

SCHRIFTENREIHE

DES INSTITUTS FÜR GESUNDHEIT

BAND 1

Vorstudie
zur Akzeptanz der Etablierung
des professionellen Profils einer
»Community Nurse«
im Land Brandenburg 2019

Vorstudie zur
»Community Nurse«

Impressum

Herausgeberin:

Brandenburgische Technische Universität (BTU) Cottbus-Senftenberg
Institut für Gesundheit

Prof. Dr. Dr. Peter Alheit, Kathrin Bernateck M.Sc., Prof. Dr. Heidrun Herzberg:
Vorstudie zur Akzeptanz der Etablierung des professionellen Profils einer
»Community Nurse« im Land Brandenburg

(Schriftenreihe der BTU Cottbus-Senftenberg, Institut für Gesundheit, Band 1)
Für den Inhalt sind die Verfasser*innen selbst verantwortlich.

Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg
IKMZ – Universitätsbibliothek
2019

ISBN 978-3-940471-45-1

Einbandgestaltung: Melanie Seeber, BTU Cottbus-Senftenberg
Abbildungen: eigene Darstellung
Druck: copy.worXX, Stephan & Matscheroth GbR, Cottbus

ISBN: 978-3-940471-45-1

Vorstudie
zur Akzeptanz der Etablierung
des professionellen Profils einer
»Community Nurse«
im Land Brandenburg

Prof. Dr. Dr. Peter Alheit, Institut für Erziehungswissenschaft
der Georg-August-Universität Göttingen

Kathrin Bernateck, M. Sc., Institut für Gesundheit der BTU Cottbus-Senftenberg

Prof. Dr. Heidrun Herzberg, Institut für Gesundheit der BTU Cottbus-Senftenberg

Inhalt

Vorwort.....	7
1 Einleitung.....	9
1.1 Die Problemsituation.....	9
1.2 Der Caring-Community-Ansatz.....	11
1.3 Das »sensibilisierende Konzept« der Untersuchung.....	13
2 Methodische Anlage der Studie: Grounded Theory.....	17
2.1 Der pragmatistische Hintergrund der Grounded Theory.....	19
2.2 Der eigene methodologische Ansatz.....	23
2.3 »Qualitatives Clustering« und Typenbildung.....	26
3 Ergebnisse der empirischen Analyse.....	30
3.1 Konkurrierende »Argumentationscluster«.....	30
3.1.1 Argumentationsfigur »Reformdiskurs«.....	30
3.1.2 Argumentationsfigur »Reformpraxis«.....	35
3.1.3 Argumentationsfigur »lokale Verankerung«.....	39
3.1.4 Argumentationsfigur »professionelle Enge«.....	42
3.2 Typologie der »Ankerfälle«.....	46
3.2.1 Typus »Landarzt«.....	46
3.2.2 Typus »neue Agnes«.....	51
3.2.3 Typus »wissenschaftliche Beraterin«.....	56
3.2.4 Typus »Reformer«.....	60
3.2.5 Typus »Pflegedienst«.....	66
3.3 Diskussion der Ergebnisse.....	71
4 Konsequenzen für die Praxis und weitere Forschungsdesiderata.....	74
4.1 Das »Praxisdefizit« der Diskursakteure.....	75
4.2 »Innovationsträger« und »strukturelle Blockierer«.....	76
4.3 Optionen für weitere Forschungen.....	77
5 Literatur.....	78

Vorwort

Die hier veröffentlichte »Vorstudie« ist der erste Band der *Schriftenreihe des Instituts für Gesundheit* der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus-Senftenberg. Das Ergebnis eines empirischen Forschungsprozesses steht in doppeltem Sinn für das Veröffentlichungsprogramm des Instituts: Es dokumentiert die reflexive Bescheidenheit einer noch jungen Einrichtung, die mit Ambition ein unverwechselbares Profil im interprofessionellen Austausch noch finden muss. Und es steht für das nachdrückliche Interesse der Institutsmitglieder, den Schwerpunkt der Reihe auf die Präsentation innovativer Forschungsleistungen zu legen.

Die »Vorstudie zur Akzeptanz der Etablierung des professionellen Profils einer »Community Nurse« im Land Brandenburg« verfolgt mehrere Ziele:

- Sie erprobt einen *neuen methodischen Ansatz qualitativer Diskursanalyse*, der bei der empirischen Beobachtung von Innovationen und Wandlungsprozessen gerade im Feld von Gesundheit und Pflege von großer Bedeutung sein könnte.
- Sie schließt an einen *Diskurs über »Caring Community«* an, der – etwa im 7. Altenbericht, im 2. Engagementbericht oder im 8. Familienbericht der Bundesregierung – längst Eingang in die Demographiestrategie des Bundes gefunden hat.
- Und sie schlägt mit der Perspektive der denkbaren Einrichtung eines *Masterstudiengangs »Community (Health) Nurse«* an der BTU Cottbus-Senftenberg eine berufsbildungspolitische Konsequenz aus den Ergebnissen der Studie vor, die zumal in der Gesundheitsregion Südbrandenburg dringende Defizite kompensieren könnte.

Die Entwicklung von Forschungsperspektiven, die ganz unmittelbaren Gebrauchswert für die Region haben, wird ein wichtiges Anliegen der künftigen Forschungsplanung sein und das Profil der Schriftenreihe mitbestimmen. Daneben werden jedoch auch grundlagentheoretische Forschungen im Bereich der Gesundheits- und Pflegewissenschaften sowie in den gesundheitspädagogisch orientierten Bildungs-

wissenschaften das Profil der Schriftenreihe abrunden. Die Publikationsreihe soll außerdem eine Plattform für exzellente Forschungsleistungen des wissenschaftlichen Nachwuchses sein und dem Institut für Gesundheit das Profil einer anerkannten wissenschaftlichen Ausbildungsstätte verleihen.

Senftenberg, im Juli 2019

Peter Alheit
Kathrin Bernateck
Heidrun Herzberg

1 Einleitung

1.1 Die Problemsituation

Die demographische Entwicklung verläuft in Deutschland regional höchst unterschiedlich. Nimmt man etwa den Rückgang der Bevölkerung, so wird er im Land Brandenburg nach der Prognose des Statistisches Bundesamtes im Jahr 2035 voraussichtlich um mehr als doppelt so hoch liegen wie im Bundesdurchschnitt (- 6,7 % vs. - 2,8 %). Auch das Durchschnittsalter wird in Brandenburg – wie übrigens in den meisten »Neuen Ländern« – rascher ansteigen als im Bundesdurchschnitt. Dies ist nicht allein der Tatsache geschuldet, dass weniger Kinder geboren werden, sondern vor allem der Bereitschaft der 20- bis 35-Jährigen, in die Metropolen abzuwandern, weil das Arbeitsangebot und die strukturellen Rahmenbedingungen dort günstiger sind. Die ältere Bevölkerung verbleibt dagegen in den ländlichen Gebieten. Diese Gemengelage führt dazu, dass besonders die ländlichen Regionen Brandenburgs vom Anstieg des Durchschnittsalters betroffen sind, wobei die Anzahl hochaltriger Menschen (>85 Jahre) überproportional zunehmen wird.

Rückläufige Einwohnerzahlen bei gleichzeitigem Anstieg des Durchschnittsalters bergen die Gefahr einer stetigen Abwärtsspirale: Abbau des öffentlichen Nahverkehrs, Reduzierung von Einkaufsmöglichkeiten oder von Bildungsangeboten, Wertverlust von Wohneigentum, Reduzierung einer »kritischen Masse« von Aktiven in Sport- und Musikvereinen, Kirchengemeinden oder politischen Parteien. Die Finanzierung wird zudem immer schwieriger, weil die Kommunen und Landkreise einwohnerbezogene Zuweisungen erhalten und ihnen somit immer weniger Spielraum zur Finanzierung der öffentlichen Infrastruktur bleibt. All dies beeinträchtigt insbesondere die Gesundheitssituation der älteren Bevölkerung. Schon die schlichte Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen und anderen zentralen Dienstleistungen wird zunehmend erschwert (Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg 2016).

Selbst wenn das »Altern der Region« nicht zwangsläufig mit einer Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitsniveaus koinzidieren muss, lässt sich nicht leugnen, dass die Häufigkeit chronischer Erkrankungen mit steigendem Alter zunimmt. Der Anteil älterer Menschen mit wenigstens einer chronischen Krankheit betrifft bei den ab 65-Jährigen deutlich mehr als die Hälfte der Bevölkerung. Dabei liegt mit 67 % der Anteil chronisch Kranker über 65 Jahre in der Region Nord-Ost (Berlin, Brandenburg,

Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt) bundesweit am höchsten und mit 10 % über dem Bundesdurchschnitt (RKI 2012).

Auch bei einzelnen chronischen Krankheiten zeigt sich ein sprunghafter Anstieg jenseits des 65. Lebensjahres. Die Prävalenz ärztlich diagnostizierter kardiovaskulärer Erkrankungen beispielsweise steigt laut der GEDA-Studie des Robert Koch-Instituts von 2009 bei Männern von 13,8 % in der Altersgruppe 50 bis 64 Jahre auf 31,0 % im Alter von 65 bis 74 Jahren und auf 40,0 % ab 75 Jahren. Bei Frauen liegen die entsprechenden altersspezifischen Prävalenzen bei 6,9 %, 20,5 % und 35,1 %. Ergebnissen derselben Studie zufolge steigt außerdem die Multimorbidität mit zunehmendem Alter an. Demnach hatten 75,8 % der Frauen und 68,0 % der Männer in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen zwei und mehr gleichzeitig vorliegende chronische Erkrankungen. Ab 75 Jahren steigt der Anteil auf 81,7 % bei Frauen und 74,2 % bei Männern. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich im Deutschen Alterssurvey (RKI 2015).

Die gesundheitliche und soziale Versorgung älterer, chronisch kranker Menschen stellt somit eine besondere Herausforderung dar; und ein zentrales gesundheitspolitisches Ziel müsste es sein, ungünstige Verläufe hinauszuzögern bzw. so weit wie möglich zu vermeiden und die Ressourcen der beschriebenen Risikogruppen zu stärken. Zahlreiche Studien belegen einen Zusammenhang zwischen Multimorbidität und einer erhöhten Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems, einem Verlust an Selbstbestimmtheit und Lebensqualität und einer Zunahme von Pflegebedürftigkeit (RKI 2015).

In Brandenburg sind die Pro-Kopf-Ausgaben für gesundheitliche und pflegerische Leistungen im Bundesdurchschnitt am höchsten. Im Jahr 2015 betragen sie nach Angaben des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg 4.483 € pro Person. Zustande kommt dies durch überdurchschnittliche Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2017) – nicht zuletzt übrigens durch ein Defizit an ambulanten Betreuungsangeboten, das eine viel zu frühe Einweisung in finanziell sehr viel aufwendigere stationäre Gesundheitseinrichtungen zur Folge hat.

In ländlichen, strukturschwachen Regionen Brandenburgs wird außerdem die ärztliche Versorgung zunehmend schwieriger. Mit 733 Menschen auf eine Ärztin/einen Arzt hat Brandenburg bundesweit die geringste Ärztedichte, die im Schnitt der Länder

bei 670 liegt – ein Ungleichgewicht, das sich aufgrund der aktuellen Altersverteilung von Ärztinnen und Ärzten in den kommenden Jahren weiterhin verschärfen wird. Dies bedingt lange Wartezeiten auf einen Termin und weite Anfahrtswege. Bei den therapeutischen Berufen – z. B. Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie – zeichnen sich ebenfalls Engpässe ab (ZAB 2015).

Die Sicherstellung der Pflege wird damit immer mehr zur Herausforderung und steht in Brandenburg seit längerem zunehmend im Fokus der öffentlichen und politischen Diskussion – besonders weil Brandenburg im Ländervergleich nach Mecklenburg-Vorpommern die höchste Pflegequote aufweist (Statistisches Bundesamt 2017). Verschiedene Entwicklungen treffen dabei aufeinander und verstärken sich wechselseitig. Auf der einen Seite besteht ein Fachkräftemangel im Bereich der Pflege, der zukünftig noch wachsen wird. Dieser trifft auf einen schleichenden Rückgang an informellen Laienpflegepersonen insbesondere im familiären Umfeld und zugleich auf steigende Pflegebedürftigkeit bei der Gruppe der Höchstaltrigen (Pflegestatistik des Bundes und des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg 2017). Bereits jetzt sind in Brandenburg Pflegeheime und ambulante Dienste vollständig ausgelastet, und altersgerechte Wohnmöglichkeiten fehlen in vielen Gebieten. Um also die gesundheitliche und pflegerische Versorgung chronisch Kranker auch weiterhin bedarfsgerecht zu gestalten, sind neue, kreative Ansätze unbedingt nötig.

1.2 Der Caring-Community-Ansatz

Auf die Frage, wie die Versorgung und soziale Teilhabe älterer Menschen in strukturschwachen ländlichen Regionen Ostdeutschlands angesichts des demographischen Wandels neu und innovativ gewährleistet werden soll, wird in sozialpolitischen Verlautbarungen zunehmend mit der Idee »sorgender Gemeinschaften« (*caring communities*) geantwortet. Das Prinzip, dass Menschen sich in überschaubaren sozialen Nahbereichen umeinander kümmern, füreinander sorgen, aufeinander achten und Verantwortung füreinander übernehmen, hat eine gewisse Konjunktur in Dörfern, Stadtquartieren, auch in Schulen, Universitäten und Unternehmen (vgl. Berner 2015). Der Caring-Community-Ansatz wird als Ausdruck einer modernen, personenzentrierten und gemeinwesenorientierten Unterstützung verstanden (vgl. Aselmeier 2008, 14; BMI 2012, 25 ff.; BMI 2015, 105 ff.).

Auch in die Politik hat diese Strategie Einzug gehalten. Unter der Definition »sorgender Gemeinschaften« findet sie sich unter anderem in der Demographiestrategie des Bundes (vgl. BMI 2012, 23f.). Selbst der 7. Altenbericht, der 2. Engagementbericht und der 8. Familienbericht greifen den *Caring-Community-Ansatz* auf und sehen hier ein mögliches Leitbild für eine verantwortlich gestaltende Politik im demographischen Wandel (vgl. Klie 2014, 10). Thomas Klie verbindet mit Caring Communities eine Praxis der »geteilten Verantwortung« (Klie 2014, 15) oder eines Hilfemix' von Profis, Familienangehörigen und Nachbarschaften sowie anderen Formen von Gemeinschaften, »in denen soziales Miteinander als gegenseitige Verantwortung geübt und gelebt wird« (ebd., 16). Laut Klie können »(g)ewillkürte und vorgefundene, gesetzte Gemeinschaften ... »sorgende Gemeinschaften« sein oder werden. Welchen wir uns zugehörig fühlen, bleibt einerseits unsere Entscheidung und ist andererseits abhängig von der Offenheit der jeweiligen Gemeinschaften: von der Willkommenskultur in Nachbarschaften zur Offenheit von Freundeskreisen oder religiösen Gruppen und Kirchen« (ebd., 16).

Kricheldorf et al. (2014) betonen allerdings, dass die Vision der Caring Community von allen Beteiligten einen Umdenk- und Lernprozess fordert. Erst wenn die neue soziale Ethik von einer relevanten Akteursgruppe wirklich verinnerlicht sei, würden neue Chancen und Optionen eröffnet, die in der Konsequenz zu einem Gesellschaftsentwurf führten, in dem Solidarität und Mitverantwortung tragende Säulen sein könnten (vgl. Kricheldorf et al. 2014, 21). Das bedeutet: Caring Community ist vorläufig noch kein erprobtes Konzept, das theoretisch plausibel begründet oder empirisch überzeugend abgesichert wäre, sondern eher eine sympathische, aber zugleich noch diffuse *Option*. Entscheidend ist dabei auch die Frage, ob dieses Konzept nicht eine deutliche Affinität zu öffentlichen Diskursen in der »alten Bundesrepublik« hat und in den Neuen Ländern auf Widerstand und Distanz treffen könnte.

In der hier vorgelegten Studie soll besonders ein Aspekt einer denkbaren Caring Community Gegenstand der Untersuchung sein: die Chance eines neuen professionellen Profils des Community Caring mit der Einrichtung einer »*Community Nurse*«. Dabei geht es um die Frage, welche Akzeptanz die Idee eines Bürger-Profi-Mix' gerade bei Expert*innen des aktuellen Gesundheitssystems in Brandenburg genießt und welche Chance die Etablierung einer Community Nurse hätte. Immerhin existiert mit der »*Gemeindeschwester*« zu DDR-Zeiten ein historisches Vorbild gerade in Ostdeutschland. Nachfolgeversuche wie das »*Agnes2*«-Profil weisen in eine vergleichbare Richtung. Welche Chance also hätte die »Option« einer Community Nurse und wie könnte ihr professionelles Profil aussehen?

1.3 Das »sensibilisierende Konzept«¹ der Untersuchung

Bei der Anlage der Studie beziehen wir uns auf eine Reihe von eigenen einschlägigen Vorarbeiten, die sich nicht nur mit spezifischen Problemen des Gesundheitssystems in strukturschwachen Regionen Ostdeutschlands auseinandersetzen (vgl. etwa Herzberg und Bernateck 2017), sondern vor allem den besonderen »Mentalitätsraum« Ostdeutschlands nach der »Wende« ernst nehmen (vgl. Alheit, Bast-Haider und Drauschke 2004; Alheit et al. 2006).

Ein zentrales Ziel der hier vorgelegten Studie ist deshalb die Gewinnung von empirisch fundiertem Wissen über die Bereitschaft zur Innovation des Gesundheitswesens am Beispiel des Bürger-Profi-Mix' und der Community Nurse in einer überschaubaren Region (Schwerpunkt: Elbe-Elster-Kreis in Südbrandenburg). Um jedoch die besondere historische Situation der untersuchten Region nicht aus den Augen zu verlieren, lag uns daran, die dramatische Geschichte des untersuchten Sozialraums in den vergangenen 30 Jahren ausdrücklich zu berücksichtigen.

Nach der Wende 1989/1990 hat sich die Dynamik der ländlichen Räume im Osten der Bundesrepublik verändert. Die deutliche Schrumpfung der Bevölkerung und die Ausdünnung der Infrastruktur wurden bereits angesprochen. Aber auch die sozialen Beziehungen im Nahbereich haben mit dem gesellschaftlichen Umbruch eine neue »Kontextualisierung«² erfahren. Waren Beziehungen der unmittelbaren Nachbarschaft in der ehemaligen DDR – auch in ländlichen Regionen – vor allem über *Betriebe* (in Dörfern zumeist über landwirtschaftliche Produktionsgenossenschaften) organisiert, ist diese Stützstruktur nach der Wende eingebrochen und musste durch neue Strukturen ersetzt werden.

Dieser Wandel hat widersprüchliche Auswirkungen für die Orientierung der Menschen: Er führt zum einen – insbesondere mit Bezug auf die älteren Betroffenen – zu *Individualisierungseffekten*. Bei der Auswertung der Expert*inneninterviews, die wir mit Akteuren des Gesundheitssystems geführt haben, fanden sich zahlreiche Hinweise auf die Vereinzelung der Älteren und auf das Verschwinden der Geselligkeit

¹ Der Begriff des »sensibilisierenden Konzepts« (»sensitizing concept«) stammt aus der Tradition der Grounded Theory (vgl. Glaser und Strauss 1967), die im Folgeabschnitt knapp dargestellt wird. Gemeint ist eine bestimmte theoretisch begründete Aufmerksamkeit, nicht etwa eine dominante »Großtheorie«, der die erhobenen Daten dann gleichsam »subsumtionslogisch« untergeordnet werden.

² Zur Notwendigkeit, konkrete Sozialräume niemals unabhängig von ihren historischen und ökonomischen Kontexten zu betrachten, vgl. Kessl und Reutlinger 2010, 13.

und der gegenseitigen Hilfe früherer Jahre. Gleichzeitig war den Experteninformationen zu entnehmen, dass bestimmte Perspektiven auf die soziale Welt, die für die DDR-Zeit charakteristisch waren, durchaus noch Bestand haben. Wir haben es insofern mit einem »Mentalitätsraum« zu tun, in dem sich historisch ältere Orientierungen mit neu entstandenen Spannungen überlagern (vgl. Alheit et al. 2006, 15 ff.).

Der bedeutende französische Kultursoziologe Pierre Bourdieu hatte – noch vor der »Wende« – seine eigene Idee des sozialen Raums in Bezug auf die DDR modifiziert und statt von dem Einfluss des »ökonomischen Kapitals« im rechten Feld des sozialen Raums von dessen Substitution durch »politisches Kapital« gesprochen (Bourdieu 1991). D. h. die nach Bourdieu für kapitalistische Gesellschaften typische Konfrontation von ökonomischem und kulturellem Kapital schien in der DDR durch die Polarisierung von politischem und kulturellem Kapital ersetzt zu sein. Und tatsächlich gab es nachweislich eine starke Konkurrenz zwischen den politischen und den Bildungseliten (Alheit et al. 2006).

Interessanterweise scheint nun diese Spannung auch fast drei Dekaden nach der Wende noch spürbar zu sein. Vielleicht ist der »objektive« soziale Raum längst so strukturiert, wie ihn Bourdieu für Frankreich und andere westlich-kapitalistische Gesellschaften beschrieben hat. Aber der »Mentalitätsraum« ist durch eine verzögerte Anpassung gekennzeichnet. Die DDR-Orientierungen sind im Alltag durchaus noch präsent. Allerdings weisen die Daten auf eine weitere Spannung hin, die gewissermaßen quer zu der von Bourdieu beschriebenen Polarität liegt: die Spannung zwischen Beharrung/Tradition und Modernisierungszwang.

Diese Befunde werden nun in unserer qualitativen Studie sehr konkret. Es gibt bei den von uns befragten Expert*innen sowohl die Bereitschaft, Probleme des Zusammenlebens und Alterns eher kommunikativ und diskursiv zu bearbeiten, sie also eher *kulturell* zu lösen, als auch die Tendenz, sich ihnen eher strategisch zu widmen, sie mit anderen Worten *politisch* bzw. *ökonomisch* zu bearbeiten. Damit finden wir die von Bourdieu entdeckte Spannung im sozialen Feld der DDR durchaus noch wieder. Doch auch die zweite Spannung zwischen »vertrauter Sozialität« und »funktionalistischem Kalkül«, also die Modernisierungsdynamik, lässt sich in den Positionierungen der Expert*innen erkennen.

Wir können also einen »Mentalitätsraum« identifizieren – sozusagen ein neues »symbolisches Feld« –, in welchem sich die Expert*innen durch ihre Aussagen über

die notwendigen Innovationen des Gesundheitssystems gewissermaßen selber verorten. D. h. das folgende symbolische Feld ist nicht theoretisch konstruiert, sondern auf der Basis der Interpretation der erhobenen qualitativen Daten sukzessive gewachsen. Die angedeuteten »Codes« sind allerdings nur Tendenzangaben. Sie zeigen idealtypische mentale Orientierungen, die keineswegs gleichgewichtig im Material vorkommen. Die abschließende Verteilung (s. Abb. 14) dokumentiert das Ungleichgewicht, dessen Deutung aber für die Kernfrage der Untersuchung – die Identifizierung von Ressourcen und Blockaden bei einer notwendigen Innovation des Gesundheitswesens hin zu einer Caring Community – von besonderer Relevanz sind. Dabei entstehen interessante Mischungen professioneller »Orientierungsmuster«, idealtypisch: auf der rechten Seite ein moderner, eher an *Macht und Anpassung* orientierter Akteurstypus, dem ein zweiter konventioneller Typus entgegensteht, dessen Handlungscode eher *Kontrolle und Bestandswahrung* ist. Auf der linken Seite stehen ein dritter Akteurstypus, dessen Orientierungsmerkmale Engagement und Verantwortung sind, und schließlich ein vierter, kontrastiv modernerer Typus, den *Reflexivität und Distanz* kennzeichnen. Die vier im Folgenden knapp dargestellten Beispiele präsentieren die beschriebenen Idealtypen. Selten treten die genannten Codes in Reinform auf. In den Interviews zeigen sich vielmehr interessante »Mischtypen«.

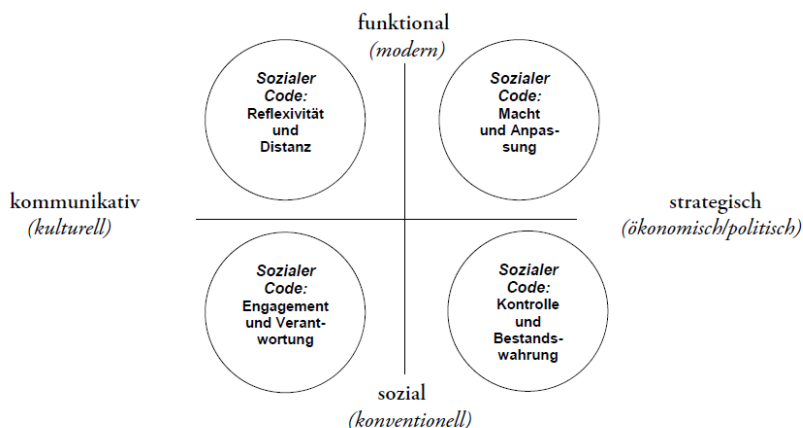


Abbildung 1: Symbolisches Feld gesundheitspolitisch aktiver Akteure

Insgesamt wurden in der Studie 17 ausführliche Expert*inneninterviews (vgl. Meuser und Nagel 2009) mit Krankenkassenvertretern, Pflegedienstleiter*innen, Vertretern eines Ärztenetzwerks, Expert*innen in Modellversuchen und Vertretern der Kommunalpolitik durchgeführt. Alle diese Protagonist*innen konnten – im weiteren Sinn – als »Expert*innen« gelten (vgl. Bogner und Menz 2009). Daten, die diese »Statusgrenze« verwischten, waren von besonderer Bedeutung (vgl. Bogner und Menz 2009a).

Die Fallbeispiele ermöglichten einen Einblick in Habitus- und Mentalitätsmuster, wie sie für das untersuchte soziale Feld typisch sind. Sie gaben Aufschluss darüber, welche Relevanz Innovationen im Gesundheitssystem für die Expert*innen in ihrer Tätigkeit hat und wie sie mit Phänomenen notwendiger Veränderung umgehen. Für den Aufbau eines ‚Hilfemix‘ und der Unterstützung der Idee einer Community Nurse schienen die befragten Expert*innen von Bedeutung, weil sie auf je unterschiedliche Weise die Notwendigkeit einer Verbesserung der Gesundheits- und vor allem der Pflegeversorgung in der Region betonten.

