten:

In der *ersten* Phase des Forschungsprozeß ging es vornehmlich um die *Annäherung an den Untersuchungsgegenstand*. Ausgehend von den Befunden der Vorstudie (Sommerfeld 1989) wurde erstes Datenmaterial erhoben, doch richtete sich das Hauptaugenmerk bei der Auswertung zunächst nicht unmittelbar auf die Ergebnisproduktion, sondern auf die Erfassung der unterschiedlichen Dimensionen der aufgeworfenen Fragestellungen und des Untersuchungsfeldes, die Strukturierung der Vorgehensweise, die Konturierung der Erhebung, auf die Konkretisierung des Designs - die Schärfung der zu verfolgenden Aufmerksamkeitsrichtungen - und der verwendeten Begriffe sowie auf die Präzisierung des Untersuchungsinstrumentariums.

In der *zweiten* Phase folgte die eigentliche *empirische Untersuchung*. Forschungsstrategisch verfahren wir so, daß wir auf der Ebene der professionellen Akteure begannen und einzelne Teilbereiche der Aids-Krankenversorgung untersuchten, und zwar jene, denen innerhalb des Verlaufs der Krankheit zentrale Bedeutung zukommt (ambulante medizinische Versorgung, stationäre Versorgung, ambulante Pflege/soziale Dienste).

Die Untersuchungen dieser Teilbereiche erfolgten nacheinander. Es wurden jeweils eigene Ergebnisse (Theoriestücke) produziert, mit denen Teile der Fragestellung des Gesamtvorhabens beantwortet werden. Dementsprechend bedienten sich die einzelnen Untersuchungen jeweils eigener Schritte der Datenerhebung und -auswertung. Immer aber erfolgte die Datenerhebung so, daß die Variationsbreite und -tiefe des zu untersuchenden Teilbereichs der Aids-Krankenversorgung erfaßt werden konnte. Um das zu gewährleisten, gingen wir kontrastierend vor, d. h. wechselten zwischen Erhebung und Auswertung von ergänzendem und jeweils kontrastierendem Datenmaterial hin und her. Auf diese Weise wurde umfassendes (gleichermaßen homogenes wie heterogenes) Datenmaterial erhoben, so daß die Erkenntnisse von den unterschiedlichsten Seiten aus abgedichtet werden konnten. Gleichzeitig waren die Untersuchungen miteinander verknüpft, und dieses in methodischer wie in inhaltlicher Hinsicht. Denn die auf Basis der empirischen Analyse eines Teilbereichs gewonnenen Erkenntnisse wurden in den folgenden Untersuchungen durch Kontrastierung mit den bereits gewonnenen Erkenntnissen ergänzt und verdichtet.

Anschließend begannen wir mit der Patientenerhebung. Sie erfolgte in Korrespondenz zur Erhebung auf der Ebene der professionellen Akteure.

Die Auswertungsarbeit konzentrierte sich in dieser Phase auf zweierlei: Zum einen wurde sie auch in dieser Phase noch zur Systematisierung und Steuerung der Datenerhebung verwendet. Sie diente der Suche danach, welche weiteren Bereiche in die Erhebung einbezogen werden müssen, um das Datenmaterial zu komplettieren und die Vorgehensweise der noch durchzuführenden Untersuchungen zu präzisieren. Gleichzeitig aber wurden in dieser Phase auf der Basis des erhobenen Materials bereits integrierte Hypothesensets entwickelt und erste Theoriestücke erarbeitet, mit denen einzelne Untersuchungen bereits vorläufig abgeschlossen und Teile der Fragestellung der Studie beantwortet wurden.

Die *dritte Phase* ist zeitlich nachgeordnet und dient vorrangig der *Generalisierung und der Zusammenführung der Ergebnisse*. Die entwickelten Hypothesensets bzw. Theoriestücke werden nun systematischen Fasifikationstests und einer nochmaligen Verdichtung am Datenmaterial unterzogen. Danach werden die einzelnen, zwar verwoben, aber dennoch unabhängig voneinander erarbeiteten Theoriestücke zueinander in Bezug gesetzt und integriert.

Diese Phase steht also vornehmlich im Zeichen der Auswertung (bzw. eines bestimmten Auswertungsschritts: der Generalisierung). Daten werden lediglich noch sporadisch erhoben und wenn, dann nur, um die entwickelten theoretischen Aussagen zu sättigen.

1.5 Die Datensammlung

Im folgenden Abschnitt stellen wir exemplarisch an den Bereichen »Versorgung durch den niedergelassenen Arzt« und »stationäre Betreuung« die Vorgehensweise der Untersuchung und insbesondere die Praxis der Datensammlung dar.

Zu Beginn der empirischen Erhebung haben wir uns zunächst der ambulanten medizinischen Versorgung zugewandt und damit der Frage, wie niedergelassene Ärzte die mit der Behandlung von Aids-Patienten auf sie zukommenden Anforderungen praxisorganisatorisch bewältigen, wie sie die ihnen formal zustehende Distributions- und Zuweisungsfunktion wahrnehmen und mit wem sie in welcher Weise kooperieren, um eine kontinuierliche Versorgung dieser Patienten zu ermöglichen. Begonnen haben wir mit der Befragung eines niedergelassenen Arztes, bei dem Aids-Patienten die Majorität der Patienten ausmachen und der sich auf die Behandlung von Aids-Patienten spezialisiert hat. Wir haben uns dann einem komplementären Fall zugewandt (also ebenfalls einem auf Aids-Behandlung spezialisierten Arzt), um zunächst einen Minimalvergleich vornehmen zu können und dann einem konträren (Maximalvergleich). Als Kontrastfall befragten wir einen Arzt, der mehr oder minder zufällig Aids-Patienten zu seiner Klientel zählt. Danach suchten wir wiederum einen komplementären Fall (Arzt mit wenigen Aids-Patienten) und hielten dann als Kontrastfall nach Ärzten Ausschau, die relativ viele Aids-Patienten zu ihrer Klientel zählen, aber nicht als Aids behandelnde Ärzte bekannt werden möchten. Ebenso wechselten wir hinsichtlich der unterschiedlichen Patientengruppen, befragten Ärzte, deren Praxen als Schwulenpraxen bekannt sind, wechselten von dort zu Drogenpraxen und von dort wiederum zu Mischformen etc. Darüber hinaus wechselten wir auch hinsichtlich der Wahl der Kooperationspartner, befragten Ärzte, die beispielsweise nur mit spezialisierten Pflegeanbietern zusam-

menarbeiten, wenn es um die häusliche Versorgung geht, wie auch solche, die explizit mit Normalanbietern kooperieren.

Auf diese Weise versuchten wir sowohl Homogenität wie auch die für eine Verdichtung der Erkenntnisse erforderliche Variationsbreite zu gewährleisten. Als Selektionskriterien bei der Auswahl dienen uns sowohl empirische wie auch theoretische Kriterien. Denn im Sinn des »theoretical sampling« orientiert sich die Auswahl der Probanden an den Gegebenheiten des Feldes, doch gleichermaßen am jeweiligen Stand der Theoriebildung. Das bedeutet, daß die im Zuge der Auswertung zu Tage tretenden Befunde und Erkenntnisse berücksichtigt werden und die Auswahl noch zu befragender »Fälle« zugleich der Suche nach kontrastierendem Material für die bereits erhobenen Hypothesen dient.

Diese zwischen minimal und maximal kontrastierenden Fällen wechselnde Vorgehensweise hat den Vorteil, daß nicht isolierte Handlungsstrategien erschlossen werden, sondern das gesamte Spektrum an Handlungsmöglichkeiten erfaßt wird. Das erhobene Datenmaterial beinhaltet darüber hinaus umfassende Informationen über die verschiedenen Dimensionen der Funktions- und Arbeitsweise in diesem Teilbereich der Versorgung und erlaubt somit, sie als Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie zwischen ein- und mehrdimensionaler Hilfe zu untersuchen.

Die Auswertung konzentrierte sich bei diesem Datenmaterial darauf, Typen zu bilden. Gemeint ist allerdings keine quantifizierende Typenbildung, sondern vielmehr eine, die auf qualitative Merkmale abhebt. Uns interessierte, charakteristische Formen der praxisorganisatorischen und kooperativen Bewältigung der mit der Behandlung von Aids-Patienten verbundenen Anforderungen zu identifizieren und festzustellen, welche Implikationen diese für den Weg durch die versorgenden Instanzen enthalten. Dazu haben wir das Datenmaterial zunächst transkribiert, die verschriftlichten Texte dann sequenziert und anschließend in Anlehnung an das von Strauss (1987) beschriebene Verfahren analysiert. Das auf diese Weise erarbeitete Hypothesenset bzw. Theoriestück wird im vorliegenden Bericht vorgestellt (siehe Kapitel 2).

Bei der Untersuchung der stationären Versorgung war unsere Vorgehensweise eine andere. Die stationäre Betreuung von Aids-Patienten obliegt in Berlin im wesentlichen drei Krankenhäusern. Die oben dargestellte Verfahrensweise war von daher von vornherein ausgeschlossen bzw. nur eingeschränkt möglich. Den daraus erwachsenen Pro-

blemen versuchten wir auf zweierlei Arten Rechnung zu tragen. Zum einen führten wir eine Zusatzerhebung (also eine ursprünglich nicht geplante Ergänzungserhebung) durch und suchten in anderen mit Berlin vergleichbaren Regionen (München und Frankfurt/Main) nach Kontrastfällen. Zum anderen versuchten wir, hinreichend dichtes Datenmaterial zu erheben, indem wir die einzelne Einrichtung sehr viel weiter- und tiefgreifender untersuchten. Wir begannen unsere Befragung hier mit einem Aids behandelnden Arzt (weil die Ärzte die ranghöchste Position im Krankenhaus einnehmen) und wechselten dann zunächst in der Hierarchie der Ärzte hin und her. In einem weiteren Schritt wiederum wechselten wir zwischen ihnen und den anderen in die Betreuung von Aids-Patienten involvierten Helfergruppen: den Pflegekräften, Sozialdienstmitarbeitern, Seelsorgern und informellen Helfern. In einem der Krankenhäuser führten wir außerdem eine einwöchige teilnehmende Beobachtung durch, um die krankenhausernen Funktions- und Ablaufstrukturen eingehender untersuchen zu können.

Auch die Auswertungsarbeit an diesem Teil des Materials war eine andere, unterscheidet sich zwar nicht hinsichtlich der verwendeten Auswertungsschritte (schließt also ebenfalls Transkription, Datenaufbereitung und Sequenzierung sowie Textanalyse ein), wohl aber bezüglich der verfolgten Strategie. Denn die drei Krankenhäuser, die in Berlin die stationäre Versorgung garantieren, repräsentieren unterschiedliche Modelle (oder anders gesagt: Typen von Bewältigung der an sie gestellten Anforderungen) - und zwar sowohl mit Blick auf die interne Organisation der Behandlung und Betreuung, die hier aber als tendenziell nebenrangig erachtet wird, als auch und vor allem bezüglich der Wahrnehmung ihrer Funktion als Knotenpunkt der Versorgung (also auch der Art und Weise, wie Patientenströme kanalisiert und gefiltert werden) und als Schnittstelle zur ambulanten Versorgung. Deshalb wählten wir eine andere Auswertungsstrategie. Wir strebten zunächst an, die den drei Einrichtungen unterliegende Modellstruktur idealtypisch zu konturieren (also ihre Typik im oben entwickelten Sinn zu charakterisieren) sowie ihre versorgungsstrukturellen Implikationen bloßzulegen und dann zu fragen, wie sie realisiert wurde, welche Probleme dabei auftreten und welche Konsequenzen daraus für die Versorgungsverläufe von Aids-Patienten erwachsen. Dazu nahmen wir Fallstudien vor (siehe Kapitel 3) die wir anschließend kurz skizzieren.

1.6 Stand der Untersuchung

Derzeit befinden wir uns in der zweiten Phase des Forschungsprozesses. Die Durchführung der Untersuchung auf der *Ebene der professionellen Akteure* ist bereits so weit vorangeschritten, daß Erhebung, Datenaufbereitung wie auch die Auswertung der drei

Teilbereiche nahezu begonnen werden. Die Analyse der ambulanten medizinischen und der stationären Versorgung sind bereits beendet, und die Auswertungsarbeit der Versorgung durch ambulante Pflegeanbieter kann voraussichtlich in den nächsten Wochen abgeschlossen werden. Durchgeführt wurden hier insgesamt 72 Interviews, die sich folgendermaßen verteilen (Stand 29. 2. 1992):

- 15 Interviews mit ambulant tätigen Ärzten;
- 28 Interviews mit Krankenhausmitarbeitern;
- 14 Interviews mit ambulanten Pflegeeinrichtungen, wobei es sich hier in der Mehrzahl um Gruppeninterviews handelt, so daß die Zahl der befragten Personen höher ist als die der Interviews;
- 9 Interviews mit Vertretern sozialer Dienste;
- 6 Interviews mit Vertretern von Selbsthilfeorganisationen.

Die genaue Aufteilung der durchgeführten Interviews ist der Anlage 1 zu entnehmen. Auf der *Ebene der Patienten* wurden bislang 18 Interviews durchgeführt. Diese Erhebung wird derzeit fortgesetzt, wobei die Zahl der noch durchzuführenden Interviews geringer sein wird als ursprünglich geplant. Die Arbeit an diesem Datenmaterial wird die Projektarbeit in der nächsten Zeit bestimmen.

An dieser Stelle wird sichtbar, daß das ursprüngliche Erhebungsprogramm - wie es im Projektantrag dargelegt ist - den Gegebenheiten des Feldes angepaßt wurde. Während die Untersuchung und damit auch die Erhebung auf der Ebene der professionellen Akteure erheblich ausgeweitet werden mußte, wird die Anzahl der Patienteninterviews reduziert. Bald nach Beginn der Untersuchung des ersten Teilbereichs, der Versorgung durch ambulante medizinische Maßnahmen, stellte sich heraus, daß das Aids-Patienten in Berlin zur Verfügung stehende Versorgungsangebot breiter und sehr viel differenzierter bzw. »verzweigter« ist als ursprünglich angenommen. Um ausreichendes Datenmaterial zu erhalten, d. h. die Variationsbreite des zu untersuchenden Gegenstands zu erfassen, aber auch um Generalisierbarkeit zu ermöglichen, mußten daher sehr viel mehr Interviews durchgeführt werden als anfangs geplant. Nicht nur erwies es sich als erforderlich, die Zahl der in Berlin zu führenden Interviews zu erhöhen (sie wurde verdoppelt), sondern auch eine Zusatzerhebung in zwei anderen Zentren der Prävalenz, in München und Frankfurt/Main, durchzuführen. Sie diene vor allem der Erhebung von kontrastierendem Datenmaterial und zur Absicherung der Generalisierungsfähigkeit der erhobenen Befunde. Außerdem wurde in einem der untersuchten Krankenhäuser eine einwöchige teilnehmende Beobachtung durchgeführt.

Andere Modifikationen betreffen die Erhebung auf der Patientenebene. Hier mußte vom Verfahren der Dokumentenanalyse abgesehen werden. Der Grund dafür besteht in der Unbrauchbarkeit des Verfahrens für dieses Vorhaben: Die verfügbaren und zudem nur schwer zugänglichen Dokumente (Arztbriefe, Krankenakten) sind in zu hohem Maße kodiert und für die Beantwortung der Fragestellung zu wenig informativ und daher insgesamt wenig aufschlußreich.

Eine zweite Modifikation betrifft die Anzahl der Patienteninterviews. Ihre Zahl wurde verringert. Obschon der Zugang zu den unterschiedlichen Gruppen von Aids-Patienten sorgfältig vorbereitet wurde, ist die faktische Zugänglichkeit schlecht und in jedem Fall sehr viel schwieriger als bei anderen Patientengruppen (etwa bei onkologischen oder bei hochbetagten Patienten). Die Patienten hegen zwar keine grundsätzlichen Aversionen gegen die Teilnahme an Forschungsvorhaben, wägen aber angesichts der wenigen ihnen noch verbleibenden Lebenszeit sehr sorgfältig ab, wofür sie ihre Zeit »opfern« und wofür nicht. Haben sie zunächst ihre Bereitschaft zur Teilnahme erklärt, ist nicht eben selten, daß sie sie kurz darauf doch zurückziehen. Hinzu kommt ein zweites Moment: Aufgrund der Wechselhaftigkeit des Krankheitsverlaufs können vereinbarte Verabredungen sehr häufig nicht eingehalten werden. Vor allem in den Spätstadien der Erkrankung entwickelt sich meist eine Dynamik, die eine Befragung sehr schwierig und zeitaufwendig macht. Kommt sie dennoch zustande, sind die Patienten oft so schwer erkrankt, daß ein Interview, das zudem die Qualität ihres derzeitigen Daseins berührt, rasch an die Grenzen der Belastbarkeit stößt. Dann müssen Angehörige oder Freunde hinzugezogen bzw. »ersatzbefragt« werden, um die notwendigen Informationen zu erhalten. Auch das erweist sich als sehr zeitaufwendig. Deshalb wurde die Erhebung auf der Patientenebene reduziert und strikt auf die zwingend zu erfragenden Begebenheiten begrenzt.

Das *Arbeitsprogramm für die nächste Phase* der Projektarbeit stellt sich demzufolge folgendermaßen dar:

- Auswertung der Versorgung durch ambulante Pflegeeinrichtungen
- Beendigung der Patientenerhebung
- Auswertung der Patientenerhebung
- Konstrastierung der erarbeiteten Hypothesensets und Theoriestücke der einzelnen Untersuchungsschritte
- Zusammenführung der Ergebnisse.

2. Versorgung und Betreuung von HIV- und Aids-Patienten durch niedergelassene Ärzte

Im Bereich der Aids-Krankenversorgung bestand von vornherein Konsens darüber, daß die Versorgung von Menschen mit HIV und Aids soweit wie möglich dem ambulanten Gesundheitswesen vorbehalten sein sollte. Ebenso wurde von Beginn an das Ziel verfolgt, die ambulante ärztliche Betreuung um versorgungsorganisatorische Aufgaben zu erweitern (Endbericht der Aids-Enquête-Kommission 1990).

Auf den ersten Blick mag das wenig ungewöhnlich erscheinen, denn formal betrachtet gehören solche Funktionen zum Aufgabenfeld niedergelassener Ärzte. Betrachtet man allein die gesetzlichen Bestimmungen, so zeigt sich, daß der niedergelassene Arzt nicht nur Anlaufstelle bei behandlungsbedürftigen Gesundheitsstörungen sein soll, sondern daß ihm auch zahlreiche Aufgaben der Versorgungssteuerung zu übertragen sind. Er ist derjenige, der zu Fachärzten überweist, Krankenhausbehandlungen, häusliche Krankenpflege/Hauspflege verordnet, flankierende Dienste wie hauswirtschaftliche Versorgung hinzuzieht etc. Diese ihm formal zustehenden Zuweisungs und Distributionsfunktionen, die nicht nur für Aids-, sondern für alle chronisch Kranken von enormer Bedeutung sind, machen den niedergelassenen Arzt faktisch zum wichtigen »gate keeper« auf dem Weg durch die versorgenden Einrichtungen und zu einer wesentlichen Instanz für die Versorgungssteuerung und -integration. Vorliegende empirische Befunde zeigen allerdings, daß die niedergelassenen Ärzte diese Funktionen im allgemeinen nur unzureichend wahrnehmen. Daß sie die Stelle sind, bei der unterschiedliche Versorgungsanstrengungen zusammenlaufen und von der aus ein integrierendes und kontinuierlich sicherndes Management erfolgen könnte - diese Sicht ist hierzulande bislang noch ebenso unüblich wie die, daß Versorgungsmanagement ein wichtiges Aufgabenfeld niedergelassener Ärzte darstellt.

So gesehen kommt der in der Aids-Krankenversorgung verfolgten Intention, die niedergelassenen Ärzte explizit zur Übernahme solcher Aufgaben zu verpflichten und sie darüber hinaus zu motivieren, die Integration der verschiedenen erbrachten Versorgungsanstrengungen sicherzustellen und damit zur Herstellung einer kontinuierlichen Versorgung und Betreuung ihrer Patienten beizutragen, sehr wohl Innovationsfunktion zu. Vermutlich sind hier daher generell für die Gesundheitsversorgung interessante Hinweise zu finden. Diese herauszuarbeiten, auf ihre Tragfähigkeit zu überprüfen

und dabei auch die sich ihnen entgegenstellenden Hemmnisse aufzuzeigen, ist Anliegen dieses Kapitels.

Unsere Vorgehensweise wird folgendermaßen aussehen: Zunächst fragen wir, was HIV- und Aids-Patienten aus der Sicht niedergelassener Ärzte auszeichnet, wodurch sie sich von anderen Patienten unterscheiden und welche Anforderungen sie an das Handeln des niedergelassenen Arztes und das Management seiner Praxis stellen. In einem zweiten Schritt analysieren wir, wie diese Anforderungen praxisorganisatorisch und kooperativ bewältigt werden. Dann wechseln wir die Perspektive und bilanzieren, was das für die Patienten und für ihren Weg durch die versorgenden Instanzen bedeutet.

2.1 Aids-Patienten in der Praxis des niedergelassenen Arztes

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

Hinzu gesellt sich ein weiteres Moment. Durch die medizinische und soziale Brisanz der Situation der Aids-Kranken (tödliche Krankheit, Sterben in jungem Alter etc.) sehen sich die Ärzte in besonderem Maße in ihrer »professionellen Schutzfunktion« (Parsons 1965) angesprochen, und diese nehmen sie bei Aids-Patienten offensichtlich in höherem Maße wahr als bei anderen Patienten. Zugleich tragen Aids-Patienten offenkundig sehr viel mehr persönliche und psychische Probleme an die Ärzte heran. Sie entwickeln - so wird betont - ähnlich wie Karzinompatienten, eine sehr enge und vertrauensvolle Beziehung zu ihrem Arzt, und diese »Interaktionsdichte« wird als weiteres positiv besetztes

Unterscheidungsmerkmal angeführt, weil sie den Ärzten ermöglicht, als »Arzt« und nicht nur als »Mediziner« oder »Reparateur« zu fungieren.

Allerdings sind all diese positiv besetzten Unterscheidungsmerkmale auch ausschlaggebend dafür, daß Aids-Patienten mit Blick auf das Praxismanagement gleichzeitig als »schwierige« Patienten bezeichnet werden. Denn sie sind behandlungs- wie betreuungsintensiv, zeitaufwendig wie kostengünstig, und ebenso sind sie aufgrund der hohen Interaktionsdichte und der Fülle an Problemen auch belastend.

2.1.1 Medizinische Behandlung und Betreuung

Beginnen wir mit dem Fachexpertentum. Grundsätzlich stellt die medizinische Behandlung von Aids-Patienten hohe Anforderungen an die niedergelassenen Ärzte. Das beginnt damit, daß sich die zu Aids gehörenden Krankheitsbilder von dem in internistischen Praxen ansonsten vorkommenden Krankheitsspektrum deutlich unterscheiden.

»Das sind alles Krankheiten, die außerhalb dessen liegen, was man als Internist gelernt hat, das ist früher nie vorgekommen. Auch ein guter Internist muß sich in diese Krankheit nochmal sehr speziell einarbeiten, und das macht man auch nicht an einem Nachmittag.« (A 7, 5/27-33)

Zudem sind die Symptome oft schwer einer bestimmten Erkrankung zuzuordnen und fordern ein hohes Maß an diagnostischen Kompetenzen. Darüber hinaus sind die Erscheinungsbilder der Krankheit so vielfältig wie bei kaum einer anderen Erkrankung. Ein Internist konstatiert:

»Nicht mal ich mit achtzig [HIV-Patienten] habe alle Krankheitsbilder schon gehabt.« (A 11, 4/20-21)

Mag die Vielfalt der Krankheitsbilder auf der einen Seite eine Herausforderung darstellen, so erschwert sie auf der anderen die Herausbildung von Handlungssicherheit und die Entwicklung von Handlungsrouinen. Auch die Ausbildung von gesichertem Erfahrungswissen, das neben systematischem und handlungspraktischem Wissen eine zentrale Grundlage professionellen Handelns darstellt, ist bei Aids sehr schwer. Hinzu kommt, daß das Wissen über Aids einer raschen Expansion unterliegt und sich Therapie-schemata für die einzelnen Erkrankungen sehr schnell ändern, so daß der Arzt nicht nur gezwungen ist, sich kontinuierlich durch eine wahre Flut neuer Erkenntnisse hindurchzuarbeiten, sondern auch seine Behandlungspraxis immer wieder dem neuesten Erkenntnisstand anpassen und sie unter Umständen sogar völlig umstellen muß. All dies verlangt ein hohes Maß an Flexibilität und auch - das darf nicht unterschätzt werden - an Kapazität.

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

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

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

Viele Ärzte versuchen deshalb, durch geschickte Praxisorganisation die Zahl der Hausbesuche so gering wie möglich zu halten, obschon dieses dem eigenen Anspruch zuwiderläuft. Doch wie auch immer die Lösungen aussehen, Hausbesuche werden als zwar notwendig, aber äußerst zeitaufwendig beurteilt.

Zu ähnlichen Konsequenzen führt auch ein anderes in diesem Zusammenhang wichtiges Phänomen. Einhellig betonen die Ärzte: Aids-Patienten »fordern einen viel mehr« (A 2, 14/8). Damit ist das hohe Patientenexpertentum von Aids-Patienten angesprochen. Sie sind informierter als andere Patientengruppen und haben ein größeres Selbstbewußtsein. Sehr viel mehr als andere Patienten beharren sie auch darauf, genau informiert zu

werden und nicht »Objekt« der Behandlung zu sein, sondern deren Verlauf mitsteuern und beeinflussen zu können. Für die Arzt-Patienten-Interaktion ist das folgenreich, denn der Arzt kann bei den meisten seiner Aids-Patienten Entscheidungen nicht mehr paternalistisch und stellvertretend für sie, sondern muß sie gemeinsam mit ihnen treffen. Er muß den Patienten gewissermaßen als Kooperationspartner betrachten - ein Interaktionsmodus, der mit der traditionellen Struktur der Arzt-Patienten-Beziehung kollidiert (Parsons 1965) und für den keine Vorbilder zur Verfügung stehen.

2.1.2 Psychosoziale Begleitung

Aids geht ebenfalls mit einem hohem psychosozialen Betreuungsbedarf einher, für den über weite Phasen des Krankheitsverlaufs der niedergelassene Arzt die Kontaktstelle ist. Dieser Bedarf reicht vom Wunsch nach Hilfestellung bei der Krankheitsverarbeitung, nach Unterstützung bei psychischen Problemen bis hin zu Hilfeersuchen bei der Regulation sozialer Notsituationen (z. B. Arbeits-, Obdachlosigkeit, finanzielle Probleme) etc.

Für die Ärzte bedeutet das, daß sie sich mit einer Vielzahl von Fragen befassen müssen, die im Rahmen ihres sonstigen Alltags eher marginalen Stellenwert haben oder leichter an andere Instanzen delegiert werden können. Zwar gibt es gerade im Aids-Bereich zahlreiche Beratungs- und Unterstützungsangebote, doch entlasten diese die Ärzte nur partiell. Das hat unterschiedliche Gründe. Zum einen fehlt es für einige Betroffenen an Angeboten. Zum anderen lehnen viele Patienten diese Angebote ab. Meist nutzen sie sie nur nach dem Erhalt des positiven Testbefunds und zu Beginn des Krankheitsverlaufs. Später wenden sie sich mit diesen Problemen an den behandelnden Arzt.

»Bei Frauen ist es am allerschlimmsten ... Wenn sie einmal [zu den Beratungsstellen] hingehen, dann muß man sich schon glücklich schätzen, aber die Problematik dieser Frauen ist von der Ausgangslage zu unterschiedlich, als daß sie sich mit denen irgendwie identifizieren könnten.« (A 6, 40/45-51)

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

2.1.3 Versorgungssteuerung

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

All diese Versorgungsanstrengungen bedürfen der Mitwirkung des niedergelassenen Arztes, denn er ist - so hatten wir eingangs betont - per Gesetz eine der wichtigsten zuweisenden Instanzen. Dabei ist es nicht nur die Vielzahl der benötigten Dienste und Maßnahmen, die das Versorgungsmanagement für ihn zu einer beträchtlichen Arbeit macht, sondern mehr noch die Tatsache, daß die Bereitstellung einer krankheitsangemessenen Versorgung von Aids-Patienten auf Strukturdefizite im Gesundheitswesen stößt. Allein geeignete Pflegeanbieter zu finden erweist sich oft als ein nahezu aussichtsloses Unterfangen. Aids-Patienten stellen diese - weil es sich um Schwerstkranke handelt, deren Betreuung mit den regulären Kostensätzen nicht zu gewährleisten ist (Garms-Homolová/Schaeffer 1992) - vor Kapazitäts- und Kostenprobleme und gehören deshalb bei den meisten Pflegeanbietern nicht eben zu den willkommenen Patienten. Ist dennoch eine Pflegeeinrichtung gefunden, so erweist sich die Aufrechterhaltung der Versorgung über kurz oder lang als nicht minder problematisch. Denn in der Regel werden Dienste länger und umfangreicher benötigt, als die gesetzlichen Regelungen es vorsehen. Verhandlungen mit den Kostenträgern, Gutachten, die Suche nach Sonderlösungen etc. gehören deshalb zum Alltag des Arztes, soll ein Verbleib in der häuslichen Umgebung sichergestellt werden.

Hier scheint durch, daß die Steuerung der Versorgungssituation von Aids-Patienten für den niedergelassenen Arzt eine sehr aufwendige, nicht eben motivationsfördernde und zudem wenig lukrative Aufgabe darstellt. Dennoch ist die Bereitschaft, an einer krankheitsangemessenen Versorgung gestaltend mitzuwirken, bei den Aids behandelnden Ärzten sehr groß. Versorgungsmanagement als Aufgabe des Arztes scheint im Vergleich zu anderen Bereichen nahezu selbstverständlich zu sein. Zu hören ist aber auch die Klage darüber, wie schwierig das für das Praxismanagement ist.

Ähnlich ist die Situation bei der Ausbildung krankheitsangemessener Kooperationsmodi. Gerade weil Aids eine gleichermaßen akute wie chronische Erkrankung ist, bedarf eine krankheitsangemessene und kontinuierliche Versorgung gut funktionierender und ineinandergreifender Kooperationsstrukturen, dieses sowohl mit der stationären Versorgung wie mit einer ganzen Reihe ambulanter Dienste. Solche Kooperationsstrukturen aufzubauen und funktionsfähig zu halten ist eine ebenfalls nicht einfache Aufgabe.

2.1.4 Kostenprobleme und Zeitaufwand

Schließlich ist zu betonen, daß Aids-Kranke kostenintensive Patienten sind. Ihre Behandlung und Betreuung läuft den Geboten eines rationellen Praxismanagements zuwider und entwickelt sich schnell zum ungünstigen Kostenfaktor. Die Gründe dafür sind zum Teil allgemeiner Natur. Einer der von uns befragten Ärzte bringt dieses drastisch auf den Punkt, wenn er sagt:

»... ich sag' Ihnen, es ist unwirtschaftlich, zuviel schwerkranke Patienten zu haben.« (A 11, 12/53-54)

Die Behandlung von Schwer- bzw. Schwerstkranken ist für niedergelassene Ärzte stets mit einer Vielzahl von Leistungen verbunden, die bei keinem Kostenträger geltend gemacht werden können. Nicht zuletzt zählen all die im Rahmen des Versorgungsmanagements anfallenden Aufgaben dazu, ebenso Koordinationen von Hilfeleistungen, Angehörigenkontakte etc. Gleichzeitig erfordern Schwerkranke ein höheres Maß an Betreuung, sei dieses in medizinischer oder psychosozialer Hinsicht. Und auch diese Leistungen stehen in disproportionalen Verhältnis zu dem, was abrechenbar ist.

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

»Bevor es Aids gab, lag ich mit dem Versorgungsdurchschnitt 50 Prozent unter dem Schnitt der Internisten ... Jetzt liege ich 400 Prozent über dem Durchschnitt.« (A 6, 14/40-46)

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

2.1.5 Psychische Belastung des Arztes

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

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

Damit ist ein grundsätzliches Problem der ärztlichen Profession angesprochen: die Schwierigkeit einer naturwissenschaftlich auf Heilerfolge ausgerichteten Medizin, sich mit unheilbaren Krankheiten zu konfrontieren und zu behandeln, ohne heilen zu können. Chronische, irreversible Krankheiten sind für die Medizin unangenehme »Störfaktoren«, unterminieren sie doch die Mentalität der Mächtigkeitsgier (Gross u. a. 1989), der sich diese verschrieben hat. Gerade das Sterben der meist jungen Patienten ist die spürbarste Gefährdung eines medizinischen Selbstverständnisses, das auf Kuration ausgerichtet ist. Dementsprechend groß sind Ohnmachtsgefühle und Verdrängungstendenzen, vor allem wenn Sterbebegleitungen häufiger werden.

Das Belastungspotential erhöht sich dadurch, daß viele der Aids behandelnden Ärzte zunächst mit Kranken konfrontiert waren, zu denen sie keine intensive Beziehung hatten. Vermehrt sterben nun aber Patienten, die sie schon jahrelang kennen, die sie vom positiven Testbefund, ersten Krankheitssymptomen bis zum Endstadium betreuen und zu denen eine persönliche Bindung entstanden ist. Den körperlichen und oftmals geistigen Verfall und das Sterben dieser nunmehr zweiten Generation von Patienten erleben zu müssen, empfinden die Ärzte als außerordentlich bedrückend.

Unsere Ausführungen dürften deutlich gemacht haben, daß die Behandlung von Aids-Patienten hohe Anforderungen an den niedergelassenen Arzt und ebenso an die Organisation seiner Praxis stellt. Wir fragen nun, mit welchen Praxismodellen die niedergelassenen Ärzte versuchen, diesen Anforderungen gerecht zu werden.¹

2.2 Vier Praxistypen

Im Laufe der letzten acht Jahre haben sich unterschiedliche Formen ambulanter ärztlicher Versorgung von Aids-Patienten mit jeweils eigenen Folgerungen für das Aufgabenprofil, das Praxismanagement, die Kooperation mit anderen Versorgungsinstanzen und die Interaktion mit den Patienten herausgebildet.² Daher richtet sich die folgende Typologie an diesen Kriterien aus. Wir konnten im wesentlichen vier Praxistypen identifizieren.

2.2.1 Die Aids-Schwerpunktpraxis

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

Die ersten Praxen dieser Art sind aus Praxen mit einem hohen Anteil an homosexuellen Patienten hervorgegangen, die sich bei gesundheitlichen Problemen, insbesondere sexuell übertragbaren Krankheiten (auch vor Aids), Ärzte gesucht hatten, von denen sie wußten, daß ihre sexuelle Orientierung und ihr Lebensstil nicht auf Ablehnung und Unverständnis stoßen (vgl. Bochow 1989, S. 31 ff.; Waldvogel/Seidl 1991, S. 357). Mehr oder weniger naturwüchsig entwickelten sich diese Praxen zu Aids-Praxen, wie folgender Textauszug verdeutlicht:

¹ Zwar beziehen sich unsere Ausführungen auf Datenmaterial, das wir in Berlin erhoben haben, doch zeigt unsere in München und Frankfurt durchgeführte Ergänzungserhebung, daß die von uns identifizierten Strukturen überregionale Gültigkeit beanspruchen können.

² In Berlin gibt es zur Zeit ca. 750 aids-krank und ca. 10 000 HIV-positive Menschen (Quelle: Statistiken des Aids-Zentrums des BGA). Alle Kranken und ein großer Teil der HIV-positiven Menschen befinden sich - zumindest phasenweise - in ambulanter ärztlicher Behandlung. Die Zahl der Praxen, die regelmäßig und nicht nur zufällig HIV- und Aids-Patienten behandeln, beläuft sich nach Expertenschätzungen (des AK-Aids der niedergelassenen Ärzte, der Clearingstelle der Ärztekammer Berlin für die Methadonvergabe und der Aids behandelnden Kliniken) auf ca. 300, wobei ein großer Teil dieser Praxen nur vereinzelt HIV-/Aids-Patienten behandelt, während wenige Praxen - geschätzt wird eine Größenordnung von 30 - die Mehrzahl der Patienten betreuen.

»Ich hatte die entsprechenden Patienten im Mai 1984 darüber informiert, daß der HIV-Test irgendwann kommen wird. Und dann ist er ganz überraschend gekommen, ohne Vorwarnung ... Anfang Oktober 1984 kam ein dicker Briefumschlag, für jeden Patienten einen Bogen. Da stand dann drauf: 'HTLV-3 positiv' ... Auf einen Schlag hatte ich dann 100 positive Patienten.«
(A 6, 4/40-57)

Mit der Entwicklung des HIV-Testes war in diesen Praxen die Konfrontation mit Aids schlagartig da und bestimmte von nun an das Praxisgeschehen. Später eröffnete Aids-Schwerpunktpraxen sind meist ohne diesen speziellen Hintergrund entstanden.

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

- Das medizinische Leistungsangebot ist sehr breit gefächert und umfaßt auch Diagnose- und Therapieverfahren, die gemeinhin der stationären Behandlung vorbehalten sind.
- Die Praxen sind den Anforderungen der Krankheit entsprechend umstrukturiert; manche Praxen gleichen Tageskliniken.
- Im stationären Sektor arbeiten sie in der Regel mit Kliniken zusammen, die das Konzept »soviel ambulant wie möglich« teilen. Mit ihnen haben sie Kooperationsmodi geschaffen, die einen nahtlosen Transfer der Patienten zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ermöglichen.
- Auch im ambulanten Sektor haben sie engmaschige Kooperationsmodi etabliert; z. B. haben sie Pflegeanbieter gesucht, die ihr Konzept mittragen und sich den besonderen Anforderungen der Pflege von Aids-Patienten stellen.
- Es wird intensiv mit informellen Helfergruppen, vor allem den Aids-Hilfen, zusammengearbeitet.
- Hohes Patientenexpertentum wird begrüßt, und es wird angestrebt, die Interaktion mit den Patienten möglichst patientengerecht zu gestalten, was allerdings hier wie sonst auch durch Zeit- und Kapazitätsgrenzen limitiert wird.

Im einzelnen stellt sich die Arbeit der Schwerpunktpraxen folgendermaßen dar. Das Leistungsangebot der Schwerpunktpraxen umfaßt neben der spezifischen Labordiagnostik eine über das übliche Maß hinausgehende enge Zusammenarbeit mit Radiologen, Augenärzten und anderen Fachärzten. Die Konsultationen mit den Patienten sind häufi-

ger und länger als üblich. Eine intensive Einbeziehung und ein erhöhtes Patientenexpertentum seitens der Ärzte werden explizit angestrebt, da die Therapien keineswegs »idiosyncratisch« sind, sondern oft Versuchscharakter haben und Therapiepläne häufig wechseln, weil sie entweder nicht greifen oder zusätzliche Symptome zur Änderung zwingen. Die Schwerpunktpraxen führen die Inhalationsprophylaxe gegen PC-Pneumonien und zum Teil tägliche Infusionen durch und haben deshalb meist einen Wochenenddienst eingerichtet.

Hausbesuche sind besonders in den Terminalphasen der Krankheit eine Selbstverständlichkeit, wenngleich die Ärzte versuchen, ihre Zahl so gering wie möglich zu halten. Große Bedeutung wird auch der Einbeziehung von Angehörigen und Freunden beigemessen, da nur bei einer lückenlosen Kooperation aller Helferkreise ein stationärer Aufenthalt im finalen Stadium der Krankheit vermieden werden kann.

Klinikaufenthalte sind aus der Sicht der Schwerpunktpraxis möglichst kurz zu halten und dienen hauptsächlich der Diagnose und Therapie lebensbedrohlicher Zustände. Die sogenannte soziale Indikation, also mangelnde Betreuungs- und Versorgungsmöglichkeiten zu Hause, wird als Einweisungsgrund soweit wie möglich vermieden.

Um eine weitestgehend lückenlose Behandlung und Betreuung sicherstellen zu können, werden von diesen Praxen zahlreiche Kooperationsanstrengungen unternommen. Meist ist eine sehr enge Kooperation mit hauswirtschaftlichen und pflegerischen Diensten zu finden, wobei an die Pflegedienste viele ärztliche Tätigkeiten delegiert werden, die auf seiten der Pflegekräfte hohe Kompetenz voraussetzen und nur bei engen Rückkopplungsmöglichkeiten durchgeführt werden können. Dazu gehört z. B. das tägliche Anlegen von Infusionen bei liegenden Venen-Dauerzugängen. Oft bieten die Schwerpunktpraxen Fortbildungsmaßnahmen für die ambulanten Pflegekräfte an, um sie den Anforderungen der weitgehenden ambulanten Behandlung entsprechend zu qualifizieren.³

³ Nebenbei sei bemerkt, daß die rechtliche Absicherung des Pflegepersonals bei der Delegation intravenöser Medikationen in der Bundesrepublik im Gegensatz zu den USA nicht abschließend geklärt ist, was immer wieder Zündstoff für Auseinandersetzungen und auch Gründe für die Ablehnung von Aids-Patienten durch Sozialstationen liefert (vgl. Jacobs 1990). Der Engpaß, der dadurch entsteht, daß viele Pflegeanbieter sich mehr oder minder offen weigern, Aids-Patienten zu übernehmen, bzw. sich für diese Aufgabe nicht kompetent fühlen, ist ein weiterer Grund dafür, daß mit einer kleinen ausgewählten Gruppe von Anbietern kooperiert wird, bevorzugt mit solchen aus dem Bundesmodellprogramm oder mit speziellen privaten Anbietern.

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

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

Verglichen mit herkömmlichen Kooperationsstrukturen, die durch hohe Barrieren zwischen der ambulanten und stationären Versorgung determiniert sind und bei der die Kliniken vorwiegend die Definitionsmacht über Art und Umfang der Behandlung haben, streben die Schwerpunktpraxen eine Umkehrung dieses Verhältnisses an. Sie betrachten den niedergelassenen Arzt als zentrale Stelle für Therapie- und Versorgungsentscheidungen, während die Klinik nur für begrenzte hochakute Krankheitsabschnitte zuständig ist. Die Verlagerung des Schwerpunktes der Behandlung auf den ambulanten Bereich verlangt auch von seiten der Krankenhäuser die Ausbildung neuer, nicht der routinisierten Praxis entsprechenden Kooperationsstrukturen. Diese Bereitschaft ist keineswegs durchgängig zu finden. Deshalb kooperieren die Schwerpunktpraxen ausschließlich mit Kliniken, die ähnlichen Vorstellungen folgen wie sie. Den Ausbau ambulanter Dienstleistungen seitens stationärer Einrichtungen - sei es durch Ambulanzen oder durch Tageskliniken - begrüßen sie keineswegs:

»Möglichst jede Ambulanz im Krankenhaus versucht, ... die Patienten von den niedergelassenen Ärzten abzuwerben.« (A 1, 5/35/44)

Aus ihrer Sicht stellen Ambulanzen konkurrenente Einrichtungen dar, deren Existenz für den niedergelassenen Arzt die Gefahr in sich birgt, daß Patienten abwandern und sich ihr Behandlungs- und Betreuungsanteil vermindert.

Betrachten wir nun die psychosoziale Betreuung. Sie wird von den Ärzten im Rahmen ihrer Möglichkeiten wahrgenommen, doch sehen sie hier deutlich Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit und ihrer Kompetenz. Meist versuchen sie, diese Defizite durch verstärkte Zusammenarbeit mit Aids-Hilfen und anderen Beratungsdiensten wettzumachen, wenngleich darin keine befriedigende Lösung gesehen wird.

Generell kann konstatiert werden, daß Praxen dieses Typus sehr weitreichende Anstrengungen unternommen haben, um eine krankheitsangemessene Versorgung von Aids-Patienten zu gewährleisten. Allerdings machen sich bei ihnen durchaus Überstrapazierungs- und zuweilen auch Auszehrungstendenzen bemerkbar, nicht zuletzt deshalb, weil diese Praxisform nicht institutionell abgesichert ist und ihr Bestand kontinuierlich neu erkämpft werden muß. Die Praxisorganisation ist bei den Schwerpunktpraxen enorm schwierig und durch große Finanzierungsprobleme geprägt. Die Aids-Behandlung ist in den Vergütungsschemata der Kassen bis heute unzureichend berücksichtigt. Nur ein Teil der Kosten kann mit den Kassen abgerechnet werden, ein anderer Teil ist nur durch zusätzliche Arbeit des Arztes finanzierbar oder - neuerlich auch beobachtbar - durch Akquisition zusätzlicher finanzieller Ressourcen.

2.2.2 Die Integrationspraxis

»[Aids ist eine Krankheit wie jede andere], und das praktiziere ich auch so.«
(A 12, 1/14)

Mit dieser zunächst verblüffend anmutenden und allen bisherigen Erfahrungen zuwiderlaufenden Feststellung stellt ein niedergelassener Arzt seinen Umgang mit Aids dar. Er vertritt eine sogenannte »Integrationspraxis« - einen Praxistypus, innerhalb dessen Aids-Patienten behandelt werden, ihnen jedoch keinerlei Sonderstatus zugebilligt wird. Damit ist weniger an die Interaktion mit den Patienten gedacht als vielmehr an die Praxisgestaltung. Kennzeichnend für viele dieser Praxen ist, daß sie nicht als »Aids-Praxis« bekannt werden wollen. Damit treffen sie ein Anliegen vieler Aids-Krankter, z. B. solcher, die Wert auf Anonymität legen und deshalb nicht in eine der bekannten Schwerpunktpraxen gehen wollen.

Ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal zum erstgenannten Praxistypus besteht darin, daß diese Ärzte bemüht sind, Aids-Patienten in den Normalablauf der Praxis zu integrieren. Deshalb versuchen sie, die Zahl der Aids-Patienten zu begrenzen. Begründet wird dies folgendermaßen:

»Für mich liegt die Schallgrenze bei zehn Aids-Kranken. Mehr als zehn Aids-Kranke können Sie nicht nebenher [behandeln].« (A 11, 14/62-15/1)

Mit »nebenher« ist hier gemeint, daß Aids-Patienten zusätzlich zur sonstigen Klientel und zum normalen Praxisgeschehen einer internistischen Praxis behandelt werden. Die Begrenzung der Patientenzahl ermöglicht diesen Ärzten, einerseits den besonderen Anforderungen, die diese Patienten an sie und die Praxis stellen, gerecht zu werden und andererseits diese zugleich ausbalancieren zu können, sei es in psychischer, organisatorischer oder finanzieller Hinsicht. Dabei ist ihr Interesse und Engagement durchaus groß: Sie spezialisieren sich, bauen ineinandergreifende Kooperationsstrukturen auf, z. B. um reibungslose Krankenseinweisungen und ambulante Betreuungen zu ermöglichen. Insofern ist dieser Praxistypus sehr wohl innovativ. Dennoch halten die Vertreter dieses Praxistypus eine so weitreichende Betreuung von Aids-Patienten, wie die Schwerpunktpraxen sie anstreben, für nicht möglich, und entsprechend weniger suchen sie nach Sonderlösungen. Beispielsweise finden wir hier keine solchen Umstrukturierungen der Praxen wie bei dem zuvor dargestellten Typus. Ebenso wenig bieten sie Spezialleistungen an. Weitaus mehr als die Schwerpunktpraxen delegieren sie Probleme an andere Instanzen, vor allem solche, die mit den Geboten ihres Praxismanagements kollidieren. So sind aus ihrer Perspektive besehen möglichst kurze Krankenhausaufenthalte zwar sinnvoll und wünschenswert, aber gleichzeitig sind diese Praxen daran interessiert, daß die Krankenhäuser ihnen Patienten mit aufwendigen Therapien oder in nicht einschätzbaren und für risikoreich befundenen Situationen abnehmen.

Vor allem einer ambulanten Behandlung in der Endphase und Sterbebegleitungen stehen sie skeptisch gegenüber. Sie lehnen Betreuungen in diesen Krankheitsstadien zwar nicht pauschal ab, sehen sich aber nur in Einzelfällen in der Lage, diese zu übernehmen, und halten eigentlich stationäre Unterbringungen für angemessen. Für erstrebenswert halten sie nicht die Höhergewichtung der ambulanten Versorgung, sondern eine Gleichgewichtung des Verhältnisses von ambulanter und stationärer Versorgung. Deshalb sind sie auch bereit, dem Krankenhaus sehr viel größere Definitionsmacht zuzugestehen als Schwerpunktpraxen, und sie haben weit weniger dagegen einzuwenden, wenn das Krankenhaus Therapierichtlinien festlegt und Patienten mit aufwendigen Therapien behält. Teilstationäre Einrichtungen werden von Praxen dieses Typus prinzipiell begrüßt, wenngleich nicht immer mit ihnen zusammengearbeitet wird. Trotzdem kommt dieses Modell den Behandlungsvorstellungen dieser Ärzte durchaus entgegen, weil aufwendige diagnostische und therapeutische Maßnahmen dort durchgeführt werden können, ihnen aber ein gleichgewichtiger Teil der Behandlung bleibt.

Auch für diesen Praxistypus sind ineinandergreifende Kooperationsstrukturen unabdingbar. Unbürokratische Informationswege, rasche und problemlose Patientenabnahme und -übergabe sind auch für sie erforderlich. Dennoch unterscheiden sich die von ihnen gesuchten Kooperationsmodi. Sie sind wesentlich mehr durch Aufgaben- und Verantwortungsdelegation gekennzeichnet und nicht so engmaschig wie die des ersten Typus.

Das gleiche gilt auch für die Kooperation mit ambulanten Diensten. Eine krankheitsangemessene Versorgung und ein Verbleib in der häuslichen Umgebung werden durchaus angestrebt und die in diesem Rahmen erforderlichen Aufgaben der Versorgungssteuerung wahrgenommen. Werden aber die medizinischen Probleme zu kompliziert, wird eine stationäre Unterbringung eingeleitet. Diese Haltung erleichtert die Kooperation mit ambulanten Pflegeanbietern, denn die Integrationspraxen fordern ihnen sehr viel weniger Sonderleistungen ab als die Schwerpunktpraxen. Deshalb finden wir bei diesen Praxen ein größeres Spektrum an Kooperationspartnern und vor allem auch normale Pflegeanbieter. Und ebenso finden wir auf seiten der Ärzte ein höheres Verständnis für die Grenzen ambulanter Pflegemöglichkeiten und eine größere Akzeptanz bestehender Strukturdefizite.

Unter Kostengesichtspunkten betrachtet ist die Arbeit mit Aids-Kranken für diese Praxen zwar auch schwierig, dennoch aber möglich, denn Behandlungen, die zu zeit- und arbeitsintensiv sind, werden an teilstationäre oder stationäre Einrichtungen delegiert. Dieses Verfahren hilft ihnen neben der Begrenzung der Zahl von Aids-Patienten auch dabei, Distanz zu deren Problemen herzustellen und die Gefahr von Auszehrung und Überlastung zu verringern. Sie wollen nicht »auch noch Pfarrer« (A 2, 18/20-21) sein, wie es beispielsweise einer unserer Interviewpartner ausdrückte, womit er andeuten wollte, daß er ihm missionarisch anmutenden Ambitionen und entsprechenden Grenzüberschreitungen skeptisch gegenübersteht.

2.2.3 Die Normalpraxis

In der Normalpraxis spielen Aids-Patienten eine eher marginale Rolle. Unter »Normalpraxis« werden hier Allgemein- oder Facharztpraxen verstanden, in denen Aids-Patienten entweder schon vor ihrer Aids-Erkrankung behandelt wurden oder wegen eines speziellen, z. B. dermatologischen oder chirurgischen Problems kamen und dann blieben. Diese Ärzte haben kein spezifisches Interesse an Aids. Sie behandeln Aids mit, sei es wegen der langjährigen Beziehung, wegen der Spezialprobleme oder einfach wegen des

abrechnungsfähigen Kassenscheins. Fast immer haben die wenigen Aids-Patienten Sonderstatus, wird ihnen mehr Zeit eingeräumt und auch mehr Aufmerksamkeit gewidmet. Häufig haben sie in einer solchen Praxis Legitimationsfunktion. Sie stehen als Symbol dafür, daß der Arzt bereit ist, sich sozial zu engagieren und schwierige Fälle nicht scheut.

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

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

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

Was die ambulante Versorgung anbetrifft, ist festzustellen, daß auch diese Ärzte eine so weitreichende ambulante Betreuung, wie die Schwerpunktpraxen sie für möglich halten, ablehnen. Beschwerdebilder, die in den Spätstadien von Aids auftreten, gehören ihrer Meinung nach in die Obhut stationärer Einrichtungen, da sie bei den entsprechenden Therapien die Patientensicherheit zu Hause nicht gewährleistet sehen. Auch sie sind bemüht, die Versorgungsorganisation wahrzunehmen, doch zeichnen ihre Anstrengungen sich durch mehrere Besonderheiten aus. Zum einen wird der ambulante Versorgungsaufwand nicht so hoch eingeschätzt wie von den Ärzten mit Schwerpunkt- oder Integrationspraxen, eben weil »vollversorgenden« Einrichtungen für viele Probleme und

Phasen des Krankheitsverlaufs der Vorzug gegeben wird. Zum anderen greifen diese Ärzte bei der Versorgungsvermittlung auf die ihnen sonst zur Verfügung stehenden Kooperationspartner zurück. Sie arbeiten also mit all jenen Diensten zusammen, mit denen sie auch in anderen Krankheitsfällen kooperieren. Sehen diese die Grenze ihrer Kapazität erreicht, wird das von den Ärzten akzeptiert und eine andere Versorgungsart bzw. eine stationäre Unterbringung für sinnvoll gehalten.

Generell muß konstatiert werden, daß das Wissen über Aids bei diesen Ärzten gering ist (siehe auch Lauenburg u. a. 1990), wie auch indirekt aus den eigenen Reihen, und zwar von seiten jener, die sich auf Aids spezialisiert haben, festgestellt wird:

»Bei den nicht aids-spezialisierten Ärzten muß man einfach befürchten, daß es ihnen auch gar nicht möglich ist, sich ständig auf dem neuesten Stand zu halten, weil sich da ständig auch soviel tut.« (A 7, 1/51-55)

Auch das Wissen über aids-spezifische Versorgungsangebote und deren innovatives Potential ist sehr gering. Treffen solche Ärzte beispielsweise auf eines der neuen aids-spezifischen Betreuungsangebote und die hier ausgebildeten engmaschigeren Kooperationsstrukturen, sind sie verblüfft, wenn die Kooperation besser klappt, als sie dieses sonst kennen. Gleichzeitig bilden diese ungewohnten Kooperationsmodi auch Zündstoff für Konflikte, weil ihnen von seiten der Dienste *mehr* Kooperationsanstrengungen abgefordert werden, als es in ihrer Praxis sonst üblich ist, und weil anderes von ihnen verlangt wird, so z. B. wenn die »Aids-Pflegekräfte« auf intensivere hausärztliche Betreuung drängen oder darauf, daß die Ärzte ihnen als Kommunikationspartner zur Verfügung stehen. Dies deutet der folgende Textauszug, in dem eine Pflegekraft ihren Standpunkt darlegt, an:

»Die [Ärzte] müssen das lernen, oder wir kooperieren mit ihnen mehr oder weniger nicht mehr.« (PA 4, 53/16-17)

Als drittes schließlich muß darauf hingewiesen werden, daß von diesen Ärzten nicht nur Behandlungs-, sondern auch viele Versorgungsanstrengungen an das Krankenhaus delegiert werden - ein Kooperationsmodus, der durchaus üblich ist, denn nicht umsonst ist das Krankenhaus zu einer der wichtigsten Distributionsstellen für soziale und pflegerische Dienste geworden (Schaeffer 1989). Versorgungssteuerung ist also eine von ihnen sehr wohl wahrgenommene Aufgabe, jedoch begreifen sie sich lediglich als *ein* Glied in der Kette versorgender Instanzen und nicht als jene Stelle, bei der alle Anstrengungen zusammenlaufen und die die Integration der Versorgung leistet und deren Kontinuität sicherstellt.

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

2.2.4 Die Substitutionspraxis

Die eingangs genannten Probleme der Behandlung von Aids-Patienten multiplizieren sich, wenn es sich um drogenabhängige Patienten handelt. Ein relativ neuer Ansatz der Behandlung der Suchtkrankheit besteht in der ärztlichen Substitution illegaler Drogen - meist Heroin - durch Methadon, womit das Abstinenzgebot der bisherigen Therapien aufgegeben wird. Auf die immanente Problematik des Substitutionsprogramms aus suchttherapeutischer Sicht gehen wir hier nicht ein (vgl. dazu Ahrens u. a. 1988).

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

»Wer viel mit Drogensüchtigen zu tun hat, hat auch viel mit Aids zu tun, ... und daraus ergibt sich auch die Notwendigkeit zur Auseinandersetzung mit der HIV-Problematik.« (AK 7, 20/34-42)

Nicht alle Substitutionsärzte teilen diese Einstellung. Viele von ihnen bevorzugen das Modell der geteilten Behandlung, wobei sie sich für die Substitution zuständig fühlen und die Aids-Problematik an einen niedergelassenen Spezialisten oder eine klinikangeschlossene ambulante Behandlung delegieren. Mit Blick auf die Versorgung von Aids-Patienten ist dieses Modell problematisch. Denn ebensowenig, wie diese Ärzte daran interessiert sind, Fachexpertentum in Sachen Aids ausbilden, sind sie motiviert, sich umfassend über nichtdrogenspezifische Versorgungsangebote zu informieren. Deshalb

überlassen sie die aids-spezifischen Versorgungsprobleme dem Aids behandelnden Arzt. Ist das nicht möglich, haftet ihren Versorgungsanstrengungen nicht selten Experimentiercharakter an, werden Patienten mal hierher, mal dahin geschickt und wird dem Urteil der Patienten entnommen, wer unter Umständen als geeigneter Kooperationspartner in Frage kommt. Das betrifft sowohl die Kooperation mit stationären Einrichtungen als auch mit ambulanten Diensten.

Unter Innovationsgesichtspunkten betrachtet gehen von den Substitutionspraxen ebenso wie von den Normalpraxen keine wesentlichen Impulse aus. Das innovative Moment besteht vorwiegend darin, daß bei i. v.-Drogenabhängigen mit HIV-Symptomen durch die Substitution eine regelmäßige ärztliche Behandlung möglich wird. Es wird versucht ihnen Zugang zu den Einrichtungen der Krankenversorgung zu verschaffen. Für Drogenabhängige sind diese allerdings meist nicht niedrigschwellig genug, und so versanden diese Bemühungen bei vielen der Patienten.

Unter Kostengesichtspunkten betrachtet wird betont, daß die Abrechnungsmodalitäten der Kassen keine Kostendeckung bei Substitutionspatienten ermöglicht. Meist ist soziales Engagement bei den Drogenärzten das ausschlaggebende Motiv, sich dieser Klientel zu widmen. In bezug auf Aids bleibt, ganz ähnlich wie bei den Normalpraxen, unzureichendes Fachwissen und mangelnde Handlungssicherheit zu konstatieren.

2.3 Konsequenzen für die Patienten und ihren Weg durch die versorgenden Instanzen

Kommen wir nun zu einer Bilanzierung und fragen, was all dieses bedeutet, versetzen wir uns in die Lage der Nutzer.⁴

In Berlin treffen Aids-Patienten mittlerweile auf ein differenziertes und diversifiziertes ambulantes ärztliches Betreuungsangebot. Es gibt Spezialisten - was in der von uns vorgefundenen Form für singuläre Krankheiten noch immer selten ist - und auch die Möglichkeit, sich bei einem Arzt seines Vertrauens unter Hinzuziehung entsprechender fachärztlicher Betreuung behandeln zu lassen. Ebenso sind »Szenepraxen« vorhanden wie auch normale Praxen, in denen sich Aids-Patienten nicht als solche identifizierbar bewegen können. Auch hinsichtlich des Verhältnisses von ambulanter und stationärer Betreuung stehen sie vor unterschiedlichen Möglichkeiten: Sie können zu Ärzten gehen,

⁴ Nochmals möchten wir an dieser Stelle betonen, daß wir uns hier hauptsächlich auf Datenmaterial stützen, daß die Perspektive der Repräsentanten des Versorgungssystems beleuchtet. Eine Bilanzierung aus der Sicht der Nutzer - der Patienten - steht noch aus.

die eine weitestgehende ambulante Versorgung präferieren, oder zu solchen, die eine andere Gewichtung für sinnvoll halten. Eine in dieser Weise diversifizierte Versorgungssituation bietet für die Patienten unzweifelhaft große Vorteile, denn sie offeriert Wahlmöglichkeiten und Lösungen für eine recht große Bandbreite unterschiedlicher Bedürfnisse und Problemlagen. Verbunden damit eröffnen sich potentiell für die Patienten Gestaltungsmöglichkeiten. Sie können je nach Lage ihres Falls und subjektiver Vorlieben entscheiden und haben damit die Chance, ihre Behandlung und Betreuung eigenen Vorstellungen gemäß zu steuern.

Allerdings sind all diese Optionen einer solchermaßen pluralen Versorgung an eine entscheidende Voraussetzung geknüpft, nämlich die, daß das Betreuungs- und Versorgungsangebot den Patienten bekannt und zugänglich ist. Doch auch im Aids-Bereich, in dem wir auf ein ungleich höheres Patientenexpertentum treffen als bei anderen Patientengruppen, gilt das nur für den kleineren Teil der Kranken. Die meisten kennen die Breite des Angebotsspektrums nicht - was sie durchaus mit vielen der in diesem Bereich tätigen Professionellen gemeinsam haben. Selbst informierte Patienten besitzen in der Regel nur ausschnitthafte Informationen, entscheiden sich vor allem im Hinblick auf das Fachexpertentum für einen der Ärzte, verdrängen aber zunächst die Problematik der Versorgungsbedürftigkeit.⁵ Ähnlich wie andere Patienten mit chronischen Erkrankungen stehen sie in Gefahr, im Verlauf der Krankheit in die Eigendynamik der Zuweisungsmodalitäten im Medizinbetrieb zu geraten, und diese reduzieren die Chance zu autonomer Gestaltung.

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

⁵ Auch die Pluralität des Versorgungsangebots und ebenso die Möglichkeiten alternativer Heilverfahren erschließt sich ihnen zumeist erst im Verlauf der Krankheit.

Eine Kooperation von Aids-Schwerpunktpraxen mit Kliniken, die eine weitgehende stationäre Versorgung anstreben oder selbst eine ambulante Betreuung anbieten, ist deshalb nahezu undenkbar. Dieses hat weitaus weniger als gemeinhin vermutet ideologische Gründe, sondern ist auf unvereinbare Interessenlagen zurückzuführen. Das Praxiskonzept der Schwerpunktpraxen basiert darauf, alle für die Behandlung erforderlichen (auch akutmedizinischen) Leistungen soweit als möglich selbst zu erbringen und nicht allein als Hausarzt zu fungieren oder gar zum »Scheinlieferanten« degradiert zu werden. Ganz anders die Situation des Normalarztes. Will er eine verantwortungsbewußte Betreuung von Aids-Patienten garantieren, muß er sehr viel mehr an andere Institutionen delegieren können - nicht nur, weil die Gestalt seiner professionellen Expertise dieses erfordert, sondern auch, weil sein Praxiskonzept und seine Interessenlage andere sind. Dementsprechend anders ist die Wahl der Partner, mit denen er im stationären wie im ambulanten Sektor zusammenarbeitet.

Für den Patienten ist diese Situation folgenreich, denn er entscheidet sich nicht nur für einen Arzt, sondern auch für einen bestimmten *Weg durch die versorgenden Instanzen*. Mit der Arztwahl stellt er bereits eine entscheidende Weiche, die seinen weiteren Versorgungsverlauf vorprogrammiert. Das freilich ist dem Patienten keineswegs deutlich. Doch nicht allein das macht diese Tatsache problematisch, sondern vielmehr, daß ein Wechsel einmal betretener Versorgungspfade und eine Mischung von Pfaden außerordentlich schwierig sind. Sie bringen für den Patienten eine Reihe von Unwägbarkeiten und Unsicherheiten mit sich und bergen die Gefahr von Versorgungsbrüchen in sich, weil sie die Reichweite existenter Kooperationsmodi überschreiten. Nur so lange also, wie der Patient auf einem einmal betretenen Versorgungspfad bleibt, ist relativ gesichert, daß seine Versorgung aus ineinandergreifenden Gliedern besteht, die in der Summe ein funktionales Verbundsystem ergeben.⁶

Ein jeder der Versorgungspfade (einschließlich des ihn repräsentierenden und wesentlich strukturierenden Praxistypus) ist prinzipiell tragfähig, allerdings nicht für alle Patienten gleichermaßen geeignet:

So ist in den *Aids-Schwerpunktpraxen* der Patient am besten aufgehoben, der weitestgehenden Autonomieerhalt anstrebt und experimentierfreudig ist, denn er trifft hier auf Ärzte, die einem traditionellen Verständnis der Arzt-Patienten-Beziehung eher skeptisch gegenüberstehen. Stellvertretende Entscheidungsübernahmen lehnen sie ab und setzen auf seiten des Patienten ein hohes Maß an Eigenverantwortung und persönlicher Autonomie voraus. Bereitschaft, unkonventionelle Wege zu beschreiten, ist auch im Hinblick auf die Gestaltung der Versorgung gefragt, weil diese Ärzte überwiegend mit Kooperationspartnern zusammenarbeiten, die wie sie neue Versorgungskon-

⁶ Betonenswert scheint uns ein weiteres Moment. Diese Versorgungsgestaltung relativiert die Möglichkeiten einer patientenorientierten Vorgehensweise, denn eine dem individuellen Fall entsprechende Versorgung kann nur insoweit bereitgestellt werden, wie es die jeweiligen Kooperationsmodi erlauben.

zepte erproben und ihr Ziel darin sehen, daß der Patient so weit wie möglich in seiner häuslichen Umgebung bleiben kann. Um die mit diesem Konzept verbundenen versorgungsstrukturellen Unwägbarkeiten abfedern zu können, ist es beispielsweise wichtig, daß die Patienten über ein gutes soziales Netz verfügen, das im Fall von Hilfebedürftigkeit unterstützend tätig werden kann. Und schließlich ist notwendig, daß die Patienten ein relativ offenes Verhältnis zu ihrer Krankheit haben, denn daß es sich bei diesem Versorgungspfad um einen »Aids-Pfad« handelt, ist unübersehbar.

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

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

Der Versorgungspfad, für den die sich überwiegend auf die Behandlung der Suchtkrankheit konzentrierenden *Substitutionspraxen* stehen, stellt wieder andere Anforderungen an die Patienten. Dieser Typus bedarf entweder eines in hohem Maße autonomen und aktiven Patienten, der in der Lage ist, mit der Zerteilung seiner Behandlung umzugehen, oder eines Patienten, der die Behandlung seiner Drogenproblematik höher gewichtet als die der Aids-Erkrankung - ein Tatbestand, der unter Therapiegesichtspunkten betrachtet zwiespältig ist, weil er auch Heilerfolge der Behandlung der Suchterkrankung minimiert, denn es geht bei beiden gleichermaßen um Kuration bzw. die Erhaltung von (Rest-)Gesundheit.

Diese Charakterisierung sollte illustrieren, daß jeder Praxistypus und jeder Versorgungspfad eine »hidden agenda« hat und folglich mit *bestimmten Anforderungen an die Patienten* einhergeht. Für die Patienten hat das Konsequenzen: So lange ihr individueller Fall mit den jeweiligen Implikationen des eingeschlagenen Versorgungspfades in Über-

einstimmung steht, sind sie auf dem einmal betretenen Pfad relativ gut aufgehoben und ist garantiert, daß ihre Behandlung und Versorgung soweit wie möglich kontinuierlich verläuft. Kommt es zu Inkongruenzen, besteht die Gefahr von Versorgungsproblemen. Ein jeder der Pfade - egal, welcher Art er ist - birgt derzeit für die Patienten *Risiken* in sich. Diese haben vor allem versorgungsstrukturelle Ursachen und sind je nach Pfad bzw. Praxistypus unterschiedlich situiert:

Bei den *Aids-Schwerpunktpraxen* resultieren sie einerseits aus dem Bemühen, ein Betreuungskonzept zu realisieren, dessen Umsetzung auf Passungsprobleme stößt, weil eine so weitgehende ambulante Betreuung Schwerstkranker, wie sie sie anstreben, ein Novum im hiesigen Gesundheitswesen darstellt. Andererseits erwachsen sie daraus, daß viele Glieder dieses Versorgungsverbundsystems auf Sonderlösungen basieren, die nicht zur Regelversorgung gehören. Das bringt viele Unwägbarkeiten mit sich, wie wir derzeit angesichts des Auslaufens der Bundesmodellprogramme nur zu deutlich vor Augen geführt bekommen. Nicht zuletzt besteht Ungewißheit darüber, ob dieser Pfad zukünftig überhaupt in dieser Form Bestand haben wird.

Bei dem Versorgungspfad, für den die *Integrationspraxen* stehen, sind die Risiken anders gelagert. Diese Ärzte sind gewissermaßen die Nutznießer der Pionierleistungen anderer. Haben diese sich bewährt, werden sie auch von den Integrationspraxen aufgegriffen, wobei die Ärzte sich dabei strikt an rationellen Geboten des Praxismanagements ausrichten. Patienten können sich hier keineswegs sicher sein, zukünftig auf eine so weitgehende krankheitsangemessene Betreuung zu stoßen. Entfallen die Modellprojekte, auf deren Existenz auch die durch die Integrationspraxen bereitgestellte Betreuung weitgehend basiert, wird die Betreuung in diesen Praxen sehr viel restriktiver ausfallen.

Bei den *Normalpraxen* wie den *Substitutionspraxen* resultieren daraus Risiken, daß der Patient in jedem Fall zwischen einer Vielzahl von Instanzen hin- und hergeschleust wird und es vielen der beteiligten Instanzen, so auch den behandelnden Ärzten selbst, an der nötigen Handlungssicherheit im Umgang mit Aids fehlt. Für die Patienten erwachsen daraus zahlreiche Unsicherheiten: Sie sind in höherem Maß Fehleinschätzungen und folglich auch Fehlentscheidungen ausgesetzt, riskieren Versorgungsprobleme, weil ihre Betreuung von mehreren Instanzen reguliert wird, aber keine sich definitiv für die Steuerung des Verlaufs zuständig fühlt. Nur allzu leicht kann der Patient hier in eine Dynamik verstrickt werden, im Zuge derer er zum Spielball des Versorgungssystems wird. Diese Gefahr ist um so größer, je mehr Aids-Patienten im stationären Bereich ihren bislang vorhandenen Sonderstatus verlieren und Verweildauerprolongierungen nicht mehr so unproblematisch möglich sind wie derzeit.

Bei jedem der Versorgungswege handelt es sich also um relativ schmale Pfade, die für die Patienten mit Risiken behaftet sind. Wie immer unterschiedlich diese gelagert sind, sie alle beruhen darauf, daß eine krankheitsangemessene Betreuung und Versorgung chronisch Kranker im hiesigen Gesundheitswesen auf Strukturdefizite stößt. Versorgungskontinuität und dem Krankheitsverlauf entsprechende Betreuungslösungen sind

angesichts dieser Situation nur durch hohes Engagement und personelle Sonderleistungen der beteiligten Akteure herzustellen (Schaeffer 1991). Im Bereich der Aids-Krankenversorgung sind dafür viele beeindruckende Beispiele zu finden. Ebenso finden wir allerdings in jüngster Zeit vermehrt Ermüdungserscheinungen und Überlastungsanzeigen. Sie deuten an, daß Lösungen für versorgungsstrukturelle Probleme, die vornehmlich auf personellen Sonderleistungen basieren, labiler Natur sind und daß hohes Engagement nicht beliebig strapazierbar ist. Sollen sie Bestand haben, ist die Schaffung entsprechender institutioneller Strukturen unerlässlich.

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

Dennoch möchten wir eindringlich davor warnen, die Normalpraxen und den durch sie repräsentierten Versorgungspfad minderzubewerten. Allzu leicht gerät er in Verruf, weil er wenig innovativ ist. Betrachtet man aber die Nutzung der skizzierten Versorgungswege, so deuten unsere Befunde darauf, daß die beiden erstgenannten Pfade eher von Mittelschichtangehörigen genutzt werden und auch - erinnert sei an die Ausführungen zur »hidden agenda« - auf sie zugeschnitten sind. Dagegen wird der Pfad, für den die Normalpraxen stehen, überwiegend von Unterschichtangehörigen und denjenigen, die Stigmatisierungen fürchten, in Anspruch genommen. Ihn für obsolet zu halten ist gleichbedeutend damit, einer nicht eben kleinen Gruppe Kranker eine wie auch immer bewertete, in jedem Fall aber gewählte und offenkundig ihrer Situation entgegenkommende Versorgungsmöglichkeit zu nehmen und auch sich der Situation und

den besonderen Problemen gesellschaftlich seit jeher schon (auch im Gesundheitswesen) Benachteiligter zu verschließen.

2.4 Bilanzierung

Abschließend möchten wir auf das eingangs skizzierte Anliegen zurückkommen. In der Tat - so haben unsere Ausführungen gezeigt - sind im Bereich der Aids-Krankenversorgung Hinweise dafür zu finden, wie niedergelassene Ärzte zur Herstellung von Versorgungsintegration beitragen können. Exemplarisch kann hier nachvollzogen werden, daß sie nicht nur für punktuelle medizinische Interventionen, sondern für die Steuerung des Behandlungs- und auch des Versorgungsverlaufs chronisch kranker Patienten zuständig sein können. Auch daß sie zur Koordination der Versorgung beitragen können und ihre Praxis wirklich ein geeigneter Ort ist, von der aus eine integrierende Steuerung erfolgen kann, wird hier - vor allem bei den Aids-Schwerpunktpraxen - gezeigt, und ebenso, daß Aufgaben des Versorgungsmanagements mit dem professionellen Selbstverständnis des Arztes in Übereinstimmung zu bringen sind. Gleichzeitig belegen die Erfahrungen aber auch, welche Schwierigkeiten mit diesem Unterfangen verbunden sind. Lediglich einige der uns wichtig erscheinenden wollen wir erwähnen:

- Aufgaben der Versorgungssteuerung müssen von den niedergelassenen Ärzten tendenziell als Störfaktoren empfunden werden. Sie werden zwar für notwendig erachtet, um die Patienten zu Hause »zu halten« und sie auch der Praxis »zu erhalten«, dennoch binden sie angesichts der Insuffizienzen ambulanter Versorgungsmöglichkeiten zu viele Ressourcen und stellen folglich einen den Praxisalltag belastenden Zeit- und Kostenfaktor dar.
- Versorgungsmanagementaufgaben sind nur schwer in das professionelle Selbstverständnis zu integrieren, weil die niedergelassenen Ärzte, nehmen sie die Prämisse «ambulant vor stationär» ernst, gleichzeitig ein höheres akutmedizinisches Expertentum ausbilden müssen. »Akutmedizinischem Expertentum« und »Versorgungssteuerung« aber liegen unterschiedliche, ja sogar gegenläufige Sichtweisen der Ziele ärztlichen Handelns und divergierende Handlungslogiken zugrunde, und diese können von den Ärzten nur schwer in Einklang gebracht werden.
- Versorgungssteuerungsaufgaben erschweren eine Neubestimmung des Verhältnisses zur Krankenhausmedizin bzw. die Bemühungen um eine Gewichtsverlagerung von stationärer zu ambulanter Medizin. Für die Krankenhausärzte haben all solche Aufgaben eher marginalen Stellenwert. Sie spielen nur im Rahmen der Entlassungsprozeduren eine Rolle und können zudem an eine andere Instanz - den Sozialdienst -

delegiert werden. Auch dieses Ungleichgewicht macht es schwer, Versorgungssteuerung als konstitutiven Bestandteil ärztlichen Handelns zu begreifen.

- Außerdem stoßen die Ärzte bei der Wahrnehmung solcher Aufgaben permanent auf Strukturdefizite und durch sie verursachte Engpässe, und das macht verständlich, warum sie im Praxisalltag über kurz oder lang in Gefahr geraten, das Wohl der Patienten und Bemühungen um eine patientengerechte Versorgung zunehmend «pragmatisch» zu betrachten und Mängel des Gesundheitswesens als gegeben hinzunehmen, statt zu versuchen, ihnen auf der Ebene individuellen Handelns zu begegnen.

3. Stationäre Versorgung: Integrationsbemühungen an der Schnittstelle zwischen intra- und extramuraler Versorgung

In Berlin wird die stationäre Behandlung und Betreuung von Aids-Patienten im wesentlichen durch drei Krankenhäuser gewährleistet: das Universitätsklinikum Steglitz (UKS), das Universitätsklinikum Rudolf Virchow (UKRV) und das Auguste-Viktoria-Krankenhaus (AVK). Bei den beiden erstgenannten Krankenhäusern handelt es sich um Krankenhäuser der Zentralversorgung, der höchsten Versorgungsstufe. Das UKS verfügt über 1 326, das UKRV über 1 645 Akutbetten. Von den Akutbetten sind im UKS insgesamt 30 Betten für Infektionskrankheiten vorgesehen; im UKRV, dem Krankenhaus mit der größten Infektiologie in der Bundesrepublik Deutschland, sind es 138 Betten. Das AVK hingegen ist ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung. Es hat 648 Akutbetten, von denen ein proportional betrachtet sehr hoher Anteil von 132 Betten ebenfalls für die Behandlung von Infektionskrankheiten zur Verfügung steht. Darüber hinaus gibt es 459 Betten für Chronisch Kranke, von denen einige für Aids-Patienten genutzt werden (diese Daten sind dem bis 1992 gültigen Krankenhausbedarfsplan entnommen, Senator für Gesundheit und Soziales 1986).

Alle drei Krankenhäuser gehören zu den sogenannten Schwerpunktkrankenhäusern, die mit zusätzlichen personellen und finanziellen Ressourcen für die Behandlung von Aids-Kranken ausgestattet wurden. Von politischer Seite aus wird zwar intendiert, daß Aids auch innerhalb der Normalkrankenhäuser behandelt wird (vgl. Lauenburg u. a. 1990), doch stellt dieses bislang eher die Ausnahme als die Regel dar. Bis heute sind in Berlin nur vereinzelt Aids-Patienten in solchen Krankenhäusern zu finden, und wenn das der Fall ist, sind sie entweder zufällig dorthin gelangt (z. B. über die Notaufnahme), werden dort wegen anderer, nicht aids-spezifischer Krankheiten behandelt, oder es wurde erst während des Aufenthalts die HIV-Infektion diagnostiziert. In anderen Regionen und auch in anderen Zentren der Prävalenz (etwa Frankfurt) stellt sich die Situation anders dar. Aufgrund geringer Bettenkapazität in Schwerpunktkrankenhäusern oder generell des Mangels an speziellen Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten hat Aids hier bereits sehr viel breiter Einzug in die Normalversorgung gehalten als in Berlin.

