

Doris Schaeffer, Martin Moers

Überleitungspflege – Analyse eines Modells zur Regulation der Schnittstellenprobleme zwischen stationärer und ambulanter Versorgung

The Liaison Nurse – Analysis of a Model to Regulate Intersection problems between In- and Out-Patient Care

In diesem Beitrag wird eine Problematik in den Blick genommen, die für viele Patientengruppen und besonders für chronisch Kranke bedeutsam ist. Im Verlauf der Krankheit müssen sie mehrfach zwischen intra- und extramuraler Versorgung wechseln, und in der Regel verläuft der Übergang nicht bruch- und lückenlos. Beide Versorgungsbereiche arbeiten weitgehend insular und nicht ineinandergreifend, wie in der analytischen Literatur zum Gesundheitswesen vielfach beklagt wird. Ein Wechsel ist daher meist mit Behandlungs- und Versorgungsdiskontinuitäten verbunden, durch die die Versorgungsverläufe der Erkrankten einschneidende Wenden erhalten können. Speziell das mangelnde Ineinandergreifen von stationärer und ambulanter Pflege samt seinen Konsequenzen für die Patienten ist seit geraumer Zeit Gegenstand der Kritik, bildet jüngst – wie das Berliner Sozialstationengesetz bezeugt – sogar Angriffspunkt politischer Interventionen und ist darüber hinaus vermehrt Anlaß von Innovationsversuchen.

Einer dieser Versuche wird hier vorgestellt und diskutiert. Es handelt sich um das „Koordinationspflegemodell“, das eines der ersten Modelle zur Verbesserung der Pflegeüberleitung darstellt und somit gewissermaßen als Pilotprojekt zu betrachten ist. Mit ihm wurde intendiert, nicht nur die Koordinationsprobleme von stationärer und ambulanter Pflege zu beheben, sondern auch grundsätzlich zur Lösung der an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu verzeichnenden Probleme beizusteuern. Das Interesse gilt der Überprüfung dieser Annahme, der Frage also, ob die Einführung von Koordinationspflegekräften eine Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung erwarten läßt, welche Erfahrungen mit dem Modell gesammelt wurden und welche Schlußfolgerungen daraus für die Bemühungen um Überwindung der Schnittstellenprobleme zu ziehen sind.

Schlüsselwörter: Überleitungspflege, chronische Krankheiten, Aids, Versorgungskontinuität, Entlassungsmanagement, stationäre und ambulante Pflege

This paper looks at a problem which plays an important role for many groups of patients, especially the chronically ill. In the course of their illness they quite often have to move from in- to out-patient care and these changes do not occur without interruptions. Both sectors mainly work like islands and do not fit into each other. Changes between them cause very often discontinuities of care and major downward-shifts in the illness-trajectory occur. Especially the missing link between in- and out-patient nursing care and its consequences for patients has lately been criticized and is now the target of political intervention – like the Berlin law for home-care nursing agencies shows – and other innovative models.

One of these models will be discussed here. It is the „Koordinationspflegemodell“ (Liaison Nurse Model), one of the first models to ameliorate the nursing part of the discharge management, so to say a pioneer project. Its aim is not only to manage the

coordination between in- and out-patient nursing care, but to contribute generally to problemsolving at the intersection between in- and out-patient care. The question is, whether the introduction of liaison nurses will contribute to link in- and out-patient care, which experiences have been made and which conclusions can be drawn for the solution of the above mentioned intersection problems.

Keywords: Liaison Nurse, Chronic illness, Aids, Continuity of Care, Discharge Management, In- and out-patient nursing care.

Einleitung

Seit geraumer Zeit besteht Konsens darüber, daß viele Erkrankungen und so besonders chronische Krankheiten prioritär ambulant behandelt werden können, vorausgesetzt, daß stationäre und ambulante Versorgung eng miteinander verknüpft sind, und die das hiesige Krankenversorgungswesen kennzeichnende Kluft zwischen beiden Versorgungsbereichen [1, 2] überwunden werden kann.

Seither gilt der Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung das Interesse der gesundheitspolitischen Diskussion. Gefordert wird die Schaffung flexibler Übergänge [3], die Herstellung von linkages [4] zwischen beiden Versorgungsbereichen, die Überwindung des Organisations- und Professionseparatismus [5] und der insularen Arbeitsweise des Krankenhauses [6] sowie eine Einbindung des Krankenhauses in die Strukturen der ambulanten Versorgung. Wie immer unterschiedlich die Forderungen im einzelnen sein mögen: Unbestritten ist allenthalben, daß eine Überwindung der gewachsenen Desintegration zwischen beiden Versorgungsbereichen notwendig ist; Unklarheit herrscht indes darüber, *wie* das geschehen sollte.

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung vermag dabei relativ wenig Hilfestellung zu liefern, wie exemplarisch an der Diskussion über das Krankenhaus deutlich wird. Sie ist weitgehend auf innerinstitutionelle Probleme konzentriert [7] und berührt über das Krankenhaus hinausweisende Fragen bislang eher selten. Doch lassen bereits die vorliegenden Analysen einige wichtige Rückschlüsse zu. Sie zeigen, daß die bestehenden Muster der Arbeitsteilung und Kooperation bei der Entlassungsvorbereitung unzureichend sind und es sowohl einer Systematisierung des Patiententransfers bedarf [8] wie auch einer stärkeren Ausrichtung der Arbeitsweise des Krankenhauses auf die Belange ambulanter Versorgungsinstanzen. Darüber hinaus verdeutlichen diese Arbeiten, daß die sich mit dem Einzugs sozialer Arbeit in das Krankenhaus verbundene Hoffnung nicht erfüllt hat: der Brückenschlag von der stationären in die ambulante Versorgung kann allein durch die Existenz der Sozialdienste nicht hergestellt werden [9, 10, 11]. Überleitungs- bzw. Koordinationsbedarf gibt es auch auf der Ebene ärztlichen und insbesondere auf der pflegerischen Handelns [12, 13] – ein Tatbestand, dem lange Zeit zu wenig Beachtung geschenkt wurde, der aber mit dem Ausbau der häuslichen Versorgung in der Praxis zu einem immer dringlicheren Problem wird. Sollen auch bei schwerkranken und pflegebedürftigen Patienten Krankenhausaufenthalte so kurz wie möglich sein, ist ein nahtloses Ineinandergreifen der stationären Versorgung mit der ambulanten Pflege unerlässlich. Denn diskontinuierliche Übergänge ziehen bei

diesen Patienten und generell in den späteren Phasen chronischer Krankheit gravierende Konsequenzen nach sich. Sie führen zu Destabilisierungen des soeben wieder hergestellten, aber noch labilen Gleichgewichts, minimieren die Bewältigungspotentiale der Patienten und rufen darüber hinaus neuen oder zusätzlichen Versorgungsbedarf hervor, der die Patienten meist über kurz oder lang in das Krankenhaus zurückführt [14]. Nicht minder problematisch ist das mangelnde Ineinandergreifen für die Arbeitsweise der übernehmenden bzw. nachrangig betreuenden Versorgungsinstanzen. Es ist Ursache von Informations- und Reibungsverlusten, die die Arbeit enorm erschweren.

Um der Frage nach dem „Wie“ näherzukommen, wurde vor einiger Zeit mit der Durchführung von Modellversuchen begonnen. Mittlerweile ist die Palette an Versuchen recht breit, und entsprechend unterschiedlich sind ihre Schwerpunktsetzungen. Manche konzentrieren sich beispielsweise auf die innerprofessionellen und innerinstitutionellen Voraussetzungen der Verbesserung der Überleitung. Andere setzen auf die Verdichtung der intersektoralen Kooperation und Kommunikation zwischen den in beiden Versorgungsbereichen mit der Patientenbetreuung befaßten Berufen und wieder andere auf die Einführung von Bindegliedern, die die Lücke zwischen stationärer und ambulanter Versorgung füllen sollen. Auch das mangelnde Ineinandergreifen von stationärer und ambulanter Pflege ist Gegenstand von Innovationsversuchen.

