



## Jahrbuch Familiäre Pflege 1. Jahrgang 2018



# Jahrbuch Familiäre Pflege

1. Jahrgang 2018

## Herausgeber\*innen

Prof. Dr. Katharina Gröning

M.A. Carina Schiller

M.A. Jan-Willem Waterböhr

## Kontakt

Modellprogramm Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG

Universität Bielefeld

Fakultät für Erziehungswissenschaft

AG 7: Pädagogische Beratung

Universitätsstraße 25

33615 Bielefeld

<http://www.uni-bielefeld.de/familiale-pflege>

September 2018, Universität Bielefeld



## Inhaltsverzeichnis

<b>Editorial</b>	<b>7</b>
<i>Katharina Gröning</i> Grundannahmen des Modellprogramms "Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG"	9
<i>Katharina Gröning, Katharina Niedling</i> Wissenschaftliche Beratung im Modellprogramm „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“	32
<i>Carina Schiller</i> Die Geschichte des Modellprogramms „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“	55
<i>Jan-Willem Waterböhr</i> Organisations- und EDV-Beratung im Modellprogramm "Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG"	79
<i>Sonja Bergenthal</i> Psychiatrische Krankenhäuser im Modellprogramm "Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG": Beratung, Entwicklungen und Chancen	109
<i>Susanne Johannes</i> Die erfolgreiche Implementierung des Modellprogramms „Familiale Pflege“ im Krankenhaus – Ein Gewinn für beide Seiten	124
<i>Martina Klewitz</i> Entwicklung des Modellprogramms „Familiale Pflege“ in den GFO Kliniken Troisdorf	133
<i>Frank Görden</i> Integration des Bereiches „Familiale Pflege“ in den Fachbereichen des Psychiatrischen Fachkrankenhauses der Theodor-Fliedner-Stiftung, Mülheim an der Ruhr.	140



## Editorial

Sehr geehrte Leser\*innen!

Das Modellprogramm „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“ besteht seit 2004 und hat sich bis heute weiterentwickelt. Aktuell nehmen 412 Krankenhäuser in Nordrhein Westfalen, Schleswig Holstein und Hamburg an dem Modellprogramm teil. Im Jahr 2017 haben mehr als 1000 Pflegetrainer\*innen rund 70.000 pflegende Angehörige erreicht – d.h. in der pflegerischen Entlassung aus dem Krankenhaus in die häusliche Anschlussversorgung familien- und alltagsensibel begleitet, beraten und zur Pflege angeleitet. Dabei werden sie von aktuell 19 Wissenschaftler\*innen der Universität Bielefeld kontinuierliche begleitet, wissenschaftlich beraten und weitergebildet.

2015 wurde die Festschrift „Familiensensibles Entlassungsmanagement“ zu zehn Jahren Modellprogramm Familiale Pflege veröffentlicht. Seit dem hat sich viel getan. Neben der Ausweitung zur Versorgung von Demenzpatient\*innen im Krankenhaus sind weitere Themenschwerpunkte in den Bereichen Psychiatrie, Pflegebedürftigkeit bei Kindern, Versorgung von Weaning-Patient\*innen und EDV- und Systementwicklung hinzugekommen - weitere Themenkomplexe sind in Planung.

Mit dem Jahrbuch „Familiale Pflege“ wird nun ein jährlicher Einblick in die aktuellen Schwerpunkte und Projekte der wissenschaftlichen Arbeit geboten. Diese beinhalten erste und fortgeschrittene Ergebnisse der Umsetzungsforschung und Evaluation, Berichte aus der Beratungspraxis mit den Krankenhäusern sowie Erfahrungen aus den Beratungen und Praxisanleitungen der Pflegetrainer\*innen. Mit der nun vorliegenden Ausgabe im Jahr 2018 bietet das Jahrbuch „Familiale Pflege“ eine erste Bestandsaufnahme zur Entwicklung der Arbeitsweise und zu frühen Schwerpunktthemen, die gleichzeitig Einblick in den Erfolg des Modellprogramms bieten. Charakteristisch ist die Verschränkung von inhaltlicher Erkenntnis aus der Beratungspraxis einerseits sowie der kontinuierlichen Krankenhausbegleitung, wissenschaftlicher Weiterbildung, Evaluation und praxisnaher Reflexion andererseits.

Für die erste Ausgabe sind die Fragen erkenntnisleitend, warum und wie die Implementierung der Familialen Pflege in die Krankenhäuser gelingen konnte. Als Grundlage des Modellprogramms verbindet zunächst Katharina Gröning in einem ersten Teil die philosophischen Aspekte des ‚guten Lebens‘ (Nussbaum) und der ‚Gerechtigkeit‘ (Honneth) mit organisationspädagogischen, beratungswissenschaftlichen und sozialwissenschaftlichen einerseits und genderspezifischen Ansätzen zu Familiendynamiken andererseits. Katharina Niedling arbeitet ergänzend anhand einer Gruppendiskussion mit den wissenschaftlichen Berater\*innen die Anforderungen und Rollenentwicklungen zwischen Wissenschaft und Beratung heraus.

In einem zweiten Teil wird die Entwicklung des Modellprogramms als Folge der gemeinsamen Arbeitsprozessen mit den Krankenhäusern (Koproduktion) dargestellt. Carina Schiller beschreibt die Anfänge und Entwicklungen des Modellprogramms sowie die Weiterentwicklung und Ergänzung der Förderinstrumente zur Bildung, Beratung und Praxisanleitung der pflegenden Angehörigen in enger Anbindung an die Beratungsprozesse. Jan-Willem Waterböhr skizziert die Ideen- und Konzeptentwicklung zur Integration der Familialen Pflege in die Krankenhausinformationssysteme (KIS) sowie in die Krankenhäuser als Organisationen. Dabei wird ersichtlich, wie die kontinuierliche Exploration und Beratung der wissenschaftlichen Berater\*innen mit den

Pflegetrainer\*innen und EDV-Mitarbeiter\*innen die Beratungsansätze des Modellprogramms zur EDV-gestützten Kommunikation erarbeitet haben. Sonja Bergenthal schärft darüber hinaus den Blick für die Ansätze und Beratungskonzeptionen mit den Psychiatrien. Die differente Professions- und Organisationskulturen und wie sie sich auf die Koproduktion mit den projektbeteiligten Psychiatrien auswirken, ist Kernanliegen des Artikels.

Im dritten Teil stellen drei Pflegetrainer\*innen ihre mehrjährigen Praxiserfahrungen und Ergebnisse zur Implementierung der Familialen Pflege in ihren Krankenhäusern vor. Susanne Johannes arbeitet dabei insbesondere die Herausforderungen und Synergieeffekte mit dem Blauen Punkt, einem Projekt zum Demenz- und Delirmanagement in Essen heraus. Martina Klewitz schreibt ihren Beitrag aus der Festschrift „Familiensensibles Entlassungsmanagement“ fort und berichtet von weiterer EDV-Entwicklung in Troisdorf sowie von der ausgeweiteten, krankenhausesübergreifenden Arbeit. Einen besonderen Einblick bietet dabei der Blick in die Praxis, der die Arbeit im Krankenhaus mit der Komplexität der familien- und alltagssensiblen Begleitung verbindet. Frank Görge legt einen Schwerpunkt auf Suchterkrankungen in Psychiatrien. Es wird der institutionelle Unterschied zwischen somatischen und psychiatrischen Krankenhäusern im Umgang zur Ermittlung der Pflegebedürftigkeit ebenso deutlich wie institutionelle Voraussetzungen und Hürden der Weiterentwicklung des Modellprogramms in der Praxis.

Im Namen des Gesamtteams des Modellprogramms Familiäre Pflege wünschen wir eine anregende Lektüre.

*Katharina Gröning, Carina Schiller, Jan-Willem Waterbör*



## Grundannahmen des Modellprogramms "Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG"

---

### Abstract

Die folgende Argumentation nimmt das für die Familiale Pflege seit den 1980er Jahren beschriebene Modernisierungsdilemma auf und führt es auf ethische und sozialpolitische Grundsätze zurück. Im Mittelpunkt steht dabei die postmoderne (Generationen-)Ethik, so wie sie vor allem durch Honneth und Nussbaum international vertreten wird. Die generative Ordnung gilt danach auch in modernen Gesellschaften, eine Auflösung dieser Ordnung würde das Vertrauen als zentrale Grundlage moderner Rechtsstaaten zerstören. Eine zweite Argumentation bezieht sich auf die psychosozialen Entwicklungsaufgaben im Lebenslauf und die hier innewohnende Entwicklungsaufgabe der Generativität, die geschlechtergerecht gestaltet werden muss. Eine moderne Solidarität benötigt schließlich, um sich zu konstituieren, einen entsprechend fundierten Bildungsbegriff. In diesem Sinn wird eine Weiterentwicklung des Pflegeversicherungsgesetzes gefordert.

---

2007 haben wir zum ersten Mal ein Handbuch zu den „Neuen Herausforderungen im Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege“ für das MAGS NRW verfasst (vgl. Gröning, Lienker & Radtke-Röwekamp 2007). Im Fokus standen dabei vor allem die alterspolitischen Begründungen für das Modellprogramm „Familiale Pflege“ sowie das Konzept der Entwicklungsaufgaben der Familie, die vor der Frage der Pflege steht. Ausgangspunkt unseres Projektes, welches wir 2004 zunächst mit 25 Krankenhäusern in Ostwestfalen begonnen haben, waren familiendynamische Prozesse und Konflikte bei der Frage, „wer pflegt“. Diese standen nach Erkenntnissen unserer eigenen Forschung in verschiedenen Vorgängerprojekten<sup>1</sup> in einem deutlichen Gegensatz zum Bildungsangebot für pflegende Familien, zu den Hilfen, aber auch im Gegensatz zur Auffassung vieler Professioneller, die ohnehin der Meinung waren, der alte pflegebedürftige Mensch sei besser in einer Einrichtung aufgehoben als in einer überforderten Familie. In allen Bereichen der Versorgung stand der Pflegebedürftige im Fokus, die Familie wurde hingegen als sein Umfeld betrachtet und musste sich professionelle Bewertungen und Skepsis gefallen lassen (vgl. Gröning 2011). Gleichzeitig war die institutionelle Betrachtung des Pflegebedürftigen und seines Umfeldes versachlicht im Sinne eines „Falls von“ bzw. „Falls für“ (vgl. Müller 1997). Die lebensweltlichen Dimensionen, der Alltag in der Familie und ebenso die Denkweisen und Sinnstrukturen in den pflegenden Familien und vor allem bei den Angehörigen waren vernachlässigt. Dass Angehörige die Pflege und Sorge als Entwicklungsaufgabe lernen können, war weniger der Sinn der verschiedenen Angebote. Die Beratung und Bildung der Angehörigen diente eher der Vermittlung von Produkten und Dienstleistungen im Pflegemarkt (Gröning 2006a). Prominentes Beispiel für die so verstandene Unterstützung und Entlastung der pflegenden Angehörigen, die als belastet und gestresst von der Pflege gelten, ist die Kurzzeitpflege, um einmal Urlaub zu machen. Was es aber wirklich heißt, einen bindungssuchenden demenzkranken Menschen in

---

<sup>1</sup> Vgl. Projektbericht. Gerechtigkeitsvorstellungen pflegender Frauen, Angehörigenarbeit in den stationären Einrichtungen NRW und Gerontopsychiatrische Familienberatung (dazu auch Gröning, Kunstmann, Rensing 2004).

eine Einrichtung zu bringen, die die Kurzzeitpflegepatienten lediglich einstreut und deren Leistungen entsprechend der alten Pflegeversicherung funktional und verrichtungsorientiert sind, haben Angehörige erfahren, die sich an diesem Modell versucht haben (vgl. Gröning, Kunstmann & Rensing 2004; Gröning & Röwekamp 2007; Gröning 2009)<sup>2</sup>. Die Symptome ihres Angehörigen mit Demenz wurden ihnen quasi vorgehalten, die Psychiatrie wurde eingeschaltet oder das Pflegeheim rief fast täglich an, um die Pflege und den Umgang abzusprechen. Der komplexe Alltag in der häuslichen Pflege ist im Rahmen eines Ansatzes, der die Familie lediglich als Konsumenten in einem Pflegemarkt sieht, nicht abzubilden.

Im Gegensatz dazu wollten wir im Rahmen des Modellprogramms „Familiale Pflege“ die Familie und ihren Alltag sowie die Bedingungen des Pflegens und Sorgens als Ganzes erfassen und verbessern. Es sollte verhindert werden, dass die Familie sich an der Frage der Pflege spaltet oder entzweit und am Ende entweder eine Heimeinweisung unausweichlich erscheint, um den Familienfrieden zu schützen oder eine einzige, zumeist weibliche Person mit der Verantwortung für die Pflege zurückbleibt.

Unser Ansatz steht im Widerspruch zu den mehrheitlichen Auffassungen in der Wissenschaft, die in der Sorge für einen alten Menschen in der Familie vor allem eine Last und Belastung sehen oder eine vormoderne Tradition, die sich in modernen, erwerbszentrierten, individualisierten Gesellschaften nicht mehr begründen lässt. Auch widersprechen wir vorwiegend dem ökonomischen Menschenbild geschuldeten Auffassungen in der Wissenschaft, die davon ausgehen, dass nur jene Familien zur Pflege bereit sind, die davon einen ökonomischen Nutzen haben und sogenannte Opportunitätskosten geltend machen können. Dieses wird in den folgenden Abschnitten ausgeführt (vgl. Runde et al. 2010, Blinkert & Gräf 2009, Runde 1999).

Im Zusammenhang mit der Umsetzungsforschung ist ferner zu fragen, wie das „System Krankenhaus“ dahingehend verändert werden kann, die Bildung und Beratung von pflegenden Angehörigen familien- und alltagsorientiert zu realisieren. Dazu hat das Modellprogramm einen organisationswissenschaftlichen Ansatz entwickelt, den es nach der Darlegung der ethischen Grundannahmen des Modellprogramms, den familientheoretischen Grundannahmen der vergangenen 30 Jahre, der Bedeutung der Bildung von pflegenden Angehörigen und den Grundlagen des Systems Krankenhaus herzuleiten gilt.

---

<sup>2</sup> Ausgewertet wurden 30 familiäre Pflegesituationen im Zeitraum von 2001 bis 2004.

## Die ethischen Grundannahmen des Modellprogramms „Familiale Pflege“

Das ethische Dilemma in der pflegenden Familie ist schon vor Einführung der Pflegeversicherung vor allem als Modernisierungsdilemma und als Dilemma der Frauen dargestellt worden. Nicht der demografische Wandel als gesamtgesellschaftliche Herausforderung (Backes 1994), sondern die Veränderung der Frauenrolle wurde wissenschaftlich als das eigentliche Problem wahrgenommen (vgl. Kunstmann 2010, 187-272). So argumentierten z. B. auch Franz Schultheis (1993, 417), dass der Generationenvertrag auf einem traditionellen Geschlechtervertrag ruhe. Ändere sich der Geschlechtervertrag, sei der Generationenvertrag nicht zu erfüllen. Andere Wissenschaftler\_innen problematisierten vor allem Modernisierungsanforderungen an die Frauen als neues Hindernis die Pflege zu übernehmen. Die Politik antwortete hierauf mit dem Konzept der Wahlfreiheit. Frauen oder Familien sollten sich frei entscheiden können, ob sie pflegen und wer pflegt (Nauck 2006, Eckstein 2009). Von Bedeutung ist weiterhin der feministische Diskurs, vor allem die feministische Sozialpolitikanalyse. So wies Seubert (1993) nach, wie benachteiligend und armutsfördernd eine Entscheidung für die Pflege und für die Generationensolidarität ist, da mit dieser Entscheidung zwangsläufig ein leiser sozialer Abstieg der Pflegeperson verbunden ist. Sie verliert mit der Entscheidung für die private Sorge und Pflege sowohl ökonomisches als auch soziales und kulturelles Kapital (Heimann 2009). Die Übernahme der Pflege sei letztlich dem Habitus geschuldet, also einem verinnerlichten Pflichtgefühl, welches seine Trägerin dazu zwingt, wider besseren Wissens und gegen die praktische Vernunft eine Aufgabe zu übernehmen, die sie deutlich benachteiligt und aus der Kontinuität ihrer Lebensführung katapultiert.

Es war abzusehen, dass bei dieser ethischen Spannung zwischen formaler Wahlfreiheit, realer Modernisierung, tatsächlicher sozialer Lage und Ungeschützttheit des Status der pflegenden Angehörigen die Konflikte um die Übernahme der Pflege sich stark moralisieren würden, wenn nicht gesellschaftliche Wege institutionalisiert werden können, die zu mehr Gleichberechtigung, sozialer Sicherheit und Anerkennung vor allem der Pflegepersonen führen. Es drohte ein Denken, dass jemand „dumm genug“ sei zu pflegen oder eben nicht genügend Opportunitätskosten einbringen könne, um die Pflegeverantwortung abzulehnen. Dies ist der Ausgangspunkt der Beratung und Bildung im Rahmen unseres Modellprogramms:

- Wie kann Entsolidarisierung in der Familie vermieden werden?
- Wie können auch jene Familienmitglieder in die Verantwortung einbezogen werden, die sich wegen „Opportunitätskosten“ oder „Modernisierungsanforderungen“ der Pflege entziehen?
- Wie kann verhindert werden, dass nur diejenigen pflegen, die in der Rangordnung und Hierarchie der Familie unten stehen?
- Wie kann innerfamiliäre Gerechtigkeit gefördert werden?

Eine Dominanz des ökonomischen Nutzendenkens in der Familie entwertet nicht nur die Sorge, sondern befördert ein geradezu dramatisches ethisches Dilemma in Bezug auf das Alter und den

Pflegebedürftigen. Er wird zum Störer, zur Last. „Dumm genug zu pflegen“, „Pflegestreik“, „Modernisierungsanforderungen“ und „Opportunitätskosten“ – die Durchsetzung dieser Positionen hätte bedeutet, dass das Vertrauen in die Gerechtigkeit zwischen den Generationen, das Vertrauen in das Verhältnis von Eltern und Kindern, Geben und Nehmen und das Vertrauen in einen letztlich gerechten Sozialstaat grundlegend erschüttert würde. Unsere Frage war, wie sich angesichts der wissenschaftlichen Kritik an der häuslichen Pflege diese ethisch begründen lässt, ohne eine Institution „zu Lasten der Frauen“ (Seubert 1993) zu werden. Wir fanden Hinweise auf eine Ethik der familialen Sorge bei den postmodernen Philosophen, vor allem bei Axel Honneth und der feministischen Philosophie von Seyla Benhabib (2008) und Martha Nussbaum (1999). Hinweise zur Bedeutung der generativen Sorge für die Identität einer Person und damit ihre Stärke und ihren Wesenskern fanden wir bei Erik Erikson (1973) und bei Margaret Blenkner (1965).

Axel Honneth und Martha Nussbaum diskutieren als international anerkannte Philosophen das Verhältnis von Gerechtigkeit, Solidarität, Sorge und Anerkennung und damit wichtige Grundlagen für die Zukunft des Generationenvertrages. Sie wenden sich gegen einen Gesellschaftsvertrag, der Solidarität nur technisch als Austausch z. B. von Versicherungsleistungen ansieht und der nur Lebenszeiten erfasst und berücksichtigt, in denen der Mensch „seine Autonomie genießt“ (Brumlik 2012, 160). Dies sei nur die eine Seite des Lebens, die andere Seite sei eben die alltägliche asymmetrische Sorge (vgl. Ravaioli 1987). Honneth und Nussbaum nehmen den totalen anthropologischen Tatbestand der Geburtlichkeit und Sterblichkeit des Menschen zum Ausgangspunkt ihrer Überlegungen zu einem allgemeinen Gesellschaftsvertrag, der eben auch für Gesellschaften des demografischen Wandels von Bedeutung ist. Menschen werden geboren und müssen sterben. Der Geburtlichkeit wie auch der Sterblichkeit folgt bzw. geht eine Phase von Hilfebedürftigkeit notwendig voraus. Auf diese totale Tatsache, dass Menschsein bedeutet, auf Hilfe angewiesen zu sein, antwortet eine humane Gesellschaft mit dem Prinzip Sorge und nicht mit der Zufälligkeit der Geburt oder des Schicksals. Axel Honneth (1995) formuliert deshalb, dass Fürsorge, Solidarität und Gerechtigkeit benachbarte Prinzipien sind.<sup>3</sup> Gerechtigkeit ist nicht, wenn niemand einem anderen zur Last fällt, sondern wenn Autonomie als Prinzip durch Solidarität (alle kümmern sich um alle) und durch Sorge (man kümmert sich um diejenigen, die einem anvertraut sind) ergänzt wird. Erst durch diese Interdependenz aller drei Prinzipien entsteht Vertrauen in das eigene Leben. Martha Nussbaum diskutiert in ihrem gemeinsam mit Amartya Sen entwickelten Fähigkeitenansatz (Capability Approach, vgl. Brumlik 2012, Haller 2017) die Bedingungen für ein gutes menschliches Leben. Ganz oben steht bei ihr die Möglichkeit des Menschen, ein ganzes Leben zu führen, also nicht vorzeitig sterben zu müssen. Entsprechend sind alle Lebensphasen gleich wertvoll für ein gutes menschliches Leben, auch und gerade Lebensphasen jenseits von Autonomie und Vernunft. Beide wollen diese verletzbaren Leben und Lebensphasen von Behinderung, Weiblichkeit, Kindheit und Alter sowohl in Bezug auf die Anerkennung als auch in Bezug auf den gesellschaftlichen Schutz integrieren.

---

3 In der Philosophie Axel Honneths nimmt die menschliche Verletzungsanfälligkeit und Hilfebedürftigkeit einen zentralen Platz (Honneth 1995, 2000) ein. Sie sei wesentlicher Teil der menschlichen Würde. Diese Argumentation, dass gerade das hilfebedürftige und verletzungsoffene Leben quasi Rechtsansprüche wegen seiner Würde stellen kann, schließt kritisch an den modernen Umgang mit eben diesem hilfebedürftigen Leben an. So kritisiert auch Klaus Dörner (1994), dass der Eintritt in die Lebensphase der Hilfebedürftigkeit einhergeht mit einer „Umwandlung von Menschen in Sachen“. Es entstehe ein Versicherungsfall, der weitreichende Konsequenzen für die Würde des betroffenen Menschen hat, wenn die Versachlichung ohne Sorge und Zuwendung quasi durchschlägt.

Die Philosophie von Honneth und Nussbaum sind zentral für das Modellprogramm „Familiale Pflege“. Sie sind Gegenargumente gegen die utilitaristische Logik, die sich als Denkmuster auch in den Familien findet. Dominiert dieses Denken, entsteht in den Familien nicht nur massive Ungleichheit. Alte Menschen müssen dann zu Recht Angst vor dem Moment haben, an dem sie selbst hilfebedürftig werden. Sie können diese Hilfebedürftigkeit nicht als Teil ihres menschlichen Lebens erleben, sondern als schambehafteten Zustand des Unnützes und als Last für andere. Dies zerstört, wie schon erwähnt, Vertrauen und damit die Basis jeder familialen Beziehung.

Die jährliche Evaluation im Programm „Familiale Pflege“ weist aus, dass Liebe das zentrale Motiv für die häusliche Pflege darstellt. In einer ökonomischen oder utilitaristischen Deutung macht Liebe dumm oder blind. Sie verhindert, sich die Opportunitätskosten der Sorge anzusehen. Nussbaum kommt zu einem anderen Schluss. Bei ihr beruhen Gefühle wie Liebe auf nachweisbaren und diskutierbaren moralischen Erfahrungen. Brumlik (2012) nennt die Liebe denn auch folgerichtig eine Fähigkeit im Sinne des Capability Approach und keinen karitativen romantischen Zustand außerhalb der Vernunft und des Gesellschaftsvertrages.

Im Modellprogramm „Familiale Pflege“ gehen wir davon aus, dass die Aneignung der postmodernen Ethik ein wichtiger Gewaltschutz ist. Wer um diese Philosophie weiß und so denken kann, wird ein Gewissen entwickeln, welches ihm hilft, alltägliche Dilemmasituationen und Stress zu verarbeiten, gleichzeitig aber auch die eigene Position zu vertreten, sich nicht zu unterwerfen oder zum Opfer zu werden, das sich schließlich „in der Falle“ fühlt (Görgen 2009). Entsprechend zentral sind eine Analyse des Denkens und ein Bildungsprozess. Den Familien und Professionellen hilft es, das hohe Alter, die Pflegebedürftigkeit und schließlich auch die Demenz im Sinne eines ganzen unteilbaren Lebens neu zu denken und nicht Lebensphasen der Produktivität aufzuwerten und solche der Abhängigkeit abzuwerten. Umgekehrt haben wir in Familien reichlich normalistisches und utilitaristisches Denken vorgefunden, vor allem im Zusammenhang mit Demenz und mit der Frage des Geschlechts, das heißt der Zuständigmachung der Frauen für die Pflege. Vor allem das normalistische Denken ist in den 1990er Jahren von Dörner (1994) als Rechtfertigung der Gewalt gegen alte und behinderte Menschen beschrieben worden. Dörner argumentiert, dass im Prozess der Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch Begutachtungen und Bewertungen, die quasi objektiv sind, unterschwellig auch festgestellt wird, in welchem Ausmaß der Betroffene nun eine Last für sich und andere darstellt. Er spricht von einem Minderwertig-Werden, wenn man zum Fall wird, von einer institutionellen Umwandlung von Menschen in Sachen. Das ist unserer Meinung nach der Kern der Anfangskrise in Familien. Aus einer Person wird ein Pflegefall. Es entsteht ein Prozess des Wertverlustes, die Würde verschwindet und macht dem Gefühl der Wertlosigkeit Platz. Dörner argumentiert weiter, dass im utilitaristischen Denken diese Wertlosigkeit so interpretiert würde, dass der Betroffene selbst nun keinen Gefallen mehr am Leben habe, weshalb es akzeptabel sei, dass man ihn aus diesem Zustand erlöse. Dies sei der Kern der Rechtfertigung von Gewalt. In Familien ist im Zusammenhang mit der Pflegekrise dieses Denken anzutreffen, es sei denn, jemand ist bereit, sich für die Pflege zu opfern. Das Modellprogramm „Familiale Pflege“ konfrontiert diese Haltung durch Aufklärung und entwickelt gemeinsam mit den Familien eine Praxis von innerfamiliärer Gerechtigkeit und praktischer Fairness in der alltäglichen Pflege. Konflikte in der pflegenden Familie, vor allem Scham und Gefühle der Wertlosigkeit entstehen nicht genuin, sondern vor allem durch die gesellschaftliche Deutung von Krankheit, Alter und Abhängigkeit und den daraus folgenden praktischen Umgang mit hochaltrigen

Menschen und ihren Familien. Altersbilder und Altersstereotypen spielen hier eine wichtige Rolle.<sup>4</sup> Bildung und Beratung ermöglichen hier die notwendige Reflexion der Altersstereotypen sowohl bei den Familien als auch bei den Professionellen.

## **Familientheoretische Grundannahmen des Modellprogramms „Familiale Pflege“**

Die klassischen Theorien zur Familie beschreiben diese bis in die 1980er Jahre hinein als funktionale, auf geschlechtlicher Arbeitsteilung, Trennung von Erwerbsarbeit und privatem Haushalt und auf elterlicher Autorität beruhende Zweigenerationengemeinschaft. Die Familienform wird jeweils als funktional zu den Anforderungen der Gesellschaft betrachtet. Aus der geschlechtlichen Arbeitsteilung entsteht eine zweigeteilte Welt: Berufswelt und Familienwelt, die den Geschlechterrollen entspricht: hier die auf Emotionen und Expressivität beruhende Familienwelt als Welt der Frauen, dort die instrumentelle auf technischer Vernunft beruhende Welt des Erwerbslebens, die der männlichen Rolle entspricht. In den 1980er Jahren ist dieser Geschlechtervertrag von Ulrich Beck als brüchig beschrieben worden. Die 1960er Jahre hätten eine Französische Revolution in die Familie getragen, die sich als Individualisierung bemerkbar mache und auch den Generationenvertrag berühre. Beck spricht von einem Ende der Solidarität zwischen den Generationen (vgl. Kunstmann 2010). In Bezug auf die Pflege zu Hause sprechen Wissenschaftler von einem Auslaufmodell oder davon, dass „familiale Pflegepotenziale erodieren“. Diese Erosion wird neben der Abnahme der Solidarität (Beck 1986) als notwendige Konsequenz der Individualisierung in modernen Gesellschaften auch in einer Überforderung der Familie gesehen. Ein eigener Stress- und Belastungsdiskurs ist hierzu entstanden. Das Bild, welches von pflegenden Familienangehörigen gezeichnet wird, ist das Bild von nicht kompetenten Laien, die überfordert und isoliert oder gar neurotisch an ihre alten Eltern gebunden seien (Seubert 1993, Geister 2002, zur Kritik auch Franke 2005). Die Übernahme der Verantwortung für die alten Eltern wird nicht als Entwicklungsaufgabe im Lebenszyklus, sondern in einer Art therapeutischem Diskurs zur Pflege in der Familie im Zusammenhang mit den früheren Beziehungen gesehen. Rollenumkehr, Parentifizierung, Koalitionsbildung, Sündenbock, Ausstoßung sind hier aus der Familientherapie stammende Stichworte, mit denen die pflegende Familie als „System“ beschrieben wird. Die Pflegebereitschaft basiere oft auf ungelösten kindlichen Abhängigkeitsbedürfnissen oder aus dem Wunsch wenigsten im Alter von den Eltern endlich mal akzeptiert zu werden (Geister 2002, 12). Wie kommt es, dass wir den Alltag in Familien mit immer mehr Diagnosen aus der Therapie beschreiben? Eine Reihe von Wissenschaftlern, auf deren Arbeiten wir uns beziehen, haben Zweifel sowohl an der funktionalistischen Auffassung wie auch an der Belastungs- und Therapiedeutung und sie plädieren dafür, die Familie aus ihrem Alltag heraus zu verstehen.

Besonders bedeutend ist hier die Familienforscherin Yvonne Schütze (z. B. 1995). Sie wendet sich dagegen, Familien immer nur aus der pathologischen Sicht zu beschreiben. Yvonne Schütze

---

<sup>4</sup> Sie unterliegen Konjunkturen und wandeln sich (Borscheid 1987). Für das zwanzigste Jahrhundert lassen sich diese Konjunkturen als Aufwertung der Jugend zu Beginn des Jahrhunderts ausmachen, als massive Abwertung vor allem des bedürftigen Alters als „unnütze Esser“ in der NS-Zeit, bis hin zur Deutung des Alters als gerechter Lohn für arbeitsreiches Leben. Von 1980 an entsteht zudem analog zur Konsumgesellschaft (Baudrillard 2015) ein hedonistisches Altersstereotyp, in dessen Mittelpunkt der alte Konsumbürger steht. Dieses Altersbild gerät in den 1990er Jahren politisch in die Krise und macht dem Altersstereotyp der Belastung der mittleren Generation Platz.

und Frieder Lang (1992) plädieren dafür, Familien nicht vorwiegend auf der Folie der Therapie zu betrachten und dann ihre Probleme überdimensioniert in den Vordergrund zu rücken. Schütze und Lang machen darauf aufmerksam, dass diese negativen Sichtweisen auf die Familie bereits aus den 1960er Jahren datieren und sich nicht bewahrheitet hätten, was aber nicht zu einer Revision der populären Thesen geführt habe. Demgegenüber vertreten sie eine sozialpsychologische Sichtweise, die sich maßgeblich auf die Theorie des Lebens- und Familienzyklus bezieht und sich in das Konzept individueller und familialer Entwicklungsaufgaben gut einfügt (Gröning 2005). Zeitlich parallel zur nachelterlichen Phase im Familienzyklus finde im Lebenslauf eine zunehmend absehbare weitere und erwartbare Phase statt, jene Entwicklungsaufgabe und Lebensphase der Verantwortung für die alten Eltern. Schütze und Lang rezipieren hier Margaret Blenkner (1965) und den von ihr entwickelten Begriff der filialen Reife (*filial maturity*). Es entsteht eine normale und erwartbare Lebensphase der „Verantwortung für die alten Eltern“. Die Kinder übernehmen in dieser Phase immer mehr Hilfeleistungen und verstehen, dass ihre Eltern sie in naher Zukunft brauchen werden. Weil Eltern und Kinder im Laufe ihres Lebens sehr viele ethische Erfahrungen miteinander machen, wachsen tiefe emotionale Bindungen zwischen den Generationen. Mit dem Erwachsenwerden und der Verarbeitung der adoleszenten Entwicklungskrisen kommt es zu einer erneuten Identifizierung mit den Eltern. Diese können nun auf der Basis ihrer Generation, also als Angehörige einer bestimmten historischen Zeit und eines bestimmten sozialen Feldes, besser verstanden werden. Ihnen muss ihr Sosein nicht mehr vorgeworfen werden. Dies meint filiale Reife. Die Adoleszenzkrise geht unter und es entsteht die Bereitschaft des Erwachsenen zur Generativität, das heißt die Fähigkeit, sein Leben selbst auf der Folie seiner Zeit und seines Feldes zu betrachten. Conzen (2007) hat in Anlehnung an die Theorie der Entwicklungsaufgaben des Erwachsenenalters nach Erik Erikson dann auch Kritik an der therapeutisierenden Sichtweise geübt, dass nur die unmündigen und infantil gebliebenen Töchter bereit seien zur Pflege (vgl. auch Gröning 2005). Im Rahmen der Entwicklungsaufgabe der Generativität stellt er fest, dass eine gestörte Beziehung zwischen Eltern und Kindern nur eine Minderheit betrifft, und dass nicht der abhängige, sondern der gesunde Erwachsene sich um die alten Eltern kümmert. Gemeinsame ethische Erfahrungen begründen den Kern generativer Bindungen und erleichtern den Umgang mit der Sterblichkeit der Eltern bei den Kindern. Es sind demnach die primären Anerkennungserfahrungen (Honneth 1994), die der Generativität zugrunde liegen.

## **Bedeutung der Bildung**

Die ethischen und familiendynamischen Positionen im Modellprogramm „Familiale Pflege“ im Sinne der Philosophie eines guten menschenwürdigen Lebens von Nussbaum (1999) und der Sozialpsychologie der Entwicklungsaufgaben im Sinne Blenkners (1965) und Eriksons (1973, vgl. auch King 2015 zur Bedeutung der Generativität) legen die Entwicklung und Präzisierung eines umfassenden Bildungsbegriffs für die Hochaltrigkeit und Pflegebedürftigkeit nahe. Von hoher inhaltlicher Bedeutung sind vor allem die Aussagen von Nussbaum (1999) und Honneth (1995) zur Gleichwertigkeit aller Lebensphasen, zur ethischen Bedeutung von Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit für eine humane Gesellschaft sowie Klaus Dörners (1994) und Wolfgang Schmidbauers (1993) Aussagen zur Rechtfertigung von Gewalt als Erlösung von Leid.



Der Bildungsbegriff des § 45 des Pflegeversicherungsgesetzes ist zu eng geführt und funktional. Angehörige und Ehrenamtliche werden gleichberechtigt genannt. Die Pflegekurse sind zudem als Schulung angelegt. Sie sollen soziales Engagement fördern, Belastungen mindern, Fertigkeiten vermitteln, die Schulung soll auch zu Hause angeboten werden können. Der so formulierte Bildungsbegriff verbindet gleich mehrere Ziele: erstens mehr soziales Engagement – hier spiegelt sich das wohlfahrtsppluralistische Prinzip der „neuen Kultur des Helfens“, zweitens die Reduktion von Belastungen – hier zeigt sich der Belastungsdiskurs – sowie drittens das Erlernen von Fertigkeiten und pflegerischen Verrichtungen. Im Gegensatz zu diesem Bildungsbegriff steht eine Reihe von empirischen Tatsachen. So fehlen die Geschlechter- und Alltagsdimension (*doing family*), die Dimension innerfamiliärer Gerechtigkeit, die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf und die Integration von Pflege in die Biografie. Ebenso fehlt eine Präzisierung der Rolle der Pflegeperson, obwohl diese in anderen Teilen des Pflegeversicherungsgesetzes als Erwartung sehr genau beschrieben ist. Dies betrifft sowohl den zeitlichen Umfang der Rolle als auch die Qualität und den Inhalt der häuslichen Pflege. Angehörige haben danach umfassende Pflichten gegenüber dem Pflegebedürftigen, sie haben eine advokatorische Rolle und müssen ihr Tun im Rahmen von Qualitätsbesuchen legitimieren. Auf diesen Zusammenhang nimmt der § 45 keine Rücksicht. Vielmehr lassen sich die Leitbilder des alten Pflegeversicherungsgesetzes erkennen: nützliche (weibliche) Arbeit zum Nulltarif und Entlastung durch professionelle Dienstleistungen. Dieser Bias im Pflegeversicherungsgesetz verdirbt die Solidaritätsethik in Familien. Ein weiteres Defizit im § 45 SGB XI ist das Ausblenden jeder Beziehung im Kontext von Lernen und Bildung. Im Kontext der Evaluation des Modellprogramms „Familiale Pflege“ haben wir zur Frage der Lernbedürfnisse und Lernbedarfe eine eigene explorative Lerneffektstudie durchgeführt.<sup>5</sup>

Dabei konnten folgende Lernfelder beschrieben werden:

- das Rollenlernen,
- das Identitätslernen bzw. die Selbstveränderung durch die Aneignung von psychosozialen Fähigkeiten und kritische Reflexion von Normen,
- das pflegerische Verrichtungslernen,
- das Lernen in Belastungssituationen bzw. in Krisen.

Dem gegenüber ist der Bildungsbegriff im Pflegeversicherungsgesetz bescheiden zu nennen (Gröning 2006b).<sup>6</sup> Zum ersten herrscht Unverbindlichkeit vor. Bildung ist nicht eingebunden in

---

<sup>5</sup> Die einzelnen Lernbegriffe umfassen sowohl technische Kompetenzen, Aneignung von spezifischem Wissen, Reflexion, Persönlichkeitsbildung wie auch Schlüssel- bzw. soziale Kompetenzen. Insbesondere das Erlernen der Rolle als pflegende\_r Angehörige\_r, die Identifizierung mit dieser Aufgabe und die Differenzierung und Gestaltung dieser Rolle, bildet für den nachfolgenden Bericht eine zentrale Kategorie. Im Rahmen dieses Berichtes wurden 230 Kurzkomentare der Pflegetrainner\_innen aus den Mittelanforderungsbögen des Modellprogramms „Familiale Pflege“ unter der Fragestellung von Markern qualitativ analysiert. Zudem wurden drei Gruppendiskussionen mit Pflegetrainer\_innen zum Thema Lerneffekte geführt und gestalttheoretisch (Rosenthal 1995) ausgewertet. Schließlich wurden Briefe, die Angehörige an die Pflegetrainer\_innen geschrieben haben und Aufschlüsse über die Lernbeziehung und den Lernprozess während der Pflegetrainings geben, untersucht.

<sup>6</sup> „In diesen Kursen sollen Kenntnisse vermittelt oder vertieft werden, die zur Pflegetätigkeit in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen notwendig oder hilfreich sind. Auch die Unterstützung bei seelischen und körperlichen Belastungen, der Abbau von Versagensängsten, der Erfahrungsaustausch der Pflegepersonen untereinander, die Beratung über Hilfsmittel, Rehabilitationsleistungen und die ‚Anwerbung‘ neuer ehrenamtlicher Pflegepersonen können Gegenstand der Kurse sein.“ (RDSchr.02j zu § 43a SGB XI Tit. 3.2 – § 45 SGB XI Tit. 1., S. 95184).



einen Qualitätssicherungsprozess für die häusliche Pflege. Während an anderer Stelle die Bedingungen für den Bezug von Pflegegeld an die Angehörigen recht umfangreich sind, herrscht beim Verständnis der häuslichen Pflege als Lern- und Entwicklungsprozess weitgehende Freiheit. Ob jemand überhaupt an einem Pflegekurs teilnimmt, welches Pflegeverständnis er/sie entwickelt und wie die Pflege dann zu Hause praktiziert wird, bleibt weitgehend dem betroffenen Angehörigen überlassen. Da Angehörigenbildung und damit Wissen und Qualifizierung in keinem Zusammenhang zu den Qualitätsanforderungen an die häusliche Pflege stehen, stützt sich die Qualität in der Pflege durch Angehörige vorwiegend auf den § 37 des Pflegeversicherungsgesetzes und ist Angelegenheit der Überprüfung durch Professionelle. Mit der Einführung der Pflegeversicherung institutionalisierte sich eine scharfe Trennung zwischen Laien und Experten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen galten als Kunden der Leistungserbringer. Im Sinne der Kundenorientierung – Kunde kommt von kundig – wurden den Angehörigen weitgehende, vor allem psychosoziale und humanitäre Kompetenzen in der Pflege zugesprochen. Entsprechend zentriert sich der Bildungsbegriff der Pflegeversicherung auf Verrichtungen. Seit Mitte bis Ende der 1990er Jahre verändert sich diese Philosophie hin zu mehr problemorientierten Sichtweisen, die von einer hohen Belastung der Angehörigen durch die Pflege ausgehen. Techniken der Stressbewältigung und Entlastung durch Angebote sind hier die Antworten. Sie helfen aber nicht, die Problematik der häuslichen Pflege wirklich zu durchdringen, indem an den Sinnstrukturen des pflegerischen Alltags angeknüpft wird.

Die Angehörigen wollen wissen, warum ihre pflegebedürftige Mutter oder ihr Vater „wegläuft“, und nicht hören, dass das eigentlich nicht so genannt werden darf, allgemeine Erläuterungen zum Hirn mit Demenz helfen selten bei den Problemen des Alltags.<sup>7</sup>

Die Angehörigen müssen lernen, sich selbst als „sichere Basis“ für den Menschen mit Demenz zu sehen. Weiterhin ist für die Angehörigenbildung eine unklare und unscharfe Zielgruppenorientierung zu beklagen. Die Nicht-Thematisierung der Ehegattenpflege als eigenes Setting, das von der Elternpflege zu unterscheiden ist, die Nicht-Thematisierung der Geschlechterdimension und die funktionale Vereinheitlichung der Angehörigen als „Ehrenamtliche“ stellen vor diesem Hintergrund einen Verdeckungszusammenhang dar. Insgesamt fehlen den Pflegekursen eine gesellschafts- und sozialtheoretische Fundierung und damit eine Aufklärungsperspektive und ein angemessenes Konfliktverständnis. Tabuthemen wie Gewalt, Sexualität und Scham werden zu selten angesprochen. Hierzu bedarf es eines besonderen Lernraumes, der in der „schulischen“ Kursgestaltung kaum umgesetzt werden kann.

Ein besonderes Merkmal des Lernens im Kontext von häuslicher Pflege ist, dass Angehörige eine unmittelbare Vertrauensbeziehung brauchen, um sich ihre neue Rolle anzueignen. Mittels dieser Vertrauensbeziehung entwickeln die Pflegepersonen einen Verständnis- und Handlungsspielraum. Sie entwickeln durch Zuspruch und konkrete alltägliche Unterstützung im Bildungsprozess einen Möglichkeitssinn, das heißt, sie entwickeln Bilder, wie der Alltag zu Hause sinnvoll und für alle Beteiligten gut ablaufen kann. Im Zusammenhang mit einer demenziellen Erkrankung lernen Angehörige ihre Schamgefühle und Normalitätsängste zu reflektieren und eine ethische Perspektive auf krankheitsbedingte Persönlichkeitsveränderungen zu entwickeln. Angehörige

---

<sup>7</sup> Benötigt wird Wissen zur Bindung und Bindungssuche im Sinne der Bindungstheorie von John Bowlby (vgl. Holmes 2006, Stuhlmann 2004), Wissen zur biografischen Traumatisierung, zum Kinderschicksal der heutigen Kohorten der Hochaltrigen und – wie erwähnt – zur salutogenetischen Betrachtung der Demenz.

lernen aber auch, sich durchzusetzen und das Pflegesetting zu bestimmen, sie lernen Hygiene und Verrichtungen über die Grundpflege hinaus, sie lernen Krankenbeobachtung und angemessene Kommunikation. Aus Briefen der Angehörigen wissen wir, dass Bildung nur in dem Rahmen funktioniert, wie sie mit Halt-Geben, mit Bestärkung in der Rolle, mit Zuspruch und Ermutigung, mit Teilen von Erfahrungen und Entwickeln von Möglichkeiten verbunden ist (vgl. Gröning, Kunstmann, Rensing & Röwekamp 2004).

Bildung ist entsprechend im Modellprogramm „Familiale Pflege“ jede Praxis, die in der familialen Pflege vorkommt. Sie ist nicht nur auf die Pflegekurse beschränkt, sondern findet sowohl in den Pfl egetrainings, in den Familienberatungsgesprächen, in den Gesprächskreisen für Angehörige, kurz in allen Settings statt. Das Bildungsverständnis des Modellprogramms berücksichtigt die Tatsache, dass Angehörige zwar hoch motiviert sind, ihnen hingegen sehr häufig das Wissen und die Kenntnisse für die neue Rolle fehlen. Nicht selten übernehmen sie die Pflege, ohne explizite Kenntnisse zur Krankheit des Pflegebedürftigen, zur Prognose zu haben und ohne die Auswirkungen der Pflege auf ihr Leben einschätzen zu können. Hinzu kommen Wissensdefizite bezüglich der Möglichkeiten einer aktivierenden und ressourcenorientierten Pflege.

Maßgeblich für das Bildungsverständnis ist die Vertrauensbeziehung zwischen Pfl egetrainer\_in und den Angehörigen während des Krankenhausaufenthaltes bzw. sechs Wochen nach Entlassung. Diese Vertrauensbeziehung unterscheidet das Bildungsverständnis des Modellprogramms „Familiale Pflege“ vom Lernen bloßer Verrichtungen und Rollen. Es geht hier um mehr und um etwas anderes als um eine Schulung an einem Fall.

Zum Ersten: Tätigsein, Üben, Reflektieren sind hier interdependent gedacht. Die Beziehung zwischen Pfl egetrainer\_in und Angehörigen fassen wir als mütterlich fördernd auf, als „Hebammenkunst“, es gilt das hervorbringen, zu entwickeln und fördern, was in der Familie als Potenzial und Ressource vorhanden ist. Insofern ist das Bildungsverständnis im Modellprogramm ebenfalls salutogenetisch.

Zum Zweiten: Die berufserfahrene Pflegekraft weiß um die Lebensphase der Sterblichkeit und des hohen Alters. Ihr Horizont bewegt sich zwischen dem „Im-Leben-Halten des Pflegebedürftigen“ und einer palliativen Perspektive. Angehörige hingegen erleben möglicherweise diese Phase zum ersten Mal. Was sie sehen, wird unter Umständen gar nicht verstanden. Aufklärung und Vermittlung von pflegespezifischem Wissen im Kontext von palliativer Pflege gehört in diesen Zusammenhang.

Zum Dritten: Die vorangegangenen Ausführungen zur Ethik der häuslichen Pflege legen die Arbeit am Familiennetzwerk nahe. Die Idee des Familiennetzwerkes wurzelt auch in den Forschungen zur Geschlechterdimensionen in der häuslichen Pflege (Gröning 2009, Kunstmann 2010, Gröning & Röwekamp 2007). Hier zeigt sich die innerfamiliäre Isolation der Pflegeperson als ein tragendes Stressmoment im Alltag. Pflegenden Angehörigen geraten in Stress und Belastungssituationen, wenn ihnen erstens der ethische Kompass zur Rechtfertigung der Sorge fehlt, wenn sie zweitens durch Mängel an konkretem Pflegewissen mit der Praxis überfordert sind und wenn sie weitgehend allein auf sich gestellt die Pflege innerhalb der Familie auch noch rechtfertigen müssen. Bildung für die Pflege muss deshalb über die pflegerischen Verrichtungen und die Praxis, wie sie der Schulungsbegriff des Pflegeversicherungsgesetzes nahelegt, hinausgehen. Fokus des

Bildungsbegriffs sollten alle Bedingungen der familialen Wohlfahrtsproduktion sein:

- Geschlechterdimensionen,
- Ethik der Sorge,
- Entwicklung praktischer Fairness im Kontext von Geschwisterbeziehungen,
- Entwicklung von filialer und parentaler Reife,
- Förderung der Generativität.

Sie sollten neben dem Verrichtungslernen stehen. Hier ist die Pflegeversicherung weiter zu entwickeln.

Zum Vierten: An zentraler Stelle der Grundannahmen des Modellprogramms „Familiale Pflege“ steht eine salutogenetische Betrachtung der Demenz als größtes Pflegeproblem sowohl in den Institutionen als auch in der Familie (Gröning 2012, Heimerl 2012). Das Denken über die Demenz ist heute maßgeblich von der Pathogenese bzw. dem pathogenetischen Denken in der Tradition von Alois Alzheimer geprägt. Jahrzehnte hat die Forschung damit zugebracht Demenz als Krankheit im Sinne einer einfachen Kausalität zu erklären. Seit den 1990er Jahren haben sich durch die Beiträge von Erich Böhm (psychobiografisches Modell), Erich Schützendorf (institutionskritisches ökologisches Akzeptanzmodell), Naomi Feil (Validation), Tom Kitwood (personen-zentriertes Modell) phänomenologische und salutogenetische Betrachtungen daneben platziert. Maßgeblich sind diese von Semiprofessionellen, also Sozialarbeitern und Pflegenden, formuliert worden, Gruppen, die im Pflegeversicherungsgesetz lediglich als Ausführende vorkommen oder wie die Pädagogik gar keine Rolle mehr spielen. Die salutogenetischen Ansätze zeichnen sich dadurch aus, dass sie das Verhalten von Personen mit Demenz nicht als Ausdruck der Krankheit, sondern als Suche nach Integrität, Identität und Personsein verstehen. Symptome sehen sie als Antwort auf die massiven Beschämungen (Gröning 2014), denen Menschen mit Demenz in einer utilitaristischen und missachtenden Umwelt ausgesetzt sind.

### ***Organisationswissenschaftliche Grundannahmen im Modellprogramm „Familiale Pflege“***

Das Modellprogramm „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“ gehört zu einem Typus von wissenschaftlichen Transferprojekten, die sich durch eine enge Verbindung von wissenschaftlicher Forschung und ethisch-wohlfahrtsstaatlicher Organisationsentwicklung auszeichnen. In den vergangenen 14 Jahren sind im Rahmen dieses Modellprogramms ca. 1.000 Pflegetrainer\_innen in 412 Krankenhäusern qualifiziert worden. 62.000 Angehörige wurden im Jahr 2016 in den Ländern Schleswig-Holstein, Hamburg und Nordrhein-Westfalen erreicht. Die wissenschaftlichen Mitarbeiter\_innen der Universität Bielefeld beraten und gestalten die Praxis des Modellprogramms prozessbezogen und beratend-kommunikativ auf der Basis eines organisationswissenschaftlichen Ansatzes aus der Tradition der Verwendungs- und Umsetzungs-forschung. Mit den beteiligten Krankenhäusern und der Pflegekasse der AOK NordWest und Rheinland-Hamburg schließt die Universität Bielefeld dazu einen Dreiecksvertrag als Voraussetzung

für ein Arbeitsbündnis zur Unterstützung von Familien und Ehe- bzw. Lebenspartnern bei der Pflege zu Hause (begleitete Entlassung aus dem Krankenhaus bis sechs Wochen nach der Entlassung). Wesentliche Instrumente dazu sind Pfelegetrainings im Krankenhaus sowie Pfelegetrainings zu Hause, die so oft stattfinden können wie nötig, Familienberatungsgespräche zur fairen Aufteilung der Verantwortung und zur Ethik der Sorge, sogenannte Qualitätsschecks vor und nach der Entlassung zur Versorgung mit Hilfsmitteln und hinsichtlich des Medikamentenmanagements, Pflegekurse und Angehörigenbildungsgruppen.<sup>8</sup> Mit diesen Interventionen und Instrumenten sind die Pfelegetrainer\_innen in der Lage, Defizite und Krisen in der häuslichen Pflege nach der Krankenhausentlassung zu kompensieren und die Pflegesituation zu stabilisieren. Die ca. 1.000 Pfelegetrainer\_innen bringen ihre pflegfachliche und soziale Expertise in das Projekt ein und werden von der Universität vor allem hinsichtlich der lebensweltlichen Besonderheiten der familialen Pflege qualifiziert. Das sind nach derzeitigem Erkenntnisstand familiäre Entwicklungsaufgaben einschließlich Bearbeitung von Ungleichheiten, Verläufe und Entwicklungen zur Pflegesituationen zu Hause, Pflegewissen hinsichtlich Rolle und Anwaltlichkeit der pflegenden Angehörigen, situationsbezogenes Pflegewissen, insbesondere zur Grundpflege, Inkontinenz sowie Demenzwissen im Sinne der Salutogenese. Weiterhin werden die Pfelegetrainer\_innen pädagogisch qualifiziert und lernen Grundkompetenzen in Beratung und Bildung von Angehörigen. Ein wichtiger Schwerpunkt im Modellprogramm ist die Pädagogik und Sozialpsychologie der Demenz, also die seit den 1990er Jahren entwickelte institutionskritische und salutogenetische Betrachtung der Demenz. Das Modellprogramm implementiert also in die beschleunigte und ökonomisierte Situation der Krankenhausbehandlung und Entlassung Bildungs- und Beratungsprozesse, Lern- und Aushandlungsräume zur pflegerischen Praxis, fairen Aufteilung der Pflege und zur Gestaltung sinnvoller Pflegeesettings für Familien im Krankenhaus.

Zur finanziellen Förderung der vom Krankenhaus für die Familie durchgeführten Maßnahmen stellt die Pflegekasse der AOK NordWest und Rheinland/Hamburg Zuwendungen in erheblicher Höhe zur Verfügung und schafft so die notwendigen finanziellen Anreize im Krankenhaus zur Institutionalisierung der familialen Pflege in Form von Angehörigenschulen, Pflegeschulen, Kompetenzzentren (vgl. dazu Gröning et al. 2015). Gleichzeitig werden lebensweltliches Wissen und anwaltliche Rollen für die „anstrengenden Angehörigen“ in somatischen Krankenhäusern, den Rehakliniken und Psychiatrien aufgebaut.

An vielen Stellen liegt das Modellprogramm mit seiner nunmehr zehnjährigen Geschichte quer zu den realen Entwicklungen des „Systems Krankenhaus“, aber auch zu vielen soziologischen und gesundheitswissenschaftlichen System- und Beschleunigungstheorien, die dem Krankenhaus unweigerlich immer mehr Zentrifugaleffekte (Feuerstein 1993) und Unsteuerbarkeit von Prozessen vor allem für ältere Menschen bescheinigen und seine Möglichkeiten zur lebensweltnahen Gestaltung von guter Versorgung bei häuslicher Pflege sehr begrenzt sehen (vgl. von Blandow 2004, Schaeffer & Wingenfeld 2008). Vor allem die Situation von hochaltrigen Patienten, von Patienten mit Demenz und die Bedeutung des demografischen Wandels werden systemtheoretisch als hoch problematisch und kaum zu lösen beschrieben (von Blandow 2004).

---

<sup>8</sup> Eine Übersicht der Förderinstrumente unter <http://www.uni-bielefeld.de/familiale-pflege/>

## **Organisationspädagogik**

Die hier vorgestellte Perspektive des Modellprogramms „Familiale Pflege“ ist eine organisationspädagogische. Das Modellprogramm arbeitet mit dem systemtheoretischen Konzept von Zentrum und Peripherie von Organisationen nach Thomas Klatetzki (1993). Klatetzki beschreibt die Spannungen und gegensätzlichen Rationalitäten zwischen einer lebensweltlichen Peripherie und einem manageriellen Zentrum, welches vorwiegend betriebswirtschaftlich gesteuert ist. Das Modellprogramm setzt dieser Spannung das organisationspädagogische Konzept des Arbeitsbündnisses entgegen. Die nach Klatetzki an der Peripherie des Systems Krankenhaus tätigen Berufsgruppen erleben durch ihren Lebensweltbezug und die Alltagsnähe im Umgang mit Patient\_innen und Angehörigen notwendig andere Konflikte als das Management. Notwendig stellen diese Gruppen ein Gegengewicht zu den dominanten manageriellen Denkweisen dar und sorgen für eine im manageriellen Zentrum meist unterschätzte System- und Versorgungsintegration im Krankenhaus durch Kommunikation, Holding, Containing und praktische Sorge. Lebensweltliche Professionelle und Semiprofessionelle sind aus der Perspektive des Modellprogramms an der Wertschöpfung in Organisationen beteiligt, sie sind aber vor allem Wohlfahrtsproduzenten und in dem Maße, wie sie ethisch handeln, auch Anerkennungsproduzenten. Für die Auswahl der Pflegetrainer\_innen im Modellprogramm „Familiale Pflege“ sind die beiden letztgenannten Fähigkeiten maßgeblich. Diese Personen gilt es im Krankenhaus aufzufinden. Mit viel organisationspädagogischer Überzeugungsarbeit in Richtung Betriebsleitung der Krankenhäuser ist es gelungen, eine Funktion von familienbezogener Bildung und Beratung im Kontext der Krankenhausentlassung, also am Übergang vom System zur Lebenswelt, zu institutionalisieren.

### ***Wohlfahrt und Anerkennung als gefährdete ethische Handlungsmaßstäbe im System Krankenhaus und das Gegengewicht der familialen Pflege***

Die Gesundheitspolitik der vergangenen 20 Jahre hat die Krankenhäuser einer deutlichen Orientierung am Wertschöpfungsprozess unterzogen und damit im Sinne der Systemtheorie Geld zum entscheidenden Kommunikationsmittel gemacht. So agieren und denken nun auch die Akteure im Krankenhaus, die sich mit diesem Ziel der Wertschöpfung, des Managements und der Führung identifizieren und Gesundheitsdienstleistungen in erster Linie verkaufen wollen – auch international. Dass diese Wertschöpfungsorientierung nicht gleichzusetzen ist mit einer Verbesserung der Wohlfahrtsproduktion – also mehr Gesundheit – wird heute vor allem an der Kritik über zu viele Operationen (vgl. Süddeutsche vom 23. August 2013), Krankenhauskeime, einen postoperativ vermeidbaren Delir (Gurlit 2008), die Behandlung von Patienten mit Demenz laut (Kleina & Wingefeld 2007, Kirchen-Peters 2013, Isfort et al. 2014), um nur die wichtigsten Brennpunkte für die hochaltrigen Patienten zu nennen. Auch die Überleitung in die familiäre und häusliche Versorgung und die Unterstützung der Familien kann als ein solcher Brennpunkt benannt werden. Die Mehrheit der Patienten wird den Angehörigen in einem sehr verletzlichen und instabilen Zustand faktisch „vor die Tür gekippt“.

## ***Wertschöpfung, Wohlfahrtsproduktion und Anerkennung***

Hochaltrige, gebrechliche und vor allem demenzkranke Patienten unterscheiden sich von jüngeren Patienten durch eine geringere Fähigkeit zur Koproduktion beim Pflege- und Behandlungsprozess, durch geringere Spannungstoleranz, durch Affektbestimmtheit mit teilweise instinkthafter Reaktionen von Verteidigung und Flucht und durch ein Bedürfnis nach sicherer Bindung und asymmetrischer Fürsorge. Neben den genannten Handlungsmaßstäben der Wertschöpfung und Wohlfahrtsproduktion bedarf ihre Pflege und Behandlung eines dritten ethischen Maßstabes, jenen der Anerkennung (Honneth 1994). Pflegende Familien haben, wenn man ihre Lebensweisen anerkennt und ihren Beitrag an der Wohlfahrtsproduktion berücksichtigt, deutliche Bedarfe an haltgebender Anleitung, Wissensvermittlung, Beratung, Reflexion, Hilfestellung bei ihrer Rollenentwicklung und Gestaltung der pflegerischen Settings zu Hause. Diese Bedürfnisstrukturen gehören zum Aspekt der Wohlfahrtsproduktion im Sozialwesen und stehen in Spannung zur strukturellen Entwicklung und teilweise auch zu aktorsbezogenen Interessen im Krankenhaus in den vergangenen beiden Jahrzehnten. Sie bringen Ärzte und Pflegende an die Grenzen ihrer Rollen, wenn im Krankenhaus das Dreieck zwischen Wertschöpfung (Ökonomie), Wohlfahrt (Sozialstaatsprinzip) und Anerkennung (Ethik) nicht mehr hergestellt werden kann. In der (Wieder-)Herstellung dieses Dreiecks, bezogen auf die poststationäre Versorgung pflegebedürftiger, hochaltriger und demenzkranker Patienten und ihrer Familien liegt eine wichtige Sinndimension des Modellprogramms „Familiale Pflege“. Es ist schließlich nicht im Interesse der Wohlfahrtsproduktion, dass im Krankenhaus erfolgte Behandlungen und Entscheidungen durch unzureichende häusliche Rahmenbedingungen oder durch Abbruch der Versorgung konterkariert werden. Viel zu wenig wird die Dringlichkeit dieses Dreiecks von den Betriebsleitungen vieler Krankenhäuser wahrgenommen. Auf Grund einer geschätzten geringen Wertschöpfung einer guten Überleitung nach Hause werden periphere, lebensweltliche Ansprüche einer verbesserten Versorgung hochaltriger, pflegebedürftiger und demenzkranker Patienten nach dem Krankenhaus durch Bildung und Beratung von Familien unterbewertet. Die meisten Betriebsleitungen reagieren trotz karitativer und diakonischer Leitbilder auf das Angebot zuerst mit Zurückhaltung, Desinteresse oder stellen sofort die ökonomische Frage. Nicht wie viel sinnvolle Wohlfahrtsproduktion, sondern wie viel betriebswirtschaftlichen Gewinn wirft eine verbesserte Überleitung im genannten Sinn ab?