2 Methodische Anlage der Studie: Grounded Theory

Wenn wir nun den methodologischen Ansatz vorstellen, den wir in unserer Analyse präferieren, ist es nützlich, eine Art »Narrativ« zu wählen – genauer: die interessante Geschichte dieser Methode zu erzählen. Es geht eigentlich nicht um eine einfache »Methode«, sondern um einen neuen *Forschungsstil*, wie einer seiner Erfinder, der amerikanische Soziologe Anselm Strauss, sich ausdrückt. Strauss und sein Koautor Barney Glaser haben diesen Forschungsstil seinerzeit »(empirisch) begründete Theorie« (*grounded theory*) genannt, und sie wollten damit einen neuen und innovativen Anfang in der sozialwissenschaftlichen Forschung markieren.

Als die beiden nämlich 1967 das Konzept in ihrem Buch *The Discovery of Grounded Theory*³ zum ersten Mal vorstellten, hatten sie durchaus polemische Interessen. Sie wollten der herrschenden amerikanischen soziologischen Forschung der Nachkriegsperiode ein alternatives Forschungsmodell entgegensetzen. Die Mainstream-Forschung basierte nämlich auf einer prekären Arbeitsteilung von so genannten »großen Theorien« (*grand theories*) auf der einen Seite – am einflussreichsten war der Systemfunktionalismus von Talcott Parsons – und von zumeist »harter« quantitativer Sozialforschung auf der anderen. Empirische Forschung erledigte vor allem Handlangerdienste, sozusagen »Proletarierarbeit«, für die Produzenten von Großtheorien, die sich, so Glaser und Strauss ironisch, wie »theoretische Kapitalisten« verhielten. Das Ergebnis war ausgesprochen desillusionierend. Die Großtheorien entfernten sich immer weiter von der Realität. Aber auch die empirische Forschung verlor den Kontakt zur Wirklichkeit, weil sie in der Regel Hypothesen überprüfte, die aus den *grand theories* deduktiv gewonnen waren, d. h. sie untersuchten künstlich isolierte Variablen, die mit wirklichen Vorgängen unter Umständen gar nichts mehr zu tun hatten.

Vergessen schien, was einer der führenden Programmierer der Chicago School, Robert Ezra Park, der amerikanischen Soziologie in den 1920er Jahren ins Stammbuch geschrieben hatte: »Beobachtungen aus erster Hand sind angesagt: Setzen Sie sich in die Empfangshallen der Luxushotels und auf die Treppenstufen von Abrisshäusern, machen Sie es sich auf den Polstergarnituren der Reichen ebenso bequem

³ Glaser und Strauss 1967.

wie auf den Holzpritschen im Obdachlosenasyll ... Mit einem Wort, machen Sie sich die Hände schmutzig mit realer Forschung!«⁴

An diese Tradition, die von den Arbeiten der bedeutenden amerikanischen Pragmatisten profitierte – von dem großen Philosophen und Pädagogen John Dewey⁵, von George Herbert Meads⁶ bis heute aktueller Sozialpsychologie, auch von den innovativen Ideen des Logikers Charles Sanders Peirce⁷ –, knüpften Strauss und Glaser an. Ihnen lag gerade nicht an der Überprüfung bekannter Hypothesen, denn die taugten nicht für das Verstehen sozialer Wandlungsprozesse und die Einsicht in bisher unerforschte Bereiche des Sozialen. Sie wollten stattdessen *neues theoretisches Wissen »generieren«*. Und solches Wissen »entdeckten« sie durch intensive Auseinandersetzung mit der Empirie. Die lebendige Beziehung von Theorie und Empirie stand also im Zentrum ihrer Überlegungen.

Dabei ging es ihnen nicht um Theorie »an und für sich«, sondern um ihre Bedeutung für die Praxis. Ihre Entdeckungen wollten Leitkonzepte z. B. für professionelles Handeln sein – vor allem im Bereich der Medizin, aber auch in der Pädagogik oder der Politik. Deshalb waren ihre Forschungen immer sehr praxisnah: z. B. zur Interaktion mit Sterbenden, zum professionellen Handeln im Krankenhaus unter den Bedingungen moderner Apparatemedizin oder zu Handlungsstrategien bei Risikoschwangerschaften.

Trotz dieser Offenheit und Neugier der Einstellung ist die Grounded Theory kein beliebiges Vorgehen. Man kann sie als ein theoretisch begründetes »Verfahren« verstehen, das seinen eigenen Lernprozess reflektiert und kontrolliert. Das konkrete Vorgehen selbst hat sich im Laufe seiner Praxis durchaus gewandelt⁸, besonders bezogen auf die immer neuen Forschungsgegenstände. Allerdings, der grundsätzlich innovative Charakter bleibt bestehen. Zunächst wollen wir deshalb den theoretischen Hintergrund jenes »Forschungsstils« (*Strauss*) noch einmal etwas genauer beschreiben.

⁴ Zitiert nach Burgess 1982, 6 (Übersetzung v. Vf.).

⁵ Vgl. Dewey 1896, 1917, 1938.

⁶ Vgl. Mead 1934.

⁷ Vgl. Peirce 1991 [1903].

⁸ Vgl. Kelle 1994.

2.1 Der pragmatistische Hintergrund der Grounded Theory

Glaser und Strauss entwickeln eine Idee des Forschungsprozesses, in der sich der Erkenntnis- und Entdeckungsvorgang nicht linear von einer Stufe zur anderen fortbewegt – Hypothesengenerierung, Methodenprüfung, Datenerhebung, Datenauswertung, Verifikation bzw. Falsifikation der Hypothese(n) –, sondern auch während des Forschungsprozesses ein kontinuierlicher Dialog zwischen theoretischen Vorannahmen und den gewonnenen Daten stattfindet, gleichsam »eine spiralförmige Hin- und Herbewegung zwischen theoretisch angeleiteter Empirie und empirisch gewonnener Theorie«⁹.

Dieses eigenwillige Hin und Her, das auch als Beliebigkeit oder Unentschlossenheit missverstanden werden könnte, hat aber einen philosophisch und methodologisch interessanten Hintergrund in dem *Handlungskonzept* des amerikanischen Pragmatismus. Bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts hatten sich Dewey und Mead mit der damals entstehenden behavioristischen Psychologie kritisch über deren einfaches Verhaltensmodell auseinandergesetzt. In einem epochemachenden Aufsatz über das so genannte „*Reflexbogenmodell*“ von 1896 konnte John Dewey plausibel zeigen, dass menschliches Handeln eben nicht nach dem simplen Schema funktionierte:

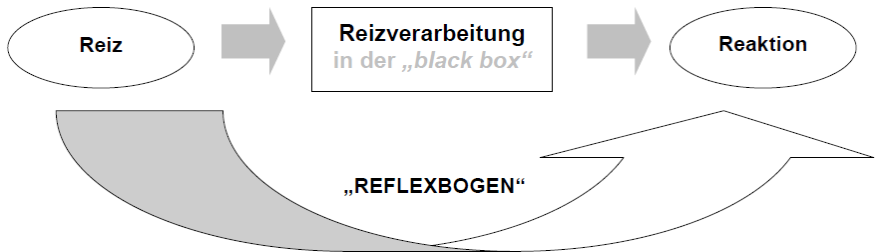


Abbildung 2: Das Reflexbogenmodell

Vielmehr machte er deutlich, dass Handlung als »ganzheitlicher Prozess« verstanden werden muss, in welchem bestimmte »Reize« als solche überhaupt erst wahrgenommen werden. Dass in der Regel nicht ein Auslösereiz die Handlung determiniert,

⁹ Dausien 1996, 93.

sondern – umgekehrt – der ablaufende Handlungsprozess sich die für ihn wesentlichen Reize gleichsam ›auswählt‹, beschrieb auch George Herbert Mead 1903 in einem weniger bekannten Aufsatz über die *Definition des Psychischen*.

Wir können uns die Plausibilität dieses überraschenden Gedankens an vergleichsweise einfachen Alltagserfahrungen verdeutlichen: Wenn wir in einer bestimmten Situation mit einer Angelegenheit beschäftigt sind, z. B. unserem Kind zu erklären versuchen, warum es Sinn macht, das Kinderzimmer aufzuräumen, sind sein trotziges Aufstampfen mit dem Fuß oder sein Einwand, man selber pflege ja auch keine Ordnung auf dem eigenen Arbeitstisch, durchaus relevante Reize für die Folgehandlung. Das ›Tatütata‹ des Polizeiautos auf der Straße, der gerade entdeckte Fettfleck an der Wand oder das Radiogedudel in der Küche sind dagegen irrelevante Reize und spielen für den Fortgang der Handlung keine Rolle. D. h. die Handlung selbst als ganzheitlicher, also kontinuierlicher Prozess wählt sich die Reize, die für ihren Fortgang relevant sind. Nur wenn ein Reiz den gesamten Handlungszusammenhang in Frage stellt, mit dem wir gerade beschäftigt sind, wenn z. B. ein Erdbeben über uns hereinbricht, sind wir zu drastischen Umstellungen unseres Handelns gezwungen. Sobald dies jedoch geschehen ist, nehmen wir wieder nur diejenigen Reize selektiv wahr, die für die anstehenden Handlungen besonders bedeutsam sind.

Die Pragmatisten gehen aber noch einen Schritt weiter. Selbst die Vorstellung, dass Handeln gewöhnlich zweckvolles, also intentionales Handeln sei, halten sie für problematisch. Die Idee, dass gleichsam außerhalb des Handlungskontextes ein bestimmtes Handlungsziel vom Bewusstsein ›als solchem‹ gesetzt wird, ist mit empirischen Handlungsvollzügen nicht vereinbar. »Natürlicherweise ist Handeln nur diffus teleologisch«¹⁰, d. h. im Regelfall handeln wir zwar mit einer bestimmten Grundintention, die konkreten Zwecke der Handlung werden jedoch zumeist erst im Handlungsvollzug deutlich und können durchaus zur Revision der ursprünglichen Intention führen.

Nehmen wir unser Beispiel der Erziehungssituation: Gewiss war es das Anliegen des Vaters, sein Kind zur Ordnung anzuhalten, aber das erzieherische Gespräch zeigt, dass es womöglich gute Gründe für eine ›durchschaute Unordnung‹ gibt, z. B. kann das Kind überzeugend belegen, dass es seine Sachen nach einem erzwungenen

¹⁰ Joas 1988, 423.

Ordnungsprozess regelmäßig vergeblich suche, während es sich in seiner Unordnung problemlos zurechtfinde. Der Erziehungsversuch hat im Handlungsvollzug eine ganz neue Richtung genommen. Idealtypisches Zweckhandeln ist also nicht der Regelfall und zumal in pädagogischen Prozessen auch nicht wünschenswert. Das pragmatistische Handlungskonzept unterscheidet sich damit deutlich vom behavioristischen:

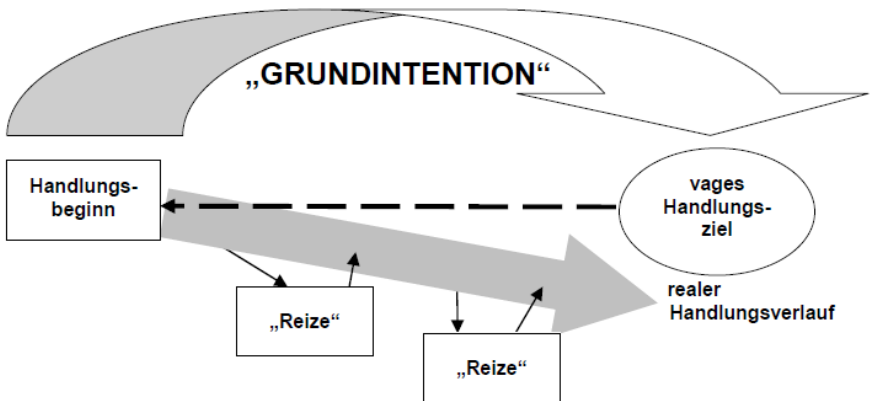


Abbildung 3: Das pragmatistische Handlungsmodell

Eine sehr ähnliche Handlungs-idee schwebt nun auch Glaser und Strauss für den *Forschungsprozess* vor. Wenn wir ein neues Forschungsfeld betreten, über das noch relativ wenig bekannt ist, oder wenn wir scheinbar vertraute Forschungslandschaften mit ›anderen Augen‹ betrachten wollen, weil wir den bekannten Ergebnissen nicht mehr trauen, ist unser Handlungsprozess auf eine durchaus vergleichbare Weise »diffus teleologisch« wie in ungewohnten Alltagssituationen. Wir haben eine vorsichtige Ahnung von dem, was uns erwarten könnte, aber wir wollen ja Entdeckungen machen und müssen deshalb offen sein für alles, was uns begegnet.

Freilich, wir sind Forscher*innen. Unser Handeln unterscheidet sich insofern vom gewöhnlichen Alltagshandeln, als wir uns jederzeit Rechenschaft geben müssen über unser Vorgehen. Unsere Forschungen, wie sehr sie sich im Ansatz auch von konventionellen Designs absetzen mögen, sollen ›reliabel‹, also *verlässlich*, sein. Deshalb hat die ›Offenheit‹, mit der wir dem neuen Feld begegnen, eine methodische Grenze.

Würden wir nämlich scheinbar gänzlich unvoreingenommen auf unser Feld zugehen, stellten sich für uns zwei schwerwiegende Probleme:

- Wir könnten leicht übersehen, dass unsere vorgebliche Offenheit praktisch nicht durchsetzbar ist. Zumindest unsere *Alltagserfahrungen* können wir auch in neuen Interaktionssituationen nicht einfach ausschalten. Und deren intuitive Wissensstrukturen sind so gebaut, dass sie jede neue Situation mit bereits bekannten Situationen vergleichen. Sie basieren auf einer ›Typisierung‹ der uns zugänglichen Sozialwelt.¹¹ Dieser Vorgang läuft nicht bewusst ab. Er vollzieht sich sozusagen ›hinter unserem Rücken‹. Ob wir wollen oder nicht, wir haben immer ›Vor-Urteile‹ über uns begehende neue ›Welten‹.
- Das komplexe Neue seinerseits präsentiert sich nun in der Regel nicht so, dass wir es sofort durchschauen. Aus den Daten, die wir im Idealfall ›vorbehaltslos‹ erheben, ergeben sich keineswegs ›automatisch‹ neue Theorien. Gewiss besitzt auch das Fremde seine Regeln und Ordnungen. Wie aber sollten wir sie wahrnehmen, wenn sie uns doch gänzlich unvertraut sind? D. h. wir kommen gar nicht darum herum zu vergleichen. Wir können Fremdes nur verstehen, wenn wir es mit Vertrautem in Beziehung setzen. Jede empirische Forschung, jede Form der Theoriebildung braucht den *Vergleich*.

Im Grunde berühren wir hier ein beinahe philosophisches Basisproblem empirischer Forschung: Wenn sich wichtige neue Schlussfolgerungen über die soziale Wirklichkeit – logisch und alltagspraktisch – nicht durch unbeeinflusstes Beobachten gewinnen lassen (man nennt dieses logische Schlussverfahren üblicherweise *Induktion*), wenn es, wie wir an der Mainstream-Kritik von Glaser und Strauss gelernt haben, ebenso problematisch wäre, empirische Urteile über soziale Wirklichkeit durch die Überprüfung von Hypothesen zu erwarten, die aus bekannten Theorien gewonnen wurden (dieses logische Schlussverfahren heißt *Deduktion*), welche Alternative bleibt dann übrig?

Erinnern wir uns noch einmal an die Handlungs-idee der Pragmatisten. Soziales Handeln ist im Regelfall, wie wir gesehen haben, »diffus teleologisch«, d. h. es besitzt durchaus eine vage Vorstellung von dem, was bei der Handlung herauskommen soll. Aber die Alltagserfahrung zeigt, dass der Handlungsprozess selbst die ursprüngliche

¹¹ Vgl. Schütz und Luckmann 1979.

Intention ändern, vielleicht sogar vollständig revidieren kann. Handeln, könnte man sagen, hat eine ›zielstrebige Offenheit‹, eine ›gerichtete Flexibilität‹.

Genau diese Qualität strebt nun die Grounded Theory für die Forschung an: eine *geplante Flexibilität*. »Geplant« insofern, als gewisse hypothetische Vorannahmen auch über ein neues Forschungsfeld notwendig und sinnvoll sind; »flexibel« und »offen«, weil sich im Forschungsprozess diese Vorannahmen *ändern* können. Vom ersten Kontakt mit dem Feld werden sie mit neuen Informationen angereichert, erweitern sich und postulieren am Ende womöglich das Gegenteil von dem, was sie ursprünglich angenommen hatten. Der Logiker der Pragmatisten, Charles Sanders Peirce, der diese Idee am Anfang des 20. Jahrhunderts bereits begründet und entwickelt hat, beschreibt sie als die überraschende Fähigkeit, etwas in Beziehung zu setzen, was »zusammenzubringen wir uns vorher nicht hätten träumen lassen«¹², und er nennt dieses logische Schlussverfahren »*Abduktion*«¹³.

Die reizvolle Vorstellung, dass Forschung systematisch mit *Kreativität* zu tun haben könnte, muss nun allerdings ein wenig eingeschränkt werden. Jeder Künstler weiß, dass Kreativität auf äußerster Disziplin aufbaut. Erst wenn das »Handwerkszeug« der Klaviervirtuosin oder des Bildhauers, des Komponisten oder der Lyrikerin durch intensive Erfahrung wirklich entwickelt und entfaltet ist, kann eine neue ästhetische Qualität entstehen. Ganz ähnlich bietet auch die Grounded Theory mit ihrem praktischen Vorgehen ein sorgfältig zu handhabendes und intensiv einzuübendes *Instrument* an, jenes abduktive ›Entdecken‹ von Theorien zu erleichtern. Dieses Vorgehen ist kein striktes Verfahren und hat sich im Laufe seiner Anwendung verändert und verfeinert. Wir werden im Folgenden unseren eigenen Ansatz ein wenig konkreter beschreiben. Es ist unser Forschungsgegenstand – die denkbare Innovation des Gesundheitswesens –, der einen speziellen Einfluss auf unser Vorgehen gehabt hat.

2.2 Der eigene methodologische Ansatz

Die Entdeckung eines neuen Forschungsfeldes und die Entwicklung einer Theorie über dieses Feld ist also ein komplizierter Prozess, der selten einen geraden Weg

¹² Vgl. Peirce 1991 [1903], 404.

¹³ Vgl. Kelle 1994, 143 ff.

wählt und fast immer in ›Wissensspiralen‹ verläuft, in der kontinuierlichen Konfrontation von theoretischen Vorannahmen mit den erhobenen Daten. Einige Vorannahmen oder offene Hypothesen – die Grounded Theory nennt sie bekanntlich »sensibilisierende Konzepte« (s. o.) – haben wir bereits erwähnt: z. B. dass der Mentalitätsraum in Ostdeutschland eine *besondere Dynamik* annimmt, die für eine Innovation des Gesundheitssystems u. U. wichtig ist, oder dass es so etwas gibt wie ›mentale Codes‹, die bei Veränderungen der Gesundheitspolitik in strukturschwachen Regionen sensible Beachtung verdienen. Genau um dies herauszufinden, müssen wir Daten generieren, die uns Hinweise darauf geben, ob unsere vorsichtigen Hypothesen plausibel sind, oder ob völlig andere Ergebnisse mehr überzeugen. Wir haben deshalb zwei Vorentscheidungen getroffen, die mit der Tradition der Grounded Theory übereinstimmen:

- a. Wir haben einen *qualitativen* Methodenzugang gewählt. Qualitative Methoden fußen – anders als quantitative – nicht auf numerischer Genauigkeit. Es geht nicht um eine ›Objektivität‹, die auf einer messbaren Verteilung von Unterscheidungsmerkmalen beruht.¹⁴ Uns interessieren vielmehr die *subjektiven* Wahrnehmungen sozialer Situationen¹⁵: die Aufmerksamkeit der beteiligten Expert*innen, die mit den Problemen des Pflegebedarfs in ländlichen Regionen Brandenburgs konfrontiert sind, und Lösungen suchen.
- b. Wir planen, unsere Ergebnisse nicht nur der Wissenschaft zugänglich zu machen, sondern mit den betroffenen Akteursgruppen in der Region intensiv zu diskutieren, gegebenenfalls eine größer angelegte Studie anzuschließen und – im Falle positiver Resonanz der Praxis – einen Masterstudiengang »*Community Nurse*« an der Brandenburgischen Technischen Universität einzurichten und zu evaluieren.

Für die weitere Auswertung haben wir uns dann für jenes pragmatische Vorgehen entschieden, das in der Tradition der Grounded Theory als »*Kodieren*«¹⁶ beschrieben wird. Strauss und Corbin schlagen einen Dreischritt von »*offenem*«, »*axialem*« und »*selektivem Kodieren*« vor. Bei genauerer Betrachtung geht es jedoch nicht wirklich um Kodierprozeduren, die strikt voneinander getrennt werden können, sondern um unterschiedliche Wege der Annäherung an die Daten, um verschiedene Analyseperspektiven, die schließlich eine ›dichte Beschreibung‹ (Clifford Geertz) ermöglichen.

¹⁴ Vgl. Flick 2009, 383 ff.

¹⁵ Vgl. Alheit 2010, 40 ff.

¹⁶ Vgl. Strauss 1987; Strauss und Corbin 1990.

Während des *offenen Kodierens*, dem ersten Schritt, ist es wichtig, die Daten »aufzubrechen«, um Schlüsselbegriffe (*concepts*) zu finden und erste »Codes« oder »Kategorien« zu identifizieren. Strauss und Corbin schreiben: »Allgemein gesagt werden während des offenen Kodierens Daten in einzelne Teile aufgebrochen, genau geprüft und auf Ähnlichkeiten und Unterschiede untersucht. Vorfälle, Ereignisse, Objekte und Aktivitäten, die in begrifflicher Hinsicht ähnlich sind und in ihrer Bedeutung Zusammenhänge aufweisen, werden unter abstrakteren Begriffen zusammengefasst, die man »Kategorien« nennt.«¹⁷

Axiales Kodieren als nächster Schritt ist eine systematischere Form des Kodierens. Hier werden Sub-Kategorien identifiziert, die mit höherrangigen Kategorien assoziiert sind. Dieser Vorgang nutzt eine Art »Kodierparadigma« (s. u.). Dieses Modell ist relativ unkompliziert, aber generalisierbar: Nicht nur Phänomene werden verglichen und systematisch gegeneinander abgegrenzt, auch die Gründe, die zu Phänomenen geführt haben, die umgebenden Bedingungen und die Konsequenzen, die sich aus den Phänomenen ergeben, werden in der Analyse berücksichtigt:

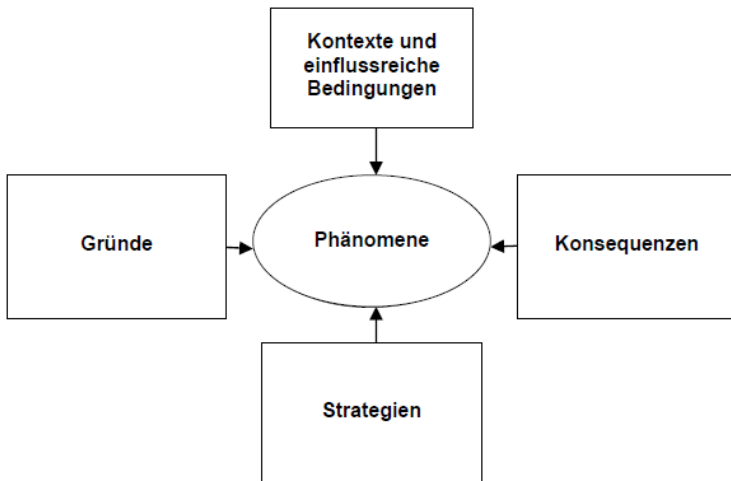


Abbildung 4: Das paradigmatische Modell des Kodierens (nach Flick 2009, 311)

¹⁷ Vgl. Strauss und Corbin 1990a, 102 (Übersetzung v. Vf.).

Strauss und Corbin halten fest: »Axiales Kodieren ist der Prozess, bei dem Sub-Kategorien auf Kategorien bezogen werden. Es ist ein komplexer Prozess induktiver und deduktiver Einfälle, der verschiedene Schritte enthält. Das alles ist wie beim offenen Kodieren begleitet von Vergleichen und systematischen Fragestellungen. Allerdings ist beim axialen Kodieren dieses Vorgehen deutlich fokussierter und ausgelegt auf die Entdeckung und Relationierung von Kategorien im Sinne des Paradigma-Modells.«¹⁸

Selektives Kodieren als dritter Schritt führt das axiale Kodieren gleichsam auf einer höheren Abstraktionsebene fort. Es konzentriert sich auf die Identifikation so genannter ›Kernkategorien‹ und gewissermaßen auf die Erzählung der ›Fall-Story‹. Das Ergebnis ist eine theoretische Idee über das, was (im untersuchten Feld) ›der Fall ist‹. – In unserer Analyse hatten wir relativ früh die Idee, dass sich in dem hypothetisch konzipierten »Mentalitätsraum« interessante Typencluster anboten, die Deutungs- und Handlungstendenzen verschiedener Akteursgruppen repräsentierten. Solche Trends und ihr Einfluss in dem untersuchten »mentalalen Raum« machten es möglich, Einfluss- und Blockadephänomene zu identifizieren und die Chance zu konkreten Innovationen des regionalen Gesundheitssystems (etwa die Akzeptanz einer »Community Nurse«) realistischer einzuschätzen.

2.3 »Qualitatives Clustering« und Typenbildung

Wie bereits angedeutet ist der »Kodierprozess« kein bloß technisches Verfahren. Er koinzidiert prinzipiell mit der spezifischen Forschungsfrage und dem konkreten Forschungsmaterial. *Expert*inneninterviews*, die nach diskursiven Begründungen fragen, sind komplexe Argumentationsfiguren. Allerdings zeichnen sie sich dadurch aus, dass bestimmte Argumentationsstrategien sich wiederholen und auch in anderen Interviews wiedergefunden werden können. Man entdeckt durch qualitative Rekonstruktion also ›Interpretations-‹ oder ›Deutungsmuster‹, die unabhängig von der sich äußernden Person einen Diskursaspekt repräsentieren und gewissermaßen eine Art ›diskursives Gruppenprofil‹ bilden.

