

Pflege und Technik: Empirische Einblicke in Care-Arbeit aus der Perspektive des Agentiellen Realismus

Wüller, Hanna

Veröffentlichungsversion / Published Version

Dissertation / phd thesis

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

transcript Verlag

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Wüller, H. (2023). *Pflege und Technik: Empirische Einblicke in Care-Arbeit aus der Perspektive des Agentiellen Realismus*. (Regensburger Beiträge zur Digitalisierung des Gesundheitswesens, 2). Bielefeld: transcript Verlag. <https://doi.org/10.14361/9783839467114>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>



Hanna Wüller

PFLEGE UND TECHNIK

Empirische Einblicke in Care-Arbeit
aus der Perspektive
des Agentiellen Realismus

[transcript]

REGENSBURGER BEITRÄGE
ZUR DIGITALISIERUNG
DES GESUNDHEITSWESENS

Hanna Wüller
Pflege und Technik

Editorial

Die **Regensburger Beiträge zur Digitalisierung des Gesundheitswesens** sollen über den Wandel der Gesundheitsversorgung durch den verstärkten Einsatz digitaler Technik informieren. In der Reihe erscheinen wissenschaftlich fundierte und praxisorientierte Beiträge in Gestalt von Monografien, Anthologien und hervorragenden Dissertationen. Insbesondere empirisch gelagerte Beiträge, Theoriearbeiten und normative Texte, die den Einsatz digitaler Technik im Gesundheitswesen thematisieren, geben Orientierung für alle professionellen Stakeholder.

Die Reihe wird herausgegeben von Sonja Haug, Andrea Pfingsten und Karsten Weber.

Hanna Wüller forscht und arbeitet zu materiellen Aspekten im beruflichen Pflegehandeln aus feministischer Perspektive. Die interdisziplinär ausgerichtete Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin mit einem Hintergrund in der Wirtschaftsinformatik promovierte an der Universität Kassel bei Claude Draude und Rosa Mazzola.

Hanna Wüller

Pflege und Technik

Empirische Einblicke in Care-Arbeit aus der Perspektive
des Agentiellen Realismus

[transcript]

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doktorin der Philosophie.
Vorgelegt im Fachbereich Gesellschaftswissenschaften der Universität Kassel.

Datum der Disputation: 27.04.2022.

Ursprünglicher Titel: »Rekonstruktion von Phänomenen beruflichen Pflegehandelns. Eine objektiv-hermeneutische Videoanalyse aus Perspektive des Agentiellen Realismus.«

Diese Publikation wurde gefördert durch den Open-Access-Publikationsfonds der Universität Kassel.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Dieses Werk ist lizenziert unter der Creative Commons Attribution 4.0 Lizenz (BY). Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell.

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z.B. Schaubilder, Abbildungen, Fotos und Textauszüge erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

Erschienen 2023 im transcript Verlag, Bielefeld

© **Hanna Wüller**

Umschlaggestaltung: Maria Arndt, Bielefeld

Korrekturat: Angelika Wulff

Druck: Majuskel Medienproduktion GmbH, Wetzlar

<https://doi.org/10.14361/9783839467114>

Print-ISBN: 978-3-8376-6711-0

PDF-ISBN: 978-3-8394-6711-4

Buchreihen-ISSN: 2751-9929

Buchreihen-eISSN: 2751-9937

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier mit chlorfrei gebleichtem Zellstoff.

Besuchen Sie uns im Internet: <https://www.transcript-verlag.de>

Unsere aktuelle Vorschau finden Sie unter www.transcript-verlag.de/vorschau-download

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	9
Tabellenverzeichnis	11
In Dankbarkeit	13
1 Einleitung	15
2 Gegenstandsbeschreibung	
Akutstationäres Pflegehandeln und seine Akteur:innen	19
2.1 Der Kontext beruflichen Pflegehandelns	20
2.1.1 Care-Arbeit in der Krise	20
2.1.2 Organisation beruflichen Pflegehandelns in Deutschland	27
2.2 Pflegehandeln und seine Akteur:innen	31
2.2.1 Pflegehandeln in dichotomen Perspektiven	32
2.2.2 Pflegehandeln in technopragmatischer Perspektive	34
2.3 Zielsetzung der Arbeit	35
3 Theoretischer Rahmen	
Neue Materialismen	37
3.1 Theoretische Perspektiven	37
3.1.1 Grundannahmen und (historische) Entwicklung	38
3.1.2 Agentieller Realismus: Grundannahmen und Begriffsdefinitionen	40
3.2 Anwendungsorientierung	46
3.2.1 Erste Erkenntnisse zum Mehrwert einer Anwendung Neuer Materialismen in der Gesundheitsforschung	46
3.2.2 Berücksichtigung der Perspektive Neuer Materialismen in empirischen Arbeiten	50
3.3 Forschungslücke und Fragestellung der Arbeit	52
4 Methodologie und Methode	55
4.1 Berücksichtigung von sozialen Gesetzmäßigkeiten	56

4.1.1	Rekonstruktives Vorgehen	56
4.1.2	Objektive Hermeneutik	59
4.2	Einbezug von Materie: Datenerhebung und -auswertung	64
4.2.1	Gespräche über Technik in der Pflege	64
4.2.2	Videografie	66
4.3	Diffraktive Methodologie	70
4.3.1	Ausgangslage und Vorgehensweise	71
4.3.2	Selbstreflexion zur Ausgangslage	73
4.4	Kernelemente des methodischen Vorgehens und Einordnung des empirischen Materials	76
5	Ergebnisse	
	Phänomene beruflichen Pflegehandelns	81
5.1	Fall 1: Pflegebedürftigkeits-Phänomen	83
5.1.1	Videsequenz: »Das ist gut für Ihren Rücken«	84
5.1.2	Pflegerin: »dass der nicht auf mich hört«	98
5.1.3	Patientin: »auf jeden Fall interessant«	102
5.1.4	Blick auf den gesamten Fall	106
5.2	Fall 2: Typ Patient:in	106
5.2.1	Videsequenz: »Ich fahre mal ein bisschen tiefer, nicht erschrecken«	107
5.2.2	Pfleger: »auf den Patienten konzentrieren«	120
5.2.3	Patient:in: »Mir ist das egal.«	124
5.2.4	Blick auf den gesamten Fall	130
5.3	Zusammenfassung des Ergebniskapitels	131
6	Diskussion	135
6.1	Methodenreflexion	135
6.1.1	Schaltstelle der Methodenkombination: Objektivitätsbegriff der Arbeit	135
6.1.2	Auswirkungen des methodischen Apparats auf die Ergebnisse	139
6.2	Theoretischer Mehrwert	144
6.2.1	Die Ergebnisse im Licht der Pflegewissenschaft	144
6.2.2	Agentieller Realismus	147
6.3	Implikationen für die Praxis	149
6.3.1	Berufliches Pflegehandeln	150
6.3.2	Technikentwicklung für die Pflege	152
7	Zusammenfassende Schlussbetrachtung und Ausblick	155
	Literaturverzeichnis	159
A	Muster der Informationsschreiben zu den Gesprächen	171

B	Interviewleitfaden zu den Gesprächen	173
C	Ethikantrag	175
D	Ethikvotum.....	197

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Vuzix M100	67
Abb. 2: Screenshots der Anwendung zum Wundmanagement.....	68
Abb. 3: Beginn der Sequenz von Fall 01	85
Abb. 4: Ansicht der Beine der Patient:in.....	89
Abb. 5: Frau Heitmann schreibt.....	97
Abb. 6: Beginn der Sequenz von Fall 02	108
Abb. 7: Kopfteil tiefer fahren	115
Abb. 8: Bett höher fahren	119
Abb. 9: Decke entfernt	120

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Anknüpfungsmöglichkeiten von Objektiver Hermeneutik und Agentiellem Realismus ..	62
Tab. 2: Gesprächspartner:innen zu Technik in der Pflege	65
Tab. 3: Akteur:innen und deren Möglichkeitsräume Fall 01	90
Tab. 4: Akteur:innen und deren Möglichkeitsräume Fall 02	112

In Dankbarkeit

Dieses Buch ist den vielen wunderbaren und lehrreichen Phänomenen und Intraaktionen gewidmet, deren Teil ich auf meinem Weg zur Promotion werden durfte. Geprägt waren diese von gemeinsamem Denken, gegenseitiger Unterstützung und dem Willen sich gemeinsam weiterzuentwickeln. In diesem Rahmen hatten gemeinsame Such- und Denkprozesse, Interpretationen und Schreibbandems ihren festen Platz. All dies und viele weitere Momente machten meine Promotion für mich zu einem bunten und lebendigen Abenteuer. Dafür möchte ich mich an dieser Stelle von Herzen bedanken.

Mein besonderer Dank gilt allen Teilnehmer:innen der Datenerhebung, die mir diesen tiefen Blick in die Phänomene ihres beruflichen Pflegehandelns erlaubt haben. Ohne ihre Offenheit wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Ich bedanke mich darüber hinaus insbesondere bei Claude Draude für eine bestärkende, wertschätzende und zuverlässige Begleitung. Unglaublich wertvolle und gut durchdachte Impulse setzten an meinen Gedanken an und ermöglichten mir durch behutsame Perspektiverweiterungen in die Welt der Neuen Materialismen einzutauchen.

Mein herzlicher Dank gilt Rosa Mazzola, die mit ihren Erfahrungen aus der pflegewissenschaftlichen Theorie und Praxis unter anderem in der Einordnung dieser Arbeit in die feministische und die Care-Debatte unterstützt hat. Darüber hinaus bedanke ich mich für die Bestärkungen darin, die Relevanz meines Themas nicht aus den Augen zu verlieren und es auch deshalb voran zu treiben.

Ich danke ausdrücklich dem Team des promotionsbegleitenden Studienganges in Magdeburg, sowie meinen Komiliton:innen, mit denen ich tief in die Methoden und Methodologien der rekonstruktiven Sozialforschung einsteigen durfte. Im Besonderen danke ich Sandra Tiefel, die uns unter anderem beibrachte, dass eine Promotion zwar biografisch hoch relevant ist, aber deshalb noch lang nicht überbewertet werden sollte.

Rebekka Haubold hat mich immer wieder darin unterstützt inhaltlich und organisatorisch meinen roten Faden wiederzufinden. Ich danke ihr und Susann Hippler dafür, dass wir verschiedene Lebensereignisse zusammen begehen und uns an unterschiedlichen Orten immer wieder begegnen konnten.

Dem Zentrum für Promovierende an der Universität Osnabrück danke ich für Kurse und Programme, die es mir ermöglichten, tiefer in Forschung und Wissenschaft einzutauchen. Auch danke ich Sabine Mehlmann herzlich für die persönlichen Gespräche, die mich auch in schwierigen Situationen unterstützt haben, nicht aufzugeben.

Ich danke Anne Koppenburger für unzählige richtungsweisende Diskussionen in unserem gemeinsamen Büro an der Universität Osnabrück und darüber hinaus. Das tiefe Eintauchen in Texte, die Auseinandersetzung mit den jeweiligen Gedanken und das Entwickeln eigener Perspektiven haben mir viel Freude bereitet.

