



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

Editorial	7
<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

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 Pflgetrainer_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 soorgeethischem Anspruch und der Fähigkeit mit Familien zu arbeiten. Die künftigen Pflgetrainer_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 Pflgetrainer_in selbst. In der Regel erfolgt dieser erste Kontakt im Rahmen der wissenschaftlichen Weiterbildung.¹⁰

In der Gruppendiskussion der wissenschaftlichen Mitarbeiter_innen¹¹ werden drei Orte der Beratung mit eigener Bedeutung für die Personen- und Rollenentwicklung der Pflgetrainerin/des Pflgetrainers 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 Pflgetrainer_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 Pflgetrainer_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 Pflgetrainer_in nötigen Ressourcen besprochen. Diese sogenannten Must-Haves wie die Bereitstellung eines Arbeitsplatzes, PCs, Diensthandy 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 Pflgetrainer_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 Pflgetrainer_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 Pflgetrainer_innen auch sich und ihrer Rolle gewahr werden sollen. Zu Anfang der Weiterbildung ist den angehenden Pflgetrainer_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 Pflgetrainer_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 Pflgetrainer_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 Pflgetrainerin 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 Pflgetrainer_innen ist Qualitätsmerkmal der Beratung im Modellprogramm.

Da der/die Pflgetrainer_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 Pflgetrainerin/den zukünftigen Pflgetrainer 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 gestalte, 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. Pflegetrainer_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 Pflegetrainer_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 Pflegetrainer_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 Pflgeteams herausgefordert wird. Sehr spannungsreich zeigen sich Konflikte, wenn eine mangelnde Systemintegration das Rollenhandeln der Pflegetrainer_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 kontraktiert 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 Pflegetrainerin 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 Pflegetrainer_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 Pflegetrainer_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 fördern¹²:

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)*

¹² 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 Pflgetrainer_innen mit einem entwickelten Habitus, bei denen sich das Helfen und die Berufsehre mit Rollenkompetenz im Sinne von Krappmann (vgl. Krappmann 1973) verbinden. Diese Pflgetrainer_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 Pflgetrainer_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 Pflgetrainer, 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] Pflgetrainerin 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 Pflgetrainer_innen mit der Organisationskultur korrespondiert und teilweise interdependent aufeinander bezogen ist, wird im nächsten Abschnitt der Gruppendiskussion formuliert. Die Pflgetrainer_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 (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.