Die drei genannten Krankenhäuser repräsentieren unterschiedliche Betreuungsmodelle. Sie *variieren* hinsichtlich ihrer Schwerpunktsetzung und ihrer Organisationsform sowie des Einbezugs nicht-medizinischer Berufe und informeller Helferkreise. *Gemeinsam* ist allen Modellen, daß sie eine *fachübergreifende Zusammenarbeit* aller für die Behand-

lung von Aids relevanten medizinischen Disziplinen und - das scheint uns nicht minder wichtig - daß sie eine möglichst enge Verzahnung von ambulanter und stationärer Betreuung anstreben und dafür nach unterschiedlichen Lösungen gesucht haben.

Das ist nicht zufällig. Wir haben bereits zu Beginn darauf verwiesen, daß eine krankheitsangemessene Behandlung von Aids nur sporadische Krankenhausaufenthalte erforderlich macht - vorausgesetzt ist allerdings, daß stationäre und ambulante Behandlung und Betreuung eng miteinander verknüpft sind und die das hiesige Gesundheitswesen kennzeichnende Friktion zwischen beiden Versorgungsbereichen überbrückt werden kann.

Hinzu kommt ein weiteres Moment. Im Lauf der Zeit wurde mit zunehmendem Wissen über Aids und mit der Ausdifferenzierung von Therapiemöglichkeiten offensichtlich, daß auch bei einer so schwerwiegenden Erkrankung wie Aids sehr viel mehr Problematiken ambulant behandelbar sind als anfangs vermutet. »Es steht inzwischen fest«, so konstatiert Jäger bereits 1989, »daß 80 % aller mit Aids zusammenhängenden Fragestellungen durch wohldurchdachte ambulante Versorgungsmodelle abgedeckt werden können« (Jäger 1989, S. 66). Mag diese Einschätzung etwas zu optimistisch erscheinen, klar ist dennoch, daß heute die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten sehr viel weitgehender sind und in der Tat sehr viel mehr außerstationär behandelt wird als zu Beginn des Auftretens von Aids. Wir möchten sogar die These aufstellen, daß eine so weitreichende ambulante Behandlung einer schwerwiegenden Krankheit, wie sie mittlerweile im Rahmen der Versorgung und Betreuung von Aids-Patienten praktiziert wird, ein Novum im hiesigen Gesundheitswesen darstellt. In gewisser Weise konnte dadurch die Bedeutung des stationären Sektors für die Aids-Krankenversorgung gesenkt werden. Daraus jedoch auf eine Entlastung des stationären Sektors zu schließen wäre verfehlt. Denn parallel dazu hat sich eine Verschiebung ergeben, die diesen Tatbestand durchaus relativiert. Heute sind die Krankenhäuser durchweg mit einer höheren Zahl an Aids-Patienten und zudem mit »Schwerstproblematiken« konfrontiert, deren Behandlung an die Krankenhäuser nicht minder hohe Anforderungen stellt als zu Beginn des unvermuteten Auftauchens von HIV und Aids, als noch keine Behandlungskonzepte zur Verfügung standen:

»Viele Patienten, die wir noch vor drei Jahren aufgenommen haben und deren Behandlungskonzepte wir in Studien, die heute umgesetzt werden, erarbeitet haben, kommen heute nicht mehr in die Klinik . . . Heute überwiegen hier schwerste Krankheitsbilder . . . Einfache Krankheitsbilder sehen wir kaum noch . . . und wenn wir sie sehen, kommen sie als Schwerstverläufe aus Praxen, wo die Kollegen unerfahren sind.« (AK 1, 3/26-4/3)

Eine baldmöglichste Rückführung dieser Patienten in die häusliche Umgebung bzw. die ambulante Versorgung stößt auf besondere Probleme, weil eventuelle Behandlungsdiskontinuitäten und eine nicht genügend umfassende Versorgung bei Patienten in (noch) labilen Situationen sofort massive Verschlechterungen des Gesundheitszustands nach sich ziehen. Eine kontinuierliche Betreuung dieser Patienten setzt voraus, daß der Transfer aids-spezifischen Wissens aus dem stationären in den ambulanten Bereich gelungen ist, eine nahtlose Behandlungsübernahme durch niedergelassene Ärzte erfolgen kann, und daß auch die beiden anderen Säulen der Krankenversorgung, psychosoziale Dienste und soziale Hilfen (Endbericht der Enquête-Kommission "Strukturreform der GKV" 1990, S. 114), im ambulanten Bereich hinreichend ausgebildet sind und adäquat auf die mit HIV und Aids auf sie zukommenden Anforderungen zu reagieren vermögen.

Wir führen all dieses an, um zu zeigen, warum der Problematik der Verknüpfung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung von Aids-Kranken so viel Aufmerksamkeit geschenkt wird und warum wir sie auch bei der Analyse der stationären Versorgung in den Mittelpunkt stellen.

Betrachten wir nun die unterschiedlichen Lösungsversuche der Verknüpfung von ambulanter und stationärer Versorgung:

- *Modell A* besteht aus einer stationären Versorgung mit angeschlossener *Ambulanz*;
- *Modell B* setzt sich aus einer stationären Versorgung mit angeschlossener *Tagesklinik* zusammen, und
- *Modell C* sieht eine stationäre Versorgung mit möglichst enger Kooperation mit *niedergelassenen Ärzten* und speziell mit Aids-Schwerpunktpraxen vor.

Diese Modelle sind als unterschiedliche Antworten auf die krankheitsspezifischen Anforderungen zu verstehen, weniger als Reaktion auf die Spezifik der jeweiligen regionalen Versorgungsbedingungen oder der unterschiedlichen Aufgabengewichtungen. Sie sind folglich auch in anderen Regionen anzutreffen, finden sich hier aber unter Umständen in etwas anderer Ausprägung und mit anderen konzeptionellen Gewichtungen. Gleichwohl zeichnet sich die Berliner Situation im Vergleich zu anderen Regionen durch eine Besonderheit aus: Hier sind *alle* Modelle vorzufinden, und diese Bündelung macht es besonders interessant, die hiesige Versorgungssituation zu untersuchen.

Wir betrachten die Modelle zunächst aus versorgungsstruktureller Perspektive und nehmen dann Fallstudien vor, die wir abschließend vergleichen. Unsere Aufmerksamkeit

wird sich darauf konzentrieren, die den Modellen innewohnenden Struktureigenschaften bloßzulegen und sowohl die darin angelegten wie auch die im Zuge der Modellumsetzung sichtbar gewordenen Probleme zu untersuchen. Dabei haben wir - wie bei all unseren Überlegungen - die Frage im Blick, ob es gelungen ist, zur Versorgungsintegration beizutragen und eine krankheitsangemessene Versorgung von HIV- und Aids-Patienten zu ermöglichen und somit exemplarisch in einem Bereich der Krankenversorgung den Mängeln im hiesigen Gesundheitswesen zu begegnen. Und ebenso interessiert uns, auf welche Schwierigkeiten solche Bemühungen im Alltag stoßen. Der letzten Frage messen wir besondere Bedeutung zu, weil die Erfahrungen, die die Innovationsbereitschaft in diesem Bereich motiviert und zur Ausbildung der Modelle geführt haben, gleichzeitig zeigen, daß das herkömmliche Niveau von Arbeitsteilung und Kooperation zwischen den Institutionen der ambulanten und stationären Versorgung der Problematik Aids-Kranker nicht gewachsen ist.

Modell A: Die HIV-Ambulanz als Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Versorgung

Versorgungsintegration wird in diesem Modell durch Betreiben einer Ambulanz, die sowohl mit der stationären Versorgung wie mit den Hausärzten zusammenarbeiten soll, angestrebt.

Durch das Rechtskonstrukt des kassenärztlichen Sicherstellungsauftrags sind Ambulanzen in der bundesdeutschen Krankenversorgung eigentlich unüblich, da strikt zwischen intra- und extramuraler medizinischer Versorgung getrennt wird und die extramurale Versorgung den niedergelassenen Ärzten vorbehalten ist. Eine Ausnahme bilden die poliklinischen Sprechstunden der Universitätskliniken, die jedoch im Rahmen des Lehr- und Forschungsauftrags der Universitäten betrieben werden und folglich keine Versorgungsaufgaben im eigentlichen Sinn übernehmen, sondern in erster Linie der Aus- und Weiterbildung von Medizinern und der Entwicklung von Behandlungskonzepten dienen.

Mit dem Auftreten von Aids sind an vielen Universitätskliniken HIV-Sprechstunden eingerichtet worden, die schnell über wissenschaftliche Zwecke hinaus reale Versorgungsfunktion für einen beträchtlichen Teil von HIV- und Aids-Patienten übernommen haben. Darüber hinaus wurden modellhaft auch an städtischen Krankenhäusern HIV-Ambulanzen geschaffen. Aus versorgungsstruktureller Perspektive betrachtet folgen sie einem dreistufigen Versorgungskonzept, bei dem davon ausgegangen wird, daß die Primärversorgung auch bei HIV und Aids durch die niedergelassenen Ärzte erfolgen soll,

jedoch eine zweite Stufe zwischen primärer und stationärer Versorgung notwendig ist, die als Zwischen- bzw. Bindeglied fungiert. In dieser Funktion soll die Ambulanz konsultiert werden können, wenn Krankheitsphänomene oder diagnostische Fragen auftreten, bei denen die Behandlungsmöglichkeiten der niedergelassenen Ärzte nicht ausreichen, oder wenn eine stationäre Versorgung nicht mehr zwingend erforderlich ist, es aber weiterhin einer Betreuung bedarf, die die Möglichkeiten der Primärversorgung übersteigt. Zur Seite der niedergelassenen Ärzten hin soll die Ambulanz daher eine Rückversicherungs- oder Delegationsinstanz darstellen, die konsiliarisch hinzugezogen werden kann, um eine krankheitsangemessene ambulante Betreuung sicherzustellen. Zur Seite der stationären Versorgung - der dritten Stufe - soll sie dafür Sorge tragen, daß unnötige Krankenhausaufenthalte vermieden und notwendige Aufenthalte verkürzt werden können, weil eine fachgerechte Nach- und Weiterbetreuung sichergestellt ist.

Hypothese: Einer der entscheidenden Vorteile dieses Modells besteht in der engen Verknüpfung mit der stationären Versorgung. Sie trägt dazu bei, daß Informationsverluste, wie sie durch die ausgeprägte Trennung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung gemeinhin üblich sind, vermieden werden können und weitestgehende Behandlungskontinuität gewährleistet ist. Doch birgt die Nähe zur stationären Versorgung auch eine Gefahr in sich. Diese besteht darin, daß die Ambulanz - als Teil der Institution Krankenhaus - sich unter der Hand zu sehr zur Krankenhausmedizin gehörig fühlt und in zu große Distanz zu anderen ambulanten Versorgungseinrichtungen gerät.

Modell B: Die Tagesklinik - eine teilstationäre Instanz als Bindeglied

Tageskliniken für HIV- und Aids-Patienten sind erst in jüngster Zeit entstanden. Es gibt sie derzeit in Berlin, München und Frankfurt, weitere sind im Entstehen begriffen. Oft sind sie aus den HIV-Ambulanzen hervorgegangen, zuweilen auch neu geschaffen worden.

Betonenswert scheint uns, daß es sich bei den Aids-Tageskliniken um Einrichtungen eines neuen Typs handelt, die sich sowohl von bisher bekannten Tagesklinikmodellen als auch von den Ambulanzen unterscheiden. Im Vergleich zu den HIV-Ambulanzen ist ihr Angebot umfassender. Zunächst einmal handelt es sich bei Tageskliniken um teilstationäre Einrichtungen, denen Betten zur Verfügung stehen und die somit von vornherein auch betreuende Funktion übernehmen. Auch das medizinische Angebot ist umfassender. Ihnen stehen mehr diagnostische und therapeutische Möglichkeiten zur Verfügung als den Ambulanzen, so daß eine umfangreichere und meist auch - das möchten wir im

Vergleich zu den poliklinischen Sprechstunden betonen - weniger zergliederte Versorgung möglich ist. Die personelle und räumliche Ausstattung ist großzügiger und der Zugang für Patienten in gewisser Hinsicht einfacher, u. a. weil die Öffnungszeiten länger sind als in den Ambulanzen. Als drittes ist zu erwähnen, daß die Kostenregulation eine andere ist. Anders als Ambulanzen, die nur eine - bislang keineswegs kostendeckende - Fallpauschale pro Quartal abrechnen können, basiert die Finanzierung der Tageskliniken auf Tagespflegesätzen, die aufgrund der kostenintensiven Diagnostik denen der stationären Versorgung gleichwertig sind.

Von Tageskliniken anderer Bereiche unterscheiden sie sich ebenfalls. Im Gegensatz beispielsweise zu entsprechenden Einrichtungen in der Psychiatrie, wo betreuende Funktionen im Vordergrund stehen und es um die Versorgung angesichts chronifizierter Beschwerdebilder geht, handelt es sich bei den Tageskliniken in der Aids-Krankenversorgung gewissermaßen um hochspezialisierte akutmedizinische Diagnose- und Therapiezentren, die sich auf die Behandlung von Akutmanifestationen einer ebenfalls chronischen Erkrankung konzentrieren.

Ebenso wie bei der Ambulanz, aber deutlicher noch als bei den poliklinischen Sprechstunden unterliegt ihnen ein dreistufiges Versorgungskonzept: Die stationäre Versorgung wird durch eine Zwischeninstanz mit der ambulanten Versorgung verknüpft. Auch bei diesem Modell wird davon ausgegangen, daß die Primärversorgung durch die im ambulanten Bereich tätigen Ärzte erfolgen sollte, aber mit dem Verlauf der Krankheit eine höher spezialisierte Versorgungsinstanz erforderlich wird, die sowohl zur Abklärung diagnostischer und behandlungskonzeptioneller Fragen als auch zur Betreuung bei HIV-spezifischen Problemen zur Verfügung stehen soll. Zur Seite der ambulanten Versorgung soll sie *entlastende Funktion* wahrnehmen, weil sie die Möglichkeiten der Primärversorgung übersteigenden Problematiken reguliert. Stärker noch als die Ambulanz soll die Tagesklinik ebenfalls zur *Entlastung* der stationären Versorgung beitragen, da hier auch solche Maßnahmen durchgeführt werden können, die ohne Nutzung der Betten der Tagesklinik eine stationäre Aufnahme des Patienten erforderlich machen. Gleichzeitig fungiert sie im Hinblick auf die stationäre Versorgung als *Filterungsinstanz*. Es müssen weniger Patienten stationär aufgenommen werden, nur noch jene in die Obhut des Krankenhauses überwiesen werden, bei denen eine stationäre Betreuung zwingend erforderlich ist. Außerdem können Patienten frühzeitiger entlassen werden, weil die Tagesklinik die Nachsorge übernimmt.

Hypothese: Der Vorteil der Tageskliniken besteht darin, daß die Anzahl stationärer Aufenthalte durch sie reduziert und Liegezeiten verkürzt werden können, so daß den Patienten ein längerer Verbleib in der häuslichen Umgebung möglich ist. Das Modell unterliegt jedoch derselben Gefahr wie die Ambulanzen, denn Tageskliniken sind als teilstationäre und damit zur stationären Versorgung gehörende Einrichtungen sehr eng mit diesem Sektor verbunden, so daß durch sie möglicherweise eher eine Abstufung der stationären Versorgung erfolgt als ein Brückenschlag zwischen stationärer und ambulanter Versorgung.

Modell C: Versorgungsintegration durch Kooperation

In diesem Modell wird auf informellem Weg und *ohne institutionalisierte Zwischeninstanz* versucht, eine integrierte Versorgung von HIV- und Aids-Patienten herzustellen und die Kluft zwischen extra- und intramuraler Versorgung durch die Etablierung von speziellen Kooperations- und Kommunikationsstrukturen zu überwinden.

Dieses Modell umfaßt eine stationäre Versorgung nach dem Vorbild des General Hospital in San Francisco (siehe Anlage 2), ambulante Behandlung durch niedergelassene Ärzte, die sich auf die Behandlung von HIV und Aids spezialisiert haben (Aids-Schwerpunktpraxen), *ambulante Pflege* durch spezialisierte (private wie sozial gemeinnützige) Pflegeanbieter, Hilfe und psychosoziale Betreuung durch *soziale Dienste* und *Selbsthilfeorganisationen*. Den jeweiligen Übergängen von einem Versorgungsbereich in den anderen und der Übernahme durch eine andere Betreuungsinstanz oder einen anderen Dienst wird besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Durch Schaffung von unmittelbaren und unkomplizierten Kommunikationsstrukturen zwischen allen an der Versorgung beteiligten Instanzen und durch enge institutions- und professionsübergreifende Zusammenarbeit werden die jeweiligen Nahtstellen zu schließen versucht. Dazu dient von seiten des Krankenhauses unter anderem:

- Verbesserung der institutionsübergreifenden Kooperation der Ärzte;
- Mitwirkung der Krankenhausärzte am Arbeitskreis Aids der niedergelassenen Ärzte Berlins (AK Aids [siehe Anlage 3]), dessen Ziel unter anderem in der Sicherstellung des Informationsflusses aller an der Versorgung und Betreuung von HIV-Patienten beteiligten Ärzte und in der Herstellung von tragfähigen Arbeitsbeziehungen besteht;
- verstärkte Bemühungen um den Transfer aids-spezifischen Wissens im ambulanten Bereich und Ausgleich von Qualifikationsdefiziten durch unterschiedliche Formen von Fortbildungsangeboten (Hospitation, Erfahrungsaustausch, fachliche Weiterbildung etc.), konsiliarische Betreuung aids-unerfahrener Ärzte und Pflegekräfte etc.;

- vermehrte Beachtung von Funktionen der Versorgungssteuerung. So werden Krankenhausentlassungen mit hohem Aufwand betrieben. Der Sozialdienst wird frühzeitig hinzugezogen, ein Krankenhauspsychologe und Angehörige bzw. Freunde in die Versorgungsvermittlung eingeschaltet, um eine so weit wie möglich auf die Situation des Patienten und seines sozialen Netzes abgestimmte Versorgung und einen nahtlosen Transfer in den ambulanten Bereich herstellen zu können;
- die Etablierung enger Kooperationsbeziehungen zu ambulanten Pflegeanbietern und sozialen Diensten;
- der Einbezug informeller Helfergruppen, insbesondere der Aids-Hilfen und ehrenamtlicher Helfer.

Hypothese: Bemerkenswert scheint uns zu sein, daß dieses Modell intendiert, den das Versorgungssystem gemeinhin kennzeichnenden Organisations- und Professionsseparatismus (Illsley/Jamieson 1988) zu überwinden. Die hier gesammelten Erfahrungen werden daher nicht nur im Hinblick auf die Aids-Krankenversorgung, sondern auf das gesamte Gesundheitswesen interessant sein. Soll Versorgungsintegration auf informellem Weg hergestellt werden, so bedarf es jedoch eines hohen Engagements, einer Reihe von Umstellungsprozessen und vor allem von »Sonder«leistungen der an der Betreuung und Versorgung beteiligten Berufe. Zu befürchten ist, daß diese auf Dauer nicht zu erbringen sind, zumal sie sich im Alltag an einer Vielzahl von Strukturdefiziten abzarbeiten haben und nicht hinreichend durch Rückhalt bietende institutionelle Strukturen gesichert sind. Eine weitere Gefahr kennzeichnet dieses Modell. Es basiert entscheidend darauf, daß *alle* Glieder des Versorgungsverbundsystems für Aids expertisiert sind. Ist das nicht der Fall, können leicht Behandlungs- und Versorgungsdiskontinuitäten entstehen.

3.1 Fallstudie 1: Die HIV-Ambulanz im UKS

Streng genommen kann bei dieser HIV-Ambulanz nicht von einer »Ambulanz« gesprochen werden. Innerhalb der Abteilung für Kardiologie und der für Gastroenterologie des UKS wird eine spezielle poliklinische Sprechstunde für HIV- und Aids-Patienten angeboten, und um diese handelt es sich, sprechen wir hier von »Ambulanz«. Diese Differenzierung ist, wie wir zuvor andeuteten, folgenreich, denn gemäß den Zielen der Institution dienen poliklinische Sprechstunden, so auch solche, die sich speziell an HIV-Patienten wenden, vornehmlich Lehr- und Forschungsaufgaben. Schnell aber übernahm die HIV-Sprechstunde hier - wie auch andernorts beobachtbar - weitgreifende Versorgungsaufgaben. Als bald zeigte sich nämlich, daß die lehr- und forschungsdienlichen Aufgaben nicht realisierbar sind, ohne daß die Ambulanz zugleich als Betreuungsinstanz fungiert.¹

Die HIV-Ambulanz ist Teil der internistischen Poliklinik. Es sind ein Arzt und mehrere Pflegekräfte hier tätig. Die Ambulanz ist von Montag bis Freitag von jeweils 8 bis 16 Uhr geöffnet. Behandelt werden durchschnittlich acht bis zehn Patienten pro Tag.

Die Anbindung an die internistische Poliklinik hat neben inhaltlichen auch räumliche Konsequenzen, denn die Ambulanz ist in einem Trakt innerhalb deren Räume untergebracht. Sie verfügt über zwei Behandlungsräume, ein Schwesternzimmer, eine Küche und einem von allen multifunktional genutzten Gang. Die Räumlichkeiten sind extrem beengt. Diesem Nachteil steht allerdings ein Faktum gegenüber, das für die Nutzung - wie wir später zeigen werden - nicht unerheblich ist: daß es sich hier um ein speziell für HIV-Infizierte geschaffenes Angebot handelt, ist äußerlich nicht erkennbar.

Die Hauptaufgabe der Ambulanz besteht in der internistischen und immunologischen Betreuung von HIV-Patienten. Für neurologische, dermatologische, chirurgische und andere im Zusammenhang mit HIV auftretende Probleme stehen die jeweiligen Fachdisziplinen konsiliarisch zur Verfügung. Kommen die Patienten in die Ambulanz und ist klar, daß sie vornehmlich von hier aus betreut werden, erfolgt zunächst eine umfassende Eingangsuntersuchung. Dabei werden der Immunstatus erhoben, die entsprechende Labordiagnostik und andere diagnostische Maßnahmen eingeleitet. Die meisten dieser Untersuchungen werden außerhalb der Ambulanz in anderen Fachabteilungen durchgeführt, so z. B. Röntgenuntersuchungen, Bronchoskopien oder Endoskopien. Die Unter-

¹ Wir erwähnen dieses Faktum explizit, weil es für die Nutzung - wie wir später zeigen werden, nicht unerheblich ist und weil die von uns untersuchte Ambulanz sich dadurch von anderen unterscheidet

suchungsergebnisse fließen in der Ambulanz zusammen, und auf ihrer Basis wird die Therapie festgelegt. Erhält der Patient Studienmedikamente oder wird er im Rahmen der Lehr- und Forschungsaufgaben betreut, wird die Therapie in der Ambulanz durchgeführt; ansonsten wird der Patient mit einem Therapieverschlagn an den Hausarzt zurückverwiesen, der dann die weitere Behandlung übernimmt.

Nach der Eingangsuntersuchung wird der Patient in regelmäßigen Abständen zur Kontrolle einbestellt. Diese Zeitabstände werden je nach Beschwerdebild und Befindlichkeitszustand festgesetzt. Im Verlauf der Krankheit werden die Zeitintervalle naturgemäß kürzer, so daß der Patient immer häufiger die Ambulanz konsultiert.

Werden stationäre Aufenthalte erforderlich, wird versucht, durch gezielte Informationsübergabe weitestgehende Behandlungskontinuität zu gewährleisten. Ähnlich ist die Verfahrensweise bei der Entlassung. In der Regel werden die Patienten dann an die Ambulanz verwiesen, die die Nachsorge übernimmt. Gleichzeitig bemüht sich die Ambulanz um Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten und intendiert dadurch, auch zur Seite der Primärversorgung hin die Kontinuität der Behandlung sicherzustellen.

Ein zentrales Problem ist die Finanzierung. Pro Patient kann durch die Ambulanz - unabhängig davon, wieviele Untersuchungen durchgeführt wurden und wie häufig der Patient die Ambulanz in Anspruch nimmt - nur ein *Festbetrag* pro Patient und pro Quartal mit der Krankenkasse abgerechnet werden. Im Fall der von uns untersuchten Ambulanz liegt dieser bei 85 DM und umschließt die gesamte Versorgung einschließlich der Labordiagnostik und der Fachkonsile. (In anderen Ambulanzen wurden Sondervereinbarungen getroffen.) Es muß kaum betont werden, daß dieser Betrag nicht annähernd kostendeckend ist. Allein die Kosten für die Eingangsuntersuchung betragen ca. 850 DM (Deutscher Bundestag 1990, S. 178). Ein erheblicher Teil der durch das Betreiben der Ambulanz entstehenden Kosten muß folglich innerinstitutionell umgelegt werden und geht zu Lasten anderer Etats. Für das Krankenhaus ist die Ambulanz so gesehen defizitär, so daß angenommen werden muß, daß sie institutionell auf Dauer nicht tragfähig erscheint.

Im folgenden werden wir zunächst den Zugang zur Ambulanz betrachten, dann ihre alltägliche Funktions- und Arbeitsweise untersuchen und schließlich fragen, ob die Ambulanz wirklich als Bindeglied zwischen beiden Sektoren zu fungieren und diese zu verknüpfen vermag.

3.1.1 Wege in die Ambulanz

Zunächst gehen wir der Frage nach, auf welche Weise der Zugang der Patienten zur Ambulanz erfolgt. Dabei gilt unser Interesse nicht den vorgezeichneten Regelpfaden, sondern dem faktischen Zugang unabhängig davon, ob er den formalen Bestimmungen entspricht oder nicht. Auf diese Weise erhoffen wir auch einen ersten Einblick in die Funktionsweise der Ambulanz und die sich im Alltag stellenden Probleme zu erhalten.

Ein Teil der Patienten gerät durch *innerinstitutionelle Zuweisung* bzw. Übermittlung an die Ambulanz. Haben Patienten zunächst dermatologische, neurologische oder ähnliche Beschwerden, so konsultieren sie direkt die entsprechenden Polikliniken. Kristallisieren sich im Zuge der Behandlung auch internistische Probleme heraus - wie es häufig der Fall ist -, werden die Patienten an die HIV-Ambulanz verwiesen. Kommen sie hierher, verläuft die weitere Koordination der Behandlung oft von der Ambulanz aus, weil diese sich speziell für Aids-Patienten zuständig fühlt.

Es gibt einen weiteren Weg, über den die Patienten innerinstitutionell in die Obhut der HIV-Ambulanz gelangen. Patienten, die stationär im UKS behandelt wurden, werden von dort zur Nachsorge an die Ambulanz verwiesen. Weil die enge Kooperation von Ambulanz und stationärer Versorgung ihnen Sicherheit vermittelt, verbleiben sie dann vielfach in der Ambulanz. Diese Zuweisungspraxis ist nicht ohne Kritik geblieben. Nicht alle der behandelnden niedergelassenen Ärzte schätzen die enge Kooperation von stationärer Versorgung und Ambulanz. Sie werfen der Ambulanz vor, sie würde Patienten abwerben oder gar »Patientenklaue betreiben« (A 1) und die niedergelassenen Ärzte zum Scheinlieferanten degradieren (A 2). Wir werden hier mit einem der Probleme dieses Modells konfrontiert, dem wir uns an späterer Stelle ausführlicher widmen werden.

Ein anderer, den Aussagen der Mitarbeiter zufolge, sehr großer Anteil der Patienten kommt auf *Hinweis des behandelnden niedergelassenen Arztes*. Dabei handelt es sich häufig um Fachärzte mit relativ hohem Anteil an Aids-Patienten, die sich nur für Teilaspekte der Erkrankung kompetent erklären, oder um Normalpraxen, die nur wenige Aids-Patienten zu ihrer Klientel zählen, sich für deren Primär- oder Grundversorgung zuständig fühlen und HIV- und aids-spezifische Fragen an die Ambulanz delegieren. Von den Aids-Schwerpunktpraxen werden in der Regel keine Patienten an die Ambulanz überwiesen, weil sie für sich in Anspruch nehmen, selbst über jene Expertise zu verfügen, die die Ambulanzen für sich reklamieren.

Andere Patienten kommen *auf eigenen Wunsch* und auf *direktem Weg* in die Ambulanz. Zwar benötigen sie einen »Schein«, d. h. eine Überweisung eines niedergelassenen Arztes; folglich sind sie gezwungen, einen Umweg zu wählen und zunächst einen niedergelassenen Arzt zu konsultieren. Von ihm wollen sie allerdings nicht behandelt werden, sondern möchten einzig den Zugang zur Ambulanz erhalten. Daß diese Zugangsweise relativ häufig gewählt wird, ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, daß viele dieser Patienten keinen Hausarzt im eigentlich Sinn haben oder in Praxen in Behandlung sind, in denen sie sich mit auf HIV und Aids bezogenen Problemen nicht hinreichend gut aufgehoben fühlen. Anders gesagt: Patienten aus Aids-Schwerpunktpraxen wenden sich selten gleichzeitig an die Ambulanz - es sei denn, sie sind mit ihrem Arzt unzufrieden und beabsichtigen generell, die Betreuung zu wechseln.

3.1.2 Gründe für die Konsultation der HIV-Ambulanz

Einer der wichtigsten Beweggründe, gerade die HIV-Ambulanz aufzusuchen, ist nach Ansicht der Mitarbeiter auf die spezielle Organisation der Versorgung von HIV- und Aids-Patienten im UKS zurückzuführen. Viele der Patienten der Ambulanz lehnen die Offenheit aids-spezifischer Versorgungs- und Betreuungsangebote ab und bevorzugen Einrichtungen, die ihnen Anonymität und Distanz sichern. Der dezentrale Charakter der Betreuung in diesem Krankenhaus und die räumliche Beschaffenheit der Ambulanz werden von dieser Patientengruppe besonders geschätzt, ermöglichen gerade sie ihnen doch, nicht als Aids-Kranke identifiziert zu werden. »Eine große Verbrüderung findet bei uns nicht statt.« (PK 4, 12/55-56) - so die lakonische Beschreibung einer Pflegekraft. Gemeint ist, daß in der HIV-Ambulanz wie generell in dieser Klinik wenig Wert darauf gelegt wird, daß die Patienten untereinander soziale Kontakte knüpfen und gemeinsame Anstrengungen zur Krankheitsbewältigung initiieren. Ebenso ist auf andere in der Aids-Krankenversorgung anzutreffende Betreuungskonzepte (vgl. Kapitel 3.3) angespielt, von denen man sich hier offenkundig abzugrenzen bemüht.

Eine andere Motivation, die HIV-Ambulanz zu konsultieren, resultiert den Mitarbeitern zufolge daraus, daß diese Teil eines Universitätskrankenhauses ist und die Patienten hoffen, hier in den Genuß einer medizinischen Betreuung zu gelangen, die dem neuesten Forschungs- und Erkenntnisstand entspricht. Viele der Patienten schätzen die diagnostischen Möglichkeiten eines Universitätsklinikums und bejahen die Durchführung von Forschung, was allerdings für andere Patienten Grund ist, diese Einrichtung zu meiden. Sie akzeptieren Forschung nur, wenn sie

»von einem weitentfernten Ort aus geschieht. Das heißt, es hat keiner was dagegen, wenn in Amerika eine Studie durchgeführt wird ... und das Forschungsergebnis dann hier verbraten wird ... Wenn aber jemand sagt, wir machen hier Forschung ... das wird [oft] nicht akzeptiert.« (AK 6, 23/11-21)

Folglich bleiben Patienten mit Vorbehalten gegenüber Forschung der Sicht der Mitarbeiter zufolge dieser Einrichtung fern bzw. verlassen sie alsbald wieder.

Für andere Patienten wiederum ist die mit einer Krankenhausambulanz assoziierte enge Verbindung zur stationären Versorgung von großer Wichtigkeit. Sie fühlen sich von der Ambulanz angezogen, weil sie glauben, bei Bedarf umgehend in die stationäre Versorgung übermittelt werden zu können, und somit hier auf ein »komplettes« und gleichzeitig spezialisiertes Behandlungs- und Versorgungsset zu stoßen. Andere Patienten kommen, da sie andernorts - gleich, ob mit den sie behandelnden niedergelassenen Ärzten oder mit anderen Krankenhäusern - unzufrieden waren und nun hoffen, in der Ambulanz auf eine ihren Bedürfnissen mehr entsprechende Betreuung zu treffen.

Wieder andere Patienten kommen weniger aus eigenen Beweggründen, sondern weil der behandelnde niedergelassene Arzt, meist der Hausarzt, sie »schickt«. In der Regel sind diese Patienten aus Facharztpraxen (Augen, Dermatologie) oder aus den von uns als solche bezeichneten Normalpraxen. Und eine noch andere Gruppe von Patienten gelangt mehr oder minder zufällig hierher. Sie gehört nicht zu den gut informierten Aids-Patienten, ganz im Gegenteil: Sie besitzt zumeist kaum Kenntnisse des Versorgungsangebots und sucht schlicht eine »sichere« Anlaufadresse für die HIV-Problematik. Gewissermaßen fällt diese Patientengruppe aus dem Rahmen, gelten Aids-Patienten doch als außerordentlich gut informiert und interessiert und überwiegend der Mittelschicht angehörig. Dennoch wird der Anteil nichtinformierter und den unteren sozialen Schichten angehörenden Patienten größer und scheint sich eher in Ambulanzen denn in Schwerpunktpraxen zu finden.² Wir deuten dieses als Hinweis darauf, daß solche Patienten, ob schon sie meist zufällig an die Ambulanz und den für sie stehenden Versorgungspfad gelangt sind, die Sicherheit etablierter und über hohe öffentliche Reputation verfügende Einrichtungen gegenüber neuen und unkonventionelleren Angeboten bevorzugen.

Fragen wir nun, in welchen *Stadien der Erkrankung* und mit welchen *Anliegen* die Patienten die HIV-Ambulanz aufsuchen. Ein Großteil der Patienten nimmt bereits in einem sehr frühen Stadium des Krankheitsverlaufs, unmittelbar nach Erhalt des positiven Te-

² Die sich hier abzeichnende Tendenz zeigt sich in anderen Zentren der Prävalenz, so beispielsweise in München, heute bereits sehr viel krasser.

stergeschehnisses, Kontakt auf und wünscht sich eine umfassende Information von einer spezialisierten Instanz und einen »check-up« bzw. eine Abklärung des Immunstatus. Diese Patienten erscheinen nach ein- oder zweimaliger Beratung oftmals lange Zeit nicht mehr, kehren aber zurück, wenn erste Krankheitssymptome auftreten und lassen sich dann meist ausschließlich von der Ambulanz betreuen. Letzteres trifft auch für eine andere Gruppe von Patienten zu, nämlich diejenigen, die überhaupt erst im Spätstadium kommen und sich dann mit dem Anliegen nach Abklärung, aber auch Behandlung aids-spezifischer Beschwerdebilder an die Ambulanz wenden. Wieder andere Patienten kommen irgendwann im Verlauf der Krankheit, ebenfalls mit dem Wunsch nach Behandlung und kontinuierlicher Betreuung. All diese Patienten suchen fast immer eine Anlaufstelle, an die sich *dauerhaft* mit *allen* HIV- und aids-spezifischen Fragen wenden können und die auch die Behandlung und Betreuung übernimmt. Die Konsequenzen dessen für die Arbeit der Ambulanzen werden wir später erörtern.

Vergleichsweise wenige Patienten konsultieren die Ambulanz nur sporadisch. Sie gehören fast immer der Gruppe der Drogenabhängigen an oder stammen nicht aus Berlin. Der Anteil derjenigen, die die Behandlungsinstanz wechseln, ist den Aussagen der Mitarbeiter zufolge relativ gering. Kommt es zu Wechseln, so sind diese meist einmaliger Natur. Ein Hin und Her zwischen existenten Behandlungsmöglichkeiten ist eher ungewöhnlich und bei Aids-Patienten offenkundig weniger häufig anzutreffen als bei anderen Patienten.³

3.1.3 Die Patienten

Der größte Teil der Patienten gehört hier wie in den anderen Einrichtungen auch zur Gruppe der *Homosexuellen* und hier insbesondere zu jenen, die weder als solche noch als Aids-Kranke erkannt werden wollen. Viele der Patienten der Ambulanz bevorzugen Einrichtungen, in denen Aids einen Status wie jede andere Krankheit einnimmt, d. h. eine gemischte Klientel zu finden ist, weil ihnen dieses ein Garant dafür zu sein scheint, unerkannt bleiben zu können.

³ Das heißt nicht unbedingt, daß Patienten nicht andere als die bei ihrer primären Anlaufstelle angebotenen Therapiemöglichkeiten hinzuziehen. Ein wahrscheinlich eher höherer Anteil als vermutet nutzt zusätzliche Heilverfahren, z. B. alternativmedizinische Therapien oder Naturheilverfahren. Auch die Inanspruchnahme von obskuren Heilangeboten, denen nicht selten der Ruf von Scharlatanerie anhaftet, ist anzutreffen, unserem Eindruck nach bislang aber nicht so weit verbreitet wie beispielsweise bei Krebspatienten. Je weiter aber die Chronifizierung der Krankheit voranschreitet, desto mehr werden wahrscheinlich zusätzliche Therapien jeglicher Couleur von den Kranken genutzt und desto größer wird das Angebot spektakulärer Heilversprechen.

»Also die möchten am liebsten noch mit einer Tarnkappe hier reinkommen, daß sie keiner sieht. Das soll alles anonym, geheim sein.« (PK 4, 11/55-57)

so beschreibt einer der Mitarbeiter diese Patientengruppe. Daneben gehören *Drogenabhängige* zur Klientel der Ambulanz, machen mit ca. 5 bis 10 % allerdings einen relativ geringen Anteil aus. Die Mitarbeiter selbst vermuten, daß die Ambulanz für diese Betroffenenengruppe nicht niedrigschwellig genug und deshalb nicht attraktiv ist. Der Anteil anderer Patientengruppen, z. B. der heterosexuell Infizierten, ist entsprechend den epidemiologischen Realitäten zahlenmäßig gering.

Unter *schichtenspezifischen Aspekten* betrachtet sind vornehmlich Mittelschichtangehörige in der Ambulanz zu finden. Doch auch sozial eher randständige und sehr viel weniger gut informierte Patienten gehören zur Klientel der Ambulanz. Ihr Anteil ist hier größer als in vielen anderen Einrichtungen der Aids-Krankenversorgung. Sie sind sowohl bei den Homosexuellen vorhanden wie bei der Gruppe der Drogenabhängigen. Alle hier an der Betreuung beteiligten Berufen betonen jedoch zugleich, daß sie bislang wenig mit Patienten in sozialen Notlagen, beispielsweise mit Obdachlosigkeit und Verarmung, konfrontiert worden seien.

Unter *geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten* besehen rekrutiert sich der überwiegende Teil aus der männlichen Bevölkerung. Die wenigen Frauen gehören der Gruppe der Drogenabhängigen an. Das *Durchschnittsalter* der Patienten bewegt sich den Angaben der Mitarbeiter zufolge zwischen 35 und 40 Jahren. Explizit betont wird, daß auch einige, wenngleich wenige HIV-Infizierte hohen Alters die Ambulanz aufsuchen; so gibt es z. B. einen über 80jährigen und mehrere Patienten im Rentenalter. Erwähnenswert scheint uns dieses Faktum deshalb, weil Aids im Alter bis heute in der Literatur als nahezu exotisches Phänomen gilt (exemplarisch Benjamin 1989), im Alltag der versorgenden Einrichtungen aber immer wieder sporadisch anzutreffen ist.

Schließlich bleibt zu ergänzen, daß die Patienten der Ambulanz überwiegend aus West-Berlin stammen. Dieses ist einer der wesentlichen Unterschiede zu Ambulanzen anderer Zentren der Prävalenz. So rekrutieren sich die Patienten der Ambulanzen in Frankfurt und München aus einem sehr weitgesteckten regionalen Umfeld, was völlig andere Betreuungsprobleme mit sich bringt.

3.1.4 HIV- und Aids-Patienten aus der Sicht der Mitarbeiter

Welches Verhältnis haben die Mitarbeiter zu HIV-Patienten und zu den unterschiedlichen die Ambulanz konsultierenden Patientengruppen? Dieser Frage wollen wir uns widmen, bevor wir uns dem Alltagsgeschehen in der Ambulanz zuwenden. Zunächst einmal ist zu betonen, daß HIV-Patienten bei den Mitarbeitern der Ambulanz ein gutes Ansehen genießen und zu den meisten Patienten relativ enge Beziehungen bestehen. Das hat seinen Grund unter anderem darin, daß sie tagtäglich mit der Problematik HIV- und Aids-Kranker befaßt sind und die meisten Patienten über einen langen Zeitraum betreuen, doch ebenso darin, daß sie sich explizit für die Arbeit in der HIV-Ambulanz entschieden und sich der Arbeit mit diesen Patienten verschrieben haben. Bei den nur lose in die Betreuung involvierten Mitarbeitern anderer Fachabteilungen stellt sich das anders dar. Je seltener sie mit HIV-Patienten konfrontiert sind und je weniger sie die Arbeit mit ihnen als fachliche und soziale Herausforderung begreifen, desto geringer ist bei vielen das Interesse an dieser Patientengruppe.

Das positive Ansehen von HIV- und Aids-Patienten bei den Mitarbeitern der Ambulanz ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, daß diese Patienten sich ihrer Meinung nach in mehrfacher Hinsicht von anderen Patienten unterscheiden. Sie sind jünger als die Durchschnittsklientel des Krankenhauses, ihre Probleme sind andere als die der Normalpatienten, und ihre Probleme sind existentiell brisanter und medizinisch interessanter. Außerdem gilt die Arbeit mit ihnen als »sexuell angereichert« (PK 4, 5/15). Aufgrund des besonderen Charakters der Krankheit ermöglicht Aids, sich mit gesellschaftlich tabuisierten Themen zu befassen und Einsichten in Lebenswelten und Milieus zu erhalten, die Außenstehenden verschlossen sind. Dieses wird von einigen Mitarbeitern der Ambulanz sehr geschätzt, obschon genau das für viele ihrer Kollegen - so betonen sie - eher ein Grund ist, diese Arbeit zu meiden. Die Stigmatisierungsgefahren, denen Aids-Erkrankte unterliegen, haben bei den Mitarbeitern der Ambulanz also Umkehrfekt und bilden für sie Anlaß, sich in besonderem Maße für diese Patienten zu engagieren.

Gleichwohl sind nicht alle Patientengruppen gleichermaßen gut angesehen. Das höchste Ansehen genießen die *Homosexuellen*. Sie werden als »häufig gut informiert über die ganze Erkrankung, über die Infektion und die notwendigen Maßnahmen« (AK 6, 9/22-23) bezeichnet und gelten als meistens nett und freundlich (AK 6, 27/15). Gleichzeitig wird betont, daß diese Patientengruppe keineswegs einfach ist: »Die [homosexuellen Patienten] machen aus einer Mücke einen Elefanten« (PK 4, 23/16-17), sind anspruchsvoll,

beschweren sich und beharren auf ihren Wünschen nach einer situations- und krankheitsadäquaten Betreuung. Doch werden solche Verhaltensweisen, die bei anderen Patientengruppen rasch dazu führen, daß sie als »schwierig« etikettiert werden, diesen Patienten nachgesehen:

»Also sie haben Recht und sind irgendwie auch Vorreiter für andere Patienten.« (PK 4, 23/25-26)

Die Mitarbeiter sind folglich bemüht, dieser Patientengruppe so weit als möglich entgegenzukommen. So wird beispielsweise der häufig von homosexuellen Patienten an sie herangetragene Wunsch nach Anonymität durchgängig akzeptiert. Nicht immer aber kann ihm ausreichend entsprochen werden. Welche Probleme das hervorzurufen vermag, verdeutlicht folgender Textauszug:

»Es ist oft so, daß bestellte Patienten . . . mich anrufen und sagen, ich kann heute nicht kommen, ich habe jemand gesehen, der da draußen sitzt, den kenn' ich - ich kann den Termin nicht einhalten.« (PK 4, 11/46-50)

Zwar versuchen die Mitarbeiter bei der Einbestellung und auch beim räumlichen Management der Behandlung, den Besonderheiten dieser Patienten gerecht zu werden, dennoch passieren »Pannen«, auf die manche der Patienten, wie zu sehen war, empfindlich reagieren: lieber Behandlungsverzögerungen oder Nicht-Behandlungen in Kauf nehmen, als den Wunsch nach Anonymität aufgeben.

Wir führen dieses Beispiel an, weil es uns in zweierlei Hinsicht bemerkenswert zu sein scheint. Zum einen weist es auf die der Krankheit nach wie vor anhaftenden Stigmatisierungstendenzen. Gleichzeitig aber wird hier offenbar, wie wichtig es ist, bei der Konzipierung von Versorgungsmaßnahmen darauf zu achten, daß diese den unterschiedlichen Merkmalen und den Besonderheiten der jeweiligen Patientengruppen entsprechen.

Das trifft keineswegs nur für diese Patientengruppe zu, sondern ebenfalls für eine andere: die *Drogenabhängigen*. Im Gegensatz zu den Homosexuellen aber sehen sich die Mitarbeiter hier nicht in der Lage, sich auf diese Gruppe einzustellen. Die Drogenabhängigen gelten, wie in fast allen Einrichtungen der Krankenversorgung, als die Patientengruppe, die immer Probleme macht. Das ist entscheidend darauf zurückzuführen, daß die Drogenabhängigen sich nur schwer bzw. gar nicht zur Einhaltung der mit der Patientenrolle einhergehenden Verpflichtungen bewegen lassen. Sie halten - so die Mitarbeiter - Termine nicht ein, kommen bestenfalls punktuell nach eigenem Belieben, aber nicht zu der verabredeten Zeit und in der erforderlichen Regelmäßigkeit, halten Therapien nicht durch, medikamentieren sich selbst, haben Sonderwünsche etc.:

»Die kommen zweimal und dann nicht mehr. Oder die kommen einmal und dann wieder erst anderthalb Jahre später. Treten dann plötzlich auf und wollen irgendein Rezept haben, obwohl wir sie anderthalb Jahre nicht gesehen haben. Also ich glaube, daß viele gar nicht betreut werden, weil sie nicht in der Lage sind, regelmäßige Termine wahrzunehmen.« (AK 6, 10/9-16)

Unschwer ist vorstellbar, daß die mangelnde Verbindlichkeit dieser Patientengruppe die Ärzte und auch die anderen Mitarbeiter im Krankenhaus vor Probleme stellt. Sie müssen diese Patienten behandeln, wissen aber zugleich, daß die Behandlung erfolglos bleiben wird, weil keine Kontinuität hergestellt werden kann. Doch nicht allein deshalb gilt die Arbeit mit Drogenabhängigen als außerordentlich frustrierend:

»Das ist natürlich . . . auch frustrierend, nicht, wenn zunächst jemand kommt und irgendwelche Beschwerden hat, wo man sich vielleicht große Sorgen macht und sich sehr viel Mühe gibt und Termine vereinbart, und dann kommen die nicht mehr. Und die ganze Mühe war für die Katz - das ist unheimlich frustrierend.« (AK 6, 11/5-11)

Beklagt wird, daß bei dieser Patientengruppe jegliche Bemühungen ins Leere laufen. Genauer betrachtet muß vor allem mit Blick auf die Ärzte zwischen zwei Aspekten unterschieden werden. Während die Drogenabhängigen sich den mit der Patientenrolle verbundenen Verpflichtungen entziehen können, sehen sich die Ärzte genötigt, ihrer Aufgabe nachzukommen, und diese Asymmetrie, die zudem zu einer Aufweichung der Struktur der Arzt-Patienten-Interaktion führt, ist eine der Ursachen von Frustration und Unmut. Ein zweites Moment gesellt sich hinzu. Werden die Ärzte tätig, so geht das nicht ohne Engagement und persönlichen Einsatz. Gerade hierin sehen sie sich von den Drogenabhängigen nicht mit Respekt bedacht, wenn sie »keine Lust haben oder einfach vergessen« wiederzukommen (AK 6, 11/1-3). Im Grunde genommen fühlen sich die Ärzte also in doppelter Hinsicht mißachtet und häufig auch ausgenutzt. Und da sie gleichzeitig keine Möglichkeit sehen, auf diese Patienten einzuwirken und sie im Sinne der Standards der Arzt-Patienten-Interaktion zu sozialisieren, bleibt ihnen nur das Aufatmen darüber, daß der Anteil dieser Patienten gering ist.

Für die Versorgungsgestaltung sind solche Erfahrungen bedeutsam. Sehr viel weniger als bei der erstgenannten Gruppe sehen sich die Mitarbeiter - Ärzte wie Pflegekräfte - in der Lage, die Betreuung auf die Besonderheiten dieser Patienten auszurichten. Wird den auf Anonymität bedachten Homosexuellen prinzipiell Behandlungswilligkeit unterstellt, so ist man sich bei dieser Gruppe keineswegs sicher. Die mangelnde Verbindlichkeit, ob schon auf der einen Seite als Teil der Suchtkrankheit definiert, wird gleichzeitig als Verweigerung erlebt. Folglich gibt es seitens der Mitarbeiter in dem Bemühen um diese

Patienten durchaus Grenzen, zumal sie wenig Lust verspüren, diese Patienten »zu ihrem Glück zu zwingen«. Sie beharren auf der Autonomie der Patienten, zu der die Freiwilligkeit der Behandlung ebenso gehört wie die Entscheidung darüber, wie mit dem eigenen Leben und so auch mit Krankheit und Gesundheit verfahren wird. Auf der anderen Seite ist ihnen durchaus unwohl bei der Vorstellung, daß diese Patienten »einfach auf der Straße bleiben« und dort wahrscheinlich vor sich hinvegetieren, kollidiert dieses doch zumindest bei den Ärzten mit ihrer professionellen Schutzfunktion. In vielerlei Hinsicht löst diese Patientengruppe bei den Mitarbeitern Ohnmachtsgefühle und Hilflosigkeit aus. Dieses mag einer der Gründe sein, weshalb häufig zu hören ist, daß es bereits als Erfolg anzusehen sei, wenn Drogenabhängige überhaupt in den Einrichtungen der Krankenversorgung in Erscheinung treten.

Zu den wenigen *heterosexuellen Patienten* ist das Verhältnis unproblematischer. Dennoch wird die Arbeit mit ihnen als bedrückender empfunden als mit den homosexuellen Patienten, weil sie verschlossener sind, sich stärker isolieren und weniger klar Wünsche äußern, auf die die Mitarbeiter der Ambulanz sich einstellen können. Zudem gibt es für sie weniger soziale und psychosoziale Unterstützungsangebote, auf die verwiesen werden kann. Auch diese Patienten rufen daher Ohnmachtsgefühle und Hilflosigkeit bei den Mitarbeitern hervor, wenngleich sie anders begründet sind als bei den Drogenabhängigen.

3.1.5 Funktions- und Arbeitsweise der HIV-Ambulanz im UKS

In diesem Abschnitt betrachten wir das Alltagsgeschehen in der HIV-Ambulanz des UKS. Wir fragen, wie sich die Funktions- und Arbeitsweise der Ambulanz für die Mitarbeiter, die hier tätigen Ärzte und Pflegekräfte, ausnimmt und mit welchen Problemen diese sich im Alltag konfrontiert sehen. Dabei beleuchten wir die institutionelle Einbindung der Ambulanz sowie die Kooperation mit anderen Fachabteilungen und externen Versorgungsinstanzen.

Will man sich das Alltagsgeschehen in der Ambulanz vergegenwärtigen, ist zunächst daran zu erinnern, daß die Behandlung von HIV- und Aids-Patienten im UKS dezentral organisiert ist, d. h. die Patienten werden je nach Symptomausbildung in den entsprechenden fachlichen Abteilungen behandelt. Nicht zwingend ist die HIV-Ambulanz also diejenige Instanz, an die HIV-Patienten als erstes gelangen und die die Betreuung übernimmt. Einzig wenn von vornherein internistische Probleme überwiegen, ist sie für diese Patienten zuständig. Stehen nicht-internistische Probleme im Vordergrund, werden die

Patienten von der entsprechenden Fachabteilung der Poliklinik betreut; kommen inter-nistische Krankheitsbilder hinzu, werden die Patienten in die HIV-Ambulanz übermit-telt. Aber auch dann werden sie nicht immer von der Ambulanz betreut, sondern oftmals lediglich »mitbehandelt«: Sie inhalieren beispielsweise in der HIV-Ambulanz, die die einzige Inhalationsstelle im Haus ist, bleiben aber hauptsächlich andernorts in Behand-lung. Was das praktisch bedeutet, ist dem folgenden Textauszug zu entnehmen:

»Also HIV-Patienten können hier praktisch im ganzen Haus sein und werden immer von mehreren Stellen mitbehandelt.« (PK 4, 1/30-32)

So sinnvoll diese Verfahrensweise auf der einen Seite sein mag, unübersehbar ist, daß sie mit einer Reihe von Schwierigkeiten einhergeht, allen voran mit *Zuständigkeitsproblemen*. Da die Patienten immer von mehreren Fachabteilungen (mit)behandelt werden, ist im Alltag oft unklar, welche eigentlich diejenige Stelle ist, die den Patienten »behandelt«, und welche Stellen diejenigen sind, die lediglich »mitbehandeln«, d. h. welche Abteilung als zentrale Anlaufstelle für die Patienten fungiert, die Koordination der Behandlungen bzw. Untersuchungen und die Betreuung des Patienten auf seinem Weg durch das Krankenhaus übernimmt. Ebenso schwierig ist es, die Grenze zwischen »Mitbehandlung« und »Behandlung« zu ziehen, was nicht allein organisatorische, sondern auch krankheitsspezifische Gründe hat. Insbesondere wenn gleichermaßen problematische Krankheitsbilder von unterschiedlichen medizinischen Fachrichtungen be-handelt werden, wie häufig bei Aids, ist diese Grenze nur schwer zu ziehen. Das gleiche ist der Fall, wenn Patienten zwar eigentlich an anderer Stelle betreut werden, sich aber überwiegend in der nur mitbehandelnden Ambulanz aufhalten und sich mehr und mehr an diese mit all ihren Anliegen wenden. Weil kaum inhaltliche Kriterien für die Grenz-ziehung zur Verfügung stehen, entscheidet oft die Befindlichkeit des Patienten bzw. die Einschätzung der Ambulanzmitarbeiter. Stellen sie im Zuge einer Konsultation fest, daß der Patient das Geschehen im Haus nicht überblickt und ihn die verstreute Behandlung vor Schwierigkeiten stellt und belastet, nehmen sie sich seiner an und kümmern sich um das Behandlungsmanagement, und das, wie sie betonen, oftmals mehr, als sie »eigentlich« müßten. Dann stellen sie sich als Ansprechpartner zur Verfügung, sind auf dem Weg durch die verschiedenen Abteilungen des Krankenhauses behilflich, springen ein, wenn es Probleme gibt etc. Sie *kompensieren* also soweit wie möglich die aus der *Dezentralisierung* erwachsenden *Integrationsprobleme*, denn andernfalls würden sie dem Patienten selbst aufgebürdet.

Deklariert die Ambulanz sich als zuständig für den Patienten, bestimmt die dezentrale Organisation ebenfalls weitgehend das Geschehen. Rein formal betrachtet ermöglicht

die HIV-Ambulanz durch die ihr zur Verfügung stehenden konsiliarischen Möglichkeiten eine umfassende medizinische Betreuung. Dennoch ist zu betonen, daß die eigenen diagnostischen Möglichkeiten der HIV-Ambulanz sehr beschränkt sind. Nur wenige der für die Behandlung von HIV- und Aids-Patienten erforderlichen Untersuchungen können direkt in der Ambulanz erfolgen. Die Mehrzahl muß an andere Abteilungen delegiert, und zahlreiche Untersuchungen können nur stationär durchgeführt werden. Die damit verbundenen Folgeerscheinungen bestimmen entscheidend das Alltagsgeschehen in der Ambulanz und - das soll nicht unterschlagen werden - auch die Qualität der Versorgung. Die Patienten müssen bei fast jedem Untersuchungstermin eine ganze Reihe von Abteilungen durchlaufen und sind mit einer Vielzahl von Personen konfrontiert, die sie nicht oder bestenfalls flüchtig kennen, die keine genaue Kenntnis ihrer Situation haben und meist nur an Teilproblemen ihres Falls interessiert sind. Für die Mitarbeiter wiederum geht die Dezentralisierung mit besonderen *Koordinationsanforderungen* einher und stellt hohe Anforderungen an ihre Kooperations- und Integrationsfähigkeit. Betrachten wir, wie sie diese bewältigen.

Beispielweise werden die bei jedem »check-up« der Patienten notwendigen externen Untersuchungen von hier aus organisiert. In der Regel bemüht sich eine der Schwestern, die dafür erforderlichen Termine rasch, möglichst noch am gleichen Tag und ohne lange Wartezeit zu erhalten. Allein diese Aufgabe erweist sich im Alltag als schwierig, weil Untersuchungen oftmals ad hoc festgelegt werden und sie in jedem Fall mit den Zeitplänen anderer Abteilungen abgestimmt werden müssen. Oft bedarf es großen sozialen Geschicks, um solche Termine möglichst bald und auch anschlussfähig zu organisieren. Doch häufig ist das nicht möglich, so daß die Patienten Wartezeiten in Kauf nehmen müssen und bei einem »check-up-Termin« meist den ganzen Tag im Krankenhaus verbringen. Dabei erweist sich nicht nur als Zeitfaktor, daß sie für jede Untersuchung gewissermaßen neu »anstehen« müssen, sondern daß sie - weil alle Untersuchungen innerhalb der normalen Abteilungen erfolgen - als »Infektiöse« sonderbehandelt werden und immer als letzte an die Reihe kommen. Andere Zeitverluste entstehen dadurch, daß der Erhalt der Untersuchungsergebnisse schwierig ist. Denn nicht automatisch fließen die Ergebnisse durchgeführter Untersuchungen direkt an sie zurück, sei es, weil Befunde nicht sofort vorliegen oder weil plötzlich andere Aufgaben im Vordergrund stehen und vergessen wird, daß da ein Patient sitzt und wartet etc. Gelingt es dem Patienten nicht, die Befunde zu bekommen, oder ist er nicht in der Lage, die dazu notwendige Energie aufzubringen (beispielsweise den Ärzten hinterher zu telefonieren und darauf zu insi-

stieren, daß diese trotz der Vielzahl dringlichster Aufgaben, die sie zu erledigen haben, mit ihm sprechen), werden die Mitarbeiter der Ambulanz vermittelnd tätig:

»Jetzt war zum Beispiel so ein Fall, von einem Patienten, der von uns mitbetreut wird und auch vom Neurologen. Der hatte Schwierigkeiten, jetzt den neurologischen Arzt zu kontaktieren ... Der [Arzt] hatte eine Andeutung gemacht, daß er irgendwas im Kopf-CT hätte. Jetzt war der Patient ganz aufgeregt, konnte diesen Arzt aber nicht erwischen. Ja, und da haben wir natürlich alle Hebel in Bewegung gesetzt. Mit dem Ergebnis, daß der [hauptbetreuende] Arzt ihm hinterher sagen konnte, war nichts ... Aber der mußte erst selber die CT-Stelle anrufen, den untersuchenden Arzt suchen usw. Wir versuchen so etwas zu klären. Einfach für die Patienten, was aber an und für sich nicht unsere Aufgabe wäre, weil das ja eine andere Stelle veranlaßt hatte.« (PK 4, 3/29-49)

Obschon dieses Beispiel sich auf einen »mitbehandelten« Patienten bezieht, gibt es doch einen typischen Einblick in das alltägliche Ambulanzgeschehen. Häufig müssen die Mitarbeiter für die Patienten tätig werden: Ärzte ansprechen, Informationen einholen oder sich nach Befunden erkundigen und auf diese Weise die Folgeerscheinungen der verstreuten Behandlungsweise bzw. der Desintegration ausgleichen. Für sie ist diese Aufgabe zwar weniger belastend als für die Patienten, aber dennoch aufwendig, denn auch sie müssen dazu - wie das Beispiel gezeigt hat - anderen Abteilungen hinterhertelefonieren und unter Umständen viele Personen kontaktieren, bis sie erfahren, was sie wissen wollen.

Andere Koordinationsprobleme erwachsen daraus, daß die *innerinstitutionelle Kooperation und Information* nicht reibungslos verlaufen. Gerade bei Aids ist angesichts der wechselhaften und sich schnell zuspitzenden Krankheitsbilder meist rasches Handeln gefordert und kann nicht gewartet werden, bis Befunde sozusagen auf dem »Amtsweg« an die entsprechende Stelle, so auch an die Ambulanz, weitergeleitet werden. Schnelle Information und ineinandergreifendes Handeln sind also für die Behandlung dieser Krankheit von besonderer Wichtigkeit. Darüber besteht innerinstitutionell allenthalben Konsens. Die Alltagspraxis ist jedoch dadurch gekennzeichnet, daß die interne Kooperation und Kommunikation eher schwerfällig denn flexibel und den Erfordernissen der Aids-Behandlung angepaßt sind. So können beispielsweise die Ambulanzmitarbeiter nicht davon ausgehen, daß sie automatisch und vor allem, daß sie *umgehend* über Ergebnisse der von ihnen veranlaßten Untersuchungen und alle anderen mittel- und unmittelbar die Behandlung ihrer Patienten betreffende Fakten unterrichtet werden. Meist müssen sie selbst aktiv werden, um diese Informationen zu erhalten; und oft müssen sie dazu den in die Behandlung involvierten Fachdisziplinen hinterherlaufen:

»Also wir müssen denen viel hinterherlaufen . . . Es ist so Fünzig zu Fünzig.« (PK 4, 3/29-20)

Hier wird deutlich, daß die mit der dezentralen oder »verstreuten« Behandlungsweise, wie wir es genannt haben, verbundenen Folgeerscheinungen eines der Hauptprobleme des Alltagsgeschehens in der Ambulanz ausmachen. Nach eigenen Angaben verbringt allein das hier tätige Pflegepersonal mehr als 20 % seiner Tätigkeit mit daraus erwachsenen Koordinations- und Abstimmungsaufgaben. Für die Ärzte stellt sich die Situation vergleichbar dar.

Nicht wesentlich weniger Zeit geht mit dem Ausgleich von »Pannen«, vielfach Folgeerscheinungen von schlechter Koordination und mangelndem Ineinandergreifen, verloren. So konzidiert einer der Mitarbeiter, als er das Modell beschreibt:

»Ja natürlich passieren halt Pannen - es passieren ja überall mal Fehler, nicht« (PK 4, 1/51).

Beispielsweise bekommen Patienten, bei denen Untersuchungen in unterschiedlichen Abteilungen durchgeführt werden, zuweilen mehrfach Blut abgenommen, sind Untersuchungen nicht aufeinander abgestimmt und Therapien nicht sorgfältig aneinander angepaßt, oder ist die Information des Patienten widersprüchlich. All dieses sind Phänomene, die zum alltäglichen Erscheinungsbild in dezentral organisierten, hochspezialisierten Einrichtungen gehören. Dennoch sind die aus ihnen erwachsenen Konsequenzen für die Mitarbeiter folgenreich. Sie sind nicht nur der Kritik der Aids-Patienten ausgesetzt, die Betreuungsmängeln wesentlich vehementer entgegengetreten als andere Patientengruppen, sondern müssen im Alltag einen großen Teil ihrer Zeit mit der Milderung von »Pannen« und Abstimmungsprozeduren, die aufgrund solcher Pannen erforderlich werden, verbringen.

Um solche Koordinationsprobleme zu verringern und die innerinstitutionelle Kooperation den krankheitsspezifischen Behandlungserfordernissen anzupassen, wurden zu Beginn der Arbeit mit HIV- und Aids-Patienten von seiten der Ambulanz *berufsübergreifende Arbeitsbesprechungen aller mit HIV und Aids befaßten Abteilungen* initiiert. In festgelegtem Rhythmus trafen sich die Ärzte aller beteiligten Disziplinen, das Pflegepersonal und andere in die Betreuung einbezogenen Berufsgruppen, um die Situation der einzelnen Aids-Patienten zu erörtern, Maßnahmen aufeinander abzustimmen und zu versuchen, die innerinstitutionelle Arbeitsweise reibungsloser und patientengerechter zu gestalten. Ebenso sollte auf diese Weise die institutionelle Einbindung der Ambulanz verbessert werden. Anfänglich wurden diese Besprechungen lebhaft besucht und von

allen Beteiligten sehr wohl als sinnvoll und nützlich beurteilt. Unter dem Druck des Krankenhausalltags und mit der Gewöhnung an Aids und an Aids-Patienten aber »blättert« die Beteiligung ab und schwand das Interesse. »Plötzlich« und für die uns berichtenden Mitarbeiter unverstündlich »kamen die nicht mehr . . . hatten plötzlich keine Zeit mehr« (PK 4, 2/28-29). Mit »die« sind hier die Ärzte gemeint. Ihr Interesse an solchen Fall- und Arbeitsbesprechungen ermüdete alsbald, und das um so mehr, je weniger sie mit HIV- und Aids-Patienten zu tun hatten. Als erstes blieben die Ärzte entfernterer Fachabteilungen weg und gewissermaßen als Sogeffekt schon bald auch andere. Aus der utilitaristisch gefärbten Brille der Ärzte besehen degenerierten diese Zusammenkünfte alsbald zu einem zeitraubenden Unternehmen, das wenig Nutzen für die unmittelbaren Belange ärztlichen Handelns zu haben schien und angesichts der Fülle auf ihnen lastender, nicht aids-spezifischer Aufgaben als zu aufwendig betrachtet wurde.

Anders die Pflegekräfte, sie waren »immer die einzigen, die hier durchgehalten haben« (PK 4, 2/32-33). Von ihnen werden die Arbeitsbesprechungen nach wie vor für wichtig befunden, da sie dazu beitragen, die persönlichen Beziehungen und den Kontakt untereinander zu verbessern. »Wir kennen uns jetzt untereinander«, so eine Pflegekraft, und das wiederum wirkt sich erleichternd auf den Alltag aus, weil damit die Voraussetzungen für eine unkompliziertere Kooperation geschaffen sind:

»Wir können jetzt, wenn irgendwelche Fragen auftreten, halt auch anrufen und sagen, das ist so und so. Oder gehen auch schon mal hin und klären dann die Sachen vor Ort.« (PK 4, 2/40-44)

Wir werden hier auf ein Phänomen gestoßen, dem mehrfach im Alltag der Aids-Krankenversorgung zu begegnen ist: Funktionierende und dabei funktionale Kooperationen zeichnen sich fast immer dadurch aus, daß *persönliche* Arbeitsbeziehungen geschaffen und formale Kooperation in kollegiales Verhalten transferiert werden konnten.

Für erwähnenswert halten wir, daß in dem unterschiedlichen Teilnahmeverhalten und der unterschiedlichen Bewertung der berufsübergreifenden Arbeitsbesprechungen eine Divergenz sichtbar wird, die häufig im Krankenhausalltag anzutreffen ist. Insbesondere wenn es um berufsübergreifende Kommunikationsprozesse geht, kann fast immer beobachtet werden, daß das Interesse der Ärzte geringer und weniger dauerhaft ist als das anderer Berufe. Beispielsweise werden auch berufsübergreifende (Aids-)Supervisionsangebote (im UKS wie in anderen Krankenhäusern) vornehmlich vom Pflegepersonal besucht. Die Ärzte proklamieren zwar die Zweckmäßigkeit solcher Angebote, nutzen sie aber bestenfalls sporadisch (Schaeffer 1992).

Trotz punktueller Erfolge war dem unternommen Bewältigungsversuch zur Milderung der schwerfälligen und desintegrierten Behandlungsorganisation insgesamt also wenig Gelingen beschert. Er scheiterte vor allem an dem alsbald nachlassenden Interesse der Ärzte anderer Fachabteilungen an HIV und Aids sowie an dem Widerwillen, exemplarisch in einem Bereich der Krankenversorgung engmaschigere abteilungs- und berufsübergreifende Kooperations- und Kommunikationsstrukturen zu etablieren. Allerdings sind solche Strukturen, das soll ausdrücklich betont werden, im normalen Krankenhausbetrieb unüblich und kollidieren mit den alltäglichen Handlungsgewohnheiten. Erforderlich wäre gewesen, die Innovationen im Interesse einer krankheitsangemessenen Betreuung von Aids-Patienten weitaus mehr formal abzusichern. Fehlt es solchen quer zum Normalbetrieb liegenden Bestrebungen an abstützenden institutionellen Strukturen, drohen sie, wie zu sehen war, mit der Routinisierung des ehemals Neuen über kurz oder lang zu verebben.

Für die Ambulanz bedeutet das, daß die von ihr ausgehenden Anstrengungen zur Herstellung einer integrierten Betreuung und einer dementsprechenden Kooperation weitgehend ins Leere liefen. Auch die institutionelle Einbindung der Ambulanz konnte nicht verbessert werden. Für die Arbeitsweise der Ambulanz ist das folgenreich. Weil die Ambulanz nur ein Glied in einer ganzen Kette von beteiligten Instanzen darstellt, ist sie in hohem Maße von den Beiträgen anderer abhängig. Greifen diese nicht ineinander, entstehen Reibungsverluste und eine Vielzahl von Organisations- und Abstimmungsproblemen, die von der Ambulanz ausgeglichen werden *müssen*, aber nur bedingt ausgeglichen werden *können*. Diese gewissermaßen dilemmatorische Situation impliziert für die Mitarbeiter nicht nur Mehrarbeit, sondern stellt auch eine Quelle von Belastung dar.

Gleichwohl wird in der Ambulanz, allen negativen Erfahrungen zum Trotz, bis heute an den einmal initiierten Arbeitsbesprechungen festgehalten. Allerdings hat sich deren Charakter gewandelt. Heute nehmen überwiegend die in der Ambulanz tätigen Mitarbeiter und ehrenamtlichen Helfer daran teil und geht es vornehmlich darum, die *ambulanzinternen* Probleme zu erörtern und die von hier aus initiierten Betreuungsanstrengungen zu koordinieren und zu verbessern. So sinnvoll solche Bemühungen auch sein mögen, muß doch konstatiert werden, daß es sich hier letztendlich um einen etwas hilflos anmutenden Versuch handelt, das Scheitern der Bemühungen um Versorgungsintegration im UKS zu ignorieren. Die Funktions- und Arbeitsweise der Ambulanz kann aufgrund ihrer appendixartigen Einbindung auf diese Weise bestenfalls partiell opti-

miert werden. Die innerinstitutionellen Probleme, insbesondere die mit der dezentralen bzw. »verstreuten« Behandlungsorganisation einhergehenden Kooperationschwierigkeiten und Integrationsprobleme, sind nach wie vor existent.

3.1.6 Kooperation mit den bettenführenden Abteilungen

Die Zusammenarbeit mit den bettenführenden Abteilungen spielt im Ambulanzalltag an drei Berührungspunkten eine wichtige Rolle:

- innerhalb der ambulanten Betreuung, weil einige Untersuchungen nur stationär durchgeführt werden können;
- wenn Krankenhausaufenthalte erforderlich werden;
- bei der Rückführung aus dem stationären in den ambulanten Bereich, wenn Patienten zur Nachsorge an die Ambulanz übermittelt werden.

Befassen wir uns zunächst mit dem ersten Berührungspunkt. Sind *stationäre Aufnahmen aus diagnostischen Gründen* unumgänglich, können Patienten nicht direkt aufgenommen werden. Sie müssen das normale Verfahren durchlaufen, d. h. sich zunächst anmelden und auf ein freies Bett warten. Sie kommen dann auf die Aufnahmestation, auf der es »zugeht wie auf einem Bahnhof« (AK 6, 8/2). Hier erhalten sie die Untersuchung und können danach - sobald es ihr Zustand erlaubt, manchmal noch am gleichen Tag - nach Hause gehen. Obschon seitens aller Aids-behandelnden Ärzte beklagt wird, daß dieses Verfahren krankheitsunangemessen ist, da es zu umständlich und zeitintensiv ist und außerdem eine Quelle von Reibungsverlusten darstellt, wird dennoch an ihm festgehalten. Es ist auch durch die Ambulanzmitarbeiter nicht beeinflussbar. So sehr sie sich um Integration und ineinandergreifende Kooperation bemühen - die mit einer Aufnahme verbundenen Prozeduren können auch sie nicht mildern. Unserer Meinung nach scheint hier erneut das wesentliche Charakteristikum der Organisation der Krankenbehandlung und der Arbeitsweise in dieser Einrichtung durch: Sie ist in erster Linie an den Erfordernissen der Institution ausgerichtet und tut sich offenkundig schwer damit, auf krankheitsspezifische Anforderungen zu reagieren.

Betrachten wir den zweiten Berührungspunkt. Ist eine *stationäre Aufnahme* notwendig, wird seitens der Ambulanzmitarbeiter versucht, dem Patienten ein Bett in einer der »bettenführenden Abteilungen« des Hauses zu vermitteln. Im Gegensatz zu anderen HIV-Ambulanzen aber verfügt die des UKS nicht über den Rückhalt einer speziell für HIV-Patienten zur Verfügung stehenden Abteilung. Die stationäre Versorgung erfolgt - wie die ambulante Behandlung auch - innerhalb der normalen Stationen, d. h. der Pati-

ent gelangt je nach Symptomatik des Falls auf die entsprechende Fachabteilung. Das bedeutet für die Mitarbeiter der Ambulanz, daß sie zu einer Vielzahl von Stationen Kooperationsbeziehungen aufbauen müssen, wollen sie einen nahtlosen Transfer zwischen Ambulanzbetreuung und stationärer Versorgung gewährleisten und Behandlungs bzw. Betreuungskontinuität sichern. Vor allem zu Beginn der Arbeit mit HIV- und Aids-Patienten haben sich die Ambulanzmitarbeiter sehr darum bemüht, eine enge Zusammenarbeit und guten Informationsfluß herzustellen. Nicht zuletzt dienten auch die zuvor erwähnten Arbeitsbesprechungen dazu. Mit der Zeit aber kristallisierte sich heraus, daß diese Bemühungen ähnlichen Problemen ausgesetzt sind wie die anderen von ihnen unternommenen Anstrengungen im Interesse der Herstellung einer integrierten Betreuung und einer dementsprechenden Kooperation. Bei den meisten dieser Unternehmungen handelt es sich um einseitige Anstrengungen der Ambulanzmitarbeiter, die im Raum verhallen, ohne reziproke Effekte hervorzurufen. Das freilich ist auf Dauer bei ihnen nicht ohne Resonanz geblieben. Haben beispielsweise die in der Ambulanz tätigen Pflegekräfte zunächst, soweit es möglich war, stationär behandelte Patienten besucht und sich um deren Betreuung gekümmert, so ist die Bereitschaft dazu, wie sie selbst sagen, heute weitaus geringer als am Anfang. In der Regel suchen sie die Patienten bzw. die Stationen nicht mehr auf. Durchbrochen wird dieses nur dann, wenn zu einzelnen Patienten intensive Beziehungen bestehen. Auch unter den Ärzten ist die Kooperation heute relativ distanziert, enger möglicherweise als in anderen Bereichen der Krankenversorgung, doch weniger engagiert als zu Beginn.

Ähnlich ist die Situation, geht es um die *Nachsorge* stationär behandelter Patienten. Um Krankenhausaufenthalte so kurz wie möglich zu halten, werden stationär behandelte Patienten zur Nachsorge an die Ambulanz verwiesen. Diese setzt dann stationär begonnene Behandlungen fort und übernimmt gegebenenfalls auch die weitere Betreuung. Am Anfang der Arbeit mit HIV- und Aids-Patienten wurden von seiten der Ambulanzmitarbeiter viele Anstrengungen unternommen, um diesen Übergang möglichst nahtlos zu gestalten. So wurde noch auf der Station Kontakt mit den Patienten aufgenommen und durch Rücksprache mit den behandelnden Ärzten die Kontinuität der Behandlung gesichert. Heute wird dieses Verfahren nur noch in Ausnahmefällen praktiziert. Die Kooperation ist auch an diesem Berührungspunkt inzwischen weitgehend formalisiert: Der Informationsfluß ist ebenso wie bei der Übermittlung in die stationäre Versorgung im wesentlichen auf die Aktenweitergabe reduziert, und die Transferbemühungen sind auf Hilfestellung bei der Terminorganisation beschränkt.

Generell kann konstatiert werden, daß die Kooperation mit den bettenführenden Abteilungen heute mehr oder weniger so verläuft, wie sie der sonst üblichen Praxis entspricht und den Innovationsbemühungen faktisch also wenig Erfolg beschieden war. Eine Folge davon ist, daß die Verknüpfung von stationärer Versorgung und Ambulanzbetreuung relativ lose ist. Zwar befinden sich beide Versorgungsmöglichkeiten unter einem Dach, agieren jedoch tendenziell insular, d. h. die Arbeitsweise beider Bereiche ist eher durch ein Nebeneinander als durch ein Miteinander gekennzeichnet. Auch dieses Faktum scheint uns vornehmlich auf die Spezifik der Behandlungsorganisation im UKS zurückzuführen sein und ebenso darauf, daß die Ambulanz nicht über den Rückhalt einer speziell für Aids-Patienten zur Verfügung stehenden bettenführenden Abteilung verfügt.⁴ Daß mit mehreren Stationen und Abteilungen Verknüpfungsstrukturen etabliert werden müssen, überfordert offensichtlich die Kooperations- und Integrationsfähigkeit der Mitarbeiter. Erschwerend kommt hinzu, daß HIV- und Aids-Patienten in vielen der bettenführenden Abteilungen nicht das Alltagsgeschehen bestimmen, so daß die hier tätigen Mitarbeiter wenig geneigt sind, routinierte Handlungspraktiken wegen weniger »Sonderfälle« dauerhaft zu verändern, und den Ambulanzmitarbeiter folglich mit Skepsis und auch Aversion begegnen. Dennoch darf dieser Tatbestand nicht darüber hinwegtäuschen, daß die Verbindung zwischen Ambulanz- und stationärer Betreuung enger ist als die Kooperation mit den Einrichtungen der ambulanten Versorgung (vgl. Kapitel 3.1.7.4), denn beide sind Teil der Krankenhausmedizin und fühlen sich ihr zugehörig.

