

Das Schöneberger Modell

Martin Moers und Doris Schaeffer

Das Schöneberger Modell ist eines der bekanntesten und vielversprechendsten Modelle, die im Rahmen der Aids-Krankenversorgung entstanden sind, und das gilt sowohl im Hinblick auf die Versorgung von Aids-Kranken als auch von anders chronisch Erkrankten. Das Modell umfaßt eine in Anlehnung an das General Hospital in San Francisco konzipierte stationäre Versorgung¹, ambulante Betreuung durch niedergelassene Internisten, die sich auf die Behandlung von Aids spezialisiert haben und in einem der Fortbildung und Behandlungskoordination dienlichen Arbeitskreis (AK Aids) zusammengeschlossen sind, ambulante Pflegeanbieter, Aids-Hilfe/Selbsthilfe und soziale Dienste. Ziel des Modells ist es, die für eine krankheitsangemessene und patientenorientierte Betreuung notwendige Integration und Kontinuität der Versorgung durch Kooperation aller an der Betreuung beteiligten Berufe und Versorgungseinrichtungen herzustellen und dabei der Prämisse »soviel ambulant wie möglich und so wenig stationär wie nötig« zu folgen. Um das zu erreichen, bedarf es einer Neubewertung des Verhältnisses von Krankenhaus- und ambulanter Medizin, einer Öffnung des Krankenhauses für die Belange der ambulanten Versorgung und einer Überwindung seiner insularen Arbeitsweise (Schaeffer/Moers 1992). Da wir in dem Bemühen um die Realisierung dessen eines der innovativen Kernelemente des Modells sehen, befassen

1 Für viele der im Bereich der Aids-Krankenversorgung vorfindbaren Modelle hat das Konzept des General Hospital in San Francisco Vorbildfunktion und soll deshalb kurz skizziert werden. Die ambulante Behandlung erfolgt hier im Rahmen einer Poliklinik, die stationäre Versorgung auf einer speziellen »Aids-Station«. Dem Konzept zufolge sollen stationäre Aufenthalte so kurz wie möglich sein (bereits 1985 beträgt die durchschnittliche Verweildauer nur 24 Tage, Paul/Walz 1986). Deshalb wird eng mit ambulanten Diensten kooperiert und ein sehr sorgfältiges Management bei der Krankenhausentlassung betrieben. Die Vorbereitung der Entlassung beginnt bereits am ersten Tag nach der Aufnahme des Patienten und erfolgt in Kooperation aller Berufe und informeller Helfer. Ein weiteres wichtiges Element des Konzepts ist in der Orientierung an den Bedürfnissen der Patienten zu sehen. Dazu gehört die Akzeptanz homosexueller Lebensweise, der Verzicht auf Isolierung, eine an Humanitätsgesichtspunkten orientierte Sterbebegleitung z. B. durch die Möglichkeit zum »rooming-in« für Angehörige. Ein weiteres konstitutives Element besteht in der Öffnung für Selbsthilfegruppen und ehrenamtliche Helfer bzw. »Buddies« (siehe Fußnote 4).

wir uns vorwiegend mit dem Beitrag des Krankenhauses - konkret des Auguste-Viktoria-Krankenhauses (AVK) und fragen, welche Anstrengungen krankenhausintern unternommen wurden, um auf die durch Aids an die Versorgung gestellten Herausforderungen zu reagieren und um eine weitestgehend extramurale und zugleich integrierte Versorgung zu ermöglichen.

Die historische Entwicklung

Die Entwicklung des AVK zum Aids-Schwerpunktkrankenhaus begann zeitlich etwas später als in anderen Krankenhäusern in den Zentren der Prävalenz (Einberger-Spiegel/L'age in diesem Band). Der Sicht der Mitarbeiter zufolge sind es retrospektiv betrachtet eher »Zufälligkeiten« (AK 4; 2/21)², die zur Entwicklung des Schöneberger Modells und zum Ausbau des AVK zum heute größten Aids-Behandlungsschwerpunkt in der Bundesrepublik führten.