Eine ganze Reihe von ihnen sind in der Aids-Krankenversorgung angesiedelt, und das ist kein Zufall. Denn das unerwartete Auftauchen von Aids mobilisierte zunächst außerordentlich hohe professionelle Handlungs- und Innovationsbereitschaft. Dank dieser konnten Veränderungen eingeleitet und erprobt werden, die immer wieder angemahnt worden waren, deren Realisierung bis dahin aber regelmäßig an der Reformresistenz des Krankenversorgungswesens scheiterte. Dazu gehören auch unterschiedlich strukturierte Versuche zur Regulation der Schnittstellenprobleme. Ihre Relevanz reicht weit über den Bereich der Aids-Krankenversorgung hinaus, denn in ihnen werden zentrale Strukturprobleme angesprochen, die nicht nur bei Aids, sondern auch bei anderen Erkrankungen einer angemessenen Versorgung entgegenstehen. Die mit ihnen gewonnenen Erfahrungen für andere Bereiche der Krankenversorgung und die wissenschaftliche Diskussion fruchtbar zu machen, ist eine bislang nicht hinreichend in Angriff genommene Aufgabe. Ihr widmet sich der vorliegende Beitrag, der im Kontext einer am WZB durchgeführten Studie entstand, in der die im Bereich der Aids-Krankenversorgung erprobten Innovationen zur Herstellung von Versorgungsintegration analysiert wurden [15, 16]. Auch der hier diskutierte Innovationsversuch zählt dazu, der aufgrund des Doppelcharakters seiner Intentionen besonders interessant ist (s. Anmerkung 1).

Das Koordinationspflegemodell: Ziele und Aufgaben

Ziel des Modells (s. Anmerkung 2) ist es, zur Koordination und Vernetzung von stationärer und ambulanter Versorgung beizutragen: bei der Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus eine adäquate Überleitung und

einen problemlosen Transfer in die Obhut ambulanter Pflegedienste und die häusliche Umgebung zu ermöglichen. Durch Einführung einer zusätzlichen Überbrückungsinstanz – der Koordinationspflegekraft – in den drei Krankenhäusern mit Aids-Behandlungsschwerpunkt sollte gewährleistet werden, daß der Wechsel von intra- zu extramuraler Versorgung bei Aids-Patienten bruch- und lückenlos verläuft und ihnen bei der Rückkehr nach Hause eine hinreichend umfassende und tragfähige Versorgung zur Verfügung steht. Gleichzeitig war vorgesehen, die im Krankenhaus dazu notwendigen organisatorischen und kooperativen Voraussetzungen zu schaffen. Die Koordinationspflegekräfte sollten auf einen frühzeitigen Beginn und eine Systematisierung der krankenhausinternen Entlassungsvorbereitung drängen und im Krankenhaus geeignete Bedingungen für eine adäquate Patientenüberleitung in die ambulante Versorgung/Pflege herstellen. Außerdem sollten sie bestehende Kooperations- und Kommunikationsdefizite mit ambulanten Versorgungseinrichtungen abbauen und Pflegedienste zur Verbesserung der Vorbereitung der Patientenübernahme drängen. Im einzelnen sollten sie:

- die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen dem Krankenhaus und ambulanten Diensten, insbesondere mit Pflegeeinrichtungen, verbessern: Kontakte zu allen relevanten häuslichen Diensten herstellen, tragfähige Kooperationsbeziehungen aufbauen, den Informationsfluß verbessern etc.;
- auf einen rechtzeitigen Beginn der Entlassungsvorbereitung drängen und im Krankenhaus für eine systematische Betreuung der Patientenüberleitung sorgen;
- durch rechtzeitige Mobilisierung von Pflegediensten und anderen häuslichen Hilfen, Information und Vorbereitung der Dienste auf den ankommenden Patienten die pflegerische Überleitung verbessern;
- Pflegeüberleitungsbögen einführen und damit ein Ineinandergreifen von stationärer und ambulanter Pflege sicherstellen;
- die Patienten und ihre Angehörigen in die Organisation der Überleitung und der häuslichen Versorgung einbeziehen;
- den Wechsel der Patienten in die ambulante Versorgung begleiten und überprüfen, ob die Versorgung nach dem Verlassen des Krankenhauses hinreichend umfassend und eine kontinuierliche Fortsetzung seiner Betreuung sichergestellt ist;
- vorhandene Schwachstellen des Modells analysieren und an der konzeptionellen Weiterentwicklung des Modells arbeiten [17].

Zweierlei wird hier sichtbar. Das Projekt zielte – das ist aus Verständnisgründen unterstreichenswert – auf Fragen des pflegerischen Überleitungsmanagements, was nicht mit der Erprobung von Übergangspflegekonzepten [18] zu verwechseln ist. Geht es bei letzteren um direkte Pflegeinterventionen mit dem Ziel, überhaupt eine Überleitung in die ambulante Versorgung zu ermöglichen, so bei ersteren um die Regulation der Überleitung selbst. Angestrebt wird, durch Eingriffe in die Organisation der Arbeit bzw. der Arbeitsteilung und Kooperation sowie durch Vermittlung und Verknüpfung den Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung/Pflege

so zu gestalten, daß eine integrierte und kontinuierliche Betreuung der Patienten gewährleistet ist.

Eine Verbesserung der pflegerischen Überleitung ist dem Konzept zufolge undenkbar ohne Eingriffe in die krankenhausinterne Organisation der Entlassung und die Überleitungsroutinen der beteiligten Berufe. Daher wurde beansprucht, mit dem Modell nicht einzig das Ineinandergreifen mit der ambulanten Pflege zu verbessern, sondern *grundsätzlich* zur Überwindung der Integrationsprobleme von stationärer und ambulanter Versorgung beizutragen. Aufgrund dieses Doppelcharakters ist das Modell besonders interessant, fragt sich doch, wieweit es

- a) eine Behebung der Koordinationsdefizite zwischen stationärer Versorgung und ambulanter *Pflege* ermöglicht, und ob es
- b) in der Tat als Lösungsversuch zur Regulation der Schnittstellenprobleme zwischen beiden Versorgungsbereichen geeignet ist.

Des weiteren ist aus analytischer Perspektive betrachtet interessant, welche Erfahrungen mit dem Eingriff in so brisante und hochsensible Problem-bereiche, in denen eine ganze Reihe professions- und berufspolitisch sorgfältig bewachter Zuständigkeiten und Hierarchien berührt werden, gesammelt wurden, und welche Schlußfolgerungen daraus für die Regulation der Schnittstellenprobleme zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu ziehen sind.

Diesen Aspekten wird im folgenden bei der Analyse der Modellerfahrungen nachgegangen. Als Datenbasis dienen im Kontext der zuvor erwähnten Studie erhobene, offene Interviews mit den unmittelbar und mittelbar am Modellversuch beteiligten Akteuren: den Koordinationspflegekräften, Krankenhausärzten, Pflegekräften, Sozialdienstmitarbeitern etc. (s. Anmerkung 3).

Modellrealisierung

Die Koordinationspflegekräfte nahmen 1987 ihre Arbeit auf. An allen drei beteiligten Krankenhäusern waren sie von Beginn an mit erheblichen Abstoßungsreaktionen konfrontiert, und nach zweijähriger Laufzeit zeichnete sich bereits ab, daß dem Modell kaum Erfolg beschieden sein würde. Die Gründe dafür sind unterschiedlicher Natur. Bevor diese im einzelnen dargestellt werden, sei zunächst kurz der Modellverlauf in den einzelnen Krankenhäusern dargestellt:

Im *Modellstandort 1* nahm im Jahr 1988 eine der Koordinationspflegekräfte ihre Tätigkeit auf und verließ das Krankenhaus nach einigen Monaten, ohne der Realisierung des Modells wesentlich näher gekommen zu sein. Sie war in vielfältige Konflikte verstrickt, die zur Folge hatten, daß der Zugang zum Krankenhaus von da an versperrt und kein neuer Anlauf der Modellumsetzung möglich war.