3.1.7 Funktionswandel der Ambulanz

Neben den vielfältigen innerinstitutionellen Koordinations und Kooperationsproblemen bestimmt ein ganz anderes Problem das Geschehen in der Ambulanz. Viele Patienten nutzen die Ambulanz nicht entsprechend ihrer eigentlichen Funktion, sondern als primäre Anlaufstelle, an die sie sich mit *allen* Anliegen wenden - sowohl mit allen HIV- und aids-spezifischen Fragen wie auch mit anderen Problemen. Den niedergelassenen Arzt nehmen sie lediglich in Anspruch, um Zugang zur Ambulanz zu erhalten:

»... also die kommen mit allem hierher, auch mit allen möglichen Wehwehchen, wo man normalerweise eigentlich zu einem Hausarzt gehen könnte ... Also ich will nur sagen, daß wir neben der HIV-Spezialisierung ... auch noch wesentlich mehr immer abdecken.« (AK 9, 3/28-31)

⁴ Ein Blick auf die Ambulanz des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing bestätigt, daß die Verknüpfung von Ambulanzbetreuung und stationärer Versorgung wesentlich enger ist, wenn beide organisatorisch miteinander verbunden sind und Aids-Patienten nur innerhalb einer Abteilung stationär versorgt werden.

Die Patienten wenden sich also mit sehr viel umfassenderen Anliegen an die Ambulanz, als diese ursprünglich wahrnehmen sollte und eigentlich wahrnehmen kann.⁵ Diese Art der Nutzung ist nicht nur bei HIV-Patienten und ebensowenig nur in der von uns untersuchten HIV-Ambulanzen beobachtbar, sondern stellt auch ein andernorts und in Ambulanzen anderer Bereiche anzutreffendes Phänomen dar (Schaffenberger 1990). Bei den Aids-Patienten ist sie unter anderem durch die Dynamik des Krankheitsverlaufs bedingt:

»Die Patienten sind naturgemäß immer häufiger bei uns, je weiter die Krankheit voranschreitet.« (AK 6, 1/17-18)

so einer der Ambulanzärzte. Mit der Zunahme der Beschwerden muß die Ambulanz immer häufiger frequentiert werden und wird allein dadurch zu einer immer wichtigeren Anlaufstelle. Übernimmt sie noch dazu die Therapie der Patienten - so beispielsweise bei denen, die in Studien zur Entwicklung von Behandlungskonzepten eingebunden sind -, ist sie zentrale Anlaufstelle, die nicht nur »mitbetreut«, sondern »betreut«.

Nichtsdestotrotz zieht diese Art der Nutzung - so sehr sie auch den Bedürfnissen der Patienten und den spezifischen Betreuungsanforderungen der Krankheit entsprechen mag - zahlreiche Folgeprobleme nach sich. Zunächst einmal führt sie zu einem unbeabsichtigten *Funktionswandel* der Ambulanz. Diese wird faktisch Teil der Primärversorgung und verliert damit ihre Funktion als Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Außerdem geht der Funktionswandel mit weitreichenden Implikationen für das Geschehen in der Ambulanz einher. Die Ambulanz ist mit höheren Konsultationsfrequenzen seitens der Patienten konfrontiert als ursprünglich geplant, und sie muß zwangsläufig sehr viel mehr Aufgaben wahrnehmen, als sie eigentlich sollte. Dazu zählen »Hausarztfunktionen« (AK 9, 3/11), psychosoziale Unterstützung bzw. Begleitung, Hilfestellung bei sozialen Problemen sowie versorgungsdistribuierende Aufgaben - Funktionen, auf die die poliklinischen Sprechstunden in organisatorischer und personeller Hinsicht nicht eingerichtet sind und die daher über kurz oder lang zur Überlastung der Ambulanzen führen (eine sich beispielsweise in der Frankfurter Ambulanz längst abzeichnende Tendenz). Nicht unerwähnt bleiben soll

⁵ Ein ähnliches Phänomen läßt sich auch bei einer anderen Instanz beobachten: den Aids-Beratungen der Gesundheitsämter. Für einen Teil der Klientel sind diese ebenfalls sehr viel umfassendere Anlaufstellen, als sie eigentlich sein sollten. Sind sie die Erstkontaktierten des Versorgungssystems, wenden sich HIV-Infizierte oft während des gesamten Krankheitsverlaufs mit allen mittel- oder unmittelbar die Krankheit betreffenden Fragen an diese Stelle. Vielfach erfolgt - als Konsequenz dessen - von hier aus auch das gesamte Versorgungsmanagement. Wir möchten dieses unter anderem als Hinweis darauf deuten, wie wichtig einmal (und oft zufällig) gewachsene Vertrauensbeziehungen für die Krankheitsbewältigung sind.

schließlich, daß die Ambulanz mit der Übernahme (primär)versorgender Funktionen in die Domäne der niedergelassenen Ärzte einbricht, was zu Störungen der Kooperationsbeziehungen mit den niedergelassenen Ärzten führen kann und zudem die Diffundierung aids-spezifischen Wissens in den ambulanten Bereich verhindert.

Fragen wir nun, wie die Mitarbeiter mit diesen Problemen im Alltag umgehen.

3.1.7.1 Übernahme von Hausarztfunktionen

Die meisten Patienten wenden sich, sobald sie »irgend etwas haben«, direkt an die Ambulanz, so daß diese »auch Hausarztfunktionen, die nicht nur HIV-spezifisch sind« (AK 9, 3/10-13), wahrnimmt. Eine wesentliche Ursache dafür wird in der Verunsicherung der Patienten gesehen. Aufgrund der Komplexität des Krankheitsbildes tendieren sie dazu, jede Gesundheitsbeeinträchtigung auf die Immunschwächekrankheit zu beziehen, und wenden sich deshalb von vornherein an »ihren Aids-Arzt«. Hinzu kommt, daß sich zu ihm im Laufe der Zeit ein relativ intensives Vertrauensverhältnis entwickelt und die Patienten ihm auch deshalb alle möglichen direkt oder indirekt mit der Krankheit zusammenhängenden Probleme anvertrauen. Ein weiterer Grund für diese Art der Nutzung der Ambulanz wird darin gesehen, daß sich die Unsicherheit der Patienten mit der vieler niedergelassener Ärzte paart. Viele von ihnen sind nur wenig erfahren im Umgang mit HIV und Aids und haben deshalb »Angst und Unsicherheit oder sowas« (AK 9, 3/35). Auch den niedergelassenen Ärzten ist deshalb oft lieber, die Patienten wenden sich gleich an die entsprechende Spezialadresse.

Von seiten der HIV-Ambulanz ist man bemüht, dieser Situation entgegenzuwirken und betrachtet es als Aufgabe, den Transfer aids-spezifischen Wissens in den ambulanten Bereich zu forcieren. Diese Bemühungen sind aber, so unser Eindruck, eher halbherziger Natur und werden auf jeden Fall nicht mit der erforderlichen Vehemenz betrieben (vgl. Kapitel 3.1.7.4). Das alltägliche Ambulanzgeschehen ist deshalb (hier wie auch andernorts) dadurch geprägt, daß sich die Ambulanzmitarbeiter den Nutzungsgepflogenheiten der Patienten beugen und, soweit es ihnen möglich ist, auf die zusätzlich an sie herangetragenen medizinischen Belange eingehen.

3.1.7.2 Psychosoziale Unterstützung

Wird die Ambulanz nicht als spezialisierte Diagnoseinstanz, sondern als primäre Anlaufstelle genutzt, ist sie neben zusätzlichen medizinischen Problemen auch mit dem psychosozialen Betreuungs- und Unterstützungsbedarf der Patienten konfrontiert - einem Be-

darf, der bei Aids aufgrund des Charakters und der Schwere der Krankheit von allen mit der Versorgung befaßten Professionellen als besonders hoch eingeschätzt wird (Zenz/Manok 1989).

In der von uns untersuchten HIV-Ambulanz glauben die Mitarbeiter diesem Bedarf dadurch zu entsprechen, daß sie sich viel Zeit für die Patienten zu nehmen versuchen. Das trifft nicht allein für die Ärzte, sondern auch für das Pflegepersonal zu. Sie alle fühlen sich neben der rein medizinischen Versorgung auch dafür zuständig, mit den Patienten über ihre psychische und soziale Situation und die sich ihnen stellenden lebenspraktischen Probleme zu sprechen, sie, wenngleich vorsichtig, so doch aber frühzeitig auf den weiteren Krankheitsverlauf und den wahrscheinlich auf sie zukommenden Hilfebedarf hinzuweisen und ihnen als Vertrauensperson zur Seite zu stehen.

Allerdings sind diesen Bemühungen Grenzen gesetzt, da oft die Zeit für solche Unterstützungen fehlt und die Mitarbeiter sich für viele Belange der Patienten außerdem als nicht hinreichend kompetent empfinden. Es wird als Mangel angesehen, daß keine professionelle psychologische Betreuung zur Verfügung steht. Zwar wird in der Ambulanz versucht, diese Mangellage zu kompensieren - beispielsweise durch Hinzuziehung der Aids-Hilfe, eines Pfarrers oder im Fall gravierender psychischer Probleme eines Psychiaters, doch erweisen sich all diese Kompensationsstrategien im Alltag zumeist nur als bestenfalls bedingt hilfreich, denn sie entsprechen nicht immer der Situation und den Bedürfnissen der Patienten, wie folgender Textauszug zeigt:

»Wir hatten einen Neurologen, der sich für HIV-Patienten interessierte, und da konnten wir auch Leute hinschicken. Aber praktisch nur zur Krisenintervention. Der hat außerdem nicht viel gemacht, hat mit ihnen gesprochen - da mußte man sich einen Termin holen. Dann war es auch schon vorbei.« (PK 4, 9/50-55)

Exemplarisch wird hier noch einmal deutlich, daß die konsiliarische Hinzuziehung anderer Fachdisziplinen umständlich und der Dringlichkeit sowie dem Charakter der sich stellenden Probleme oft nicht angemessen ist. Für den hier thematisierten Zusammenhang ist jedoch ein weiteres Moment interessant. Externe und zudem sehr eingeschränkte Hilfeangebote entsprechen häufig nicht der Situation der Aids-Patienten. Viele der mit der Erkrankung einhergehenden psychischen Probleme manifestieren sich nicht in Krisen oder Störungen, sondern treten »nur« als diffuse Beeinträchtigungen angesichts drängender und bedrückender Probleme in Erscheinung. Oftmals bedürfen die Patienten keiner psychotherapeutischen »Intervention« im klassischen Sinn, sondern einer konstanten psychischen Begleitung, die sie außerdem nicht von einer externen In-

stanz, sondern von den sie betreuenden Personen, allen voran dem behandelnden Arzt, erwarten. Allein deshalb ist der punktuelle Rückgriff auf Neurologen oder Psychologen meist problemunangemessen.

Nicht wesentlich anders ist die Situation bei den anderen Kompensationsversuchen. Der Vorschlag, die Aids-Hilfe hinzuzuziehen, wird von vielen Patienten abgelehnt - eine Erfahrung, die in anderen stationären Versorgungseinrichtungen ebenfalls gemacht wurde. Auch Versuche, in Problemsituationen einen Seelsorger bzw. Pfarrer hinzuzuziehen, stoßen häufig nicht eben auf Gegenliebe bei den Patienten:

»Also der Pfarrer, der kommt dann und springt in diese Lücke [daß keine psychologische Betreuung vorhanden ist], das vermitteln wir auch. Aber es ist oft so, daß die Patienten sagen, Kirche: nein! Das kann noch so ein Netter sein, sie wollen ihn erst gar nicht sehen.« (PK 4, 10/7-11)

Während sich also die erste Kompensationsstrategie als insuffizient herausgestellt hat, stoßen die anderen auf Akzeptanzprobleme. Diese sind weniger dem Angebot als vielmehr dessen institutionellem Kontext und den mit ihnen assoziierten Bedeutungshorizonten geschuldet. Solche Vorbehalte können lediglich dann umgangen werden, wenn die Patienten zufällig mit den entsprechenden Personen in Kontakt kommen und die persönliche Beziehung den institutionellen Kontext in den Hintergrund treten läßt. Wurden Patienten z. B. während eines Krankenhausaufenthalts vom Pfarrer bereits besucht und konnten ihn bereits persönlich kennenlernen, haben sie weitaus seltener Einwände dagegen, wenn die Mitarbeiter der Ambulanz es für sinnvoll halten, ihn hinzuzuziehen. Eine direkte Vermittlung aber ist schwierig.

Insgesamt sind die gefundenen Kompensationslösungen als wenig befriedigend einzuschätzen, da sie auf Akzeptanzprobleme stoßen und problemineadäquat sind. Ähnliches trifft auf die Eigenleistungen der Mitarbeiter zu. Sie sind nicht umfassend genug und zudem durch eine eigentümliche Ambivalenz gekennzeichnet. Auf der einen Seite wird versucht, dem psychosozialen Unterstützungs- und Betreuungsbedarf zu entsprechen und damit auch die »nicht-medizinischen Aufgaben« aufzugreifen, die durch den Funktionswandel der Ambulanz an sie herangetragen werden. Auf der anderen Seite aber werden gerade diese Aufgaben nur partiell wahrgenommen und innerinstitutionell »weg«zudelegieren versucht. Nicht zuletzt ist dieses dem professionellen Selbstverständnis der Ambulanzmitarbeiter geschuldet. Als Angehörige der Krankenhausmedizin bzw. -pflege haben sie ein zwiespältiges Verhältnis zu solchen Aufgaben. Sie nehmen sie zwar wahr, da sie sich den Zielen einer humanen Aids-Krankenversorgung verpflichtet fühlen oder sich von einzelnen Patientenschicksalen »erweichen lassen«, vermögen sie

aber dennoch nicht recht mit dem eigenen professionellen Aufgaben- und Berufsverständnis und mit der Funktion der HIV-Ambulanz in Einklang zu bringen.

Im Hinblick auf den hier thematisierten Zusammenhang - Umgang mit dem Funktionswandel der Ambulanz - scheint uns das bemerkenswert, denn die den unternommenen Bewältigungsversuchen anhaftende Ambivalenz zeigt, daß die Mitarbeiter kein eindeutiges Verhältnis zum Funktionswandel der Ambulanz haben, ja dessen versorgungsstrukturelle Konsequenzen sogar verkennen.

3.1.7.3 Versorgungsorganisation

Mit der Übernahme primärversorgender bzw. hausärztlicher Funktionen stellt sich auch die Frage der Versorgungsorganisation. Bei vielen Patienten mit HIV und Aids ist die Regulation finanzieller Probleme erforderlich und müssen soziale und pflegerische Dienste hinzugezogen werden, damit die Patienten weiterhin ambulant betreut werden können. Solche Aufgaben übersteigen - der versorgungsstrukturellen Funktion poliklinischer Sprechstunden zufolge - die der HIV-Ambulanz gegebenen Möglichkeiten. Ebenso wenig wie ein Psychologe steht der Ambulanz (hier wie andernorts) ein Sozialarbeiter zur Verfügung. Der Sozialdienst des Krankenhauses, der für die Vermittlung sozialer Hilfen und Unterstützungen der Patienten zuständig ist, übernimmt diese Aufgabe nur bei den stationär aufgenommenen Patienten. Denn er wird aus den Pflegesätzen der Krankenhauspatienten finanziert und kann folglich nach Ansicht der Krankenhausadministration keine ambulant behandelten Patienten betreuen.

Von den Mitarbeitern der Ambulanz wird als großer Mangel empfunden, daß der Sozialdienst bei »ihren« Patienten nicht tätig werden darf, zumal sie sich überfordert sehen, die Versorgungsorganisation selbst zu übernehmen. Dabei spielen einerseits Kapazitätsgrenzen und Kompetenzprobleme eine Rolle, doch zweifelsohne kommt hier auch zum Tragen, daß Versorgungsaufgaben in den Augen der Krankenhausmitarbeiter und besonders in denen der Krankenhausärzte als »dirty work« gelten und nicht mit ihrem professionellen Selbstverständnis als Akutmediziner in Einklang gebracht werden können (Engelhardt u. a. 1987; Garms-Homolová/Schaeffer 1989; Schaeffer 1990). Andererseits sehen sie sich aber gezwungen, von hier aus nach Möglichkeiten der Versorgungsorganisation zu suchen, denn die meisten vornehmlich von der Ambulanz betreuten Patienten haben keinen Hausarzt, der sich im Aids-Bereich auskennt. Auch diese Problematik wird durch »Sonderlösungen« auszugleichen versucht. Samt und sonders sind diese ähnlich strukturiert, wie jene, die zur Abdeckung des psychischen Unterstützungsbedarfs

gesucht wurden. Dem an die Ambulanz herangetragenen Bedarf an sozialen Hilfen wird durch innerinstitutionelle »Wegdelegation« zu entsprechen versucht.

Einige dieser Lösungen wollen wir hier darstellen:

- Zunächst versuchen die Mitarbeiter, an die *Eigenverantwortung* des Patienten zu appellieren und ihn zu motivieren, die Regulation sozialer Probleme eigenständig zu übernehmen. Da er sich dazu meist nicht in der Lage sieht, probieren sie zugleich, ihn
- an die Aids-Beratungsstelle des entsprechenden *Gesundheitsamts* oder die *Aids-Hilfe* zu vermitteln.
- Bei Patienten, für die die Ambulanz die Nachsorge übernimmt, wird versucht, den *Sozialdienst* zu motivieren, sich weiterhin um die Regulation sozialer Probleme des Patienten und die Vermittlung von Hilfen zu bemühen. Argumentiert wird das damit, daß er den Patienten bereits betreut hat und die vom Sozialdienst eingeleiteten Maßnahmen meist nicht mit der Entlassung des Patienten abgeschlossen sind. Freilich basiert diese Lösung auf Entgegenkommen des Sozialdienstes. Nur wenn er sich einverstanden erklärt und dem Arrangement zustimmt, ist diese Verfahrensweise praktikabel.
- Hinzuziehung der *Koordinationspflegekraft*. Bei dieser Lösung handelt es sich sozusagen um eine Potenzierung von Sondervereinbarungen. Die Funktion der Koordinationspflegekraft besteht eigentlich in der pflegerischen Überleitung vom stationären in den ambulanten Bereich, also in der Entlassungsorganisation und -koordination stationär betreuter HIV-Patienten. Aufgrund der dieses Modellprojekt begleitenden Implementationsschwierigkeiten und insbesondere aufgrund der ihm innewohnenden Zuständigkeitsprobleme - auch der Krankenhaussozialdienst fühlt sich für diese Aufgabe zuständig - kann der Projektauftrag nicht wie geplant realisiert werden. Um ein Scheitern des Modells zu verhindern, hat die Koordinationspflegekraft die Versorgungsorganisation der ambulant betreuten HIV-Patienten übernommen und kompensiert die sich in der Ambulanz stellende Mangellage. Sie übernimmt damit gewissermaßen Lückenbüßerfunktion, vermag dieses allerdings nur unter partieller Preisgabe jener Funktion zu tun, die sie eigentlich wahrnehmen sollte.

Alle diese Lösungen werden innerinstitutionell - auch seitens der Krankenhausadministration - stillschweigend toleriert, obschon sie zum Teil rechtlich nicht abgesichert sind. Allerdings sind sämtliche Lösungen fragiler Natur, und darüber ist man sich in der Ambulanz sehr wohl im klaren, denn sie basieren fast alle auf der Existenz der Modellprogramme und anderer Sonderfinanzierungen und drohen mit dem Auslaufen der Pro-

gramme zu entfallen. Einzig das informell getroffene Abkommen mit dem Sozialdienst ist davon nicht berührt, doch ist auch dieses - wie wir gezeigt haben keineswegs gesicherter Natur. Es basiert auf dem »good-will« der Sozialdienstmitarbeiter und ebenso darauf, daß die Krankenadministration dessen außerplanmäßige Tätigkeit toleriert.

3.1.7.4 Kooperation(sprobleme) mit den niedergelassenen Ärzten

Je weitreichender die Ambulanz Patienten betreut und je mehr sie an Hausarzt bzw. Versorgungsfunktionen übernimmt, desto wahrscheinlicher ist es, daß Kooperationsprobleme mit den niedergelassenen Ärzten entstehen, denn damit übernimmt die Ambulanz Aufgaben, die eigentlich von den niedergelassenen Ärzten erbracht werden sollten.

Aus der Perspektive der von uns untersuchten HIV-Ambulanz besehen stellt sich die Situation nicht so dar. Den Aussagen der Mitarbeiter zufolge verläuft die Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten zufriedenstellend. Zwar konzedieren sie selbst, »daß im wesentlichen alles hier läuft« (AK 6, 2/38) und es kaum Berührungspunkte gibt:

»Ja, groß mit den Hausärzten arbeiten wir gar nicht zusammen. Die [Patienten] werden überwiesen von denen, und die kriegen dann einen Brief.« (PK 4, 7/4-6)

»Aber so großen Kontakt - also persönlich oder so, denk ich, haben wir keinen.« (ebenda, 14-15)

Mag diese Aussage nicht in Gänze zutreffend sein, sie bezeugt, daß die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten innerhalb des Ambulanzgeschehens wenig Raum einnimmt und ihr offenkundig marginaler Stellenwert zukommt. Sie ist weitgehend auf einen schriftlichen Vorgang reduziert: das Ausstellen des Arztbriefes, den der niedergelassene Arzt nach jedem Check-up des von ihm überwiesenen Patienten erhält und in dem ihm Diagnoseergebnisse und Therapievorschlüge mitgeteilt werden. Mit dem Arztbrief soll die Fortsetzung der Behandlung sichergestellt und zugleich die Weiterleitung Aids-spezifischen Wissens in den ambulanten Bereich gewährleistet werden. Es ist fraglich, ob dieser Kooperationsmodus ausreichend sein kann, die Verankerung des Modells in der ambulanten Versorgung herzustellen. Fragwürdig ist angesichts neuerer Erkenntnisse der Forschung über die Verwendung wissenschaftlichen Wissens ebenso (exemplarisch Beck/Bonss 1989; Dewe 1988), ob auf diese Weise Wissenstransfer sicherzustellen ist: also wissenschaftliches Wissen so diffundiert wird, daß es seine Adressaten wirklich erreicht und es praktisch verwendbar ist. Die Handlungsweise der Kooperationspartner der HIV-Ambulanz des UKS läßt Zweifel an der Tragfähigkeit dieses Verfahrens aufkommen, wie wir im folgenden sehen werden.

Die sehr weitreichende Betreuungsübernahme durch die HIV-Ambulanz kommt nach Ansicht der Mitarbeiter der Situation vieler niedergelassener Ärzte entgegen. Viele Ärzte kennen sich »von Haus aus« nicht gut mit HIV und Aids aus (AK 6, 2/49), fühlen sich überfordert und sind froh, mit einer Instanz kooperieren zu können, an die sie all das delegieren können, was sie im Praxisalltag vor Probleme stellt. Diese Ärzte bilden die überwiegende Mehrheit der Kooperationspartner. Folglich arbeitet die Ambulanz vor allem mit Ärzten zusammen, die »zufällig Aids-Patienten haben«, oder mit solchen, »die etliche haben, sich aber mit dem Problem nicht in der Weise beschäftigen wollen oder können« (AK 6, 2/50-56). Im Licht der im vorigen Kapitel dargestellten Typologie betrachtet handelt es sich hier um Ärzte mit Normal- bzw. Integrationspraxen, die zwar Aids-Patienten zu ihrer Klientel zählen, jedoch aids-spezifische Fragen und, wenn möglich, die gesamte Betreuung dieser Patienten delegiert wissen möchten. Ihnen kommen das Kooperationsarrangement mit der Ambulanz und das von ihr zur Verfügung gestellte Angebot entgegen, weil es ihnen ermöglicht, diese Patienten (bzw. - das soll durchaus explizit bemerkt werden - deren Krankenscheine) der Praxis zu erhalten, ohne sich in einem Gebiet expertisieren zu müssen, das für das übrige Praxisgeschehen nicht von Belang ist. Selbst wenn die Ambulanz primärversorgende Funktionen übernimmt, stößt das bei ihnen meist nicht auf Widerstand.

Anders dagegen bei den Ärzten, die sich auf die Behandlung von Aids spezialisiert haben. Mit ihnen gibt es kaum Kooperationsbeziehungen, denn das Angebot der Ambulanz überschneidet sich mit dem, das sie selbst anbieten. Aufgrund dieser Interessenkollisionen dominieren hier eher Konkurrenz und versteckter bis offener Boykott die Beziehungen.

Generell stellt sich die Kooperation mit dem UKS und dessen HIV-Ambulanz aus der Sicht der niedergelassenen Ärzte nicht so unproblematisch dar wie aus der ihrer Krankenhauskollegen. Viele von ihnen - ausgenommen Vertreter von Normalpraxen - kritisieren, daß ihnen die Patienten entzogen werden, und beklagen die Rivalität um Patienten:

»Also die Kooperation ist schlecht. Es gibt schon eine gewisse Rivalität. Also z. B. hatte ich jetzt gerade einen Fall, der lag mit einer schweren pulmonalen Infektion, einer therapieresistenten Tuberkulose und Allergie auf Sulfonamide dort. Und die wollten ihn dort behalten, in der Ambulanz. Und riefen dann auch an und sagten, daß der Patient dort weiterbehandelt wird ... Und ich ... fragte dann den Patienten, was *er* gerne möchte. Ja, und da merkte ich schon auch so seine Unsicherheit, weil er eigentlich der Praxis

auch verbunden war . . . Ich merkte da so, die wollen den wohl haben, nicht?
 . . . Das war Konkurrenz um den.« (A 1, 8/18-9/2)

Bemängelt wird von den niedergelassenen Ärzten außerdem, daß ihre Funktion auf einen mehr oder weniger »administrativen« Akt reduziert ist: darauf, die Überweisung für die Ambulanz auszustellen oder bestenfalls noch die Therapiepläne auf den Rezeptblock zu übertragen. Doch selbst, wenn die niedergelassenen Ärzte sich damit begnügen, verläuft die Kooperation aus ihrer Sicht nicht so, wie es wünschenswert wäre. Kritisiert wird die Schwerfälligkeit des UKS, die schlechte Informationsweitergabe, insbesondere die zu langsame Weiterleitung der Arztbriefe, deren Qualität und die schwierigen Kommunikationsbedingungen:

»Informationsfluß gibt es nur, wenn du dich selbst darum kümmerst, sonst gibt's keinen. Ja, und die Arztbriefe sind sehr unterschiedlicher Qualität.« (A 1, 9/14-16)

»Sie müssen praktisch die doppelte Arbeit machen, Sie müssen ihre ganzen Befunde noch mal erheben. Sie kriegen da doch nie einen Brief! Sie können nie schnell einen Arzt erreichen, rufen Sie doch mal im UKS an und versuchen Sie Herrn Dr. X zu erreichen, der die Y-Untersuchung gemacht hat. Da haben Sie eine Woche zu tun, da können Sie die Untersuchung selber machen . . .« (A 11, 34/62-35/21)

»Dann sitzen Sie da, haben so eine Latte von Medikamenten, jetzt kommt der Patient wieder und Sie wissen nicht, was kriegt der jetzt? Und dann telefonieren Sie . . . Sie kriegen einfach keine Auskunft. Das ist ein Kommunikationsproblem mit denen.« (A 13, 35/41-51)

»Da kommt ein Konsiliar hin, der guckt sich was an, schreibt keinen Zettel auf, oder der Zettel geht irgendwo verloren . . . ich sag' Ihnen, das ist chaotisch.« (A 12, 12/24-26)

Auch fachliche Kritik wird geäußert:

»Es ist schwierig, also ich habe dort Dinge gesehen, Patienten wurden entlassen, und es wurden Sachen einfach definitiv übersehen . . . Und da muß ich Ihnen sagen, na gut, einmal ist keinmal. Wenn sich das aber häuft . . .« (A 12, 12/6-13)

Dieser Perspektivwechsel sollte ausreichen, um zu zeigen, daß die Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten keineswegs so zufriedenstellend ist, wie die Präsentation des Krankenhauses suggeriert. Dabei spielen, wie zu sehen war, unterschiedliche Momente eine Rolle: die Form der Behandlungsorganisation im UKS, die aus ihr resultierenden Kooperationsprobleme, generell die schlechte Kommunikation sowie Rivalität mit der Ambulanz und Konkurrenz um Patienten. Ein noch wichtigeres Problem wird von den ambulanten Pflegediensten angesprochen. Sie bemängeln, daß sich in den Spätstadien der Krankheit, wenn Patienten pflegebedürftig sind, deren enge Bindung an die Ambu-

lanz als prekär erweist, weil die Patienten über kein entsprechendes Versorgungsnetz im ambulanten Bereich verfügen:

»Die Leute verlieren halt mehr oder weniger den Kontakt zu ihrem Hausarzt. Entweder sie sehen ihn seltener, oder sie brechen ihn komplett ab ... Und dann kommt der Punkt, wo sie eben häusliche Krankenpflege brauchen ... und dann haben wir keinen Hausarzt.« (PA 4; 7/17-25)

Was das für die Versorgung und Betreuung bedeutet, ist den folgenden Textauszügen zu entnehmen:

». . . das ist dann halt fast immer ein kompletter Arztwechsel [wenn häusliche Krankenpflege hinzugezogen wird] und . . . dann geht die Rödelei los: einen Arzt suchen, sehen, daß die beiden irgendwie klarkommen, und, und, und . . .« (PA 4, 8/29)

»Oder er hat einen Hausarzt, der fachlich keine Ahnung hat, da wild rumdoziert, nach irgendwelchen Büchern oder so ... und dann stehen wir da.« (PA 4, 68/53-55)

Diese Ausführungen weisen auf die Folgen, wenn Patienten überwiegend in der Krankenhausambulanz versorgt werden. In der Regel haben sie keinen Hausarzt mehr bzw. können nur auf einen Arzt zurückgreifen, der nicht genügend Aids-Expertise besitzt. Über lange Zeit des Krankheitsverlaufs tritt die Problematik dessen nicht in Erscheinung. Im Spätstadium der Krankheit aber, wenn die Patienten häuslich betreut werden müssen, beschert ihnen dieser Betreuungsmodus Versorgungsdiskontinuitäten. Dann sind sie plötzlich auf Ärzte angewiesen, die keine hinreichende Kenntnisse ihres Falls und der Krankheitsproblematik haben und die zudem - das sei ergänzt - überwiegend mit aus ärztlicher Sicht unliebsamen Aufgaben konfrontiert werden: mit Hausbesuchen, Sterbebegleitungen etc. Solche Aufgaben übernehmen niedergelassene Ärzte auch bei den von ihnen selbst behandelten Patienten nicht unbedingt gern, weil sie sie rasch vor Kapazitätsprobleme stellen. Sehen sie sich genötigt, überhaupt erst im Spätstadium des Krankheitsverlaufs tätig zu werden, fühlen sie sich außerdem tendenziell von der Krankenhausmedizin mißbraucht, da sie nur dann in die Behandlung einbezogen werden, wenn die Patienten für das Krankenhaus nicht mehr haltbar sind. Das ist unter anderem einer der Gründe, weshalb sie in solchen komplizierten Situationen dazu tendieren, die Patienten »wie einen Bumerang zurückzuschicken« und sie in die Obhut stationärer Einrichtungen (zurück)zuüberweisen. Weil es bislang keine Kapazitätsprobleme in den bettenführenden Abteilungen gibt, stellt diese Strategie eine Ausgleichsmöglichkeit dar. Dennoch führt sie dazu, daß Patienten mehr Krankenhausaufenthalte in Kauf nehmen müssen, als eigentlich notwendig wären und als ihnen möglicherweise lieb ist.

Insgesamt kann festgestellt werden, daß die von der HIV-Ambulanz des UKS ausgebildeten Kooperationsmodi mit der ambulanten Versorgung problematisch sind. Die HIV-Ambulanz ist zum ambulanten Bereich - vorrangig zu den niedergelassenen Ärzten, doch ebenso zu den ambulanten Pflegeanbietern - zu wenig vernetzt. Die daraus erwachsenen Schwierigkeiten werden durch den Funktionswandel der Ambulanz bzw. die Übernahme primärversorgender Funktionen potenziert. Sie führen dazu, daß die Verknüpfung mit dem ambulanten Bereich noch weiter ausgedünnt wird. Auch das gefundene Kooperationsarrangement mit den Normalpraxen vermag darüber nicht hinwegzutäuschen, denn im Licht der mit dem Modell verbundenen Intentionen besehen ergänzen sich hier gewissermaßen zwei nicht beabsichtigte und durchaus negativ zu bewertende Effekte: der Funktionswandel der Ambulanz sowie die Nicht-Ausbildung aids-spezifischen Wissens und entsprechender Behandlungskompetenz im ambulanten Bereich. Daß auf diese Weise eine *sinnmachende* Versorgungsmöglichkeit für eine bislang wenig beachtete Gruppe von HIV-Patienten entsteht, besagt nicht, daß diese Möglichkeit auch *sinnvoll* ist bzw. die negativen Effekte nicht trotzdem korrekturbedürftig sind. Es war zu sehen, daß sie vor allem im Spätstadium der Erkrankung folgenreich sind. Zudem wird durch dieses Arrangement die Nicht-Ausbildung aids-spezifischer Handlungskompetenz bei den niedergelassenen Ärzten zementiert und die aufgezeigte Fehlentwicklung gefestigt.

Für die Arbeitsweise der Ambulanz sind diese Fehlentwicklungen - die Folgeerscheinungen des Funktionswandels der Ambulanz - so lange unproblematisch, wie die damit verbundenen Aufgaben kapazitätsmäßig von ihr verkraftet werden können und wie der Aufgabenzuwachs krankenhauses intern toleriert wird. Zu befürchten ist angesichts der Finanzierung der Leistungen der HIV-Ambulanz, daß dem baldige Grenzen gesetzt sind. Eine Kurskorrektur, d. h. vor allem eine Intensivierung der Kooperation mit der ambulanten Versorgung (inklusive einer Verbesserung der Kommunikationsstrukturen, des Einbezugs niedergelassener Ärzte in die Behandlung von HIV-Patienten und der Diffundierung entsprechenden Fachwissens), ist daher dringend notwendig.

Diese Aufgabe allerdings den Mitarbeitern der Ambulanz zu überlassen, wie dieses weitgehend mit den anderen Bemühungen um Versorgungsintegration geschah, scheint uns wenig sinnvoll zu sein. Denn bislang wird der in *allen* HIV-Ambulanzen - wie wir explizit betonen möchten - beobachtbare Funktionswandel mit seinen Folgen von den Mitarbeitern nicht unbedingt als problematisch erlebt und folglich nicht hinreichend reflektiert. Unser Eindruck ist, daß er lediglich dort kritisch betrachtet wird, wo die Am-

bulanzen bereits jetzt übermäßig frequentiert werden (wie beispielsweise in der Frankfurter Ambulanz) und wo sehr viele »Problempatienten« zu ihrer Klientel zählen: Drogenabhängige, Straffällige, Patienten in sozialen Notlagen etc. - Patienten, die sehr viele zusätzliche Probleme an die HIV-Ambulanzen herantragen. Dort hingegen, wo entsprechende Einrichtungen noch nicht an der Grenze ihrer Kapazität angelangt sind, stellt sich der Wandel des Aufgabenprofils bislang als wenig drängendes Problem dar und werden seine Konsequenzen kaum überdacht, obschon sie auch hier sichtbar sind und entsprechende Folgeprobleme ebenfalls den Alltag in diesen Einrichtungen bestimmen.

Letzteres trifft auch auf die Mitarbeiter der HIV-Ambulanz im UKS zu. Sie begegnen der Problematik eher unkritisch und diffus. Auf der einen Seite sehen auch sie sich mit vielen Problemen konfrontiert, die ihnen mehr abverlangen, als sie eigentlich leisten können, und für deren Bewältigung sie nicht über genügend Ressourcen verfügen. Auf der anderen Seite glauben sie aber, daß sie auf die Bedürfnisse der Patienten reagieren, wenn sie diese Entwicklung akzeptieren und eine krankheitsangemessenere Versorgung gewährleisten.

Dennoch trifft dieses, wie zu sehen war, in erster Linie nur auf eine begrenzte Phase des Krankheitsverlaufs und nur auf einen Teil der zusätzlichen an sie herangetragenen Belange zu: auf die medizinischen Probleme der Patienten. Die mit der Übernahme primärversorgender Funktionen auf sie ebenfalls zukommenden betreuenden und versorgungsorganisatorischen Aufgaben vermögen sie bestenfalls partiell wahrzunehmen.

Sie geben sie soweit möglich an andere innerinstitutionelle Instanzen ab und tolerieren dabei Lösungen, die fragilen Charakters sind. Auch die versorgungsstrukturellen Folgeerscheinungen vermögen sie nicht zu regulieren. Exemplarisch konnte an der Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten verdeutlicht werden, daß die HIV-Ambulanz des UKS dazu tendiert, die Betreuung von HIV-Patienten immer weiter in den Krankenhausbereich zu verlagern, womit die Trennung von stationärer und ambulanter Versorgung nicht überbrückt, sondern letztendlich verstärkt wird. Zwar wurde diese Entwicklung durch eine strukturelle Mangellage - die nicht hinreichend vorhandene Aids-Expertise im ambulanten Bereich - provoziert, doch bezeugen die ausgebildeten Kooperationsmodi mit den niedergelassenen Ärzten, daß die Ambulanz dieser Mangellage nicht entgegenzusteuern vermag, sondern sie sogar gegenteilig konstitutiv einbezieht und damit faktisch verstärkt. Solche Deformationen oder Umkehreffekte stellen keine Besonderheit dar, wenn es bei der Realisierung neuer Versorgungsmodelle an unterstüt-

zender Begleitung und Implementationshilfe fehlt (Shadish 1990; Mayntz 1983; Schaefer 1991). Unser Eindruck ist, daß die HIV-Ambulanz (des UKS) solcher Hilfestellung dringend bedurft hätte.

3.1.8 Bilanzierung

Eine Antwort auf die Frage, ob die HIV-Ambulanz des UKS als Bindeglied zwischen intra- und extramuraler Versorgung zu fungieren und ob sie eine integrierte Betreuung von HIV-Patienten zu gewährleisten vermag, fällt nicht eben positiv aus. Dieses Urteil bezieht sich nicht auf ihre klassische Funktion als universitäre poliklinische Sprechstunde, die hier nicht zur Debatte steht, und ebensowenig auf das ihr zugrundeliegende Modellkonzept. Daß eine spezialisierte Zwischeninstanz und eine Abstufung der Versorgung sinnvoll sind, ist angesichts der unzureichenden Aids-Expertise im ambulanten Bereich einleuchtend. Die Kluft zwischen stationärer und ambulanter Betreuung durch eine institutionalisierte Einrichtung - durch formelle Strukturen also - mildern zu wollen, ist ebenfalls erprobenswert.

Die Umsetzung des Modells im UKS hat jedoch auf zahlreiche Problemen aufmerksam gemacht, denen auch andere Ambulanzen mehr oder weniger stark ausgesetzt sind. Diese betreffen zunächst die *institutionelle Einbindung*. Wird eine HIV-Ambulanz nicht in den Krankenhausbetrieb integriert, sondern sozusagen als Appendix betrieben, ist sie gezwungen, ein Inseldasein zu führen. Ein solches Dasein ermöglicht ihr nur soweit eine reibungslose Funktionsweise und eine qualitativ gute Betreuung, wie es die ihr selbst zur Verfügung stehenden diagnostischen und betreuenden Möglichkeiten erlauben. Sind diese gering, wie im Fall der HIV-Ambulanz des UKS, determiniert die Desintegration das Alltagsgeschehen und mindern daraus erwachsene Folgeerscheinungen die Qualität der Betreuung, weil dann den Patienten viele von der Institution nicht erbrachten Integrationsleistungen aufgebürdet werden.

Soll durch die Ambulanz eine krankheitsangemessene Betreuung gewährleistet werden, ist die Etablierung enger und ineinandergreifender professionsinterner wie berufsübergreifender Kooperationsstrukturen innerhalb der Institution notwendig. Scheitern solche Bemühungen, weil sie - wie im UKS - nicht hinreichend durch formale Strukturen abgesichert sind, auf Desinteresse bei anderen Abteilungen stoßen, von denen sich keine schwerpunktmäßig mit Aids befaßt oder weil sie nicht über hinreichenden institutionellen Rückhalt verfügen (z. B. über Unterstützung auf der »Chefarzt«, also auf der Leitungsebene), beginnen die sonst den Krankenhausalltag kennzeichnenden Strukturen zu

greifen und bestimmen Reibungs- und Zeitverluste sowie patientenunfreundliche Organisationsmodalitäten die Betreuung.

Andere Probleme betreffen die *versorgungsstrukturelle* Funktion. Ein wesentliches Ziel des Modelles besteht in der Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung. Die Verknüpfung mit der stationären Versorgung ist in der von uns untersuchten Ambulanz trotz der Tatsache, daß sie Teil des Krankenhauses ist, nur relativ lose und als durchaus verbesserungsbedürftig zu bezeichnen. Sie ermöglicht aber dennoch eine relative Integration von stationärer Versorgung und ambulanter Betreuung, vorausgesetzt allerdings, diese erfolgt durch die Ambulanz. Gleichzeitig droht die Versorgung und Betreuung von HIV-Patienten damit vorrangig Angelegenheit der Krankenhausmedizin zu werden - eine Entwicklung, die mit den Bemühungen um Senkung der Bedeutung der Krankenhäuser kollidiert und daher über kurz oder lang Probleme aufwerfen wird. Darüber hinaus aber ist diese Verlagerung für die Betreuung der Patienten problematisch, weil die Kombination von Ambulanzbetreuung und stationärer Versorgung nur die Kontinuität der medizinischen Behandlung zu sichern vermag. Allein die bei HIV-Patienten immer über kurz oder lang notwendige Organisation sozialer Hilfen stellt die Ambulanz vor Kapazitäts- und Ressourcenprobleme. Ebenso ist es mit betreuenden Funktionen und psychosozialer Unterstützung.

Zur Seite der ambulanten Versorgung konnten wir für die von uns untersuchte HIV-Ambulanz feststellen, daß die Verankerung schlecht und intensivierungsbedürftig ist. Die HIV-Ambulanz des UKS vermag daher kaum als Bindeglied zu fungieren. Dieser Gefahr unterliegen alle Ambulanzen, wenn sie der Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten und ebenso mit anderen Einrichtungen der ambulanten Versorgung zu wenig Aufmerksamkeit schenken. Sie wird dadurch verstärkt, daß die Ambulanz Teil der Institution Krankenhaus ist und dadurch dazu tendiert, sich dessen Arbeitsweise anzupassen und ebenso wie dieses die Kluft zwischen stationärer und ambulanter Versorgung als gegeben hinzunehmen, statt ihr entgegenzuwirken.

Ein anderes, den Alltag in allen Ambulanzen bestimmendes Problem wurde durch unsere Analyse der Funktionsweise offenbar. Um als Bindeglied fungieren zu können, ist unerlässlich, daß die Ambulanz ihre Funktion als *Zwischeninstanz* nicht aus den Augen verliert. Im Alltag ist das mit einer außerordentlich schwierigen Gratwanderung verbunden. Übernimmt sie primärversorgende Funktionen, geht dieses mit Aufgaben einher, für die ihr keine Ressourcen zur Verfügung stehen. Außerdem potenzieren sich die vor-

handenen Verknüpfungsschwierigkeiten mit dem ambulanten Bereich. Sie ziehen für die Patienten, wie zu sehen war, vor allem in den späteren Stadien des Krankheitsverlaufs Versorgungsbrüche und meist auch Erhöhungen der Krankenhausaufenthalte nach sich.

Allerdings darf nicht verkannt werden, daß die Ambulanzen sich in vielen Regionen mehr oder minder genötigt sehen, primärversorgende Funktionen zu übernehmen, weil im ambulanten Bereich keine ausreichenden Versorgungsstrukturen zur Verfügung stehen bzw. das bestehende Angebot nicht breit und differenziert genug ist. Das trifft beispielsweise auf die Situation der HIV-Ambulanz des Universitätsklinikums Frankfurt/Main zu. Mit der Ausdehnung ihres Aufgabenprofils versuchen sie, die dadurch entstehenden Versorgungslücken zu substituieren. Müssen HIV-Ambulanzen aber primärversorgende Funktionen übernehmen, benötigen sie andere Ressourcen (insbesondere zur Bewältigung psychosozialer und versorgungsorganisatorischer Aufgaben) und bedarf es einer Neukonzeptionierung des Modells, um die in den Spätstadien der Erkrankung auftretenden Versorgungsprobleme zu lösen. Ebenso sind Überlegungen notwendig, wie der Wissenstransfer intensiviert, der Aufbau ausreichender Versorgungsstrukturen für HIV-Patienten im ambulanten Bereich forciert und die Einbindung der Ambulanzen in das Netz ambulanter Betreuungsinstanzen verbessert werden kann. Unterbleiben solche Bemühungen, gerät nicht nur die eigentliche Funktion des Modells in Vergessenheit, sondern es wird ein Umkehreffekt provoziert und die Trennung zwischen stationärem und ambulatem Sektor letztendlich verstärkt statt überbrückt.

Daß solche Umkehreffekte eine reale Gefahr darstellen, hat unsere Analyse gezeigt. Daß sie nicht allein dadurch vermieden werden, daß die organisatorischen und finanziellen Bedingungen der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten verbessert werden, wird unsere Analyse der Tagesklinik deutlich machen.

3.2 Fallstudie 2: Die Tagesklinik im UKRV

Tageskliniken stellen relativ junge Einrichtungen im Rahmen des Akutkrankenhauses dar. Die von uns untersuchte Tagesklinik ist die erste ihrer Art in der Bundesrepublik. Sie existiert zum Zeitpunkt der Untersuchung erst seit einem Jahr. Mittlerweile gibt es weitere Tageskliniken an Aids-Schwerpunktkrankenhäusern. Allein diese Expansion legt den Eindruck nahe, daß hier ein Einrichtungstypus entstanden ist, der den Versorgungs- und Betreuungserfordernissen bei Aids-Patienten sehr entgegenzukommen scheint. Ob dies so ist, werden wir nun untersuchen.

Die von uns vorgestellte Tagesklinik für HIV-/Aids-Patienten ist Teil der internistischen Abteilung mit infektiologischem Schwerpunkt. Die Tagesklinik im UKRV verkörpert zwar eine selbständige Funktionseinheit, ist aber zugleich personell in die Abteilung integriert.

Anfang der achtziger Jahre, vor dem Auftreten von Aids, war zunächst eine allgemeine Infektionsambulanz geplant, deren Verwirklichung aber auf erhebliche Widerstände der Krankenkassen und der niedergelassenen Ärzte stieß. Mit der Entwicklung der Abteilung zum Behandlungsschwerpunkt für Aids konzentrierten sich die Planungen seit Mitte der achtziger Jahre darauf, ein eng an das Krankenhaus angebundenes ambulantes Versorgungsangebot für diese spezielle Patientengruppe zu entwickeln. Denn hier wie andernorts auch hatte sich herausgestellt, daß Aids-Patienten oft unnötig lange im Krankenhaus liegen, weil die für die Behandlung von Aids erforderliche Diagnostik ambulant nicht durchführbar ist und dementsprechend viele Patienten stationär aufgenommen werden müssen. Die Idee, eine teilstationäre Einrichtung für Aids-Behandlung - eine Tagesklinik - zu schaffen, stieß bei den meisten niedergelassenen Ärzten auf Akzeptanz, weil mit der Behandlung von Aids zahlreiche neue Probleme auftraten, von denen sich viele niedergelassene Ärzte überfordert fühlen.

Die Krankenkassen erklärten sich nach längeren Verhandlungen bereit, für Tagesklinikpatienten einen Pflegesatz abzurechnen, der sogar höher liegt als der für stationär aufgenommene Patienten. Dies wird mit der aufwendigen Diagnostik der Tagesklinik erklärt, die bei einer stationären Behandlung nicht täglich anfallen. Erwähnenswert ist die Zustimmung der Krankenkassen und der kassenärztlichen Vereinigung vor allem deshalb, weil daran deutlich wird, daß im Aids-Bereich wegen des hohen Öffentlichkeits-

wie auch Problemdrucks Innovationen möglich sind, die in anderen Bereichen nicht durchsetzbar zu sein scheinen.⁶

Wie stellt sich die Tagesklinik nun dem Benutzer dar? Sie liegt im Erdgeschoß zwischen zwei Stationen der infektiologischen Abteilung. Äußerlich ist nicht zu erkennen, daß hier Aids-Patienten behandelt werden, es gibt nur die üblichen Hinweisschilder auf Chefarzt, Oberarzt und Sekretariate. Diese Anonymität wird - ähnlich wie in der HIV-Ambulanz - von vielen Patienten geschätzt.

Die räumliche Ausstattung der Tagesklinik ist sehr großzügig. Es gibt einen Wartebereich vor einem Dienstzimmer, zu dem nur durch eine Glasscheibe Kontakt aufgenommen werden kann. Dadurch macht die Tagesklinik auf den Besucher einen nach außen eher abgeriegelten Eindruck. Daneben gibt es im vorderen Trakt zwei Arztzimmer. Hinter einer für den Publikumsverkehr verschlossenen Tür liegen zwei Untersuchungs- und Behandlungsräume, ein Laborraum sowie Aufenthaltsräume für die Ärzte und das Pflegepersonal. Außerdem stehen der Tagesklinik im ersten Stock des Gebäudes mehrere Räume mit insgesamt zehn Betten zur Verfügung, in denen auch Endoskopien und Bronchoskopien durchgeführt werden und in denen die Patienten während der Infusionstherapie liegen oder sich nach anstrengenden Untersuchungen ausruhen können.

Die Tagesklinik ist montags bis freitags von 8 bis 20 Uhr geöffnet. Am Wochenende werden dringliche Untersuchungen oder täglich erforderliche Therapien vom Personal der beiden anliegenden Infektionsstationen übernommen, die eng mit der Tagesklinik zusammenarbeiten und jeweils über die Patienten informiert werden oder Einblick in die Krankenakten nehmen können.

Personell ist die Tagesklinik mit zwei Ärzten und drei bis vier Pflegekräften ausgestattet. Hinzu kommt eine Labor-MTA. Eine Sozialarbeiterstelle ist beantragt, aber bislang nicht bewilligt. Zur Zeit werden pro Tag im Durchschnitt elf Patienten behandelt.

3.2.1 Das Versorgungsangebot der Tagesklinik

Die Tagesklinik sieht eine umfassende Diagnostik aller mit HIV und Aids zusammenhängenden medizinischen Fragen vor. Dem Behandlungskonzept der Tagesklinik zufolge gehören auch die Frühdiagnostik und die entsprechende Frühbehandlung bei HIV-

⁶ Beispielsweise werden auch im onkologischen Bereich seit langem Tageskliniken gefordert.

positiven Patienten dazu, um dem Fortschreiten der Krankheit durch gezielte prophylaktische Behandlung entgegenwirken zu können. Dazu ist es aus Sicht der Ärzte notwendig, diagnostisch den richtigen Zeitpunkt zu bestimmen, was Kontrolluntersuchungen in relativ kurzen Abständen unumgänglich macht. Für Patienten mit aidsbedingten Erkrankungen oder dem Vollbild Aids bietet die Tagesklinik neben der Behandlung der jeweiligen Infektionen ein engmaschiges Netz zur Kontrolle des Krankheitsverlaufs. Dadurch sollen eventuell auftretende Infektionen rechtzeitig erkannt und behandelt werden können.

Ein großer Teil der Untersuchungen wird in der Tagesklinik selbst durchgeführt. Hierzu gehören Endoskopien und Bronchoskopien. Auch zahlreiche Laboruntersuchungen sind dort möglich. Das wirkt sich auf den Arbeitsablauf besonders günstig aus, denn dadurch können Transportwege und -zeiten eingespart werden und ist eine flexible Anpassung an die Behandlungserfordernisse möglich. Außerdem sind die Mitarbeiter des Labors auf aids-spezifische Untersuchungen spezialisiert, so daß die Fehlerquote - so die Ärzte - gering ist. Lediglich spezielle Röntgendarstellungen (CT, Kernspintomographie) und Augenuntersuchungen erfolgen außerhalb der Tagesklinik.

Um den Patienten lange Wege zu ersparen, kommen einige Konsiliarärzte, wie Neurologen und Psychiater, nach Terminabsprache auch in die Tagesklinik. Für die Patienten ist vorteilhaft, daß sie nicht viele andere Stellen durchlaufen müssen und die untersuchenden Ärzte im Umgang mit HIV und Aids sehr erfahren sind.

Die Tagesklinik bietet all diejenigen Therapien an, die der jeweilige Hausarzt nicht machen kann oder will. Dies gilt beispielsweise für Chemotherapien, die mittels Infusionen verabreicht werden und bei denen der Patient wegen eventueller Nebenwirkungen überwacht werden sollte. Darüber hinaus werden Forschungsstudien zur Entwicklung neuer Therapien durchgeführt.

Ein spezielles, nicht eigentlich aids-spezifisches Therapieangebot kommt hinzu: Bedingt durch den relativ hohen Anteil an drogenabhängigen Aids-Patienten am Gesamtklientel müssen sich die Ärzte auch mit dem Methadonprogramm auseinandersetzen. Zwar wird eine Substitution nicht aktiv von der Tagesklinik aus in Gang gesetzt, aber für den jeweiligen Behandlungstag bekommen die Patienten Methadon verabreicht. Dabei wird zur Vermeidung von Doppelgaben Rücksprache mit dem Hausarzt gehalten. Da immer-

hin 20 bis 30 Patienten der Tagesklinik am Methadonprogramm teilnehmen, geht dieses Verfahren mit erheblichem Abstimmungs- und Rückkopplungsbedarf einher.

Stellt sich im Zuge der durchgeführten Untersuchungen heraus, daß eine stationäre Aufnahme notwendig ist, können die Patienten ohne große Aufnahmeverfahren auf eine der Stationen der auf die Behandlung von Aids spezialisierten Abteilung aufgenommen werden, zu der - wie erwähnt - auch die Tagesklinik gehört. Damit ist ein hohes Maß an Behandlungskontinuität gesichert. Kann der Patient wieder nach Hause geschickt werden, so erstellen die Ärzte einen ausführlichen Arztbrief, der den Hausarzt innerhalb von wenigen Tagen erreicht, ihn über die Befunde informiert und entsprechende Therapievorschläge enthält.

Ein Sozialarbeiter und ein Psychologe stehen der Tagesklinik nicht zur Verfügung. Ähnlich wie in der HIV-Ambulanz versucht man diese Lücke durch Ersatzlösungen zu kompensieren.

Kontrastieren wir das Angebot der Tagesklinik mit dem der HIV-Ambulanz, so zeigen sich folgende Unterschiede:

- Die Tagesklinik verfügt über erheblich bessere räumliche und diagnostisch-technische Möglichkeiten, so daß weniger an andere Fachabteilungen delegiert werden muß und viele Koordinations- und Kommunikationsprobleme entfallen. Die Tagesklinik ist - anders als die von uns untersuchte HIV-Ambulanz - die zentrale Anlaufstelle für alle ambulanten HIV- und Aids-Patienten des Krankenhauses. Die Patienten sind hier also nicht über die gesamte Institution verteilt und keinen Irritationen darüber ausgesetzt, wer nun eigentlich für sie zuständig ist.
- Die Betreuung der Patienten ist umfassender, da der Tagesklinik Betten und weitere Serviceleistungen des Krankenhauses, zum Beispiel Mittagessen oder Transportdienste, zur Verfügung stehen. Das ist besonders für körperlich schwache und akut kranke Patienten ein großer Vorteil.
- Die Kommunikation mit den Hausärzten ist unproblematischer, da die Tagesklinik mehr als die Ambulanz als primär durchführende Instanz der Diagnostik fungiert und sich für die gebündelte und direkte Informationsweitergabe an die niedergelassenen Ärzte zuständig fühlt: die Diagnoseergebnisse und die Therapievorschläge in Form eines ausführlichen Arztbriefes weiterleitet und auch konsiliarisch für Rückfragen zur Verfügung steht.

- Stationäre Aufnahmen sind einfacher und verlaufen ohne Reibungs- und Informationsverluste. Der Patient bleibt in jedem Fall in der gleichen Abteilung, die durch Aktenweitergabe Kenntnis seines Falls hat. Ein Ambulanz-Patient hingegen muß die gesamte aufwendige Aufnahme-prozedur durchlaufen, wobei unter Umständen unklar ist, in welche Fachabteilung er aufgenommen wird.
- Stationäre Aufnahmen im Falle schwieriger und belastender Untersuchungen, z. B. Bronchoskopien, entfallen.
- Stationär behandelte Patienten können früher entlassen werden. Aufwendige Therapien und Untersuchungen, die die Möglichkeiten einer Ambulanz überschreiten, sind in der Tagesklinik durchführbar.
- Die psychosoziale Betreuung der Patienten ist in der Tagesklinik dadurch erschwert, daß einerseits keine personellen Ressourcen zur Verfügung stehen, andererseits aber Ersatzlösungen noch weniger tragfähig sind, da - anders als in der HIV-Ambulanz - auf die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und dem Modellprojekt Koordinationspflege verzichtet wird.

Für akutkranke Patienten oder solche im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung bietet die Tagesklinik also weitreichendere und »komfortablere« Möglichkeiten. Für symptomlose HIV-positive Patienten, die lediglich Kontrolluntersuchungen benötigen, sind die angeführten Unterschiede nicht unbedingt wichtig. Hier wird auch die unterschiedliche Konzeption von Tagesklinik und Ambulanz deutlich: Die Tagesklinik zielt (trotz ihres Frühbehandlungsangebots) primär auf die Behandlung von Patienten, die ansonsten *stationär* aufgenommen werden müßten, die Ambulanz hingegen auf Diagnostik und Therapie bei noch *ambulant* zu behandelnden Patienten, die nicht so schwer erkrankt und dementsprechend mobiler sind. Wie weit sich mit dieser anderen Aufgabengewichtung die Probleme verstärken, die die Funktionsweise der Ambulanz charakterisieren, werden wir bei unserer Analyse des Alltagsgeschehens der Tagesklinik untersuchen.

3.2.2 Wege in die Tagesklinik

Krankenhausinterne Zuweisungen durch andere Abteilungen spielen in der Tagesklinik so gut wie keine Rolle. Im UKRV befinden sich alle HIV- und Aids-Patienten auf der Abteilung für Infektiologie, zu der auch die Tagesklinik gehört. Weitere Wege führen über andere Krankenhäuser, die vereinzelt HIV- und Aids-Patienten wegen anderer Erkrankungen behandeln. Treten hier dann HIV-spezifische Probleme auf, nehmen sie die Tagesklinik zur Abklärung in Anspruch. Ebenso verfahren sie, wenn erst während des

Krankenhausaufenthaltes ein positiver HIV-Befund oder eine HIV-abhängige Erkrankung festgestellt wird. Auch dann werden die Patienten an die Tagesklinik überwiesen.

Die Patienten benötigen generell eine Überweisung des Hausarztes. Entweder geschieht dies auf Initiative des Patienten, der die speziellen HIV-/Aids-Probleme in der Tagesklinik geklärt wissen möchte und den Hausarzt für die Grundversorgung in Anspruch nimmt, oder auf Anraten des Arztes selbst. Meist handelt es sich dabei um Ärzte mit Normalpraxen, die diese Form der geteilten Behandlung wählen, da sie nur wenige Aids-Patienten haben und sich für deren Behandlung nicht hinreichend kompetent fühlen. Andere Patienten kommen aus Integrationspraxen und werden in die Tagesklinik überwiesen, um dort aufwendige Untersuchungen durchführen zu lassen, die in der Praxis nicht möglich sind. Die Therapie erfolgt dann in der Praxis. Schwerpunktpraxen arbeiten meist nicht mit der Tagesklinik zusammen, da ihr Angebot sich weitgehend mit dem der Tagesklinik überschneidet.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die von uns als solche bezeichneten »Normalpraxen« offenkundig den größten Teil der zuweisenden Ärzte ausmachen: Von ca. 130 einweisenden Ärzten oder anderen Einrichtungen betreut die Hälfte nur jeweils wenige Aids-Patienten, wie aus der Statistik der Tagesklinik hervorgeht (Bergmann 1991). Direktes Anlaufen der Tagesklinik stellt eher eine Ausnahme dar. So gesehen scheint die Tagesklinik besser in das Versorgungssystem eingebunden zu sein und weniger Gefahr zu laufen, unter der Hand primärversorgende Funktionen zu übernehmen. Wir werden sehen, ob sich das im Alltag bestätigt.

3.2.3 Die Patienten

Wir fragen nun, mit welchen Problemen die Patienten in die Tagesklinik kommen und wie sich die Klientel zusammensetzt. Aufgrund der akutmedizinischen Orientierung der Tagesklinik und ihrer Funktion als poststationäre Versorgungsinstanz gehört nur ein geringer Teil der Patienten (20 %) zu den symptomlosen HIV-Positiven, die zum sogenannten »staging«, einer generellen aids-spezifischen Durchuntersuchung, kommen. Viele der Patienten suchen die Tagesklinik wegen HIV-bedingter Erkrankungen unterhalb der Schwelle des Vollbildes von Aids auf. Bei diesen Patienten geht es teils um spezielle Diagnostik (Erregernachweise bei Pilzen etc.), teils um eine umfassende Frühdiagnostik, damit sich entwickelnde opportunistische Infektionen vor dem eigentlichen Ausbruch erkannt werden. Diese Gruppe macht etwa 40 % der Klientel aus. Die Gruppe der eigentlichen Aids-Patienten ist mit 40 % ebenfalls recht hoch. Hier zeigt sich, daß

das große Angebot an medizinisch-technischen Möglichkeiten mit einer entsprechenden Zusammensetzung der Klientel nach Schweregrad der Erkrankung korrespondiert.

Betrachten wir die soziale Zusammensetzung der Patienten, so ergibt sich folgendes Bild. In der infektiologischen Abteilung des UKRV, in dem seit Beginn des Auftretens der Krankheit Aids-Patienten behandelt werden, entspricht die Verteilung der Patienten nach Betroffenenengruppen etwa dem statistischen Durchschnitt, wobei die Zahl der i. v.-Drogenabhängigen leicht erhöht ist. In der Tagesklinik verstärkt sich diese Tendenz. Der Anteil an drogenabhängigen Patienten ist hier höher als in anderen stationären Einrichtung und als in der HIV-Ambulanz. Offenbar ist sie für behandlungsbedürftige Drogenabhängige attraktiver als andere Angebote. Die Mitarbeiter der Tagesklinik erklären das damit, daß drogenabhängige Aids-Kranke oft Schwierigkeiten haben, einen Hausarzt zu finden, der genügend Aids-Expertise besitzt. Auf der anderen Seite meiden sie das Krankenhaus, weil sie dort in ihrem Drogengebrauch eingeschränkt werden. Im Unterschied zu stationären Aufenthalten entfallen in der Tagesklinik disziplinarische Maßnahmen, so beispielsweise das Verbot, nachts die Station zu verlassen. Die Tagesklinik ist also eine für sie offenbar erträgliche Behandlungsmöglichkeit, in der Aids-Expertise und niedrigschwellige Versorgung verbunden sind.

Bei den homosexuellen Patienten sind eher diejenigen in der Tagesklinik anzutreffen, die Wert auf Anonymität legen - ein Wunsch, der sich meist sowohl auf die Tatsache der Homosexualität als auch auf die Aids-Erkrankung erstreckt. Diesen Patienten kommt die Eingliederung der Tagesklinik in die Räumlichkeiten einer Inneren Abteilung und das Belegungsprinzip der Abteilung entgegen: Aids-Patienten werden gleichmäßig auf alle Stationen der Abteilung verteilt, keine Station soll mehr als 20 % Aids-Kranke haben. Sie sind folglich Patienten einer Infektionsabteilung und als solche weder in der Tagesklinik noch auf den Stationen auf den ersten Blick als Aids-Patienten zu erkennen.

Erkrankte aus anderen Betroffenenengruppen stellen wie überall eine Minderheit dar, sind aber aufgrund der langen Behandlungstradition der Abteilung häufiger als in anderen Einrichtungen anzutreffen, so z. B. transfusionsinfizierte Patienten.

Unter schichtenspezifischen Gesichtspunkten betrachtet sind auch hier überwiegend Mittelschichtangehörige zu finden. Dennoch ist der Anteil von eher den unteren sozialen Schichten Angehörigen relativ groß. Allein durch die Zahl von Drogenabhängigen ist eine Problemgruppe stark vertreten, bei der soziale Notlagen wie

Wohnungslosigkeit oder finanzielle Probleme den Alltag bestimmen. Bei den homosexuellen Patienten ist die Schichtzugehörigkeit gemischt. Entsprechend der hohen Zuweisungsrate aus Normalpraxen ist - vergleichbar der HIV-Ambulanz - ein höherer Anteil an Patienten zu verzeichnen, der eher der Unterschicht angehört, sich weniger intensiv mit seiner Krankheit auseinandersetzt, dementsprechend weniger gut über die Krankheit informiert ist und begrüßt, daß er hier auf ein umfassendes Versorgungsset stößt. Zudem bevorzugen viele Patienten in späteren Krankheitsstadien eine stationäre Versorgung - ein Wunsch, dem in der Regel entsprochen werden kann.

Insgesamt trifft man in der Tagesklinik vornehmlich auf Patienten, die die Möglichkeiten der modernen Medizintechnik und der Maximalversorgung schätzen. Beides gibt ihnen ein Gefühl der Sicherheit, das sie in der Praxis des niedergelassenen Arztes vermissen. Diese Einstellung geht quer durch alle Betroffenenengruppen und sozialen Schichten.

3.2.4 Aids und Aids-Patienten aus der Sicht der Mitarbeiter

Die Einstellung der Ärzte und des Pflegepersonals zu Aids und Aids-Patienten läßt sich als betont sachlich beschreiben. Aids wird als eine Infektionskrankheit wie jede andere auch gesehen und das wird ausdrücklich betont:

»Wir haben die Patienten ganz normal behandelt, haben sie gemischt gelegt, mit allen anderen Patienten zusammen, was dazu führte, daß die Aids-Patienten dem gleichen Ablauf des Krankenhauses unterliegen wie normale Patienten auch.« (AK 5, 9/25-30)

Ein »HIV-Bonus«, demzufolge Aids-Patienten mehr Rechte als anderen zugewilligt werden, wird von den Mitarbeitern der Abteilung entschieden abgelehnt. Andererseits wird Wert darauf gelegt, daß der Eindruck von Vorurteilen gegenüber den Betroffenenengruppen vermieden wird. Dieser Vorwurf war von den Selbsthilfegruppen immer wieder erhoben worden:

»... weil wir angeblich die Patienten psychosozial diskriminieren. Das tun wir aber nicht. Wir versuchen im Rahmen eines großen, damals kommunalen Krankenhauses, die Patienten adäquat zu behandeln.« (AK 5, 9/40-44)

Diese Normalisierungsstrategie im Umgang mit Aids und den von Aids betroffenen Gruppen wirkt fragwürdig angesichts der Tatsache, daß die gesellschaftliche Stigmatisierung und auch Diskriminierung von Schwulen, Fixern und Prostituierten seit dem Auftreten von Aids teilweise empfindlich zugenommen hat (Bochow 1989). Der Routineablauf des Krankenhauses berücksichtigt aber weder besondere Lebensweisen, noch schützt er vor Diskriminierungen. Eine normale Behandlung der von Aids betroffenen

Gruppen steht also in Gefahr, die gesellschaftliche Diskriminierung im Behandlungsalltag mitzuschleppen, auch wenn dies nicht intendiert ist.

Die drogenabhängigen Patienten gelten hier wie überall als besonders schwierig. Man bemüht sich in der Tagesklinik jedoch mehr als in anderen Einrichtungen um die Integration dieser Patientengruppe. Aus der Perspektive der Ärzte besehen besitzt das Modell der Tagesklinik eine Reihe von Vorteilen für den Umgang mit drogenabhängigen Patienten. Beispielsweise lassen sich die auf den Stationen immer wieder vorkommenden Medikamentendiebstähle in der Tagesklinik leichter vermeiden. Dort sind Kontrollmaßnahmen und dergleichen nicht erforderlich. Die Betonung dieser Vorteile bedeutet keineswegs, daß die Mitarbeiter ein problemloses Verhältnis zu dieser Klientel haben. Sie haben mit ähnlichen Problemen zu kämpfen wie die Mitarbeiter anderer Institutionen:

»Wir vergeben ja ambulante Termine, sagen, kommen Sie am nächsten Mittwoch, da haben wir ein Computertomogramm, schicken wir sie zum Augenarzt und sonstwas, und die Patienten kommen einfach nicht.« (AK 7, 17/40-44)

Auch in der Tagesklinik wird also die Unzuverlässigkeit dieser Patientengruppe beklagt. Dennoch sehen sich die Mitarbeiter der Tagesklinik besser in der Lage, die besonderen Nutzergewohnheiten der Drogenabhängigen aufzufangen, da sie nur zum Teil von anderen Abteilungen abhängig sind und folglich die Termin- und Untersuchungsplanung flexibler handhaben können. Dies ist einer der Gründe, warum die Drogenabhängigen in der Tagesklinik keine Ärger- und Ohnmachtsgefühle bei den Mitarbeitern auslösen. Ein weiterer Grund liegt in der günstigen personellen Ausstattung der Tagesklinik, die es erlaubt, sich diesen Problempatienten weitaus mehr als im akutmedizinischen Bereich üblich zu widmen:

»Die Betreuung von drogenabhängigen Patienten ist sehr zeitaufwendig. Es sind Patienten, die oft auch lange Gespräche suchen, ... und das läßt sich wahrscheinlich leichter in so einer Institution durchführen als in einer Praxis.« (AK 7, 18/21-29)

Drogenabhängige haben - so die Tagesklinik-Ärzte - einen hohen Betreuungsbedarf und suchen weitaus extensiver als andere Patienten das Gespräch mit dem Arzt. Eine medizinische Einrichtung, die die Behandlung von drogenabhängigen HIV- und Aids-Patienten als ihre Aufgabe sieht, muß sich auf diesen erhöhten, zugleich aber schwer kalkulierbaren Bedarf einstellen.

3.2.5 Funktions- und Arbeitsweise der Tagesklinik

In diesem Abschnitt fragen wir nach der alltäglichen Funktions- und Arbeitsweise der Tagesklinik für Aids-Patienten und auch danach, welche Probleme den Alltag kennzeichnen. Zur Beantwortung dieser Frage muß man sich vor Augen führen, daß die Tagesklinik des UKRV zum Zeitpunkt der Untersuchung erst seit einem Jahr existiert und kaum auf Vorbilder zurückgreifen konnte, da sie zu der Zeit die einzige Tagesklinik im Bereich der Aids-Krankenversorgung war. Zudem verkörpert sie in der Akutmedizin einen neuen Typus von Einrichtung. Von den Mitarbeitern dieses Modells werden daher entsprechende Aufbauleistungen verlangt, die Zeit und Energie absorbieren. Das wird jedoch nicht als negativ empfunden. Das Bewußtsein von erbrachter Pionierleistung wirkt sogar motivationsfördernd.

Beginnen wir mit der Funktionsweise des ärztlichen Dienstes. In der Regel sind zwei, manchmal drei Ärzte anwesend. Bei Spitzenbelastungen kann von den anliegenden Stationen Unterstützung durch zusätzliche Kollegen angefordert werden.

Die Einführung eines Schichtdienstes wird aus zwei Gründen nicht für sinnvoll gehalten. Es wird befürchtet, den Patienten ginge dadurch Vertrautheit und Kontinuität verloren:

»Dann sieht der [Patient] immer wieder ein neues Gesicht und sagt, huch, den kenne ich noch gar nicht, dem muß ich wieder meine ganze Geschichte von vorne erzählen, oder der Herr Doktor sitzt stundenlang und blättert erstmal die Akten durch.« (AK 7, 22/43-47)

Doch gerade auf Vertrautheit und Kontinuität der ärztlichen Betreuung wird in der Tagesklinik besonderer Wert gelegt. Darüber hinaus wird für wichtig gehalten, daß die stationär aufgenommenen Patienten den Tagesklinikärzten bei Visiten und im Bereitschaftsdienst wiederbegegnen. Auch aufgrund der organisatorischen Bedingungen der Tagesklinik wird ein Schichtdienst nicht für sinnvoll gehalten. Engpässe entstehen meist durch die Vorgaben der diagnostischen Abteilungen, die fast ausschließlich vormittags Termine vergeben. Daher müssen die meisten Patienten vormittags einbestellt werden. Eine Verlängerung der Öffnungszeiten der Tagesklinik hätte somit wenig Vorteile, da die Zahl der durchgeführten Untersuchungen dadurch nicht erhöht werden könnte.

Das Pflegepersonal dagegen hat einen begrenzten Schichtdienst mit zwei Kräften im Frühdienst und einer im Spätdienst von 12 bis 20 Uhr. Insgesamt sind drei bis vier Pflegekräfte in der Tagesklinik tätig. Ihr Arbeitsplatz ist nicht auf die Tagesklinik begrenzt. Sie gehören zum Personal der angrenzenden Stationen und werden dort gelegentlich für Dienste eingeteilt. Umgekehrt wird jedoch auch Personal der Stationen in die Tageskli-

nik delegiert, wenn dort jemand fehlt. Das Stationspersonal fungiert also gewissermaßen als Pool für die Tagesklinik, und das bietet ihr gute Dispositionsmöglichkeiten für die Besetzung der Dienste. Das bedeutet aber gleichzeitig, daß eine größere Zahl von Pflegekräften mit der Technik der Tagesklinik Geräte vertraut gemacht werden muß, was von den Ärzten an dieser Regelung als nachteilig empfunden wird.

Für die Patienten stellen die Schwestern und Pfleger aufgrund der Personalrotation keine festen Bezugspersonen dar. Dennoch bildet sich im Laufe der Zeit eine gewisse Vertrautheit aus, die sich vor allem dann vorteilhaft auswirkt, wenn Patienten stationär aufgenommen werden. Dann kennen sie bereits teilweise das Pflegepersonal. In der Tagesklinik aber ist der Kontakt des Pflegepersonals zu den Patienten eher lose:

»Das Pflegepersonal hat hier sicher weniger Kontakt mit den Patienten als auf der Station, weil der Patient die meiste Zeit mit dem Arzt zusammen ist.«
(AK 7, 26/21-25)

Die Schwestern und Pfleger versehen ihre Aufgabe hier genauso wie bei anderen, alltäglichen Pflegesituationen und fühlen sich für die Aids-Patienten nicht mehr als für die anderen Patienten der Infektionsabteilung zuständig. Obschon von den Berufsverbänden der Pflege immer wieder spezifische Aids-Pflegekonzepte gefordert und verschiedentlich auch vorgelegt werden (DBfK 1988; vgl. auch Moers 1990), haben sie hier keinen Eingang in die Pflegepraxis gefunden.

Das betriebsorientierte Pflegeverständnis korrespondiert mit der Funktionsweise der Tagesklinik selbst. Die Hauptaufgabe des Pflegepersonals besteht in der Vorbereitung, Assistenz und Nachbereitung von ärztlichen Untersuchungen, wie dies in allen diagnostischen Funktionseinheiten, beispielsweise den endoskopischen Abteilungen, der Fall ist. Da die meiste Arbeitszeit mit technischen, betriebsablauforientierten, fremdbestimmten und patientenfernen Tätigkeiten verbracht wird, bleibt kaum Zeit, eine helfende Beziehung zu den Patienten aufzubauen (vgl. Elkeles 1988). Die Kontakte bleiben eher flüchtig und entstehen oft nur nebenbei während technischer Verrichtungen.

Die Folge ist, daß das Pflegepersonal hier relativ weit von eigenständigen pflegerischen Aufgaben entfernt ist. Solche Aufgaben sind gerade bei Aids-Patienten sehr ausgeprägt (Moers 1990, S. 16 ff., 53-64). Begleitung, Beratung und Betreuung - besonders bei psychosozialen Problemen - spielen bei diesen Patienten eine wichtige Rolle, werden in der Tagesklinik aber tendenziell eher von den Ärzten als von den Pflegekräften wahrgenommen.

3.2.6 Kooperation mit den diagnostischen Abteilungen

Nach der Darstellung der Funktionsweise des ärztlichen und des pflegerischen Dienstes wollen wir nun nach dem Tagesablauf in der Tagesklinik fragen. Die meisten Patienten werden für den Vormittag einbestellt. Wenn ein Patient ankommt, wird er vom Arzt oder einer Pflegekraft am schalterähnlichen Empfang des Dienstzimmers begrüßt und muß dann entweder warten oder wird sofort weitergeleitet. Die Patienten sind für diesen Tag im Krankenhaus aufgenommen, ohne daß sie eine weitere Aufnahme-prozedur außerhalb der Tagesklinik durchlaufen müssen.

Schwerkranke Patienten werden unter Umständen von einer ambulanten Pflegekraft in die Tagesklinik gebracht und nachmittags wieder abgeholt. Problematisch ist allerdings, daß ambulante Pflegedienste für diesen Tag keine Pflegeleistungen abrechnen können, da die Patienten als stationär aufgenommen und damit versorgt gelten, auch wenn sie vom ambulanten Pflegedienst zur Klinik gebracht und wieder abgeholt werden. Bislang wurden diese Aufgaben vielfach von den Modellpflegeprojekten wahrgenommen, die sich aufgrund ihrer Sonderfinanzierung dazu in der Lage sahen. Mit dem Ende der Modellprogramme ist hier, wie überall im Bereich der ambulanten Pflege, mit Engpässen und Einschränkungen der Betreuungsmöglichkeiten zu rechnen.⁷

Sind Untersuchungen außerhalb der Tagesklinik erforderlich, werden die Patienten mit dem hauseigenen Krankentransport zu den verschiedenen Abteilungen gebracht und auch wieder abgeholt. Sie müssen also nicht allein durch die Krankenhausanlage »geistern«, auf dem Flur auf die Ergebnisse warten und selbst den Ärzten hinterherlaufen oder -telefonieren. Die Untersuchungsergebnisse werden direkt an die Tagesklinik weitergeleitet und fließen bei dem dort behandelnden Arzt zusammen. Auf diese Weise werden Reibungsverluste vermieden, und der Patient ist weniger Belastungen ausgesetzt.