Bis 1986 wurden die meisten Aids-Patienten in Berlin zunächst in anderen Krankenhäusern 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 einer humanen und an ihrer besonderen psychischen und sozialen Situation orientierten Betreuung Ausschau hielten. Auf diesen Suchbewegungen führte einige auch der Weg in das AVK, daß 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 liberaler war als in manchen anderen Krankenhäusern. Schon immer beispielsweise durften hier Angehörige von Patienten, denen es schlecht ging, übernachten und immer schon wurde Wert auf eine intensi-

2 Wir beziehen uns hier auf Datenmaterial, das im Rahmen einer am WZB durchgeführten und vom BMFT und der Berliner Senatsverwaltung für Wissenschaft und Forschung geförderten Studie mit dem Titel »Versorgung und Betreuung von Patienten mit HIV-Symptomen im Berliner Gesundheitswesen. Präventive Potentiale kurativer Institutionen« erhoben wurde.

ve 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 für 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 dieser neuen Infektionskrankheit medizinisch zu begegnen, noch, wie sich ihr konzeptionell zu stellen war - und auch: ob man sich ihr überhaupt stellen sollte, weil sich bereits mehrere Krankenhäuser auf diesem Gebiet engagierten. Daß sich das in der Folgezeit wandelte, wird ebenfalls einem Zufall zugeschrieben, der die Situation schlagartig veränderte.

1986 wechselte ein Aids-erfahrener Arzt auf 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 und der Konfrontation mit Aids zu stellen. Weil die eigenen Erfahrungen dafür als nicht als ausreichend betrachtet wurden, beschlossen die 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. In Eigeninitiative wurde eine zweiwöchige Hospitationsreise nach San Francisco 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 Modell 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 Modells an die hiesige Situation anzupassen sind. Dabei spielte noch einmal ein 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 in den

Krankenhausbereich verlagert werden sollte. Da eines der zentralen Elemente des Schöneberger Modells (wie auch seines Vorbilds) darin besteht, daß Krankenhausaufenthalte so kurz wie möglich zu halten sind und Aids-Patienten soviel und soweit wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung leben sollen, war damit eine der entscheidenden Realisierungsvoraussetzungen gegeben und konnte die Umsetzung des Modells beginnen.

Ihr war unverhofftes Gelingen beschert. Die Krankenhausadministration war der neuen Entwicklung gegenüber sehr ausgeschlossen, weil »man hat ja gewußt, daß damit . . . durchaus eine Attraktivität für ein Krankenhaus geschaffen werden kann« (AK 4; 14/25-28) und erfüllte unter anderem einige der an das Modell geknüpften Stellenforderungen, beispielsweise die Finanzierung einer Sozialarbeiter- und von zwei Psychologenstellen. Ungefähr zeitgleich wurde auch das Sofortprogramm der Bundesregierung zur Bekämpfung der Immunschwächekrankheit Aids verabschiedet, durch das eine Verbesserung des Pflegeschlüssels erwirkt werden konnte. Außerdem entstanden durch dieses Programm Aids-spezialisierte ambulante Dienste, so z. B. psychosoziale und pflegerische Hilfen, die eine noch weitreichendere ambulante Einbindung des Modells ermöglichten. Dieser kurze Einblick sollte ausreichen, um zu verdeutlichen, daß die Modellumsetzung auf günstige Bedingungen traf. Ähnliches trifft auch für die Modellentwicklung zu. Diese sei nun noch einmal aus übergeordneter Sicht betrachtet, um zu zeigen, daß die sich aus krankenhausernter Sicht als »Zufälligkeiten« darstellenden Entwicklungsmomente so zufällig nicht sind, sondern sogar eine bestimmte Logik zu erkennen geben, die aufschlußreich für die Entstehung spontaner Innovationen ist, denn um eine solche handelt es sich dem Charakter nach bei dem Schöneberger Modell.