Andju Giehl danke ich insbesondere für das Sprechen über das Schreiben und das Implementieren von wesentlichen Ideen wie Belohnungen und Wertschätzung für erreichte Ziele. Ich danke Mareike Tudor für ein großartiges Schreibtandem, indem Sie in jedem einzelnen Kapitel die essenziellen Gedanken aus meinen Roh-texten herausarbeitete und mich bestärkte auf einem guten Weg zu sein.

Insgesamt danke ich allen, diese Arbeit auf vielfältige Art und Weise bereichert haben. Bei allen Interpretationsteilnehmer:innen bedanke ich mich für das Einbringen immer neuer Gedanken und Perspektiven. Bei allen Mitdenker:innen bedanke ich mich für erweiternde, schärfende, fokussierende und motivierende Impulse.

Meiner Familie und meinen Freund:innen danke ich für Ihre Geduld immer wieder dem Prozess zuzuhören, mich in passenden Momenten abzulenken und zu erden. Gleichzeitig habt ihr mir den Freiraum gegeben, mir Zeit für dieses Projekt zu nehmen. Eine große Hilfe dabei die Arbeit zu beginnen und fortzuführen war das Vertrauen in mich selbst, das mir meine Eltern beigebracht haben. Ich danke euch.

1 Einleitung

Westliche Industrienationen befinden sich in einer Care-Krise (siehe beispielsweise: Initiative CareMachtMehr, 2020; Kohlen, 2018; Villa, 2020). Die Krisenhaftigkeit, in der Care-Arbeit¹ derzeit verrichtet wird, wurde in der durch das Virus SARS-CoV-2 ausgelösten Covid-19-Pandemie in besonderem Maße sichtbar (Initiative CareMachtMehr, 2020; Villa, 2020). So wurden Betten auf Intensivstationen insbesondere aufgrund fehlender Pfleger:innen knapp; es zeigte sich, wie wichtig Sorgen, Auf-Sich-Acht-Geben und sich Kümmern² sind. Anstatt diesen Tätigkeiten den nötigen Stellenwert zuzuschreiben, wird Care-Arbeit als vermeindlich weibliche Aufgabe häufig in den Zuständigkeitsbereich von Frauen verschoben (Villa, 2020, 439; Winker, 2015, 94). Allerdings führt eine Überalterung der Gesellschaft zu einem erhöhten Pflegebedarf, während gleichzeitig eine gestiegene Mobilität und Berufstätigkeit von Frauen dafür sorgen, dass diese Care-Arbeit nicht in gewohntem Maße übernehmen (Initiative CareMachtMehr, 2013). Der große Bedarf und die mangelnden Ressourcen führen dazu, dass Care-Arbeit unter schlechten Bedingungen stattfindet. Von einer längst geforderten Care-Revolution (Winker, 2015) und einer grundsätzlich anderen Betrachtung von Care-Arbeit (Villa, 2020) scheinen wir allerdings leider noch weit entfernt.

Diese Studie beschäftigt sich mit beruflichem Pflegehandeln als Bestandteil der Care-Arbeit. In pflegewissenschaftlicher Theoriebildung werden bislang vor allem die Beziehungsgestaltung zwischen Pfleger:in und Patient:in sowie die Anwendung unterschiedlicher Wissensformen in den Blick genommen (vgl. Moers & Schaeffer, 2014). Damit lassen bisherige Perspektiven die Rahmenbedingungen, unter denen berufliches Pflegehandeln stattfindet, weitestgehend außer Acht. So stehen auch materielle Aspekte bisher kaum im Fokus der Betrachtungen (Kollewe et al., 2017, 17). Die in dieser Studie eingenommene Perspektive des Agentiellen Realismus ermöglicht es, berufliches Pflegehandeln unter Berücksichtigung materieller Aspekte und vorhandener Machtstrukturen in den Blick zu nehmen und

-
- 1 Im Deutschen wird der Begriff der Care-Arbeit in der Regel mit Sorgearbeit übersetzt. Da mit den Begriffen Sorge und Sorgearbeit allerdings neben dem Gedanken an Fürsorge auch die bedrückende Sorge assoziiert werden, verwende ich in diesem Buch durchgängig die Begriffe Care und Care-Arbeit, wie es auch in der internationalen Debatte üblich ist.
 - 2 Definition von Care-Arbeit nach (Conradi & Vosman, 2016; Roller & Jurczyk, 2018).

bildet somit eine Grundlage für eine erweiterte Herangehensweise an die Care-Krise.

Eine wesentliche Grundannahme des Agentiellen Realismus ist eine Relevanz materieller Aspekte. Inwiefern materielle Bedingungen auch in einer Verschränkung mit Infrastruktur und sozialen Gegebenheiten wirksam werden, lässt sich mit Blick auf unterschiedlichste Lebensbereiche verdeutlichen. So kann die Prioritätensetzung beim Schneeräumen beispielsweise zu einer mittelbaren Benachteiligung von Frauen führen (Criado-Perez, 2020, 51ff.). Es können Zugänge geschaffen oder verwehrt werden³. Oder die Gestaltung von Lernorten hat Auswirkungen darauf, wie Gedanken dazu geformt werden, was es heißt Mensch zu sein (Snaza, Sonu, Truman & Zaliwska, 2016, XX). Berücksichtigt werden materielle Aspekte beruflichen Pflegehandelns in pflegewissenschaftlicher Theoriebildung bisher allerdings vor allem in Form von Technik. Forschung mit Blick auf einen Technikeinsatz in der Pflege stellt Pflege und Technik bislang oft als gegensätzlich her und steht einem Technikeinsatz entsprechend kritisch gegenüber (Lapum et al., 2012, 277). Diese Perspektive führt dazu, dass mögliche Vorteile eines Technikeinsatzes nicht genutzt und eine konstruktive Gestaltung von Technik nicht möglich ist. Die wenigen Arbeiten, die Technik und Pflege als verschränkt betrachten, deuten allerdings auf komplexere Zusammenhänge hin. Ziel dieser Untersuchung ist es entsprechend, berufliches Pflegehandeln in der Verschränkung von materiellen Bedingungen und sozialen Strukturen zu betrachten, um die folgende Forschungsfrage zu beantworten:

Welche Interaktions- und Herstellungsmodi erhalten in beruflichem Pflegehandeln Relevanz?

Ausgehend von der Care-Krise und der Relevanz von Materie sowie der dargestellten Zielsetzung entstand eine Synthese unterschiedlicher Perspektiven, die charakteristisch für diese Studie ist. Einerseits wird berufliches Pflegehandeln als Care-Arbeit verstanden. Damit werden eine Anerkennung von Macht in Care-Beziehungen, eine Politik von Care auf allen Ebenen der Institution sowie die Möglichkeit, Care-Arbeit individuell und besonders zu gestalten, als wesentliche Kriterien guter Care-Arbeit in Institutionen (Tronto, 2010, 162) angenommen. Zudem wird berufliches Pflegehandeln so in den gesellschaftlichen Kontext eingeordnet. Andererseits wird das berufliche Pflegehandeln aus Perspektive des Agentiellen Realismus (Barad, 2007, 132ff.) betrachtet. Diese Perspektive ermöglicht es, materielle Agency⁴ einzubeziehen und dabei bestehende Machtstrukturen zu berücksichtigen.

3 Strategien zur Gestaltung einer Welt, bei der Behinderungen berücksichtigt werden, beschreibt beispielsweise Aimi Hamraie in ihrem Buch »Building Access – Universal Design and the politics of Disability« 2017.

4 Wesentliche Begrifflichkeiten dieses Buches werden im Laufe der jeweiligen Kapitel aufgegriffen und erläutert.

Zur methodischen Umsetzung der Betrachtungen folgt diese Untersuchung einem rekonstruktiven Ansatz, um sowohl soziale Strukturen als auch die Materialität in den Blick nehmen zu können. Besonders vielversprechend erscheint die Anwendung der Objektiven Hermeneutik, da diese das Ziel hat, Sinnstrukturen zu rekonstruieren, die jenseits der einzelnen Akteur:innen gelten. Allerdings steht in der Objektiven Hermeneutik der Mensch im Zentrum der Betrachtungen. Für eine Anwendung mit Bezug zum Agentiellen Realismus war es notwendig, eine posthumanistische Erweiterung der Objektiven Hermeneutik zu entwickeln. Dieses Vorgehen ist im Rahmen eines iterativen Forschungsprozesses entstanden, zu dessen Beginn Gespräche mit Pfleger:innen zum Thema »Pflege und Technik« geführt und anschließend sequenzanalytisch ausgewertet wurden. Die Ergebnisse der Gesprächsinterpretationen deuteten auf die Notwendigkeit einer anderen Materialsorte, um materielle Aspekte einbeziehen zu können, hin. Daher wurden im zweiten Schritt Videoaufnahmen einer experimentellen Pflegesituation erhoben und sequenzanalytisch mit besonderem Fokus auf das Bildmaterial ausgewertet. Damit entsteht ein fokussierter Blick auf das konkrete Phänomen, in dem sich teilweise auch die Rahmenbedingungen zeigen. Ergänzt wird die Methode der Objektiven Hermeneutik um ein selbstreflexives Vorgehen, welches es ermöglicht, die Ergebnisse in ihrer Situietheit einzugrenzen.

In dem hier vorliegenden Buch wird zunächst der Gegenstand umfassend beschrieben und mit dem Kontext beruflichen Pflegehandelns (Kapitel 2.1) die Relevanz des Themas betont. Anschließend wird der Forschungsstand in Bezug auf Pflegehandeln und seine Akteur:innen dargestellt (Kapitel 2.2). Ausgehend von diesem Forschungsstand ergibt sich das Ziel der Studie (Kapitel 2.3). Im nächsten Schritt werden Neue Materialismen als theoretischer Rahmen der Studie mit einem Fokus auf den Agentiellen Realismus dargestellt (Kapitel 3). Die vorgestellten Grundannahmen sowie die Begriffsdefinitionen des Agentiellen Realismus stellen das Begriffsinstrumentarium dar, mit dem im weiteren Verlauf der Untersuchung gearbeitet wird. Mit einem Blick auf die Anwendungsorientierung werden sowohl die Vorteile einer Anwendung Neuer Materialismen im Bereich der Gesundheitsforschung als auch empirische Vorgehensweisen zum Umgang mit Forschung aus der Perspektive Neuer Materialismen deutlich. Ausgehend von der theoretischen Perspektive werden die Forschungslücke und die Fragestellung formuliert (Kapitel 3.3). Es zeigt sich unter anderem, dass rekonstruktive Methoden bisher bei einer Arbeit aus der Perspektive Neuer Materialismen kaum berücksichtigt werden. Davon ausgehend werden im Folgenden die Methodologie und Methode dieser Arbeit beschrieben (Kapitel 4). Das Kapitel beginnt mit einer Darstellung der methodologischen Grundlagen, die zur Anwendung für eine posthumanistische Betrachtungsweise angepasst wurden. Anschließend wird geschildert, inwiefern ein Einbezug von Materie in der Datenerhebung und -auswertung realisiert wird. Ergänzt wird das methodische Vorgehen zudem durch selbstreflexive Aspekte im

Rahmen einer diffraktiven Methodologie zur Herstellung situierten Wissens. Die Kernelemente des methodischen Vorgehens sowie eine daraus entstehende Einordnung des empirischen Materials bilden den Abschluß des Kapitels. Das methodische Vorgehen führte zu zwei Fallbeschreibungen, die im Rahmen der Ergebnisse dargelegt werden (Kapitel 5). Anschließend werden die Ergebnisse mit Bezug auf die Methode, den theoretischen Mehrwert und Implikationen für die Praxis diskutiert (Kapitel 6). Die zusammenfassende Schlussbetrachtung greift abschließend das Zusammenspiel der theoretischen und methodischen Ansätze auf, stellt die wesentlichen Anpassungen im methodischen Vorgehen sowie den Kern der Ergebnisse dar und mündet in einem Ausblick (Kapitel 7).