Im *Modellstandort 2* wurde insgesamt dreimal versucht, das Modell zu realisieren, jedoch ebenfalls erfolglos. In diesem Krankenhaus waren eigene modellhafte Anstrengungen unternommen worden, um eine nahtlose Überleitung der Patienten und verbunden damit eine enge Verzahnung von

stationärer und ambulanter Versorgung zu ermöglichen. U. a. wurde der Sozialdienst um eine speziell für Aids-Patienten zuständige Stelle erweitert, im Rahmen derer ähnliche Funktionen wahrgenommen werden sollten wie im Koordinationspflegemodell. So ist nicht verwunderlich, daß die Koordinationspflegekräfte auch hier auf Zugangsbarrieren stießen und den Modellversuch nach einigen vergeblichen Anläufen abbrechen mußten:

„Diese Koordinationsschwester, ja, die ist hier ein paar mal auf der Station gewesen... aber es ist nichts Konstruktives dabei rausgekommen“ (AK 2; 9/46-50) und „Die wurde nicht angenommen... die hat hier bei uns kein Aufgabenfeld gefunden“ (P 1; 16/15-28)

– so die retrospektive Bilanz.

Im *Modellstandort 3* konnte das Modell realisiert werden, wengleich auch hier die Umsetzung vor Schwierigkeiten gestellt war und nicht unbedingt als erfolgreich bezeichnet werden kann:

„Anfangs war vor allem der Sozialdienst nicht begeistert. Da die aber in Arbeitsdruck waren – eine Kollegin ging gerade in Mutterschaftsurlaub – waren die doch ganz froh über die Entlastung“ (PA 1,7/35-39).

Nach anfänglichem Zögern wurde das Koordinationspflegemodell im Modellstandort 3 also akzeptiert, gewissermaßen jedoch – wie der Textauszug bereits andeutet – umfunktioniert: es wurde als willkommene Ergänzung des unter Personalengpässen leidenden Sozialdienstes betrachtet. Diese Tendenz nahm im Projektverkauf ihren Fortgang und hatte zur Folge, daß Koordinationspflege- und Sozialdiensttätigkeit nur noch schwer unterscheidbar waren. Um die daraus erwachsenen Überschneidungsprobleme zu bewerkstelligen, wurde folgendes Arbeitsbündnis gefunden. Die Koordinationspflegekraft betreute vornehmlich die Patienten einer dem Krankenhaus angeschlossenen HIV-Ambulanz, für die der Sozialdienst nicht tätig werden darf, weil er aus den Mitteln der Pflegesätze finanziert wird, und der Sozialdienst betreute die stationär behandelten Aids-Patienten unter Hinzuziehung der Koordinationspflegekraft. Damit füllte die Koordinationspflegekraft zwar eine empfindliche Versorgungslücke, festigte gleichwohl aber die Verwischung der Konturen des Modells. Eigentlich kann hier also ebenfalls nicht von einer gelungenen Modellumsetzung gesprochen werden: zwar wurde das Modell realisiert, das aber anders als intendiert.

Nun stellt sich die Frage, wie erklärt sich das? Haben wir es hier mit personaler oder professioneller Inkompetenz zu tun – ein Eindruck, der sich aufdrängen könnte, weil ähnliche Modellversuche andernorts erfolgreich verlaufen (z. B. im Berliner Humboldt-Krankenhaus, im Krankenhaus Herdecke). Auch Äußerungen von Vertretern der mittelbar am Modellversuch beteiligten Akteure scheinen diese Vermutung zu stützen, wie die nachfolgenden Textauszüge exemplarisch zeigen:

„Also wenn so eine Stelle da ist, dann hängt es auch davon ab, wie die bedient wird. Von uns und von der Person. Und die Person, das war eine Katastrophe, war nicht kooperativ, hat sich nicht für die Patienten eingesetzt... ich hab sie nur unangenehm und ungeeignet erlebt“ (AK 5, 36/3- 19)

„Also diese Schwester, die hat nichts, aber auch *überhaupt nichts* von uns angenommen“ (AK 2, 9/48-49).

Trotz dieser recht eindeutigen Einschätzung, die, wie unser Datenmaterial zeigt, relativ großen Zuspruch erfährt, greifen hier jedoch unserer Meinung nach vorschnell persönliche Schuldzuweisungen dort, wo eigentlich andere Probleme bestanden und zu regulieren gewesen wären. Mit anderen Worten, ursächlich für den Mißerfolg des Modells scheinen uns weniger persönliche Faktoren als vielmehr organisatorische und konzeptionelle Schwächen zu sein, wie sie vielfach Reformversuche im Gesundheitswesen begleiten [19]. Weil sie wichtige Rückschlüsse erlauben, werden wir uns nun eingehender mit ihnen beschäftigen.

Ursachen der Modellrealisierungsschwierigkeiten

Organisatorische Verankerung

Allein die *organisatorische Anbindung des Modells* erschwerte die Modellrealisierung. Obschon die Koordinatoren überwiegend im Krankenhaus tätig werden sollten, wurden sie organisatorisch an die ambulante Versorgung und hier an eine Berufsorganisation angebunden.

Dieser erstaunlich anmutende Organisationsmodus wird dann plausibel, vergegenwärtigt man sich, daß das Modell – wie viele andere in der Aids-Krankenversorgung erprobte auch – auf einem US-amerikanischen Vorbild basiert: der Liaison Nurse – einer im Krankenhaus tätigen Pflegekraft, die für die Weiter- bzw. Überleitung der Patienten an ambulante Pflegeanbieter zuständig ist [20]. Dieses Modell ist vorzugsweise im privatwirtschaftlich organisierten Bereich der amerikanischen Krankenversorgung zu finden und basiert ganz entscheidend auf Defiziten des dortigen Gesundheitswesens, z. B. der Abwesenheit von Sozialdiensten in Krankenhäusern. Um die daraus erwachsenen Überleitungs- und Koordinationsmängel zu kompensieren, wird die Patientenüberleitung häufig von den ambulanten Pflegediensten selbst vorgenommen, und zwar von einer von ihnen bezahlten Kraft, die als Liaison Nurse im Krankenhaus tätig wird. Indirekt übernehmen die Pflegedienste damit Servicefunktionen für das Krankenhaus, sichern sich zugleich allerdings ihre Klientel, denn die Liaison Nurse ver- und übermittelt nur an die sie selbst finanzierenden Pflegeanbieter [28]. Es ist also ein entscheidend auch auf kommerziellen Gesichtspunkten basierendes Modell – ein Aspekt, der nicht unbedeutend ist. Wie auch immer, die enge Anlehnung an dieses amerikanische Vorbild erklärt die organisatorische Verankerung des Modells in der ambulanten Versorgung. Aus Gründen der Übertragbarkeit mußte dieser Organisationsmodus allerdings leicht verändert werden (s. Anmerkung 4): Eine dem Liaison-Modell vergleichbare institutionsübergreifende Kooperation ambulanter Pflegedienste trifft hierzulande auf strukturelle Barrieren. Die Koordinationspflegekräfte wurden daher nicht direkt an die ambulante Pflege, sondern an eine unabhängige interessenübergreifende Instanz angebunden, die allerdings keine Betreuungs- und Versorgungsfunktion hat.