Zunächst einmal ist zu bedenken, daß das AVK über zwei relativ große Infektionsstationen verfügt, und so ist nicht verwunderlich und keinesfalls »zufällig«, daß Aids-Patienten der Weg dorthin führte. Wenngleich dort damals - ebenso wie auf vielen entsprechenden Stationen - überwiegend Innere Medizin betrieben wurde, so war doch gleichzeitig klar, daß eine so 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 relativ großen Bedeutungs-

verlust erlitten hatte, galten die Infektionskrankheiten alter Tage doch als weitgehend besiegt. Mit Aids aber war die Medizin mit einer neuen 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 implizierte. 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, Behandlungskonzepte zu erarbeiten und die dazu notwendigen Forschungsarbeiten zu leisten. Das erklärt das zunächst zögerliche Verhalten, denn das AVK stellt ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung dar, also einer niedrigeren Versorgungsstufe und verfügt nicht über entsprechende Ressourcen und institutionelle Strukturen für Forschung und Erkenntnisdissemination. Aufgrund dieser Bedingungen sah es zunächst so aus, als würde es auch gar nicht an den potentiellen Chancen, die die Aids-Krankenversorgung für Teile der Medizin eröffnete, partizipieren können. Schon 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 und entsprechende Forschungsmöglichkeiten, sondern auch neue Formen der Betreuung und Versorgung - ein Aspekt, über den heute fast überall Konsens besteht, dessen Realisierung aber zunächst auf Widerstand stieß und der mancherorts auch als nebenrangiger erachtet wurde als die Entwicklung medizinischer Interventionsmöglichkeiten. Gewissermaßen sprang das AVK in die Bresche, als diese Lücke sich abzeichnen begann. Es griff ein Konzept auf, in dem großer Wert auf eine adäquate *Betreuung* gelegt wird und konnte damit seine nachteiligere Ausgangsposition umkehren und eine erfolgreiche Wende einleiten, wie sich allein am großen Zuspruch seitens der Betroffenenengruppen bemerkbar machte.

Hier wird sichtbar, daß sich hinter den »Zufälligkeiten« der Entwicklung des AVK zum Aids-Schwerpunkt Krankenhaus ein wenngleich nicht planvolles, so aber doch gelungenes Nutzarmachen einer sich in den Anfangstagen der Aids-Politik abzeichnenden Mangelsituation verbirgt.³

Gleichwohl aber stellt sich die Frage, *warum* das AVK trotz seiner im Vergleich zu anderen Krankenhäusern schlechteren Ausgangsvoraussetzungen in der Lage war, diese Mangelsituation zu nutzen und die sich abzeichnende Lücke zu füllen. Zunächst einmal ist anzuführen, daß die Infektiologie des AVK nach anfänglichem Zögern sehr *rasch* handelte und daß sie über *innerinstitutionellen Rückhalt* verfügte. Nicht minder wichtig ist, daß sie *flexibel* zu reagieren vermochte und offen für Forderungen »von unten« (der Patienten und ihrer Interessenvertretungen) war. Aufgrund dieser Flexibilität und Offenheit konnten sehr viel weitreichendere Innovationen durchgeführt werden als in anderen Kliniken und war sie außerdem in der Lage, sich zugleich der fachlichen Herausforderung zu stellen. Denn in der Folgezeit profilierte sich das AVK nicht nur aufgrund seines modellhaften Betreuungskonzepts, sondern auch in medizinischer Hinsicht: Es war und ist maßgeblich an der Erforschung und Entwicklung von Behandlungskonzepten beteiligt und wurde auch aus fachlichen Gründen eine wichtige Anlaufadresse für Aids-Patienten - und dieses, das sei noch einmal explizit betont, ohne institutionell auf solche Aufgaben ausgerichtet zu sein und über entsprechende Strukturen zu verfügen. Daß diese Entwicklung möglich war, ist auf *institutioneller Ebene* entscheidend darauf zurückzuführen, daß es sich beim 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, vor allem wenn sie unter Problemdruck stehen und Umstrukturierungen aussichtsreiche Profilierungsmöglichkeiten bieten. Auf *personeller Ebene* begründen sich die unter Beweis gestellte Flexibilität und Innovationsfähigkeit darin, daß die Mitarbeiter sich »Pioniergeist«, wie es einer der Ärzte selbst nannte, zuzulegen vermochten. Dieses freilich ist - genau besehen - ein »Nachpioniergeist«, denn die Mitarbeiter konnten auf ein kopierfähiges Vorbild zurückgreifen. Wie auch immer - beides ermöglichte ihnen, ihrem Handeln das Charisma des Besonderen und Avantgardenhaften zu verleihen und als »change agents« tätig zu werden: sowohl eine