2 Gegenstandsbeschreibung

Akutstationäres Pflegehandeln und seine Akteur:innen

Wie jede Handlung ist auch Pflegehandeln nicht ohne seine gesellschaftliche Einbettung zu verstehen. Unter anderem Rollenvorstellungen und institutionelle Rahmen definieren und beeinflussen die jeweiligen Herstellungsprozesse. Um diese komplexen Zusammenhänge berücksichtigen zu können, folgt dieses Kapitel in seinem Aufbau einer Betrachtung von der Makro- zur Mikroebene über die Mesoebene. Die getrennte Betrachtung der Ebenen erfolgt zu analytischen Zwecken. Ziel ist es, nicht nur die einzelne Handlung, sondern auch ihre gesellschaftliche Einbettung in den Blick zu nehmen. In der Praxis sind die Ebenen eng miteinander verwoben und nicht voneinander trennbar. In dieser Studie wird im Rahmen der Makroebene vor allem die Einbettung des Pflegehandeln in den gesamtgesellschaftlichen Kontext und damit in die Situation von Care-Arbeit in Deutschland betrachtet. Auf der Mesoebene stehen die Prozesse beruflichen Pflegehandeln im Krankenhaus im Vordergrund, die im Wesentlichen durch die institutionellen Rahmenbedingungen geprägt werden. Zusammengefasst werden beide Aspekte im ersten Teil dieses Kapitels als Kontext, in dem Pflegehandeln in Deutschland stattfindet, beschrieben (2.1). Auf der Mikroebene wird schließlich die direkte Pflegesituation mit ihren Akteur:innen betrachtet (2.2). Vor allem Perspektiven, die nicht-menschliche Akteur:innen einbeziehen, werden vertiefend dargestellt. Damit folge ich der Berücksichtigung von materiellen Aspekten, die insbesondere im Material Turn¹ als relevant herausgestellt wurde. Bei der Betrachtung von bisheriger Forschung zu Pflegehandeln, welche materielle Akteur:innen berücksichtigen, zeigt sich eine bisher überwiegend einseitige Blickrichtung, die Technik und menschliches Handeln als gegensätzlich darstellt. Erste Arbeiten, die Technik und Pfl-

1 Der sogenannte Material Turn beschreibt eine Hinwendung zum Materiellen. Die Grundannahme besteht darin, dass nicht nur die menschlichen, sondern auch alle weiteren Akteur:innen die Herstellungsprozesse in der jeweiligen Situation beeinflussen können. Diese Entwicklung sowie ihr Ausgangspunkt werden in Kapitel 3, welches sich den Neuen Materialismen widmet, ausgeführt.

gehandeln verschränkt betrachten, zeigen allerdings den großen Mehrwert, den diese Perspektiven bieten. Daraus ergibt sich die hier identifizierte Forschungslücke, die im abschließenden Abschnitt dieses Kapitels zusammengefasst wird (2.3).

2.1 Der Kontext beruflichen Pflegehandelns

Die Bedingungen, unter denen Care-Arbeit stattfindet, bilden den wesentlichen Rahmen für die konkreten Bedingungen beruflichen Pflegehandelns. Unter Care-Arbeit wird sowohl bezahlte als auch unbezahlte Arbeit verstanden, die zur Erhaltung unseres Wohlbefindens und damit zur Herstellung eines guten Lebens dient. Bezahlte und unbezahlte Care-Arbeit sind eng miteinander verbunden, da sie ein gemeinsames Ansehen genießen und Arbeit, die in unbezahlter Form nicht (mehr) geleistet wird, durch bezahlte Care-Arbeit übernommen werden kann. Zudem werden sowohl bezahlte als auch unbezahlte Care-Arbeit überwiegend von Frauen² geleistet. Im ersten Teil dieses Unterkapitels (2.1.1) werden relevante Definitionen und Betrachtungsweisen von Care-Arbeit kurz vorgestellt. Anschließend werden die aktuellen krisenhaften Bedingungen, unter denen Care-Arbeit in westlichen Industrienationen geleistet wird, zusammengefasst. Der zweite Teil des Unterkapitels widmet sich der Organisation beruflichen Pflegehandelns in Deutschland (2.1.2). Dazu wird zunächst die Situation beruflich Pflegenden im deutschen Gesundheitswesen beschrieben. Anschließend werden insbesondere die Herausforderungen des Settings Krankenhaus dargestellt.

2.1.1 Care-Arbeit in der Krise

Care-Arbeit wird als zentrale gesellschaftliche Aufgabe beschrieben (Winker, 2015). Diese Care-Arbeit kann als ein gegenseitiges Auf-sich-Acht-Geben und ein Sich-Kümmern verstanden werden (Conradi & Vosman, 2016; Roller & Jurczyk, 2018). Auf die Leistung von Care-Arbeit zur Unterstützung der Selbstsorge sind Menschen in unterschiedlichem Maße im Laufe ihres Lebens immer wieder – oder dauerhaft – angewiesen, um ein gutes Leben führen zu können. Unterstützungsbedarf besteht unter anderem zu Beginn des Lebens, in dem kaum Tätigkeiten

2 Die Benennung von Frauen als Kategorie soll weder eine eindeutige Zweigeschlechtlichkeit noch eine Gleichheit aller Frauen suggerieren, sondern auf die besonderen Belastungen der strukturell benachteiligten Gruppe hinweisen, deren Mitglieder als Frauen gelesen werden. Innerhalb dieser Gruppe entstehen unter anderem durch die Verknüpfung unterschiedlicher Diskriminierungsmerkmale unterschiedliche Erfahrungen. Beispiele dafür, dass Frauen in unterschiedlichem Maße von mangelnder Macht und einer entsprechenden Belastung durch Care-Arbeit betroffen sind, finden sich im weiteren Text.

selbstständig möglich sind. Aber auch darüber hinaus können beispielsweise vorübergehende oder dauerhafte Einschränkungen der Mobilität eine Unterstützung durch andere Menschen notwendig machen.

Es liegen vielfältige Definitionen von Care-Arbeit vor, die unter anderem den Gegenstand, dem die Care-Arbeit gilt, unterschiedlich breit fassen. An dieser Stelle wird auf zwei Definitionen eingegangen, um die mögliche Bandbreite dieser deutlich zu machen.³ Care-Arbeit im Bezug auf andere Menschen kann unter den Begriffen »das Erziehen, das Pflegen, das Betreuen, das Lehren und das Beraten« (Winker, 2015, 17) zusammengefasst werden. Auch in diesen Begriffen wird die Bandbreite der Tätigkeiten, die unter Care-Arbeit zusammengefasst werden, deutlich. Eine Definition von Care-Arbeit, die auch nicht-menschliche Akteur:innen einbezieht, legten Fisher und Tronto bereits 1990 vor. Sie schreiben:

»On the most general level, we suggest that caring be viewed as a specific activity that includes everything that we do to maintain, continue and repair our ›world‹ so that we can live in it as well as possible. That world includes our bodies, our selves, and our environment, all of which we seek to intervene in a complex, life-sustaining web.« (Fisher & Tronto, 1990, 40)

In dieser Definition liegt der Fokus auf der Betonung von Care als Tätigkeit, die die Welt soweit instand hält und gestaltet, dass ein möglichst gutes Leben hergestellt wird. In der Kritik an dieser Definition wird sie als zu breit und umfassend beschrieben, um einen brauchbaren Analysefokus herzustellen (Ostner, 2011, 465f.). Allerdings liefern Fisher und Tronto ein Analyseinstrumentarium direkt mit, indem sie Care als Prozess beschreiben (Fisher & Tronto, 1990). Die Autor:innen unterteilen den Care-Prozess in die folgenden vier Phasen: »Caring about«, »Taking care of«, »Care-Giving« und »Care-Receiving« (Fisher & Tronto, 1990, 40ff.). »Caring about« beschreibt die Aspekte der Welt, um die wir uns sorgen, beziehungsweise, die wir als relevant und änderungsbedürftig betrachten. Dies kann beispielsweise die Versorgung einer pflegebedürftigen Person sein. Wird eine Unterstützung in der ersten Phase als relevant definiert und die entsprechenden Ressourcen liegen vor, kann die Phase des »Taking care of« beginnen. Mit der ausreichenden Macht und den notwendigen Ressourcen kann festgelegt werden, wie eine Änderung an der aktuellen Situation stattfinden soll. So kann die pflegebedürftige Person beispielsweise durch Hilfsmittel, eine Änderung der (baulichen) Gegebenheiten oder durch eine andere Person unterstützt werden. Liegen entsprechende Ressourcen (meist finanzieller Art) vor, kann in der Regel delegiert werden, wer sich um die jeweilige Situation kümmern soll. So können An- und Zugehörige der pflegebedürftigen Person die Durchführung der Care-Arbeit in Auftrag geben. Ist dies geklärt, kann im nächsten Schritt das tatsächliche Care-Giving stattfinden.

3 Für eine detailliertere Übersicht von Definitionen von Care-Arbeit siehe Ostner (2011).

Um die Care-Arbeit durchführen zu können, ist ein detailliertes Verständnis alltäglicher Prozesse durch die Auftragnehmer:in notwendig. Eine Herausforderung für die Sorgebeziehung entsteht besonders, wenn die ausführende Person nur wenig Macht und Autorität hat und durch eine Fragmentierung des Care-Prozesses von diesem entfremdet ist (Fisher & Tronto, 1990, 41). Dies ist beispielsweise der Fall, wenn Care-Arbeit durch Hilfskräfte übernommen wird, die in prekären Beschäftigungsverhältnissen angestellt sind. In der letzten Phase, dem Care-Receiving, können diejenigen, denen die Care-Arbeit gilt, eine Rückmeldung zur durchgeführten Versorgung geben. Grundsätzlich ist die Care-Beziehung von Herausforderungen geprägt. Diese liegen unter anderem in der Einigung auf die Bedürfnisse, denen in der Care-Beziehungen begegnet werden soll. Liegt zwischen Care-Giver und Care-Receiver eine ungleiche Machtverteilung vor, ist die Definition der Ziele der Care-Arbeit besonders herausfordernd. Anhand dieser Betrachtungen zeigt sich der Einfluss von Machtverteilungen in jeder Phase, sodass zusammengefasst Inhalt, Definition, Verteilung und Grenzen von Care-Arbeit durch Machtverhältnisse beeinflusst werden (Fisher & Tronto, 1990, 40). Zudem führen ungünstige Verteilungen von zeitlichen und materiellen Ressourcen sowie von Wissen und Fähigkeiten zu Herausforderungen (Fisher & Tronto, 1990, 41). Beispielsweise sind von diesen ungleichen Machtverhältnissen vor allem Frauen und Migrant:innen betroffen, die in großem Maße Care-Arbeit leisten, aber häufig nicht in der Lage sind, die Bedingungen, unter denen sie dies tun, maßgeblich mitzubestimmen. Eine unmittelbare Rückmeldung der Care-Receiver zur geleisteten Care-Arbeit kann in diesem Fall häufig nur durch das Zurückstecken eigener Bedürfnisse erfüllt werden.