¹⁸ Ebd., 114 (Übersetzung v. Vf.).

»Argumentationscluster«. Wir haben solche Entdeckungen als »qualitatives Clustering« bezeichnet. Üblicherweise versteht man unter Clusteranalysen (zumeist algorithmische) Verfahren zur Entdeckung von Ähnlichkeitsstrukturen in großen (numerischen) Datenbeständen. Argumentationsmuster sind indessen nur qualitativ und nicht algorithmisch rekonstruierbare Datensettings, die »verstanden« werden müssen, bevor sie mit anderen Settings verglichen und gegebenenfalls einem Cluster zugeordnet werden können. Der »Zuordnungsmaßstab« ist in unserem Fall durch die Orientierungsspannungen in dem eingeführten »Mentalitätsraum« vorgegeben. Argumentationssequenzen beispielsweise, die vorwiegend oder ausschließlich einem Code folgen, der durch »Reflexivität und Distanz« gekennzeichnet ist, damit also zwischen den Polen »funktional« und »kommunikativ« liegen, haben einen anderen Deutungshorizont als Sequenzen mit dem Profil »Kontrolle und Bestandswahrung«. Auch die sozialen Codes »Macht und Anpassung« bzw. »Engagement und Verantwortung« bilden Kontraste. Interessant ist allerdings, dass nicht nur »Mischformen« auftreten können, womöglich sogar die Regel sind, sondern dass die Forschungsfrage beantwortet werden muss, welche Melange von Argumentationsclustern die Akzeptanz von Innovationen des Gesundheitssystems begünstigen und welche anderen eher Blockaden darstellen. Um hier zu plausiblen Ergebnissen zu gelangen, ist aber nicht nur die Identifizierung personunabhängiger Argumentationsfiguren relevant, sondern auch das Diskursprofil der Meinungsträger selbst.

Typenbildung. Dazu ist ein zweites Verfahren hilfreich, das ebenfalls im Kodierprozess des Materials durchgeführt wird: die Bildung von »Typen«. Nicht nur bestimmte Argumentationscluster belegen die Möglichkeit von wünschenswerten Veränderungen des Gesundheitssystems, auch die Identifikation von »Akteurstypen«, also von denkbaren Protagonisten der Innovation, gibt plausible Hinweise auf realistische Verbesserungsstrategien. Die Durchsetzung bestimmter Interessen der Veränderung von Strukturen ist das Resultat aktiver Verarbeitungsprozesse von gesellschaftlichen Rahmeneinflüssen. Zugleich müssen sie jedoch als dynamisches Feld vitaler Binnenbeziehungen betrachtet werden, in dem sich konkrete Akteure mit unterschiedlichen Ressourcen um die Realisierung ihrer Interessen bemühen (vgl. Alheit et al. 1999, II, 720f.). Nur so lassen sich Persistenz und Wandel in einem strategischen Problemfeld nicht nur als »Zustände«, sondern als Ergebnisse von bewussten und intuitiven Handlungen konkreter Akteure begreifen.

In diesem Prozess entstehen gleichsam idealtypische Akteursformen und spezifische Ressourcenkonstellationen, die eine heuristische Typenbildung¹⁹ nahe legen. Es geht dabei um Akteurstypologien (*in vivo*-Typologien), die eine große Entsprechung mit Alltagsakteuren haben. Wenn wir beispielsweise von dem Akteurstypus »Landarzt« sprechen, haben wir selbstverständlich einen konkreten Landarzt im Auge; wenn wir einen Typus »Reformer« identifizieren, gehen wir von Akteur*innen aus, die tatsächlich aktiv an der Veränderung des lokalen Gesundheitssystems arbeiten. Die Entdeckung und Ausdifferenzierung solcher »Typen« löst (mögliche) Veränderungsprozesse aus einem undurchdringlichen Wandlungskontinuum und macht Entwicklungsschritte, Binnenkonflikte und soziale Widersprüche erkennbar.

Fallrepräsentation. Aus nachvollziehbaren Gründen der Forschungsökonomie werden im Folgenden die entdeckten Typen nur an einem professionellen Fallbeispiel (»Ankerfall«) exemplifiziert. Auch das jeweilige Beispiel wird allerdings nicht vollständig dokumentiert²⁰, sondern nur durch selektiv kodierte Schlüsselsequenzen (sog. »Kernstellen«) vorgestellt.²¹ Die Auswahl solcher Kernstellen ist das Ergebnis eines systematischen Kodierprozesses, der die Kenntnis der Eigenlogik des Falles und den kontrollierten Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen bzw. zu Kontrastfällen voraussetzt. Kernstellen sind gleichsam Schnittmengen zwischen der Präsentation der »Diskurslogik« des Einzelfalles, also der im interessierenden Fall präsentierten Auseinandersetzung mit dem Problemfeld des Forschungsprozesses, und der übergeordneten Forschungsfrage (nach den Innovationschancen im regionalen Gesundheitssystem). Die sorgfältige Interpretation solcher Kernstellen führt zur Entwicklung

¹⁹ Beim methodischen Problem der Typenbildung orientieren wir uns relativ locker an Ralf Bohnsacks mehrfach erprobtem Konzept, das seinerseits an Webers Idealtypuskonstrukt und an Mannheims Konzept des »konjunktiven Erfahrungsraums« anschließt (vgl. stellvertretend Bohnsack 1993). Peter Loos hat in seiner anregenden Bremer Dissertation (1996) im Anschluss an Bohnsack eine außerordentlich luzide Beschreibung des Typenbildungsprozesses vorgenommen, der wir uns problemlos anschließen können: »Die Typenbildung in dieser Arbeit ist keine Typenbildung der Ergebnisse im Sinne einer Zusammenfassung und Kategorisierung von Aussagen und deren Interpretation, sondern richtet sich nach den der komparativen Analyse zugrundeliegenden Dimensionen des konjunktiven Erfahrungsraumes [...]. Diese Dimensionen entstammen zwar prinzipiell zunächst auch wieder dem Vergleichshorizont des Interpreten, deren Relevanz kann aber im Zuge der komparativen Analyse ebenfalls rekonstruiert werden.« (ebd., 33f.) Und das sensibilisierende Konzept der komparativen Analyse ist in der vorliegenden Studie eine an Bourdieu Überlegungen gewonnene Vorstellung der inneren Dynamik eines *mentalitären Feldes* (vgl. die Ausführung unter 1.3).

²⁰ Also nicht durch das vollständige Transkript der Expert*inneninterviews.

²¹ Das etwa von Fritz Schütze (1983, 1984) für die Auswertung narrativer Interviews vorgeschlagene Interpretationsverfahren der »strukturellen Beschreibung«, das im Prinzip eine detaillierte Line-by-line-Interpretation des gesamten Interviews vorsieht, um die narrative Ereignisverkettung differenziert herauszuarbeiten, wäre für die vorliegende Analyse überkomplex, geht es hier doch um die Rekonstruktion von »Diskursmilieus«, nicht um das Verstehen von Einzelschicksalen. Im Übrigen sind die verwendeten Expert*inneninterviews nicht im strikten Sinne »narrativ«.

gegenstandsbezogener *Kategorien* (in der Sprache der Grounded Theory: *corecategories*). Ergebnis dieses Analyseprozesses, in dessen Zentrum die Bildung empirisch fundierter *Typen* steht, ist eine gegenstandsbezogene Theorie der diskursiven Binnenstrukturen jenes oben konzipierten »Mentalitätsraums« in (Süd-)Brandenburg.

3 Ergebnisse der empirischen Analyse

3.1 Konkurrierende »Argumentationscluster«

Reformperspektiven sind auf Diskurse angewiesen. Konkrete institutionelle Veränderungen brauchen ein öffentliches »Diskursklima«, das sie vorbereitet. Wenn also nach der Chance gefragt wird, ob eine »Community Nurse« gerade in strukturschwachen ländlichen Regionen notwendig und sinnvoll sein könnte, erscheint es naheliegend zu wissen, welche diskursiven Argumentationsmuster bei beteiligten Expert*innen identifiziert werden können. Dabei wird es selten eindeutig dominante Argumentationen geben. Interessen sind unterschiedlich, Informationen und professionelle Kompetenzen konkurrieren. Der beschriebene (gesundheitpolitische) »Mentalitätsraum« ist voller subtiler Spannungen. Das erhobene qualitative Datenmaterial legt allerdings die Konturen von vier »Argumentationsclustern« nahe, die die Diskurssituation in (Süd-)Brandenburg präziser charakterisieren: die Argumentationsfiguren »Reformdiskurs«, »Reformpraxis«, »lokale Verankerung« und »professionelle Enge«. Jede dieser Argumentationsstrategien hat unterschiedliche Protagonisten, die ihre spezifischen Interessen damit verbinden, und jede verfügt über ein Potenzial der Förderung bzw. Verhinderung von Veränderungschancen im regionalen Gesundheitssystem.

3.1.1 Argumentationsfigur »Reformdiskurs«

Das Argumentationscluster »Reformdiskurs« bezieht sich auf eine Expertendisposition, die sich zunächst kritisch mit dem »Ist-Zustand« der Gesundheits- und Pflegeversorgung in der Region auseinandersetzt. Diese prinzipielle Einstellung ist relativ verbreitet: Unbestreitbar scheint zu sein, dass Fachkräfte (insbesondere in der Pflege) fehlen. Zugestanden und problematisiert wird das Risiko ärztlicher, vor allem fachärztlicher Unterversorgung in strukturschwachen Randgebieten. Hingewiesen wird auf die z. T. großen Entfernungen zumal der älteren Bevölkerung zu Versorgungseinrichtungen. Solche Defizite sind sozusagen »Allgemeingut«. Einen besonderen Status hat indessen ein Modus der öffentlichen Auseinandersetzung mit der Gesundheitsversorgung, die notwendige Reformen suggeriert, ohne jedoch konkrete Perspektiven für wirksame Veränderungen vorzugeben. Im Folgenden sollen zwei Beispiele aus Interviews mit Projektberater*innen diese Disposition anschaulicher machen. Am Anfang steht ein Ausschnitt aus dem Experteninterview mit dem Mitglied eines Beratungsteams:

- E: »Und natürlich, ähm, also, das ist ja die Versorgung, kann man ja nochmal im Blick auf diese ... die Versorgung mit pflegerischen Leistungen im Blick auf diejenigen, die das nachfragen. Aber natürlich hängt das ja damit zusammen, wie diese Arbeiten verrichtet werden, ob es genügend qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gibt. Das hat sich auch noch mal, kann man ganz klar sagen, dramatisiert in den letzten Jahren. Also, das ist eigentlich unisono, dass die Unternehmen, mit denen wir jetzt in diesen [X-Projekt] zusammensitzen, sagen, in den Regionen gibt es kein Konkurrenzverhältnis mehr untereinander – ja, um Klienten, um Aufträge. Die Grenzen des Wachstums sind nicht durch den Nachfragemarkt (gesetzt), wenn man das jetzt (irgendwie bestimmen will), sondern einfach durch die Frage, wie kann ich die Arbeit bewältigen. Und da ist dann wirklich, wie wir schon gehört haben von Unternehmen, die Grenzen sind einfach: ›Das ist mein Mitarbeiterstamm, den möcht' ich halten.‹ Und dann heißt es: ›Ich kann darüber hinaus nicht versorgen.‹ Also, das eine hängt unmittelbar mit dem andern zusammen.«
- I: »Aufgrund dieser Situation überlegt man ja viel, wie man nachbarschaftliche Unterstützungsnetze, ehrenamtliche Unterstützungsnetze, auch Familienpflege, die Familien mit einbinden kann – also, um diese professionellen Kerne herum. Welche Erfahrungen haben Sie damit?«
- E: »Also, auch nicht aus der praktischen Erfahrung, wenn so in der Zusammenarbeit mit den Pflegediensten ... beziehungsweise, wir sind aktuell dabei, ein Projekt durchzuführen im Auftrag des [Ministeriums], also, Ombudspersonen in stationären Einrichtungen. Das ist 'ne Funktion, die wurde 2011 quasi gesetzlich, per Gesetz geschaffen. Und dass man damals gesagt hat: ›Wir brauchen, äh, wir wollen keine stationären Einrichtungen in den Städten, Quartieren, Dörfern, die sich wie so abgeschlossene Einrichtung (...) abkapseln von dem unmittelbaren Umfeld, sondern einerseits wollen wir, dass sich die Häuser öffnen, dass sie ein Teil der Gemeinden sind, bleiben, werden, aber dass natürlich auf der anderen Seite geguckt wird von Seiten der Öffentlichkeit, was passiert da eigentlich, wie leben die.‹ Also, dass es einfach 'nen Austausch gibt. Hat man also die Funktion der Ombudspersonen als Ergänzung zu den Bewohnerräten geschaffen, die so 'ne Art Funktion ausfüllen sollen, quasi auf ehrenamtlichem Engagement, ähm, basiert, die quasi von den Kommunen, wie sagt man, ernannt werden können. So, jetzt haben wir die Situation – das gilt sowohl für die Altenpfleger als auch für die Behindertenwiedereingliederung, also alle stationären Einrichtungen, die quasi unter der Heimaufsicht stehen – da haben wir jeweils ungefähr um die 350 Einrichtungen, äh, und jeweils 40 Ombudspersonen, die sich da engagieren. Da haben wir gerade so das Feld sortiert und, ähm, ich kann da jetzt also, kann da momentan noch kein richtiges Fazit, äh, ziehen, weil ich glaube, dass es die unterschiedlichsten Bereiche, also, dass die verschiedentlich funktionieren. Also, wir sind gerade dabei, zu den verschiedenen Ombuds-

personen Kontakt aufzunehmen und werden dann auch ein Treffen organisieren Anfang Februar in Berlin. Da bin ich auch schon gespannt, wie dann die tatsächliche Arbeit aus der Perspektive der Ehrenamtlichen – wie sie das wahrnehmen ... « (I₁₄)²²

Diese Sequenz aus dem Interview mit einem Projektberater irritiert. Zunächst geht es um das weithin bekannte Problem, dass die in strukturschwachen Randregionen eigentlich notwendigen Pflegedienste fehlen. Interessanterweise hebt der befragte Experte dabei das gewöhnlich ja keineswegs zuerst assoziierte Zurücktreten unternehmerischer Konkurrenz hervor (*in den Regionen gibt es kein Konkurrenzverhältnis mehr untereinander*). Später – durch die Frage der Interviewerin nach denkbaren Innovationen angeregt – wird an dem Projekt der ›Ombudspersonen‹ im stationären Pflegebereich eine Neuerung im brandenburgischen Gesundheitswesen vorgestellt. Aber für beide thematischen Komplexe braucht der befragte Experte einen erstaunlichen Darstellungsaufwand, der eher in umgekehrtem Verhältnis zum inhaltlichen Informationsgehalt steht. Man fühlt sich an den Begriff des ›*planetspeak discourse*‹ erinnert, den der prominente portugiesische Bildungswissenschaftler Antonio Nóvoa zur Charakterisierung des ausufernden Geredes über das »lebenslange Lernen« verwendet hat: ›*much ado about nothing* – viel Lärm um nichts‹.

Dabei überrascht insgesamt das Maß an Unsicherheit und Nichtinformiertheit, das nur schwer mit der Funktion des Experten vereinbar ist: Die Häufung von ›*äh*‹ und ›*ähms*‹, die stellenweise inflationäre Verwendung der Modalitätspartikel ›irgendwie‹, ›ungefähr‹, ›so 'ne Art von‹, vor allem ›quasi‹ (*quasi gesetzlich, quasi auf ehrenamtlichem Engagement, quasi von den Kommunen*) ist ein deutliches Symptom für den Versuch, klare Aussagen und Festlegungen möglichst zu vermeiden und stattdessen im Ungefähren zu bleiben.

Dies bedeutet: Die präsentierte Sequenz enthält weder eine überzeugende kritische Analyse der Situation im brandenburgischen Gesundheitswesen noch – und vor allem – konkrete Vorstellungen über innovative Alternativen. Die unmittelbare Reaktion des Beraters auf die Frage der Interviewerin nach konkreten Alternativen (*Also, auch nicht aus der praktischen Erfahrung ...*) ist ebenso ehrlich wie charakteristisch. Das dann mühevoll erinnerte Ombudspersonenbeispiel steht exakt für die Disposition des

²² Bei der Transkription wurde aus Gründen der Lesbarkeit auf linguistische (Über-)Differenzierungen verzichtet und eine leicht geglättete Fassung des Redetextes gewählt. »E« bedeutet *Experte bzw. Expertin*, »I« heißt *Interviewerin*. Die in einfachen Klammern stehenden Worte bzw. die Punkte anstelle von Worten verweisen auf schwer oder gar nicht transkribierbare Ausdrücke. Die eckigen Klammern werden bei Anonymisierungen oder Auslassungen [...] verwendet.

wenig überzeugenden Experten: Es gibt die Idee einer extern organisierten Zusammenkunft der Ombudsleute, von der man sich Informationen über die Arbeit ›vor Ort‹ verspricht (*Da bin ich auch schon gespannt, wie dann die tatsächliche Arbeit aus der Perspektive der Ehrenamtlichen – wie sie das wahrnehmen ...*). Eine persönliche Einsicht in diese Arbeit und das konkrete Engagement ›vor Ort‹ scheint nicht zur eigenen professionellen Funktion zu passen. Man führt gleichsam einen (nicht einmal instruktiven) Reformdiskurs ›*oberhalb der Praxis*‹. Die unmittelbare Berührung mit den Menschen und ihren Problemen findet gewissermaßen auf ›*neutralem Terrain*‹ (*Anfang Februar in Berlin*) statt.

Ein weniger provokantes zweites Beispiel, das interessante Interview mit einer Projektberaterin, soll diese Diskursform fairerweise ins rechte Licht rücken:

- I: »Welche Lösungsansätze diskutieren Sie denn so für diese ›weißen Flecken‹²³? Kann man das schon sagen oder ist das noch zu früh?«
- E: »Na ja, ich meine, dieses Caring-Community-Concept ist in aller Munde. Das ist sicherlich eins der interessantesten oder wichtigsten. Was wir auch diskutieren, ist dieses niederländische Modell ›*beds.org*‹, wo das Pflegepersonal dezentral eigenständige Versorgungseinheiten sehr selbständig entwickelt. Das nächste, was wir diskutieren, sind Kooperationen zwischen Pflegedienstleistern, ähm, die halt sich inoffiziell schon längst durchgesetzt haben, weil die sich einfach absprechen, wer wohin fährt. Das darf man nur nicht offiziell sagen, weil der Patient ja das Recht hat, seinen Pflegedienst selber zu wählen. Und faktisch hat er's nich'. Aber das passiert, und da haben wir in dem Vorgängerprojekt versucht, mehr anzusetzen an Kooperation. Das ist aber relativ früh steckengeblieben – einerseits aufgrund von so ›*Konkurrenzdingern*‹ beziehungsweise Unverträglichkeit der ›*Philosophien*‹, andererseits auch aufgrund von, ja, Abrechnungsfragen. Welche Pflegeleitung ist da zuständig? Und die darf dann nicht für einen anderen Pflegedienst arbeiten und so fort. Das ist ... oder welches Auto fährt? Und wie ist das dann versichert? So 'ne Geschichten, so ganz banale, aber die im Detail dann eben nicht so einfach sind. Und es gab, es ist halt so – gerade wenn Sie mit den älteren [Pflegediensten] sprechen –, jede sagt natürlich, ihr Qualitätsmanagementsystem ist das allerbeste, und die Pflege bei ihnen ist die allertollste, und bei allen anderen ist's ja schlecht. Also, Rotes Kreuz fällt über Volkssolidarität her, alle zusammen ziehen die Wohlfahrtsverbände über die Privaten her und die Privaten über die Wohlfahrtsverbände. Und nur bei uns ist es gut, und alle anderen machen's ja falsch. Und es ist gerade bei den älteren

²³ Gemeint sind strukturschwache Randregionen in Brandenburg, die von Pflegediensten aus ökonomischen Gründen (unwirtschaftlich lange Fahrwege) nicht mehr abgedeckt werden.

sehr weit verbreitet. Die haben alle ihr Ethos, ihr Standesberufsethos. Und das ist auch sehr löblich, aber es ist für Kooperation natürlich schwierig ... « (I₁₃)

Einerseits belegt dieser Interviewausschnitt bei seiner Protagonistin ein ganz anderes ›Standing‹ im gesundheitspolitischen Feld als bei dem zuvor präsentierten ›Experten‹. Sie ist informiert – selbst über innovative Konzepte im europäischen Ausland. Und sie wartet mit einer detaillierten Analyse der Kooperationsschwierigkeiten im regionalen Pflegebereich *auf* (*Die haben alle ihr Ethos, ihr Standesberufsethos. Und das ist auch sehr löblich, aber es ist für Kooperation natürlich schwierig ...*). Wir haben es tatsächlich mit einer *Expertin* zu tun.

Allerdings liegt auch ihre Expertise in der Beratung. Sie versteht sich nicht als zupackende Akteurin, als aktiven Teil einer »Gesundheitsbewegung«, sondern als professionelle, aber eben nicht eingreifende Begleiterin von Prozessen an der Basis, die von den dort agierenden Personen selbst initiiert werden müssen. Berater*innen können – in diesem Selbstverständnis – Möglichkeiten »diskutieren«, sie mögen sich anregen lassen von interessanten Projekten anderswo (*Caring-Community-Konzept, beds.org*), sie können sogar den Versuch machen, »mehr an(zu)zetteln an Kooperation«, aber sie müssen auch in Kauf nehmen, wenn dies dann »früh stecken[bleibt]«. Berater sitzen – bildhaft gesprochen – in der ›Proszeniumsloge‹. Sie blicken von oben auf das Geschehen auf der sozialen Bühne – ein wenig unsicher und unerfahren wie im ersten Beispiel, sehr viel souveräner und professioneller wie im zweiten. Die Position indessen ist außerhalb des Geschehens.

Das ist keine Kritik. Es hat ja auch mit demokratischer Bescheidenheit zu tun, Prozesse nicht ›top down‹, sondern eben ›bottom up‹ anzustoßen. Aber es verrät doch eine gewisse Praxisabstinenz. Und genau dies ist symptomatisch für das dazugehörige »Argumentationscluster« *Reformdiskurs*. Es geht um einen Diskursmodus, der sich zwischen den Polen *Funktionalität* und *Kommunikation* bewegt und dessen idealtypischer »Code« durch Reflexivität und Distanz gekennzeichnet ist. Die Verortung dieses Clusters im gesundheitspolitischen »Mentalitätsraum« ist nicht sehr kompliziert.

Es ist das linke obere Feld, das besetzt wird – vielleicht noch eine leichte konnotative Berührung des rechten oberen Feldes (s. Abb. 5)

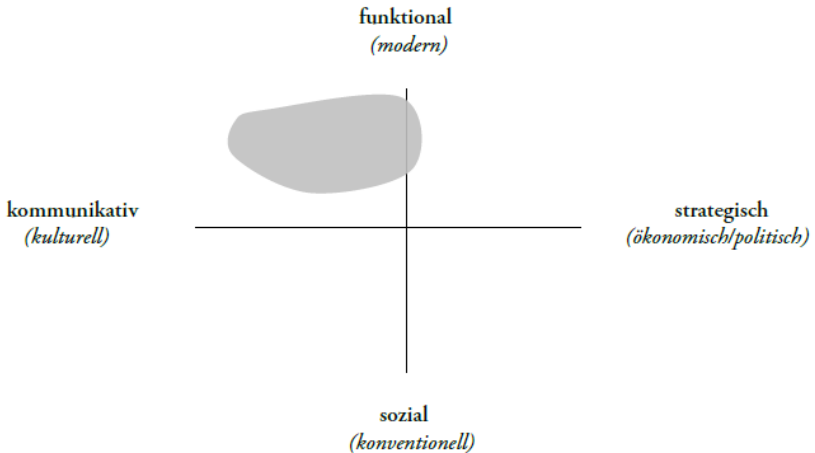


Abbildung 5: Positionierung der Argumentationsfigur »Reformdiskurs«

3.1.2 Argumentationsfigur »Reformpraxis«

Das Argumentationscluster »*Reformpraxis*«, vielleicht die interessanteste Diskursfigur für die Forschungsfrage der Vorstudie, unterscheidet sich in mehrfacher Hinsicht von der ersten Argumentationsvariante: Sie ist weniger homogen und findet sich bei unterschiedlichen Protagonist*innen des Gesundheitswesens. Deshalb besetzt sie auch mehrere Felder des »*Mentalitätsraums*«. Der entscheidende Unterschied ist jedoch die ausgesprochen *pragmatische* Disposition der Repräsentant*innen dieses Argumentationsclusters. Der Manager eines Ärztenetzwerks beschreibt ausführlich eine strategische Innovation:

E: »Die erste Mitarbeiterin, die ich eingestellt habe, war meine jetzige Kollegin [...]»²⁴, und zwar habe ich die abgeworben aus dem Krankenhausentlassungsmanagement. Die hat das Entlassungsmanagement in der Klinik aufgebaut und ist examinierte Krankenschwester, Entlassungsmanagerin [...], und die hab' ich als erste als Case-Managerin eingestellt. Und die hat natürlich vor dem Hintergrund der Versorgungsaufträge von mir immer den klaren Fokus bekommen: ›Ambulant halten!‹ Was die inhaltlich macht, das weiß die ja besser als ich mit dem

²⁴ Eckige Klammer mit Punkten bezeichnet eine ausgelassene Passage, die aus inhaltlichen Gründen unerheblich ist.