3 Dies ist nicht zuletzt deshalb betonenswert, weil viele der wichtigsten und für zukunftsweisend befundenen Innovationen in der Aids-Krankenversorgung auf diese Weise entstanden sind.

Modifizierung der traditionellen Organisation der Krankenbehandlung in einer der reformresistentesten Institutionen des Gesundheitswesens vorzunehmen und ein patientenorientiertes Betreuungskonzept einzuführen wie auch den neuen fachlichen Anforderungen zu begegnen.

Das Konzept

Eines der wesentlichen Merkmale des Schöneberger Modells besteht darin, daß die Nahtstellen zwischen den mit der Betreuung von Aids-Patienten befaßten Institutionen und auch zwischen den Leistungen der unterschiedlichen Berufe durch verstärkte Kooperation und Kommunikation geschlossen werden. Das bezieht sich sowohl auf die Überwindung der für das hiesige Gesundheitswesen charakteristischen Trennung zwischen intra- und extramuraler Versorgung wie auch auf die Verknüpfung der Leistungen, die innerhalb der stationären Versorgung erbracht werden.

Betrachten wir zunächst die stationäre Betreuung. Aids-Patienten werden im AVK auf zwei Infektionsstationen, die zur Inneren Abteilung gehören, behandelt. Gemäß dem Konzept wird eigentlich eine gemischte Belegung angestrebt: Aids-Patienten sollen nicht isoliert, sondern gemeinsam mit anders erkrankten Patienten behandelt werden. Aufgrund des großen Zulaufs und der steigenden Krankenzahlen sind jedoch nur wenige andere Patienten auf den beiden Stationen zu finden, so daß diese faktisch »Aids-Stationen« darstellen.

Obschon die aufwendige und komplizierte Diagnostik und Therapie bei Aids das Geschehen auf den Stationen beherrscht, wird dennoch großer Wert auf eine Humanitätsgesichtspunkten folgende Betreuung gelegt. Letzteres wird nur dann in seiner Bedeutung verständlich, wenn wir uns die nach dem Besuch des General Hospitals vorgenommenen Umstrukturierungen vergegenwärtigen.

Deren Ziel bestand vor allem darin, eine *krankheitsangemessene und gleichermaßen patientenorientierte Betreuung* zu ermöglichen, um Aids-Erkrankten auf diese Weise ein Höchstmaß an Lebensqualität in der ihnen noch verbleibenden letzten Lebenszeit zu gewähren. In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, daß die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten zunächst äußerst gering waren und es folglich um eine möglichst humane Begleitung der letzten Lebenszeit von sehr jung sterbenden Menschen ging. Durch Aufstockung des (ärztlichen und pflegerischen) Personals sollte unter anderem 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 Psychologengstelle 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)

Doch nicht nur aufgrund der mit der Diagnose Aids verbundenen biographischen Konsequenzen wird die Einbeziehung von Psychologen in den klinischen Alltag für sinnvoll gehalten, sondern auch, weil sich die Ärzte von den Problemen, die mit Sterbeprozessen in jungem Lebensalter verbunden sind, den Ängsten vor wachsender Hilflosigkeit und dem nahenden Tod sowie von den Suizidwünschen vieler Patienten überfordert fühlen. In solchen Situationen eine professionelle psychische Unterstützung bereitstellen zu können, wird von ihnen für unabdingbar gehalten. Sollen die Psychologen der Sicht der Ärzte zufolge gewissermaßen die Folgeerscheinungen der Ohnmacht der Medizin kompensieren, so sehen sie selbst ihr Aufgabenfeld breiter (siehe dazu auch Einberger-Spiegel/L'age in diesem Band). Inzwischen widmen sie sich außerdem 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 die Psychologen 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. Hier 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 des Betreuungsangebots zu erweitern. Unmittelbar nach Be-