Fisher und Tronto unterscheiden drei Kontexte, in denen Care-Arbeit in modernen kapitalistischen Gesellschaften verrichtet wird. Der erste Kontext, in den die unbezahlte Care-Arbeit fällt, ist der Haushalt und die Gemeinschaft (Fisher & Tronto, 1990, 46f.). Basierend auf Familien- und Gemeinschaftsstrukturen verrichten überwiegend Frauen hier Care-Arbeit, die im Idealfall von Gleichheit, Gerechtigkeit und Vertrauen geprägt ist. Diese unbezahlte Care-Arbeit trägt dazu bei, dass die bestehende kapitalistische Gesellschaft aufrecht erhalten werden kann (Müller, 2019). Einig scheinen sich die Autor:innen in dem Feld darin zu sein, dass es eine Vereinbarkeitsproblematik zwischen kapitalistischen Logiken und Care-Arbeit gibt. So beschreibt Gabriele Winker ausführlich die Anreize eines kapitalistisch organisierten Systems, die Kosten für Reproduktionsarbeit möglichst gering zu halten und diese entsprechend zu entthemen, so lange dies kein Problem für die Produktion von Gütern darstellt (Winker, 2015, 52f.). Paula-Irene Villa hingegen beschreibt vor allem die Unplanbarkeit und Unkalkulierbarkeit von Care-Arbeit als wesentlich kapitalistischen Logiken widersprechend (Villa, 2020, 444). Die Autor:innen sind sich einig, dass die vermeintliche Naturalisierung von Care

als mütterlich und weiblich dazu führe, dass diese Unvereinbarkeit zu Lasten von Frauen gelöst werde.

Als zweiter Kontext, in dem Care-Arbeit geleistet wird, beschreiben Fisher und Tronto die Marktwirtschaft. Der Kapitalismus erzeugt eine Situation, in der das erzielte Einkommen als eine Ressource für Care gilt. Davon sind in negativem Maße überwiegend Frauen betroffen, da diese in der Regel ein niedrigeres Einkommen als Männer haben (Klenner, Schulz & Lillemeier, 2016).⁴ Hinzu kommt die Tatsache, dass Frauen häufiger in Teilzeit arbeiten oder phasenweise keiner Erwerbsarbeit nachgehen (2019 waren in Deutschland 74,7 % der Mütter mit mindestens einem Kind unter 18 Jahren erwerbstätig, dagegen 92,9 % der Väter. Zudem arbeiteten 66 % aller Mütter in Teilzeit, bei den Vätern nur 6 % [Statistisches Bundesamt, 2021]). Mit den entsprechenden geringeren finanziellen Ressourcen haben die Frauen auch weniger Macht, wenn es um die Organisation oder Delegation von Care-Arbeit geht. Zudem führt die zur Verfügungstellung von Care anhand von Angebot und Nachfrage zu einer Fragmentierung von Care-Arbeit. An ihre Grenzen kommt marktwirtschaftlich organisierte Care-Arbeit vor allem bei einer mangelnden Flexibilität in dem Vorhandensein von qualifizierten Care-Givern, die durch entsprechende Ausbildungsdauern nicht ad hoc erzeugt werden können.

Die durch den Markt verwaltete Care-Arbeit wird in der Regel durch ein bürokratisches System unterstützt, welches den dritten Bereich, in dem Care-Arbeit organisiert sein kann, darstellt. Durch die Bürokratie werden auch Care-Aufgaben, die vom Markt nicht übernommen würden, sichergestellt. Nachteile einer bürokratischen Organisation sind zunächst, dass häufig die Bedürfnisse der Care-Receiver übersehen werden, da sie nicht danach gefragt werden. Zudem findet das Taking care of in der Regel auf einer oberen Hierarchieebene und das Care-Giving auf einer unteren Hierarchieebene statt und muss in Routinen funktionieren. Dadurch kann den ausführenden Personen das Verantwortungsgefühl für die jeweilige Situation abhanden kommen. Sind die Care-Giver dennoch daran interessiert, eine gute Versorgung zu gewährleisten, müssen sie häufig Regeln brechen, die auf anderen Ebenen aufgestellt wurden. So kann es vorkommen, dass eine ausgebildete Pfleger:in in der häuslichen Umgebung einer pflegebedürftigen Person Aufgaben übernimmt, die in der Planung nicht vorgesehen sind. Dies kann beispielsweise das Hochziehen der Rollläden im Wohnzimmer der pflegebedürftigen Person sein. Die Verteilung von Care-Arbeit auf diese drei Bereiche macht die Fragmentierung dieser deutlich.

Trotz der Fragmentierung kann in Institutionen gute Care-Arbeit geleistet werden. Eine Anerkennung von Macht in den Care-Beziehungen, eine Politik von Care

4 Der Durchschnittliche Bruttostundenverdienst von Frauen war im Durchschnitt der Europäischen Union 2018 15 % geringer als der durchschnittliche Bruttostundenverdienst von Männern (Statistisches Bundesamt, o. J.).

auf jeder Ebene der Institution, die Möglichkeit, Care-Arbeit individuell und besonders zu gestalten sowie klare, definierte und akzeptierte Ziele der Care-Arbeit sind wesentliche Grundlagen für gute Care-Arbeit in Institutionen (Tronto, 2010, 162). Mit diesen Regeln wird die spezifische Logik von Angewiesenheit und Relationalität berücksichtigt, der Care-Tätigkeiten folgen (Schmitt, 2018, 42). Inwiefern diese Regeln im beruflichen Pflegehandeln in deutschen Krankenhäusern anhand der institutionellen Rahmenbedingungen berücksichtigt werden (können), ist Bestandteil des folgenden Unterkapitels.

Problematisiert wird im Zusammenhang mit Care-Arbeit die besondere Rolle von Frauen, für die es als wesentliches Merkmal ihrer geschlechtsbezogenen Identität gilt, sich um vieles zu sorgen und die gleichzeitig in der Regel verhältnismäßig wenig Macht und Ressourcen haben, um dieses Caring about auch in Form eines Taking care of umzusetzen (Fisher & Tronto, 1990). Diese Rollenzuschreibungen anhand des biologischen Geschlechts entwickelten sich in westlich europäischen Gesellschaften verstärkt mit den Anfängen der bürgerlichen Familie im 18. Jahrhundert⁵. Auch die Soziologinnen Villa und Winker diagnostizieren eine Naturalisierung, die Care-Arbeit als vermeintlich weibliche Aufgabe in den Zuständigkeitsbereich von Frauen verschiebt (Villa, 2020, 439; Winker, 2015, 94). Die »Zuschreibung [von Reproduktionsarbeit an Frauen] ist in einem solchen Maß durch Normen und Werte gefestigt, die Verantwortung von Frauen für sorgende Tätigkeiten erscheint so selbstverständlich, dass diese Tätigkeiten selten als Arbeit benannt werden.« (Winker, 2015, 54). Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass der zweite Gleichstellungsbericht der Bundesregierung bezogen auf Daten aus der Zeitverwendungserhebung in den Jahren 2012 und 2013 einen Gender-Care Gap von 52,4 % festgestellt hat (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2017, 11). Damit verrichten Frauen in Deutschland 1,5 Mal so viel unbezahlte Care-Arbeit wie Männer. Allerdings führt eine steigende Berufstätigkeit der Frauen in Verbindung mit unzureichenden Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Care-Arbeit und Erwerbsarbeit dazu, dass diese Frauen Care-Arbeit nicht mehr in dem gewohnten Maße leisten (Kohlen, 2018, 252ff.). Von der entstandenen Lücke wird als Care-Krise gesprochen (siehe beispielsweise: Initiative CareMachtMehr, 2020; Kohlen, 2018; Villa, 2020).

Neben der unbezahlten Care-Arbeit wird allerdings auch die bezahlte Care-Arbeit häufig von Frauen ausgeführt, die aufgrund der Naturalisierung der Tä-

5 Mit den Anfängen der bürgerlichen Familie im 18. Jahrhundert wurde eine Geschlechtszugehörigkeit nach innen verlagert und mit vermeintlich natürlichen Bestimmungen verknüpft. So ließ sich die Arbeitsteilung in bürgerlichen Familien rechtfertigen. Mit der Geschlechtszuordnung entwickelten sich auch klassische Frauen- und Männerberufe, deren Zuordnung zum jeweiligen Geschlecht sich allerdings im Laufe der Zeit änderte. Für weiterführende Ausführungen zur Konstruktion von Geschlecht siehe Wetterer (2010).

tigkeit auch schlecht entlohnt werden und unter schlechten Arbeitsbedingungen stattfinden (Villa, 2020). Wie auch in anderen Lebensbereichen wird hier die Verknüpfung unterschiedlicher Diskriminierungsmerkmale wirksam, sodass neben dem Geschlecht auch die Klasse, die Fähigkeiten und race⁶ zu einer Benachteiligung führen.⁷ So wird Care-Arbeit weltweit durch schlecht bezahlte Hilfskräfte aus dem jeweiligen Ausland geleistet. Im Libanon werden beispielsweise häufig Äthiopierinnen unter unwürdigen Bedingungen und ohne Rechte (wie beispielsweise Freizeit) beschäftigt, um Familien in der Lebensführung zu unterstützen (Goethe-Institut e.V., o. J.). Indonesien sendet im Rahmen eines Entwicklungsprogrammes Frauen unter anderem nach Taiwan, Singapur und Hongkong, wo sie häufig als Hausangestellte arbeiten und nicht selten geschlechtsspezifischer Gewalt ausgesetzt sind (Dinkelaker, 2018). In europäischen Ländern begünstigt das europäische Rechtssystem die Pendelmigration durch Pflegende aus dem osteuropäischen Ausland in Länder mit einem höheren Lohnniveau, in denen Versorgungslücken im Gesundheitssystem durch Pflegende aus dem Ausland überbrückt werden (Kniejska, 2016; Schilliger, 2015; Van Holten, Jähne & Bischofberger, 2013). Die Pendelmigrantinnen kommen häufig aus Polen und der Ukraine und bessern durch die Care-Arbeit das Einkommen ihrer Familien wesentlich auf. Allerdings sind die Bedingungen der Pflegearbeit häufig schlecht geregelt und es entstehen entsprechend herausfordernde Arbeitssituationen.⁸

Neben der Darstellung der allgemeinen Rahmenbedingungen bezahlter Care-Arbeit ist festzuhalten, dass settingspezifisch große Unterschiede in den konkreten Arbeitsabläufen und Bedingungen der Pflege bestehen. So ist die ambulante Pflege insbesondere durch eine sehr selbstständige und stark getaktete Arbeit in fragmentierten Arbeitseinsätzen gekennzeichnet, wohingegen die stationäre Altenpflege eher durch eine Gestaltung der Tagesstruktur und eine Betreuung der Bewohner:innen geprägt ist. Die Pflege im Krankenhaus ist wiederum durch eigene Herausforderungen gekennzeichnet. Mit dem vorrangigen Ziel der Behandlung von Krankheiten, spielt die Pflege in Krankenhäusern, obwohl sie den größten Patient:innenkontakt hat und die größte Berufsgruppe darstellt, in der Regel eine untergeordnete Rolle. Die ärztliche Leitung und der Fokus auf die Heilung sind im Sozialgesetzbuch fünf festgeschrieben. Dort heißt es:

-
- 6 Aufgrund der rassistischen Implikationen des deutschen Begriffes »Rasse« wird in dieser Arbeit der englische Begriff »race« verwendet.
 - 7 Die Verknüpfung unterschiedlicher Diskriminierungsmerkmale wird unter dem Begriff der Intersektionalität betrachtet. Dieser wurde durch Kimberle Crenshaw (1989) geprägt.
 - 8 Erst mit einem Urteil des Bundesarbeitsgerichts vom 24.06.2021 (Aktenzeichen 5 AZR 505/20) wurde der Anspruch auf Erhalt des Mindestlohns auch während Bereitschaftszeit »für entsandte ausländische Betreuungskräfte in Privathaushalten« (Bundesarbeitsgericht, 2021) bestätigt. Inwiefern das Modell einer 24-Stunden-Pflege unter diesen Bedingungen weiter bestehen kann, wird diskutiert (Norddeutscher Rundfunk, 2021).

»Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen
4. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.«
(SGB V §107, Abs. 1)

Der Fokus auf die Heilung und die medizinische Leitung drücken sich unter anderem in einer Orientierung an ärztlichen Abläufen aus. Verstärkt wurde die untergeordnete Rolle der Pflege im Krankenhaus durch die Einführung von Diagnosis Related Groups (DRG), den sogenannten Fallpauschalen, im Jahr 2004. Diese Möglichkeit, die Betriebskosten eines Krankenhauses abzurechnen, berücksichtigte zunächst nur die ärztlichen Diagnosen, nicht jedoch den pflegerischen Aufwand. So konnte beispielsweise die Versorgung einer Person nach einer Hüftoperation, die einen guten Allgemeinzustand und damit einen vergleichsweise geringen Unterstützungsbedarf hat, genau so vergütet werden, wie die Versorgung einer Person mit schlechtem Allgemeinzustand und hohem Unterstützungsbedarf nach der gleichen Operation. Zudem schafft das DRG-System weitere Anreize für eine Verkürzung der durchschnittlichen Bettenverweildauer in deutschen Krankenhäusern. Diese ist bereits von 14,0 Tagen in 1991 kontinuierlich auf 7,2 Tage in 2018 gesunken (Statistisches Bundesamt, 2020). Eine kürzere Zeit, die Patient:innen im Krankenhaus verbringen, bedeutet für die Pflege eine Erhöhung der Arbeitsbelastung, da Patient:innen, die selbstständig sind, zeitnah entlassen werden und nur Patient:innen mit hohem Pflegebedarf auf den Stationen bleiben. Auch wenn die Vergütung über das DRG-System mittlerweile in Teilen angepasst wurde, ist es dennoch ein eindrucksvolles Beispiel dafür, wie bei der Steuerung des Gesundheitssystems stellenweise die Bedarfe der Pflege von Patient:innen nicht mitgedacht werden und der Fokus auf ärztlichen Leistungen liegt.⁹

Zusammengefasst zeigt die Betrachtung der Care-Arbeit sowohl ihre Relevanz wie auch die ihr eigenen spezifischen Herausforderungen, die unter anderem in

⁹ Für nähere Informationen zur Einführung und zur Anpassung des DRG-Systems siehe beispielsweise: (Simon, 2019), Die Finanzierung der Krankenhäuser durch die Fallpauschalen ist im Krankenhausfinanzierungsgesetz Paragraph 17b festgelegt.

einer gegenseitigen Angewiesenheit aufeinander bestehen. Zudem wird deutlich, inwiefern die Möglichkeiten Care-Arbeit zu organisieren und durchzuführen sowie die direkte Care-Arbeit von ungleichen Machtstrukturen gekennzeichnet sind, in denen insbesondere Frauen strukturell benachteiligt werden und Lücken im Versorgungssystem dazu führen, Migrant:innen zu unangemessenen Bedingungen zu beschäftigen. Vor dem Hintergrund der beschriebenen Herausforderungen und der aktuellen geschlechtsbezogenen und internationalen Arbeitsteilung sprach auch der Initiativkreis »Care.Macht.Mehr« von einer Care-Krise und forderte unter anderem gute Care-Strukturen und alternative Care-Modelle (Initiative CareMachtMehr, 2013). 2020 legte der Initiativkreis ein weiteres Positionspapier mit dem Titel »Großputz! Care nach Corona neu gestalten« (Initiative CareMachtMehr, 2020) vor. Dieses Papier verweist darauf, inwiefern die seit 2020 andauernde COVID-19-Pandemie die Care-Krise verschärft und zu einer breiten Diskussion der Relevanz von Care-Arbeit in der Öffentlichkeit geführt hat. Die Chance darin die COVID-19-Krise als Reflexionsmoment und Ausgangspunkt für einen anderen Umgang mit Care-Arbeit zu nutzen, wird auch an anderer Stelle beschrieben (Villa, 2020). Eine breite Anpassung der Rahmenbedingungen und der Verhandlung von Care-Arbeit konnte allerdings bisher nicht beobachtet werden. Diese Arbeit beschäftigt sich daher unabhängig von der COVID-19-Pandemie mit beruflichem Pflegehandeln als Teil von Care-Arbeit im Setting Krankenhaus. Wie die Rahmenbedingungen von beruflichem Pflegehandeln in Deutschland aktuell gestaltet sind, ist Gegenstand des folgenden Unterkapitels.

2.1.2 Organisation beruflichen Pflegehandelns in Deutschland

Die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems in Deutschland sind durch eine staatliche Verantwortung¹⁰ in Kombination mit seit den 1990er Jahren immer stärker Einzug haltenden marktwirtschaftlichen Logiken gekennzeichnet. Aus dieser staatlichen Verantwortung in Verbindung mit marktwirtschaftlichen Prinzipien ist ein System mit umfangreichen Institutionen und Steuerungsmechanismen entstanden.¹¹ Ein Beispiel für eine solche Organisation, die der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens dient, ist der Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Dieser ist nach eigenen Angaben »[d]as höchste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen« (Gemeinsamer Bundes-

10 Die staatliche Verantwortung ergibt sich aus dem Sozialstaatsprinzip, welches im Grundgesetz, Artikel 20, Satz 1 festgeschrieben ist: »Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat.«

11 Eine Übersicht über die jeweiligen Institutionen und deren Organisation in Bezug auf die Krankenhausversorgung findet sich unter anderem im Bericht des Sachverständigenrates (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018).

ausschuss, o. J.) und nimmt die Aufgaben der Gestaltung eines Leistungskataloges der Krankenkassen sowie der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen wahr. Die Verhandlungspartner:innen über diese Konditionen der Gesundheitsversorgung sind die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen und der Verband der privaten Krankenversicherungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigung. Organisationen der Patient:innenvertretung auf Bundesebene können im G-BA mitberaten und Anträge einreichen, haben aber kein Stimmrecht. Die Position der Patientenvertreter:innen wird dadurch erschwert, dass viele von ihnen ihre Vertretungsposition nur ehrenamtlich ausführen und entsprechend strukturell schlechter gestellt sind. Vertretungen von Pfleger:innen hingegen finden sich im G-BA nicht. Damit zeigt sich beispielhaft die starke Einflussnahme von Ärzt:innen und Krankenkassen im Vergleich zu Pfleger:innen und Patientenvertreter:innen.

Nicht nur im G-BA, sondern auch darüber hinaus sind Patient:innen und Pfleger:innen vergleichsweise schwach institutionell organisiert. Die antragsberechtigten Patient:innenvertretungen im G-BA sind beispielsweise alleine in vier unterschiedliche Organisationen auf Bundesebene¹² zusammengefasst, die jeweils unterschiedliche Schwerpunkte haben. Auch die interessenpolitische Organisation von Pfleger:innen weist eine zersplitterte Struktur mit jeweils unterschiedlichen Fokussen auf. Vertreten werden Pflegende aktuell unter anderem durch den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), der derzeit die größte Interessensvertretung von beruflich Pflegenden darstellt. Ein Teil der Pflegenden ist zudem gewerkschaftlich in der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)¹³ organisiert. Insgesamt ist der Organisationsgrad beruflich Pflegenden allerdings eher gering und wird für die Altenpflege beispielsweise mit kleiner als zehn Prozent angegeben. Durch fragmentierte Zusammenschlüsse von Arbeitgeber:innen und Arbeitnehmer:innen sowie durch ein hohes Maß an politischen Regelungen steht die Interessensvertretung von Pfleger:innen vor großen Herausforderungen. Insbesondere durch die trägerspezifischen Arbeitgeber:innenverbände sowie die unterschiedlichen Arbeitnehmer:innenverbände finden keine einheitlichen Verhandlungen und damit auch kein entsprechender Druck auf die Politik statt (Evans, 2016, 183). Allerdings werden trotz dieser erschwerten Bedingungen Initiativen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch Pfleger:innen immer lauter (Schmidt, 2017, 99). Entwicklungen zur Stärkung der Interessensvertretungen in der Pflege

12 Die Organisationen sind: Deutscher Behindertenrat (DBR), BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP), Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. und Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.

13 Die ver.di versteht sich als Einheitsgewerkschaft, die den Anspruch hat, in 13 Fachbereichen »jede Branche und Berufsgruppe« (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, o. J.) zu vertreten.

in Bezug auf berufsrechtliche Regelungen zeigen sich auch in den Bestrebungen zu den Einrichtungen von Pflegekammern, die allerdings bisher erst in Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Niedersachsen ihre Arbeit aufnehmen konnten.¹⁴

Die geringe Organisation der Pfleger:innen und die im vorherigen Kapitel beschriebene Naturalisierung der Tätigkeiten als vermeintlich weiblich werden in engem Zusammenhang mit den schlechten Arbeitsbedingungen und der geringen Bezahlung, die Pfleger:innen trotz einer hohen Verantwortung für Menschenleben erhalten, gesehen (Schmidt, 2017). Die hohe Arbeitsbelastung in der Pflege wurde beispielsweise in einer bundesweiten Befragung des deutschen Instituts für Pflegeforschung schon 2009 aufgezeigt (Isfort et al., 2010). Beschrieben werden unter anderem eine hohe Arbeitsverdichtung¹⁵ durch eine Erhöhung der Anzahl der Patient:innen und gleichzeitig weniger Pflegenden sowie häufiges ungeplantes Leisten von Überstunden und Einspringen an geplant freien Tagen. Es zeigte sich, dass besonders hoch belastete Pfleger:innen aufgrund von Überforderung häufig den Wunsch äußerten, ihre Arbeitsstunden zu reduzieren und in Zukunft in Teilzeit zu arbeiten (Isfort et al., 2010, 60). Diese Ergebnisse spiegeln sich unter anderem im Gesundheitsatlas der Betriebskrankenkassen, in dem über alle Berufsgruppen hinweg insgesamt eine gute Arbeitsfähigkeit festgestellt wurde. In der Altenpflege sowie in der Gesundheits- und Krankenpflege verhielt sich die Situation allerdings anders und die große Doppelbelastung von psychischen und physischen Anstrengungen wurde deutlich (Kliner, Rennert & Richter, 2017, 8). Dabei erschienen Altenpfleger:innen im Durchschnitt an 24 Tagen im Jahr krank zur Arbeit, bei den Gesundheits- und Krankenpfleger:innen konnten immer noch 10 Tage krank am Arbeitsplatz verzeichnet werden (Kliner et al., 2017, 12).