Diese Verankerung hatte zur Folge, daß die Koordinationspflegekräfte weder hier noch dort integriert waren und in beiden Versorgungsbereichen als Fremdkörper empfunden wurden [13]. In den Krankenhäusern galten sie als überflüssig, weil hier eigentlich eine andere Instanz – der Sozialdienst – die Überleitung der Patienten realisiert. Die Ärzte sahen sie darüber hinaus als Störfaktor an, weil die Koordinationspflegekräfte nicht in den Klinikalltag eingebunden waren und ihnen deren Aufgabenprofil zu undurchsichtig war:

„Keiner wußte eigentlich, wozu die genau da war, die konnte auch ihr eigenes Profil nicht so klar darlegen, also man wußte nicht, was sie wollte und irgendwann wollten wir nicht mehr.“ (AK 5; 36/ 49-55)

Nicht wesentlich anders war die Situation im ambulanten Sektor. Hier galten sie mehr oder minder als Kontrollinstanz und waren den Pflegeanbietern suspekt, wollten sie doch in den Alltag ihrer Einrichtung eingreifen und diesen diktieren, was sie bis dato selbst festlegten, so beispielweise, welchen Pflegebedarf der Patient hat und welche Schritte zu unternehmen sind etc. Diese mißliche Situation hatte zur Konsequenz, daß die Koordinationspflegekräfte viel Zeit und Energie darauf verwenden mußten, um Zugangsbarrieren bei den Einrichtungen zu beseitigen, in denen bzw. für die sie tätig werden wollten und – wie wir bereits erwähnten – strandeten sie dabei.

Implementationsdefizite

Aufgrund des aus der Sicht des hiesigen Gesundheitswesens wenig einleuchtenden Organisationsmodus hätte der *Implementation des Modells* große Beachtung geschenkt werden müssen. Wie bei vielen Innovationsversuchen im Gesundheitswesen beobachtbar, wurde jedoch auch hier die Wichtigkeit der Implementation unterschätzt. Beispielsweise hat es lediglich eine Informationsveranstaltung gegeben, im Rahmen derer Vertreter der beteiligten Institutionen über das Koordinationspflegemodell unterrichtet wurden, Integrations- und Verknüpfungsversuche mit den bestehenden Strukturen unterblieben, und eine Begleitung und Steuerungshilfe bei der Umsetzung fehlte gänzlich. Faktisch wurde bei der Implementation auf die Fähigkeit zur Selbstregulation vertraut, darauf, daß sich an vorderster Front der Modellrealisierung alles von selbst modellgerecht fügt. Die Erfahrung zeigt aber immer wieder, daß dann Implementationserfordernisse verkannt, Passungsprobleme bzw. Implementationshindernisse übersehen und nicht genügend konsequent ausgeräumt werden und Modellversuche über kurz oder lang zu entgleisen oder gar zu scheitern drohen. Insgesamt mangelte es bei diesem Modellversuch also an einer systematischen Implementation und einer externen Steuerungshilfe im Prozeß der Umsetzung, und diesem Tatbestand sind eine ganze Reihe von Problemen geschuldet.

Hinzu kommt ein weiterer Aspekt. Fehlt es an einer solchen Steuerungshilfe im Prozeß der Modellrealisierung, lastet die *Implementation letztendlich auf den Schultern der Akteure*, und damit sind diese in der Regel hoffnungslos überfordert. Denn meist trifft diese Aufgabe sie mehr oder minder unvor-

bereitet und ist darüber hinaus weder mit ihrem Qualifikationsprofil noch mit ihrem professionellen Selbst- und Aufgabenverständnis in Übereinstimmung zu bringen [22]. Das trifft auch auf die Koordinationspflegekräfte zu. Motiviert waren sie, klientenbezogene Aufgaben wahrzunehmen und frustriert darüber, daß sie dazu kaum kamen, weil nichtklientenbezogene Aufgaben, eben Implementationserfordernisse, den Alltag regierten – Aufgaben zudem, die mit ihrer Auffassung von Pflege nicht viel gemein hatten.

Erschwerend gesellte sich hinzu, daß die in diesem Modellversuch tätigen Mitarbeiter zumeist Berufsanfänger waren. Sie besaßen zwar großes Engagement, doch wenig Erfahrungswissen und wenig Kenntnisse über das Versorgungssystem und die Funktionsweise seiner Institutionen. Noch weniger vertraut waren sie mit Fragen von Implementations- und Innovationsprozessen sowie der Regulation von Problemen, die Veränderungen in reformresistenten Bereichen wie dem Krankenversorgungswesen hervorgerufen. Eine der Folgen dessen war, daß sie den Implementationsaufgaben bzw. -defiziten mehr oder minder hilflos gegenüberstanden, die aus ihnen erwachsenen Probleme als persönliche Konflikte begriffen und sich in ihnen verstrickten.

Passungsprobleme zwischen Aufgabenstellung und Qualifikationsprofil

Grundsätzlich sind Zweifel anzumelden, ob *Aufgabenstellung des Modells und Qualifikationsprofil der Mitarbeiter* in Einklang stehen. Generell wird in der Literatur zum Gesundheitswesen beklagt, daß die Qualifizierung für gesundheits- und sozialpflegerische Berufe unzureichend ist. Hier wurden die Pflegekräfte zudem mit Aufgaben konfrontiert, die mit dem klassischen Profil von Pflege wenig gemein haben. Sie sollten verknüpfen, vernetzen, Arbeitsweisen und Kooperationsroutinen von Institutionen analysieren und korrigieren, partiell Organisationsentwicklung betreiben und Managementaufgaben wahrnehmen – Aufgaben, die nicht zum Gegenstand krankenschweflerischer Ausbildungen gehören, und die angesichts der ohnehin als insuffizient erachteten Standards der Krankenpflegeausbildungen [23, 21] Überforderungstendenzen in sich bergen.

Bestätigt wird diese Vermutung, betrachtet man die qualifikatorischen Voraussetzungen der Mitarbeiter in erfolgreichen Modellrealisierungsversuchen im Pflegebereich. Bemerkenswerterweise sind diese Mitarbeiter zumeist doppelqualifiziert und besitzen nicht eben selten neben der Ausbildung zur Pflegekraft eine Hochschulausbildung (z. B. als Psychologin, Sozialpädagogin etc., [24]) oder sonstige Zusatzqualifikationen. Auch bei den drei zuvor geschilderten Modellrealisierungsversuchen wurde der erfolgreichste von einer doppelqualifizierten Pflegekraft durchgeführt. Das deutet ebenfalls darauf, daß die den Pflegekräften zur Verfügung stehende Qualifikationsbasis insuffizient war, es ihnen an geeignetem Problembearbeitungswissen und hinreichender Kompetenz sowie an einem adäquaten Verständnis ihrer Aufgabenstellung fehlte. Da all diese Divergenzen zwischen Aufgaben- und Qualifikationsprofil übersehen wurden, waren Schwierigkeiten der Modellrealisierung gewissermaßen vorprogrammiert.

Unzureichende Beachtung vorhandener Strukturen

Als problematisch erwies sich außerdem, daß das Modell *über die gewachsenen Strukturen hinweg konzipiert und implementiert* wurde, wie am Beispiel der Entlassungsvorbereitung im Krankenhaus verdeutlicht werden kann. Formal betrachtet obliegt die Entlassungs- und Überleitungsorganisation im Krankenhaus den Ärzten und dem Sozialdienst. Pflegekräfte sind in diesem Prozeß den gesetzlichen Bestimmungen zufolge *nicht* einbezogen, wenngleich sie informell eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen. Dabei sieht die Arbeitsteilung folgendermaßen aus: die Krankenhausärzte sind für die *Entscheidung* über die Zuweisung nach dem Krankenhausaufenthalt erforderlicher Versorgungsmaßnahmen zuständig, und die Sozialdienstmitarbeiter sind für die *Umsetzung* der getroffenen Versorgungsentscheidungen verantwortlich. Sie leiten die Maßnahmen ein und öffnen den Zugang zu den nachfolgenden versorgenden Instanzen und Diensten, stellen praktisch den Brückenschlag vom Krankenhaus nach draußen her und füllen die Lücke zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Hier wird sichtbar, daß das Koordinationspflegeprojekt in bestehende Aufgabengebiete eingriff und darüber hinaus berufs- und professionspolitisch sorgfältig bewachte Zuständigkeiten berührte, und auch daraus erwachsen zahlreiche Probleme.