ginn der Umstrukturierung öffnete sich das AVK für Aktivitäten 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 Selbsthilfegruppen hat daher durchaus innovativen Charakter, zumal dabei versucht wurde, eine neue Form der Zusammenarbeit zwischen professioneller und nicht-professioneller Hilfe zu erproben. Die Aids-Hilfe wird nicht einzig geduldet, sondern explizit in das Geschehen auf der Station einbezogen. Zu ihrem Aufgabenfeld gehören: Unterstützung bei der Krankheitsver- und -bearbeitung, Vermittlung von »Buddies«⁴, Information über das Angebot an Hilfen im informellen Bereich und 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 als möglich auf die Gewohnheiten und besonderen Lebensumstände der Kranken abzustellen. Akzeptanz der homosexuellen Lebensweise der meisten der Patienten und permissive Atmosphäre auch hinsichtlich ihres sozialen Umfeldes werden als ebenso selbstverständlich angesehen wie ein enttabusierender Umgang mit der noch immer von Berührungs- und Ansteckungsängste 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: Festschreibungen der Besuchszeiten sind abgeschafft, so daß Besucher freien Zugang haben, Urlaubsregelungen werden so großzügig wie nur eben möglich gehandhabt und bei Bedarf können Angehörige im Krankenhaus übernachten, besteht also die Möglichkeit zum »rooming-in«.

Als drittes schließlich ist anzuführen, daß intendiert wird, *Krankenhausaufenthalte so kurz wie möglich zu halten* und einen möglichst langen

4 »Buddies« sind ehrenamtliche Mitarbeiter der Aids-Hilfe, die HIV-Positiven oder Aids-Kranken als Betreuer zur Verfügung stehen (Schäfer 1988). Sie sollen den Kranken während aller Phasen des Krankheitsverlaufs begleiten, ihn emotional und sozial unterstützen und bei der Krankheitsbewältigung und -verarbeitung behilflich sein, sei es durch Gespräche oder durch Hilfe bei Alltagsverrichtungen - kurz: Sie sollen Ansprech- und Begleitperson beim Management des Krankheitsalltags sein.

Verbleib der Patienten in der ihnen gewohnten häuslichen Umgebung sicherzustellen. Um das bei einer so schwerwiegenden Krankheit wie Aids realisieren zu können, bedarf es einer Überwindung der gewachsenen Desintegration von stationärer und ambulanter Versorgung und damit eines Strukturdefizits, das auch bei anders chronisch erkrankten Patienten einer kontinuierlichen Versorgung entgegensteht. Folgende Maßnahmen wurden ergriffen:

- Die Entlassungsplanung erfolgt frühzeitig und in Abstimmung aller beteiligten Berufe im Krankenhaus. 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 Versorgungsbrüche vermieden werden.
- Der Sozialdienst des Krankenhauses wurde um eine speziell für Aids-Patienten zuständige Sozialarbeiterstelle ergänzt, um so über ausreichende Kapazität für die Vermittlung der nach einem Krankenhausaufenthalt notwendigen Versorgungsmaßnahmen (soziale und finanzielle Hilfen, pflegerische und häusliche Dienste) zu verfügen.
- Es wird explizit angestrebt, Angehörige und Freunde in die Planung der Versorgung nach der Entlassung einzubeziehen, so daß 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 nach der Entlassung mit der häuslichen Betreuung auf sie zukommen und wo bzw. in welchem Ausmaß Fremdhilfe notwendig ist.
- Es wird großer Wert auf die Herstellung von institutionsübergreifenden Kooperationsbeziehungen und die Verzahnung des Krankenhauses mit ambulanten Versorgungseinrichtungen gelegt. Vor allem zur Intensivierung der *Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten* wurden zahlreiche Schritte unternommen und in der Tat können die hier realisierten Kooperationsmodi als vorbildlich bezeichnet werden. Das beginnt damit, daß die Krankenhausärzte ihren niedergelassenen Kollegen telefonisch zur Verfügung stehen und konsiliarisch hinzugezogen werden können, stellen sich den niedergelassenen Ärzten Probleme bei der Betreuung einzelner Patienten. Weiterhin werden Krankenhausentlassungen (wie auch -einweisungen) soweit als möglich telefonisch abgestimmt. Außerdem erhalten die Patienten bei der Entlassung einen ausführlichen Therapieplan bzw. -vorschlag, 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 sichergestellt 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. Zu erwähnen ist ebenfalls, daß Arztbriefe *umgehend* und möglichst *umfassend* geschrieben werden. Sie enthalten ausführliche Informationen über medizinische Fragen wie auch über soziale und versorgungsbezogene Aspekte. Dadurch soll eine möglichst dichte Kommunikation gewährleistet und zudem der Transfer Aids-spezifischen Wissens forciert werden (ausführlicher siehe Moers/Schaeffer 1992).