Die Unterbewertung und Unterbezahlung von weiblich konnotierten Berufen, wie der Pflege, kann unter anderem damit zusammen hängen, dass Instrumen-

14 In Nordrhein-Westfalen hat 2020 ein Einrichtungsausschuss seine Arbeit aufgenommen, so dass die Wahl eines Kammervorstandes bis 2022 vorbereitet sein soll. Die anderen 12 Bundesländer sind allerdings noch weiter von einer Pflegekammer entfernt. Darüber hinaus hat die Sozialministerin in Niedersachsen angekündigt, dass sie die dortige Pflegekammer auflösen wolle. Diese Ankündigung resultierte aus einer Mitgliederbefragung, in der sich eine Mehrheit für eine Auflösung der Kammer aussprach. Die Befragung wird allerdings wegen ihrer geringen Beteiligung sowie wegen eines unhandlichen Vorgehens kritisiert (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, o. J.). Auch die Mitglieder der Pflegeberufekammer in Schleswig-Holstein stimmten 2021 mit 91,77 % für eine Auflösung der Kammer. Das weitere Vorgehen wird nun von der Landespolitik beraten (Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein K.d.ö.R., o. J.). Insgesamt zeigt sich auch in diesem Beispiel der weite Weg zu einer umfassenden interessenpolitischen Vertretung von Pfleger:innen.

15 In Krankenhäusern findet eine Arbeitsverdichtung unter anderem durch eine konstante Verkürzung der Liegezeiten statt (Statistisches Bundesamt, 2020). Kürzere Liegezeiten führen zu einem erhöhten Betreuungsbedarf, da selbstständige Patient:innen direkt entlassen werden.

te zur Arbeitsbewertung, die die Grundlage für Verhandlungen und Tarifverträge bilden, häufig nicht geschlechtsneutral wirken. Dies drückt sich unter anderem in der Definition von Verantwortung aus, die in der Regel als Führungsverantwortung, aber nicht als Verantwortung für andere Menschen definiert wird (Lillemeier, 2017, 3).¹⁶ In der Anwendung eines Instruments zur geschlechtsneutralen Bewertung von Tätigkeiten und dem entsprechenden Vergleich der Mittelwerte der Bruttostundenlöhne der Berufsgruppen wird der Unterschied in der Bezahlung von gleich bewerteten Berufsgruppen deutlich. So wurden beispielsweise Fachkräfte in Pflege und Gesundheit in der Bewertung mit Führungskräften in der Erbringung von Dienstleistungen im Bereich der Informations- und Kommunikationstechnologie gleichgesetzt, erstere erhielten im 2012 allerdings 15,64 Euro durchschnittlichen Bruttostundenlohn, wohingegen letztere ganze 32,53 Euro Bruttostundenlohn im Mittelwert verdienten (Lillemeier, 2017, 11).

Um der Care-Krise begegnen zu können, fordert die kapitalismuskritische Sozialwissenschaftlerin Gabriele Winker eine Care-Revolution, die Care in das Zentrum jedes Handelns stellt (Winker, 2015). Pflegewissenschaftliche Positionen sind weniger drastisch und hoffen auf eine Lösung durch eine Professionalisierung der Pflegeberufe, die unter anderem als immer bedeutsamer beschrieben wird, da sie eine Qualitätssicherung unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Kosten verspricht (Kälble, 2005; Schaeffer, 2011). In den vergangenen Jahren zeigte sich allerdings bereits, dass eine Professionalisierung der Pflegeberufe nicht zu besseren Arbeitsbedingungen in der Pflege führte. Eine mögliche Erklärung legte Eva-Maria Krampe vor, die die Etablierung von Pflegestudiengängen an Fachhochschulen diskursanalytisch untersuchte (Krampe, 2009). Krampe zeigte, dass im Diskurs die anfänglichen Bestrebungen einer Verbesserung der Arbeitssituation für alle Pflegenden verlassen wurden und im Weiteren eine Distanzierung von den Interessen weiterer Berufsangehöriger stattfand. Mit einer fehlenden Auseinandersetzung in Bezug auf die »gesamtgesellschaftliche und politische Diskussion« (Krampe, 2009, 258) wurde beispielsweise die Beschäftigung mit Pflege als Frauenberuf in die Geschichte verschoben und die Belange der aktuell in der Pflege tätigen Frauen wurden nicht weiter berücksichtigt.

Neben der Akademisierung ist auch die Digitalisierung in der Pflege ein viel diskutiertes Feld. Dies zeigt sich unter anderem in Stellungnahmen und Positionspapieren unterschiedlicher Fachgesellschaften und Organisationen (beispiels-

16 Die fehlende Berücksichtigung von Eigenschaften, die hauptsächlich für Frauen relevant sind, können als Gender Data Gap bezeichnet werden. Diese geschlechterspezifische Datenlücke findet sich in vielen Bereichen unserer männlich dominierten Gesellschaft. Umfangreiche Beispiele von Datenlücken und ihre Auswirkungen beschreibt Carolin Criado-Perez in dem Buch »Unsichtbare Frauen – Wie eine von Daten beherrschte Welt die Hälfte der Bevölkerung ignoriert« (2020).

weise: GKV Spitzenverband, 2021; Evans, Hielscher und Voss, 2018; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2015). Während in den Papieren mehr oder weniger konkrete Hinweise zur Entwicklung von digitalen Lösungen für die Pflege dargestellt werden, drückt sich in der nationalen und internationalen Forschungsförderungspolitik der Wunsch aus, mit digitalen Lösungen dem demografischen Wandel und damit einem Aspekt der Care-Krise zu begegnen (Künemund, 2015, 28). Technologiegetriebene Forschungsprojekte sind allerdings nur selten in der Lage, den Herausforderungen der Pflegepraxis zu begegnen. Inwiefern Technik in der Pflege stattdessen Teil einer »politischen Rationalität des europäischen Innovationsdispositivs« (Lipp, 2020) wird, zeigt sich beispielsweise am Diskurs um Roboter in der Pflege.

Die im Juli 2018 ins Leben gerufene »konzertierte Aktion Pflege« hat das Ziel mit »[m]ehr Ausbildung, mehr Personal und mehr Geld« (Bundesministerium für Gesundheit, 2021) den schlechten Arbeitsbedingungen in der Pflege zu begegnen. In Bezug auf die Digitalisierung gilt auch hier die Annahme, dass die Arbeit von Pflegekräften durch die Digitalisierung erleichtert werden könne und so mehr Zeit für die Pflege bliebe (Bundesministerium für Gesundheit, 2021). Inwiefern die in der Aktion beschlossenen Maßnahmen ihre Wirkung zeigen und die Bedingungen in der Pflege tatsächlich verbessern, wird abzuwarten sein. In jedem Fall wurden zu geringe Löhne und zu wenig Personal als wesentliche Probleme der Pflege erkannt.

Insgesamt ist festzuhalten, dass die beschriebenen Arbeitsbedingungen, die geringe Handlungsmacht der Pfleger:innen und die Orientierung an ärztlichen Logiken und Abläufen eine Herausforderung für die Leistung guter Care-Arbeit in den Institutionen westlicher Industrieländer darstellen. Insbesondere eine Begegnung von Pfleger:innen und Patient:innen auf Augenhöhe sowie die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse scheinen durch diese Rahmenbedingungen bereits erschwert. Es ist zu erwarten, dass unter diesen Bedingungen gute Pflege unter Berücksichtigung von individuellen Bedürfnissen nur unter einem hohen persönlichen Einsatz der Pfleger:innen stattfinden kann. Welche Konzepte einer guten Pflege aktuell vorliegen, wird im Folgenden näher betrachtet.

2.2 Pflegehandeln und seine Akteur:innen

In frühen pflegetheoretischen Überlegungen wurden in der Regel vor allem Patient:in und Pfleger:in als Akteur:innen beschrieben. Aktuellere Arbeiten beschäftigen sich allerdings auch mit einem Einbezug von Technik in die Pflege. Diese Arbeiten lassen sich einteilen in dichotome und technopragmatische Perspektiven. In dichotomen Perspektiven werden Pflege und Technik als getrennt voneinander betrachtet, wohingegen in technopragmatischen Perspektiven von einer

»Vermischung, Verteilung und Vernetzung von sozialen und technischen Agenten in hybriden Gebilden« (Rammert, 2016, 18) ausgegangen wird. In diesem Kapitel werden zunächst die dichotome (2.2.1) und anschließend technopragmatische Perspektiven (2.2.2) auf berufliches Pflegehandeln dargestellt.

2.2.1 Pflegehandeln in dichotomen Perspektiven

Mit der sich etablierenden Disziplin der Pflegewissenschaft entstanden zunächst in den USA in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts einige Entwürfe zur Beschreibung beruflichen Pflegehandelns. Die heute als Pflege-theorien großer Reichweite bezeichneten Konzeptualisierungen hatten die »Forcierung der eingeleiteten Emanzipation der Pflege von der Medizin« (Moers & Schaeffer, 2014, 49) zum Ziel. Es entstanden Theorien, die überwiegend »Regeln für eine idealtypische Pflege-wirklichkeit« (Moers & Schaeffer, 2014, 51) beschrieben. In einigen der nebeneinander stehenden Theorieentwürfe werden die Aufgabenverteilung im Pflegehandeln konzeptionalisiert, wohingegen in anderen der Versuch unternommen wird, Pflege in ihren Grundelementen zu fassen.¹⁷ Ein wesentlicher Punkt, der in diesen frühen Theorien immer wieder als relevant herausgestellt wird, ist die Gestaltung der Beziehung zwischen Pfleger:in und Patient:in. Die Beziehungsgestaltung steht beispielsweise im Mittelpunkt einer der ersten Pflege-theorien, die Hildegard Peplau 1952 in ihrem grundlegenden Werk »Interpersonal Relations« beschrieben hat (Peplau, 2008). Insbesondere in der psychiatrischen Pflege seien das Rollenverständnis und die gegenseitigen Erwartungen von Pfleger:innen und Patient:innen wesentlich und könnten den Zustand der Patient:in positiv beeinflussen (ebd.). Aber auch theoretische Ansätze mit Bezug auf die Pflege im Krankenhaus wie der Interaktionsprozess nach Orlando oder die Professionelle Beziehung nach Travelee stellen die Beziehung zwischen Pfleger:in und Patient:in als wesentlichen Aspekt pflegerischen Handelns dar (Moers & Schaeffer, 2014, 40ff.).