Die Randständigkeit von alten Menschen und ihren pflegerischen und medizinischen Bedürfnissen im Akutkrankenhaus hat organisationstheoretisch betrachtet jedoch nicht nur ökonomische Dimensionen. Eine weitere Bedeutung haben angsterregende Bilder von „guten“ und „schlechten“ Patienten (Dörner 1994, Schmidbauer 1993, Gröning 2000). Viele Professionelle verstehen zum Beispiel die Verhaltensweisen von Patienten mit Demenz nicht und reagieren auf deren Ängste mit Dominanz. Auch der personalintensive Aufwand für die Betreuung und Behandlung von Patienten mit Demenz, hochaltrigen Patienten und die Bildung und Beratung ihrer Familien liegt quer zur ausschließlich wirtschaftlichen Rationalität. Eine bedürfnisgerechte Versorgung von alten Patient\_innen und die Sicherstellung einer hinreichend guten häuslichen Anschlusssituation können außerdem mit den kurzfristigen wirtschaftlichen Interessen einer Abteilung oder des Hauses kollidieren. Vor allem Häuser mit wirtschaftlichen Problemen, die durch Fallsteigerung ihre wirtschaftlichen Probleme zu lösen versuchen, neigen dazu, sich mit den Anforderungen an eine hochaltrigkeitsgerechte Pflege und Medizin zuerst einmal überfordert zu fühlen. Schließlich sind Patienten, die umfassend verletzungsoffen, störend, schwierig und kaum zu heilen sind, ein



angsterregendes Problem. Aus diesen drei Dimensionen – Systemprobleme, Interessendimensionen und psychische Dimensionen – ergeben sich Fragen nach den Ansätzen einer guten Organisationsentwicklung im Kontext von altersgerechter Medizin und Hilfe von pflegebedürftigen Patienten und ihren Familien.

### ***Systemveränderungen durch Wissenschaft – geht das?***

Soziologisch werden Probleme des Gesundheitswesens mit der Unsteuerbarkeit von sozialen Systemen begründet. Als autopoietisches System habe sich das Gesundheitswesen Mitte des 19. Jahrhunderts ausdifferenziert (vgl. Mayntz & Rosewitz 1988, nach Bandelow 2004, 92). Im Sinne von Luhmann (vgl. Bandelow 2004) erzeuge das Gesundheitssystem „nicht nur seine Strukturen, sondern auch die Elemente, aus denen es besteht, fortlaufend selbst (Luhmann 1997, 65, in Bandelow 2004, 93). Systeme verändern zu wollen sei, wie Luhmann 1998 sagte, der von der Unsteuerbarkeit sozialer Systeme ausging, vergleichbar mit dem Regentanz der Hopi-Indianer oder dem Aufblasen von Kühen, um mehr Milch zu bekommen (vgl. Mayntz & Scharpf 2005, 236). Mayntz und Scharpf, Gewinner des Luhmann-Preises 2004, haben sich von diesem Denken Luhmanns abgegrenzt und sprechen von einem „systemtheoretischen Totalitarismus“. Es sei sehr wohl möglich, Systeme zu steuern, denn gerade im Gesundheitswesen zeige sich, dass es nicht um eine „autopoietische Geschlossenheit von Systemen“ ginge, sondern um den politischen Willen und die politischen Interessen seiner Akteure. Weiterhin argumentieren beide, dass Systeme höchst sensibel auf Sanktionen und Anreize reagierten, vor allem, wenn diese durch Kritik und Überzeugung unterstützt würden. Die Argumentation der beiden Preisträger schließt direkt an eine ältere, organisationspädagogische Arbeit über gruppenspezifische Interventionen (vgl. Glasl & von Sassen 1983) an. Diesem Modell liegt das Programm der familialen Pflege zu Grunde. Wir intervenieren pädagogisch, durch Verhandlung, Kommunikation, auch Konfrontation, gruppenspezifische Prozesse und Supervision. Hier steht das Arbeitsbündnis an einer herausragenden Stelle der Beziehungsgestaltung, um Wissen in eine Organisation zu implementieren. Dieses Arbeitsbündnis ist auch für das Modellprogramm „Familiale Pflege“ leitend.

### ***Wie Wissen in Organisationen kommt***

Es war die Verwendungsforschung in den 1980er Jahren, die darauf aufmerksam gemacht hat, dass Organisationen einen eigenen systemischen Umgang mit Wissen haben. Während soziale Systeme nach naturwissenschaftlichem und technischem Wissen meist dringend suchen, um damit ihre Prozesse zur Rationalisierung und Steigerung der Wertschöpfung anzustoßen, verhält es sich mit dem lebensweltbezogenen und kritisch-reflexiven Wissen anders. Dieses Wissen wird in Organisationen in dem Maße diskriminiert, wie es Hierarchien und Rationalisierung stört (vgl. Daheim 1989). Die Produktivität lebensweltbezogener und kritischer Erkenntnis für die Organisation erschließt sich dem manageriellen Zentrum in einer Organisation nicht (Klatetzki 1993). Die Implementation dieser Programme bedarf einer prozessbezogenen kommunikativen Begründung und einer entsprechenden Bearbeitung, also eines pädagogischen Aktes. Die Erkenntnis, dass der Wissenschaftler quasi zum Berater werden muss, damit lebensweltbezogenes, hermeneutisches und kritisches Wissen überhaupt eine Chance auf Anerkennung in Organisationen hat, ist schon in den 1980er Jahren unter dem Dach der sogenannten Verwendungsforschung beschrieben worden. Verwendungsforscher interessierten sich für Brüche und Transformations-

probleme zwischen sozialen Systemen und (wissenschaftlicher) Umwelt (Beck & Bonß 1989). Wissenschaftliche Akteure und Organisationen müssen auf Dauer Arbeitsbündnisse miteinander schließen. Solche Arbeitsbündnisse dürfen nicht aus vorwiegend repräsentativen oder legitimierenden Funktionen bestehen oder sich in ihnen erschöpfen, wie dies vielfach in wissenschaftlichen Beiräten gepflegt wird. Wissenschaftliche Beratung im organisationspädagogischen Sinn heißt Anwaltlichkeit und dauerhaftes Verhandeln auf der Basis eines kontraktierten Arbeitsbündnisses und Herstellung der von Klatetzki geforderten kommunikativen Brücke zwischen Zentrum und Peripherie in Organisationen.

Wissenschaftliche Beratung und Bildung in diesem Sinn ist nicht frei von Interessen und Mandaten. Schon 1980 publizierte eine Forschungsgruppe um den Bielefelder Soziologen Karl Kahn eine Systematik zum Verhältnis von kritischer Wissenschaft und betrieblicher Praxis (vgl. Katterle et al. 1980). Sie erhoben die Interessenspannung zum Thema für die Wissenschaft. Die Wissenschaft als unabhängiger Akteur mit einer eigenen moralischen Autorität sollte sich quasi reflexiv und rationalisierend zwischen die Interessenkonflikte und Handlungsmaßstäbe in Organisationen schieben können. Wissenschaft sollte als dritte Kraft fungieren und eine eigene reflexive und im Kontext des wissenschaftlichen Begründungszusammenhangs gewonnene Wahrheit dem Betrieb zur Verfügung stellen. Dabei sind ihre Ergebnisse grundsätzlich intersubjektiv überprüfbar und sollen in einer betrieblichen Öffentlichkeit auf Richtigkeit und Tauglichkeit hin geprüft werden. Gleichzeitig machten sie darauf aufmerksam, dass diese moralisch rationale Autorität von Wissenschaft nur zum Tragen kommt, wenn diese aktiv im Feld berät und verhandelt. Wissenschaftliche Erkenntnisse bedürfen, um für die Organisationen verwertbar zu sein, einer besonderen konsensorientierten Kommunikation. Im Rahmen einer handlungstheoretisch fundierten Soziologie wurden im Forschungsansatz der Umsetzungsforschung die wissenschaftliche Weiterbildung und die wissenschaftliche Beratung als wesentliche Strategie der Veränderung entwickelt. Faktisch greift der Ansatz deutlich in das Rollenverständnis von Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen im praktischen Feld ein, die als eigenständige Akteure und Anwälte ihrer Erkenntnisse verstanden werden. Sie müssen ihren Beobachterstandpunkt zu Gunsten eines Beraterstandpunktes erweitern und verändern. Dieser wissenschaftliche Habitus kommt der habitus-reflexiven verstehenden Forschungsauffassung von Bourdieu entgegen. Die neue Rationalität der Wissenschaft – beschleunigte Produktion wissenschaftlicher Erkenntnis, Wettbewerb, Publikation – widerspricht dieser Anforderung.

Mit Mayntz und Scharpf (2005) wiederum verstehen die im Modellprogramm „Familiale Pflege“ tätigen Wissenschaftler\_innen Krankenhäuser nicht nur als soziale Systeme, sondern auch als „Territorien“ (Foucault 2006), in denen handlungsfähige Akteure durchaus interessenbezogen entscheiden (Mayntz & Scharpf 2005, 237). Neben den binären Funktionslogiken von Systemen werden gouvernementale (regierende) Kulturen angenommen. Dies bedeutet, dass die wissenschaftliche Beratung bei der Umsetzung des Modellprogramms durch das Nadelöhr der jeweiligen Organisationsregierung gebracht werden muss. Die wissenschaftliche Beratung muss dabei sowohl über die Fähigkeit verfügen, ihre Erkenntnisse und Prinzipien im Sinne von wissenschaftlichen Gegenhorizonten zu vertreten, als auch, sie mit den Interessen in den jeweiligen Organisationen in einen Konsens zu bringen. Prinzipien von wissenschaftlicher Vernunft, praktischer Fairness und sozialem Konsens prägen diese Beratung. Diese Fähigkeiten fordern vom Wissenschaftler, von der Wissenschaftlerin beratungs- und gruppenspezifische Kompetenz.



## **Organisationsentwicklung**

Neben den genannten Prinzipien der Verwendungsforschung müssen aus der Erfahrung mit den Anstrengungen zur „Implementation politischer Programme“ (Mayntz 1983) Erkenntnisse der Organisationsentwicklung berücksichtigt werden. Diese Erkenntnisse beziehen sich auf den äußeren Rahmen des Modellprogramms. Vor allem Glasl (1983) und Sievers (1977) haben sich mit dem Problem des Wissenstransfers in Organisationen befasst. Sie reflektieren unterschiedliche Strategien des Wissenstransfers: Rationale Strategie, Anreiz- und Sanktionsstrategie und die pädagogische Strategie der Persuasion. Vor allem Glasl (1983) schlägt zur Umsetzung von systemsperrigem, lebensweltlichem und kritischem Wissen in Organisationen eine Interdependenz von allen drei Strategien vor, um Veränderungen zu bewirken. Neben den rationalen Strategien, also klassische wissenschaftliche Beratung und Überzeugung (Persuasion), sind deshalb Anreiz- und Sanktionsstrategien nötig. Im Modellprogramm „Familiale Pflege“ gehören die Beratungen, die Weiterbildungen und Entwicklungsgruppen zur Persuasion, daneben gibt es erhebliche Anreize durch Vergütung der einzelnen praktischen Leistungen der Pflegetrainer\_innen aus der Pflegeversicherung zusätzlich zu den Fallpauschalen der Krankenversicherung. Eine gewisse Sanktionsdrohung existiert dadurch, dass die Pflegekassen Teil des Arbeitsbündnisses sind und bei Bedarf eingeschaltet werden können.

### ***Der organisationspädagogische Habitus des Umsetzungsforschers***

Aus den bisherigen Erfahrungen mit der Verwendung und Umsetzung von wissenschaftlichem Wissen in Organisationen lassen sich verschiedene Regeln über die Rollenveränderung von Wissenschaftlerinnen im Feld der Organisationen festhalten. Umsetzungsforscher\_innen dürfen nicht den traditionellen Habitus des Homo academicus pflegen, das heißt von der Hoheit des Systems Wissenschaft und ihrer Erkenntnis ausgehen. Wissenschaft und zu beratende Organisationen sind als gegenüberliegende soziale Systeme anzusehen. Umsetzungsforscher sollen sich reflexiv im Sinne Bourdieus (vgl. Friebertshäuser, Rieger-Ladich & Wigger 2006) dem Feld zur Verfügung stellen und die Irritationen und Brüche, die sich aus dem Kontakt zwischen Wissenschaft und Praxis ergeben, ethnografisch registrieren und wiederum wissenschaftlich im Sinne eines hermeneutischen Zirkels bearbeiten. Überhaupt kann das reflexive Wissenschaftsverständnis von Bourdieu als sehr gut anschlussfähig an die Umsetzungs- und Verwendungsforschung angesehen werden. Wissenschaftler\_innen werden, wie schon Hans Daheim u. a. (1989) schilderte, im Umsetzungsprozess auf Agenten im Feld treffen, die ihre Aufgabe darin sehen, die Normen des Systems in der Lebenswelt notfalls mittels Sanktionen durchzusetzen. Sie werden ebenfalls auf Akteure treffen, die wissenschaftliches Wissen nur unter der Perspektive des unmittelbaren wirtschaftlichen oder politischen Nutzens für die Organisationen anerkennen und ihm sonst keinen eigenen Wert zuerkennen wollen. Sie werden schließlich auf territoriale Bewusstseinsstrukturen und einen hoheitlichen Habitus treffen, der in der Wissenschaft, vor allem in der Kritik, einen Übergriff auf das eigene Territorium sieht. Gleichzeitig werden Umsetzungsforscher\_innen die Erfahrung des Umworbenseins machen. Angebote zur Identifizierung mit einer Perspektive müssen ebenso reflexiv verstanden werden, wie Aggression, Entwertung und Ablehnung. Entsprechend müssen Umsetzungsforscher\_innen ein reflexives Verhältnis zur notwendigen Verstrickung im Feld haben (Lewin 1963, Devereux 1998).

Der Wissenschaftler ist weiterhin Anwalt und Übersetzer der Peripherie und der Lebenswelt. In der Zusammenarbeit mit der Peripherie braucht der Umsetzungsforscher ein Bewusstsein darüber, dass er über allgemeines Wissen, die Praktiker jedoch über die Besonderheit der konkreten Erfahrung verfügen. Dieses Besondere des einzelnen Feldes und der Arbeitenden in ihm gilt es zu respektieren und zu berücksichtigen, wenn nicht Schamdynamiken entstehen sollen. Häufig prallen vor allem in öffentlichen Debatten das allgemeine wissenschaftliche Wissen, welches häufig aggregatbezogen ist, und die konkrete subjektive Erfahrung zusammen. Dies kann ideologische Abwehr gegen die wissenschaftlichen Daten sein. Möglich ist aber auch, dass im Sinne der Gestalttheorie subjektive Erfahrungen und wissenschaftliche Daten im Sinne von Teil und Ganzem zusammengehören, sich aber noch nicht sinnhaft zueinander verhalten, weil ein entsprechender theoretischer Rahmen fehlt. An solchen Stellen darf Wissenschaft sich nicht aus der Praxis zurückziehen oder die Überlegenheit des empirischen oder theoretischen Wissens behaupten, sondern muss eine erklärend suchende und fragende Haltung beibehalten.

## Wer kann als **Pflegetrainer\_in** arbeiten?

Für die Auswahl der **Pflegetrainer\_innen** sind Kriterien wie eine salutogenetische Grundorientierung, Fähigkeit zum advokatorischen Handeln, Fähigkeit Solidaritätsbeziehungen eingehen zu können, Berufserfahrung und Organisationskompetenz, verhandelnder Umgang mit Hierarchien und Akteuren im Kontext der häuslichen Pflege maßgeblich. Wünschenswert sind zudem eigene Erfahrung in der Angehörigenpflege, eine ethische Grundeinstellung zum alten Menschen und die Fähigkeit, mit Projektstrukturen umzugehen. Diese Personen gilt es im Krankenhaus aufzufinden und für ihre Arbeit mit Familien zu bilden und zu professionalisieren. Gleichzeitig gehört es zum Entwicklungsprozess der Rolle der **Pflegetrainer\_innen**, anwaltlich zu arbeiten und Abläufe und Entscheidungen im Krankenhaus nun mit den Augen der Angehörigen zu sehen. Notwendig bilden die **Pflegetrainer\_innen** reflektierende Kompetenzen aus. Sind diese Bedingungen erfüllt, gelingt die Institutionalisierung einer Funktion von familienbezogener Bildung und Beratung im Kontext der Krankenhausentlassung, also am Übergang vom System zur Lebenswelt. Allerdings ist die Beratung der **Pflegetrainer\_innen** und der Projektverantwortlichen im Krankenhaus durch die Mitarbeiter\_innen der Universität Bielefeld von großer Bedeutung. Hier stehen drei Dimensionen im Mittelpunkt des Beratungsverständnisses: die Personenentwicklung der **Pflegetrainerin**, ihre Rollenentwicklung und die Systementwicklung im Krankenhaus.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Im Bereich der Personenentwicklung liegt vor allem eine Veränderung des professionellen Selbstverständnisses im Hinblick auf die Ethik, hier ist vor allem die Veränderung des Denkens bei Demenz hervorzuheben. Die meisten **Pflegetrainer\_innen** haben bis zur Weiterbildung an der Universität Bielefeld keinen Zugang zu einer salutogenetischen Betrachtung der Demenz. Im Bereich der Rollenentwicklung spielen sowohl die Ausstattung, der Status und die Positionsrolle der **Pflegetrainer\_innen** in der Hierarchie des Krankenhauses eine wichtige Rolle. Haben sie Zugang zu Informationen, werden sie rechtzeitig in Fragen der Anschlussversorgung eingebunden, wie gestaltet sich die Schnittstelle zu den Stationen? Auf der Ebene der Systementwicklung machen die Krankenhäuser zumeist zu ihrer völligen Überraschung die Erfahrung, wie stark die Gruppe der hoch-altrigen Patient\_innen und ihrer Angehörigen einer Verdeckung und Beschleunigung unterliegt. Die besonderen Bedürfnisse dieser Gruppe werden vom System Krankenhaus nicht registriert, weshalb es zu einer Reihe von Risiken und problematischen Entscheidungen kommt.

## Literaturverzeichnis

- Bandelow, N. von (2004). Governance im Gesundheitswesen. Systemintegration zwischen Verhandlung und hierarchischer Steuerung. In Lange, S. & Schimank, U. (Hrsg.). Governance und gesellschaftliche Integration (S. 89-107). Wiesbaden, VS-Verlag.
- Baudrillard, J. (2015/1970). Die Konsumgesellschaft. Wiesbaden: Springer VS-Verlag.
- Beck, U. (1986). Risikogesellschaft Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- Beck, U. & Bonß, W. (1989) (Hrsg.). Weder Sozialtechnologie noch Aufklärung. Zur Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens in politisch administrativen Systemen. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- Benhabib, S. (2008). Die Rechte der Anderen. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- Blenkner, M. (1965). Social Work and Family Relations in Later Life with Some Thoughts on Filial Maturity. In Shanes, E. & Streib, G. (Eds.). Social Structure and the Family: Generational Relations. New Jersey: Prentice Hall.
- Blinkert, B. & Gräf, B. (2009). Deutsche Pflegeversicherung vor massiven Herausforderungen. In Deutsche Bank Research (Hrsg.): Aktuelle Themen 442 (S. 1-23). Frankfurt a. M.
- Borscheid, P. (1987). Geschichte des Alters (Bd. 1.). Münster: Steiner Verlag.
- Brumlik, M. (2012). Aspasia. Laudatio auf Martha Nussbaum anlässlich der Verleihung der Ehrendoktorwürde durch die Universität Bielefeld am 27. Juni 2011. In Neue Praxis, Jg. 42 (2), 160-165.
- Conzen, P. (2007). Fürsorge für die alten Eltern – eine Kernaufgabe des Erwachsenenalters? Zu Eriksons Konzept der Generativität. In Bauer A. & Gröning K. (Hrsg.). Die späte Familie. Intergenerationenbeziehungen im hohen Lebensalter (S. 167-180). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Daheim, H., Kollmer, J., Messmer, H. & Olscha, C. (1989). Wie ist Verständigung möglich? Kommunikation zwischen Wissenschaft und Praxis in Seminaren der beruflichen Fortbildung von Verwaltungsangehörigen. In Beck, U. & Bonß, W. (Hrsg.). Weder Sozialtechnologie noch Aufklärung. Zur Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens in politisch administrativen Systemen (S. 196-225). Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- Devereux, G. (1998). Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften (4. Auflage). Frankfurt a.M.: Suhrkamp-Verlag.
- Dörner, K. (1994). Die gesellschaftliche Umwandlung von Menschen in Sachen. In Frankfurter Rundschau vom 9.11.1994, S. 9.
- Eckstein, C. (2009). Geschlechtergerechte Familienpolitik. Wahlfreiheit als Leitbild für die Arbeitsteilung in der Familie. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

- Erikson, E. H. (1973). Identität und Lebenszyklus. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- Feuerstein, G. (1993). Versorgungsqualität und Systemintegration. Über Schnittstellen im Behandlungsgeschehen und ihre Bedeutung für die Analyse und Gestaltung komplexer Versorgungsstrukturen In: Badura, B., Feuerstein, G. & Schott, Thomas (Hrsg.). System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung (S. 41-67). Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Foucault, M. (2006). Sicherheit, Territorialität, Bevölkerung. Geschichte der Gouvernementalität I, Vorlesungen am Collège de France. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- Friebertshäuser, B., Rieger-Ladich, A. & Wigger, L. (2006). Reflexive Erziehungswissenschaft. Forschungsperspektiven im Anschluss an Pierre Bourieu. Wiesbaden: Springer VS-Verlag.
- Franke, L. (2005). Demenz in der Ehe. Frankfurt a. M.: Mabuse Verlag.
- Geister, C. (2002/2004): Weil ich für meine Mutter verantwortlich bin. Der Übergang von der Tochter zur pflegenden Tochter. Bielefeld/Bern: Huber-Verlag.
- Glasl, F. (1983) (Hrsg.). Verwaltungsreform durch Organisationsentwicklung. Bern/Stuttgart: Paul Haupt-Verlag.
- Glasl, F. & von Sassen, H. (1983). Reformstrategien und Organisationsentwicklung. In Glasl, F. (Hrsg.). Verwaltungsreform durch Organisationsentwicklung (S. 17-46), Bern/Stuttgart: Paul Haupt-Verlag.
- Görgen, T. (2009). Gewalterfahrungen im Alter. URL: [http://www.pea-ev.de/fileadmin/download/btb\\_2011\\_texte/Vortrag\\_Goergen.pdf](http://www.pea-ev.de/fileadmin/download/btb_2011_texte/Vortrag_Goergen.pdf).
- Gröning, K. (2000). Über Gewalt in der Pflege. In Neue Praxis. Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik. 30. Jg. (6), 587-596.
- Gröning, K., Kunstmann, A.-C. & Rensing, E. (2004). In guten wie in schlechten Tagen. Konfliktfelder in der häuslichen Pflege. Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag.
- Gröning, K., Lienker, H. & Radtke-Röwekamp, B. (2007). Neue Herausforderungen im Übergang vom Krankenhaus in die familiäre Pflege. Handbuch zur Umsetzung des Modellprojektes „Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG's" Theoretische Implikationen, Konzepte, Durchführung, Engpässe und Erfolgsfaktoren. Bielefeld: Eigenverlag.
- Gröning, K. (2005). Therapeutisierung der familialen Altenfürsorge. Formulierung eines Unbehagens. In Sozialer Fortschritt. Jg. 54 (3), 69-76.
- Gröning, K. (2006a). Das Pflegeversicherungsgesetz und die Pädagogik. In. Neue Praxis Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik, Jg. 36 (2), 225-235.
- Gröning, K. (2006b). Hochaltrigkeit und Pflege zu Hause als Herausforderung für die Weiterbildung. In Zeitschrift für Weiterbildungsforschung Jg. 29 (3), 41-51.
- Gröning, K. & Röwekamp, B. (2007). Geschlecht und demografischer Wandel unter besonderer Berücksichtigung familialer Pflege. Konflikte und Beziehungsgestaltung in der späten

- Familie. In IFF Info, Heft 24, 65-71.
- Gröning, K. (2009). Generationenbeziehungen und Generationenfürsorge in modernen Zeiten. In: Jansen, M. (Hrsg.). *Pflegende Frauen und sorgende Männer* (Polis 49). 29-42.
- Gröning, K. (2011). Vereinseitigungen. Der Diskurs um Geschlecht und Gewalt gegen Pflegebedürftige. In *Gender, Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft* Jg. 2, 76-89.
- Gröning, K. (2012). *Menschen mit Demenz in der Familie. Ethische Prinzipien im täglichen Umgang*. Wien: Picus Verlag, 7-40.
- Gröning, K. (2014). *Entweihung und Scham* (6. Auflage). Frankfurt a. M.: Mabuse Verlag.
- Gröning, K., Sander, B. & Kamen, R. von (Hrsg.) (2015). *Familiensensibles Entlassungsmanagement. Festschrift zu zehn Jahren Modellprojekt „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“*. Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag.
- Gurlit, S. (2008). Maßnahmen zur Verhinderung eines perioperativen Delirs. URL: [http://www.klinikum-augsburg.de/index.php/fuseaction/download/lrn\\_file/vortrag-gurlit-altersdelir.pdf](http://www.klinikum-augsburg.de/index.php/fuseaction/download/lrn_file/vortrag-gurlit-altersdelir.pdf)
- Haller, D. (2017): Capabilities Konzepte als Schlüsselkonzepte für soziale Arbeit. In *Neue Praxis* Jg. 47 (4), 305-324.
- Heimann, R. (2009). *Barrieren in der Weiterbildung. Habitus als Grundlage von Karriereentscheidungen*. Marburg: Tectum Verlag.
- Heimerl, K. (2012). Menschen mit Demenz haben uns etwas Wichtiges zu lehren. In Gröning, K. & Heimerl, K. (Hrsg.). *Menschen mit Demenz in der Familie. Ethische Prinzipien im täglichen Umgang*. Wiener Vorlesung 2012 (S. 41-61). Wien: Picus Verlag.
- Holmes, J. (2006). *John Bowlby und die Bindungstheorie*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Honneth, A. (1994). *Der Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte* Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- Honneth, A. (1995). Zwischen Gerechtigkeit und affektiver Bindung. Die Familie im Brennpunkt moralischer Kontroversen. In *Deutsche Zeitschrift für Philosophie* Jg. 43 (6), 989-1004.
- Honneth, A. (2000). *Das Andere der Gerechtigkeit. Aufsätze zur praktischen Philosophie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- Isfort, M. et al. (2014): *Pflegethermometer. Eine bundesweite Befragung leitender Pflegekräfte zur Versorgung von Patienten mit Demenz im Krankenhaus*. URL: [http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer\\_2014.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf) (23.12.2014).
- King, V. (2015). Die Krisen der Nachkommen. Die Zukunft der Generativität. In *Zeitschrift für Psychologie und Gesellschaftskritik*. (2-3), 154-155.
- Klatetzki, T. (1993). *Wissen, was man tut. Professionalität als organisationskulturelles System. Eine ethnographische Interpretation*. Bielefeld: Kleine Verlag.

- Kleina, T. & Wingenfeld, K. (2007). Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus (IPW 135). Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld.
- Katterle, S. & Krahn, K. (1980). Wissenschaft und Arbeitnehmerinteressen. Köln: Bund-Verlag.
- Kirchen-Peters, S. (2013). Akutmedizin in der Demenzkrise? Chancen und Barrieren für das demenzsensible Krankenhaus. Saarbrücken: Iso.
- Kunstmann, A.-C. (2010). Familiäre Verbundenheit und Gerechtigkeit: fehlende Perspektiven auf die Pflege von Angehörigen. Eine Diskursanalyse. Wiesbaden: VS Verlag.
- Lewin, K. (1963). Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Ausgewählte theoretische Schriften. Bern: Huber-Verlag.
- Luhmann, N. (1997). Die Gesellschaft der Gesellschaft. Zwei Teilbände. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- Mayntz, R. (Hrsg.) (1983). Implementation politischer Programme. Wiesbaden: Springer VS-Verlag.
- Mayntz, R. & Rosewitz, B. (1988). Ausdifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems, in: Mayntz, R. (Hrsg.). Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme (S. 117-179). Frankfurt a. M.: Campus-Verlag.
- Mayntz, R. & Scharpf, F. (2005) Politische Steuerung – Heute? In Zeitschrift für Soziologie, Jg. 34 (3), 236-243.
- Müller, B. (1997). Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit. Freiburg i. Br.: Lambertusverlag.
- Nauck, B. (2006). Wie Familien zu helfen wäre. In Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration NRW (Hrsg.). Demografischer Wandel. Die Stadt, die Frauen und die Zukunft. Düsseldorf, 103-116.
- Nussbaum, M. (1999). Gerechtigkeit und das gute Leben. Frankfurt a. M.: Suhrkamp-Verlag.
- Ravaioli, C. (1987). Die beiden Seiten des Lebens. Hamburg: VSA Verlag.
- Rosenthal, G. (1995). Erzählte und erlebte Lebensgeschichte. Frankfurt a. M.: Campus Verlag.
- Runde, P. (1999). Einstellung und Verhalten zur häuslichen Pflege und zur Pflegeversicherung unter den Bedingungen des gesellschaftlichen Wandels. Analysen und Empfehlungen auf der Basis von repräsentativen Befragungen bei AOK-Leistungsempfängern der Pflegeversicherung.  
URL: [http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/pflege/mediathek/pflege\\_mediathek\\_studie\\_pflege.pdf](http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/pflege/mediathek/pflege_mediathek_studie_pflege.pdf) (Stand 28.05.2018).
- Runde, P., Giese, R., Kaphengst, C. & Hess, J. (2009). AOK-Trendbericht Pflege II. Entwicklungen in der häuslichen Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung.  
URL: <http://www.wir-pflegen.net/wp-content/medien/AOK-Trendbericht-Pflege-II1.pdf> (Stand 04.08.2010).

- Schaeffer, D. & Wingefeld, K. (2008). Qualität der Versorgung Demenzkranker. Strukturelle Probleme und Herausforderungen. In *Pflege und Gesellschaft*, 13. Jg. (3), 293-305.
- Schmidbauer, W. (1993). *Pflegenotstand. Ende der Menschlichkeit*. Reinbek bei Hamburg: Rororo.
- Schütze, Y. (1995). Ethische Aspekte von Familien- und Generationsbeziehungen. In *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, Jg. 8 (1/2), 31-38.
- Schütze, Y. & Lang, F. (1992). Verantwortung für alte Eltern – eine neue Phase im Lebenslauf. In *Familie und Recht*, 3. Jg. (6), 336-341.
- Schultheis, F. (1993). Genealogie und Moral: Familie und Staat als Faktoren der Generationsbeziehungen. In Lüscher, K. & Schultheis, F. (Hrsg.). *Generationsbeziehungen in „postmodernen“ Gesellschaften* (S. 415-433). Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- Seubert, H. (1993). *Zu Lasten der Frauen. Benachteiligung von Frauen durch die Pflege alter Eltern*. Pfaffenweiler: Centaurus Verlag.
- Sievers, B. (1977). *Organisationsentwicklung als Problem*. Stuttgart: Klett-Verlag.
- Süddeutsche Zeitung (2013). Zahl der Operationen stark gestiegen.  
URL: <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/gesundheitszahl-der-operationen-stark-gestiegen-1.1752706> (Stand 14.3.2018).
- Stuhlmann, W. (2004). *Demenz – wie man Bindung und Biographie einsetzt*. München: Reinhardt.



## **Wissenschaftliche Beratung im Modellprogramm „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“**

---

### **Abstract**

*In dem Artikel wird die wissenschaftliche Beratung im Modellprogramm „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“ betrachtet. Die im Rahmen des Programms ausgebildeten Pflegetrainer\_innen werden kontinuierlich von wissenschaftlichen Mitarbeiter\_innen beratend begleitet und das Krankenhaus bei der Implementierung des Programms unterstützt. Die Beratung findet damit an der Schnittstelle zwischen den institutionellen Strukturen des Krankenhauses, den gesetzlichen Grundlagen des Modellprogramms, der Rollenentwicklung der Pflegetrainer\_innen und den lebensweltlichen Anforderungen der pflegenden Angehörigen statt. Grundlage für die Beratung ist der Kooperationsvertrag, der in einem Dreiecksvertrag zwischen der Universität Bielefeld, des jeweiligen Krankenhauses und der zuständigen AOK-Regionaldirektion formuliert ist. Die Auswertung einer Gruppendiskussion mit den Wissenschaftler\_innen, die das Erleben der eigenen Beratungsarbeit schildern, liegt im Fokus dieses Artikels. Dabei werden sowohl unterschiedliche Beratungsorte, Arbeitsbündnisse, Kontraktentwicklungen und Beziehungsqualitäten in den Blick genommen, wie auch das reflexive Verhältnis zur Organisation, was zumeist einer Habitustransformation bedarf. Außerdem ist der Konflikt zwischen Profession, Ethik und Ökonomie, auf den viele Pflegetrainer\_innen treffen, ebenso Teil der Diskussionsauswertung, in deren Zusammenhang Personen-, Rollen- und Systementwicklung thematisiert werden.*

---

Die Beratung der wissenschaftlichen Mitarbeiter\_innen im Modellprogramm „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“ ist in dessen Ansatz konstitutiv für das Programm. Entsprechend der Prinzipien des Wissenstransfers und der Umsetzungsforschung ist die Beratung eine Schlüsselintervention, da hier diskursiv Argumente und Standpunkte zwischen den Rollenträger\_innen des Krankenhauses und den Wissenschaftler\_innen ausgetauscht, nah verhandelt, abgewogen und präzisiert werden. Wie im vorangegangenen Kapitel zur Geschichte des Modellprogramms bereits erklärt wurde, bildet die Kooperationsvereinbarung, welche in einem Dreiecksvertrag zwischen der Universität Bielefeld, dem jeweiligen Krankenhaus und der zuständigen AOK-Regionaldirektion geschlossen wird, die Grundlage für die Beratungstätigkeiten der Wissenschaftler\_innen im Rahmen des Programms. Das Arbeitsbündnis wird auf dem Fundament der Kontraktethik geschlossen (vgl. Bauer, Gröning, Hoffmann & Kunstmann 2012, S. 40).

Der Beratungsansatz im Modellprogramm ist zum einen rollentheoretisch, zum anderen organisationstheoretisch fundiert. Er umfasst die Dimensionen Rolle–Person, Rolle–System und System–Lebenswelt in Bezug auf die Angehörigen. Die Dimension Rolle–Person bezieht sich dabei vor allem auf die Identifizierung der Pflegetrainer\_innen mit der Lebenswelt der pflegenden Angehörigen. Die Beratung erfolgt entweder persönlich, vor Ort im Krankenhaus, telefonisch oder per E-Mail. Solidarität, Empathie und lebensweltliche Vorstellungskraft sind hier die Ziele. Neben der Beratung der Pflegetrainer\_innen finden jährlich Gespräche mit der Krankenhausleitung statt. Im Krankenhaus sind die Pflegetrainer\_innen angehalten, Abläufe, Prozesse und Rationalitäten des



Systems Krankenhaus zu erkennen und zu beeinflussen. Dies ist vor dem Hintergrund notwendig, dass sie im Rahmen des Modellprogramms, vor allem im Einsatz in der Häuslichkeit, eine Lebenswelt mit einer eigenen Ordnung betreten, die es zu verstehen gilt und in der sie sich zurechtfinden müssen. Die wissenschaftlichen Mitarbeiter\_innen begleiten den Prozess kontinuierlich und unterstützen bei der Implementierung des Modellprogramms sowie individuellen Rollenentwicklung der Pflegetrainer\_innen und beraten in Krisensituationen. Dabei agieren sie an der Schnittstelle zwischen den institutionellen Strukturen der Krankenhäuser, den gesetzlichen Grundlagen des Modellprogramms, der Rollenentwicklung der Pflegetrainer\_innen und den lebensweltlichen Anforderungen der Angehörigen.

Wie die wissenschaftlichen Mitarbeiter\_innen ihre eigene Beratungsarbeit im Modellprogramm erleben, wurde im Format einer Gruppendiskussion erfragt. Diese Diskussion fand mit neun wissenschaftlichen Mitarbeiter\_innen unter der Leitung einer Interviewerin im Februar 2018 in einem Raum in der Universität Bielefeld statt. Die Diskussion dauerte circa zwei Stunden und wurde auf zwei Tonbandgeräten aufgezeichnet, wobei die Teilnehmer\_innen über die folgende Anonymisierung, welche im Zuge der Transkription vorgenommen wird, informiert wurden. Die zitierten Abschnitte des Transkriptes werden hier zum Zwecke besserer Lesbarkeit ohne Sprechpausen und sprachliche Fehler zitiert. Da die Methode der Gruppendiskussion zur Qualitätssicherung im Rahmen von Evaluationsgruppen mit Pflegetrainer\_innen regelmäßig zur Anwendung kommt, sind die Wissenschaftler\_innen bestens mit ihr vertraut. So gestaltete sich die Diskussion sehr flüssig und die Interviewerin setzte lediglich Impulse. Gesprochen wurde über Beratungen im Rahmen von Akquisegesprächen, wissenschaftlichen Weiterbildungen und in Krisensituationen. Dabei waren Arbeitsbündnis und Beziehungsaufbau ebenso Thema wie Personen-, Rollen- und Systementwicklung. In diesem Kapitel werden zunächst die Beratungsorte, die Anfangsgestaltung des Beratungsprozesses und damit verbunden die Kontraktentwicklung und Beziehungsqualität besprochen, um zu betrachten, inwieweit die Beratung zu einem reflexiven Verhältnis zur Organisation und einer Habitustransformation der Pflegetrainer\_innen beiträgt. Im Anschluss wird erörtert, wie die Wissenschaftler\_innen die wirtschaftlichen, professionellen und persönlichen Beziehungen der Pflegetrainer\_innen bewerten und wie die Verantwortung des Krankenhauses der Verantwortung des Modellprogramms gegenübersteht, denn es herrschen unterschiedliche organisationskulturelle Regeln vor. Profession, Ethik und Ökonomie stehen sich dabei scheinbar konflikthaft gegenüber, was in diesem Kapitel besprochen und in den Kontext von Personen, Rollen- und Systementwicklung gesetzt wird. Rollenkonflikte werden an dieser Stelle deutlich und der Habitus der Pflegekräfte, welchen es im Zuge der neuen Rolle als Pflegetrainer\_in zu transformieren gilt, wird hinsichtlich der Vereinbarkeit von Ökonomie und Berufsethik in den Blick genommen. Welche Bedeutung die Beratung für die Umsetzungsforschung hat, ist abschließendes Thema dieses Kapitels.

Das Kapitel gestaltet sich damit wie folgt:

1. Beratungsanlässe und -orte
2. Rahmen und Arbeitsbündnis
3. Personen-, Rollen- und Systementwicklung
4. Die Bedeutung der Beratung für die Umsetzungsforschung

## Beratungsanlässe und –orte

Im Vorfeld der Kooperation zwischen Krankenhaus und Universität ist ein fünfschrittiger Beratungsprozess implementiert, der aus der telefonischen Erstinformation besteht, mit dem Ziel eine Interessensbekundung des Krankenhauses für das Modellprogramm zu erhalten. Sodann erfolgt ein erstes Gespräch im Krankenhaus mit der Betriebsleitung (Pflegedienstleitung, Geschäftsführung oder der gesamten Betriebsleitung) zur Umsetzung und zu den Umsetzungsbedingungen. In einem weiteren Beratungsgespräch wird nach einer vereinbarten Frist mit der Betriebsleitung der/die zukünftige Pfliegertrainer\_in hinsichtlich Qualifikation und persönlicher Eignung von der Leitungsebene ausgesucht und es kommt dann zur wissenschaftlichen Weiterbildung. Empfohlen werden zwei berufserfahrene und in das Krankenhaus langjährig eingebundene Krankenpfleger\_innen mit sozialesethischem Anspruch und der Fähigkeit mit Familien zu arbeiten. Die künftigen Pfliegertrainer\_innen sollten zudem im Krankenhaus selbst schon Projekte verantwortlich mitgestaltet haben und die Umsetzungsbedingungen kennen. Es folgen weitere anlassbezogene Beratungen zur Klärung der Umsetzung und zur Erörterung der Umsetzungsbedingungen. Anschließend erfolgt die Beratungsarbeit mit dem/der Pfliegertrainer\_in selbst. In der Regel erfolgt dieser erste Kontakt im Rahmen der wissenschaftlichen Weiterbildung.<sup>10</sup>

In der Gruppendiskussion der wissenschaftlichen Mitarbeiter\_innen<sup>11</sup> werden drei Orte der Beratung mit eigener Bedeutung für die Personen- und Rollenentwicklung der Pfliegertrainerin/des Pfliegertrainers unterschieden: die permanente und auch kurzfristige Beratung und Auskunft am Telefon, die Beratung im Hintergrund der wissenschaftlichen Weiterbildungen und die anwaltlichen und vermittelnden Beratungsformen im Krankenhaus. Dazu erklären die Berater\_innen, dass die Pfliegertrainer\_innen in Krisensituationen seltener per E-Mail Kontakt aufnahmen, sondern die Berater\_innen spontan anriefen und gemeinsam bewertet, abgewogen, gegebenenfalls Handlungsstrategien besprochen und Folgetermine vereinbart würden. Sei die Beruhigung am Telefon nicht ausreichend, kämen die Berater\_innen auch kurzfristig ins Krankenhaus. Als einschränkend werde dabei die Tatsache empfunden, dass auf diese Weise neben der akustischen Ebene keine visuelle bestehe (vgl. Zeile 260-274).

Die Beratung im Hintergrund der Weiterbildung wird dabei in ihrer initialen Bedeutung besonders herausgehoben und als zentral für den Aufbau eines weiteren Arbeitsbündnisses und für die Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung gedacht:

---

10 Während der wissenschaftlichen Weiterbildung im Kurssystem wird auch die Frage der Personenentwicklung und der Rollenentwicklung erörtert. Methodisch wird eine Unterrichtseinheit zur Arbeit mit dem eigenen Rollenset angesetzt. Hier lernen die Pfliegertrainer\_innen den Rollenbegriff kennen und diskutieren Dimensionen ihrer künftigen Rolle: Erwartungen der Bezugsgruppen, Intra-rollenkonflikte, Rollen- und Verantwortungsvielfalt und die Methode Rollenkonflikte kommunikativ zu besprechen, um eine Entlastung von Rollenkonflikten herbeizuführen. Auch werden die für die erfolgreiche Ausübung der Rolle als Pfliegertrainer\_in nötigen Ressourcen besprochen. Diese sogenannten Must-Haves wie die Bereitstellung eines Arbeitsplatzes, PCs, Diensthandys oder Telefonanschlusses mit Anrufbeantworter sowie die Erlaubnis zur Nutzung von Dienstfahrzeugen des Krankenhauses oder des eigenen PKWs für Dienstzwecke, Verfügbarkeit geeigneter Räume für Pflegekurse, die Berechtigung zur Öffentlichkeitsarbeit in Absprache, geklärte Versicherungsfragen und ggf. Nebentätigkeitsgenehmigung führen in den Beratungsgesprächen immer wieder dazu, dass es zwischen den Pfliegertrainer\_innen und ihren Vorgesetzten zu Konflikten kommt und Ressourcen nicht genehmigt werden. Es kommt regelmäßig vor, dass Vorgesetzte erwarten, dass das Modellprogramm „zwischen durch“ von den Pfliegertrainer\_innen umgesetzt wird und keine von der basalen Berufsrolle abgegrenzte Rolle akzeptiert wird. Hier hilft dann keine Beratung mehr, sondern die wissenschaftlichen Mitarbeiter\_innen müssen die Verbesserung der Arbeitsbedingungen mit einfordern.

11 Nachfolgend auch Berater\_innen genannt.

*„Die wissenschaftliche Weiterbildung, die erste läuft über drei Blöcke und dazwischen liegt immer ein Monat. [...] Man hat natürlich auch Kontakt währenddessen und man hat auch immer weiterhin Kontakt mit den Leitungspositionen. Weil das war jetzt so in so 'nem hintereinandergeschalteten Prozess beschrieben: Man beginnt es, aber dieses Arbeitsbündnis zu beiden Seiten besteht halt permanent.“ (Zeile 202-210)*

Bereits im Rahmen dieser Beratungen verändert sich das Selbstbild der Pflegetrainer\_innen und eine Identifizierung mit der neuen Rolle findet statt. Die Beratung im Krankenhaus selbst gilt als Intervention, die sowohl regelmäßig als auch anlassbezogen verstanden wird. Ansatzpunkte sind die Flankierung der Rollenentwicklung und das Verhandeln von Arbeitsbedingungen der Pflegetrainer\_innen, das Abfedern von Krisen und die Vermittlung zwischen unterschiedlichen Erwartungshorizonten, zwischen Zentrum und Peripherien, im Krankenhaus. Auch die Verhandlung zur Entwicklung des Projektes mit Stäben, wie Entlassungsmanagement, Pflegeberatung oder Sozialdienst, gehören zu den anlassbezogenen Beratungen im Krankenhaus.

Die wissenschaftlichen Mitarbeiter\_innen betonen in der Gruppendiskussion, wie wichtig die Qualität der Erstgespräche für das Gelingen der Rollenentwicklung der Pflegetrainerin/des Pflegetrainers und damit der Umsetzung des Modellprogramms sei. Vor allem die Verfügbarkeit und Verlässlichkeit der Beraterin/des Beraters werde erprobt. In diesem Zusammenhang berichteten die Berater\_innen, dass im ersten Gespräch, einem Informationsgespräch im Rahmen der Akquise, angeboten werde, dass jederzeit angerufen werden darf. Die angehenden Pflegetrainer\_innen testeten die Gültigkeit dieses Versprechens zeitnah aus. Um herauszufinden, was auf welchen Ebenen besprochen werden kann und wie zuverlässig die Berater\_innen seien, diene das Ausprobieren der Klärung folgender Fragen: Wie ist die Reaktion auf meine Frage? Wie halten die das aus? Wie gehen die damit um? (vgl. Zeile 169-180).

Die beraterische Haltung kann dabei als ethnografisch beschrieben werden. Das erste Gespräch im Hintergrund der wissenschaftlichen Weiterbildung hat den Einstieg in die Rollenklärung zum Gegenstand:

*„Und in den ersten Gesprächen auf der wissenschaftlichen Weiterbildung dann mit den Pflegetrainern ist die erste Begegnung in diesem Beratungsraum, also weg von dieser ganzen Gruppe, rein in den Beratungsraum, doch häufig so, dass man, dass die dann das erste Mal, die Pflegetrainer das erste Mal sich damit beschäftigen können – und auch gefragt werden von uns: ‚Wieso – wissen Sie eigentlich, warum Sie hier ausgewählt wurden? Warum sind Sie als Person eigentlich gewählt worden? Was für Erwartungen sind an Sie heran[getragen] worden? Wie haben Sie als Person das eigentlich erlebt? Und das ist so ein Raum, Sie können jetzt mal sich mit uns reflektieren.‘“ (Zeile 180-188)*

Auch wird hier noch einmal exploriert, wie die Umsetzung vom Krankenhaus aus gesteuert und unterstützt wird. Die Wissenschaftler\_innen berichten, dass eine beachtliche Gruppe der Pflegetrainer\_innen nicht positiv über ihre Arbeitsbedingungen, die Organisationskultur und die Verlässlichkeit beziehungsweise Einhaltung von Absprachen im Krankenhaus spricht. Soziale Distanz, institutionelle Sprachlosigkeit, ausgeprägte Hierarchie, Zeit- und Arbeitsdruck prägen die Beziehungen zwischen den jeweiligen Ebenen. Pflegetrainer\_innen müssen lernen mit einer tendenziell haltlosen Organisation umzugehen und ihrerseits einen für sie und die Angehörigen

haltgebenden Rahmen zu institutionalisieren. Das ist Gegenstand der ersten Beratung, in der die Pflegetrainer\_innen auch sich und ihrer Rolle gewahr werden sollen. Zu Anfang der Weiterbildung ist den angehenden Pflegetrainer\_innen nämlich oft nicht klar, warum und wie sie der neuen Aufgabe nachgehen sollen. Im Rahmen der Weiterbildung müssen sie ihre Fähigkeiten einschätzen und ausbauen und werden in diesem Prozess durch die Beratung unterstützt (vgl. Zeile 190-201). Dazu erklärt eine Mitarbeiterin, dass zwischen den wissenschaftlichen Weiterbildungsblöcken anfänglich in der Regel jeweils ein Monat liegt, in denen die angehenden Pflegetrainer\_innen neue Erfahrungen sammeln. Dabei gebe es auch immer wieder Kontakt, auch zur Leitungsebene, und das Arbeitsbündnis entwickle sich damit permanent (vgl. Zeile 190-212).

Die Kontraktentwicklung, welche in der wissenschaftlichen Weiterbildung beschrieben wird, wird als Begleitung, Unterstützung und Vertrauensbildung mit den Pflegetrainer\_innen quasi begonnen. Sie ist umfassend konzipiert, insofern ist die Reproduktion des Habitus der Organisationskultur voraussehbar. Dementsprechend gehen reflexiver Umgang, Rollenklärung, eigene Rollenbestimmung und Weiterentwicklung der Beziehung mit der Beratung einher, wie eine Mitarbeiterin des Modellprogramms beschreibt:

*„[...] also es ist ja nicht so, dass man in die Zusammenarbeit geht mit dem Akquisegespräch und dann den ersten Beratungen, auch der wissenschaftlichen Weiterbildung, und dann sofort klargestellt wird: ‚Wir gründen jetzt hier alle Arbeitsbündnisse. Ich hab 'n Arbeitsbündnis zu Ihrer Leitung und zu Ihnen.‘ Und dass das so klar ist, deswegen entwickelt sich das so unterschiedlich, weil manchmal ist es ja auch so: Wir kommen in die Beratungsgespräche und dann kommt die Pflegetrainerin und dann sagt unser Kooperationspartner ‚das ist Frau X, die sehr kompetente soundso und die wird Sie ab jetzt‘ – was auch immer – begleiten, beraten, unterstützen.“ (Zeile 931-939)*

Dieses umfassende Beziehungsangebot durch die Beraterin und die kontinuierliche Beratung und Begleitung des Implementierungsprozesses und der Rollenentwicklung der Pflegetrainer\_innen ist Qualitätsmerkmal der Beratung im Modellprogramm.

Da der/die Pflegetrainer\_in die zentrale Leistungsträgerschaft und das Expertentum für die Umsetzung des Modellprogramms innehat und durch seine/ihre Arbeit im Rahmen der familialen Pflege eine starke Rollenveränderung durchläuft, ist eine belastbare Beziehung und ein echtes Arbeitsbündnis zu ihm/ihr von zentraler Wichtigkeit:

*„Ich kenn's in der Regel so, bei Akquisen, dass bereits im Vorfeld der WWB dann auch einzelne Gespräche stattfinden. Die würde ich noch nicht als Beratungsgespräch – ich denke, deswegen hast Du sie im Moment auch rausgelassen. Die würde ich nicht als Beratungsgespräch bezeichnen, aber Gespräche zur Klärung des Settings. Du hast ja auch nach Setting gefragt. Da sind oft schon vielfach Fragen zu: Wie sieht das aus? Was für 'ne, was bei der Ausschreibung alleine der Stelle für die zukünftige Pflegetrainerin/den zukünftigen Pflegetrainer sollte das Qualifikationsprofil sein, also an den Akquisetermin anschließende Fragen, die dann nochmal tiefer ins Detail gehen, die in der Regel – so ist meine Erfahrung und da bitte ich Euch um Resonanz – schon ein erstes Arbeitsbündnis mit dem/der Verantwortlichen im Hause in der Regel einleiten.“ (Zeile 105-116)*

Auch gilt es, die Organisation als lebensweltliche Erfahrung in den Beratungszusammenhang zu integrieren, da die Pflgeotrainer\_innen sich ein reflexives Verhältnis zur Organisation aneignen müssen. Zur Rollenentwicklung der Pflgeotrainer\_innen gehört auch eine Habitustransformation und Mentalitätsveränderung. Für diese Entwicklungen ist ein tragfähiges Arbeitsbündnis von großer Bedeutung und dieses wird auch so benannt. Auf die Frage der Moderatorin nach den Arbeitsbündnissen werden diese zunächst als Auf und Ab, als Prozess mit Höhen und Tiefen qualifiziert, in dem sich die Organisation entwickelt und welcher die wissenschaftlichen Mitarbeiter\_innen der Universität unterschiedlich stark einbindet (vgl. Zeile 849-854). Als langfristiges Projekt erlebt die Zusammenarbeit Veränderungen, Fusionen, Wechsel von Führungskräften, Wechsel der Pflgeotrainer\_innen und Organisationskrisen. Die Arbeitsbündnisse erfordern einen ständigen Interessensabgleich, werden zunächst aber auf der Ebene der Sympathie beantwortet. So dann ist die Rede davon, instrumentalisiert zu werden. Das Aushandeln der Kontrakte mit dem Habitus des Homo oeconomicus ist eine ganz eigene Herausforderung. Eine wissenschaftliche Mitarbeiterin erklärt, dass sie auch dann skeptisch und vorsichtig sei, wenn die Kommunikation sich angenehm gestalten, denn sie befürchte, funktionalisiert zu werden (vgl. Zeile 867-872).

Dagegen wird das Verhältnis zu den Pflgeotrainer\_innen von den Berater\_innen als Vertrauensverhältnis bezeichnet, ein Verhältnis, welches sich weiterentwickelt und zu einer verlässlichen Beziehung wird:

*„Und es gibt sehr vertrauensvolle Beziehungen, da würde ich das tatsächlich sagen, und distanziertere, die aber sachlich voll funktionsfähig sind.“ (Zeile 879-881)*

Die Berater\_innen nennen sehr gegensätzliche Beziehungsentwicklungen und kontrastieren Betreuungsverhältnisse von Zusammenarbeit. Es gibt Beispiele, in denen die Berater\_innen sehr häufig für einen Gedankenaustausch kontaktiert werden (vgl. Zeile 889-894).

## Rahmen und Arbeitsbündnis

Im Folgenden wird beschrieben, wie sich wirtschaftliche, professionelle und persönliche Beziehungen gegenüberstehen und wie sich Beratung am Telefon und im Krankenhaus voneinander unterscheiden. Der Verantwortungsbereich des Krankenhauses und der des Modellprogramms wird beschrieben und in diesem Zusammenhang betrachtet, wie Profession, Ethik und Ökonomie ineinander greifen.

Der Umgang mit den Beziehungen setzt sich auch in den Arbeitsbündnissen mit der Leitungsebene fort:

*„[...] bei Geschäftsführung gibt's auch unterschiedliche Arbeitsbündnisse. Manchmal ist das so, dass ich das Gefühl hab', die freuen sich, wenn ich komme, so, und kommen deswegen zu dem Termin, weil die das interessant finden und schön. Und da muss ich das Ganze dann selber etwas formaler gestalten. Und andere, die sind nur formal, als ob sie nicht beteiligt wären. Da muss ich dann klären: ‚Doch, Sie sind beteiligt‘. Also ich hab' das Gefühl, dass schon viel von meiner Klärung abhängt.“ (Zeile 896-901)*

Immer muss der/die wissenschaftliche Mitarbeiter\_in also zwischen Geschäftsbeziehung, professioneller Beziehung und persönlicher Beziehung ein Gleichgewicht finden. Diese drei Ebenen der Beziehung scheinen das Arbeiten bei der Beratung im Krankenhaus zu prägen. So kann es vorkommen, wie die wissenschaftliche Mitarbeiterin sagt, dass Geschäftsführungen mit ausgeprägtem Desinteresse auf Schilderungen der Pflegetrainer\_innen zur Situation in Familien reagieren. Andere wiederum verstehen die Abläufe und Prozesse im eigenen Haus nicht oder wechseln den Rahmen der Gespräche mit einer Abwechslung vom Alltag. Eine Beraterin erklärt in diesem Zusammenhang, dass sie den Rahmen in Form eines Kontraktes klären muss, wenn sie in die Situation gerät, dass sie die Pflegedirektoren aus der Berufs-/Studienbiografie kenne (vgl. Zeile 901-906).