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 herzustellen. Dazu gehört unter anderem die Mitarbeit im »Arbeitskreis Aids der niedergelassenen Ärzte in Berlin« (AK Aids) - einem Forum, daß sich sowohl um die Fortbildung über HIV und Aids als auch um die Schaffung angemessener Versorgungsstrukturen für Aids-Kranke und deren Anpassung an die sich verändernden Modalitäten bemüht. Bedeutsam ist dieses Forums darüber hinaus, weil es als Regulationsinstanz der institutionsübergreifenden Zusammenarbeit fungiert und außerdem zur Herstellung tragfähiger Kooperationsbeziehungen beiträgt. Durch die gemeinsame Arbeit im AK Aids entstehen kollegiale und sogar persönliche Arbeitsbeziehungen und 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. Ihnen wird - ähnlich wie den niedergelassenen Ärzten - soweit als möglich Unterstützung angeboten. Beispielsweise stehen die Aids-Stationen ihnen für Hospitationen und für Rückfragen offen. Darüber hinaus wurden regelmäßig stattfindende Zusammenkünfte von ambulanten Pflegediensten und Krankenhausmitarbeitern initiiert, innerhalb derer

die Kooperationsmodalitäten abgestimmt, auftretende Probleme diskutiert und neueste den Bereich der Pflege tangierende medizinische Erkenntnisse erörtert werden. Über all das hinaus wird eine nahtlose Übernahme des Patienten sicherzustellen versucht, indem ambulante Pflegedienste in die Entlassungsvorbereitung einbezogen werden: Sie werden frühzeitig über Entlassungen informiert, das Krankenhaus steht ihnen offen, um die Übernahme des Patienten vorzubereiten, beispielsweise den Patienten bereits hier kontaktieren zu können, den Pflege- und Unterstützungsbedarf mit ihm selbst und ebenso mit den Stationsmitarbeitern zu erörtern und die Übernahmemodalitäten zu besprechen etc. Außerdem bemüht sich der Krankenhaussozialdienst um Kontaktaufnahme mit dem Sozialarbeiter des Pflegedienstes, so daß eingeleitete und nicht abgeschlossene Beantragungsverfahren direkt weiterbearbeitet bzw. -verfolgt werden können und Bearbeitungsprozeduren nicht von neuem angefangen werden müssen.

Es wurde also eine ganze Reihe von Kooperationsanstrengungen unternommen, um die insulare Arbeitsweise des Krankenhauses zu überwinden und einen lückenlosen Transfer der Patienten in die ambulante Versorgung sicherzustellen. Samt und sonders sind diese um hinlänglich kritisierte Schwachpunkte an dieser Übergangsstelle angesiedelt und versuchen sie auf informellem Weg - durch Modifikation als obsolet erachteter Kooperationsmodi - zu mildern. Die hier gesammelten Erfahrungen sind daher nicht nur im Hinblick auf die Aids-Krankenversorgung, sondern das gesamte Gesundheitswesen interessant.