Maßnahmen-Hilfeplan aus dem Case-Management – und sie hat ja auch den pflegerischen Hintergrund. Das startet ja immer mit 'nem Hausbesuch und mit dem Maßnahmen-Hilfeplan, und dann wird die Versorgung organisiert – mit den Partnern, Sanitätshäusern, Wundschwestern, alles, was dazu gehört. Ich hab' immer gesagt: ›Fokus bei uns ist, die Menschen so lang' wie möglich gut betreut ambulant zu halten.‹ Und irgendwann, relativ kurz nach ihrer Tätigkeit – so nach'm Vierteljahr, vier Monate – kam sie und sagte: ›Ja, wissen Sie, immer ambulant halten, wie soll ich das machen, wenn ich keine Strukturen habe, wo ich (hinschlagen) kann? Ich hab' hier häusliche Pflege und Betreuungssituationen, gerade im Bereich Demenz. Ich sehe, das geht nicht mehr, weil der Betreuungs- und Pflegebedarf entweder zu hoch geworden ist oder aber in der Überzahl der Fälle, weil ja pflegende Angehörige entweder (akute Probleme) hatten oder aber – das ist ja meist der Ehepartner, der auch nicht jünger ist, nicht wesentlich als der zu Pflegende – körperlich oder geistig so sehr abgebaut hat, dass diese Situation nicht mehr aufrecht erhalten werden kann. Jetzt wäre es gut, wenn wir beispielsweise ein oder zwei Tage die Woche entlasten könnten oder auch drei mit 'ner Tagespflege und zusätzlicher Betreuung. Hab'n wir nich'. Gibt's nich'. Tagespflege gibst's nich'. Ehrenamtliche zusätzliche Betreuung gibt's nich'. Es gibt nur ambulanten Pflegedienst, aber der kommt halt, na ja, macht halt somatische Pflege und macht keine Betreuung in dem Sinne. Wir müssen doch, wir bräuchten das hier!‹ Und so, das war im Prinzip die Initialzündung, dass wir gesagt haben: ›Okay, das wär' jetzt das Dringlichste.‹ Und das Dringlichste war an der Stelle 'ne tageweise Entlastung, also über Tagespflegeangebot.« (I₁₂)

Bemerkenswert an dieser narrativen Rekapitulation ist nicht nur die zupackende Lösungsenergie des Protagonisten, sondern auch seine Bereitschaft, sich auf die Kompetenz seiner Kollegin einzulassen. Die entscheidende Passage seiner »Initialzündung« ist die Rekapitulation der wörtlichen Erzählung der Kollegin, also eine sehr faire und kollegiale Verteilung der ausschlaggebenden Anteile an der notwendigen neuen Organisationsperspektive ›Tagespflege‹.

Entscheidend – im Unterschied zu der Argumentationsfigur »Reformdiskurs« – ist nun allerdings der pragmatische Zugriff, die reale Verbesserung. Es entsteht eine Tagespflegeeinrichtung, und angesichts der Tatsache, dass zuvor zwischen stationärer und Heimversorgung keinerlei Bindeglied bestand, ist diese Entscheidung nicht nur ein humanitärer und sozialer, sondern auch ein ökonomischer Fortschritt: Die Kosten der stationären ›Zwangsbetreuung‹ (weil Alternativen fehlen) wären um ein Mehrfaches höher als die kreative Erfindung der Alternative ›Tagespflege‹.

Eine ähnlich pragmatische Einstellung zeigt auch die angesprochene Kollegin im Ärztenetzwerk, die jetzt als Geschäftsführerin tätig ist:

- I: »Und zwar haben Sie ja die besondere Lösung mit den Agnes2-Kräften, mit der Verortung und der Verbindung der Tätigkeiten, der pflegerischen Tätigkeit und der sozialen sozusagen ...«
- E: »Also, pflegen tun die Agnes-Kräfte nich'. Die machen delegationsfähige Leistungen: Injektion, Verband. Die gucken sich die Patienten an, wenn 'n Verdacht auf eine Erkrankung is' oder ersetzen den Hausbesuch, also messen Blutdruck und solche Sachen – machen sie. Aber waschen, pflegen machen sie nich'.«
- I: »Genau, und da haben Sie ja letztendlich den Pflegedienst, der dann einspringt ...«
- E: »... wenn der Bedarf da is' ...«
- I: »... dann die Ehrenamtler für den Sozialbereich und die Agnes-Kraft für sozusagen ...«
- E: »Das is' 'ne Schlüsselfunktion, auf jeden Fall! Kann man so sagen, ja.«
- I: »Wenn man solche Netzte jetzt nich' hat – die gibt's ja nich' überall –, wie könnten Sie sich das dann sinnvollerweise vorstellen, wie man das integrieren kann oder wie man überhaupt so 'ne Gemeindegeschwester – oder wie immer man das nennt – sinnvoll tätig sein lassen kann?«
- E: »Also, diese Strukturen, die wir haben, gibt's in keinem Netz, also, in Deutschland nich'. Es gibt Netze, die waren auch hier – ganz oft – und haben sich das angeschaut. Und ich glaube, zwei haben jetzt auch Agnes-Kräfte oder sind grad dabei, die im Netz anzustellen. Wenn man das nich' hat, dann gibt's immer noch die Möglichkeit, das über die Arztpraxen zu machen oder über die MVZs²⁵. Es gibt auch MVZs, die, ähm, sagen wir mal, fünf bis sechs oder acht Ärzte in einer großen Räumlichkeit haben. Oder, es muss ja nicht 'mal 'ne Räumlichkeit sein – die könnten zum Beispiel eine Agnes anstellen. Und dann könnte das genauso funktionieren. Aber es is' schlecht, eine Agnes für einen Arzt zu haben, weil jetzt, ähm, ich muss ja auch immer die Wirtschaftlichkeit (einbeziehen). Es wär' natürlich toll, wenn der Arzt das machen würde, aber das is', glaube ich, nich' realistisch.« (I₁₆)

Die Protagonistin betont die besondere Bedeutung der »Agnes-Kräfte« für das Ärztenetzwerk und entwickelt in diesem Kontext zugleich Organisationsideen für andere Institutionen. Im intensiven Dialog mit der Interviewerin, die offensichtlich ihre eigenen Präferenzen *hat (mit der Verortung und der Verbindung der Tätigkeiten, der pflegerischen Tätigkeit und der sozialen sozusagen ...)*, entfaltet sie die Besonderheit der Kooperation ihres Netzwerks (*Also, diese Strukturen, die wir haben, gibt's in*

²⁵ Medizinische Versorgungszentren.

keinem Netz, also, in Deutschland nich'.) und setzt doch sogleich auf die Übertragbarkeit ihrer Erfahrungen in andere Kontexte (*Oder, es muss ja nicht 'mal 'ne Räumlichkeit sein – die könnten zum Beispiel eine Agnes anstellen. Und dann könnte das genauso funktionieren.*). Selbst die spontane Überlegung, dass jede Arztpraxis eine »Agnes« anstellen könnte (*Es wär' natürlich toll ...*), wird durch die nachfolgende pragmatische Überlegung relativiert: »*aber das is', glaube ich, nich' realistisch*«.

Diese Mischung aus tatkräftiger Phantasie und pragmatischem Realismus ist die Basis von konkreter Veränderung des Gesundheitssystems. Doch diese Disposition ist nicht auf das Ärztenetzwerk allein beschränkt, sie zeigt sich etwa auch bei einer Quartiersmanagerin in verantwortlicher Position:

I: »Vielleicht erzählen Sie noch'n bisschen darüber, welches jetzt ... ich habe verstanden, Sie beraten, Sie haben auch Handlungsfelder anklingen lassen, vielleicht führen Sie das noch ein bisschen aus, vielleicht an einem Beispiel ...«

E: »Als Beispiel fällt mir jetzt ganz spontan die »gute Stube« in Frankfurt/Oder ein. Das ist eine ... die Situation ist so, da gibt es drei Hochhäuser mit sozialem Brennpunkt, d. h. die haben ungefähr die Hälfte der Wohnungen Leerstand. Da sind viele Hartz-IV-Empfänger und jetzt mittlerweile auch viele Asylbewerber drin. Und unter den Hartz-IV-Empfängern sind ganz viele junge Mütter, alleinstehend mit Kindern, und aber auch Senioren wohnen dortdrin. Also, es ist ganz bunt gemischt, und aber man sieht auch schon außen, wenn man wirklich daran fährt an diese Blöcke ... ja, also die Umgebung ist nicht schön, sag' ich mal. Und ich würde da auch mein Kind nicht allein draußen spielen lassen. Nun hatte die Wohnungsbaugenossenschaft die Idee, dort 'n Nachbarschaftstreff zu initiieren. Einmal, um 'n Treffpunkt zu schaffen, um nen Raum für'n Treffpunkt, dann, dass die Generationen zusammenkommen, also, Integration mit den Asylbewerbern. Und dass die Senioren, die dort wohnen, vielleicht als Unterstützung für die jungen Mütter ... helfen können, dass sie die Kinder zum Beispiel betreuen, wenn die Mütter mal irgendeinen Termin haben – oder umgekehrt, dass die jungen Mütter mal helfen können, wenn die Senioren mit dem Computer (Schwierigkeiten haben). Also, mehr oder weniger Lernen der Generationen voneinander.«(I₃)

Die Quartiersmanagerin wird noch sehr viel ausführlicher von dem Projekt berichten, wird beschreiben, dass man vor der Einrichtung alle Bewohner der drei Blocks zum Projekt hat Stellung nehmen lassen, dass sie mit ihrer Kollegin nicht nur als Beraterin, sondern auch, wie sie sich ausdrückt, als »*Begleiterin*« tätig geworden sei und dass die »*gute Stube*« bis heute ein lebendiger Treffpunkt ist und von den verschiedenen Bewohnergruppen aktiv und verantwortungsvoll genutzt werde.

Ihre Position – wenn auch als Beraterin – ist also gerade nicht in der ›Proseniumsloge‹ wie in der ersten Argumentationsfigur, sondern sozusagen ›im Getümmel vor Ort‹. Sie kennt sich aus, weiß von den Schwierigkeiten und Konflikten der Bewohner, nutzt aber auch deren Ressourcen und Möglichkeiten. Die Projektidee hat nichts mit ›Gutmenschentum‹ zu tun. Sie ist verantwortungsvoll, nützlich und pragmatisch – ganz in der professionellen Haltung der bereits vorgestellten Protagonist*innen. Offensichtlich ist diese Disposition im »Mentalitätsraum« auch nicht auf einen Quadranten reduziert. Sie findet sich bei Akteur*innen mit reflexivem Profil, aber auch bei Leitungskadern oder Protagonisten, die im unteren linken Quadranten platziert sind. Das Argumentationscluster läuft quer durch den »Mentalitätsraum« und dürfte bei dem vorläufig gewählten Sample die dominierende Argumentationsfigur sein. Das könnte allerdings auch auf einen »Creaming-off-Effekt« beim Erstsampling deuten, der in Nachfolgeforschungen unbedingt korrigiert werden müsste.

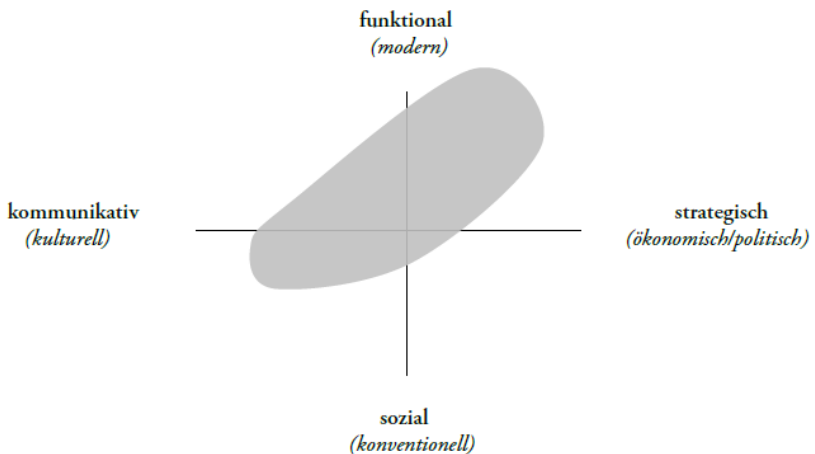


Abbildung 6: Positionierung der Argumentationsfigur »Reformpraxis«

3.1.3 Argumentationsfigur »lokale Verankerung«

Ein wichtiger Diskursaspekt im gesundheitspolitischen »Mentalitätsraum« ist die persönliche Verankerung der Pflegeakteure, aber auch der erfolgreichen Ehrenamtler

›vor Ort‹ – im Dorf, einem Sozialraum ›in Reichweite‹, wo man sich kennt, sich vertraut und deshalb den oder die Andere auch ›an sich heran lässt‹. Neue Strukturen, gerade im ländlichen Gesundheitsbereich, werden nicht wahrscheinlicher, wenn man ältere, gewachsene Strukturen zerschlägt, sondern wenn man ihre Ressourcen nutzt und in die neuen Strukturen sinnvoll integrieren kann. Eine ›Agnes2-Kraft‹ äußert sich präziser zu diesem Sozialraum ›in Reichweite‹:

I: »Wie würden Sie diesen Raum bemessen, den eine Agnes2-Kraft oder eine Community Nurse also (...) übernehmen könnte so als Gebiet? Oder, ich weiß nicht, ob man das an Fällen oder an den Patientenzahlen festmachen sollte?«

E: »Na ja, ich finde also, wichtig ist ja, dass die Leute Vertrauen zu dieser Person haben und dass sie die vielleicht kennen schon (...) aus einer Arztpraxis oder aus einem Krankenhaus heraus. Dass man sagt: ›Mensch, ja, die Schwester Sowieso, die kenn' ich schon und die hat ja auch da und da gearbeitet.‹ Oder ich kenn' die, weil sie vielleicht im Dorf aktiv is', im Dorfleben aktiv is'. Also, und von daher in so 'nem Amtsbereich²⁶, mehrere Dörfer sicherlich. Kann nich' jedes Dorf eine Nurse haben, is' ja wahrscheinlich klar. Vielleicht aus'm Amtsbereich heraus. Aber ich würde sagen, auf keinen Fall größer.« (I₂)

Die relativ ›technische‹ Eingangsfrage der *Interviewerin* (*ich weiß nicht, ob man das an Fällen oder an den Patientenzahlen festmachen sollte?*) beantwortet die Schwester zunächst inhaltlich (*dass die Leute Vertrauen zu dieser Person haben und dass sie die vielleicht kennen schon*). Vertrauen und persönlicher Kontakt sind – jedenfalls für Menschen in ländlichen Regionen – die Voraussetzung von vertiefter Kommunikation und Kooperation. Erst in zweiter Hinsicht ist mit dem Hinweis auf den »*Amtsbereich*« ein konkret nachvollziehbarer Claim gesetzt, der übrigens bereits die Verbindung alter (Dorf) und moderner Strukturen (Ortsamt) repräsentiert. Die Agnes2-Schwester wird bei der konkreten Beschreibung ihres Aufgabengebietes mehrfach die Verankerung im Lokalen zum Thema machen und den Erfolg ihrer Arbeit an das persönliche Vertrauen ihrer Klienten binden. Der ländliche Sozialraum ist auch da noch auf das Vertrauen in nachbarschaftliche Verlässlichkeit und persönliche Nähe angewiesen, wo die dörfliche Idylle längst zerstört ist. Eine bei der Alzheimer-Gesellschaft tätige Pflegerin und Sozialarbeiterin verbindet mit der Argumentationsfigur »*lokale Verankerung*« implizit noch eine Reihe anderer plausibler beruflicher Assoziationen:

²⁶ Mit »*Amtsbereich*« assoziiert die Sprecherin vermutlich das zumeist für mehrere Dörfer zuständige »*Ortsamt*«, Sitz des in der Regel ehrenamtlichen »*Ortsbürgermeisters*« bzw. der »*Ortsbürgermeisterin*«.

I: »Es gibt immer wieder neue Überlegungen zu Konzepten ärztlicher und pflegerischer Versorgung im ländlichen Raum, also, Sie kennen ja die Konzepte wie ›Agnes2‹ oder ›VeraH‹ oder vielleicht auch die Gemeindegeschwester, die zu DDR-Zeiten die Menschen in den ländlichen Gebieten mitversorgt hat. Wenn Sie aus ihrer Erfahrung heraus an solche Konzepte denken, was würden Sie für wichtig erachten? Wie könnte so eine Versorgung (...) nah an den Bedarfen der Leute vor Ort aussehen?«

E: »Na ja, dass man auch mit den Personen in Kontakt bleibt! Ähm, jetzt grad diese Agnes2-Schwestern, die ja wirklich auch in die Häuser reingehen, dass die auch einen Stellenwert haben und dieses Informationswissen, was die da kriegen, dieses ›informelle Wissen‹, auch mit anderen teilen, um zu überlegen, wie man das gestalten kann. (Ich weiß nicht, ob Sie das wissen), im Landkreis Elbe-Elster da haben sie ja diese ›Pflegekreise‹ – den Namen finde ich jetzt nicht so glücklich –, wo sie in einer Gemeinde quasi so kleine Netzwerke aufbauen. Sie nennen's ›Pflegetische‹, ich würd' 'nen anderen Namen geben, um von der Pflege so'n bisschen wegzukommen, und da ist 'ne Agnes-Schwester so 'ne Multiplikatorin, die Koordinatorin. Und die weiß natürlich genau, welche Bedarfe sind. Und da ist es der ›Klassiker‹ in der Straße, wo wirklich viele Pflegedienste (hintereinander herfahren). Und da sitzen die Pflegedienste mit am Tisch, und dass man dann sagt: ›Na, dann fährt doch da nur einer hin, und die andern fahr'n dann da hin.‹ Also, da seh' ich solche Positionen auch der Gemeindegeschwester in welcher Form auch immer (...) schon ganz wichtig. Und sie sind natürlich auch noch der Drahtpunkt zu den Ärzten, die man natürlich schlecht in solche Netzwerkstrukturen oder Kommunikationsstrukturen mitreinkriegt, weil die einfach auch bis oben voll sind und ganz viel abzudecken haben. Also, wenn man die alle in ein Boot kriegen (will) – die professionellen Agnes2, wenn sie denn alle so kommunikativ sind –, liegt auch 'ne große Chance drin, denk' ich schon, auch personabhängig. Ich würde es nicht über einen Kamm scheren, aber grade wenn die ärztliche Versorgung (...) in den Flächen noch minimalistischer wird, wie sie das jetzt schon is', ist das sicherlich 'ne gute Chance – aber immer in Kombination mit allen anderen Akteuren, auch, also, da ist auch der Pastor drin. Also, dann zu gucken, wie könn' wir das gestalten.« (I₆)

Anders als die Agnes2-Kraft macht die Sprecherin in dieser Interviewsequenz deutlich, dass der Bezug zum Sozialraum ›in Reichweite‹ kein Rückgriff auf gewachsene Dorfraditionen sein muss, sondern eine professionelle Notwendigkeit der aktuellen Gesundheitsversorgung darstellt (*grade wenn die ärztliche Versorgung (...) in den Flächen noch minimalistischer wird*). Sie redet auch nicht nur von sozialer Nähe (*dass man auch mit den Personen in Kontakt bleibt*), sondern auch vom Aufbau neuer Netzwerke, also von professionspolitischen Innovationen. Und auch wenn ihr »Pflegekreise« und »Pflegetische« als Labels zu eng sind (*ich würd' 'nen anderen Namen*

geben, um von der Pflege so'n bisschen wegzukommen), ist ihr die Kollegialität und lokale Verbundenheit zentral wichtig (*aber immer in Kombination mit allen anderen Akteuren, auch, also, da ist auch der Pastor drin*).

»Lokale Verankerung« als Diskursmodus meint also mehr als die traditionelle Dorfidylle, und doch sind alle befragten Akteure, die an dieses Muster anschließen – es sind mehr als zwei –, im unteren linken Quadranten platziert, in dem auch das semantische Cluster positioniert ist (s. Abb. 7). Eine gewisse Erinnerung an gute Erfahrungen zur DDR-Zeit – zum Beispiel die Reminiszenz an die »Gemeindeschwester«, der in dem DEFA-Film »Schwester Agnes« (1975) ein Denkmal gesetzt wurde – mag eine Rolle spielen, ist aber gewiss keine Blockade für aktuelles bürgerschaftliches und ehrenamtliches Engagement im Gesundheitsbereich.

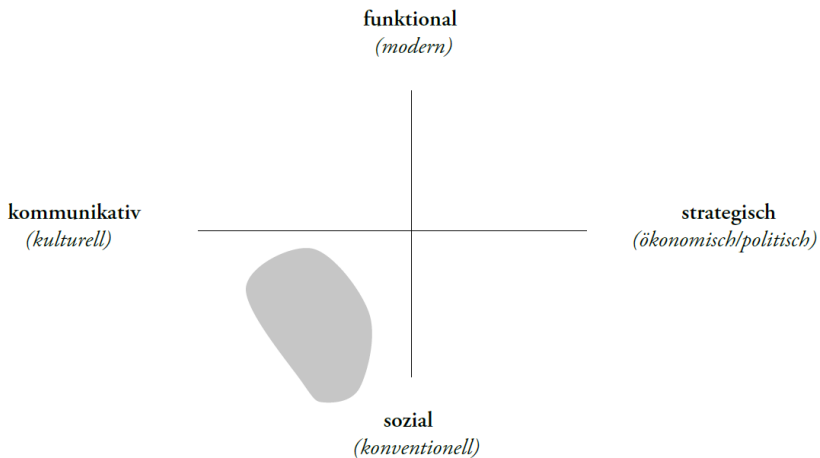


Abbildung 7: Positionierung der Argumentationsfigur »lokale Verankerung«

3.1.4 Argumentationsfigur »professionelle Enge«

Abschließend soll noch eine im gewählten Sample – verglichen mit der Realität der Pflegedienste in der Region – vermutlich unterrepräsentierte Argumentationsfigur zumindest erwähnt werden, die Disposition »professioneller Enge«. Eine stellvertretende Pflegedienstleiterin reagiert auf die Frage der Interviewerin:

- I: »Erzählen Sie mir doch bitte mehr darüber, wie Sie die momentane Versorgung der alten Menschen hier im ländlichen Raum erleben.«
- E: »Schlecht. Also, es is' jetzt mir schon seit Längerem, also, eigentlich seit Anfang des Jahres – geht es schon, dass wir immer wieder Anfragen haben von neuen Patienten und wir immer wieder Patienten ablehnen müssen, weil wir einfach keine Kapazitäten haben. Das Problem ist, wir würden gern auch noch eine Tour eröffnen, ja, uns fehlt aber das Personal dazu. Es kommt halt einfach wirklich an Kräften gar nichts nach. Ähm, wir mussten im letzten Jahr auch schon zwei Touren abbauen, dadurch dass eine Kollegin schwanger geworden is' und somit ins Beschäftigungsverbot gegangen is', und eine is' wieder rübergezogen, also, is' wieder verzogen, so dass wir, wie gesagt, letztes Jahr schon zwei Touren abbauen mussten und, ja, dieses Jahr extrem viele Patienten ablehnen mussten, so dass wir keine neuen Patienten aufnehmen konnten. Was mir jetzt persönlich in letzter Zeit ziemlich häufig aufgefallen ist, dass wenn wir jetzt doch 'ne Krankenhausentlassung haben, dass ich dort immer wieder das Gefühl habe, dass die Patienten einfach so aus dem Krankenhaus entlassen werden, dass vorher gar nichts mehr organisiert wird. Also, das ging mir jetzt drei-, viermal so, wo die Patienten (irgendwo) standen und geweint haben, völlig überfordert waren und gar nicht wussten, was sollen sie jetzt machen. Es war uns immer wieder schwer zu sagen: ›Es tut uns auch leid. Wir können wirklich nich'!‹ Wir müssen ja an unsere eigenen Mitarbeiter denken, dass wir die, die wir jetzt noch haben, auch irgendwie halten können, dass wir die nich' noch mehr ›kaputtspielen‹, dass man das ... Also, es ist schon zunehmend schlecht geworden.« (I₇)

Die Sequenz verrät einen ungewöhnlichen Druck, der auf der Protagonistin lastet. Als stellvertretende PDL ist sie zuständig für die Organisation der Pflgetouren und für das Qualitätsmanagement. D. h. sie ist gezwungen, mit den knapper werdenden Ressourcen des Pflegedienstes zu arbeiten, dem ausgedünnten Mitarbeiterinnenstamm, den zunehmenden Optionen von außen, dem fahrlässigen Entlassungsmanagement der Krankenhäuser. Da ist kein Raum für innovative Überlegungen. Sie wird im Interview später auf eine entsprechende Frage der Interviewerin antworten, dass ihr hier jede Erfahrung fehle. Semantisch überdeutlich wird die Drucksituation an dem äußerst befremdlichen Begriff »kaputtspielen«. Was gemeint ist, erscheint klar, aber warum wird eine Wortzusammensetzung gewählt, in der ein Kontrast zwischen »kaputt« und »spielen« die Situation beschreiben soll? Das Wort verrät einen subtilen Zynismus, der nur durch die absolut undiskutablen Rahmenbedingungen der Pflegedienste erklärt werden kann. Symptomatischerweise wird dieser seltsame Begriff auch von der Leiterin desselben Pflegedienstes verwendet:

I: »Erzählen Sie mir doch bitte etwas über die Menschen, die sich an Sie wenden und deren Situation.«

E: »Das ist auch unterschiedlich. Dadurch, dass sich die Tätigkeitsfelder auf den SGB V- und den SGB XI-Bereich ausweiten, haben wir Patienten, die einfach anrufen und sagen: ›Ich hab' hier 'ne Wunde.« Oder ›Ich schaff's nich', mir Medikamente zu bestellen.« Das is' wirklich 'ne ganz einfache Angelegenheit, die auch zügig zu bewerkstelligen is'. Schwierig sind die aktuellen Fälle, die ... (wo) Patienten gar nicht selber anrufen, ganz oft die Angehörigen in der Tür stehen oder anrufen, fließen auch inzwischen die einen oder anderen Tränen hier im Büro – Angehörige, die man auffangen muss erst mal oben, in 'nem Extrazimmer, weil, ähm, es schlichtweg ... weil sie keinen Pflegedienst finden, der sie aufnimmt, weil die Kapazitäten ausgeschöpft sind und die regelrecht betteln und hoffen, auf irgendwelchen Wartelisten zu landen und hochverzweifelt sind, weil sie nich' wissen – selber sind sie berufstätig –, wie sie ihre Eltern versorgen sollen und einfach keine Hilfe finden aufgrund des Personalmangels. Also, eigentlich trifft sich immer wieder alles an der gleichen Stelle: Personalmangel. Man kann sich die eigenen Leute nich' ›kaputtspielen«, das heißt, man macht an 'nem gewissen Punkt 'nen Cut, weil man natürlich auch seine Leute ordentlich versorgen möchte.«

Zynisch ist eigentlich nicht das hier wiederholte Wort »*kaputtspielen*«, zynisch ist die Situation, in die Pflegedienste in strukturschwachen ländlichen Regionen fast zwangsläufig geraten und deshalb zum Selbstschutz eine gewisse professionelle Enge entwickeln müssen (*Also, eigentlich trifft sich immer wieder alles an der gleichen Stelle: Personalmangel.*). Das erschwert strategische Phantasien über den eigenen Horizont hinaus und reduziert die mentale Orientierung auf den Quadranten zwischen den Polen »*strategisch*« und »*konventionell*«. Kritisch muss allerdings auch hier eingeräumt werden, dass das Erstsamples viel zu wenige Protagonist*innen aus dem Bereich der Pflegedienste enthält – vermutlich ebenfalls ein »*Creaming-off-Effekt*« für die vorläufige Beurteilung der Gesamtsituation, weil damit die Bedeutung struktureller Blockaden spürbar minimiert wird. Jedenfalls ist das Argumentationscluster »*professionelle Enge*« eindeutig im rechten unteren Feld des »Mentalitätsraums« zu platzieren.