Für die Patienten werden im voraus Termine mit den diagnostischen Abteilungen ausgemacht, um die erforderlichen Untersuchungen durchführen zu können. Deren Einhaltung ist für das Funktionieren der Akutdiagnostik wichtig, da Ersatztermine schwer zu

⁷ Im Rahmen des Sofortprogramms der Bundesregierung zur Bekämpfung der Immunschwächekrankheit Aids gab es unter anderem ein Modellprogramm »Ausbau ambulanter Hilfen für Aids-Erkrankte im Rahmen von Sozialstationen«, das 1991 auslief.

bekommen sind. Folglich ergeben sich Schwierigkeiten, wenn Patienten vereinbarte Termine nicht einhalten. Hier wird deutlich, daß die Abhängigkeit der Akutdiagnostik von der Apparatedizin in der Tagesklinik zwangsläufig zu einer betriebsablauforientierten Organisation führt. Es kann also nicht in erster Linie nach den Erfordernissen der Krankheit und den Bedürfnissen der Patienten geplant werden. Vielmehr muß die Tagesklinik sich nach den knapp bemessenen Ressourcen der Diagnostik richten.

Nach Ansicht der Mitarbeiter verlangt die Organisation der Diagnostik viel Geschick. Die Mitarbeiter haben zahlreiche Strategien entwickelt, um Terminproblemen zu entgegen oder sie auszubalancieren. Beispielsweise wird Patienten, die nicht erschienen sind, hinterhertelefoniert; Termine werden doppelt vergeben: für einen angemeldeten Röntgentermin werden zwei Patienten in die Tagesklinik bestellt. Falls dann ein Patient nicht erscheint, ist immerhin der Röntgentermin genutzt; kommen jedoch beide, werden bei einem zunächst die in der Tagesklinik möglichen Untersuchungen durchgeführt.

Je nach Arbeitsanfall werden einige Patienten auch für den Nachmittag bestellt. Meist sind dies Patienten, die nur Untersuchungen in der Tagesklinik benötigen oder die therapeutischer Maßnahmen bedürfen. Hier wird sichtbar, daß das Behandlungsmanagement hier ebenso wie in der HIV-Ambulanz eine Reihe von Koordinationsaufgaben einschließt. Diese haben allein deshalb einen hohen Stellenwert, weil die zeitliche und zahlenmäßige Begrenzung der externen Untersuchungen der Tagesklinik enge Kapazitätsgrenzen setzt. Eine Beeinflussung der externen diagnostischen Abteilungen ist jedoch innerhalb eines Großklinikums kaum möglich, da zahlreiche Stellen diese Untersuchungen nachfragen.

3.2.7 Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und ambulanten Pflegeanbietern

Die Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten wird hier wie in den anderen Modellen auch als außerordentlich wichtig eingestuft. Das hat seinen Grund darin, daß die Tagesklinik - ebenso wie die Ambulanz - keine Medikamente verschreiben darf und nicht ohne Überweisungen durch die Hausärzte tätig werden kann. Die Tagesklinik ist daher an einem guten Verhältnis zu den niedergelassenen Ärzten interessiert. Von seiten der Tagesklinik gibt es verschiedene Versuche, gute Kooperationsbeziehungen herzustellen. Beispielsweise wird bei den Hausärzten angerufen, um Behandlungsfragen und Patienten-Compliance zu klären, so, ob ein Patient die verordneten Medikamente auch wirklich nimmt, oder um den Hausarzt zu informieren, wenn ein Patient Schwierigkeiten hat.

Ebenso steht die Tagesklinik konsiliarisch für Rückfragen zur Verfügung. Dieses Angebot wird von den niedergelassenen Ärzten jedoch selten genutzt.

Außerdem versucht die Tagesklinik, die Hausärzte durch einen ausführlichen Arztbrief eingehend über den Zustand des Patienten zu informieren und ihre Therapievorschläge zu begründen. Mit dieser besonderen Form des Arztbriefes wird zugleich eine aids-spezifische Fortbildung der niedergelassenen Ärzte angestrebt. Diese Arztbriefe werden von den Ärzten computergestützt geschrieben, und zwar in der Regel innerhalb von zwei Tagen, so daß ein rascher Informationsfluß gesichert ist. Dieses Verfahren ist im Krankenhaus nicht üblich und hat Auswirkungen auf den alltäglichen Arbeitsablauf:

»Deswegen ist das hier, was die Ärzte angeht, auch sehr personalintensiv, weil wir eben [die Arztbriefe] selbst schreiben. Wir haben keine Sekretärin, die das macht, sondern setzen uns halt nach Feierabend hin und arbeiten das auf.« (AK 7, 12/27-33)

Dennoch wird dieses Verfahren von der Tagesklinik für notwendig gehalten, um die eigene Funktionsfähigkeit zu wahren und den versorgungsstrukturellen Implikationen des Modells gerecht zu werden. Denn einerseits soll so die Verankerung im ambulanten Versorgungsbereich gefestigt werden, zum anderen sollen auf diese Weise die ärztlichen Leistungen miteinander verknüpft werden. Damit will die Tagesklinik der Gefahr entgegen, Hausarztfunktionen zu übernehmen und Rivalitäten zu den niedergelassenen Ärzten zu erzeugen.

Die Integration niedergelassener Ärzte in die Aids-Behandlung wird jedoch dadurch erschwert, daß die Tagesklinik zu einem großen Teil von Patienten im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit aufgesucht wird, für dessen Behandlung den meisten niedergelassenen Ärzten die Kompetenz und die Erfahrung fehlen. So muß die Tagesklinik für diese Patientengruppe trotz der unternommenen Verknüpfungsbemühungen zwangsläufig primärversorgende Funktionen übernehmen. Problematischer wird das deshalb, weil die Kooperation mit sozialen und pflegerischen Hilfen im ambulanten Bereich keineswegs so engmaschig ist wie die Zusammenarbeit der Mediziner. Denn insgesamt ist zu konstatieren, daß die Arbeitsweise der Tagesklinik bzw. der Infektiologie des UKRV sehr arztorientiert ist. Dem Ineinandergreifen der ärztlichen Leistungen mit der anderer Berufe, etwa der Pflege, wird erheblich weniger Beachtung geschenkt. So ist beispielsweise das Koordinationspflegeprojekt, das die pflegerische Überleitung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sichern sollte, hier gescheitert. Die Stelle wurde nach einem einmaligen Versuch nicht mehr besetzt, ohne daß die Aufgabe von einer anderen Berufsgruppe übernommen wurde. Das hat seinem Grund u. a. darin, daß sehr

viel mehr im Zusammenhang mit Aids anfallende Aufgaben hier als medizinische bzw. ärztliche deklariert und andere Berufe folglich weniger einbezogen werden. Auch der Pflege fallen diesem Konzept zufolge eher traditionell bekannte Aufgaben zu:

»Der größte Pflegebedarf, der draußen anfällt, sind die adjuvanten Pflegeleistungen . . . Die speziellen, organmedizinisch bezogenen Handlungen, wie Infusionen und so weiter, bleiben weiterhin vorwiegend dem Krankenhaus und dem speziellen Hausarzt vorbehalten. Ich bin sehr dagegen, daß draußen Pflegekräfte die Infusionen anlegen.« (AK 5, 32/42-56)

Ambulante Pflegen sind im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit jedoch Schwerstpflegen, die auf seiten der Pflegekräfte ein hohes aids-spezifisches Wissen erfordern, das weit über die Kenntnisse »adjuvanter« Pflegeleistungen hinausgeht. Hinzu kommt, daß für die Durchführung von Schwerstpflegen eine enge Kooperation mit dem niedergelassenen Arzt notwendig ist, der neben der komplexen Therapie der Erkrankung auch die Schmerztherapie und den Umfang mit den in der finalen Phase der Krankheit meist auftretenden Nahrungs- und Flüssigkeitsproblemen beherrschen muß. Dazu ist, wie die Erfahrungen zeigen, ein »spezieller Hausarzt« erforderlich, der genügend Aids-Expertise besitzt und bereit ist, die aufwendige Behandlung einschließlich der Hausbesuche zu übernehmen. Die meisten Kooperationspartner der Tagesklinik aber wollen gerade diesen Aufwand vermeiden. Sie möchten die aids-spezifischen Probleme an die Tagesklinik delegiert wissen und fühlen sich als Normalpraxen bei der Betreuung dieser Patienten überfordert. Die Folge ist, daß bei Versorgungsproblemen, die die Kompetenzen des Hausarztes, des sozialen Netzes und der nicht auf Aids spezialisierten Sozialstationen überschreiten, eine stationäre Aufnahme der Patientin die einzige Lösungsmöglichkeit ist.

3.2.8 Versorgungssituation und psychosoziale Unterstützung

Hier wie auch in der HIV-Ambulanz wird das Fehlen eines Sozialdienstes empfindlich wahrgenommen. Der Bedarf an sozialen und pflegerischen Hilfen wird häufig als erstes in der Tagesklinik sichtbar und an die Mitarbeiter herangetragen, die dafür allerdings eigentlich nicht zuständig sind. Auch der Sozialdienst des Krankenhauses darf offiziell nicht für die Tagesklinikpatienten tätig werden. Damit wird die Vermittlung von Diensten schwierig. Von den niedergelassenen Ärzten, deren Aufgabe, dem Konzept der Tagesklinik zufolge, die Versorgungsvermittlung ist, wird diese Funktion nicht hinreichend wahrgenommen. Sie glauben, die versorgungsorganisatorischen Probleme ebenfalls an die Tagesklinik delegiert zu haben. Außerdem besitzen sie wenig Kenntnisse aids-spezifischer Angebote und kooperieren nur mit denselben Sozialstationen, mit

denen sie normalerweise zusammenarbeiten. Diese sind jedoch auf die Pflege von Aids-Kranken meist nicht eingerichtet.

Zur Zeit werden die Versorgungsprobleme durch Sondervereinbarungen geregelt. So betreut der Sozialdienst des Krankenhauses unter der Hand einige Patienten der Tagesklinik, vor allem jene, die schon einmal stationär behandelt wurden und bei denen er bereits tätig war. Außerdem haben die Sozialdienstmitarbeiter ihre Sprechstunden für die Tagesklinikpatienten geöffnet. Diese Sprechstunden sind allerdings zeitlich sehr begrenzt und haben hohe Zugangsbarrieren, da der Weg zu den Sozialdiensträumen im unübersichtlichen Klinikgelände nicht leicht zu finden ist. Haben die Patienten diese Hürden einmal überwunden, dann wird der Sozialdienst für sie tätig.

Bei anderen Patienten - meist solchen, die Pflege benötigen - werden die Ärzte selbst aktiv, nutzen ihre Kontakte zu den Modellpflegeprojekten und vermitteln am Hausarzt vorbei pflegerische Dienste. Mit dem Wegfall der Modellprojekte wird dieses Verfahren allerdings schwierig werden. Den Ärzten der Tagesklinik ist die Labilität der getroffenen Lösung durchaus klar:

»Was wir uns wünschen würden, ist vielleicht eben eine Sozialarbeiterin und einen Psychologen, . . . so daß das nicht auf ehrenamtlicher Basis laufen muß, denn wir leben eigentlich von der Gutmütigkeit und dem Engagement der Kollegen.« (AK 7, 24/16-22)

Damit ist eine weitere Lücke im Angebot der Tagesklinik angesprochen, nämlich die fehlende psychosoziale Betreuung der Patienten. Es wird versucht, diesen Mangel ebenfalls durch eigene Initiativen auszugleichen. So bietet eine Sozialarbeiterin zusammen mit dem Krankenhausseelsorger einmal wöchentlich einen Gesprächskreis für Aids-Patienten an - ein Angebot, das keineswegs als ausreichend bezeichnet werden kann und dessen Konzept (Gruppenarbeit) nur einen Teil der Bedürfnisse der Patienten abzudecken vermag. Wir hatten zuvor festgestellt, daß viele Patienten auf Anonymität und Verschwiegenheit bedacht sind. Sie bedürfen individuell orientierter Maßnahmen zur psychischen Unterstützung. Auch die Herkunft aus extrem verschiedenen sozialen Gruppen mit entsprechend unterschiedlichen Themen setzt einer Gruppenarbeit Grenzen. Die Notwendigkeit einer professionellen psychischen Betreuung wird von den Ärzten zwar gesehen, der arzt- bzw. medizinerorientierte Blick bleibt aber auch hier prägend:

»Ich denke, es muß ein Mediziner sein mit psychologischer, psychiatrischer und therapeutischer Weiterbildung.« (AK 5, 16/34-37)

Da dieser jedoch nicht zur Verfügung steht, versuchen die Mitarbeiter der besonderen Situation der Aids-Patienten u. a. auch dadurch zu entsprechen, daß sie sich den Patien-

ten ausführlicher widmen. Die Ärzte nehmen sich generell mehr Zeit, führen beispielsweise lange Gespräche mit den Patienten, was im Krankenhausalltag unüblich ist. Das Pflegepersonal auf den Stationen entwickelt oft engere Bindungen zu Aids-Kranken als zu anderen Patienten. Trotz entgegengesetzter Absichtsbekundung reagieren sie also auf die besonderen Aspekte der Aids-Erkrankung und räumen Aids-Patienten faktisch eine Sonderrolle gegenüber anderen Patienten ein. Eine Kooperation mit den Selbsthilfegruppen und den Aids-Hilfen, die in vielen Einrichtungen die psychische Begleitung und die psychosoziale Unterstützung der Patienten übernommen haben, gibt es in der Tagesklinik wie auf den Stationen der Abteilung allerdings nicht:

»Ein Bereich, in dem wir nicht mit allen zusammenarbeiten, sind die Selbsthilfegruppen, da gibt es Probleme.« (AK 5, 33/43-44)

Die hier angesprochenen Probleme sind entscheidend darauf zurückzuführen, daß beide unterschiedliche Vorstellungen über die Betreuung von Aids-Kranken haben. Während die Selbsthilfegruppen auf einer patientenorientierten Versorgung beharren, wird im UKRV präferiert, Aids wie jede andere Krankheit auch zu behandeln, und das bedeutet, Aids-Patienten nicht mehr an Patientenorientierung zuzubilligen als anderen auch. In der Praxis wird diese Haltung, wie wir gezeigt haben, zwar nicht konsequent durchgehalten. Dennoch dient sie als Maxime und gewissermaßen auch als verkappte Toleranzschwelle. Denn dank ihrer können weitgehende Öffnungen des Krankenhauses für die Belange der Patienten unterbunden werden.

3.2.9 Konzeptionelle Probleme der Tagesklinik

Nach der Darstellung der Funktionsweise wollen wir nun fragen, mit welchen Problemen das Konzept der Tagesklinik einhergeht.

- Die Arzt- bzw. Medizinerorientierung der Tagesklinik im UKRV birgt die Gefahr steigender Medizinalisierung der Lebenssituation von Menschen mit HIV und Aids in sich. Welcher medizinische Aufwand von Patienten als belastend empfunden wird, hängt sicher davon ab, welche Form der Krankheitsbewältigung sie gewählt haben. Die Medizinalisierung der HIV-Infektion stellt eine der möglichen Bewältigungsformen dar. Von niedergelassenen Ärzten werden allerdings immer wieder negative Folgen der Fixierung der Patienten auf die Zahl ihrer Helferzellen und anderer Laborparameter geschildert. Sie hält die Patienten davon ab, ihre Lebenssituation aktiv zu gestalten und sich auf das Leben statt auf die Krankheit zu konzentrieren. Der angemessene Abstand zum Medizinsystem ist sicher schwer zu bestimmen. Man kann jedoch davon ausgehen, daß in hochtechnisierten Kliniken der objektivierbare somatische Befund Vorrang vor Überlegungen zur sozialen Lebensweise von Menschen mit

HIV und Aids hat und daher anderen als medizinerorientierten Bewältigungsstrategien eher entgegenwirkt.

- Gegenüber den Hausärzten reagiert die Tagesklinik flexibler und kommunikativer, als dies sonst im Krankenhausalltag üblich ist. Damit wird unter anderem intendiert, den Transfer des aids-spezifischen Wissens in den ambulanten Bereich sicherzustellen. Die niedergelassenen Ärzte, vor allem solche mit Normalpraxen, d. h. nur wenigen Aids-Patienten, kommunizieren von sich aus allerdings nicht in höherem Maße mit der Tagesklinik, als sie das üblicherweise für andere Patienten tun, weil ihnen, so die Vermutung eines Tagesklinikarztes, schlicht die Zeit dafür fehlt. Damit ist der Wissenstransfer bzw. »Fortbildungseffekt« in Frage gestellt, denn die diskussionslose Übernahme der Therapie durch den niedergelassenen Arzt erhöht dessen Aids-Expertise nicht. Die Klinikärzte beklagen dieses selbst. Der Wissenstransfer vom stationären in den ambulanten Bereich verläuft sehr viel langsamer als erwünscht, weil die Normalpraxen sich nicht von der Tagesklinik in die Behandlung einbinden lassen, sondern die Behandlung teilen: Aids-Behandlung in der Tagesklinik, Grundversorgung in der Praxis. Damit ist zwar eine funktionale Form der Kooperation gefunden, sie bleibt aber einseitig und damit letztlich inhaltsleer. Die Verzahnung von stationärer und ambulanter Behandlung ist daher mehr oder weniger formaler Natur und faktisch relativ lose. Die etablierten Kooperationsmodi sind nicht weitreichend genug, um zu einer Integration der Versorgung zu führen. Sie ermöglichen ein gut geregeltes *Nebeneinander*, aber kein wirkliches *Mit-* und *Zueinander*.
- Mit dem Fortschreiten der Krankheit übernimmt die Tagesklinik immer größere Anteile der Primärversorgung, gerät damit aber in konzeptionelle Probleme, denn sie ist darauf nicht ausgerichtet. Dieser Funktionswandel wird hier ebenso wie in der HIV-Ambulanz bislang nicht reflektiert, wird aber, wie am Beispiel des Sozialdienstes zu sehen war, bereits im Alltag sichtbar. Bei höheren Patientenzahlen ist der Funktionswandel zur primären Versorgungsinstanz nicht tragbar, da er zu Kapazitätsproblemen führt.
- Mit der Übernahme von primären Versorgungsfunktionen durch die Tagesklinik stellt sich die Notwendigkeit der psychosozialen Unterstützung der Patienten, dem gemäß der Überzeugung, daß Aids eine Krankheit wie jede andere darstellt, ohne ein spezifisches Konzept begegnet wird. Psychosoziale Unterstützung wird als ein Teil ärztlichen Handelns begriffen und soweit übernommen, wie sie für das Funktionieren der Medizin nötig ist. Für darüber hinausgehende Probleme, die aus der sozialen und soziokulturellen Lebenssituation der Patienten erwachsen, wird das Krankenhaus als nicht zuständig angesehen. Überspitzt gesagt wird alles für den medizinischen *Bedarf*

der Patienten getan, aber wenig für ihre *Bedürfnisse*. Darüber hinaus macht sich bemerkbar, daß die Aids-Hilfen, die in anderen Einrichtungen Lücken bei der psychosozialen Unterstützung der Patienten ausfüllen konnten, hier fehlen. Die prononciert medizinische Sicht von Aids vernachlässigt all die Seiten der Krankheit, die als Lebenskrise in Erscheinung treten, angefangen von sozialen Problemen bis hin zu Fragen der Krankheitsbewältigung.

3.2.10 Bilanzierung

Betrachten wir abschließend, wie die versorgungsstrukturellen Ziele, die mit der Einrichtung der Tagesklinik verfolgt werden, realisiert wurden. Hauptanliegen des Modells ist, wie anfangs dargestellt, eine Regulierung der langen Liegezeiten, die nicht immer krankheitsbedingte Gründe haben, sondern unter anderem durch die aufwendigen Untersuchungen und Forschungen provoziert werden und nicht zuletzt der Tatsache geschuldet sind, daß Behandlungsschemata erst entwickelt werden mußten und weiter zu entwickeln sind. Hinzu kommt die Schwerfälligkeit des Krankenhausapparates selbst, denn »ist der Patient erst einmal im Krankenhaus, dann bleibt er länger« (AK 7, 2/54), wie ein von uns befragter Arzt sagte. Daher wurde nach einer Möglichkeit gesucht, die Akutdiagnostik ambulant anbieten zu können, so daß nur noch jene Patienten stationär aufgenommen werden müssen, die ambulant nicht behandelbar sind. Diese Funktion wird treffend als »Filterfunktion« (AK 7, 2/42) beschrieben.

Die Erfahrung zeigt, daß in der Tagesklinik die Liegezeiten im Krankenhaus in der Tat verkürzt bzw. die Zahl der stationären Episoden gesenkt werden können. Die umgekehrte Funktion der Tagesklinik, die poststationäre Versorgung von weiterhin behandlungs- und überwachungspflichtigen Patienten, senkt ebenfalls die Liegezeiten. Allerdings hat das Krankenhaus auch Entlastungsfunktion für Versorgungs- und Betreuungseingänge im ambulanten Bereich, und diese wird auch »weggefiltert«. Das Krankenhaus steht dann nur noch Schwerkranken zur Verfügung. Damit werden Versorgungsbrüche bei den Patienten riskiert, die nun auf den ambulanten Bereich verwiesen sind, der auf diesen Aufgabenzuwachs, wie wir dargestellt haben, nur mangelhaft eingerichtet ist.

Betrachten wir die Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten, so ist festzustellen, daß die Verzahnung der Tagesklinik mit der ambulanten Versorgung oft eher formalen Charakter hat und einseitig von der Tagesklinik ausgeht. Die Fortbildungsangebote der Tagesklinik führen nicht zu dem erwünschten schnellen Wissenstransfer. Hier ist eine Intensivierung der Kooperation nötig, da die Tagesklinik sonst Gefahr läuft, zwar eng mit

der stationären Versorgung verknüpft, zur ambulanten Seite aber bestenfalls lose verankert zu sein.

Insgesamt steht die Tagesklinik vor dem Problem, daß einerseits eine Orientierung auf die Erfordernisse der Krankenhausmedizin gegeben ist und andererseits aber zunehmend auch primärversorgende Funktionen für die Patienten übernommen werden, für die die Tagesklinik personell und konzeptionell nicht eingerichtet ist, so daß folglich eine integrierte ambulante Versorgung nicht ausreichend gewährleistet werden kann. Sie ist also ähnlichen Problemen wie die HIV-Ambulanz ausgesetzt.

Dies ist auch im Hinblick auf ein anderes Problem zu konstatieren: Grundsätzlich besteht bei der Tagesklinik die Gefahr, daß die Behandlung von Aids-Patienten noch ausgeprägter als bei der HIV-Ambulanz in den stationären Bereich verlagert wird, weil die Tagesklinik ein umfassenderes Behandlungsangebot hat und die Patienten bei Versorgungsproblemen leichter in die stationäre Versorgung aufgenommen werden können, da die Tagesklinik besser in das Krankenhaus eingebunden ist als die HIV-Ambulanz.

Im folgenden wenden wir uns einem Modell zu, das versucht, genau gegenteilig zu verfahren, indem die ambulante medizinische Betreuung weitgehend den niedergelassenen Ärzten obliegt. Versorgungsintegration wird hier durch verstärkte Kooperationsleistungen und Öffnung des Krankenhauses für die Belange der ambulanten Versorgung angestrebt.

3.3 Fallstudie 3: Das Schöneberger Modell - Versorgungsintegration durch Kooperation

Die Entwicklung des AVK zum Aids-Schwerpunkt Krankenhaus begann zeitlich etwas später als im UKS und UKRV. Bis 1986 waren im AVK nur sporadisch HIV- und Aids-Patienten anzutreffen. Es sind, retrospektiv betrachtet, der Sicht der Mitarbeiter zufolge eher »Zufälligkeiten« (AK 4, 2/21), die zur Entwicklung des Schöneberger Modells und zum Ausbau des AVK zum heute größten Aids-Behandlungsschwerpunkt in der Bundesrepublik führten. Wir werden sehen, daß diese »Zufälligkeiten« so zufällig nicht sind, sondern auf eine begünstigende Ausgangskonstellation trafen.

Die meisten Aids-Patienten wurden zunächst im UKRV, dem Krankenhaus mit der größten und traditionsreichsten Infektiologie in Berlin und sogar in der BRD, behandelt. Die Betreuung erfolgte dort - wie damals überall - innerhalb der gewöhnlichen Krankenhausstrukturen, die den spezifischen Anforderungen der Krankheit und den Bedürfnissen vieler Aids-Patienten nicht hinreichend Rechnung trugen. Nicht zuletzt deshalb begannen »Suchbewegungen« seitens der Erkrankten, die unter anderem dadurch motiviert waren, daß sie neben einer adäquaten medizinischen Behandlung zugleich nach humanen und an ihrer besonderen psychischen und sozialen Situation orientierten Betreuungsstrukturen Ausschau hielten. Auf dieser Suche führte einige auch der Weg in das AVK, das auf diese Weise »zufällig« Aids-Patienten erhielt.

Sie stießen hier, obschon damals auch im AVK noch keinerlei interne Umstrukturierungen vorgenommen worden waren, auf eine ihren Vorstellungen offensichtlich entgegenkommendere Betreuung und eine Atmosphäre, die offener und liberaler war als in manchen anderen Einrichtungen der medizinischen Versorgung. Schon immer beispielsweise durften auf den Infektionsstationen Angehörige von Patienten, denen es schlecht ging, übernachten, und schon immer wurde Wert auf eine intensive Pflege gelegt, ohne ersteres aber als »rooming-in« und letzteres als »Patientenorientierung« zu bezeichnen. Die Mitarbeiter und insbesondere die Ärzte standen diesen Patienten und ihrer sich langsam herauskristallisierenden Wertschätzung des AVK zunächst relativ indifferent gegenüber. Das gleiche gilt mit Blick auf das von ihnen repräsentierte Krankheitsbild. Obschon explizit betont wird, daß das AVK seit jeher eine Infektionsabteilung betrieben habe und mit Aids eine Krankheit entstanden sei, die »natürlich in Infektionsabteilungen behandelt werden müßte« (AK 4, 14/24-25), war man zunächst ratlos, wußte weder - wie ebenfalls fast überall -, wie dieser neuen Infektionskrankheit medizinisch zu begegnen, noch wie sich ihr konzeptionell zu stellen war, und auch, ob man sich überhaupt explizit

stellen sollte, weil sich in Berlin bereits mehrere Krankenhäuser auf diesem Gebiet engagierten (neben dem UKRV und dem UKS damals noch das Universitätsklinikum Westend). Daß sich das in der Folgezeit wandelte, wird ebenfalls einem Zufall zugeschrieben, der die Situation schlagartig veränderte.

1986 wechselte ein aids-erfahrener Arzt in die Abteilung, dessen Interesse zwar eigentlich darin bestand, Gastroenterologie zu betreiben, dessen »Know-how« in Sachen Aids aber Initialfunktion zukam. Die Mitarbeiter begannen durch ihn motiviert, sich vermehrt mit der neuen Krankheit auseinanderzusetzen, sich fortzubilden und verstärkt der Konfrontation mit Aids zu stellen. Weil die eigenen Erfahrungen dafür jedoch als nicht ausreichend betrachtet wurden (bis zu jener Zeit waren ca. 30 bis 40 Patienten im AVK behandelt worden), beschlossen einige Ärzte: »Wir sollten uns da umgucken, wo es bislang gemacht wird, also in San Francisco« (AK 4, 13/16-17), genauer gesagt: im General Hospital, dessen Betreuungskonzept für Aids-Patienten weltweit als vorbildlich gilt (siehe Anlage 2). In Eigeninitiative wurde dann eine zweiwöchige Hospitationsreise in die USA geplant und organisiert, die in dem Ergebnis mündete:

»Wir waren beeindruckt von dem Modell, davon, wie Sozialstrukturen eingebunden sind, und sind zurückgekommen und haben uns überlegt: Na, das kann man hier auch so machen.« (AK 4, 13/28-32)

Der Besuch des General Hospital führte zu einer nachhaltigen Veränderung der Situation. Es wurde beschlossen, das Konzept auf die hiesigen Verhältnisse zu übertragen und die Infektiologie des AVK entsprechend umzustrukturieren. Mit viel Pioniergeist wurde in der Folgezeit überlegt, wie die konstitutiven Elemente des Konzepts an die hiesigen Strukturen anzupassen sind. Dabei spielte noch einmal der Zufall eine Rolle, der das nun entstehende Schöneberger Modell entscheidend beeinflusste. Zwei niedergelassene Ärzte, die sich auf HIV und Aids spezialisiert hatten, suchten zu jener Zeit nach einem Kooperationspartner im stationären Bereich, der wie sie davon ausging, daß die Behandlung Aids-Kranker nicht überwiegend dem Krankenhaus vorbehalten sein sollte. Da eines der zentralen Elemente des Schöneberger Modells (wie auch seines Vorbilds, siehe Anlage 2) darin besteht, daß Krankenhausaufenthalte so kurz wie möglich zu halten sind und Aids-Patienten soviel und soweit wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung leben sollten, war damit eine der entscheidenden Realisierungsvoraussetzungen gegeben und konnte die Umsetzung des Modells beginnen. Sie stieß auf eine Reihe begünstigender Bedingungen. Die Krankenhausadministration war der neuen Entwicklung gegenüber sehr aufgeschlossen, weil »man hat ja gewußt, daß damit . . . durchaus eine Attraktivität für ein Krankenhaus geschaffen werden kann« (AK 4, 14/25-28), und er-

füllte unter anderem einige der an das Modell geknüpften Stellenforderungen, beispielsweise die Finanzierung einer Sozialarbeiter- und von zwei Psychologenstellen.

Ungefähr zeitgleich war auch das Sofortprogramm der Bundesregierung zur Bekämpfung der Immunschwächekrankheit Aids entstanden, durch das eine Verbesserung des Ärzte- und Pflegepersonalschlüssels erwirkt werden konnte. Außerdem entstanden durch dieses Programm neue, auf Aids ausgerichtete ambulante Dienste, z. B. psychosoziale und pflegerische Hilfen, die eine noch weitreichendere ambulante Einbindung des Modells ermöglichten.

An dieser Stelle möchten wir eine Zäsur vornehmen und die Ausgangssituation noch einmal aus übergeordneter Sicht betrachten, wobei wir feststellen werden, daß die erwähnten »Zufälligkeiten« eine bestimmte Logik zu erkennen geben.

Zunächst einmal ist festzustellen, daß das AVK über eine relativ große Infektionsabteilung verfügt, zwar eine nicht ganz so große wie das UKRV, eine weitaus größere aber als das UKS, und so ist nicht verwunderlich (und keinesfalls »zufällig«), daß Aids-Patienten der Weg dorthin führte. Wenngleich dort damals - ebenso wie in allen entsprechenden Abteilungen - überwiegend Innere Medizin betrieben wurde, so war doch gleichzeitig klar, daß eine derart große Infektionsabteilung sich den Zugzwängen, die auf der Medizin in jenen Tagen lastete, letztendlich nicht entziehen konnte und sich über kurz oder lang der Herausforderung durch diese neue Krankheit stellen mußte.

Auch die professionsinterne Situation begünstigte die geschilderte Entwicklung. Aids tauchte zu einem Zeitpunkt auf, da die Infektiologie innerhalb der medizinischen Disziplinen einen ziemlichen Bedeutungsverlust erlitten hatte, galten die Infektionskrankheiten alter Tage doch als weitgehend besiegt. Mit Aids aber war die Medizin mit einer neuen und sich sogleich epidemieartig auszubreiten drohenden infektiösen Krankheit konfrontiert, die der Infektiologie wie den einzelnen Infektiologen plötzlich Profilierungschancen eröffnete und ihnen zudem zur Statusaufwertung innerhalb der Medizin zu verhelfen vermochte.

Angesichts der Umstrukturierungen des Berliner Krankenhauswesens, innerhalb derer viele Krankenhäuser und so auch das AVK immer wieder von Bettenstreichungen und sogar Schließungen bedroht waren (und sind), mußte ein Engagement auf diesem Gebiet ebenfalls sinnvoll erscheinen, weil es Möglichkeiten der Existenzsicherung impli-

zierte. Nicht zuletzt die überraschend positive Reaktion der Krankenhausadministration spricht dafür, daß Aids aus krankenhauspoltischer Sicht als Chance begriffen wurde, sich im Überlebenskampf der Krankenhäuser Vorteile zu verschaffen.

Gemäß der offiziellen Aids-Politik jener Tage aber sollte die Behandlung Aids-Kranker in Krankenhäusern der Zentralversorgung und hier vornehmlich in Universitätskliniken erfolgen, da davon ausgegangen wurde, daß diese am ehesten in der Lage seien, die notwendige Forschung zu leisten und Behandlungskonzepte zu erarbeiten. Vor diesem Hintergrund erklärt sich das zunächst zögerliche Verhalten des AVK, denn es ist ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung, also einer niedrigeren Versorgungsstufe und verfügt nicht über entsprechende Ressourcen und institutionelle Strukturen für Forschung sowie für die Weitergabe neuer Erkenntnisse. Schon sehr bald aber zeichnete sich ab, daß gerade die Krankenhäuser der Zentralversorgung den mit Aids an sie gestellten Anforderungen nicht so zu entsprechen vermochten, wie es notwendig war. Aids erfordert(e) nicht nur neue Behandlungskonzepte, sondern auch neue Formen der Betreuung und Versorgung - ein Aspekt, über den heute bei fast allen involvierten medizinischen Einrichtungen Konsens besteht, dessen Realisierung aber zunächst auf Widerstand stieß und mancherorts auch als nebenrangiger erachtet wurde als die Entwicklung medizinischer Interventionsmöglichkeiten. Krass gesagt, sprang das AVK in die Bresche, als diese Lücke sich abzuzeichnen begann. Es griff ein Konzept auf, in dem großer Wert auf eine adäquate *Betreuung* gelegt wird. Es konnte damit seine nachteiligere Ausgangsposition umkehren und eine erfolgreiche Wende einleiten, wie sich allein am großen Zuspruch seitens der Betroffenen bemerkbar machte.

Hier wird sichtbar, daß sich hinter den »Zufälligkeiten« der Entwicklung des AVK ein wenngleich nicht planvolles, so aber doch gelungenes Nutzbarmachen einer sich in den Anfangstagen der Aids-Politik abzeichnenden Mangelsituation verbirgt. Verbunden damit stellt sich die Frage, *warum* die Infektiologie des AVK trotz ihrer im Vergleich zu anderen Krankenhäusern schlechteren Ausgangsvoraussetzungen in der Lage war, diese Situation zu nutzen und die sich abzeichnende Lücke zu füllen. Zunächst einmal ist anzuführen, daß sie nach anfänglichem Zögern dann sehr *rasch* handelte und daß sie über *innerinstitutionellen Rückhalt* verfügte. Entscheidender noch aber ist, daß sie *flexibel* zu reagieren vermochte. Aufgrund dieser Flexibilität konnten sehr viel weitreichendere Innovationen durchgeführt werden als in anderen Kliniken und war die Infektiologie des AVK außerdem in der Lage, sich zugleich der fachlichen Herausforderung zu stellen. Denn in der Folgezeit profilierte sie sich nicht nur aufgrund der modellhaften Betreu-

ungsstrukturen, sondern auch in medizinischer Hinsicht: Sie war und ist maßgeblich an der Entwicklung von Behandlungskonzepten und der Erforschung der neuen Krankheit beteiligt und wurde auch aus fachlichen Gründen eine wichtige Anlaufadresse für Aids-Patienten - und dieses nach wie vor ohne über vergleichbare Bedingungen zu verfügen wie beispielsweise universitäre Krankenhäuser, in denen Arztstellen anteilmäßig auf Forschungsaufgaben ausgelegt sind.

Auf *institutioneller Ebene* führen wir dieses Vermögen zur Flexibilität und die unter Beweis gestellte Innovationsfähigkeit vor allem darauf zurück, daß es sich bei dem AVK um ein - im Vergleich zu den Großkrankenhäusern - relativ kleines soziales Gebilde handelt. Kleinere Institutionen sind offenkundig besser in der Lage, auf neue Anforderungen zu reagieren und entsprechende Anpassungsleistungen zu erbringen, zumal wenn sie unter Handlungsdruck stehen und Umstrukturierungen aussichtsreiche Profilierungsmöglichkeiten bieten. Auf *personeller Ebene* begründen wir die Innovationsbereitschaft damit, daß die Mitarbeiter sich »Pioniergeist«, wie es einer der Ärzte selbst nannte, zuzulegen vermochten. Dieses freilich ist - genau besehen - ein »Nachpioniergeist«, denn sie konnten auf ein kopierfähiges Vorbild zurückgreifen. Beides ermöglichte ihnen, ihrem Handeln das Charisma des Besonderen und Avantgardenhaften zu verleihen, und dank dieses entfaltbaren Charismas wurden sie in die Lage versetzt, als »change agents« tätig zu werden und die dazu erforderliche Vielzahl ihnen abverlangter personeller Sonderleistungen zu erbringen. Allerdings sind Nachpioniergeist und Charisma nicht auf Dauer strapazierbar und unterliegen der Gefahr der Veralltäglichsung. Bei unserer Analyse werden wir deshalb im Auge behalten müssen, wie tragfähig sie sind und wo die Grenzen solchermaßen motivierten Handelns liegen.

3.3.1 Das Konzept

Eines der wesentlichen Elemente dieses Modells besteht darin, daß Versorgungsintegration hier durch Kooperationsanstrengungen aller beteiligten Institutionen und Professionen hergestellt wird. Das bezieht sich sowohl auf die Verknüpfung von stationärer und ambulanter Versorgung, die in diesem Modell ohne eine *institutionalisierte Zwischeninstanz* erfolgt, als auch auf die Verknüpfung der Leistungen, die innerhalb der stationären Versorgung erbracht werden.⁸

⁸ Seit dem 15. 1. 1992 verfügt auch das AVK über eine Tagesklinik mit acht Betten, die wir jedoch nicht in unsere Darstellung einbeziehen.

Betrachten wir zunächst die stationäre Versorgung innerhalb des AVK. Aids-Patienten werden hier im Rahmen der Inneren Abteilung mit gastroenterologischem und infektiologischem Schwerpunkt behandelt. Zwei Stationen der Abteilung wurden immer schon als Infektionsstationen geführt, und diese sind heute die beiden »Aids-Stationen«, wie sie gemeinhin genannt werden.

Das Stationsgeschehen ist entscheidend durch die aufwendige Diagnostik und Therapie der während der Vollbildphase von Aids auftretenden schweren und hochkomplexen Krankheitsbilder bestimmt. Dabei wird versucht, die Organisation der Krankenbehandlung so patientenfreundlich wie möglich zu gestalten. So können die meisten erforderlichen diagnostischen Maßnahmen in der Abteilung selbst durchgeführt werden. Müssen Untersuchungen in anderen Abteilungen des Hauses vorgenommen werden, beispielsweise Röntgenuntersuchungen und chirurgische Eingriffe (wie das Legen der venösen Dauerzugänge, Port-a-Cath-Systeme etc.) werden die Patienten lediglich zur Durchführung der jeweiligen Untersuchung bzw. Intervention an andere Abteilungen überwiesen. Da die diagnostischen Möglichkeiten des AVK nicht so umfassend sind wie die der Krankenhäuser der Zentralversorgung, ist es notwendig, Patienten für bestimmte Untersuchungen konsiliarisch in eines der zu dieser Versorgungsstufe gehörenden Krankenhäuser zu überweisen. In der Praxis ist die Vorstellung beim Augenarzt die häufigste externe Untersuchung. Sie ist für schwerkranke Patienten wegen des Transportes und der Wartezeiten ziemlich umständlich, aber nicht anders organisierbar.

Auch die meisten aids-spezifischen Therapien werden auf den Stationen durchgeführt. In der Regel sind dies massive medikamentöse Therapien, die vor allem in Form von Infusionen verabreicht werden. Pro Station sind unter Umständen täglich ca. 100 Infusionen vorzubereiten und durchzuführen. Häufig müssen Blutwerte kontrolliert werden. Desweiteren ist der körperliche Zustand der Patienten ständig auf Veränderungen und Verschlechterungen hin zu beobachten, und es sind - zeichnen diese sich ab - neue diagnostische Maßnahmen und Umstellungen der Therapie notwendig. Ein Beispiel dafür stellen die gefürchteten Hirnbeteiligungen bei bestimmten opportunistischen Infektionen wie der Toxoplasmose dar, die zu Lähmungen und anderen neurologischen Ausfällen führen.

Obschon die komplizierte Diagnose und Therapie bei Aids weitgehend das Geschehen auf den Stationen beherrscht, wird dennoch großer Wert auf eine patientenorientierte Betreuung gelegt. Letzteres wird nur dann in seiner Bedeutung verständlich, wenn wir

uns die nach dem Besuch des General Hospital vorgenommenen Umstrukturierungen innerhalb des AVK vergegenwärtigen.

Deren Ziel bestand zunächst darin, eine umfassende und der sozialen Situation der Patienten entsprechende *Betreuung* bereitzustellen, um auf diese Weise ein *Höchstmaß an Lebensqualität* für die diesen Patienten noch verbleibende (begrenzte) Lebenszeit zu gewähren. In diesem Zusammenhang ist noch einmal daran zu erinnern, daß die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten zunächst äußerst gering waren und es folglich um eine möglichst humane Begleitung der letzten Lebenszeit von Menschen ging. Durch Aufstockung des (ärztlichen und pflegerischen) Personals sollte ermöglicht werden, daß mehr Zeit und Raum für die individuelle und ebenso für eine individualisierte, d. h. der Situation des jeweiligen Einzelfalls gerecht werdenden Betreuung zur Verfügung steht.

Für unabdingbar wurde auch die Schaffung von je einer Psychologenstelle für die beiden Stationen angesehen:

»Die psychischen Probleme dieser Patienten sind derartig vehement, daß es ohne Psychologen nicht geht: Das sind junge Menschen, die erfahren häufig erst hier, daß sie in die Vollbildphase kommen, und für die bricht damit von einem Tag zum anderen das Prinzip Hoffnung zusammen. Und deshalb sind sie dann außerstande, überhaupt Ordnung in ihre weitere Lebensplanung hineinzubringen.« (AK 2, 6/15-24)

Wurde die Einbeziehung von Psychologen zunächst für sinnvoll gehalten, um die Folgeerscheinungen der Hilflosigkeit der Medizin zu kompensieren, so widmen sie sich inzwischen einer Reihe erst im Lauf der Zeit sichtbar gewordener Probleme. Immer mehr drängen schwer betreu- und behandelbare Patientengruppen in das Krankenhaus. An erster Stelle sind hier die Drogenabhängigen zu nennen. Der Umgang mit ihnen stellt das Personal - Ärzte wie Pflegekräfte - vor Probleme und wird mittlerweile unter Hinzuziehung der Psychologen gestaltet. Darüber hinaus leisten sie Angehörigenarbeit: beraten und begleiten Verwandte und Freunde während der Zeit des Krankenhausaufenthalts, helfen bei der Regelung von Konflikten im oftmals komplizierten Beziehungsgeflecht zwischen Patient-Freunden/Wahlverwandten-Eltern, erörtern mit ihnen die Versorgungssituation, die nach der Entlassung des Patienten auf sie zukommt, und sind auch Ansprechpartner bei Verarbeitungsproblemen in der Sterbe- sowie der Trauerphase. Allein hieran wird sichtbar, daß die Psychologen im Krankenhausalltag meist vernachlässigte Probleme aufgreifen. Ihre Integration in den Akutbereich der Krankenversorgung stellt bis heute eine Rarität dar.

Auch durch Einbeziehung informeller Helferkreise wird versucht, die Bandbreite an Betreuungsangeboten zu erweitern. Unmittelbar nach Beginn der Umstrukturierung öffnete sich das AVK für Aktivitäten der Selbsthilfegruppen, vor allem der Aids-Hilfe - eine Maßnahme, die angesichts der wachsenden Akzeptanz von Selbsthilfe im Gesundheitsbereich möglicherweise nicht besonders erwähnenswert zu sein scheint. Die Praxis zeigt allerdings, daß der Einzug entsprechender Initiativen selbst in der als reformfreudig angesehenen Aids-Krankenversorgung zunächst keineswegs überall auf Wohlwollen stieß. Die Öffnung des AVK für die Aids-Hilfe hat daher sehr wohl innovativen Charakter, zumal dabei versucht wurde, eine neue Form der Zusammenarbeit zwischen professioneller und nichtprofessioneller Hilfe zu erproben. Die Aids-Hilfe wird nicht einzig geduldet, sondern explizit in das Geschehen auf den Stationen einbezogen. Zu ihrem Aufgabenfeld gehören: Unterstützung bei der Krankheitsver- und -bearbeitung, psychosoziale bzw. psychische Begleitung, Hilfe bei Fragen, bei denen Patienten eher Betroffenen- als professionelle Kompetenz fordern, Information über soziale Hilfeangebote, Kontaktherstellung zu den Angeboten informeller Hilfe und insbesondere der Aids-Hilfe sowie Förderung des sozialen und kommunikativen Zusammenhalts der Patienten.

Ein zweites konstitutives Element des Konzepts des AVK besteht darin, *weitestgehenden Autonomieerhalt der Patienten* zu ermöglichen. Deshalb wird versucht, das Stationsgeschehen soweit wie möglich auf die Gewohnheiten und besonderen Lebensumstände der Kranken abzustellen. Akzeptanz der homosexuellen Lebensweise der meisten der Patienten und eine permissive Atmosphäre auch hinsichtlich ihres sozialen Umfeldes werden als ebenso selbstverständlich angesehen wie ein enttabuisierender Umgang mit der anfänglich von Berührungs- und Ansteckungsängsten umgebenen Krankheit. Außerdem wird den Bedürfnissen der Patienten auch im Hinblick auf das Stationsgeschehen Rechnung getragen. Bei der Strukturierung des Tagesablaufs wird versucht, die Alltagsgewohnheiten der Patienten zu respektieren; feste Weckzeiten werden vermieden, Festschreibungen der Besuchszeiten sind abgeschafft. Bei Bedarf können Angehörige auch im Krankenhaus übernachten (rooming-in).

Zur Sicherung größtmöglicher Lebensqualität und weitestgehenden Autonomieerhalts gehört unter anderem auch, einen möglichst *langen Verbleib der Patienten in der ihnen gewohnten häuslichen Umgebung* sicherzustellen. Krankenhausaufenthalte sind dem Konzept des AVK zufolge so kurz wie möglich zu halten. Um einen nahtlosen Transfer in die ambulante Versorgung sicherstellen zu können, wurden Maßnahmen ergriffen, die

sich zwar im Rahmen herkömmlicher Lösungsmuster bewegen, deren Schwächen jedoch durch eine Intensivierung der professions- und institutionsübergreifenden Kooperation sowie durch eine enge Einbindung des Krankenhauses in die Versorgungsstrukturen des ambulanten Bereichs überwunden werden. Folgende Schritte wurden unternommen:

- Der Sozialdienst des Krankenhauses wurde um eine speziell für Aids-Patienten zuständige Sozialarbeiterstelle ergänzt, um so über ausreichende Kapazität für die Versorgungsvermittlung zu verfügen.
- Die Entlassungsplanung soll frühzeitig und in Abstimmung aller beteiligten Berufe im Krankenhaus erfolgen. Durch eine enge Zusammenarbeit dieser Berufe und insbesondere zwischen den Ärzten und dem Sozialdienst sollen eine rechtzeitige und der Situation des Patienten gerecht werdende Organisation der nachfolgenden Versorgung ermöglicht und Versorgungsdiskontinuitäten vermieden werden.
- Es wird explizit angestrebt, Angehörige und Freunde in die Planung der Versorgung nach der Entlassung einzubeziehen, damit diese auch zu Hause einen Teil der Betreuung übernehmen können, ohne plötzlichen Inkompetenz- und Hilflosigkeitsgefühlen ausgesetzt zu sein. Auf Wunsch werden Angehörige im Krankenhaus in die Pflege einbezogen, so daß sie einschätzen können, welche Belastungen mit der häuslichen Betreuung auf sie zukommen, und entscheiden können, welche Aufgaben sie selbst erfüllen wollen und wo Fremdhilfe notwendig ist.
- Es wird großer Wert auf eine enge institutionsübergreifende Kooperation gelegt. Die Krankenhausärzte arbeiten weitaus intensiver als sonst üblich mit Aids-behandelnden niedergelassenen Ärzten zusammen. Sie stehen ihnen bei Bedarf als Rückversicherungsinstanz zur Verfügung, stimmen Einweisungen und Entlassungen mit ihnen ab und sind darüber hinaus an einem gemeinsamen Arbeitskreis beteiligt (AK Aids der niedergelassenen Ärzte Berlins, siehe Anlage 3). Dieser dient der Initiierung von Erfahrungsaustausch, der Diffundierung neuen aids-spezifischen Wissens und der Abstimmung von Kooperationsmodalitäten im Interesse der Herstellung einer kontinuierlichen Behandlung der gemeinsamen Patienten.
- Ebenso wird eine enge Zusammenarbeit mit anderen Diensten der ambulanten Versorgung angestrebt. Speziell mit ambulanten Pflegeanbietern wird ebenfalls intensiver als im Krankenhausalltag gemeinhin vorfindbar kooperiert. Auch hier gibt es gemeinsame Besprechungen, um Kooperationsmodalitäten abzustimmen. Desweiteren wurden Möglichkeiten zur Hospitation geschaffen, so daß ambulant tätige Pflegekräfte Einsicht in die Arbeitsweise der Institution und in die besonderen Betreuungserfordernisse dieser Klientel erhalten können. Außerdem steht das Krankenhaus den Pflegediensten jederzeit offen, um die Entlassung mit den Patienten vorzubereiten

und sie mit den Krankenhausmitarbeitern zu koordinieren sowie bereits von ihnen betreute Patienten zu besuchen. Auch letzteres ist keineswegs selbstverständlich und stellt im Krankenhausalltag hierzulande noch immer ein Novum dar.

- Mit anderen Instanzen der stationären Versorgung wird ebenfalls versucht, funktionale Kooperationsstrukturen zu etablieren. Für die zunehmende Zahl an Chronikern, d. h. in höchstem Maße versorgungsbedürftigen Aids-Patienten, die nicht mehr nach Hause entlassen werden können, wurden auf Initiative der Ärzte in einer dem AVK angeschlossenen Chronikerabteilung speziell für Aids-Patienten vier bis fünf Betten eingerichtet. Da die Chronikerabteilung räumlich und personell nicht auf diese Klientel ausgerichtet ist, impliziert die Sicherstellung dieser Versorgungsmöglichkeit für Aids-Patienten eine intensive Zusammenarbeit.

3.3.2 Wege in das AVK

Die überwiegende Zahl der Patienten kommt von Ärzten, die dem »Arbeitskreis Aids niedergelassener Ärzte in Berlin« (AK Aids) angehören und wird ambulant von einer der Schwerpunktpraxen betreut. Gemessen an der hohen Patientenzahl ist die Zahl der zuweisenden Kooperationspartner verblüffend überschaubar:

»Also wir arbeiten im wesentlichen mit zehn Kollegen zusammen, wobei 80 % der Patienten aus drei Praxen kommen«. (AK 4, 21/23-24)

Mögen diese Zahlenangaben auch nicht ganz genau sein, sie belegen, daß die Anzahl der Ärzte, mit denen faktisch kooperiert wird, außerordentlich gering ist und es offensichtlich gezielte und darüber hinaus sehr enge Kooperationen gibt. Bemerkenswert scheint uns deren Tragfähigkeit zu sein, denn sie repräsentieren den quantitativ gesehen bedeutendsten Versorgungspfad. Die meisten der Aids-Kranken in Berlin werden in der Kombination von Aids-Schwerpunktpraxen und stationärer Versorgung durch das AVK betreut. Erstaunlich ist aber dennoch, wie schmal dieser Pfad ist, und dieses scheint unsere im vorigen Kapitel aufgestellte Vermutung, daß ein jeder der identifizierbaren Pfade mit bestimmten Implikationen an die einzelnen ihn herstellenden Instanzen verbunden ist, zu bestätigen. Bei unserer Analyse werden wir die Frage im Auge behalten müssen, worin diese bestehen, d. h. welche Voraussetzungen es für eine Kooperation mit dem AVK bzw. einer Beteiligung an diesem Versorgungspfad gibt.

Dennoch kooperiert das AVK auch mit Praxen, die nicht dem »AK Aids« angehören und die nicht zu den Schwerpunktpraxen zählen. »Die Patienten kommen zwar überwiegend aus dem AK Aids, aber auch aus normalen Praxen« (AK 2, 4/17-20), erläutert einer der befragten Ärzte. Der Anteil dieser Patienten ist zahlenmäßig

allerdings relativ gering. Diese Patienten führt der Weg ins AVK, weil unter den Ärzten mittlerweile bekannt ist, daß das AVK zu den größten und renommiertesten Behandlungsschwerpunkten für Aids gehört und daher bei HIV und Aids automatisch in dieses Krankenhaus eingewiesen wird, oder weil die Patienten es selbst wünschen.

Vergleichbar ist die Situation einer anderen Gruppe von Patienten. Ein kleiner Teil der Patienten stammt aus Westdeutschland, und sporadisch kommen auch immer wieder Patienten aus dem Ausland. Meist leben sie in Regionen, in denen die Aids-Krankenversorgung lückenhaft ist oder keine in so hohem Maß fachlich anerkannte Anlaufadresse zu finden ist. Ein ebenfalls kleiner Teil von Patienten gelangt auf noch anderem Weg in das AVK. Er wird aus Krankenhäusern überwiesen, die sich nicht auf die Behandlung von HIV und Aids spezialisiert haben.

Einige privat versicherte Patienten nutzen die Möglichkeit, beim Chefarzt der Abteilung in ambulanter Behandlung zu sein, und haben sich damit per se für den Fall eines Krankenhausaufenthalts für das AVK entschieden. Diese Möglichkeit ist Kassenpatienten verschlossen, es sei denn, sie übernehmen selbst die Kosten für die ambulante Behandlung.

Fragen wir nun danach, aus welchen *Gründen* die Patienten sich stationär im AVK betreuern lassen. Im Vergleich zu den anderen Modellen ist hier zunächst einmal festzustellen, daß die meisten Patienten sich bewußt für das AVK entschieden haben. Der Anteil derjenigen, die zufällig hierher gelangen oder einfach deswegen im AVK sind, weil der ambulant behandelnde Arzt sie »schickt«, ist zahlenmäßig sehr klein. Generell wird betont, daß viele Patienten auf eigenen Wunsch in das AVK gehen möchten:

»Die gehen alle wesentlich lieber ins AVK als anderswo.« (A 3, 4/23-24)

»Es gibt Patienten, die möchten nur ins AVK, und manche sagen, wenn ich da liege, dann wissen gleich alle, daß ich Aids habe. Deswegen möchten die da nicht hin.« (A 1, 15/42-45)

Homosexuelle Patienten schätzen das AVK, weil es gut im Netzwerk der Selbsthilfegruppen verankert und zudem für seine permissive Atmosphäre bekannt ist. Das trifft in besonderem Maß auf die Gruppe jener zu, die ein offenes Verhältnis zu ihrer Homosexualität haben, wie auch diejenigen, die sich zur Schwulenbewegung gehörig definieren oder deren Ambitionen positiv gegenüberstehen. Anders gesagt, Patienten, die Wert auf Anonymität legen und weder als Homosexuelle noch als Aids-Kranke erkannt werden

wollen, führt der Weg eher selten in das AVK. Sie sind zwar sporadisch hier zu finden, bevorzugen aber meist andere Versorgungseinrichtungen.

Viele der Patienten lassen sich im AVK behandeln, weil sie glauben, hier auf eine ihren Vorstellungen entsprechende Betreuung zu stoßen. Das Konzept des Hauses ist bis weit über die Stadtgrenzen hinaus bekannt, und die Stationen verfügen über einen guten Ruf unter den Aids-Kranken. Auch die Aids-Hilfe weist ihr Klientel eher auf das AVK als auf andere Kliniken hin. Für die Mitarbeiter sind die dem Haus vorausseilenden Vorschußlorbeeren allerdings nicht immer einfach zu handhaben. Sie führen dazu, daß die Patienten hohe Erwartungshaltungen entwickeln und dann zuweilen enttäuscht sind, im AVK doch auf ein Krankenhaus und nicht auf einen »Hotelbetrieb« zu stoßen (AK 4, 8/50). Betreuung wird von einigen mit Service verwechselt, und das führt im Stationsalltag zu mancherlei Schwierigkeiten (siehe Kap. 3.4).

Darüber hinaus wählen viele Patienten den Weg in das AVK, da es über eine hohe fachliche Reputation verfügt. Diese Motivation ist vorzugsweise bei Patienten zu finden, die aus eigenem Wunsch kommen, und bei denen, die die Aids-Krankenversorgung andernorts für insuffizient halten - Beweggründe, die vor allem Patienten aus anderen Regionen in das AVK führen.

3.3.3 Die Patienten

Der Hauptanteil der Patienten gehört zur Gruppe der Homosexuellen. Er ist im AVK noch bedeutsamer als in den anderen von uns untersuchten stationären Einrichtungen. Daß sie das AVK bevorzugen, ist durch die Art der Kooperationen bereits angebahnt worden, denn viele der heutigen Aids-Schwerpunkt- oder Integrationspraxen sind schon vor Aids von homosexuellen Patienten frequentiert worden (vgl. Kapitel 2). Die Einbettung in das Netz informeller Helfergruppen und die enge Zusammenarbeit mit der Aids-Hilfe verstärkten diesen Zusammenhang. Für diese Patienten stellen die liberale Atmosphäre und der offene Umgang mit Homosexualität auf den Aids-Stationen eine große Entlastung dar. Daß der Freund/Lebenspartner einbezogen und als engster Angehöriger akzeptiert wird, was rechtlich gesehen eigentlich nur Ehepartnern und direkten Anverwandten vorbehalten ist und von den Mitarbeitern des Versorgungssystems auch oft so gehandhabt wird, bestimmt aus ihrer Sicht entscheidend die Qualität der Betreuung. Auch das Pflegepersonal rekrutiert sich zum Teil aus offen homosexuell lebenden Männern, und das verstärkt bei diesen Patienten das Gefühl von Akzeptanz und Vertraut-

heit, sind sie doch mit Personen konfrontiert, die ihrem sozialen Milieu nicht fremd gegenüberstehen und dessen Probleme kennen.

Die für diese Gruppe zu konstatierende Vertrautheit mag sich allerdings für andere tendenziell als Fremdheit darstellen, denn sie sind hier stärker als die oben genannte Gruppe mit einem ihnen unvertrauten Milieu konfrontiert und treffen zudem nicht auf die gleichen Voraussetzungen: So gehören z. B. Ex-user und ehemalige Prostituierte keineswegs zum Personal.

Wir sind damit bei den anderen anzutreffenden Patientengruppen angelangt. Drogenabhängige und vor allem drogenabhängige Frauen sind ebenfalls auf den Aids-Stationen des AVK zu finden, im Verhältnis zu den epidemiologischen Gegebenheiten aber eher unterrepräsentiert (Einberger-Spiegel 1992). Das hat seinen Grund unter anderem darin, daß diese Patienten einer recht strengen Kontrolle unterzogen werden. Drogenfreiheit ist mit Ausnahme der ärztlich kontrollierten Methadontherapie eine Voraussetzung für die Behandlung auf dieser Abteilung. Aus der Sicht dieser Patienten wird ihnen also keinesfalls dieselbe Akzeptanz und Offenheit entgegengebracht wie den Homosexuellen.

Darüber hinaus gehören vereinzelt heterosexuell infizierte Männer oder Frauen und ebenso ausländische Patienten zur Klientel des AVK. Der Anteil der Frauen ist gering, in der Gruppe der Drogenabhängigen allerdings höher, als es der epidemiologischen Realität entspricht (ebenda). Bei den meisten Patienten handelt es sich um Mittelschichtangehörige. Der Unterschicht zuzurechnende Patienten sind zuweilen in der Gruppe der Homosexuellen zu finden und machen bei den Drogenabhängigen die Mehrheit aus. Entsprechend häufig sind die Mitarbeiter gerade bei diesen Patienten mit sozialen Notlagen bis hin zur Armut und Obdachlosigkeit konfrontiert.

3.3.4 Das Verhältnis der Mitarbeiter zu den unterschiedlichen Patientengruppen

Generell genießen HIV- und Aids-Patienten bei den Mitarbeitern der beiden Aids-Stationen ein gutes Ansehen. Sie alle haben sich bewußt für die Tätigkeit auf den Aids-Stationen und damit auch für die Arbeit mit diesen Patienten entschieden und begegnen ihnen schon deshalb mit Offenheit, Interesse und hohem Engagement. Außerdem schätzen sie das Konzept des AVK (und des Schöneberger Modells), obschon dessen versorgungsstrukturelle Implikationen und dessen Innovationsfunktion keineswegs allen Mit-

arbeitern in Gänze geläufig sind.⁹ Ihre Wertschätzung des Modells bezieht sich in erster Linie auf das Stationsgeschehen und basiert meist auf dem Vergleich mit anderen nicht umstrukturierten Stationen, wie folgender Textauszug exemplarisch belegt:

»Den Ton und die Atmosphäre auf der Station habe ich immer als angenehm empfunden. Ich habe vorher in einem anderen Krankenhaus und auf anderen Stationen gearbeitet, da war das nicht so.« (AK 1, 4/47-49)

Hervorgehoben werden vor allem das gute Arbeitsklima und der angenehme Umgangston auf den Aids-Stationen. Die Pflegekräfte betonen zudem, daß sie auf den Aids-Stationen größere Handlungsspielräume haben, als sie sonst im stationären Alltag üblich sind. Die günstigeren Arbeitsbedingungen - nicht zuletzt Resultat des besseren Personalschlüssels - tragen ihrer Ansicht nach erheblich dazu bei, eine intensivere Beziehung zu den Patienten zu entwickeln. Relativiert wird dieses in den letzten Jahren allerdings dadurch, daß die Patientenzahlen zugenommen haben und fast nur noch Schwerstkranke auf den Aids-Stationen liegen. Seither wird die Arbeit auf den Stationen zunehmend als belastend empfunden, und das wiederum wirkt sich beeinträchtigend auf die Beziehung zu den Patienten aus, ohne aber deren Ansehen zu tangieren.

Auch im AVK lassen sich, ebenso wie in den anderen Einrichtungen, Unterschiede im Verhältnis der Mitarbeiter zu den einzelnen Betroffenengruppen feststellen. Das höchste Ansehen genießen die homosexuellen Patienten und unter ihnen die »well to do, American connected Schwulen« (AK 8, 10/25), die vor allem in der Anfangszeit die Mehrheit der Aids-Patienten ausmachten und diejenigen waren, die den Umgang mit dieser Patientengruppe prägten. Sie sind gebildet, gut über die Krankheit informiert, haben sich meist entsprechend expertisiert, und dieses auf eine mit der medizinischen Denkweise konform gehende Art und Weise. Sie verstehen die ärztliche Nomenklatur und können sich im Sprachkodex der Ärzte artikulieren. Außerdem sind sie zuweilen (und waren es besonders zur Anfangszeit) besser über die Aids-Behandlung und ihre

⁹ Wir begegneten im AVK einem Phänomen, das häufiger im Rahmen neu geschaffener Versorgungsprogramme anzutreffen ist. Auf der untersten Ebene des Programmvollzugs sind die eigentlichen Grundideen der Reformbemühungen den Mitarbeitern oft nicht hinreichend bekannt und kann deren Bedeutung folglich nicht reflektiert werden. Da aber gerade sie diejenigen sind, die den Programmvollzug vor Ort realisieren sollen, erweist sich diese Unkenntnis als prekär. Sie greifen auf sonst übliche Handlungskonzepte und -routinen zurück, die aber eigentlich mit der Einführung der neuen Programme modifiziert werden sollten. Im AVK stellten wir beispielsweise fest, daß die mit der Erweiterung des Sozialdienstes verbundene Intention, die Entlassungsplanung frühzeitiger zu beginnen, den jungen Stationsärzten weitgehend unbekannt war. Auch daß die stationäre und ambulante Versorgung hier so eng wie möglich miteinander verknüpft sein sollen, ist diesen Ärzten nicht bewußt. Damit korrespondiert, daß ihre Kenntnis ambulanter Versorgungsangebote für HIV- und Aids-Patienten äußerst gering ist und ihr Blick - wie im Krankenhausalltag üblich - auf das Geschehen im Krankenhaus und auf der Station reduziert ist.

neuesten, meist aus den USA kommenden Errungenschaften informiert als manche Ärzte. Doch nicht allein aufgrund dieser Eigenschaften werden sie geschätzt. Ein weiterer begünstigender Faktor liegt der Sicht der Ärzte zufolge in der sozialen Situierung dieser Patientengruppe:

»Das hängt auch damit zusammen, daß ein Großteil der Patienten aus der Oberschicht kommt. Ich selbst bin der Meinung, daß man sich generell des Problems nie so angenommen hätte, wenn es ein reines Unterschichtproblem gewesen wäre. Also ich denke mir, wenn HIV-Erkrankte vielleicht nur auf die unteren 10 000 und Arbeitslose beschränkt wäre, hätte sich nie jemand darum gekümmert. Aber weil eben so viele Künstler, Hochgestellte, Homosexuellenkreise, die natürlich immer wieder auch kulturell gefragt, attraktiv und wichtig waren, betroffen sind, war die Sache so brennend.« (AK 4, 24/39-52)

Es ließen sich viele, aus ganz unterschiedlichen Bereichen der Aids-Krankenversorgung stammende Textauszüge hinzufügen, die bestätigen, daß die soziale Situierung und der spezielle soziokulturelle Kontext der homosexuellen Aids-Patienten große Faszination ausübt und eines der wesentlichen Momente war und ist, das Professionelle motiviert, sich mit den Problemen und Ansprüchen dieser Patientengruppe intensiver auseinanderzusetzen und ihnen im Alltag der Krankenversorgung mehr Rechnung zu tragen als sonst üblich. Das ist unter anderem darauf zurückzuführen, daß Aids bei vielen Professionellen sozusagen »liberales Erschrecken« (Rosenbrock 1992) auslöste, weil mit Aids in einer Zeit der Liberalisierung plötzlich eine Krankheit auftauchte, die eine soziale Randgruppe erneut zu stigmatisieren drohte. Insbesondere engagierte Ärzte fühlten sich dadurch in ihrer sozialen Verantwortung angesprochen. Dieses trifft auch auf die Mehrzahl der Ärzte des AVK zu.

Von diesen wurde (und wird bis heute) die Arbeit mit dieser Patientengruppe darüber hinaus als Herausforderung begriffen, weil sie sich nicht nur in fachlicher, sondern auch in interaktiver Hinsicht mit neuen Ansprüchen konfrontiert sehen. Gerade die »well-to-do-Schwulen« stellen mehr und zudem ungewohnte Forderungen an die Ärzte. Sie bringen einerseits »Verjüngung« und mehr Buntheit in das ergrauende Krankenhaus, in dem sich auch in den Akutbereichen der Krankenversorgung heute überwiegend ältere Patienten befinden, sind andererseits aber auch nicht bereit, sich unhinterfragt an dessen Ordnungsstrukturen anzupassen und sich in die traditionelle Patientenrolle einzufügen. Erstaunlicherweise stoßen sie damit nicht auf Widerstände bei den Medizinern, sondern auf Akzeptanz:

»Es hat . . . seinen Reiz [mit diesen Patienten zu arbeiten]. Also ich glaube nicht, daß dieser Reiz etwas Voyeuristisches hat, aber etwas was . . . für mich auch eine Herausforderung war. Zum einen ist die Arbeit mit den sogenann-

ten Problempatienten oft spannender und fordert einen mehr, als wenn man vielleicht - zwar auch - schwierige medizinische Diagnosen hat, aber durchaus eine Arzt-Patienten-Interaktion vorfindet, die durch ein altes hierarchisches Prinzip bedingt ist.« (AK 4, 7/40-50)

Bereits an anderer Stelle haben wir darauf verwiesen, daß von den Professionellen bei diesen Patienten Eigenschaften geschätzt werden, die bei anderen dazu führen, daß sie als schwierig gelten (vgl. Kapitel 3.1.4). Aus der Sicht der Ärzte stellen sie hier wie andernorts »positive« Problempatienten dar, wohingegen andere Patientengruppen, bei denen die Medizin in ähnlicher Weise mit den Grenzen ihrer Machbarkeit konfrontiert ist (so bei chronischen und mehr noch bei Alterserkrankungen), mit negativen Attributen besetzt sind. Auf letztere reagieren die Ärzte nahezu phobisch (Schneemann 1988), während Forderungen von Aids-Patienten »humorig« aufgenommen werden und flexibel auf sie reagiert wird:

»Also ich denk' mal, da ist immer auch eine humorige Sache dabei, wo man merkt, man kann sich darauf einstellen.« (AK 4, 8/25-26)

»Also bei dieser Gruppe haben wir sehr rasch gelernt, mit ihr sehr gut zurechtzukommen, das ist ganz problemlos.« (AK 8, 10/31-33)

Obschon einschränkend konzidiert wird, daß »die Exklusivität und die Anspruchshaltung dieser Patienten [von einigen Ärzten] schlechter vertragen werden« (AK 1, 15/ 11-12) und sie diesen Patienten daher mit Skepsis begegnen, sind die Ärzte insgesamt also weitaus mehr bereit, sich auf Bedürfnisse dieser Patienten einzustellen und von ihnen ausgehende Veränderungsimpulse aufzugreifen als bei anderen Patientengruppen.

Die Gründe für das höhere Maß an Offenheit und Zugeständnissen der Professionellen erklären sich unter anderem aus den oben erwähnten Merkmalen der die Aids-Krankenversorgung »prägenden« Patientengruppe, doch ebenso daraus, daß Aids-Patienten über eine größere Lobby verfügen. Selbsthilfeorganisationen sind beispielsweise in einer Weise wie hierzulande nie zuvor außer auf Hilfe und Unterstützung zugleich auch darauf ausgerichtet, Patienteninteressen zu vertreten, substituieren also nicht nur Lücken der Krankenversorgung, sondern nahmen vor allem zu Beginn zugleich Korrektivfunktion wahr.

Entscheidender noch aber scheint uns zu sein, daß die Forderungen und Ansprüche der homosexuellen Aids-Patienten (und besonders die der »well-to-do-Schwulen«) nicht substantiell an den professionellen Standards der Medizin nagen. Sie stellen deren Gültigkeit nicht prinzipiell in Frage, sondern befürworten sie sogar. Diese Patienten fordern

zwar eine »Demokratisierung« der Beziehungsstruktur und auch der Kontrollchancen ärztlichen Handelns (was Laien gemäß der Logik professionellen Handelns eigentlich nicht zugestanden wird, siehe Rüschemeyer 1980), sind dabei jedoch nicht durch Skepsis gegenüber der Richtigkeit der Medizin und ihrer wissenschaftlichen Grundlagen motiviert. Vielmehr glauben und hoffen sie sogar auf die Medizin, ohne freilich angesichts des unzureichenden medizinischen Wissens über Aids und angesichts der (derzeit noch) begrenzten Behandlungsmöglichkeiten an den einzelnen Mediziner zu glauben. Von diesen Patienten ausgehende Veränderungsimpulse sind also anders motiviert als in den übrigen Bereichen des Gesundheitswesens. Sie resultieren nicht aus mangelnder Wissenschaftsgläubigkeit (Daheim 1991), sondern setzen geradezu auf die Medizinwissenschaft, und das ist einer der Gründe, weshalb die Ärzte diesen Patienten gegenüber für Forderungen offen sind, gegen denen sie sich bei anderen Patientengruppen verschließen.

Hinzu kommt ein weiteres Moment. Viele der im Bereich der Aids-Krankenversorgung tätigen Ärzte sind gleichen Alters wie die Patienten und gegenüber dem eigenen Berufswissen weitaus skeptischer als ihre älteren Kollegen. Die Forderung nach Demokratisierung der professionellen Expertise und danach, Laien Kontrollchancen über diese zu eröffnen, schreckt sie sehr viel weniger. Sie verlangen sogar die Mobilisierung von Laienpotential für erfolgreiches Handeln, was ein weiterer Grund dafür ist, daß sie Aids-Patienten Zugeständnisse einräumen.

Dieses sollte ausreichen, um zu zeigen, daß einige der im Bereich der Aids-Krankenversorgung zu verzeichnenden Innovationseffekte nicht so verblüffend sind, wie auf den ersten Blick vermutet werden könnte. Bei genauerer Betrachtung erweisen sich die »Ansprüche« der Aids-Patienten (und vor allem der homosexuellen Patienten) als weitaus weniger radikal, als sie sich zunächst präsentieren, und zudem als durchaus kompatibel mit der Situation der Medizin und der ärztlichen Profession.

Das Verhältnis zu den drogenabhängigen Patienten stellt sich anders dar. Das beginnt damit, daß sie weitaus weniger gut angesehen sind als die homosexuellen Patienten. Sie gelten als »außerordentlich problematisch« - eine Sichtweise, die die Ärzte und auch die anderen Mitarbeiter des AVK mit vielen anderen Repräsentanten der Aids-Krankenversorgung teilen. Zwar ist man im AVK bemüht, auch den Besonderheiten dieser Patienten entgegenzukommen, sieht sich dazu im Alltag aber kaum in der Lage, weil die Drogenabhängigen aufgrund ihrer »Süchtigkeit«, wie es hier genannt wird (Einberger-

Spiegel/Bröker/L'Age1990), die internen Ordnungsstruktur des Krankenhauses verletzen. Im Gegensatz zu den homosexuellen Patienten erweisen sie sich also als inkompatibel:

»Es ist für uns ein Riesenproblem. Die kommen in Phasen, in denen sie süchtig sind. Es kommen sofort die Dealer mit hierher. Die Angehörigen, die Freunde spritzen denen dann etwas nebenbei, obwohl die Patienten hier Methadon bekommen. Und wir haben halt Angst, daß die hier abgespritzt werden.« (AK 2, 18/24-31)

Die Drogenabhängigen halten sich weder an die Regeln des Krankenhausbetriebs noch an die ärztlichen Handelns. Mit dem Einzug dieser Patientengruppe werden die Stationen als Umschlagplätze für Drogenhandel mißbraucht. Außerdem kehren Diebstahl (von Videorecordern, Radios, Arzneimitteln etc.), Betrugerei und andere asoziale Verhaltensweisen und damit Phänomene in das Krankenhaus ein, von denen die Stationsmitarbeiter sich hoffnungslos überfordert fühlen, weil sie Ordnungsstrukturen sabotiert sehen, die für ihr Handeln konstitutiv sind.¹⁰ Nicht anders stellt es sich aus ärztlicher Sicht dar. So betonen die Krankenhausärzte, daß zusätzlicher Drogengebrauch und Eingriff in die Medikamentierung - wie er bei den Drogenabhängigen üblich ist - mit den Grundmaximen ärztlichen Handelns nicht vereinbar sind, weil sie den Erfolg der ärztlichen Bemühungen in Frage stellen - und zudem auch die Sicherheit dieser Patienten tangiert, für die die Ärzte die Verantwortung tragen:

»Wir haben hier z. B. einen Fall erlebt, wo eine Ehefrau ihrem Mann was spritzen wollte. Wir haben das gemerkt, der war praktisch halbtot. Wir haben dann das Zimmer verschlossen, woraufhin die Frau ihren Mann gegen den ärztlichen Rat aus der Klinik genommen und ihn verlegt hat. Dort war der Mann einen Tag später tot, an einer Überdosis Heroin gestorben.« (AK 2, 18/31-38)

Da die Gefährdung der Sicherheit des Patienten nicht mit ihrer professionellen Schutzfunktion vereinbar ist und die Ärzte sich zugleich nicht in der Lage sehen, die Drogenabhängigen zur Einhaltung der mit der Patientenrolle einhergehenden Verpflichtungen zu motivieren, wurde im AVK beschlossen, ein spezielles Konzept für die stationäre Betreuung dieser Patienten zu entwickeln. Dieses sieht vor, die Zahl der Drogenabhängigen zu begrenzen, sie auf der Station zu isolieren (d. h. wenn möglich in Einzelzimmer zu legen), Zimmer verschlossen zu halten und Besucher streng zu kontrollieren. Auf diese Weise, so die zentrale Intention, soll der Zugang der »Szene« kontrolliert und zusätzlicher Drogengebrauch unterminiert werden. Dieses Konzept stößt bei den drogen-

¹⁰ Diese Überforderung wird dadurch verstärkt, daß die Aids-Stationen sich nach außen geöffnet haben und auf die krankenhausblichen Kontrollen (Besuchszeiten etc.) verzichten.

abhängigen Patienten des AVK auf wenig Verständnis und wird von vielen von ihnen als Mißhandlung empfunden. Auch die Stationsmitarbeiter stehen dem Konzept zwiespältig gegenüber. Ein Teil von ihnen befürwortet es offen, ein anderer lehnt es ab und macht seinen Befürwortern mehr oder minder gravierende Vorwürfe. Intoleranz ist einer der mildereren von ihnen, insgeheime Polizeimentalität einer der schwerwiegendsten (AK 3). Diese Divergenzen beeinträchtigten vorübergehend das Klima auf den Stationen. Heute wird das Konzept stillschweigend akzeptiert, weil jede weitere Auseinandersetzung als zu belastend angesehen wird. Von denjenigen, die das Konzept ablehnen, wird es allerdings weniger streng eingehalten und gewissermaßen auch unterlaufen, während seine Befürworter auf einer strikten Befolgung beharren.