Lehrreich im Hinblick auf andere Bereiche der Krankenversorgung scheinen uns vor allem die im Schöneberger Modell erprobten Innovationsanstrengungen auf der Ebene ärztlichen Handelns zu sein. Sie zeigen, daß es in der Tat möglich ist, die Probleme an der Schnittstelle ambulante/stationäre Versorgung zu mildern und den Wechsel zwischen unterschiedlich organisierten Versorgungsarten in einer Weise zu gestalten, daß Versorgungskarrieren⁵ und -diskontinuitäten vermieden werden können. Sie zeigen auch, wie Desintegration und Rivalität bzw. Konkurrenz über-

5 Mit dem Begriff »Versorgungskarriere« möchten wir nicht etwa optimales Coping bezeichnet wissen, sondern spielen auf solche Zyklen und Prozeßdynamiken in der Versorgungsbiographie eines Individuums an, in denen der Versorgungsverlauf die Gestalt einer »Fallkarriere« (Schütze 1981) erhält. Beginnt sich eine solche Dynamik zu entfalten, so geht das auf seiten des Patienten fast immer damit einher, daß bestehende Bewältigungsschemata unwirksam werden, ja sogar zusammenbrechen und sich der Möglichkeitsspielraum für intentionale Handlungsaktivitäten systematisch reduziert.

wunden und ein ineinandergreifendes Handeln aller an der Behandlung eines Patienten beteiligten Ärzte erreicht werden können. Allerdings bedarf es dazu - das machen die Modellerfahrungen ebenfalls deutlich - spezifischer Voraussetzungen. Allen voran ist hier anzuführen, daß sich das Krankenhaus - wird die Prämisse »ambulant vor stationär« ernst genommen - für die Belange der ambulanten Medizin öffnet. Dies bezieht sich nicht einzig auf die der niedergelassenen Ärzte, sondern auch aller anderen in die Krankenversorgung einbezogenen Instanzen im ambulanten Bereich. Eine zweite Voraussetzung besteht darin, daß die Anzahl an Kooperationspartnern überschaubar ist und persönliche Arbeitsbeziehungen hergestellt werden können. Beide Faktoren erleichtern, quer zur gängigen Praxis übliche Handlungspraktiken zu implementieren. Nicht unerwähnt bleiben darf die Existenz des *überinstitutionellen* Forums zum Erfahrungsaustausch, das dazu beiträgt, auf das jeweilige Handlungsfeld reduzierte Blickweisen zu überwinden, Perspektivwechsel zu ermöglichen und ärztliches Handeln aus übergreifender Sicht: der Gesamtheit an betreuenden Instanzen zu reflektieren. Nicht minder wichtig ist ein solches Forum für den Wissenstransfer und damit für die Sicherstellung fachlich angemessener Behandlungen in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen. Und schließlich möchten wir betonen, daß die ausgebildeten Kooperationsmodi und die Realisierung der Modellziele entscheidend daran gebunden sind, daß in der ambulanten Versorgung entsprechende fach- bzw. Aids-spezifischen Kompetenzen vorhanden sind und die niedergelassenen Ärzte sich bereit erklären, den Konsequenzen der Prämisse »ambulant vor stationär« zu entsprechen und das Krankenhaus nicht als »Abschiebebahnhof« für schwierige Patienten und unbequeme Problematiken zu nutzen. Anders gesagt, ohne die Existenz von Aids-Schwerpunktpraxen und von Integrationspraxen ist das Modell nicht ohne weiteres realisierbar.

Es sind nicht zuletzt diese Voraussetzungen, dank derer es möglich ist, die ärztliche Kooperation wesentlich enger zu gestalten als sonst in der Krankenversorgung (inklusive der Aids-Krankenversorgung) vorfindbar. Ähnliches ist auch im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit Pflegeanbietern und sozialen Diensten zu konstatieren. Auch hier zeigt sich, daß durch eine Öffnung des Krankenhauses für die Belange ambulanter Pflege eine Integration von stationärer und ambulanter Versorgung hergestellt werden kann - vorausgesetzt allerdings, ambulante Pflegeanbieter öffnen sich ihrerseits den an sie gestellten Anforderungen.