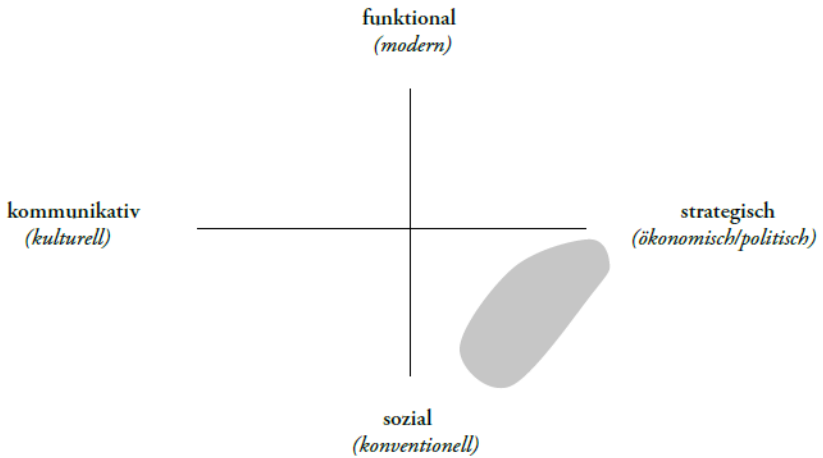


Abbildung 8: Positionierung der Argumentationsfigur »professionelle Enge«

Das vorläufige Ergebnis der qualitativen Clusteranalyse zeigt, dass drei der identifizierten Argumentationsfiguren (»Reformdiskurs«, »lokale Verankerung« und »professionelle Enge«) an bestimmte berufliche Habitusgrenzen gebunden bleiben: den des »klassischen Beraters«, der eine gewisse Distanz zur Praxis pflegt; den der »traditionellen Gemeindegewerkschafterin«, die zwar völlig zurecht auf einer intensiven sozialen Verankerung im Sozialraum ihrer engeren Aktivität besteht, aber möglicherweise neuen professionellen Perspektiven mit Abstand begegnet; und den des »konventionellen Pflegedienstes«, der aus Gründen des akuten Personalmangels – vor allem an Fachkräften –, gelegentlich auch aus wirtschaftlichen Gründen, strikt auf das engere berufliche Handeln konzentriert bleibt. Diese Tendenzen sind zweifellos eher *Hinderungsgründe* für eine Öffnung des Gesundheitssystems in ländlichen Regionen hin zu innovativen Modellen, wie sie in dem Cluster »Reformpraxis« repräsentiert sind. Diese Argumentationsfigur ist auch nicht an ein bestimmtes berufliches Erfahrungsfeld gebunden. Es ist vielmehr im gesamten »Mentalitätsraum« präsent. Die Hypothese erscheint deshalb nicht völlig unplausibel, dass durch diese Argumentationsfigur der gesundheitspolitische Diskurs eine interessante Öffnung erfahren könnte.

3.2 Typologie der »Ankerfälle«

Dieses Zwischenergebnis soll an einer analytisch gleichsam ›querliegenden‹ Betrachtung des qualitativen Datenmaterials kritisch überprüft werden: der Rekonstruktion von sogenannten »Akteurstypen«. Akteurstypologien sind an Personen gebunden. Sie bezeichnen eben nicht nur Diskursmodi, sondern gewissermaßen verschiedene ›Handlungsvarianten‹, die professionellen Expert*innen in dem entdeckten »Mentalitätsraum« zur Verfügung stehen. Dabei haben sich aus dem Material fünf Typen angeboten: der Typus »Landarzt«, der allerdings nur einmal besetzt ist, der Typus »neue Agnes«²⁷, der Typus »wissenschaftliche Beraterin«, der Typus »Reformer«, schließlich der Typus »Pflegedienst«. Diese Typen sollen im Folgenden ausführlicher charakterisiert und durch fünf »Ankerfälle« vorgestellt werden.

3.2.1 Typus »Landarzt«

Professionelles Porträt. Herr Weidenhorst²⁸ ist 56 Jahre alt. Er ist seit fast 20 Jahren niedergelassener Hausarzt in einer landärztlichen internistischen Praxis, in der er auch eine Agnes2-Schwester angestellt hat. Darüber hinaus ist er in der »Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung« (SAPV) überregional tätig. Herr Weidenhorst ist außergewöhnlich sparsam mit biographischen Informationen. Wichtig ist ihm zu betonen, dass er aus einer ländlichen Region stammt, und es steht für ihn fest, dass er »nicht in die Stadt« möchte. Er »wollte Landarzt werden«. Da er nach Medizinstudium und Facharztausbildung in seiner Geburtsregion kein passendes Stellenangebot findet, verschlägt es ihn in die ländliche Region (Süd-)Brandenburgs, in der er heute noch lebt und arbeitet. Seine Ehefrau unterstützt ihn als Krankenschwester in seiner Praxis. Die berufliche Tätigkeit ist durch eine hohe Arbeitsintensität und massive zeitliche Belastung gekennzeichnet. Dies schließt – neben den langen Wochentagen – die Wochenenden mit ein (*es ist immer irgendetwas*). Denn er versteht sich als immer verfügbarer Ansprechpartner seiner Patient*innen, aber auch allgemein als Beratungsinstanz für die Leute auf dem Land. Außerdem ist er in die Akutversorgung schwerstkranker Palliativpatient*innen eingebunden. Als »einzigem Ausgleich« erlaubt er sich täglich mittags eine Stunde Pause, in der er joggt.

²⁷ Mit dem Label »Agnes« ist übrigens mehr verbunden als die sympathische Erinnerung an jene Gemeindefrau gleichen Namens in dem DEFA-Film von 1975. AGNES ist ein Akronym für »Arztentlastende Gemeinde nahe E-health Systemische Intervention«, also eine gesetzlich festgelegte und zwischenzeitlich schon modifizierte Arbeitsweise spezialistisch weitergebildeter Pflegekräfte.

²⁸ Der Name ist selbstverständlich (wie alle Folgenamen) ein Pseudonym.

Auf die Frage der Interviewerin, wie er zu seiner jetzigen Tätigkeit gelangt sei, antwortet Herr Weidenhorst überraschend einsilbig:

E: »Ich wollte Landarzt werden. [...] Mehr kann ich dazu eigentlich nicht sagen. Ich wollte nicht in die Stadt gehen. Ich komme ja selbst vom Land (...) und wollte das gern machen. Ich konnte nun nicht nach Norddorf gehen, hab' da nichts Entsprechendes gefunden, was mir gefallen hat, und bin dann hier gelandet.«

Das Anfangsstatement (*Ich wollte Landarzt werden*) wirkt wie ein gleichsam unausweichliches »Schicksal«. Erst implizit wird im Verlauf des Interviews deutlich, dass Weidenhorst offenbar aus einem Arzthaushalt stammt. Er gibt indessen keine expliziten Informationen über seinen familiären Hintergrund und erzählt auch nichts über seine Studienerfahrungen. Nur der scheinbar nicht in Frage zu stellende Wunsch, »Landarzt« zu werden, steht am Anfang seiner beruflichen Biographie.

Gewöhnlich beschließt man als junger Mensch, Medizin zu studieren – vielleicht um sich später auf ein Facharztprofil vorzubereiten oder als Allgemeinmediziner zu praktizieren. Von Beginn an, »Landarzt« werden zu wollen, ist gewiss ungewöhnlich. Die Stadt ist für ihn keine Alternative. Und selbst wenn in der zunächst präferierten Herkunftsregion »*nichts Entsprechendes*« gefunden werden konnte, erscheint die brandenburgische ländliche Provinz noch passend. Hier ist Weidenhorst »*gelandet*« und lebt und arbeitet seitdem als niedergelassener Landarzt.

I: »Wie sieht Ihr jetziger Tätigkeitsbereich aus – konkret?«

E: »Was meinen Sie'n damit?«

I: »Also, Sie sind ja auch sicherlich viel unterwegs – oder auch in der SAPV-Versorgung. Hab' ich schon gehört, dass Sie da Teil sind ...«

E: »Im Prinzip hat man 'ne Fünftage-, 'ne komplette Arbeitswoche ohne Freizeit, also. Und da braucht man ... So'n normales Leben wie einer, der acht Stunden arbeiten geht, hat man einfach nicht. Das einzige, was ich mir 'mal rausnehme, is' mittags 'mal 'ne Runde laufen, eben. Ansonsten hat man keine Zeit, und meistens ist man erst nach neun zu Hause. Fast, also, durchgängig, also, fast immer. Also, freitags, da isses vielleicht, dass man um sechs vielleicht zu Hause is' – oder um fünf. Und dann ist es ja noch so, dass am Wochenende immer irgendwas is', jedes Wochenende. Irgendeiner hat immer was, ob's ein SAPV-Patient is' oder einer, der zu Hause klingelt.«

Die Nachfrage irritiert Herrn Weidenhorst. Was meint die Interviewerin mit »konkret«? Der fiktive ›innere Dialog‹ ließe sich vermutlich leicht fortsetzen: ›In meinem Tätigkeitsbereich ist nichts abstrakt. Alles ist konkret.‹ – Nach der offenbar ausreichenden Konkretisierung der Interviewerin kommt ohne Zögern die klare Antwort: ›Im Prinzip hat man 'ne Fünftage-, 'ne komplette Arbeitswoche ohne Freizeit ...‹ Mit anderen Worten: ›Man ist sozusagen rund um die Uhr am Ball. Die einzige Ausnahme ist (der) Mittagslauf.‹ Die Landarztexistenz ist dem bäuerlichen Leben nicht unähnlich. Man ist eigentlich nie ›außer Dienst‹. Auch die Wochenenden sind belegt. Landarzt sein heißt: *Immer und für alle da sein.*

Man bekommt bei Weidenhorsts Ausführungen zweifellos den Eindruck, dass diese Existenz eine Last ist, aber man spürt zugleich, dass er dieses ›Joch‹ nicht nur mit Würde und Verantwortung, sondern auch mit einer gewissen Selbstverständlichkeit trägt, dass es gewissermaßen zu seiner professionellen Identität gehört. Ein Problem – auch des aktuellen Gesundheitssystems – ist vielleicht, dass diese Haltung nicht mehr zeitgemäß erscheint. Junge Ärztinnen und Ärzte meiden die alten Landarztpraxen, weil sie genau mit solchen impliziten Erwartungen verknüpft sind, die eben rationale Planungen erschweren und ein bewusstes Familienleben praktisch unmöglich machen. Für Weidenhorst hat dieser konventionelle berufliche Habitus allerdings durchaus Qualitäten:

E: »Ich finde, dass die hier gut betreut sind, unsere Leute. Und die meisten wissen das ja auch – hier.«

I: »Vielleicht erzählen Sie mir noch ein bisschen was zu den Menschen, die sich an Sie wenden, und deren Situation.«

E: »Also, die Landbevölkerung ist sehr ›arztaffin‹, sagen wir mal so. Die wechseln den Arzt nich' so schnell. Und die sind dem Arzt lange Zeit treu. Und als ich hier angefangen habe, hab' ich gedacht: ›Das schaffst du nich', an die ranzukommen, weil die den alten Ärzten – die sind den' treu!‹ Und das hat lange gedauert. Das entwickelt sich dann erst, dass welche kommen und dann ihre Familie mitbringen. Und wenn sie dann kommen, sind sie unheimlich treu und manchmal die ganze Familie. Also, es ist nich' so wie in der Stadt, dass da – dass da, da mal hingefahr'n wird und da mal zum Facharzt gefahr'n wird. Die fragen wirklich – die fragen mich, was sie machen sollen. Und die fragen – die rufen mich auch aus dem Krankenhaus an, was sie machen sollen, ja, ob sie das machen sollen, die OP oder ob sie das machen sollen ... Also, da kriegt man aus der Schweiz Anrufe, was sie jetzt machen sollen. Die sind da im Krankenhaus, ob ›die‹ das machen dürften. Das ist Wahnsinn, manchmal.«

Es ist nicht einfach nur die »*Treue*« der Patienten auf dem Lande, die hier als Qualität hervorhebenswert erscheint, die Integration des Arztes in ihre Familie und in ihr ganzes Leben (*Also, da kriegt man aus der Schweiz Anrufe, was sie jetzt machen sollen. Die sind da im Krankenhaus, ob ›die‹ das machen dürften. Das ist Wahnsinn, manchmal.*). Es ist die implizite Darstellung der Entwicklung einer Beziehung zwischen Arzt und Patienten. »*Treue*« ist nicht von Anfang an da. Sie muss allmählich erworben werden (*Das entwickelt sich dann erst*).

Interessanterweise beginnt Herr Weidenhorst die verdeckte Rekonstruktion der Arzt-Patienten-Entwicklung mit einer ungewohnt intellektuellen Feststellung (*Also, die Landbevölkerung ist sehr ›arztaffin‹, sagen wir mal so.*). Das liest sich wie ein Statement, das ein junger Mediziner aus einer medizinsoziologischen Vorlesung über das Verhalten der Landbevölkerung in die Praxis mitbringt (*Die wechseln den Arzt nich' so schnell. Und die sind dem Arzt lange Zeit treu.*). Der Ton verändert sich jedoch mit der Erinnerung an die Gefühle bei Berufsbeginn (*Und als ich hier angefangen habe, hab' ich gedacht: ›Das schaffst du nich', an die ranzukommen, weil die den alten Ärzten – die sind den' treu!‹*). Aus dem distanzierten soziologischen Blick ›von oben‹ wird die große Unsicherheit im ›Hier und Jetzt‹ (*als ich hier angefangen habe*). Man kann den Übergang von der Theorie zur Praxis fast sinnlich nachempfinden. Aber die Ängste der frühen Berufszeit lösen sich (*Das entwickelt sich dann erst, dass welche kommen und dann ihre Familie mitbringen. Und wenn sie dann kommen, sind sie unheimlich treu und manchmal die ganze Familie.*), bis die Enge der Beziehung auch zur Belastung werden kann (*Das ist Wahnsinn, manchmal.*).

In jedem Fall wird ein Prozess sichtbar, der keineswegs nur ›*konventionell*‹ ist (»*Treue*«). Nicht die bloße Autorität des Arztes garantiert diese Qualität, sondern eben das allmählich wachsende Verhältnis wechselseitiger Verlässlichkeit, also eine von beiden Seiten erwünschte und verantwortete kommunikative Praxis – wenn man so will: ein Lernprozess, der durchaus als ›*modern*‹ betrachtet werden kann (*Die fragen wirklich – die fragen mich, was sie machen sollen ...*). Der hier charakterisierte Landarzt ist nicht einfach eine Figur aus dem 19. Jahrhundert, sondern ein Akteur, der – ein wenig modifiziert – auch im 21. Jahrhundert noch eine zentrale Funktion hätte. Das macht auch ein herausforderndes Beispiel aus der aktuellen Praxis von Herrn Weidenhorst deutlich:

E: »Ich hab' das ja selbst jetzt – gestern war jemand hier, (...) der is' vor zwanzig Jahren hierher gezogen, (...) der kommt aus Berlin. Der hat 'ne Stiefmutter in Berlin, die'n behinderten Sohn

hat. Jetzt is' die Stiefmutter an Krebs erkrankt. Sein Vater ist schon tot. Jetzt kommt der gestern zu mir, braucht Hilfe: Er will seine Stiefmutter hierher holen. Also, das gibt's hier auf dem Dorf (...), obwohl, er könnt' ja auch sagen: ›Was geht mich meine ehemalige Stiefmutter an?‹ Der holt jetzt seine Stiefmutter her und hat gestern mit mir geklärt, wie wir das hier – SAPV-mäßig – die Versorgung machen, und wie wir auch den behinderten Stiefbruder betreuen.«

Das Vorhaben ist in der Tat herausfordernd, aber nicht allein, dass eine solche Fürsorgeidee im dörflichen Kontext offenbar keine Ausnahme ist (*Also, das gibt's hier auf dem Dorf (...), obwohl, er könnt' ja auch sagen: ›Was geht mich meine ehemalige Stiefmutter an?‹*), die ›Lösung‹ – hier mit dem Kürzel »SAPV-mäßig« nur bescheiden angedeutet – bezieht sich auf ein hochmodernes Netzwerk der Palliativversorgung, eben die »Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung« (SAPV), in die Professionelle und Ehrenamtliche gleichermaßen eingebunden sind und in der sich Herr Weidenhorst seit Beginn seiner Landarztpraxis maßgeblich engagiert.

Wir haben es also mit einem Akteurstypus zu tun, der gewissermaßen im Zentrum des identifizierten »Mentalitätsraums« steht – am stärksten wahrscheinlich dem »Code« *Engagement und Verantwortung* verpflichtet, aber durchaus auch mit den modernen »Codes« vertraut und selbst mit Sympathien zu dem konventionellen »Code« *Kontrolle und Bestandswahrung*, der der landärztlichen Fürsorgepflicht nicht vollkommen fern ist. Dieser Akteurstypus hat eine *Schlüsselfunktion* bei der notwendigen Reform des Gesundheitswesens im ländlichen Raum, weil er zu allen Protagonisten und Interessenvertretern in diesem Raum unmittelbare Verbindungen hat. Seine Positionierung dürfte etwa in der folgenden Abbildung angemessen getroffen sein.

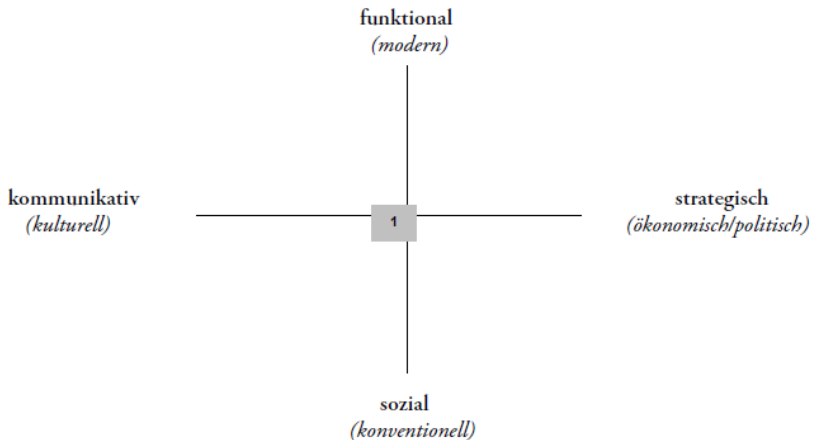


Abbildung 9: Positionierung des Typus »Landarzt«

3.2.2 Typus »neue Agnes«

Professionelles Porträt. Frau Kerschau ist 43 Jahre alt. Sie ist regional und auf Landesebene beratend tätig im Bereich Alltagsunterstützende Angebote (AUA) im Rahmen des SGB XI. Damit ist sie mit dem Aufbau von Bürger-Profi-Mix-Strukturen im Bereich Pflege und sozialer Betreuung befasst.

Bei Frau Kerschau entsteht – familiär bedingt – schon im jugendlichen Alter der Wunsch, einen Beruf in der Pflege zu ergreifen, als sie nämlich ein Schülerpraktikum im Krankenhaus auf der Station ihrer Cousine absolviert. So beginnt sie direkt nach Abschluss der 10. Klasse eine Ausbildung zur Krankenschwester im Krankenhaus, in dem sie zunächst auch arbeitet. Sie durchläuft verschiedene Stationen, auch den OP-Bereich. Allerdings bemerkte sie: »*der Durchlauf war ja enorm damals schon*«. Sie entschließt sich, in die Altenpflege zu wechseln, um sich »*so 'n Bezug auch zu den Patienten auf[zu]bauen*«. Nach kurzer Zeit in einer ambulanten Pflegeeinrichtung wird sie von ihrer Chefin gefragt, ob sie sich vorstellen könne, eine Weiterbildung zur Pflegedienstleitung zu absolvieren. Sie beginnt diese Weiterbildung, stellt allerdings fest, dass ihr das dort vermittelte Wissen keinen praktischen Nutzen bringt. Sie entschließt

sich zu einem vierjährigen Vollzeitstudium *Pflegemanagement*, das sie 2006 mit einem Diplom beendet und das ihr ermöglicht, besser in einer Leitungsfunktion zu *arbeiten (bin danach wieder als PDL in die Altenpflege gegangen, und das hat viel besser funktioniert)*. Allerdings wird sie in dieser Tätigkeit mit verschiedenen Spannungsfeldern konfrontiert, mit denen sie nicht gut umgehen kann. Sie muss ihren eigenen Anspruch einer guten Pflege den Zeitvorgaben der Pflegekassen unterordnen und muss Konflikte zwischen Vorgesetzten und Untergebenen ausgleichen (*Druck von oben, Druck von unten, man selber wollte es allen Recht machen, und bin da relativ schnell in dieser Mühle zermahlen worden, sag' ich mal, (...) weil, ich hatte auch immer den Anspruch an mich, äh, ich möchte die alten Menschen so pflegen wie ich's selber erwarten würde. Und, das geht einfach nicht mit den Zeitvorgaben der Pflegekassen*). Sie erkrankt an Depressionen und ist ein ganzes Jahr arbeitsunfähig. In dieser Zeit fällt ihr die Stellenausschreibung der Landesinstitution in die Hände, und sie bewirbt sich darauf, weil sie davon ausgeht, über »*genug Berufserfahrung*« zu verfügen. Sie wird angenommen, und die beratende Tätigkeit im ambulanten Bereich gefällt ihr sehr gut: »*einerseits, mit dem Blick auf die alten Menschen, weil ich aus der Erfahrung heraus auch weiß, wie die ticken, was die sich eigentlich wünschen*«. Hinzu kommt, dass sie in ihrem neuen Bereich an ihr handlungspraktisches Wissen anschließen kann (*ist praktisch da, wo ich herkomme ((lacht)), 'ne also, ambulante Versorgung, Quartiersentwicklung, ähm, war für mich im Kleinen, also, A-Träger hat auch, äh, wo ich Pflegedienstleiterin war, 'ne ambulante Pflege aufgebaut – mit 'ner Tagespflege und 'nem betreuten Wohnen, also, da war ich – war dann auch Quartiersmanagerin*).

Frau Kerschau ist ganz offensichtlich ›breiter‹ qualifiziert. Sie hat nicht nur den Pflegehintergrund, für den sie sich sehr früh entschieden hat, sie ist heute auch »*Quartiersmanagerin*« – eine zeitgenössische Variante der Sozialarbeit in gehobener und anspruchsvoller Position. Auf Nachfrage der Interviewerin nach neuen Pflegekonzepten kann sie kompetent auf ihre Erfahrungen zurückgreifen:

I: »Es gibt immer wieder Überlegungen zu neuen professionellen Konzepten ärztlicher und pflegerischer Versorgung für den ländlichen Raum. Ähm, ja, die ›*Agnes2-Schwester*‹ wurde hier zum Beispiel, ne, umgesetzt, oder auch ›*Vera*‹. Oder vielleicht erinnern Sie sich auch an die ›*Gemeindeschwester*‹, die zu DDR-Zeiten, äh, die Menschen mitversorgt hat?«

E: »Ja.«

I: »Ähm, wenn Sie aus Ihrer Erfahrung heraus an solche Konzepte denken, was würden Sie für wichtig erachten? Wie könnte so eine Versorgung nah an den Bedarfen der Menschen aussehen?«

E: »Es ist natürlich immer ne Frage der Finanzierung, aber diese ›Agnes‹ ist in meinen Augen gar nicht schlecht, weil, ich weiß – früher zu DDR-Zeiten diese Gemeindegeschwester, die es in jedem Dorf gab –, das war doch was Gutes. Das war doch wirklich was Gutes. Die hat mit den Ärzten in der Stadt, ist dort täglich hin, hat halt geguckt, äh: ›Brauch‹ ich 'ne neue Verordnung? Brauch ich irgendwelche Medikamente? et cetera.‹ Die hat alles vor Ort gemacht, äh. Es war zwar 'ne Fachkraft, aber die hat dann halt auch, äh, Körperpflege et cetera gemacht, übernommen, unterstützt. Warum, warum sowas nicht? ne? Na, sicherlich ist es finanziell und muss man schauen, wie kann man das absichern? Oder wie kann man es finanzieren, ne? Aber, und (...) inwieweit würde es, äh, Pflegediensten Konkurrenz machen, ne? Also, (...) das fand ich, war 'ne richtig gute Struktur, die wir da damals hatten. Ich mein', wir hatten damals, äh, auch 'ne andere Geburtenrate – davon abgesehen –, aber da konnte man doch sagen: ›In jedem Dorf war die Versorgung abgesichert.‹ (...) Aus dieser Sicht.«

Frau Kerschau ist keine ›Utopistin‹. Sie ist Pragmatikerin. Auf die Zukunftsfrage der Interviewerin antwortet sie ganz realistisch mit dem Hinweis auf den Finanzrahmen (*Es ist natürlich immer 'ne Frage der Finanzierung*). Dann nimmt sie nicht das Zukunftsmotiv auf, sondern bezieht sich auf die Erfahrungen aus der Vergangenheit (*früher zu DDR-Zeiten diese Gemeindegeschwester, die es in jedem Dorf gab – das war doch was Gutes. Das war doch wirklich was Gutes.*). Die doppelt positive Bewertung macht deutlich, dass im Vergleich zu der Situation in der DDR aktuell ein Defizit zu spüren ist: Eine ›neue Agnes‹ nach dem Vorbild der alten ›Gemeindegeschwester‹ hätte durchaus eine Funktion im ländlichen Gesundheitssystem. Aber es gibt für Frau Kerschau auch hier wieder pragmatische Einwände: die *Finanzierung* (*Na, sicherlich ist es finanziell und muss man schauen, wie kann man das absichern?*) und die mögliche Konkurrenz (*und (...) inwieweit würde es, äh, Pflegediensten Konkurrenz machen, ne?*).