Für die Versorgungsgestaltung sind auch diese Erfahrungen sehr bedeutsam. Sie weisen darauf, daß die Aversion drogenabhängiger Patienten gegenüber den Institutionen der Krankenversorgung in diesen selbst ihre Entsprechung findet. Die (Lebens-)Gewohnheiten der Drogenabhängigen und die aus ihnen resultierenden Wünsche - richtigerweise müßte gesagt werden: die Krankheit dieser Patienten - sind im Gegensatz zu denen der homosexuellen Patienten unverträglich mit der Funktionsweise vieler Institutionen der Krankenversorgung. Als Reaktion darauf werden Sondermaßnahmen ergriffen - Sondermaßnahmen jedoch, die die Inkompatibilität nur scheinbar mildern und die darüber hinaus in Widerspruch zu den eigens proklamierten Zielen - so beispielsweise der Maxime, Autonomieerhalt der Patienten anzustreben, - geraten. Für diese Patienten müssen offenkundig völlig andere Wege der Krankenversorgung beschritten werden. Erforderlich sind sowohl neue konzeptuelle Überlegungen (wie unter anderem mit der akzeptierenden Drogenarbeit versucht wird, siehe exemplarisch Heckmann 1991) als auch die Erprobung von anders strukturierten Modellen. Diese sollten nicht in erster Linie zielgruppenspezifisch orientiert (also an den lebensweltlichen und milieuspezifischen Bedingungen dieser Patienten ausgerichtet) als vielmehr auf die besonderen Bedingungen ihrer Krankheit zugeschnitten sein. Die Folgeerscheinungen von Suchterkrankungen, so beispielsweise asoziales Verhalten, werden noch immer als *Mißverhalten* interpretiert und nicht als Teil des Krankheitsbilds verstanden (wie allein deren Titulierung als »Süchtigkeit« besagt). Nur wenn hier eine Umorientierung erfolgt und die Krankenversorgung entsprechend umgestaltet wird, kann eine kontinuierliche medizinische Betreuung dieser Patienten gelingen. Dabei ist auch zu bedenken, daß die Krankheitssituation der Drogenabhängigen eine doppelte ist und eine Partialisierung in hier »Aids« und da »Drogen«, wie sie derzeit praktiziert wird (vgl. Kapitel 2), sowohl unter therapeutischen als auch unter versorgungsorganisatorischen Gesichtspunkten betrachtet fragwürdig ist.

Daß eine adäquate Betreuung dieser Patienten noch sehr viel weitreichenderer Innovationen bedarf, als sie bislang erfolgt sind, zeigt auch die Erfahrung des AVK. In den Normaleinrichtungen der Krankenversorgung und so auch im AVK rufen Drogenabhängige bisher trotz allen guten Willens der Mitarbeiter und aller ebenso motivierten, aber gleichwohl durch Hilflosigkeit gekennzeichneten Versuche, diese Patienten innerhalb der gegebenen Strukturen zu versorgen, Ohnmachtsgefühle und Tendenzen zur Nichtbefassung mit dieser Patientengruppe und auch Ausgrenzung hervor.

Zu den wenigen heterosexuell Infizierten ist das Verhältnis der Mitarbeiter entspannter als zu den Drogenabhängigen. Die Situation dieser Patienten ist vor allem dadurch charakterisiert, daß Aids in der Normalbevölkerung nach wie vor auf größeres Unverständnis, Diskriminierung und Stigmatisierung und verbunden damit auf größere und andere Probleme stößt. Weitaus mehr als die homosexuellen tendieren die heterosexuellen Patienten dazu, sich zurückzuziehen und sich zu verschließen. Ihre Scham darüber, sich den »Schmuddelvirus Aids« (P 4) zugezogen zu haben, mag einer der Gründe dafür sein, weshalb die Mitarbeiter bei ihnen nicht auf all jene Eigenschaften stoßen, die für andere Aids-Patienten als typisch gelten. Sie besitzen beispielsweise kein so hohes Patientenexpertentum, beharren nicht auf einem höheren Maß an (Patienten-)Autonomie und teilen viele jener Forderungen nicht ausdrücklich, an die sich die Medizin in den letzten Jahren angepaßt hat und die heute den Umgangstil in diesem Bereich der Krankenversorgung prägen.

3.3.5 Funktions- und Arbeitsweise bei der Aufnahme und Entlassung

In diesem Abschnitt untersuchen wir die Funktions- und Arbeitsweise des Schöneberger Modells, dieses jedoch nur im Hinblick darauf, wie die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung gestaltet wird. Als Ausgangspunkt der Betrachtung wählen wir die Aids-Stationen des AVK und analysieren, wie der Übergang in die stationäre Versorgung von hier aus reguliert wird und welche Anstrengungen unternommen werden, um den Transfer zurück in die häusliche Umgebung und in die ambulante Versorgung sicherzustellen. Gewissermaßen handelt es sich um eine »entry-exit«-Analyse, wobei uns die Frage interessiert, durch welche Kommunikations- und Kooperationsleistungen die Patientenströme geleitet und die jeweiligen Übergänge von einer Versorgungsart in die andere gesteuert werden.

Betrachten wir zunächst, mit welchen Konsequenzen der Übergang in die stationäre und ebenso der Transfer in die ambulante Versorgung verbunden sind. Für den Patienten ist diese Situation stets mit zahlreichen Veränderungen verbunden. Denn er wechselt

- die Versorgungsart, und das geht mit Veränderungen der Zielsetzung, der Intensität und des Umfangs und oft auch der Finanzierung der Versorgung einher;
- den Versorgungsbereich, d. h. er verläßt die ambulante bzw. stationäre Versorgung. Da diese jeweils insular arbeiten, besteht für ihn bei einem Wechsel der Versorgungsbereiche immer die Gefahr, daß dieser nicht lückenlos verläuft, so daß Diskontinuitäten und Betreuungsbrüche entstehen;
- unter Umständen zwischen den Zuständigkeitsbereichen einzelner Träger der sozialen Sicherung, so wenn die Zuständigkeit der Sicherung im Krankheitsfall erlischt und er beispielsweise Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz erhält. Solche Wechsel können sich in Unterbrechungen der Finanzierung bemerkbar machen und für ihn erhebliche Probleme hervorrufen;
- das Hilfesystem, verläßt beispielsweise die Hilfe durch informelle Netze und begibt sich in das System der professionellen Versorgung. Umgekehrt verläßt er bei der Entlassung unter Umständen das professionelle Hilfesystem, da die nachfolgend benötigten Hilfen von informellen Helferkreisen, seien es Freunde und Bekannte oder Selbsthilfeinitiativen, erbracht werden. Oftmals erfolgt an diesen Übergängen, vor allem bei der Entlassung aus dem Krankenhaus, ein Wechsel von eindimensionaler zu mehrdimensionaler Hilfe, erhält der Patient fortan die Hilfe mehrerer Hilfesysteme, der Krankenversorgung, der sozialen Dienste, von Angehörigen und informellen Netzwerken;
- die Betreuungs und Bezugspersonen, die alle nur bestimmte Ausschnitte seiner (Krankheits- und Versorgungs-)Biographie sowie seines »Falls« kennen;
- seinen Status. Beim Eintritt in das Krankenhaus wird er in jedem Fall zum »Patienten« und übernimmt eine Rolle, die er vorher unter Umständen gar nicht oder nur partiell innehatte. Beim Austritt ändert sich sein Status erneut, bleibt er zum Teil meist »Patient«, wird aber zugleich »Klient« oder »Rekonvaleszent«.

Für den Patienten geht ein jeder solcher Übergänge also mit folgenreichen Veränderungen einher. Sein Versorgungsverlauf erhält hier möglicherweise einschneidende Wendungen, die dessen Richtung und auch weiteren Verlauf beeinflussen, denn gerade an diesen Übergängen beginnen oft Mechanismen zu greifen, die den Patienten in eine Dynamik verstricken, im Zuge derer sich eine »Karriere« zu konstituieren beginnt (Gerhardt 1986; Rosenbrock, Schaeffer, Moers 1992). All diese Veränderungen sind den Patienten meist nicht in ihrer Tragweite bewußt. Zudem sind die mit ihnen einhergehenden Pro-

zesse für sie meist intransparent und können deshalb kaum maßgeblich von ihnen selbst beeinflußt werden. Wesentlich mehr als sie steuern die Professionellen diese Prozesse, und dieses ist einer der Gründe, weshalb wir ihre Handlungspraktiken an diesen Schnittstellen der Versorgung, an denen verschiedene Dienste aus unterschiedlichen Bereichen der Versorgung - zumindest potentiell - zusammenlaufen, nun eingehender untersuchen.

3.3.5.1 Die Aufnahme

»Also wir nehmen alle schwerkranken Aids-Patienten, die eine medizinische Einweisungsindikation haben, auf.« (AK 2, 19/4-5)

Hinter dieser programmatischen Erklärung zur Aufnahmepolitik des AVK verbergen sich eine ganze Reihe von Besonderheiten. Zunächst einmal ist anzuführen, daß das AVK bemüht ist, *alle* Aids-Patienten, für die bei ihnen nach einem Bett gesucht wird, aufzunehmen und Abweisungen zu vermeiden. Dabei kann großzügiger verfahren werden als andernorts (z. B. in Frankfurt), weil die Aids-Stationen des AVK über eine relativ große Bettenkapazität verfügen. Gleichzeitig ist es bemüht, eine möglichst *umgehende* Aufnahme zu ermöglichen und damit dem besonderen Charakter des Krankheitsverlaufs Rechnung zu tragen. Als drittes schließlich ist zu erwähnen, daß das *Aufnahmeverfahren vereinfacht* wurde. Die Kooperationspartner können sich direkt an die Mitarbeiter der Station wenden, mit ihnen abklären, ob der Patient aufgenommen werden kann, und müssen ihn nicht erst über die Aufnahme oder sonstige Zwischeninstanzen in das Krankenhaus einschleusen.

Gleichwohl wird strikt an der Einhaltung der *medizinischen Einweisungsindikation* festgehalten, und dafür gibt es mehrere Gründe. Zum einen ist das Krankenhaus (und so auch die Aids-Stationen) als Einrichtung, die für den Krankheitsfall zuständig ist, dazu verpflichtet. Zum anderen soll auf diese Weise vermieden werden, daß sich die Versorgung von Aids-Patienten hinterrücks in den stationären Bereich verlagert, zumal damit die Modellziele verletzt würden. Schließlich wird dadurch auch intendiert, »Mißbrauch« des Krankenhauses zu vermeiden. Gemeint ist das in der Alltagspraxis übliche Abschieben unliebsamer Patienten, das ein auch auf den Aids-Stationen vertrautes Phänomen darstellt und den Aussagen der Mitarbeiter zufolge weniger von seiten der ambulanten Versorgung als vielmehr von anderen stationären Einrichtungen zu beobachten ist. Wenn, so die Ärzte, Krankenhäuser mit knapper Bettenkapazität erfahren, daß einer ihrer Patienten »HIV-positiv« ist, wird versucht, ihn rasch in ein Aids-Schwerpunkt Krankenhaus zu verlegen und das Bett für andere Patienten frei zu bekommen. Vor allem psychiatrische Kliniken tun sich dabei offensichtlich besonders hervor:

»Wenn irgendwo in Berlin in irgendeiner unserer vielen psychiatrischen Kliniken ein Drogenabhängiger ist und die merken, daß er positiv ist, wird unter allen möglichen Fehlinformationen versucht, ihn zu uns zu verlegen. Mit dem Argument HIV versuchen die alles bei uns abzuladen.« (AK 2, 19/7-19)

Auch wenn solche Abschiebeversuche im Alltag (heute noch) keine dominante Rolle spielen, stellen sie doch ein Problem dar, denn wenn »Abschiebe«patienten aufgenommen werden, gibt es stets große Schwierigkeiten, »sie wieder wegzukriegen« (AK 2, 19/49). Andere psychiatrische Kliniken sperren sich gegen die Übernahme, denn sofort haftet diesen Patienten das Odium eines Problempatienten an, und zwar eines der schlecht beleumundeten Sorte. Werden diese Patienten in die ambulante Versorgung entlassen, ist in der Regel eine sehr aufwendige und zeitintensive Versorgungsorganisation zu betreiben und muß die Entlassung länger als notwendig hinausgezögert werden, weil die ambulante Versorgung noch nicht gesichert ist.

Auch soziale Indikationen werden nach Möglichkeit vermieden, denn sie darf es offiziell ebenfalls nicht geben. Es ist aber ein offenes Geheimnis, daß Krankenhauseinweisungen erfolgen, um Versorgungslücken zu substituieren (Garms-Homolová/ Schaeffer 1989; Reiners 1989), beispielsweise um Insuffizienzen der ambulanten Versorgung auszugleichen, so wenn diese nicht hinreichend umfassend genug erbracht oder finanziell nicht sichergestellt werden kann. Daß es dazu aufgrund des Zwangs zur Medizinalisierung einer Umetikettierung bedarf, also eine medizinische Diagnose für den eigentlich »sozialen« Fall gefunden werden muß, darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß das Krankenhaus faktisch entsprechend genutzt wird und damit existente Strukturdefizite der Gesundheitsversorgung kompensiert. Auch von den Krankenhausärzten des AVK wird zugestanden, daß zuweilen Patienten eingewiesen werden, »weil die Pflege nicht klappt« (AK 4, 31/54). Angesichts der besonderen Anforderungen, die an die ambulante Pflege von Aids-Patienten gestellt sind, und ebenfalls in Anbetracht dessen, daß die Modellprojekte zur Sicherstellung der ambulanten Pflege in Berlin bis auf wenige Ausnahmen aufgrund vielfältiger Implementationsprobleme kaum arbeitsfähig sind, verwundert geradezu, daß nicht häufiger Patienten aus Versorgungsgründen in das Krankenhaus eingewiesen werden.

Auch um all solche versorgungsstrukturellen Probleme nicht einzig dem Krankenhaus aufzubürden, wird der Aufnahme so große Bedeutung beigemessen. Um sie zu gewährleisten, wird folgendermaßen verfahren:

- Alle Neuanmeldungen laufen über die Ärzte der Aids-Stationen, »damit eingeschätzt werden kann, müssen die überhaupt aufgenommen werden oder nicht« (AK 4, 23/34-36).
- Entweder geschieht das dadurch, daß bei der Anfrage, ob ein Bett frei ist, bereits ein Arzt eingeschaltet wird, der zugleich die Problematik des Falls erfragt, oder im Rahmen der Eingangsuntersuchung. Stellt sich dabei heraus, daß eine stationäre Aufnahme eigentlich nicht erforderlich ist, wird der Patient wieder entlassen bzw. zurücküberwiesen (AK 3).

In der Praxis, so wird betont, ist es relativ selten, daß Patienten zurückgeschickt werden müssen, denn die meisten Einweisungen erfolgen durch niedergelassene Kollegen, deren Einweisungen fast immer berechtigt sind. Das ist vor allem darauf zurückzuführen, daß es enge Kooperationsstrukturen mit den niedergelassenen Ärzten gibt. In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, daß die Zahl der hauptsächlich zuweisenden Ärzte sehr gering ist und es sich bei ihnen um Kollegen handelt, die »gut Bescheid wissen und selbst wirklich hochspezialisiert sind« (AK 4, 21/ 26-28) und das Konzept des AVK »so viel wie ambulant möglich und so wenig stationär wie nötig« teilen. Kommt dennoch vor, daß eine Einweisung nicht notwendig ist, beispielsweise unzureichendes Wissen über Aids oder Unerfahrenheit des niedergelassenen Kollegen die Einweisung motiviert, wird telefonischer Kontakt mit dem einweisenden Kollegen aufgenommen, die Situation des Patienten mit ihm besprochen und ein Therapieplan erörtert. Der Patient wird also nicht, wie aus anderen Bereichen der Krankenversorgung bekannt, »wie ein Bumerang zurückgeschickt« (Schaeffer 1990), sondern es wird zunächst seine Situation zu klären und seine Behandlung sicherzustellen versucht.

Hier wird ein drittes Charakteristikum des Aufnahmeverfahrens bei Aids-Patienten sichtbar: Die allseits bekannten Schwierigkeiten und die an dieser Schnittstelle manifest werdenden versorgungsstrukturellen Engpässe werden durch *erhöhte Kommunikation* von Krankenhaus- und ambulant tätigen -Ärzten zu beheben intendiert. Diese dient nicht einzig der Vermeidung von Fehlindikationen, sondern ebenso dem Bemühen, eine ineinandergreifende Betreuung zu gewährleisten und den dazu erforderlichen Informationsfluß herzustellen. Auch aus diesem Grund soll jede Aufnahme nach Möglichkeit durch eine Rücksprache des Krankenhauses mit der vorherigen Behandlungsinstanz begleitet sein. Da dieser Anspruch in der Praxis aber kaum zu realisieren ist, haben sich *Pragmatismen* herausgebildet. Dazu gehört zum einen die bereits erwähnte Kopplung von Anfragen nach Bettenkapazität mit der Abklärung der Situation des Patienten durch

einen der Ärzte. Die andere Strategie besteht im wöchentlichen »Durchtelefonieren« der wichtigsten ambulanten Kooperationspartner, im Zuge dessen Aufnahmen wie Entlassungen und besondere Probleme gemeinsam behandelter Patienten besprochen werden. In der Praxis sind diese Abklärungen allerdings meist auf den Austausch medizinischer Informationen beschränkt, tangieren also in erster Linie die Behandlung und nicht die sonstige Versorgung. Nach Ansicht der Krankenhausmitarbeiter hat sich die Strategie des »Durchtelefonierens« bewährt, wobei zugestanden wird, daß sie angesichts des Drucks des Krankenhausalltags an eine, wie wir meinen, entscheidende Bedingung gebunden ist: die überschaubare Zahl an Kooperationspartnern. Von den Ärzten selbst wird betont, daß diese Rücksprachemodalitäten sicher nicht durchhaltbar wären, würden »wir mit 40 oder 50« (AK 4, 21/31-32) Ärzten so eng kooperieren, weil die Kommunikation dann zuviel Zeit binden würde.

Wir haben nun die wesentlichen Charakteristika der Aufnahme der Patienten herausgearbeitet:

- möglichst *rasche* Aufnahme *aller* behandlungsbedürftigen Patienten unter Vermeidung von Fehlindikationen;
- *Vereinfachung* der Aufnahme durch direkte Ansprechmöglichkeit der behandelnden Abteilung und
- *Rücksprache* mit der vorherigen Behandlungsinstanz, um Kontinuität zu wahren.

Wir möchten nun einen *Perspektivwechsel* vornehmen und fragen, wie diese Verfahrensweise von den *niedergelassenen* Ärzten beurteilt wird, und abschließend kurz beleuchten, wie sie sich für die Patienten ausnimmt.

Generell wird die Aufnahmepolitik des AVK von den niedergelassenen Ärzten positiv beurteilt. Einen ihrer wesentlichen Vorteile sehen sie darin, daß sie die Patienten unproblematisch »abgenommen« bekommen und daß die Legitimierung der Einweisung einfacher ist:

»Es ist nicht problematisch, da anzurufen und zu sagen, hört mal: Herr Meier, der war schon bei Euch, dem geht es wieder schlecht, kann er zu Euch kommen? Das ist eigentlich völlig unproblematisch. Und das ist anders als sonst. Bei anderen Patienten herrscht größerer Erklärungsbedarf für eine Einweisung, um schnell ein Bett zu kriegen.« (A 3, 4/25-35)

»Wenn man anruft und kurz schildert, was los ist, dann werden die einfach aufgenommen. Weil einfach davon ausgegangen wird, daß das Hand und Fuß hat. Das ist eben völlig aufgehoben, diese unangenehme Art . . ., die man sonst kennt und über die man sich immer wieder ärgern kann, wenn da ir-

gendwelche schnöseligen Leute in der Rettungsstelle einen hinterfragen, warum man nun gerade meint, jemanden einweisen zu müssen.« (A 2, 12/53-13, 5)

Hervorgehoben werden ebenfalls die Vorteile der Offenheit des Krankenhauses für die Anforderungen der ambulanten Versorgung und die verbesserte Kommunikation:

»Na ja, es ist das, was wir immer gefordert haben, diese Durchbrechung der starren Regelungen der Klinik und der Nichtkommunikation. Das ist ja der erste Versuch, daß jeder diese Aversion überwindet und jeder sein Patientenpotential erhält: das Krankenhaus seine Krankenhauspatienten und die Niedergelassenen, die immer denken, die wollen ihnen die Patienten wegnehmen, ... Das ist irgendwie überwunden ... Es geht auch viel schneller, nicht diese endlosen Wartezeiten ...« (A 11, 34/30-35/5)

Da die niedergelassenen Ärzte das Krankenhaus nicht als Konkurrenz fürchten und wissen, daß es keinen »Patientenklaue« betreibt und die Patienten in ihre Praxis zurückgelangen, ist offenkundig die Vertrauensbasis der Kooperation eine bessere als mit anderen Einrichtungen der Aids-Krankenversorgung. Geschätzt wird auch - wie der letzte Textauszug exemplarisch zeigt - die bessere Kommunikation, die darin besteht, daß das Krankenhaus für die niedergelassenen Ärzte als Ansprechpartner zur Verfügung steht und sich deren Belangen gegenüber nicht verschließt.

Einschränkend muß bemerkt werden, daß aus den Reihen der niedergelassenen Ärzte jedoch auch *Kritik* lauter wird, seit die Patientenzahlen zunehmen und die Aids-Stationen des AVK an die Grenzen ihrer Kapazität gelangen:

»Die Kommunikation war am Anfang anders. Die ist halt insgesamt sehr abgeflacht.« (A 6, 26/53)

»Damals, 86, hab' ich ... gesagt, jetzt frohlockt ihr, aber es kommt sicher die Zeit, wo ich zufrieden sein muß, daß ich überhaupt einen Patienten unterkriege, und das ist jetzt so, schon seit einiger Zeit. Das heißt, es ist schon vorgekommen, daß ich ... die höchste Interventionsstelle einschalten muß und sagen, jetzt sprechen Sie mal ein Machtwort, daß der Patient da rein kann. Anders geht's manchmal gar nicht mehr. Wird einfach gesagt, wir sind voll.« (A 6, 28/12-23)

Vor allem die niedergelassenen Ärzte der ersten Stunde beklagen, daß die Kooperation nicht mehr so reibungslos verläuft wie zu Beginn. Und obschon die nach wie vor steigenden Krankenzahlen auch sie selbst und ihre Praxen vor Probleme stellen, sind sie nicht bereit, nach neuen strukturellen Lösungen zu suchen, sondern werden zusehends mißmutig, weil sie die Funktionalität der einmal vereinbarten Kooperationsmodi beharrlich sehen.

Doch trotz der Kritik dürfte deutlich geworden sein, daß die Kooperation zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, zumindest was die medizinische Behandlung der Patienten anbetrifft, an der Schnittstelle »Übergang in die stationäre Versorgung« wesentlich enger und verschränkter ist als in anderen Bereichen der Krankenversorgung. Das ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, daß das Krankenhaus gegenüber den Anforderungen der ambulant tätigen Ärzte größere Offenheit zeigt. Die hier gewonnenen Erfahrungen sollten, so wird gerade von den niedergelassenen Ärzten mit Blick auf andere von ihnen betreute Patientengruppen betont, auch auf andere Bereiche der Krankenversorgung übertragen werden.

Wir möchten abschließend nochmals die Perspektive wechseln und fragen, wie sich die Aufnahme für die *Patienten* ausnimmt. Für sie reduziert sich dieser Vorgang weitgehend auf die Aufnahme-prozedur, die sich, formal betrachtet, bei Aids-Patienten nicht von der sonst üblichen unterscheidet. Das ist einer der Gründe, weshalb den Patienten die Bemühungen, den Wechsel in die stationäre Versorgung problemloser zu gestalten, verborgen bleiben. Aus ihrer Sicht präsentiert sich die Einweisung in das Krankenhaus so, wie sie sich immer darstellt. Sie gehen mit der entsprechenden Überweisung in das AVK, begeben sich zur Aufnahme und warten dort oft in einer langen Schlange von Patienten, bis sie an die Reihe kommen und alle Formalitäten erledigt sind. Möglicherweise ist die Intransparenz der Erleichterungen des Übergangs in die stationäre Versorgung, die in der Tat in für Patienten nicht einsehbaren Vorgängen bestehen - nämlich darin, daß Aids-Patienten möglichst umgehend und ohne lange Wartezeiten ein Bett zur Verfügung gestellt wird und die behandelnden Ärzte bereits wichtige Information über ihren Fall haben - ausschlaggebend dafür, daß Aids-Patienten sich nach Ansicht der Ärzte in der Aufnahme oft ausgesprochen ungeduldig gebärden. Wenn sie sehen, daß sie wie alle Normalpatienten auch anstehen müssen und alles seinen normalen Gang zu gehen scheint, äußern sie dort rasch Unmut:

»Also der Aids-Patient, der hier in der Aufnahme erscheint, wird manchmal schon aus Sorge bevorzugt behandelt, weil jeder zweite Aids-Patient empört ... ist, wenn er 20 Minuten warten muß, wo alle anderen Patienten auch 20 Minuten warten müssen, weil so viel zu tun ist. Und ungefähr schon aus Angst, daß der Aids-Patient sagt: 'Hier, ich habe Aids' ... wird er manchmal schneller durchgeschleust.« (AK 4, 23/19-29)

In der Tat, so möchten wir dieses deuten, sind etliche Innovationen im Bereich der Aids-Krankenversorgung für die Patienten kaum direkt spürbar. Weil aber gleichzeitig die Innovationsfreudigkeit dieses Bereichs und insbesondere des AVK allseits proklamiert wird, versuchen sie offenkundig selbst, entsprechende Erleichterungen für sich einzu-

führen: suchen nach Möglichkeiten und Tricks, bevorzugt behandelt zu werden, oder umgehen die Aufnahme und begeben sich direkt auf eine der Aids-Stationen - so vor allem diejenigen, die nicht das erste Mal kommen. Dort wird diese Vorgehensweise akzeptiert. Die Aufnahmeformalitäten werden dann telefonisch vom Pflegepersonal erledigt. Ähnlich wird auch bei Notaufnahmen verfahren, die es zu jeder Tages- oder Nachtzeit gibt.

Der Patient wird dann nur noch mit der *stationsinternen Aufnahme* konfrontiert, im Rahmen derer er auf sein Zimmer begleitet wird, das Pflegepersonal die allgemeinen körperlichen Daten (Gewicht, Temperatur, Blutdruck) aufnimmt sowie eine kurze Sozialanamnese erhebt und ein (Stations-)Arzt die Eingangsuntersuchung inklusive einer ausführlichen medizinischen Anamnese durchführt. Dabei wird auch ein Gespräch über den HIV-Status des Patienten geführt - ist bereits ein Test durchgeführt worden, wann ist er durchgeführt worden, was ist danach geschehen usw. -, im Zuge dessen auch die Indikation des Patienten noch einmal überprüft wird. Für die Patienten stellt sich diese Situation allerdings weniger als Aufnahme, sondern vielmehr als Behandlungsbeginn dar. Für sie kommt diesen Vorgängen also eine andere Bedeutung zu. Mit ihnen wird konstituiert, daß eine Behandlungsart geendet hat und nun eine neue beginnt.

3.3.5.2 Die Entlassung

Zur Vermeidung von Behandlungs- und Versorgungsdiskontinuitäten wird dem Transfer in die ambulante Versorgung dem Konzept des AVK zufolge mindestens ebenso große, wenn nicht gar größere Aufmerksamkeit gewidmet als der Aufnahme. Die einzelnen dazu ergriffenen Maßnahmen haben wir zuvor bereits dargestellt (vgl. Kapitel 3.3.1). Daher wollen wir hier nur die wichtigsten *Ziele* in Erinnerung rufen und deren Konsequenzen für die Funktions- und Arbeitsweise auf den Aids-Stationen darlegen:

- frühzeitiger Beginn der Entlassungsvorbereitung;
- umfassende Organisation nachfolgender Versorgungsmaßnahmen in Kooperation aller relevanten Berufe, insbesondere der Ärzte und Sozialdienstmitarbeiter, sowie der Psychologen und informellen Helfer;
- Bereitstellung adäquater und der individuellen Problematik des jeweiligen Falls entsprechender und tragfähiger Versorgungen nach dem Krankenhausaufenthalt;
- Vorbereitung der »weiterbehandelnden« Einrichtungen auf die Ankunft des Patienten aus dem Krankenhaus.

Als notwendige *Bedingungen* für die Zielrealisierung werden angesehen:

1. Bereitstellung entsprechender personeller Ressourcen des Sozialdienstes und Integration der Sozialarbeiter in das Stationsteam;
2. Systematisierung des Entlassungsmanagements durch Verbesserung der innerinstitutionellen berufsübergreifenden Kooperation;
3. Einbeziehung der Angehörigen in die Entlassungsvorbereitung;
4. Vernetzung des Krankenhauses mit den entsprechenden ambulanten Einrichtungen durch Herstellung enger Kooperationsstrukturen zu niedergelassenen Ärzten sowie zu entsprechenden sozialen und pflegerischen Diensten.

Wir betrachten zunächst die Realisierung der genannten Bedingungen und befassen uns dann mit den Alltagspraktiken der Entlassungs- und Versorgungsorganisation.

1. *Bereitstellung entsprechender personeller Ressourcen im Sozialdienst:*

Der Sozialdienst des AVK wurde um eine Stelle, die speziell für die Betreuung von Aids-Patienten zuständig ist, aufgestockt. Diese Stelle wurde geteilt, so daß heute zwei Sozialarbeiter mit jeweils einer halben Stelle die Problematiken von Aids-Patienten und einer halben die anders erkrankter Patienten bearbeiten. Die Sozialarbeiter sehen als günstig an, dadurch nicht ausschließlich mit den als belastend empfundenen Problematiken von HIV- und Aids-Patienten konfrontiert zu sein und nicht in Gefahr zu stehen, in ihrer (professionellen) Sichtweise so reduziert zu werden, daß sie die Welt nur noch aus der Aids-Perspektive sehen. So vorteilhaft diese Stellen- und Aufgabenteilung auf der einen Seite sein mag, so problematisch scheint sie uns im Hinblick darauf zu sein,

- daß um Aids herum nicht nur ein eigenständiges Handlungsfeld, sondern fast auch ein eigener (psychosozialer und sozialer) Versorgungsbereich entstanden ist und
- daß die Problematiken von Aids-Patienten oft sehr spezieller und zugleich komplexer Natur sind, deren Bearbeitung die Herstellung von Kooperationsbeziehungen zu einer ganzen Reihe von Versorgungseinrichtungen erfordert, die für die Bearbeitung der Problematiken anders erkrankter Patienten nicht benötigt werden.

Umgekehrt bedürfen deren Problematiken Kooperationsbeziehungen, die für die Problematiken von Aids-Patienten unbrauchbar sind. Um ein Beispiel anzuführen: Die Hilfe bei Obdachlosigkeit erfordert die Öffnung völlig anderer Hilfefkanäle als die von Vermittlungen eines Platzes in Altenhilfeeinrichtungen (eine häufig an den Sozialdienst gestellte Anforderung). Beide Aufgaben können nur dann befriedigend gelöst werden, wenn die Sozialarbeiter bilaterale Beziehungen zu den entsprechenden Einrichtungen

aufbauen und über ein entsprechend funktionales Netz an Kooperationsstrukturen verfügen. Da sich diese Netze je nach Problematik unterscheiden und ihre Herstellung sehr arbeits- und zeitaufwendig ist, bringt die Klientenmischung Schwierigkeiten mit sich. Die Sozialarbeiter sind mit zu divergenten Problematiken konfrontiert und geraten in Gefahr, schematische Handlungspraktiken walten zu lassen, in deren Folge Maßnahmen »pakethaft« im Sinne bewährter Handlungsrouninen zugewiesen werden. Dabei geht jene Fallspezifität verloren, die eigentlich angestrebt werden sollte. Die Divergenz der an den Sozialdienst herangetragenen Problematiken begünstigt außerdem selektive Arbeitsweise, derzufolge nicht mehr nach Versorgungsmöglichkeiten Ausschau gehalten wird, die auf die Situation des Patienten zugeschnitten sind, sondern von vornherein nur mit solchen Diensten zusammengearbeitet wird, die eine problemlose »Abnahme« des Patienten garantieren.

Ein anderes Problem erwächst aus der organisatorischen und räumlichen Anbindung. Organisatorisch gehören die Sozialarbeiter zum Krankenhaussozialdienst, dessen Sitz sich in einem eigenen Gebäude auf dem Krankenhaugelände befindet. Um die für die Aids-Patienten zuständigen Sozialdienstmitarbeiter in das Stationsteam einbinden zu können, wurden sie in jenem Gebäude untergebracht, in dem sich auch die Aids-Stationen befinden. Die eigentlichen Integrationsprobleme wurden damit jedoch nur partiell gelöst: »Versteckt, getrennt von den Ebenen des Handlungsvollzugs« (Garms-Homolová/Schaeffer 1992) - dieses sind Merkmale, die nicht nur die Wegbeschreibung zum Büro (dieses Teils) des Krankenhaussozialdienstes, sondern auch seine Stellung kennzeichnen. Die Sozialarbeiter sind außerhalb der Stationen unter dem Dach des Gebäudes zu finden, und der Weg zu ihnen ist mit Hürden versehen. Eine verschlossene und mit Klingel ausgestattete Etagentür sowie ein unübersehbarer Hinweis auf knapp gehaltene Sprechstundenzeiten erschweren die Zugänglichkeit. Die räumliche Trennung, die hier wie bei anderen Krankenhaussozialdiensten auch Züge von Abschottung trägt, separiert die Sozialarbeiter zugleich vom Handlungsgeschehen auf den Stationen. Sie sind sowohl von sich »naturwüchsig« ergebenden Kontakten mit Patienten als auch von den Stationsmitarbeitern abgeschnitten. Auf den Aids-Stationen sind daher viele Probleme sozialer Arbeit im Krankenhaus zu finden, die auch aus anderen Bereichen bekannt sind (ebenda, sowie 1990, 1991). Allem voran gehört dazu, daß die Sozialarbeiter ein hohes Maß an Energie aufbringen müssen, um die für ihre Tätigkeit erforderlichen Informationen zu erhalten, und ebenso, um die für eine umfassende Versorgungsorganisation notwendige Kooperations- und Kommunikationsdichte herzustellen.

2. Systematisierung des Entlassungsmanagements durch Verbesserung der innerinstitutionellen Kooperation:

Generell wird der Intensivierung der berufsübergreifenden Kooperation auf den Aids-Stationen hoher Stellenwert beigemessen (siehe dazu Kapitel 3.3.1), so auch, geht es um die Entlassungsorganisation. Eine einmal wöchentlich stattfindende Besprechung soll dazu dienen, die erbrachten Leistungen der verschiedenen Berufe durchsichtig zu machen, Patientenproblematiken zu besprechen, Maßnahmen einzuleiten bzw. zu koordinieren. Für zahlreiche Probleme, beispielsweise auch versorgungsorganisatorische Fragen, ist der gefundene Kooperationsmodus jedoch nicht ausreichend. Sie werden deshalb zumeist auf informellem Weg zu bearbeiten versucht: in Gesprächen nebenbei, durch direkte Ansprache zwischendurch oder indirekte Kommunikation. Eine wichtige Funktion hat dabei, wie überall im Krankenhaus, die Stationsschwester. Sie fungiert sozusagen als Kommunikationsknotenpunkt im Stationsalltag. Bei ihr laufen alle wichtigen Informationen zusammen, sie leitet sie an die entsprechenden Adressaten weiter und koordiniert auf diese Weise zentrale Teile des innerinstitutionellen »people processing« und der entsprechenden Arbeitsabläufe. Sie ist meist auch diejenige, an die die Ärzte sich zunächst wenden, wenn Nachsorgemaßnahmen anvisiert werden. Meist bitten sie die Stationsschwester im Rahmen der Visite, den Sozialdienst zu informieren und hinzuzuziehen. In der Regel ist deshalb sie diejenige, die den Sozialdienst einschaltet, ihm notwendige Hintergrundinformationen über den zu bearbeiteten Fall und dessen Problematik gibt und die mit den Sozialarbeitern Rücksprache hält, um den Stand der Realisierung der Versorgungsorganisation zu erfahren, und die darüber wiederum die Ärzte zu benachrichtigt. Wie funktional das aus der Sicht der Ärzte auch immer sein mag, im Hinblick auf die Entlassungsorganisation scheint uns dieser *indirekte* Kooperationsmodus fragwürdig zu sein, denn er trägt dazu bei, daß die unmittelbare Zusammenarbeit jener Berufe, die den Transfer in die ambulante Versorgung faktisch herstellen sollen, unterbunden wird.

Formal betrachtet erfordert die Versorgungsorganisation eine direkte und enge Kooperation von Ärzten und Sozialarbeitern. Denn die Krankenhausärzte sind nicht nur autorisiert, Krankheitsbehandlungen einzuleiten und durchzuführen, sondern entscheiden ebenfalls über die Zuweisung *nachfolgender* Versorgungsmaßnahmen. Sie stellen - wie wir bereits betonten - die eigentlichen »gate keeper« auf dem Weg durch die versorgenden Instanzen dar. Die Sozialarbeiter hingegen können als *Implementationsinstanz* der Ärzte bezeichnet werden, denn sie sind für die *Umsetzung* der getroffenen Versorgungsentscheidungen zuständig. Sie leiten die Maßnahmen ein und öffnen den Zugang zu den

nachfolgend versorgenden Instanzen und Diensten. Sie nehmen also gewissermaßen Brückenfunktion ein und stellen die Verbindung von innen und außen her. Nur wenn beide Berufe direkt und gut koordiniert zusammenarbeiten, ist eine optimale Entlassungsorganisation möglich (Garms-Homolová/Schaeffer 1990, Schaeffer 1989).

Das Einschalten einer Zwischeninstanz in dem Zusammenspiel zwischen Ärzten und Sozialdiensten hat nun in mehrerer Hinsicht negative Effekte. Zum einen verläuft die Kooperation nicht verschränkt genug. Zum anderen aber - und das scheint uns gravierender - führt das dazu, daß die Ärzte die Versorgungsorganisation zu sehr aus der Perspektive medizinischen Handelns betreiben und die Handlungserfordernisse des schlecht in den Stationsalltag integrierten Sozialdienstes zu wenig berücksichtigen. Als Folge entstehen Zeit- und Reibungsverluste (meist auch interne Konflikte) und in der Regel auch Verzögerungen der Entlassung. Ziehen beispielsweise die Ärzte den Sozialdienst nicht frühzeitig genug hinzu (weil vielleicht die Frage der Entlassung ihrer Meinung nach noch gar nicht ansteht), fehlt diesem die notwendige Zeit, um eine angemessene und tragfähige Versorgung für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt zu organisieren. Denn der Sozialdienst ist in hohem Maße von den Institutionen außerhalb des Krankenhauses abhängig. Er muß sich folglich auch auf deren zeitliche Anforderungen einstellen. Es ist eine im Krankenhausalltag oft zu hörende Klage, daß die Ärzte die Arbeitsweise und die systemstrukturellen Erfordernisse der Organisation nachfolgender Versorgungsmaßnahmen unzureichend kennen und ihnen mit Ignoranz begegnen. Wird die bei Krankenhausärzten zu konstatierende innere Distanz gegenüber Problemen des Versorgungsmanagements durch äußere Distanz verstärkt - und das ist der Effekt, wenn eine Zwischeninstanz eingeschaltet wird -, potenziert sich die von Sozialdienstmitarbeitern kritisierte wohlwollende Ignoranz der Modalitäten der Krankenhaussozialarbeit.

Die institutionsinterne Organisation der Kooperation bei der Entlassungsvorbereitung ist also - das läßt sich schon jetzt konstatieren - als problematisch einzuschätzen. Das trifft in erster Linie auf die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Sozialarbeitern, doch ebenso auf die mit den anderen involvierten Helfergruppen zu. Denn nicht nur die Stationschwester, sondern auch die Psychologen und die informellen Helfer fungieren als Zusatzglieder in der Kooperationskette Arzt-Sozialarbeit. Auch sie sind an der Entlassungsvorbereitung beteiligt. So sind die Psychologen beispielsweise in die Festlegung des Zeitpunkts der Entlassung einbezogen und ebenso in die Konzipierung der Nachsorge. Insbesondere bei von ihnen betreuten Patienten wie auch bei »Problem«patienten greifen sie in die Nachsorgeorganisation ein und achten darauf, daß die nachfolgenden

Maßnahmen der Situation des Patienten entsprechen. Ähnlich ist es bei den informellen Helfern. Sie stellen Kontakte zur Aids-Hilfe her, vermitteln Patienten an die dortige Sozialrechtsberatung, die ähnliche Aufgaben wahrnimmt wie der Sozialdienst im Krankenhaus selbst. Bei allen Vorteilen, die die Einbeziehung von Psychologen und informeller Helfern in die Entlassungsvorbereitung haben mag, wird durch ihr Einwirken die Direktheit der Kooperation zwischen Ärzten und Sozialarbeitern zusätzlich gebrochen, weil die Ärzte sich in dem guten Glauben wähen können, Versorgungsfragen würden hinreichend bearbeitet. Darüber hinaus entsteht ein weiteres Problem. Weil relativ viele Berufe an dem Nachsorgemanagement beteiligt sind, kommt es zu Überschneidungen und verwischen sich die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten. Die Patienten geraten dadurch in Gefahr, zwischen Über- und Unterversorgung hin- und herzupendeln. Wir werden das bei der Analyse der Alltagspraktiken im Auge behalten müssen.

3. Auf die *Einbeziehung der Angehörigen in die Entlassungsvorbereitung sowie in die Betreuung des Patienten* wird im AVK großer Wert gelegt. Viele Aids-Patienten werden ohne weitere Fremdhilfe durch Angehörige und informelle Helfer versorgt und das selbst in den Spät- und Terminalphasen der Krankheit. Auch bei denen, die unter Hinzuziehung professioneller Dienste betreut werden, spielt das soziale Netz des Patienten eine wichtige Rolle und werden meist weite Teile der Betreuung durch Angehörige und Freunde des Patienten abgedeckt. Damit diese nichtprofessionellen Helfer die von ihnen übernommenen Aufgaben adäquat wahrnehmen und Überlastungserscheinungen vermieden werden können, wird versucht, sie im Krankenhaus auf die auf sie zukommenden Aufgaben vorzubereiten. Die Ärzte stehen ihnen als Ansprechpartner zur Verfügung; die Pflegekräfte akzeptieren ihre Hilfe und beziehen sie - sofern sie es wünschen - in die pflegerische Versorgung ein und auch die Psychologen fühlen sich nicht allein für die Begleitung der Patienten, sondern ebenfalls der Angehörigen zuständig.

Doch scheinen die getroffenen Maßnahmen weitestgehend auf eine »*Öffnung*« des Krankenhauses gegenüber Angehörigen und informellen Helfergruppen beschränkt zu sein. Eine Konzeptualisierung dieser einhellig als wichtig angesehenen Aufgabe gibt es nicht. Ihre Realisierung liegt im Ermessensspielraum der einzelnen Mitarbeiter und ist nicht zuletzt von der Zeit abhängig, die im Stationsalltag für nichtmedizinische Betreuungsprobleme übrig bleibt. Überlegungen, wie Angehörigenarbeit in den alltäglichen Stationsbetrieb integriert und wie sie konstruktiv betrieben werden könnte, sind deshalb lediglich bei einzelnen Mitarbeitern zu finden, aber bislang nicht systematisch umgesetzt worden. Beispielsweise gibt es keine definitiven Sprechzeiten der Ärzte für Angehörige,

ebensowenig Angebote, in denen sie auf die auf sie zukommenden Betreuungsaufgaben und -probleme vorbereitet und soweit über das Versorgungssystem informiert werden, daß sie bei Überforderungen wissen, an wen sie sich wenden können und welcher Ansprechpartner für welches Problem die richtige Adresse darstellt. Bezogen auf die Entlassungsorganisation wird die Einbeziehung der Angehörigen zwar proklamiert, doch mangelt es auch hier an klaren Vorstellungen, wie dieses systematisch geschehen kann. Folglich finden wir auch hier vornehmlich »Öffnungstendenzen« gegenüber Wünschen von Angehörigen, aber keine systematischen Bemühungen von seiten der Mitarbeiter, diese Helfergruppe wirklich einzubeziehen und bei der Versorgungsorganisation ihren Möglichkeiten und Problemen Rechnung zu tragen. So begrüßenswert es also ist, daß sich die Aids-Stationen für das soziale Netz der Patienten geöffnet haben und so ungewöhnlich dieses Mehr an Unterstützung von Angehörigen und Freunden durch die Krankenhausmitarbeiter ist, so wichtig wäre dennoch, diese Arbeit zu systematisieren. Wenn sie einzig im Ermessensspielraum der einzelnen Mitarbeiter liegt, droht sie bei Arbeitsdruck auf den Stationen in Vergessenheit zu geraten oder einfach unterzugehen.

4. Vernetzung des Krankenhauses mit den entsprechenden ambulanten Einrichtungen, durch Herstellung enger Kooperationsstrukturen zu niedergelassenen Ärzten sowie zu entsprechenden sozialen und pflegerischen Diensten:

Die Herstellung von institutionsexternen Kooperationsbeziehungen und die Einbettung des Krankenhauses in die ambulante Versorgung stellen eines der Kernstücke des Schöneberger Modells dar und werden - dieses sei vorweg genommen - weitaus systematischer betrieben als die institutionsinterne Umsetzung der Umgestaltung des Entlassungsmanagements. Vor allem die Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten kann als vorbildlich bezeichnet werden. Dazu gehört, daß

- die Krankenhausärzte ihren niedergelassenen Kollegen telefonisch zur Verfügung stehen und auf diese Weise konsiliarisch hinzugezogen werden können, wenn sich ihnen Probleme bei einzelnen Patienten stellen;
- Entlassungen ebenso wie Einweisungen soweit möglich telefonisch mit ihnen abgestimmt werden. In der Praxis bleibt diese Verfahrensweise aus pragmatischen Gründen auf die wichtigsten Kooperationspartner beschränkt: auf jene (Schwerpunkt-)Praxen, die die überwiegende Zahl der Patienten zuweisen;
- die Patienten bei der Entlassung einen Therapieplan bzw. -vorschlag erhalten, der dem niedergelassenen Arzt als Unterstützungshilfe dienlich sein soll. Darüber hinaus wird den Patienten nahe gelegt, sich umgehend nach der Entlassung, möglichst noch am gleichen Tag, mit ihrem ambulant behandelnden Arzt in Verbindung zu setzen, so

daß die Kontinuität der medizinischen Betreuung gewährleistet ist. Sind sie nicht in der Lage, den Arzt aufzusuchen, wird er vom Krankenhaus über die Rückkehr seines Patienten informiert oder sichergestellt, daß der Pflegedienst seine Hinzuziehung übernimmt;

- Arztbriefe *umgehend* und möglichst *umfassend* geschrieben werden. Sie enthalten ausführliche Information über medizinische Fragen und tangieren zudem soziale und versorgungsbezogene Aspekte.

Neben all diesen unmittelbar den Transfer in die ambulante Versorgung betreffenden Kooperationsbemühungen gibt es weitere Anstrengungen, die dazu dienlich sind, eine enge Verbindung von stationärer und ambulanter ärztlicher Betreuung zu garantieren. Dazu gehört vor allem die *Mitarbeit im AK Aids* - einem Forum, das sich sowohl um die Fortbildung über HIV und Aids als auch um die Schaffung angemessener Versorgungsstrukturen für Aids-Kranke und deren Anpassung an veränderte Modalitäten bemüht (siehe Anlage 3). Die Bedeutsamkeit dieses Forums besteht nicht einzig darin, daß es zur Verbesserung der institutionsübergreifenden Kooperation beiträgt. Es zeitigt noch einen gänzlich anderen Effekt, der für die Herstellung tragfähiger Kooperationsstrukturen mindestens ebenso wichtig ist wie der fachliche überinstitutionelle Austausch. Es entstehen kollegiale und sogar persönliche Beziehungen. Diese Entanonymisierung bzw. Personalisierung mildert die Kluft zwischen beiden Versorgungsbereichen mindestens ebenso sehr wie die inhaltlichen Anstrengungen.

Doch nicht nur auf professionsinterner Ebene wurde die institutionsübergreifende Zusammenarbeit intensiviert, auch mit sozialen und pflegerischen Diensten wurden neue Kooperationsstrukturen etabliert. Diese Bemühungen konzentrieren sich weitgehend auf aids-spezialisierte Dienste und hier auf jene, die die versorgungsstrukturellen Implikationen des Schöneberger Modells teilen und ihr Aufgabenprofil entsprechend modifiziert haben. In diesem Zusammenhang ist in Erinnerung zu rufen, daß eines der wichtigsten Ziele des Modells darin besteht, Krankenhausaufenthalte so kurz wie möglich zu halten. Damit wachsen auch ambulanten Pflegediensten neue Aufgaben zu. Sie sind gefordert, vermehrt schwerst- und terminalkranke Patienten häuslich zu versorgen und damit Funktionen zu übernehmen, die innerhalb der gegebenen (institutionellen und strukturellen) Bedingungen ambulanter Pflegedienste nicht erbracht werden können. Anders gesagt: Nur wenige ambulante Dienste sind bereit, sich der durch Aids-Patienten an sie gestellten Herausforderung zu stellen. Mit diesen wenigen in Berlin anzutreffenden Pflegeanbietern versucht das AVK eng zu kooperieren.

Ihnen wird - ähnlich wie den niedergelassenen Kollegen - soweit als möglich Unterstützung angeboten. So stehen die Aids-Stationen ihnen beispielsweise für *Hospitationen* und für fachliche Rückfragen offen. Als weiteres wurden zweimonatlich stattfindende *Zusammenkünfte* mit ambulanten Pflegediensten und Krankenhausmitarbeitern initiiert, innerhalb derer die Kooperationsmodalitäten abgestimmt, auftretende Probleme diskutiert und neueste, den Bereich der Pflege tangierende medizinische Erkenntnisse erörtert werden. Darüber hinaus soll durch folgende Maßnahmen eine nahtlose Übernahme des Patienten durch ambulante Pflegedienste hergestellt werden:

- Pflegedienste sollen frühzeitig auf den an sie vermittelten Patienten hingewiesen werden.
- Das Krankenhaus steht ihnen offen, um den Patienten bereits hier kontaktieren zu können und die Überleitung abzuklären. Pflege- und Unterstützungsbedarf können dabei mit ihm selbst, doch ebenso mit den Stationsmitarbeitern abgeklärt und die Entlassungsmodalitäten im einzelnen besprochen werden.
- Der Sozialdienst bemüht sich um eine Kontaktaufnahme mit dem Sozialarbeiter der Pflegestation, so daß eingeleitete und nicht abgeschlossene Antragsverfahren direkt weiterbearbeitet bzw. -verfolgt werden können und die ganze Bearbeitungsprozedur nicht von neuem angefangen werden muß.

Es wurden also eine ganze Reihe von Kooperationsanstrengungen unternommen, um den Transfer der Patienten in die ambulante Versorgung sicherzustellen. Vor allem auf *professionsinterner* Ebene sind etliche Innovationsanstrengungen unternommen worden. In diese haben sozialmedizinische und versorgungsstrukturelle Gesichtspunkte weitaus mehr Eingang gefunden, als es in anderen Bereichen der Krankenversorgung üblich ist. Gleichwohl liegt die Gewichtung unübersehbar auf Maßnahmen zur Sicherstellung medizinischer Behandlungskontinuität und zur Schaffung von solchen Versorgungsstrukturen, die eine Realisierung der medizinischen Behandlungserfordernisse bei Aids ermöglichen. Dieses scheint uns insofern bemerkenswert zu sein, als es darauf deutet, daß Aids

- offensichtlich zu einer Stärkung der innerprofessionellen Regulationsmechanismen in der Medizin geführt hat und
- die Innovationsbereitschaft der »Aids-Ärzte« weit weniger als oft vermutet (und auch professionsintern unterstellt) allgemeinen gesundheitspolitischen Ambitionen geschuldet ist, sondern sehr wohl professionellen Interessen folgt. Aids hat offenkundig eine »Bewegung der Profession« (Bucher/Strauss 1972) eingeleitet, d. h. innerprofessionell zu Wandlungsprozessen in einzelnen Segmenten der medizinischen Profession

geführt, von denen allerdings noch abzuwarten bleibt, ob sie einen generellen Veränderungsprozess einleiten oder insularen Charakter behalten werden.

3.3.5.3 Die Entlassungspraxis

Nachdem wir nun das Bedingungsgefüge des Entlassungshandelns beleuchtet haben und erste in ihm angelegte Probleme identifiziert haben, wollen wir nun die alltäglichen Handlungspraktiken der Professionellen bei der Gestaltung des Übergangs in die ambulante Versorgung darstellen.

»Normalerweise fragen wir gleich bei der Aufnahme: Wie ist das, leben Sie allein, haben Sie eine Wohnung und so was, um so ein bißchen herauszuhören . . ., ob der Patient Hilfe braucht.« (AK 4, 16/1-7)

Im Rahmen der Aufnahme werden von den Ärzten bereits erste sozialanamnestische Daten erhoben, um festzustellen, ob der eingelieferte Patient zusätzlicher Hilfe bedarf und der Sozialarbeiter hinzugezogen werden muß. Im Laufe des Aufenthalts wird dann versucht, genauer zu klären, ob der Patient »irgend etwas braucht«. Dieses geschieht im Rahmen der Visitengespräche oder durch Zusammentragen der Informationen, meist durch Nachfrage beim Pflegepersonal. Gelangen die Ärzte im Laufe der Krankenhausbehandlung zu der Einschätzung, der Patient benötige die Hilfe des Sozialdienstes, benachrichtigen sie ihn durch die Stationsschwester. Der Sozialdienstmitarbeiter geht also nicht selbst zu jedem neu aufgenommenen Patienten, stellt sich vor und prüft aus seiner Sicht, ob Bedarf an sozialen Hilfen und sozialarbeiterischer Unterstützung vorhanden ist, sondern wird erst auf Zuruf der Ärzte tätig. Obschon zu Beginn angestrebt wurde, daß der Sozialdienst automatisch und somit eigenständig handelnd mit jedem Patienten Kontakt aufnehmen sollte, empfanden die Ärzte diese Vorgehensweise alsbald als revisionsbedürftig:

»Nicht jedem Patienten wird es gerecht, wenn er gleich fünf Institutionen [gemeint sind Ärzte, Pflegekräfte, Psychologen, Sozialarbeiter und informelle Helfer] hat, mit denen er konfrontiert wird.« (AK 4, 16/23-25)

Unter Rückbezug auf ihre professionelle Schutzfunktion und motiviert durch die Sorge, der Patient könne durch die Vielzahl von Personen und Berufen, mit denen er im Krankenhaus und in einem modellhaft erweiterten Team konfrontiert wird, überfordert werden, fungieren die Ärzte heute als »Filter« (AK 4, 16/19). Erst wenn sie es für sinnvoll halten, den Sozialdienst hinzuzuziehen, kann dieser tätig werden. So einleuchtend diese durchaus mit den gesetzlichen Vorgaben und mit traditionellen Kooperationsgepflogenheiten von Krankenhausärzten und Sozialdiensten in Übereinstimmung stehende Vorgehensweise sein mag: Für den Sozialdienst bedeutet es, daß die Notwendigkeit seines Eingreifens nicht von ihm selbst und damit professionsautonom festgelegt wird, sondern

auf einer *professionsexternen Einschätzung* basiert. Es bedeutet auch, daß sein Tätigkeitsbeginn *außerprofessionell* bestimmt wird.

Die Problematik dessen haben wir bereits angedeutet. Da die Ärzte insbesondere bei akutmedizinisch brisanten Problematiken vorrangig mit der Bewältigung der medizinischen Fragen befaßt sind, droht die Beachtung anderer, vermeintlich nichtmedizinischer Gesichtspunkte bei diesem Kooperationsmodus leicht in Vergessenheit zu geraten. Das Vergessen von Versorgungsfragen auf seiten der Ärzte paart sich in der Regel mit der Haltung schwerkranker Patienten. Den drohenden Tod spürend, den sie in dem Angewiesensein auf Fremdhilfe nach dem Krankenhausaufenthalt sich ankündigen sehen, vermeiden sie das Thema Hilfebedürftigkeit. Sie konzentrieren sich in der Interaktion mit dem Arzt einzig darauf, trotz aller Hoffnungslosigkeit ihrer Situation gesunden oder zumindest physisch stabilisiert werden zu wollen. Analysen aus anderen Bereichen der Krankenversorgung zeigen, wie leicht die Ärzte in dem Glauben, Patientenorientierung walten zu lassen, den Verdrängungsmechanismen tödlich erkrankter Patienten aufsitzen und das Thema »Fremdhilfe« meiden oder das ablehnende Votum des Patienten sofort akzeptieren (exemplarisch Glaser/Strauss 1974). Nicht eben selten entlassen sie die Patienten dann aber in eine äußerst labile häusliche Situation, in der dringend professionelle Hilfe nötig gewesen wäre, allein um einen Stabilisierungsfaktor zu haben. Oft kehren diese Patienten nach wenigen Tagen in das Krankenhaus zurück und sind dann um eine Hoffnung ärmer geworden - nämlich die, daß, wenn sie erst wieder »zu Hause« sind, alles wie gewohnt sein wird und die ihnen vertraute Realität und Normalität wieder herstellbar ist. Dermaßen desillusioniert zurückgekehrt, ist ihre psychische und medizinische Restabilisierung sehr schwer.

Doch nicht nur die Vernachlässigung von Fragen der Versorgungsorganisation und -steuerung wird durch den indirekten Kooperationsmodus eher verstärkt denn gemildert, wie wir mit dem Beispiel zeigen wollten. Gleichzeitig greifen die Ärzte, fungieren sie als Filter, in die Handlungsbedingungen des Sozialdienstes ein und beschneiden seine Möglichkeiten, indem sie sein Arbeitsfeld gemäß ärztlichen Handlungskriterien strukturieren. Für den Sozialdienst hat das zur Folge, daß er seine Tätigkeit unter Rahmenbedingungen entfalten muß, die nicht auf die Erfordernisse seiner Aufgabenstellung und die Logik sozialarbeiterischen Handelns zugeschnitten sind. Welche Konsequenzen daraus erwachsen, wird im Alltag sichtbar. Längst nicht alle Patienten, die der Unterstützung durch den Sozialdienst bedürften, gelangen aufgrund der Filterfunktion der Ärzte auch in den Genuß dieser Hilfe. Und meist ziehen auch die Ärzte der Aids-Stationen den So-

zialdienst erst hinzu, wenn die medizinische Problematik gelöst oder ihre Klärung zumindest deutlich absehbar ist. Folgeerscheinungen, wie die, daß der Sozialdienst dadurch zeitlich extrem in seinen Wirkungsmöglichkeiten beschnitten ist, sind aus der Sicht der Ärzte nicht so gravierend einzuschätzen. Selbst damit einhergehende Verzögerungen der Entlassung gelten nicht als problematisch:

»Also man schickt die Patienten aus Modellgründen und humanitären Gründen eher ganz früh nach Hause. Aber es gibt natürlich einige Sozialbetreuungsprobleme . . . und solche Patienten bleiben hier auch schon einmal ein paar Tage länger - also da wird nicht sofort darauf geguckt, daß er sofort wieder entlassen wird. Das verursacht Kosten, ja . . . aber eigentlich aus reinen Kostengründen tut sich hier nichts.« (AK 4, 32/37-49)

Die Ärzte versuchen solche Verzögerungen durch Prolongierungen der Verweildauer auszugleichen, die bei Aids-Patienten im Gegensatz zu anderen Bereichen der Krankenversorgung noch relativ einfach möglich sind.

Bemerkenswert scheint uns ein weiteres Moment. Der obige Textauszug weist auf ein ähnliches Handlungsproblem hin, wie wir es soeben am Beispiel der Interaktion mit tödlich erkrankten Patienten dargestellt haben. Die Ärzte glauben humanitären Gründen zu folgen, wenn sie Patienten mit »Sozialbetreuungsproblemen« länger im Krankenhaus behalten, und übersehen, daß diese Probleme bei einem anderen Kooperationsmodus mit dem Sozialdienst vermutlich lösbar wären.

In die inhaltliche Gestaltung der Nachsorgeorganisation greifen die Ärzte kaum ein und überlassen sie weitgehend dem Sozialdienst. Falls der Patient bereits ambulante Pflege hatte, fragen sie den Patienten bestenfalls, ob er mit dem Pflegeanbieter zufrieden war und eine Fortsetzung der Betreuung wünscht. Auch darüber wird der Sozialdienst informiert, die Abklärung und Lösung der Problematik obliegt allein ihm. Wenn die Nachsorgeorganisation durch den Sozialdienst abgeschlossen ist, beginnen die Ärzte mit den erforderlichen Entlassungsprozeduren. Dazu gehören die Vorbereitung des Patienten auf die zu unternehmenden »Wiederanknüpfungen« der ambulanten ärztlichen Betreuung, eventuell ein abschließendes Gespräch mit Angehörigen, die Information des behandelnden Arztes sowie nicht zuletzt das Schreiben des Arztbriefes.

Die Kooperation mit dem Sozialdienst ist also auch in der Zeit der Realisierung anvisierter Versorgungsmaßnahmen relativ lose. Lediglich wenn es Schwierigkeiten bei der Aktivierung von Hilfen gibt, werden Rückkopplungsversuche unternommen.

Betrachten wir nun, wie sich die Entlassungsvorbereitung *aus der Sicht des Sozialdienstes* darstellt.

»Also oft erhalten wir erst so ein Tag vor der Entlassung Bescheid . . . Und dann muß auf die Schnelle geklärt werden, wie die häusliche Versorgung ist, oder wenn Infusionen sind, wie wir die Patienten vermitteln.« (SD 1, 3/32-48)

Die Sozialarbeiter bestätigen, was zuvor vermutet wurde: In der Regel wird der Sozialdienst erst sehr spät hinzugezogen, später sogar noch, als es der auf anderen Stationen üblichen Praxis entspricht:

»Also ich finde, das ist ein Unterschied zu anderen Stationen, da erfahre ich es selten erst so kurzfristig.« (SD 4, 4/22-23)

Die späte Hinzuziehung wird vor allem deshalb als schwierig angesehen, weil es bei Aids nicht immer einfach ist, geeignete Dienstanbieter zu finden. So erklären sich beispielsweise nur wenige Pflegeanbieter bereit, Infusionstherapien durchzuführen, und noch weniger, »Rund-um-die-Uhr-Pflegen« zu übernehmen. Nicht minder problematisch ist diese Verfahrensweise in bezug auf die Mobilisierung finanzieller Hilfen. Die Sozialarbeiter sehen sich so bestenfalls in der Lage, Hilfen zu initiieren, nicht aber, sie so weit verfolgen zu können, daß die gegebene Problemlage des Patienten zumindest absehbar gelöst ist. Am schwierigsten scheint ihnen die späte Hinzuziehung mit Blick auf die Drogenpatienten zu sein. Oft sind sie wohnungslos und befinden sich in sozialen Notlagen, so daß viele zeitaufwendige Maßnahmen einzuleiten sind, damit diese Patienten das Krankenhaus überhaupt verlassen können. Insbesondere die Vermittlung einer Wohnung bzw. einer Pensionsunterkunft oder eines Platzes im Obdachlosenheim bedarf eines entsprechend umfangreichen zeitlichen Rahmens und folglich einer rechtzeitigen Einschaltung des Sozialdienstes, weil diese Aufgabe extrem zeit- und arbeitsaufwendig ist.

Ähnlich wie aus anderen Bereichen sozialarbeiterischen Handelns im Krankenhaus bekannt, sehen sich die Sozialarbeiter deshalb immer wieder genötigt, die Ärzte auf die eigene Existenz und die Erfordernisse sozialarbeiterischen Handelns hinzuweisen. Daß diesen Unternehmungen auch im AVK wenig Resonanz beschieden ist, hat seine Ursache auch darin, daß es aufgrund des indirekten Kooperationsmodus (wie auch aufgrund der räumlichen Trennung) kaum Berührungspunkte in der Zusammenarbeit von Ärzten und Sozialarbeitern gibt. Kontakte sind im Alltag vornehmlich auf das Pflegepersonal und die Psychologen beschränkt:

»Also entweder sagt uns die Schwester Bescheid, oder der Psychologe und erklärt uns dann noch so ein bißchen dazu.« (SD 4, 11/22-23)

Dem Sozialdienst scheint dieses aber weniger deshalb problematisch zu sein, weil die Entlassungsvorbereitung nicht ineinandergreifend verläuft, sondern weil das Verhältnis dieser Helfergruppen zueinander unterschwellig konkurrenz ist:

»Ja, eigentlich sollte das getrennt sein, aber das sind halt alles so Bereiche. Auch mit dem Kollegen von der Aids-Hilfe überschneidet sich das immer so ein bißchen. Das ist schwierig abzugrenzen. Also eigentlich ist die Versorgung unseres, nicht, also daß wir das *allein* regeln.« (SD 1, 11/ 40-46)

Sie hegen also keine grundsätzlichen Zweifel an der Richtigkeit des Handelns der Ärzte und an dem indirekten Kooperationsmodus, sondern fühlen sich vielmehr durch die eingeschalteten Zwischenglieder beschnitten. Durch deren Existenz droht ihnen ihrer Sicht der Dinge zufolge ein Arbeitsfeld streitig gemacht zu werden, das »ihres« ist, und fürchten sie, ihres autonomen Handlungsbereichs beraubt zu werden. Die erwähnten Autonomierestriktionen seitens der Ärzte hingegen akzeptieren sie als gegeben. Solche Verkehrungen von Ursache und Wirkung und die mit ihnen einhergehenden Konfliktverlagerungen sind im Alltag sozialarbeiterischen Handelns im Krankenhaus häufig zu finden und gelten als eine der Ursachen für die vielfältigen Schwierigkeiten, dieses Handlungsfeld sinnvoll und funktional zu strukturieren (Garms-Homolová, Schaeffer 1990).

Doch davon abgesehen ist dem Sozialdienst darin beizupflichten, daß die Konturierung der Arbeitsgebiete der Psychologen und informellen Helfern zu wenig klar und deren Aufgabenstellung zu wenig trennscharf von der des Sozialdienstes abgegrenzt ist. Im Alltag erwächst daraus eine mißliche Problemkonstellation. Da die Psychologen und die informellen Helfer mehr in das Geschehen auf den Stationen involviert sind (die Psychologen kennen beispielsweise jeden Patienten und nehmen gelegentlich an der Visite teil), kümmern sie sich vermehrt auch um Belange der Versorgungsorganisation. Die durch die Desintegration in ihren Handlungsmöglichkeiten beschnittenen Sozialarbeiter leiten jedoch keine Kurskorrektur ein, sondern kompensieren ihre »Frustration« durch die Arbeit mit anderen, nicht aids-kranken Patienten, bei denen sie »alles allein« machen können. Faktisch lassen sie sich so ihr Handlungsfeld entleeren und es auf mehr oder weniger sozialtechnokratische Aufgaben reduzieren. Während die Psychologen die Konzeptualisierung der Versorgungsorganisation und die Abstimmung mit den Angehörigen als neue Aufgabe klinischer Psychologie definieren und diese für sich reklamieren (Einberger-Spiegel 1992), bleibt den Sozialarbeitern vornehmlich die Regulation der administrativen Aspekte der Versorgungsorganisation. Daß das auf Mißbehagen bei ihnen stößt, wird nicht verschwiegen:

»Also ich muß Ihnen ehrlich sagen, eigentlich bin ich mir ein bißchen zu schade, um bloß noch das auszuschreiben und Anträge auszufüllen.« (SD 3, 29/2-4)

Doch nicht allein aus Status- und Ressortbeschneidungsgründen scheint uns diese Zergliederung des Arbeitsfeldes des Sozialdienstes korrekturbedürftig zu sein, sondern auch mit Blick auf die Patienten. Für sie ist es - trotz des im Aids-Bereich vorfindbaren Patientenexpertentums - schwierig, sich in dem Gestrüpp (psycho)sozialer und pflegerischer Dienste und der Vielzahl von Ansprechpartnern (auch im Krankenhaus) zurechtzufinden. Laufen die Versorgungsanstrengungen nicht bei einer für zuständig deklarierten Stelle zusammen, verlieren Helfer wie Patienten außerdem zuweilen den Überblick:

»Also, ich meine, . . . daß die Stellen, die an einem Patienten tätig werden, miteinander Absprache treffen sollten. Es ist also schon passiert, also ich habe einen Schwerbehindertenantrag abgeschickt, und das Versorgungsamt hat mich dann angerufen, welchen Antrag sie denn nun annehmen sollen - da hatte der XY [informeller Helfer] auch einen Antrag gemacht . . . Und ich mein da muß man vorsichtig sein. Es ist nicht gut für den Patienten, wenn er von einem zum anderen tanzt. Es ist besser, er hat eine Anlaufmöglichkeit.« (SD 3, 40/56-41/16)

Weil innerhalb wie außerhalb des AVK relativ viele Instanzen an der Versorgungsgestaltung bei Aids-Patienten mitwirken, ist um so wichtiger, daß von einer Stelle aus ein koordinierendes und integrierendes Management erfolgt. Im Krankenhaus ist dieses der offiziellen Aufgabenstellung zufolge der Sozialdienst. Soll er aber diese Funktion wahrnehmen können, ist - wie zu sehen war - eine Stärkung seines Status, seiner Integration, seiner Zugänglichkeit und ebenso eine Neustrukturierung der Kooperationsbedingungen notwendig. Andernfalls ist zu befürchten, daß die Patienten bei oberflächlich besehener Überfürsorge letztendlich Unterversorgungen in Kauf nehmen müssen.

Wenden wir uns nun den im Rahmen der Entlassungsvorbereitung *an den Sozialdienst herangetragen Problemen* zu.

»Das sind ja sehr lebenshungrige Menschen, die sind ja sehr jung . . . die haben hohe Erwartungen, was sie alles mit ihrem Leben machen wollen. Und genau an dem Punkt erkranken sie, und alles fällt zusammen. Gerade diese Patienten entwickeln dann oft so eine Hektik, alles noch haben zu müssen, oder sie lassen sich fallen und machen irrsinnig viel Schulden . . .« (SD 3, 5/22-39)

Dieser Textauszug gibt einen treffenden Einblick in die Situation von Aids-Patienten und jene Ausgangskonstellation, die einen großen Teil des Bedarfs an sozialen Hilfen evoziert. Danach befragt, was die typischen Problemlagen bei Aids-Patienten sind, wird von den Sozialdienstmitarbeitern folgendes Spektrum aufgelistet:

- Fragen der häuslichen Versorgung: Dazu gehört die Vermittlung von Haushaltshilfen, häuslicher Krankenpflege, fahrbarer Mittagstisch - Hilfen, die bei Aids-Patienten aufgrund des besonderen Pflegebedarfs schwer zu vermitteln sind;
- Fragen der finanziellen Situation: Hierzu zählen Hilfe bei Arbeitsplatzverlust, Rentenanträge, Pflegegeldanträge bei der Krankenkasse, Hilflosenpflegegeldanträge, Beratung von privat versicherten Patienten, die keinen Anspruch auf ambulante Pflege haben, Schuldenberatung;
- Anträge auf Schwerbehindertenausweise;
- Hilfe bei der Beschaffung krankheitsangemessenen Wohnraums, bei Obdachlosigkeit;
- Hilfe bei Problemen, die aus Drogenabhängigkeit erwachsen.

Um diese Vorgänge zu bearbeiten, hält der Sozialdienst zunächst Rücksprache mit dem Patienten. Dabei klärt er die individuelle Problematik noch einmal aus der Sicht des Patienten, schätzt ab, welche Hilfe professionell erbracht werden muß und welche durch informelle Helfer geleistet werden kann, und holt die für die Hinzuziehung ambulanter Dienste und sozialer Hilfen notwendigen Unterlagen ein. Er leitet dann die erforderlichen Maßnahmen ein, wobei - wie wir bereits feststellten - zahlreiche administrative Prozeduren erforderlich werden und außerinstitutionelle Kontakte eine große Rolle spielen. Denn je tragfähiger seine Beziehungen zu den entsprechenden Institutionen der ambulanten Versorgung sind, desto leichter ist es für den Sozialdienst, entsprechende Dienste zu vermitteln. Bei Schwierigkeiten der Versorgungsvermittlung hält er Rücksprache mit den Pflegekräften, ansonsten werden diese oder die Ärzte meist erst dann informiert, wenn die anvisierten Maßnahmen realisiert werden konnten.

Die *Angehörigen* spielen während dieses Vorgangs für den Sozialdienst eine eher marginale Rolle. »Unser Ansprechpartner ist als erstes der Patient« - so die einmütige Antwort. Gerade bei den homosexuellen Patienten sei das soziale Netz oft sehr gut, werden Pflegen häufig von Freunden übernommen, und manchmal wenden diese sich auch mit Fragen an den Sozialdienst. Zumeist aber werde der Sozialdienst bei Patienten tätig, deren soziales Netz schlecht ist, und wo es wenige Bezugspersonen gibt, die längerfristig Betreuungsaufgaben übernehmen und dabei die Unterstützung des Sozialdienstes suchen. Zweierlei scheint uns hier bemerkenswert zu sein:

- Der Sozialdienst begreift seine Aufgabe bezüglich der Angehörigen vornehmlich darin, die Beschaffenheit des sozialen Netzes seiner Klientel zu eruieren und danach den Zuschnitt professioneller Hilfen zu konturieren. Er geht also nicht auf die Ange-

hörigen zu, um sie in die Entlassungsvorbereitung einzubeziehen, sondern stellt sich nur als Ansprechpartner zur Verfügung, erbitten diese ein Gespräch.

- Vernetzungsaufgaben, wie sie längst als unabdingbar für sozialarbeiterisches Handeln im Krankenhaus deklariert und gerade im Bereich der Aids-Krankenversorgung für wichtig befunden werden, haben noch keinen Eingang in die Praxis gefunden (Garms-Homolová/Schaeffer 1991; Moers 1991). Daß die Organisation nachfolgender Versorgungsmaßnahmen unter anderem einschließt, professionelle Dienstleistungen und Hilfe durch informelle Helfer aneinander anzupassen, aufeinander abzustimmen und sie so zu verknüpfen, daß ein funktionales Hilfeverbundsystem entsteht, wird von Sozialarbeitern und so auch denen des AVK zwar zugestanden, ohne daß die Implikationen dessen für das eigene Handeln aber antizipiert und konzeptuell umgesetzt würden. Im Alltag hat die Vernetzungs- und verbunden damit die Angehörigenarbeit - trotz entgegengesetzter Absichtsbekundungen - faktisch peripheren Stellenwert. Dieses freilich den einzelnen Sozialarbeitern anzulasten wäre verfehlt. Vielmehr kommen hierin Qualifikationsdefizite in diesem innerhalb der Sozialarbeit als Stiefkind angesehenen Handlungsfeld zum Ausdruck und wirkt sich der Mangel an konzeptueller Klarheit bei der als wichtig erachteten Aufgabe der Angehörigenarbeit aus.

Aus der Sicht des Sozialdienstes stellt sich die Situation noch anders dar. Meist fehlt ihm schlicht die Zeit für solche Verknüpfungstätigkeiten sowie für die ausführliche Rücksprache und Beratung mit Angehörigen. Aufgrund des Zeitdrucks, unter dem er die Entlassungsvorbereitung abwickeln muß, sieht er sich gezwungen, äußerst pragmatisch vorzugehen. »Lange« nach einer der Problematik des jeweiligen Einzelfalls angemessenen Versorgung zu suchen und diese in das soziale Netz einzupassen, sieht er sich nicht in der Lage, sondern weist solche Maßnahmen zu, die rasch mobilisierbar sind. Vornehmlich kooperiert er dazu mit jenen Dienstleistern, mit denen er gute Erfahrungen gemacht hat und von denen er weiß, daß ihm der Patient innerhalb kürzester Zeit abgenommen wird. In der Tat überwiegt im Alltag also - trotz Erweiterung der personellen Ressourcen - die »pakethafte Maßnahmenzuweisung«. Sie ist nicht allein Resultat der krankenhausesinternen Arbeitsbedingungen des Sozialdienstes, sondern auch der Situation der ambulanten Versorgung geschuldet, wie wir nun sehen werden.

Betrachten wir daher, wie die Krankenhausmitarbeiter, die Ärzte wie der Sozialdienst, die Möglichkeiten der ambulanten Betreuung von HIV-Patienten beurteilen. Einhellig wird die ambulante ärztliche Versorgung als zufriedenstellend angesehen und die Ko-

operation als sehr gut bezeichnet: »Das Engagement der niedergelassenen Ärzte ist erheblich« (AK 2, 13/33-35), wird von den AVK-Ärzten immer wieder betont. Dieses weist nicht nur auf die Qualität der Kooperationsbeziehungen hin, sondern zeigt noch einmal, daß Bemühungen um Versorgungsintegration ohne eine institutionalisierte Zwischeninstanz nur bei hohem Engagement ambulant wie stationär tätiger Ärzte erfolgreich sein können.

Wesentlich problematischer dagegen werden die Möglichkeiten der Einbindung des Krankenhauses in das Netz ambulanter sozialer Hilfen und Dienste eingeschätzt. Insbesondere die Situation der ambulanten Pflege wird als verbesserungsbedürftig angesehen:

»Wir haben jetzt wesentlich mehr Patienten, die zumindest zweimal am Tag oder für die Nacht jemanden brauchen. Die zeitlich aufwendige Pflege ist aber selten zu organisieren.« (AK 4, 28/12-16)

Der Pflegeaufwand von Aids-Patienten übersteigt fast immer das Maß, das die Sozialstationen der Wohlfahrtsverbände bewältigen können, wie auch die Sozialdienstmitarbeiter bestätigen:

»Wo mehrere Einsätze täglich, vielleicht auch nachts, sind, Nachtwachen, da ist es schwierig, jemanden zu finden.« (SD 1, 6/52-54)

Nach Ansicht der Krankenhausärzte sind aber nicht nur Kapazitätsprobleme seitens der Pflegeanbieter ausschlaggebend für diese Schwierigkeiten, sondern ebenso nach wie vor existente Berührungängste mit Aids-Patienten, so daß die meisten Pflegeanbieter wenig Bereitschaft entwickeln, sich auf die Besonderheiten dieser Klientel einzustellen:

»Nach unserer Einschätzung klappt es mit normalen Sozialstationen nicht oder schlecht, weil die oft Berührungängste haben. Mit Abstand am besten klappt es im Moment mit HIV e. V., also mit einer aids-spezialisierten Pflegebetreuung.« (AK 4, 27/20-25)

Solche Berührungängste abzubauen, war unter anderem eines der Ziele des Modellprogramms »Ausbau ambulanter Hilfen für Aids-Erkrankte im Rahmen von Sozialstationen«. Der Erfolg dieses Modellprogramms wird von den Krankenhausmitarbeitern sehr skeptisch beurteilt: »Die Aufklärung der Sozialstationen ist gescheitert« (P 1, 43/6-7), so der lapidare Kommentar. Sollen sie über Erfahrungen mit den modellfinanzierten Aids-Pflegeteams berichten, reagieren sie entweder mit Erstaunen oder deutlicher Ablehnung. Vielen der Mitarbeiter, vor allem denen auf der unteren Ebene des Handlungsvollzugs - den Stationsärzten und den Pflegekräften -, ist die Existenz dieser Teams gar nicht bekannt. Andere, vor allem die Ärzte, reagieren mit Verärgerung, die von der kurzen Kommentierung mit »Murks« (AK 4, 29/5) bis zum Vorwurf reicht, hier seien wertvolle öffentliche Gelder fehlinvestiert worden:

»Die Gelder sind katastrophal eingesetzt worden: Es sind Fehlinvestitionen von Millionenbeträgen.« (AK 2, 9/51-53)

»Die kassieren die Gelder dafür und machen es nicht.« (AK 2, 9/19-21)

»Zum Teil packt einen da auch Wut, wenn man nämlich anfängt, darüber nachzudenken, wo die Gelder abgeblieben sind . . . Die Realität ist schlicht, nicht nur nach unserer Meinung, sondern auch nach der Meinung betroffener Praxen: Es funktioniert nicht.« (AK 4, 29/37-44)

Das bedeutet, daß letztendlich nur wenige Pflegeanbieter übrig bleiben, mit denen der Sozialdienst bzw. das Krankenhaus kooperieren kann. Meist sind das auf Aids spezialisierte Pflegedienste und private Pflegeanbieter.