Beratungen am Telefon machen die Mehrheit der Kontakte aus (vgl. Zeile 280ff.). Vor allem geht es um technische Rückfragen: Auskünfte zu den Mittelanforderungen, zum Prozess des Controllings und zur Dokumentation. Hier sind verständliche und klare Informationen wesentlich. Die Pflegetrainer\_innen müssen über das gesamte Verfahren der Bearbeitung in der Universität aufgeklärt werden und die Handlungsmaßstäbe des Controllings kennen. Vielfach zeigt sich die Lückenhaftigkeit und mangelnde Plausibilität von Dokumentationen, die zu Rückfragen führen, die dann wiederum als Misstrauen unter Kolleg\_innen verstanden und zurückgewiesen werden. Ein zweiter Gegenstand ist die Erfahrungsverarbeitung am Telefon, zu welcher es vor allem nach irritierenden und anstrengenden Hausbesuchen und Kontakten mit Familienproblemen kommt. Auch die Vielfalt der Anforderungen in der Häuslichkeit, gute Lösungen bereitzustellen, übersteigt regelmäßig das Wissen der Pflegetrainer\_innen. Hier haben sich WhatsApp-Gruppen gebildet, in denen sich gegenseitig kollegial beraten und unterstützt wird. Dies gilt vor allem für Fachfragen zur Pflege, zu den Hilfsmitteln und weiteren ähnlichen Themen. Immer wieder geht es um den Rahmen des Modellprogramms: Was kann der/die Pflegetrainer\_in anbieten? Wie stellt sich der Fall dar? Hier entstehen Konflikte und Grenzfälle. Die Berater\_innen müssen am Telefon entscheiden und sie müssen die vorgetragenen Fälle zum einen qualifizieren im Sinne des Codes: passt ins Modellprogramm, passt nicht ins Modellprogramm. Sie müssen die Fälle zweitens im Kontext des Habitus und der Persönlichkeit des Pflegetrainers/der Pflegetrainerin qualifizieren: Ist er/sie jemand, der/die verhandelt, oder ist er/sie jemand, der/die schnell einmal bereit ist, in der eigenen Freizeit in die Familie zu fahren und zu helfen? Drittens ist der Fall auf der Folie der Organisationskultur zu qualifizieren. Welches Bild hat der/die Berater\_in von der Kultur des Krankenhauses? Wie schätzt er/sie die Entlassung, die Arbeit der sozialen Dienste und die Haltung der Führungskräfte ein? Die Berater\_innen beschreiben hier eine Spannung der Ambiguität (vgl. Zeile 280ff.) Sie sprechen davon, dass sie „instrumentalisiert“ (Zeile 838) und einverleibt werden, was als Rollendruck bezeichnet wird. Begriffe wie „instrumentalisiert werden“ (Zeile 838), „Projektion“ (Zeile 839), „einweben [zu] lassen ins System“ (Zeile 843) werden genannt und zeigen an, dass im Beratungsprozess am Telefon auch Affekte des Beraters/der Beraterin und ihre Empathie und Identifizierung mit dem/der Pflegetrainer\_in angesprochen werden, die dann dazu führen, dass man sich „einweben [...] [lässt] ins System“ (Zeile 843):



*„Es wär' ja auch ein Zeichen für Rollendruck dann noch mal, ne. [...] Vielleicht noch 'n Symptom vom Rollendruck. Wenn wir Berater praktisch ins System aufgenommen werden und dann als Autorität oder als ... missverstanden werden oder instrumentalisiert werden, also ich denke, da haste immer – für mich immer 'n klare Symptome, dass 'n hoher Rollendruck da ist, wo dann Projektion oder was auch immer stattfindet, wo es dann auch ganz klar darum geht, auch zu sagen, nee, das ist nichts für die Beraterrolle'. Also das ist 'n auch personenabhängig, aber durchaus etwas, was immer wieder kommt und man sehr wach sein muss, was passieren kann, um sich nicht einweben zu lassen ins System.“ (Zeile 833-843)*

Der Beratungsmaßstab „gelingender Alltag“ ist etwas, was zumeist in den Telefonberatungen verhandelt und ausgelotet wird. Die Berater\_innen müssen am Telefon prüfen, ob sich die Anliegen der Pflegetrainer\_innen mit den Richtlinien des Modellprogramms decken und sie müssen kommunikativ an der Rollenentwicklung der Pflegetrainer\_innen arbeiten, indem sie sie dazu auffordern, nicht in das Handlungsmuster „Helfen“ zu fallen, sondern das Handlungsmuster „Standpunkt vertreten“ aufrecht zu erhalten. Hierzu müssen die Bedarfe der Familien auch ins System Krankenhaus hinein getragen werden. Allerdings entsteht ein gewisser Verdeckungszusammenhang, wenn im Sinne einer Kulanz häusliche Pflegetrainings durchgeführt werden, die weder im Modellprogramm beschrieben noch in den Krankenhäusern registriert sind. Die Berater\_innen beschreiben sich hier als hin- und hergerissen:

*„Also ich weiß wohl – das hab' ich auch schon erlebt –, dass Häuser immer noch, so wie das früher war, durchaus, Patienten länger dabehalten, sozusagen in Gutheit oder aus Verantwortung und so. Aber dass sie dann Pflegetrainings oder Dienst bezahlen von einer Pflegetrainerin, die dann noch mal da nach Hause geht, das finde ich erstaunlich. Bin ja auch 'n bisschen hin- und hergerissen.“ (Zeile 775-779)*

Für die Pflegetrainer\_innen gehört es zur ethischen Herausforderung an ihre Rolle, einen Fall abzuschließen. In der Familie sind sie in ungewohnter Weise allein verantwortlich. Vor allem in palliativen Situationen und Pflegekrisen, wenn sich abzeichnet, dass Angehörige weiterhin mit dem Alltag kämpfen, Pflegenetzwerke nicht ausreichend stabil sind und haltende Strukturen fehlen, geht es vordergründig um die Frage, ob sie noch einmal in die Familie gehen. Im latenten Sinn geht es aber um den Fallverlauf als Ganzes. Hier wäre beraterisch im Sinne des Fallverlaufs zu reflektieren, anstelle der bürokratischen Genehmigung eines weiteren Besuchs. Diesen Konflikt im telefonischen Beratungsgespräch muss der/die Berater\_in erfassen, das heißt er/sie muss in Richtung gelingender Alltag, sichere Pflege und Schaffung haltender Strukturen beraten. Diese Beratungssituation am Telefon ist deshalb kompliziert und intensiv, weil der/die Berater\_in sich mit dem/der Pflegetrainer\_in verständigen muss. Es muss sich ein Bild vom Fall gemacht werden, was teilweise ohne pflegerische Kenntnisse kompliziert ist. Er/Sie muss weiterhin im Arbeitsbündnis mit dem/der Pflegetrainer\_in bleiben und gleichzeitig reflektieren, ob der/die Pflegetrainer\_in habituell handelt oder reflektiert. Hier stellen sich Fragen wie: *Hat man es mit einem Fall zu tun, der die Grenzen des Modellprogramms berührt – muss das Modellprogramm an diesem Punkt weiterentwickelt werden? Handelt der/die Pflegetrainer\_in im Sinne eines inkorporieren Musters?* Eine schlechte Beratung wäre es, wenn die Pflegetrainer\_innen und die Berater\_innen gemeinsam den Konflikt nicht erkannten und vermieden. Diese Gefahr der Vermeidung wird als „weiche [Strategie]“ (Zeile 799, 800) im folgenden Abschnitt besprochen:

*„In der gleichen Wohltat wie das Krankenhaus sozusagen, obwohl es eigentlich am Ende ist. Und dann würde ich natürlich die Kollegin beraten so, dass ich sage: ‚Was werden Sie den Angehörigen jetzt in der letzten oder in den zwei letzten oder wie auch immer angeben? Was können Sie anbieten? Wie können Sie sich entlasten? Wie können Sie es hinbekommen, dann aus der Situation herauszugehen und dann ist der Fall auch für Sie abgeschlossen?‘ So sehe ich das für mich eigentlich. Also ich bin auf die andere Variante auch noch nie gekommen, hab' ich auch noch nicht gehört, außer – wie gesagt – dass Leute länger im Krankenhaus verbleiben können, weil es ein Problem gibt. Ich hätte, glaub' ich, eher den Anspruch, den Prozess mit der Pflegetrainerin abzuschließen – und sei es dadurch, dass ich noch einen Besuch gewähre und vorher überlege: Wie, was können Sie anbieten? Was können Sie machen? Aber das wäre nicht die Variante, Nutzen Sie noch mal irgendwie so 'ne, so 'ne weiche' – also da bin ich noch nicht drauf gekommen zu sagen: ‚Fragen Sie doch mal im Haus, ob das nicht getragen werden kann‘, weil ich das auch überhaupt nicht kannte.“ (Zeile 780-802)*

Betont wird die Bedeutung des räumlichen Eindrucks, den Krankenhäuser und der Arbeitsplatz des Pflegetrainers/der Pflegetrainerin auf den/die wissenschaftliche Mitarbeiter\_in der Universität Bielefeld macht. Es präsentiert sich die symbolische Ordnung der Institution, das Feld Krankenhaus und die Bedeutung der Räume. Die Beraterin betont, dass vieles erst verstanden wird, wenn man am Ort des Geschehens gewesen ist:

*„Die Beratung vor Ort, in dem Krankenhaus, auch da teilt sich sehr viel mit: Wenn man da reinkommt, wie das Foyer aussieht, wie die Leute an der Pforte so sind. Wie das ganze Haus so erscheint, wo der Sozialdienst untergebracht ist, wo die Pflegedirektion untergebracht ist: Ob das im hinterletzten Kellerloch ist oder wo die Beraterinnen dann ihren Raum finden. Das alles macht's ja, macht das ja authentischer.“ (Zeile 221-226)*

Daneben wird im Krankenhaus wegen dringender Anlässe beraten. Es finden ebenso Intensivberatungen wie ungeplante Gespräche, vor allem in Krisen der Projektimplementierung, statt. Einmal im Jahr wird das Jahresgespräch zur Beurteilung der Gesamtentwicklung angesetzt. Die Berater\_innen betonen die Bedeutung von face to face-Beratungen als zwingend für ihren Eindruck und ihr Verstehen. Wertschätzung würde den Pflegetrainer\_innen dadurch entgegengebracht, dass der/die wissenschaftliche Mitarbeiter\_in der Universität Bielefeld das Krankenhaus besucht. Arbeitsbedingungen und Arbeitskultur in den Krankenhäusern und an der Universität sind grundverschieden. Die in Krankenhäusern übliche soziale Distanz und die ausgeprägte Hierarchie ist an der Universität so nicht vorstellbar, sodass die wissenschaftlichen Mitarbeiter\_innen Ideen entwickeln müssen, wie sie ihrem/r Pflegetrainer\_in in die Rolle helfen, ohne die organisationskulturellen Regeln des Krankenhauses zu verletzen. Ein Stil der rationalen und sachlichen Kommunikation muss gefunden werden, der den Interessen des manageriellen Zentrums entspricht, ohne die Regeln der Professionen zu verletzen. Für Angehörige der Betriebsleitungen ist es teilweise eher ungewohnt, sich mit Krankenpfleger\_innen von Gleich zu Gleich an einen Tisch zu setzen. Insofern sind die Gespräche mit der Betriebsleitung eine verletzungsoffene Situation; Scham und Verlegenheit beeinflussen das Arbeitsbündnis. In diesem Zusammenhang müssen die Berater\_innen vielfältige Informationen aufnehmen und verarbeiten. Dazu gehört die Definition, Historie und bestimmte Charakteristika der einzelnen Berufsbilder ebenso wie Informationen zum System Krankenhaus/Hospital (städtisch/konfessionell gebunden/Betreibergesellschaft?).



Eine wissenschaftliche Mitarbeiterin erklärt, dass damit verbunden ist, in der Beratung immer auf allen drei Ebenen – Person, Rolle und System – zu arbeiten (vgl. Zeile 664-676).

Die Bedeutung des Organisationswissens der Beraterin/des Beraters, ihre/seine soziologische Kompetenz, wird dabei als Schlüsselkompetenz im Beratungsprozess im Krankenhaus verstanden. Da Organisationskulturen zumeist eine latente Sinnstruktur bilden, es also um implizite Regeln und Normen geht, gehört die Verständigung über eben diesen latenten Sinn zum Beratungswissen unmittelbar dazu. Pfliegertrainer\_innen lernen durch das Modellprogramm einen lebensweltsensiblen Blick auf die Familie zu entwickeln. Notwendig werden sie deshalb auch zu potenziellen Anwält\_innen der Patient\_innen und Angehörigen und zu Kritiker\_innen des Systems Krankenhaus. Sie müssen nun lernen, diesen anwaltlichen Blick zu bewahren, ohne sich innerhalb des Krankenhauses in eine Außenseiterposition zu begeben. Im Sinne des Prinzips der Territorialität (vgl. Foucault 1978) können Organisationskulturen als gewachsene und umkämpfte Territorien und Herrschaftsbereiche aufgefasst werden, die mit Systemanforderungen, vor allem im Bereich der Abläufe, kollidieren. Einen Schwerpunkt dieser Kollisionen bildet die Krankenhausentlassung. Um die Entlassung von Patient\_innen qualitativ angemessen durchzuführen, muss das Handeln der medizinischen Professionen im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes vom Prinzip der Behandlung auf das Prinzip der Versorgung umgestellt werden. Der Anschluss an den Krankenhausaufenthalt muss geplant und organisiert werden. Hier sind die Pfliegertrainer\_innen gemeinsam mit weiteren Akteur\_innen, beispielsweise aus dem Sozialdienst und Entlassungsmanagement, eingebunden. Für die Akteure, die das Territorium Behandlung beanspruchen, ist die Entlassung indessen lediglich das Ende der Behandlung, nicht ein eigener organisatorischer Prozess. So kommt es insbesondere hinsichtlich des zeitlichen, aber auch des organisatorischen Zusammenhangs (vgl. Feuerstein 1993) zu Schnittstellenproblemen. Gelingt es der Beraterin/dem Berater, diese meist unverständenen Konflikte sozialwissenschaftlich zu benennen, werden Gespräche offener. Die wissenschaftlichen Mitarbeiter\_innen bekommen Zugänge zu den konfliktträchtigen Bereichen im Krankenhaus, zu seinen jeweiligen Territorien und zu seiner Kultur:

*„Ganz häufig ist man ja auch wirklich teilweise Monate, Jahre damit beschäftigt, Personen- und Rollenentwicklung zu beraten. Und irgendwann erklärt man dann was über Systeme und auf einmal macht alles Sinn. Und dann weiß man eigentlich überhaupt erst, warum bestimmte Schritte nie gegangen werden können: weil in 'nem Krankenhaus ja eine bestimmte Kultur herrscht. Oder gerade 'ne Kultur kann man ja erst ganz spät, also schwierig erfassen. Oder man hat die Info. Plötzlich hat man mal ein privates Gespräch mit der PDL, das erste Mal. Ihr wisst, was ich meine: nicht privat, aber 'n offenes, sag' ich jetzt mal, nicht so ganz festgesteckt, und erfährt plötzlich Dinge über das Haus und über die Dinge, wie sie nun eben laufen, sodass man dann versteht, wieso bestimmte Punkte, die so offiziell kontaktiert wurden, nicht funktioniert haben also.“ (Zeile 677-687)*

Ein grundsätzlicher Konflikt ist die Spannung zwischen dem ethischen und dem utilitaristischen Handeln im Krankenhaus. Die Zugehörigkeit zu den unteren semiprofessionellen Hierarchiegruppen und die seit mehr als zwanzig Jahren andauernde Deprofessionalisierung (vgl. Isfort, Klostermann, Gehlen & Siegling 2014) haben in der Krankenpflege zu starken Schamdynamiken (vgl. Gröning 2014) geführt. Der Konflikt zwischen Ethik und Ökonomie wird im Krankenhaus deutlich erlebt und ist ebenfalls im Beratungshandeln der wissenschaftlichen Mitarbeiter\_innen des Modellprogramms „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“ spürbar.

In einer Minderheit von Fällen haben die Pflegetrainer\_innen keinen Refinanzierungsdruck. Mehrheitlich wird jedoch von ihnen erwartet, dass sie das Modellprogramm wirtschaftlich umsetzen. Da die Pflegetrainer\_innen dem Stellenplan der Pflege im Krankenhaus zugeordnet sind, bedeutet dies im Falle eines Defizits, dass sie ihren Kolleginnen und Kollegen zur Last fallen. Der sachliche Konflikt bekommt so eine moralische Bedeutung:

*„Und auch dazu, ob's da zum Beispiel Probleme gibt, also ob ich dann, ob dann Pflegetrainerinnen in die Situation kommen, dass sie sich sagen ‚hm, also ich muss einerseits wirtschaftlich handeln. Andererseits habe ich da auch 'ne Profession, der ich irgendwie gerecht werden möchte.‘“ (Zeile 709-712)*

## **Personenentwicklung, Rollenentwicklung, Systementwicklung**

Die wissenschaftlichen Mitarbeiter\_innen beschreiben den Habitus und die Mentalität der Pflegetrainer\_innen und ihre berufliche Sozialisation. Sie stellen die Rollenanforderungen dem Habitus von Krankenpfleger\_innen entgegen und betonen die Entwicklung, die die Pflegetrainer\_innen durchlaufen. Vor allem bei jenen Pflegetrainer\_innen, die auf Stationen arbeiten, ist der Rollenkonflikt ausgeprägt. Hier dominieren die Routinen der Stationsarbeit, die Loyalitäts- und Abhängigkeitsbeziehungen im Team und die inkorporierten Hierarchien auch die Rollenwahrnehmung der Pflegetrainerin/des Pflegetrainers im Modellprogramm. Die Pflegetrainer\_innen müssen lernen, sich Zeit zu nehmen für die Angehörigen; sie müssen einen Hilfeprozess planen, umsetzen und dokumentieren. Sie dürfen nicht funktional arbeiten; sie müssen einen auf Krankheit und ihre Symptome geschulten Blick verändern zu Gunsten eines Versorgungsblicks und eines lebensweltlichen Blicks. Sie müssen ihre Arbeit fokussieren, weg von der eigenen pflegerischen Praxis hin zu Bildung, Beratung und Lernen. Schließlich müssen sie ihre Perspektive von dem Patienten/der Patientin auf die Angehörigen richten.

In diesem Zusammenhang erklärt eine wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Gruppendiskussion, dass im Rahmen der wissenschaftlichen Weiterbildung die neue Rolle reflektiert wird. Dazu müsse der/die angehende Pflegetrainer\_in zunächst für sich klären, warum er/sie für die neue Aufgabe ausgewählt wurde: *Wozu bin ich hier? Die Beantwortung von Fragen wie: Wo bin ich in meiner berufsbiografischen Entwicklung? Was hab ich bisher gemacht? Warum habe ich mich auf eine Ausschreibung beworben?* sei dabei ein wichtiger Teil der Rollenentwicklung als Personenentwicklung. In der Auseinandersetzung mit der Rolle als Pflegetrainer\_in, im Schnittbereich mit der Rolle als Krankenpfleger\_in, gelte es eine neue Rolle zu entwickeln. Zur Systementwicklung sei in diesem Zusammenhang zu klären: *Was sind die Erfordernisse des Projektes? Wie ist der Organisationsaufbau meines Krankenhauses? Wo verortet sich im engen Zusammenspiel mit der Leitung dann auch nochmal das Modellprogramm "Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG" in dieser Organisation und wo könnte sie angedockt werden?*

Die ersten Schritte zum Verstehen des Systems beinhalten dabei ein Verständnis darüber, wie eine Organisation im Allgemeinen und die eigene Organisation im Speziellen aufgebaut seien. Dazu wird das Organisationsmodell von Klatezki (vgl. Klatezki 1993, vgl. Bauer, Gröning, Hoffmann & Kunstmann 2012) herangezogen (vgl. Zeile 443).

Bei der Personenentwicklung sei es wichtig zu bedenken, dass oft mehrere Aufgaben und damit auch Rollen gleichzeitig eingenommen würden, erklärt eine Beraterin:

*„Die Prozesse laufen Hand in Hand. Aber Rollenentwicklung heißt ja auch: Die Pflegetrainerinnen haben zum Teil auch mehrere Rollen im System Krankenhaus. Du hattest gerade angesprochen: Praxisanleiterinnen und Pflegetrainerinnen. Das haben wir ja nicht selten, dass die auch doppelt, also zwei professionelle Rollen im Haus ausüben und dann gilt es auch nochmal, beide zu verstehen und die Verbindung zu verstehen und zu leben, sie aber auch abgrenzen zu können, das heißt: Wie gestalte ich die Übergänge? Also kennt Ihr doch auch: (W: Ja.) Wenn ich 'ne Pflegeüberleitung habe, die in einem Rollensegment Pflegeüberleitung ist und im zweiten Rollensegment Pflegetrainerin, dann ergänzt sich das wunderbar. Aber die Aufgabe für sie ist, schon für sich wirklich zu entwickeln: Wie grenze ich meine Arbeitsbereiche voneinander ab, gleichwohl sie dann ja auch 'ne Parallelität haben, das heißt wie hat sie das verinnerlicht? Und wie – das ist dann der zweite Schritt – ist sie dann in der Lage, das auch im Kontakt mit den Angehörigen transparent und verstehbar zu machen? Sonst hat sie ganz schnell 'ne Gemengelage, also den gordischen Knoten, der dann eben nur mit dem Schwert zu durchtrennen ist. Das, finde ich, ist auch längerfristig. Ich weiß nicht, wie es Euch geht, aber ich erleb' das gerade bei den Kolleginnen, die so 'ne Doppelfunktion haben, auch als 'nen sehr intensiven Begleitungsprozess, das selbst für sich deutlich zu haben und dann auch nochmal in der Arbeit mit den Angehörigen deutlich zu formulieren und abzutrennen.“  
(Zeile 493-511)*

Daraufhin erklärt eine andere Beraterin, dass es Rollen gebe, welche gut zusammenpassten und sich gut miteinander vereinbaren ließen, womit eine Multiplikatorenfunktion wahrgenommen werden könne. In diesem Fall gehe die Personenentwicklung so rasant voran, dass diese Pflegetrainer\_innen als „Mitarbeiter\_innen mit besonders hohem Wert“ (Zeile 524) angesehen würden. Deshalb würden sie oft auch als Praxisanleiter\_innen angefragt und in diesem Zusammenhang stünden sie unter einem (moralischen) Druck, ob sie die neue Stelle und damit eine neue Karriere angingen oder im Projekt der Familialen Pflege verblieben (vgl. Zeile 525-538).

Eine Beraterin schließt an, dass die Veränderung von der Krankenpflegerin auf der Station zur Pflegetrainerin ein starker Rollenwechsel sei, denn vom schnelllebigen Krankenhausalltag, in dem man abhängig von Dienstplänen und Kolleginnen sei und Überstunden gang und gäbe seien, müsse man sich in eine andere Richtung bewegen. Als Pflegetrainerin sei man nun nicht mehr für die Patient\_innen, sondern vor allem für die Angehörigen da. Zudem müsse man sich die Zeit selbst einteilen und Abrechnungen selbst machen und vor allem sei die Entschleunigung von der schnellen Krankenpflege zur beständigen Beratung eine Herausforderung. Als die Beraterin erklärt, dass dieser Wechsel der Rolle sich auch von „verrichtungsorientiert“ zu „auf die Angehörigen fokussiert“ entwickle, bestreitet das eine andere Beraterin. Sie merkt an, dass sie die Rolle von Krankenpflegern und Krankenpflegerinnen differenzierter sehe, denn die Pflegekräfte arbeiteten unterschiedlich (vgl. Zeile 418-577).

Ein Teil der Pflegetrainer\_innen leidet unter der Geringschätzung ihrer Arbeit und erlebt wenig Respekt vor der eigenen Rolle und dem Modellprogramm als Ganzes. Es entsteht Rollendruck auf das Rollensegment des Pflegetrainers/der Pflegetrainerin, vor allem dann, wenn die Vorgesetzten die Rolle nicht klären und differenzieren und erwarten, dass die Arbeit des Pflegetrainings noch zwischendurch erledigt werden kann. Auch wenn es auf den Stationen zu Engpässen

kommt, berichten die Pfliegertrainer\_innen, dass Kollegen und Kolleginnen sich durch das Modellprogramm provoziert fühlen. Sie vermuten im Modellprogramm einen sozialen Aufstieg und ein Privileg. Auf jeden Fall führt die Rollendifferenzierung dazu, dass die kollektivistische Kultur der Pfliegerteams herausgefordert wird. Sehr spannungsvoll zeigen sich Konflikte, wenn eine mangelnde Systemintegration das Rollenhandeln der Pfliegertrainer\_innen auszeichnet und diese Konflikte als persönliche Spannungen kommuniziert werden:

W1: *„Zu Anfang, was auch noch 'n Druck ist, ist bei den Freiberuflern, die halt unterm Steuer-, also praktisch im Rahmen der Trainerpauschale bleiben und sagen: ‚Gut, wenn ich meine 2.400 Euro voll hab‘, dann mach‘ ich noch, aber ich rechne nicht mehr ab.‘ So, das ist ein Teil, der auch durchaus viel Druck ausübt.*

W2: *[...] Und Spezifika sind dann auch nochmal wechselnde Leitungen. Das kennt Ihr ja wahrscheinlich auch, wenn Geschäftsführung, PD wechseln, das heißt da muss man nochmal das im Prinzip neu kontrahiert werden für die Familiäre Pflege: Wo sind wir denn jetzt? Gelten die Vereinbarungen, die bisher gegolten haben? Muss es neue geben? Das heißt, diese drei Entwicklungsstränge laufen parallel, zum Teil auch ungleichzeitig, was dann nochmal 'nen besonderen Beratungs- und Verstehensbedarf erfordert. Also ich muss das ja auch erstmal kapieren, was in der Organisation los ist, ne. Also das heißt, es braucht viel Exploration an der Stelle, dass ich verstehe, was passiert da eigentlich vor Ort? Und es ist 'n Prozess, der parallel läuft, in der Beratung zur Pfliegertrainerin parallel läuft in der Beratung mit der Leitung, der organisatorischen Leitung, des Projekts. Und diese Fäden gilt es einigermaßen zusammenzuhalten. Am besten kommt ein schickes Muster heraus. Gelegentlich sind auch Löcher in diesem Muster.*

W3: *[...] Also in gewisser Weise gibt es doch Ungleichzeitigkeit in den Entwicklungen. Gleichzeitig hast Du als Beraterin oder wir als Beraterinnen die Aufgabe das genau gleichzeitig aufzunehmen.“ (Zeile 609-652)*

Personenentwicklung, Rollenentwicklung und Systementwicklung verlaufen ungleichzeitig. Es gehört zur Entwicklungslogik in den Krankenhäusern, dass die Pfliegertrainer\_innen als Personen das Modellprogramm vorantreiben, sich dafür einsetzen, dass es umgesetzt wird und dabei Konflikte auf sich nehmen. Die Umsetzung des Modellprogramms erzwingt auf der Seite des Systems aber die Entwicklung eines Versorgungsblicks anstelle eines Behandlungsblicks. Dadurch werden Autoritäten in Frage gestellt, die sich in ihrem Rollenhandeln ausschließlich auf Behandlung und Umsetzung der Fallpauschalen beziehen. Gleichzeitig sind diese erforderlichen Systemänderungen kompliziert und technische und organisatorische Veränderungen sind nötig. In diesem Kontext werden die Pfliegertrainer\_innen häufig als Störung im System identifiziert und es kommt darauf an, diesen Konflikt mit Anwaltlichkeit zu halten und zu integrieren. Regelmäßig wird der Konflikt um die Versorgung von hochaltrigen, demenzkranken und sterbenden Patienten als Störung wahrgenommen, die von Störer\_innen ausgeht. Das heißt, ein Systemkonflikt wird im Krankenhaus als Personenkonflikt wahrgenommen – „Jammerkultur“ und „Helfersyndrom“ sind hier die Stichworte – und er wird mit den Mitteln der Mitarbeiterführung bearbeitet. Anwaltlichkeit heißt hier, die Konflikte tatsächlich auf die Strukturen zurückzuführen und die Rollenentwicklung der

Pflegetrainer\_innen durch Reflexion durchzusetzen:

*„Ich finde, Druck übt auch die Ungleichzeitigkeit dieser drei Entwicklungsstränge – Personentwicklung, Rollenentwicklung, Systementwicklung – aus. Im besten Falle läuft es, wie bei Dir eben Du es ja auch beschrieben hast, dass es diese Sprünge in der Personenentwicklung gibt. Die werden wahrgenommen. Und insofern ist die Rolle auch sehr klar differenziert worden und es gibt vielleicht in der Systementwicklung 'ne Andockung an, an einer zentralen Stelle. Das heißt, das Projekt konnte ausgerollt werden und die Fähigkeiten einer Kollegin können, werden wahrgenommen und führen dann zu einer, zum Angebot einer berufsbio-graphischen Veränderung. Das ist ja, das gibt es ja durchaus und ist ja auch 'n sehr positiver Verlauf, also wenn die Kollegin da rausgeht aus der, muss man das aus unserer Perspektive mal schauen. Aber perspektivisch kann's ja für die Kollegin interessant sein. Bei der Frage nach Belastungen ist vielfach auch die Ungleichzeitigkeit dieser Entwicklungsstränge – erlebe ich als Belastung in den Häusern. Das heißt, 'ne Kollegin, die ihre Rolle entwickelt hat, die aber – also wo im Haus die Systemanbindung nicht funktioniert. Ja, also wo die Strukturen nicht geschaffen werden, die also entweder nicht in der mittleren Hierarchie angedockt wird oder dass ihr immer wieder zugesagt wird – kenne ich doch auch – immer wieder Zusagen gemacht werden, die dann vielfach aus guten Gründen, wenn man den Gesamtprozess des Hauses sieht, dann nochmal verzögert werden.“ (Zeile 614-632)*

Der Widerspruch zwischen Berufsethik und Ökonomie im Rollenhandeln der Pflegetrainer\_innen wird als wichtiges Thema in der Gruppendiskussion klassifiziert. Die Berater\_innen wollen das Modellprogramm im Krankenhaus so institutionalisieren, dass es sich auch wirtschaftlich trägt. So sind Stundentaktung, Fördersätze und Umsetzung konzipiert. Jedoch ist dieses Handeln den Pflegetrainer\_innen nicht nur habitusfremd, sondern provoziert auch Abwehr. Die Pflegetrainer\_innen scheinen diese Verbetrieblichung ihrer Rolle als unangemessen zu erleben, weil sie den Bedürfnissen der Familie entsprechen möchten, berichten die Berater\_innen. Dass es sich dabei um eine Problematik des beruflichen Charismas handelt, um Anerkennungsbedürfnisse durch die Patient\_innen oder um ein Merkmal des Geschlechterhabitus sind drei mögliche Lesarten dieser Passage der Gruppendiskussion. Hier besteht aber zwischen den wissenschaftlichen Mitarbeiter\_innen mit ihren Beratungsvorstellungen und dem Habitus der Pflegetrainer\_innen ein struktureller Beratungskonflikt:

*„Aber als wir das erste Mal in den Entwicklungsgruppen so'n Thema angesprochen haben wie Refinanzierbarkeit. Also auf 'ner bestimmten Ebene geht es oft um Refinanzierbarkeit, nämlich die Stunden, Stellenanteile, die die freigestellt sind für die Arbeit im Modellprogramm, das heißt für die Arbeit mit den Angehörigen. Da ist das Ziel, dass die sich durch die Fördersätze refinanzieren, weil man kann ja nicht der Pflege, Zeitressourcen entziehen... Und wenn wir aber in den Entwicklungsgruppen zu diesem Thema Refinanzierung beraten haben und durchaus auch beraten haben in Richtung von Freistellung – im Unterschied zu Freiberuflichkeit –, dann erinnere ich das schon, dass in den ersten Beratungsgesprächen bei vielen 'ne erste Resonanz war: Abwehr. Und mehr die Arbeit an sich, die Arbeit für den Angehörigen, die Ziele, die erreicht werden, in den Mittelpunkt zu stellen. Und dass es in den ersten Schritten durchaus schwer fällt, die Lernprozesse und Arbeitsprozesse mit den Angehörigen so zu steuern, dass sie sich auch refinanzieren. Sehe ich als Pflegetrainerin Not in einer Familie, also insbesondere in der Wohnung, dann fädel' ich mich 'rein, unterstütze, und wenn die Angehörigen auch nach einer Stunde noch Fragen, noch Bedarfe haben, dann*

*hab' ich die Zeit nicht mehr im Blick, sondern für die Sache. Also das wird zu mindestens am Beginn der Rollenentwicklung als Pflegetrainerin – so hab' ich das erlebt – durchaus schon als 'n Kontrast wahrgenommen.“ (Zeile 719-737)*

Zwischen den Pflegetrainer\_innen gibt es habituelle Unterschiede, die in der Gruppendiskussion als traditionelles Verständnis des Helfens charakterisiert werden und bei dem sich die Pflegetrainer\_innen quasi verschenken, was als Problem des Geschlechterhabitus und der Korrespondenz zwischen Geschlechterhabitus und dem beruflichen, semiprofessionellen Habitus verstanden werden kann. Für den/die Pflegetrainer\_in ist dieser Aspekt des Helfens und des Sich-Verschenkens ein Merkmal ihrer beruflichen Ehre. Diese Pflegetrainer\_innen sind gegebenenfalls auch in ihrer Freizeit bei den Klient\_innen. Sie wollen ihre Ideale umsetzen, was wiederum auf Moral und Ehre im Beruf verweist. Die zweite Gruppe ist in Bezug auf die Rollenwahrnehmung in der Lage, zwischen den Anforderungen der Ehre und der Ökonomie einen Ausgleich zu finden – diese Gruppe wird von den wissenschaftlichen Mitarbeiter\_innen als professionelle Gruppe bezeichnet. Die dritte Gruppe wiederum hat ihre berufliche Identifizierung und Ehre aufgegeben und stellt die Ökonomie ins Zentrum ihres Handelns; diese Gruppe wird als „deprofessionalisiert“ im Sinne von „instrumentell und lohnpflegerisch“ bezeichnet. Diese Gruppe will, wie die Berater\_innen es sagen, „ökonomisch wertvoll“ (Zeile 748,749) handeln. Anforderung an die Beratung sei es, den jeweiligen Habitus der Pflegetrainerinnen zu kennen und eine Habitustransformation im Sinne des zweiten Typus, der Vereinbarkeit von ethischem und ökonomischem Handeln zu fördern<sup>12</sup>:

W1: *„Aus meiner Sicht hängt das entscheidend mit dem beruflichen Selbstverständnis zusammen: Hab' ich 'n traditionelles berufliches Selbstverständnis, dann stelle ich das Helfen ans Zentrum und Geld kann's dann auch dafür geben, und es kommt dann auch immer wieder [vor], dass Pflegetrainer: ‚Ja, das hab' ich dann in meiner Freizeit gemacht‘, also dass sie so ein eigenes Konto mit freier Zeit mit dazugeben, um ihre Ideale umsetzen zu können. Die – bei denen mit einem professionellen Selbstverständnis, da ist das 'n geplanter Prozess, der auch zeitlich gerahmt ist, und die finden dann auch 'n ökonomischen Ausgleich dafür, wie es dann abrechenbar ist. Da gibt's auch nicht so die Widerstände. Und dann gibt es 'ne Gruppe, wo dann 'ne Deprofessionalisierung vonstattengeht, wo es eigentlich darum geht, dass die Ökonomie ins Zentrum gestellt wird, und da guckt man möglichst ökonomisch wertvoll das Projekt umsetzt. [...]*

W2: *Ökonomisch wertvoll, ja!*

W1: *[...] und das jetzt als Berater rauszufinden: Um was handelt es sich hier? Also wir haben da schon – und aus meiner Sicht ist das zentral – das Selbstverständnis und die Pflegekultur im Haus.“ (Zeile 738-753)*

---

<sup>12</sup> In der Praxis ist der Kern dieses Habitusproblems auch ein abrechnungstechnischer. So muss angenommen werden, dass die erste Gruppe der Pflegetrainer\_innen, denen es ums Helfen geht, vor allem pflegt, berät und betreut und zu bestimmten Zeitpunkten sozusagen nachträglich beginnt, ihre Arbeit ökonomisch abzubilden. Verwendungsnachweise werden dann im Nachhinein ausgefüllt, was schwierig ist, weil Zeit vergangen ist und sich an den genauen Umfang und Inhalt der Arbeit nicht mehr erinnert wird. Die dritte Gruppe arbeitet ähnlich – hier werden die Bedingungen des Modellprogramms so ausgelegt, dass eine möglichst hohe Refinanzierung am Ende steht. Die Quote der Refinanzierung ist dann über 110% und kann nicht mehr glaubwürdig abgebildet werden – ein weiterer Konflikt entsteht.



Es sind die Pfliegertrainer\_innen mit einem entwickelten Habitus, bei denen sich das Helfen und die Berufsehre mit Rollenkompetenz im Sinne von Krappmann (vgl. Krappmann 1973) verbinden. Diese Pfliegertrainer\_innen sind relativ angstfrei und diskutieren auch innerhalb der Hierarchie ihren Standpunkt. Sie formulieren eine anwaltliche Haltung gegenüber den Familien und verhandeln ihre Erfahrung und Arbeit. Diese Fähigkeit der Pfliegertrainer\_innen, anwaltlich für die Angehörigen und Familien zu handeln und faktisch in die Konfliktregion zu intervenieren, löst in der Gruppe der Berater\_innen große Resonanz aus. Es werden Beispiele angeführt, die dem Bild des Krankenhauses als reinen ökonomischen Betrieb und als System widersprechen und die die Akteursebene in den Mittelpunkt stellen:

W1: *„Und es gibt manche Pfliegertrainer, die da sehr professionell vorgehen und die sagen: ‚Wenn ich in Schwierigkeiten komme und innerhalb meines Trainingsprozesses feststelle: da braucht die Familie noch mehr, dann gehe ich eben nicht an mein Freizeitkonto und ich weiß, das Projekt kann dann nicht weiter unterstützen, dann gehe ich zu meiner Leitung und dann hat die Leitung zu entscheiden: Trägt es das Krankenhaus vielleicht aus Mitteln, die wir sonst dafür nicht zur Verfügung hatten?‘ Also trägt das Krankenhaus die Arbeitszeit, die [die] Pfliegertrainerin dann in der Familie dann beispielsweise verbringt, weil auch das Krankenhaus daran interessiert ist. So ist das bei manchen Trägern: Wohlfahrt,... (durcheinander)*

W1: *Dass die sagen: ‚Na ja das Projekt zahlt es nicht, aber dann gehen Sie die nächsten zwei Mal trotzdem weiter dahin, weil wir das wollen. Das ist unsere, das ist unser Patient‘.*

W2: *Hast Du das ernsthaft erlebt?*

W1: *Mehrfach.*

W3: *Ich auch.*

W2: *Erstaunlich. Aber (durcheinander)“ (Zeile 754-772)*

Dass der Habitus der Pfliegertrainer\_innen mit der Organisationskultur korrespondiert und teilweise interdependent aufeinander bezogen ist, wird im nächsten Abschnitt der Gruppendiskussion formuliert. Die Pfliegertrainer\_innen kennen ihre Häuser und ihre Vorgesetzten und wissen um mögliche Spielräume im Kontext der Entlassung von Patient\_innen. Die Ermunterung, für Familien anwaltlich zu handeln, ist ebenfalls Teil der Beratung: „Ich mach' das sogar auch als Angebot in der Beratung: ‚Bei uns geht's nicht, aber Sie könnten mit Ihrer Leitung sprechen, also, was es da für Möglichkeiten gibt“ (Zeile 754-774).

In einem weiteren Abschnitt der Gruppendiskussion werden die Bedarfe an den Rändern des Modellprogramms noch einmal konkreter diskutiert. Ein Beispiel wird aufgelistet und erklärt: Kein Pflegegrad. Die Gruppe stellt hier Konsens her und berichtet von Fällen, in denen das Krankenhaus auch nach der Entlassung Verantwortung übernehmen muss. Im Modellprogramm sind diese Fälle unbekannt und werden von den Berater\_innen auch nicht in den Projektrahmen eingebunden. An diesen Stellen muss nachgesteuert und nachgebessert werden. Mit der Entwicklung

von Versorgungsverantwortung der Krankenhäuser im Rahmen des Entlassungsmanagements ist zu erwarten, dass diese Fälle künftig eine Lösung durch das Krankenhaus im Rahmen des SGB V bieten:

W1: *„Also 'n Beispiel wäre eher nicht die sechs Wochen, sondern eher so'n Beispiel da kommt – jetzt kommt eine Familie in den Fokus, die hat keinen Pflege-, keinen Pflegegrad beispielsweise. Die kommt überhaupt nicht in den Bereich des Projektes, hat aber 'n Hilfebedarf, vielleicht 'n kurzfristigen Hilfebedarf. Dann kann ich dann sagen, ja, unser Projektrahmen betrifft es nicht, aber da [ist] ne gewisse Notwendigkeit. Ist natürlich: Man kann da nicht weggucken. Was könnte man denn da machen? Dann bringen Sie das doch mal in das Gespräch mit Ihrer Leitung. Ob das jetzt Sozialdienstleitung ist oder Pflegedienstleitung oder 'n aktuelles Beispiel war auch eine Familie oder eine Frau, die angerufen ..., die selber Patientin ist, aber keine – mich angerufen hat als Angehörige, die Unterstützung brauchte. Das wär' kein Fall für die Familiäre Pflege, aber die Pflegetrainerin kennt diese Familie von vor längerer Zeit und dann suchte sie eben – [...] – durfte sie eben nach Hause fahren und da mal gucken, was los ist. Aber das ist ganz klar kein Projektrahmen, sondern da gibt's auch nix zu biegen oder zu deuten, aber es gibt 'n Hilfebedarf. Und ob man da sein Netzwerk bewegt oder ob das Krankenhaus sagt, ja, dann, wir sind ja Gesundheitsversorger hier vor Ort und fühlen uns auch noch für andere Dinge zuständig als für die Begleitung und Beratung der pflegenden Angehörigen. So was meine ich jetzt zum Beispiel. Ich weiß nicht, wie Eure Beispiele sind.*

W2: *Sowas hab' ich auch.*

W1: *Sowas hast Du auch.“ (Zeile 803-822)*

Die Beziehungsgestaltung in der wissenschaftlichen Beratung schließt auch die primitive Ebene ein. Regelmäßig kommt es zu Konfrontationen zwischen dem wissenschaftlichen und dem ökonomischen Habitus. Demonstrativ vorgetragene Profitmaximierung, Überlegenheitsgesten, aber auch latente Sexualisierungen spielen eine Rolle:

*„Also einmal im Jahr treffen sich die Akteure, die Betriebsleitungen, die Pflegedirektoren, die Pflegetrainerinnen und die wissenschaftliche Mitarbeit. Und ich bin in einer psychiatrischen Klinik gewesen zum Jahresgespräch und tauchte dort zum zweiten Jahresgespräch auf, also nach Ablauf eines Jahres zum zweiten Mal und saß da zusammen mit den Pflegedirektoren und einem Abteilungsleiter und die Pflegetrainerin tauchte gar nicht auf. Und während wir uns da dann unterhielten, ich dann etwas nervös wurde und fragte, auf was wir jetzt, wo denn die Pflegetrainerin bliebe, sagten die: ‚Ach, die ist auch eingeladen?‘“ (Zeile 909-916)*

Ein neuer Termin wird verabredet, zu dem die Pflegetrainerin wieder nicht auftaucht und sich stattdessen krank meldet.

*„Dann ist aber der Pflegedirektor schon nach zehn Minuten nervös geworden, wo sie sich denn [ver]stecken könnte. Er verstünde das gar nicht. Er hätte sich ja vorher nochmal vergewissert, also bevor er uns... Dann stellte sich 'raus, dass, die Pflegetrainerin sich krank*



gemeldet hat beim Sekretariat, die es dann nicht weitergegeben hat. Und da war dann für mich völlig klar, also mit der habe ich kein Arbeitsbündnis.“ (Zeile 908-930)

Probleme des Arbeitsbündnisses werden demnach in Szene gesetzt, aber nicht reflexiv kommuniziert. Das ist ein Strukturmerkmal der Beratung. Die Bühnenhaftigkeit des Kontaktes wird auch an einer anderen Stelle deutlich:

„Und zunächst ist es ja auch so, das ist wie bei einem Schauspiel. Da darf ich auf 'ne Bühne gucken und dann, dann sehe ich was. Und das kann authentisch sein, das kann aber auch 'ne Funktion noch mit erfüllen. Und manchmal Prozess auf Zeit und wenn die Akteure stabil sind, dann lüften sich da noch so Seitenvorhänge und ich sehe in was rein und verstehe besser, warum Prozesse in dem Haus so laufen und nicht anders. Aber das ist nichts, was schnell da ist, was man formalisiert herstellen kann, sondern auch das ist 'n Prozess auf Zeit unter den Bedingungen von Kontinuität und Verlässlichkeit. Also Verlässlichkeit scheint mir da auch und Verbindlichkeit, ein hoher Faktor zu sein.“ (Zeile 979-987)

Die ökonomische Kontrolle und vor allem der für die Evaluation nötige Aufwand der Dokumentation sind eine Belastungsprobe, die sich regelmäßig zeigt:

W1: „[...] Und ich meine richtig gekracht an 'nem konkreten, an 'nem konkreten Beispiel der Einführung der neuen Nachweise zweitausendund, der Übergang 15/16?

W2: Übergang 15/16, das war, das war strukturell eben 'ne schwierige Situation, weil ganz neue Nachweise kamen für alle, aber an der Stelle 'ne schwierige Situation dann in 'nem unsicheren Arbeitsbündnis.“ (Zeile 1049-1054)

Ist das Arbeitsbündnis noch neu und instabil, werden vor allem die Dokumentationen als Zumutung empfunden. Die Refinanzierung, das Geld, schiebt sich in die Beratungsbeziehung. Dann wechselt die Rolle des Beraters/der Beraterin von der-/demjenigen, der/die begleitet hin zur Vertretung der Universität. Neben die Beratungsbeziehung tritt das Controlling innerhalb der Universität und manchmal entstehen Abzüge bei den Zahlungen an die Krankenhäuser. Begriffe wie „übergekocht“ (Zeile 1056), „bitterböse (Mails)“ (Zeile 1056) zeigen die Emotionalität der Situation:

„Da hat mir in der ersten Woche im neuen Jahr – das werd' ich nie vergessen – da ist mir echt das Telefon übergekocht. Ich habe bitterböse Mails gekriegt und wir haben dann mindestens zweimal mehrere Stunden miteinander, mindestens zweimal zwei Stunden miteinander telefoniert und ich bin Ende des Januars, um den 20. dahin gefahren. Weil die wirklich Panik gekriegt haben, ne. Also die haben Panik gekriegt. Es war auch sachlich schwierig, waren die Nachweise schwierig, dann auch in der Umsetzung. Und die neue Kollegin – und das war aggressiv überlagert –, da hab' ich geackert wie ein Esel.“ (Zeile 1054-1062)

Der Umgang mit diesen primitiven Dimensionen des Beratungsprozesses wird vor allem durch beraterische Professionalität hergestellt. Die Berater\_innen müssen die Aggression „containen“ (vgl. Bauer, Gröning, Hoffmann & Kunstmann 2012), also halten, verständnisvoll, empathisch reagieren und gleichzeitig das Realitätsprinzip vertreten. Affektkontrolle ist von großer Bedeutung ebenso wie die Fähigkeit zur Rollenübernahme und kommunikative Kompetenz:

*„Ne, also wirklich erst mal auch um Verständnis herzustellen, meinerseits Verständnis zu zeigen für ihre Aggression auch. Nicht zu sagen, ‚was wollen Sie eigentlich von mir?‘, sondern erst mal zu verstehen, erst mal zuzuhören. Das hab' ich vorhin mit der Haltung gemeint: Ihnen wirklich erst mal zuzuhören und damit aber auch deutlich zu machen: ‚Offensichtlich hab' ich es an der Stelle auch nicht richtig eingeschätzt. Ich hätte früher auf Sie zugehen müssen‘. Das heißt, erst mal 'n Boden zu bereiten, um mit denen überhaupt auf die Sachebene wieder zu kommen, ja.“ (Zeile 1062-1068)*

Damit Affekte sich beruhigen, wird zudem das persönliche Gespräch gesucht, da Telefongespräche immer regressionsfördernd sind. Es fehlt hier im Sinne Levinas' (vgl. Honneth 2001) der Blick in ein menschliches Gesicht:

*„Dadurch, dass ich dahin gefahren bin und wir es noch mal miteinander auf der Sachebene bearbeitet haben und damit aber auch die Beziehungsebene, die Verlässlichkeit wiederherstellen konnten. Und die Verbindlichkeit. Und das ist 'ne Ressource, die hatten wir eben auch nicht geplant. Also zumindest bei mir zu dem Zeitpunkt nicht geplant war, dann aber einsetzen musste, sonst wäre das vorn Baum gefahren, und zwar richtig. Also solche Situationen kann es geben. Die Erfahrung, die ich daraus gezogen habe, ist in der Tat, dann noch mal zu gucken: Woran liegt es eigentlich?“ (Zeile 1062-1078)*

Der Erfolgsdruck des Projektes, vor allem der Druck sich zu refinanzieren, und die Erfahrung, immer wieder ökonomisch betrachtet zu werden, macht die Beziehung auch anfällig für Störungen und Belastungen. Gefragt nach Krisen redet die Gruppe zunächst einmal von Beziehungsstörungen zwischen den Pflegetrainer\_innen und den Berater\_innen. Die Fähigkeit zur Metakommunikation und zur Beziehungsklärung ist hier vonnöten. Eine erste Hürde bei der Beziehungsgestaltung ist die des guten Anfangs als Prinzip der Zusammenarbeit. Nicht immer gelingt dieser gute Anfang. Vor allem beim Beraterwechsel ist der gute Anfang dann ein Problem, wenn aus der Vorgängerbeziehung Reste auf die neue Beraterin/den neuen Berater übertragen werden:

*„Also mein angeführtes Beispiel von eben ist ja, fand ich schon, deutlich kein bestehendes Arbeitsbündnis. Da war es so, dass das, glaub' ich im Rahmen der Übergabe verloren gegangen ist. Und meine Reaktion darauf mit dieser sehr krassen, mit diesem Erlebnis war dann schon, dass ich das formuliert hab', also dass ich Kontakt mit der Pflegetrainerin gesucht hab' und das versucht hab' nachzuholen. Also sozusagen mir ist das auf der einen Ebene ganz gut gelungen. Vieles hab' ich verstanden, aber auf dieser Seite, wie wir miteinander arbeiten, da würd' ich gerne noch 'n bisschen was nachholen. Und das war deswegen sogar ganz gut, weil die Pflegetrainerin natürlich auch dachte, sie sei schuld daran, dass es so läuft, wie es läuft. Wie nennt man's? Kein' Anfang finden, aber trotzdem schon in der Arbeit sein über eine ganze Weile. Da musste ich einfach suchen, das Arbeitsbündnis suchen, das ich noch nicht hatte.“ (Zeile 1028-1039)*

Die Doppelrolle zwischen Wissenschaft und Beratung schafft reflexive Distanz zur Gruppe, führt aber auch manchmal dazu, vor allem im Kontext von Entwicklungsgruppen, sich isoliert zu fühlen und nicht identifizieren zu können:

*„Ich finde, das ist ein schwieriger Punkt. Also mir kommt da als erstes, das hatte ich gerade eben schon, den Punkt, dieser Punkt Wissenschaftlerin – man geht als Wissenschaftlerin ins Feld. Also man wird als Wissenschaftlerin wahrgenommen. Ich nehme jetzt mal das Beispiel*

*Entwicklungsgruppen, weil mir das da am wichtigsten ist, welche Rolle ich da habe. Und da möchte ich in erster Linie Beraterin sein und nicht Wissenschaftlerin. Weil dann bin ich auf 'ner anderen Ebene unterwegs. Also dann hab' ich das Gefühl, dass ich nicht mehr so 'n guten Zugang hab' zu der Gruppe. Also ich möchte lieber Teil der Gruppe sein.“ (Zeile 1090-1098)*

Der hohe formale Status als Angehörige der Universität schafft zudem Distanz:

*„Manchmal ist es dieses ‚Oh, da kommt die Uni oder die Wissenschaft‘. Also dieses, das finde ich in der Beratung hinderlich manchmal.“ (Zeile 1105-1107)*

Vor allem für die Einzelfallberatung wird die Doppelrolle einer Beraterin als schwierig eingeschätzt:

*„Ich mein, ich kann auch als Wissenschaftlerin Teil der Gruppe sein. Aber wenn wir das jetzt schon so trennen wollen, möchte ich lieber nicht als Wissenschaftlerin Teil der Gruppe sein. Ich bring' natürlich manchmal wissenschaftliche Erkenntnisse aus dem Feld mit und versuche, das mit der Gruppe zu besprechen und zu bearbeiten und nutz' dann natürlich auch das, was ich von hier weiß und mitbringen kann. Aber wenn's an Punkte geht, Fälle zu besprechen und sich persönliche Geschichten ... Ich find das jetzt grad' ganz schwierig, weil ich jetzt auch grad' gar nicht so richtig die Abgrenzung in meinem Kopf klar hab.“ (Zeile 1097-1105)*

Für eine wissenschaftliche Mitarbeiterin ist die Doppelrolle dagegen ein „Gesamtkonstrukt“ (Zeile 1122), „was ich nicht auseinanderziehe“ (Zeile 1122-1123). Eine andere präzisiert demgegenüber den Beobachterstandpunkt und Beraterstandpunkt als zwei Erkenntnisinteressen und nennt sich „neugierig“ in Bezug auf das Feld. Ihr Standpunkt kommt dem Verstehensbegriff von Bourdieu sehr nahe, der das Sich-zur-Verfügung-stellen und und Reflektieren des eigenen Habitus' fokussiert:

*„So, das ist, glaub' ich, das, was ich versuche als Wissenschaftlerin zu sagen: das einmal aufzuwerten und auch zur Verfügung gestellt zu bekommen, was sie erleben. Das ist, glaube ich, die Rolle der Wissenschaftlerin. Und genauso wie – und ich hoffe, es gelingt – genauso neugierig, wie ich auf ihre Arbeit bin, sind sie neugierig darauf, was wir damit machen, wenn sie uns was zur Verfügung stellen. Und da ist natürlich noch 'ne andere Hoffnung mit verbunden und so. Und da fängt dann vielleicht die Beratung an, so. Ich glaube, man kann's unterscheiden.“ (Zeile 1142-1149)*

Den unmittelbaren Prozessbezug betont auch eine wissenschaftliche Mitarbeiterin, die sich von der Rolle als Wissenschaftlerin mit klassischem Beobachterstandpunkt eher abgrenzt:

*„Ich gehe ja nicht dahin, halte einen Vortrag und hinterher sagen die Leute ‚Mensch, das war ja interessant, es gibt ja ganz neue wissenschaftliche Erkenntnisse‘. Der entscheidende Punkt ist doch, mit denen daran dann zu reflektieren und zu arbeiten: Was bedeutet das jetzt hier im Krankenhaus? So, das heißt, ich stelle nicht irgendwelche wissenschaftlichen Ergebnisse her, um zu sagen: ‚So, jetzt wisst Ihr mal Bescheid! So, jetzt was ganz interessantes Neues‘. Sondern es geht doch darum, immer zu gucken: Was können die jetzt damit machen? Was bringt uns das weiter? Stimmt das für die? Also die Überprüfung in der Realität. Deckt sich das mit den Erfahrungen zum Beispiel?“ (Zeile 1156-1164)*

## Bedeutung der Beratung für die Umsetzungsforschung

Im letzten Teil wird die Beratung noch einmal in den Kontext der Umsetzungsforschung gestellt und als integrativer Teil beziehungsweise Methode der Umsetzungsforschung verifiziert. Hier liegt nach Meinung der Berater\_innen auch der Erfolg des Programms begründet.

I: *„Aber es kommt jetzt die Frage, warum ihr denkt, dass das Projekt Erfolg hat jetzt: Warum ist das Projekt erfolgreich?“*

W: *„Weil es ein Projekt der Umsetzungsforschung ist.“ (Zeile 1172-1175)*

Vor allem der habituelle Unterschied zwischen dem Habitus einer Umsetzungsforscherin und dem klassischen wissenschaftlichen Habitus wird zuerst angeführt. Diese Augenhöhe hat beispielsweise Bourdieu (vgl. Bourdieu 1997, S. 720 ff.) zum wissenschaftlichen Habitus und zu seinem Verstehensbegriff problematisiert. Er wehrt sich hier gegen die Attitüden der Methode und nennt die Beziehung und die Augenhöhe, den Respekt und die Fähigkeit des Wissenschaftlers/der Wissenschaftlerin, die Leute das sein zu lassen, was sie sind, die entscheidenden Fähigkeiten im Forschungsprozess, wie es auch eine Beraterin formuliert:

*„Weil es in der Praxis, in der Koproduktion mit der Praxis ... und nicht nur von oben drauf guckt. Ich finde von oben drauf gucken ist auch wichtig, um es zu analysieren, zu beschreiben. Aber ich glaube, dass das der wichtige Punkt ist: mit der Praxis sich auf Augenhöhe den Themen zu nähern.“ (Zeile 1175-1179)*

Als weiterer Faktor wird die Zeit genannt. Die Umsetzungsforschung versteht ihre Arbeit nicht als technische Anleitung, sondern als fortdauernden reflexiven Prozess:

*„Und die nachhaltige Begleitung, weil üblicherweise bei Projekten es angeführt wird und dann soll's laufen. Und hier ist eine konstante Weiterbegleitung in den Weiterentwicklungen im Haus und ich denke, das hilft auch, dass es sich am Konzept des Projektes orientiert und nicht in die völlige Verselbstständigung. Es gibt immer noch Verselbstständigung, aber die völlige Verselbstständigung vom ursprünglichen Projekt ist somit nicht, nicht so sehr möglich und aus meiner Sicht ist das 'n zentraler Erfolgsfaktor. (W: Ja.)“ (Zeile 1180-1186)*

Diese Begleitung der Krankenhäuser als fortdauernde Reflexion mit den pflegenden Familien wird nicht nur als Dranbleiben, sondern auch als Problem der Akteur\_innen bezeichnet. Wenn Führungskräfte wechseln, stellt die Beraterin/der Berater Kontinuität her. Krankenhäuser sind nicht nur Systeme, sondern vor allem Organisationen (vgl. Gröning 2011). Weiterhin wird die Mitbestimmung der beteiligten Krankenhäuser bei der Weiterentwicklung des Projektes genannt. Es geht nicht nur darum, etwas umzusetzen, was Wissenschaftler\_innen entwickelt haben, sondern etwas gemeinsam weiterzuentwickeln:

*„Wenn die Beratung, wenn die Pflegedienstleitung wechselt, wenn die Pflgetrainer wechseln, wir bleiben in der Begleitung der Krankenhäuser eben beständig und sind eben daran interessiert, auch das Programm voranzutreiben dann. Und wenn wir diesen Wissenstransfer, wie die Kolleginnen das ja grade gut beschrieben haben, so weiterführen, ist es immer wieder möglich, das Projekt auch weiter zu entwickeln, also die Projektbausteine anzupassen, die Fördermöglichkeiten zu verbessern und die Forschungsthemen zu generieren, die wir*

*dann publizieren und auch wieder sofort in die Praxis zurückspielen können.“ (Zeile 1187-1195)*

Als ein weiterer Erfolgsfaktor wird das breite Interesse verschiedener Akteure genannt. Die gesellschaftliche Bedeutung und der Nutzen liegen hier besonders vor. Es geht nicht darum, etwas unter Laborbedingungen quasi auszuprobieren. Das wissenschaftliche Prinzip des Labors ist im Gegenteil außer Kraft gesetzt:

*„Also ich glaub', das ist theoretisch gut fundiert, also sowohl über unsere organisationstheoretische als auch bildungstheoretische – und ich glaube, es sind echt viele Leute, die ein hohes Interesse am Gelingen haben.“ (Zeile 1196-1198)*

## Literaturverzeichnis

- Bauer, A., Gröning, K., Hoffmann, C. & Kunstmann, A.-C. (2012). Grundwissen Pädagogische Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bourdieu, P. (1997). Verstehen. In: Bourdieu, Pierre: Das Elend der Welt. Konstanz: Universitätsverlag, S. 720 ff.
- Feuerstein, G. (1993). Systemintegration und Versorgungsqualität. Über Schnittstellen im Behandlungsgeschehen und ihre Bedeutung für die Analyse und Gestaltung komplexer Versorgungsstrukturen. In: Bandura, B., Feuerstein, G. & Schott, T. (Hrsg.). System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. München: Juventa, S. 41-67.
- Foucault, M. (1978). Sicherheit, Territorium, Bevölkerung. Geschichte der Gouvernementalität. 1. Aufl. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Gröning, K. (2011). Theorie der Organisationen und ihre Bedeutung für die Supervision. Studienbrief. Universität Bielefeld.
- Gröning, K. (2014). Entweihung und Scham. Grenzsituationen in der Pflege alter Menschen. 6. Aufl., Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag.
- Honneth, A. (2001). Das Andere der Gerechtigkeit. Aufsätze zur praktischen Philosophie. In: Zeitschrift für philosophische Forschung, Jg. 55 (2001) Nr. 2, S.318.
- Isfort, M., Klostermann, J., Gehlen, D. & Siegling, B. (2014). Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip). [https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer\\_2014.pdf](https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf) (Stand 05.07.2018).
- Klatetzki, T. (1993). Wissen, was man tut. Professionalität als organisationskulturelles Handeln. Eine Ethnographische Interpretation. Bielefeld: KT-Verlag.
- Krapppmann, L. (1973). Soziologische Dimensionen der Identität. Strukturelle Bedingungen für die Teilnahme an Interaktionsprozessen. 3. Aufl., Stuttgart: Klett Verlag.

## Die Geschichte des Modellprogramms „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“

---

### Abstract

Das Modellprogramm „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“ bietet im Kontext der Pflegeversicherung Bildungsangebote für pflegende Angehörige. Angedockt an das Krankenhaus führen Pflegetrainer\*innen die Angebote im Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Versorgung durch. Das vorliegende Kapitel zeichnet die Entwicklung des Modellprogramms, ausgehend von der Entstehung und damaligen Ausgangslage, über die Weiterentwicklung in Form des regionalen Wachstums sowie der qualitativen Entwicklung nach. Wie sich die einzelnen Förderinstrumente entwickelt haben und welche Rolle der Wissenstransfer mit den umsetzenden Akteuren sowie die projektinterne Evaluation hierbei spielen, ist ebenfalls Gegenstand dieses Kapitels.

---

Die Sorge für einen pflegebedürftigen Menschen zu übernehmen, ist eine soziale Entwicklungsaufgabe. Um diese zu lösen, bedarf es neben Generativität und Vertrauen auch Bildung, Beratung und Praxisanleitung. Diese Aspekte bilden zugleich die konzeptionelle Grundlage des Modellprogramms „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“. Im Kontext der Pflegeversicherung unterstützt das Modellprogramm Lern- und Entwicklungsprozesse in sorgenden und pflegenden Familien oder vergleichbaren Solidaritätsgemeinschaften im Übergang vom Krankenhaus in die familiäre Versorgung und fördert die Entwicklung von Fähigkeiten und Kompetenzen zur Pflegeübernahme. Dies gelingt durch Information, Beratung, Praxisanleitung und Bildung in Form verschiedener Angebote wie Pflegetrainings, Familienberatungsgespräche, Initialpflegekurse und weitere. Durchgeführt werden diese von sogenannten Pflegetrainer\*innen. Durch permanente Evaluation und Weiterentwicklung der Angebote wird die flächendeckende Umsetzung sichergestellt. Entwickelt wurde das Modellprogramm 2004 an der Universität Bielefeld. Die Umsetzung erfolgte zunächst nur im Rheinland und in Ostwestfalen-Lippe, dann in ganz Nordrhein-Westfalen, später auch in Hamburg und in Schleswig-Holstein. Durch die Steuerung, Konzeptionierung und Weiterentwicklung hat die Universität Bielefeld das Modellprogramm in 14 Jahren zu einem fundierten, flächendeckenden Bildungsangebot für pflegende Angehörige entwickelt und erreicht heute mit über 400 Krankenhäusern nahezu 70.000 pflegende Angehörige.