D. h. die Antwort auf die Frage nach der zukünftigen Versorgung »nah an den Bedarfen der Menschen« wird mit einem deutlichen Hinweis auf die Erfahrungen in der Vergangenheit verbunden. Das bedeutet: ›Es gibt Ressourcen, die wir nicht ungestraft aufgeben sollten.‹ Gewiss muss der Finanzrahmen ernst genommen werden. Sicher sollen keine falschen Konkurrenzen zu den Pflegediensten entstehen, die erst nach der Wende etabliert wurden. Und doch wäre es verantwortungslos, das damals Richtige ohne Not aufzugeben (*das war doch was Gutes. Das war doch wirklich was*

Gutes.) Es gibt ja durchaus *Anknüpfungspunkte* (*diese ›Agnes2‹ ist in meinen Augen gar nicht schlecht*). Frau Kerschau ist offen für Weiterentwicklungen, vorausgesetzt, sie sind realistisch. Dass sie nötig sind, machen andere Erfahrungen deutlich, die sie als Beispiel anführt:

E: »Es ist auch sehr schwer, äh, im ländlichen Bereich an Informationen zu kommen. Ja, also, da (...) sind selbst Bürgermeister – wir hatten im letzten Jahr im September 'n Dialogforum in H-Stadt –, und da war selbst der Bürgermeister aus einem Ort, äh, völlig hilflos, wie er denn jetzt an Informationen in seinem Dorf käme. Äh, welche alten Menschen eigentlich Unterstützungsbedarf haben und welche nicht. Und da gibt es auch das Projekt der Dorfkümmerner in D-Stadt ((räuspert sich)), und die haben rund um D-Stadt im Ländlichen pro Dorf, sag ich mal, einen Dorfkümmerner. Und die sind in diesem Dorf aufgewachsen, leben dort und kennen die Menschen. Und die haben dadurch eigentlich einen leichteren Zugang. Aber auch nicht so, dass jetzt wirklich jeder die Tür aufmacht und sagt: ›So, hier, ich brauch jetzt Unterstützung.‹ Es ist auch vielerorts so, dass die Menschen sich einfach schämen, dass es sehr schambesetzt ist, wenn man auf einmal Hilfe und Unterstützung benötigt. Und vielerorts, wo (...) die Angehörigen noch da sind, wird's auch durch Angehörige blockiert. Komischerweise, also, äh, die sind dann nicht froh, wenn jemand kommt und Hilfe anbietet, sondern die haben dann auch meistens Angst, uns wird finanziell hier irgendwas weggenommen. Die meisten haben ja dann einen Pflegegrad, äh, wo praktisch, äh, das Pflegegeld durch die Angehörigen, ähm, bezogen wird, und die haben dann wirklich Angst, dass durch die Betreuung – ob's ehrenamtlich ist oder nicht –, dass dann diese 125 Euro für die zusätzliche Betreuung, äh – der Entlastungsbetrag –, dass der dann wirklich abhanden kommt. Und die sehen dann im Prinzip noch nicht diese ›Win-Win-Situation‹: Einerseits, dass sie entlastet sind, Zeit für sich haben oder Termine wahrnehmen können oder was auch immer. Und dann, dass der Angehörige aber auch profitiert davon, weil er in der Zeit durch jemand anderen betreut wird. Natürlich muss man da gucken: ›Ist das Vertrauensverhältnis überhaupt da, ne?‹ Und (...) sobald das stimmt, äh, ist das doch schön. (...) Und auf dem Dorf da ist das dann auch so, dass (...) sie denn meistens gucken, äh, auf, auf Treffpunkte von alten Menschen. Die gehen meistens auch da hin und horchen da mal nach, weil, der eine weiß was vom andern Mensch: ›Da könntest du mal schauen gehen.‹ Oder: ›Da ist vielleicht Not am Mann.‹ Also, auf Friedhöfen oder so, oder wenn Mann-Frauen-Vereine sind, ist das ganz unterschiedlich. Das ist auch – man kann das auch nicht von Dorf zu Dorf so kopieren, ne? Das sind – es ist, wie gesagt, immer individuell. Das macht unsere Beratung auch so spannend, ne? Ja, das war's jetzt so an anhand der Praxisbeispiele.«

Die hier ausgewählte Erzählsequenz stammt aus einem ganzen Set von Berichten über neue Projekte der Organisation von vorpflegerischen Hilfen und Unterstützungsmodellen, die Frau Kerschau präsentiert. Das Besondere an diesen Erzählungen ist nicht nur die Vielzahl an Projekten, die sie anspricht, sondern dass sie niemals nur die interessanten Seiten dieser Projekte hervorhebt, die sich politisch gut »verkaufen« lassen. Sie stellt sich als Akteurin auch nie in den Vordergrund. Wichtig ist ihr immer die konkrete Praxis selbst, und deshalb beschreibt sie präzise auch die Konflikte und Probleme. Dies tut sie nicht, um die verschiedenen neuen Ansätze abzuwerten, sondern um deutlich zu machen, wie kompliziert die Umsetzung neuer Modelle sein kann. Ihr Realismus will nicht entmutigen, sondern aufmerksam machen auf das, was interessierte »Mitmacher« erwartet. Am »Dorfkümmerner-Projekt«, das sie im hier ausgewählten Textabschnitt thematisiert, wird zunächst eine besondere Ressource, die Nähe zu den Leuten im Dorf, *hervorgehoben (Und die sind in diesem Dorf aufgewachsen, leben dort und kennen die Menschen. Und die haben dadurch eigentlich einen leichteren Zugang.)*. Bemerkenswert ist nun, dass sie es bei dieser wichtigen Voraussetzung nicht belässt, sondern eine Reihe von Gründen anführt, die dennoch den Kontakt zu Betroffenen erschweren könnten: die Scham, Hilfe annehmen zu müssen beispielsweise (*Es ist auch vielerorts so, dass die Menschen sich einfach schämen, dass es sehr schambesetzt ist, wenn man auf einmal Hilfe und Unterstützung benötigt.*) oder auch die Befürchtung der Angehörigen, sie könnten das Pflegegeld verlieren (*und die haben dann wirklich Angst, dass durch die Betreuung – ob's ehrenamtlich ist oder nicht –, dass dann diese 125 Euro für die zusätzliche Betreuung, äh – der Entlastungsbetrag –, dass der dann wirklich abhanden kommt.*). Die prinzipiell mögliche »Win-Win-Situation« tritt keineswegs »automatisch« ein. Sie muss durch vorsichtige Aushandlungsprozesse erst hergestellt werden. Auf solche Aushandlungsprozesse ist Frau Kerschau vorbereitet. Sie weiß, dass Dörfer jeweils unterschiedlich »ticken« (*Das ist auch – man kann das auch nicht von Dorf zu Dorf so kopieren, ne?*). Man muss genau hinsehen und den Einzelfall ernst nehmen (*Das sind – es ist, wie gesagt, immer individuell.*). Aber genau das interessiert sie professionell (*Das macht unsere Beratung auch so spannend, ne?*). Frau Kerschau ist gleichsam der Prototyp einer »neuen Agnes«. Mit ihrer Reminiszenz an die Ressourcen der DDR-Vergangenheit (»Gemeindeschwester«) hat sie hohe Affinitäten zu dem »Code« *Engagement und Verantwortung*; mit ihren genauen Rekonstruktionen der Probleme von Praxisfeldern berührt sie auch den »Code« des moderneren Feldes links oben.

Dabei realisiert sie auf ihre eigene Art den Aspekt »Reflexivität«, ganz gewiss aber nicht »Distanz«, denn selbst als Quartiersberaterin bleibt sie nah an der alltäglichen Praxis – ist gleichsam Teil davon.

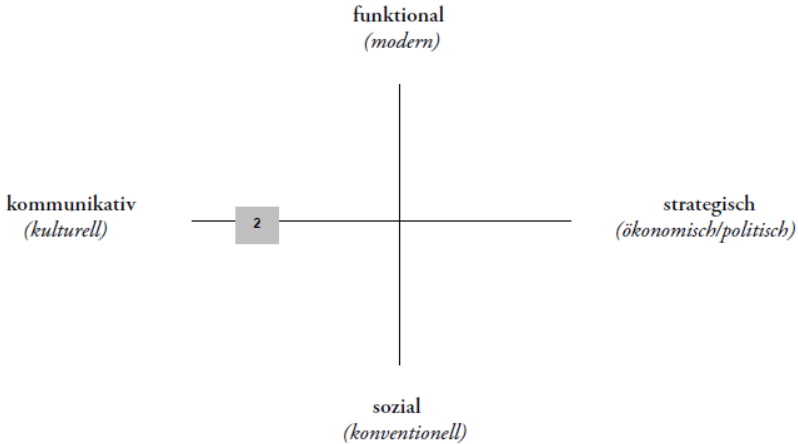


Abbildung 10: Positionierung des Typus »neue Agnes«

3.2.3 Typus »wissenschaftliche Beraterin«

Professionelles Porträt. Frau Pasteur ist 62 Jahre alt. Sie ist Geschäftsführerin eines Entwicklungsbüros für Arbeit und Umwelt und entwickelt nationale und internationale Projekte zur ländlichen Entwicklung sowie der Begleitung klein- und mittelständischer Unternehmen (KMU). Dabei liegt ein Fokus auf der Beratung von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zur langfristigen Deckung des Fachkräftebedarfs und des Erhalts bzw. der Schaffung attraktiver Arbeitsbedingungen.

Frau Pasteur hat Landschaftsplanung studiert und nach ihrem Studium zunächst in der Aus- und Weiterbildung von benachteiligten Jugendlichen gearbeitet. Im Anschluss hat sie Qualifikationsangebote für Akademiker*innen in den Bereichen Landschaftsbau, Umweltschutz und Regionalplanung betreut. Ihr Studium hat sie sich mit der regelmäßigen Tätigkeit im Krankenhaus, in Hospizen sowie Demenzzentren finanziert. Während dieser Zeit bekam sie »ne sehr eindrückliche Vorstellung

von dem Alltag, der da in der Pflege passiert und von den Arbeitsbelastungen«. Dieses Erfahrungswissen hilft ihr heute in ihren Gesprächen mit den Pflegedienstleiterinnen – nämlich zu wissen, »wovon die reden«.

Ein wenig umständlich befragt zu den »Bedarfen der Menschen vor Ort« antwortet Frau Pasteur zunächst mit einer Umdeutung der Frage:

I: »Jetzt ham Sie ja schon diese ähm, diesen niederländischen Zugang erwähnt, und es gibt ja auch immer wieder Überlegungen zu, oder wir haben ja auch die Konzepte wie ›Agnes2‹ in Brandenburg, ja, ähm, das führende Konzept oder auch ›VeraH‹ oder, also, arztzentrierte, äh, Gemeindegewestern sozusagen. Wenn Sie jetzt aber auch an Ihre, ähm, Erfahrungen denken: Was würden Sie für wichtig erachten? Wie ... könnte so eine Versorgung nah an den Bedarfen der Menschen vor Ort aussehen? Was wär' da wichtig?«

E: »Na ja, man müsste mal die Frage beantworten, ob es machbar ist, die tatsächlich alle in ihrer Häuslichkeit zu lassen, ähm, egal wie weit weg die von allem andern liegt. Das is' 'ne schöne, 'n schöner Wunsch, aber ich hab' auch jetzt mit einigen gesprochen, und das wurde auch in der Tagung in Kassel deutlich, äh, dass das teilweise recht unrealistisch ist, ähm, weil es wirklich ja auch in Brandenburg Orte gibt, die sind echt weit weg und mit langen Anfahrtswegen verbunden. Und dass die Qualität des Lebens dort auch diskussionswürdig is'. Also, das is' nich' a priori super. Toll is', wenn die, ähm, Menschen in ihrer Wohnung bleiben, weil die teilweise eben schwierige Standards haben, weil sie nicht richtig eingerichtet sind, weil die, ähm, ja, äh, also, 'n vernünftiges Leben eigentlich mit'm, mit'm vertretbaren Aufwand eigentlich gar nich' zu organisieren is'. Und das hör' ich eben auch so, das hört man oft, äh, auch gerade von den professionellen Pflegediensten, die sagen, ähm, na ja, also dieses ›ambulant vor stationär‹ und ›so lang wie möglich in der eigenen Häuslichkeit‹, das trägt ganz schön zur Erhöhung der Sterberate bei. Die Leute sterben einfach früher. Und denn ham wir da öfter drüber diskutiert, und ich hab gesagt: ›Na ja, is' ja denn auch nich' so schlimm, äh, was hilft es 'nem Menschen wenn er aus seinem, seiner Wohnung rausgerissen is', in irgend'ner stationären Einrichtung, wo er unglücklich is', aber ordentlich versorgt, und denn lebt der noch zwei Jahre länger. Is' das denn so wünschenswert? Muss man das denn auf Teufel komm raus tun? Dann soll man doch die Leute da lassen, wenn sie nich' mehr können, dann beschließen sie, okay, jetzt is' Feierabend, jetzt hab ich keine Lust mehr. Is' doch in Ordnung. Und die sind da oft sehr, äh, sehr realistisch.‹ Aber das ist natürlich 'ne gesellschaftliche Debatte. Die ist ganz, ganz heikel zu führen.«

Frau Pasteur hebt die Eingangsfrage der Interviewerin, die sich ja zunächst nur auf neue, innovative Organisationsformen des Pflegekontexts bezieht, auf ein gleichsam ›höheres‹ Niveau: Sie spricht die ethischen Konsequenzen an, die mit der Option verbunden sind, alte Menschen möglichst »in ihrer Häuslichkeit« zu belassen. Die Position von Pflegenden, so die Beraterin, ist dieser prinzipiellen Forderung gegenüber *skeptisch* (*Also, das is' nich' a priori super. [...] weil ... also, 'n vernünftiges Leben eigentlich mit'm, mit'm vertretbaren Aufwand eigentlich gar nich' zu organisieren is'.*). Es wird sogar die Erhöhung der Sterberate in die Diskussion *gebracht* (*Die Leute sterben einfach früher.*). Andererseits gibt Frau Pasteur in einem Selbstzitat zu bedenken, ob es gleichsam ethisch höherwertig sei, Menschen zwar »versorgt«, aber »unglücklich ... noch zwei Jahre länger« leben zu lassen. Diese Frage ist offenbar moralisch keineswegs leicht zu lösen (*Aber das ist natürlich 'ne gesellschaftliche Debatte. Die ist ganz, ganz heikel zu führen.*). Zumal Frau Pasteur aus ihrer eigenen Erfahrung ergänzen kann, wie problematisch das Verbleiben in der Häuslichkeit sich gelegentlich entwickelt, wenn die Umstände absolut unzumutbar werden oder wenn Angehörige zwar das Pflegegeld einstreichen, jedoch die Pflege der Alten fahrlässig versäumen.

Mit ihrem Übergang zu einem anspruchsvollen ethischen Diskurs hat Frau Pasteur zwar ihre intellektuelle Reflexionsfähigkeit unter Beweis gestellt. Sie hat das Drama der Altenpflege in spätmodernen Gesellschaften in seiner wirklichen Tiefe angesprochen, aber zur praktischen Lösung tragen diese Reflexionen wenig bei. Diese Disposition finden wir nicht selten im Berater*innenmilieu: die Kompetenz, Probleme auf ›strukturellen Niveaus‹ zu diskutieren, also eine reflexive Distanz zur Alltagspraxis zu suchen und damit allerdings die unmittelbare Nähe zu den Handlungsproblemen der Pflegepraxis zu verlieren. In einer weiteren Kernstelle geht die Protagonistin auf Nachfrage der Interviewerin allerdings auf eine sehr praktische Frage ein: Wie könnte der Übergang in eine stationäre Einrichtung aussehen?

E: »Is' schwierig. Ich denke, die Pflegedienste sind da am nächsten dran. Und die sind da auch diejenigen, die es am ehesten können, weil sie doch meistens 'ne professionelle Distanz haben. Also, sie könn's professionell beurteilen, wie die Lebensfunktionen noch gehn, was noch geht. Und sie sind nich' so unmittelbar persönlich verwickelt wie die Familie. Die Familie hat, hat oft ... klar müssen die mitreden. Das is' selbstverständlich, aber die Familie hat oft ja ganz andere Motivationslagen, also, jetzt auch nich' nur die, äh, an Omas Geld zu kommen, sondern auch natürlich 'ne hohe Verpflichtung, für die Mutter zu sorgen und auch, sich aufzuopfern und so weiter und so fort. Also, auch in der Richtung, dass man sich, dass sie

sich kümmern wollen und dass sie das als Manko empfinden, wenn sie die alten Leute ins, ins Heim geben. Dass sie sagen: ›Niemals würd' ich das tun.‹ Selbst wenn's manchmal besser wär'. Also, ich denke, gut 'n Pflegedienst kann sowas nich' alleine entscheiden. Das muss die Familie tun – und die Person selber, wenn sie noch kann. Aber die Pflegedienstler ham da 'n ganz guten Einblick, denk ich, also, die sehn ja unheimlich viel.‹

Wenn wir diese scheinbar sehr praktische Passage genauer betrachten, sehen wir, dass sie dem vorhergehenden ethischen Diskurs sehr ähnlich aufgebaut ist. Frau Pasteur wägt die Bedingungen, Motivationslagen und Perspektiven der – idealtypisch – beteiligten Akteure ab, trifft jedoch keine für die Praxis wirklich relevanten Entscheidungen. Sie beginnt und endet ihre Ausführungen zwar mit einer Option für die Pflegedienste (*Ich denke, die Pflegedienste sind da am nächsten dran. [...] Aber die Pflegedienstler ham da 'n ganz guten Einblick, denk ich, also, die sehn ja unheimlich viel.*), hat jedoch angesichts deren chronischer Überlastung keine Idee für ein ›Prozedere‹, das diese Belastung reduzieren könnte. Der wichtige Hinweis, dass die Familie selbstverständlich beteiligt werden müsse (*Die Familie hat, hat oft ... klar müssen die mitreden. Das is' selbstverständlich*), enthält allerdings keine Ratschläge, wie man sie sinnvoll beteiligen könnte, wie dabei ihre »Motivationslagen« ernst genommen werden können, wie man solche Entscheidungsprozesse gegebenenfalls vorbereiten und begleiten und wer dabei vielleicht den Pflegedienst verantwortungsvoll und angemessen entlasten könnte. Alle diese höchst praktischen, aber wichtigen Organisationsfragen werden durch die offenbar unverzichtbare Konzentration auf die Hauptakteure – Pflegedienst vs. Familie – übergangen. Gewiss ist es eine wichtige Funktion von Beratung, auf das ›strukturelle Problem‹ zu fokussieren. Allerdings darf dabei der Umsetzungsprozess nicht vernachlässigt werden. Frau Pasteur als »wissenschaftliche Beraterin« verrät den im Argumentationscluster »Reformdiskurs« identifizierten Hang zur Sicht aus der ›Proszeniumsloge‹ (s. o.).

Dabei gibt es nicht den geringsten Zweifel an ihrer Kompetenz im Pflegemanagement. Sie ist über internationale Modellprojekte informiert und sie hat aus vorhergehender Praxis Einblick in den Alltag von Pflegekräften. Die Verknüpfung von pflegerischen mit sozialen Aktivitäten spielt freilich in ihren Ausführungen eine geringere Rolle. Sie erscheint als prototypische Vertreterin des »Codes« *Reflexivität und Distanz*. Und ihre Position im »Mentalitätsraum« ist eindeutig im linken oberen Quadranten.

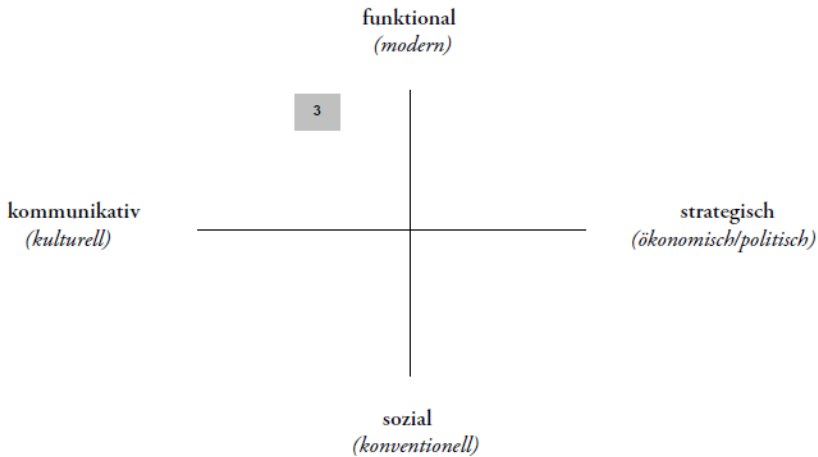


Abbildung 11: Positionierung des Typus »wissenschaftliche Beraterin«

3.2.4 Typus »Reformer«

Professionelles Porträt. Herr Dr. Schmerl ist 41 Jahre alt. Er betreut als selbstständiger Geschäftsführer einer Gesundheitsmanagement GmbH verschiedene Ärztenetzwerke mit Schwerpunkt integrierte Versorgung im ländlichen Raum. Dabei spielen spezifische Fachspezialisierungen wie die Psychiatrie oder die Nephrologie eine besondere Rolle. Herr Schmerl ist allerdings beruflich in verschiedenen Bundesländern unterwegs und nimmt auch auf Bundesebene Einfluss auf Verträge zu neuen Versorgungsformen.

Er hat Wirtschaftswissenschaften mit dem Schwerpunkt Gesundheitsökonomie studiert. Während einer intensiven Weiterbildung in Health Care zum Ende seiner Promotionsphase traf er auf eine Pharmareferentin, die ihm von einem Ärztenetzwerk erzählte, das seinerzeit »an der Schwelle zur Professionalisierung« stand. Da er sich gerade in der Phase der beruflichen Neuorientierung befand, stellte die Referentin einen Kontakt zum Initiator des Netzwerkes her. Es waren gerade verschiedene Verträge zur »Integrierten Versorgung« geschlossen worden, und nun bedurfte es einer institutionellen Rahmung.

Herr Schmerl wird als Geschäftsführer eingestellt. Er setzt dort zunächst die »Integrierte Versorgung« um und erweitert den Versorgungsbereich sukzessive um den Bereich der Pflege und Betreuung. Dazu stellt er eine zweite Geschäftsführerin mit dem beruflichen Hintergrund der Pflege ein. Im Lauf von zehn Jahren wird das Netzwerk auf mehr als 50 Mitarbeiter*innen erweitert. Dazu sagt Herr Schmerl: *»das Netz ist stetig gewachsen, größer geworden, äh, sowohl vom, von der, vom Umfang der Betreuung, was jetzt die reine Anzahl der Patienten angeht, aber auch von der Betreuungstiefe. Also, wir haben im Prinzip 'ne, komplette Versorgungskette in, ähm, das Ärztenetz reingezogen, einfach weil es bestimmte Struktur- und Versorgungsformen nicht gab.«* Dabei begleitet Herr Dr. Schmerl den Generationswechsel im ärztlichen Netzwerk, eine neue Gesellschaftsform sowie die modellhafte Umsetzung verschiedener Versorgungsformen zur Demenz, den Aufbau von Alten-WG's und eines umfangreichen Betreuungsnetzes aus Ehrenamtlichen. Im Verlauf seiner beruflichen Tätigkeit hat er vor Kurzem beschlossen, sich selbstständig zu machen, um auch für andere Netzwerke beratend tätig sein zu können. Aufgewachsen ist er ländlich, im ehemaligen ostdeutschen Grenzgebiet zur BRD, und lebt seit Beginn seines Studiums in verschiedenen Großstädten.