Bei den *Krankenhausärzten* stießen sie auf wenig Wohlwollen, weil diese sich durch sie aufgefordert sahen, sich sehr viel mehr und aufwendiger mit Fragen der Versorgungssteuerung zu befassen, und noch größeres Unbehagen riefen sie bei den Sozialdienstmitarbeitern hervor. Diese empfanden die Koordinatoren als Konkurrenz und standen ihnen zwiespältig gegenüber – eine Erfahrung, die sich in allen drei Modellstandorten wiederholte. Das hat seinen Grund darin, daß die Position der Sozialarbeiter in der Hierarchie des Krankenhauses umstritten ist und durch das Modellprojekt, das eine nahezu identische Aufgabenstellung hat, zusätzlich in Frage gestellt wurde. Außerdem drohte den Sozialdiensten durch die Koordinatoren eine Klientel verlustig zu gehen, die – so die Vermutung zu Beginn des Auftauchens von Aids – interessanter zu sein versprach als die Normalklientel, die überwiegend aus alten und hochbetagten Patienten besteht. Folglich verwandten sie viel Energie darauf, sich die Aids-Patienten und ebenso ihr Aufgabengebiet nicht streitig machen zu lassen und boykottierten die Koordinationspflegekräfte.

Doch auch in dem Modellstandort, in dem die Koordinationspflegekräfte Zugangsbarrieren ausräumen konnten, erwies sich die Koexistenz zweier den Patiententransfer regulierender Instanzen als problematisch. Aus der Sicht des dortigen *Sozialdienstes* führte das Modell zur Entleerung ihres Arbeitsfelds auf administrative Prozeduren, womit sich eine Tendenz zementiert, gegen die soziale Arbeit im Krankenhaus ehemals zu kämpfen hat [10]:

„Ich finde die Situation äußerst mißlich. Ich mache nämlich (wenn wir uns Patienten teilen) wirklich bloß noch die Kostenerklärung, diesen Zettel mit der Krankenkasse, und alles andere macht und organisiert sie und das finde ich nicht gut ... denn

eigentlich bin ich mir ein bißchen zu schade, um bloß noch Formulare auszuschreiben und Anträge auszufüllen“ (SD 3; 28/ 31-29/4).

Und so nimmt nicht wunder, daß die Sozialdienstmitarbeiter sich auch hier dem Modell tendenziell verschlossen bzw. es umzufunktionieren und für sich nutzbar zu machen versuchten.

Keineswegs positiver war allerdings die Resonanz der *Pflegekräfte* auf das Modell. Obschon aus pflegerischer Sicht konzidiert wird, daß der Informationsfluß zwischen stationärer und ambulanter Pflege mangelhaft ist, standen auch sie dem Modellanliegen wenig offen gegenüber. Seinen Grund hat das zum einen in der Binnenorientierung der Arbeitsweise des Krankenhauses, die nicht ohne Auswirkung auf hier tätige Pflegekräfte ist, doch ebenso darin, daß mit dem Koordinationsmodell auch der Pflege neue, formal nicht festgeschriebene und durch keinerlei Strukturen abgesicherte Aufgaben zuwachsen, die allein schon aus Gründen der Arbeitsüberlastung Skepsis hervorriefen. Aus diesem Grund stießen die Koordinationspflegekräfte auf berufsinterner Ebene ebenfalls auf Ablehnung und stillschweigende Unterwanderungs- bzw. Umfunktionsversuche. Denn auch seitens der Pflege wurde versucht, sie als willkommene Möglichkeit zu sehen, personellen Engpässen zu begegnen und direkt in der Pflege von Aids-Patienten einzusetzen.

All dies zeigt, daß die gewachsenen Strukturen bei der Modellkonzipierung weitaus mehr Beachtung erfordert hätten.

Hierarchie- und Machtprobleme

Ein anderes nicht zu unterschätzendes Problem besteht darin, daß die Aufgabenstellung des Modellprojekts mit der *Hierarchie der Berufe und den Machtstrukturen im Krankenhaus kollidiert*. Eine Verbesserung der pflegerischen Überleitung und des Patiententransfers beim Wechsel vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung erfordert eine Reformierung des gesamten (und nicht einzig des pflegerischen) Entlassungsmanagements. Sie tangiert somit auch die Handlungssphäre anderer und statushöherer Berufe als der Pflege, macht auch bei ihnen eine Veränderung angestammter Handlungsroutinen und eine Umstrukturierung eingefahrener Muster der Arbeitsteilung und Kooperation notwendig. Diese Schritte aus formal ungesicherter Position einzuleiten, nämlich eines offiziell nicht in die Entlassungsorganisation eingebundenen Berufs, der zudem auf der unteren Stufe der Berufshierarchie im Krankenhaus angesiedelt ist, stellt ein unzweifelhaft schwieriges Unterfangen dar, von dem zu erwarten ist, daß es Probleme bereitet. Interessanterweise hatten sich die Koordinationspflegekräfte an all jenen Schwierigkeiten zu reiben, die in der analytischen Literatur zum Krankenhaus für die Sozialdiensttätigkeit beschrieben werden [9]:

- an der Schwierigkeit, als unmedizinisch beleumundeten Aufgaben im Krankenhaus Gehör und Akzeptanz zu verschaffen,
- an der Reformresistenz gegenüber versuchen, die berufs- und institutions-

- übergreifende Kooperation zu verändern oder die insulare Arbeitsweise des Krankenhauses zu überwinden,
- und vor allem an der mangelnden Kooperationsbereitschaft sowie dem wohlwollenden Desinteresse der Krankenhausärzte gegenüber den Anliegen nichtärztlicher Berufe und ebenso gegenüber Fragen der Versorgungsorganisation. Sie aus der Position eines statusschwächeren Berufs zu einer Veränderung ihres Handelns zu motivieren, ist schwierig und entpuppt sich zudem als nicht endende Aufgabe. Aufgrund der hohen Fluktuation der Stationsärzte auf den einzelnen Stationen sind diejenigen, die eine Reformierung der Entlassungs- und Überleitungspraxis initiieren, gezwungen, ständig neu über ihr Anliegen und dessen Implikationen aufzuklären, was auf Dauer nicht nur Unwille und Ermüdungserscheinungen hervorruft, sondern auch die Ausbildung von Routinen und die Etablierung von allen beteiligten Berufen geteilter Standards verhindert [25].

Konzeptionelle Schwächen

Als letztes ist anzuführen, daß das Modellkonzept zu *wenig trennscharf* von der Aufgabenstellung anderer Berufe, speziell des Sozialdienstes war und sich nicht genügend auf Fragen des pflegerischen Überleitungsmanagements konzentrierte. Das zeigt allein die zuvor dargestellte Aufgabenbeschreibung, in der eine Reihe genuiner Sozialdienstaufgaben genannt werden. Das ist keineswegs zufällig. Bei der Konzipierung des Modells wurde davon ausgegangen, daß mit Aids-Patienten ein zusätzlicher und darüber hinaus spezieller Übermittlungsbedarf auf die versorgenden Einrichtungen zukommen würde, dem diese aus Gründen der personellen Kapazität nicht gewachsen sein würden [26] – eine Annahme, die sich alsbald in dieser Form als unrichtig erwies.