Über die Beziehungsgestaltung hinaus wird der Einbezug unterschiedlicher Wissensformen in das berufliche Pflegehandeln verhandelt. So beschreibt beispielsweise Patricia Benner Stufen der Entwicklung zur Pflegeexpert:in, die sie auf Beobachtungen und Interviews stützt (Benner, 1984). Angelehnt an die Überlegungen der Dreyfus Brüder zur künstlichen Intelligenz, geht Benner davon aus, dass Pflegendе bei entsprechender Erfahrung und Reflexion eine Intuition entwickeln, anhand derer sie ihr Handeln ausrichten können. Dieses intuitive Wissen sei den Handelnden nicht reflexiv verfügbar, stelle aber eine wesentliche Grundlage des Handelns dar. Die Relevanz des sogenannten impliziten Wissens wird

17 Für eine umfassende Darstellung der ersten Theorieentwürfe und ihrer Entwicklungen siehe Schaeffer, Moers, Steppe und Meleis, 2008.

auch im aktuellen deutschen Diskurs mit Bezug auf die doppelte Handlungslogik betont (siehe beispielsweise: Hülsken-Giesler & Remmers, 2020). Nach diesem oevermannschen professionstheoretischen Theorem besteht professionelles Handeln aus dem Zusammenspiel von explizitem und implizitem Wissen (Oevermann, 2017).

Sowohl die geforderte Beziehungsgestaltung als auch die Ergänzung des Regelwissens um das jeweilige Fallverstehen lassen sich als Grundlagen auffassen, um die geleistete Care-Arbeit, wie von Tronto gefordert, individuell und besonders zu gestalten. Diese wesentliche Voraussetzung guter Care-Arbeit wird im Diskurs zu Pflegearbeit auch als personenzentrierte Pflege genannt, deren Bedeutung insbesondere vor dem Hintergrund von Patient:innenzufriedenheit und -sicherheit immer weiter zunimmt (Lapum et al., 2012, 278). Patientenzentrierte Pflege wird dabei mit guter Pflege gleichgesetzt und gilt als eine Möglichkeit Patient:innen vollständig wahrzunehmen (Smith & Willis, 2020, 59). Ein Einsatz von Technik wird immer wieder als einer patientenzentrierten Pflege entgegen stehend dargestellt (Lapum et al., 2012, 277). In aktuelleren Arbeiten ist beispielsweise von einer »Inkommensurabilität pflegerischer und technischer Eigenlogiken« (Remmers, 2015, 12) die Rede. Damit könne technisch substituierte Pflege die »anthropologische Grundsituation des Menschen unterwander[n]« (Remmers, 2019, 426). Eine »Depersonalisierung der Beziehung durch technikgebundene Handlungsabläufe« (Friesacher, 2010, 300) wird befürchtet. In eine ähnliche Richtung geht die Sorge einer enthumanisierenden Pflege durch Technologie, die nicht neu ist (Gadow, 1984, 63). Die Einführung von Technik und computergestützten Systemen wird mit dem Befolgen ökonomischer Zwänge gleichgesetzt, die einen »Zugang zum Anderen« (Hülsken-Giesler, 2008) deutlich erschweren würden. Am Beispiel der Digitalisierung auf Intensivstationen zeigt sich zudem, wie ökonomische Zwänge in Technik eingeschrieben und dadurch verstärkt werden (Manzei, 2009). Eine Gefahr besteht in einer Gleichstellung von Ökonomisierung und Technik. Der Ansatz eines Gegensatzes von Pflege und Technik sowie eine Gleichstellung von Technik und Ökonomisierung drücken sich auch in der Forderung an die Pflegewissenschaft aus, eine »Basis [...] für einen Grundkonsens ›guter Pflege‹ und ›guter Arbeit‹, welcher technisch-funktionalistischen Reduzierungen der Pflegearbeit und ökonomischen Sachzwängen entgegengesetzt werden könnte[, zu liefern]« (Hielscher, Kirchen-Peters & Sowinski, 2015, 16).

In der Abgrenzung von Pflege und Technik wird der Mehrwert guter Pflege besonders deutlich. Vor allem werden die Notwendigkeit eines Einsatzes von impliziten Wissensbeständen zur Realisierung von individuellen Vorgehensweisen sowie die Besonderheit von Pflege als körpernaher Arbeit herausgearbeitet. Allerdings folgen diese Perspektiven anthropozentrischen Grundannahmen und gehen damit davon aus, dass wesentliche Prozesse pflegerischen Handelns nur durch Menschen gewährleistet werden könnten. Dabei finden die Rahmenbedingungen unter

denen (auch durch Menschen erbrachte) Pflege bereits stattfindet, kaum Berücksichtigung. Ein differenzierter Blick auf die Praktiken des pflegerischen Handelns unter Einbezug von Technik wird damit erschwert und ein konstruktiver Umgang mit Technikentwicklung verunmöglicht.

2.2.2 Pflegehandeln in technopragmatischer Perspektive

Bisher gibt es nur wenige Beispiele, in denen Materie als wesentlicher Bestandteil pflegerischen Handelns betrachtet wird. Die ersten Forschungsarbeiten aus technopragmatischen Sichtweisen auf pflegerisches Handeln weisen allerdings bereits auf große Potenziale dieser Perspektiven hin. Beispielsweise beschäftigte sich die Pflegewissenschaftlerin Margarete Sandelowski schon früh mit den Auswirkungen von (historischen) Dingen in der Pflege. Wie diese Auswirkungen gestaltet sein können, beschreibt sie anhand unterschiedlicher technischer Artefakte. Ein eindrucksvolle Beispiele sind ihre Beschreibungen der Einführung von Thermometern in der Pflege, mit der die Hoffnung nach einer Aufwertung der Pflege verbunden gewesen ist (Sandelowski, 2000). Die mit Technik assoziierten Merkmale von Macht und Kontrolle sollten sich durch die Anwendung der Thermometer im Idealfall auf die Pflege übertragen. Nach der Einführung der Thermometer zeigte sich allerdings, dass diese eher zu einer Fragmentierung von Aufgaben im Sinne einer Funktionspflege¹⁸ und damit zu einer Deprofessionalisierung der Pflege führten. Dies lag in der konkreten Anwendung der Artefakte begründet. Da pro Station jeweils nur ein Thermometer angeschafft wurde, wurden diese in der Regel durch eine Hilfskraft genutzt, die dann die Temperatur aller Patient:innen gemessen hat. Damit entstand eine Fragmentierung von Aufgaben, die in einer professionellen Pflege zu vermeiden ist (Sandelowski, 2000, 2).

Anhand dieses Beispiels wird die Bedeutung der Anwendung des Artefakts in der jeweiligen Situation deutlich, die die Auswirkungen des Technikeinsatzes in wesentlichem Maße bestimmt (Barnard & Sandelowski, 2001, 373). Wäre jeweils ein Thermometer pro Pflegeperson angeschafft oder das Thermometer weitergegeben worden, hätte die erhoffte Aufwertung des Pflegehandelns stattfinden können. Gleichzeitig wurde auch die Erwartung einer Aufwertung der Pflege durch einen Technikeinsatz von gesellschaftlichen Werten und Normvorstellungen geprägt. Auch in diesem Punkt zeigt sich eine enge Verschränkung von Technik und Gesellschaft, die nur sichtbar wird, wenn pflegerisches Handeln im Zusammenspiel mit Technik bestimmt wahrgenommen wird.

Das Zusammenspiel von Normvorstellungen, Anwendungsformen und Auswirkungen eines Technikeinsatzes untersuchte auch die Philosophin und Psycho-

18 In dieser Form der Pflegeorganisation sind die Aufgaben der Pflegenden anhand der Tätigkeiten und nicht anhand der Patient:innen(-gruppen) verteilt.

login Jeanette Pols anhand von telecare Systemen, deren Einsatz sie in umfangreichen Feldaufenthalten beobachtete (Pols, 2012). Der Einsatz beispielhafter Anwendungen zeigte, wie unterschiedlich diese genutzt werden und welche Auswirkungen dies haben kann. So wurde ein System zur täglichen Abfrage von Gesundheitsdaten von einigen Pfleger:innen als gute Ergänzung ihres pflegerischen Handelns wahrgenommen und in die Pflegepraxis gut integriert, wohingegen andere den mangelnden direkten Kontakt zu den Patient:innen als Nachteil für ihre Pflegepraxis ansahen. Auch auf Seite der Patient:innen wurden deutliche Unterschiede im Nutzungsverhalten und in den Auswirkungen des Technikeinsatzes sichtbar. Einige empfanden die regelmäßigen Abfragen als positiv und nahmen so einen engeren Kontakt zu den Pfleger:innen wahr, andere wiederum empfanden das Gerät und die regelmäßigen Dateneingaben als unpersönlich und lehnten dies eher ab. Die Einstellung dem System gegenüber wurde unter anderem damit in Verbindung gebracht, wie sehr die Patient:innen sich selbst mit ihrem Gesundheitsstatus auseinandersetzen wollten. In der Integration von technischen Systemen in das Versorgungshandeln der Pfleger:innen und das Bewältigungshandeln der Patient:innen stellt Pols eine enge Verknüpfung unterschiedlicher Wissensbestände heraus, die sich im praktischen Wissen aller Beteiligten zeigt. Anhand dieses und weiterer technischer Beispiele beschreibt Pols, inwiefern Regelwissen und Fallverstehen, die sie als know-how und know-now bezeichnet (Pols, 2012, 84), auch unter Anwendung innovativer Technologien erfolgreich miteinander verknüpft werden können. Den Weg zu einer als positiv bewerteten Nutzung der Technologie beschreibt sie entsprechend als ständiges Ausprobieren. Dabei werden implizite und explizite Wissensbestände verknüpft und eine eigene Anwendungsform der Technik entwickelt. Damit ordnet sie die Anwendung von technischen Artefakten nicht nur einer instrumentellen Vernunft unter, sondern nimmt auch die Empfindungen der Akteur:innen in den Blick.

Zusammenfassend zeigen technopragmatische Perspektiven eine mögliche Vielseitigkeit der Auswirkungen von Technikeinsätzen. So wird insbesondere die Möglichkeit unterschiedlicher Herstellungen derselben Akteur:innen in den jeweiligen Praktiken deutlich. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass auch technisch unterstützte pflegerische Praxis individuelle Bedürfnisse berücksichtigen kann. Es sind allerdings weitere Forschungen nötig, um die Wirkung materieller Akteur:innen auf diese Praktiken in ihren Facetten darzustellen.

2.3 Zielsetzung der Arbeit

Die Gegenstandsbeschreibung zeigt deutlich die hohe Relevanz von Care-Arbeit für berufliches Pflegehandeln. Es wurden zwei wesentliche Herausforderungen für die Erbringung guter Care-Arbeit identifiziert. Diese sind die gegenseitige Ange-

wiesenheit der Akteur:innen aufeinander sowie die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, unter denen Care-Arbeit stattfindet. Berufliches Pflegehandeln gehört zu den Aspekten der Care-Arbeit, die in Institutionen stattfinden. Als wesentliche Voraussetzungen für gute Care-Arbeit in Institutionen werden mit Tronto (2010) die folgenden drei Merkmale beschrieben:

- eine klare Anerkennung von Macht in Care-Beziehungen
- eine Politik von Care auf jeder Ebene der Institution
- die Möglichkeit, Care-Arbeit individuell zu gestalten

Insbesondere die Notwendigkeit Care-Arbeit individuell zu gestalten, wird auch in vorherrschenden Pflege-theorien als ein wesentliches Merkmal von Pflegearbeit angesehen (Kapitel 2.2.1). Auf institutioneller Ebene wurden eine geringe Bezahlung und eine hohe Arbeitsbelastung als die Bedingungen gekennzeichnet, unter denen Pflege im deutschen Gesundheitssystem stattfindet. Für Pflege in Krankenhäusern gilt zudem, dass sie in der Regel eine untergeordnete Rolle spielt, da der Fokus nicht auf Care, sondern auf Cure, der Heilung liegt. Damit bestimmen ärztliche Logiken die wesentlichen Abläufe in den Häusern.