Auch Herr Dr. Schmerl stellt sich der Frage nach möglichen Versorgungsinnovationen. Aber seine Antwort unterscheidet sich deutlich von denen der zuvor analysierten Typen:

I: *»... aus Ihrer Erfahrung heraus: Was würden Sie für wichtig erachten? Teile sind schon angeklungen, äh, wie könnte so eine Versorgung nah an den Bedarfen der Menschen vor Ort aussehen? Dass wir sie eben nicht wieder neu erfinden, sondern dass sie wirklich 'n Mehrnutzen hat. Oder was sind wichtige Punkte aus Ihrer Sicht?«*

E: *»Na ja, ein essentieller Punkt ist es schon, es muss, vom Patienten aus, also auch lokal vom Ort des Patienten aus, (...) passieren. Das kann nicht irgendwo, äh, (...) – die Patienten zu versorgen kann nicht irgendwo aus 'ner Zentrale gesteuert werden. Es gibt ja auch sogenannte Case-Manager, die äh, die Krankenkassen beschäftigen. Wir haben das mit unseren Vertragskrankenkassen abgesprochen, dass die bei uns nicht aktiv werden. Das sieht ja dann so aus, dass die aus 'ner reinen Datenanalyse in der Krankenkasse – zentral irgendwo – identifizieren: »Welcher Patient hat den Bedarf?« Und dann Case-Management per Telefon machen. Das ist aus meiner Sicht, äh – kann mal 'n Einzelproblem lösen, ist aber aus dem, wie wir's verstehen kein Case-Management. Case-Management bedeutet, dass ich mir als Erstes 'n umfassendes Bild mache von der Lebens- und Versorgungssituation des Patienten. Und dazu muss ich mich dahin bewegen, wo er lebt, sonst krieg' ich dieses Bild nicht. Rein*

durch Fragen, äh – ich hatt' vorhin mal 'n Beispiel genannt: Wenn da kein persönlicher Kontakt ist, krieg' ich gar nicht die Informationen vom Patienten, die ich brauche, um mir das Bild zu machen. Also, das ist 'n ganz wichtiger Punkt. Das muss beginnen mit 'nem Hausbesuch. Das muss nicht 'n Arzt machen, das kann auch 'n, 'ne geschulte Pflegekraft sein, oder 'ne Agnes-Kraft oder wie auch immer die heißt, aber es muss jemand sein, der so ausgebildet ist, dass der einen doch recht umfassenden Blick für Versorgungsbedarfe hat und auch für, ja, Hemmnisse, die sich eventuell aus dieser Situation ergeben oder Limitierungen, äh, in der sie den Patienten vorfinden. Und das erfordert 'n bisschen Erfahrung, äh, Information, aber nicht unbedingt 'ne ärztliche Ausbildung, ne? Und, wenn das passiert, also damit (...) kann man eigentlich anfangen. Das lernen die ja in der Ausbildung, die Case-Manager, Agnes-Kräfte – wie auch immer. Die Anteile sind unterschiedlich, aber das lernen die ja dann, diese Informationen zusammenzufügen und diesen Maßnahmenhilfeplan zu machen. Der wird dann im Prinzip nur noch in Anführungsstrichen abgearbeitet. Wobei es ja da immer wieder zu Feedbackschleifen kommt, weil nicht alles, was man sich da so gedacht hat, funktioniert – dann ja auf Anhieb, ne? Da muss dann mal was anderes ausprobiert werden oder, ähm, es passt personell vielleicht nicht zusammen oder die Versorgungssituation verschlechtert sich nochmal – im Laufe der, ähm, der Implementierung der Maßnahmen, ähm. Aber das, äh, wenn man das hat, also wenn man diesen Ausgangspunkt einmal hat, dann kann man eigentlich sehr, sehr viel organisieren. Und dann ist natürlich wichtig, dass man – so haben wir uns entwickelt, ne – möglichst 'ne ganze Bandbreite hat, an, ähm, an Möglichkeiten der ambulanten Versorgung. Dass man auch, 'nem zu pflegenden Menschen oder 'nem Familienangehörigen Optionen bieten kann. Und sagen kann: ›Wir könnten jetzt hier 'nen Ehrenamtlichen reinnehmen. Wir könnten aber auch, zusätzlich – oder auch stattdessen – Ihnen anbieten, dass an zwei Tagen die Woche morgens 'n Fahrer kommt, Ihren Vater abholt und bei uns in die Tagespflege bringt, nachmittags wieder zurückbringt.‹ Ähm, wir könnten statt dass der Ehrenamtliche hierher kommt, Ihnen auch sagen mittwochnachmittags können Sie in A-Stadt in unsere Räumlichkeiten zur Ehrenamtsbetreuung.‹ Ähm, oder eben diese verschiedenen Möglichkeiten überhaupt hat, anbieten kann und dann mit Patient und Angehörigem das rausfindet, was, äh, was eben auch den Bedarf trifft. Ne, wir wollen ja nicht irgendwo 'ne Struktur, die wir gut finden, über alle drüberstülpen, sie damit ›zwangsbeglücken‹, sondern es soll ja so sein, dass jeder eben auch für seinen derzeitigen Versorgungsbedarf sich ambulant das wählen kann, was er grad braucht, ne? Und auch, wenn sich das ändert mehr oder weniger oder andere Dinge auswählen kann. Das ist glaub ich, 'ne, ja grad für ländliche Regionen 'ne große Herausforderung, also, so 'ne ganze Bandbreite ambulanter Möglichkeiten zu haben.«

Dr. Schmerl beginnt seine Ausführungen mit einem ganz zentralen Votum für die Arbeit des Ärztenetzwerks, das er managt: *»ein essentieller Punkt ist es schon, es muss, vom Patienten aus, also auch lokal vom Ort des Patienten aus, (...) passieren«*. Bei dieser programmatischen Aussage bleibt er allerdings nicht stehen, sondern beschreibt zunächst an einem Kontrastbeispiel, dem *»sogenannten Case-Manager«* der meisten Krankenkassen, dass Case-Management nicht auf bloßer Datenanalyse beruhen kann und *»per Telefon«* funktioniert. Case-Management setzt voraus, dass erfahrene Pflegekräfte – nicht unbedingt Ärzte – vor Ort gehen und sich die soziale und pflegerische Situation genau ansehen (*Das muss beginnen mit 'nem Hausbesuch. Das muss nicht 'n Arzt machen, das kann auch 'n, 'ne geschulte Pflegekraft sein, oder 'ne Agnes-Kraft oder wie auch immer die heißt, aber es muss jemand sein, der so ausgebildet ist, dass der einen doch recht umfassenden Blick für Versorgungsbedarfe hat und auch für, ja, Hemmnisse, die sich eventuell aus dieser Situation ergeben oder Limitierungen, äh, in der sie den Patienten vorfinden.*). Dabei ist es von großer Bedeutung, den Patienten und seine Angehörigen in den Entscheidungsprozess über denkbare Hilfsmaßnahmen einzubinden, ihm also verschiedene Möglichkeiten anzubieten (*Ähm, oder eben diese verschiedenen Möglichkeiten überhaupt hat, anbieten kann und dann mit Patient und Angehörigem das rausfindet, was, äh, was eben auch den Bedarf trifft. Ne, wir wollen ja nicht irgendwo 'ne Struktur, die wir gut finden, über alle drüberstülpen, sie damit ›zwangsbeglücken‹, sondern es soll ja so sein, dass jeder eben auch für seinen derzeitigen Versorgungsbedarf sich ambulant das wählen kann, was er grad braucht, ne?*).

Was an diesen Ausführungen überzeugt, ist ihre Klarheit und Konkretheit. Es wird nicht nur von einer Option auf verschiedene Möglichkeiten der Hilfe gesprochen. Schmerl nennt sehr praktische Beispiele, die deutlich machen, dass das Case-Management durchgearbeitet und erprobt wurde. Außerdem ist in seinen Ausführungen immer auch die institutionelle Seite mit bedacht. Er nimmt die verschiedenen Interessen ernst, weiß, die Perspektive zu wechseln und denkt das Innovative und Neue immer vom Alten her. Ihm ist klar, dass sich nachhaltige Veränderungen nur durchsetzen, wenn im experimentellen Prozess möglichst viele Protagonisten der Vorstruktur gewonnen werden können. Das wird exemplarisch deutlich an seinen Überlegungen zur institutionellen Anbindung der ›Community Nurse‹:

E: *»Der Beruf [Community Nurse] ist ja nicht, ähm, (...) kammerrechtlich geschützt. Mit 'nem Arzt dürften Sie's auch so nicht – außer über diese MVZ-Struktur. Aber, äh, so 'ne Nurse, wenn Sie wissen, wie Sie sie finanzieren können, können Sie sie auch über die Gemeinde*

vom Stand aus anstellen und losschicken. Müssen dann natürlich aber 'nen engen Kontakt zu den niedergelassenen Ärzten suchen. Diese Schnittstelle ist bei uns, ja, gesellschaftsintern, das sind meine Gesellschafter alle, ja, die wissen das. Also wenn Sie's von 'ner anderen Struktur als den niedergelassenen Ärzten machen, müssen Sie da sehr sensibel sein. Also, Sie können die nicht einfach zu 'nem Patienten losjagen: ›Guck da mal hin‹. Und der Hausarzt erfährt's von Dritten. Das gibt, äh, keine gute Stimmung. Ja, sondern sie muss dann erst zu den Ärzten und sagen: ›Ich bin jetzt hier die‹. Die Tingeltour haben unsere auch durch, ne, also selbst, selbst als eigene Struktur. ›Ich bin jetzt hier die Sowieso, und ich mache dies, und, ähm, ham Sie nicht Patienten, und ich will mal.‹ Und die Ärzte tun sich auch schwer damit zunächst loszulassen. Also unser Doktor A, der hat mal gesagt: ›Naja, das ganze Case-Management und Agnes, das hat 'ne hohe, ähm, Anfangsschwelle und dann aber 'ne hohe Virulenz.‹ Also, wenn die einmal reingekommen sind, und 'n Fall gemacht haben, dann zeitnah Feedback, zum Arzt, Reporting und schlage vor: ›Ärztlicher Hausbesuch in zwei Wochen. Ich fahr' nächste Woche wieder hin. Habe das und das veranlasst. Wundschwester mit rein. Schieß mich tot. Sieht erst mal stabil aus.‹ Und das zeitnah zurückspielen an die Hausarztpraxen. Ging das ganz schnell, dass sie: ›Is ja super, brauch ich ja gar nicht hin. Das is' ja, klasse! Ich wär' sonst nächste Woche hingerödelt. Aber läuft ja, und, stimmiges Bild, und an das hab ich jetzt gar nicht gedacht, was die noch veranlasst hat. Super!‹ Das kippte dann ganz schnell, dass wir so'n bisschen bremsen mussten: ›Liebe Ärzte, die Agnes-Leute sind nicht für alles da, was ihr nicht gerne macht, sondern, das sind schon delegationsfähige ärztliche Leistungen.‹ Ne, also, die Schwelle reinzukommen ist relativ hoch. Die ist, glaub' ich, nochmal höher wenn's keine eigene Struktur ist. Ne, also, wenn sie irgendwo anders eingestellt sind. Wenn die aber kommunikativ gut drauf sind, dann wird das relativ schnell 'n Selbstläufer.«

Was an dieser Passage unmittelbar auffällt, ist nicht nur das eklatante praktische Wissen um Situationen, Sensibilitäten, Blockaderisiken und zugleich Möglichkeiten und Chancen, sondern auch die Inszenierung der Problemzonen in direkter Rede. Dies verleiht seinen Ausführungen eine Art ›*Prozess- und Handlungscharakter*‹. Der Hörer fühlt sich in die szenische Darstellung hineinversetzt. Er hat nicht den geringsten Zweifel, dass Aushandlungen genau so ablaufen könnten. Und die Inszenierung ist deshalb so überzeugend, weil sie ja offensichtlich auf einem bereits abgelaufenen Prozess beruht: Die Agnes-Kräfte innerhalb des Ärztenetzwerks haben exakt das erlebt, was Herr Schmerl hier lebendig beschreibt. Und für jede neue ›Community Nurse‹ außerhalb des Netzwerks, z. B. bei der Kommune, würde mindestens der gleiche Aufwand notwendig sein (*Ne, also, die Schwelle reinzukommen ist relativ hoch. Die ist glaub ich nochmal höher wenn's keine eigene Struktur ist. Ne, also, wenn sie*

irgendwo anders eingestellt sind.) Trotz dieser realistischen Einschätzung von Schwellenproblemen, entlässt Schmerl den Hörer mit großer Zuversicht: *»Wenn die aber kommunikativ gut drauf sind, dann wird das relativ schnell 'n Selbstläufer.«*

Dr. Schmerl ist der Prototyp eines pragmatischen und erfolgreichen Reformers. Er ist das Gegenteil von einem ›Utopisten‹. Er strebt nicht nach einem ›Nicht-Ort‹ (griechisch: *ou topos*). Er will die Veränderung ›vor Ort‹ und nimmt die realen Gegebenheiten ernst. Er misst Veränderungen am Erfolg in der Sache und an der Akzeptanz für möglichst viele Beteiligte. Deshalb ist auch sein Akteurstypus eine Schlüsselstruktur für erfolgreiche Veränderungen der Pflegeversorgung im entdeckten ›Mentalitätsraum‹. Die Position unseres »Reformers« ist nahe am »Funktionspol« in der Mitte des Raumes, hat aber Beziehungen sowohl zum »strategischen« wie zum »kommunikativen« Pol.

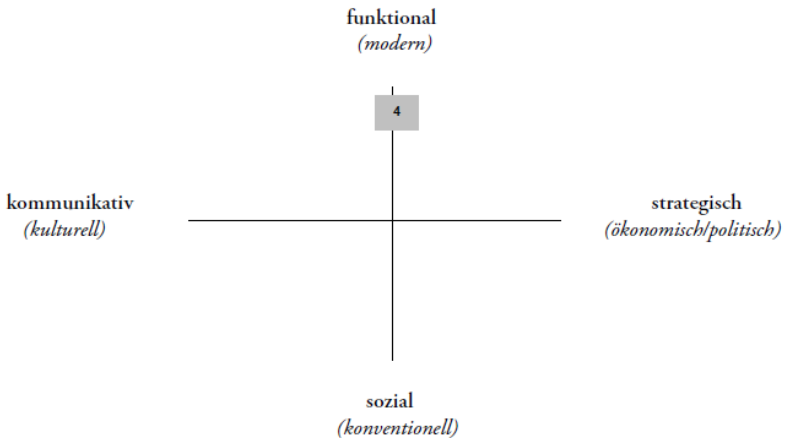


Abbildung 12: Positionierung des Typus »Reformer«

3.2.5 Typus »Pflegedienst«

Professionelles Porträt. Frau Gerhold ist 38 Jahre alt. Sie leitet seit elf Jahren einen ambulanten Pflegedienst in einer kleineren Stadt einschließlich der umliegenden Ortsteile.

Der Weg in die Pflege wurde ihr »in die Wiege gelegt«. Ihre Mutter war zu DDR-Zeiten als Gemeindeschwester tätig und hat die Protagonistin »als kleines Kind schon auf'm Fahrrad mitgenommen so von Patient zu Patient«. Sie »hatte dadurch immer Kontakt zu alten und kranken Menschen, hatte dadurch auch nie diese Berührungangst – mit Älteren«. Sie lehnt allerdings zunächst vehement ab, in die Krankenpflege zu gehen (*Ich werd' alles, nur nicht Krankenschwester.*) und wird Ergotherapeutin. Nach kurzer Zeit vermisst sie jedoch den »Patientenkontakt«, vor allem mit den »alten Menschen«. Nun geht alles ganz schnell. Sie organisiert sich eine Krankenpflegeausbildung, mündet direkt im Anschluss in eine Weiterbildung zur Pflegedienstleitung und arbeitet zweieinhalb Jahre im ambulanten Pflegedienst ihrer Mutter. Dies stellt die Grundlage ihrer geplanten beruflichen Selbstständigkeit dar. In dieser Zeit absolviert sie zusätzlich eine Palliative-Care-Ausbildung, da dieser Bereich ihr »Steckenpferd von Anfang an war«. Ausgleich zu ihrem »stressigen Job« bildet ihre nebenberufliche Tätigkeit als Pilates-Trainerin mit dem Ziel, »etwas für die Gesundheit zu tun«.

Bereits die Argumentationsfigur »professionelle Enge« hatte dafür sensibilisiert, dass im Bereich der Pflegedienste die Öffnungsbereitschaft für innovative Lösungen nicht gerade ein »Alleinstellungsmerkmal« darstellt. Befragt zu professionellen Innovationen der Pflegeversorgung im ländlichen Bereich geht Frau Gerhold auf Distanz:

I: »Es gibt immer wieder Überlegungen zu solchen professionellen Konzepten von Versorgung, ähm, für den ländlichen Raum. Wenn Sie aus Ihrer Erfahrung heraus an solche Konzepte denken, was würden Sie für wichtig erachten? Wie könnte so eine Versorgung nah an den Bedarfen der Menschen vor Ort aussehen?«

E: »Ich kann für die dörfliche Region wirklich schw... – fast gar nicht sprechen, weil (...) ich die Probleme in der dörflichen Region nicht hundertprozentig einschätzen kann. Weil, wir sind jetzt nicht so dörflich. Auch wenn wir in die umliegenden Dörfer fahren, gehören sie zu A-Stadt, und für uns ist es, also, die echten, aus den strukturschwachen Regionen die Probleme, die, äh, die kenn' ich wirklich nicht so gut. Ich kann mir das auch nicht wirklich vorstellen, wie das dort eingeteilt wird mit den Früh-, Mittags-, Spätschichten. Bei uns gibt's ja 'ne sehr klare Struktur. Ähm, dass wir unsere Frühschichten, unsere Mittagsschichten, unsere Spätschichten haben. Und dann (gibt's) Gegenparts, wo sich zweie reinteilen. Also, das ist

ja auch in der ländlichen Gegend, kann ich mir vorstellen, ist das gar nicht so möglich. Da muss ja so 'ne Gemeindegeschwester im Zweifel, die dann aus, vielleicht aus'm Ort XY ist und, äh, die dann vielleicht für die nächsten Orte so 'n bissl zuständig ist, die wäre ja rein theoretisch, wahrscheinlich von früh bis Abend durchgängig, äh, in 'ner Erreichbarkeit. Das halt ich für – schon schwierig. Weil, ich meine jeder hat ja auch irgendwo noch 'n Privatleben, das er noch abzurattern hat. Ich denke, ähm, konzeptionell, wie könnte man das gestalten? Man müsste dann wahrscheinlich, ja, wie so 'ne Rufbereitschaften ... Also, ich denke, man könnte das über die Pflegedienste abdecken. Das klingt jetzt bescheuert, also, ich glaube, reine Gemeindegeschwestern, auch dieses Agnes-Modell, ist nicht unbedingt erforderlich. Man könnte vieles über die Pflegedienste abrechnen. Auch erbringen. Das Problem ist einfach, dass die Kassen dicht machen. Die Bezahlung wird, wird noch lange 'n Problem bleiben.«

Frau Gerhold gibt zunächst zu, dass sie die Situation in der ländlichen Region »nicht hundertprozentig einschätzen kann«. Mit dieser Formulierung lässt sie sich zumindest eine »Hintertür« offen, gegebenenfalls doch einen Kommentar zu geben, was sie später auch tut. Aber eine gewisse Distanz zum Ländlichen ist nicht zu übersehen (*Weil, wir sind jetzt nicht so dörflich.*). Die vorsichtige Analyse der Bedingungen der Arbeit im ländlichen Raum beginnt mit einem Vergleich mit dem eigenen Arbeitszeitmanagement als Pflegedienstleiterin (*Ich kann mir das auch nicht wirklich vorstellen, wie das dort eingeteilt wird mit den Früh-, Mittags-, Spätschichten. Bei uns gibt's ja 'ne sehr klare Struktur. Ähm, dass wir unsere Frühschichten, unsere Mittagsschichten, unsere Spätschichten haben.*). Dieser Vergleich fällt für die von Frau Gerhold unterstellten Bedingungen einer »Gemeindegeschwester« ungünstig aus (*die wäre ja rein theoretisch, wahrscheinlich von früh bis Abend durchgängig, äh, in 'ner Erreichbarkeit*). Dieser aus ihrer Sicht nicht akzeptablen Vorstellung (*Das halt ich für – schon schwierig.*) will sie dann doch – auf ihre professionelle Kompetenz rekurrierend – einen Alternativvorschlag entgegensetzen (Ich denke, ähm, konzeptionell, wie könnte man das gestalten?). Der Vorschlag, der ihr zunächst einfällt (*Man müsste dann wahrscheinlich, ja, wie so 'ne Rufbereitschaften ...*), erscheint ihr selbst nicht praktikabel genug. Sie bricht den Gedanken ab und weicht deshalb auf eine handfestere, ihr vertrautere Alternative aus: den Pflegedienst (*Das klingt jetzt bescheuert, also, ich glaube, reine Gemeindegeschwestern, auch dieses Agnes-Modell, ist nicht unbedingt erforderlich. Man könnte vieles über die Pflegedienste abrechnen. Auch erbringen.*). Dass freilich nicht nur »die Kassen dicht machen« und die »Bezahlung« ein »Problem bleib[t]«, wie sie zurecht vermutet, sondern dass die Pflegedienste in der ländlichen

Region absolut überlastet sind, wird von ihr nicht einmal ins Kalkül gezogen. Ihre Einschätzung belegt noch einmal die Distanz zur ländlichen Versorgungspraxis. Die Interviewerin insistiert jedoch mit ihrer Nachfrage auf konkreteren Stellungnahmen:

I: »Um jetzt nochmal auf die reinen Tätigkeitsbereiche so einer vielleicht ›Community Nurse‹ oder ›Gemeindeschwester‹ oder einer ›Agnes-Kraft‹ (zurückzukommen), was sind für Sie wichtige Aspekte?«

E: »'Ne Schwester, oder 'ne Fachkraft, die so 'n Job ausfüllt, ho, die muss schon 'n sehr umfangreiches Wissen haben. Weil, äh, dadurch dass, aufgrund auch dieser ganzen Fallpauschalen, des neuen Entlassungsmanagements, was jetzt seit Oktober besteht, bekommt man, kommen ja auch Patienten aus'm Klinikum – grad im Behandlungspflegebereich –, die auch schon mal sehr anspruchsvoll sein können. Und ich denke, da kann man nicht einfach mal jemanden ohne Berufserfahrung losschicken. Da sollte schon 'n gewisser Grad an Berufserfahrung herrschen – im Zweifel sogar in verschiedenen Bereichen. Ich meine, in der Häuslichkeit hat man generell unterschiedliche Bereiche, die man abdeckt, aber im stationären Bereich sollte man mehrere Stationen durchlaufen haben. Also, weil, in der Häuslichkeit ist es ja so: ›Ich geh ja nicht nur zu denjenigen um, um pflegerisch oder behandlungspfegerisch Leistung zu erbringen sondern ich muss den Haushalt im Blick haben. Ich muss das soziale Umfeld im Blick haben. Ähm, ich muss 'n Blick für versch... – also, ich muss so 'ne kleine Rundumleuchte sein. Und natürlich auch, ähm, stark beratend tätig.‹ Das ist 'n Job, denk ich, den kann nicht jeder. Also, ich muss schon sehr, sehr engagiert sein, um so was dann auszufüllen. Manchmal über 'n Tellerrand hinaus – oder oft. Weil, das ist nicht einfach mal nur: ›Ich geh' mal lustig los und ...‹ Weil, da geht's echt an's Eingemachte, wenn man zu manchen Patienten kommt. Grad wenn's um so 'ne akut ... Es ist ja letztendlich auch für Akutsituationen gedacht – im Zweifel, so 'ne ›Schwester-Agnes‹ oder ›Community Nurse‹ oder wie auch immer das jetzt heute neudeutsch alles heißt.«

I: »Na ja, bin ich mir noch gar nicht sicher, sie können auch die Versorgung, ja, langfristig übernehmen, oder 'n Teil, ne? (...)
«

E: »Das schafft aber einer alleine nicht, das ist nicht machbar. Also, deswegen denk ich, das is', ich behaupte, es wird sich nicht durchsetzen, weil, ähm, das ist gar nicht bezahlbar. Das geht eigentlich nur, wenn man wirklich 'n Team vorzuweisen hat, wo (...) verschiedene Kompetenzen da sind, äh, auf die man zurückgreifen kann, weil, keiner kann alles heutzutage. Das ist – dafür ist dieses ganze Gebiet viel zu umfassend geworden. Der eine ist auf Wunden geeicht, der nächste auf psychisch Kranke, der nächste kann mit schwierigen Situationen gut umgehen und kann die Gespräche führen, dann, ne? Ich denke in so'm Team macht das schon mehr Sinn, dass es immer jemanden gibt der diese ganze Erstversorgung macht und

dann weiß: ›Ok, hier kann ich jetzt den mal hinschicken oder den, weil der und der die und die Kompetenzen hat. Also, es so auf eine Person abzustellen, halt ich für sehr schwierig.«

Frau Gerholds Skepsis bezüglich der neuen *Pflegemodelle* (im Zweifel, so 'ne ›Schwester-Agnes‹ oder ›Community Nurse‹ oder wie auch immer das jetzt heute neudeutsch alles heißt) bleibt auch in dieser Sequenz bestehen. Und es sind wieder professionelle Erfahrungen im engeren Pflegebereich, die die Zweifel legitimieren: die berechtigten Erwartungen an eine »Fachkraft« (die muss schon 'n sehr umfangreiches Wissen haben), anspruchsvolle Herausforderungen und hohe berufliche Erfahrungen – besonders im Kontext des Entlassungsmanagements (aufgrund auch dieser ganzen Fallpauschalen, des neuen Entlassungsmanagements, was jetzt seit Oktober besteht, bekommt man, kommen ja auch Patienten aus'm Klinikum – grad im Behandlungspflegebereich –, die auch schon mal sehr anspruchsvoll sein können.) sowie eine gewissen Vielseitigkeit in der häuslichen Pflege (Ich muss das soziale Umfeld im Blick haben. Ähm, ich muss 'n Blick für versch... – also, ich muss so 'ne kleine Rundumleuchte sein. Und natürlich auch, ähm, stark beratend tätig.). Für all dies scheinen ›Community Nurses‹ oder ›Agnes-Kräfte‹ nicht geeignet zu sein. Vor allem jedoch spricht nach Frau Gerholds Einschätzung die Tatsache gegen sie, dass zur Bewältigung der aktuellen Herausforderungen in der Pflege multikompetente Teams eine unverzichtbare Voraussetzung sind (Das geht eigentlich nur, wenn man wirklich 'n Team vorzuweisen hat, wo (...) verschiedene Kompetenzen da sind, äh, auf die man zurückgreifen kann, weil, keiner kann alles heutzutage.). Isolierte Einzelakteure passen nicht mehr in die professionelle ›Landschaft‹ (Also, es so auf eine Person abzustellen, halt ich für sehr schwierig.).

Nun ist gerade die Idee der ›Community Nurse‹, auch der ›Agnes2-Kräfte‹, dass sie keine ›Einzelkämpferinnen‹, sondern – ganz im Gegenteil – Teile von Netzwerken sind, wie etwa in Südbrandenburg – mehr noch: dass sie selbst als ›Netzwerkerinnen‹ mit dem Aufbau von Teambildung aktiv beschäftigt sein müssen. ›Community Nurses‹ sollen z. B. Verbindungen schaffen zwischen der Pflege im engeren Sinn und Anforderungen Sozialer Arbeit im vorpflegerischen Bereich, auch der Rekrutierung von Ehrenamtlichen und des Ausbaus von Anwendungskontexten für bürgerschaftliches Engagement. Die Konzentration auf den Pflegebereich im expliziten Sinn löst weder die aktuell schon dramatischen Defizite, noch schafft sie konkrete nachhaltige Alternativen.

Frau Gerhold neigt natürlich im eigenen unternehmerischen Interesse zu probaten Mainstream-Lösungen, die allerdings die Probleme eher verschärfen. Als Protagonistin in eigener Sache scheint sie nicht – wie Frau Kerschau als Repräsentantin des Typus »neue Agnes« – das soziale Umfeld zu interessieren, also beispielsweise eine Mietskaserne, wo alleinerziehende junge Mütter mit ihren Kindern, Asylsuchende und ältere Menschen zusammen leben, sondern eher die Bewältigung der professionellen Kernarbeit der Altenpflege. Ihr Gesamtinterview deckt auf, dass die organisatorische und zeitliche Belastung im Pflegedienst einfach wenig Raum lässt für innovative Modellversuche. Aber tatsächlich ist der gesellschaftliche Umgang mit der Pflege – das massive Defizit an Fachkräften, die undiskutable Bezahlung und die mit all dem verbundenen Risiken für die zu Pflegenden – die zentrale Strukturproblematik. Und dass aus diesem Bereich, der fast gezwungen wird, sich auf sein Kerngeschäft zu konzentrieren, keine bahnbrechenden Innovationen zu erwarten sind, ist keiner der beteiligten Akteur*innen persönlich anzulasten. Der »Ankerfall« jedenfalls positioniert sich zwischen den Polen »strategisch« und »konventionell«. Der dazu gehörige »Code« lautet Kontrolle und Bestandswahrung.