Wie sich das Modellprogramm und das damit verbundene Bildungsangebot für pflegende Angehörige genau entwickelt haben, ist Gegenstand des vorliegenden Kapitels. Ausgehend von den Anfängen werden zunächst die Hintergründe, Ansätze und Bezugspunkte des Modellvorhabens beleuchtet. Im Weiteren werden die Fortsetzung, die Kooperationsstruktur und das damit verbundene regionale Wachstum beschrieben. Auch die qualitative und somit inhaltliche Weiterentwicklung des Modellprogramms wird in diesem Zusammenhang näher betrachtet. So wurde es ab 2013 auch Psychiatrien ermöglicht am Modellprogramm teilzunehmen. Anschließend wird die Entwicklung der einzelnen Förderinstrumente aus dem Blickwinkel „Worauf sind wir in der



Praxis gestoßen und was ist daraus entstanden“ beschrieben. Von Anfang an wurde die Umsetzung des Modellprogramms über sogenannte Initialpflegekurse initiiert. Kurz darauf kamen Pflege trainings im Krankenhaus und Angehörigengruppen als begleitendes Angebot hinzu. Es folgten Familienberatungsgespräche und aufsuchende Angebote bis zu sechs Wochen nach Entlassung aus dem Krankenhaus. Später kamen noch Qualitätschecks und 2018 Pflege trainings zur Kompetenzförderung bei Medikamenten hinzu. Vor allem der Wissenstransfer zwischen Wissenschaft und Praxis trägt zur stetigen Weiterentwicklung der Förderangebote bei. Der Zusammenhang zwischen Wissenstransfer, projektinterner Evaluation und Weiterentwicklung der Förderangebote wird am Beispiel des Themas Demenz und des Qualitätschecks für Hilfsmittel verdeutlicht.

## Entstehung und Entwicklung

### *Die Ausgangslage*

2003 waren 2,08 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig. Davon wurden mit 69 % mehr als zwei Drittel (1,44 Millionen) zu Hause versorgt, die Mehrheit allein von der Familie (vgl. Statistisches Bundesamt 2005, S. 3). Heute sind es bereits 2,9 Millionen Pflegebedürftige, wobei 73 % zu Hause versorgt werden (vgl. Statistisches Bundesamt 2017, S. 5). Angesichts der demografischen Entwicklung steigt die Anzahl der älteren Menschen, die Hilfe und Unterstützung brauchen. Gleichzeitig gewinnt die Sicherstellung der Pflege an Bedeutung. Hierfür sind bürgerliches Engagement, ehrenamtliche Tätigkeiten, Hilfe, Zuwendung und Assistenz unverzichtbar (vgl. Landtag NRW 2005, S. 4). Zugleich geht mit dem wachsenden Alter auch ein Anstieg der Wahrscheinlichkeit der Krankenhauseinweisung einher. Folgt man den Aussagen der Enquete NRW (2005, S. 179), so belegen „[z]ahlreiche internationale Studien [...], dass alte Menschen ein hohes Risiko tragen, durch mangelnde Bewältigung institutioneller Übergänge in eine Abwärtsentwicklung ihres Krankheitsverlaufs zu geraten und daher in besonderer Weise der Unterstützung in diesen kritischen Übergangsphasen bedürfen“.

Im gleichen Zeitraum führte die Krankenhausbudgetreform zu einer grundlegenden Veränderung der Krankenhauslandschaft. Zum 01. Januar 2004 wurde für alle Krankenhäuser in Deutschland verbindlich ein fallpauschalisiertes Vergütungssystem mit einer stufenweisen Anpassung an den landesweit geltenden Basisfallwert eingeführt (vgl. Bundesgesetzblatt 2002, Artikel 2, Absatz 4f, S. 1415; § 4 Absatz 1, S. 1424; vgl. auch Neubauer 2004, S. 104). Neben der Schaffung von mehr Transparenz sollte diese Umstrukturierung auch die Qualität in der stationären Versorgung und die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung steigern (vgl. Braun, Rau & Tuschen 2008, S. 4). Nach Aussagen Neubauers (vgl. 2004, S. 104) dient die Budgetierung zudem der Ausgabenbegrenzung. Gestärkt wird dies durch einen bedarfsgerechteren und effizienteren Ressourceneinsatz (vgl. Braun, Rau & Tuschen 2008, S. 4). Die ökonomische Neuausrichtung des Krankenhauses hat sich auf alle Prozesse und Entscheidungen im Krankenhaus ausgewirkt. Mit der Umstellung auf die Fallpauschalen wurde der ökonomisch bestmögliche Entlassungszeitpunkt festgesetzt. Die Prozessbeschleunigung bei der Behandlung führte zu kürzeren Verweildauern und in der Konsequenz zu Bettenüberkapazitäten. Um die Bettenzahlen zu halten, müssen die Krankenhäuser nun mehr Patienten in kürzerer Zeit behandeln. Ein Wettbewerb über die knappen Budgetmittel der Krankenkassen zeichnete von nun an das Bild (vgl. Neubauer 2004, S. 105).



Kaum jemand richtete sein Augenmerk auf die poststationäre Versorgung. Die Pflegeversicherung SGB XI fand im Krankenhaus kaum Beachtung oder Berücksichtigung, Wissen über die pflegebedürftigen Patienten wurde nicht systematisch erhoben und das Entlassungsmanagement war bis dato kein Thema. Ein Teil des Versorgungsauftrages von Krankenhäusern ist die Sicherstellung der poststationären Versorgung. Die Versorgungspläne gemäß Expertenstandard DNQP (2009), die dies weiter strukturieren, sind zu dem Zeitpunkt jedoch keine gängige Praxis und weitestgehend unbekannt.

*„Der [...] Expertenstandard konzentriert sich auf die Entlassung aus der Klinik als die Situation, die am häufigsten Versorgungsbrüche erzeugt. Sein Ziel ist, systematisch aus pflegerischer Perspektive dem Entstehen von Versorgungsbrüchen bei der Patientenentlassung durch eine gezielte Vorbereitung von Patienten und Angehörigen sowie durch einen besseren Informationsaustausch zwischen den am Entlassungsprozess Beteiligten entgegenzuwirken. [...] Gleichwohl empfiehlt der Standard mit Bezug auf internationale Studien, dass im Entlassungsprozess die Pflegefachkraft aufgrund ihrer Nähe zu Patienten und Angehörigen die entscheidende Koordinationsfunktion einnimmt.“ (ebd., S. 11)*

Diese Entwicklung beförderte ebenfalls Prozesse hin zum Entlassungsmanagement und stärkte das Bewusstsein für die pflegenden Angehörigen. An diesem Punkt dockte dann das Modellprogramm an. Schließlich kommt „[d]er Gestaltung des Übergangs vom Krankenhaus in die häusliche Situation [...] eine wichtige alterssozialpolitische Bedeutung zu, die ohne die systematische und konzeptionelle Berücksichtigung der familialen Situation nicht zu erfüllen ist“ (Gröning, Fischer & Lienker 2004, S. 4f.).

### ***Ansätze und Bezugspunkte des Modellprogramms „Familiale Pflege“***

Das hohe Engagement der Familien bei der Bewältigung der Pflege widerlegt Aussagen und Prognosen des sozialen Wandels, die die familiäre Pflege als ein „Auslaufmodell“ betitelt haben. Nach Aussage von Gröning, Lienker & Sander (2017, S. 6) ist es weniger die familiäre Interdependenz, die verschwindet, sondern vielmehr die Verbindung von Erben und Pflegen, dass die Pflege reine Frauensache sei und der Generationenvertrag auf einem Geschlechtervertrag ruhe (vgl. auch Kunstmann 2010). Hierauf basierend verfolgt das Modellprogramm eine Geschlechtergerechtigkeit im Sinne einer gemeinsamen Sorge, die auf mehreren Schultern verteilt ist.

Problematisch ist hingegen die Unwissenheit der Pflegenden. Viele Familien übernehmen die Pflege für einen Angehörigen, jedoch ohne zu wissen, was mit der Übernahme der Versorgung und Pflege auf sie zukommt, welche Herausforderungen zu bewältigen sind und welche Bedeutung dies für die eigene Zukunft hat. Die Ergebnisse verschiedener Forschungen der Projektbegründer zeigen, dass viele Familien rückblickend betrachtet die Pflege zwar wieder übernommen, aber den Rahmen und das Arrangement anders gesetzt hätten, wenn sie gewusst hätten, was auf sie zukommt (vgl. Gröning, Fischer & Lienker 2004, S. 6). Hieraus wurde gefolgert, dass die Familien Pflegewissen, pflegerische Handlungskompetenz und Fähigkeiten erwerben müssen, um den familialen Alltag, die eigene Biografie und die Pflege gelingend zu gestalten.

Das Modellprogramm nennt dies die Entwicklungsaufgaben der späten Familie. Diese Kompetenzen sind aber nicht einfach vorhanden, sie müssen gelernt werden (vgl. Gröning, Lienker & Sander 2017, S. 6). Im Weiteren wurde geschlussfolgert, dass im Rahmen des Modellprogramms nicht die Sachberatung der Kern von Angehörigenbildung sein sollte, sondern eine „lebensweltliche reflektierende Beratung“ (Gröning 2011, S. 21). Dies erforderte jedoch „eine Umstrukturierung bisheriger Beratungspraxis im Hinblick auf eine stärkere Orientierung an alltagsbezogenen, familiendynamischen und auch geschlechtsspezifischen Dimensionen“ (ebd.).

### ***Die Anfänge des Modellprogramms***

Das Modellprogramm wurde von den Projektbegründern Prof.in Dr.in Katharina Gröning und Dr. Heinrich Lienker ins Leben gerufen. Grundlegend für die Entwicklung des Modellvorhabens waren Erkenntnisse aus vorangegangenen Studien, an denen die Projektbegründer maßgeblich beteiligt waren oder diese gar initiiert haben.<sup>13</sup> Basierend auf den genannten Tatsachen und den Erfahrungen der Projektbegründer wurde ein Projektantrag „für das Modellvorhaben zur Entwicklung von Unterstützungsstrukturen für die Vorbereitung der häuslichen Pflege im Verbund von Krankenhäusern mit Volkshochschulen und Familienbildungsstätten im Ruhrgebiet und Ostwestfalen-Lippe“ im Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie (MGSFF) NRW gestellt und für eine Laufzeit von drei Jahren bewilligt. Die Umsetzung des Modellprogramms „Familiale Pflege“ begann unter der Förderung des Gesundheitsministeriums NRW ab Mai 2004 an der Universität Bielefeld – genauer an der Fakultät für Erziehungswissenschaft, AG7 – und wurde in Kooperation mit IN CONSULT, eine Beratungsgesellschaft für Innovation und Qualitätsentwicklung mbH, sowie dem Haus Neuland, ein anerkannter Träger der Weiterbildung, durchgeführt.

Fokussiert hat sich das Modellvorhaben zunächst auf die Exploration, exemplarische Bestandsaufnahme und Entwicklung von Unterstützungsstrukturen für die Vorbereitung der häuslichen Pflege im Verbund von Krankenhäusern mit Volkshochschulen und Familienbildungsstätten im Ruhrgebiet und in Ostwestfalen-Lippe. Um sich ein Bild der Praxis der Angehörigenbildung zu machen, wurden zwei explorative Befragungen im Einzugsbereich des Projektes durchgeführt (vgl. Gröning 2011, S. 7). Im Ergebnis der ersten Befragung zeigte sich ein vorwiegend dozierend- und verrichtungsorientiertes Bild. Der Fokus lag allein auf der Vermittlung praktischen Wissens. Psychosoziale Aspekte und generative Sorge waren für die Mehrheit der Bildungsträger keine Basis für Bildungsangebote (vgl. ebd., S. 8). Dieses Bild bestätigte sich auch in der zweiten Befragung. Zudem fehlten Gesellschafts- und Sozialtheorien gänzlich und damit auch Themen wie innerfamiliäre Gerechtigkeit, Ehepartnerpflege und Geschlechtersensibilität (vgl. ebd., S. 9). Resümierend wurde festgestellt, dass die Praxis der vorgefundenen Pflegekurse den Zielen des § 45 SGB XI kaum entsprochen hat (vgl. Gröning 2018, S. 1).

Damit die Familien die Entwicklungsaufgabe der generativen Sorge auch bewerkstelligen können, wurden von den Projektbegründern entsprechende Angebote der Information, Bildung, Beratung und Schulung bereits im Übergang vom Krankenhaus in die Häuslichkeit, durchgeführt

---

<sup>13</sup> Siehe hierzu nachfolgende Projekte: Angehörigenarbeit in Altenhilfeeinrichtungen (1999 bis 2001), gefördert von der Stiftung des Landes Nordrhein-Westfalen für Wohlfahrtspflege – Innovationen von innen. Gesundheitsregion Ostwestfalen-Lippe und berufliche Praxis (2001 bis 2002), Anforschungsprojekt im Auftrag des MSWF NRW – Qualitätsentwicklung in der häuslichen Versorgung demenziell Erkrankter (2001 bis 2004), gefördert vom MGSFF NRW – Migrantinnen in der Pflege (2002 bis 2004), gefördert vom MGSFF NRW.

von Volkshochschulen und Familienbildungsstätten, als zielführend erachtet. Die Bereitschaft zum Kompetenzerwerb wurde insbesondere in der akuten Situation im Krankenhaus als besonders groß eingeschätzt (vgl. Gröning, Fischer & Lienker 2004, S. 5).

Es hat sich jedoch schnell herausgestellt, dass der Themenkomplex Hochaltrigkeit, Pflegebedürftigkeit und demografischer Wandel wenig Anklang bei den umsetzenden Akteuren gefunden hat. Eine längerfristige Kooperation allein mit Volkshochschulen und Familienbildungsstätten war in diesem Sinne nicht zielführend. Resonanz haben die Projektbegründer hingegen bei Pflegedirektionen und Pflegekräften in Krankenhäusern gefunden. In Gesprächen haben diese auf die pflegerisch induzierten Wiedereinweisungen und die damit verbundenen Drehtüreffekte hingewiesen. Zusammen mit diesen 25 Krankenhäusern wurden Bildungsangebote für Familien, deren pflegebedürftige Angehörige zu Hause versorgt werden sollten, entwickelt.

Nach ersten fundierten Erkenntnissen zur Einführung der Fallpauschalen in den Krankenhäusern und zur häuslichen Pflege wurde im Jahr 2005 für leitende Pflegekräfte und Direktionen interessierter Krankenhäuser eine Auftaktveranstaltung durchgeführt. Diese bildete zugleich die Basis für die weitere Entwicklungspartnerschaft. Fokussiert wurden die Probleme der Beratung von pflegenden Angehörigen im Krankenhaus sowie die Durchführung von somatischen Initialpflegekursen und Initialpflegekursen für Angehörige von demenziell erkrankten Menschen (vgl. Gröning 2007, S. 3). Gemeinsam mit den Pflegefachkräften der beteiligten Krankenhäuser wurde für die neue Rolle der Begriff „Pflegetrainer\*in“ definiert und erste Instrumente für die praktische Umsetzung entwickelt. Den Übergang vom Krankenhaus in die poststationäre Versorgung gestalteten sodann die Pflegefachkräfte als sogenannte Pflegetrainer\*innen des Modellprogramms. Die Umsetzung erfolgte dann in den Modellregionen Ruhrgebiet und Ost-Westfalen.

Zu Beginn war die Teilnahme an weiterqualifizierenden Workshops Voraussetzung für die Umsetzung des Modellprogramms. Später und noch bis heute ist es die Teilnahme an der Wissenschaftlichen Weiterbildung (WWB). Diese gilt zugleich als „Nukleus für die Kompetenzförderung der Promotoren“ (Gröning, Lienker & Sander 2017, S. 12). Ausgehend von den ersten Anfängen wurde 2007 von den Projektbegründern ein Antrag auf Fortsetzung des Modellvorhabens zur Entwicklung von Unterstützungsstrukturen für die Vorbereitung der häuslichen Pflege beim Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen gestellt (vgl. Gröning 2007). Zu dem Zeitpunkt waren bereits 30 Krankenhäuser sowie verschiedene Volkshochschulen und Familienbildungsstätten an dem Projekt beteiligt (vgl. ebd., S. 3). In 2008 hat sich das Ministerium als offizieller Förderer zurückgezogen, gilt aber gemäß der Kooperationsvereinbarung weiterhin als stiller Förderer. Die Förderung des Modellprogramms lag fortan allein bei den AOKs, damals in Regie der AOK Westfalen-Lippe und AOK Rheinland-Hamburg.

### ***Der Rahmen des Modellprogramms***

Auf Initiative des MAGS sind die AOKs Rheinland-Hamburg und Westfalen-Lippe 2006 in das Modellprogramm eingestiegen. Die neue Kooperation zwischen dem Ministerium, den AOKs und der Universität Bielefeld wurde anhand einer Vereinbarung geschlossen. Seitdem wird das Modellprogramm „Familiale Pflege“ über den § 45 SGB XI als Pflegekurs definiert und finanziert. Damit bildet das SGB XI den Rahmen des Modellprogramms. Der § 45 umfasst dabei die Vermittlung von Fertigkeiten zur Verrichtung, Schulung und Förderung von pflegerischem

Engagement. Die Pflege und Betreuung sollen zudem erleichtert, Belastungen gemindert und vorgebeugt werden. Diese Ziele legen einen reflexiven und kommunikativen Bildungsbegriff nahe, der auch der Ausrichtung der Familialen Pflege entspricht (vgl. Gröning 2018).

Die Förderung und Stärkung des sozialen Engagements für die Pflege, wie es der § 45 SGB XI vorsieht, wurde bereits zu Beginn des Modellprogramms durch die spezifische Definition der Sorge für einen Pflegebedürftigen als psychosoziale Entwicklungsaufgabe in Familien neu konzipiert. Dieser Ansatz war zugleich die Basis, um das Thema im Kontext von Bildungsprozessen für Angehörige zu bearbeiten. Mit dem Ziel der Bildung von familialen Pflegenetzwerken wurden auf der Basis einer Ethik der gemeinsamen Sorge und innerfamilialen Gerechtigkeit die didaktischen Konzepte erarbeitet (vgl. ebd. 2018, S. 1). In diesem Zusammenhang versteht das Modellprogramm Bildung als eine Ressource der Lebensbewältigung und ermöglicht so den Krankenhäusern, einen Paradigmenwechsel in der Überleitung von der stationären in die familiäre Pflege zu vollziehen. Diese radikale Neuentwicklung der Bildung und Beratung für pflegende Angehörige ist ein Alleinstellungsmerkmal des Modellprogramms.

### ***Kooperation und Teilnahme***

Die Grundlage für die Teilnahme von Krankenhäusern am Modellprogramm bildet ein Dreiecksvertrag zwischen den AOKs (vertreten durch die zuständige Regionaldirektion), dem Krankenhaus selbst und der Universität Bielefeld. Die AOKs stellen die notwendigen Mittel für die Umsetzung zur Verfügung. Die Universität Bielefeld verwaltet diese Mittel treuhänderisch und ist für die Implementierung des Modellprogramms in die Krankenhäuser und die damit verbundene Weiterbildung von Pflegetrainer\*innen und deren Beratung im Umsetzungsprozess verantwortlich. Das Krankenhaus erklärt sich bereit, das Modellprogramm in die hauseigenen Strukturen zu implementieren und examinierte Pflegekräfte zum/zur Pflegetrainer\*in weiterzubilden zu lassen.

## Ausweitung und Weiterentwicklung

### *Regionales Wachstum*

Mit der Fortführung des Modellprogramms entwickelte sich auch der Bedarf nach einer Ausweitung auf weitere Krankenhäuser. Eine erste Ausweitung im Zuständigkeitsbereich der Beteiligten AOKs wurde für 2008 vereinbart. Nicht zuletzt wegen des großen Erfolges und Bedarfes der pflegenden Angehörigen haben die AOKs in den Jahren 2009 bis 2010 dann das Signal zur weiteren Expansion des Modellprogramms gegeben. Die Fusionierung zwischen der AOK Rheinland und der AOK Hamburg zur AOK Rheinland/Hamburg (bereits 2006) ermöglichte zusätzlich die bundeslandübergreifende Ausweitung des Modellprogramms. Ziel war es nun eine flächendeckende Umsetzung zu erreichen und das Modellprogramm auf das Münsterland, Südwestfalen, das restliche Rheinland sowie Hamburg auszuweiten. Dies hatte sowohl interne als auch externe Prozesse zur Folge. Neben den jährlich stattfindenden Wissenschaftlichen Weiterbildungen und Projektforen in Westfalen und im Rheinland wurden weitere wissenschaftliche Mitarbeiter eingestellt, es wurde ein Controlling eingerichtet und die Konzepte aufbauend auf den ersten Erfahrungen der Pflegetrainer\*innen wurden weiterentwickelt.

Nach einem Besuch im Landtag von Nordrhein-Westfalen kam 2011 die Wende. Das Ministerium hat ein strukturpolitisches Interesse am Modellprogramm bekundet. In der Förderung erfolgte eine Umstellung auf Zuwendungsbescheide und die Umsetzung des Modellprogramms wurde als Tätigkeit im Sinne des Gemeinwohls definiert. Damit konnten erstmalig Verbesserungen in den Förderkonditionen mit den Mittelgebern der AOKs ausgehandelt werden. Im Jahr 2012 erfolgte zugleich das Signal zur Ausweitung auf Schleswig-Holstein. Hintergrund war, dass die AOK Westfalen-Lippe mit der AOK Nord zur AOK NORDWEST fusionierte. Im darauffolgenden Jahr fand dann die erste Wissenschaftliche Weiterbildung für Akut-Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen in Schleswig-Holstein statt. Somit waren nun Krankenhäuser aus drei Bundesländern am Modellprogramm beteiligt.

Mit der konstanten Steigerung der Zahl teilnehmender Krankenhäuser konnte auch eine jährliche Steigerung von am Modellprogramm teilnehmenden pflegenden Angehörigen erreicht werden. Die nachfolgende Grafik verdeutlicht diese Entwicklung.

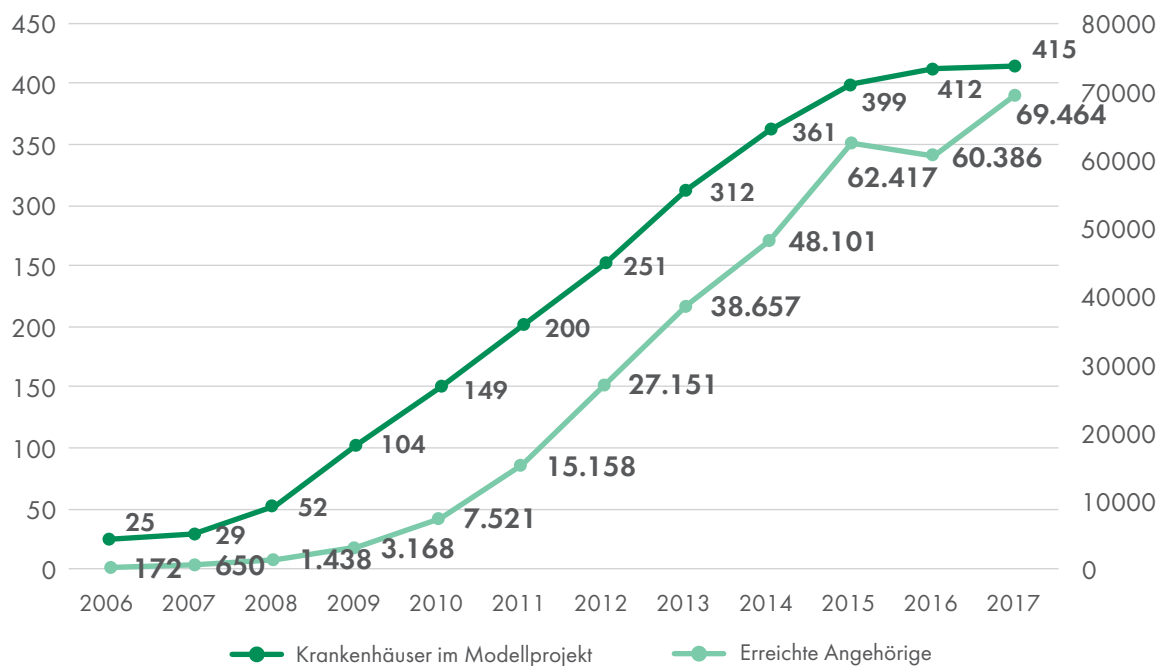


Abbildung 1: Beteiligte Krankenhäuser und erreichte Angehörige im Modellprogramm „Familiale Pflege“ 2006-2017<sup>14</sup>

Heute sind mehr als 400 Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen, Hamburg und Schleswig-Holstein am Modellprogramm beteiligt. Gemeinsam werden nahezu 70.000 pflegende Angehörige erreicht. Gleichzeitig entwickelt sich die Ausrichtung vom exogenen zum endogenen Wachstum.

### Qualitative Weiterentwicklung

Neben der quantitativen Durchdringung rückt auch die qualitative Implementierung des Modellprogramms in die Krankenhausstruktur immer mehr in den Fokus. Im Februar 2012 fand erstmals ein Workshop im Rahmen eines Projektforums zum Thema „EDV-gestützte Kommunikation als Instrument des Entlassungsmanagements bzw. der Pflegeüberleitung“ statt. Im Mittelpunkt der Betrachtung standen zwei Anwendungsbeispiele und Fragen wie: Welche Indikatoren erweisen sich als sinnvoll, wie gelingt flankierend die Information und Beteiligung der Akteure, welche Systementwicklungen bedarf es hierfür (vgl. Modellprogramm Familiale Pflege 2012)? In den darauffolgenden Jahren folgten weitere Projektforen zur EDV-gestützten Kommunikation und das Ressort-EDV wurde für das Modellprogramm an der Universität geschaffen. Fortlaufend arbeitet das Modellprogramm an der stetigen Verbesserung der Implementierung in die Krankenhausstruktur und damit verbunden auch am Meldewesen. Als zielführend wurde die Erfassung und Sichtbarmachung von Patient\*innen mit Pflegestufe und/oder Demenz ab 75 Jahren im System deklariert. Unterstützt wurde dieser Ansatz vom Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2015, später auch vom Krankenhausplan Schleswig-Holstein 2017. Für eine Systemkostenminimierung und Erhöhung des Durchdringungsgrades des Modellprogramms im Krankenhaus ist ein funktionierendes Meldewesen unabdingbar (s. Waterböhr in dieser Ausgabe).

Um Mitarbeiter\*innen der teilnehmenden Krankenhäuser für das Thema der Bildung und Beratung von Angehörigen im Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege zu sensibilisieren,

<sup>14</sup> Daten entnommen aus der jährlichen Evaluation des Modellprogramms.

ein erhöhtes Bewusstsein für pflegebedürftige Patienten zu schaffen und die Projektimplementierung zu stärken, können die wissenschaftlichen Mitarbeiter\*innen den beteiligten Krankenhäusern seit 2012 eine interne Fortbildung in Form einer Inhouse-Schulung anbieten.

Im gleichen Zeitraum wurde vom Projekt eine inhaltliche Anpassung der Fördervoraussetzungen für die Teilnahme psychiatrischer Krankenhäuser vorgeschlagen. Die Förderkriterien waren bislang zu eng an den somatischen Krankheitsbildern angelehnt und sollten eine Öffnung hin zur Psychiatrie erfahren (vgl. Gröning, Lienker & Sander 2012). Durch die Weiterbildung von Pflegetrainer\*innen in der Psychiatrie soll es gelingen „Angehörige zu befähigen und zu ermutigen, sich psychiatrisch kranken Familienmitgliedern und Bekannten zuzuwenden und – oft gemeinsam mit Professionellen – die Pflege zu übernehmen“ (Modellprogramm Familiäre Pflege 2013). (siehe Bergenthal in dieser Ausgabe) 2013 wurde dann die erste Wissenschaftliche Weiterbildung speziell für Psychiatrien im Rheinland angeboten. Es folgte eine weitere WWB speziell für Psychiatrien in Nordrhein-Westfalen und 2015 in Schleswig-Holstein. Heute sind mit über 400 Teilnahmen die meisten Krankenhäuser aus den drei Bundesländern am Modellprogramm beteiligt und der Bedarf an mehreren grundständigen Weiterbildungen pro Jahr sinkt. So finden beispielsweise keine Weiterbildungen mehr speziell für Psychiatrien statt. Seit 2017 wird stattdessen eine ausgedehnte acht-tägige (bislang waren es sechs Tage) grundständige Wissenschaftliche Weiterbildung für Krankenhäuser aller Fachrichtungen angeboten.

Zudem wurden seit 2016 erste Wissenschaftliche Aufbauweiterbildungen initiiert. Schließlich sind nach 14 Jahren Modellprogramm nicht nur die Rollen- und Systementwicklungen der Pflegetrainer\*innen weit fortgeschritten, auch die Teilnahme an der WWB ist für viele Pflegetrainer\*innen entsprechend lange her. Mit der Zeit hat sich der Wissenstransfer verändert und neue Themen sind hinzugekommen.

Nachdem das regionale Wachstum und die qualitative Weiterentwicklung erläutert wurde, richtet sich nun das Augenmerk auf die Entwicklung der Förderinstrumente des Modellprogramms. Mit Blick auf die Instrumentalisierung der Familialen Pflege steht vor allem die Leitfrage, worauf wir in der Praxis gestoßen sind und was daraus entstanden ist, im Mittelpunkt der Betrachtung.

## Die Förderinstrumente des Modellprogramms

Für die stetige Weiterentwicklung des Modellprogramms sind verschiedene Projektinnovationen ausschlaggebend. Von Beginn an ist der Wissenstransfer „[f]ür die Implementation eines flächendeckenden, kontinuierlichen und qualitativ hochwertigen Unterstützungsangebots für pflegende Familien“ (Gröning, Lienker & Sander 2017, S. 12) von zentraler Bedeutung und ein besonderes Merkmal des Modellprogramms. Hierzu gehören unter anderem die Wissenschaftlichen Weiterbildungen, Projektforen und Entwicklungsgruppen. Diesen Angeboten ist gemeinsam, dass Theorie und Praxis miteinander verwoben sind und wissenschaftliches Wissen durch die Pflegetrainer\*innen anhand von Fallbeispielen exemplifiziert, validiert und in Diskussionen reflektiert wird. In gemeinsamen Diskussionen werden die Rolle als Pflegetrainer\*in und die damit einhergehenden Erfahrungen in der Lebenswelt der pflegenden Angehörigen thematisiert, die individuellen Bedarfe dieser offen gelegt und besprochen, so wird zugleich ein erhöhtes Problembewusstsein auch bei den Projektmitarbeiter\*innen geschaffen. Durch den reflexiven Austausch mit den umsetzenden Akteuren von Anfang an, später auch durch die jährliche Evaluation und Erstellung von Sonderberichten, generiert die Universität neues Wissen. Dieses mündet in innovative Konzepte für die Umsetzung des Modellprogramms und fördert die ständige Verbesserung und Anpassung der Förderinstrumente an den sich entwickelnden Bedarfen (vgl. ebd., S. 12).

Mit Stand 2017 umfasst das Modellprogramm folgende Förderinstrumente:

- **Erstgespräche (EG),**
- **Familienberatungsgespräche (FBG),**
- **einzelfallbezogene Pflegetrainings (EPT) im Krankenhaus,**
- **aufsuchende Pflegetrainings (APT) in der häuslichen Umgebung,**
- **Qualitätschecks (QS) vor der Entlassung,**
- **Qualitätschecks (QS) nach der Entlassung,**
- **Pflegetraining zur Kompetenzförderung Medikamente (seit Januar 2018),**
- **Initialpflegekurs (IPK) mit drei Schwerpunkten,**
  - **Somatisch** ausgerichtete **Initialpflegekurse;**
  - Initialpflegekurse mit dem Schwerpunkt **Demenz;**
  - **Initialpflegekurse** für pflegende Angehörige **im Übergang von der Psychiatrie in die Familie**
- und **Angehörigenbildungsgruppen** (auch Gesprächskreise genannt) (vgl. Gröning, Lebeda & Waterböhr 2017, S. 7).



Auf einem Blick lässt sich die Entwicklung der Förderinstrumente wie folgt darstellen:

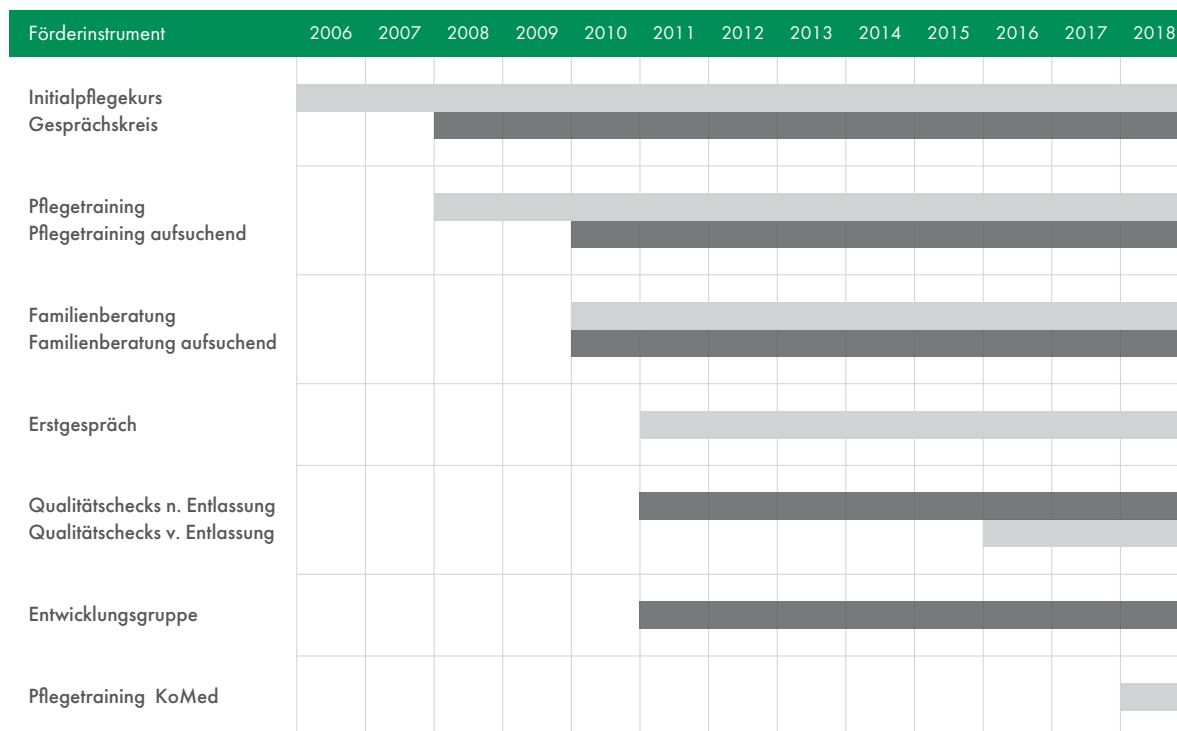


Abbildung 2: Entwicklung der Förderinstrumente im Modellprogramm „Familiale Pflege“ 2006 bis 2017

Die genannten Förderinstrumente waren jedoch nicht von Anfang in der Form vorhanden. Angefangen hat alles mit Initialpflegekursen. Mit der Zeit sind weitere Angebote hinzugekommen. Wie und warum sich die einzelnen Förderinstrumente entwickelt haben, wird im nachfolgenden Kapitel näher beschrieben.

## Entstehung und Weiterentwicklung der Förderinstrumente durch Evaluation und Wissenstransfer

Neben dem reflexiven Austausch mit den Pflegetrainer\*innen wird die flächendeckende Umsetzung des Bildungsangebotes im Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege durch permanente Evaluation und Weiterentwicklung der Angebote sichergestellt. Die Evaluation hat sich nicht zuletzt aufgrund der Anbindung an die Universität Bielefeld herausgebildet. Zugleich verbindet diese die Arbeit der Pflegetrainer\*innen aus dem praktischen Feld mit der theoretischen (Weiter-)Entwicklung von Konzepten und Ausbildungsinhalten des Modellprogramms. In Form von jährlichen Evaluationsberichten und Sonderberichten zu Schwerpunktthemen (darunter Patienten mit Demenz, Ehepartnerpflege, Hilfsmittelversorgung, Patienten im Übergang vom Akutkrankenhaus in die Psychiatrie) generiert die Universität Bielefeld einen wissenschaftlichen Output. In all diesen Schwerpunktbereichen zeigen sich erhebliche Probleme des Gesundheitssystems hinsichtlich Fehlversorgung und gefährlicher Versorgung.

Basierend auf der Umsetzungsforschung werden zentrale Erkenntnisse mit den Projektbeteiligten im Sinne einer Koproduktion ausgetauscht. Dieser Wissenstransfer ist ein zentrales Merkmal des

Modellprogramms und ermöglicht die kontinuierliche Weiterentwicklung der Ausbildungsinhalte einerseits und der Förderangebote andererseits gemäß der sich entwickelnden Bedarfe. Durch den stetigen Austausch können zudem konzeptuelle Schwachstellen identifiziert und gezielt verbessert werden. Letztlich profitieren die pflegenden Familien von dem sich weiterentwickelndem Modellprogramm.

Wie der Wissenstransfer, die Evaluation und Sonderberichte mit der Weiterentwicklung der Förderinstrumente zusammenhängen, wird in den nachfolgenden Teilkapiteln näher beleuchtet. Ein besonderes Augenmerk richtet sich hierbei auf die spezifischen Entwicklungen im Themenfeld Demenz, die sich nicht nur auf die Entwicklung der Förderinstrumente oder die wissenschaftlichen Weiterbildungsinhalte, sondern auch auf die Implementierungs- und Bildungsprozesse im Krankenhaus ausdehnen. Am Beispiel des Qualitätschecks wird die Verzahnung zwischen Wissenschaft, Praxis und Förderinstrumenten eingehender betrachtet. Nicht immer können relevante Themen im Rahmen des Projektes weiterverfolgt werden, wie abschließend am Beispiel „Pflegetrainings unter erschwerten Bedingungen“ deutlich wird.

### ***Vom Initialpflegekurs zum Pflegetraining – Gesprächskreise als weitere Ergänzung***

Basierend auf explorativen Erhebungen haben die Projektbegründer ein Rahmencurriculum für die Qualifizierung von pflegenden Angehörigen im Übergang vom Krankenhaus in die poststationäre Versorgung erarbeitet. Dem Krankenhaus kommt hierbei eine Schlüsselposition zu, da Angehörige und Familien vielleicht zum ersten Mal mit der Entscheidung zur Pflege- und Sorgeübernahme konfrontiert werden und eine kritische Entscheidungssituation entsteht. Für die Gestaltung des künftigen Pflegesettings können im Krankenhaus bereits erste Weichen gestellt werden. Der Initialpflegekurs übernimmt hierbei eine zentrale Brückenfunktion. In den Anfängen des Modellprogramms wird dieser in Kooperation mit Volkshochschulen und Familienbildungsstätten unter dem Dach des Krankenhauses angeboten, später in der Regel von den weitergebildeten Pflegetrainer\*innen selbst (vgl. Gröning, Hansel, Lienker & Röwekamp 2005, S. 16). Das Konzept der Initialpflegekurse (IPK) dient der Initiierung eines langfristigen Unterstützungs- und Begleitungsprozesses der Angehörigen und ebnet den Weg zu weiteren Angeboten (vgl. Modellprogramm Familiäre Pflege 2005, S. 3f.). Im reflexiven Austausch mit den ersten weitergebildeten Pflegetrainer\*innen wurde das Konzept verfeinert und 2006 in die praktische Erprobung überführt. Das Angebot umfasst drei Einheiten à 4 Unterrichtsstunden und richtet sich an Pflegende und Interessierte.

Der IPK hatte zum Ziel, dass auch in andere poststationäre Netzwerke übergeleitet wird. Doch gerade auf dem Land sind die Strukturen häufig ausgedünnt und Angebote nicht immer vorhanden. Um überhaupt eine Möglichkeit der sozialen Vernetzung zu schaffen, ist die Idee der Angehörigengruppen in Form eines Gesprächskreises aufgekommen. Das fortlaufende Gesprächsangebot und der regelmäßige Austausch mit anderen pflegenden Angehörigen fördert die Stabilisierung des Settings zusätzlich (vgl. Gröning, Lebeda & Waterböhr 2017, S. 50). „Einem Abgleiten der Angehörigen in die Isolation soll auf diese Weise vorgebeugt werden“ (ebd., S. 50).

Im Rahmen der Initialpflegekurse haben die Pflegetrainer\*innen über die Erzählungen der pflegenden Angehörigen Zugang zur Lebenswelt, den Problemlagen und Nöten, Hilfesuchen, aber auch zu den Erfolgen pflegender Familien. Neben den Bewältigungsschwierigkeiten der psychosozialen Entwicklungsaufgabe erfuhren sie von Problemen der Fehlversorgung von Hilfsmitteln, von mangelndem pflegerischen Wissen, von unvorbereiteten Entlassungen und waren mit der Hilflosigkeit der Angehörigen, einen funktionierenden Alltag zu organisieren, konfrontiert. Zugleich befeuerten diese Probleme Konflikte in Familien und Schuldzuweisungen an die pflegebedürftigen Personen. Es kristallisierte sich heraus, dass die Initialpflegekurse allein nicht den Bedarf an praktischer Anleitung und Beratung der pflegenden Angehörigen decken. „Denn die Kompetenzen für die Übernahme von Pflege sind in den Familien in der Regel nicht vorab vorhanden, sondern müssen zunächst erworben werden“ (Gröning, Lienker & Radtke-Röwekamp 2008, S. 4). Einzelfallbezogene Pflegetrainings, die als besonderen Teil der Bildungs- und Beratungsangebote für pflegende Angehörige im Krankenhaus umgesetzt werden, sollten fortan das Angebot ergänzen (vgl. Gröning & Röwekamp 2006, S. 3).

Mit dem Angebot von Pflegetrainings im Krankenhaus haben die Pflegetrainer\*innen die Möglichkeit, personenbezogene und familienbezogene Hilfeprozesse auf den Weg zu bringen und durch individuelle Beratung, Information sowie Praxisanleitung den jeweiligen Bedarfen der pflegenden Angehörigen gerecht zu werden. Ziel ist es, die Kompetenzen der pflegende Angehörige für die häusliche Versorgung zu stärken, Wissen und Sicherheit im Umgang mit notwendigen Pflegehandlungen zu vermitteln und so mögliche Pflegefehler oder Überforderungen frühzeitig zu vermeiden (vgl. Gröning, Lebeda & Waterböhr 2017, S. 23f.). Anfangs war die Durchführung der Pflegetrainings zunächst auf eine Anzahl von maximal fünf pro Fall begrenzt, später wurde diese jedoch aufgrund des hohen Bedarfes aufgehoben (vgl. Gröning & Röwekamp 2006, S. 11).

### ***Demenz – ein Innovationsfeld***

Bereits in der frühen Umsetzungsphase machten die Belange der Kursteilnehmer deutlich, dass das Thema Demenz einer intensiveren Beachtung und Bearbeitung bedarf. Es war bereits bekannt, dass der Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege von vielen Angehörigen als krisenhaft beschrieben wird, dies gilt im Besonderen für den Übergang von Patient\*innen mit Demenz. Schließlich kann ein Krankenhausaufenthalt die Demenzsymptomatik (zeitweilig) verschärfen. Um einen gelingenden Alltag mit an Demenz erkrankten Menschen gestalten zu können, spielen Bildungs- und Beratungsangebote unter dem Dach des Krankenhauses eine wichtige Rolle (vgl. Modellprogramm Familiäre Pflege 2010). In der Folge wurde ein Curriculum für einen Initialpflegekurs für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz auf den Weg gebracht.

Zudem wurde deutlich, dass auch die Pflegetrainer\*innen des Modellprogramms einer entsprechenden Weiterbildung im Bereich Demenz bedürfen. Aufbauend auf der grundständigen WWB wurde eine Wissenschaftliche Weiterbildung speziell zum Thema „Gelingender Alltag mit demenziell erkrankten Menschen in der familialen Pflege“ angeboten. Ziel war, dass die Pflegetrainer\*innen dieses Wissen mit den pflegenden Angehörigen teilen. Zusätzlich sollte die Umsetzung des Initialpflegekurses Demenz gestärkt werden. Heute gehört das Thema Demenz

bis 2020 zum Innovationsfeld des Modellprogramms. In der Zwischenzeit haben verschiedene explorative Entdeckungen, generiert aus dem Wissenstransfer, zur entsprechenden Forcierung beigetragen.

Einen Auftakt hierfür bildete im September 2013 das Projektforum zum Thema „Demenz im Krankenhaus, Herausforderungen und Konzepte“. Ziel war eine erste Bestandsaufnahme demenzsensibler Konzepte, die sich in den beteiligten Krankenhäusern bereits in der Umsetzung befinden, vorhandenes Wissen zu sammeln und auch anderen Projektbeteiligten zugänglich zu machen. Darüber hinaus wurde der fachliche Diskurs aufgegriffen, eine Sensibilisierung in der beruflichen Praxis für das Thema Demenz im Krankenhaus gefordert und der Ansatz „Zehn Punkte für einen anderen Umgang mit Demenz“ von der Projektleitung vorgestellt (vgl. Gröning 2013). Um der immer noch weitestgehend fehlenden Demenzsensibilisierung in Akutkrankenhäusern entgegen zu wirken, und den Fokus von Demenz zu stärken, wurde zunächst die WWB Demenz auf vier Tage ausgedehnt.

Auch in den Projektstudien wurde das Thema „Demenz im Krankenhaus“ explorativ untersucht, ausgewertet und im Rahmen eines Sonderberichtes veröffentlicht (Gröning, Lagedroste & Weigel 2015). Hierfür bildete das Wissen und die Erfahrungen der Pflegetrainer\*innen die Grundlage. Im Kern zeigte sich, dass Patienten mit Demenz im Vergleich zu rein somatisch Erkrankten nicht nur Angehörige und pflegende Familien vor einen anderen Betreuungs- und Pflegeanspruch stellen, sondern auch Krankenhäuser und deren Mitarbeiter\*innen. Deutlich wurde zudem, dass der lebensweltliche Versorgungsanspruch mit der bestehenden Sachzwang-Logik und ökonomischen Ausrichtung des Krankenhauses differiert. Das besondere Bedürfnis nach Halt, Bindung und Beziehung, auch Reaktionen wie Angst, Unruhe und Aggressionen, die dem Versuch zur Normalisierung entspringen, bleiben häufig unverstanden. Stattdessen werden Patient\*innen mit Demenz nicht nur von den Mitarbeiter\*innen, sondern auch von anderen Patient\*innen im Akutkrankenhaus als störend empfunden. Die Folge sind Handlungsmaßnahmen wie Sedieren, Fixieren und Verlegen (vgl. ebd., S. 54).

Zusätzlich wurden die Evaluationsbögen der Initialpflegekurse zu Demenz ausgewertet. Die Ergebnisse verstärkten die Wahrnehmung, dass die Versorgung von Menschen mit Demenz im Vergleich zur Versorgung von rein somatisch erkrankten Pflegebedürftigen eine stärkere seelische Belastung birgt (vgl. Modellprogramm Familiäre Pflege 2015, S. 6). Umso wichtiger ist es, den Angehörigen die Bildung und Beratung zu geben, die sie benötigen, um die Pflegeübernahme zu gewährleisten.

Die Unsicherheit der Pflegetrainer\*innen im Bereich Demenz machte jedoch auch deutlich, dass Wissen über Demenz im Krankenhaus nicht einfach vorhanden ist, sondern vielmehr auf spezifischen Fortbildungen Einzelner zum Themenbereich Demenz fußt. Aus den vorliegenden Erfahrungen und Ergebnissen ließ sich die Dringlichkeit einer zweiten Säule Demenz, auch in Bezug auf die Implementierung des Modellprogramms in den Krankenhäusern, schlussfolgern. Um zu erfahren, welche Pflegetrainer\*innen bereits neben ihrer Tätigkeit als Pflegetrainer\*in einen Schwerpunkt im Bereich Demenz haben und welche Angebote in den Krankenhäusern mittlerweile umgesetzt werden, wurde für 2016 eine Umfrage zur Umsetzung von demenzspezifischen Konzepten im Krankenhaus konzeptioniert und in den Umlauf gebracht. Ziel war einerseits eine Bestandsaufnahme, andererseits tiefere Informationen zu den demenzsensiblen

Konzepten zu erhalten. Erste Ergebnisse wurden dann auf dem Projektforum zum Thema „Pfle-gegrade“ im März 2017 präsentiert und veranschaulichen, dass demenzsensible Krankenhäuser keine Selbstverständlichkeit sind. Immer mehr Krankenhäuser machen sich auf dem Weg und integrieren demenzsensible Konzepte. Einige sind exemplarisch aufgeführt. Einzelne Pflegetrainer\*innen entwickeln sogar einen Schwerpunkt im Bereich Demenz und tragen so zu einer demenzsensiblen Entlassung bei. Aus den Ergebnissen der Umfrage, den Rückmeldungen der Pflegetrainer\*innen und den bisherigen Erfahrungen im Modellprogramm wurden Handlungsempfehlungen für die Entwicklung eines demenzsensiblen Krankenhauses geschlussfolgert (dazu Gröning & Schiller 2018). Diese Erkenntnisse werden den Projektbeteiligten zur Verfügung gestellt. Einerseits über die Publikation, andererseits in Diskussionen beispielsweise im Rahmen der Entwicklungsgruppen oder in Jahresgesprächen.

Für die praktische Arbeit der Pflegetrainer\*innen, wurde zudem das Dementia Care Mapping stärker ins Auge gefasst, auf den WWBn vorgestellt und für die Integration in die eigene Arbeit als Pflegetrainer\*in geprüft. 2015 wurde im Rahmen einer Arbeitsgruppe ein person-zentriertes Beobachtungsinstrument zur psychosozialen Situation von pflegenden Familien entwickelt. Ziel ist es, „die Interaktionen von und mit der pflegebedürftigen Person, die verbale und analoge Kommunikation, die Temporalstrukturen (Zeitstrukturen), die Fähigkeit des Haltens sowie das Milieu“ (Lagedroste 2016) durch die Beobachtung einer z. B. schwierigen Situation im Rahmen eines Pflegetrainings näher zu betrachten und durch die Reflexion der Erkenntnisse mit den pflegenden Angehörigen zu einer Verbesserung der Interaktion beizutragen. Vorgestellt wurde der Bogen erstmalig 2016 im Rahmen der WWB Demenz in Schleswig-Holstein. In einem Pretest wurden Änderungsvorschläge der Pflegetrainer\*innen erhoben und eingearbeitet. Basierend auf dem gesammelten Wissen und den Erfahrungen der Pflegetrainer\*innen sollen zukünftig spezielle Konzepte für Pflegetrainings zum Themenkomplex Demenz erarbeitet werden.

### ***Im Übergang in die häusliche Versorgung – Aufsuchende Pflegetrainings und Familienberatungsgespräche***

Gemäß des SGB V umfasst die Krankenhausbehandlung „ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung“ (SGB V 2017, § 39 1a). Gleichzeitig wird der Übergang vom Krankenhaus in die Häuslichkeit jedoch als krisenanfällig und ursächlich beschrieben. Die Pflegetrainer\*innen hatten das Gefühl die Angehörigen noch nicht umfassend oder ausreichend auf die neue Situation vorbereitet zu haben. Sie berichteten teilweise von unguuten Gefühlen, von Fragen, „ob das wohl zu Hause gut geht ...“. Aus den Erfahrungen der Pflegetrainer\*innen haben sich Ideen entwickelt, Krankenhäuser mit der Fortführung der Patientenedukation und der Pflegetrainings auch im häuslichen Umfeld der Pflegebedürftigen zu beauftragen. Ziel der aufsuchenden Pflegetrainings ist die individuelle und bedarfsgerechte Beratung und Anleitung pflegender Angehöriger in der Lebenswelt der pflegebedürftigen Person. Untermauert wurde die Idee vom § 45 Absatz 1 SGB XI, der ebenfalls Schulungen für Angehörige in der häuslichen Umgebung vorsieht. Dazu gehört sowohl die Erleichterung und Verbesserung des Pflegesettings, der Pflege und Betreuung an sich als auch der Gestaltung des gesamten Alltags. Neben der Wissensvermittlung über konkrete Hilfen und ihre sinnvolle Integration in den Alltag gilt es die Rolle

als Pflegeperson und damit verbundene Fähigkeiten zu entwickeln, Erfahrungen zu reflektieren, den Erfahrungsaustausch mit anderen zu unterstützen und die Sorge um sich selbst zu stärken (vgl. Gröning 2018, S. 1f.).

In der unmittelbaren Folge wurde ein entsprechendes Instrument für Pfelegetrainings in der Häuslichkeit entworfen und ab 2010 mit dem Ziel „den Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege zu optimieren, die familiäre Pflege von Beginn an zu stabilisieren und Drehtüreffekte zu vermeiden“ (Gröning, Lebeda & Waterböhr 2017, S. 27) in die praktische Anwendung gebracht. Da das SGB XI den Modellrahmen bildet, sollte der Mitteleinsatz der Pflegekassen jedoch nur für Pfelegetrainings im Krankenhaus und anschließend aufsuchend in der Häuslichkeit im Rahmen des Modellprogramms erfolgen, wenn die Patienten eine Pflegestufe (heute Pflegegrad) haben oder erwarten. Ergänzend wurde die Sechs-Wochenfrist nach Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus als Begleitrahmen für die aufsuchenden Pfelegetrainings in der Häuslichkeit mit der AOK verhandelt und zunächst auf eine Anzahl von fünf Trainings begrenzt.

Mit der Zeit lernen die Pfelegetrainer\*innen die Informations-, Bildungs- und Beratungsbedarfe der pflegenden Angehörigen besser zu erkennen und zu verbalisieren. Neben den Bedarfen aufsuchender Pfelegetrainings formulierten die Pfelegetrainer\*innen die Erkenntnis, dass die pflegenden Familien neben dem Bedarf an Pfelegetechniken auch einen hohen Beratungsbedarf haben. Die Konfrontation mit der neuen oder veränderten Pflegebedürftigkeit eines Familienmitglieds stellt sich häufig als Krisensituation dar. Zudem wird die Pflege häufig nur von einer Person getragen. Die Sorge auf mehreren Schultern zu verteilen oder Geschlechtergerechtigkeit ist den Angehörigen zwar ein Begriff, aber längst nicht gelebte Realität. Für eine gelingende häusliche Versorgung erscheint ein Pflege-Netzwerk jedoch unerlässlich. Hierauf basierend wurde das Instrument der Familienberatungsgespräche sowohl im Krankenhaus als auch aufsuchend in der Häuslichkeit konzeptioniert.

*„In dieser von Zeit-, Entscheidungs- und Handlungsdruck geprägten Situation bieten die Familienberatungsgespräche den Angehörigen Zeit und Raum, die aktuelle Situation und ihre möglichen Konsequenzen zu realisieren und (vielleicht erstmalig) zu besprechen. Erst auf dieser Basis können tragfähige Entscheidungen getroffen und ggf. mit Unterstützung umgesetzt werden.“ (ebd., S. 36)*

Neben der allgemeinen Beratung geht es im Familienberatungsgespräch vor allem darum, die Entscheidungsprozesse zur Gestaltung einer häuslichen Pflege zu begleiten, familiäre Netzwerke aufzubauen und so die Hauptpflegeperson zu entlasten (vgl. ebd., S. 34 ff.).

### ***Das Erstgespräch – als Auftakt der Beratung***

In der reflexiven Auseinandersetzung mit den Pfelegetrainer\*innen über die praktischen Inhalte der Pfelegetrainings wurde deutlich, dass diese im Erstkontakt mit den Angehörigen zunächst verschiedene Informationen wie die aktuelle Situation, die pflegerischen Bedarfe und die pflegerischen Kompetenzen der Angehörigen ermitteln. Diese Informationen dienen als Grundlage für die Gestaltung individueller Pfelegetrainings und als Basis für eine gute Pflege- und Hilfeplanung (vgl. ebd., S. 18).

*„Dabei ist das Ziel, pflegenden Angehörigen ein ausreichendes Wissen, die notwendigen Fähigkeiten und Kompetenzen zu vermitteln, die sie benötigen, um die Konsequenzen der Pflegebedürftigkeit in den Alltag zu integrieren.“ (ebd.)*

Neben der Informationsgewinnung sind das anfängliche Kennenlernen, die Ansprache, das Angebot und der Kontrakt wichtige Voraussetzungen für ein tiefergehendes Arbeitsbündnis. Bislang fehlte jedoch der Rahmen für ein solches Erstgespräch und notwendige Informationen wurden eher beiläufig in den Pflegetrainings erfragt. Die genannten Aspekte mündeten 2011 in ein Konzept für sogenannte Erstgespräche.

### **Die Entwicklungsgruppen**

Die Notwendigkeit der anhaltenden Rollenentwicklung, der Beratung, von Fallbesprechungen und kollegialem Austausch der Pflegetrainer\*innen stieg parallel zur Ausweitung und Entwicklung der Projektinstrumente. Mit den Entwicklungsgruppen werden einerseits eine Verlängerung der Wissenschaftlichen Weiterbildung und andererseits ein qualifizierendes Begleitangebot der Pflegetrainer\*innen in der Programmumsetzung realisiert. Gleichzeitig dient die Entwicklungsgruppe als Beratungsfeld. Einmal im Quartal findet dieses Gruppentreffen mit Pflegetrainer\*innen aus verschiedenen Krankenhäusern – nach Region oder gemäß dem Verbund geordnet – statt. Eine professionelle Leitung (in der Regel der/die zuständige wissenschaftliche Berater\*in<sup>15</sup>) organisiert und unterstützt den Prozess in den Gruppensitzungen. Im Vordergrund steht hierbei die stetige Kompetenz- und Rollenentwicklung, der kollegiale und reflexive Austausch anhand von Fallbeispielen sowie der Wissenstransfer. Zentrale Ergebnisse der Sonderberichte und/oder der jährlichen Evaluation werden als wissenschaftlicher Input in die Entwicklungsgruppe gespiegelt, diskutiert und validiert. Diese Ergebnisse wiederum fließen in den Beratungsprozess ein und tragen zur stetigen Weiterentwicklung der Förderinstrumente bei. Dieser Austausch wird im Rahmen des Modellprogramms als ein Prozess des Wissenstransfers beschrieben (vgl. Gröning 2015).

### **Der Qualitätscheck zur Hilfsmittelversorgung**

Mit der Möglichkeit auch aufsuchend in der Familie tätig zu werden, haben die Pflegetrainer\*innen nicht länger nur einen erzählten Einblick in die Lebenswelt der pflegenden Familien erhalten, sondern auch einen realen. In der Häuslichkeit ist den Pflegetrainer\*innen im Besonderen die Hilfsmittelversorgung aufgefallen. Diese stellte sich häufig als problematisch oder nicht sichergestellt dar. Hierbei gab es sowohl ein zu viel als auch ein zu wenig: Pflegehilfsmittel wurden unvollständig, falsch oder gar nicht geliefert (vgl. Gröning, Lebeda & Waterböhr 2017, S. 30). Die Angehörigen fühlen sich nicht selten mit der komplexen Pflegesituation und der Anwendung der Pflegehilfsmittel überfordert. So berichteten Pflegetrainer\*innen von Hilfsmitteln, die zwar vorhanden waren, aber nicht benutzt wurden, weil die Handhabung nicht verstanden wurde. Ursache hierfür war eine unzureichende, nicht verstandene oder gar fehlende Erklärung. Für Nachfragen bei den Lieferanten blieb oft keine Zeit oder die Scham und Überforderung war

---

15 Die bereits genannte Kooperationsvereinbarung – geschlossen im Dreieck zwischen Krankenhaus, Universität Bielefeld und der zuständigen Regionaldirektion der AOK – bildet zugleich die Grundlage für das Mandat der Wissenschaftler\*innen als Berater\*innen tätig zu werden. In einem kontinuierlichen und individuellen Beratungsprozess begleiten die wissenschaftlichen Berater\*innen die Krankenhäuser und umsetzenden Promotoren u. a. bei der Projektimplementierung



in dem Moment einfach zu groß. Mit dem Ziel jene Überleitungen nachzusteuern und durch Überprüfung der Pflegehilfsmittel, Erklärung und Anleitung dieser einen adäquaten Umgang zu ermöglichen, wurde das Konzept des aufsuchenden Qualitätschecks entwickelt und ergänzt seit 2011 die Förderinstrumente.