Wie auch immer, durch die unzureichende Trennschärfe waren von vornherein nicht nur Weichen für das Entstehen von Konkurrenz und Boykott seitens der Sozialdienstmitarbeiter gestellt, sondern auch dafür, daß die Koordinationspflegekräfte ihr eigentliches Anliegen im Wust der Überleitungsprobleme an der Schnittstelle zwischen intra- und extramuraler Versorgung verlieren konnten. Unklar war, ob sie sich speziell *für Aids-Patienten* und hier für *alle* Überleitungsfragen zuständig fühlen oder ob sie sich der Frage der *pflegerischen* Überleitung widmen und diese exemplarisch im Handlungsbereich Aids modellhaft zu lösen versuchen sollten. Diese Differenzierung mag „spitzfindig“ erscheinen, führt aber in der Praxis zu unterschiedlichen Aufgabengewichtungen. Wird der ersten Aufgabendefinition gefolgt, erweist sich die im Modellstandort 3 gefundene Lösung als durchaus funktional, ist naheliegend, daß Sozialdienst und Koordinationspflegekräfte sich die Patienten je nach Art der Erkrankung und Zuständigkeitsgebiet teilen. Plausibel werden dann auch die von anderen professionellen Akteuren gefundenen Einsatzbereiche für die Koordinationspflegekräfte:

„Damals war das Problem noch nicht so evident, als die Koordinationspflegekraft hier war. Aber im Prinzip wollen wir so etwas wieder machen, indem wir für die

Tagesklinik eine *Sozialarbeiterstelle* von den Kassen beantragt haben“ (AK 5; 37/5-11).

„Wir haben eine Lücke für die *Koordinationskraft* gefunden, aber nicht hier im Haus, sondern bei den niedergelassenen Ärzten... da ist so eine Koordination und so eine Kraft sinnvoll“ (P 1; 16/41-55)

Nicht die Zweckmäßigkeit dieser Vorschläge soll hier zur Diskussion gestellt werden, vielmehr sollen die Textauszüge belegen, daß das Tätigkeitsgebiet der Koordinationspflegekräfte überwiegend als sozialarbeiterisches aufgefaßt wurde bzw. als solches, wie es im hiesigen Gesundheitswesen durch Sozialarbeit abgedeckt wird. Das schlägt sich in der Titulierung der Mitarbeiter nieder (siehe P 1), die keinen Bezug zur Pflege mehr aufweist und zeigt sich auch unter inhaltlichen Aspekten betrachtet: als Einsatzbereiche für die Modellmitarbeiter werden Schnittstellen im Versorgungssystem anvisiert, in denen es an Koordination und Vernetzung mangelt und bei Aids-Patienten Funktionen der Versorgungsorganisation wahrzunehmen wären – eine mit der ersten Aufgabendefinition in Übereinstimmung stehende Auffassung des Modells. Wird hingegen der zweiten Definition gefolgt, müssen diese Vorschläge nahezu abstrus erscheinen, weil gänzlich unbeachtet bleibt, daß es bei dem Modell um *Koordinationspflege* und das Problem der *pflegerischen* Überleitung bei dem Wechsel von der stationären Versorgung in die ambulante *Pflege* gehen sollte. Der Deutlichkeit halber seien die damit verbundenen Anforderungen hier exkursartig dargestellt.

Übernehmen ambulante Pflegedienste einen Patienten aus dem Krankenhaus, haben sie in der Regel lediglich die Information des Sozialdienstes über Art und Umfang der verordneten Pflege, wissen aber weder etwas über den individuellen Fall des Patienten und dessen Krankheitssituation, die zurückliegende Behandlung und den weiteren Behandlungsplan, über die Medikamentierung, benötigte Hilfsmittel, noch über die Probleme und Einschränkungen des Patienten bei der Lebens- und Alltagsbewältigung oder darüber, wie sein soziales Umfeld und seine Haushaltssituation beschaffen sind. Die Desinformation aber ist im Alltag folgenreich, denn dadurch sind die ambulanten Pflegedienste bei der Übernahme aus dem Krankenhaus übermittelter Patienten relativ unvorbereitet, und das ist allein aus technischen und organisatorischen Gründen für die Aufnahme der Betreuung hinderlich:

„Die Sozialstationen müssen sich ja alles selbst besorgen. Die haben ja kein Pflegehilfsmittel- und Verbandsmaterialkontingent, auf das sie einfach zurückgreifen können. Deshalb müssen sie natürlich detailliert wissen, was sie alles besorgen müssen, was an Hilfsmitteln benötigt wird, z. B. ein Krankbett, Rollstuhl, Infusionsständer usw., und auch was es für Probleme im einzelnen bei dem Patienten gibt“ (PA 1; 2/52-61).

Fehlen die für die Aufnahme der Betreuung eines Patienten erforderlichen Informationen, verzögern sich auch alle die bei einer Patientenübernahme zu leistenden *Organisationsarbeiten*: Das gilt nicht nur für die Beschaffung von Hilfsmitteln, sondern auch für die Umstellung der Personalpläne, Erstellung von Pflegeplänen sowie für die Mobilisierung und Koordination von zusätzlichen Diensten, die zur Sicherstellung der Haushaltsführung notwendig sind.

Vermeidbare Reibungsverluste entstehen außerdem dadurch, daß die gängigen Übermittlungsgepflogenheiten der Krankenhäuser sich auch in *zeitlicher* Hinsicht

kaum mit der Arbeitsweise ambulanter Pflegedienste in Übereinstimmung bringen lassen. Oft erfahren sie sehr kurzfristig von der Entlassung von Patienten, manchmal erst wenige Stunden vor dem Entlassungstermin und zuweilen auch erst, ist der Patient bereits auf dem Weg nach Hause. Er muß dann mehr oder minder ad hoc übernommen werden.

Damit ambulante Pflegedienste eine kontinuierliche Fortsetzung der Betreuung ermöglichen können, ist notwendig, daß eine

- rechtzeitige Benachrichtigung über die Ankunft bzw. Rückkehr des Patienten und die Bereitstellung eines angemessenen Zeitrahmens,
- hinreichende Information über Situation und Zustand des Patienten, Pflegeanforderungen, benötigte Hilfsmittel, häusliche und soziale Situation etc.,
- inhaltliche Vorbereitung auf die Übernahme und die Bewältigung im Zusammenhang damit anfallender arbeitsorganisatorischer Aufgaben,
- Verdichtung der Kooperation stationärer und ambulanter Pflege erfolgt.

Speziell der zuletzt genannte Punkt trifft allerdings auf krankenhausinterne Barrieren, nicht nur, weil „der Blick des Pflegepersonals aus der Klinik hinaus gar nicht da ist“ (PA 1; 21/18-19), sondern er mit der gemeinhin vorfindbaren Arbeitsorganisation der Pflege im Krankenhaus kollidiert. Sie verhindert ein systematisches Zusammentragen alljener Informationen, die für einen problemlosen Patiententransfer benötigt werden und auch ein steuerndes Eingreifen in die Entlassungsvorbereitung. Eine Verbesserung des pflegerischen Überleitungsmanagements erfordert daher konsequenterweise eine Abkehr von der vielfach kritisierten Funktionspflege im Krankenhaus [27], zumindest aber eine angemessene Planung und Dokumentation der Pflege und die Entwicklung eines Problemverständnisses für die Erfordernisse der Überleitung und die Arbeitsweise ambulanter Pflegedienste.

Trotz der Kürze des Problemabrisses dürfte sichtbar geworden sein, daß eine Verbesserung der Pflegeüberleitung andere Aufgabenschwerpunkte zu setzen hat, als soziale Arbeit sie verfolgt. Mit Blick auf den Modellverlauf bleibt daher zu konstatieren, daß viele Diffusionen vermeidbar gewesen wären, wenn die Kontur der Aufgabenstellung klarer und von vornherein auf die Probleme der Pflege konzentriert gewesen wäre.