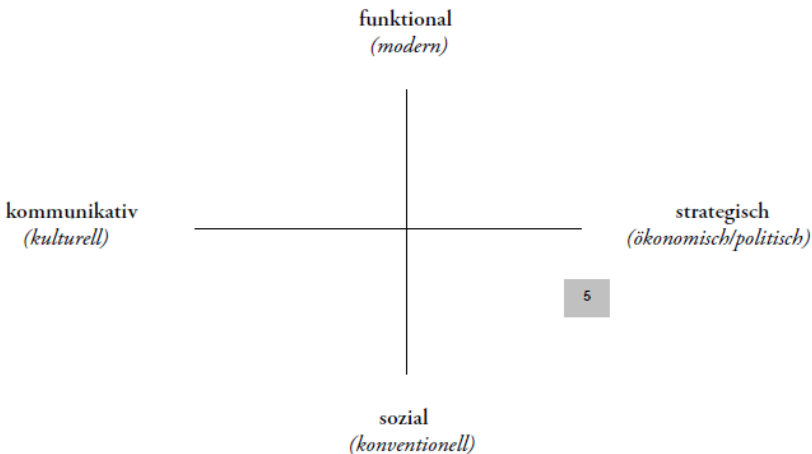


Abbildung 13: Positionierung des Typus »Pflegedienst«

3.3 Diskussion der Ergebnisse

Für die Diskussion der naheliegendsten Ergebnisse erscheint eine Präsentation der qualitativen Falldaten in dem konzeptionell entwickelten »Mentalitätsraum« nützlich:

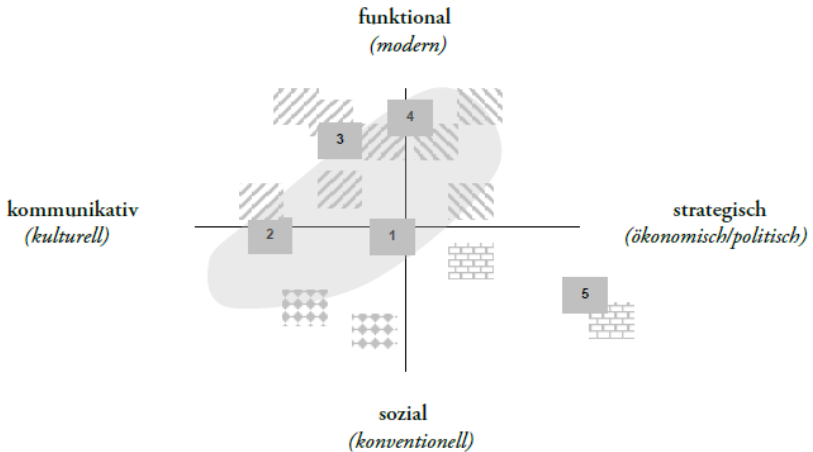


Abbildung 14: Verteilung der untersuchten Fallstruktur im »Mentalitätsraum«

Wir beobachten zunächst eine relative Häufung der qualitativen Falldaten im linken oberen Quadranten. D. h. viele der von uns in der Vorstudie befragten Expert*innen sind mit dem »Code« *Reflexivität und Distanz* vertraut. Sie sind in der Regel akademisch qualifiziert – die Mehrzahl im Bereich sozialwissenschaftlicher Fächer – und als Berater*innen oder Manager*innen in neu gegründeten (Modell-)Projekten tätig. Dieser Eindruck ist gewiss nicht repräsentativ. Da er das vorläufige Sampling der Studie jedoch beeinflusst hat, könnten zwei komplementäre Ursachen dafür verantwortlich sein: (a) Im Land Brandenburg wird die Pflegekatastrophe politisch ernst genommen, und lösungsorientierte »Interimsprojekte« haben Konjunktur. (b) Der öffentliche Diskurs im Lande wird gerade durch Protagonisten aus dieser Samplegruppe überrepräsentativ bestimmt und garantiert den betreffenden Akteur*innen öffentliche Aufmerksamkeit.

Beides trifft vermutlich zu, aber – so die Ergebnisse dieser Vorstudie – diese plausible Annahme ist noch kein wirklicher Erkenntnisgewinn. Denn die Beobachtung bedeutet

weder, dass im Lande strukturell und flächendeckend Innovationen im Pflegebereich etabliert wären oder auch nur in Aussicht stünden noch, dass die Ideen der befragten Expert*innen in diesem Segment des »Mentalitätsraums« umsetzbar oder auch nur ähnlich gelagert wären. Interessant ist, dass wir einen gewissen Gegensatz zwischen einem bloßen »Reformdiskurs«, dessen Praxisorientierung unklar ist, und einer punktuell identifizierbaren »Reformpraxis« unterscheiden können.

Wenn wir die Position (im »Mentalitätsraum«) derjenigen Akteur*innen betrachten, die mit dem mentalen Cluster »Reformpraxis« Affinitäten aufweisen, dann sind sie keineswegs auf den linken oberen Quadranten begrenzt. Wir finden sie auch im unteren linken Quadranten (»Code« *Engagement und Verantwortung*) und selbst im Grenzbereich zur oberen »strategischen« Hälfte des »Mentalitätsraums«. Die Praxisbereitschaft einer Gruppe von Expert*innen erfasst also sowohl konventionell verwurzelte mentale Dispositionen wie »Verantwortung« als auch moderne Orientierungen wie »Reflexivität« oder »Leitungsbereitschaft«. Die identifizierte »Praxis-Cloud« überspannt also drei Quadranten des »Mentalitätsraums« (s. Abb. 14). Das ist bemerkenswert und deutet auf eine erstaunliche Ressource, die bislang noch nicht genutzt wird.

Problematisch ist, dass die Pflegedienste, die unstrittig den »Herkulesanteil« der Pflege in den ländlichen Regionen Brandenburgs zu tragen haben, eine gewisse Außenseiterposition einnehmen. Das hat gewiss damit zu tun, dass sie in dem vorläufigen Sample drastisch unterrepräsentiert sind (und die »Diskursfraktion« entsprechend überrepräsentiert), aber es ist vor allem dadurch begründet, dass die strukturelle Überlastung des Pflegedienstes kaum Platz lässt für Analysen und Reflexionen und schon gar nicht für experimentelle Innovationen.

Positiv ist also festzuhalten: Reformbereitschaft ist da. Punktuell gelingen bereits wichtige Reformmodelle, und das Know-how wird professionell an andere Akteure weitergegeben. Auch die Reformdiskurse sind selbst da, wo sie die Praxis nicht erreichen, wichtig für die öffentliche und die politische Diskussion. *Negativ* bleibt, dass die Situation der Pflegedienste sich nicht wirklich verbessert, dass eher die Gefahr besteht, dass sie sich – aus Gründen des Zeitdrucks, des notorischen Fachkräftemangels und der verständlichen ökonomischen Interessen – noch stärker auf das »Kerngeschäft« der Pflege konzentrieren und daher Innovationen, die von außen kommen, nicht als Entlastung verstehen, sondern eher als Konkurrenz ablehnen. D. h.

die so notwendige »*Community Nurse*« hat noch einen längeren Aushandlungs- und Überzeugungsprozess vor sich.

4 Konsequenzen für die Praxis und weitere Forschungsdesiderata

Um die Reichweite der vorgestellten Ergebnisse für eine Innovation der Praxis zu beurteilen, erscheint der Vergleich mit einer ländlichen Region in Mecklenburg-Vorpommern von Interesse, die ebenfalls als gesundheitspolitischer »Mentalitätsraum« rekonstruiert wurde:

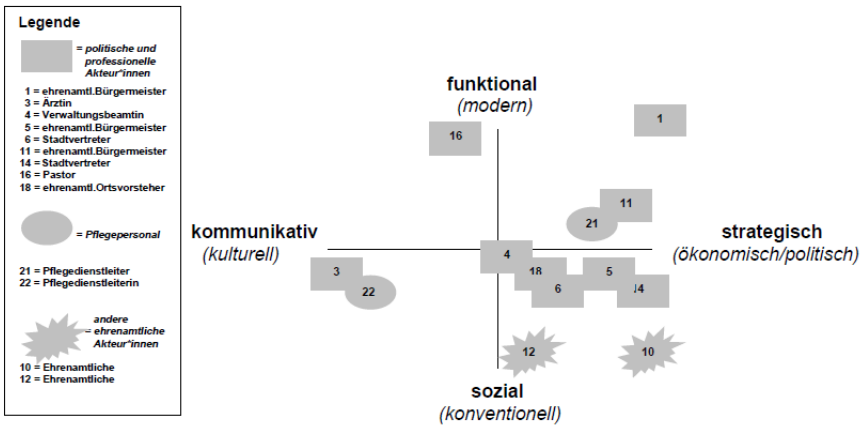


Abbildung 15: Platzierung aller analysierten Fälle
(Quelle: Herzberg und Bernateck 2017, 51)

Das Sample war zweifellos unterschiedlich. Politische und professionelle Akteur*innen, die im weiteren Sinn mit Pflege zu tun hatten, waren deutlich besser repräsentiert als in dem brandenburgischen Sample. Von Interesse ist allerdings, dass die große Mehrheit der Expert*innen im rechten unteren Quadranten platziert wurde – wenn man so will: im brandenburgischen »Pflegedienst-Quadranten«. Ebenso erstaunlich ist, dass der linke obere Quadrant, der in Brandenburg so deutlich besetzt ist, in Mecklenburg-Vorpommern nur spärlich repräsentiert wird.

Offensichtlich gibt es im Küstenland – vom Engagement der Krankenkassen, besonders der AOK, abgesehen – nur zurückhaltende politische Aktivitäten, Modellprojekte

im Bereich von »Pflege und Gesundheit« zu installieren, während genau das in Brandenburg der Fall ist. Und ebenso offensichtlich sind die Aktivitäten im Umfeld der Pflegedienste in Mecklenburg-Vorpommern sehr hoch. Eine laufende Folgestudie belegt, dass sich hier sogar neue Strukturen zu etablieren beginnen: Pflegedienste als *mehrgenerationale Familienunternehmen* breiten sich aus. Der noch immer enge regionale Arbeitsmarkt mag eine Bedingung für diesen Prozess sein. Der Effekt aber ist nicht unproblematisch. In dieser neuen Struktur werden Pflegefachkräfte systematisch auf das zugelassene Minimum reduziert. Die organisierende Logik ist nicht der hohe Pflegestandard, sondern tatsächlich die *Ökonomie* des kleinen mittelständischen Familienunternehmens. Qualifizierungs-, Vernetzungs- und Kooperationsideen spielen für diesen Typus von Pflegedienst praktisch keine Rolle. Ein immer stärker »*professionsentkerntes*« Pflegedienstmilieu bestimmt den Markt, der diese Entwicklung – auch wegen der wachsenden Bedarfe – fördert.

4.1 Das »Praxisdefizit« der Diskursakteure

In Brandenburg scheint sich ein anderes Problem zu stellen: Hier gibt es Ressourcen für Problemdiskurse vor allem im Beratungsbereich, aber die Verbindung zur Reformpraxis fehlt häufig. Und das erscheint deshalb kontraproduktiv, weil hier der Pflegebedarf am höchsten ist und die Überlastung der Pflegedienste kontinuierlich anwächst.

Die exzellenten Praxisprojekte, die etwa vom südbrandenburgischen Ärztenetzwerk in den vergangenen Jahren angestoßen und realisiert worden sind, entstanden unabhängig von jenem Reformdiskurs durch professionelle Entscheidungen, die sich im Praxisalltag aufgedrängt haben: das miserable Entlassungsmanagement der Krankenhäuser z. B., das Interimslösungen forderte, oder die klaffende Lücke zwischen Pflege in der Häuslichkeit und stationären Einrichtungen. Tagespflegeangebote vor allem für Demenzkranke waren eine klassische und Kosten reduzierende Lösung.

Neue Lösungen mit der Agnes2-Kraft im Netzwerk, demnächst vielleicht auch in MVZs sind im Entstehen und brauchen noch Akzeptanz. Auch die »*Community Nurse*« bleibt eine Option. Eine relevante Entscheidung betrifft ihre Zuordnung: Optimal wäre tatsächlich ein kollektiver Ärzteverbund (Netzwerk oder Medizinisches Versorgungszentrum). Denkbar wäre aber auch eine Ansiedlung bei der Kommune.

Dann aber müsste die Interaktion mit dem ärztlichen Part rechtlich neu gefasst werden. Ganz entscheidend wäre auch eine angemessene, internationalen Erfahrungsstandards entsprechende Ausbildungskonzeption für die »Community Nurse« – möglicherweise ein Masterstudiengang an der BTU Cottbus-Senftenberg, der nicht nur regionale Bedeutung hätte, sondern auch national, vielleicht sogar international wahrgenommen würde.

Prinzipiell freilich lautet die Erkenntnis der Vorstudie: *Handeln, nicht (nur) reden!* Wenn das Reden Handlungschancen erschließt, ist es natürlich zu begrüßen – auch Diskurse schaffen Realität. Bedeutsamer jedoch ist, dass über das gesprochen wird, was längst existiert bzw. realisiert werden könnte. Dies ist die Voraussetzung von Entwicklungsprozessen.

4.2 »Innovationsträger« und »strukturelle Blockierer«

Die identifizierte »Reformpraxis-Cloud« (s. Abb. 14) integriert Pflege- und Quartiersmanager, Geschäftsführer des Ärztenetzwerks, Mitglieder von Modellprojekten und Agnes2-Kräfte. Sie alle sind »Innovationsträger«, aber sie arbeiten in der Regel nur punktuell und zufällig zusammen. Um ihre Ressourcen, Phantasien und Motivationen zu koordinieren, bedürfte es einer neutralen »Plattform« (Face-to-face und online), um sich regelmäßig auszutauschen. Das *Institut für Gesundheit* der BTU Cottbus-Senftenberg wäre dazu prädestiniert. Eine wichtige Anregung für die Praxis wäre also die Einrichtung eines halbjährig tagenden »Gesundheitsforums«, dessen Aufgabe es sein sollte, sowohl den nachhaltigen Erfahrungsaustausch der regionalen »Innovationsträger« zu ermöglichen, als auch jedes Meeting – durch gezielte Einladung nationaler und internationaler Expert*innen – mit einem exklusiven Weiterbildungsangebot zu verbinden.

Bleibt als provokantes Ergebnis der Analyse die Entdeckung von Strukturen, die schlicht Blockadeeffekte nach sich ziehen müssen. Und dies betrifft, wie im Vorhergehenden mehrfach angesprochen, vor allem die Pflegedienste. Zeitdruck, ökonomische Zwänge, Fachkräftemangel und undiskutable Entlohnung verstellen die Chance, an einer Veränderung der Rahmenbedingungen systematisch mitzuwirken. Hier wären Strategien von kürzerer Reichweite passender als weitreichende Innovationskonzepte: Die Einrichtung von »Pflegetischen« im Dorf oder Amtsbezirk z. B., wie sie

in einem Interview angesprochen werden, wären – zum Austausch beruflicher Erfahrungen – ein Beginn, die belastende Isolierung des Alltagsgeschäfts zu durchbrechen. Denkbar, aber vermutlich sehr viel schwerer zu realisieren, wären auch gewerkschaftliche Aktivitäten auf dezentraler Ebene. Prinzipiell sollte sich der »einladende Gestus« des *Instituts für Gesundheit der BTU Cottbus-Senftenberg* auch an diese Zielgruppe richten.

4.3 Optionen für weitere Forschungen

Die hier in einer Vorstudie identifizierten Trends und Teilergebnisse bedürfen selbstverständlich einer systematischen Vertiefung. Das bezieht sich zunächst auf das »*theoretische Sampling*« (Strauss 1987; Strauss und Corbin 1990). Wir haben mehrfach auf Creaming-off-Effekte des vorläufigen Samplings hingewiesen. Die proaktiven Protagonisten sind in diesem Sample überrepräsentiert, die problematischen Teilsamples dagegen unterrepräsentiert. In einer geplanten Folgestudie werden diese Mängel korrigiert: Insgesamt sind dann zusätzliche 30 Expert*inneninterviews geplant, aber auch 30 Interviews mit älteren Menschen in bzw. vor Pflegesituationen. Außerdem sollen 15 Gruppendiskussionen mit sogenannten »*natürlichen Gruppen*« (z. B. Sport- oder Feuerwehrvereinsgruppen, kirchlich Engagierte, Initiativen, bürgerschaftlich Engagierte) durchgeführt und ausgewertet werden, um den untersuchten »Mentalitätsraum« noch lebendiger und realistischer zu machen. Das konzeptionelle »Werkzeug« dieses mentalen Raums jedenfalls hat sich bewährt und wird auch beim Folgeprojekt eine wichtige Rolle spielen.

5 Literatur

Alheit, Peter; Bast-Haider, Kerstin; Drauschke, Petra (2004): Die zögernde Ankunft im Westen. Biographien und Mentalitäten in Ostdeutschland. Frankfurt am Main, New York: Campus.

Alheit, Peter; Glaß, Christian (1986): Beschädigtes Leben. Soziale Biographien arbeitsloser Jugendlicher. Ein soziologischer Versuch über die „Entdeckung“ neuer Fragestellungen. Frankfurt am Main, New York: Campus.

Alheit, Peter; Haack, Hanna; Hofschien, Heinz-Gerd; Meyer-Braun, Renate (1999): Gebrochene Modernisierung – Der langsame Wandel proletarischer Milieus. Eine empirische Vergleichsstudie ost- und westdeutscher Arbeitermilieus in den 1950er Jahren, 2 Bde., Bremen: Donat.

Alheit, Peter; Szlachcicowa, Irena; Zich, Frantisek (2006): Biographien im Grenzraum. Eine Untersuchung in der Euroregion Neiße. Dresden: Neisse Verlag.

Aselmeier, Laurenz (2008): Community Care und Menschen mit geistiger Behinderung. Gemeinwesenorientierte Unterstützung in England, Schweden und Deutschland. Wiesbaden: VS.

Berner, Frank (2015): „Caring Community“ und der Siebte Altenbericht. Vortrag beim Fach- und Prälaturtag der LAGES „Soziales Kapitel und Caring Community“ am 28.02.2015. URL: http://lages-wue.de/fileadmin/user_upload/newsletter/Berner_Caring_Communities_und_Altenbericht.pdf (Zugriff: 18.01.2018).

BMI – Bundesministerium des Inneren (2012): Jedes Alter zählt. Demografiestrategie der Bundesregierung. URL: https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/themen/gesellschaftintegration/demografie/demografiestrategie.html;jsessionid=E2153455940BA3E81C105785B8C1869D.1_cid287 (Zugriff: 18.01.2018).

BMI – Bundesministerium des Inneren (2015): Jedes Alter zählt. „Für mehr Wohlstand und Lebensqualität aller Generationen“ – Weiterentwicklung der Demografiestrategie der Bundesregierung. URL:

[https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/pressemitteilungen/DE/2015/09/kabinettschliesst-weiterentwicklung-demografiestrategie.html;jsessionid=E2153455940BA3E81C105785B8C1869D.](https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/pressemitteilungen/DE/2015/09/kabinettschliesst-weiterentwicklung-demografiestrategie.html;jsessionid=E2153455940BA3E81C105785B8C1869D.1_cid287)

1_cid287 (Zugriff: 18.01.2018).

Bogner, Alexander; Menz, Wolfgang (2009): Experteninterviews in der qualitativen Sozialforschung. Zur Einführung in eine sich intensivierende Methodendebatte.

- In: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hrsg.): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. 3. grundl. überarb. Auflage, Wiesbaden: VS, 7-34.
- Bogner, Alexander; Menz, Wolfgang (2009a): Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hrsg.): Experteninterviews. 3. grundl. überarb. Auflage, Wiesbaden: VS, 61-98.
- Bohnsack, Ralf (1999): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in Methodologie und Praxis qualitativer Forschung, 3. Auflage, Opladen: Leske & Budrich.
- Bourdieu, Pierre (1987): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre (1991): Politisches Kapital als Differenzierungsprinzip im Staatssozialismus. In: Bourdieu, Pierre: Die Intellektuellen und die Macht. Hrsg. von Irene Dölling, Hamburg: VSA.
- Bourdieu, Pierre, 1992, Die verborgenen Mechanismen der Macht. Hamburg: VSA.
- Burgess, Robert G. (1982): Field Research: A Source Book and Field Manual, London: Unwin Hyman Ltd.
- Dausien, Bettina (1996): Biographie und Geschlecht. Zur biographischen Konstruktion sozialer Wirklichkeit in Frauenlebensgeschichten. Bremen: Donat.
- Dewey, John (1896): "The Reflex Arc Concept in Psychology", *Psychological Review* 3, 357–370.
- Dewey, John [1917] (1980): The Need for a Recovery of Philosophy. In: *The Middle Works*. Vol. 10, ed. by Jo A. Boydston, Carbondale: Southern Illinois University Press, 3–48.
- Dewey, John (1938): *Experience and Education*. New York: The Macmillan Co.
- Dewey, John [1986] (1972): The Reflex Arc Concept in Psychology. In: John Dewey. *The Early Work*, Vol. 5, Carbondale, 96-110.
- Glaser, Barney G.; Strauss, Anselm L. (1967): *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*, Mill Valley: The Sociology Press.
- Flick, Uwe (2009): *An Introduction to Qualitative Research*. London: Sage.
- Herzberg, Heidrun; Bernateck, Kathrin (2017): Caring Communities. Hintergrundstrukturen „sorgender Gemeinschaften“ in Ostdeutschland. In: *Neue Praxis* 1/2017, 39-54.
- Joas, Hans (1988): Symbolischer Interaktionismus. Von der Philosophie des Pragmatismus zu einer soziologischen Forschungstradition. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 40, Nr. 2, 417-446.

- Kallmeyer, Werner; Schütze, Fritz (1976): Konversationsanalyse. In: *Studium Linguistik* 1, 1-28.
- Kelle, Udo (1994): *Empirisch begründete Theoriebildung. Zur Logik und Methodologie interpretativer Sozialforschung*, Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Kessl, Fabian; Reutlinger, Christian (2010): *Sozialraum. Eine Einführung*. 2., durchges. Auflage, Wiesbaden: VS.
- Klie, Thomas (2014): Caring Community – leitbildfähiger Begriff für eine generationenübergreifende Sorgeskultur? In: Klein, Ludger; Weigel, Hans-Georg (Hrsg.): *Sorgende Gemeinschaften – Vom Leitbild zu Handlungsansätzen*. Frankfurt am Main: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V. URL: http://www.issffm.de/lebenswelten/zusammenhalt/m_379 (Zugriff: 18.01.2018).
- Kricheldorf, Cornelia; Mertens, Angelina; Tonello, Lucia (2014): „Im Projekt hat sich unglaublich viel getan!“. Auf dem Weg zu einer sorgenden Kommune. Handbuch für politisch Verantwortliche, Gestalter und Akteure in Baden-Württembergs Kommunen. Ergebnisse und Empfehlungen aus dem Landesmodellprojekt „Pfleagemix in Lokalen Verantwortungsgemeinschaften“. URL: https://sozialministerium.badenwuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/msm/intern/downloads/Downloads_Pflege/Pfleagemix_Handbuch_2015.pdf (Zugriff: 18.01.2018).
- Lüttringhaus, Maria (2012): Die Aktivierende Befragung bei Wolfgang Hinte und Fritz Karas. In: Lüttringhaus, Maria; Richers, Hille (Hrsg.): *Handbuch Aktivierende Befragung. Konzepte, Erfahrungen, Tipps für die Praxis*. 3. Auflage, Bonn: Stiftung Mitarbeit, 33–54.
- Mead, George H. (1903): The Definition of the Psychological. In: *Decennial Publications of the University of Chicago, first series, Voll III*, 77-112.
- Mead, George H. (1934): *Mind, Self and Society. From the standpoint of a social behaviourist*. Chicago, London: University of Chicago.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2009): Experteninterview und der Wandel der Wissensproduktion. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hrsg.): *Experteninterviews*. 3., grundl. überarb. Auflage, Wiesbaden: VS, 35-60.
- Peirce, Charles Sanders [1903] (1991): *Schriften zum Pragmatismus und Pragmatizismus*. Hrsg. von Karl-Otto Apel, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Przyborski, Aglaja; Wohlrab-Sahr, Monika (2014): *Qualitative Sozialforschung*, 4. erw. Auflage, München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- RKI – Robert-Koch Institut (Hrsg.) (2014): *Faktenblatt zur GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012. Chronisches Kranksein*. URL: http://www.gbe-bund.de/pdf/GEDA_2012_chronisch_kranksein.pdf (Zugriff: 19.01.2018).

- RKI – Robert-Koch Institut (Hrsg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: RKI.
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2012): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf (Zugriff: 18.01.2018).
- Schütz, Alfred; Luckmann, Thomas (1979): Strukturen der Lebenswelt, Bd. 1, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Schütze, Fritz (1983): Biographieforschung und narratives Interview. In: Neue Praxis, H. 3, 283-294.
- Schütze, Fritz (1984): Kognitive Figuren des autobiographischen Stegreiferzählens. In: Kohli, Martin und Günther Robert (Hrsg.): Biographie und soziale Wirklichkeit. Stuttgart: Metzler, 78-117.
- Statistisches Bundesamt (2017): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung; Ländervergleich – Pflegebedürftige. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Strauss, Anselm L. (1987): Qualitative Analysis for Social Scientists. Cambridge: Cambridge University Press.
- Strauss, Anselm; Corbin Juliet (1990): Grounded Theory Research: Procedures, Canons and Evaluative Criteria. In: Zeitschrift für Soziologie, 19, 418-427.
- Strauss, Anselm; Corbin, Juliet (1990a): Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. London: Sage.
- ZQP – Zentrum für Qualität in der Pflege (2017): ZQP-Bevölkerungsbefragung „Herausforderung Pflege – Bürgerperspektive im Wahljahr 2017“. URL: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/2017_02_19_AnalysePflegeWahljahr_KJSEdVvf.pdf (Zugriff: 19.01.2019).

Brandenburgische Technische Universität Cottbus - Senftenberg
IKMZ - Universitätsbibliothek

978-3-940471-45-1

www.b-tu.de