2012 und 2013 wurde dann das Thema der nicht sichergestellten Pflege in den Projektstudien<sup>16</sup> exploriert. Hierfür wurden Pflegetrainer\*innen von Studierenden in Entwicklungsgruppen mittels Gruppendiskussionen zum genannten Thema befragt. Im Rahmen dessen haben die Pflegetrainer\*innen auch über die Hilfsmittelversorgung berichtet. Nach ersten Erkenntnissen stellte sich der Übergang vom Krankenhaus in die Häuslichkeit im Hinblick auf die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln noch immer als höchst instabil dar (vgl. Blumenkamp, von Kamen, Lagedroste & Seifen 2014, S. 4). Das Thema der Hilfsmittelversorgung geriet hierdurch in den Fokus und führte zu tiefergehenden Evaluationen innerhalb des Modellprogramms. Es folgte die Auswertung der eingereichten Dokumentationen für die Qualitätschecks und die Durchführung einer kurzen Online-Befragung von Pflegetrainer\*innen zur Hilfsmittelversorgung. Die Ergebnisse ließen Rückschlüsse zu, dass die Hilfsmittelversorgung nur in rund einem Drittel sichergestellt ist (vgl. ebd., S. 7). Viele Probleme bezüglich der Nutzung, Beantragung und Bewilligung resultieren aus der Schnittstelle zwischen Angehörigen und Institutionen (vgl. ebd., S. 9). Diese Ergebnisse wurden den Pflegetrainer\*innen wiederum zurückgespiegelt und gemeinsam diskutiert.

Basierend auf den gesammelten Erkenntnissen wurden 2015 Maßnahmen für eine bessere Sicherstellung der Hilfsmittelversorgung avisiert. So kam die Idee auf, aufsuchende Qualitätschecks bereits vor der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus anzubieten. Dies ermöglicht den Pflegetrainer\*innen vorab zu prüfen, welche Hilfsmittel notwendig und in der Lebenswelt der Patient\*innen Sinn ergeben, welche bereits vorhanden oder schlicht unnötig sind, um so einer eklatanten Fehl-, Unter oder Überversorgung von Pflegehilfsmitteln entgegenzuwirken. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit die Hilfsmittelversorgung für die poststationäre Versorgung zu optimieren, Entlassungen in improvisierte Pflegesettings zu vermeiden und die Planung der häuslichen Pflege durch individuelle und gezielte Beratung bzw. Anleitung zur Hilfsmittelversorgung und -anwendung frühzeitig zu unterstützen. Das Zusammenspiel zwischen den wissenschaftlichen Mitarbeiter\*innen und den im praktischen Feld arbeitenden Pflegetrainer\*innen führte in der Konsequenz zu einer notwendigen Anpassung der Förderinstrumente. Seit 2016 können folglich zwei Qualitätschecks pro Fall durchgeführt werden, zum einen vor der Entlassung, um die Hilfsmittelversorgung zu flankieren, und nach der Entlassung, um die Lieferung zu überprüfen, ggf. nachzusteuern und bei Bedarf anzuleiten.

Der Wissenstransfer zwischen den Pflegetrainer\*innen und weiteren Akteuren im Krankenhaus kann zusätzlich Prozesse optimieren. Die interne Vernetzung und der Informationsaustausch zwischen Pflegetrainer\*in und Sozialdienst beispielweise kann zu einer besseren Gestaltung des

---

16 Aufgrund der Anbindung an die Universität Bielefeld besteht bereits eine mehrjährige Verknüpfung zu den Projektstudien der Masterstudierenden der Fakultät für Erziehungswissenschaft. Diese Kooperation ermöglicht den Studierenden einen Zugang zu den Pflegetrainer\*innen einerseits oder pflegenden Angehörigen andererseits, um projektbezogene Themen wie z. B. „Demenz im Krankenhaus“ qualitativ zu erheben. Zentrale Erkenntnisse dieser Untersuchungen werden wiederum dem Modellprogramm zur Verfügung gestellt und fließen in den Wissenstransfer ein. In Diskussionen mit den Pflegetrainer\*innen und beteiligten Akteuren aus dem Krankenhaus werden jene Erkenntnisse validiert und durch entsprechende Fallbeispiele untermauert. Veröffentlicht werden jene Ergebnisse von den wissenschaftlichen Mitarbeiter\*innen in Sonderberichten, die den Projektbeteiligten zur Verfügung gestellt und auf der Homepage des Modellprogramms publiziert werden.



Übergangs in die Häuslichkeit beitragen und sowohl notwendige Hilfsmittelbestellungen unterstützen, als auch unnötige Fehlbestellungen minimieren.

### ***Pflegetraining „Kompetenzförderung Medikamente“***

Das jüngste Instrument bezieht sich auf das Thema Umgang mit Medikation in der häuslichen Pflege. Nachdem Pflegetrainer\*innen im Rahmen von Entwicklungsgruppen von Fällen mit katastrophaler Medikamentenversorgung im Übergang vom Krankenhaus in die Häuslichkeit berichtet haben, gewann das Thema der häuslichen Medikamentenversorgung an Bedeutung und mündete 2016 in eine explorative Studie (vgl. Tezcan-Güntekin 2017). Die Ergebnisse bekräftigten die Fallschilderungen der Pflegetrainer\*innen und ließen Rückschlüsse zu, dass die Medikamentenversorgung in der Häuslichkeit hohe Defizite aufzeigt und die Angehörigen diesbezüglich häufig unwissend sind. In der Folge wurde ein Entwurf für Pflegetrainings zur Kompetenzförderung Medikamente entwickelt. Dieser wurde von den wissenschaftlichen Mitarbeiter\*innen in den Entwicklungsgruppen gemeinsam mit den Pflegetrainer\*innen diskutiert. Unter Berücksichtigung der Rückmeldungen wurde das Konzept angepasst und in ein Förderinstrument überführt. Seit Januar 2018 befindet es sich in der Umsetzung.

### ***Pflegetrainings unter erschwerten Bedingungen***

In der Arbeit mit den Pflegetrainer\*innen ergeben sich stets neue Ideen, Themenbereiche und Verbesserungspotenziale. Nicht immer entspricht die Feldlogik auch der Systemlogik und längst nicht alle Themen können in geförderte Instrumente umgemünzt werden. So zum Beispiel auch nicht unser Konzeptentwurf für Pflegetrainings unter erschwerten Bedingungen im Sinne einer akuten Krisenintervention. Der Anstoß zu diesem Thema stammte ebenfalls aus explorativen Erkenntnissen der Projektstudien und den Rückmeldungen der Pflegetrainer\*innen. Manchmal finden Pflegetrainer\*innen akute Krisensituationen in der Häuslichkeit vor. Diese können unterschiedlich induziert sein und vom Krankenhaus bzw. dem Gesundheitssystem, von der Familie oder vom Pflegebedürftigen ausgehen. Einige davon lassen sich im Rahmen von Pflegetrainings und Familienberatungsgesprächen stabilisieren, andere hingegen benötigen mehr Zeit, die Integration professioneller Akteure und somit einen anderen Aufwand. Nicht selten entstehen Krisen erst zu einem späteren Zeitpunkt oder wenn die Sechs-Wochen-Frist bereits verstrichen ist. Die Krisenintervention in Form eines Pflegetrainings unter erschwerten Bedingungen sollte es ermöglichen, die akute Krise noch am gleichen Tag zu bearbeiten oder zumindest zu entschärfen und ggf. weitere Akteure einzubinden (vgl. Lagedroste & Yardley 2015, S. 2f.). Nicht angenommen wurde dieser Antrag beispielsweise, weil zu dem Zeitpunkt bereits ähnliche Ansätze außerhalb des Modellprogramms in der Entwicklung waren.

### **Fazit**

Die Geschichte des Modellprogramms mit der Entwicklung der Förderinstrumente sowie deren stetiger Weiterentwicklung, dem regelmäßigen Wissenstransfer in Form der kontinuierlichen Begleitung und Beratung der Krankenhäuser, der jährlichen Evaluation und den Sonderberichten bietet ein Beispiel gelungener Umsetzungsforschung und vermittelt einen Überblick, wie der

organisationswissenschaftliche Ansatz des Modellprogramms die Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis stärkt. Das Modellprogramm ermöglicht die individuelle Information, Bildung, Beratung und Praxisanleitung von pflegenden Angehörigen im Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Versorgung und trägt zur Stabilisierung der häuslichen Pflege bei. Gleichzeitig fördert das Modellprogramm die Auseinandersetzung mit pflegebedürftigen Patienten im Krankenhaus und regt nicht zuletzt zu Weiterentwicklungen an. Die Konstruktion als Modellprogramm ermöglicht von Anfang an eine stetige bedarfsorientierte und flexible Anpassung der Förderinstrumente. Wie dies bereits in der Vergangenheit gelungen ist, wurde beispielhaft an dem Themenfeld Demenz und dem Förderinstrument Qualitätscheck aufgezeigt.

## Literaturverzeichnis

- Blomenkamp, L., Kamen, R. von, Lagedroste, C. & Seifen, S. (2014). Probleme der Hilfsmittelversorgung im Übergang aus dem Krankenhaus in die häusliche Pflegesituation. Evaluationsbericht. Bielefeld: Eigenverlag. URL: [http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale\\_pflege/materialien/evaluation/Evaluationsbericht\\_Hilfsmittelversorgung.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/evaluation/Evaluationsbericht_Hilfsmittelversorgung.pdf) (Stand 15.02.2018)
- Braun, T., Rau, F. & Tuschen, K. H. (2008). Die DRG Einführung aus gesundheitspolitischer Sicht. Eine Zwischenbilanz. In: Klauber, J., Robra, B.-P., Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2007. Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase? S. 3-22. Stuttgart: Schattauer.
- Bundesgesetzblatt Jahrgang (2002). Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz FPG). Teil I Nr. 27. Bonn: Bundesanzeiger Verlag. URL: [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBl&jumpTo=bgbl102s1412.pdf#\\_bgbl\\_%2F%2F%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl102s1412.pdf%27%5D\\_1529934318056](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl102s1412.pdf#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl102s1412.pdf%27%5D_1529934318056) (25.06.2018)
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2009). Auszug aus der Veröffentlichung zum Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege 1. Aktualisierung einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück. URL: [https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Entlassungsmanagement\\_in\\_der\\_Pflege/Entlassung\\_Akt\\_Auszug.pdf](https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Entlassungsmanagement_in_der_Pflege/Entlassung_Akt_Auszug.pdf) (Stand 17.08.2017)
- Gröning, K., Fischer, S. & Lienker, H. (2004). Modellvorhaben zur Entwicklung von Unterstützungsstrukturen für die Vorbereitung der häuslichen Pflege im Verbund von Krankenhäusern mit Volkshochschulen und Familienbildungsstätten im Ruhrgebiet und in Ostwestfalen-Lippe. Angebot an das MGSFF NRW. Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG. Bielefeld und Bochum, unveröffentlichter Projektantrag.
- Gröning, K., Hansel, M. & Lienker, H., Röwekamp, B. (2005). Überleitungsmanagements im Krankenhaus. Impulse zur Integration des Überleitungsmanagements in das Qualitätsmanagementsystem (QMS). Projekt Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG. Kooperation von Krankenhäusern mit Volkshochschulen und Familienbildungsstätten im Ruhrgebiet und in Ostwestfalen-Lippe. Bochum und Bielefeld, unveröffentlichter Projektantrag.
- Gröning, K. & Röwekamp, B. (2006). Einzelfallbezogene Pflegetrainings. Konzept zur Durchführung von einzelfallbezogenen Pflegetrainings für Familien, die sich auf die Familiäre Altenfürsorge vorbereiten. Zur Vorlage bei der AOK Rheinland-Hamburg und der AOK Westfalen-Lippe. Projekt Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG. Kooperation von Krankenhäusern mit Volkshochschulen und Familienbildungsstätten im Ruhrgebiet und in Ostwestfalen-Lippe. Bochum und Bielefeld, unveröffentlicht.

- Gröning, K. (2007). Antrag auf Fortsetzung des Modellvorhabens zur Entwicklung von häuslichen Unterstützungsstrukturen für die Vorbereitung der häuslichen Pflege. An das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen. Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG. Kooperation von Krankenhäusern mit Volkshochschulen und Familienbildungsstätten im Ruhrgebiet und in Ostwestfalen-Lippe. Bielefeld und Bochum, unveröffentlichter Projektantrag.
- Gröning, K., Lienker, H. & Radtke-Röwekamp, B. (2008). Modellprogramm der AOK Rheinland-Hamburg und Westfalen-Lippe. Diskussionspapier zur Vernetzung mit der Pflegeberatung NRW 2009 plus. Bielefeld, unveröffentlichtes Manuskript.
- Gröning, K. (2011). Studienbrief: Bildungsbedarf und Bildung für pflegende Angehörige – Pflegekurse, Pfelegetrainings und Gruppen für und mit Angehörigen gestalten. Bielefeld: Eigenverlag. URL: [http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale\\_pflege/materialien/studienbriefe/StB\\_Bildungsbedarf\\_pflegerender\\_Angehoerige-2011.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/studienbriefe/StB_Bildungsbedarf_pflegerender_Angehoerige-2011.pdf) (Stand 15.02.2018)
- Gröning, K., Lienker, H. & Sander, B. (2012). Pfelegetrainings für Angehörige von Patienten mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen sowie dauerhaften Behinderungen oder psychischen Erkrankungen. Unveröffentlichtes Manuskript. Bielefeld: Eigenverlag.
- Gröning, K. (2013). Begrüßung und Einführung in die Tagung. Ein Vortrag im Rahmen des Projektforums „Demenz im Krankenhaus – Herausforderungen und Konzepte“, Gelsenkirchen, unveröffentlichtes Manuskript.
- Gröning, K., Lagedroste, C. & Weigel, L. (2015). Demenz im Krankenhaus. Eine Auswertung der Projektstudien zu Demenz im Krankenhaus im Rahmen des Modellprojekts „Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“. Kurzbericht Version 2. Bielefeld: Eigenverlag. URL: [http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale\\_pflege/materialien/evaluation/Demenzbericht\\_qualitativ\\_2015.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/evaluation/Demenzbericht_qualitativ_2015.pdf) (Stand 19.04.2018)
- Gröning, K., Lienker, H. & Sander, B. (2017). Neue Herausforderungen im Übergang vom Krankenhaus in die familiäre Pflege. Bielefeld: Eigenverlag. URL: [http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale\\_pflege/materialien/Programmbeschreibung-2017.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/Programmbeschreibung-2017.pdf) (Stand 15.02.2018)
- Gröning, K., Lebeda, D., Waterböhr, J.-W. (2017). Die praktische Konzeption und die Instrumente im Modellprojekt „Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“. Studienbrief. Bielefeld: Eigenverlag. URL: [http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale\\_pflege/materialien/studienbriefe/StB\\_praktische\\_Konzeption.pdf#page=18](http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/studienbriefe/StB_praktische_Konzeption.pdf#page=18) (Stand 15.02.2018)
- Gröning, K. (2018). Pflegekurse nach § 45 SGB 11. Bielefeld, unveröffentlichtes Manuskript.
- Gröning, K. & Schiller, C. (2018). Familien mit einem Demenzpatienten im Akutkrankenhaus. Entwicklungsschritte und Aufforderungen zur demenzgerechten Organisationsentwicklung. Eine theoretisch-empirische Analyse im Rahmen des Modellprojekts „Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“. Bielefeld: Eigenverlag.

URL: [http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale\\_pflege/materi- alien/evaluation/demenbericht\\_oe\\_2018.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materi- alien/evaluation/demenbericht_oe_2018.pdf) (Stand 19.04.2018)

Kunstmann, A.-C. (2010). Familiäre Verbundenheit und Gerechtigkeit. Fehlende Perspektive auf die Pflege von Angehörigen – eine Diskursanalyse. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage.

Lagedroste, C. & Yardley, Y. (2015). Kurzfassung: Akute Krisenintervention in der Familie im Rahmen des Modellprojekts „Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“. Unveröffentlichtes Manuskript. Bielefeld: Eigenverlag.

Lagedroste, C. (2016). Prozessleitlinie für den Beobachtungsbogen zur psychosozialen Situation von pflegenden Familien des Projektes Familiäre Pflege. Unveröffentlichtes Material der Teilnehmer der WWB Demenz. Bielefeld: Eigenverlag.

Landtag Nordrhein-Westfalen & Enquete-Kommission (Hrsg.) (2005). Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquete-Kommission des Landtages von Nordrhein-Westfalen. 1. Auflage, Düsseldorf.

Modellprogramm Familiäre Pflege (2005). Initialkurs für pflegende Angehörige. Curriculum für einen Initialkurs als Beratungs- und Unterstützungsangebot im Rahmen des Überleitungsmanagements im Krankenhaus. Projekt Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG. Kooperation von Krankenhäusern mit Volkshochschulen und Familienbildungsstätten im Ruhrgebiet und in Ostwestfalen-Lippe. Bielefeld, Eigenverlag.

Modellprogramm Familiäre Pflege (2010). Informationsschreiben: Information zur wissenschaftlichen Weiterbildung: „Gelingender Alltag mit demenziell erkrankten Menschen in der familialen Pflege“. Bielefeld.

Modellprogramm Familiäre Pflege (2012). Einladungsschreiben: EDV- gestützte Kommunikation als Instrument des Entlassungsmanagements, bzw. der Pflegeüberleitung. Bielefeld.

Modellprogramm Familiäre Pflege (2013). Informationsschreiben: Information zur wissenschaftlichen Weiterbildung: Pflegenden Angehörigen beraten und bilden im Übergang vom psychiatrischen Krankenhaus in die häusliche Pflege. Bielefeld.

Modellprogramm Familiäre Pflege (2015). Neue Herausforderungen im Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Versorgung. Evaluation zum Thema Demenz im Modellprojekt. Kurzbericht. Bielefeld.

Neubauer, G. (2004). Zur ökonomischen Steuerung der Krankenhausversorgung unter den DRG-Fallpauschalen. In: Klauber, J., Robra, B.-P., Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhausreport 2003. S.101-120. Stuttgart; Schattauer.

*Schreiben der Staatssekretärin im MGEPA an die Universität Bielefeld vom 29. Juni 2011. (unveröffentlicht).*

Sozialgesetzbuch (SGB V) (2017). Fünftes Buch Gesetzliche Krankenversicherung. §39 SGB V Krankenhausbehandlung.

URL: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/39.html> (Stand 26.06.2018)

- Statistisches Bundesamt (2005). Bericht: Pflegestatistik 2003 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Bonn.
- Statistisches Bundesamt (2017). Bericht: Pflegestatistik 2015 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
- Tezcan-Güntekin, H. (2017). Medikationsprobleme bei pflegebedürftigen im Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege. Schwerpunktbericht. Bielefeld: Eigenverlag. URL: [http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale\\_pflege/materialien/evaluation/medikation.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/evaluation/medikation.pdf) (Stand 19.04.2018).

## Abbildungsverzeichnis

### Abbildungen

Abbildung 1: Beteiligte Krankenhäuser und erreichte Angehörige im Modellprogramm „Familiale Pflege“ 2006-2017	62
Abbildung 2: Entwicklung der Förderinstrumente im Modellprogramm „Familiale Pflege“ 2006 bis 2017	65

## Organisations- und EDV-Beratung im Modellprogramm "Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG"

---

### Abstract

Der folgende Artikel skizziert die wissenschaftliche Konzeptentwicklungen des Modellprogramms „Familiale Pflege“ im Teilbereich der EDV-gestützten Kommunikation (kurz „Ressort-EDV“). Gestützt auf den Organisationswissenschaftlichen Ansatz des Modellprogramms wird die Grundlage der Beratung zur Implementierung der Familialen Pflege in das Krankenhausinformationssystem von den ersten Feldexplorationen über die Beratungsprozesse sowie den 2013 bis 2016 stattgefundenen Projektforen-IT zusammengetragen. Gegenstand sind der Zusammenhang von der Identifikation von (erwartbar) pflegebedürftigen Patient\*innen, der Beauftragung der Pflegetrainer\*innen über das KIS, die Anforderungen einer digitalen Dokumentation und die daraus folgenden Ideenentwicklung zur wissenschaftlichen Beratung. Dabei wird ersichtlich, dass die gemeinsame Entwicklung mit den Krankenhäusern sowohl brauchbare als auch unbrauchbare Ideen für die Praxis produziert.

---

Seit 2013 befasst sich das Ressort-EDV mit der systematischen Nutzung des Krankenhausinformationssystems (kurz KIS) für die Pflegetrainer\*innen inner- und außerhalb des Krankenhauses. Damit verbunden ist die Entwicklung, Steuerung und Gestaltung von Organisationsprozessen, mit denen pflegerische Informationen erfasst werden – z. B. Screenings und Assessments, sowie die Ausbildung anschließender Prozesse. Sie bilden die organisationsbezogene Grundlage für ein erfolgreiches und effizientes Arbeiten der Pflegetrainer\*innen, speziell in den Schnittstellen zu den Prozessen der Aufnahme und der Entlassung. So ist beispielsweise der Aufbau eines EDV-gestützten Meldesystems in den Aufnahmeprozessen über das KIS ein Ziel der Beratung. Gleichzeitig entsteht neben der Beratung zur Wohlfahrtsproduktion eine zweite Dimension der Beratung des Modellprogramms: Beratungen zur prozessbezogenen Organisationsentwicklung. Denn seit 2012 hat sich gezeigt, dass relativ unabhängig vom Engagement, der zeitlichen wie materiellen Ausstattungsressourcen und des Pflegeverständnisses das Modellprogramm „Familiale Pflege“ im hohen Maße abhängig von der Organisation Krankenhaus ist.

Die Krankenhäuser reagieren zum einen auf das lebensweltorientierte Wissen der pflegenden Angehörigen (z. B. Versorgungssituation, Wohnraumgestaltung, Familiendynamiken) und zum anderen auf wissenschaftliches, meist pflegerisches Wissen gleichermaßen abwehrend (vgl. dazu die Ausführungen von Katharina Gröning (2015; Gröning in dieser Ausgabe). So wurden die Anforderungen zum Entlassungsmanagement in der Pflege (vgl. DNQP 2009) wie auch die Krankenhausplanungen in NRW nur verzögert umgesetzt.



Im Zentrum stehen drei relevante Fragen (vgl. Gröning 2015, 4ff.):

1. Welche Organisationsrationalitäten, Interessenkonstellationen und vorherrschenden Bilder verhindern die Aufnahme von externem Wissen?
2. Welche Form muss wissenschaftliches Wissen annehmen, damit es für Expert\*innen im Krankenhaus wertvoll und verwendbar wird?
3. Wie lässt sich das wissenschaftliche Wissen prozess- und strukturorientiert im Krankenhaus implementieren?

Im organisationswissenschaftlichen Ansatz des Modellprogramms „Familiale Pflege“ hat Katharina Gröning darauf umfänglich konzeptionell geantwortet. Im Rückgriff auf Thomas Klatetzki und Friedrich Glasl wird das Krankenhaus als dreifacher, konzentrischer Kreis beschrieben: Im Inneren das managerielle Zentrum (Krankenhausleitung, Controlling), außen die lebensweltbezogene Peripherie (Ärzte, Pflege, Sozialdienst), in der Mitte die organisationsbezogenen Stellen der Technokratie (EDV, Bettenmanagement). Konflikte zwischen Zentrum und Peripherie sind Teil dieser Aufstellung und werden seit Jahren vom Modellprogramm „Familiale Pflege“ in der Praxis beobachtet (ebd.). Hintergrund sind verschiedene Macht- und Interessenkonstellationen, die bis zur hermetischen Abriegelung der Sphären in der Praxis reichen können. Das „System Krankenhaus“ driftet auseinander.

Günter Feuerstein weist darauf hin, dass die Leistungsfähigkeit einer Organisation nicht nur in der Produktivität ihrer Teilbereiche (strukturorientiert), sondern auch in der Verbindung der Teilsysteme (prozessorientiert) bestimmt wird. Die Schnittstellengestaltung entscheide maßgeblich über die Systemintegration (z. B. von neuen Stabsstellen oder neuem Wissen) einerseits und das Verhindern des „Auseinanderdriftens“ der Teilsysteme in der Organisation andererseits. Es gelte daher Prozesse in den Organisationen entlang der Schnittstellen der Teilsysteme (aktiv) zu gestalten (Feuerstein 1993, S. 47f.; Gröning 2015).

Da die Pflege und Soziale Arbeit im Krankenhaus über die Fallpauschalen (G-DRG) „kein Geld einbringen“, die Wohlfahrtsproduktion somit nicht mehr Teil der Wertschöpfung im Krankenhaus ist, sind die peripheren Bereiche aus dem Fokus des manageriellen Zentrums verdrängt worden. Sie werden marginalisiert, funktionalisiert und deprofessionalisiert. Es lässt sich nicht nur eine fehlende Integration hochkomplexer Prozesse, sondern ein allgemeines „Auseinanderdriften“ der sich zunehmend differenzierenden Professionen und Prozesse beobachten (vgl. Feuerstein 1993). Das KIS bietet hingegen eine Möglichkeit, dieser Problematik zu begegnen, indem über Workflows Prozesse unterstützt und die Integration und Partizipation peripherer Professionen und sogar systemfremder Aufgaben wieder ermöglicht werden. Ein Beispiel dieser Strategie ist ein EDV-gestütztes Meldewesen für die Familiale Pflege, welches in den Aufnahmeprozessen beginnt. Das KIS kann demnach auch als Werkzeug genutzt werden, periphere Aufgaben als system- und kostenrelevant im Spiel der verschiedenen Interessen des Krankenhauses wieder sichtbar zu machen (vgl. Gröning, Lienker, & Sander 2017).

Die Pflegetrainer\*innen sind in Folge dieses „Auseinanderdriftens“ institutionell abhängig, nachgeschaltet und stehen am Ende der Informationskette der Entlassungsprozesse. So werden

sie häufig erst kurz vor der Entlassung der pflegebedürftigen Patient\*innen informiert. Das pflegerische Setting in der Häuslichkeit kann folglich nicht vorbereitet werden. Die Folgen sind riskante Pflegesettings in der Häuslichkeit, fortschreitende Familiendynamiken, die die Pflegesituation destabilisieren und bis zu Gewaltanwendungen führen können, und mit Blick auf das Krankenhaus Brüche in der Weiterversorgung bis hin zu ökonomisch kontraproduktiven Wiederaufnahmen (vgl. ebd.). Unter Berücksichtigung des KIS als Teil der Struktur- und Prozessgestaltung ist daher zu fragen:

- Wie können die Pflegetrainer\*innen rechtzeitig vor der Entlassung im Krankenhaus über pflegebedürftige Patient\*innen, die in der Häuslichkeit versorgt werden könnten, informiert werden?
- Wie kann die Familiäre Pflege in die Entlassungsprozesse frühzeitig integriert werden?
- Welche Informationen zur poststationären Versorgung sind für die Pflegetrainer\*innen im Krankenhaus notwendig und wie können sie in geeigneter Form bereitgestellt werden?
- Welche Herausforderungen stellen sich in der (professionsübergreifenden) Nutzung des KIS für die Pflegetrainer\*innen?
- Welche Systemeffekte sind durch die Nutzung des KIS zu erwarten?

Mit Blick auf die Integration der lebensweltlichen Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen sowie folglich auch der (Re-)Integration der krankenhäuslichen Peripherie, ist es auch Ziel des Modellprogramms „Familiale Pflege“, Brücken für die Pflegetrainer\*innen (Peripherie) in das managerielle Zentrum zu bauen. Neben den Jahresgesprächen, die üblicherweise alle zwölf Monate mit allen Krankenhäusern geführt werden, bietet auch das KIS diverse Möglichkeiten des Informationsmanagements.

Dem Modellprogramm stellt sich daher die Aufgabe, konzeptionelle Antworten für die Beratung der Krankenhäuser auf diese Fragen zu finden. Im Folgenden soll dargestellt werden, wie seit 2013 die EDV-gestützte Kommunikation in der Familialen Pflege die Konzeption des Modellprogramms ergänzt und wie die koproduzierten Ideen, Beratungsansätze und Konzeptionen als Teil der Umsetzungsforschung nach Bielefelder Vorbild entwickelt wurden. Dem zugrunde liegt ebenso die Frage, welcher Stellenwert der wissenschaftlichen Beratung einerseits dem Modellprogramm „Familiale Pflege“ als Grundlage für neue Erkenntnisse sowie andererseits den teilnehmenden Krankenhäusern sowie den Pflegetrainer\*innen zur System- und Entwicklung zukommt.

## Familiäre Pflege am Rand der Organisation Krankenhaus

Im Jahr 2006 wurden mit Beginn des Modellprogramms 172 Angehörige in 25 kooperierenden Krankenhäusern erreicht (Gröning, Lienker & Sander 2017, S. 3). Die Strategie des noch sogenannten „Modellprojekts“ basierte einerseits auf der wissenschaftlichen Grundlage, andererseits auf einem praxisorientierten Trial-and-Error-Verfahren, welches sich noch immer an die Bielefelder Umsetzungsforschung anlehnt.<sup>17</sup> Es galt zunächst zu explorieren, auf welche Phänomene die Pflegetrainer\*innen einerseits außerhalb des Krankenhauses, d. h. in den Familien und in der Häuslichkeit<sup>18</sup>, andererseits innerhalb des Krankenhauses trafen. Der Schwerpunkt wurde jedoch zunächst auf die Bildung und Beratung von pflegenden Angehörigen gelegt: Welche Bildung und welche Pflegetechniken sind von besonderer Relevanz für die pflegenden Angehörigen in der Häuslichkeit? Wie lassen sich die Konzeptionen und Instrumente des Modellprojekts weiterentwickeln? Welche lebensweltlichen Phänomene sind in der häuslichen Pflege von besonderer Relevanz (Familiendynamiken im Zusammenhang mit Demenz, Pflegehilfsmittel, Medikation etc.)? Welchen Rollenanforderungen müssen die Pflegetrainer\*innen genügen, um mit den genannten Phänomenen professionell umgehen zu können? Das waren zunächst zentrale Fragen, mit denen die Arbeit des Modellprojekts begann. Es zeigte sich zunehmend, dass die Pflegetrainer\*innen im Krankenhaus auf ein wirkmächtiges Problem stießen: Obwohl sich die Inhalte der Bildung und Beratung von pflegenden Angehörigen bis in die Häuslichkeit hinein weiterentwickelten und weitere Phänomene erkannt, erschlossen und bearbeitet werden konnten, blieb die Kontaktaufnahme zu den pflegenden Angehörigen noch während des Aufenthaltes der Patient\*innen im Krankenhaus aufwändig. Häufig erfuhren die Pflegetrainer\*innen erst nach der Entlassung von „bedürftigen“ Angehörigen.

Im Sinne der Umsetzungsforschung schlug das Modellprojekt zunächst sehr praxisorientierte Strategien vor, um schon früh pflegende Angehörige auf den Stationen zu erreichen: Fußläufige Kontaktaufnahme zu den Angehörigen in den Patient\*innenzimmern über die direkte Ansprache oder das Platzieren von Informationsflyern. Das sehr aufwändige Verfahren kostete jedoch viel Zeit und war nur in dem eher seltenen Direktkontakt zu den Angehörigen erfolgversprechend. Gleichzeitig zeigte sich die Schwierigkeit, geeignete Patient\*innen anhand der Patient\*innenakte (auf Papier) zu identifizieren. Einerseits blieb zunächst unklar, welche Informationen zu den Patient\*innen geeignet erschienen, die von der Familialen Pflege profitieren können, andererseits waren relevante Informationen (z. B. Pflegestufe) nicht vorhanden. Die soziale Situation der Patient\*innen und Angehörigen wurde häufig nicht erfasst. So wurde zunächst beraten, dass die Pflegetrainer\*innen Netzwerke zu vorhandenen Organisationsstrukturen bilden sollten. Diese bestanden vor allem in Stationsbesprechungen, Sozialdiensten, Entlassungs- und Casemanager\*innen sowie weiteren multiprofessionellen Teams. So sollten die Pflegetrainer\*innen innerbetriebliche Bekanntheit erlangen, aber sich auch in die Abläufe und Planungen der Stationen integrieren, um Teil der kollegialen Informationsnetze zu werden. Dieses Vorgehen war zunächst erfolgreich, bedeutete jedoch weiterhin einen hohen Zeitaufwand für die

---

17 Die Forschungs- und Beratungslogik basiert auf einem gegenseitigen Wissens- und Praxistransfer: Wissenschaftliches Wissen wird in die Arbeitspraxis einer institutionellen Organisation (hier Krankenhaus) transferiert, erprobt und beratend begleitet. Anschließend finden die Erfahrungen in der Praxis ihren Niederschlag in das wissenschaftliche Wissen, welches entsprechend angepasst wird. So entsteht ein gegenseitiger Transformationsprozess, vgl. dazu Bosch 1980; Kollmer, Messmer & Olscha 1989 und zusammenfassend Gröning 2015.

18 Dazu die Vorarbeit von Gröning, Kunstmann, Rensing & Röwekamp 2004.

Pflegetrainer\*innen, der finanziell nicht gefördert werden konnte. Die Kontaktaufnahme zu pflegenden Angehörigen konnte zwar verbessert werden, sie blieb jedoch meist Teil der fußläufigen Arbeit der Pflegetrainer\*innen. Ein systematischer Effekt konnte folglich nur zum Teil erzielt werden.

2009 eröffnete der DNQP Expertenstandard „Entlassmanagement in der Pflege“ (kurz: DNQP 2009) Möglichkeiten, die nachstationäre Versorgung systemisch in die (Aufnahme-)Prozesse der Krankenhäuser zu integrieren. In jedem Haus sollte ein pflegerisches Entlassmanagement eingeführt werden, welches bis 24 Stunden nach Aufnahme den Bedarf der nachstationären pflegerischen Weiterversorgung ermittelt und organisiert. Hauptakteure sind speziell geschulte Pflegekräfte (ebd., 25ff.). Für die Familiäre Pflege bestand damit die Möglichkeit, an einen frühen Prozess anzuknüpfen, der die Entlassung in den Fokus nimmt und die Familiäre Pflege als Teil der Entlassungsprozesse für die dauerhafte pflegerische Weiterversorgung in der Häuslichkeit beauftragt. Parallel dazu zeigte sich jedoch, dass sich die Umsetzung und Prozessgestaltung des DNQP 2009 erheblich verzögerte. Die fachliche, herausragende Stellung wurde in der Pflege zwar wahrgenommen, die Umsetzung auf den Stationen, die Implementierung des Expertenstandards als Prozess verzögerte sich um mehrere Jahre und hält bis heute an<sup>19</sup>.

Seit 2011 brachten kommunale Entwicklungen weitere Impulse: In Essen und Düsseldorf wurde ein kommunaler Überleitungsbogen entwickelt, der von den stationären und ambulanten Versorgern bei Überleitung eingesetzt wird. Neben sozialen Aspekten (Alter, Lebensstand, Pflegepersonen etc.) wurden auch Einschätzungen zu Körperpflege, Mobilität, Essverhalten und weiteren Aspekten aufgenommen. Auch wenn der sogenannte Essener Standard bisher nur wenig Verbreitung gefunden hat und eine direkte Verbindung mit der Familialen Pflege nicht vorgenommen wurde, lässt sich das Instrument dennoch als wichtig charakterisieren, da er sich als Vorläufer für die Prozessgestaltung des 2016 getroffenen Rahmenvertrags zum Entlassmanagement sowie als einen Prozessendpunkt des DNQP 2009 interpretieren lässt.

## **Wendepunkte: Einzelne Initiativen und das erste Projektforum zur EDV-gestützten Kommunikation**

In den Jahren 2011 bis 2013 zeigte die kontinuierliche Beratung des Modellprogramms neue Tendenzen einzelner Krankenhäuser auf, die Familiäre Pflege in die Aufnahme bzw. Entlassungsprozesse zu integrieren. Zu nennen sind die Herausbildungen von speziellen Organisationseinheiten wie „Pflege- und Sozialberatung“ (PSB) oder Angehörigenschulen. Intern bündeln sie, wenn auch von Organisation zu Organisation sehr unterschiedlich und mit anderen Ausrichtungen, periphere, d. h. nicht zur medizinischen Abrechnung gehörende, Kompetenzvermittlungen für Patient\*innen und ihre Angehörige. Die Pflegetrainer\*innen spielten oft eine zentrale Rolle in diesen Organisationseinheiten und verantworteten arbeitsteilig die Bildung und Beratung von pflegenden Angehörigen im Entlassungsprozess. Diese Organisationseinheiten nutzen das KIS ebenfalls zur Effektivierung der Meldungen. Häufig wurden sie konsiliarisch von den Stationen oder Casemanagern direkt beauftragt.

---

<sup>19</sup> Als Indiz kann der Rahmenvertrag Entlassmanagement (2016) gelten, der in Bezug auf die Ergänzung und Konkretisierung des Entlassmanagements zentrale Forderungen des DNQP (Erfassung von prä- und poststationärer Versorgung) verbindlich vorschreibt.

Es stellte sich weiterhin das zentrale Problem der Identifizierung von pflegenden Angehörigen noch während des Aufenthalts im Krankenhaus. Jedoch zeigten sich im Zusammenhang mit der systematischen Integration der Organisationseinheiten, in denen die Familiäre Pflege in das Krankenhaus integriert wurde, zwei Entwicklungspotenziale auf: Erstens gelingt die Prozessgestaltung der Entlassung und der Beauftragung der Familialen Pflege deutlich systemkosteneffizienter, da die Pflegetrainer\*innen als feste Einheit im Krankenhaus und als Teil des Entlassungsprozesses direkt beauftragt werden konnten. Zweitens bot die Beauftragung der Familialen Pflege über das KIS nicht nur eine weitere Optimierung, sondern gleichzeitig die Möglichkeit der verkürzten Mittelbarkeit zu den Aufnahmeprozessen: Selbst bei Integration der Familialen Pflege in die genannten Organisationseinheiten waren sie meist noch von Teamsitzungen oder der Entscheidungen ihrer Kolleg\*innen abhängig. Eine direkte Beauftragung der Familialen Pflege über das KIS bot daher trotz systemischer Integration eine höhere Autonomie, die den Handlungskorridor der Pflegetrainer\*innen zur Begleitung, Bildung und Beratung von pflegenden Angehörigen erweitern würde.

In den Wissenschaftlichen Weiterbildungen (WWB) wurden in Folge dessen neben den inhaltlichen, Personen- und Rollenentwicklungen auch Aspekte der Organisationsentwicklung mit aufgenommen. Es zeigte sich zunehmend, dass auch im Zusammenhang mit der Integration der Familialen Pflege in die Versorgungsprozesse sich die systemische Komplexität und damit die Aphasie der Rollenträger\*innen – d. h. der Sprach- und Ratlosigkeit gegenüber den komplexen Strukturen und Prozessen – ausweitete. Hintergrund ist die zunehmende Differenzierung und Silobildung der einzelnen Fachabteilungen und Organisationseinheiten, die eine ablaforientierte, intersektorale Prozessgestaltung erschwert.<sup>20</sup> Daher wurde die Reflexion über die Organisationsprozesse und die Integration in die Organisation Krankenhaus ergänzend auf der WWB als Teil der Rollenentwicklung der Pflegetrainer\*innen programmatisch aufgenommen.

Ergänzend dazu wurde Anfang 2012 in Zusammenarbeit mit dem Kooperationspartner des Modellprogramms IN CONSULT, Bochum, der Werkstattbericht „Überleitungsmanagement im Krankenhaus“ (Lienker 2012) erstellt. Anlass war die Zusammenführung des DNQP 2009 mit dem neuformulierten und ergänzten § 39 Abs. 1a SGB V<sup>21</sup>, welcher den Anspruch der Patient\*innen auf ein Entlassungsmanagement enthält. Ziel war es, die Ergebnisse zu den „Fragen des Überleitungsmanagements mit den Expertinnen und Experten aus den Krankenhäusern“ im Rahmen der DIN EN ISO 9001-Norm zusammenzustellen und für die KTQ-Norm 1.4.3 zur kontinuierlichen Weiterentwicklung aufzubereiten (ebd., S. 3). Entwickelt wurde ein Prozessmodell aus 16 Bausteinen, welches eine weitere Grundlage für die ersten Überlegungen der Strukturierung und Beratung der Entlassungsprozesse im Rahmen der Familialen Pflege darstellte.<sup>22</sup>

Das Prozessmodell zielte auf die Integration der Familialen Pflege – damals hauptsächlich noch bestehend aus den „Pflegetrainings am Krankenbett“, den „aufsuchenden Pflegetrainings“ und

---

20 Katharina Gröning (2015) spricht von Zentrifugalkräften, die bewirken, dass die einzelnen Organisationseinheiten auseinanderdriften und das professionelle Handeln des (pflegerischen) Fachpersonals erschwert wird. Feuerstein (1993) beschreibt das Problem der Desintegration als fehlende Schnittstellengestaltung als Folge mangelnder und ungesteuerter Systemintegration.

21 Im Anschluss an § 11 Abs. 4 SGB V.

22 2015 hat sich das Modellprogramm von dem Vorläufermodell verabschiedet und in das „Prozessschema Familiäre Pflege“ überführt: vgl. [http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale\\_pflege/materialien/Prozessschema.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/Prozessschema.pdf) (Stand 21.08.2017).

dem „Initialpflegekurs“ – in vorhandene Prozesse und Schnittstellen des Versorgungsmanagements (Sozialdienst, Pflegeüberleitung, Seelsorge etc.) sowie in die alltägliche Stationsarbeit. Der Baustein „Handlungsbedarf?“ bildete aus Sicht der System- und IT-Beratung zwar schon einen wichtigen, aber noch keinen zentralen Punkt. Es wurde im Sinne des DNQP 2009 hauptsächlich nach einem allgemeinen poststationären Unterstützungsbedarf gefragt, jedoch nicht spezifisch nach der gezielten Beauftragung der Pflegetrainer\*innen. Dieses sollte erst 2015 in das Zentrum der Konzeptionen und Beratung rücken. Retrospektiv blieb der Werkstattbericht einerseits in der Alltagspraxis verhaftet, ohne die Chancen und den Nutzen des DNQP 2009 für die Familiäre Pflege explizit herauszustellen, formulierte andererseits in Anlehnung an die KTQ-Normen zu abstrakt, um eine klare Wirkmächtigkeit in der Praxis entfalten zu können. Es bleibt jedoch auch festzuhalten, dass sich der Werkstattbericht als Voraussetzung und erster Versuch darstellt, die hohe Komplexität der pflegerischen Überleitung in die häusliche Versorgung mit den politisch-pflegfachlichen Vorgaben des DNQP 2009 zusammen zu bringen. Er stellt den Grundbaustein für alle weiteren Überlegungen zur System- und IT-Entwicklung sowie der damit verbundenen Komplexitätsreduktion in der wissenschaftlichen Beratung des Ressorts-EDV dar, auch wenn das KIS noch keine Rolle spielte.

Das änderte sich im März 2013, als das Modellprogramm in Grevenbroich das erste Projektforum-IT mit dem Titel „EDV-gestützte Kommunikation als Instrument des Entlassungsmanagements bzw. der Pflegeüberleitung“ veranstaltete. Wie einzelne Krankenhäuser – meist als Initiative der Pflegetrainer\*innen – die KIS nutzen konnten, welche Erfahrungen gemacht wurden und welche Hindernisse aufgetreten sind, wurde einerseits theoretisch, andererseits praktisch präsentiert. Knapp 140 Pflegetrainer\*innen und EDV-Mitarbeiter\*innen nahmen an dem Projektforum teil. Drei kooperierende Krankenhäuser – meist vertreten durch mindestens eine Pflegetrainerin und einen EDV-Mitarbeiter – aus NRW stellten ihre Zwischenschritte und Ergebnisse zur Nutzung des KIS dem Plenum vor. Vertreten waren die KIS „iMedOne“ und „ORBIS“. Inhaltlich konzentrierten sich die Präsentationen insbesondere auf die praktische Abbildung der Beauftragung und Dokumentationsanfordernisse für die Familiäre Pflege. Es wurde ersichtlich, dass die Integration der Familialen Pflege im KIS über die Leitungsstellen realisiert wurde. Diese ermöglichten sowohl die konsiliarische Beauftragung der Pflegetrainer\*innen als auch einige Grundzüge der Dokumentation.

Das Projektforum zur EDV-gestützten Kommunikation zeigte deutlich, dass das KIS die innerbetriebliche Kommunikation erhöht und die Pflegetrainer\*innen ein leistungsstarkes Werkzeug an die Hand bekommen können, um sowohl Teil der Entlassungsprozesse zu werden, als auch um die Systemkosten zu reduzieren. Die Beauftragung über das KIS mittels einer Arbeitsliste „Familiäre Pflege“ ermöglicht, dass die Stationen unabhängig von der Präsenz der Pflegetrainer\*innen (z. B. in Teams, Telefonaten etc.) Patient\*innen und ihre Angehörigen an die Familiäre Pflege melden konnten.

Im Sommer desselben Jahres wurden Vertreter\*innen des Modellprogramms von der Entwicklungsfirma des KIS „iMedOne“<sup>23</sup> zum Brainstorming eingeladen. Teilgenommen haben ebenfalls einige Referenzkrankenhäuser für iMedOne, die gleichzeitig am Modellprogramm teilnahmen. Ziel war es, den Prozess der Familialen Pflege als Teil der Softwareentwicklung zu verstehen und

---

23 Damals noch weiterentwickelt von der finnischen Firma Tieto, heute von Telekom-Healthcare.

zu modellieren, um insbesondere iMedOne für die Familiäre Pflege zugänglich zu machen. In einer langen Diskussion über die beteiligten Akteure, Prozesse und Schnittstellen der Familialen Pflege in den genannten Häusern wurde ein komplexes Prozess- und Beziehungsdiagramm erstellt, welches hauptsächlich die Nutzung des KIS durch die Familiäre Pflege (Beauftragung, Dokumentation, Abrechnung) zu illustrieren versuchte.

Die Ergebnisse wiesen auf die höchst unterschiedlichen Prozesse und Strukturen der Krankenhäuser hin, an denen unterschiedliche Professionsgruppen partizipierten. Die Ergebnisse zeigten ferner, dass eine Gesamtdarstellung zur Abbildung der Familialen Pflege im KIS überambitioniert ist. Es sollte zukünftig zwischen den allgemeinen Flussdiagrammen (Organisationsprozesse) und Beziehungsdiagrammen (Partizipation) unterschieden werden, wenn für alle Krankenhäuser eine gemeinsame Grundlage zur Beratung und Umsetzung geschaffen werden sollte. Tieto entwickelte mit Blick auf die konkrete Umsetzung in iMedOne weitere Flussdiagramme. Sie bildeten das Vorbild für die weitergehenden Überlegungen des Modellprogramms. Diese versuchten weiter die konzeptionelle Komplexität auf praxisrelevante Aspekte zur Kontaktaufnahme zu pflegenden Angehörigen zu reduzieren. Diese bildeten ebenfalls die Grundlagen für das heutige Aufnahmeschema des Modellprogramms „Familiäre Pflege“ (Abbildung 4).

Die Prozessdiagramme konkretisieren und formalisieren in einem ersten Zugang die Bedingungen zur Beauftragung der Familialen Pflege in der Organisation Krankenhaus, welche für die folgenden Fragestellungen der EDV-gestützten Kommunikation in der Familialen Pflege leitend war. Andere Themen zur digitalen Dokumentation wurden ebenfalls angesprochen und in dieser Runde hauptsächlich technisch gelöst. Am Schluss standen konkrete Zugänge und Ideen zur Formalisierung der Prozesse in der Familialen Pflege, welche für die Integration in das KIS von zentraler Bedeutung sind. Aus der Diskussion wurde ebenso ersichtlich, dass die Distanz zwischen der Technokratie (hier: Softwareentwicklung und EDV-Betreuern der Krankenhäuser) und den Praktikern (hier Pflegetrainer\*innen) als sehr groß eingeschätzt werden muss. Auf diese Distanz ist die Überkomplexität der ersten Darstellung maßgeblich zurückzuführen, die es mit Hilfe des Modellprogramms zu beraten und zu überbrücken galt bzw. zukünftig noch immer zu überwinden gilt.

## **Systematisierung und Ideenentwicklung: Explorationen und Bestandsaufnahmen**

In Folge des Projektforums-IT wurde eine eigene Stelle im Modellprogramm geschaffen, die das Spezialgebiet der EDV-gestützten Kommunikation in der Familialen Pflege zunächst auswerten, folgend koproduzieren und schließlich in den Krankenhäusern beraten sollte. Begonnen wurde noch im Jahr 2013 mit der Aufarbeitung des Projektforums zur inhaltlichen Sicherung des Wissens, mit der systematischen Erfassung der KIS in allen kooperierenden Häusern sowie mit der Konzeptentwicklung zur Beratung der EDV-gestützten Kommunikation in der Familialen Pflege anhand der Ergebnisse aus der Diskussionsrunde mit Tieto. Als Beratungsziel wurde die krankenhausinterne Steigerung der Anzahl von erreichten pflegenden Angehörigen formuliert und folglich das Modellprojekt um einen zweiten, dynamischen Faktor erweitert, der die interne Steigerung der erreichten Angehörigenzahlen in den Krankenhäusern projektiert.



Begonnen wurde mit einem EDV-Kataster, welches primär die KIS erfassen sollte, um einen Überblick zu erhalten, welche KIS existieren und wie sie sich auf die später etwa 400 Krankenhäuser verteilen. Zur Ermittlung wurde ein zweiseitiger Fragebogen entwickelt, der gleichzeitig zu erfassen versuchte, welche Kommunikations- und Entlassungsstrukturen in den Krankenhäusern existierten: Wer beauftragt die Familiäre Pflege (Ärzte, Case-/Entlassungsmanagement, Pflege, Angehörige)? Existiert im KIS eine eigene Pflegedokumentation? Existiert ein eigener Zugang zum KIS (eigene Rolle)? Kann die Abrechnung über das KIS vorgenommen werden? Kann nach der Entlassung aus dem Krankenhaus weiterhin im KIS dokumentiert werden? Aber auch allgemeine Fragen, die die Familiäre Pflege begleiten: Existiert eine Zusammenarbeit mit dem Entlassungsmanagement oder dem Sozialdienst? Wird ein Screening für alle Patient\*innen ab 75 Jahren durchgeführt? Wird im KIS die Sekundärdiagnose Demenz erfasst?

Der Rücklauf zwischen Oktober 2013 und Oktober 2014 war recht hoch: 302 von heute 412 Krankenhäuser konnten ein oder mehr KIS nennen. Davon nutzen 89 Krankenhäuser ORBIS, 61 iMedOne, 34 NEXUS (davon die gesamten LVR- und LWL-Psychiatrien sowie der Großteil der Psychiatrien), 30 Medico, 13 SAP (u. a. die Sana- und Helioskliniken) und 12 Meierhofer MCC. Fünf Krankenhäuser gaben an, kein KIS zu verwenden und 35 machten keine Angabe. Der deutlich dünnere Rücklauf zu den Kommunikations- und Entlassungsstrukturen, die in den Krankenhäusern als hoch heterogen einzuschätzen sind, ließ jedoch einige Trends erkennen:

- Die wenigsten Krankenhäuser führten (vor Inkrafttreten der KHP Nordrhein-Westfalen und Schleswig Holstein) in dem o. g. Zeitraum ein Screening für Patient\*innen ab 75 Jahre durch;
- Wenige Pflegetrainer\*innen konnten im KIS dokumentieren, weder zur Familialen Pflege noch zur Pflege allgemein;
- Jedoch waren häufig Kontaktdaten zu Angehörigen vorhanden – vermutlich Notfallkontaktpersonen;
- Die Pflegetrainer\*innen beauftragten sich zum Großteil selbst (Eigenrecherche), jedoch wurden sie auch von der Pflege, dem Case- oder Entlassmanagement und dem Sozialdienst beauftragt. Nur selten nahmen pflegende Angehörige oder die Ärzte direkten Kontakt zu ihnen auf;
- Die Beauftragung geschah häufig über ein Konsil (im KIS und auf Papier) und via Telefon.

Thesenhaft lässt sich formulieren, dass die eigenständigen Lösungen primär die vorhandenen Strukturen der KIS nutzen: EDV-gestützte Konsile, Leistungsdokumentation, vereinzelt eigene, für die Pflegetrainer\*innen entwickelte Dokumente und Ansichten. Oft nicht realisiert wurde die Verknüpfung der Dokumentation der Familialen Pflege, weder mit der allgemeinen Dokumentation der Stationen noch zur Erstellung der Nachweise und Mittelanforderungen der Universität Bielefeld. Folglich wurden entweder die Dokumentationsbögen im KIS nur marginal verwendet und weiterhin handschriftlich, in Einzelfällen auch mit Laptops und Tablets, direkt in die Nachweise der Universität Bielefeld dokumentiert oder die Arbeit der Familialen Pflege wurde doppelt, im KIS und in den Nachweisen, erfasst.

## ***Erfassung der Pflegestufen und anschließende Prozessgestaltung***

Ausgehend von dem EDV-Kataster und den Präsentationen auf dem Projektforum-IT lag der erste Fokus zur Beratung der Krankenhäuser im Zusammenhang mit der Nutzung des KIS allgemein in der Frage nach Grenzen und Machbarkeit der KIS. Im Rahmen der Umsetzungsforschung und der Koproduktion war es daher angebracht, die Praxis zu explorieren, d. h. einen tieferen Einblick in die schon vorhandenen Lösungsansätze zu bekommen. Dabei sollten nicht nur positive Ergebnisse berücksichtigt, sondern noch anstehende Herausforderungen in der Nutzung der KIS berücksichtigt werden.

Die in den Krankenhäusern geführten Gespräche, an denen hauptsächlich die begleitenden wissenschaftlichen Berater\*innen der Universität Bielefeld, die jeweiligen Pflegetrainer\*innen, Mitarbeiter\*innen aus den EDV-Abteilungen, angeschlossenen Bereichen wie Sozialdienst und Entlassmanagement sowie Vertreter\*innen der mittleren Leitungsebene (z. B. Pflegedienstleitungen oder Projektkoordinator\*innen) teilnahmen, zeigten drei praxisrelevante Fragen auf:

1. Sind genügend Informationen für die Pflegetrainer\*innen im KIS vorhanden, um Patient\*innen und ihre Angehörigen zu identifizieren, und wenn ja, welche Informationen sind das? Daran anschließend: Wer dokumentiert wann die benötigten Informationen und werden diese überhaupt im KIS erfasst?
2. Wie kann ein geeignetes Graphical User Interface (GUI) für die Familiäre Pflege erstellt werden? Was muss dokumentiert werden und an welcher Stelle kann im KIS dokumentiert werden? Erhalten die Pflegetrainer\*innen eine eigene User-Rolle im KIS?
3. Wie kann die Dokumentation sinnvoll mit der Abrechnung, d. h. mit den Nachweisen und der Mittelanforderung des Modellprogramms zusammengebracht werden? Wie kann also eine drohende Doppeldokumentation vermieden werden?

Parallel dazu schlossen sich folgende Fragen an:

- Wie lassen sich die benötigten Informationen zur Identifizierung von Patient\*innen und den pflegenden Angehörigen erheben?
- Wie kann eine Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst, der Pflegeüberleitung, dem Entlassungsmanagement, dem Casemanagement, den Therapeut\*innen, den Ärzt\*innen (neu) organisiert werden? Welche Schnittstellen gibt es und welche müssen geschaffen werden?
- Welche technische Ausstattung wird benötigt? Ist beispielsweise neben einem Zugang zu einem PC auf den Stationen oder einem eigenen Büro eine mobile Ausstattung (Laptop, Tablet) notwendig?
- Welche datenschutzrechtlichen Hürden in der mobilen Nutzung des KIS existieren und welche entstehen bei der Frage zur Dokumentation der Angehörigenarbeit in der Patient\*innenakte?

Bis heute konnten noch nicht alle Fragen umfänglich beantwortet werden. Die hohe Komplexität der Fragen wird in den sehr heterogenen Praxisstrukturen der Krankenhäuser einerseits (z. B. Gestaltung der Aufnahme- und Entlassungsprozesse, dem Zusammenspiel der Professionen, dem ländlichen oder dem urbanen Einzugsgebiet, der vorhandenen Fachabteilungen, allen vorweg Geriatrien und Psychiatrien) und den Umsetzungs- sowie Teamstrukturen der Familialen Pflege andererseits deutlich. Neben den Einzelkämpfer\*innen, also jene Pflgetrainer\*innen, die eigenverantwortlich – und meistens auf selbstständiger Basis arbeitend – das Modellprogramm in den Krankenhäusern umsetzten, existierten ebenfalls diverse Teamstrukturen. Diese reichten von gleichgestellten Pflgetrainer\*innen, die lediglich auf verschiedenen Stationen eingesetzt wurden, bis hin zu hierarchisierten und verteilten Strukturen, in denen meistens eine Pflgetrainer\*in die Organisation der Fälle und den Erstkontakt zu den pflegenden Angehörigen übernahm (de facto die Erstgespräche führte) und den weiteren Beratungsprozess an andere Pflgetrainer\*innen im eigenen Haus delegierte. Auch begegneten verschiedene Netzwerke und Institutionalisierungsgrade: Diese reichten von keinen oder konflikthafter Netzwerken (z. B. mit dem Sozialdienst) bis hin zu ersten voll integrierten Pflgetrainer\*innen in Angehörigenschulen und/oder Pflegesozial-Beratungen, welche eigene Funktionseinheiten für Patient\*innen und Angehörige im Krankenhaus bilden.

Die Frage der Team- und Strukturbildung innerhalb der Organisation war nur eine zentrale Frage, wenn pflegende Angehörige erreicht werden sollten. Trotz des teils hohen Integrations- und Institutionalisierungsgrads der Familialen Pflege blieb weiterhin die zentrale Frage erhalten: Wie können pflegende Angehörige schon früh während des Krankenhausaufenthalts identifiziert und kontaktiert werden? Es zeigte sich zunehmend, dass die Arbeit der Pflgetrainer\*innen ökonomisch nicht immer deckend war. Der späte Kontakt zu den Angehörigen, die häufig sehr kurzfristigen Termine bis zur Entlassung der Patient\*innen und der vermehrte Erstkontakt zu den Angehörigen erst nach dem Krankenhausaufenthalt erschwerten sowohl die Stabilisierung des häuslichen Pflegesettings (Blomenkamp, von Kamen, Lagedroste & Seifen 2014; Gröning, Lagedroste & von Kamen 2015) als auch die Refinanzierung des Modellprogramms im Krankenhaus.

Für die weitere Konzeptentwicklung bot es sich daher nicht an, die spezifischen Strukturen der Krankenhäuser zu berücksichtigen, sondern diesen Bedingungen in der Beratung zu begegnen. Es sollten daher abstrakte Konzepte entwickelt werden, die sich anschließend in den Einzelberatungen für die jeweiligen Häuser konkretisieren ließen. Zu fragen war demnach, was bietet das System Krankenhaus, um Angehörige von pflegebedürftigen Patient\*innen zu identifizieren? Dies war ebenfalls eine schwierige Aufgabe, da Angehörige im Krankenhaus bisher ausschließlich als Koproduzenten für den medizinischen oder therapeutischen Genesungsprozess integriert wurden. In den pflegerischen Entlassungsprozessen spielten sie meist nur eine untergeordnete Rolle. Gänzlich exkludiert waren ihre eigenen lebensweltlichen Bedingungen, Familienkonstellationen oder Herausforderungen (Gröning u. a. 2015, 6f.). Zwar bedienten die Pflegetrainer\*innen diese Lücke, das System Krankenhaus selbst bot jedoch keine Ansatzpunkte, pflegende Angehörige zu identifizieren. Folgerichtig musste an den Patient\*innen selbst angesetzt werden. Es war jedoch zunächst fraglich, was bei den Patient\*innen ausschlaggebend für einen Bildungs- und Beratungsprozess der pflegenden Angehörigen war. Erste formelle Annäherungen lagen hingegen auf der Hand:

- wenn die Patient\*innen nicht aus der dauerhaften stationären Versorgung eingeliefert wurden,
- wenn die Patient\*innen wieder nach Hause entlassen werden,
- wenn die Patient\*innen bestimmte Eigenschaften in der Aufnahme aufwiesen: Demenz, Multimorbidität, einen schlechten Allgemeinzustand, Dekubiti, Exsikkose etc.,
- wenn die Patient\*innen schon in der Häuslichkeit durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt wurden,
- wenn die Angehörigen angaben, dass die Patient\*innen in der Häuslichkeit versorgt würden,
- wenn aufgrund der Pflegesituation familiäre Probleme entstanden sind bzw. entstehen würden.

Die Explorationen in den Häusern offenbarten jedoch, dass die wenigsten dieser Informationen bei Aufnahme bekannt sind, in den Aufnahmeprozessen erfragt oder im KIS hinterlegt werden. Das ist zum Teil verständlich, da die Fragen zur familiären Situation stark schambehaftet sind, zum Teil erstaunlich, da die Versorgung in der Häuslichkeit mit oder ohne ambulanten Pflegedienst nicht mit einer Pflegesituation oder -bedürftigkeit assoziiert wird – weder von den Pflegefachkräften noch in der Familie. Ferner wurde deutlich, dass nur einige wenige dieser Kriterien auch zuverlässig auf eine poststationäre Versorgung in die Häuslichkeit hinweisen. Ebenso, dass das System Krankenhaus einerseits die pflegerisch relevanten Informationen wegen mangelnder (direkter) ökonomischer Relevanz selektierte und andererseits die nachgefragte Lebenswelt der Patient\*innen und Angehörigen überkomplex für die medizinischen Behandlungen (G-DRG-orientiert) und die sich verkürzenden Aufenthaltszeiten waren.