Gleichwohl bleibt festzuhalten, daß das Modell, wird es im Krankenhaus angesiedelt, überaus hohe Nähe zum Aufgabengebiet des Sozialdienstes aufweist. In jedem Fall bedarf es daher besonderer Anstrengungen, um es in das bestehende Gefüge der Arbeitsteilung einzufügen und die Leistungen der mit der Überleitung befaßten Berufe aufeinander abzustimmen, sollen Überschneidungen und Konflikte vermieden werden – eine Erkenntnis, die durch die US-amerikanischen Erfahrungen bestätigt wird [20]. Gleichzeitig wirft dieser Tatbestand auch die Frage auf, ob es überhaupt sinnvoll ist, Verbesserungen der pflegerischen Überleitung in dieser Form zu konzeptualisieren, oder ob nicht der jüngst im Berliner Sozialstationsgesetz beschrittene Weg, demzufolge die Verknüpfung von stationärer und ambulanter Pflege durch die im ambulanten Bereich tätigen Pflegekräften vorgenommen werden soll (durch Kontaktaufnahme mit den im Krankenhaus betreuenden Berufen und Erstbesuche des Patienten im Krankenhaus), vielversprechender ist (s. Anmerkung 5). Wird zusätzlich zum Sozialdienst eine weitere und gleichermaßen statusschwache Instanz zur Patientenüber-

leitung im Krankenhaus geschaffen, ist die Gefahr der Dopplung groß (s. Anmerkung 6) und besteht die Tendenz, daß sich beide in innerinstitutionellen Kooperationskonflikten verfangen.

Schlußfolgerungen und Lehren

Es fragt sich nun, welche Lehren aus den dargestellten Erfahrungen zu ziehen sind. Lediglich die uns am wichtigsten erscheinenden wollen wir hier benennen und dabei auf die eingangs aufgeworfenen Fragen rekurrieren.

1. Zunächst einmal zeigt dieses Modell einmal mehr, daß es nicht reicht, fernab von der eigenen Realität nach kopierfähigen Vorbildern zu suchen und diese unhinterfragt zu übernehmen. Einem unmittelbaren Transfer andernorts erprobter und funktionierender Modelle ist meist wenig Gelingen beschied, das konnte gerade in der Aids-Krankenversorgung des öfteren gelernt werden. Offenkundig bedarf es zunächst einer sorgfältigen Überprüfung der Transferbedingungen und -möglichkeiten, d. h. einer Analyse der Modellimplikationen und der Implementationsvoraussetzungen. Und ebenso bedarf es meist einer Anpassung der konstitutiven Modellelemente an die in der Regel anderen strukturellen und institutionellen Gegebenheiten. Unterbleiben solche Transferleistungen, ist die Gefahr des Scheiterns groß. Betrachtet man das Modell in diesem Licht, zeigt sich, daß es nur oberflächlich besehen günstige Übertragungsbedingungen aufweist, weil – anders als in den USA – hierzulande Patientenüberleitung zum Aufgabengebiet der Sozialarbeit im Krankenhaus gehört, der Status der Pflege und ihre Bedeutung in der Krankenversorgung ein anderer ist [28] und sich darüber hinaus Struktur und Finanzierung der Krankenversorgung erheblich unterscheiden. Diesen Unterschieden hätte bei der Modellplanung Rechnung getragen werden müssen, wie durch die Modellerfahrungen schmerzhaft bestätigt wurde. Gerade bei einem Rückgriff auf US-amerikanische Modelle sind solche Transferüberlegungen von besonderer Wichtigkeit, denn viele auf den ersten Blick faszinierend anmutende Konzepte und Modelle basieren auf den Insuffizienzen des *dortigen* Versorgungswesens, die nur vermeintliche Ähnlichkeit mit hierzulande vorfindbaren Versorgungsdefiziten aufweisen.

2. Die Modellerfahrungen stimmen skeptisch, ob eine Verbesserung der *pflegerischen* Überleitung in dieser Form – durch den Einsatz einer zusätzlichen, mit entsprechenden Managementfunktionen betrauten Pflegekraft im Krankenhaus – sinnvoll ist. Der Behebung der Koordinationsprobleme zwischen stationärer und ambulanter Pflege stehen bei diesem Modell vielerlei Restriktionen entgegen, die, wie zu sehen war, allesamt Fallstricke für ein Gelingen des Modells darstellen: das Beharrungsvermögen der Institution Krankenhaus, formale Hürden, Status-, Hierarchie- und Machtprobleme, divergierende Relevanzsysteme der Berufe, und nicht zuletzt die zu große Distanz zur ambulanten Versorgung und den sich hier stellenden Erfordernissen etc. Keineswegs soll damit bestritten werden, daß eine Korrektur der pflegerischen Überleitung notwendig ist. Das stellen unserer Meinung nach auch nicht die eher negativen Erfahrungen dieses Modell-

versuchs in Frage. Dennoch legen die Modellerfahrungen nahe, über andere, weniger hürdenreiche Wege nachzudenken, um dem angestrebten Ziel näherzukommen.

3. Weiterhin lehren die Modellerfahrungen, daß eine Integration von stationärer und ambulanter Versorgung hierzulande *nicht* durch alleinige Anstrengungen der Pflege erreicht werden kann und einem solchen Ansinnen eine Statusüberschätzung der Pflege zugrunde liegt. Zwar vermag die Pflege einen *Beitrag* zur Regulation der Schnittstellenprobleme zwischen stationärer und ambulanter Versorgung und zur Herstellung einer kontinuierlichen Betreuung der Patienten zu leisten, indem sie auf berufsinterner Ebene die entsprechenden Voraussetzungen für ein koordiniertes Handeln einleitet. Sie jedoch mit der Modifikation des Handelns anderer Professionen und der Einleitung von Veränderungen der Organisation der Arbeitsteilung und Kooperation zu betrauen, die auch statushöhere und -mächtigere Berufe betreffen, ist – wie zu sehen war – wenig erfolgversprechend.

4. Über all das hinaus erlauben die Modellerfahrungen eine weitere Schlußfolgerung. Eine Überwindung der gewachsenen Desintegration zwischen stationärer und ambulanter Versorgung und die Herstellung von Versorgungskontinuität stellt angesichts der gegebenen Strukturen eine *multidisziplinäre* Aufgabe dar und ist nur durch Anstrengungen *aller* mit der Patientenversorgung befaßten Berufe im Krankenhaus zu erreichen. Nur wenn die Verknüpfung mit ambulanten Betreuungsinstanzen und Fragen des Versorgungsmanagements nicht an einen Beruf – egal ob Pflege oder Sozialarbeit – „weg“ delegiert, sondern als integrale Aufgabe jedes einzelnen Berufs verstanden wird, ist ein problemloser Patiententransfer und eine Überwindung der Kluft zwischen stationärer und ambulanter Versorgung möglich. Und nur wenn alle mit Überleitungsfragen befaßten Berufe beginnen, sich für den gesamten Krankheits- bzw. Versorgungsverlauf der Patienten und nicht einzig für den von ihnen zu bearbeitenden Problemabschnitt zu engagieren, kann eine kontinuierliche Versorgung der Patienten erfolgen. Letzteres erfordert eine Verdichtung und Systematisierung der Kooperation der im Krankenhaus an der Entlassung und Übermittlung beteiligten Berufe und selbstverständlich auch eine formell abgesicherte Einbindung der Pflege in den Prozeß der Entlassungsvorbereitung. Sie ist den Patienten am nächsten und weiß deren Probleme bei der Alltagsbewältigung der Krankheit am ehesten einzuschätzen. Außerdem kann nur sie den Überleitungsbedarf von Pflege zu Pflege adäquat befriedigen. Unumgänglich sind darüber hinaus Maßnahmen zur Verbesserung der intersektoralen Kooperation, die ebenfalls nicht auf einen Beruf beschränkt sein können, sondern darauf zielen müssen, das Ineinandergreifen der Leistungen *aller* an der Versorgung beteiligten Helfergruppen zu verbessern.

Warnen möchten wir abschließend davor zu glauben, solche Innovationsversuche könnten ohne externe Steuerungshilfe auskommen. Selbst bei günstigen Voraussetzungen haben sie über kurz oder lang meist mit Schwierigkeiten des Innovations- und Implementationsmanagements zu kämpfen, und diese sind gerade in so diffizilen Problembereichen wie der Schnitt-

stellenregulation zu erwarten, weil selbst geringfügig erscheinende Maßnahmen zumeist eine ganze Reihe von Interessenbalancen ins Wanken geraten lassen und sehr viel weiterreichende Konsequenzen nach sich ziehen als zunächst vermutet.