Doch nicht nur die Vermittlung häuslicher Hilfen stellt den Sozialdienst vor Schwierigkeiten, sondern auch die Regelung finanzieller Probleme, seien es Hilflosenpflegeldanträge, Beantragungen von Renten oder die Bewilligung von Finanzen für Hilfsmittel. Lange Amtswege und entsprechend lange Bearbeitungs- und Wartezeiten stellen die Regel dar und stehen in keinem Verhältnis zur Dynamik des Krankheitsverlaufs. Daß Patienten vor der Bewilligung ihres Antrags sterben, gehört bei Aids-Patienten nicht nur zum Erfahrungsbestand der Sozialdienstmitarbeiter, sondern aller Instanzen, die mit der Zuweisung sozialer Hilfen befaßt sind:

»Ja, manchmal sind hier Wartezeiten von der Antragstellung bis zur Entscheidung, die ein halbes Jahr dauern. Und oft sind die Hilfen dann gar nicht mehr nötig, manchmal sind die Betroffenen dann schon tot.« (GA 1, 12/17-20)

»Die Anträge gehen vom Sozialdienst des Krankenhauses aus an das Sozialamt. Dann entscheidet das Sozialamt erst mal gar nicht, sondern muß in der Regel erst wieder das Gesundheitsamt hören. Dort gehen die Anträge auf dem Amtsweg über verschiedene Tische und dann wieder zurück an das Sozialamt . . .« (GA 1, 7/8-14)

Um solche Amtswege zu verkürzen, versuchen die Mitarbeiter des Krankenhaussozialdienstes, mit den entsprechenden Bearbeitungsstellen Kontakt herzustellen und problemgemessene Beschleunigungen zu erreichen. Nicht immer aber gelingt ihnen das, so daß sie die Hilfen nur einleiten können und ihre Weiterverfolgung dann einem Kollegen im ambulanten Bereich überlassen müssen. Auch zu diesen Kollegen versuchen sie gute Beziehungen aufzubauen, damit die Bearbeitung nicht aufgrund von Kommunikationsdefiziten neu begonnen wird, sondern eine nahtlose Information erfolgt und die Beschleunigungsversuche im Interesse des Patienten von anderer Stelle aus weiterverfolgt werden können. Darüber hinausgehende Möglichkeiten hat der Sozialdienst jedoch nicht. Bei einem der immer drängender und zunehmend oft vorkommenden Probleme

wird das überaus deutlich: der Beschaffung von krankheitsentsprechendem Wohnraum bzw. der Hilfe bei Obdachlosigkeit. Wohnungslose Patienten können nicht ohne Bereitstellung von Unterkunftsmöglichkeiten entlassen werden, würde man sonst die schwerkranken Patienten doch buchstäblich auf die Straße schicken. Die Vermittlung von Wohnraum ist allerdings trotz aller Kooperationsanstrengungen schier unmöglich:

»Man kann [den Patienten] auf die Warteliste der Wohngesellschaften setzen lassen. Aber da ist zur Zeit überhaupt nichts drin. Und selbst die Obdachlosenheime und Pensionen sind voll ... Wenn jemand wenig Geld hat und krank ist, ihn zur Obdachlosenstelle schicken, das ist schrecklich. Eine Befürwortung für ein Einzelzimmer mitschicken, mehr kann man einfach nicht machen.« (SD 1, 19/43-54)

Exemplarisch werden hier die beschränkten Handlungsmöglichkeiten des Sozialdienstes sichtbar. Da viele Hilfen, die bei Aids-Patienten benötigt werden, entweder gar nicht zur Verfügung stehen oder nicht hinreichend ausgebaut bzw. schlecht organisiert sind, bleibt dem Sozialdienst oft nichts anderes übrig, als Lösungen zu akzeptieren, die er selbst für unbefriedigend hält, ja sogar als inadäquat ansieht. Bemühungen um Herstellung einer problem- und fallangemessenen Versorgung muten aus der Sicht des Sozialdienstes angesichts dieser Situation fast illusorisch an. Und weil sie sich nicht in der Lage sehen, den Insuffizienzen des Versorgungssystems auf der Ebene des Alltagshandelns zu begegnen, schotten sich die Mitarbeiter gegen solche Überlegungen ab. Verstärkt wird dieses dadurch, daß sie diese Erfahrung auch bei anderen Patientengruppen machen. So erklärt sich, daß sie ihr Handeln hier - wie sonst auch - auf ein externalisierungsorientiertes Patientenmanagement reduzieren (Schaeffer 1990) und schematische Handlungspraktiken walten lassen. Denn angesichts des Wissens um die Beschränktheit ihrer Möglichkeiten scheint es ihnen legitim, ja realistisch zu sein, von vornherein nur danach Ausschau zu halten, welches Angebot situativ verfügbar ist, ungeachtet dessen, ob sie auf Weise problem- und falladäquate Versorgung vermitteln oder Notlösungen, von denen absehbar ist, daß sie nur bedingt tragfähig sind.

3.3.5.4. Die Kooperation bei der Entlassung aus der Sicht ambulanter Versorgungsinstanzen

Kontrastierend wollen wir nun die Entlassungspraxis des AVK aus der Sicht ambulanter Versorgungsinstanzen, insbesondere der Ärzte und Pflegeanbieter, darstellen. Von den *Ärzten* wird das Modell und so auch die Handhabung der Entlassung durchweg für positiv befunden:

»Das Schöneberger Modell, das ist das Modell der Zukunft. Ein Krankenhaus, das weiß - verstehen Sie: Der Kampf ist normalerweise, der Patient wird rausgeschmissen, und der Arzt wehrt sich, den schon wieder zu kriegen,

sagt: 'Was ist denn das, schon alles fertig?' ... sondern Ärzte, die sagen: 'Okay Jungs, macht's kurz dadrin und dann aber raus mit dem, der soll wieder in einer normalen Umgebung sein!' Das ist die Zukunft.« (AK 11, 14/29-39)

Die Ärzte schätzen das Modell, weil es ihnen, wie der letzte Textauszug sehr ausdrucksvoll belegt, zukunftsweisend und der gängigen, für insuffizient erachteten Praxis entgegensteuernd zu sein scheint. Sie loben sie - auch mit Blick auf die Entlassung - die verbesserte Kommunikation und das Bemühen um Verknüpfung mit den niedergelassenen Ärzten:

»Also die schicken sehr schnell einen Entlassungsbericht, schneller als sonst, und die Patienten kommen auch mit dem vorläufigen Entlassungsbericht sofort zu mir in die Praxis. Also die Einbindung ist enger.« (A 3, 5/ 13-21)

Begrüßt wird vor allem, daß das Krankenhaus sich bemüht, seine insulare Arbeitsweise zu überwinden und sich bei der Entlassungspraxis auf die Belange der niedergelassenen Ärzte einzustellen. Dazu gehört, für eine Wiedereingliederung des Patienten in die ambulante ärztliche Betreuung zu sorgen und den Arzt über die Behandlungserfordernisse des zurückkommenden Patienten zu informieren. Und entscheidender noch gehört dazu, die Bedeutung des niedergelassenen Arztes, der dem Konzept zufolge einen mindestens ebenso großen Betreuungsanteil übernimmt wie das Krankenhaus, zu akzeptieren und seinen Beitrag in anderer Weise zu würdigen, als es sonst der üblichen Praxis entspricht. Mit der Zunahme der Krankenzahlen wird jedoch auch im Hinblick auf die Entlassungspraxis Kritik geäußert:

»Es ist auch schon mehrmals vorgekommen - da mag schon manchmal der Hintergrund gewesen sein, daß die dringend ein Bett brauchten -, daß - meistens freitags - hier völlig unvermittelt ein Patient steht und dann noch mit zwei Medikamenten, die gar nicht im Handel sind.« (A 6, 29/2-13)

Einige beklagen, daß sich im Lauf der Zeit mit zunehmender Routinisierung bei gleichzeitig wachsendem Druck auf das Krankenhaus Phänomene einstellen, die aus dem Normalalltag hinreichend bekannt sind und in der Aids-Krankenversorgung eigentlich vermieden werden sollten. Wenngleich solche Kritik noch relativ leise geäußert wird, ist sie doch ernst zu nehmen. Der Macht der Alltagsgewohnheiten entgegenzutreten erweist sich gerade bei Innovationen, die den Charakter von Insellösungen haben (Rosenbrock 1992), als sehr wichtig, weil sie leicht durch den Verlust des Charismas des Besonderen, der sich mit der Routinisierung zwangsläufig einstellt, gefährdet zu werden drohen.

Die *Pflegeanbieter*, die mit dem AVK kooperieren, beurteilen das Modell und ebenso die Bemühungen um Kontinuitätssicherung bei der Entlassung ebenfalls positiv. Sowohl zum Sozialdienst wie auch zu den Aids-Stationen bestehen offenkundig sehr gute Beziehungen:

»Es gibt zum einen den Ansprechpartner Sozialdienst im AVK ... das läuft hervorragend. Und dann gibt es, gesondert davon, den direkten Kontakt zu den Stationen ... daß man noch gezielt immer wieder sagt, wir setzen uns zusammen.« (PA 4, 10/16-41)

Die Pflegeanbieter schätzen vor allem, daß sie offenen Zugang zu den Stationen haben. Das ermöglicht ihnen, den Übergang in die ambulante Pflege vorzubereiten. Sie können Erstbesuche im Krankenhaus durchführen, dabei mit dem Patienten, den Ärzten, den Pflegekräften und dem Sozialdienst sprechen, und diese Offenheit für ihre Belange sehen sie im AVK besser realisiert als in anderen Krankenhäusern. Bemängelt wird allerdings, daß die Versorgungsorganisation zu spät begonnen wird:

»Wird ein Patient von heute auf morgen entlassen und ruft der Sozialdienst dann an und sagt: 'Morgen kommt der Patient', das ist schwierig. Selbst bei jemanden, den wir schon hatten, ist das problematisch. In der Regel nehmen wir die Leute selbstverständlich wieder auf - nur: In der Zwischenzeit haben wir noch jemand anderen aufgenommen, und dann müssen wir halt einen Dienstplan machen, und so schnell geht das einfach nicht.« (PA 3, 9/34-44)

Erneut werden wir hier auf die Folgen des problematischen Kooperationsmodus zwischen Krankenhausärzten und Sozialarbeitern und der zu späten Hinzuziehung des Sozialdienstes verwiesen. Selbst bei Patienten, die »lediglich« in bereits bestehende Versorgungssets zurückvermittelt werden müssen, bedarf es Zeit, um diese Reintegration zu ermöglichen.

3.3.6 Bilanzierung

Insgesamt zeigen die Erfahrungen mit dem Schöneberger Modell, daß es in der Tat möglich ist, die Probleme an der Schnittstelle von ambulanter zu stationärer Versorgung durch verstärkte Kooperationsbemühungen zu mildern und den Wechsel zwischen stationärer und ambulanter Versorgung in einer Weise zu gestalten, daß Patientenkarrerien vermieden und kontinuierliche Betreuungen ermöglicht werden können. Lehrreich im Hinblick auf andere Bereiche der Krankenversorgung scheinen uns vor allem die Innovationsbemühungen auf der Ebene ärztlichen Handelns zu sein. Sie zeigen, daß insulare Arbeitsweisen, Desintegration und auch Rivalität bzw. Konkurrenz überwunden werden können und ein ineinandergreifendes Handeln aller in die Behandlung eines Patienten involvierten Ärzte möglich ist. Unsere Analyse hat auch darauf aufmerksam gemacht, daß es dazu offenkundig spezifischer Voraussetzungen bedarf. Wir wollen diese an dieser Stelle nicht alle wiederholen, nur auf drei der uns am wichtigsten erscheinenden noch einmal aufmerksam machen:

- die Wichtigkeit eines institutionsübergreifenden Forums zum Erfahrungsaustausch, das dazu beizutragen vermag, auf das jeweilige Handlungsfeld reduzierte Blickweisen

zu überwinden, Perspektivenwechsel zu ermöglichen und ärztliches Handeln aus übergreifender Sicht - der Gesamtheit an betreuenden Instanzen - zu reflektieren. Nicht minder wichtig scheint uns ein solches Forum für den Wissenstransfer und damit für die Sicherstellung fachlich angemessener Behandlungen in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen zu sein;

- die Entanonymisierung der Beziehungen durch dieses Forum, die es erleichtert, quer zur gängigen Praxis liegende Handlungspraktiken zu implementieren;
- die überschaubare Anzahl an Kooperationspartnern und
- die Öffnung des Krankenhauses für die Belange der ambulanten Medizin.

Es sind nicht zuletzt diese Voraussetzungen, dank derer es möglich ist, die ärztliche Kooperation wesentlich enger zu gestalten, als es sonst in der Krankenversorgung und auch in anderen Bereichen der Aids-Versorgung üblich ist.

Ähnliches ist ebenfalls im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit den Pflegediensten zu konstatieren. Auch hier zeigen die Erfahrungen, daß durch eine Öffnung des Krankenhauses für die Belange ambulanter Pflege ein besseres Ineinandergreifen von stationärer und ambulanter Versorgung möglich ist - vorausgesetzt allerdings, ambulante Pflegeanbieter öffnen sich ihrerseits den an sie gestellten Anforderungen.

Insgesamt sind die in diesem Modell gewonnenen Erfahrungen von großem Nutzen für die Reflektion über Verbesserungen der Aids-Krankenversorgung, doch auch die Versorgung anders erkrankter Patienten. Das ist nicht einzig mit Blick auf die zu verzeichnenden Erfolge zu konstatieren, sondern auch auf die zu Tage getretenen Mängel. Unsere Analyse hat gezeigt, daß eine enge Verzahnung des Krankenhauses mit anderen ambulanten Diensten nicht auf außenorientierte Maßnahmen begrenzt sein darf, sondern einer Reihe innerinstitutioneller Anpassungsprozesse bedarf. Diese sind auf den Aids-Stationen des AVK nicht hinreichend realisiert. Die innerinstitutionellen Anstrengungen zur Verbesserung der Entlassung sind - wie deutlich geworden sein dürfte - nicht weitreichend genug. Ihnen fehlt es vielfach an konzeptueller Klarheit, genügender Konsequenz und ebenso an Absicherung durch entsprechende institutionelle Strukturen. Um eine zielangemessene Entlassungspraxis zu erreichen, sind Revisionen der derzeit gängigen Praxis erforderlich. Notwendig ist:

- die Organisation der nachfolgenden Versorgung systematischer zu betreiben, z. B. die Entlassungsvorbereitung frühzeitiger einzuleiten;
- die Kooperation zwischen Ärzten und Sozialdienst zu modifizieren;

- den Sozialdienst besser in das Stationsgeschehen zu integrieren;
- die Zusammenarbeit der an der Versorgungsgestaltung beteiligten nichtmedizinischen Helfergruppen zu verbessern;
- eine klarere Konturierung der Aufgabenstellung dieser Helfergruppen und eine Abgrenzung ihrer Aufgaben bei der Entlassung vorzunehmen und dabei Sorge dafür zu tragen, daß mit dem Einzug neuer Helfergruppen Arbeitsfelder anderer Berufe nicht entleert, sondern bislang im Krankenhaus nicht wahrgenommene Aufgaben abgedeckt werden;
- sicherzustellen, daß bei der Versorgungsorganisation Überschneidungen vermieden werden;
- der Einbeziehung der Angehörigen in die Betreuung wie auch in die Entlassungsvorbereitung nicht einzig durch »Öffnungstendenzen« zu entsprechen, sondern ihr mit einem klareren Konzept Rechnung zu tragen.
- Innovationen durch institutionelle Strukturen abzusichern, z. B. die Versorgungsorganisation durch Fallbesprechungen zu begleiten.

Unterbleiben solche Korrekturen, drohen die Reformbemühungen unversehens zu versanden, weil sie zu sehr dem Handlungsvermögen der einzelnen Mitarbeiter überlassen sind und in zu hohem Maße auf das Vermögen zu personalen Sonderleistungen der einzelnen professionellen Akteure verwiesen wird.

3.4 Der Stationsalltag

Nachdem wir uns zuvor auf die Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung sowie auf die Darstellung der Steuerung des Übergangs in die ambulante Versorgung konzentriert haben, wollen wir nun den Stationsalltag beleuchten. Wir fragen, mit welchen Handlungskonzepten und Betreuungspraktiken die Mitarbeiter auf Aids und Aids-Patienten reagieren oder, anders gesagt, wie sie das zu Beginn dargestellte Betreuungskonzept (siehe Kapitel 3.3.1) umgesetzt haben und welche Probleme dabei sichtbar werden. Ebenso fragen wir, wie die Arbeit mit Aids-Patienten das Verhältnis und die Kooperation der Berufsgruppen untereinander verändert hat. Im Licht der aufgeworfenen Forschungsfragen betrachtet (siehe Kapitel 1) analysieren wir hier also, ob die Binnenstruktur des AVK eine krankheitsangemessene und der Situation der Patienten entsprechende Betreuung erlaubt. Wir haben uns bewußt dafür entschieden, das Stationsgeschehen (der Stationen 30 b und 30 c) im AVK eingehender zu betrachten. Hier wurden im Zusammenhang mit Aids sehr viele Innovationen eingeführt, und das macht es für uns besonders interessant, dieses Krankenhaus zu untersuchen.¹¹ Gleichzeitig hat unsere Analyse exemplarischen Charakter und wird sich mit vielen Phänomenen befassen, die für die stationäre Versorgung von Aids-Patienten hier wie anderenorts typisch sind. Bevor wir beginnen, möchten wir zunächst die Kernelemente des Konzepts in Erinnerung rufen. Intendiert wurde

- eine *patientenorientierte Betreuung* durchzuführen, womit gemeint ist,
 - den tödlich erkrankten Patienten ein Höchstmaß an Lebensqualität während des Krankenhausaufenthaltes zu gewähren,
 - ihren sich von anderen Patientengruppen unterscheidenden Lebensgewohnheiten Rechnung zu tragen und
 - die Betreuung auf sonst im Krankenhausalltag weitgehend dethematisierte, hier aber unübergehbare Probleme auszurichten und beispielsweise ein humanes Sterben zu ermöglichen;
- eine *permissive Atmosphäre* herzustellen, d. h.
 - »Fremdheit« gegenüber den ungewohnten Patientengruppen, insbesondere den Homosexuellen, abzubauen,
 - »Berührungängsten« (AK 4, 3/14) und
 - Stigmatisierungstendenzen aufgrund der Infektiösität der Krankheit entgegenzuwirken;

¹¹ Die Darstellung des Stationsalltages stützt sich im Unterschied zu den vorigen Kapiteln zusätzlich auf Datenmaterial, das im Rahmen einer einwöchigen teilnehmenden Beobachtung gewonnen wurde.

- *weitestgehenden Autonomieerhalt* anzustreben, womit gemeint ist, daß
 - Patienten in Therapie- und Betreuungsentscheidungen einbezogen werden,
 - Behandlungsvorgänge transparent gemacht werden,
 - der Stationsalltag soweit wie möglich auf die Bedürfnisse der Patienten ausgerichtet wird,
 - die Dauer der stationären Aufenthalte so kurz wie möglich gehalten wird;
- eine möglichst *umfassende und integrierte Betreuung* zu gewährleisten, d. h. durch
 - Personalaufstockung der Ärzte und Pflegekräfte,
 - Einbeziehung von Psychologen,
 - Öffnung gegenüber Initiativen informeller Helfer und
 - Verbesserung der institutionsinternen Kooperationsmodi
 eine adäquate medizinische und der besonderen sozialen und psychischen Situation der Patienten entsprechende Versorgung zu ermöglichen, in der sowohl Raum für die notwendige Entwicklung und Erprobung von Behandlungsschemata, doch ebenso für die bei schwerwiegend erkrankten und vom Tod bedrohten Patienten erforderliche »Gefühlsarbeit« (Strauss u. a. 1980) gegeben ist.

Betrachten wir nun, wie diese Ziele realisiert wurden.

3.4.1 Neuerungen im Stationsalltag

Seit Beginn der stationären Behandlung von Aids-Patienten gibt es eine Diskussion über die geeignete Unterbringungsform im Krankenhaus, die sich im wesentlichen in zwei Lager teilt: in Befürworter und Gegner von *speziellen Aids-Stationen*. Die Befürworter betonen den Vorteil der Expertisierung des Personals, der besseren interdisziplinären Zusammenarbeit und der geringeren Stigmatisierung und die daraus erwachsende vertrautere Atmosphäre für die Patienten. Die Gegner argumentieren mit der hohen Belastung des Personals, die zu »burn-out«-Phänomenen, erhöhter Personalfluktuations und Schwierigkeiten bei der Rekrutierung neuen Personals führt. Außerdem führen sie an, daß es auf andere Patienten abschreckend wirkt, wenn ein Krankenhaus als »Aids-Krankenhaus« bekannt wird. Sie fürchten, daß damit Diskriminierungen einhergehen, die ähnliche Stigmatisierungs- und Isolierungseffekte zur Folge haben, wie sie bei psychiatrischen Kliniken beobachtet werden können. Darüber hinaus wird angeführt, daß eine spezielle Aids-Station kostenintensiver ist als eine Unterbringung auf anderen Stationen, sofern nicht eine genügend große Zahl von Aids-Patienten die Station nutzt.

Nach wie vor stehen sich Pro- und Contra-Argumente gegenüber, ohne eine Entscheidung in die eine oder andere Richtung wirklich legitimieren zu können. Gleichzeitig

nimmt die Zahl der speziellen Aids-Stationen beständig zu: 1983 wurde die erste Aids-Station im San Francisco General Hospital eröffnet, 1989 gab es in den USA 40 Krankenhäuser mit speziellen Aids-Stationen und einer Zahl von insgesamt 750 Betten (Fox u. a. 1990, S. 241).

In Berlin finden sich beide Varianten und dieses in unterschiedlichen Form. Im UKS werden die Patienten auf die Stationen der verschiedenen Fachabteilungen verteilt. Je nachdem, welche Symptomatik im Vordergrund der Erkrankung steht, gelangen sie auf die Infektiologie, Neurologie, Augen, Innere Medizin oder Chirurgie. Diese Verfahrensweise ist allerdings weniger einer gezielten Planung als vielmehr der gewachsenen Verteilung der Aufgaben geschuldet, da im UKS keine klinische Abteilung ihren Arbeitsschwerpunkt auf die Behandlung von Aids-Patienten legt. Die negativen Effekte dieser Organisation der Krankenbehandlung haben wir in Kapitel 3.1 dargestellt.

Anders ist die Situation im UKRV. Dort werden fast alle Aids-Patienten auf der Abteilung für Infektiologie behandelt, in der Aids einen Forschungs- und Behandlungsschwerpunkt bildet. Allerdings werden die Patienten nicht auf einer Station zusammengefaßt, sondern möglichst gleichmäßig auf alle Stationen der Abteilung verteilt. Der Anteil der Aids-Patienten einer Station soll, um Überlastungen des Personals zu vermeiden, nicht über 20 % steigen.

Im AVK gibt es hingegen zwei »Aids-Stationen«. Allerdings sind auch diese dem offiziellen Konzept zufolge keine reinen Aids-Stationen. Angestrebt wird eigentlich eine Mischbelegung. Zwei Drittel der Betten sollten mit Aids-Patienten und ein Drittel mit anderen Patienten belegt werden. Daher sind von den 32 Planbetten pro Station nur je 20 für Aids-Patienten vorgesehen. In der Praxis stellen die Stationen jedoch faktisch reine Aids-Stationen dar, da der Belegungsdruck durch die Zunahme der Zahl von Aids-Patienten zur Verdrängung der Patienten mit anderen Krankheitsbildern geführt hat. Für diese gibt es im AVK andere Unterbringungsmöglichkeiten, für Aids-Patienten hingegen nicht. Dennoch wird am Anspruch der Mischbelegung festgehalten:

»'Nicht-Aids-Patienten' sind prozentual weniger geworden, weil wir so etwas wie einen Verdrängungsprozeß haben. Ich stehe aber unverändert zu dem Modell der gemeinsamen Versorgung.« (AK 2, 18/10-15)

Bereits hier zeichnet sich ein zentrales Problem des Modells ab. Es ist nur mit einer begrenzten Zahl von Aids-Patienten realisierbar. Steigt die Zahl der Patienten, dann gera-

ten Modellanspruch und Wirklichkeit in erhebliche Diskrepanz zueinander. Im AVK verlief der Anstieg bei den Aids-Patienten geradezu rasant:

»Unsere Patientenzahlen haben sich von 1986 bis 1989 jährlich verdoppelt.«
(AK 2, 3/18-19)

Diese Entwicklung bestimmt heute entscheidend das Geschehen des Stationsalltages. Neben quantitativen Effekten wie dem Belegungsdruck hat das Auswirkungen auf die eingeführten Innovationen. Bevor wir uns dieser Entwicklung widmen, wollen wir jedoch zuerst die nach dem Besuch des General Hospital vorgenommene Umgestaltung des Stationsalltages betrachten.

Nähert man sich den Aids-Stationen des AVK als Außenstehender, so fallen zunächst kaum Merkmale ins Auge, die die Aids-Stationen von anderen Stationen unterscheiden. Sie sind im Haus der Inneren Abteilung untergebracht, das auf den Besucher einen eher kargen Eindruck macht. Seine sparsame, funktionale Bauweise signalisiert nicht eben Patientenfreundlichkeit oder gar Innovationsfreudigkeit. Ebenso ist es mit den Stationen. Auf den ersten Blick gleichen sie äußerlich einer normalen Inneren Station. Vergewärtigt man sich jedoch, daß hier eine klassische Infektionsstation betreten wird, so werden erste Unterschiede offenbar. Geschlossene Türen, besondere Vorsichts- und Vorkehrungsmaßnahmen gibt es nicht. Die Stationen sind offen und für jeden Besucher frei zugänglich.

Da die Stationen schon immer als Infektionsstationen geführt wurden, sind die Patientenzimmer entsprechend gestaltet. Es gibt nur Ein- und Zweibettzimmer, die meisten sind mit Bad und alle mit Infektionsschleuse ausgestattet. Anfänglich wurden die Schleusen noch entsprechend ihrer Funktion genutzt. Später, als die Angst vor der Infektiosität der Patienten nachließ, wurde diese Maßnahme abgeschafft. Die Patienten können also, wann immer sie wollen und dazu in der Lage sind, frei die Zimmer verlassen, und auch der Besucher muß keine Barrieren mehr überwinden, um Zugang zu dem Patienten zu erhalten.

Auch zahlreiche andere im Zuge der Umgestaltung der Stationen getroffenen Maßnahmen sind äußerlich nicht sichtbar, wohl aber für die Patienten und ihre Angehörigen spürbar. So treffen sie beispielsweise auf ein Personal, das hier wie überall geschäftig und scheinbar voll und ganz mit wichtigen funktionalen Vorgängen beschäftigt durch die Flure eilt und eher mit diesen als mit den Patienten befaßt zu sein scheint, auf Ansprache jedoch bereit ist, diese Vorgänge zu unterbrechen und sich ausführlich und geduldig

mit dem herangetragenen Anliegen zu beschäftigen. Dafür haben die Mitarbeiter - so werden wir später ausführlicher darstellen - trotz der Personalaufstockung eigentlich kaum Zeit, nehmen sie sich aber, weil es zum Konzept der Station gehört, eine patientenorientierte Betreuung zu ermöglichen. Ebenso treffen die Patienten hier auf ein Personal, das ihnen vorbehaltlos begegnet - eine scheinbare Selbstverständlichkeit, die so selbstverständlich gar nicht ist, erinnern wir uns daran, daß die mit dem Auftauchen von Aids plötzlich in das Krankenhaus einziehenden ungewohnten Patientengruppen zunächst vielerorts mit großer Skepsis und auch Aversion betrachtet wurden. Vorbehaltlosigkeit, besser: Offenheit gibt es auch gegenüber jenen, die vom Patienten als Angehörige definiert werden. Auch dahinter verbirgt sich eine Reihe von Innovationen. Zum einen werden beispielsweise auch Lebenspartner oder Freunde und nicht nur die entsprechenden Rechtspersonen als Angehörige akzeptiert. Gleichzeitig gilt auch hier das Votum des Patienten, welche Probleme mit ihnen besprochen werden.

Wir werden bereits hier darauf gestoßen, wie Patientenorientierung auf den Aids-Stationen verstanden und realisiert wird. Ihr Hauptmerkmal wird im Respekt gegenüber der Autonomie und der sozialen Lebenswirklichkeit der Patienten gesehen. Das bedeutet für die Mitarbeiter in erster Linie, die Lebensgewohnheiten der Patienten zu tolerieren und auch die Art und Weise ihres sozialen Krankheitsmanagements zu achten, sondern auch, sich den Problemen dieser Patienten zu stellen, z. B. Fragen zu erörtern wie: »Was mache ich beruflich, kann ich wieder arbeiten, wird im Betrieb bekannt, daß ich positiv bin etc., oder Partnerprobleme: Der Freund ist schon zwei Jahre zuvor gestorben, jetzt ist der Patient auch krank . . .« (AK 4, 7/23-40), oder sich mit gesellschaftlich tabuisierten Themen (Homosexualität, Sterben und Tod) auseinanderzusetzen, und schließt außerdem ein, mehr als sonst üblich psychische und soziale Unterstützung zu leisten.

Zur Realisierung der Leitmaxime »Patientenorientierung« zählt auch eine Reihe von Maßnahmen, die nicht einzig die Haltung und das Handeln der betreuenden Berufe tangieren, sondern an den »starrten Strukturen des Krankenhauses rütteln« (AK 4). So wird als wichtiges Moment der Patientenorientierung die »Transparenz den Patienten gegenüber« (AK 2, 1/16-17) gesehen. Damit ist nicht nur gemeint, daß Patienten mehr in Entscheidungen bezüglich der Diagnostik und Therapie einbezogen und ausführlicher über die Folgen der Maßnahmen informiert werden, sondern daß sie insgesamt mehr Einblick in den Stationsablauf erhalten und viele der scheinbar belanglosen Alltagsprozesse mit ihnen abgestimmt werden. Beispielsweise wird versucht, den Unterbringungswünschen der Patienten soweit wie möglich zu entsprechen. Die räumliche Ausstattung und vor

allem die Verfügbarkeit über eine relativ große Zahl an Einzelzimmern kommt dem entgegen. Sie erlaubt es, Patienten, denen es schlecht geht, allein unterzubringen und ihrem Wunsch nach Abgeschlossenheit Rechnung tragen zu können. Patienten wiederum, denen es relativ gut geht, wird ermöglicht, das Krankenhausgelände zu verlassen. Denn Urlaubsregelungen sind so großzügig gestaltet, wie es mit den Regeln des Krankenhaus- und Stationsbetriebes vereinbar ist. Auch die im Krankenhaus üblichen festen Besuchszeiten, meist nur wenige Stunden am frühen Abend, sind abgeschafft. Angehörige können also jederzeit kommen und werden - wenn sie es wünschen - auch in die Betreuung einbezogen.¹² Bei Bedarf können sie über Nacht bleiben, und diese Möglichkeit zum »rooming-in« wird als eines der wichtigsten Elemente des hier verfolgten Betreuungskonzepts angesehen. »Rooming-in« stellt jedoch keine völlige Neuerung dar. Vielmehr war die Möglichkeit, über Nacht bei schwer erkrankten Patienten zu bleiben, auch vorher schon in Ausnahmefällen gegeben:

»... auch früher Zeit durften Ehepartner von unseren alten Patienten, denen es schlecht ging, hier nachts mit übernachten.« (AK 4, 2/39-42)

Hier wird nochmals deutlich, daß die Umgestaltung der Stationen auf günstige Ausgangsvoraussetzungen traf und aufgrund dieser besonderen Bedingungen eigentlich weniger als »Umgestaltungs«prozeß zu charakterisieren ist als vielmehr als *Forcierung einer sich bereits stillschweigend vollziehenden Liberalisierung traditioneller Strukturen der Krankenbetreuung.*

Gleichwohl hat die Möglichkeit zum »rooming-in« durch den Einzug von Aids-Patienten einen anderen Stellenwert auf den Stationen erhalten. Sie wird sehr viel häufiger in Anspruch genommen und von den Mitarbeitern auch vermehrt angeboten, denn »rooming-in« ist ihrer Meinung konstitutiv für eine Betreuung von Schwerstkranken, die sich der Leitmaxime »Patientenorientierung« verschreibt. Den Ansichten der Mitarbeiter zufolge - und diese Sicht wird von allen Berufsgruppen vertreten - hat die kontinuierliche Anwesenheit von vertrauten Personen geradezu therapeutische Wirkung auf die Patien-

12 All diese Maßnahmen wirken vielleicht wenig innovativ. Im regulären Krankenhausalltag sind sie jedoch keineswegs selbstverständlich. Angehörige werden beispielsweise nicht in die Betreuung des Kranken einbezogen, sondern sind »Besucher«, die bei der Arbeit stören, also bei Visiten etc. nicht im Zimmer sein dürfen. Außerdem gelten sie oft als Belastung für den Patienten, weshalb »zuviel Besuch« auch nicht gewünscht ist und die »Besuchszeiten« reglementiert werden. Ihre Vermittlungsfunktion zwischen Personal und Patient wird als störend empfunden. Auch wird üblicherweise den Informationswünschen und -vorbehalten der Freunde und Lebenspartner sehr viel weniger Rechnung getragen, das starre Krankenhausreglement sieht individuelle Umgangsformen mit anderen »significant others« als Familienangehörigen und Ehepartnern nicht vor.

ten. So haben bei der Aufnahme viele Aids-Patienten Angst vor dem, was auf sie zukommt: Schmerzen, belastende Untersuchungen oder diagnostische Eingriffe mit bedrohlichem Ausgang. Ebenso fürchten sie den Anstaltsbetrieb und die vielen unbekanntes Gesichter. Die Anwesenheit eines Partners kann in all diesen Situationen entlastend wirken.

»Rooming-in« hat zudem hohe Bedeutung im Rahmen der Sterbebegleitung. Die meisten Sterbenden auf den Stationen wünschen sich eine vertraute Person kontinuierlich in ihrer Nähe. Schon der grundlegende Anspruch an humanes Sterben, den Sterbenden nicht allein zu lassen, läßt sich im normalen Krankenhausalltag nicht realisieren. In der Regel sterben in unseren Krankenhäusern die Patienten allein, oft genug in Untersuchungsräume, Badezimmer oder Lagerräume abgeschoben, um die Mitpatienten nicht zu »stören«.

In der Diskussion um »rooming-in« wird immer wieder angeführt, die ständige Anwesenheit der Angehörigen sei mit zu hohem Arbeitsaufwand für das Personal verbunden. Die Mitarbeiter des AVK betonen hingegen, daß sie eine Entlastung sei. Diese sehen insbesondere die Pflegekräfte, deren Wirkungsfeld von dieser Maßnahme am deutlichsten beeinflußt wird, weniger darin, daß ihnen direkte Pflegearbeit abgenommen wird, sondern mehr darin, daß die Patienten psychisch stabiler, weniger ängstlich und weniger unruhig sind. Das ist ein enorm wichtiger Faktor, der auch ihre Arbeit sehr erleichtert. Vor allem bei sterbenden Patienten stellt die Anwesenheit eines Angehörigen ihrer Ansicht nach eine große Entlastung dar, da sie nicht beständig bei dem Patienten bleiben müssen, sondern sich auf die notwendigen Pflegeverrichtungen (Umlagern, Hautpflege, Überwachung der Infusion etc. in einem etwa zweistündigen Rhythmus) konzentrieren können. Die eigentliche Sterbebegleitung wird von den Partnern oder Angehörigen der Patienten geleistet. Gleichzeitig bringt »rooming-in« für die Mitarbeiter neue Anforderungen mit sich, denn die häufigere Anwesenheit von Angehörigen hat zur Folge, daß die Mitarbeiter sich mehr mit den Angehörigen auseinandersetzen müssen: auch auf ihre Wünsche eingehen, ihre Fragen beantworten, ihre »Einmischung« in Behandlung und Pflege akzeptieren müssen etc. Oft genug sind Angehörige, die ihren Partner in der letzten Lebensphase begleiten, außerdem selbst betreuungs- und begleitungsbedürftig werden. All das wird jedoch um der Vorteile willen in Kauf genommen, weil die Mitarbeiter eine kontinuierliche Anwesenheit bei Sterbenden aufgrund der gestiegenen Patientenzahlen nicht mehr leisten können.

Die *Grenzen* des »rooming-in« sind dann erreicht, wenn ein Angehöriger regelrecht auf der Station »wohnt«, denn Angehörige haben keinen Anspruch auf die Serviceleistungen des Krankenhauses (Mahlzeiten, Wäsche waschen etc.). Sie sind auch dann erreicht, wenn die Belegungszahl zu hoch ist, weil »rooming-in« nur dann möglich ist, wenn ein Patient allein im Zimmer liegt. Das aber kann seit der Zunahme der Zahl der behandelten Aids-Patienten nicht mehr durchgängig aufrechterhalten werden. Da in Berlin nach wie vor mit steigenden Patientenzahlen gerechnet werden muß, ist diese Form der Patientenorientierung durch den erhöhten Belegungsdruck also gefährdet.

Auch eine andere Maßnahmen rüttelt an den Strukturen des Krankenhausbetriebs. So wird Wert darauf gelegt, daß den Lebensgewohnheiten der Patienten auch im Hinblick auf die Gestaltung des Stationsablaufs Rechnung getragen wird. Kaum ein Patient wird vor 7.00 Uhr morgens geweckt. Auf Wunsch wird sein Zimmer erst zu einer von ihm gewählten Zeit betreten, soweit das mit den Anforderungen der Diagnostik und den durch den Krankenhausbetrieb gesetzten Grenzen zu vereinbaren ist. Es bedurfte jedoch eines Lernprozesses, weil die Wünsche der Aids-Patienten oft extrem sind.

»Ich habe auf keiner Station je einen Zettel an der Tür gefunden, morgens wenn wir für Blutabnahmen das erstmal herumgingen: 'Bitte vor 12 Uhr nicht stören' hing am Patientenzimmer dran.« (AK 4, 8/1-5)

Mit diesem Wunsch ist eine der Grundregeln des Krankenhausbetriebes in Frage gestellt, nach der der Patient als Objekt der Behandlung jederzeit zur Verfügung stehen muß. Eine Intimsphäre und nicht mit dem Stationsablauf übereinstimmende Lebensgewohnheiten und -rhythmen werden den Patienten üblicherweise nicht zugestanden; sie sind 24 Stunden am Tag dem jederzeitigen »Zugriff« des Personals ausgesetzt. Wer kennt nicht das plötzliche Aufreißen der Krankenzimmertür - egal, ob der Patient schläft oder nicht - und den unmittelbar nach der überraschenden Mitteilung: »So, jetzt tut's mal weh« folgenden Stich in den Finger zur Blutzuckerbestimmung oder den Arzt, der ohne ein Wort der Erklärung die Bettdecke zurückschlägt, weil er noch rasch etwas untersuchen will. Die Rücksichtnahme auf die Intimsphäre und die »Eigenheiten« der Patienten bei der Gestaltung des Tagesablaufs der Station veränderte das Verhältnis der Mitarbeiter zu den Patienten. Sie mußten lernen, ihre Arbeit mehr als gewohnt auf die Patienten abzustimmen und Aushandlungsprozesse zu akzeptieren.

Das Eingehen auf die Lebensgewohnheiten führt aus Sicht der Mitarbeiter allerdings auch zu einer Steigerung der Anspruchshaltung der Patienten. Manche Patienten ver-

wechseln ihrer Meinung nach das Krankenhaus mit einem Servicebetrieb und übersehen, daß ein Krankenhaus »sich schon von einem Hotel unterscheidet« (AK 4, 8/49-50).

»Bei HIV-Patienten ist ja unterm Strich viel mehr Anspruch da, viel mehr Forderung, viel mehr Ablehnung, was eigentlich auch neue Konzepte verlangt.« (AK 4, 7/50-53)

Patientenorientierung stellt ihrer Sicht zufolge deshalb eine Gratwanderung dar, bei der immer wieder die Anforderungen des Krankenhausbetriebes mit den Wünschen der Patienten in Übereinstimmung gebracht werden müssen, was seitens der Mitarbeiter nicht ohne Preisgabe von Alltagsroutinen möglich ist, jedoch auch Grenzziehungen gegenüber den Patienten erfordert, die mindestens ebenso schwierig sind.

Zu den eingeführten, die herkömmlichen Strukturen tangierenden Veränderungen zählt auch der Einzug neuer Helfergruppen und neuer Formen der Kooperation. Denn mit den Aids-Patienten sind zugleich neue Aufgaben auf das Krankenhaus zugekommen, die nach Ansicht der Mitarbeiter des AVK durch die traditionellen Berufe im Krankenhaus nicht abgedeckt werden können. Angesichts der schwierigen psychischen Situation wurde die Hinzuziehung von Psychologen und auch die Öffnung gegenüber Selbsthilfeinitiativen für unerlässlich gehalten. Mit deren Aufgaben und der Frage, welchen Beitrag zur Betreuung der Patienten sie leisten, beschäftigen wir uns in den folgenden Abschnitten.

Insgesamt ist also eine ganze Reihe von Veränderungsmaßnahmen ergriffen worden. Viele von ihnen wirken vielleicht selbstverständlich und wenig innovativ. Im normalen Krankenhausalltag sind sie jedoch keineswegs selbstverständlich und waren es auch im Bereich der Aids-Krankenversorgung zu Beginn nicht. Heute gehören sie in vielen Krankenhäusern, die sich explizit der Arbeit mit Aids-Patienten widmen, zum Standard, sind aber dennoch keineswegs gesichert. Denn in den letzten Jahren hat sich die Situation im stationären Bereich der Aids-Krankenhausversorgung - so deuteten wir zu Beginn bereits an - sehr verändert. Die Patientenzahlen steigen und die Patienten sind schwerwiegender erkrankt. Heute leben Aids-Kranke länger als vor fünf Jahren. Der mit der gewonnenen Lebenszeit zusammenhängende diagnostische und therapeutische Aufwand ist sehr hoch und begrenzt die Freiräume des Personals für die Berücksichtigung der Gewohnheiten und der Lebenssituation der Patienten.

Mit beiden Entwicklungen - den in der Anfangsphase eingeführten Neuerungen auf den Stationen wie auch den Auswirkungen der gestiegenen Patientenzahlen auf die Innova-

tionen - werden wir uns nun beschäftigen, indem wir die Arbeitsweise der einzelnen in die Betreuung von Aids-Patienten involvierten Berufe eingehender betrachten.

3.4.2 Die Ärzte

Geht es um die Ärzte und das ärztliche Handeln auf den Aids-Stationen, so ist zunächst einmal in Erinnerung zu rufen, daß sie die Initiatoren des Betreuungskonzepts des AVK sind. Vor allem die Oberärzte und der Chefarzt gehören zu jenen, die mit Pioniergeist die Konzipierung und Umsetzung des Modells betrieben haben. Anders als es zuweilen in anderen Krankenhäusern beobachtet werden kann, ist der Chefarzt hier also nicht nur an der medizinischen Behandlung von Aids interessiert, sondern zugleich an der Umsetzung modellhafter Betreuungsstrukturen. Er setzt sich aktiv für die Realisierung des Schöneberger Modells ein, steuert den Umsetzungsprozeß und greift ein, wenn sich Vollzugsprobleme stellen. Dadurch konnten beispielsweise Widerstände der pflegerischen Abteilungsleitung gegen die Aufstockung des Pflegepersonals auf den Aids-Stationen beseitigt und die interne Kooperation im Sinne von »Teamwork« - wie er betont - verändert werden. Damit ist allerdings keine Enthierarchisierung der Berufe im Krankenhaus gemeint ist, sondern eine Verbesserung ihres Zusammenwirkens.

Das Modell wird heute - fünf Jahre später - von allen Ärzten der Aids-Stationen getragen. Allerdings gibt es in der Intensität der Auseinandersetzung mit den Modellzielen Divergenzen. So bestehen zwischen den Ärzten der ersten Stunde, die das Modell entwickelt haben, und der nachfolgenden Generation von Assistenzärzten, die im Zuge ihrer internistischen Fachausbildung eine Zeit lang auf den Aids-Stationen arbeiten, große Unterschiede.

Während die Ärzte der ersten Stunde sich sehr für die Umsetzung und Weiterentwicklung des Betreuungsmodells einsetzen, wird im Verhältnis dazu bei der zweiten Generation von Ärzten ein deutliches Gefälle sichtbar. Sie sind sozusagen *Nutznieser* des Modells, die dessen Vorteile zu schätzen wissen, sich aber nicht unbedingt für die Realisierung verantwortlich fühlen. Damit korrespondiert, daß sie zwar die wesentlichen Bestandteile des Modells kennen, nicht aber deren versorgungsstrukturelle Bedeutung, und das hat Konsequenzen für ihr Handeln. Positive Effekte des Konzepts für ihre Tätigkeit und für die Patienten sehen sie z. B. darin, daß sie mehr Zeit für Gespräche mit den Patienten und besseren Kontakt zum Pflegepersonal haben, zu dem die Beziehung ähnlich kollegial ist wie auf Intensivstationen. Das liegt darin begründet, daß hier wie dort beide Berufsgruppen mehr als sonst aufeinander angewiesen sind. Ebenso halten diese Ärzte

es für sinnvoll und gut, daß die Patienten psychosozial besser betreut werden. Sie selbst nehmen diese Aufgabe allerdings weniger intensiv wahr als ihre »Pionier«-Kollegen und delegieren sie vornehmlich an die Psychologen, den Sozialdienst und die Pflegekräfte. Auch die engen Kooperationsbeziehungen mit den auf Aids spezialisierten niedergelassenen Ärzten werden von ihnen geschätzt, da die Patienten problemlos entlassen werden können.

Die Verknüpfungsanforderungen, die ein nahtloser Transfer aus der stationären in die ambulante Versorgung an sie stellt, sind ihnen hingegen nur unzureichend präsent. Beispielsweise ist ihre Kenntnis ambulanter Versorgungsangebote für HIV- und Aids-Patienten relativ oberflächlich. Fragen der Zuweisung nachfolgender Versorgungsmaßnahmen werden von ihnen fast ebenso nebenrangig behandelt, wie es sonst im Krankenhaus üblich ist. Von vornherein ist ihr Blick eingeschränkter als der der Initiatoren des Modells und dabei auf das medizinische Geschehen im Krankenhaus und auf der Station zentriert. Dadurch stehen sie in Gefahr, auf die sonst üblichen ärztlichen Handlungspraktiken zurückzugreifen und eine Wirklichkeit zu konstituieren, die eigentlich modifiziert werden sollte.

Bei den Ärzten der ersten Stunde, die sich den Anforderungen, Hoffnungen und Enttäuschungen der Arbeit mit Aids-Patienten und der Suche nach Behandlungsmöglichkeiten stellen, sieht die Situation anders aus. Nach wie vor verstehen sie sich als Protagonisten der Aids-Arbeit und sehen sich mit einer doppelten Aufgabe konfrontiert: den umfangreichen Betreuungsanforderungen von Patienten mit einer tödlichen, nahezu unheilbaren Krankheit gerecht zu werden und zugleich auch die medizinische Herausforderung zu bewältigen und an der Entwicklung und Erprobung neuer und komplizierter Behandlungskonzepte mitzuwirken.

3.4.2.1 Die Organisation der ärztlichen Arbeit

Den Ärzten der Aids-Stationen obliegt - wie überall im Krankenhaus - die Durchführung der gesamten Diagnostik und Therapie. Einen großen Raum nehmen die Blutentnahmen und das Anlegen der Infusionen ein, die meist von Medizinstudenten im praktischen Jahr (PJ) oder von Ärzten im Praktikum (AiP) durchgeführt werden. Aids-spezifische Diagnostik wie Bronchoskopien und andere Endoskopien werden von den Stationsärzten durchgeführt. Die Auswertung der Untersuchungsergebnisse aus Laboren und anderen diagnostischen Abteilungen sowie das Aufstellen der Therapiepläne ist ähnlich

zeitaufwendig wie auf anderen spezialisierten Inneren Stationen, beispielsweise onkologischen oder hämatologischen Stationen.

Die Aids-Stationen bilden zusammen mit anderen Stationen eine Innere Abteilung (Infektiologie). Dennoch stellen sie gewissermaßen *Enklaven* dar. Hier wurden neue Kommunikations- und Arbeitsstrukturen geschaffen, die sie von den regulären Inneren Stationen unterscheiden.

Das beginnt mit dem besseren Personalschlüssel für Ärzte. Auf jeder Aids-Station arbeiten in der Regel vier Ärzte (einschließlich Ärzten im Praktikum). Das sind mehr als auf den internistischen Stationen der Abteilung. Jede Aids-Station wurde in zwei Seiten geteilt, so daß zwei Ärzte für jeweils 16 Patienten zuständig sind. Um über die gesamte Station informiert zu sein, wird jeden Nachmittag zusätzlich zur täglichen Ärztebesprechung der Abteilung eine Stationsbesprechung der Ärzte durchgeführt, bei der Informationen über alle Patienten der Station ausgetauscht und schwierige Fälle diskutiert werden. Außerdem wird auch am Abend durch besondere Vorkehrungen eine ärztliche Betreuung sichergestellt. Normalerweise hat ein Arzt von 17 Uhr nachmittags bis zum nächsten Morgen für alle Stationen der Abteilung Bereitschaftsdienst. Da nicht jeder Arzt, der Bereitschaftsdienst hat, genügend Aids-Expertise besitzt und außerdem der Bereitschaftsdienst der Abteilung sehr in die Tätigkeit der Aufnahme und der Ersten Hilfe involviert ist, andererseits aber auf den Aids-Stationen bis in den Abend hinein viele dringende ärztliche Arbeiten anfallen, wurde eine neue Regelung eingeführt. Um für die Aids-Patienten eine kontinuierliche intensive und qualifizierte Betreuung zu garantieren, haben die Ärzte zusätzlich einen *internen Spätdienst* auf den Aids-Stationen eingerichtet. Konkret sieht diese Regelung so aus, daß ein Arzt der Aids-Stationen von 13 bis 21 Uhr arbeitet und ab nachmittags beide Stationen versorgt. Er ist dann für die Überwachung und Durchführung der Therapien zuständig, muß bei akuten Verschlechterungen eingreifen und kann auf Laborbefunde, die oft erst im Laufe des Nachmittages eintreffen, mit Veränderungen der Therapie reagieren.

3.4.2.2 Die ärztliche Visite

Die Visite hat einen zentralen Stellenwert für das Handeln der Ärzte auf Inneren Stationen. Hier werden Untersuchungsergebnisse reflektiert, das weitere therapeutische Vorgehen entschieden und mit dem Patienten abgestimmt.

Die Visite ist zugleich die *zentrale Schaltstelle* der Kommunikation und Kooperation zwischen Ärzten, Pflegepersonal und Patienten. Im Gegensatz zu sonstigen Kommunikationsgepflogenheiten bei der Visite wird auf den Aids-Stationen mit jedem Patienten ausführlich über seinen Zustand, die Untersuchungsergebnisse, geplante weitere Untersuchungen und die Therapie gesprochen. Dabei wird versucht, die Patienten soweit wie möglich in zu treffende Entscheidungen einzubeziehen. Gleichzeitig besprechen Ärzte untereinander die medizinische Seite des Falles, wobei sie gelegentlich in das im Krankenhaus häufig anzutreffende Muster des Sprechens *über* den statt *mit* dem Patienten fallen und somit den Patienten ausschließen (vgl. auch Bliesener/Köhle 1986), sich aber sehr bemühen, das zu vermeiden. Neben dem Versuch, die Patienten in die Kommunikation einzubeziehen, existieren also weiterhin traditionelle Muster der Visiten-Kommunikation. Das ist besonders dann der Fall, wenn medizinische Probleme dominieren.

An der Visite nehmen außer den Ärzten die Stationschwester und manchmal eine weitere Pflegekraft teil. Sie tragen Informationen aus der Sicht der Pflege bei. Der *Kooperation mit der Pflege* wird von den Ärzten hoher Stellenwert eingeräumt. Daß ihr Kontakt zu den Patienten intensiver ist als der Ärzte, sie in der Lage sind, eine engere Beziehung zu den Patienten aufzubauen und sie folglich vieles erfahren, was die Ärzte wissen sollten, wird offen zugestanden.

»Der engste Kontakt ist oft zum Pflegepersonal da, die sicher auch die meiste Zeit mit den Patienten zusammen sind und wo auch viele Patienten, die am Anfang sehr zurückhalten sind, nach und nach auftauen.« (AK 4, 17/30-35)

Vor allem Aspekte der psychischen und sozialen Situation, Sorgen und Ängste der Patienten sind den Pflegekräften nach Ansicht der Ärzte eher zugänglich als ihnen. Da sie diese Informationen benötigen, um eine adäquate Behandlung und Organisation der Versorgung gewährleisten zu können, wird dem Austausch mit der Pflege große Bedeutung beigemessen und ihren Informationen mehr Aufmerksamkeit geschenkt als sonst im Krankenhaus üblich.

Für die Ärzte hat die tägliche Visite zudem die Funktion, sich einen Überblick über die *Versorgung des Patienten* zu verschaffen. Die Übernahme der Verantwortung für die Konzipierung und Organisation der nach dem Krankenhausaufenthalt notwendigen Versorgung ist bei Krankenhausärzten keineswegs selbstverständlich. Im Krankenhaus werden solche Aufgaben im Gegenteil häufig mit »wohlwollendem Desinteresse« (Bollinger/Hohl 1981) bedacht oder an den Sozialdienst delegiert. Tendenziell anders dagegen auf den Aids-Stationen:

»Ich denke, vom Gesamtkonzept her ist es ganz wichtig, daß einer das System überschaut und guckt, was mit dem Patienten passiert . . . Ich überlege zumindest bei der Visite: Ist der Patient medizinisch gut versorgt, sind die Sozialprobleme versorgt, kommt die Psychologin auch? Ist also all das organisiert, damit wir dann irgendwann sagen können, daß der Patient gut versorgt nach Hause gehen kann.« (AK 4, 17/39-53)

Abgesehen von der Visite wird die Versorgungsorganisation allerdings auch im AVK - wie wir gezeigt haben - weitgehend anderen Berufen überlassen: dem Sozialdienst, der Stationschwester und den Psychologen (vgl. Kapitel 3.3).

Angehörige, die zum Zeitpunkt der Visite anwesend sind, dürfen - im Gegensatz zur sonst üblichen Praxis - im Zimmer bleiben und können am Visitengespräch teilnehmen. Ebenso werden Angehörige - intensiver, als es sonst im Krankenhaus üblich ist - über den Zustand und die Prognose des Patienten aufgeklärt. Dabei wird die Entscheidung des Patienten, wer als nächster Angehöriger zu betrachten ist, respektiert, was ebenfalls ein Novum ist, da dessen Status oft rechtlich nicht abgesichert ist. Generell befürworten die Ärzte eine stärkere Einbeziehung der Angehörigen als sie sonst im Krankenhaus üblich ist und bemühen sich, wenn möglich für die Angehörigen verfügbar zu sein. Für die Angehörigen ist besonders günstig, daß auf den beiden Aids-Stationen ein Arzt bis 21 Uhr Dienst hat, so daß auch dann, wenn die meisten Angehörigen und Freunde Zeit für Besuche haben, ein Mediziner ansprechbar ist. Eine reguläre *Angehörigensprechstunde* ist allerdings *nicht* eingerichtet worden, so daß für die Angehörigen hier wie überall im Krankenhaus die Schwierigkeit besteht, den behandelnden Arzt ausfindig zu machen. Häufig ist er nicht greifbar oder nicht abkömmlich, und nicht selten verläuft auch im AVK die Suche nach ihm im Sande.

3.4.2.3 Die Arzt-Patienten-Interaktion

»Heute ist diese Erkrankung durch die verschiedensten Medikamente behandelbar geworden . . . Das heißt, wir sehen eine stärkere Medizinalisierung der Erkrankung als früher. . . . Die Gewichte haben sich verschoben, am Anfang der Erkrankung war ein Schwergewicht (der Behandlung) im Bereich der psychosozialen Versorgung.« (A 13, 4/61-5/18)

Viele Krankheitsbilder bei Aids sind zwar nicht heilbar, aber doch behandelbar geworden, und das bestimmt heute die Interaktion zwischen Arzt und Patient. Zahlreiche Veränderungen in der Aids-Krankenversorgung beruhen jedoch darauf, daß in der Anfangszeit bei Aids medizinisch buchstäblich nichts zu machen war. Diese Situation - so unsere These - motivierte die heute vorfindbaren Innovationen. Diese Entwicklung möchten wir zunächst beschreiben, bevor wir die sich durch die vermehrte Behandelbarkeit von Aids vollziehenden Veränderungen aufzeigen.

Zu Beginn, als noch keine Therapiemöglichkeiten bei Aids existierten, stand im AVK die Konzipierung neuer *Formen der Betreuung* im Mittelpunkt der ärztlichen Bemühungen. Im Zuge dieser Entwicklung veränderte sich auch die Arzt-Patienten-Beziehung. Aus eigener Sicht nehmen die Ärzte bei Aids-Patienten wesentlich mehr die Rolle eines »Betreuers« (AK 4, 7/8-9) und Begleiters ein, beschäftigen sich z. B. mehr als sonst im Krankenhausalltag mit Problemen der Krankheitsverarbeitung, der Angst vor Stigmatisierungen, mit beruflichen und sozialen Problemen oder Partnerschaftsproblemen. Auch befürworten sie, daß die Patienten mit ihren Ansprüchen und Ablehnungen, wie zuvor beschrieben, den Arbeitsablauf auf der Station in Frage stellen und unterstützen deren Forderung nach höherer Lebensqualität im Krankenhaus.

Anders ist auch ihr Verhalten im Hinblick auf die Gestaltung der *medizinischen Behandlung*. Bewußt unternehmen die Ärzte den Versuch, Transparenz herzustellen, z. B. den Patienten über seine Situation aufzuklären, offen Vor- und Nachteile bzw. Folgeerscheinungen von Behandlungen zu besprechen, Therapiealternativen zu erörtern und Entscheidungen *mit* dem Patienten (nicht stellvertretend *für* ihn) zu fällen, womit sie gewissermaßen einen Teil ihrer ärztlichen Autorität zur Disposition stellen. Sie reagieren damit auf die Forderung der Patienten, nicht Behandlungs»objekt«, sondern deren Subjekt zu sein.

Die Interaktion zwischen Ärzten und Patienten ist insgesamt durch eine eigentümliche *Zurückhaltung* beider geprägt: Auf seiten der Ärzte ist vermehrt *zurückhaltende Umsicht*, auf seiten der Patienten eine (ver)zagende *Erwartung* zu finden. Die Ärzte sagen öfter als üblich »ich weiß es nicht, was es ist« (AK 4, 10/39), und die Patienten schwanken zwischen Hoffnung und Resignation und zuweilen auch Aggression gegenüber der Medizin. Unserer Beobachtung nach gibt es bei den Gesprächen zwischen Ärzten und Patienten häufiger Momente des Schweigens auf beiden Seiten, die von den Ärzten auch ausgehalten werden - ein ansonsten eher selten anzutreffendes Verhalten von Krankenhausärzten.

Gleichzeitig sehen sich die Ärzte bei Aids-Kranken mehr als bei anderen Patienten in ihrer Rolle als Mediziner gefragt. Denn auch bei Aids hoffen die Patienten zwar nicht unbedingt auf Heilung, so aber doch auf Lebensverlängerung durch die Medizin. Ihre Erwartungen liegen also keineswegs konträr zur Medizin. Zweifel beziehen sich nicht auf die Medizin - die im Gegenteil für sie eine der wichtigsten Hoffnungsquellen darstellt -,

sondern höchstens auf die Kompetenz des einzelnen Arztes. Die Ansprüche und Erwartungen der Patienten sind auf doppelte - und scheinbar paradoxe - Weise von der Schwere und der Letalität der Krankheit Aids geprägt. Viele Patienten wollen, weil es um nichts weniger als ihr Leben geht, autonom über ihre verbleibende Lebenszeit und die Behandlung der Krankheit entscheiden, und haben oft entsprechendes Expertentum ausgebildet. Daraus jedoch schließen zu wollen, das Wort des Arztes gelte weniger, wäre ein Irrtum, denn gerade weil die Krankheit lebensbedrohlich ist, stellt die Autorität des Arztes für die Patienten auch die einzige Hoffnungsquelle dar:

»Es wird sicherlich immer dann auch eine gewisse Autorität von uns erwartet - bei den Schwerstkranken wie bei den leichter kranken Patienten.« (AK 4, 10/33-36)

Eines der zentralen Probleme besteht für die Ärzte darin, daß sie sich bei Aids nicht so eindeutig verhalten können wie bei anderen Krankheiten, denn dafür fehlt es an der erforderlichen Gewißheit und an Therapiemöglichkeiten. Diese Situation hat sich in den letzten Jahren geändert. Es gibt immer mehr Infektionen, die vorderhand beherrschbar geworden sind, aber das Maß an Unsicherheit und Unklarheit ist immer noch wesentlich größer als bei anderen Erkrankungen. So ist es nicht verwunderlich, daß die Ärzte nicht das Gefühl haben, in ihrer Autorität ungerechtfertigt beschnitten zu werden, wenn Patienten in Entscheidungen einbezogen werden wollen:

»Also ich glaube, daß man durchaus weniger Autoritätsprobleme hat, weil man sich selber der ganzen Sache auch nicht so sicher ist.« (AK 4, 11/ 50-54)

Die Forderung der Patienten nach Transparenz stellt für die Ärzte vielmehr eine *Entlastung* dar. Weil ihre Handlungsmöglichkeiten weniger eindeutig sind, ist die Entscheidungsfindung komplizierter und sind Entscheidungen schwerer begründbar. Wird der Patient einbezogen und entscheidet selbst, entlastet er den Arzt partiell von der Legitimation seines Handelns.

Das veränderte Patientenverhalten stößt bei Aids also auf ein günstiges Bedingungsgefüge seitens der Medizin. Ähnlich ist die Situation im Hinblick auf die Expertisierung der Patienten. Denn auch diese ist nicht durch Mißtrauen und Zweifel an der Medizin motiviert. Vielmehr dient die Ausbildung eigenen Expertentums der Suche nach einer optimalen Behandlung:

»Sie werden konfrontiert mit neuen wissenschaftlichen Informationen, die Sie noch gar nicht gelesen haben, weil Sie keine Zeit haben. Ich bin gerade dabei, meine Zeitschriften vom Januar zu lesen, da kommt schon ein Patient mit einer Zeitschrift aus dem Februar an.« (AK 5, 14/34-40)

Aufgrund dieser Korrespondenz ist es im Aids-Bereich zwar zu einer Veränderung der Arzt-Patienten-Interaktion gekommen, doch hat diese nicht den Charakter eines substantiellen Wandels. Es hat eine größere Öffnung seitens der Ärzte gegenüber den Bedürfnissen der Patienten und insbesondere ihrer Forderung nach Demokratisierung der professionellen Expertise gegeben, wobei diese Öffnung, wie wir zeigten, sich für das ärztliche Handeln selbst als funktional erwies.

Seit es in den letzten Jahren erste spürbare Behandlungserfolge gegeben hat, steigen die Erwartungen der Patienten an die Medizin, und parallel dazu rückt der Wunsch nach »Betreuung« und psychischer Unterstützung durch den Arzt tendenziell in den Hintergrund. Mehr als zuvor ist er seither in seinem medizinischen Expertentum gefragt:

»Im Vordergrund steht für die Patienten die *medizinische* Behandlung, die wollen gesund werden. Wichtig sind die Ärzte. Das ist das A und O.« (P 1, 21/14-17)

Mit dieser Prioritätenverlagerung zeichnet sich auch eine Relativierung der veränderten Interaktion zwischen Arzt und Patient ab. Je weiter die Entwicklung von Behandlungskonzepten fortschreitet und vor allem je mehr die Ärzte Handlungssicherheit gewinnen, desto mehr können herkömmliche Interaktionspraktiken zur Anwendung kommen. Infolgedessen wird sich vermutlich auch die Einbeziehung der Patienten in Entscheidungsprozesse alsbald relativieren. Das ist vor allem bei jenen Krankenhausärzten zu erwarten, die die Veränderung der Interaktionsmodi nicht miterlebt und nicht habitualisiert haben.

Mit den zunehmenden Behandlungsmöglichkeiten wird sich also voraussichtlich eine »Normalisierung« des Geschehens vollziehen, im Zuge derer die Ärzte vermehrt zu klassischen medizinischen Aufgaben zurückkehren und ihre anfänglichen Innovationsanstrengungen relativiert werden. Für die Aids behandelnden Ärzte stellt die wieder in den Vordergrund rückende »Identität des Internisten« (A 13, 5/ 23) allerdings keine bruchlose Rückkehr zur rein naturwissenschaftlichen klinischen Medizin dar. Vielmehr bleibt für sie die Frage nach der »Lebensqualität« (AK 4, 11/ 40; A 13, 5/4) von Aids-Patienten auch bei den zunehmenden Möglichkeiten medizinischer Behandlung eine wichtige Orientierung ihres Handelns. Dieses gilt um so mehr, als die Kehrseite der Behandlungserfolge darin besteht, daß sie immer mehr mit schwerstkranken Patienten konfrontiert sind, deren Behandlung »medizinisch komplexere Probleme« (AK 4, 20/34-35) aufwirft, die heute noch nicht gelöst sind und die neue soziale und psychische Konsequenzen nach sich ziehen.

Verbunden mit dieser Entwicklung machen sich bei den Ärzten der ersten Stunde gewisse *Ermüdungsanzeichen* bemerkbar. Mit der Gewöhnung an Aids, aber mehr noch mit der Gewöhnung daran, daß jeder Erfolg zugleich auch immer neue Herausforderungen provoziert und immer neuen Pioniergeist fordert, erodiert jenes »Charisma des Avantgardistischen«, das sie zunächst befähigte, schier unlösbar erscheinende Probleme zunehmend handhabbar zu machen:

»Also ich war früher wahrscheinlich auch euphorischer, was neue Untersuchungsergebnisse angeht . . . Und nach mehreren Jahren tritt, glaube ich, weniger Frustration ein als die Erkenntnis, daß einiges in dieser Krankheit eben doch begrenzt ist.« (AK 4, 12/18-24)

Zwar ist der anfängliche *Pioniergeist* noch zu finden. Er weist jedoch Unterschiede im Vergleich zum Beginn auf. Zum einen hat er sich zunehmend auf den Bereich der medizinischen Behandlung verlagert, weicht dort aber andererseits mehr und mehr der Erkenntnis, daß den eigenen Handlungsmöglichkeiten Grenzen gesetzt sind. Seither wird Aids als zwar partiell beherrschbare und behandelbare Krankheit gesehen, bei der Forschungs- und Behandlungserfolge jedoch in mühseliger Kleinarbeit erkämpft werden müssen und Frustrationen nicht ausbleiben. Die erzielten Erfolge stellen lediglich »kleine Mosaiksteinchen« dar und vermögen zunehmend weniger als Regenerationsquelle für die Ausbildung von Charisma zu fungieren. Nach und nach weicht der Pioniergeist einer - wie die Ärzte es empfinden - »realistischen« Erkenntnis der Möglichkeiten, doch auch der Grenzen ihres Handelns. Allerdings darf nicht verkannt werden, daß anderen Berufsgruppen, z. B. dem Pflegepersonal oder den Psychologen, selbst diese Möglichkeiten fehlen, so daß deren Motivation, sich für Aids-Patienten in besonderem Maße zu engagieren, erheblich stärker der Gefahr von Erosionen ausgesetzt ist.

3.4.3 Die Psychologen

Die Schaffung je einer Psychologenstelle für die Aids-Stationen stellt ein weiteres der innovativen Kernelemente des AVK-Konzeptes dar. Längst werden Psychologen für den Akutbereich der Krankenversorgung gefordert, sind dort aber nach wie vor nur selten anzutreffen. Auch in der Aids-Krankenversorgung wird die psychologische Begleitung fast immer konsiliarisch abgedeckt. Überall wird die Insuffizienz dieser Verfahrensweise gesehen, aber dennoch gibt es - z. B. im Gegensatz zu den USA - kaum Psychologenstellen in stationären aids-behandelnden Einrichtungen.

Die Psychologen auf den Aids-Stationen sollen, wie in der Beschreibung des AVK-Konzeptes (Kapitel 3.3.1) bereits dargestellt wurde, die psychische Betreuung und psychoso-

ziale Begleitung der Patienten sicherstellen, für Kriseninterventionen und Sterbebegleitung zur Verfügung stehen und somit die Ärzte gewissermaßen entlasten. Darüber hinaus besteht ihre Aufgabe in der Hilfestellung bei der biographischen *Neuorientierung* nach dem Erhalt eines positiven Testergebnis oder der Diagnose Aids. Beide Mitteilungen machen Umstellungen der gesamten Lebensplanung erforderlich. Solche Neustrukturierungen der eigenen Biographie zu leisten, überfordert die Patienten in der Regel (Fischer-Rosenthal 1982, 1987). Außerdem sollen die Psychologen bei sexuellen Problemen, bei Partnerschafts- oder familiären Konflikten und generell bei der Bewältigung von Angst, sei es vor medizinischen Eingriffen oder in der Sterbephase, Unterstützung leisten.

»Man braucht einfach einen Psychologen, der sich mit Problemen der Sterbebegleitung auskennt, jemand der bei Suizidgefahr von Patienten nachts kommt.« (AK 4, 14/1-4)

Ein sich erst im Laufe der Zeit herauskristallisierende Aufgabe stellt die *Angehörigenarbeit* dar. Sie besteht in der Begleitung der Angehörigen, ihrer sozialen Unterstützung zur Vermeidung von Überforderungen bei der Betreuung des Kranken und in der Hilfestellung bei der Verarbeitung des Verlustes des Angehörigen. Oft entwickeln sich aus der antizipierten Trauer von Angehörigen schwierige und spannungsvolle Verhältnisse zwischen Angehörigen und Patienten. So gelingt es manchen Angehörigen nicht, ihre Hilflosigkeit angesichts des Sterbens ihres Partners oder Sohnes zu ertragen. Oft kompensieren sie diese Hilflosigkeit durch eine den Patienten förmlich erstickende Überbetreuung. Gespräche der Angehörigen mit den Psychologen haben hier entlastende Wirkung und korrigierende Funktion. Aus Sicht der Psychologen muß diese »Trauerarbeit« (P 1, 30/5) mit den Angehörigen auch nach dem Tode des Patienten fortgesetzt werden und wird als unerläßlicher Bestandteil ihrer Arbeit angesehen.

Ein weiteres Aufgabenfeld der Psychologen besteht in der *Beteiligung an der Vorbereitung der Entlassung*. Sie sind an der Bestimmung des Zeitpunkts der Entlassung und der Konzipierung der Versorgung beteiligt. Viele Patienten haben Schwierigkeiten, professionelle Hilfe in ihrer häuslichen Umgebung zu akzeptieren. Diese Akzeptanz zu fördern, sehen die Psychologen als wichtige Aufgabe an, ebenso wie dafür Sorge zu tragen, daß die Nachsorge patientengerecht gestaltet wird, da erst so ein möglichst hohes Maß an (Rest-)Autonomie des Patienten sichergestellt werden kann.

Bereits diese Auflistung macht deutlich, daß das Aufgabenspektrum der Psychologen sehr umfassend ist. Schwieriger noch aber scheint uns zu sein, daß es sich bei den mei-

sten Aufgaben um *begleitende* und nur ausnahmsweise um *intervenierende* Aufgaben handelt. Begleitung aber bedarf einer anderen Vorgehensweise, als auf Interventionen ausgerichtete Konzepte vorsehen. Die Krankenhauspsychologen müssen daher sowohl was die Schaffung ihres Arbeitsfeldes anbetrifft als auch bei der Konzipierung ihres alltäglichen Berufshandelns Neuland betreten.

Ein nicht minder großes Problem sehen wir darin, daß sie ihre Tätigkeit in einem Rahmen durchführen, der durch eine andere Profession - die Medizin - definiert und strukturiert ist.¹³ Wir haben bereits mehrfach darauf verwiesen, daß auch auf den Aids-Stationen das Geschehen durch akutmedizinische Problematiken determiniert und um das Handeln der Mediziner zentriert ist. Diese Tatsache beeinflußt auch die Kooperation, die trotz aller Teamworkansprüche mit der im Krankenhaus üblichen Hierarchie der Berufe in Übereinstimmung steht.

Im Alltag erwachsen daraus für die Psychologen zahlreiche Probleme, so z. B. die Schwierigkeit, eine adäquate *Eröffnungsmöglichkeit* für psychologisches Handeln zu finden bzw. diese so zu organisieren, daß von den Klienten eigenständig handelnd eine Hilfebeziehung mit ihnen aufgenommen werden kann. Denn wollen sie autonomiefördernd arbeiten, ist die Freiwilligkeit der Kontaktaufnahme und der Behandlung für die Arbeit der Psychologen konstitutiv. Oft aber schicken die Ärzte die Psychologen zu Patienten, weil sie meinen, der Patient brauche Hilfe. Häufig treffen die Psychologen dann auf überraschte und keineswegs von der Notwendigkeit psychologischer Hilfe überzeugte Patienten. Denn die Patienten haben - wie zuvor betont - vorwiegend Interesse an der Bewältigung ihrer körperlichen Beschwerden und wollen im Krankenhaus von psychischer Hilfe oft nichts wissen oder halten sie erst für sinnvoll, wenn sie ihr dringlichstes Problem, ihre akute Erkrankung, überwunden haben. Die Psychologen sehen sich dann gezwungen, den Patienten ihr Unvermögen und ihre Hilfebedürftigkeit vor Augen führen zu müssen, um tätig werden zu können. Oder sie müssen unverrichteter Dinge wieder gehen, weil der Patient keine Behandlung wünscht, was von ihnen prinzipiell akzeptiert wird (Einberger-Spiegel u. a. 1992). Darüber aber sind wiederum die Ärzte frustriert, da sie ihre Erwartung, ein Betreuungsproblem delegieren zu können, enttäuscht sehen. Im Alltag geraten die Psychologen also oft in ein mißliches Beziehungsdilemma, können die für ihr Handeln erforderlichen Bedingungen nicht herstellen, geraten deshalb unter Umständen sowohl mit den Ärzten wie mit den Patienten als auch

¹³ So gesehen ist ihre Situation vergleichbar mit der der Sozialarbeiter (vgl. Kapitel 3.5).

mit sich selbst in Konflikt und werden zuweilen zum »Sündenbock« allseits enttäuschter Erwartungen.

Um diesem Dilemma so weit als möglich zu entgehen, nehmen die Psychologen bisweilen an der ärztlichen Visite teil. Doch auch dabei geht es vorwiegend um medizinische Probleme, so daß den Psychologen nur die Möglichkeit bleibt, den Patienten am Ende der Visite das Gespräch mit ihnen anzubieten. Es bleibt dann der Initiative der Patienten überlassen, auf dieses Angebot zurückzukommen. Wir möchten betonen, daß beiden Arten der Kontaktaufnahme gemeinsam ist, daß der Rahmen medizinisch determiniert ist und nicht den Anforderungen ihrer Tätigkeit entspricht.

Aus der Sicht der Psychologen ist der Bedarf an psychosozialer Unterstützung sehr hoch, da neben der tödlichen Bedrohung durch die Krankheit »auch die sozialen Beziehungen traumatisiert werden« (P 1, 12/25-26). Gemeint ist damit, daß im Gegensatz zu Krebspatienten, deren Familien oft enger an den Kranken heranrücken, bei Aids-Patienten die Gefahr besteht, daß Familien und Freunde den Kranken alleinlassen, weil bei ihnen selbst Vorbehalte bestehen oder sie Angst vor Stigmatisierungen und vor »sozialer Infektion« haben. Dennoch werden die Psychologen nur »mehr oder weniger« (P 1, 8/19-20) in Anspruch genommen. Viele Patienten reagieren - wie bereits betont - zunächst einmal ablehnend, da sie sich als *körperlich* und nicht als *psychisch* krank empfinden. Einer der Problembereiche, der oft an sie herangetragen wird, ist die Verarbeitung eines durch Aids erzwungenen »coming out« als Homosexueller. Häufig haben Patienten ihre Homo- oder Bisexualität bis dahin vor sich und ihrer Umwelt verheimlicht. Das dadurch erzwungene Doppelleben wird mit dem Ausbruch der Krankheit in Frage gestellt. Sie stehen vor der Wahl, sich nunmehr entweder als schwul oder bisexuell definieren zu müssen oder das bisherige Lebensmuster aufrechtzuerhalten. Die erste Möglichkeit verlangt eine Umorganisation der sozialen Beziehungen, die zweite die Entwicklung von komplizierteren Strukturen zur Beibehaltung des Lebensmusters. Bei beiden Entscheidungen bedürfen die Patienten der Hilfe von außen, da sie diese Probleme in einer Situation, die durch Krankheit und Lebensbedrohung gekennzeichnet ist, überfordern.