In Anlehnung an den DNQP 2009 wurde anschließend formuliert, dass bei der Aufnahme von Patient\*innen die Entlassungssituation erhoben und insbesondere bei pflegerischen Auffällig-

keiten für die poststationäre Versorgung die Familiäre Pflege möglichst schon in den Aufnahme-  
 prozessen über das KIS beauftragt werden sollte. Das Problem, welche Indikatoren für die Fami-  
 liale Pflege relevant sind, blieb erhalten, überkomplex und zunächst ausschließlich prozessorien-  
 tiert, wie die folgende Grafik illustriert.

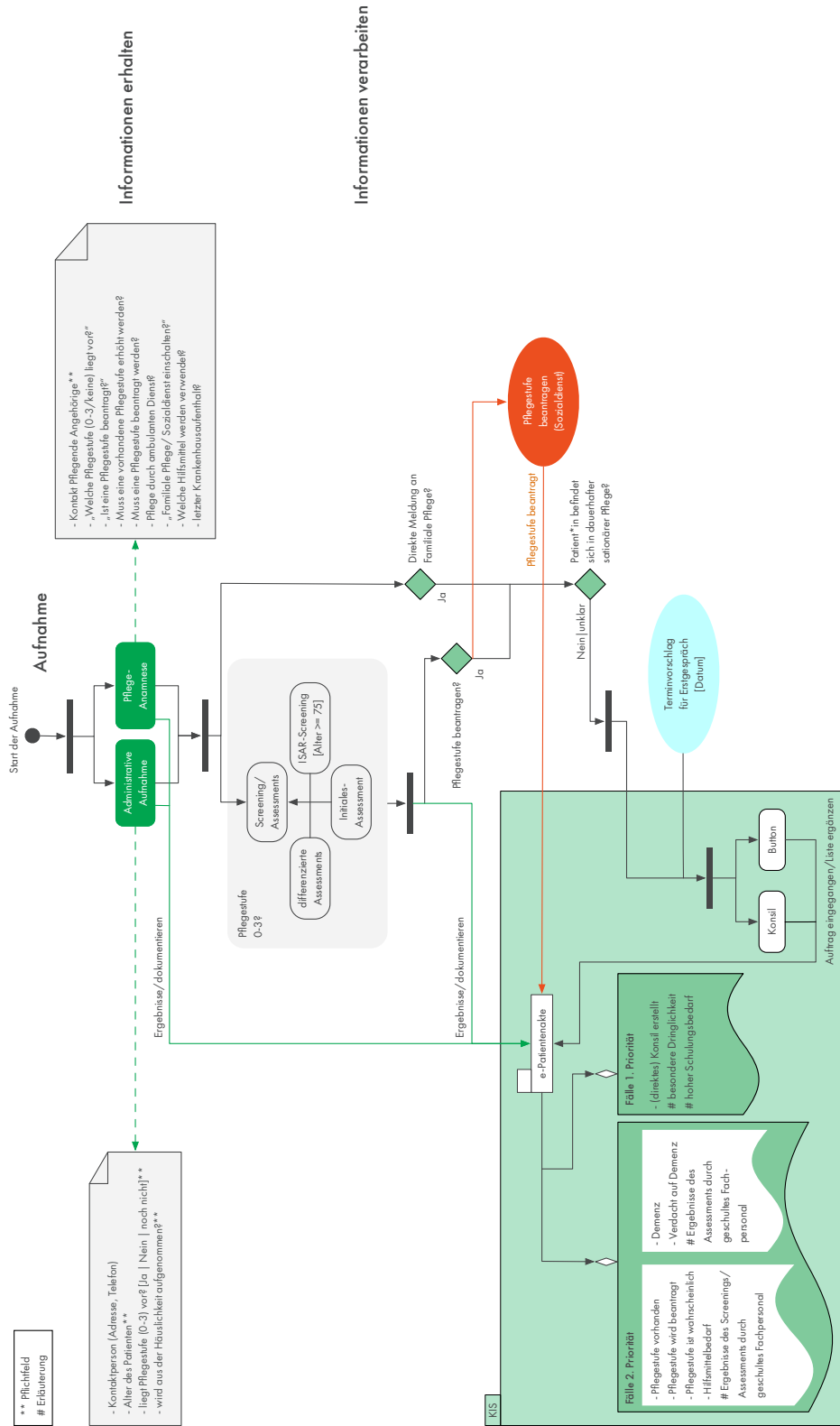


Abbildung 3: Aufnahmeprozess (2014)

## Schwerpunktbildung „Beste Praxen“: ORBIS und Netzwerkbildung

In weiteren Explorationen und ersten Beratungsprozessen des Ressorts-EDV stellte sich heraus, dass viele der formalen Indikatoren sich in der Pflegebedürftigkeit der Patient\*innen zusammenfassen ließen – d. h. ob eine Pflegestufe<sup>24</sup> vorhanden ist oder beantragt wurde. Dieser Gedanke wurde schnell um die zu erwartende Pflegebedürftigkeit für jene Patient\*innen erweitert, bei denen bisher keine Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde oder jenen, die während des Krankenhausaufenthalts eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit entwickelten.

Strategisch wurde konzipiert, dass in den Aufnahmeprozessen, z. B. in der Pflegeanamnese, nach einer vorhandenen oder zu erwartenden Pflegebedürftigkeit zu fragen sei. In der Beratungspraxis zeigte sich jedoch, dass diese entweder nicht erfragt oder nicht im KIS dokumentiert wurde. Der Begriff der „zu erwartenden Pflegestufe“ sei bei dem Pflegepersonal im Krankenhaus fast ausschließlich juristisch und nicht pflegerisch besetzt, sodass die Einschätzung hoheitlich dem MDK bzw. dem Sozialdienst zugeschrieben wurde. Ferner wurde von den Pflegetrainer\*innen berichtet, dass die aufnehmenden Stationen, insbesondere die Notfallstationen, die Stabilisierung der Patient\*innen in den Blick nahmen. Die Einschätzung, sowohl pflegerisch als auch juristisch, zur (zu erwartenden) dauerhaften, poststationären Pflegebedürftigkeit spielt im Primat der Behandlungskultur der Krankenhäuser keine Rolle.

In erneuter Anlehnung an den DNQP 2009 sowie auch an den Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2015 (KHP NRW 2015) wurden seitens des Modellprogramms die Bedeutung der (geriatrischen) Screenings und Assessments – im KHP NRW 2015 das ISAR-Screening und den anschließenden, geeigneten Assessments – betont, die einen weiteren Indikator für eine zu erwartende dauerhafte Pflegebedürftigkeit darstellen sollten. Die Ergebnisse des ISAR-Screenings sowie weiterer Assessments seien im KIS zu dokumentieren und ein hilfreicher Wert, die Familiäre Pflege zu beauftragen.

---

24 Pflegestufe 1 bis 3 nach § 45 SGB XI sowie sog. „Pflegestufe 0“ nach eingeschränkter Alltagskompetenz in § 45a SGB XI – jeweils vor der Reform des Pflegestärkungsgesetzes PSG II im Jahr 2017.

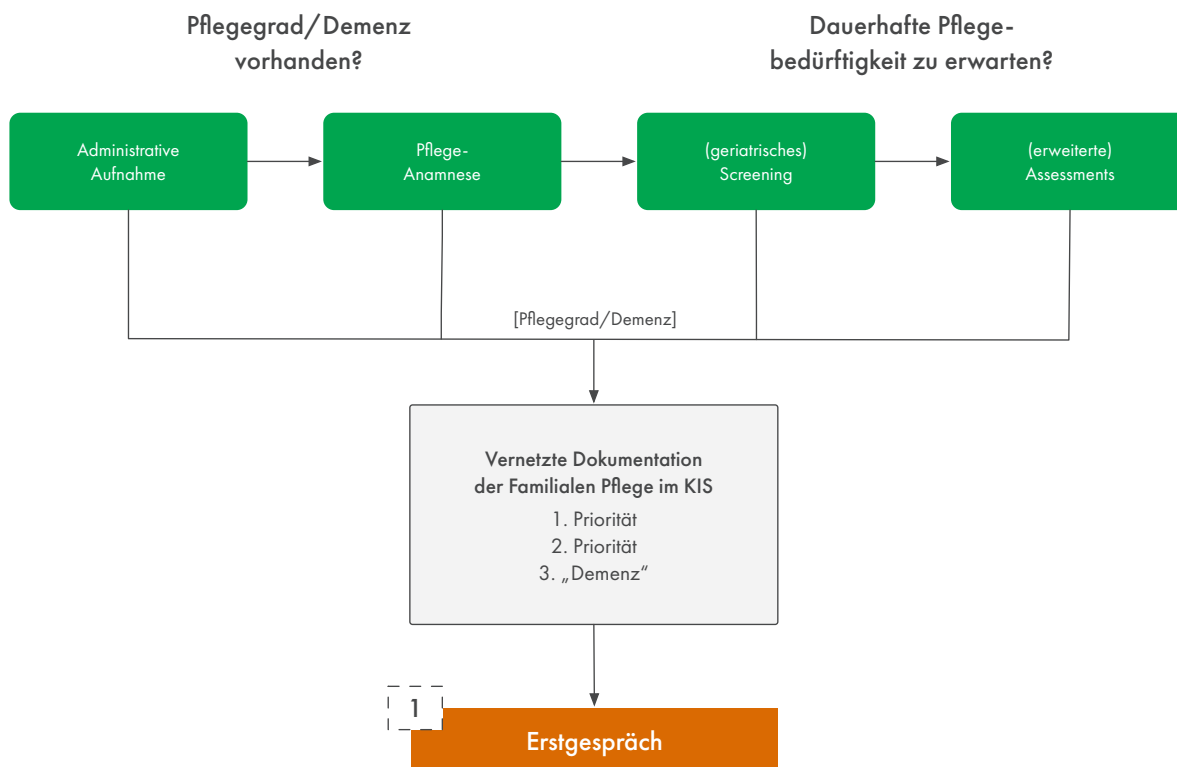


Abbildung 4: Aufnahmeschema

Bei entsprechender Indikation sollten die Pflegetrainer\*innen konsiliarisch über das KIS angefordert werden (Liste 1. Priorität). Diese beinhaltet die pflegfachliche Einschätzung einer zu erwartenden Pflegebedürftigkeit im Anschluss an das geriatrische Screening (KHP 2015, 94f). Oder sie sollten automatisch benachrichtigt werden, wenn eine vorhandene Pflegestufe (Liste 2. Priorität) sowie eine Sekundärdiagnose Demenz (Liste „Demenz“) im KIS dokumentiert wurde. Eine automatische Benachrichtigung der Pflegetrainer\*innen über das KIS ließ sich in der Regel nicht realisieren, jedoch meistens eine Arbeitsliste generieren, die alle Patient\*innen mit dokumentierter Pflegestufe oder Demenz aufführte.

Ergänzend dazu wurde konzeptionell festgehalten, dass die Pflegetrainer\*innen über Netzwerkbildung näher in das Zentrum der Organisation Krankenhaus rücken sollten. Das bedeutete, eine stärkere Kooperation einerseits mit den Sozialdiensten, Case- und Entlassungsmanagern, andererseits mit den Pflegedienstleitungen und den Pflegedirektionen einzugehen, um den innerbetrieblichen Ausbau der Familialen Pflege zu planen. Damit verbunden war auch die Anforderung zur Kontaktaufnahme zu den EDV-Abteilungen der Krankenhäuser. Die Rollenerweiterung der Pflegetrainer\*innen umfasste somit auch die Mitgestaltung der Aufnahme- und Screeningprozesse.

Das Projektforum-IT mit Schwerpunkt ORBIS im November 2014 versuchte demnach die Erfassung der Pflegestufe über das KIS, die Etablierung der konsiliarischen Beauftragung (Liste 1. Priorität) und automatischen Beauftragung (Liste 2. Priorität) sowie die Netzwerkbildung und die Einschätzung der zu erwartenden Pflegebedürftigkeit über die Screenings im KHP NRW 2015 und DNQP 2009 mit den Besten Praxen der ORBIS-Häuser zusammenzubringen. Die besondere Berücksichtigung von ORBIS ist darauf zurückzuführen, dass ORBIS das KIS mit der höchsten Verbreitung im Modellprogramm ist und die von dem Modellprogramm ausgesuchten Besten



Praxen ORBIS nutzen. Es nahmen knapp 80 Pflegetrainer\*innen, EDV-Mitarbeiter\*innen und Vertreter\*innen der Pflegedienstleitungen und Pflegedirektionen teil. Die vorgestellte Konzeption, die die (zu erwartende) Pflegebedürftigkeit mittels Screenings und Assessments aufdeckt, wurde vom Plenum einerseits als hilfreich, andererseits als problematisch aufgenommen. Formuliert wurde, dass sich die Wege zur Familialen Pflege teils zwar verkürzen würden, die Durchführung der Screenings und Assessments aber schwer umzusetzen seien. Auch würden die Ergebnisse des ISAR-Screenings nicht verlässlich auf eine Pflegebedürftigkeit hindeuten. Tatsächlich findet das Modellprogramm bis heute nur vereinzelt systematische Screening- und gekoppelte Assessmentverfahren in den Krankenhäusern (Gröning, Lienker & Sander, S. 14).

## **Konzeptentwicklung: KHP NRW 2015 und EDV in der Familialen Pflege**

Da sich zeigte, dass das ISAR-Screening noch weitestgehend unbekannt war, wurde inhaltlich die Anforderung zur Früherfassung einer (zu erwartenden) Pflegebedürftigkeit und die damit verbundene Beauftragung der Pflegetrainer\*innen an die Krankenhausplanung in NRW gebunden. Damit wurde ein Schwerpunkt im geriatrischen Versorgungsbereich gesetzt. Weitere Diskussionen und Gespräche u. a. mit Expert\*innengruppen zeigten nicht nur das fehlende Wissen und die meist ungesteuerten Aufnahmeprozesse zur pflegerischen Überleitung, sondern auch die Unzulänglichkeit des ISAR-Screenings als Indikator für eine zu erwartende Pflegebedürftigkeit. Unter dem Begriff „Post-Screening“ wurden die ebenfalls im KHP NRW 2015 vorgeschriebenen differenzierten Assessments stärker berücksichtigt und einbezogen. Weist das ISAR-Screening nur auf eine Auffälligkeit für eine geriatrische Versorgung hin, ermöglichen weiterführende Assessments zwar noch keine Feststellung einer Pflegebedürftigkeit, jedoch eine im Anschluss fundierte pflegerisch-geriatrische Einschätzung für eine zu erwartende Pflegebedürftigkeit. Diese Annahme scheint sich mit dem Neuen Begutachtungs-Assessment (NBA) im Rahmen der PSGII-Reform zu bestätigen.<sup>25</sup>

Dieser Gedanke wurde 2015 und 2016 auf weiteren Projektforen-IT aufgegriffen und vertieft. Nicht nur wurden weitere KIS (iMedOne, Medico, NEXUS, SAP) berücksichtigt, speziell innerbetriebliche Parallelanforderungen und insbesondere das Demenz- und Delirmanagement sowie Psychiatrien wurden stärker in den Blick genommen. Es zeigte sich zunehmend, dass seitens weiterer Versorgungseinheiten (z. B. Sozialdienst, Entlassungsmanagement) ähnliche Problemstellungen der systemischen Integration und folglich der Beauftragung bestanden.

Die EDV-Beratung trug zwar erste Früchte, jedoch zeigte sich ebenso, dass die Entwicklungsschritte in den Krankenhäusern sehr aufwändig waren, mussten doch sowohl die Leitungsebene(n), fachfremde Bereiche wie die EDV-Abteilungen und Versorgungsbereiche mit großen Schnittmengen (Pflegeüberleitung, Entlassmanagement, Sozialdienst etc.) und daher mit hohem Konfliktpotenzial an einen Tisch gebracht und mit Blick auf die Familiale Pflege singuläre Bedürfnisse artikuliert werden, die gleichzeitig für die anderen Versorgungsbereiche anschlussfähig

---

<sup>25</sup> Siehe dazu erste Überlegungen im Abschnitt „Andere Bedingungen: Pflegebedürftigkeit in der Psychiatrie“ in diesem Beitrag sowie den Beitrag von Susanne Johannes in diesem Buch.

sind. Zudem erwiesen sich die Lösungsansätze zwar als strukturell tragfähig und zielführend, sie fanden jedoch nicht immer die notwendige Kontinuität im Zusammenspiel mit den verschiedenen Stationen und der Arbeitspraxis auf den Stationen.

Dies zeigte sich konkret in dem Beispiel zur flächendeckenden Nutzung des Konsils „Familiale Pflege“ im KIS als Königsweg der Beauftragung der Pflegetrainer\*innen (Liste 1. Priorität). Die technische Umsetzung, das Konsil für die Stationsgrafiken – meistens die Übersichten aller Patient\*innen auf den Stationen – verfügbar zu machen, ist in allen hier behandelten KIS eine triviale Aufgabe. Ebenso ist die Erstellung einer Arbeitsliste, die alle gestellten Konsile enthält, einfach und schnell umzusetzen. Nur in sehr seltenen Fällen entstanden an diesen Stellen auf Seiten der EDV-Mitarbeiter\*innen, der Pflegetrainer\*innen, Sozialdienstmitarbeiter\*innen oder Vertreter\*innen der Leitung Widerstände.

Auch wurde meistens projiziert, dass die aufnehmenden Stationen direkt oder die Folgestationen selbst, auf denen die Pflegeanamnese durchgeführt werden, das Konsil auslösen sollen, sobald eine (zu erwartende) Pflegebedürftigkeit für die Patient\*innen vorliegt, die nicht aus einer dauerhaft stationären Pflegeversorgung in die Krankenhäuser übergeleitet werden. Den Pflegetrainer\*innen wurde in Kooperation beispielsweise mit Unterstützung der Pflegedirektion aufgetragen, Arbeitsbündnisse mit allen oder einigen Pilotstationen – vornehmlich Geriatrien bzw. gerontopsychiatrische Stationen, der Neurologien und der Kardiologien, also jenen Stationen, auf denen eine hohe dauerhafte Pflegebedürftigkeit von Patient\*innen vermehrt zu erwarten ist – einzugehen und die Familiäre Pflege dort bekannt zu machen. Diverse Strategien zum regelmäßigen Auslösen des Konsils konnten für die hoch heterogenen Strukturen und Prozesse der Stationen mit Hilfe der Pflegetrainer\*innen entwickelt werden, die von grafischen Aushängen, über Stationsteamsitzungen bis hin zu Desktop-Hintergründen der Stations-PCs reichten. Ferner sollten in den digitalen Aufnahmeformularen und dem ISAR-Screening Hinweise zur Beauftragung der Familialen Pflege enthalten sein, die bei Erfassung einer vorhandenen oder zu erwartenden Pflegebedürftigkeit erscheinen. Alternativ wurde eine „automatische“ Liste erstellt, die alle Patient\*innen führte, für die eine vorhandene Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe/Pflegegrad) festgestellt wurde, für die aber kein aktives Konsil bei den Pflegetrainer\*innen eingegangen war (Liste 2. Priorität). So konnten die Pflegetrainer\*innen sich selbst beauftragen, ohne von anderen Akteuren und Stationen abhängig zu sein.

Häufig zeigten die Beratungen schnelle, aber nur kurzfristige Erfolge. Sofern die Pflegetrainer\*innen nicht trotzdem kontinuierliche Präsenz auf den Stationen zeigten und die Familiäre Pflege nicht immer wieder für die alltäglichen Stationsabläufe zugänglich machten, blieben die Meldungen wieder aus. Auch die Selbstbeauftragung durch die automatisierte Liste (Liste 2. Priorität) als alternative oder ergänzende Lösung wirkte in diesem Zusammenhang nicht: Auch wenn die Erfassung der (meist nur) vorhandenen Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe/Pflegegrad) zunehmend in die Pflegeanamnesen aufgenommen wurden, gelang ihre flächendeckende und kontinuierliche Erfassung nur selten.

## Systematische Integration: Von der Nutzung des KIS zur Prozessberatung

Das Modellprogramm war weiterhin mit der Heterogenität der Krankenhäuser konfrontiert: So zeigten sich trotz aller Rückschläge einige Stationen, die von sich aus einen hohen Bedarf an einer dauerhaften Pflegebedürftigkeit sahen – das sind insbesondere die geriatrischen, neurologischen und kardiologischen Stationen. Entscheidend waren auch Parallelprozesse in den Krankenhäusern, an die eine Weiterentwicklung der Familialen Pflege andocken konnte. Krankenhäuser, die die Dokumentation auf Papier abschaffen wollten oder in denen die Familiäre Pflege eine enge Verbindung zur Pflegedirektion aufbauen konnte, zeigten hingegen eine deutlich höhere Kontinuität der Meldungen. Viele andere Krankenhäuser machten sich auch auf den Weg, konnten aber meist nur einen kurzfristigen Effekt erzielen. Die EDV-gestützte Dokumentation über die Integration der Nachweise der Universität Bielefeld in das KIS oder die Erstellung von eigenen Formularen erzielten einige Effekte, die das Zeitmanagement der Pflegetrainer\*innen betrafen.

Die Erfahrungen aus der Beratung des Modellprogramms zeigten, dass die Integration des Konsils „Familiale Pflege“ kein Selbstläufer war. Zu fragen war demnach, wie kann die Infrastruktur des Konsils im KIS an bestehende Prozesse angebunden werden? Dieses sollte systematisch geschehen, d. h. das Konsil sollte stärker an die Logiken und Prozesse der Organisation Krankenhaus (hier die Entlassungsprozesse) gebunden werden. Wie schon dargelegt, bestand darin ein zentrales Problem, da die (zu erwartende) Pflegebedürftigkeit der Patient\*innen nicht im primären Fokus der Aufnahme-, Behandlungs- und Entlassungsprozesse der Krankenhäuser liegt. Zu fragen war demnach, welche Parallelprozesse und externen Anforderungen für die Entlassungsprozesse existieren, die eine pflegfachliche Einschätzung und Erfassung der (zu erwartenden) Pflegebedürftigkeit ermöglichen. Dabei musste berücksichtigt werden, dass die Familiäre Pflege Teil der Entlassungsprozesse sein sollte, die schon in der Aufnahme beginnen.

Die Strategie, sich stärker an dem DNQP 2009 und den Krankenhausplanungen (NRW 2015 und Schleswig Holstein 2017, kurz: KHP SH 2017) zu orientieren, lag ebenso nahe wie die Anforderungen des Rahmenvertrags Entlassungsmanagement des Bundesschiedsgerichts (kurz: RV EM) aufzugreifen. Die Überlegung resultierte aus der Annahme, dass über die Nutzung der politischen und qualitativen Vorgaben schneller Veränderungen in den Organisationen herbeigeführt werden und diese gleichzeitig auf weniger Widerstand treffen würden, als wenn ausschließlich innerhalb der Organisation gearbeitet wird. Alle zugrunde liegenden Dokumente schreiben ein initiales Screening vor: Der DNQP 2009 und RV EM, um den prä- und poststationären Versorgungsbedarf bzw. die Planung der post-stationären Versorgung zu erheben, und die Krankenhausplanungen, um zu ermitteln, ob die Patient\*innen von einer geriatrischen Weiterversorgung profitieren können. Insbesondere der DNQP 2009 und der KHP 2015 NRW betonen darüber hinaus die Notwendigkeit zu differenzierten Assessments, um die jeweiligen Auffälligkeiten der initialen Screenings zu verifizieren, zu vertiefen und zu spezialisieren.

Ausgehend von der These, dass sowohl die vorhandene als auch eine zu erwartende Pflegebedürftigkeit, d. h. ein vorhandener oder ein zu erwartender Pflegegrad, in den Aufnahmeprozessen vielfach nicht erfasst wird und die geforderten Screenings und Assessments geeignet sind, erste Hinweise für eine (zu erwartende) Pflegebedürftigkeit zu geben, galt es diese zu operationalisieren.<sup>26</sup>

Das Modellprogramm diskutierte daher mit Expert\*innen und Praktiker\*innen des Feldes mit Schwerpunkt auf Familialer Pflege, Demenz- und Delirmanagement sowie mit Aufnahmemanagern die Herausforderungen zur Kopplung von administrativer und pflegerischer Aufnahme sowie Screenings, Assessments und der (zu erwartenden) Pflegebedürftigkeit. Das Ergebnis war deutlich: Das geriatrische Screening, wie es im KHP NRW 2015 vorgeschrieben wird, deutet nicht auf eine (zu erwartende) Pflegebedürftigkeit, jedoch auf einen geriatrischen Versorgungsbedarf hin. Ähnliches fanden wir in Krankenhäusern, die auf Demenz- und Delirrisiken screenen. Die Ergebnisse von anschließenden, differenzierten Assessments (z. B. Barthel-Index, MMST, Uhrentest etc.) stellen noch immer keine Pflegebedürftigkeit fest, dieses obliegt weiterhin der juristisch-relevanten Einschätzung des MDK nach § 14 SGB XI. Die Verschränkung lässt jedoch eine pflegefachliche Einschätzung zur Pflegebedürftigkeit zu, die ausschlaggebend für die Beauftragung der Familialen Pflege ist.

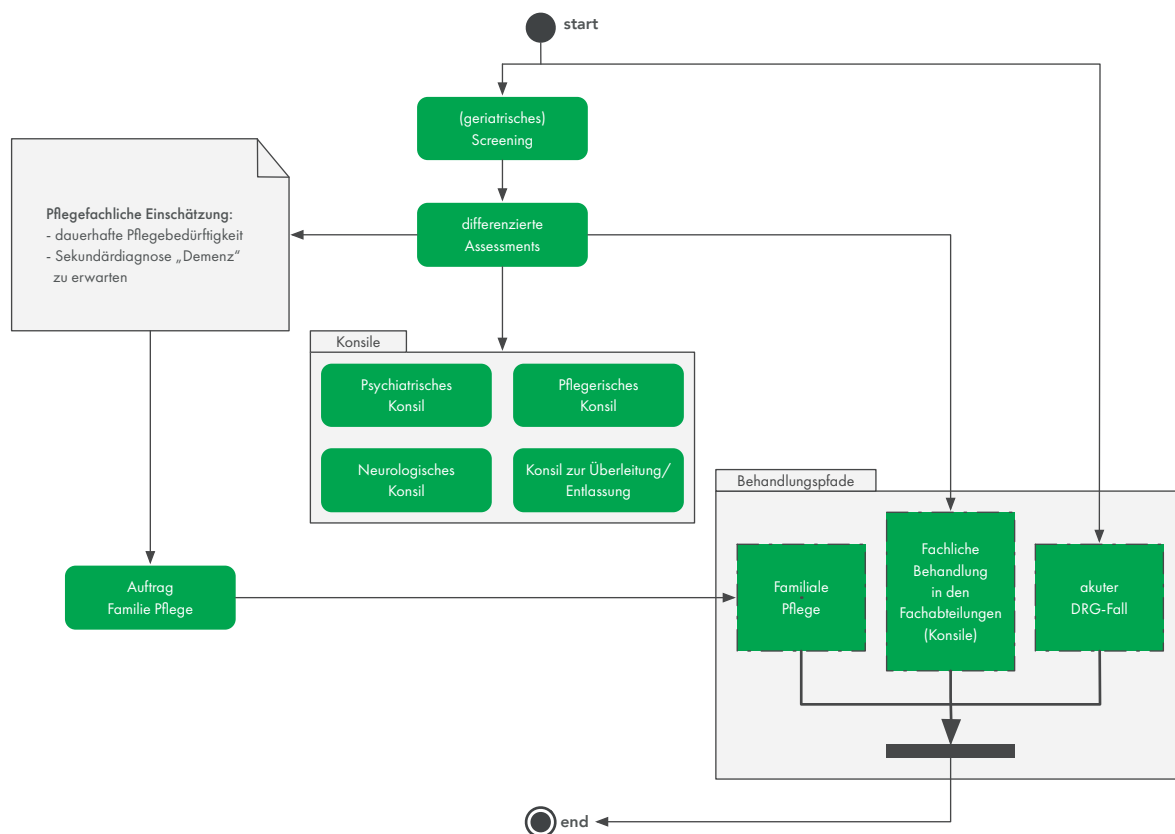


Abbildung 5: Screenings und Assessments

26 Dieses gilt speziell in den somatischen Krankenhäusern für die Sekundärdiagnose Demenz, die ebenfalls verdeckt bleibt. Wie oben angemerkt, bilden die Geriatrien und Teile der Psychiatrien eine Ausnahme.

Die Grafik modelliert den Zusammenhang von Screenings, Assessments und Familialer Pflege, in denen die Pflege als Profession eine entscheidende Rolle übernimmt. Sie versucht gleichzeitig zu verdeutlichen, inwiefern die Ergebnisse der Screenings und Assessments für weitere medizinische, pflegerische und soziale Prozesse im Krankenhaus verwendet werden, die somit nicht allein für die Familiäre Pflege relevant sind, sondern die politischen und pflegfachlichen Vorgaben berücksichtigen und in organisationsbezogene Prozesse übersetzen. Es bleibt zu berücksichtigen, dass die Familiäre Pflege weiterhin unter dem § 45 SGB XI arbeitet und nicht bei dem Aufbau eines Entlassmanagements (§ 39.1 SGB V) im Krankenhaus partizipiert. Demnach ist es jedoch zulässig, dass die Familiäre Pflege als Teil der Entlassungsprozesse, bezogen auf den § 45 SGB XI spezifische Anforderungen stellt, um die Aufnahmeprozesse um Aspekte zur pflegerischen Überleitung in die Häuslichkeit zu ergänzen. Diese beispielhafte und fallorientierte „Tiefenbohrung“ der Beratung durch das Modellprogramm „Familiale Pflege“ kann zu Synergieeffekten in den Krankenhäusern führen, von denen unter anderem die Sozialdienste und auch das Entlassungsmanagement profitieren können.

### ***Andere Bedingungen: Pflegebedürftigkeit in der Psychiatrie***

Die vorgestellten Beratungskonzeptionen basieren hauptsächlich auf den Beobachtungen, Beratungen und Erkenntnissen in somatischen Krankenhäusern – meist in NRW. Mit dem KHP SH 2017 sowie den länderübergreifenden DNQP 2009 und dem RV EM lassen sich diese Ergebnisse in leicht angepasster Form auf die Krankenhäuser in Schleswig-Holstein übertragen, sodass diese hier nicht weiter vorgestellt werden müssen.<sup>27</sup> Die Psychiatrien bilden insofern andere Bedingungen, da die gerontopsychiatrische Identifizierung von Patient\*innen, sofern vorhanden, früher einsetzt als in den Krankenhausplänen vorgeschrieben und vor allem Demenz eine Primärdiagnose darstellt. Ferner sind die deutlich längeren Liegezeiten und eine differente Pflege- und Therapiekultur (die nicht immer trennscharf zu unterscheiden sind) ebenso zu berücksichtigen, wie eine ebenfalls different-komplexe Arbeit mit den pflegenden Angehörigen (vgl. Bergenthal & Friesel-Wark 2015).

Die größte Herausforderung in der System- und EDV-Beratung durch das Modellprogramm besteht jedoch auch hier in der systematischen Erfassung der vorhandenen oder zu erwartenden Pflegebedürftigkeit von Patient\*innen. Die Erfassung und Dokumentation der Pflegegrade besitzt in den Psychiatrien fast ausschließlich für die Überleitung in die stationäre Anschlussversorgung einen systemischen Sinn. Die psychiatrische Pflege in der Häuslichkeit durch pflegende Angehörige, insbesondere mit der Unterstützung eines psychiatrischen ambulanten Pflegedienstes, ist als lückenhaft zu charakterisieren. Der Schutzdiskurs – also der Schutz der Gesellschaft, aber auch der Angehörigen vor den Patient\*innen – sowie Stigmatisierungstendenzen sind als sehr wirkmächtig einzustufen (ebd., 278-286; Bergenthal in dieser Ausgabe).

Die Psychiatrien und psychiatrischen Stationen in den Krankenhäusern begegnen daher anderen Herausforderungen in der Arbeit mit den pflegenden Angehörigen. Die frühe Kontaktaufnahme stellt auch hier eine zentrale Herausforderung dar, um Stigmatisierungen entgegen zu wirken und

---

27 Der KHP SH 2017 schreibt lediglich ein geriatrisches Screening für Patient\*innen ab 70 Jahren vor und betont weniger stark die differenzierten Assessments. Hingegen wird der geriatrische Versorgungsverbund als sektorenübergreifendes Netzwerk hervorgehoben (KHP SH 2017, 38f.).

um die Stabilisierung der häuslichen Pflegeversorgung sicherzustellen. Die Erfassung der (zu erwartenden) Pflegebedürftigkeit von psychiatrischen Patient\*innen in den Psychiatrien begegnet einer anderen Pflege- und Organisationskultur und ist demnach anders in die Organisationsstrukturen und folglich den Teams innerhalb der Organisation einzubinden. Seit 2016 fragt das Modellprogramm in einem Teilprojekt der Umsetzungsforschung nach den Spezifika der (zu erwartenden) Pflegebedürftigkeit auf den Stationen mit gerontopsychiatrischen, Depressions- und Sucht-Schwerpunkten.

Erste Zwischenergebnisse verdeutlichen, dass das Wording zur Pflegebedürftigkeit – insbesondere mit dem Blick des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs seit Einführung des Pflegestärkungsgesetzes II (PSG II) – von entscheidender Bedeutung ist. Dauerhafte Einschränkungen der „Mobilität“, „Ernährung“ oder „Körperhygiene“ bei Sucht- oder Depressionspatient\*innen äußern sich häufig anders, nämlich konjunktureller als bei rein geriatrischen oder gerontopsychiatrischen Patient\*innen. Ebenso zeigt sich, dass der Umgang mit diesen Einschränkungen und folglich die pflegerische Handlung, Intervention bzw. Einschätzung zwischen Psychiatrie und Somatik unterschiedlich sind.<sup>28</sup> Dieser Herausforderung gilt es 2018 flächendeckend zu begegnen und in die Beratungskonzeptionen des Modellprogramms einzuarbeiten.

Da PEPP Anfang 2017 ausgesetzt und überarbeitet wurde, ist derzeit ein konkretes Entgeltsystem in der Psychiatrie noch offen. Einige Kalkulationshäuser berichten jedoch, dass spezifische Screenings und Assessments, die zum Teil schon für Patient\*innen ab 55 Jahren in den ersten fünf Tagen nach Aufnahme durchgeführt werden können, abrechnungsrelevant sind. Entsprechend entsteht an dieser Stelle ein großes Potenzial für die Familiäre Pflege, vorhandene Informationen, die systematisch erhoben werden, zur Einschätzung einer zu erwartenden Pflegebedürftigkeit zu nutzen. Zu klären gilt es, ob diese Screenings und Assessments (u. a. Barthel-Index, MMST, Uhrentest) mit den neuen Einschätzungskriterien des MDK (entlang des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs) zulässig sind.<sup>29</sup>

Zu berücksichtigen ist ferner, dass das Entgeltsystem in der Psychiatrie die Erfassung von komplexen Entlassungen, der familiären Situation und der Pflegebedürftigkeit stärker berücksichtigt als die G-DRG. Seit 2016 ist die Erfassung der Pflegestufe bzw. des Pflegegrads OPS-kodiert<sup>30</sup>, sie hat jedoch bisher kaum Eingang in die Praxis gefunden. Die somatischen Krankenhäuser können auch an dieser Stelle von den günstigeren Rahmenbedingungen der Psychiatrien lernen. Der Wissenstransfer von der Psychiatrie in die Somatik – auch mit Schwerpunkt Demenz – ist ein weiteres Ziel für die nächsten Jahre.

28 Während in der Somatik meist funktional auf ein Pflegebedürfnis reagiert wird, wird in der Psychiatrie das „Pflegedefizit“ therapiert. Die lebensweltlich-orientierte, pflegerische Versorgung findet häufig in beiden Bereichen nicht statt. Dazu auch Gröning, Lagedroste & von Kamen (2016).

29 Die Studie von Noelle, Sauter & Löhr 2014 zeigt, dass es eine Korrelation zwischen Barthel-Index und der Pflegestufe gab. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist einerseits stärker auf die Selbstständigkeit der Patient\*innen ausgerichtet, andererseits werden insbesondere kognitive Einschränkungen stärker berücksichtigt. Es ist daher ebenfalls eine hohe Korrelation zwischen den Ergebnissen der Screenings und Assessments und einer Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI zu erwarten. Studien und Forschungen dazu stehen noch aus, das Modellprogramm wird im Rahmen der Umsetzungsforschung jedoch voraussichtlich erste praktische Ergebnisse zeigen können.

30 <http://www.icd-code.de/ops/code/9-984.html> (Stand 03.11.2017).

## Beispiele der EDV-Beratung in der Familialen Pflege

Die folgenden zwei Beispiele aus der IT-Beratung im Modellprogramm verdeutlichen einerseits die Komplexität der Nutzung des KIS für die Familiale Pflege im Krankenhaus sowie die Bedeutung der Akzeptanz von Innovationen, der Rollen- und Teamentwicklung für einen gelingenden Beratungsprozess. Es wird zu sehen sein, dass trotz aller konzeptionellen Vorüberlegungen der personelle und der strukturelle Rückhalt im Krankenhaus von entscheidender Bedeutung sind.

### *EDV-Beratung – Fallbeispiel 1*

Das erste Beispiel betrifft ein Krankenhaus in NRW, das explizit den Wunsch geäußert hat, Angehörige gezielt mit Hilfe des KIS so früh wie möglich zu erreichen. Das Entlassmanagement stand auf drei Säulen, dem Sozialdienst für die Überleitung in die stationäre Versorgung, die Pflegeüberleitung für die allgemeine Überleitung in die Häuslichkeit (z. B. Hilfsmittelversorgung und Wohnraumberatung) sowie der Familialen Pflege für die Beratung und Anleitung der pflegenden Angehörigen. Für die folgende Darstellung spielt der Sozialdienst jedoch keine nennenswerte Rolle. Hingegen zeigte sich, dass die Familiale Pflege im Entlassungsprozess als letztes Glied in der Informationskette hinter der Pflegeüberleitung stand und nur selten beauftragt wurde. Ziel war es daher, die Familiale Pflege unabhängig von anderen Funktionsstellen möglichst schon im Aufnahmeprozess zu beauftragen. Davon sollte gleichzeitig die Pflegeüberleitung profitieren und nicht nachgeschaltet werden. Eine hierarchische Gleichstellung zu allen im Entlassungsprozess partizipierenden Funktionsstellen war gleichsam das Ziel der Familialen Pflege sowie der Pflegedirektion.

In den Aufnahmeprozessen als neuralgischer Punkt für die Familiale Pflege sollte die Nutzung eines Konsils „Familiale Pflege“ gleichwertig neben den anderen Konsilen erstellt werden, welches die Arbeitsliste der Pflegetrainer\*innen generiert (Liste 1. Priorität) und eine erste Form der Unmittelbarkeit der Familialen Pflege zur Aufnahme ermöglicht. Die Pflegestufe selbst als zentrales Kriterium zur Beauftragung der Pflegetrainer\*innen wurde kritisch gesehen, da die Dokumentation des vorhandenen Pflegebedarfs nicht im Blickfeld der aufnehmenden Stationen lag. Daher sollte die Erfassung der Pflegestufe in der Pflegeanamnese auf den Stationen perspektivisch an Bedeutung gewinnen. Vorübergehend sollte es für die Pflegetrainer\*innen über eine Kurzansicht zu den Patient\*innen in der Stationsgrafik des KIS komfortabel zugänglich sein, sich selbst konsiliarisch beauftragen zu können. Ergänzend wurden das Alter der Patient\*innen, die PKMS-Einstufung, die Fieberkurve und der fortlaufend aktualisierte Selbst-Pflege-Index (SPI) in den Blick genommen. Die Frage nach der Dokumentation und Abrechnung wurde zunächst zurückgestellt.

In der zweiten Beratung wurde von schnellen Fortschritten berichtet: Die Erstellung der Arbeitsliste mit dem Konsil „Familiale Pflege“ erwies sich als einfach. Anfangs gelangten die Beauftragungen über das Konsil, aber schon wenige Wochen später blieben die Konsile aus. Nach mehreren Versuchen haben sich Familiale Pflege, Pflegedirektion und EDV-Abteilung doch geeinigt, die vorhandene Pflegestufe als zentrales Kriterium zu nutzen; die Versuche andere Daten miteinander zu verbinden, erwies sich als aufwändig, fehleranfällig und wenig zuverlässig. Hingegen wurde die Dokumentation im KIS an die Leitungserfassung gekoppelt, sodass perspektivisch ein Datenexport im Layout der Nachweise und Mittelanforderungen möglich wurde.



Über geschützte Felder können die Pflegetrainer\*innen Informationen erfassen, auf die andere Berufsgruppen keinen Zugang haben sollen.

In der weiteren Nutzung und Entwicklung des KIS durch die Familiäre Pflege zeigte sich, dass das Stellen des Konsils von den Stationen konjunkturell schwankte. Die Präsenz der Pflegetrainer\*innen auf den Stationen sei dabei der entscheidende Erfolgsfaktor. Sobald die Pflegetrainer\*innen z. B. krankheitsbedingt ausfallen, gingen die Konsilstellungen merklich zurück. Hilfreich seien hingegen die Kurzinformationen in der Stationsgrafik zur Pflegestufe und ergänzend der SPI, das Alter der Patient\*innen und die Fieberkurve. Auch das ISAR-Screening, welches systematisch zu dem Zeitpunkt nur auf einigen Pilotstationen eingesetzt wurde, erschien für die Identifizierung hilfreich.

In der weiteren Begleitung durch das Modellprogramm wurde deutlich, dass die teilnehmenden Akteure, insbesondere die Pflegetrainer\*innen und die EDV-Abteilung mit dem Rückhalt der Pflegedirektion ein stabiles Arbeitsbündnis aufgebaut hatten und kurzfristig auf Nachbesserungen reagieren konnten, da sich die EDV-Abteilung auch intensiv mit den Problemstellungen der Familialen Pflege auseinandergesetzt hatte. Eine gegenseitige und eigenständige Kommunikation der Akteure wurde möglich. Ebenso zeigte sich der Bedarf der pflegebedürftigen Patient\*innen, sodass es zu einem erneuten Arbeitsbündnis zwischen Familialer Pflege und Pflegeüberleitung gekommen war. Als weiteres Ergebnis konnte das Team der Familialen Pflege erweitert werden. Die Beauftragung der Familialen Pflege geschieht weiterhin hauptsächlich über die Selbstrecherche der Pflegetrainer\*innen konsiliarisch. Jedoch laufen sie nicht mehr zu Fuß über die Stationen, sondern recherchieren die Patient\*innen mit vorhandener oder zu erwartender Pflegebedürftigkeit über das KIS. Ein vorhandener Pflegegrad und weitere schnell zugängliche Informationen im KIS ermöglichen die Selbstbeauftragung kosteneffizient. Nach derzeitiger Planung soll zukünftig auch das ISAR-Screening für die Familiäre Pflege für die Selbstbeauftragung stärker genutzt bzw. berücksichtigt werden.

### ***EDV-Beratung – Beispiel 2***

Ein anderes Beispiel bietet ein weiteres Krankenhaus in NRW. Die Konstellation gestaltete sich als diffiziler, da zwei Pflegetrainer\*innen (Frau R. und Frau S.)<sup>31</sup> für alle drei Betriebsstätten und eine weitere für die Geriatrie (Frau T.), die Teil einer der drei Betriebsstätten ist, zuständig sind. Die betriebsstättenübergreifende Teamkommunikation und Organisation stellt naturgemäß eine größere Herausforderung dar als die Koordination eines Teams in einer Betriebsstätte. Hintergrund sind häufig noch unterschiedliche Prozesse als Folge von Fusionen, die das Finden einer gemeinsamen, alltagspraktischen Lösung erschweren. Auch die Stellenstrukturen der Pflegetrainer\*innen waren unterschiedlich: Frau S. fungierte nur anteilig als Springerin in beiden Betriebsstätten und Frau T. nur auf der geriatrischen Station.

Die Anforderung zur Nutzung des KIS für die Familiäre Pflege entstand in dem Umstand, dass Frau R. einen zeitlich begrenzten 50 %-Stellenanteil zur Etablierung der Familialen Pflege erhielt, um die Fallzahlen für das Krankenhaus zu steigern. Ziel war es daher zunächst das Meldewesen für die Familiäre Pflege im KIS aufzubauen und folglich die Meldewege zu verkürzen sowie den

---

31 Die Namen sind für dieses Fallbeispiel anonymisiert.

Beratungsprozess mit den pflegenden Angehörigen qualitativ auszuweiten. Das KIS sollte nicht nur für das Meldewesen eine zentrale Rolle spielen, sondern auch für die Dokumentation und Abrechnung. Ferner sollte es den Bekanntheitsgrad und die Institutionalisierung der Familialen Pflege voranbringen. Letzteres sollte speziell über die Teilhabe am Entlassungsprozess mit dem Sozialdienst und der Pflegeüberleitung, aber auch über die engere Zusammenarbeit mit den Stationen gelingen. Durch frühere Meldungen und eine zu erwartende Steigerung der Pflegetrainings im Krankenhaus war eine Entlastung der Stationen sowohl in den pflegerischen Aufgaben als auch in der Arbeit mit den Angehörigen zu erwarten. Gleichzeitig sollten pro Fall mehr Projektinstrumente durchgeführt und so die Refinanzierung des Stellenanteils sichergestellt werden. Als Nebeneffekt versprach sich Frau R., dass das Aufdecken der Pflegebedürftigkeit zu einer besseren Versorgung und Entlassung der Patient\*innen aus dem Krankenhaus führen werde. Nicht nur die Familiäre Pflege, sondern das gesamte Entlassungsmanagement sollte davon profitieren.

Die Gelegenheit zur Nutzung des KIS war günstig, da die Geschäftsführung schon beschlossen hatte, die Dokumentation auf Papier sukzessive abzuschaffen – vor allem in den medizinischen Bereichen war dieser Prozess schon weit fortgeschritten. Die Stationen wurden mit je drei Tablets für die Ärzte und drei Tablets für die Pflege ausgestattet. Die Pflege sowie einige Bereiche im Entlassungsmanagement und Sozialdienst dokumentierten jedoch noch auf Papier. Bevor das erste persönliche Beratungssetting zustande kam, wurden erste Informationen seitens des Modellprogramms zugänglich gemacht, die die Beauftragung der Familialen Pflege über das KIS via Konsile in der Aufnahme und Pflegeanamnese beschrieb. Frau R. konnte so mit dem EDV-Mitarbeiter Herr U. einen Konsilbutton erstellen, der für alle Mitarbeiter\*innen des Krankenhauses zugänglich war. Zunächst blieb es jedoch unklar, wie die Konsile für Frau R. zugänglich waren. Ferner nutzten die Stationen trotz kontinuierlicher Bekanntmachung das Konsil nicht. So lief Frau R. weiterhin fußläufig über die Stationen.

Im ersten Beratungsgespräch wurde dann ersichtlich, dass die Pflegestufe das zentrale Kriterium für die Beauftragung der Pflegetrainer\*innen darstellte. Herr U. konnte ebenfalls berichten, dass die hausweite und einheitliche Anamnese im KIS fertiggestellt sei und bald auf allen Stationen genutzt werden solle. Diese beinhalte eine Checkbox für „Demenz“ und ein Feld für die Pflegestufen 1 bis 3, die auf Anfrage problemlos um die „Pflegestufe 0“ und „Pflegestufe beantragt“ erweitert werden könne. Ferner könne eine weitere Checkbox für jene Patient\*innen eingefügt werden, die „aus dem Pflegeheim“ aufgenommen werden, um den Patient\*innenkreis weiter einzugrenzen. Ebenso schnell sei eine Liste zu erstellen, die alle Patient\*innen mit dokumentierter Pflegestufe führt, die gleichzeitig nicht aus dem Pflegeheim aufgenommen werden (Liste 2. Priorität). Die Information zur demenziellen Erkrankung der Patient\*innen sei über einen Marker „besonderer Pflegeaufwand“ schnell abrufbar. Weiterhin solle es die Möglichkeit zur Konsilstellung geben (Liste 1. Priorität), sodass Frau R. mit zwei Listen arbeiten, sich selbst beauftragen und die Fälle im Team der Familialen Pflege kommunizieren könne. Perspektivisch werde es eine fortlaufende Pflegedokumentation in der Patient\*innenakte geben, die die Inhalte der Förderinstrumente aufnehmen und für die Abrechnung wieder zugänglich machen könnte. So könne Transparenz mit den Stationen hergestellt werden. Zu klären bliebe eine Zugriffssteuerung. Abschließend wurde deutlich, dass das KIS ebenfalls ein Medikationsmodul enthalte, in welchem die Priscusliste und die Medikamente des Krankenhauses hinterlegt seien. Die Ideen sollten zunächst umgesetzt und in einer weiteren Beratung erneut betrachtet werden. Es sollten Erfahrungen mit dem KIS gesam-

melt und anschließend überlegt werden, an welchen Stellen nachgebessert werden müsste. Denn es blieb zunächst unklar, ob sich die Konsilstellungen stabilisieren und das Feld der Pflegestufe und/oder Demenz in der Anamnese ausgefüllt werden würde. Ebenso blieb unklar, ob und wie eine im Arbeitsalltag praktikable Form der Dokumentation in das KIS integriert werden könnte.

Der zweite Beratungstermin fand etwa vier Monate später statt. Es zeigte sich, dass sich die Möglichkeit zur Erfassung der Pflegestufe zunächst etwas holprig gestaltete, da die „Pflegestufe 0“ scheinbar unbekannt war und daher als „keine Pflegestufe“ interpretiert wurde. Entsprechend wurde „keine Pflegestufe“ als weitere Auswahlmöglichkeit hinzugefügt, um die „Pflegestufe 0“ davon unterscheiden zu können. Frau R. berichtete, dass das Feld Pflegestufe recht häufig ausgefüllt werde. Sie erhalte so etwa 50 Fälle pro Woche, könne einige Korrekturen vornehmen und erreiche schlussendlich etwa 10 bis 20 Patient\*innen wöchentlich, mit deren Angehörigen sie im Modellprogramm starten könne. Sie berichtete, dieses sei ein großer Fortschritt, da sie nicht mehr fußläufig betriebsstättenübergreifend mehr als 350 Betten überblicken müsse. Am Ende der Woche bleibe sogar noch einige Zeit übrig, um die Initialpflegekurse vorzubereiten. Des Weiteren sei das Konsil eingestellt worden, da über diesen Weg kaum mehr gemeldet wurde. Die Dokumentation der Förderinstrumente sei direkt in den digitalen Nachweisen im KIS möglich, die als Dokument hinterlegt seien. Die fortlaufende Pflegedokumentation nutze sie wegen der Transparenz mit den Stationen trotzdem. Ferner sei zu beobachten, dass der Erstkontakt von durchschnittlich 23 Tagen und häufig erst in der Häuslichkeit nach der Aufnahme auf weniger als zehn Tage nach Aufnahme und somit häufig noch im Krankenhaus reduziert werden konnte.

Im weiteren Beratungsverlauf zeigte sich jedoch eine wichtige Erkenntnis: Die Nutzung des KIS ist kein Allheilmittel. Die Unterstützung seitens Frau S. und Frau T. blieb an einigen Stellen gering, sodass eine Stabilisierung der Arbeit mit dem KIS nicht möglich war. Zwar wurden die Effekte gesehen und als hilfreich wahrgenommen, teaminterne Konflikte verhinderten jedoch die Akzeptanz der Lösung und dauerhafte Etablierung. Das KIS wird weiterhin verwendet, aber die klare Prozess- und Teamsteuerung sowie die Kooperation mit den Nachbarprofessionen (Casemanagement, Entlassmanagement, Sozialdienst etc.) blieben aus.

### ***Betrachtung der zwei Fallbeispiele***

Die Betrachtung des ersten Beispiels weist auf mehrere wichtige Ergebnisse hin: Die Erfassung der vorhandenen Pflegebedürftigkeit ist im Krankenhaus nicht selbstverständlich, sondern eine Entwicklungsaufgabe: Erst in Verbindung u. a. mit der Familialen Pflege bilden sich Anschlussprozesse. Auch diese bilden sich nicht selbst, sondern bedürfen eines begleiteten Erfahrungs- und Reflexionsprozesses, in diesem Fall in der wissenschaftlichen Beratung des Modellprogramms. Weiter zeigt sich, dass auch die Praxis im Anschluss an die Prozessgestaltung keineswegs reibungslos verläuft. Eine vorhandene Organisationskultur, die sich in diesem Fall durch die intensive Nutzung von Konsilen über das KIS äußerte, ist kein Garant für einen anknüpfenden Prozess. Ob ärztliche Konsile schneller oder einfacher Akzeptanz in den Stationsprozessen finden, ob das Auslösen der Konsile eine hoheitliche Aufgabe der Ärzte selbst oder anderer Berufsgruppen ist, muss zunächst Spekulation bleiben. Der Beratungsverlauf zeigt jedoch, dass der Erfolg des Konsils „Familiale Pflege“ zunächst wesentlich von der Präsenz der Pflgetrainer\*innen auf den Stationen und den professionellen Netzwerken abhängt.

Die Betrachtung des zweiten Beispiels zeigt eindrücklich, dass das Aufstellen und Ausarbeiten einer Infrastruktur im KIS allein nicht ausreicht. Selbst ein gutes Arbeitsbündnis und die umfangreiche und geduldige Unterstützung der EDV-Abteilung eines Krankenhauses, die sich auf „scheiternde“ Innovationen und die Weiterentwicklung von Ideen einlässt, garantieren keinen gelingenden, innerbetrieblichen Entwicklungsprozess. Von entscheidender Bedeutung erscheint zusätzlich das Arbeitsbündnis in der Hierarchie, d. h. die Unterstützung der Pflegedirektion bzw. der Pflegedienstleitungen, die einen gewissen Innovationsspielraum zugestehen müssen, das Arbeitsbündnis zu den Berufsgruppen, die selbst am Entlassungsprozess partizipieren (Sozialdienst, Pflegeüberleitung, Casemanagement etc.) sowie zu den anderen Pflegetrainer\*innen. Die Akzeptanz der Teams und Berufsgruppen gegenüber den (hier: technischen) Innovationen ist ebenso ein wichtiger Faktor, insbesondere weil die umfangreiche Nutzung des KIS bisher nicht primäres Aufgabenfeld der Pflege und der Sozialen Professionen ist. Daher ist auch eine stetige Rollenentwicklung der Pflegetrainer\*innen eng mit den Beratungsprozessen des Ressorts-EDV verknüpft. Sie müssen in den strukturellen und organisationsbezogenen Entwicklungs- und Innovationsprozessen, aber auch in der Weiterentwicklung der verschiedenen Teams durch das Modellprogramm beraten und begleitet werden. Gleichzeitig wurde ersichtlich, dass mit wenig Aufwand im technischen Bereich ein beachtlicher Systemeffekt für die Pflegetrainer\*innen erzielt werden konnte. Die Reduzierung der Zeit bis zum Erstkontakt, trotz Fehlerkorrekturen durch Frau R. zeigt die Potenziale der Nutzung des KIS für die Familiäre Pflege. Im zweiten Beispiel wurde dieses insbesondere durch die interne, innovationsorientierte Politik des Krankenhauses ermöglicht; im ersten Beispiel durch den Rückhalt der Pflegedirektion. So mussten weder die Hierarchie noch die EDV-Abteilungen oder die parallelen Berufsgruppen grundsätzlich, sondern nur vereinzelt von der Nutzung des KIS überzeugt werden.

## **Abschluss und Ausblick**

Die Praxis im Feld hat gezeigt, dass die Umsetzung des geriatrischen Screenings, nach Vorbild des KHP NRW 2015, die Krankenhäuser vor große Herausforderungen stellt. Das flächendeckende Screenen von Patient\*innen ab 75 Jahren geriet häufig ins Stocken. Differenzierte Assessments oder andere Folgeprozesse z. B. für die Entlassung blieben weitestgehend die Ausnahme (vgl. Gröning, Lienker & Sander, S. 14). Sie finden nur langsam und meist nur in Teilen Eingang in die Alltagsprozesse der Krankenhäuser. Es fehlt häufig eine Übersetzung der Vorgaben in praxisrelevante Prozessstrukturen. Zu berücksichtigen ist ferner, dass die Vorgaben von sich aus keine Brücken in das managerielle Zentrum der Organisation bilden. Es bedarf eingehender, organisationscharfer Beratung, diese Programme umzusetzen. Pädagogisch formuliert: Die externen Steuerelemente scheitern, sofern das Wissen nicht an bestimmte Gruppen in der Organisation gebunden wird. Folglich verweisen die politischen und fachlichen Programme oder Vorgaben mangels personengebundenen Organisationswissens und interner Steuerung (vgl. von Kamen 2015, 40-49). Es bedarf daher kontinuierlicher Beratung der Organisation und der Pflegetrainer\*innen, um Veränderungen herbeizuführen (vgl. Gröning 2015).

Die Strategie des Modellprogramms – am Beispiel der Screenings und Assessments in den Krankenhausplanungen und dem Rahmenvertrag Entlassmanagement – nutzt die Vorgaben, um eigene Prozesse auszubilden: Die frühe Beauftragung der Pflegetrainer\*innen über das KIS als

Teil der Aufnahmeprozesse, um schon im Krankenhaus mit dem Beratungsprozess zu beginnen. Zu erwarten ist ein systemkosteneffizienter und quantitativ ertragreicher Beratungsprozess (Wertschöpfung), gleichzeitig die frühzeitige Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation sowie ein gelingender Lernprozess der pflegenden Angehörigen und eine erfolgreiche pflegerische Versorgung in der Häuslichkeit (Wohlfahrtsproduktion). Somit können Interessenslagen der Peripherie und des manageriellen Zentrums zusammengebracht werden.

Mit dem Stand 2017 beantwortet das Ressort-EDV die Frage, wie die Familiäre Pflege das KIS nutzen kann, demnach mit der Beauftragung der Pflegetrainer\*innen anhand der Pflegebedürftigkeit der Patient\*innen als Systemaufgabe der Krankenhäuser und mit der instrumentellen Optimierung einer eigenen Dokumentation und Abrechnung. Niedrige Systemkosten, frühzeitig und qualitativ hochwertige Beratungsprozesse, steigende Angehörigenzahlen und die Refinanzierbarkeit der Familialen Pflege in den Krankenhäusern stehen dabei im Fokus. Herangezogen werden dafür anschlussfähige Parallelstrukturen, die in den Anforderungen des DNQP 2009 und dem RV EM sowie den landesspezifischen Krankenhausplanungen in NRW (2015) und Schleswig-Holstein (2017) formuliert werden. Sie erhalten fall- und strukturorientierte Praxisrelevanz, sowohl in der Peripherie als auch im manageriellen Zentrum. Mittels des Aufnahmeschemas (Abbildung 4) wird die Herausforderung der Identifizierung von Patient\*innen mit einer (zu erwartenden) Pflegebedürftigkeit verdeutlicht und über die Koproduktion mit den Krankenhäusern in die Beratungskonzeption ein- und fortgeschrieben (Gröning, Lebeda & Waterböhr 2017). Die besten Praxen werden ab 2018 in Form von Leitfäden-IT dem Feld zugänglich gemacht.<sup>32</sup>

Neben einigen Problemen im Arbeitsalltag, die insbesondere die Verknüpfung der Dokumentation und Abrechnung im KIS, Diskussionen um Datenschutz und eine allgemeine technische Ausstattung, d. h. kontinuierlichen Zugang zum KIS betreffen, zeigt sich weiterhin ein Entwicklungsbedarf in den Beratungskonzeptionen des Ressorts-EDV. Wie dargestellt bildet das KIS einige Möglichkeiten zur digitalen Dokumentation und einer vereinfachten Abrechnung, Nukleus bleibt weiterhin die Identifizierung von pflegenden Angehörigen über das KIS: Das Modellprogramm setzte in Verbindung mit den politischen (Krankenhausplanungen NRW und SH) und fachlichen Vorgaben des DNQP 2009 (2017 in Fortschreibung) auf einen Professionalisierungsschub der Pflegefachkräfte und Versorgungsbereichen im Krankenhaus, die konsiliarisch die Familiäre Pflege beauftragen. Dieser Effekt scheint sich jedoch nicht permanent einzustellen oder stößt auf bisher noch nicht reflektierte Grenzen. Das verdeutlichen die zwei Praxisbeispiele nachdrücklich. Möglich sind weitere System-, aber auch Hierarchieeffekte in den Organisationen, die auch immer vor den betriebswirtschaftlich-ökonomischen Systemimperativen (von Kamen 2015, 50) zu interpretieren sind.