Lehrreich sind auch die Bemühungen um eine Humanitätskriterien und den Bedürfnissen der Patienten entsprechende stationäre Versor-

gung. Patientenorientierte Betreuungskonzepte werden hierzulande seit langem gefordert, stellen in der Regelversorgung bislang jedoch eine Ausnahmeerscheinung dar (Deppe u. a. 1989). Nicht zuletzt deshalb sind die Bemühungen des AVK bemerkenswert und interessant. Betrachten wir die unternommenen Schritte genauer, so drängt sich freilich der Eindruck auf, daß Patientenorientierung noch systematischer betrieben werden könnte. Viele der unternommenen Schritte haben eher den Charakter einer stillschweigenden Liberalisierung bzw. Modernisierung längst für obsolet befundener Strukturen der stationären Krankenbehandlung. Ein Vergleich mit dem normalen Krankenhausalltag stellt jedoch eindrucksvoll unter Beweis, daß selbst solchen Liberalisierungen Innovationsfunktion zukommt. Nicht der Patient, sondern institutionelle Gebote eines rationalen Patientenmanagements und eines ebensolchen »people processing« stehen hier meist im Zentrum der Erwägungen und dominieren den Alltag. Um so mehr ist zu hoffen, daß dem Beispiel des AVK Initialfunktion zukommt.

Insgesamt sind die in diesem Modell gewonnenen positiven wie negativen Erfahrungen (ausführlicher siehe Schaeffer/Moers 1992) von großem Nutzen für die Reflektion über Verbesserungen der Krankenversorgung. Sie zeigen, daß eine integrierte und kontinuierliche Versorgung realisierbar ist, wenn alle dazu notwendigen Berufe einbezogen werden und sie sich für den Patienten und den gesamten Versorgungsverlauf und nicht nur für den von ihnen »zu bearbeitenden« Problemausschnitt engagieren. Das sollte vielleicht selbstverständlich sein, ist es aber angesichts des Organisations- und Professionsseparatismus im hiesigen Gesundheitswesen (Illsley/Jamieson 1988) nicht. Betonen möchten wir abschließend, daß dazu den professionellen Akteuren allerdings eine Vielzahl von Sonderleistungen, Umstellungsprozessen und Modifikationen alltäglicher Handlungsroutinen abverlangt sind. Diese sind längerfristig nicht zu erbringen, verfügen sie nicht über abstützende und damit entlastende Strukturen. Sollen die unternommenen Innovationsbemühungen vor Erosionen bewahrt werden, ist eine entsprechende Absicherung der in diesem Modell erprobten Reformbemühungen unbedingt notwendig.

Literatur

- Deppe, H.-U./Friedrich, H./Müller, R. (Hg.) (1989): *Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung*. Frankfurt a. M.: Campus
- Illsley, R./ Jamieson, A. (1988): »Hindernisse und positive Einflußfaktoren auf die Implementierung von Versorgungsprogrammen«. In: M. Baltes/M. Kohli/K. Sames: *Erfolgreiches Altern- Bedingungen und Variationen*. Bern: Hans Huber, S. 155-161
- Paul, G./Walz, L. (1986): *Eine Stadt lebt mit Aids*. Berlin: Dirk Nishen
- Schäfer, I. (1988): »Die Deutsche Aids-Hilfe. Ihre Aktivitäten, Präventionsstrategien und Kooperationsansätze«. In: J. Faltermeier/J. Senger u. a.: *Aids und soziale Arbeit*. S.A. I.23. Frankfurt a. M., S. 65-77
- Schaeffer, D./Moers, M. (1992): *Professionelle Versorgung und Betreuung von HIV- und Aids-Patienten*. Zwischenbericht des Projekts »Versorgung und Betreuung von Patienten mit HIV-Symptomen im Berliner Gesundheitswesen. Präventive Potentiale kurativer Institutionen«. Paper der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, P 92-208. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Schütze, F. (1981): »Prozeßstrukturen des Lebensablaufs«. In: J. Matthes/A. Pfeifenberger/M. Stosberg: *Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive*. Nürnberg: Forschungsvereinigung, S. 67-156