Anmerkungen:

1. Es handelt sich um die vom BMFT und der Berliner Senatsverwaltung für Wissenschaft und Forschung geförderte Studie „Versorgung und Betreuung von Patienten mit HIV-Symptomen im Berliner Gesundheitswesen. Präventive Potentiale kurativer Institutionen“.
2. Es ist Teil des Modellprogramms „Sozialstationen“, eines der sieben Modellprogramme, die im Rahmen des Sofortprogramms der Bundesregierung zur Bekämpfung der Immunschwächekrankheit Aids von 1986 bis 1991 gefördert wurden.
3. Die Interviews wurden verschriftet und unter inhalts- und textanalytischen Gesichtspunkten ausgewertet (siehe dazu [15]). In den im Text verwendeten Interviewauszügen steht AK für Krankenhausarzt, P für Pflegekraft, PA für ambulante Pflegekraft und SD für Sozialdienstmitarbeiter.
4. Höchstwahrscheinlich waren auch Finanzierungsgründe ausschlaggebend für den gewählten Organisationsmodus, da das Modell zum Modellprogramm „Sozialstationen“ gehörte.
5. Freilich bedarf es auch dazu einer Verstärkung der Überleitungsbemühungen der stationären Pflege. Ohne eine Überwindung der insularen Arbeitsweise des Krankenhauses und so auch der Krankenhauspflege und ohne eine Öffnung für die Belange der ambulanten Versorgungsinstanzen ist ein Ineinandergreifen von stationärer und ambulanter Pflege nicht zu erreichen.
6. Das wird durch die Erfahrungen des Schöneberger Modells bestätigt. Hier bemühen sich Sozialdienst, Psychologen und informelle Helfer um einen adäquaten Patiententransfer, und das hat ebenfalls eine Reihe von Problemen zur Folge [15].

Literatur:

- [1] Trojan A, Waller H, eds. Gemeindebezogene Gesundheitssicherung. Einführung in neue Versorgungsmodelle. München: Urban & Schwarzenberg. 1980.
- [2] Wirth W. Inanspruchnahme sozialer Dienste. Bedingungen und Barrieren. Frankfurt/Main: Campus. 1982.
- [3] Kühn H. Politisch-ökonomische Entwicklungsbedingungen des Gesundheitswesens. Königstein: Anton Hain. 1980.
- [4] Müller J, Wasem J. „Missing links“ zwischen ambulanter und stationärer Versorgung im ärztlichen und pflegerischen Bereich. Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 1984; 15, 2: 94 – 115.
- [5] Illsley R, Jamieson A. Hindernisse und positive Einflußfaktoren auf die Implementierung von Versorgungsprogrammen. In: Baltes M, Kohli M, Sames K. Erfolgreiches Altern – Erfolgreiches Altern – Bedingungen und Variationen. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber. 1988: 155 – 161.
- [6] Schaeffer D. Integration von intra- und extramuraler Versorgung. In: Badura B, Feuerstein G, Schott T, eds. System Krankenhaus. Weinheim: Juventa. 1993.
- [7] Deppe HU, Friedrich H, Müller R, eds. Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung. Frankfurt, New York: Campus. 1989.
- [8] Garms-Homolová V. Discharge from Hospital: Professional Criteria of Need and Provision. Journal of Aging Studies 1990; 3, 355-367.

- [9] Bollinger H, Hohl S. Sozialarbeiterinnen und Ärzte im Krankenhaus. Eine Studie zum beruflichen Alltag. Frankfurt/M.: Campus. 1981.
- [10] Garms-Homolová V, Schaeffer D. Kiepenarbeit versus Beratung. Strukturprobleme sozialarbeiterischen Handelns im Krankenhaus. *Neue Praxis* 1990; 2: 111-124.
- [11] Garms-Homolová V, Schaeffer D. Versorgung alter Menschen. Sozialstationen zwischen wachsendem Bedarf und Restriktionen. Freiburg: Lambertus. 1992.
- [12] Liedke D, Wanjura M, Stracke-Mertes A. Von stationär zu ambulant: Die gekonnte Überleitung. Das Berliner Projekt „Beratungspfleger“. *Forum Sozialstation* 1990; 50: 62-65.
- [13] Gorny C. Modellprojekt „Pfleger von Aids-Kranken“. *Krankenpflege* 1993; 47, 2: 98-102.
- [14] Schaeffer D. Das Krankenhaus und seine Bedeutung für die Versorgungsverläufe alter Menschen. *Medizin, Mensch, Gesellschaft* 1990; 15: 181-190.
- [15] Schaeffer D, Moers M. Professionelle Versorgung von HIV- und Aids-Patienten im Berliner Gesundheitswesen. Zwischenbericht des Projekts „Versorgung und Betreuung von Patienten mit HIV-Symptomen. Präventive Potentiale kurativer Institutionen“. Paper der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, P 92-209. Berlin: WZB. 1992.
- [16] Schaeffer D, Moers M. Professionell gebahnte Versorgungspfade und ihre Konsequenzen für die Patienten. Ergebnisse einer strukturanalytischen Untersuchung der Aids-Krankenversorgung. In: Lange C, ed. *Aids – eine Forschungsbilanz*. Berlin: Edition Sigma. 1993.
- [17] Sommerfeld D. Behandlung, Versorgung und Betreuung von Aids-Patienten in Berlin. Ergebnisse einer Vorstudie. Paper der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, P 89-208. Berlin: WZB. 1989.
- [18] Böhm E. *Krankenpflege – Brücke in den Alltag. Erfahrungen mit der Übergangspflege*. Rehburg-Loccum: Psychiatrie-Verlag. 1985.
- [19] Shadish WR. Amerikanische Erfahrungen mit der Evaluation von Sozial- und Gesundheitsprogrammen. In: Koch U, Wittmann W, eds. *Bewertungsgrundlage von Sozial- und Gesundheitsprogrammen*. Berlin, Heidelberg: Springer. 1990: 159-182.
- [20] Clemence BA. Liaison Nurse: What is the Role? *Journal of Nursing Education* 1981; Vol. 20,7, 42-46.
- [21] Moers M, Schaeffer D.: Pflegestudiengänge und Pflegewissenschaften. Erfahrungen aus den USA. *Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe* 1993; 6, 1: 52-64
- [22] Schaeffer D. Probleme bei der Implementation neuer Versorgungsprogramme für Patienten mit HIV-Symptomen. *Neue Praxis* 1991; 21, 5 + 6: 392-406.
- [23] Botschaffer P, Moers M. Pflegewissenschaft und Pflegenotstand. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 1990; Argument Band 15: 123-139.
- [24] Filsinger D et al. *Supervision in der Aids-Arbeit*. Dritter Zwischenbericht des Projekts „Supervision in der Aids-Arbeit“. Vervielf. Manuskript. Berlin: Freie Universität Berlin- 1991.
- [25] Wyns B, Borchers A. Möglichkeiten und Grenzen der Versorgung HIV-Infizierter und Aids-Kranker durch ambulante Pflegedienste und Sozialstationen. In: Schaeffer D, Moers M, Rosenbrock R, eds. *Aids-Krankenversorgung*. Berlin: Sigma. 1992: 197-221.
- [26] Wanjura M. Ambulante Versorgung von Aids-Patienten. *Deutsche Krankenpflegezeitschrift* 1988; 10: 754-756.
- [27] Elkeles T. *Arbeitsorganisation in der Krankenpflege. Zur Kritik der Funktionspflege*. Frankfurt: Mabuse. 1990.

[28] Moers M, Schaeffer D. Aids-Krankenversorgung in San Francisco. Innovative Versorgungsstrategien und Betreuungsmodelle. Paper der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, P 93-203 Berlin: WZB. 1993.

Dr. Doris Schaeffer, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Reichpietschufer 50, 10785 Berlin