Es zeigt sich, dass konzeptionell auf diese These im Sinne der Umsetzungsforschung mit der Überarbeitung der Prioritätslisten geantwortet werden muss. Dies wird insbesondere in der Zusammenarbeit mit den Psychiatrien deutlich, die in ihrer Institutions- und Pflegekultur andere Prioritäten setzen. Die konsiliarische Fokussierung als höchste Priorität (Liste 1. Priorität) wird voraussichtlich einer eher fachlich fundierten Beauftragung der Pflegetrainer\*innen weichen, die kein direktes Handeln der Pflege- und Versorgungsprofessionen erfordert, sondern sich an den Ergebnissen der politischen, versorgungs- und pflegefachlichen Vorgaben zu den Screenings-

---

32 Derzeit noch unveröffentlicht.

und Assessments orientiert. Welche Rolle und welches Gewicht dabei der Rahmenvertrag Entlassmanagement seit Oktober 2017 spielen wird, bleibt zunächst eine gewichtige Frage. Ziel wird es daher zukünftig sein, dass sich die Pflertrainer\*innen anhand der Ergebnisse aus den Screenings und Assessments selbst beauftragen und so über die systematische Bereitstellung von (pflege-)relevanten Informationen im KIS an den Entlassungsprozessen partizipieren und systematisch eingebunden werden. Daher spielt das KIS auch weiterhin eine zentrale Rolle für die Integration der Familialen Pflege in die sich weiter differenzierenden Systeme der Krankenhäuser.

Für die Beratung des Ressorts-EDV wird methodisch ebenso eine stärkere Fallorientierung relevant, die einerseits klare Ziele zur Prozess- und EDV-Entwicklung in den Krankenhäusern sowie klare Erfolgs- und Risikofaktoren und Effekte aus der EDV-Beratung anderer Krankenhäuser benennt. Andererseits soll die Rollenentwicklung der Pflertrainer\*innen zu Systemiker\*innen nicht nur theoretisch unterfüttert, sondern auch praktisch vorangetrieben werden. Die Fallbesprechungen sind in Jahres- und Planungsgespräche, aber auch über die Einbindung der System- und EDV-Entwicklung in die Wissenschaftlichen Weiterbildungen (WWB, Inhouse-Schulungen, Entwicklungsgruppen) sowie verstärkt in Einzelberatungen zu integrieren. Dabei sind zwei Dimensionen in der Beratung zu berücksichtigen: Erstens gilt es bezogen auf die Entlassungsprozesse und damit verbunden die Abbildung im KIS gemäß der differenten Organisationskulturen der Krankenhäuser zu beraten und, wie Katharina Gröning ausführt, die Denkweisen mittels Brückenbau zwischen manageriellem Zentrum und Peripherie durch den pädagogischen Wissenstransfer zu verändern. Zweitens gilt es das Wissen adressatenspezifisch in der Organisation zu platzieren und zu beraten: Von dem Ressort-EDV werden einerseits die Leitungen (Pflegerdirektionen und Pflegedienstleitungen) und andererseits die Pflertrainer\*innen und EDV-Mitarbeiter\*innen zu gegenseitigem Austausch angeregt. Es gilt demnach auch die Hierarchien und den Ort des Wissens innerhalb einer Organisation stärker zu berücksichtigen. Weitere Innovationen werden so im Sinne der Umsetzungsforschung durch die Beratung, Begleitung und Exploration von Besten Praxen zu erreichen sein.

## Literaturverzeichnis

- Bergenthal, S. & Friesel-Wark, H. (2015). Psychiatrische Pflege an der Grenze? Herausforderungen an den Schnittstellen zwischen Somatik und Psychiatrie. In Gröning, K., Sander, B. & von Kamen, R. (Hrsg.). Familiensensibles Entlassungsmanagement. Festschrift zu zehn Jahren Modellprojekt „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“ (S. 275-291). Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag.
- Blomenkamp, L., von Kamen, R. von, Lagedroste, C. & Seifen, S. (2014). Probleme der Hilfsmittelversorgung im Übergang aus dem Krankenhaus in die häusliche Pflegesituation. Evaluationsbericht. Bielefeld: Eigenverlag.  
URL: [http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale\\_pflege/materialien/evaluation/Evaluationsbericht\\_Hilfsmittelversorgung.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/evaluation/Evaluationsbericht_Hilfsmittelversorgung.pdf) (Stand 28.06.2017).
- Bosch, G. (1980). Zur Konzeption arbeitnehmerorientierter Wissenschaft. In Katterle, S. & Krahn, K. (Hrsg.). Wissenschaft und Arbeitnehmerinteressen (S. 102-157), Köln: Bund-Verlag.
- Daheim, H., Kollmer, J., Messmer, H. & Olscha, C. (1989). Wie ist Verständigung möglich? Kommunikation zwischen Wissenschaft und Praxis in Seminaren der beruflichen Fortbildung von Verwaltungsangehörigen, in: Beck, U. & Bonß, W. (Hrsg.). Weder Sozialtechnologie noch Aufklärung? Analysen zur Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens (S. 196-225). Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualität in der Pflege) (2009). Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“. Osnabrück.
- Feuerstein, G. (1993): Systemintegration und Versorgungsqualität. Über Schnittstellen im Behandlungsgeschehen und ihrer Bedeutung für die Analyse und Gestaltung komplexer Versorgungsstrukturen, in: Badura, B. & Feuerstein, G. (Hrsg.). System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung (S. 41-67). Weinheim/München: Juventa-Verlag.
- Gröning, K., Lienker, H. & Sander, B. (2017). Neue Herausforderungen im Übergang vom Krankenhaus in die familiäre Pflege. Bielefeld: Eigenverlag.  
URL: [http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale\\_pflege/materialien/Programmbeschreibung-2017.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/Programmbeschreibung-2017.pdf) (Stand 06.06.2017).
- Gröning, K., Lebeda, D. & Waterböhr, J.-W. (2017). Die Praktische Konzeption und Instrumente im Modellprojekt Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG. Bielefeld: Eigenverlag.  
URL: [http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale\\_pflege/materialien/studienbriefe/StB\\_praktische\\_Konzeption.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/studienbriefe/StB_praktische_Konzeption.pdf) (20.03.2018).
- Gröning, K., Feldmann, M., Bergenthal, S., Lebeda, D. & Yardley, Y. (2016). Somatische Kultur und psychiatrische Pflege. Pflegetrainings in der Psychiatrie unter besonderer Berücksichtigung somatischer Pflege. Bielefeld: Eigenverlag.  
URL: [http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale\\_pflege/materialien/studienbriefe/StB\\_somatik-psychiatrische-pflegekultur.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/studienbriefe/StB_somatik-psychiatrische-pflegekultur.pdf) (Stand 03.11.2017).



- Gröning, K. (2015). Organisationswissenschaftlicher Ansatz des Projektes „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“. Bielefeld: Eigenverlag.  
URL: [http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale\\_pflege/materialien/groening-ansatz.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/groening-ansatz.pdf) (Stand 06.06.2017).
- Gröning, K., Lagedroste, C. & Kamen, R. von (2015). Lerneffekte und Lernprozesse bei pflegenden Angehörigen. Bielefeld: Eigenverlag.  
URL: [http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale\\_pflege/materialien/evaluation/Lerneffektstudie.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/evaluation/Lerneffektstudie.pdf) (28.06.2017).
- Gröning, K., Kunstmann, A.-C., Rensing, E. & Röwekamp, B. (Hrsg.) (2004). Pflegegeschichten. Pflegende Angehörige schildern ihre Erfahrungen, Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag.
- Kamen, R. von (2015). Entlassungsmanagement in der Perspektive von organisationalen Lern- und Bildungsprozessen. In Gröning, K., Sander, B. & von Kamen, R. (Hrsg.). Familiensensibles Entlassungsmanagement. Festschrift zu zehn Jahren Modellprojekt „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“ (S. 31-54). Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag.
- Klatetzki, T. (1993). Wissen, was man tut. Professionalität als organisationskulturelles System – Eine ethnographische Interpretation. Bielefeld: KT-Verlag.
- KHP NRW 2015. Krankenhausplan NRW 2015.  
URL: <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mgepa/krankenhausplan-nrw-2015/1617> (Stand 04.07.2017).
- KHP SH 2017. Krankenhausplan 2017 des Landes Schleswig-Holstein.  
URL: <https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/K/krankenhaeuser/Krankenhausplan.html> (Stand 04.07.2017).
- Lienker, H. (2012). Überleitungsmanagement im Krankenhaus. Impulse zur Integration des Überleitungsmanagements in das Qualitätsmanagement (QMS), Bielefeld: Eigenverlag (8. Auflage).
- Noelle, R., Sauter, D. & Löhr, M. (2014). Vereinfachte Erfassung der Pflegeleistung in der Gerontopsychiatrie. Evidenzgrundlage und Architektur des Pflegestufenkodes (9-984) im OPS-Katalog 2014. PPH – Zeitschrift für Psychiatrische Pflege heute, Heft 5|14, 253-258.

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3: Aufnahmeprozess (2014)	91
Abbildung 4: Aufnahmeschema	93
Abbildung 5: Screenings und Assessments	97

## Psychiatrische Krankenhäuser im Modellprogramm "Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG": Beratung, Entwicklungen und Chancen

---

### Abstract

Das vorliegende Kapitel beleuchtet die Entwicklung der Psychiatrien im Modellprogramm „Familiale Pflege“ seit der ersten psychiatrischen wissenschaftlichen Weiterbildung im Jahr 2013. Dabei bilden die politischen und gesetzlichen Veränderungen, die Überlegungen zur Einführung eines Psychiatrientgeltsystems, die Gesetze der Pflegeversicherung und das Pflegegestärkungsgesetz II die Ausgangslage zur Öffnung des Modellprogramms für psychiatrische Krankenhäuser, vor deren Hintergrund die Besonderheiten und Herausforderungen der Entwicklungszusammenarbeit beschrieben werden. Gegenstand der Betrachtung sind die Rolle von pflegenden Angehörigen in der Psychiatrie, deren Beratung und Schulung mittels der Projektinstrumente sowie die berufliche Rolle psychiatrischer Pflegefachkräfte. Hierbei wird ersichtlich, dass die Öffnung des Modellprogramms für Psychiatrien sowohl für die wissenschaftlichen MitarbeiterInnen des Modellprogramms als auch die Akteure der Institution Psychiatrie Lernprozesse beinhaltet.

---

Mit der „Wissenschaftlichen Weiterbildung Psychiatrie“ fiel im Frühjahr 2013 der Startschuss für die Teilnahme der Psychiatrien am Modellprogramm „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G‘DRG“. Angesichts der Häufigkeit und stetigen Zunahme psychischer Erkrankungen in den vergangenen Jahren bildete die Öffnung des Modellprogramms um die Zielgruppe der psychiatrischen Kliniken einen zentralen Schritt in der Weiterentwicklung. Diese Öffnung bedeutete auf personeller Ebene einen Lernprozess sowohl für die wissenschaftlichen MitarbeiterInnen des Projektes als auch die Akteure der Institution Psychiatrie sowie auf institutioneller Ebene einen gemeinschaftlichen Perspektivwechsel und nicht zuletzt auf politischer Ebene ein wichtiger Schritt hin zur Gleichstellung psychischer und somatischer Erkrankungen. Für Somatik wie für Psychiatrie gilt: Der § 45 SGB XI bildet den gesetzlichen Rahmen des Modellprogramms und die sich entwickelnden Förderinstrumente von einzelfallbezogenen Pflegetrainings über Initialpflegekurse bis hin zu den Gesprächskreisen (um nur eine Auswahl zu nennen) bleiben für die Beratung, Bildung und Anleitung von Angehörigen in der Somatik auch für die Psychiatrie grundlegend. Im Folgenden sollen nun die Entwicklungen, Erfolge und Herausforderungen auf der Ebene der MitarbeiterInnen, der Institution und dem politischen Diskurs skizziert und erläutert werden.

## Die Rolle der Angehörigen in der Psychiatrie

Im Modellprogramm werden das Selbstverständnis und die berufliche Rolle der Pflegefachkräfte durch die Veränderung des Adressaten von Pflegeleistungen in entscheidender Weise berührt, dies erleben PflegetrainerInnen in Somatik und in Psychiatrie gleichermaßen. Nicht mehr der Patient und dessen Pflege auf der Station stehen nun im Fokus des beruflichen Alltags, sondern der/die Angehörige(n) eines Patienten und die Herstellung eines Arbeitsbündnisses zu diesen. Das Verständnis für die individuelle, familiäre Situation und die Erfassung häuslicher Gegebenheiten sind dabei zentral und für die Beratung, Begleitung und Anleitung von pflegenden Angehörigen bei der Gestaltung des Übergangs von der Institution Krankenhaus (respektive Psychiatrie) in ein geeignetes häusliches Pflegesetting grundlegend. Diesen Rollenwechsel zu thematisieren und wissenschaftlich zu begleiten, stellt einen wesentlichen inhaltlichen Baustein der Arbeit der wissenschaftlichen MitarbeiterInnen im Rahmen des Modellprogramms „Familiale Pflege“ dar. Obgleich Angehörige in der Psychiatrie in positiver wie negativer Weise schon immer eine besondere Rolle gespielt haben, schien dieser Rollenwechsel die PflegetrainerInnen zunächst vor eine große Herausforderung zu stellen.

Das wissenschaftliche und therapeutische Interesse an der Familie psychisch Kranker war in den früheren Jahren der Psychiatriegeschichte alleinig durch die Suche nach Ursachen für die Entstehung der Erkrankung gekennzeichnet. Angehörige psychisch Kranker wurden nicht in den Bewältigungsprozess miteinbezogen, vielmehr „war der Blick derjenigen, die Faktoren für die Krankheitsentstehung in der Familie des Kranken suchten, auf die Vergangenheit gerichtet und man betrachtete familiäre Faktoren als Antezedens und die psychische Krankheit als Konsequenz“ (Burkhardt 2005, 18). So gab es, wenn die Familie zum Gegenstand wurde, zunächst zwei grundsätzliche Positionen, auf welche Art und Weise die Familie Einfluss auf die Dynamik psychischer Erkrankungen nahm: Entweder wurde eine familiäre Weitergabe genetischer Krankheitsfaktoren oder aber eine sich auf der Beziehungsebene manifestierende Transmission pathogenen Verhaltens postuliert. Vertreter des biogenetischen Standpunktes gingen seit dem frühen 20. Jahrhundert von einer Erblichkeit psychischer Erkrankungen aus, weshalb die Verwandten als Überträger des Erbgutes in den Fokus gerieten. Familie wurde hier als rein körperliche Tatsache der biologischen Elternschaft verstanden (vgl. zum Begriff der Generation Lüscher & Liegle, 2003). Insbesondere die Schizophrenie war nach Sichtweise vieler namhafter Psychiater wie Freud, Bleuler und Kraepelin bedingt durch erbliche familiäre Vorbelastung (vgl. Gottesmann 1993).

Von Beginn an eine andere Position nahmen Vertreter psychosozialer Sichtweisen an. Für diese lag der Schlüssel zum Verständnis der Triebfedern psychischer Krankheit in Beziehungserfahrungen, die der Erkrankte in seiner Familie gemacht hatte. Familie wird hier vor allem als Verbund interagierender Charaktere verstanden (vgl. Burkhardt 2005). So wurde die Familie in vielen ätiologischen<sup>33</sup> Erklärungsmodellen als Ursprung von psychischen Erkrankungen gesehen (vgl. Brand 2004). Sowohl genetische als auch psychosoziale Familientheorien sind mit der Zeit in das Alltagswissen eingesickert und belasten als Stigma die Erkrankten und die Mitglieder ihrer Familie.

---

33 Ätiologie bezeichnet die Lehre und Erforschung der Ursachen von Krankheiten

Mit dem Aufkommen der ersten Psychopharmaka wurde den biochemischen Modellen Aufschwung gewährt. Relativ rasch fand auch eine Einbindung dieses Konzepts in die etwas später entwickelten Vulnerabilitäts-Stress-Modelle (u. a. Zubin & Spring 1977) statt.

Parallel zum wissenschaftlichen Diskurs fand die Angehörigenselbsthilfe in der Psychiatrie ausgehend und initiiert von den Angehörigen selbst ihren Anfang. Anfängliche Ziele waren, auf Missstände bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen aufmerksam zu machen und eine Haltungsänderung im Sinne von „Verhandeln statt Behandeln“ zu bewirken. So trafen sich bereits seit 1968 Angehörige regelmäßig in Baden-Württemberg. Im Jahr 1975 kam es zur ersten Gründung einer Angehörigengruppe als Verein, die „Aktionsgemeinschaft Stuttgart für psychisch Kranke und ihre Angehörigen e.V.“, was wiederum zur Gründung eines Bundesverbandes Angehöriger psychisch erkrankter Menschen im Jahr 1985 in Bonn führte. Dieser Bundesverband hatte zunächst lediglich 50 Mitglieder (vgl. Peukert 2005). Dabei lässt sich die damalige marginale Stellung der Angehörigen nicht zuletzt auch daran erkennen, dass die GründerInnen den Zusatz „für psychisch Kranke“ in ihren Vereinsnamen aufnehmen mussten, weil ihnen ansonsten die Anerkennung der Gemeinnützigkeit verwehrt geblieben wäre.

Zeitgleich zu diesen Bemühungen, sich als Angehörige zusammenzufinden und sich Gehör zu verschaffen, bildete sich auch in der Fachwelt die Überzeugung heraus, dass die Bemühungen der Patienten und Fachleute nichts nützen, wenn nicht auch Angehörige in die Planung miteinbezogen werden. Einer der Vorreiter war Klaus Dörner, welcher ab 1972 begann mit Angehörigen zu arbeiten, worauf im nächsten Kapitel noch näher eingegangen werden soll. Somit fanden zwar auch eine professionelle Annäherung sowie eine wissenschaftliche Entlastung der Familie statt, dennoch sind Schuldzuweisungen und Schamgefühle bei den Angehörigen oftmals nur schwer aufzulösen. Und dies obwohl die neuere Forschung aufzeigt, dass Angehörige eine wichtige Rehabilitationsinstanz sind und keinesfalls einen Risikofaktor darstellen, sondern eher positiv formuliert als Verhüter des Rückfalls verstanden werden können. Im Sinne des Stress-Coping-Modells (Lazarus 1974) ist der Umgang mit der Erkrankung im Zusammenhang mit der Einschätzung der eigenen Handlungsfähigkeiten (Coping-Strategien) zu betrachten. Dabei sind die Bewältigungsmodelle sowohl für die Gesundheit der Patienten als auch der Angehörigen wichtige Faktoren. So ergaben Untersuchungen, dass Patienten, deren Angehörige eine große subjektive Belastung erlebten, sich durch eine längere Krankheitsdauer und häufigere Krankenhausaufenthalte auszeichneten (vgl. Barrowclough & Parle 1997).

## Das Rollen- und Professionsverständnis der professionell psychiatrisch Pflegenden

Im Rahmen einer sich in der Bundesrepublik etablierenden kritischen Sozialpsychiatrie ist seit Beginn der 1970er Jahre auch die Arbeit mit Angehörigen von psychisch Erkrankten begonnen worden, ohne sie als Ko-Klienten zu betrachten. Dabei entstand diese Überzeugung nicht in den großen Anstalten und Lehrkrankenhäusern, sondern wuchs unter anderem in der von Klaus Dörner geleiteten Tagesklinik in Hamburg heran, in welcher seit 1973 die Angehörigenarbeit ein fester Bestandteil des Angebotes war. Das salutogenetische Potenzial eines sozialpsychiatrischen Blicks auf die Familie, wie ihn Dörner (2007) fordert, liegt dem Modellprogramm „Familiale Pflege“ zu Grunde. Wohlfahrt und damit auch Gesundheit werden hier im alltäglichen Leben lokalisiert. Vor allem werden der soziale Ort, an dem eine Familie lebt, ihre materiellen und sozialen Ressourcen in die Arbeit miteinbezogen. Hier bietet die Lebenslageanalyse mit ihren Schwerpunkten Wohnsituation, Einkommenssituation und soziale Sicherheit, Bildung, Gesundheits- und Freizeitverhalten wichtige Hinweise für Unterstützungsbedarfe. Familien sind in dieser Perspektive nicht bevorzugt Träger des Pathologischen, sie sind auch nicht ihrer Natur nach gut im romantischen Sinn, doch sie leisten, teilweise unter sehr erschwerten Bedingungen einen beachtlichen Teil gesellschaftlicher Wohlfahrtsproduktion und verfügen mittels ihre Bindungskraft über eigene Potenziale hierzu. Im Guten ist diese Bindungskraft ein beachtliches salutogenetisches Potenzial. Verbunden mit einem öffentlichen Engagement der Zivilgesellschaft zur gesellschaftlichen Anerkennung von psychischer Krankheit durch Gruppen von Angehörigen werden so die Ziele von persönlicher Gesundheit und Wohlbefinden besser und nachhaltiger erreicht. Der Ansatz zur sozialpsychiatrisch motivierten Angehörigenarbeit, den Dörner in seinem gesamten Lebenswerk formuliert hat, zeigt sich als experten- und institutionskritischer Ansatz und ist anschlussfähig an die Alltags- und Lebenswelttheorie von Hans Thiersch (1992) und entspricht in weiten Teilen der Auffassung des Modellprogramms „Familiale Pflege“.

Dieser zunächst wissenschaftlich geführte Diskurs lässt sich auch in den Vorstellungen von psychiatrischer Pflege und den Umgang mit Angehörigen in der Psychiatrie aufzeichnen. Mit Aufkommen der eher psychosozialen Modelle, welche in Angehörigen auch eine Ressource erkennen, änderte sich der Fokus der Angehörigenarbeit in der Psychiatrie. Neue Modelle wie die Adherence-Therapie, welche ein multifaktorielles Geschehen ausmachen und die Zustimmung zu einer Therapie und deren Aufrechterhalten bestimmen, erfreuen sich immer größerer Beliebtheit. In den Informationsgesprächen, welche wir vor dem Einstieg eines jeden Hauses geführt haben, wurden wir oftmals auf eine mögliche Verbindung von Adherence-Therapie und Modellprogramm angesprochen. Es bleibt jedoch festzustellen, dass die Angehörigenarbeit im Rahmen der Adherence-Therapie nicht den Angehörigen mit seinen Sorgen und Nöten in den Fokus nimmt, sondern ihn in der Behandlung der PatientInnen zu einem Faktor macht. Auch das Thema der Adressatenschaft war eines, welches uns insbesondere in den Anfängen sehr oft begegnete. Die PflegetrainerInnen berichteten bei Entwicklungsgruppen, dass sie sich dem Patienten gegenüber verpflichtet fühlten, andererseits sollte das Projekt den Angehörigen in den Fokus nehmen. Die Angehörigen würden viele Dinge vor dem Patienten nicht äußern können (Belastung, Vorwürfe). Es bestehe aber auch eine Vertrauensbasis zwischen den Pflegefachkräften und PatientInnen, die als sehr wichtig für die Arbeit empfunden wurde und nicht zerstört werden sollte.

Insgesamt war in den ersten Informations- und Beratungsgesprächen eine große Ambivalenz der professionell Pflegenden zu spüren, welche sich entlang des Spektrums Schutz der Angehörigen und Schutz der PatientInnen beschrieben ließe. So bemerkten einige PflegetrainerInnen, dass der Patient durch die Behandlung Abstand brauche zu dem, was ihn ansonsten umgibt, demnach ist es wichtig die Angehörigen nicht zu früh ins Boot zu holen. Andere hingegen, insbesondere in der Gerontopsychiatrie nahmen schon zu Beginn an, dass der Patient keineswegs mehr „zumutbar“ sei und über früh oder spät ins Heim komme.

Diesem Antagonismus von Schutz für die PatientInnen und Schutz für die Angehörigen liegen neben einem wissenschaftlich geführten Diskurs jedoch scheinbar auch ein bestimmtes Verständnis und eine Bewertung von Körper und Körperlichkeit und nicht zuletzt ein Professionalisierungsgedanke zu Grunde, welcher nicht nur in der Arbeit mit den Angehörigen zu tragen kommt, sondern auch in der Bewertung der eigenen Professionalität. So scheint es innerhalb vieler psychiatrischer Kliniken eine Kultur zu geben, welche mit einem Aufstieg in der Hierarchie eine Hinwendung zu einem vermeintlich intellektuelleren, dozierenden Habitus und eine Abkehr von „niederen“, genuin pflegerischen Tätigkeiten impliziert. Katharina Gröning und Mia Feldmann (2014) sprechen von einer „Körperferne“ der Institution Psychiatrie. Für allgemeinspsychiatrische Stationen gilt dies in deutlich stärkerem Maße als für gerontopsychiatrische Abteilungen. Letztere haben, aufgrund der Hochaltrigkeit ihrer Patienten, einen stärkeren Fokus auf Themen wie Körperpflege und den Einbezug der körperlichen Ebene. Diese Arbeiten werden oftmals als „niedere“ Arbeiten verstanden, welche nicht das Spezialwissen der psychiatrischen Pflege brauchen und somit von Laien – hier die Angehörigen – durchgeführt werden können, ohne das professionelle Selbstverständnis zu gefährden. Dies spiegelte sich zunächst auch in der Fähigkeit der PflegetrainerInnen wider, den Begriff „psychiatrische Pflege“ zu definieren und daraus Trainingsinhalte für Angehörige zu generieren. So stellte es sich zunächst als ein großes Problem für die größtenteils hoch qualifizierten PflegetrainerInnen dar, ihr Wissen in Handlungskompetenz für die Angehörigen zu übertragen. Dies hing zuletzt auch an der Idee der Professionalisierung von Pflege und der Weigerung sich nicht auf das „niedrige Niveau“ der Angehörigen bewegen zu wollen oder zu können. Diesen Zusammenhang zu erkennen, Lösungen zu suchen und es gemeinsam mit PflegetrainerInnen in diversen Beratungssettings zu reflektieren, war dabei zunächst eine wichtige Aufgabe der wissenschaftlichen MitarbeiterInnen.

Hierbei ist auch der Versuch zu erwähnen, gemeinsam mit den PflegetrainerInnen der LWL-Klinik Hemer Standards für die Schulung und Beratung pflegender Angehöriger zu entwickeln, welche die körperlichen Aspekte nicht außen vor lassen, sondern die Familiäre Pflege zu einem Teil der Pflegeplanung und sie ihrerseits auch planbar machen soll. Hierfür wurden Pfl egetrainings zu den Themen Mobilität, Sturzgefahr, Inkontinenz, Schmerzen bei Hochaltrigen und basale Stimulation entwickelt. Natürlich sind das Themen, die wir aus der Somatik kennen. Die Entwicklung der Pfl egetrainings entsprang dem Gefühl der Pfl egetrainerin, dass es einigen Kollegen schwer fällt, ihr theoretisches Wissen in konkrete Handlungsabläufe umzusetzen. Die Frage war, wie die Pfl egetrainerInnen zwar individuell auf die Bedürfnisse der Angehörigen eingehen und personenzentriert agieren können, dennoch andockfähig an alle anderen Prozesse des Krankenhauses bleiben und eine gleichbleibende Qualität garantieren zu können. Daraus entsprang die Idee, verschiedene Pfl egetrainings orientiert an den DNQP-Pflegestandards auszuarbeiten.

Es wurde versucht, alles auf kleine Einheiten zu reduzieren und in einfache Sprache zu übersetzen, um es den Angehörigen zugänglicher zu machen.

## Entwicklung und Umsetzung der Förderinstrumente in der Psychiatrie

Nach dem Start der Psychiatrien im Modellprogramm ließen sich einige Unterschiede in der Umsetzung der Projektinstrumente im Gegensatz zur Somatik beobachten. Wurde in der Beratung der somatischen Krankenhäuser dazu geraten, erst einmal mit ein paar Pflegetrainings während der Weiterbildung zu starten, um sich später an Initialpflegekurse und/oder Gesprächskreise und Familienberatungsgespräche zu wagen, schienen die Hürden in der Psychiatrie doch eher bei den Pflegetrainings zu liegen. Vielen PflegetrainerInnen fiel es erstaunlich leicht, Kurse und Gesprächskreise zu leiten, was daran liegen mag, dass sie die Leitung von therapeutischen Gruppen in ihrem Arbeitsalltag auf Station gewöhnt sind. Zudem fanden wir in den meisten Psychiatrien schon Gruppenangebote für Angehörige psychisch erkrankter Menschen vor. Auch die Familienberatungsgespräche schienen den PflegetrainerInnen weniger Probleme zu bereiten, was an der Fokussierung auf Beratung liegen mag. Jedoch ist auch anzumerken, dass die PflegetrainerInnen immer wieder berichteten, dass die meisten Angehörigen psychiatrischer PatientInnen sehr allein seien und kein großes Netzwerk haben, weil die Familie und die Freunde sich abgewendet hätten. Da die Umsetzung der Qualitätschecks und der Pflegetrainings anscheinend die größte Hürde in der Ausübung der neuen Rolle für die PflegetrainerInnen darstellten, soll auf diese im Folgenden besonders eingegangen werden.

Die Grundlage der meisten Vorüberlegungen im Bereich Psychiatrie war ein Runder Tisch, welcher im Jahr 2012 mehrmals durchgeführt wurde und zu welchem einige Akteure psychiatrischer Fachabteilungen von am Modellprogramm teilnehmenden Krankenhäusern eingeladen wurden. Vor dem Hintergrund der Frage, vor welchen Herausforderungen sich PflegetrainerInnen angesichts der Durchführung von psychiatrischen Pflegetrainings für Angehörige sehen, wurde damals diskutiert, wie psychiatrische Pflegetrainings aussehen könnten. Obgleich schnell klar war, dass ein Pflegetraining der Förderung der psychiatrischen Handlungskompetenzen dienen sollte, schien es lange Uneinigkeit darüber zu geben, wie diese Kompetenzen gefördert werden könnten und was sie im Einzelnen bedeuten. Ausdrücklich aufgezählt wurden damals:

1. Förderung des Verstehens, der Rollenübernahme, Empathie der pflegenden Angehörigen
2. Vertiefung des Krankheitswissens, Medikamente etc.
3. Erstellen eines Krisenplans
4. Alltagsgestaltung (Milieu, Tagesstruktur, Freizeit)
5. Kommunikation und Förderung kommunikativer Kompetenzen

Und was bedeutet dies im Hinblick auf die inhaltliche Ausrichtung der Pflegetrainings? Die oben geschilderten reflexiven Dimensionen psychiatrischer Pflege sind für die Entwicklung eines reflexiven Zugangs zu Angehörigen und für das Verständnis ihrer besonderen Pflegesituation von entscheidender Bedeutung. Die Umsetzung des Modellprogramms erfordert jedoch darüber



hinaus einen reflexiven Umgang der psychiatrisch Tätigen mit der körperlichen Dimension in der psychiatrischen Pflege. Dies gilt in besonderer Weise für die Pflegetrainings, da dort eine vorhandene oder zu erwartende Pflegebedürftigkeit des Patienten – d. h. Pflegegrad – eine Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Leistungen durch Angehörige bildet und sich hieran zwangsläufig die Frage anschließt, worauf es in der Pflege von psychiatrisch erkrankten Menschen ankommt.

Pflegetrainings sind ganzheitlich weder an somatischen noch psychiatrischen Kriterien orientiert, sondern vielmehr an der Lebenswelt der Angehörigen. Ihr Ziel ist die Anleitung und umfassende Unterstützung von Angehörigen bei der konkreten Gestaltung des pflegerischen Alltags. Die Erfassung, angemessene Berücksichtigung und Würdigung dieses Alltags in seiner Gänze ist ohne den Einbezug der körperlichen Dimension schlichtweg nicht denkbar. Im Zeitalter von Psychopharmaka und Neuroleptika wird dieser für die Psychiatrie so bedeutsame Aspekt jedoch allzu häufig auf die Ebene von Neurobiologie bzw. Neuropsychologie reduziert, was dem Umfang der Problematik nicht gerecht wird und letztlich den Angehörigen beim Erwerb von Alltagskompetenz im Umgang mit dem psychisch Erkrankten wenig Orientierung und Halt gibt. In Bezug auf die körperliche Dimension erfolgt in der Psychiatrie allzu häufig eine laienhafte Reduzierung auf eine psychosomatische Ebene, weshalb körperlichen Aspekten und Beschwerden von psychisch Kranken für sich genommen kein Wert beigemessen wird und sie nur als „Folge von ...“ oder schlimmstenfalls als „eingebildet“ gelten. Angesichts des nachlässigen, ungepflegten Erscheinungsbildes ihrer PatientInnen, des häufig problematischen gesundheitlichen Allgemeinzustands, der körperlichen Inszenierungen und häufig destruktiven Körperstrategien, verwundert die Distanz der Psychiatrie zum Körper. Hierfür gibt es eine Vielzahl von Erklärungen, die u. a. berufspolitischer Natur sind sowie in der geschichtlichen Entwicklung der Institution Psychiatrie maßgeblich begründet liegen. Hierauf im Einzelnen einzugehen, sprengt den Rahmen des vorliegenden Beitrags. Deshalb soll im Folgenden nur auf die Bedeutung dieser Erkenntnisse für die Arbeit der wissenschaftlichen MitarbeiterInnen eingegangen werden.

## Die Rolle der wissenschaftlichen MitarbeiterInnen als Mittler und Wissensvermittler

Zur Arbeit der wissenschaftlichen MitarbeiterInnen gehört, einen Dreiklang von Wissen zu generieren: sowohl über institutionelle Hürden und Begebenheiten in den psychiatrischen Kliniken als auch über die Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen, um beides mit dem neuesten Stand der Forschung und wissenschaftlichen Theorien in Verbindung zu bringen. Diese Erkenntnisse müssen ihrerseits in didaktische Überlegungen für die Weiterbildungen umgesetzt werden, um die PflegetrainerInnen auf ihre Arbeit mit den Angehörigen vorzubereiten, und auch in die Institution gespiegelt werden. Leitfragen, die sich bei der Arbeit dabei immer gestellt werden sollen, sind:

- Welche Kompetenzen müssen pflegende Angehörige von psychiatrisch erkrankten Menschen erwerben, um das häusliche Pflegesetting zu stärken?
- Welche verschiedenen Gruppen von Angehörigen gibt es und wie unterscheiden sich ihre Bedürfnisse?
- Was müssen die PflegetrainerInnen lernen, um Angehörige lebensweltlich und auf Augenhöhe bilden, beraten und schulen zu können?
- Wie kann es gelingen, dass jeder Angehörige eines pflegebedürftigen Patienten, welcher entlassen wird, das Angebot der Familialen Pflege erhält?
- Wie kann Pflegebedürftigkeit auch in der Psychiatrie möglichst frühzeitig und zuverlässig erfasst werden?
- Welche Rolle spielt die Institution und wie kann ein solches Projekt von der Peripherie der Institution ins Zentrum gelangen?

Die wissenschaftlichen MitarbeiterInnen wirken hierbei wie ein Transformator, welche Wissen generieren, systematisieren und in die verschiedenen Systemlogiken übersetzen und zurückspiegeln. Somit nimmt jeder Termin, den ein wissenschaftlicher Mitarbeiter wahrnimmt, immer auch eine Doppelfunktion ein: Es geht immer darum, Wissen zurückzuspiegeln, aber auch darum Wissen zu erlangen. Dadurch nehmen die Entwicklungsgruppen, die Termine mit den PflegetrainerInnen und sowie die Termine mit der manageriellen Ebene eine wichtige Funktion ein. Als Beispiel kann hier der Umgang mit Pflegebedürftigkeit herangezogen werden, auf welchen noch expliziter im folgenden Kapitel eingegangen werden soll. In den ersten Gesprächen, welche wir in den Psychiatrien führten, wurde uns immer wieder gesagt, dass sie kaum PatientInnen mit einer ehemaligen Pflegestufe hätten, welche in die Häuslichkeit entlassen werden würden. Diese Selbsteinschätzung schien sich jedoch nicht mit den Daten aus der Forschung zu decken. In den Beratungen der PflegetrainerInnen und den Gesprächen in den Entwicklungsgruppen wurde dann deutlich, dass seitens der PflegetrainerInnen wenig Wissen um Schwierigkeiten seitens der Operationalisierung der Pflegebedürftigkeit besteht. In der Systemlogik der Krankenhäuser wurden Pflegegrade oftmals nur beantragt, wenn PatientInnen ins Heim entlassen wurden. Es wurde dabei auch klar, dass es nicht allein nützen würde, die PflegetrainerInnen über Pflegegrade und Pflegebedürftigkeit zu schulen, sondern das ein Verfahren entwickelt werden müsste, welche den

Begriff der Pflegebedürftigkeit unabhängig von der persönlichen Einschätzung und somit von vorhandenem oder nicht vorhandenem Wissen machen würde, damit der Begriff der Pflegebedürftigkeit in das System Psychiatrie einfügen werden kann. Wenn ISAR für die Somatik ein gutes Instrument ist, um geriatrischen Bedarf aufzudecken, würde es meiner Meinung nach in der Psychiatrie eher darum gehen, den (poststationären) Pflegebedarf aufzudecken. Viele Psychiatrien sind bereits geriatrisch ausgerichtet, was fehlt, ist eine Integration der Pflegegrade.



Abbildung 6 Die Rolle der wissenschaftlichen MitarbeiterInnen

Das Wissen über die Bedürfnisse der Angehörigen wird dabei zu einem großen Teil über die Projektevaluation erlangt und mit wissenschaftlichen Theorien sowie den öffentlichen und politischen Diskursen ergänzt. Bei der ersten wissenschaftlichen Weiterbildung im Jahr 2013 lagen zwar Annahmen zu den Bedürfnissen der pflegenden Angehörigen vor, jedoch war die Arbeit mit den PflegetrainerInnen aus diesem Feld etwas Neues. Diese Begebenheit zeigt am besten, wie wichtig es ist, den Prozess der Weiterbildungen dynamisch zu gestalten. So wurden die psychiatrischen Weiterbildungen jedes Jahr verändert, ergänzt und das durch die WissenschaftlerInnen im Feld erlangte Wissen ergänzt. Die erste wissenschaftliche Weiterbildung im Jahr 2013 legte einen starken Fokus auf die psychosozialen Anteile, Beratungstechniken und -theorien sowie Theorien zur Familiendynamik, deren Kenntnis den PflegetrainerInnen in der Arbeit mit den

Angehörigen helfen sollte. Dieser Planung lag die Annahme zu Grunde, dass die PflegetrainerInnen als ausgebildete Fachkräfte Pflegehemmen der Angehörigen identifizieren und daraus Lerninhalte ziehen könnten, sie jedoch nicht innerhalb ihrer Ausbildung zu Familiendynamik, Didaktik und Beratungstheorien vertieft hätten. Jedoch wurde im Projekt die Erfahrung gemacht, dass eine zunehmende Differenzierung und Professionalisierung auch zu einem Gefühl seitens der Angehörigen und PatientInnen führen kann, dass nicht an ihrer Lebenswelt angedockt wird und sie nicht als „Ganzes“ gesehen und angenommen werden. War es aus der Arbeit mit den somatischen Krankenhäusern schon hinreichend bekannt, dass Demenzpatienten in den somatischen Krankenhäusern „untergehen“, konnte die Arbeit sowohl mit den somatischen als auch den psychiatrischen Krankenhäusern ein weitaus drastischeres Bild zeichnen. Dies tritt besonders deutlich an der Schnittstelle zwischen Somatik und Psychiatrie hervor, weshalb die Thematisierung dieser Verdeckungszusammenhänge und die Sensibilisierung hierfür sowie die Vernetzung mit den am Modellprogramm teilnehmenden somatischen Krankenhäusern durch die wissenschaftlichen MitarbeiterInnen von Bedeutung sind. Die Reflexion der Problematiken an der Schnittstelle zwischen Somatik und Psychiatrie ist nicht zuletzt wichtig, um die Nöte und Sorgen der pflegenden Angehörigen, welche dieser institutionellen Dynamik ausgesetzt sind, zu verstehen. Stellte eine psychiatrische Diagnose in der jüngeren Vergangenheit meist die Hauptdiagnose dar, wird sie im Zuge der höheren Morbidität im Alter oftmals zu einer Nebendiagnose. Hierdurch kann eine institutionelle Dynamik ausgelöst werden, welche durch das Hin- und Herschieben zwischen Somatik und Psychiatrie gekennzeichnet ist. Sowohl für den Patienten, der aufgrund seiner Erkrankung Stabilität bedarf, als auch für die Angehörigen, meist ebenfalls hochaltrig, stellen diese Krankenhauskarrieren eine hohe Belastung dar. Dieses Szenario ist nicht nur bei der Demenz, sondern auch bei der Depression zu beobachten, weil sich das Risiko einer Depression im Alter durch eine körperliche Erkrankung oder Behinderung erhöht (vgl. Schreiter-Gasser 2006). Das Gefühl, dass ihr erkranktes Familienmitglied nirgendwo richtig andockt, schürt auf Seiten der Angehörigen zusätzlich die ohnehin vorhandene Angst vor der psychiatrischen Erkrankung und mindert das Gefühl von Selbstwirksamkeit bei der Übernahme von Pflege im häuslichen Umfeld. Aus Sicht der Angehörigen gesprochen: Wenn schon die Gesundheits- und Krankenpfleger in der Somatik mit der Situation „überfordert“ sind und an die Psychiatrien überweisen, wie schlimm muss es dann um meinen Angehörigen stehen? Und ist die Rücküberweisung in die Somatik nicht auch Ausdruck einer Kapitulation vor der psychiatrischen Erkrankung meines Angehörigen? Es findet hier eine Spezialisierung und eine Dualisierung im System statt, die an der Lebenswelt der Angehörigen vorbeigeht. Denn die Probleme und Sorgen der Angehörigen lassen sich nicht einfach in psychiatrisch oder somatisch unterteilen. Angehörige, die Patienten pflegen und betreuen, nehmen die Probleme und den Patienten in ihrer Lebenswelt als ganzheitlich, wenn nicht teilweise als totalitär wahr.

Für die Weiterbildungen bedeutete dies zunächst einmal, dass die Inhalte angepasst werden mussten und nun mehr praktische Inhalte sowie mit der Körpersoziologie auch reflexive Teile enthalten. Dennoch bleibt zu erwarten, dass die Entwicklungen noch lange nicht abgeschlossen sind, da sich in dem Maße, wie die Krankenhäuser, das Projekt und die politischen Gegebenheiten sich entwickeln, auch die Weiterbildungen und die Beratung immer wieder dynamisch angepasst werden müssen.

## Gesetzliche Grundlagen vor dem Hintergrund institutioneller Bedingungen

Als wichtigster politischer und gesetzlicher Rahmen sind neben den Überlegungen zur Einführung eines Psychatrieentgeltsystems, die Gesetze der Pflegeversicherung und das Pflegestärkungsgesetz II zu nennen. Darüber hinaus wurde in der Praxis die Erfahrung gemacht, dass neben den zuvor beschriebenen Problematiken das institutionelle Wissen über körperliche Pflegebedürfnisse und das Vorhandensein eines Pflegegrades gering ist. So zeigten Gespräche mit PflegetrainerInnen, dass ein offensichtlich somatischer Pflegebedarf (z. B. Einschränkung der Mobilität und Kontinenz) nicht immer auf Station als Pflegeproblem erkannt und/oder hinterlegt bzw. aufgenommen wird. Dies bedeutet auch, dass oftmals insbesondere bei Erkrankungen wie Depressionen und Sucht Pflegebedürfnisse meist unbekannt bleiben. Dies bedeutet, dass sich PflegetrainerInnen kein Bild machen können, welche daraus resultierenden Unterstützungsbedarfe bei den Angehörigen vorliegen, aber auch, dass das Anrecht auf einen Pflegegrad meist unerkannt bleibt. Gespräche mit PflegetrainerInnen und der Austausch bei Weiterbildungen und bei Entwicklungsgruppen zeigten, dass wenig Wissen über die Pflegeversicherung besteht oder dass generell davon ausgegangen wurde, dass ein Pflegegrad nichts für die PatientInnen sei, weil Pflegegrade nur etwas für Hochaltrige sei oder eben eine Stigmatisierung bedeute. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff versucht jedoch die Diskriminierung psychisch Kranker abzubauen. Dies erscheint besonders wichtig, da insbesondere psychisch erkrankte Menschen und deren Familien von Prekarisierung betroffen sind. Hier ist eine doppelte Diskriminierung psychisch erkrankter Personen zu erkennen. Um mit Bourdieu (1982) zu sprechen: Menschen mit einer psychischen Erkrankung entwickeln das Bild, welches sie selber von sich haben, aus den Reaktionen ihrer Umwelt. Sie erfahren ihre persönliche soziale Lage, Lebensform und Kompetenz oft als minderwertig im Gegensatz zur geltenden Norm. Dieses wird verstärkt durch den ihnen gesellschaftlich zugeschriebenen entmächtigenden Opferstatus. Indem sie sich gleichzeitig wenige Fähigkeiten und Tätigkeiten selbst zutrauen, nehmen sie die ihnen von außen gesetzten Grenzen praktisch vorweg und weisen sich selbst zu, was die Gesellschaft ihnen zuweist und verinnerlichen, was verwehrt bleibt. Gleichzeitig scheint jedoch die Arbeit mit diesen „Anderen“ für die Pflegekräfte eine Aufwertung der Tätigkeit zu bedeuten. Deshalb bewegen wir uns in einem Feld, welches für die Betroffenen bedeutet, sich gleiche Rechte dadurch sichern zu können, sich einer anderen Norm anzupassen, der Norm der Pflegebedürftigkeit, wodurch der Status „anders, aber gleich“ zur geltenden gesunden Norm aufgegeben werden müsste. Diese Entscheidung wird teilweise jedoch durch das System Psychiatrie ermächtigend von außen für die Betroffenen getroffen, eben durch Nicht-Aufklärung über die Möglichkeiten der Pflegeversicherung oder durch Ablehnung.

Zudem spielen Pflegegrade in den psychiatrischen Organisationskulturen zumeist lediglich in der sozialen Überleitung (Heimunterbringung) eine Rolle, jedoch nicht oder nur sehr selten in der Pflege selbst. Pflegegrade und deren Beantragung werden in diesen Zusammenhang als Instrument der Verbringung (sicheren Verwahrung) genutzt. Angehörige sollen entlastet werden, geschützt vor den verwirrten Alten und die Alten ihrerseits geschützt vor der eigenen Verwirrung, Stürzen und davor, was das Leben verkürzen und/oder gefährden kann. Es geht hierbei eindeutig um eine Maxime, die Funktion vor Kontakt stellt, wenn es um Überleitung

gerontopsychiatrischer PatientInnen geht. Gleichzeitig ist in den eher allgemeinspsychiatrischen Bereichen auch zu beobachten, dass die PatientInnen sehr schnell in die Familie gegeben werden und diese kaum aufgeklärt wird und die Familien durch Unwissenheit, Schuld und Scham eher belastet werden. Schnelle Wiedereinweisungen aufgrund mangelnder Aufklärungen werden dann schnell umgedeutet zu einer familiären Schuldfrage, in deren Fokus die Idee eines krank- oder verrückt machenden Familiensystems steht. Diese psychiatrischen Organisationskulturen lassen sich vor dem Hintergrund des besonderen gesellschaftlichen Auftrags der Psychiatrie verstehen. Die moderne Psychiatrie vereint den Sicherungs-, den Behandlungs- und den Forschungsauftrag (vgl. Brückner 2014). Im Rahmen dieses Sicherungsauftrages sind PsychiaterInnen unter Beachtung der geltenden gesetzlichen Regelungen des Psychisch-Kranken-Gesetzes berechtigt und verpflichtet, im Rahmen der Behandlung PatientInnen davor zu schützen, sich selbst oder Dritten zu schaden. Diese Maßnahmen hatten in der Geschichte der Psychiatrie auch eine ordnungspolitische Funktion. Diese Logiken und Verhaltensweisen gilt es im Rahmen des Modellprogramms zu durchbrechen, da die Versorgung in der Häuslichkeit in den Psychiatrien nur selten eine Rolle spielt. In der Arbeit der wissenschaftlichen MitarbeiterInnen spiegelt sich dieser Versuch in den Gesprächen mit der manageriellen Ebene, in Inhouse-Schulungen sowie in der Beratung zur EDV-gestützten Kommunikation wider.

Die EDV-Beratung des Modellprogramms in der Psychiatrie stützt sich in diesem Sinne auf den Versuch, Angehörige schon im Aufnahmeprozess systemisch zu erfassen und früh in die Entlassungsprozesse zu integrieren. Insbesondere Letzteres stellt in der Psychiatrie eine Besonderheit dar, weil das Entlassungsmanagement in den meisten Kliniken nur rudimentär vorhanden ist und in den wenigsten Kliniken einen geregelten, systematischen Prozess bezeichnet. Diese Lücke entsteht auch dadurch, dass es in den Psychiatrien zu beruflich- disziplinären Verschiebungen gekommen ist. So übernimmt der Sozialdienst in den Psychiatrien teilweise hilfstherapeutische Aufgaben wie Psychoedukationsgruppen etc., wobei jedoch die Aufgabe der sozialen Überleitung in den Hintergrund gerät. Zusätzlich führt die Verkürzung der stationären Aufenthalte von durchschnittlich 65 Tagen 1991 auf 23 Tage 2008 zu einer Verringerung der Bettenzahl in den psychiatrischen Krankenhäusern (vgl. Fritze 2010) und die gesundheitspolitisch gewollte Verschiebung weg von riesigen psychiatrischen Anstalten hin zu sogenannten komplementären Versorgungsstrukturen erhöht die Komplexität des Entlassmanagements und verstärkt gleichzeitig dessen Notwendigkeit.

Die größten Bereiche, die die Pflegebedürftigkeit nach § 45 SGB XI in der Psychiatrie abdecken, entstehen auf den Stationen mit folgenden Schwerpunkten: Geronto (Demenz, Delir), Sucht und Depression. In der Beratung der Häuser zu diesem Thema wurde deshalb versucht Wege zu finden, wie diese PatientInnengruppen identifiziert werden können. Dieser Versuch stützt sich auf die drei Säulen „Pflegerische Expertise/Einschätzung“ in der Aufnahme oder der Station, „Digitale Dokumentation“ von vorhandenen Pflegegraden und Demenzdiagnosen und dem „Screening-PostScreening-Verfahren“ zur Einschätzung eines zu erwartenden Pflegebedarfs bzw. eingeschränkter Alltagskompetenz. Insbesondere im Bereich der Screening- und Postscreening-Verfahren zeigte sich ein hoher Entwicklungsbedarf, welcher teilweise dazu führte, dass eigens für das Projekt Screeningverfahren gemeinsam mit den PflegetrainerInnen entwickelt wurden und sich momentan in der Erprobung befinden.

## Ausblick

Es bleibt zu sagen, dass die Arbeit mit den Psychiatrien weiterhin ein dynamischer Prozess bleiben wird, bei welchem die Aufgabe der WissenschaftlerInnen sein wird, gesellschaftliche Prozesse in Handlungswissen für die PflegetrainerInnen und Krankenhäuser zu übertragen. Die Verkürzung der stationären Aufenthalte führte zu einer Verringerung der Bettenzahl in den psychiatrischen Krankenhäusern (vgl. DNQP 2004), so sank die Zahl der psychiatrischen Betten allein in den vergangenen zehn Jahren um 35 % (vgl. Fritze 2010). Diese schon erwähnte gesundheitspolitisch gewollte Verschiebung von großen psychiatrischen Anstalten zu sogenannten komplementären Versorgungsstrukturen führte jedoch gleichermaßen zu einer Reduzierung der hospitalisierten LangzeitpatientInnen wie auch zur Entwicklung einer neuen problematischen Gruppe: den sogenannten „Drehtür-Patienten“. So zeigen neuere Zahlen, dass zwar geringfügig abnehmende Verweildauern pro Fall bzw. Fallkosten zu verzeichnen sind, dafür es aber zu deutlich erhöhten Wiederaufnahmeraten kommt (vgl. Zeidler & Greiner 2008). So bleiben PatientInnen zwar verhältnismäßig kürzer, werden dafür jedoch immer häufiger behandelt.

Im Zuge des geplanten Psychiatrie-Entgeltes werden die Psychiatrien nun vor Herausforderungen gestellt, dessen Ausgangspunkt nicht mehr die humanitären Betrachtungen der Psychiatrie-Enquête sind, sondern eine Erhöhung der Wirtschaftlichkeit. Dabei wird laut den Prognosen von Fritze und Berger der stationäre Bereich weiter schrumpfen und die Verweildauer von PatientInnen weiter gesenkt werden (vgl. Fritze 2010). Insbesondere betroffen werden hiervon die Patientengruppen sein, welche zu Chronifizierung und Rezidiven neigen, und die multimorbiden Hochaltrigen. Diese Gruppen haben einen hohen Bedarf an einer optimierten Versorgung an den Schnittstellen – hier die Entlassung aus dem stationären Bereich. Folgen eines ineffizienten Entlassungsprozess sind hierbei wiederholte Krankenhaus(wieder-)einweisungen, die nicht primär therapeutisch, sondern sozial bedingt sind (vgl. Blumenthal et al. 1988). In diesem Sinne schrieb auch schon Dörner in seinem Text „Die Gesundheitsfalle“ (2003), dass eine qualitativ hohe, zukunftsfähige Psychiatrie zwar eine schnellstmögliche Entlassung aus der Klinik herbeiführen müsse, jedoch dies in ein Umfeld, in dem die professionelle Hilfe sich ergänzend (!) als eine Hilfestellung für Familie, Freunde und Umfeld zu definieren hat. Das Modellprogramm „Familiale Pflege“ ist hierbei ein wichtiger Bündnispartner, um genau dieses Ziel zu erreichen, wobei es gleichsam auch die ethische Aufgabe übernimmt, diese hoch sensiblen Personengruppen und deren Angehörigen im System Krankenhaus sichtbar zu machen.



## Literaturverzeichnis

- Barrowclough, C. & Parle, M. (1997). Appraisal, Psychological Adjustment and Expressed Emotion in Relatives of Patients Suffering from Schizophrenia. In *British Journal of Psychiatry*, 171, 26-30.
- Blumenthal, S., Bell, V., Neumann, N.-U., Schüttler, R. & Vogel, R. (1988). Wiedereinweisungsgründe und Maßnahmen zur Verhinderung einer Wiedereinweisung bei psychiatrischen Patienten – Ergebnisse einer prospektiven Längsschnittstudie aus der Sicht der Betroffenen und der Angehörigen. In Böckler, F. & Weig, W. (Hrsg.). *Aktuelle Kernfragen der Psychiatrie* (S. 256-260). Berlin: Springer-Verlag.
- Bourdieu, Pierre (1982). *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp-Verlag.
- Brand, C. (2004). *Generationsbeziehungen in Familien mit psychisch Kranken*. Konstanz: Universitätsverlag.
- Brückner, B. (2014). *Basiswissen: Geschichte der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrieverlag.
- Burkhardt, A. (2005). *Generationenambivalenzen in Familien mit einem psychisch kranken erwachsenen Kind*. Konstanz: Universitätsverlag.
- DNQP (Hrsg.) (2004). *Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung*. Osnabrück.
- Dörner, K. (2007): *Leben und sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem*. Paranus: Neumünster.
- Dörner, K. (2003). *Die Gesundheitsfalle. Woran unsere Medizin erkrankt. Zwölf Thesen zur Heilung*. München: Econ.
- Fritze, J. (2010). Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. In Klauber, J., Geraedts, M. & Friedrich, J. (Hrsg.). *Krankenhaus-Report 2010. Krankenhausversorgung in der Krise?* (S. 181-208). Stuttgart: Schattauer.
- Gottesmann, I. (1993). *Schizophrenie: Ursachen, Diagnosen und Verlaufsformen*. Heidelberg: Spektrum Verlag.
- Gröning, K. & Feldmann, M. (2014). *Somatische Kultur und Psychiatrische Pflege. Pflorgetrainings in der Psychiatrie unter besonderer Berücksichtigung somatischer Pflege*. Studienbrief. Bielefeld: Eigenverlag.
- Lazarus, R. S. (1974). Psychological Stress and Coping in Adaption and Illness. In *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 5 (4), 321-333.
- Lettke, F. & Lüscher, K. (2003). *Generationenambivalenz – Ein Beitrag zum Verständnis von Familie heute*. In *Soziale Welt*, 53, 437-466.

- Lüscher, K., Pajung-Bilger, B., Lettke, F. & Böhmer, S. (2000). Generationenambivalenzen operationalisieren. Konzeptuelle, methodische und forschungspraktische Grundlagen. Arbeitspapier Nr. 34.1. Universität Konstanz: Forschungsschwerpunkt „Gesellschaft und Familie“.
- Lüscher, K. & Liegle, L.(2003). Generationenbeziehungen in Familie und Gesellschaft. Konstanz: Universitätsverlag.
- Peukert, R. (2005). Die Angehörigenselbsthilfe in der Psychiatrie. Das immer wieder neue Selbstverständnis der Angehörigenselbsthilfe in Deutschland. In Peukert, R. & Bombosch, J. (Hrsg.). Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie, 3. 4-10.
- Schreiter-Gasser, U. (2006): Psychiatrische Erkrankungen im Alter- Bedeutung und Besonderheiten. In Psychotherapieforum 14, 7-11.
- Thiersch, H. (1992): Lebensweltorientierte soziale Arbeit: Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. Weinheim: Juventa.
- Zeidler, J. & Greiner, W. (2008). Krankheitskosten der Schizophrenie aus der Perspektive einer Krankenversicherung. Krankheitskostenanalyse zum Krankheitsbild der Schizophrenie auf der Basis von Krankenkassen-Routinedaten. Endbericht. Hannover: Typoskript.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A New View of Schizophrenia. In Journal of Abnormal Psychology, 86(2), 103-126.

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 6 Die Rolle der wissenschaftlichen MitarbeiterInnen

117

## **Die erfolgreiche Implementierung des Modellprogramms „Familiale Pflege“ im Krankenhaus – Ein Gewinn für beide Seiten**

---

### **Abstract**

*Vorgestellt wird, wie das Modellprojekt „Familiale Pflege“ als ‚Fremdkörper‘ im Krankenhaus integriert wurde. Synergieeffekte bildeten sich speziell mit einem weiteren Projekt („Der Blaue Punkt“) zur Früherkennung von Demenzpatient\*innen und Delirrisiken als Antwort auf die Herausforderungen des demographischen Wandels. Wie beide Ansätze zusammengebracht wurden, welche Systemwiderstände entstanden und wie diese überwunden werden konnten, ist Hauptanliegen des Artikels. Dabei entsteht ein Plädoyer, Demenzpatient\*innen im Krankenhaus nicht zu ignorieren.*

---

Krankenhäuser benötigen Versorgungskonzepte und gut geschulte Mitarbeiter, um sich den Herausforderungen moderner Medizin und dem wirtschaftlichen Druck in Zeiten des demographischen Wandels stellen zu können. Diese Versorgungskonzepte müssen mit den Anforderungen an ein modernes Krankenhausmanagement vernetzt werden.

Wir haben 2007 das Versorgungskonzept Demenzmanagement „Blauer Punkt“ im Bereich unserer Patienten mit Demenz im gesamten Krankenhaus eingeführt und weiterentwickelt. Das Team des Blauen Punktes kümmert sich um die besonderen Bedürfnisse und alle Belange unserer Patienten, die eine Demenz als Nebendiagnose mitbringen.

Einen völlig neuen Blickwinkel hat uns im Verlauf das Modellprogramm „Familiale Pflege“ eröffnet und damit einen unerwarteten Verstehensaspekt und An Schub für diesen und viele neue Bereiche beschert.

Wir vertreten die These, dass Patienten mit Demenz statt Ignoranz eine besondere Beachtung im Krankenhaus geschenkt werden muss, weil sie sich nicht dem „normalen“ Krankenhausalltag anpassen können.

## Warum gerade im Bereich Demenz ?

Demenzen gehören zu den häufigsten Erkrankungen des höheren Lebensalters. In Deutschland sind nach Angaben der Alzheimer-Gesellschaft derzeit ca. 1,2 Millionen Menschen betroffen. Entsprechend ist auch die Zahl derjenigen Patienten in den Krankenhäusern steigend, die neben ihrer Erkrankung, wegen der sie ins Krankenhaus kommen, die Nebendiagnose Demenz aufweisen. Auch durch den demografischen Wandel werden in den Krankenhäusern verstärkt ältere, multimorbide Patienten aufgenommen, bei denen sich hier erstmals eine kognitive Einschränkung zeigt, z. B. nach einem operativen Eingriff. Im Verlauf einer Demenzerkrankung verändern sich das Verhalten, die emotionale Kontrolle und die Persönlichkeit des Betroffenen. Das führt zu Orientierungsschwierigkeiten und verminderter Anpassungsfähigkeit an neue und unbekannte Situationen oder Umgebungen, wie sie die Einweisung in ein Krankenhaus mit sich bringt. Es erzeugt bei vielen Betroffenen oft Angst, Unruhe und Aggressionen. Der Pflegeaufwand ist dementsprechend höher und der Anspruch an das gesamte Behandlungsteam deutlich größer.