Exemplarisch kann an diesem Problem die Vorgehensweise der Psychologen dargelegt werden:

»Es ist nicht eine psychotherapeutischen Unterstützung im klassischen Sinn, daß man jetzt bestimmte Konflikte aufarbeitet, sondern - und das hat die Natur des Problems so in sich - wir können nur stützend und begleitend sein.«
(P 1, 8/20-25)

Begleitung und Unterstützung bedeutet für sie, die Befähigung zur autonomen Lebenspraxis zu fördern und nicht auf die Behandlung von Störungen abzuheben:

»Da fängt man natürlich nicht an und holt die ganze psychosexuelle Entwicklung nach.« (P 1, 11/20-22)

Ihr Vorgehen ist also *nicht aufarbeitend* bzw. aufdeckend, sondern auf Bewältigung und Autonomieerhalt ausgerichtet, bis hin dazu, »daß Verleugnung [von Aids] unterstützt wird« (P 8, 8/26).

Als wichtig sehen sie an, daß der Patient lernt, mit seinem Kranksein zu leben (wie auch immer der Patient seine Krankheit definiert) und Handlungsperspektiven für die noch verbleibende Lebenszeit zu entwickeln. Oft treten dabei Fragen der Versorgung in den Vordergrund: Wie kann die Wohn- und Lebenssituation so gestaltet werden, daß der Patient einerseits mit möglichst wenig fremder Hilfe zurecht kommt, andererseits aber der völligen Verdrängung des Krankseins und der absehbaren Angewiesenheit auf Fremdhilfe entgegengearbeitet wird.

Fremde Hilfe wird von den Patienten häufig abgelehnt. Allein das Eingeständnis der eigenen Hilflosigkeit ist für die meisten Patienten nicht zuletzt aufgrund ihres jungen Alters schwer zu ertragen. Bei homosexuellen Patienten kommt hinzu, daß sie in ihrer Unabhängigkeit auch einen Schutz vor möglichen Diskriminierungen sehen. Außerdem stellt die Anwesenheit einer fremden Person in der eigenen Wohnung einen nur schlecht zu akzeptierenden Eingriff in die Intimität und Privatheit dar. Im Falle von Aids kommt erschwerend hinzu, daß die Notwendigkeit häuslicher Versorgung ein Zeichen für den näherrückenden Tod ist.

Die Abwehr gegen Fremdhilfe aber hat negative Folgen für die Versorgungssituation der Patienten. Plötzlich sind sie dann zwingend auf Fremdhilfe angewiesen, ohne sich mit dem Gedanken daran und den Konsequenzen, die daraus erwachsen, vertraut gemacht zu haben. Deshalb verwenden die Psychologen viel Zeit und Energie darauf, den Patienten Fremdhilfe »schmackhaft zu machen«. Dabei müssen sie eine Gratwanderung zwischen der Akzeptanz von Verleugnungen und dem Insistieren auf dem notwendigen Maß an Versorgung vollziehen. Meist knüpfen sie dazu an der Akzeptanz medizinischer Behandlung an. So ist ein versorgungsbedürftiger Patient oft eher bereit, die Notwendigkeit einer täglichen ambulanten Infusion zu akzeptieren, als die Mitteilung, er sei nun mehr oder weniger ein »Hilfebedürftiger« oder gar ein »Pflegefall«. Mit der Infusion kann dann auch das notwendige Maß an Pflege und Betreuung verknüpft werden.

Eine andere, überaus schwierige Überzeugungsaufgabe steht für die Psychologen an, soll ein Patient in die *Abteilung für chronisch Kranke* des AVK verlegt werden, in der es einige Betten für Aids-Patienten gibt. Bei den Patienten löst der Begriff »Chronikerstation« sehr schnell die Assoziation »Endstation« aus. Für manche Patienten, bei denen alle Behandlungsmöglichkeiten erschöpft sind, besteht in der Verlegung auf diese Station jedoch die einzige Möglichkeit, eine massive Unterversorgung im Falle einer Entlassung zu vermeiden, so wenn in der häuslichen Umgebung keine ausreichende Betreuung gewährleistet werden kann. Und das trifft bei Aids-Patienten trotz des allgemein als gut und hilfreich charakterisierten sozialen Netzes oft genug zu, weil dessen Unterstützungspotential bei bestimmten Krankheitsbildern, z. B. bei den zunehmenden Demenzen, überfordert ist. Die Psychologen besprechen diese Situation mit den Patienten, führen mit ihnen gemeinsam einen Besuch in der Abteilung für chronisch Kranke durch und versuchen, die Umstellung auf die neue Lebenssituation zu begleiten.

Die Beteiligung an der Entlassungsvorbereitung wird als wichtige Aufgabe angesehen. Aus Sicht der Psychologen ist es notwendig, daß für die Zeit nach dem stationären Aufenthalt »eine Anschlußbetreuung organisiert« (P 8, 42/25) wird, und zwar eine, die auf die individuelle Problematik des Falls zugeschnitten sein muß. Ihrer Ansicht nach ist der Sozialdienst damit überfordert. Seine Aufgabe sollte in der *Organisierung* der Versorgung bestehen, ihre hingegen in der *Konzeptualisierung*. Denn dabei müssen die Individualität des Patienten, das Verhältnis zu seiner Krankheit und seiner Sexualität, seine Partnerschaftssituation, seine Verdrängungsmechanismen und seine Bewältigungsstrategien berücksichtigt werden, und deren Beurteilung fällt ihrem Verständnis zufolge in ihr Aufgabenfeld. Sie sehen darin durchaus »klassische Bereiche für klinische Psychologen« (P 8, 42/31-32). Daß das für die Kooperation mit dem Sozialdienst und die Organisation nachfolgender Versorgungsmaßnahmen nicht unproblematisch ist, haben wir bereits gezeigt (vgl. Kapitel 3.5).

Mit Einzug der *Drogenpatienten* sind im Stationsalltag zahlreiche Probleme entstanden (vgl. Kapitel 3.4). Auch in diesem Bereich engagieren sich die Psychologen. Sie haben ein Konzept entwickelt, um diese überall als schwierig geltende Patientengruppe in das Stationsgeschehen integrieren zu können. Dabei wurde - entgegen der sonst für das Schöneberger Modell charakteristischen Patientenorientierung - ein restriktives Vorgehen beschlossen, demzufolge drogenabhängige Patienten isoliert werden, um Selbstgefährdungen durch zusätzlichen Drogengebrauch und Rückfallgefährdung zu reduzieren.

»Wir haben ein Konzept entwickelt, welchen Besuch diese Patienten haben können oder nicht, wie man mit ihnen umgehen kann und soll. Das loten wir dann individuell bei den Patienten aus und schreiben das dann auch auf das Krankenblatt.« (P 1, 28/24-28)

Wesentlich ist, daß es den drogenabhängigen Patienten nicht überlassen bleibt, ob sie diese Maßnahmen über sich ergehen lassen, sondern daß diese verpflichtender Bestandteil der stationären Versorgung sind. Die Ärzte zögerten zunächst, ihr Einverständnis dazu zu geben, da solche Einschränkungen von Patienten im Krankenhaus unüblich sind und schon gar nicht mit den Zielen des AVK-Betreuungskonzepts in Übereinstimmung stehen.

Auf der anderen Seite kommt ihnen das Engagement der Psychologen bei dieser Patientengruppe entgegen, denn Drogenabhängige werden von ihnen als »Riesenproblem« (AK 2, 18/24) empfunden. Das gilt auch im Hinblick auf die Entlassung. Ein drogenabhängiger Patient stellt immer auch ein »Versorgungsproblem« (AK 4, 33/21) für die Ärzte dar. Häufig sind die Patienten wohnungslos, und fast immer befinden sie sich in sozialen Notlagen: bestehen Schulden, sind die Patienten arbeitslos, haben kaum Angehörige oder ein soziales Netz, das unterstützend wäre. Das soziale Netz, über das sie verfügen, gehört meist zur Drogenszene und erweist sich in der Regel als kontraproduktiv. Die Regulation dieser Probleme delegieren die Ärzte weitgehend an die Psychologen. So hat sich auch im AVK - ebenso so wie wir es bei den niedergelassenen Ärzten finden konnten (vgl. Kapitel 2) - tendenziell eine Teilung der Behandlung von drogenabhängigen Aids-Patienten etabliert: Die Ärzte behandeln die Aids-Erkrankung, die Psychologen kümmern sich um die Integration der Drogenabhängigen in das Stationsgeschehen, um die Vermittlung in das Methadonprogramm, die Vermittlung von Therapieplätzen für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt etc.

Dieser nur skizzenhafte Einblick dürfte bereits deutlich gemacht haben, daß die Psychologen auf den Aids-Stationen ein sehr breites Arbeitsfeld haben. Doch weniger das empfinden sie als problematisch als vielmehr die Definition ihres Selbst und Berufsverständnisses:

»Mein Problem ist sozusagen die Identitätsfrage, was mache ich hier eigentlich, was will ich hier?« (P 1, 22/10-11)

Die Tatsache, daß sie (a) ein neues berufliches Aufgabenfeld im Akutkrankenhaus repräsentieren und dazu (b) neue berufliche Handlungskonzepte entwickeln müssen, bleibt nicht ohne Folgen auf das Verhältnis zu den Patienten und - vor allem: zu den anderen Berufsgruppen:

»Aber es gibt nicht nur die Schwierigkeit den Patienten gegenüber, sondern das ist natürlich auch im Team schwierig. Es kommt nicht von ungefähr, wenn die Ärzte nicht so richtig mitkriegen, was wir machen. Wir haben ja wirklich nur das Wort, das ist unser Mittel . . . Wir geben ja keine Spritzen und sonstwas.« (P 1, 13/32-42)

Die Ärzte begrüßen zwar den Einzug von Psychologen in das Akutkrankenhaus, aber dennoch bleibt den meisten Ärzten die Kontur der Aufgaben und des Berufs- und Selbstverständnisses unklar. Gleichzeitig stoßen die Psychologen auf Resistenz bei dem Bemühen, sich den Ärzten verständlich zu machen. Immer wieder müssen sie aktiv werden, um Gehör zu finden, und oft müssen sie »den Arzt an die Hand nehmen« (P 1, 24/36) und mit ihm zu den Patienten gehen, um ein gemeinsames Gespräch durchzusetzen. Daß sie überhaupt relativ gut integriert sind, beruht vor allem auf dem Interesse des Chefarztes der Abteilung:

»Das haben wir auch unserem Chef zu verdanken, . . . er hat da schon einen großen Einfluß, daß das relativ reibungslos und irgendwie gleichberechtigt läuft.« (P 8, 25/25-30)

Er hat beispielsweise das »Mitspracherecht« (P 8, 22/42) der Psychologen bei der Festsetzung der Entlassung unterstützt. Dieser Rückhalt ist jedoch nicht ausreichend, um Psychologen in die Entscheidungsprozesse im Stationsgeschehen zu integrieren. Sie laufen eher mit, weil sie »sowieso immer auf der Station« (AK 4, 19/40) sind. Hier werden wir erneut auf die Schwierigkeiten gestoßen, auf die wir bei der fehlenden Eröffnungsmöglichkeit für psychologisches Handeln hingewiesen haben: Die vorwiegend medizinisch determinierte Kooperation entspricht nicht den Anforderungen ihrer Tätigkeit.

Zusammenfassend betrachtet kann es nicht überraschen, daß die Psychologen mit zahlreichen Schwierigkeiten zu kämpfen haben, da sie eine neue Berufsgruppe im Krankenhaus darstellen und ein neues Aufgabengebiet erschließen. Eines der größten Probleme besteht unseres Erachtens nach im AVK darin, daß ihr Aufgabenfeld zu breit angelegt und zu wenig klar konturiert ist. Für andere Berufsgruppen ist deshalb nicht klar genug erkennbar, was Krankenhauspsychologen tun und wofür sie zuständig sind. Ein klareres Aufgabenprofil zu entwickeln, ist jedoch schwer, weil ihnen professionell nur wenig Hilfestellungen zur Verfügung stehen. So gibt es z. B. kaum hinreichend entwickelte Konzepte für die psychologische Arbeit mit Akut- und Schwerstkranken, ebensowenig dafür, wie das Dilemma des Handelns zwischen Begleitung und Therapie professionell gelöst werden könnte (Schaeffer 1992) oder die Schwierigkeiten des Handelns unter den fremdbestimmten Rahmenbedingungen des Medizinbetriebes zu bewältigen sind.

Doch zeigte unsere Analyse, daß die Psychologen nicht einzig vor handlungsstrukturelle Probleme gestellt sind, sondern auch mit einer Reihe von *Implementationsproblemen* zu kämpfen haben. Diese werden durch persönliches Engagement des leitenden Arztes zu mildern versucht - eine Strategie, die zwar hilfreich ist, aber dem Charakter dieser Probleme nicht gerecht wird. Notwendig ist, die Psychologen besser in die Alltagsabläufe auf der Station zu integrieren, ihrer Sicht- und Arbeitsweise zu mehr Akzeptanz zu verhelfen und nicht zuletzt: an einer klaren Strukturierung ihres Aufgabengebietes mitzuwirken. Derzeit besteht die Gefahr, wie wir am Beispiel der Entlassungsvorbereitung gezeigt haben (vgl. Kapitel 3.5.3), daß die Psychologen in dem Bemühen, im Krankenhausalltag Fuß zu fassen, von anderen Berufen für sich als wichtig reklamierte Aufgaben übernehmen. Die Arbeit dieser Berufsgruppen wird damit um sinnvolle und von ihnen selbst als wichtig erachtete Tätigkeiten entleert. Dadurch entstehen *Konkurrenzen* und können Abstoßungsreaktionen hervorgerufen werden, die nur schwer auszuräumen sind.

3.4.4 Die Pflege

Ursprünglich waren die heutigen »Aids-Stationen« *traditionelle Infektionsstationen* mit dem üblichen Arbeitsablauf. Seit der Behandlung von Aids-Patienten hat sich, wie wir zeigten, das Stationsgeschehen und so auch der Pflegedienst erheblich gewandelt. Der *Personalschlüssel* ist erhöht worden, es gibt jetzt 21,5 Planstellen für 32 Betten, und das kommt fast einer Verdoppelung gegenüber einer normalen Inneren Station gleich. Die bessere Personalausstattung ist in erster Linie mit dem erhöhten medizinischen Behandlungsbedarf begründet worden, der sich beispielsweise in der hohen Zahl von Infusionen und anderen Medikationen ausdrückt, die vom Pflegepersonal durchgeführt werden. Aber auch der pflegerische Betreuungsbedarf ist höher, als dies auf normalen Inneren Stationen der Fall ist.

- Es gibt schwerwiegende Formen *akuter Erkrankungen* mit schnell wechselnden Symptomen und Krankheitszuständen wie starken Schmerzen, Fieberschüben, Atemnot, Lähmungserscheinungen und Verschlechterung der Sehfähigkeit.
- Es kommt bei chirurgischen Eingriffen, radiologischen Bestrahlungen und der Chemotherapie als Folge der Behandlung zu *erheblichen Beschwerden*.
- Die Pflege von *schwerkranken* und *sterbenden* Aids-Patienten stellt hohe Anforderungen an die Pflegekräfte, da diese Patienten durch die Krankheit sehr oft ausgezehrt und abgemagert sind, kaum noch Nahrung zu sich nehmen können und bei den nötigen Lagerungsmaßnahmen häufig starke Schmerzen haben. Ist ein Sterbender ohne Angehörige, so wird Sterbebegleitung eine zeit- und damit personalintensive wie gleichermaßen belastende Aufgabe.

- Durch *neurologische* Erkrankungen kann es zu einer aids-spezifischen Demenz kommen, durch die die Patienten fast völlig pflegeabhängig werden, auch wenn es ihnen rein körperlich nicht so schlecht geht. Die Betreuung dementer Patienten ist zeitaufwendig und bedarf großen Einfühlungsvermögens.
- Bei den Patienten entstehen massive *Ängste* vor Tod und Sterben, erfahren sie die Diagnose Aids, aber auch bei jeder Verschlechterung. Diese Ängste führen zu Zuständen von Unruhe und Schlaflosigkeit.
- Die Krankenhausmitarbeiter werden mit ihnen *unbekannten sozialen Milieus* konfrontiert. Allen voran sind die Schwulen- und die Drogenszene zu nennen. Jede dieser Szenen besitzt eigene Gewohnheiten, Regeln, Werte und Besonderheiten des sozialen Umgangs, die sich nicht nur von der Lebenswelt der sogenannten Normalbevölkerung unterscheiden, sondern auch untereinander (Schwule/Fixer) divergieren. Das verlangt von den Krankenhausmitarbeitern ein hohes Maß an Akzeptanz, Flexibilität und sozialer Kompetenz.
- Im Verlauf der Aids-Erkrankung treten zahlreiche *soziale* und *psychische Probleme* auf. Diese reichen von Suizidgefahren oder Partnerschaftsproblemen bis zu Konflikten mit der Familie. Häufig erfahren beispielsweise Eltern homosexueller Patienten erst durch die Aids-Erkrankung von der Homosexualität ihres Sohnes und reagieren ablehnend. Auch die nicht seltene Verdrängung der Krankheit schafft Betreuungsprobleme.
- Als größer werdende Belastung kommt für die Mitarbeiter in den letzten Jahren hinzu, daß durch die Ausweitung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten fast nur noch schwer- und *schwerstkranke Patienten* auf den Stationen liegen. Erfolgserlebnisse wie die komplikationslose Ausheilung einer opportunistischen Infektion werden dadurch seltener. Die Patienten kommen in kürzeren Intervallen und in schlechterem Zustand zurück auf die Stationen, oft auch zum Sterben. Die Mitarbeiter kennen sie zum Teil schon seit Jahren und mußten ihren »sägeblattartig nach unten« (P 1, 3/13) verlaufenden körperlichen und oft auch geistigen Verfall miterleben.

3.4.4.1 Das Pflegeverständnis der Pflegedienstmitarbeiter

Zu Beginn der Arbeit mit Aids-Patienten gab es zunächst eine große Personalfluktu-
 tion. Viele neue Mitarbeiter kamen auf die Stationen, während einige Pflegekräfte, die Vorbehalte gegenüber der Arbeit mit Aids-Patienten hatten, die Stationen verließen. Ein Teil des Personals rekrutiert sich jedoch noch aus dem Stammpersonal. Diese Gruppe, zu der auch die Stationsleitungen gehören, hat sich mit viel Engagement für die Arbeit mit Aids-Kranken fortgebildet und von Beginn an das neue Konzept mitgetragen,

nicht ohne freilich ihr erlerntes und langjährig praktiziertes Pflegeverständnis einzubringen. Dies gilt auch für viele der Krankenschwestern, die neu auf die Stationen gekommen sind. Sie befürworten das Konzept des AVK, sind in ihren bisherigen Berufserfahrungen aber von einem herkömmlichen Pflegeverständnis geprägt, das ablauf- und betriebsorientiert ist. Sie kennen eine Pflegeausbildung und einen medizinorientierten Krankenhausalltag, die der Interaktion mit den Patienten wenig Aufmerksamkeit schenken. Folglich konzentriert sich der größte Teil des Pflegepersonals auf das Krankheitsgeschehen der Patienten mit seinem hohen Anteil an medizinischer und funktionsbezogener Pflegearbeit: Vorbereitung und Durchführung der zahllosen Infusionen, Wechseln der Verbände, Durchführung der Körperpflege bei den bettlägerigen Patienten, Verteilen der Mahlzeiten etc.

Ein neues Element im Verständnis von Pflege ist durch die *Krankenpfleger* auf die Stationen gebracht worden. Ihr Anteil ist mit ca. 30 % des gesamten Pflegepersonals doppelt so hoch wie im Durchschnitt der gesamten Berufsgruppe, in der 85 % der Pflegenden Frauen sind. Die meisten Pfleger der Aids-Stationen, aber nicht alle, sind homosexuell. Ihre Motivation rührt aus potentieller Selbstbetroffenheit. Sie leben offen schwul, viele haben Freunde oder ihren Lebenspartner durch Aids verloren und wollen durch ihr Handeln der erlebten Hilflosigkeit und Ohnmacht eine andere Welt entgegensetzen und eigene Trauer verarbeiten. Sie verstehen Pflege als den Versuch, den Kranken ein menschenwürdiges Leben mit Aids und ein ebensolches Sterben zu ermöglichen. Die Schaffung eines emotional positiven Umfeldes, in dem die Patienten sich so wohl wie möglich fühlen und eigene Wünsche und Vorstellungen auch im Krankenhaus realisieren können, steht dabei im Vordergrund. *Begleitung der Patienten* - auch in der Sterbephase - sehen die Pfleger als mindestens ebenso wichtige Aufgabe wie die funktionale Durchführung der pflegetechnischen Aufgaben.

Zur Illustration wollen wir hier exemplarisch die Geschichte eines Pflegers darstellen: Er begann seine Auseinandersetzung mit Aids als ehrenamtlicher Betreuer der Aids-Hilfe und behielt zunächst seinen Arbeitsplatz in einem anderen Bereich der Pflege. Als sein Freund krank wurde, pflegte er ihn mit Unterstützung von Freunden bis zum Tode, meist bei sich zu Hause. Nach dessen Tod unterbrach er seine berufliche Tätigkeit, wechselte dann die Arbeitsstelle und arbeitet seither auf einer der Aids-Stationen. Diese Entscheidung begründet er so:

»Wer soll unsere schwulen Freunde pflegen, wenn wir es nicht erst einmal selbst tun.« (PK 3, 12/4-6)

Obschon die motivationalen Voraussetzungen dieser Pfleger sich sehr von denen der Schwestern unterscheiden, bilden sie in der Frage der Patientenorientierung keine konträren Gruppen. Einige der Pfleger haben ein durchaus traditionelles Pflegeverständnis, und einige der Schwestern haben sich die Patientenorientierung der Pflege zu eigen gemacht. Grundsätzlich akzeptieren sich beide Gruppen. Die Pfleger wissen sehr genau, daß sie eine doppelte Minderheit in dieser Berufsgruppe darstellen - als Schwule und als Männer - und dementsprechend auf Zusammenarbeit angewiesen sind. Die Schwestern schätzen das hohe Engagement der Pfleger und glauben, daß sie durch die Zusammenarbeit mit ihnen viel über Lebenswelten lernen, die ihnen verschlossen sind. Darüber hinaus schätzen sie den offenen, emotionalen und persönlicheren Umgangston, der durch diese Pfleger auf die Station gebracht wurde.

Die Arbeit mit Aids-Patienten wird zwar als sehr *belastend* empfunden, so daß sich einige Pflegekräfte zwischenzeitlich immer wieder mit dem Gedanken tragen, die Stelle zu wechseln. Real geschieht das jedoch nicht häufiger als überall im Krankenhaus. Bezeichnend ist, daß einige der Pflegekräfte, die die Station verlassen haben, nach einer Weile wieder zurückkommen. Der Grund dafür wird von den Mitarbeitern darin gesehen, daß sie verglichen mit der allgemeinen Misere der Krankenpflege auf den Aids-Stationen durch den verbesserten Personalschlüssel und die größeren Handlungsspielräume bessere Arbeitsbedingungen haben, als sie sonst im Krankenhaus zu finden sind.

3.4.4.2 Die Organisation der Pflege

Der Frühdienst beginnt um 6 Uhr morgens. Auf den Rhythmus der Patienten wird Rücksicht genommen. Sie werden, wie oben erwähnt, selten vor 7 Uhr geweckt. Für das Pflegepersonal gilt hingegen nach wie vor die alte Krankenhausordnung. Sie beginnen zwei Stunden, bevor die Ärzte und die diagnostischen Abteilungen ihre Arbeit aufnehmen. Das heißt, die Pflege richtet ihre Arbeit nach den anderen Berufsgruppen im Krankenhaus aus. Von Pflegeorientierung kann bei der Organisation der Arbeit im Krankenhaus also nicht die Rede sein. Auch die Arbeitsbedingungen mit Dreischichtendienst sind dieselben wie überall. Die Belastung des Pflegepersonals und auch der Krankenstand sind entsprechend hoch.

Im normalen Frühdienst sind außer der Stationschwester vier bis fünf Pflegekräfte im Dienst. Im Spätdienst sind es vier und im Nachtdienst zwei Pflegekräfte. Die pflegerische Arbeit wird auf den Stationen in zwei Seiten aufgeteilt, so daß für je maximal 16 Patienten, davon ca. 10 HIV-Patienten, morgens jeweils drei Pflegekräfte zuständig sind.

Innerhalb dieser Pflegegruppen wird die Pflege in der Regel nach dem *traditionellen Funktionspflegesystem* (auch «Runden-Pflege» genannt) durchgeführt. Das heißt, die Pflege wird in einzelne Tätigkeiten zerteilt, die der Reihe nach bei allen Patienten erledigt werden (Betten machen, waschen, Frühstück austeilen, Medikamente verabreichen etc.). Auf diese Weise ist keine Pflegekraft für einen bestimmten Patienten oder eine Gruppe von Patienten verantwortlich, sondern nur für die ihr übertragenen Aufgaben. Die einzelnen Pflegekräfte haben dabei weder Überblick über die Arbeit der Station noch über die gesamte Betreuung eines einzelnen Patienten. Die Koordination aller anfallenden Arbeiten obliegt der Stationschwester. Sie ist Mittelpunkt der Kommunikation zwischen Pflegepersonal, Ärzten und anderen Berufsgruppen. Sie nimmt an der ärztlichen Visite teil, gibt die ärztlichen Informationen und Anordnungen weiter und kontrolliert deren Durchführung.

Eine Alternative wäre angesichts des für die hiesige stationäre Versorgung günstigen Personalschlüssels die Einführung des *Bezugspflegesystems*, bei dem eine Schwester oder ein Pfleger für eine bestimmte Anzahl von Patienten primär verantwortlich und für diese Patienten auch der Hauptansprechpartner wäre. Ein weiteres notwendiges Element patientenorientierter Pflege ist eine gezielte Planung der individuellen Pflege jedes Patienten. Eine solche Planung ist nur auf der Basis von formulierten Pflegezielen möglich, die lediglich auf der Grundlage eines theoretischen Ansatzes oder Pflegemodells erarbeitet werden können. Für die Pflege von Aids-Kranken kommen beispielsweise Grundbedürfnis-, Interaktions- oder Selbstfürsorge-Ansätze in Frage (Moers 1990).

Eine Minderheit der Pflegekräfte hält die Einführung der Bezugspflege für notwendig, da sie für eine konsequente psychosoziale Begleitung vorteilhaft wäre. Die Mehrheit ist mit der jetzigen Organisation der Pflege zufrieden, weil diese ihnen die Möglichkeit läßt, sich auf funktionale Tätigkeiten zurückzuziehen. Die ständige Nähe zu den Patienten und die Offenheit für Gespräche wird von ihnen als belastend empfunden. Das bedeutet aber nicht, daß Nähe und Gespräche vermieden werden. Nach interner Absprache kümmern sich einzelne Pflegekräfte neben ihren funktionalen Tätigkeiten durchaus intensiv um bestimmte Patienten, z. B. solche, denen es besonders schlecht geht oder die belastende Untersuchungen vor sich haben.

3.4.4.3 Planung und Dokumentation der Pflege

Die Kooperation der Berufe findet zu einem großen Teil in schriftlicher Form statt. Dazu dient die *Pflegedokumentation*, die neben den medizinischen Anordnungen den pflegerischen Bedarf und eine Planung der Pflege enthält (Sommerfeld 1989, S. 26 ff.). Zahlreiche Informationen und Anordnungen werden von den Ärzten während oder von der Stationschwester nach der Visite dort eingetragen. Die schriftliche Informationsweitergabe ist für die Verteilung von Medikamenten, das Vorbereiten von Infusionen etc. die vorwiegende Kommunikationsform. Ebenso werden Beobachtungen über den Zustand der Patienten vom Pflegepersonal schriftlich festgehalten und von den Ärzten bei der Visite gelesen.

Im Alltag orientieren sich die Eintragungen des Pflegepersonals in der Pflegedokumentation vorwiegend am Krankheitsbild und den Daten der Krankenbeobachtung bei den Patienten. Da kaum eigenständige *Pflegeziele* formuliert sind, finden entsprechende Beobachtungen auch keinen Eingang in die Dokumente. Ebenso wird kein systematischer Pflegeplan mit Pflegezielen, die sich auch auf die Entlassung der Patienten beziehen, erstellt. Die subjektive Befindlichkeit des Patienten wird zwar insoweit berücksichtigt, als sie auf seine unmittelbare Situation im Krankenhaus Einfluß hat (Unzufriedenheit mit dem Bettnachbar, dem Essen, Ablehnung von Untersuchungen o. ä.).

Neben der *formellen* gibt es viele *informelle* Informationsübermittlungen. Sie finden, besonders zwischen den Pflegekräften, die gemeinsam eine Seite der Station betreuen, »auf dem Flur« oder während der Durchführung bestimmter Aufgaben »nebenbei« statt. Oft betreffen diese Informationen die Durchführung von Untersuchungen, z. B. wenn die Stationschwester eine Pflegekraft mit der Vorbereitung der Untersuchung beauftragt und die Pflegekräfte sich gegenseitig an den Termin erinnern. Im Alltag ist diese Form der Kooperation häufig anzutreffen, denn im Zusammenhang mit der Aids-Diagnostik sind mehr Untersuchungen außerhalb der Station notwendig als bei anderen inneren Erkrankungen, und dieses determiniert entscheidend den Tagesablauf:

»Eigentlich fahren wir immer nur die halbe Station auf den Gängen hin und her.« (PK 2, 8/10-12)

Der Hauptteil der Informationen über die Patienten wird jedoch bei den *Dienstübergaben* ausgetauscht. Dort bringt die Stationschwester ihre Informationen von den Visiten ein, an der sie meist als einziges Mitglied des Pflegedienstes teilnimmt. Die anderen Pflegekräfte berichten ihr ihrerseits von Beobachtungen über die Patienten und deren Anliegen. Als wichtig angesehene Informationen werden in die Pflegedokumentation

eingetragen, die als Grundlage für die Dienstübergaben verwendet wird. Die Übergaben finden morgens um 6 Uhr, mittags um 14 Uhr und abends um 22 Uhr statt. Dabei werden in erster Linie krankheitsbezogene Phänomene wie Fieber, Schmerzen, anstehende Untersuchungen oder die medizinische Therapie für jeden Patienten besprochen. Die Länge der Übergabe liegt dabei zwischen 30 und 45 Minuten, je nach der Zahl der Störungen durch Klingeln der Patienten, durch Ärzte o. ä.

Einmal in der Woche gibt es auf den Aids-Stationen eine sogenannte *große Übergabe*, die an die pflegerische Übergabe vom Früh- zum Spätdienst angeschlossen ist und zu der alle Berufsgruppen, die auf der Station mit den Patienten arbeiten, hinzukommen. Hier sollen die Situation und die Probleme der Patienten erörtert werden, Abstimmungen erfolgen und auch dringliche Geschehnisse des Stationsalltags besprochen werden. Die Erfahrung zeigt allerdings, daß es mühsam ist, eine solche Besprechung dauerhaft »am Leben« zu erhalten. Die Einrichtung einer für die nichtpflegerischen Berufe zusätzlichen Besprechung hat sich angesichts der Vielzahl der Berufe und Teilnehmer als recht schwerfällig erwiesen, wie auch Beispiele anderer Krankenhäuser zeigen (vgl. Kapitel 3.1). Bei allen Berufsgruppen außer der Pflege besteht die Tendenz, nach und nach wegzubleiben, da andere Termine vordringlicher zu sein scheinen. Im AVK kommt hinzu, daß die anderen Berufsgruppen jeweils eigene Besprechungen haben, in denen sie erforderliche Informationen austauschen. Am Beispiel der Entlassungsvorbereitung und der Versorgungsorganisation haben wir jedoch gezeigt, welche Folgen daraus erwachsen, wenn der *berufsübergreifende* Informationsaustausch nicht genügend konsequent verfolgt wird. Es entstehen zahlreiche Koordinationsprobleme, die letztendlich auch die Qualität der Betreuung mindern.

3.4.4.4 Interaktion mit den Patienten

Gespräche mit den Patienten über ihre Situation, ihre Verarbeitung des Krankheitserlebens, ihre Ängste, ihre Erfahrungen mit der Krankheit und zur Verbesserung ihrer Stimmung werden vom Pflegepersonal häufig geführt. Sie sind dem Pflegekonzept der Station zufolge Teil des offiziellen Arbeitsauftrages, womit man dem »hidden curriculum« des Pflegealltags im Krankenhaus, nach dem erst einmal »die Arbeit gemacht werden muß« und dann - »wenn noch Zeit ist« - auch mit Patienten gesprochen werden kann, entgegenwirken möchte. Allerdings liefert diese Aufgabe auch Zündstoff für Konflikte zwischen den Pflegekräften, die diese Aufgabe sehr ernst nehmen und ausdrücklich auf der Notwendigkeit psychosozialer Begleitung beharren, und denen, die befürchten, daß darunter wichtige Funktionen und Routinearbeiten leiden.

Da es kein Bezugspflegesystem gibt, erfolgen solche Gespräche nicht systematisch. Sie ergeben sich scheinbar zufällig und sind vorrangig der Sympathie der Pflegekräfte für bestimmte Patienten und dem Verständnis für deren Lebenssituation geschuldet. Während die schwulen Pfleger - aber nicht nur diese - sich vor allem um die homosexuellen Patienten kümmern, widmen sich manche Schwestern verstärkt den Drogenabhängigen oder den heterosexuell infizierten Patienten.

Die Kommunikation mit den Patienten wird vom Pflegepersonal allerdings oft auch als belastend empfunden. Dies liegt weniger an den jeweiligen Themen als vielmehr an der grundsätzlich irreversiblen Situation der Patienten und dem beiderseitigen Wissen darum. Hinter jedem Gespräch steht auf seiten der Patienten die Bedrohung durch eine nächste Infektion und der letztlich unausweichliche Tod, auch wenn beispielsweise über die bevorstehende Entlassung und damit verbundene Lebenspläne gesprochen wird. Im Unterschied dazu werden die Gespräche mit den wenigen nicht aids-kranken internistischen Patienten von den meisten Pflegekräften geradezu als Entlastung empfunden, da mit ihnen unbeschwert über die nächste Zukunft gesprochen oder auch »small talk« betrieben werden kann.

Die meisten Gespräche haben *funktionsorientierten* Charakter. Solche Gespräche finden als Begleitung des Arbeitsablaufes beim Bettenmachen oder beim Waschen der Patienten statt und haben eine nicht zu unterschätzende Bedeutung für die Patienten, bleiben aber meist auf einer am Stationsablauf orientierten Ebene. Die im folgenden beschriebene Unterhaltung eines Pflegers mit einer Patientin hat anderen Charakter. Sie stellt eine typische Interaktion bei dem Bemühen um eine patientenorientierte Pflege dar. Den Anlaß für das Gespräch bildet einer der häufigen Funktionsabläufe der Station: die Verteilung der Medikamente. Zwar gibt es auch Gesprächssituationen, die anders entstehen, also nicht durch funktionale Tätigkeiten initiiert werden, sie bilden jedoch die Ausnahme.

Morgens um 7 Uhr klopft ein Pfleger an die Tür eines Patientenzimmers, um die Medikamente zu bringen. Auf sein Klopfen erhält er keine Antwort. Er öffnet vorsichtig die Tür, es ist dunkel im Zimmer. Er geht zum Fenster, um den Vorhang aufzuziehen. »Bitte zulassen«, sagt die Patientin. Der Pfleger setzt sich zu ihr ans Bett - was im normalen Krankenhausalltag keineswegs üblich ist - und fragt, wie es ihr geht. Die Patientin beginnt heftig zu weinen. Sie trauert um ihren vor wenigen Tagen gestorbenen Freund, aber auch darum, daß sie befürchtet, es allein wohl kaum zu schaffen, nach Hause zu kommen. Darüber hinaus hatte sie gehofft, vom Jugendamt die Erlaubnis zum Besuch ihrer Tochter zu erhalten, und auch aus diesem Besuch würde

angesichts ihrer Situation sicher nichts mehr werden. Der Pfleger hält sie eine Weile im Arm und versucht sie zu beruhigen. Dann schlägt er ihr vor, sich nicht mit allen Problemen auf einmal zu belasten, sondern zunächst nur an die bevorstehende Beerdigung ihres Freundes zu denken, an der sie teilnehmen will. Dafür müssen ein Krankentransport und die Begleitung organisiert werden. Danach solle sie Kräfte sammeln, um sich auf ihre Entlassung vorzubereiten, und erst dann solle sie über ein Wiedersehen mit ihrer Tochter nachdenken - so sein Ratschlag.

Der Pfleger versucht in diesem Gespräch, durch *Reduktion* der Komplexität der Probleme und *Aufgliederung* in lösbarere Teilprobleme sowie in angehbare Schritte den Problemdruck der Patientin zu vermindern und ihr konkrete Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Gleichzeitig zeigt er Verständnis, indem er ihren Wunsch berücksichtigt, das Zimmer dunkel zu lassen, und lange an ihrem Bett sitzen bleibt. Die Grenze dieser Form der Betreuung liegt darin, daß er trotz dieses langen Gespräches auch bei den anderen Patienten seiner Seite der Station rechtzeitig die Medikamente zu verteilen hat. Er muß sich also nach dem Gespräch beeilen und kann keine Zeit mehr für solche Unterhaltungen mit anderen Patienten aufbringen.

Diskontinuitäten der Betreuung entstehen dadurch, daß durch die Arbeitsteilung des pflegerischen Dienstes die Stationsmitarbeiter nicht über die Situation aller Patienten informiert sind. So geht später die Stationschwester im Rahmen der ärztlichen Visite in dieses Zimmer. Sie weiß nichts von diesem Gespräch. Da es um 10 Uhr morgens im Zimmer der Patientin immer noch dunkel ist, läßt sie die Vorhänge öffnen mit dem Hinweis, »man kann ja nichts lesen«. Damit meint sie aber nicht die Patientin und ihr unterstellte Lesewünsche, sondern zielt auf die Erfordernisse ihres eigenen Handelns ab, denn sie muß sich während der Visite Notizen machen können. Hier zeigen sich also nicht nur die Folgen der Organisation der Pflege, sondern es wird zugleich deutlich, daß die angestrebte Patientenorientierung dort an Grenzen stößt, wo es um Funktionsabläufe auf der Station geht. Die Visite ist zentraler Bestandteil des Betriebsablaufs. Sie hat eine wichtige Funktion für die Entscheidungsfindungen über die Arbeitsabläufe der gesamten Station einschließlich der berufsübergreifenden Kommunikation; d. h. sie muß zur festgesetzten Zeit stattfinden, sonst geraten alle Arbeitsabläufe durcheinander. Die Orientierung am Betriebsablauf steht jedoch tendenziell im Widerspruch zur angestrebten Patientenorientierung.

Die geschilderten Interaktionssequenzen zeigen exemplarisch, wie eines der Kernelemente des Betreuungsmodells des AVK realisiert wurde. Die Patientenorientierung wurde unter Beibehaltung der traditionellen Arbeitsorganisation, nämlich der Funkti-

onspflge, eingeführt. Damit sind jedoch Konflikte vorprogrammiert, denn eine patientenorientierte Pflege verlangt eine individuelle Planung und Durchführung, bei der eine Pflegekraft (oder eine kleine Gruppe von Pflegekräften) für den gesamten pflegerischen Arbeitsprozeß mit einem Patienten verantwortlich ist. Sinnvoll wäre es, wenn die Pflege in einem Bezugs- oder Gruppenpflegesystem organisiert würde. Denn die Funktionspflege orientiert sich nicht an den Bedürfnissen der einzelnen Patienten, sondern faßt alle medizinisch und pflegerisch notwendigen Arbeiten (Betten machen, Medikamente und Mahlzeiten etc.) zu Routineabläufen nach einem festen Tagesplan zusammen. Wenn die Organisationsform der Funktionspflege beibehalten wird, kollidieren zwangsläufig patientenorientierte mit betriebsablauforientierten Betreuungsformen. Bei geringem Arbeitsdruck läßt sich die Patientenorientierung durchhalten, bei steigendem Arbeitsdruck hingegen nicht, da sich dann die organisatorisch verankerte Arbeitsform der Funktionspflege durchsetzt, die keines gesonderten personellen Aufwandes zu ihrer Durchführung bedarf und aufgrund ihrer Routineabläufe ein hohes Maß an Handlungssicherheit gewährt. Eine Verknüpfung der unterschiedlichen Konzepte hat nicht stattgefunden, so daß es der einzelnen Pflegekraft obliegt, über die Sicherstellung des pflegerischen Betriebsablaufs hinaus Initiativen zur patientenorientierten Pflege zu entwickeln.

Die damit einhergehende Verdoppelung der beruflichen Aufgaben ist eine Ursache für die Entwicklung von Streß- und Burnout-Phänomenen. Die Pflegekräfte müssen sich zum einen ständig zwischen unterschiedlichen Handlungsmaximen entscheiden. Zum anderen müssen sie, entscheiden sie sich für patientenorientiertes Arbeiten, ein erhebliches Maß an personalen Sonderleistungen aufbringen, weil sie für diese über keine hinreichend Rückhalt bietenden institutionellen Strukturen verfügen. Es kann folglich nicht überraschen, wenn der Pioniergeist der Pflegekräfte, mit dem sie der Leitmaxime »Patientenorientierung« zunächst folgten, zwischen den Mühlsteinen der divergierenden Maximen und damit verbundenen Belastungen zerrieben wird (vgl. auch Beerlage/Kleiber 1990, S. 64 ff.).

3.4.4.5 Umgang mit Sterben und Tod

Das Sterben wird im Krankenhausalltag eher negiert, obschon 90 % der Bevölkerung immer noch dort sterben (Novak 1989). Auf Aids-Stationen erhalten Tod und Sterben potenzierte Brisanz und Präsenz: Es sterben sehr viel mehr Patienten als auf normalen Inneren Stationen, sie sterben sehr viel jünger und oft auch dramatischer.

Im AVK versucht man dem Thema Sterben und Tod nicht mit der sonst für das Krankenhaus üblichen Negation und Hilflosigkeit zu begegnen. Dennoch ist auch dabei eine eigentümliche *Ambivalenz* festzustellen. So wird beispielsweise immer nur von »HIV-Patienten«, nie von Aids-Patienten gesprochen. Hierbei handelt es sich um eine Neutralisierungsstrategie, ähnlich wie im Falle des Begriffs »Krebs«, der im Krankenhaus meist durch Ca, NPL, TM oder ähnliches ersetzt wird, um jene Bezeichnung zu vermeiden, die mit Tod assoziiert wird.

Für die Mitarbeiter der Station ist der Tod ein Thema, das ständig bei der Arbeit mitschwingt. Wenn im Verlauf von wenigen Tagen mehrere Patienten sterben, so wirkt das auf die Stimmung jeder Schicht und wird immer wieder angesprochen. Meist wird es jedoch auf Bemerkungen reduziert, die nebenbei gemacht werden und eher informellen Charakter haben. Dabei werden einerseits eigene Belastungsanzeichen, andererseits wird der Charakter des Sterbeprozesses thematisiert, z. B. ob jemand überraschend oder erwartet gestorben ist. Explizit darauf angesprochen, wird es durchgängig als belastend empfunden, dem »Tod am Fließband« ausgesetzt zu sein und keinen geeigneten Ort offener Kommunikation darüber zu haben. Daß Themen wie Sterben und Tod - so die Pflegekräfte - an den Rand gedrängt oder als Gesprächsthema in die Supervision ausgelagert sind, empfinden sie als unangemessen - und dieses um so mehr, als sie versuchen, soweit es ihnen möglich ist, sich explizit den Aufgaben, die zu einer humanen Sterbebegleitung gehören, zu stellen und sterbende Patienten nicht allein zu lassen. Als schwierig wird auch empfunden, daß dabei Grenzen gesetzt sind, denn auch dieses Engagement muß in Übereinstimmung mit den Anforderungen der Funktionspflege gebracht werden. Beispielsweise berichtete uns ein Pfleger von einem Patienten, zu dem er eine recht intensive Beziehung hatte und den er während des Sterbeprozesses begleitete. Seine Kollegen entlasteten ihn für diese Zeit von der laufenden Arbeit. Als er nach dem Tod des Patienten und der Versorgung des Leichnams aus dem Zimmer kam, hatte er nicht die Gelegenheit, sich vom Stationsablauf zurückzuziehen, das Geschehene Revue passieren zu lassen und damit abzuschließen, sondern mußte sofort zum Stationsalltag zurückkehren und einen neuen Patienten aufnehmen, da alle anderen Kollegen beschäftigt waren. Solche abrupten Wechsel der Arbeitssituation sind keine Seltenheit und werden als extreme Belastung empfunden, die auf die Dauer nicht zu verkraften sei.

Hinzu kommt ein weiteres. Es zeigt sich, daß so sensible Bereiche wie die Ermöglichung von Sterbebegleitung nicht unbegrenzt dem *Druck steigender Fallzahlen* standhalten. Zum einen stößt das Pflegepersonal schnell an die Grenzen seiner zeitlichen Kapazität.

Bei einer großen Zahl von schwerkranken Aids-Patienten ist die ständige Anwesenheit einer Pflegekraft bei Sterbenden rein personell nicht zu leisten. Zum anderen sind Sterbebegleitungen nicht »am Fließband« durchführbar. Professionelle Begleitung gerät hier an emotionale Grenzen, zumal es innerhalb der Arbeitssituation keine Entlastung gibt.

Wie bereits in bezug auf die Patientenorientierung ausgeführt, bleibt auch hier zu konstatieren, daß Sterbebegleitungen dem Betreuungskonzept des AVK gemäß als wichtige Aufgaben deklariert werden, es jedoch an einem durchgängigen Konzept für diese Aufgabe fehlt und vor allem an Vorstellungen darüber, wie sie mit den Anforderungen des alltäglichen Stationsbetriebes in Übereinstimmung zu bringen ist. Aufgrund dieses Mangels bleibt es weitgehend dem Ermessen des einzelnen überlassen, wieweit er sich dieser Aufgabe stellt und wo er seine Grenzen sieht.

Wenn wir die Arbeit des Pflegedienstes zusammenfassend betrachten, so ist festzustellen, daß traditionelle Elemente der betriebs- und ablauforientierten Pflege mit neuen Betreuungselementen eine Koexistenz eingegangen sind. Dieses Nebeneinander hat zur Folge, daß die Umsetzung neuer Betreuungselemente eher zufälligen Charakter hat. Je nach Orientierung der jeweils Pflegenden, den Forderungen des Patienten und der Diskussion seines Falles im Kollegenkreis während der Übergabe oder im informellen Gespräch werden patientengerechte und krankheitsangemessene Lösungen für Probleme gesucht oder auch nicht. Die traditionellen Strukturen der Funktionspflege gewinnen um so stärker wieder an Boden, je höher der Arbeitsdruck durch die steigenden Patientenzahlen und die damit verbundene Zunahme an pflegetechnischen Einrichtungen sind. Bei erhöhtem Arbeitsdruck ziehen sich zuerst die traditionell orientierten Pflegekräfte auf die Funktionspflege zurück. Latente Konflikte mit den Verfechtern patientenorientierter Pflege nehmen dann an Schärfe zu.

3.4.5 Das Ineinandergreifen der Berufe

Grundsätzlich korrespondiert die Arbeitsweise auf den Aids-Stationen mit der normaler Innerer Stationen. Auch der Stationsablauf ist vergleichbar strukturiert. Er wird zwar flexibler gehandhabt, doch berühren diese Veränderungen nicht dessen basale Organisationsstruktur. Aufgrund der aufwendigen Diagnostik und Therapie sind die Mitarbeiter ihrer Sicht der Dinge zufolge, wollen sie dem Charakter der Krankheit gerecht werden, sogar zwingend auf diese angewiesen, zumal nicht alle zur Behandlung erforderlichen Leistungen von ihnen selbst erbracht werden können und sie sich deshalb der sonst üblichen Arbeitsweise im Krankenhaus anpassen müssen.

Für die *abteilungsübergreifende Kooperation* ist das folgenreich. Die Kooperationsbemühungen können höchstens zum Ziel haben, gute Kommunikationsstrukturen aufzubauen, um terminliche »Sondervereinbarungen« zu erwirken, beispielsweise um auch kurzfristig Patienten zu Untersuchungen und Eingriffen in andere Abteilungen oder Krankenhäuser schicken zu können. Generell sind all diese Bemühungen jedoch darauf verwiesen, sich in den im Krankenhaus üblichen Bahnen und Gepflogenheiten zu bewegen. Faktisch bedeutet das, daß Untersuchungen rechtzeitig angemeldet, Termine mit anderen Abteilungen (z. B. der Chirurgie) ausgemacht und Krankentransporte bestellt werden müssen. Ein nicht geringer Teil der Untersuchungen muß dann verschoben werden, weil entweder die entsprechende Abteilung durch Überlastung oder defekte Geräte Probleme hat oder weil der Zustand des Patienten sich geändert hat, so daß plötzlich andere Maßnahmen erforderlich werden. Nicht zuletzt aufgrund all dieser Unwägbarkeiten zielen Kooperationsbemühungen vornehmlich darauf, gegenseitiges Verständnis zu erzeugen und die normalen Kooperationsmodi zu »pflegen«, damit sie den Belastungen Stand halten, die die Behandlung von Aids-Patienten mit sich bringt.

Auf den Aids-Stationen selbst wurde versucht, die Arbeitsweise und auch die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufs- und Helfergruppen den Zielen des Konzepts entsprechend zu verändern. Angestrebt wurde - so erwähnten wir zu Beginn - *Teamwork* zu etablieren, womit gemeint ist, daß eine gleichrangige Zusammenarbeit der beteiligten Berufe eingeführt werden sollte. Eine solche Form der Kooperation impliziert, daß die Berufe nicht in einem hierarchischen Delegationsverhältnis zueinander stehen. Davon aber kann - wie unsere Analyse gezeigt hat - auf den Aids-Stationen keineswegs die Rede sein. Die Arbeitsweise der Stationen und das Zusammenspiel der Berufe sind auch hier vorrangig durch die für das Krankenhaus typische Hierarchie der Berufe strukturiert und stehen mit der klassischen Organisation der Arbeit dieser Institution in Übereinstimmung. Die Ärzte nehmen die ranghöchste und führende Position ein, und der Arbeitsablauf richtet sich in erster Linie an den medizinischen Handlungserfordernissen aus. Die anderen Berufe stehen hier wie überall in einem Delegationsverhältnis zu ihnen. Dabei kommt der Stationsschwester eine zentrale Funktion zu. Sie fungiert als Bindeglied zwischen Ärzten und Pflegepersonal, doch auch - wie wir zeigten - zwischen Ärzten und anderen Berufen. Sie ist diejenige, die an den Visiten teilnimmt und für die Realisierung der von den Ärzten gefällten Entscheidungen Sorge trägt: Aufgaben und ärztliche Anweisungen weiterdelegiert, beispielsweise auch andere Berufe informiert und hinzuzieht. Daß dieser Kommunikations- und Kooperationsmodus funktional ist, soll

hier nicht bestritten werden. Betonen möchten wir jedoch, daß diese mit der herkömmlichen Funktionsweise des Krankenhauses korrespondierende Organisation der Arbeit und der Arbeitsabläufe auf den Stationen mit den verfolgten Innovationsbestrebungen - allen voran mit dem Anspruch, Teamwork etablieren zu wollen -, doch auch mit anderen Reformbemühungen konfligiert.

Am Beispiel der Zusammenarbeit von Krankenhausärzten und Sozialdienstmitarbeitern haben wir gezeigt, daß durch das Einschalten einer Zwischeninstanz und das hierarchische Delegationsverhältnis Probleme bei der Realisierung der Konzeptziele entstehen und eine frühzeitige umfassende Entlassungsvorbereitung unterminiert wird. Ähnlich ist es auch mit anderen Programmzielen. Durch die Hierarchisierung und das Einschalten einer Koordinationsstelle unterhalb der Ebene ärztlichen Handelns geraten die Ärzte in zu große Distanz zu den nichtärztlichen Berufen und auch den informellen Helfergruppen. Dadurch stehen sie in Gefahr, ihre Aufmerksamkeit auf rein medizinische Belange zu reduzieren und für die Realisierung des Betreuungskonzepts wichtige Probleme zu übersehen bzw. nicht richtig einzuschätzen. Eine der Folgen dessen ist, daß sie Entscheidungen fällen, die im Widerspruch zum Teamworkanspruch stehen (erinnert sei an die durch die Ärzte vorgenommene Festlegung der Hinzuziehung der Sozialdienstmitarbeiter), und bei der Regulation von Problemen Lösungen anstreben, die sich faktisch als kontraproduktiv für die Verwirklichung der Ziele des Konzepts erweisen.

Die Veränderung der herkömmlichen Arbeitsweise im Krankenhaus sollte ursprünglich durch eine Verbesserung der berufsinternen Kommunikation und durch Einführung einer berufsübergreifenden Arbeitsbesprechung abgesichert werden. Betrachten wir das Alltagsgeschehen auf den Stationen, so zeigt sich, daß insbesondere auf der Ebene ärztlichen und pflegerischen Handelns die berufsinterne Zusammenarbeit enger und ineinandergreifender als sonst im Krankenhaus verläuft. Dazu tragen nicht zuletzt die Einführung einer *speziellen ärztlichen Teambesprechung* und die *Intensivierung der pflegerischen Übergabebesprechungen* bei, in denen die jeweils aktuellen Stations- und Patientenproblematiken erörtert und Abläufe koordiniert werden. Außerdem dienen sie dazu, den Informationsaustausch zu gewährleisten, und haben über solchermaßen funktionale Effekte hinausgehend auch Entlastungsfunktion. Emotional belastende Situationen, Schwierigkeiten im Umgang mit einzelnen Patienten oder Probleme des Stationsalltags können hier angesprochen werden, und das hat nicht einzig zur Verbesserung der Zusammenarbeit, sondern auch der Arbeitsatmosphäre und des Zusammenwirkens auf professionsinterner Ebene geführt.

Auch die *berufsübergreifende Zusammenarbeit* sollte durch eine ähnliche Maßnahme intensiviert werden. Die einmal wöchentlich stattfindende sogenannte »große Übergabe« sollte eine Besprechung aller an der Betreuung von Aids-Patienten beteiligten Berufe sein, um die Leistungen *aller* Helfergruppen abzustimmen und der den nichtärztlichen Berufen zugebilligten größeren Entscheidungsautonomie Rechnung zu tragen. Wir haben bereits darauf verwiesen, daß diese Besprechungen sich als recht schwerfälliges Instrument herausgestellt haben. Nichtpflegerische Berufe, allen voran die Ärzte, bleiben weg, und damit entleert sich ihre Funktion. Auf einer der Stationen ist diese Besprechung mittlerweile fast eingeschlafen, auf der anderen fehlen immer wieder ganze Berufsgruppen (vgl. Kapitel 3.4.4.3).

Eine der Ursachen für den geringen Erfolg dieser Maßnahme sehen wir darin, daß sie nicht mit der genügenden Konsequenz betrieben wird. Eine andere Ursache besteht darin, daß sie - wie viele der Innovationen im AVK - zu pragmatisch betrieben wird. Auf den ersten Blick erscheint es funktional, eine bereits stattfindende Besprechung der Pflegekräfte - der zahlenmäßig größten Gruppe - auszuweiten und um andere Funktionen zu ergänzen. Es zeigt sich aber, daß sich in der Praxis - weil diese Maßnahme ebenfalls mit der beibehaltenen hierarchischen Struktur der Berufe und dem Stationsablauf kollidiert - nach kurzer Zeit die alte Funktion durchsetzt und die neue Intention nur den Status einer gelegentlichen Ergänzung erreicht. Stehen Reformbemühungen nicht in Übereinstimmung mit der basalen Ordnungsstruktur, schlagen sie fehl - das ist diesem Versuch zu entnehmen. Außerdem dürfen sie nicht allzu pragmatisch betrieben werden, weil dann nur solche Reformziele realisiert werden, die in Korrespondenz zu der eigentlich als veränderungsbedürftig erachteten Arbeitsorganisation stehen. Soll eine Besprechung installiert werden, die zum Ziel hat, die berufsübergreifende Kooperation zu regulieren - das ist die dritte Lehre dieses Versuches -, empfiehlt es sich, sie so zu organisieren und zu gestalten, daß die Teilnahme für alle Berufsgruppen unverzichtbar ist.

Unserer Meinung nach wird hier exemplarisch ein grundsätzliches Problem der Innovationsbemühungen im AVK sichtbar. Unter Beibehaltung der herkömmlichen Struktur der Arbeitsteilung und der Organisation der Arbeit wurden Innovationen eingeführt, die auf anderen Handlungsmaximen basieren und deren Realisierung eigentlich anderer Strukturen bedarf. Am Beispiel der Pflege haben wir bereits gezeigt, welches Dilemma daraus für die einzelnen Mitarbeiter - auch aus den anderen Berufsgruppen - erwächst: Es kommt zu einer Doppelung der an sie gestellten Anforderungen und, da diese ten-

denziell in Widerspruch zueinander stehen, auch zu Orientierungsschwierigkeiten. Im Alltag wissen sie deshalb oft nicht, welcher der divergenten Handlungsmaximen sie folgen sollen. Folgen sie den traditionellen und institutionell gesicherten, geraten sie in Konflikte mit den Reformbestrebungen. Folgen sie den Reformbestrebungen, so bewegen sie sich auf äußerst unsicherem Fundament, weil sie keine hinreichenden institutionellen Strukturen vorfinden, die ihnen ermöglichen würden, die Reformziele zu realisieren. So nimmt es nicht wunder, daß Mitarbeiter über kurz oder lang zur traditionellen Arbeitsweise zurückkehren, zumal viele der Innovationen ihnen angesichts der steigenden Patientenzahlen und des steigenden Arbeitsdrucks auf den Stationen zu zeitaufwendig erscheinen. Dazu gehört auch die Teilnahme an der sogenannten »großen Übergabe«.

Der Versuch, die berufsübergreifende Kooperation durch Umfunktionierung der pflegerischen Dienstübergabe zu verbessern, ist also mehr oder weniger gescheitert. Gleichwohl muß konstatiert werden, daß die berufsübergreifende Kooperation auf den Aids-Stationen sich durchaus vom normalen Stationsalltag unterscheidet. Vor allem den Pflegekräften wird ein höheres Maß an Entscheidungsautonomie zugebilligt als sonst üblich. Wenn beispielsweise ein Patient eine vom Arzt angeordnete Röntgenuntersuchung zum vorgesehenen Zeitpunkt ablehnt, weil er gerade Besuch hat oder ihm die Notwendigkeit nicht mehr einleuchtet, wird die Untersuchung von der Pflegekraft ohne Rücksprache mit dem Stationsarzt abgesagt. Der Arzt wird später lediglich informiert. Doch nicht nur den Pflegekräften, sondern auch den anderen Berufen wird ein größerer Handlungsspielraum zugestanden als auf anderen Stationen. Wenn beispielsweise die Psychologen oder die Sozialdienstmitarbeiter bei der Konzipierung und Realisierung der nach dem Krankenhausaufenthalt notwendigen Versorgung zu einer von den Ärzten abweichenden Einschätzung gelangen, was die Quantität oder die Qualität der Maßnahmen anbetrifft, so wird das von den Ärzten akzeptiert und aufgenommen.

Insgesamt aber ist zu konstatieren, daß die *Implementation* des Betreuungskonzepts Defizite aufweist. Den mit den eingeführten Neuerungen verbundenen Anforderungen an die Regulation der berufsübergreifenden Kooperation wird im Alltag nur unzureichend entsprochen. Faktisch ist das Zusammenwirken der Berufe im Interesse der Reformziele nicht genügend gesichert. Es ist zwar durch größere Zugeständnisse seitens der Ärzte, aber nicht durch konzeptadäquate Umgestaltung determiniert. Als gravierendster Mangel erweist sich, daß angemessene und Rückhalt bietende *institutionelle Strukturen* fehlen, die die berufsübergreifende Kooperation im Sinn der Ziele des Konzepts absichern.

Hier Kurskorrekturen einzuleiten ist dringend notwendig, weil die traditionelle Arbeitsteilung - so haben wir gezeigt - die Realisierung der Konzeptziele unterminiert und die Dualität von traditionellen und innovativen Momenten zu einer Überstrapazierung der Mitarbeiter führt.

3.4.6 Supervision

In fast allen Bereichen der Aids-Krankenversorgung wird heute Supervision für die Mitarbeiter angeboten. Dieses ist allein deshalb bemerkenswert, weil erstmals in einem Arbeitsfeld auf so breiter Basis Supervision zum selbstverständlichen Bestandteil alltäglichen Berufshandelns gehört.¹⁴

Auch im AVK wird seit 1988 eine zweiwöchentlich stattfindende Supervision für jede der beiden Aids-Stationen mit einem externen Supervisor angeboten. Sie wurde als notwendig angesehen, weil die permanente Konfrontation mit jungen Schwerstkranken, mit Tod und Sterben oder mit trauernden Angehörigen als außerordentlich belastend angesehen wird:

»Wir schieben einen großen Leichenberg vor uns her, den wir überhaupt nicht mehr beerdigen können.« (PK 3, 14/8-11)

Gesucht wurde folglich vorrangig nach einer Entlastungsmöglichkeit, und es wurde daher eine Form der Supervision gewählt, in der solche Be- und Überlastungen individuell bearbeitet werden können, wie es z. B. in Gruppen-Supervisionen möglich ist. Wir möchten explizit betonen, daß von Beginn an nicht daran gedacht war, Supervision als Instrument zu nutzen, die Implementations- und Umsetzungsprobleme, die mit der Realisierung neuer Modelle und Konzepte zwangsläufig entstehen, zu bearbeiten. Ebenso war nicht daran gedacht, Probleme professionellen und kooperativen Handelns in den Mittelpunkt zu stellen - etwa die veränderte Interaktionsstruktur zwischen Patienten und Professionellen aufgrund des höheren Patientenexpertentums oder die Kooperationsprobleme, die durch den Einzug neuer Berufe und informeller Helfergruppen in das Krankenhaus entstehen. Supervision wurde also weniger in ihrer *Korrektivfunktion*, sondern überwiegend als *Entlastung* nachgesucht, was allerdings kein Spezifikum des AVK ist, sondern im Aids-Bereich häufig angetroffen werden kann (Schaeffer 1992). So verständlich dieses angesichts der besonderen Belastungen in diesem Arbeitsfeld ist, so bedauerlich ist dennoch, daß damit auf die Chance, durch Supervision eine Steuerungshilfe und Begleitung der Reformprozesse zu erhalten, verzichtet wurde.

¹⁴ Zum Begriff und Inhalt von Supervision siehe exemplarisch Auckenthaler 1988.

Möglicherweise ist die Reduktion der Funktion von Supervision auf »bloße« Entlastung eine der Ursachen dafür, daß sie nur partiell genutzt wird. Die Teilnahme ist sehr *wechselhaft*, bei akuten Problemen schubweise groß, ansonsten eher dürftig. Vor allem bei den Ärzten bestehen Vorbehalte gegen diese im Krankenhaus immer noch neue und ungewohnte Form der Problembearbeitung. Ihre Beteiligung an der Supervision ist deshalb hier, wie überall sonst in der Aids-Krankenversorgung auch, sehr niedrig. Dagegen machen die Pflegekräfte wesentlich extensiver vom Supervisionsangebot Gebrauch. Auf sie ging nicht nur die Anregung zur Etablierung von Supervision zurück, sie schätzen sie auch als hilfreich für ihren Berufsalltag ein. Der Chefarzt der Abteilung versucht der mangelnden Bereitschaft der Ärzte entgegenzuwirken, indem er ihnen eine Teilnahme an der Supervision nahelegt und sogar nach Gründen für die Nichtteilnahme fragt. Eine solche Maßnahme hat allerdings nur kurzzeitigen Effekt. Faktisch bleibt die Supervision ein Forum, daß überwiegend von den nichtmedizinischen Berufen genutzt wird.

3.4.7 Die Arbeit der Aids-Hilfe im Krankenhaus

Gleich zu Beginn der Betreuung von HIV-Patienten öffnete sich das AVK für Selbsthilfeinitiativen, speziell für die Aids-Hilfe. Gerade in der schwierigen Aufbauzeit des Schöneberger Modells spielte die Arbeit der Aids-Hilfe eine wichtige Rolle. Sie übernahm die psychische Betreuung der Patienten und auch wichtige Aufgaben bei der Versorgungsorganisation. Viele Versorgungsmechanismen waren noch nicht eingespielt, zahlreiche Probleme der Versorgungsorganisation traten erstmalig auf und mußten kreativ gelöst werden. Die meisten Institutionen außerhalb des Krankenhauses waren mit der Problematik von HIV- und Aids-Patienten noch unvertraut, wußten nicht, wie und wie rasch sie aus den Krankenhäusern an sie herangetragene Hilfeanliegen bearbeiten sollten und was im einzelnen zu tun war. Auch hier leistete die Aids-Hilfe Pionierarbeit, informierte, warb für Verständnis der besonderen Situation Aids-Kranker und vernetzte zahlreiche Dienste. Mit viel Engagement und Improvisation versuchte die Aids-Hilfe also, empfindliche *Lücken auszufüllen*, denn zu jener Zeit gab es noch keine Psychologen auf den Stationen:

»Also vor dem Zeitpunkt, an dem wir dann auch einen Psychologen hier für die Station gewinnen konnten, waren wir nur froh, daß der Betreuer von der Aids-Hilfe kam und sagte, er kümmert sich um den Patienten.« (AK 4, 4/15-19)

Der Einzug der Psychologen in das AVK-Team veränderte die Situation nachhaltig. Er brachte auf der einen Seite eine Verbesserung der psychischen Betreuung der Patienten mit sich, allein schon weil die Psychologen dauerhaft anwesend sind. Er führte jedoch

andererseits zu unterschwelligen bis offenen Problemen zwischen informellen und professionellen Helfern. Denn ein Teil der Arbeit der informellen Helfer wurde nun durch professionelle Hilfe substituiert, so daß eine *Neustrukturierung* des Wirkungsfelds der Aids-Hilfe und eine tragfähige Arbeitsteilung zwischen professioneller und informeller Hilfe gefunden werden mußten. In der Folgezeit versuchte die Aids-Hilfe, ihr Aufgabenprofil zu verändern. Doch nach wie vor gibt es Überschneidungen mit professionellen Helfern und daraus resultierende, bislang noch unterschwellig schwelende Konflikte, weil das Wirkungsfeld der Aids-Hilfe faktisch durch professionelle Hilfe beschnitten wurde. So ist auch letztlich nicht verwunderlich, wenn aus ärztlicher Sicht heute konstatiert wird:

»Unser Draht zur Aids-Hilfe ist eigentlich nicht mehr so gut.« (AK 4, 27/6-8)

Insgesamt ist ein *Rückgang* der Bedeutung der Aids-Hilfe gegenüber den ersten Jahren festzustellen. Dennoch arbeitet nach wie vor zweimal wöchentlich ein hauptamtlicher Mitarbeiter der Aids-Hilfe auf den beiden Stationen, der in seinen Sprechstunden neben der Organisation von Kontakten zur Sozialrechtsberatung der Aids-Hilfe und zu Selbsthilfeangeboten (Positivengruppen u. ä.) ein Patientencafé organisiert, das sehr beliebt ist. Außerdem vermittelt er auch »buddies«, ehrenamtliche Betreuer für Patienten. Dieses letztgenannte Angebot wollen wir weiter unten genauer beleuchten, da es eine wichtige Innovation darstellt.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die Aids-Hilfe sich schwer tut, mit dem *Wandel ihres Aufgabenfeldes* zurechtzukommen und ihr Aufgabenprofil den veränderten Bedingungen ihres Wirkungsfeldes anzupassen, so daß sie im Krankenhaus zusehends an Bedeutung verliert.

Einzelne Angebote, so z. B. das Patientencafé als Ort der Kommunikation werden zwar gut angenommen. Doch stehen ihnen andere gegenüber, wie das der Vermittlung von »buddies« (vgl. Kapitel 3.4.6), die in der angebotenen Form auf Akzeptanz- und Umsetzungsprobleme stoßen und modifiziert werden müßten. Auch dabei tut sich die Aids-Hilfe schwer, was um so bedauerlicher ist, als solche Selbsthilfepotentiale, wie sie im Aids-Bereich durch sie innerhalb kurzer Zeit mobilisiert werden konnten, nach wie vor beispielhaft sind. Ähnliches trifft auch auf die von ihr ausgehenden Impulse zur Verbesserung der Versorgung und Betreuung von Aids-Patienten zu. Um so mehr ist zu hoffen, daß der Aids-Hilfe alsbald eine Anpassung an die veränderten Bedingungen der Situation in der Aids-Krankenversorgung gelingt und sie sich Umsetzungs- und Passungspro-

blemen der von ihr ausgehenden Initiativen und Hilfeangebote intensiver widmet als derzeit.

3.4.8 »Buddies« im Krankenhaus

»Buddies« sind ehrenamtliche Mitarbeiter der Aids-Hilfe, die HIV-Positiven oder Aids-Kranken als Betreuer individuell zur Verfügung stehen (vgl. Schäfer 1988, S. 69). Die »buddies« sollen den Kranken vor allem als *emotionale Begleiter* während des gesamten Verlaufs der Krankheit zur Seite stehen: den Kranken psychisch und sozial unterstützen, durch Gespräche zur Krankheits- und Krisenbewältigung beitragen, bei Alltagsverrichtungen helfen - kurz: Ansprechperson im Krankheitsalltag sein.

Das Modell hat sich nach Ansicht der Aids-Hilfe zwar bewährt, doch ist die *Inanspruchnahme* durch die Patienten nicht so, wie vermutet werden könnte. Mit den insgesamt ca. 70 bis 80 Betreuern, die zur Zeit in Berlin tätig sind, kann die Nachfrage gedeckt werden. Es ist also eine Minderheit der Kranken, die vom Angebot, einen »buddy« zur Verfügung gestellt zu bekommen, Gebrauch macht. Viele Patienten lehnen fremde Hilfe ab, wie oben dargestellt (vgl. Kapitel 3.4.3), und auch ehrenamtliche Betreuer sind zunächst Fremde.

Motive der Inanspruchnahme sind oft Einsamkeit oder der Wunsch nach Unterstützung bei Verrichtungen zur Aufrechterhaltung des Alltagslebens: einkaufen, Begleitung zum Arzt oder zum Amt, bei der Erledigung von Korrespondenz oder einfach zur Unterhaltung. Manche Patienten mit einem großen Freundeskreis und auch festen Partnerschaften wünschen sich einen »buddy«, um einen »neutralen Gesprächspartner« (P 1, 6/15) zu haben, mit dem sie über alles - auch konfliktbeladene Themen - sprechen können, um die Partner zu entlasten oder um einfach jemanden zu haben, der bei der Krankheitsbewältigung behilflich ist. Der Kontakt zu den »buddies« wird im Krankenhaus angebahnt und organisiert. Die Betreuung beginnt aber meist erst dann, wenn der Patient wieder zuhause ist. Kommt der Patient dann erneut ins Krankenhaus, so unterstützt der Betreuer ihn auch weiterhin, so daß er dem Kranken während des gesamten Krankenhausaufenthaltes zur Verfügung steht.

Problematisch ist, daß sie sich dort den Professionellen nicht immer als Aids-Hilfe-Mitarbeiter vorstellen. Im Krankenhaus kommt es daher öfters zu *Mißverständnissen*. Wenn Ärzte klagen,

»Die Aids-Hilfe ist hier gar nicht vertreten, es passiert nichts, unser Pflegepersonal wird nicht unterstützt, wo bleiben die eigentlich.« (P 1, 4/52-54),

so ist das zum Teil der Tatsache geschuldet, daß die ehrenamtlichen Betreuer für sie nicht als solche wahrnehmbar sind. Wir halten die »stillschweigende« Anwesenheit der »buddies« auch aus anderen Gründen für problematisch: So können sie ihre *Vermittlungsfunktion* zwischen Patient und professioneller Hilfe nicht adäquat ausfüllen. Es wäre beispielsweise als Information für die Krankenhausmitarbeiter wichtig, ob im Falle einer Entlassung jemand regelmäßig zu Besuch kommt, ob jemand einkaufen gehen kann o. ä. Darüber hinaus könnte ein ehrenamtlicher Betreuer den Krankenhausmitarbeitern über die Wohnsituation und das soziale Netz des Patienten Auskunft erteilen, was dieser selbst meist nicht angemessen einschätzen kann oder will (vgl. Hengelein/Höpfner 1990, S. 17). Gleichzeitig haben die »buddies« es nicht einfach, die Rolle als Vermittler zwischen Arzt und Patient einzunehmen, denn die Ärzte stellen häufig ganz andere Erwartungen an sie:

»Die Erwartung der Ärzte ist, daß da jemand pflegen kommt, ... das Bett macht oder wäscht.« (P 1, 4/41-44)

Ihren Erwartungen liegen oft, wie es auch aus anderen Bereichen informeller Hilfe bekannt ist (Kardoff/Stark 1987), *Funktionalisierungstendenzen* zugrunde. Die Mitarbeiter versuchen zwar, solche Mißverständnisse auszuräumen, stoßen dabei jedoch auf Probleme:

»Die [Ärzte] wissen einfach nicht, worum es geht. Wir haben das immer wieder gesagt, und die wollen das nicht begreifen, daß es eigentlich nur eine emotionale Betreuung ist ... Aber die Erwartung ist einfach da, daß die handfest mitarbeiten.« (P 1, 5 2-15)

Ein solches hartnäckiges Festhalten an eigenen Erwartungen seitens der Ärzte ist nicht neu, geht es um informelle oder nichtmedizinische Hilfsangebote. Doch um so mehr ist es notwendig, entsprechende Neuerungen durch umfangreiche Informations- und Aufklärungsarbeit zu begleiten (Troschke u. a. 1990), um die Integration und eine funktionsadäquate Implementation zu fördern. Innovationen erfordern Raum für Lernprozesse sowohl bei denjenigen, die sie direkt realisieren, wie auch auf seiten all jener Akteure, die indirekt an der Umsetzung teilhaben. Tolerieren diese die Bemühungen lediglich, wirken aber nicht konstruktiv an ihnen mit, besteht die Gefahr, daß Reformbemühungen zu kurz greifen oder Angebote nicht zielangemessen realisiert werden können.

3.4.9 Bilanzierung

Mit dem auf den Aids-Stationen eingeführten Betreuungskonzept und den Neuerungen des alltäglichen Stationsgeschehens hat die Infektiologie des AVK insgesamt ein hohes Maß an Flexibilität und Anpassungsvermögen an die durch Aids gestellten Anforderungen bewiesen. Zunächst wurde versucht, der problematischen Ausgangssituation der Patienten und ebenso der Medizin zu entsprechen. Es wurde ein Konzept entwickelt und implementiert, das an Autonomie- und Humanitätsgesichtspunkten orientiert ist und eine der Situation der tödlich erkrankten Patienten adäquate Betreuung in der letzten ihnen verbleibenden Lebenszeit bereitzustellen intendiert. Dabei konnten sich die Mitarbeiter an amerikanische Vorbilder anlehnen, mußten aber dennoch Neuland betreten, weil patientenorientierte Betreuungskonzepte in den Akutbereichen der Krankenversorgung hierzulande bislang kaum realisiert sind.

Neuland betreten und den dazu erforderlichen Pioniergeist entwickeln mußten die Mitarbeiter auch in der Folgezeit, denn obschon das AVK als Krankenhaus der Zentralversorgung nicht über entsprechende Ressourcen für medizinwissenschaftliche Forschung und die Entwicklung von Behandlungsschemata verfügt, stellte sich die Infektiologie des AVK ebenfalls der medizinischen Herausforderung und erwarb sich auch auf medizinischem Gebiet einen über die Grenzen Berlins hinausreichenden Ruf. Dabei hatte sie der raschen Wissensexpansion Rechnung zu tragen, die alsbald im Aids-Bereich einsetzte, wie auch dem durch die Fortschritte in der Medizin ausgelösten Wandel der Betreuungsanforderungen. Auf beides vermochte sie zu reagieren und dieses - das sei noch einmal explizit betont -, ohne institutionell auf solche Aufgaben ausgerichtet zu sein. Daß diese Entwicklung möglich war, ist entscheidend auf den Pioniergeist der Mitarbeiter zurückzuführen und ebenso darauf, daß sie ihrem Handeln das Charisma des Avantgardehaften verleihen konnten. Beides ermöglichte ihnen, sich in außergewöhnlichem Maße zu engagieren, traditionelle Strukturen in Bewegung zu bringen und die Unwägbarkeiten und Sonderleistungen, die mit dem Betreten von Neuland verbunden sind, abzufedern.

Unsere Analyse hat jedoch auch gezeigt, daß bei der Realisierung der Reformbemühungen Schwächen zu verzeichnen sind, die allerdings nicht verwundern, wird bedacht, daß es auch im AVK (wie im übrigen in allen Schwerpunktkrankenhäusern) keinerlei Implementationshilfe bei der Umsetzung der für die Betreuung von Aids-Patienten entworfenen Konzepte bzw. Modelle gegeben hat. Im AVK hat das zur Folge, daß die Realisierung des Betreuungskonzepts nicht mit der genügenden Konsequenz betrieben

wurde. Eine konzeptangemessene Zielrealisierung hätte tiefgreifende Umstrukturierungsprozesse des alltäglichen Stationsgeschehens und seiner Funktions- und Arbeitsweise erfordert, als sie tatsächlich erfolgten. So haben die Reformbemühungen letztendlich den Charakter einer *Liberalisierung*, ja gewissermaßen einer *Modernisierung* traditioneller und für obsolet befundener Modalitäten der Krankenbehandlung. Diese Entwicklung ist gemeint, wenn wir betonen, daß das AVK mit Öffnungstendenzen reagierte. Es »öffnete« sich den Forderungen der Patienten bzw. den Anforderungen durch Aids, reagierte aber nicht mit Umgestaltungen, die die gegebene Ordnungsstruktur des Krankenhauses grundlegend verändert hätten. Dadurch existieren - so haben wir mehrfach gezeigt - traditionelle Strukturen und neue, konträr zu ihnen liegende Betreuungsvorstellungen nebeneinander. Weil letztere institutionell nicht hinreichend abgesichert sind und außerdem im Widerspruch zu den institutionell sanktionierten und verankerten Vorstellungen der Krankenbehandlung stehen, können sie bei steigendem Arbeitsdruck durch wachsende Patientenzahlen und Zunahme schwerster Krankheitsbilder nicht aufrechterhalten werden. Traditionelle Formen der Betreuung gewinnen dann die Oberhand. Die Realisierung der Reformelemente ist damit von der Verfügbarkeit an Energie und von der individuellen Handlungskapazität der Mitarbeiter abhängig.

Insgesamt liegt die Umsetzung der Innovationen zu weit im Ermessensspielraum der einzelnen Mitarbeiter und ist zu weit ihrem individuellen Handlungsvermögen überlassen. Anders gesagt: Auch bei den vorgenommenen Veränderungen des Stationsalltags fehlt es an hinreichender institutioneller Absicherung. Das hat unsere Analyse ebenfalls gezeigt. Solange beispielsweise »rooming-in« ein »Zugeständnis« bleibt, das institutionell toleriert, aber nicht offiziell sanktioniert ist und keine dementsprechende Berücksichtigung im institutionellen Gefüge findet, obliegt den einzelnen Mitarbeitern die Realisierung und auch die Bewältigung der damit verbundenen Mehrarbeit. Solche institutionellen Absicherungen von Innovationsbestrebungen dürfen nicht allzu »pragmatisch« organisiert sein, weil sie dann mit eben jener Ordnungsstruktur korrespondieren, die eigentlich modifiziert werden sollte. Das ist insbesondere dem Versuch um die Herstellung ineinandergreifender und weniger asymmetrischer als sonst für das Krankenhaus üblichen Formen der berufsübergreifenden Kooperation zu entnehmen.

Ähnliches ist auch Hinblick auf ein anderes Element des Betreuungskonzepts zu konstatieren, nämlich die neu in den Krankenhausalltag eingezogenen Berufs- und Helfergruppen: die Psychologen und die informellen Helfer. Unsere Analyse hat gezeigt, daß sie sich offenkundig schwer tun, ein klares und von den Tätigkeiten anderer Berufe ab-

gegrenztes Aufgabenprofil zu entwickeln und eine nicht konkurrenente Beziehung zu den angestammten Berufen auszubilden. Einer der Gründe dafür liegt darin, daß der Integration der neuen Helfergruppen in den Stationsalltag und das bestehende Gefüge der Arbeitsteilung der angestammten Berufe nicht genügend Beachtung geschenkt wurde. Es reicht nicht, lediglich Raum für neue Betätigungsmöglichkeiten zu schaffen, vielmehr müssen diese Tätigkeiten mit den Leistungen anderer abgestimmt und in das bestehende Organisationsgefüge integriert werden. Sonst kommt es zu Diffusionen und Überschneidungen der Arbeitsgebiete, wie wir am Beispiel der Entlassungsvorbereitung und Versorgungsorganisation gezeigt haben. Sie haben zur Folge, daß sich unterschwellig neue Hierarchisierungen herausbilden, die den mit den Teamworkansprüchen verbundenen Enthierarchisierungsbestrebungen der berufsübergreifenden Kooperation zuwiderlaufen. Beobachtet werden konnte zudem, daß die Psychologen die Unklarheiten ihre Aufgabenstellung dadurch kompensieren, daß sie ihrem Arbeitsgebiet klientenbezogene Aufgaben anderer Berufe subsumieren. Von jeher schon als »schwache Professionen« klassifizierte Berufe (Freidson 1986), wie die Sozialarbeit und die Pflege, werden damit in der Hierarchie der Berufe im Krankenhaus weiter nach unten abgedrängt und ihr Handlungsfeld entleert. Ein anderer Grund, weshalb die neuen Berufe und Helfergruppen sich schwer tun, ein klares Aufgabenprofil zu entwickeln, besteht darin, daß sie in nahezu jeglicher Hinsicht Handlungskonzepte für ihr Arbeitsfeld selbst entwickeln müssen, wobei sie zugleich auf dessen sich rasch wandelnden Bedingungen zu reagieren haben.

Bislang kompensieren diese Helfergruppen, wie auch die anderen Mitarbeiter der Infektiologie, all diese Herausforderungen durch hohes Engagement und - so betonten wir - durch Pioniergeist. Beide sind allerdings nicht beliebig strapazierbar. Mit der Gewöhnung an Aids und daran, daß jeder Erfolg neue Aufgaben und Herausforderungen provoziert, sowie der damit einhergehenden Dauerbelastung zeigen sich Abnutzungerscheinungen. Bei den Ärzten können sie teilweise dadurch kompensiert werden, daß sie ihr Engagement auf den Bereich der medizinischen Behandlung verlegen. Bei den anderen Berufen gibt es allerdings keine solchen Verlagerungsmöglichkeiten, die als Regenerationsquelle von Pioniergeist und Charisma zu fungieren vermögen. Sie sind deshalb wesentlich mehr der Gefahr von Auszehrung angesichts der mit innovativem Handeln einhergehenden Herausforderungen und Unwägbarkeiten ausgesetzt.

Nicht zuletzt das deutet darauf, daß es einer *zweiten Welle von Reformen* bedarf, um die Intentionen des Schöneberger Modells zu realisieren. Dafür sprechen vor allem zwei

Momente: Erstens bedarf es einer Regulation bzw. Korrektur der Implementationsdefizite der ersten Welle von Innovationen. Zweitens besteht perspektivisch gesehen die Notwendigkeit, die Innovationen an den besonders störanfälligen Schwachstellen dem Wandel des Arbeitsfelds anzupassen. Die steigenden Zahlen an Aids-Kranken bei gleichzeitiger Zunahme schwerster Erkrankungen und die Veränderung der sozialen Zusammensetzung der Patienten haben zu neuen Aufgabenstellungen geführt. Das erfordert eine Modifikation bestehender Konzepte bzw. möglicherweise sogar eine Neukonzipierung der stationären Betreuung. Leitgedanke der zweiten Reformwelle sollte demzufolge sein, die ursprünglich angestrebten Innovationen konsequenter umzusetzen und institutionell abzusichern und das Konzept systematisch an die neuen Anforderungen anzupassen. Durch eine solche Fortsetzung des eingeschlagenen Reformweges könnte das »Schöneberger Modell« seinen Vorbildcharakter auch für andere Bereiche der Versorgung chronisch Kranker bewahren.

Betrachten wir abschließend die Anstrengungen des AVK mit Blick auf die *versorgungsstrukturellen* Implikationen des Modells. Mit dem Schöneberger Modell war intendiert, nicht nur eine krankheitsangemessene Betreuung bei HIV und Aids, sondern auch eine Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung auf informellem Wege, d. h. ohne eine institutionalisierte Zwischeninstanz, zu leisten. Die Erfahrungen haben gezeigt, daß es in der Tat möglich ist, auf diese Weise eine kontinuierliche und integrierte Betreuung von Aids-Patienten zu gewährleisten. Sie haben jedoch auch gezeigt, daß es dazu bestimmter Voraussetzungen bedarf. Allen voran ist hier die anzuführen, daß dazu - soll zugleich das Ziel verfolgt werden, Krankenhausaufenthalte kurz zu halten - ein hohes Maß an aids-spezifischen Kompetenzen in der ambulanten Versorgung notwendig ist. Ohne die Existenz von Aids-Schwerpunktpraxen und damit von niedergelassenen Ärzten, die hochgradig aids-expertisiert sind, und ohne ambulante Pflegeanbieter, die sich den Pflegeanforderungen schwerst- und intensivpflegebedürftiger Patienten stellen, ist das Modell nicht realisierbar bzw. ist die Kontinuität der Betreuung nicht so nahtlos herstellbar wie eigentlich intendiert.

Eine andere Voraussetzung besteht darin, daß sich das Krankenhaus für die Belange der ambulanten Betreuungsinstanzen öffnet. Diese wurde im Schöneberger Modell geradezu vorbildhaft realisiert. Ob die dazu unternommenen Anstrengungen angesichts der steigenden Patientenzahlen in der derzeitigen Form aufrechterhaltbar sind, scheint uns fragwürdig; ebenso, ob sie ausdehnbar sind, wird die Zahl der Kooperationspartner im ambulanten Sektor größer. Wir haben mehrfach betont, wie wichtig für das Funktionie-

ren des Schöneberger Modells die überschaubare Anzahl der Kooperationspartner und die Existenz persönlicher Arbeitsbeziehungen sind. Eine Ausweitung geht zwangsläufig mit Anonymisierungen einher, und diese wiederum wirken sich beeinträchtigend auf die Kommunikation aus.

Als drittes möchten wir betonen, daß das Schöneberger Modell entscheidend daran gebunden ist, daß Fragen der Versorgungssteuerung mit großer Vehemenz betrieben werden. Diese sind zwar stellenweise verbesserungsbedürftig, dennoch zeigen die Erfahrungen, daß es gelingt, Betreuungskontinuität herzustellen, wenn nichtmedizinische Berufe - vor allem Sozialarbeit und psychosoziale Begleitung - einbezogen sind und wenn die innerhalb und außerhalb des Krankenhauses an der Betreuung von Aids-Patienten beteiligten Akteure bereit sind, sich für den gesamten Versorgungsverlauf ihrer Patienten und nicht nur für den von ihnen zu bearbeitenden Ausschnitt zu engagieren. Das sollte vielleicht selbstverständlich sein, ist es aber angesichts des Organisations- und Professionsseparatismus im hiesigen Gesundheitswesens nicht. Den Akteuren wird also eine Vielzahl »Sonder«leistungen abverlangt, die gegenläufig zur gängigen Handlungspraxis sind und von denen wir zeigten, daß sie nicht beliebig ausdehnbar sind. Auch diesbezüglich scheint uns notwendig, stützende und absichernde Strukturen zu schaffen, die ermöglichen, die unternommenen Schritte dauerhaft aufrechtzuerhalten und sie vor Erosionen zu bewahren.

3.5 Kontrastiver Vergleich

An diesem Punkt der Analyse angekommen, ist erforderlich, sich das Anliegen der Untersuchung in Erinnerung zu rufen, denn nun geht es darum, die Fallstudien gemeinsam zu betrachten und sie zu kontrastieren.

Wir hatten gefragt, ob die im Zusammenhang mit Aids neu entstandenen Versorgungsstrukturen eine der Krankheit sowie dem Krankheitsverlauf und der Situation der Patienten angemessene Betreuung ermöglichen. Speziell interessierten uns die Handlungspraktiken der professionellen Akteure und die Frage, ob die von ihnen gebahnten Versorgungspfade eine integrierte und lückenlose Behandlung und Versorgung gewährleisten. Bei der Analyse der stationären Versorgung haben wir uns deshalb von vornherein darauf konzentriert, solche Bereiche - bzw. richtiger gesagt: Nahtstellen - sowohl zwischen den mit der Versorgung und Betreuung von Aids-Patienten befaßten Institutionen wie auch zwischen den Leistungen der unterschiedlichen Berufe zu untersuchen, an denen Versorgungsdiskontinuitäten mehr oder minder »vorprogrammiert« sind. Vor allem interessierte uns, wie sie die Verknüpfung von stationärer und ambulanter Betreuung regulieren und durch welche Kooperationsformen sie sie absichern. Dazu haben wir drei Modelle betrachtet, die sich zum Ziel gesetzt haben, die das hiesige Gesundheitswesen kennzeichnende Trennung zwischen intra- und extramuraler Versorgung zu überwinden. Sie wurden sowohl hinsichtlich ihrer Funktions- und Arbeitsweise (Binnenstruktur) wie auch der Regulation der jeweiligen Übergänge - in die stationäre Versorgung hinein und des Transfers zurück in die ambulante Versorgung (entry-exit) - untersucht. Welchen Problemen die unterschiedlichen von uns analysierten Einrichtungen ausgesetzt sind, haben wir bereits dargestellt; ebenso, welche Schwierigkeiten den Modellen aus versorgungsstruktureller Perspektive betrachtet innewohnen. All das wollen wir hier nicht wiederholen. Nun interessiert uns die Frage, welche Konsequenzen für den Nutzer und seinen Weg durch die versorgenden Instanzen erwachsen, wird er von einer Einrichtung des Modells A, B oder C betreut.

Bevor wir dieser Frage im einzelnen nachgehen, möchten wir auf die regionalen Besonderheiten eingehen. Im Hinblick auf die Versorgungssituation in Berlin ist zunächst einmal ähnliches festzustellen wie für die ambulante medizinische Versorgung. Aids-Patienten treffen in Berlin auf ein im Vergleich zu anderen Regionen durchaus umfangreiches und auch differenziertes Versorgungsangebot. Obschon einzelne Krankenhäuser an der Grenze ihrer Kapazität angelangt sind, gibt es bislang noch keine so eklatanten Engpässe bei den für Aids-Patienten zur Verfügung stehenden Betten wie in anderen Zen-

tren der Prävalenz. Aids-Kranken stehen in Berlin außerdem alle derzeit in der Aids-Krankenversorgung vorfindbaren Modelle zur Verfügung, und das unterscheidet die Berliner Situation ebenfalls von der anderer Regionen. Daraus zu schlußfolgern, die stationäre Versorgung von Aids-Patienten habe hier mit keinerlei Schwierigkeiten zu kämpfen, wäre allerdings verfehlt. Kostenprobleme, Personalprobleme (vor allem was die finanzielle Sicherstellung der personellen Ausstattung anbetrifft) und teilweise auch übermäßiger Belegungsdruck kennzeichnen den Alltag und das auch trotz der relativ guten ambulanten medizinischen Versorgung (siehe Kapitel 2).

Insgesamt ist auch in Berlin im stationären Sektor merklich spürbar, daß die Zahl der Aids-Kranken in den letzten Jahren deutlich gestiegen ist. Die Krankenhäuser sind heute mit sehr viel mehr Aids-Patienten konfrontiert. Gleichzeitig sind die aufgenommenen Patienten schwerer erkrankt, weil - wie wir mehrfach betonten - etliche der zu Aids gehörenden Krankheiten aufgrund der besseren Therapiemöglichkeiten heute ambulant behandelbar sind. Für die Patienten geht diese Entwicklung damit einher, daß sie trotz großen Bemühens der professionellen Akteure nicht unbedingt auf eine individualisierte und ihrer besonderen psychischen und sozialen Situation Rechnung tragende Betreuung im Krankenhaus setzen können. Überbelastetes Personal und großer Arbeitsdruck auf den Stationen stellen heute die Regel dar. Der Umgang mit Aids-Patienten ist routinierter, aber aufgrund der Routinisierung oftmals auch karger, weniger patientenorientiert oder - mit den Worten der Mitarbeiter ausgedrückt - »zügiger« geworden. Bei den Transferbemühungen auf dem Weg zurück in die ambulante Versorgung macht sich das besonders bemerkbar. Denn die Bemühungen um eine Verknüpfung mit der ambulanten Versorgung und die Herstellung von Betreuungskontinuität mindern die Zeit für die Bewältigung der vielfältigen medizinischen Aufgaben und geraten angesichts deren Komplexität zunehmend in den Hintergrund. Für die Patienten ist das folgenreich: Ist ihr Fall schwierig und aufwendig, von komplizierten und nervenraubenden Sonderproblemen durchzogen, müssen Aids-Patienten davon ausgehen, daß der Transfer in die ambulante Versorgung weitaus weniger sorgfältig reguliert wird als in der Aids-Krankenversorgung programmatisch eigentlich beabsichtigt. Verläuft er aber schlecht, treffen die Patienten auf einen niedergelassenen Arzt, der unter Umständen nicht recht weiß, wie er die Behandlung fortsetzen soll, und auf soziale oder pflegerische Dienste, deren Leistungen nicht unbedingt ihrem Bedarf entsprechen oder ihm gerecht zu werden vermögen.

Ein nicht minder großes Problem geht mit der Chronifizierung der Krankheit einher. Aids-Patienten leben heute länger, müssen aber im Verlauf der Krankheit häufiger in das Krankenhaus eingewiesen werden. Und vermehrt geraten sie in die Situation, daß die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind und sie zu Pflegefällen werden, für deren Betreuung sich die Akutkrankenhäuser eigentlich nicht zuständig fühlen und es gemäß ihrer Zielsetzung auch nicht sind. Noch ist der Kostendruck bei Aids-Patienten nicht so groß, daß Verweildauerprolongierungen - eine der wichtigsten Strategien, durch die diese Situation innerinstitutionell auszugleichen versucht wird - ernsthafte Schwierigkeiten machen. Meist können die sogenannten »Aids-Chroniker« in der Akutversorgung bleiben, weil vermieden werden kann, daß sie offiziell als solche deklariert werden müssen. Erhöht sich der Kostendruck aber, genauer gesagt: der Druck der Kostenträger, bedarf es dringend Chronikerbetten für Aids-Patienten, und diese gibt es in Berlin derzeit kaum. Auch Hospize, also krankenversorgende Einrichtungen für terminal Kranke, die sich explizit der Aufgabe der Sterbebegleitung verschreiben, fehlen völlig. Noch dringlicher werden zusätzliche Kapazitäten in der ambulanten Pflege benötigt. Mit dem Auslaufen des Modellprogramms »Ausbau ambulanter Hilfen für Aids-Erkrankte im Rahmen von Sozialstationen« wurden gerade diese beschnitten, und es ist fraglich, ob innerhalb der derzeit vorhandenen Strukturen mehr als bislang üblich (chronisch kranke) Aids-Patienten gepflegt und entsprechende, hinreichend umfassende Betreuungen in den Spätphasen der Krankheit durchgeführt werden können. Für die Patienten bedeutet das, daß sie in diesen Krankheitsstadien möglicherweise auf empfindliche Versorgungsdefizite stoßen, die sich für sie um so deutlicher bemerkbar machen werden, je ausgedünnter und brüchiger das soziale Netz ist, über das sie verfügen. Auch für die stationäre Versorgung erwachsen daraus gravierende Konsequenzen. Wenn keine hinreichenden ambulanten Pflegekapazitäten - und das bedeutet Möglichkeiten der häuslichen Pflege von schwerstpflegebedürftigen und terminal kranken Patienten - oder Chronikerbetten zur Verfügung gestellt werden, obliegt mehr oder minder den Krankenhäusern die Betreuung in den Spätstadien der Krankheit, womit auch sie definitiv an Kapazitätsgrenzen stoßen.

Vergleichen wir nun die einzelnen Modelle. Jedes der von uns analysierten Modelle steht korrespondierend zu den aufgezeigten Möglichkeiten der ambulanten ärztlichen Versorgung für *einen bestimmten Versorgungspfad*. Dieser ist weniger durch die versorgungsstrukturellen Implikationen der Modelle determiniert als vielmehr durch die ausgebildeten Kooperationsmodi und die Kompatibilität des Leistungsangebots der jeweiligen Kooperationspartner.

So haben wir beispielsweise für die HIV-Ambulanz und die Tagesklinik aufgezeigt, daß sie nicht zuletzt aufgrund ihres sehr umfangreichen Leistungsangebots weitgehend mit niedergelassenen Ärzten kooperieren, deren Interesse darin besteht, die Diagnostik und auch die Behandlung von Aids-Patienten weitgehend an eine spezialisierte Instanz zu delegieren und einen Kooperationsmodus zu etablieren, der ihnen ermöglicht, diese Patienten der Praxis erhalten, ohne aber für die aufwendigen Teile der Betreuung zuständig zu sein. Hingegen obliegt dem Konzept des Schöneberger Modells zufolge den niedergelassenen Ärzten ein weitaus größerer Teil der Behandlung und Betreuung. Folglich arbeiten hier überwiegend aids-spezialisierte Dienstleister zusammen, deren Leistungsangebot anders konturiert ist als in den oben genannten Modellen und die damit korrespondierend andere Formen der Zusammenarbeit ausgebildet haben.

Die Reichweite der Kooperationen ist in jedem der Modelle begrenzt, und dieses charakterisiert in entscheidender Weise die geebneten Pfade durch die stationäre, die ambulante medizinische und die pflegerische Versorgungslandschaft. Denn ein jedes Modell repräsentiert ein bestimmtes *Set von Versorgungsangeboten*. Die einzelnen Bestandteile dieses Sets aber sind nicht austauschbar, weil - wie wir betonten - die jeweiligen Leistungsangebote sich nicht nahtlos zusammenfügen. Unsere Analyse der stationären Versorgung hat bestätigt, daß beispielsweise eine Zusammenarbeit von krankenhausbetriebenen Ambulanzen und Tageskliniken und Aids-Schwerpunktpraxen undenkbar ist, da beide dieselbe Expertise beanspruchen. Andererseits ist ein Patient, der in einem Krankenhaus vom Typus des Modell C und zugleich von einem von und als solchen bezeichneten »Normalarzt« behandelt werden möchte, im Verlauf der Krankheit gezwungen, den niedergelassenen Arzt zu wechseln oder zusätzlich einen Arzt mit hinreichender Aids-Expertise hinzuziehen, da das Modell keine ambulante Versorgung durch das Krankenhaus vorsieht, das Leistungsangebot des Krankenhausbereichs hier also sehr viel beschränkter ist und der Patient folglich einen ambulant tätigen Arzt benötigt, der jenen Behandlungsbedarf abdeckt, der in den Modellen A und B durch die institutionalisierten Zwischeninstanzen zwischen intra- und extramuraler Versorgung reguliert wird. Mit anderen Worten: Der Patient kann nicht beliebige Teile eines einmal betretenen Versorgungspfades mischen, sondern ist auf die mit dem Modell verbundenen Pfade verwiesen, in dessen Obhut er sich begeben hat. Mischt er dennoch Teile bestehender Versorgungssets, riskiert er Versorgungsbrüche, weil die Einzelteile eines jeden Sets nur innerhalb des jeweiligen Verbundsystems in der Summe eine einigermaßen integrierte Versorgung ergeben. Wechselt er gar zwischen den Versorgungssets, d. h. zwischen den

sie repräsentierenden Pfaden, ist die Kontinuität seiner Betreuung ebenfalls zumindest temporär in Frage gestellt. Und in jedem Fall ist ein Wechsel für ihn mit einer ganzen Reihe von Umstellungsprozessen verbunden. Denn er muß dann den Austausch aller Behandlungsinstanzen und Betreuungspersonen verarbeiten, neue Vertrauensbeziehungen aufbauen, sich auf andere Behandlungs- und Betreuungsroutinen einstellen etc. Bei der noch ausstehenden Analyse der Patientenperspektive werden wir fragen müssen, wie die Patienten mit diesen Vorgaben umgehen, ob sie Versorgungspfade mischen, Umgehungsstrategien der damit für sie einhergehenden Restriktionen entwickelt haben und wie sie die Konsequenzen dessen bewältigen, verlassen sie einen einmal betretenen Versorgungsweg.

Betonenswert scheint uns mit Blick auf die ausgebildeten Kooperationsmodi der professionellen Akteure in den jeweiligen Modellen ein weiteres. Gemeinsam ist allen, daß sie funktional sind, wenn auch nicht immer, so möchten wir nochmals betonen, modelladäquat. Sie unterscheiden sich aber grundlegend sowohl hinsichtlich der Gewichtung der Verteilung der Anteile der stationären und ambulanten Versorgung an der Betreuung als auch was die Definitionsmacht über den Verlauf der Versorgung anbetrifft. Alle sind zwar an dem Postulat orientiert, daß die Behandlung von HIV- und Aids-Patienten überwiegend ambulant erfolgen sollte, doch obliegt die Steuerung des Behandlungs und Versorgungsverlaufs im Modell A und B vornehmlich dem stationären Sektor, während im Modell C die Gewichtung umgekehrt ist. Prioritär erfolgt die Behandlung hier durch niedergelassene Ärzte, also durch Betreuungsinstanzen, die zur ambulanten Versorgung gehören, und auch der Verlauf der Versorgung wird in diesem Modell sehr viel mehr von ihnen als vom Krankenhaus gesteuert. Für die Patienten ist das über weite Strecken ihres Krankheitsverlaufs scheinbar folgenlos. Ihnen scheint es sogar vielfach attraktiver zu sein, auch die ambulante Betreuung einer Krankenhauseinrichtung zu überlassen, weil sie glauben, dadurch über den Rückhalt einer bettenführenden Abteilung, also einer umfassenderen Versorgung, zu verfügen. Im Spätstadium der Krankheit erweist sich die das Modell A und B charakterisierende Gewichtung jedoch als prekär, weil die Befugnisse und die Möglichkeiten des stationären Sektors nicht weitreichend genug sind, um dann eine krankheitsangemessene ambulante Versorgung sicherzustellen.

Betrachten wir nun die *Unterschiede der von den professionellen Akteuren der Modelle gebneten Versorgungswege*.

HIV-Ambulanzen gewähren nur so lange eine Verknüpfung von stationärer und ambulanter Versorgung, wie die ambulante Betreuung in der Ambulanz stattfindet. Oft haben

sie mit einer doppelten Schwierigkeit zu kämpfen. Vor allem wenn sie aus den poliklinischen Sprechstunden hervorgegangen sind, ist ihre Integration in den Klinikbetrieb in der Regel insuffizient. Die Verbindung zur stationären Versorgung ist dann relativ lose. Noch problematischer aber ist zumeist ihre Einbindung in das Netz ambulanter Betreuungsinstanzen. Häufig haben sie keine nennenswerten Kooperationsstrukturen ausgebildet und sehen sich dazu aufgrund der sie charakterisierenden Ressourcenknappheit auch nicht in der Lage. Und oft übernehmen sie primärversorgende Funktionen - sei es, weil keine hinreichenden Versorgungsstrukturen im ambulanten Bereich zur Verfügung stehen oder sie der Vernetzung zu wenig Beachtung geschenkt haben -, ohne aber konzeptionell dafür geeignet zu sein und ohne über die dazu notwendigen Möglichkeiten zu verfügen. Ein Sozialarbeiter, Kapazität für psychosoziale Begleitung und adäquate Versorgungssteuerung fehlen ihnen, und das erweist sich als problematisch, wenn der Betreuungsbedarf rein medizinische Belange übersteigt, was bei Aids-Patienten immer über kurz oder lang der Fall ist.

Die Tagesklinik hat mit ähnlichen Schwierigkeiten zu kämpfen. Sie verfügt zwar über bessere Ressourcen, aber lediglich hinsichtlich der medizinischen Betreuungserfordernisse. Konzeptionell zielt sie auf Patienten, die ansonsten stationär aufgenommen werden müßten. Gerade bei diesen Patienten geht es in der Regel nicht einzig um medizinische Probleme. Meist müssen die Patienten auch pflegerisch betreut werden, bedürfen sozialer Hilfen etc. Dafür stehen auch der Tagesklinik keinerlei Ressourcen zur Verfügung, da die Vermittlung dieser Hilfen den versorgungsstrukturellen Implikationen des Modells zufolge den niedergelassenen Ärzten überlassen ist. Da diese aber glauben, auch versorgungssteuernde Aufgaben delegiert zu haben, entsteht auf diesem Versorgungspfad meist eine Lücke bei dem Übergang von ein- zu mehrdimensionaler Hilfe. Außerdem stehen Tageskliniken noch mehr in Gefahr, primärversorgende Funktionen zu übernehmen, weil ihr Leistungsangebot umfassender ist.

Für die Patienten hat das folgende Konsequenzen. Über lange Strecken des Krankheitsverlaufs ist die Versorgung durch die Modelle A und B attraktiv. Sie haben ein großes Leistungsspektrum unter einem Dach versammelt, müssen beispielsweise zur Abklärung diagnostischer Fragen nicht unterschiedliche Ärzte aufsuchen, sondern können sich innerhalb einer Einrichtung bewegen. Außerdem können sie bei Bedarf mehr oder minder direkt in die stationäre Versorgung überführt werden. Bei der Regulation von Versorgungsfragen aber sind sie weitgehend auf sich selbst verwiesen oder auf Einrichtungen, die bestenfalls lose mit den sie betreuenden medizinischen Instanzen kooperieren. Da

sie aber oftmals zu schätzen lernten, daß ihnen eine umfassende Versorgung zur Verfügung gestellt wird, birgt die ihnen dann plötzlich abverlangte Autonomie Überforderungstendenzen in sich. Erschwerend kommt hinzu, daß all diese Fragen in einer Phase des Krankheitsverlaufs relevant werden, in der sie in ihrem Handlungsvermögen zunehmend eingeschränkt sind. Wir haben darauf verwiesen, daß die Modelle A und B sich gerade in den Spätstadien als problematisch erweisen. Entweder riskiert der Patient dann aufgrund der schlechten Einbindung in das Netz ambulanter Betreuungsinstanzen und der unzureichenden Ressourcen für die Vermittlung von sozialen und pflegerischen Hilfen Versorgungsdiskontinuitäten und -defizite, oder er wird häufiger hospitalisiert als notwendig wäre.

Diesen beiden Modellen, in denen die Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung durch ein institutionalisiertes Bindeglied erfolgt, steht der Versuch gegenüber, die Desintegration durch verstärkte Kooperation zu überwinden. Dieses Modell bewegt sich innerhalb der traditionellen Lösungsmuster und versucht, deren Mängeln auf informellem Weg zu begegnen.

Anders als bei den Modellen A und B stehen im Modell C Ressourcen für die Vermittlung sozialer Hilfen und psychosoziale Begleitung zur Verfügung und dienen sowohl zur Optimierung der Betreuung also zur Verbesserung der Binnenstruktur, wie auch der Gestaltung des Übergangs in die ambulante Versorgung. Der Einbindung des Krankenhauses in die ambulante Versorgung und der Verknüpfung mit anderen in die Betreuung von Aids-Patienten involvierten Instanzen und Diensten wird hier hohe Aufmerksamkeit zuteil. Das gleiche gilt für Fragen der Versorgungssteuerung und so auch für die Herstellung nahtloser Übergänge von der stationären in die ambulante Versorgung. Unsere Analyse hat gezeigt, daß besonders auf der Ebene ärztlichen Handelns eine bemerkenswert enge Zusammenarbeit und eine hohe Kommunikationsdichte installiert wurden. Ihnen unterliegt eine Neubewertung des Verhältnisses von Krankenhaus- und ambulanter Medizin, und dank beider Momente gelingt es den Ärzten, die Kontinuität der medizinischen Behandlung bei Aids-Patienten sicherzustellen. Auf dem Gebiet der berufsübergreifenden Kooperation hingegen sind Defizite zu verzeichnen. Sowohl überinstitutionell, doch mehr noch innerinstitutionell ist die berufsübergreifende Kooperation vor Schwierigkeiten gestellt, nicht zuletzt, weil sie mit der Hierarchie der Berufe im Gesundheitswesen kollidiert und die Überwindung des für das hiesige Gesundheitswesen charakteristischen Professionsseparatismus nicht so einfach ist, wie bei der Modellkonzipierung angenommen.

Für die Patienten, die sich auf dem durch dieses Modell konstruierten Versorgungspfad bewegen, erwachsen daraus folgende Konsequenzen. Während ihre medizinische Betreuung in diesem Modell bis in die Spätphasen der Krankheit hinein relativ lückenlos verläuft, ist ihre weitergreifende Versorgung zwar reguliert und somit sicherer als in den Modellen A und B, aber dennoch zuweilen von Desintegration und Unwägbarkeit gekennzeichnet. Die Schwierigkeiten der berufsübergreifenden Kooperation machen sich für sie dergestalt bemerkbar, daß der Vermittlung sozialer, pflegerischer und sonstiger, über rein medizinische Belange hinausgehender Maßnahmen nicht die Konsequenz zuteil wird, die sie in diesem Modell potentiell erfahren könnte.

Als schwierig kann sich für sie auch erweisen, daß die innerhalb dieses Modells herstellbare Versorgungsintegration darauf angewiesen ist, daß alle Kooperationspartner auf die Betreuung von Aids-Patienten spezialisiert sind und die versorgungsstrukturellen Implikationen des Modells teilen. Solche Voraussetzungen sind nur in wenigen Regionen gegeben und stellen auch in Gebieten mit guter ambulanter aids-spezifischer Infrastruktur - wie beispielsweise Berlin - einzelne Glieder dieses Versorgungsverbunds, so vor allem die ambulante Pflege, vor Schwierigkeiten. Nur wenige Pflegeanbieter sehen sich in der Lage, die an sie gestellten Anforderungen zu erfüllen, beispielsweise die Betreuung von Schwerstkranken zu übernehmen oder Sterbebegleitungen durchzuführen, so daß leicht Kapazitätsprobleme in diesem Bereich entstehen. Sie werden durch das Auslaufen des Bundesmodellprogramms »Ausbau ambulanter Hilfen für Aids-Erkrankte im Rahmen von Sozialstationen« verschärft. Für die Patienten ist das unter Umständen folgenreich. Stehen keine hinreichenden ambulanten Pflegemöglichkeiten zur Verfügung oder müssen sie von einem Pflegeanbieter versorgt werden, der die versorgungsstrukturellen Implikationen des Modells nicht teilt, ist ein Verbleib in der häuslichen Umgebung nicht sichergestellt.

Ein anderes Problem kennzeichnet dieses Modell und den ihm zugehörigen Versorgungspfad. Eine Verbesserung des Brückenschlags von der stationären in die ambulante Versorgung soll hier durch eine Modifikation angestammter Handlungsrountinen der professionellen Akteure erfolgen. Dazu bedarf es zahlreicher Umstellungen und Lernprozesse, eines hohen Engagements und einer Vielzahl personaler Sonderleistungen. Diese sind auf Dauer nicht zu erbringen, verfügen sie nicht über abstützende und handlungsentlastende Strukturen. Außerdem benötigen Veränderungen als obsolet erachteter, aber eingeschliffener Handlungspraktiken immer auch damit konform gehende Umge-

staltungen der Handlungsbedingungen. Unterbleiben diese, existieren traditionelle Strukturen der Krankenbetreuung und des »people processing« und neue gegenläufige Versorgungskonzepte nebeneinander. Weil letztere nicht formell abgesichert sind und zudem tendenziell gegenläufig zu den institutionell sanktionierten Handlungspraktiken sind, können sie längerfristig und bei steigendem Arbeitsdruck - wie er durch das Anwachsen der Zahl an Aids-Erkrankten in die krankenversorgenden Einrichtungen Einzug gehalten hat und gerade auf diesem Pfad besonders besonders deutlich spürbar ist - nicht stringent aufrechterhalten werden. Für die Patienten geht damit einher, daß dann die traditionellen Lösungsmuster zur Regulierung des Transfers von einem Versorgungsbereich in den anderen zu greifen beginnen, womit sie mit all jenen Versorgungsdiskontinuitäten und -problemen konfrontiert werden, die die Situation chronisch Kranker hierzulande kennzeichnen.

Wir haben bereits betont, daß in diesem Modell eine größere Absicherung der Reformbestrebungen - vor allem jener, die mit der gegebenen Ordnungsstruktur kollidieren - erforderlich ist, damit die Innovationsbemühungen auf Dauer aufrechterhalten werden können und nicht unter der Hand im Alltag zerrieben werden. Wir möchten das an dieser Stelle deshalb noch einmal unterstreichen, da das Modell C Teil des quantitativ bedeutsamsten Versorgungspfades ist und die mit diesem Modell gewonnenen Erfahrungen, gerade weil es sich im Rahmen traditioneller Lösungsmuster bewegt und diese verändern will, für die Überwindung der Versorgungsmängel bei anderen chronischen Erkrankungen besonders interessant sind.

Bereits diese Darstellung der Unterschiede der durch die professionellen Akteure hergestellten Versorgungswege macht deutlich, daß ein jedes Modell bzw. ein jeder der geübten Wege mit *spezifischen Risiken* für die Patienten einhergeht. In den Modellen A und B resultieren diese daraus, daß die Behandlung hier immer weiter in den Krankenhausbereich hineinverlagert wird und die Verankerung in der ambulanten Versorgung schlecht ist. Versorgungsdiskontinuitäten sind in beiden Modellen in den Phasen des Krankheitsverlaufs zu befürchten, in denen Ambulanz/Tagesklinik und niedergelassene Ärzte auf eine nicht lediglich formale, sondern inhaltliche Kooperation angewiesen sind und wenn es um Fragen der Versorgungssteuerung geht. Sie werden in diesen Modellen eher vernachlässigt, und das beschert den Patienten im Verlauf der Krankheit punktuell immer wieder Probleme und in den Spätstadien unter Umständen sogar gravierende Versorgungsbrüche. Im Modell C resultieren diese aus der unzureichenden institutionellen Absicherung und der nicht genügenden Konsequenz bei der Umsetzung

der Reformbemühungen. Andere Risiken erwachsen daraus, daß alle Teile dieses Versorgungssets aids-spezialisiert sein müssen und eine so weitreichende Betreuung Schwerstkranker innerhalb des ambulanten Sektors, wie sie hier angestrebt wird, auf Strukturdefizite stößt.¹⁵

Die einzelnen Versorgungspfade gehen mit *unterschiedlichen Anforderungen* an die Patienten einher und werden offensichtlich von unterschiedlichen Patientengruppen genutzt. Wir haben darauf hingewiesen, daß die Modelle A und B offenkundig eher von Patienten präferiert werden, die Wert auf Anonymität legen, vorwiegend an medizintechnisch orientierter Betreuung und Nähe zum Krankenhaus interessiert sind und der traditionellen Arzt-Patienten-Beziehung nicht ablehnend gegenüberstehen. Das Modell B wird darüber hinaus vermehrt von Drogenabhängigen genutzt.¹⁶ Dagegen wird den Patienten im Modell C ein höheres Maß an Autonomie und auch an Offenheit bezüglich ihrer Krankheit abverlangt. Im Krankenhaus werden sie beispielsweise auf Stationen behandelt, die als »Aids-Stationen« bekannt sind. Im ambulanten Bereich werden sie von niedergelassenen Ärzten betreut, deren Praxen den Ruf haben, »Aids-Praxen« zu sein; und pflegerisch werden sie von Dienstleistern versorgt, bei denen zuweilen allein die Bezeichnung verrät, daß es hier um HIV und Aids geht. Diese Anforderungen werden, so unsere Analyse, von eher der Mittelschicht und offen mit ihrer Homosexualität umgehenden als den unteren sozialen Schichten angehörenden Patienten problemlos akzeptiert. Unterschichtangehörige, Drogenabhängige, Bluter etc. finden sich hier jedoch seltener ein, als es der epidemiologischen Realität entspricht, und dieses weist darauf, daß dieser Versorgungspfad nicht für alle Patientengruppen gleichermaßen geeignet ist und seine Konturierung nicht uneingeschränkt den Bedürfnissen aller Patienten entspricht. Das gleiche trifft auch für die anderen Pfade zu.

Betrachten wir die Modelle und die sie repräsentierenden Versorgungswege abschließend unter *Innovationsgesichtspunkten*, so muß konstatiert werden, daß der stationäre Bereich in ungeahnt flexibler Weise auf die Herausforderung durch Aids und Aids-Patienten reagiert und eine Reformfreudigkeit unter Beweis gestellt hat, die ihm oft abgesprochen wurde. Die hier gesammelten positiven wie negativen Erfahrungen sind für die

15 Dieses Problem werden wir bei unserer Analyse der Versorgung durch ambulante Pflegeeinrichtungen eingehender darstellen.

16 Das hat - wie wir zeigten - spezielle Gründe. Sie suchen nach Versorgungsmöglichkeiten, die ihnen eine weitgehende Handlungsfreiheit in bezug auf ihre Suchterkrankung gewähren, und diese finden sie hier eher als beispielsweise in der stationären Versorgung des Modell C realisiert.

gesamte Krankenversorgung aufschlußreich. Besonders interessant scheint uns zu sein, daß durch die Innovationsbereitschaft in der Aids-Krankenversorgung gezeigt werden konnte, daß auch bei schwersten Erkrankungen die Behandlung und Betreuung der Patienten weitgehend ambulant erfolgen kann und unterschiedliche Wege beschreitbar sind, um das in integrierter und lückenloser Weise zu gewährleisten. Welcher der hier vorgestellten Wege sinnvoll ist, steht in Abhängigkeit zu den regional verfügbaren Versorgungsstrukturen und auch - das soll nicht unterschlagen werden - der sozialen Zusammensetzung der Patienten. Das Modell C außerhalb der Zentren der Prävalenz und in Regionen mit schlechter aids-spezifischer Infrastruktur realisieren zu wollen, scheint uns unzweckmäßig. Der Umkehrschluß ist jedoch keineswegs zwingend. Denn gerade in Berlin, doch ebenso in anderen Regionen mit relativ guter Infrastruktur zeigt sich, daß die Modelle A und B nicht nur ebenfalls genutzt, sondern darüber hinaus der sozialen Situierung bestimmter Patientengruppen in besonderer Weise entgegenkommen.

Nicht unerwähnt lassen wollen wir jedoch ein weiteres. Generell zeigen die Erfahrungen der Aids-Krankenversorgung, wie Schwachstellen des Gesundheitswesens - so auch die Desintegration von stationärer und ambulanter Versorgung - überwunden werden können. Sie zeigen jedoch auch, welche Probleme sich bei dem Ansinnen stellen, dieses zu versuchen, und wie rasch Reformversuche Entgleisungstendenzen unterliegen. Es bedarf eben nicht einzig klug konzipierter Modellvorhaben und engagierter Akteure auf der Ebene des Modellvollzugs, um Innovationen zu initiieren und implementieren, sondern ebenso einer reagiblen Steuerungshilfe im Prozeß der Umsetzung (Mayntz 1983), damit sie zielgerecht verläuft und Fehlentwicklungen vermieden bzw. korrigiert werden können. Bemerkenswerterweise verfügt keines der Modelle über eine solche Implementationshilfe und ebensowenig über eine begleitende Evaluationsforschung. Doch gerade, wenn Strukturen in als reformresistent angesehenen Bereichen modifiziert werden sollen, ist eine Implementationsbegleitung und -steuerung unabdingbar, weil sonst zu meist - wie oft als Resultat von Reformversuchen im Gesundheitswesen bilanziert (exemplarisch Shadish 1990) - unter der Hand nur solche Ziele realisiert werden, die mit den gegebenen Strukturen in Einklang stehen. Meist werden dabei nur Teile des Vorhabens realisiert und oft die eigentlichen Intentionen der Innovationsbestrebungen deformiert oder gar verfehlt. Vielfach geht auch der Gesamtzusammenhang aus den Augen verloren und wird einzig der Binnenrationalität der jeweiligen Institution oder Profession gefolgt, was ebenfalls Modifikationen der Reformziele nach sich zieht und nicht selten solche, die die existenten Mängel des Versorgungssystems noch verschärfen. Unsere Analyse hat gezeigt, daß viele Unebenheiten der von den professionellen Akteuren in

der Aids-Krankenversorgung gebahnten Versorgungswege solchen Umsetzungsdefiziten geschuldet sind.

All das als Anlaß zu nehmen, um die in der Aids-Krankenversorgung erprobten Innovationen von sich zu weisen oder ihre Bedeutung zu relativieren, wäre verfehlt. Vielmehr verdanken wir der Aids-Krankenversorgung eine Vielzahl von Erfahrungen, die zeigen, wie Grenzen und auch Insuffizienzen der Versorgung chronisch Kranker überwunden werden können. Daß die Erfahrungen nicht einzig positiver Art sind, liegt gewissermaßen in der Natur der Sache. Wir meinen sogar, daß die aufgezeigten Probleme den Wert der hier gesammelten Erfahrungen nicht mindern, sondern ihn sogar gegenteilig erhöhen. Sie zeigen, worauf besonders geachtet werden muß, sollen ähnliche Vorhaben in anderen Bereichen der Krankenversorgung realisiert werden.

Literatur

- Auckenthaler, A. (1988): »Supervision«. In: R. Asanger/G. Wenninger: *Handwörterbuch der Psychologie*. München, Weinheim: Psychologische Verlagsunion
- Ahrens, H./Beißwenger, K.-D./Michels, I. (1988): *Aids und Drogen*. Aids-Forum D. A. H., Band 1. Berlin
- Badura, B. (Hg.) (1981): *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit*. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Beck, U./Bonß, W. (Hg.) (1989): *Weder Sozialtechnologie noch Aufklärung?* Analysen zur Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Beerlage, I./Kleiber, D. (1990): *Streß und Burnout in der Aids-Arbeit*. Berlin: Sozialpädagogisches Institut (SPI)
- Benjamin, A. E. (1989): »Perspectives on a Continuum of Care for Persons with HIV-Illness«. In: *Medical Care Review*, 46, 4, S. 411-438
- Bergmann, F./Ruf, B. (1991): *Die Tagesklinik - Ein neues Behandlungskonzept für Aids-Patienten*. Vortrag auf der Gemeinsamen Wissenschaftlichen Tagung »Versorgungsforschung im Gesundheitswesen« der Gesellschaft Sozialmedizin e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention in der Humboldt-Universität Berlin vom 12. bis 13. 9. 1991
- Bliesener, K./Köhle, K. (1986): *Die ärztliche Visite - Chance zum Gespräch*. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Bochow, M. (1989): *Aids und Schwule*. Individuelle Strategien und kollektive Bewältigung. Aids-Forum D. A. H., Band 4. Berlin
- Bollinger, H./Hohl, S. (1981): *SozialarbeiterInnen und Ärzte im Krankenhaus*. Eine Studie zum beruflichen Alltag. Frankfurt a. M.: Campus
- Bucher, R./Strauss, A. (1972): »Wandlungsprozesse in Professionen«. In: T. Luckmann/W. M. Sprandel (Hg.): *Berufssoziologie*. Köln: Kiepenheuer & Witsch, S. 182-197
- Daheim, H.-J. (1992): »Zum Stand der Professionssoziologie«. In: B. Dewe/W. Ferchhoff/F.-O. Radke (Hg.): *Erziehen als Profession*. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Opladen: Leske + Budrich, S. 21-35
- DBfK (Deutscher Berufsverband für Krankenpflege (1988): *Aids - Gedanken zur Pflege*. Sonderdruck. Frankfurt a. M.: Verlag Krankenpflege
- Deutscher Bundestag (Hg.) (1990): *Aids: Fakten und Konsequenzen*. Endbericht der Enquête-Kommission des 11. Deutschen Bundestages »Gefahren von Aids und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung«. Bonn
- Deutscher Bundestag (Hg.) (1990): *Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung*. Endbericht der Enquête-Kommission des 11. Deutschen Bundestages »Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung«. Bonn

- Dewe, B. (1988): *Wissensverwendung in der Fort- und Weiterbildung*. Studien zum Umgang mit Wissen. Baden-Baden: Nomos
- Dewe, B./Wohlfahrt, N. (Hg.) (1991): *Netzwerkförderung und soziale Arbeit - Empirische Analysen in ausgewählten Handlungs- und Politikfeldern*. Bielefeld: Kleine
- Einberger-Spiegel, B./Bröker, K./L'Age, M. (1990): *HIV-Infektion und Aids-Erkrankte i. v.-Drogenabhängige im stationären Bereich*. Unveröff. Manuskript. Berlin
- Einberger-Spiegel, B./L'Age, M. (1992): »Bedeutung psychologischer Unterstützung für die stationäre Versorgung der Patienten mit HIV«. Erscheint in: D. Schaeffer/M. Moers/R. Rosenbrock (Hg.) (1992): *Aids-Krankenversorgung*. Berlin: edition sigma
- Elkeles, Th. (1988): *Arbeitsorganisation in der Krankenpflege*. Zur Kritik der Funktionspflege. Köln: PahlRugenstein
- Engelhardt, K./Wirth, A./Kindermann, L. (1987): *Kranke im Krankenhaus*. Grenzen und Ergänzungsbedürftigkeit naturwissenschaftlich-technischer Medizin. Stuttgart: Enke
- Fischer, W. (1982): *Time and Chronic Illness*. A Study on the Social Constitution of Temporality. Habilitationsschrift. Berkeley
- Fischer, W. (1987): »Patientenarbeit. Biographischer und alltagsweltlicher Umgang mit medizinisch-therapeutischer Hochtechnologie«. In: B. Lutz (Hg.): *Technik und sozialer Wandel*. Frankfurt a. M.: Campus, S. 545-551
- Fox, R. u. a. (1990): »The Culture of Caring: Aids and the Nursing Profession«. In: *The Millbank Quarterly*, 68, 2, S. 226-256
- Freidson, E. (1975): *Dominanz der Experten*. Zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung. München: Urban & Schwarzenberg
- Freidson, E. (1979): *Der Ärztestand*. Stuttgart: Enke
- Freidson, E. (1986): *Professional Powers*. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge. Chicago, London: The University of Chicago Press
- Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (1989): »Die Bedeutung des Krankenhauses für die Versorgung alter Menschen«. In: H.-U. Deppe/H. Friedrich/R. Müller (Hg.): *Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung*. Frankfurt a. M., New York: Campus, S. 119-133
- Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (1990): »Kiepenarbeit versus Beratung. Strukturprobleme sozialarbeiterischen Handelns im Krankenhaus«. In: *Neue Praxis*, 20, 2, S. 111-124
- Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (1992): »Versorgung alter Menschen. Sozialstationen zwischen wachsendem Bedarf und Restriktionen«. Erscheint bei: Lambertus, Freiburg

- Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (1992): »Helfer auf der Suche nach Hilfe. Aufgaben und Methoden sozialer Arbeit im Krankenhaus«. In: *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 139, 5, S. 138-141
- Gerhardt, U. (1986): *Patienten-Karrieren*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Glaser, B. (1978): *Theoretical Sensitivity-Advances in the Methodology of Grounded Theory*. Mill Valley, L. A.: The Sociology Press
- Glaser, B./Strauss, A. (1962): *The Discovery of Grounded Theory*. Strategies for Qualitative Research. New York: Aldine Publishing Company
- Glaser, B./Strauss, A. (1974): *Interaktion mit Sterbenden*. Beobachtungen für Ärzte, Schwestern, Seelsorger und Angehörige. Göttingen: Vandenhoeck und Rupprecht
- Goetzenich, A./Knechten, H./Jäger, H. (1992): *HIV-Schwerpunktpraxen: Neue Perspektiven in der Versorgung HIV-Infizierter und Aids-Erkrankter haben sich etabliert*. Vortrag auf dem 4. Deutschen Aids-Kongreß in Wiesbaden vom 25. bis 28. 3. 1992
- Gross, P./Hitzler, R./Honer, A. (1989): »Diagnostische und therapeutische Kompetenz im Wandel«. In: F. Wagner (Hg.): *Medizin - Momente der Veränderung*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, S. 155-172
- Heckmann, W. (1991): Reorganisation von Drogenhilfe angesichts der Aids-Krise. Vortrag auf der Gemeinsamen Wissenschaftlichen Tagung »Versorgungsforschung im Gesundheitswesen« der Gesellschaft Sozialmedizin e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention in der Humboldt-Universität Berlin vom 12. bis 13. 9. 1991
- Hengelein, H./Höpfner, C. (1990): »Die Aids-Hilfe«. In: H. Jäger (Hg.): *Aids und HIV-Infektionen*. Diagnostik, Klinik, Behandlung. Handbuch und Atlas für Klinik und Praxis, XI-8, Ergänzungslieferung 4/90. München: Ecomed
- Illsley, R./Jamieson, A. (1988): »Hindernisse und positive Einflußfaktoren auf die Implementierung von Versorgungsprogrammen«. In: M. Baltes/M. Kohli/K. Sames (Hg.): *Erfolgreiches Altern - Bedingungen und Variationen*. Bern, Stuttgart, Toronto: Hans Huber, S. 155-161
- Jacobs, P. (1990): *I.v.-Injektionen durch das Krankenpflegepersonal - erlaubt oder verboten?* Die Delegation ärztlicher Aufgaben im Spannungsfeld von Recht und Berufspolitik. Melsungen: BiblioMed
- Jäger, H. (1989): »Stationäre Versorgung ARC und Aids-Erkrankter«. In: H. Zenz/G. Manok (Hg.): *Aids-Handbuch für die psychosoziale Praxis*. Bern, Stuttgart, Toronto: Hans Huber, S. 66-77
- Kardoff, E. von/Stark, W. (1987): »Zur Verknüpfung professioneller und alltäglicher Hilfenetze«. In: H. Keupp/B. Röhrle (Hg.): *Soziale Netzwerke*. Frankfurt a. M.: Campus
- Kosanke, B. (1984): »Die Schwerpunktpraxis - eine neue Form der Gruppenpraxis«. In: *Medizin, Mensch, Gesellschaft*, 9, 3, S. 9-14

- Kühn, H. (1989): *Versorgung und Betreuung von Patienten mit HIV-Symptomen im Berliner Gesundheitswesen*. Präventive Potentiale kurativer Institutionen. Unveröff. Manuskript. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Lauenburg, A./Messing, K./Jansen-Rossek, R. (1990): *Defizite und Perspektiven der Versorgung von Aids-Patienten in Berlin*. Aids-Themen & Konzepte Nr. 2. AG-Aids der Sen. verw. f. Ges. u. Soz. am LiTrop. Berlin
- Mayntz, R. (Hg.): *Implementation politischer Programme II*. Ansätze zur Theoriebildung. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Moers, M. (1990): *Ein ganzheitliches Pflegekonzept für Menschen mit Aids - theoretische und praktische Ansätze zu ganzheitlichen Pflegekonzepten für die ambulante und stationäre Versorgung und Betreuung von Aids-Patienten*. Paper der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, P 90-209. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Moers, M. (1991): »Netzwerkförderung bei pflegebedürftigen Patienten mit HIV-Symptomen - Eine Ethnographie sozialer Netze«. In: B. Dewe /N. Wohlfahrt (Hg.): *Netzwerkförderung und soziale Arbeit*. Empirische Analysen in ausgewählten Handlungs- und Politikfeldern. Bielefeld: Kleine, S. 155-180
- Novak, P. (1989): »Grenzprobleme der Medizin«. In: F. Wagner (Hg.): *Medizin. Momente der Veränderung*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, S. 43-63
- Parsons, T. (1965): »Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse«. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Sonderheft 3: Probleme der Medizin-Soziologie, S. 10-37
- Paul, G./Walz, L. (1986): *Eine Stadt lebt mit Aids*. Berlin: Dirk Nishen
- Reiners, H. (1989): »Die stationäre Versorgung im Zeichen der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik der gesetzlichen Krankenversicherung. Zum Verhältnis von Krankenhaus und Krankenkasse«. In: H. Deppe/H. Friedrichs/R. Müller (Hg.): *Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung*. Frankfurt a. M., New York: Campus, S. 9-40
- Riedmüller, B./Rodenstein, M. (Hg.) (1989): *Wie sicher ist die soziale Sicherung?* Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Rosenbrock, R. (1986): *AIDS kann schneller besiegt werden*. Hamburg: VSA
- Rosenbrock, R. (1992): »Aids: Fragen und Lehren für Public Health«. In: *Wer oder was ist Public Health?* Argument-Sonderband AS 198. Hamburg
- Rosenbrock, R./M. Moers/D. Schaeffer (1992): *Versorgungsverläufe von Aids-Patienten. Professionelle und dynamische Aspekte der Versorgungsinanspruchnahme*. Unveröff. Manuskript, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Rüschemeyer, D. (1972): »Ärzte und Anwälte. Bemerkungen zu einer Theorie der Professionalisierung.« In: T. Luckmann/W. M. Sprondel (Hg.): *Berufssoziologie*. Köln: Kiepenheuer & Witsch, S. 169-181

- Schäfer, I. (1988): »Die Deutsche Aids-Hilfe. Ihre Aktivitäten, Präventionsstrategien und Kooperationsansätze«. In: J. Faltermeier/I. Senger u. a.: *Aids und soziale Arbeit*. S. A. I. 23. Frankfurt a. M., S. 65-77
- Schaeffer, D. (1986): *Identifying Nodal Points in the Structure of the Care System*. Vortrag auf dem Kongreß »On Sub-Project 2, Age Care Research Europe« vom 27. bis 29. 10. 1986 in Lyon, Frankreich
- Schaeffer, D. (1989): »Formen der Kooperation zwischen den Krankenhausärzten und den Sozialdiensten«. In: *Medizin, Mensch, Gesellschaft*, 14, S. 49-59
- Schaeffer, D. (1989): »Strukturelle Versorgungsprobleme und professionelle Interventionsmuster bei chronisch kranken alten Patienten«. In: *Zeitschrift für Sozialreform*, 35, 11/12, S. 737-749
- Schaeffer, D. (1990): »Das Krankenhaus und seine Bedeutung für die Versorgungsverläufe alter Menschen«. In: *Medizin, Mensch, Gesellschaft*, 15, 3, S. 181-190
- Schaeffer, D. (1991): »Probleme bei der Implementation neuer Versorgungsprogramme für Patienten mit HIV-Symptomen«. In: *Neue Praxis*, 27, 5/6, S. 392-406
- Schaeffer, D. (1992): »AIDS - Supervision und professionelles Handeln«. Erscheint in: *Zeitschrift für Supervision*
- Schaeffer, D. (1992): »Tightrope Walking. Handeln zwischen Pädagogik und Therapie. In: B. Dewe/W. Ferchhoff/F.-O. Radke (Hg.): *Erziehen als Profession*. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Opladen: Leske + Budrich, S. 200-229
- Schaffenberger E. (1991): »Spitalsambulanz als Schaltstelle zwischen intra- und extramuraler Versorgung an der chirurgischen Ambulanz«. In: *Gesundes Krankenhaus/3. WHO-Modellprojekt »Gesundheit und Krankenhaus«*. Zwischenbericht der ersten Modellerprobungsphase. Ludwig-Boltzmann-Institut für Medizinsoziologie und Krankenanstalt der Stadt Wien - Rudolfstiftung. Wien
- Schneemann, N. (1987): »Über die Gerontophobie der Ärzte«. In: *Medizin, Mensch, Gesellschaft*, 6, 12, S. 125-134
- Senator für Gesundheit und Soziales (1986): »Krankenhausplan 1986 für das Land Berlin«. Berlin
- Shadish, W. R. (1990): »Amerikanische Erfahrungen mit der Evaluation von Sozial- und Gesundheitsprogrammen«. In: U. Koch/W. Wittmann (Hg.): *Bewertungsgrundlage von Sozial- und Gesundheitsprogrammen*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 159-182
- Sommerfeld, D. (1989): *Behandlung, Versorgung und Betreuung von Aids-Patienten in Berlin*. Ergebnisse einer Vorstudie. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, P 89-208. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Strauss, A. (1987): *Qualitative Analysis for Social Scientists*. New York u. a.: Cambridge University Press

- 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: Jossey Bass
- Strauss, A./Fagerhaugh, S./Suczek, B./Wiener, C. (1980): »Gefühlsarbeit«. In: *KZfSS*, 32, S. 327-651
- Trojan, A./Waller, H. (Hg.) (1980): *Gemeindebezogene Gesundheitssicherung. Einführung in neue Versorgungsmodelle*. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg
- Troschke, J. von/Dirscherl, C./Gerber, U. u. a. (1990): »Die gemeindenahe Begleitforschung der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP)«. In: U. Koch/W. Wittmann (Hg.): *Bewertungsgrundlage von Sozial- und Gesundheitsprogrammen*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 159-182
- Waldvogel, B./Seidl, O. (1991): »Probleme und Belastungen von Ärzten bei der Behandlung von Aids-Patienten«. In: *AIFO*, 6, 7, S. 353-368
- Wirth, W. (1982): *Inanspruchnahme sozialer Dienste. Bedingungen und Barrieren*. Frankfurt a. M., New York: Campus
- WHO (Hg.) (1981): *Regionale Strategie zur Erreichung des Ziels »Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000«*. EUR/RC 30/8 Rev. vom 9. 3. 19881. Unveröff. Manuskript
- Wolff, S. (1981): »Grenzen helfender Beziehung«. In: E. von Kardoff/E. Koenen (Hg.): *Psyche in schlechter Gesellschaft*. München: Urban & Schwarzenberg, S. 211-238
- Zenz, H./G. Manok (Hg.) (1989): *Aids-Handbuch für die psychosoziale Praxis*. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber

Anlage 1:
Interviewbilanz (1. 1. 1991 bis 29. 2. 1992)

Gesamtzahl der befragten Professionellen:	72
Gesamtzahl der Patienteninterviews:	18

1. Professionelle

Befragte Professionelle nach Berufen

Medizin:	28
Pflege:	18
Soziale Dienste und psycho-soziale Versorgung:	26

Befragte Personen nach Institutionen

Stationärer Bereich: 28

Krankenhausmitarbeiter:	28
davon	
Ärzte:	13
Pflege:	6
Sozialarbeiter, Psychologen, Seelsorger:	9

Ambulanter Bereich: 44

Ärzte, ambulant:	15
davon	
Niedergelassene Ärzte:	11
Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen:	4

Pflegedienstleistungen, ambulant:	14
davon	
Krankenpflege:	20
Sozialarbeiter:	8
Haushaltshilfe:	3

Soziale Dienste, Selbsthilfeorganisationen:	15
davon	
Soziale Dienste:	9
Selbsthilfeorganisationsmitarbeiter:	6

2. Patienten

Befragte Patienten nach Betroffengruppen:	18
davon	
Homosexuelle:	12 Männer
Bisexuelle:	1 Mann
Drogenabhängige:	3 Frauen
Heterosexuell Infizierte:	1 Frau, 1 Mann

Anlage 2:

Die Aids-Krankenversorgung im General Hospital in San Francisco

Weil viele der Einrichtungen im Bereich der Aids-Krankenversorgung sich auf die beispielhafte Versorgung in San Francisco und insbesondere im General Hospital beziehen, wollen wir hier einen kurzen Einblick in dessen Konzept geben.

Bis zum Herbst 1985, dem Zeitpunkt der folgenden Modelldarstellung (exemplarisch Paul/Walz 1986), hat es in San Francisco 1 800 Vollbild-Aids-Kranke gegeben (in Berlin sind es 1991 - sechs Jahre später - der BGA-Statistik vom 30. 11. 1991 zufolge 1 500). Ein großer Teil von ihnen wird vom General Hospital, einem städtischen Kreis-krankenhaus, versorgt, das mit dem Aufbau modellhafter Strukturen auf die durch Aids an die Versorgung gestellten Anforderungen reagiert hatte. Auch andere Krankenhäuser in San Francisco behandeln Aids-Patienten, allerdings ohne ähnlich modellhafte Strukturen ausgebildet zu haben.

Bereits 1983 ist am General Hospital eine »Aids-Station« gegründet worden, die Station 5 B. Sie verfügt noch 1986 über nur 12 Betten, wird aber kurze Zeit später auf 20 Betten aufgestockt. Aufgrund der knappen Bettenkapazität werden viele Patienten auch auf anderen Stationen des General Hospital behandelt. Ein Koordinationsteam kümmert sich um deren Betreuung und auch um die Verlegung, führt beispielsweise eine Liste aller Patienten, die auf die 5 B verlegt werden wollen bzw. sollen und legt die Prioritäten fest.

Zusätzlich zur Aids-Station wird eine Poliklinik bzw. Ambulanz betrieben, die Station 86, die die ambulante Behandlung von Aids-Kranken durchführt und auch die Nachsorge übernimmt. Beide Stationen, 5 B und 86, arbeiten eng zusammen. Dem Konzept des General Hospital zufolge sollen stationäre Aufenthalte so kurz wie möglich sein. Da eine Heilung der Krankheit unmöglich und die therapeutischen Möglichkeiten zu jenem Zeitpunkt noch sehr begrenzt sind, soll den Patienten eine weitgehend humane Versorgung und ein Verbleib in der vertrauten Umgebung ermöglicht werden sollen. Deshalb wird eng mit ambulanten, vor allem pflegerischen und hauswirtschaftlichen Diensten kooperiert, so daß Patienten sobald als möglich nach Hause entlassen werden können und sei es zum Sterben. Bereits 1985 beträgt die durchschnittliche Verweildauer nur 24 Tage.

Zum Personal der 5 B gehören insgesamt 40 Mitarbeiter, unter anderem allein 18 Pflegekräfte, deren Zahl aufgrund der Aufstockung der Bettenzahl um weitere acht Stellen ergänzt wird. Es gibt fünf Berater/innen, eine Sozialarbeiterin, eine Oberschwester, eine Krankenpflegespezialistin, Diätassistentinnen und viele ehrenamtliche Helfer. Die Personalfluktuation ist gering. Seit Bestehen der Station hat es kaum Personalwechsel gegeben. Heute soll sich die Situation allerdings anders darstellen und insbesondere die Personalrekrutierung schwierig sein.

Das Konzept der Station 5 B ist *betreuungsorientiert*, d. h. es geht nicht einzig um eine effektive medizinische Behandlung, sondern um eine möglichst humane und autonomieförderliche Begleitung und Versorgung der Patienten, denen zu dem Zeitpunkt medizinisch buchstäblich nichts anzubieten ist. Die *Pflege* ist nach dem Prinzip der Gruppenpflege organisiert, wobei eine Pflegekraft mit Hilfskräften für 3 bis 4 Patienten zuständig ist. Auf normalen Stationen des General Hospital sind es 12 bis 15 Patienten. Das Pflegepersonal arbeitet freiwillig auf dieser Station (nicht zu verwechseln mit ehrenamtlich) und ist sehr engagiert.

Wichtig für das Konzept ist die weitestgehende *Orientierung an den Bedürfnissen der Patienten*. Dazu gehört die Respektierung der homosexuellen Lebensweise (es gab zu der Zeit fast ausschließlich schwule Aids-Patienten) und der Verzicht auf Isolierung. Diesen heute fast selbstverständlich anmutende Grundsätzen kam zu jener Zeit innovativer Stellenwert zu, denn die Übertragungswege bei HIV und Aids waren noch nicht geklärt, die Ängste vor Ansteckung hingegen groß. Auch die Akzeptanz der homosexuellen Lebensweise war zu Beginn der Aids-Ara keineswegs selbstverständlich und ist es auch heute noch nicht.

Großer Wert wird außerdem auf die *Einbeziehung der Patienten in die Behandlung* gelegt. Dazu gehören die ausführliche Aufklärung über Diagnostik, Therapie und Pflege sowie das Recht der Patienten, ihre Angehörigen selbst zu bestimmen. Das sind bei Homosexuellen oft nicht die Verwandten, sondern Lebenspartner oder Freunde.

Rooming-in ist in Krisen- oder in der Sterbephase möglich. Die räumlichen Bedingungen der Station sind allerdings sehr begrenzt, so daß Angehörige in Schlafsesseln oder Notbetten (oft auf dem Flur) übernachten müssen.

Ein wichtiges Element ist das *Entlassungsmanagement*. Dieses wird vom ersten Tag des stationären Aufenthaltes an betrieben. Das Beratungsteam, das sich um alle Aids-Kranken des General Hospital kümmert, organisiert alle nötigen Maßnahmen in Zusammenarbeit mit den Patienten, dem Personal, den Angehörigen und den ambulanten Diensten.

Ein weiteres konstitutives Moment besteht in der *Öffnung der Station für ehrenamtliche Hilfe* und Unterstützung. So gibt es kulturelle Veranstaltungen auf der Station, ebenso Spenden, seien es Kosmetikartikel, selbstgekochte Speisen, Weihnachtsplätzchen etc., die spontan aus der Bevölkerung kommen. Wichtiger noch ist die enge Zusammenarbeit mit informellen Helfergruppen: der Aids-Stiftung, der Hospiz-Pflege (Sterbebegleitung) und »Shanti«. Diese Zusammenarbeit wird von der Stationsschwester koordiniert.

Weil die Arbeit von »Shanti« für das Stationsgeschehen und generell für die Aids-Krankenversorgung in San Francisco eine wichtige Rolle spielt, wollen wir sie ausführlicher darstellen. »Shanti« besteht seit 1974, ist also nicht speziell für Aids-Kranke gegründet, sondern sieht seine Aufgabe generell in der Hilfe bei lebensbedrohlich Erkrankten, z. B. auch Krebspatienten. In San Francisco arbeitet »Shanti« allerdings nur noch für Aids-Patienten und ihre Angehörigen. Für sie stehen zu jener Zeit über 300 geschulte ehrenamtliche Helfer und 42 hauptamtliche Mitarbeiter zur Verfügung, die ihre Hauptaufgabe in der emotionalen Betreuung der Kranken und ihrer Angehörigen einschließlich deren Begleitung in der Trauerphase sehen. »Shanti« betreut zum damaligen Zeitpunkt ca. 80 % alle Aids-Kranken in San Francisco und hat ein Budget von 1 Million Dollar im Jahr, von denen 75 % von der Stadt San Francisco getragen werden.

Im General Hospital arbeiten acht Helfer von »Shanti« mit fester Anstellung, die samt und sonders helfenden Berufen (Pflege, Therapie etc.) entstammen, was für ihre Tätigkeit allerdings keine Vorbedingung darstellt. Je zwei Helfer arbeiten gleichzeitig auf der Station 5 B und in der Poliklinik. Sie sind in einer Art Schichtdienst von morgens bis in den frühen Abend, so auch an Wochenenden, auf der Station bzw. in der Poliklinik: beraten, greifen in Krisensituationen ein, geben Beistand, trösten - kurz, leisten im weitesten Sinn psychosoziale Unterstützung. Manchmal helfen sie auch dem Pflegepersonal, wenn es durch eine Situation überfordert ist. Um die Tätigkeit mit dem Klinikpersonal zu koordinieren, wird in täglicher Rück- bzw. Absprache mit den Pflegekräften eine Liste mit den wichtigsten Aufgaben erstellt, die fast regelmäßig durch Zwischenfälle und unerwartete Ereignisse auf den Kopf gestellt wird. Mit der Zeit haben die »Shanti«-Mit-

arbeiter auch das Vertrauen der Ärzte erworben, die ihnen zunächst skeptisch gegenüberstanden, und werden nun auch direkt von ihnen angesprochen und einbezogen, z. B. gebeten, sich nach der Mitteilung einer Aids-Diagnose um Patienten zu kümmern etc.

Ein Teil der ehrenamtlichen Mitarbeiter von »Shanti« stellt sich den Kranken als »buddies« - als Begleiter - zur Verfügung und betreut sie und ihre Angehörigen während des gesamten Verlaufs der Krankheit. Jeder ehrenamtliche Helfer kann maximal zwei oder drei Personen betreuen, also zum Beispiel einen Kranken, einen trauernden Angehörigen und einen weiteren Angehörigen, der einen Kranken pflegt. Neben sozialpflegerischer Unterstützung bietet «Shanti» praktische Hilfe an, so beispielsweise einen Fahrdienst und Haushaltshilfe, für die der Organisation 80 Helfer zur Verfügung stehen. Die Nutzer der praktischen Betreuungsdienste zahlen 25 % ihres Einkommens unabhängig von dessen Höhe. Außerdem betreibt »Shanti« ein Wohngruppenmodell mit acht Wohngruppen, die jeweils ein Haus bewohnen. Ein wichtiges und zum damaligen Zeitpunkt neues Aufgabengebiet stellt Betreuung der spanisch sprechenden Betroffenenengruppe dar, die etwa 5 % der Aids-Kranken ausmacht. Das Drogenproblem spielt in San Francisco zu jener Zeit noch keine Rolle.

Anlage 3:

Der »Arbeitskreis Aids der niedergelassenen Ärzte in Berlin e.V.«

Die Initiative zur Gründung eines Arbeitskreises, der sich der neuen Krankheit Aids widmen sollte, ging von zunächst wenigen niedergelassenen Ärzten aus, die seit etwa 1984 massiv mit den Problemen der HIV-Positiven und der ersten Aids-Kranken konfrontiert waren. Die Zahl der Mitglieder des Arbeitskreises wuchs bald auf ca. 60 an, von denen jeweils 15 bis 20 an den monatlichen Sitzungen teilnehmen. Zur organisatorischen Absicherung des Arbeitskreises wurde mittlerweile ein Verein gegründet.

Zu Beginn standen Fragen des *Erfahrungsaustauschs* im Vordergrund, so z. B. die Frage nach der Bedeutung und dem Umgang mit positiven Testergebnissen und bald darauf auch Probleme und Fragen der Behandlung und Betreuung. Daher organisierte der Arbeitskreis *Fortbildungen* zu Aids. Durch sie sollten die Ausbildung aids-spezifischen Wissens forciert und die Weitergabe neuester medizinischer Erkenntnisse ermöglicht werden. Außerdem gingen vom AK zahlreiche Impulse zur Verbesserung der Versorgung aus. Im ambulanten Bereich wurde immer wieder die Ausweitung des pflegerischen Angebots angemahnt und entsprechende Selbsthilfe-Initiativen unterstützt. Im stationären Bereich setzte sich der AK für möglichst kurze stationäre Aufenthalte und eine enge Verknüpfung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung ein. Auch auf eine Koordinierung der sich langsam entwickelnden Therapiemöglichkeiten wurde gedrängt.

Dieses war unter anderem einer der Anknüpfungspunkte für die *Kooperation mit dem stationären Sektor*. In der Folgezeit wurden in Kooperation mit dem AVK Maßnahmen erarbeitet, wie der Transfer zwischen ambulanter und stationärer Versorgung reibungsloser und ineinandergreifender gestaltet werden könnte. Außerdem wurden gemeinsame Fortbildungen durchgeführt, die die Funktion hatten, den *Wissenstransfer* der Klinikerfahrungen in den ambulanten Sektor zu forcieren.

Heute arbeitet der Arbeitskreis außerdem eng mit der Ärztekammer zusammen, deren Aids-Beauftragte an den Sitzungen des AK teilnimmt. Ein entsprechend enger Kontakt besteht auch zur Clearingstelle der Ärztekammer, die das Methadonprogramm koordiniert und niedergelassene Ärzte für die Substitutionstherapie fortbildet und berät. Weiterhin stellen der AK und die Infektiologie des AVK Mitglieder in einem Gremium der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, das auf Antrag niedergelassener Ärzte die Berechtigung erteilt, sich als »Schwerpunktpraxis« für die Behandlung von HIV- und Aids-Patienten zu bezeichnen. Diese Praxen können bei der AOK und einigen regionalen Ersatzkassen eine Sondergebührenposition für HIV-Patienten abrechnen. Damit ist ein erster Schritt zur Anerkennung als Behandlungsschwerpunkt etwa im Sinne der onkologischen Schwerpunktpraxen getan.

Der Berliner AK war bundesweit der erste und hatte Initialfunktion für die Gründung ähnlicher Arbeitskreise, die es mittlerweile in vielen deutschen Städten, vor allem in den Zentren der Aids-Prävalenz (Hamburg, Frankfurt/Main, München) gibt. Ende 1990 wurde die »Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e. V.« (DAGNA) gegründet, in der mittlerweile ca. 200 Praxen vertreten sind (Goetzenich u. a. 1992). Die DAGNA organisiert bundesweite Fortbildungen und Konferenzen sowie Veröffentlichungen. Darüber hinaus will sie die Belange der niedergelassenen Ärzte gegenüber Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen bundesweit vertreten.

Anlage 4:

Veröffentlichungen und Arbeitspapiere aus dem Projekt

Moers, M. (1990): *Ein ganzheitliches Pflegekonzept für Menschen mit Aids*. Theoretische und praktische Ansätze zu ganzheitlichen Pflegekonzepten für die ambulante und stationäre Versorgung und Betreuung von Aids-Patienten. Paper der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik P 90-209, Berlin: WZB

Moers, M. (1991): Netzwerkförderung bei pflegebedürftigen Patienten mit HIV-Symptomen - Eine Ethnographie sozialer Netze. In: Dewe, B. und Wohlfahrt, N. (Hrsg.): *Netzwerkförderung und soziale Arbeit*. Empirische Analysen in ausgewählten Handlungs- und Politikfeldern. Bielefeld: Kleine

Schaeffer, D. (1991): Probleme bei der Implementation neuer Versorgungsprogramme für Patienten mit HIV-Symptomen. In: *Neue Praxis*, 21, 5 + 6, 392-406

Schaeffer, D. (1991): *Probleme professionellen und kooperativen Handelns im Krankenhaus*. Paper präsentiert auf der Tagung "Das Krankenhaus als Ort professionellen Handelns" der Berufsakademie Villingen/Schwenningen, 5.-7.7.1991

Moers, M. (1992): Ein Virus auf dem Weg nach unten. *Publik-Forum*, 21, 5, 14-15

Moers, M., Schaeffer, D. (1992): Das Schöneberger Modell. In: Schaeffer, D., Moers, M., Rosenbrock, R. (Hrsg.) (1992): *Aids-Krankenversorgung*. Berlin: Sigma, 291-305

Moers M., Schaeffer, D. (1992): Die Bedeutung niedergelassener Ärzte für die Herstellung von Versorgungskontinuität bei Patienten mit HIV-Symptomen. In: Schaeffer, D., Moers, M., Rosenbrock, R. (Hrsg.) (1992): *Aids-Krankenversorgung*. Berlin: Sigma, 133-160

Moers, M., Schaeffer, D. (1992): Perspectives on a Continuum of Care for Patients with HIV-Symptoms. In: *Health Systems - The Challenge of Change*. Proceedings of the 5th International Conference on System Science in Health Care, Prag 29.6.-3.7.1992. Prag: Omnipress, 1546-1549

Schaeffer, D. (1992): (AIDS)-Supervision und professionelles Handeln. *Zeitschrift für Supervision*, 21, 10-27

Schaeffer, D. (1992): *Grenzen ambulanter Pflege*. Paper der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, P92-210. Berlin: WZB, 36 S.

Schaeffer, D. (1992): *Patientenorientierung und Gesundheitsförderung im Krankenhaus*. Erfordernisse der Organisations- und Strukturentwicklung. Paper präsentiert auf der Tagung "Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung in Betrieben Krankenhäusern und Schulen" der WHO vom 17.11. bis 19.11.1992 in Magdeburg

Schaeffer, D., Moers, M. (1992): *Probleme der Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung bei HIV- und Aids-Patienten*. Paper präsentiert auf dem 4. Deutschen Aids-Kongreß, 25. bis 28.3.1992 in Wiesbaden

Schaeffer, D., Moers, M. (1992): *Professionell gebahnte Versorgungspfade und ihre Konsequenzen für die Patienten. Ergebnisse einer strukturanalytischen Untersuchung der Aids-Krankenversorgung*. Vortrag auf der Tagung "Sozialwissenschaftliche Aids-Forschung" des BMFT in Bad Honnef

Schaeffer, D., Moers, M., Rosenbrock, R. (Hrsg.) (1992): *Aids-Krankenversorgung*. Berlin: Sigma, 380 S.

Schaeffer, D., Moers, M., Rosenbrock, R. (1992): Aids-Krankenversorgung zwischen Modellstatus und Übergang in die Regelversorgung. Schaeffer, D., Moers, M., Rosenbrock, R. (Hrsg.) (1992): *Aids-Krankenversorgung*. Berlin: Sigma, 11-25

Moers, M., Schaeffer, D. (1993): Pflegestudiengänge und Pflegewissenschaft - Erfahrungen aus den USA. Erscheint: *Die Pflege*.

Moers, M., Schaeffer, D. (im Erscheinen): *Aids-Krankenversorgung in San Francisco*. Paper der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Berlin: WZB