## Demenzpatienten im Krankenhaus

In traditionell geprägten Krankenhausstrukturen müssen die Patienten sich den Abläufen im Klinikalltag unterwerfen. Die örtliche, personelle und situative Veränderung, Medikamentenumstellungen und zahlreiche weitere krankenhaustypische Faktoren lösen bei 50 % der kognitiv eingeschränkten Menschen ein Delir aus (Flanagan u. a. 2010). Das Delir ist die häufigste, folgenreichste und teuerste Nebenwirkung eines Krankenhausaufenthaltes und als Komplikation und Prognose verschlechternder Faktor vergleichbar einer Sepsis auf einer Intensivstation (Leslie & Inouye 2011). Menschen mit einer Demenz sind besonders gefährdet ein Delir zu entwickeln, mit weitreichenden Folgen für die Betroffenen und um ein Vielfaches erhöhte Kosten. Die immer kürzer werdende Krankenhausverweildauer und die zunehmende Technisierung verschärfen die Situation für die Betroffenen. Das Thema Demenz und Delir wird allgegenwärtig.

Auswirkung hat das auf alle Bereiche des Krankenhauses, besonders jedoch auf die ärztliche und pflegerische Betreuung dieser Patienten. Hier sind mehr Zeit, besondere menschliche Zuwendung und anders organisierte Abläufe erforderlich. Dem steht der ablaforientierte Krankenhausalltag gegenüber, mit immer kürzer werdenden Liegezeiten. Das derzeitige DRG-System lässt keinen Handlungsspielraum für besondere Aufwendungen durch erhöhten Personaleinsatz, der hier nötig wäre, um mehr Zeit und Ruhe in den Ablauf der Betroffenen zu bringen, z. B. durch personenzentrierte Pflege. Pflegerische Tätigkeiten lassen sich hier nicht abbilden, da ausschließlich ärztliche Tätigkeiten bezahlt werden. Dies hat enormen Einfluss auf die Krankenhäuser, die dem wirtschaftlichen Druck geschuldet der Pflege weniger Bedeutung zumessen – sowie den Patienten, die die Demenz nur als nicht abrechenbare Nebendiagnose mitbringen. Demenz wird oft als *Nursing Disease* bezeichnet, da es keine Therapie für diese Erkrankung gibt und damit allein die pflegerischen Interventionen Wirkung zeigen.

Oft sind es Kleinigkeiten, die den Umgang mit dem Erkrankten erleichtern oder erschweren. Kleinigkeiten, die den Aufenthalt in der ungewohnten Krankenhausumgebung erträglicher machen und Vertrauen schenken. Das alles kostet viel Zeit und Ruhe. Beides ist im laufenden Klinikalltag

durch die Pflege allein nicht zu leisten.

Die Folgen eines Aufenthaltes in einem nicht an die Demenz angepassten Akutkrankenhaus sind für die Betroffenen oft weitreichend. Erhöhte Mortalität, verlängerte Liegezeit, Verschlimmerung der Demenz, dauerhafte Pflegebedürftigkeit und Verlust der Selbstständigkeit können daraus resultieren. Im Klartext bedeutet das für viele Betroffene keine Rückkehr mehr ins eigene Zuhause, sondern eine Einweisung in eine stationäre Einrichtung.

In Krankenhäusern ohne ein spezielles Versorgungskonzept für Menschen mit Demenz oder Delirrisiko gehen diese Patienten völlig unter, werden nicht gesehen oder bewusst übersehen, weil es kein Konzept im Umgang mit dieser Patientengruppe gibt. Erst wenn extreme Verhaltensauffälligkeiten oder dramatische Verschlechterungen auftreten, z. B. durch lautes Rufen oder nächtliche Unruhe, wird dem Thema zwangsweise Beachtung geschenkt. Ich wage sogar zu behaupten, dass Menschen mit Demenz im Krankenhaus diskriminiert werden. Sie erhalten oft kein oder deutlich weniger Schmerzmittel als gleichaltrige Leidensgenossen ohne Demenz. Nach dem Motto: Wer nichts sagt, hat keine Schmerzen.

## **Versorgungskonzepte für Patienten mit Demenz**

Durch Etablierung des Teams des „Blauen Punktes“ ist es uns gelungen, mit einem niederschweligen Demenz- und Delirscreening und dem Einsatz einer Pflegeexpertin für Menschen mit Demenz erste Schritte in Richtung eines umfassenden Demenzmanagements zu gehen.

Feste lokale Netzwerkstrukturen und die Zusammenarbeit mit weiteren Dienstleistern wurden gegründet. So haben wir eine Zusammenarbeit mit einem geriatrischen Kooperationspartner geschlossen und ausgebaut.

Es folgte die Einführung eines Betreuungsmodells für Demenzpatienten und Patienten im Delir. Dieses Konzept umfasst die Erhebung besonderer Bedürfnisse unserer Patienten ab dem 65. Lebensjahr bei Aufnahme durch ein Screening und lenkt den Fokus auf den dementen Patienten mit seinen besonderen Bedürfnissen. Das Screening entspricht den Forderungen des Krankenhausplans NRW und wurde um die Bereiche Demenz und Delir erweitert. Dieses Konzept umfasst neben Standards und Handlungsanweisungen die Begleitung von Demenzpatienten und den Einsatz von Kreativtherapie, direkt am Krankenbett des Betroffenen.

Schnell wurde auch das Informationsdefizit über die Erkrankung Demenz und einen adäquaten Umgang deutlich. Um dem entgegenzuwirken, wurden Beratungsangebote für Betroffene und Schulungen für unsere Mitarbeiter aller Bereiche eingeführt.

## Systementwicklung und die Integration des Programms „Familiale Pflege“

Durch den traditionellen Auftrag der Krankenhäuser bestand bis zur Einführung des Modellprogramms „Familiale Pflege“ fast ausschließlich der Patient in unserem Fokus. Durch das Projekt hat sich der Blickwinkel auf die pflegenden Angehörigen, Freunde und Nachbarn ausgedehnt, die den Patienten helfen, im häuslichen Umfeld zurechtzukommen. Es war mir immer bewusst, dass das Umfeld des Menschen mit Demenz und deren Umgang mit dem Erkrankten eine sehr wichtige Rolle spielt, damit es dem Menschen mit Demenz gut geht, die Versorgung klappt und Risiken minimiert werden. Ich habe immer wieder die Erfahrung gemacht: Geht es den Angehörigen gut, geht es den Betroffenen gut. Doch trotz allem haben wir als Krankenhaus und ich als Pflegekraft, die direkten Kontakt zu dem Umfeld und den Angehörigen hat, dem kaum bis keine Beachtung geschenkt und sind in diesem Bereich nicht aktiv geworden. Das hat das Projekt völlig verändert. Nach und nach ist mir klar geworden, wie wenige Informationen über diese Erkrankung bei den pflegenden Angehörigen vorhanden sind. Woher auch, sie haben ja nicht meine Ausbildung und die 26 Jahre Erfahrung mit diesem Krankheitsbild. Die meisten Angehörigen mussten sich bisher nicht damit auseinandersetzen. Dazu kommt, dass Demenz noch immer ein Tabuthema in unserer Gesellschaft ist.

In der Beratung und in den Kursen erhalten Angehörige die Möglichkeit die Erkrankung zu verstehen und einen gelungenen Umgang mit ihren betroffenen Angehörigen zu erlernen. Viele Angehörige fühlen sich unsicher und haben Angst, etwas falsch zu machen. Da es kein Patentrezept im Umgang mit dieser Erkrankung gibt, muss jeder von ihnen seinen eigenen individuellen Weg und Umgang damit finden und leben. Wir können ihnen nur ein Netzwerk spinnen und ein Hilfspaket mit Angeboten mitgeben. Wir haben spezielle Beratungs- und Schulungsangebote entwickelt, die möglichst allen pflegenden Angehörigen angeboten werden.

Neben den kognitiven Einschränkungen bringt die Demenz nicht selten auch ein verändertes Bewegungsverhalten mit sich und somit einen steigenden Bedarf an Unterstützung bei der Körperpflege und der Alltagsgestaltung. Das erfordert zunehmend Unterstützung durch die Angehörigen, zum Beispiel beim Aufstehen aus dem Bett sowie vom Stuhl. Bekannt ist heute, dass mit Bewegung positiver Einfluss auf die noch vorhandenen Gedächtnisleistungen genommen werden kann. Somit ist die Erhaltung von Kraft und Beweglichkeit ein anzustrebendes Ziel und oft der einzige Weg, um eine Rückkehr ins eigene Zuhause zu ermöglichen. Das entspricht auf der einen Seite den Wünschen fast aller Menschen und ist auf der anderen Seite deutlich kostengünstiger als eine stationäre Unterbringung jeglichen Settings.

Um der kognitiven und motorischen Förderung gerecht zu werden, arbeiten wir eng mit den Stationen und unseren Bewegungstherapeuten zusammen. Im Rahmen dieser therapeutisch aktivierenden Pflege werden die Bewegungsressourcen bestmöglich gefördert. Hier haben wir ein Netzwerk gebildet mit gegenseitigem Austausch, bei dem auch schon unsere Schüler in der Ausbildung zum Physiotherapeuten eingebunden werden. Sie werden in unserem Team eingesetzt, um in ihrer späteren Tätigkeit den adäquaten Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen in den Therapien umsetzen zu können.

Die Erfolge wurden schnell sichtbar. Patienten wurden in Bewegungsabläufe hineingeführt, erinnerten sich und fanden zu eigenen Bewegungsmustern zurück.

Es werden speziell ausgerichtete Pflegekurse zum Thema Demenz in regelmäßigen Abständen veranstaltet:

1. Demenz – Umgang und Kommunikation
2. Bobath-Konzept – Demenz und Bewegung

Ein Beispiel dafür ist die Aspirationspneumonie. Menschen mit Demenz können im Verlauf ihrer Erkrankung Schluckstörungen entwickeln. Die Angehörigen sind damit überfordert aus Unwissen und aus Angst, der Patient nimmt zu wenig Nahrung auf. Essen spielt oft eine große Rolle für die Angehörigen, denn Nahrungsaufnahme bedeutet Leben und Lebenselixier. „Wer nicht mehr isst, der stirbt“, ist in vielen Köpfen und bereitet enorme Angstgefühle. Können Menschen mit Demenz nicht mehr schlucken, wird das Anreichen der Nahrung seitens der pflegenden Angehörigen nötig. Hier kommt es oft zum Verschlucken von Speise in die Luftröhre und als Folge zur Pneumonie. Laut Statistischem Bundesamt ist die Pneumonie in Deutschland eine der häufigsten Todesursachen des höheren Lebensalters. Die Form der Aspirationspneumonie ist so gefährlich, weil wir die Speisereste nicht mehr aus der Lunge entfernen können und damit die Ursache in der Lunge verbleibt als dauerhafter Entzündungsherd. Eine gute Anleitung und aufrechte Positionierung, wie z. B. der stabile Sitz im Bett mittels eines Rumpfwickels, ist dabei enorm wichtig. Diese Techniken müssen erst erlernt und geübt werden.

Leider haben wir am Anfang die Erfahrung gemacht, dass wir viel Zeit verschwendet haben, um Patienten und deren Angehörige mit Beratungsbedarf ausfindig zu machen. Wir waren abhängig vom jeweiligen Personal der Stationen, die uns diese Angehörigen melden sollten. Viele Faktoren wie ständig wechselndes Personal und falsche Einschätzungen etc. führten dazu, dass dies nicht umgesetzt wurde. Wir sind Stunden unserer wertvollen Arbeitszeit auf der Suche nach Angehörigen gewesen.

Möchte man Qualität in der Medizin und Pflege bieten, darf es kein Zufall sein, dass diese Angebote die Menschen erreichen, sondern sollen allen zur Verfügung stehen. Dazu benötigen wir Versorgungskonzepte, die mit den Anforderungen an ein modernes Krankenhausmanagement vernetzt werden. Wir haben das durch die Implementierung der Familialen Pflege in unserem Krankenhausinformationssystem (KIS) erreicht. Dies erfasst unsere Zielgruppe und deren Bedarf bei der Aufnahme in unser Krankenhaus und stellt den Pflegetrainern gleich eine Liste mit den Patientendaten und Bedarfen bereit. Zudem sind wir Pflegetrainer für alle Bereiche über ein „Familiale Pflege“-Konsil oder über unser mobiles Telefon anforderbar. All das war eine Systementwicklung, um unsere Prozesse rationaler und transparenter gestalten zu können.

Daraus sind neue Synergien entstanden, die wir zu diesem Zeitpunkt nicht erwogen haben. Es haben sich Netzwerkstrukturen im Bereich Demenz und Pflege gebildet, z. B. mit den Pflegeberatern der Krankenkassen und der Stadt und den anderen Akteuren im Bereich der Versorgung von Menschen mit Demenz. Es haben sich darüber hinaus in unserem Krankenhaus interdisziplinäre Strukturen gebildet wie alterstraumatologische Visiten, bei denen immer wieder der Bedarf an Schulung und Beratung der Patienten und Angehörigen besonders berücksichtigt wird.



Entstanden ist auf jeden Fall eine deutliche Sensibilisierung für das Thema Demenz, Delir und die veränderten Bedürfnisse älterer Patienten im Krankenhaus.

Auf der einen Seite haben wir nun diese Patienten wahrgenommen, aber auf der anderen Seite entstand die Frage, was wir jetzt mit diesen Informationen machen, natürlich möglichst ohne Mehrkosten zu produzieren. Die systemseitige Erfassung und Kennzeichnung dieser Patientengruppe ermöglicht das Erstellen von Listen im KIS, um eine besondere Betreuung und Beschäftigung bieten zu können. Wir stellen diese Patientenliste unserer ehrenamtlichen Alltagsbegleitung, der Kreativtherapie und den Seelsorgern zur Verfügung, um so Beschäftigung in den monotonen Klinikalltag zu bringen. Sichtbar wird die Demenz und ein Delir für alle an der Behandlung Beteiligten – von den Ärzten bis hin zum Physiotherapeuten, damit alle ihre Therapien darauf abstimmen und den Umgang anpassen können. Es ist für die OP-Planung entscheidend, demente Patienten möglichst früh morgens einzuplanen. Die Nervosität durch das Warten und die Flüssigkeits- und Nahrungskarenz tragen enorm zur Delirneigung bei. Auch für unsere Anästhesisten ist die Kenntnis, ob ein Patient schon einmal ein Delir erlitten hat oder eine Demenzerkrankung vorliegt, für die Narkose, die Narkoseform und für die vorhergehende Prämedikation unerlässlich, da die Narkosemittel enormen Einfluss auf die Kognition und die Entstehung eines Delirs haben. Viele der Medikamente haben eine anticholinerge Wirkung und können damit delirogene Effekte haben. Die Röntgenabteilung kann Wartezeiten auf dem hektischen Flur für diese Patienten vermeiden oder diese Patienten vorziehen. Unsere Servicemitarbeiter wissen, dass sie das Tablett mit dem Essen nicht einfach abräumen dürfen und erst eine Rückmeldung an das Pflegepersonal geben müssen. Türen werden beschildert und Orientierungshilfen im Zimmer aufgestellt, wie eigene Fotos, eine Uhr mit Datum etc. Schmerzen werden mittels eines Beobachtungsassessment für Menschen mit Demenz (BESD) erfasst und dokumentiert. Das Thema Schmerz fand vorher kaum Beachtung, da diese Patienten ihre Schmerzen meistens nicht mehr adäquat äußern können.

Das Zusammenspiel dieser Neuerungen und veränderten Ausrichtung unserer Tätigkeit machen die erfolgreiche Einführung des Programms „Familiale Pflege“ aus. Eine Entwicklung in viele Richtungen. Unsere Ärzte und unser Pflegepersonal haben schnell die vielfältigen Vorzüge entdeckt und die automatisierten Prozesse, die nicht wieder zu einer Mehrbelastung des Personals führen, begrüßt. Das hat die Einführung deutlich erleichtert, weil wir nicht als Belastung gesehen werden und somit nicht gegen Widerstände kämpfen mussten.

Ein weiterer positiver Aspekt ist die deutlich schnellere Erfassung der Zielgruppe am Tag nach der Aufnahme in das Krankenhaus, der wir dadurch schneller die Möglichkeit bieten können, zu Hause gut versorgt zu werden und somit eine schnellere Entlassung ermöglichen. Je eher wir wissen, wo Probleme bestehen, umso eher können wir handeln. Als Beispiel bedeutet das in Zahlen für unsere Alterstraumatologie, dass wir diese Patienten im Durchschnitt am fünften bis sechsten postoperativen Tag entlassen können, weil wir am Aufnahmetag schon die Entlassung vorbereiten können. Neben diesem enormen wirtschaftlichen Aspekt ist auch Zahl der Wiedereinweisungen gesunken.

Obwohl wir viel umsetzen konnten, haben wir durch den „Stein, den wir damit ins Rollen gebracht haben“, viele „neue Baustellen“ eröffnet. Es tun sich immer neue Probleme auf, denen wir uns dann weiter annehmen müssen. In unserer Vorstellung war die Umsetzung klarer begrenzt. Ein Beispiel ist, dass wir durch die Erfassung der Patienten und die Sensibilisierung der

Bedürfnisse festgestellt haben, dass diese Patienten häufig ihre Zimmer wechseln, aus den unterschiedlichsten Gründen, wie Streitigkeiten mit Mitpatienten, veränderter Zuständigkeitsbereich, Notaufnahmen und damit verbundene Zusammenlegungen etc. Durch diese Verlegungen produzieren wir Orientierungsverluste und erhöhen das Delirrisiko. Das ist jahrelang nicht aufgefallen. Aktuell haben wir dazu eine Verfahrensanweisung verfasst, die in beiden Häusern verbindlich wirksam wird. Diese Verfahrensanweisung muss nun geschult und umgesetzt werden. Das bindet viel Zeit. Ich bin sicher, es gibt auch in Zukunft in diesem Bereich noch viel zu tun.

Diese Systementwicklung beinhaltet allerdings auch Kosten, die durch unsere Geschäftsführung erst kritisch beobachtet wurden. Hierbei war die Unterstützung der Mitarbeiter des Modellprogramms der Universität Bielefeld von enormer Bedeutung. Durch die Informationen und den Wissenstransfer durch die Weiterbildungen des Projektes und die wissenschaftliche Begleitung habe ich gelernt, gezielt zu argumentieren und notwendige Forderungen zu stellen, auch an Bereiche wie die Geschäftsführung, zu der es vorher keine Berührungspunkte gab.

Ich habe eine persönliche Entwicklung durchgemacht, von der einzelkämpfenden Krankenschwester zur Pflegetrainerin. Das Projekt hat es mir ermöglicht, mir selber den Stress zu nehmen, wenn ich beratend bei einer Patientin und deren Angehörigen sitze, keine Sorge zu haben, dass meine Kollegen das nicht als gleichwertige Arbeit ansehen. Ich habe eine Legitimierung und Anerkennung erhalten, die sich auch in dem Erhalt von abrechenbaren Pflegetrainings und Kursen widerspiegelt. Das ist in einem DRG-System, bei dem ausschließlich ärztliche Tätigkeiten bezahlt werden, ein wichtiges Statement. In diesem Modellprogramm wird der Bereich Pflege und der Wissenstransfer dieser Profession hervorgehoben und gestärkt. Was nur kostet und nichts einbringt, zählt wenig. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass die Entlohnung und Wertschätzung durch das Projekt uns Anerkennung und dadurch Freiräume ermöglicht. So arbeiten wir heute im Team mit freigestellten Mitarbeitern, haben ein eigenes Anleitungsbüro mit vielen Büchern und Informationsmaterial.

Dazu kommt, dass sich meine Rolle weiterentwickeln durfte. Ich habe vor dem Projekt ausschließlich Patienten mit Demenz und unser Personal beraten und geschult, obwohl mir klar war, dass es den Betroffenen nur gut geht, wenn zu Hause alles gut läuft und die Angehörigen gut mit der Erkrankung umgehen können. Angehörige spielen in einem regelhaften und ablauforientierten Krankenhausalltag keine Rolle. Sie werden nicht gesehen oder eher als störend empfunden. Aber gerade im Zeitalter von Einsparungen und Personalknappheit ist es wichtig, die Angehörige als unterstützenden Partner mit einzubeziehen und ein gemeinsames Arbeitsbündnis einzugehen, von dem alle Seiten profitieren:

- Die Patienten, weil das Personal so wichtige Informationen erhält und sie eher ins gewohnte Umfeld zurückkehren können.
- Die Mitarbeiter, weil sie wichtige Informationen und Hilfestellungen erhalten, z. B. ein beruhigendes vertrautes Gesicht am Bett des Erkrankten beim Aufwachen aus der Narkose oder als Sozialkontakt im monotonen Klinikalltag.
- Die Angehörigen, weil sie von den Profis wichtige Informationen und Hilfestellungen erhalten.

Das Projekt hat uns einen Blickwechsel beschert, hin zu den Angehörigen und häuslichen Bedürfnissen. In der Entwicklung dieser neuen Rolle haben mich die wissenschaftlichen Mitarbeiter des Projektes sehr unterstützt. Wichtig sind dazu die Entwicklungsgruppentreffen. Hier erhalten wir Neuigkeiten aus dem Projekt und besprechen einzelne Pflegetrainings und Beratungssituationen. Dadurch lernen wir voneinander oder erhalten Inspiration für die weitere Entwicklung unserer Tätigkeit. Auch das Jahresgespräch trägt zur Weiterentwicklung bei. Es ist ein Unterschied, ob die gewünschten Systementwicklungen auch seitens des Projektes gewünscht werden und dies in aller Deutlichkeit ausgesprochen wird. Ich habe dabei viel von Frau Prof. Gröning gelernt, die in diesen Themen immer sehr mutig voran schreitet.

Ich bin persönlich auch schon einmal in eine sehr unangenehme Situation gekommen, bei der man versucht hat mich einzuschüchtern, weil Beratungsinhalte für vorgesetzte Mediziner un bequem waren. Die Behandlung von immer älter werdenden Patienten bringt auch neue ethische Entscheidungen mit sich, die durchaus verschiedene Perspektiven beinhalten, auch die in der letzten Zeit häufiger diskutierte Frage nach dem sogenannten Benefit. Das ist eine sehr schwierige und nervenaufreibende Situation, da wir alle ja auch Arbeitnehmer sind und abhängig von unseren Arbeitgebern. Ich habe in dieser Situation viel Rückhalt und Informationen von den wissenschaftlichen Mitarbeitern des Projektes erhalten. Dafür bin ich sehr dankbar. Auch das ist für die Stärkung und Entwicklung meiner Rolle als Pflegetrainerin sehr wichtig gewesen.

Um diesen Blickwechsel vollziehen zu können, bedarf es Menschen, die weitergebildet und entwickelt werden zu Pflegetrainern, die ihre anwaltschaftliche Rolle für Patienten und deren Angehörigen, die dies nicht selber tun können, annehmen. Hier schließt sich der Kreis zu dem Menschen mit Demenz.

## Literaturverzeichnis

Flanagan, J. L., Simmons, P. A., Vehige, J., Willcox, M. D. P. & Garrett, Q. (2010). Role of Carnitine in Disease. URL: <https://doi.org/10.11>

Leslie, D. L. & Inouye, S. K. (2011): The Importance of Delirium. Economic and Societal Costs. J Am Geriatr Soc. 59 (Suppl 2), 241-143.  
URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3415302/>

## Entwicklung des Modellprogramms „Familiale Pflege“ in den GFO Kliniken Troisdorf

---

### Abstract

Der Artikel schreibt die EDV-Entwicklungen der Familialen Pflege im St. Josef Krankenhaus Troisdorf seit 2015 fort und verdeutlicht darüber hinaus die ausgeweitete Zusammenarbeit innerhalb und außerhalb des Krankenhauses bis in die Häuslichkeit. Es wird der praxisnahe Zusammenhang von Prozesssteuerung, Dokumentation im KIS, kollegialen und hierarchischen Netzwerken verdeutlicht. Der abschließende Praxisfall bietet dazu einen Einblick in die hochkomplexe Begleitung, Beratung und Praxisanleitung der pflegenden Angehörigen. So wird ebenfalls deutlich, welche hohen Anforderungen seitens der Häuslichkeit sowie seitens des Krankenhauses an die Pflegetrainer\*innen gestellt werden.

---

### Einleitung

Das Modellprogramm „Familiale Pflege“ hat sich in den GFO Kliniken Troisdorf positiv entwickelt und ist hier nicht mehr wegzudenken. Die Frage, welche Rahmenbedingungen, Fähigkeiten und Unterstützung dazu beigetragen haben, ist durchaus interessant. In der Festschrift „Familiensensibles Entlassungsmanagement“ von Katharina Gröning, Brunhild Sander und Ruth von Kamen (vgl. Klewitz 2015) habe ich bereits über die Entwicklung von Familialer Pflege und EDV berichtet.

Nun ist nicht allein eine gute Vernetzungs- und Dokumentationsmöglichkeit für den Erfolg dieser Arbeit verantwortlich. Im Weiteren möchte ich erläutern, welche Bedingungen in den GFO Kliniken dazu geführt haben, das Projekt „Familiale Pflege“ in das Krankenhaus zu implementieren. Im Laufe der Jahre gab es weitere Entwicklungen, über die ich folgend berichten werde.

Begonnen hat alles im Dezember 2010. Die Pflegedirektorin unseres Hospitals stellte mir das neue Projekt in unserem Krankenhaus vor. Da ich als Praxisanleiterin schon einige Jahre Erfahrung in der Anleitung Auszubildender hatte, könne ich doch auch Angehörige in der Pflege anleiten. Seit 18 Jahren arbeitete ich im St. Josef Hospital in Troisdorf, davon 15 Jahre lang auf der interdisziplinären Intensivstation und ca. 13 Jahre lang als Praxisanleiterin. Seit Februar 2011 arbeite ich nun im Projekt „Familiale Pflege“. Weitere Einzelheiten zur Familialen Pflege in den GFO Kliniken Troisdorf, besonders in der Betriebsstätte St. Josef habe ich in der Festschrift bereits vorgestellt (ebd., 198).

Im Juni 2011 fanden die ersten Pflegetrainings in unserer Klinik statt. Da es das Projekt in der Nähe bisher nicht gab, war eine Hospitation nicht möglich. Wir mussten uns selbst überlegen, wie wir das Projekt umsetzen und erste Erfahrungen sammeln konnten. Im ersten halben Jahr fanden bereits 30 Erstgespräche statt. Vergleichsweise wurden im Jahr 2016 tatsächlich 267 Erstgespräche abgerechnet. Wie kam es zu dieser Steigerung?

## Institutionelle Bedingungen und Strukturen

Auf der Homepage der Betriebsstätten haben wir eine eigene Seite, auf der unser Flyer heruntergeladen werden kann und unsere Termine für (Initial-)Pflegekurse veröffentlicht werden. Hier finden uns auch interessierte Angehörige, die nach einem Pflegekurs oder nach einer Demenzschulung suchen. Selbst der WDR fand uns auf diesem Weg und filmte eine kurze Dokumentation zu unserer Arbeit. Im Intranet können wir Informationen zu unseren Leistungen, Fotos und Kursangebote veröffentlichen, sodass die Pflegeteams jederzeit Zugriff darauf haben.

Im Jahr 2016 fusionierten die Kliniken St. Josef Hospital Troisdorf und das St. Johannes Krankenhaus in Troisdorf-Sieglar. Seitdem sind wir mit unseren Kolleginnen in Sieglar ein Team. Durch Personalveränderungen kam es zu übergreifenden Aufgabenfeldern in beiden Krankenhäusern. Die Zusammenarbeit, der Austausch und Hospitationen aus anderen Kliniken haben sich immer wieder als Gewinn dargestellt.

Durch die Fusion konnte meine Arbeitszeit erhöht werden. Seitdem bin ich für die Stationen besser erreichbar und häufiger präsent. Rückmeldungen aus den Hausbesuchen an das Pflegeteam im Krankenhaus spiegeln den Teams den Erfolg unserer Arbeit. Das Projekt wird als hilfreich erkannt und rückt weiter in den Vordergrund. Das wiederum ist an Anzahl und der Herkunft der Anforderungen erkennbar. Anforderungen kommen nicht nur vom Sozialdienst, sondern auch zunehmend von den Mitarbeitern der Pflegeteams.

Unverzichtbar waren auch bestimmte institutionelle Rahmenbedingungen. In jeder der beiden Betriebsstätten stehen uns ein eigenes Büro und ein PC mit Zugang zum KIS zur Verfügung. Einen Drucker und ein Telefon mit Anrufbeantworter bekamen wir ebenfalls.

Die Pflegedienstleitung räumte uns ausreichend Zeit ein, um das Projekt erfolgreich anzugehen. Ein Diensthandy sorgt für eine gute Erreichbarkeit für die Angehörigen, aber auch für die Kollegen in den Pflegeteams. Rückfragen zur Pflege oder weiteren Therapie bzw. an die Pflegekassen und Sanitätshäuser, die sich bei Pflege trainings in den Familien ergeben, können auf dem „kurzen Dienstweg“ geklärt werden.

## Familiale Pflege und EDV

Wie in der Festschrift „Familiensensibles Entlassungsmanagement“ dargestellt, nutzen wir seit 2012 ORBIS auch für die Familiale Pflege. Dies umfasst vor allem die Dokumentation, die konsiliarische Anforderung sowie die Zählung unserer abrechenbaren Leistungen durch das System (ebd., 199f.).

Nach einigen Jahren guter Arbeit kam das Thema Dokumentation, nicht zuletzt durch das Projektforum der Universität Bielefeld in Mülheim an der Ruhr 2016, erneut auf uns zu. Bisher hatten wir unsere Leistungen in ORBIS und in den digitalen Nachweisen der Universität Bielefeld dokumentiert. Das bedeutete sehr viel Zeit mit der Dokumentation zu verbringen, da wir vieles doppelt schreiben mussten.

Im Mai 2017 kam es dann zu einem weiteren Fortschritt in der Dokumentation. In Zusammenarbeit mit Herrn Walkembach, dem zuständigen Mitarbeiter der EDV-Abteilung und Ansprechpartner zum Thema ORBIS und Familiale Pflege, konnten die Nachweise der Universität Bielefeld in das System ORBIS eingepflegt werden. Seitdem dokumentieren wir nicht mehr doppelt. Ein weiterer Vorteil dieser Arbeitsweise ist, dass das Formular im ORBIS aktiv ist. Gibt man im Datumsfeld ein „h“ ein, so erscheint das Datum von heute. Dasselbe gilt für „gestern“, „morgen“ und „jetzt“ im Feld Uhrzeit. Die Anzahl der Tage von der Aufnahme bis zum Datum des Erstgesprächs muss nicht mehr mühsam recherchiert und errechnet werden, sondern erscheint automatisch.

Aktuell arbeiten Herr Walkembach und ich an einer weiteren Vereinfachung im Dokument. Hierbei handelt es sich um die Möglichkeit, Leistungen innerhalb eines Nachweises automatisch zählen zu lassen. Es gibt noch einige weitere Ideen, die Dokumentation zu vereinfachen. Man darf gespannt sein. Diese vielen Einzelleistungen führen in der Summe zu einer Zeitersparnis, die wir wiederum für neue Pflegetrainings nutzen können. Darüber hinaus besteht weiterhin die Möglichkeit über ein VPN auf das ORBIS zuzugreifen (ebd., 201f.).

## Zusammenarbeit: Netzwerke und Schnittstellen

Die Arbeit im Modellprogramm „Familiale Pflege“ hat immer wieder Schnittstellen mit der Arbeit des Sozialdienstes. Zum Beispiel: Beratung über die Leistungen der Pflegekassen, Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten und eine Beratung zu den nötigen Hilfsmitteln.

Die gute Zusammenarbeit zwischen Familialer Pflege und Sozialdienst war in den GFO Kliniken Troisdorf nicht von Anfang an gegeben. Die Kolleginnen des Sozialdienstes befürchteten Unsicherheiten bei den Angehörigen. Sie könnten die Familiale Pflege und den Sozialdienst verwechseln und durch mehrfache Beratung überfordert sein. Außerdem könnten Sachverhalte unnötig mehrfach beraten bzw. bearbeitet werden. Natürlich sorgten sich die Sozialarbeiterinnen auch um ihren Arbeitsplatz, was am Ende zu Feindseligkeiten führte. Häufig kommt es vor, dass die Kollegen auf den Stationen den Sozialdienst parallel zur Familialen Pflege anfordern.

Damit nicht doppelt beraten wird, ist es hier wichtig, zeitnah zu dokumentieren und auch die Dokumentation der Kolleginnen zu lesen. Ebenso ist der regelmäßige persönliche Kontakt zu den Kollegen des Sozialdienstes wichtig. Dieser findet in der Betriebsstätte Sieglar immer am



Mittwochvormittag statt. Hier werden gemeinsame „Sorgenkinder“ besprochen. In der Betriebsstätte Troisdorf nutzen wir gerne die Zwischengespräche der geriatrischen Abteilung, an denen Angehörige, Patienten und alle an der Behandlung Beteiligten (Pflege, Ärzte, Therapeuten) teilnehmen. Natürlich können dringende Fragen auch telefonisch besprochen werden.

Das Projekt „Familiale Pflege“ entwickelt ebenfalls immer wieder neue Möglichkeiten. Seit einiger Zeit hat es sich als äußerst sinnvoll erwiesen, einen Qualitätscheck vor der Entlassung durchzuführen und die Erkenntnisse daraus zeitnah an den Sozialdienst weiter zu geben. Häufig geschieht das telefonisch noch während des Besuches in der Familie. Bei einem solchen Qualitätscheck kann man die Hilfsmittel gezielt auswählen. Als Pflegetrainer kennt man die Patienten (und Angehörige) in der Regel persönlich und kann deren Mobilität einschätzen bzw. weiß, wer genaue Auskunft darüber geben kann (z. B. Physiotherapeuten in der Geriatrie). Wenn man dann die Gelegenheit hat, eine Badsituation (Badewanne, Duschestieg, Toilette, Entfernung zum Bett), das Schlafzimmer oder die Treppen im bzw. vor dem Haus anzuschauen, wird schnell klar, was hier möglich ist und welche Hilfsmittel wirklich sinnvoll sind. Ein ggf. vorbereitetes Rezept kann dann sofort an das Sanitätshaus oder die Pflegekasse gefaxt werden. So können viele Überleitungen in die Häuslichkeit optimaler organisiert und die Patienten schneller entlassen werden.

Auch die Zusammenarbeit mit anderen Kliniken ist ein wichtiges Thema. Das Universitätsklinikum Bonn hat ein sehr großes Einzugsgebiet, sodass die Pflegetrainerinnen keine Hausbesuche machen können. Andere Krankenhäuser behandeln ebenfalls Patienten, die weiter entfernt wohnen. In solchen Fällen können wir Familien der Kollegen hier weiterbetreuen. Auch in Urlaubszeiten haben wir schon gegenseitig ausgeholfen, wenn eine Familie dringend weitere Unterstützung brauchte bzw. während einer Kursleitung für einen (Initial-)Pflegekurs im Urlaub oder krank war.

Das Vertrauen der Pflegedienstleitung in unsere Ehrlichkeit und Loyalität ist ebenfalls eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Arbeit. Arbeitszeiten sowie gefahrene Kilometer mit dem privaten PKW sollten plausibel dokumentiert sein. Doch kontrollieren lassen sich diese Angaben nur schwer. Auch hier spielt gute Dokumentation eine wichtige Rolle. Termine, Fahrzeiten und Kilometerangaben sind jederzeit nachvollziehbar. Die Auswahl der Pflegetrainerinnen durch die Pflegedienstleitung hat hier ebenfalls eine Bedeutung. Alle Mitarbeiterinnen sind schon seit vielen Jahren in den Kliniken beschäftigt und daher den PDL bekannt. Sicher fällt es leichter jemandem zu vertrauen, der seit 20 Jahren zuverlässig arbeitet als einer fremden Person. An Vertrauen hat es uns zu keiner Zeit gemangelt.

Es gibt sicherlich noch das Eine oder Andere zu verbessern. Entwicklung ist immer möglich und macht die Arbeit interessant!

## Ein Beispiel

Ein 68-jähriger Patient wurde im April 2016 mit einem Schlaganfall ins unsere Klinik gebracht. Er entwickelte eine Lungenentzündung, musste intensivmedizinisch behandelt, intubiert und beatmet werden. Nach knapp vier Wochen konnte der Patient in die Reha Einrichtung entlassen werden. Nun stellte sich für die Familie die Frage: Wie geht es weiter?

Der Chefarzt der Rehaklinik erklärte nach einigen Wochen bei der Visite: „*Wir suchen jetzt einen Heimplatz für Sie.*“ Der Patient und die Familie waren völlig schockiert, da der Patient bis dato sogar noch berufstätig gewesen war. Er gab Deutschunterricht für Migranten, die in Deutschland Arbeit suchten. Dann wandte sich die Ehefrau an die Familiäre Pflege und wir vereinbarten einen Hausbesuch zur Organisation des Pflegealltages mit gleichzeitigem Qualitätscheck vor der Entlassung. Dazu gehörten die Hilfsmittelberatung, eine Information zu den Leistungen der Pflegekasse sowie die Bewältigung des Alltags in der neuen Lebenssituation.

Schnell wurde der Ehefrau klar, dass sie es auf jeden Fall zuhause versuchen wollte. Ein Pflegedienst wurde gesucht, dazu kam der Kontakt zu einem Betreuungsdienst, um die Ehefrau zu entlasten. Die Tochter nahm sich in der ersten Phase Zeit und wohnte vorübergehend bei den Eltern.

Zur Entlassung in die Häuslichkeit gab es von Seiten des Krankenhauses keinen Widerstand. Ein weiteres Gespräch mit dem Chefarzt fand meines Wissens nicht statt. Die Ehefrau hatte sich vorgenommen, den Chefarzt anzuschreiben, war aber dann mit der Vorbereitung für die Heimkehr ihres Mannes so beschäftigt, dass diese Priorität hatte.

Nach der Entlassung starteten wir sofort mit den Pflegetrainings. Themen waren: Mobilisation in den Stuhl, Haare waschen im Rollstuhl, Umgang mit dem Blasenkatheter, Umgang mit der PEG und vieles mehr.

Im Verlauf machte der Patient zunehmend Fortschritte. Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie haben sicher dazu beigetragen, aber auch die Tatsache, dass Herr U. nicht in ein Pflegeheim musste, sondern wieder mit seiner Familie in seinem eigenem kleinen Häuschen wohnen konnte.

Ein weiterer kurzer Krankenhausaufenthalt folgte: Die PEG konnte entfernt werden. Hier konnte ich als Pflegetrainerin wieder neu ansetzen. Durch die Fortschritte, die der Patient im weiteren Verlauf machte, änderte sich auch das Pflegesetting. Andere Hilfsmittel wurden gebraucht: Badewannendrehstz, Multifunktionsrollstuhl, Teleskoprampen etc. Auch die Pflegetrainings veränderten sich: Umgang mit dem Rollstuhl, richtiges Anlegen der Rampen, Vorbereitungen zum Verlassen des Hauses, Befahren von Bordsteinen.

In all der Euphorie gab es auch immer wieder Krisen: Unzufriedenheit mit dem Pflegedienst, ebenfalls mit der Betreuungskraft. Die extreme Belastung der Ehefrau, dass die Tochter wieder in ihrer eigenen Wohnung war und lediglich noch zu Besuch kam. So war die Ehefrau nicht in der Lage in Ruhe zu arbeiten, obwohl sie als Freiberuflerin von zu Hause aus arbeitet, war nie genug Ruhe im Haus, um sich konzentrieren zu können.

Hier musste noch einmal umgedacht werden. In Rücksprache mit meiner wissenschaftlichen Begleitung der Universität Bielefeld, Frau Lebeda, fand ein Gespräch statt. Hierbei ging es um den Abschied vom lang gehegten Lebensplan und um eine die Neuordnung des Lebensabschnittes.

Als mir und der Familie klar wurde, dass es Phasen und Entwicklungsschritte in der Pflege eines solchen Kranken gibt, die es zu bewältigen gibt, wurden die Gedanken wieder klarer. Eine neue Energie kam auf und damit neue Ideen.

Daraus folgte, dass der Patient an zwei Tagen in der Woche eine Tagespflegeeinrichtung besuchen sollte. Nach anfänglichen, organisatorischen Schwierigkeiten schien dies tatsächlich eine passende Entlastung und gleichzeitig eine Abwechslung für den Patienten und die Ehefrau zu sein.

Fazit: Durch den Qualitätscheck vor der Entlassung konnte eine Heimunterbringung vermieden werden. Mit vielen Pflegetrainings konnten die Ehefrau und die Tochter so geschult werden, dass sie den Patienten auch allein hätten versorgen können. Weil der Patient aus medizinischen Gründen erneut das Krankenhaus aufsuchen musste, konnte ich als Pflegetrainerin den veränderten Pflegebedarf ermitteln und die Familie für das alltägliche Zusammenleben weiter schulen und beraten. Als sich die Situation in eine Krise manövrierte, war es möglich durch ein beratendes Gespräch mit Frau Lebeda die Situation wieder zu stabilisieren, sodass erneut eine Heimunterbringung vermieden werden konnte und die Ehefrau zumindest teilweise wieder in der Lage versetzt wurde, ihrer Arbeit nachzugehen.

## Literaturverzeichnis

Klewitz, Martina (2015). Familiäre Pflege und EDV. In Gröning, K., Sander, B. & Kamen, R. von (Hrsg.): Familiensensibles Entlassungsmanagement. Festschrift zu zehn Jahren Modellprojekt „Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“ (S. 198-202). Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag.

## **Integration des Bereiches „Familiale Pflege“ in den Fachbereichen des Psychiatrischen Fachkrankenhauses der Theodor-Flidner-Stiftung, Mülheim an der Ruhr.**

---

### **Abstract**

*Gegenstand des Artikels ist einerseits die Strategien, die Familialen Pflege auf den verschiedenen Stationen des Theodor-Flidner Krankenhauses in Ratingen zu integrieren, andererseits werden erste Anforderungen zum Zusammenhang von Suchterkrankungen und Pflegebedürftigkeit praxisnah diskutiert. Dabei hat sich gezeigt, dass dieser Zusammenhang nicht ohne Hürden in den stationären Alltag zu implementieren ist. Wie eine eigene ‚Einschätzungsskala‘ für die Pflegetrainer\*innen hilfreich war, Zugang zu den verschiedenen Stationen zu erhalten, wird ausführlich dargelegt.*

---

Schwerpunkte der „Familialen Pflege“ sind die Beratung, die Informationsweitergabe und die praktische Anleitung zur Pflege anverwandter Familienmitglieder oder Freunde. Hierbei soll die pflegerische Kompetenzentwicklung der Angehörigen gefördert und vertieft werden. Es ist ein weiteres Anliegen der Gremien von AOK NORDWEST und Rheinland/Hamburg, der Universität Bielefeld und kooperierenden Krankenhäusern den sogenannten Drehtüreffekt bei den anvertrauten Patienten zu verringern, Überforderung in den Familien zu minimieren und Wissen zu fördern.

Auf Grundlage der wachsenden Anzahl von Alterserkrankungen und den damit steigenden Zahlen von betroffenen Angehörigen entschloss sich die Flidner-Stiftung mit ihrem Fachkrankenhaus (Flidner-Krankenhaus Ratingen) und der damit verbundenen Fachabteilung den Implementierungsweg der Familialen Pflege zu beschreiten. Gestartet wurde 2016 auf den gerontopsychiatrischen Stationen; 2017 startete das Modellprogramm auch auf der Suchtstation. Weitere Stationen – insbesondere Stationen mit Schwerpunkten auf Depression und Angstzuständen sowie eine Akutstation – sind in Planung.

In dem Konzept der Universität Bielefeld fanden sich alle Anhaltspunkte, welche zu einer Versorgung und damit auch zur Schließung der Versorgungslücke von Angehörigen, Freunden oder Bekannten zu berücksichtigen waren. Der Grundgedanke der Familialen Pflege wurde dann durch den Bereich der Betriebsleitung (Verwaltungsleitung, leitender Chefarzt und der Pflegedienstleitung) sehr zielstrebig angegangen und umgesetzt.

Am 01.01.2016 wurde das Projekt der „Familialen Pflege“ offiziell im Klinikbereich gestartet und die ersten Familien wurden begleitet. Begonnen wurde mit aufsuchenden Pflegetrainings in der Häuslichkeit der Patienten sowie auf Wunsch einiger Angehöriger mit ersten Gesprächskreisen im Flidner-Krankenhaus. Mitte 2016 wurde das Angebot um alltagsorientierte und themenspezifische Initialpflegekurse erweitert. In Rücksprache mit den pflegenden Angehörigen wurden Themen wie „Weihnachten feiern mit Demenz“ oder „Karneval ohne Alkohol“ gewählt.

Weiterhin absolvierten die Projektmitarbeiter des Fliedner-Krankenhauses eine Weiterbildung zum Pflegetrainer durch den Fachbereich der Familialen Pflege der Universität Bielefeld. Die Projektmitarbeiter haben an der Wissenschaftlichen Weiterbildung des Modellprogramms „Familiale Pflege“ teilgenommen und es bildete sich eine Gruppe für Angehörige im Bereich der Gerontopsychiatrie. Heute zeigt sich, dass im Rahmen der Projektvielfalt noch viele Familien und letztendlich viele Betroffene davon profitieren könnten. Im ersten Jahr 2016 wurden 62 Familien begleitet, wobei die interne, aber auch schwerpunktmäßig die externe Betreuung im häuslichen Umfeld im Vordergrund stand.

## **Einführungsphase des Projektes**

Die Einführungsphase wurde im Bereich der Gerontopsychiatrie zweimal gestartet. Im ersten Versuch entschied die Betriebsleitung einen Mitarbeiter aus dem Stationspflegeteam mit der Aufgabe des Aufbaus der zu schaffenden Prozessstrukturen zu betrauen.

Hierbei stellte sich aber in den folgenden Wochen das Problem des Rollenkonfliktes dar: „mal Pflege, mal Pflegetrainer“. Es ergaben sich deutliche Koordinationsschwierigkeiten zwischen der Rolle als Krankenschwester und als Pflegetrainer. Schon die Spaltung der Interessen im Rollenverhalten war im Pflegealltag nicht umsetzbar. Die Aktivität der Pflege überlagerte oftmals die Aktivität des Pflegetrainers auf der anderen Seite. Dies führte beispielsweise zu Kommunikationsproblemen im Stationsalltag, da nicht immer ersichtlich war, ob anfallende Arbeit aus den stationären Aufgaben oder aus den Anforderungen als Pflegetrainer formuliert oder delegiert wurden. Weiterhin wuchsen die Spannungen und förderten den Gruppenprozess im Team der Behandlungsstation nicht. Das beratende Gespräch des Pflegetrainers bei den Angehörigen prallte auf Unverständnis bei anderen Pflegekräften, da diese den Rollentausch nicht aktiv erlebten. Da die Beratung und Anleitung der pflegenden Angehörigen durch die Pflegetrainer auch nicht wie üblich über die Krankenkassen, sondern in einem eigenen Abrechnungsprozess über die Universität Bielefeld vergütet werden, fehlte auf den Stationen zunächst das Verständnis für diese Tätigkeiten.

Die Zuteilung der Kostenreferenz geschieht über zwei Wege: zum einen durch die Krankenkasse des Patienten, dem Anspruch des § 11 Abs. 4 SGB V, und zum anderen durch den ausgehandelten Betrag der Förderbausteine des Projektes „Familiale Pflege“ nach § 45 SGB XI. Mit der Abrechnung über diese zwei Systeme war die Gefahr einer Doppelabrechnung deutlich gestiegen. Um diese Gefahr zu minimieren und gleichzeitig Klarheit im Rollenverständnis und im Tätigkeitsbereich für die Pflegetrainer zu schaffen, entschied man sich von Seiten der Betriebsleitung, eine externe ausgebildete Pflegekraft für die Beratung und Anleitung der pflegenden Angehörigen zu installieren und eine neu eingestellte, weitergebildete Sozialarbeiterin mit den weiteren Aufgaben (z. B. Hilfsmittelbestellung) zu betrauen.

## **Vorbereitung der internen Schulungen zum Konzept der „Familialen Pflege“ im Behandlungsteam der Gerontopsychiatrie**

Im Vorbereitungskonzept wurden die Pflegekräfte, die Ärzte sowie die angrenzenden Versorgungsdienste (Sozialdienste, Stationsleitungen, Hauswirtschaft, Controlling) jeweils in ihren Berufsgruppen einzeln von den Pflegetrainern geschult. Die Zeitspanne betrug 1,5 Stunden pro Einheit. Schwerpunkte waren Inhalt, Aufbau und Umsetzung der Konzepte zur „Familialen Pflege“ im Fliedner-Krankenhaus. Hierbei wurden jeweils die Philosophie und der Entstehungsweg dargestellt.

Im zweiten Schritt des Schulungsprozesses erhielten die Mitarbeiter Informationen und die Möglichkeit, sich über die neuen Begutachtungsrichtlinien zur Pflegebedürftigkeit (NBA) zu informieren.

Es zeigte sich, dass im Bereich der NBA ein großes Interesse bestand, auftauchende Fehlinformation zu schließen und das Fachwissen zu erweitern. Im Medizinbereich (Ärzte, Pflege) gab und gibt es eine große Verunsicherung, da vielen immer noch nicht klar ist, was ein Pflegegrad ist und wer ihn beantragen kann.

Die Annahme des Projektes „Familiale Pflege“ gestaltete sich in den einzelnen Teilen des Teams als sehr erfreulich offen, die Umsetzung und die Abgrenzungslinien des Projektes wurden aber auch von Anfang an als Konkurrenz zu ambulanten Pflegediensten oder als familientherapeutische Gespräche wahrgenommen, die im Behandlungssetting durch Therapeuten und Ärzte durchgeführt werden. Dieser Widerspruch bedeutete für alle Mitarbeiter der Familialen Pflege, einige aufklärende Einzelgespräche zu führen, um Misstrauen abzubauen und Vertrauen zu schaffen.

## **Darstellung des Konzeptes der „Familialen Pflege“ in einzelnen Klinikkonferenzen der Bereiche Suchttherapie, akuter Psychiatrie und dem Fachbereich der Psychosomatischen Medizin**

In den Klinikkonferenzen werden normalerweise klinikspezifische Probleme angesprochen und wird nach übergreifenden Lösungen gesucht. Die Pflegetrainer wählten die Klinikkonferenzen als zentrales Organ, weil dort viele Ärzte, Sozialarbeiter und Therapeuten erreicht werden können. Auch hier wurde das Projekt durch die im Projekt arbeitenden Pflegetrainer vorgestellt, um auch die direkt auftretenden Fragen beantworten zu können.

Es zeigte sich, dass es nicht zu einer Spaltung innerhalb der einzelnen Fachbereiche gekommen ist. Die wissenschaftliche Beraterin des Modellprogramms „Familiale Pflege“ an der Universität Bielefeld, Frau Bergenthal, fungierte hier immer wieder als Mentorin im Umsetzungsprozess und war stets daran begleitend beteiligt. Die Vorstellung des Projektes auf den Klinikkonferenzen umfasste auch die Darstellung des Bezugsrahmen und der Grundanliegen der „Familialen Pflege“. Insbesondere wurde der unterstützende Charakter sowie der Ausbau der Kompetenzen und Fähigkeiten für Familien und Solidaritätsgemeinschaften hervorgehoben. Der unterstützende

Grundgedanke zur Bildung von Sicherheit und Teilprofessionalisierung zog sich durch die gesamte Vorstellung des Projektes. Es wurden der Aspekt der Unsicherheit und Angst der pflegenden Angehörigen vor dem Wechsel vom Krankenhaus in den familiären Versorgungskreislauf dargestellt. Die bevorstehende neue Situation, das Verlassen eines gut organisierten Krankenhauses in die Häuslichkeit wird immer häufiger von den Betroffenen und ihren Angehörigen als sehr unsichere Zeit beschrieben und wahrgenommen.

Ebenso wurden Erstgespräch, Pflegetrainings, Qualitätscheck, Familiengespräche, Initialpflegekurse sowie Familiengespräche des Modellprogramms „Familiale Pflege“ erörtert, der unterstützende Grundgedanke zur ärztlichen und pflegerischen sowie therapeutischen Behandlung wurde unterstrichen und auf den Stationen verdeutlicht.

Die Darstellung der „Familialen Pflege“ als unterstützenden Hilfspunkt im gesamten Behandlungssystem war den Referenten immer wichtig. Mehrfach wurde unterstrichen, dass es sich nicht um eine Konkurrenzsituation, sondern um ein ergänzendes Angebot handelt. Im gesamten Vorstellungszeitraum zeigte sich die Klinik und Betriebsleitung sehr engagiert und unterstützend, dieses Projekt darzustellen und zu implementieren.

## **Entwicklung eines Assessments zur Überleitung in die Familiale Pflege**

Der Grundgedanke ein Assessment zu schaffen, resultierte aus der Überlegung, möglichst wenig betroffene Familien und Angehörige zu verpassen und somit von Seiten des Krankenhauses eine Versorgung im Bereich der Gesundheitsfürsorge und Gesundheitsaufklärung auf die Beine zu stellen. Die ersten Überlegungen drehten sich um die Rahmenbedingungen, den vorgegebenen Schwerpunkt der Familialen Pflege zur Pflegebedürftigkeit. Hierbei war die Schwierigkeit, die psychiatrischen Schwerpunkte innerhalb der Rahmenbedingungen wie Pflegegrad, Qualitätscheck und Pflegetraining etc. zu implementieren und sie mit Leben zu füllen. In vielen hilfreichen Gesprächen mit der Universität Bielefeld als beratende Begleitung des Projekts entstand ein Entwicklungsprozess, welcher ein dichtes Raster und somit eine hohe Frequentierung betroffener Familien ergab. Es entstand die „Görgen-Skala“ (Arbeitstitel).

Im Assessmentprozess wurden über die Vergabe von Punkten und die Zuordnung einzelner Punkte zur Vergabe von Pflegegraden Betroffene ausgefiltert und erkennbar gemacht. Den Schweregrad der Vergabe der Punkte, die jeweilige Gewichtung stellte sich als sehr schwierig dar, da die Interessen aus den verschiedenen Bereichen der Psychiatrie die festgesetzten Beurteilungspunkte zur Pflegebedürftigkeit sehr unterschiedlich bewerten: Der Psychiatriepfleger sieht dieses anders als der Pfleger auf der Suchtstation. Die Einsicht des Personals auf den verschiedenen Stationen, dass die Assessmentpunkte bei allen Patienten auftreten können, bedurfte einer gewissen Gelassenheit der Pflegetrainer, bis es funktionierte.

Es war aber ein inniges Anliegen der Pflegetrainer, die Bewertung einzelner wichtiger psychiatrischer Erkrankungspunkte im Assessment zu verankern und zur Geltung zu bringen. Beispielsweise wurde „Intoxikation“ von den Ärzten und der Pflege nur mit der Suchtstation in Verbindung gebracht bzw. war nur dort bekannt, obwohl sie für die Frage einer Orientierungsstörung auch



in anderen Bereichen von Relevanz sein kann. Es bedurfte auch sehr vieler, kleiner Gespräche und Diskussionen mit dem Controlling und einzelnen Fachbereichen, den Assessmentprozess im Entstehungsprozess zu halten und die Darstellung zu verwirklichen. Es zeigte sich, dass viele Pflegenden die Situation als sehr abstrakt erlebten, da der Pflegegrad nur wie die Pflegestufe für alte und schwerste Pflegebedürftige galt. Es ist und war ein echter Kraftakt.

Die Zusammenarbeit zwischen der Projektleitung der Klinik, der Betriebsleitung und der Universität Bielefeld wurde in dieser schwierigen Phase als belebend und konstruktiv erlebt und gelebt.

## **Implementierung der „Familialen Pflege“ im Fachbereich Sucht mit Schwerpunkt „Entgiftung und Motivation“**

Durch die Vorerfahrungen im Bereich der Gerontopsychiatrie wurde der Bereich der Suchttherapie ähnlich angegangen. Hierbei führten die Pflegetrainer Vorgespräche mit dem Oberarzt des Bereiches und gaben Rückmeldungen an die Betriebsleitung.

Der Bereich der Pflege wurde über die Pflegetrainer und der stellvertretenden Pflegedienstleitung durch mehrfache Weiterbildungen geschult. Es zeigte sich schon im Schulungsprozess, dass sich die Angestellten bei der Annäherung an den Begriff des Pflegegrades in Verbindung mit Suchterkrankten sehr schwer taten. Oftmals wurden Diskussionen und Fachgespräche geführt, um eine Überzeugung bei dem Stationspflegepersonal zu etablieren und anzuerkennen, dass suchterkrankte Menschen ebenfalls Anrecht auf einen Pflegegrad haben. Die Schwierigkeiten und Widerstände wurden an der Auffassung deutlich, dass die Suchterkrankten aus diesem Bereich noch selbstständig zu eigens gewählten Maßnahmen bereit waren und selbstständig den Kontakt zum Suchthilfesystem suchten.

Durch die tägliche Arbeit erfuhren wir als Pflegetrainer, dass das Einteilen nach den Orientierungspunkten der NBA bei dem Pflegefachpersonal als Entwertung der zu behandelnden Patienten erlebt wurde. Die Patienten selber erlebten das Hilfsangebot für die Angehörigen auch als diskriminierend und so stellten die Pflegetrainer die Herangehensweise bezüglich der Suchtpatienten um und führten vor Kontaktaufnahme mit der Familie ein Informationsgespräch mit den Patienten. Hierdurch erreichte man mehr Verständnis für die Lage der Angehörigen und sehr viel mehr Vertrauen und das Verstärken der Compliance.

Weiterhin wurde im Rahmen der Suchtbehandlung (Entgiftung) ein Gruppenangebot geschaffen, welches den Patienten im Suchtbereich die Familiäre Pflege alle 14 Tage vorstellt. Die Teilnahme der Patienten an diesem Angebot wird durch die Therapeuten der Stationen geregelt und festgelegt. Folglich meldeten die Patienten zurück, dass sie sich und auch ihre Angehörigen in der Erkrankung und den folgenden Herausforderungen sensibel behandelt und ernst genommen fühlten.

## **Einrichten von Angehörigengruppen im Krankenhaus für den Bereich „Familiale Pflege“**

Es zeigte sich schon bei den ersten Kontakten in den Familien, dass es ein großes Anliegen von den Angehörigen ist, im ständigen Austausch untereinander zu bleiben. Der Wunsch nach einem Treffen wurde durch die Entstehung eines Angehörigenkreises entsprochen. Hier haben die Angehörigen die Möglichkeit immer wieder neue Informationen zu erhalten oder an einem regen Austausch teilzunehmen. Die Treffen wurden sehr gut angenommen. Grundvoraussetzung ist aber die Einbindung durch persönliche Einladung des behandelnden Pflegetrainers. Hierdurch erfährt der betroffene Angehörige eine große Wertschätzung in seiner Person. Ein möglichst früher Kontakt schon auf der Station ist daher notwendig.

Die Themenabenden werden zum Teil von den Teilnehmern gewünscht, zum Teil aber durch den Pflegetrainer vorgegeben. Die Ausrichtung und die Gestaltung obliegen immer dem Pflegetrainer.

## **Die Akzeptanz des Programms „Familiale Pflege“ bei Familie, Freunden, Bekannten und anderen Personen**

Es zeigt sich in vielen Gesprächen mit Angehörigen, dass diese sehr froh über das geschaffene Angebot sind. In den Gesprächen werden die Vertrauensstrukturen zwischen Behandelnden und Angehörigen sehr gestärkt. Die Akzeptanz der psychiatrischen Versorgung gewinnt durch das Modellprogramm „Familiale Pflege“ ein weiteres Standbein und zeigt sich in der Gesamtheit stark bereichert.

Die Angehörigen empfinden sich sehr viel ernster genommen und besser durch die Pflegetrainer versorgt. Sie haben die Möglichkeit, aus ihrer anonymen Rolle herauszutreten und werden im Gesundheitssystem sichtbar und lokalisierbar. Das Heraustreten aus der Anonymität erleben die Angehörigen als befreiend und wertschätzend ihrer Person gegenüber.

Innerhalb dieses begleitenden Prozesses der Gesundheitsförderung entstehen tragende Vertrauensstrukturen zwischen den Angehörigen, den Pflegetrainern und der Institution Krankenhaus.