Vor dem Hintergrund der Care-Krise ist es das Ziel dieser Arbeit, berufliches Pflegehandeln unter Berücksichtigung aller relevanten Akteur:innen aus einer technopragmatischen Perspektive zu betrachten. So ist es möglich, insbesondere das Zusammenspiel von menschlichen und nicht-menschlichen Akteur:innen in den Blick zu nehmen und aufzuzeigen, wie berufliches Pflegehandeln realisiert wird. Der Blick richtet sich dabei auf die Merkmale guter Care-Arbeit in Institutionen. Dabei sind Machtverhältnisse und Spielräume zu individualisiertem Handeln besonders relevant.

3 Theoretischer Rahmen

Neue Materialismen

Wie in der Gegenstandsbeschreibung dargestellt, erscheint in der Betrachtung von beruflichem Pflegehandeln eine theoretische Perspektive weiterführend, die es ermöglicht, die enge Verknüpfung von Pflege und Technik zu berücksichtigen. Neue Materialismen beziehen zudem die Verteilung von Handlungsmacht in ihre Betrachtungen ein. Dieses Kapitel beschreibt zunächst die Entwicklung und theoretische Grundlagen Neuer Materialismen mit einem Fokus auf die Perspektive des Agentiellen Realismus (3.1). Um diese Grundannahmen leichter verständlich und für diese Untersuchung besser nutzbar zu machen, wird im zweiten Teil eine anwendungsorientierte Perspektive eingenommen (3.2). Dabei werden sowohl Mehrwerte Neuer Materialismen für die Gesundheitsforschung als auch Methoden zur Arbeit mit empirischem Material aus der Perspektive Neuer Materialismen in den Blick genommen. Im letzten Teil des Kapitels (3.3) wird die entsprechende Forschungslücke zusammengefasst und die Fragestellung dieser Untersuchung formuliert.

3.1 Theoretische Perspektiven

Neue Materialismen haben sich als Strömung der Science and Technology Studies (STS) entwickelt und stehen in deren Tradition, Materie bei der Betrachtung der Welt mitzudenken, »um das komplexe und dynamische Zusammenspiel von Bedeutungsprozessen und materiellen Anordnungen zu erfassen« (Lemke, 2017, 551). Es entstanden Grundannahmen, die in unterschiedlichen Strömungen mit den jeweiligen Schwerpunkten ausformuliert wurden. Im ersten Teil dieses Kapitels (3.1.1) werden diese Grundannahmen Neuer Materialismen beschrieben. Vor diesem Hintergrund wird im zweiten Teil des Kapitels (3.1.2) der Agentielle Realismus als die Perspektive, die in dieser Arbeit verwendet wird, mit seinem Begriffsinstrumentarium vorgestellt.

3.1.1 Grundannahmen und (historische) Entwicklung

Im gemeinsamen Grundverständnis der STS wird Wissen als etwas verstanden, das kommunikativ hergestellt wird (Van Loon, 2014, 99). In der Tradition eines radikalen Konstruktivismus wurden dabei mit wachsender Bedeutung des Cultural Turn oder Linguistic Turn in den 1970er-Jahren vor allem Sprache, Diskurs und Werte berücksichtigt. So entstanden wesentliche Erkenntnisse zur Wirkmächtigkeit von Macht (Coole & Frost, 2010, 6). Dieser Ansatz ist allerdings unzureichend, um über Materie nachzudenken (ebd.). Entsprechend wurde in einer Wende zum Materiellen (Material Turn) ein Bezug zur Technik ergänzt, da die Relevanz dieser in empirischen Studien, wie den Laborstudien von Bruno Latour, deutlich wurde (Van Loon, 2014). In der Betrachtung des »Labor[s] als einen Ort zur Konstruktion von wissenschaftlichen Tatsachen« (ebd., 101) zeigte sich die Relevanz der nicht-menschlichen Akteur:innen. Es entstand die Akteur-Netzwerk-Theorie, die beschreibt, dass das Soziale und das Technische phänomenal untrennbar sind und Akteur:innen erst durch Vernetzung handlungsfähig werden (Van Loon, 2014). Dies wird auch an Beispielen aus der Alltagspraxis deutlich. So führte die bereits in Kapitel 2.2.2 beschriebene Einführung des Thermometers in die Pflege zu einer Fragmentierung der Arbeitsabläufe (Sandelowski, 2000). Eine Anschaffung mehrerer Thermometer oder ein anderer Umgang hätten, wie beschrieben, auch zu einer Ergänzung der bisherigen Pflegepraxis um zusätzliche Informationen führen können. Die entstandenen Handlungsweisen können auch eine Konsequenz davon sein, dass technische Artefakte nicht nur im Sinne einer möglichst idealen Funktionalität entwickelt werden (Bijker, 1987; Lachmund, 2014). Um diese Aspekte entsprechend zu berücksichtigen, sind eine kommunikative Herstellung von Wissen und eine Betonung der Relevanz nicht-menschlicher Akteur:innen Grundannahmen der STS und werden auch in den Neuen Materialismen relevant.

Der Begriff der »New Materialism« oder »Neo-Materialism« wurde zuerst in den 1990er-Jahren von Rosi Braidotti und von Manuel DeLanda unabhängig voneinander verwendet, um eine Gleichstellung von Kultur und Natur zu beschreiben.¹ Neue Materialismen sehen ihre Aufgabe darin, Konzepte und Abbildungen zu entwerfen, die den ständigen Einfluss von Materie berücksichtigen (Coole & Frost, 2010, 3f.). Ein Kernelement dieser Strömungen ist ein Denken jenseits von Dichotomien. In ihren theoretischen Positionen beziehen sich einflussreiche Vertreter:innen der Neuen Materialismen unter anderem auf Deleuze. Sein Ziel einer Emanzipation des Humanismus, erreicht Deleuze, indem er Texte der Moderne neu liest. Dabei betrachtet er vor allem die Texte von Philosophen wie Spinoza,

1 Eine Übersicht Neuer Materialismen findet sich zum Beispiel bei Rick Dolphijn und Iris Van der Tuin in ihrer Monografie *New Materialism: Interviews & Cartographies* (Dolphijn & van der Tuin, 2012).

Leibniz, Nietzsche und Bergson und von Schriftstellern wie Kafka und Proust (Dolphijn & van der Tuin, 2012, 116f.). Im Gegensatz zum vorherrschenden strukturierenden Prinzip der Moderne, das sich in einem Denken in Dualismen wie Geist und Körper, Gedanken und Materie sowie Kultur und Natur ausdrückt, arbeitete Deleuze eine monistische Position heraus. Er folgt dabei zum Beispiel der Annahme einer Einheit von Körper und Geist, die Benedict Spinoza schon 1677 immer wieder betont hat (Dolphijn & van der Tuin, 2012, 94). Darüber hinaus bezieht Deleuze sich auf Bergson, der die Dualismen ernst nimmt, sie ins Extreme führt und so zeigt, dass die Betrachtung von Dualismen keine guten Kategorien darstellt (Dolphijn & van der Tuin, 2012, 126). Sein Kritikpunkt liegt nicht in der Betrachtung von Differenzierungen, sondern darin, dass differenzierte Betrachtungen durch Dualismen schwer möglich seien (Dolphijn & van der Tuin, 2012, 121). Eine Überbetonung von Dualismen führt dazu, dass Unterschiede an den Rand verschoben werden. Als Konsequenz wurden die Dualismen der Moderne neu betrachtet. Es entstehe ein »re-reading of modernity« (Dolphijn & van der Tuin, 2012, 118). Deleuze und Guattari nahmen dies als Ausgangspunkt und endeten bei der Formel »PLURALISM = MONISM« (Deleuze und Guattari 1980 zitiert nach: Dolphijn & van der Tuin, 2012, 121). Denkt man dies konsequent weiter, sind Neue Materialismen Philosophien der Unterschiede (Dolphijn & van der Tuin, 2012). Es entstand eine »affirmative relationality«, die über eine nicht dualistische Univozität ermöglicht, Facetten zu erkennen, die mit dem Fokus auf Dualismen nicht sichtbar sind. Dichotome Sichtweisen finden sich auch in der Betrachtung beruflichen Pflegehandelns wieder: Pfleger:in vs. Patient:in, gesund vs. krank, theoretisches vs. praktisches Wissen. Wie bereits in der Gegenstandsbeschreibung dargestellt, kommen dichotomen Perspektiven an ihre Grenzen, wenn es beispielsweise darum geht, die Auswirkungen eines Technikeinsatzes in der Pflege differenziert zu betrachten.

Einhergehend mit einer Vermeidung von Dualismen ist eine Dezentrierung des Menschen kennzeichnend für Neue Materialismen. Als prägend für diese Sichtweise wird Michel Foucault benannt, der an verschiedenen Beispielen aufgezeigt hat, wie die Wirkung von Akteur:innen durch die Diskurse geformt wird (Dolphijn & van der Tuin, 2012, 88). Foucault hat auch Kant neu gelesen, mit dem der Beginn der anthropologischen Wende eingeleitet worden ist (Dolphijn & van der Tuin, 2012, 164). Es ist Foucault zur Folge ein Verdienst Kants, im Gegensatz zum damals vorherrschenden Grundgedanken, nicht Gott, sondern den Menschen, in das Zentrum der (philosophischen) Betrachtungen zu stellen. Foucault betont, dass Kant zwar den Menschen in den Mittelpunkt gestellt habe, aber seine Beziehungen auch berücksichtigen wollte (Dolphijn & van der Tuin, 2012, 165f.). Die Notwendigkeit einer posthumanistischen Position beschreibt auch Rosi Braidotti in ihrer programmatischen Schrift *Posthumanismus* (2014). Sie kritisiert damit unter anderem die einseitige Definition von Menschen, die

dem Humanismus zu Grunde liegt und nicht alle, sondern jeweils nur bestimmte Menschen (beispielsweise weiße Männer) auch als solche verstand. Menschliche Akteur:innen jenseits dieser Vorstellungen wurden in humanistischen Denkstilen nicht berücksichtigt (Braidotti, 2014). Dieser Blick ausgehend von der Perspektive mächtiger Menschen ist ein gutes Beispiel dafür, wie wenig differenziert dualistische Betrachtungsweisen sind. Braidotti schlägt eine posthumanistische Position vor, die es ermöglicht, Differenzen und bestehende Machtstrukturen stärker in den Blick zu nehmen.

Vor dem Hintergrund etablierter Denkmuster, die den Menschen in den Mittelpunkt unserer Betrachtungen rücken, handelt es sich dabei um ein radikales Vorhaben, welches ein wesentliches Umdenken erfordert. Diese Radikalität wird unter anderem in folgendem Zitat deutlich:

»What is at stake here is nothing less than a challenge to some of the most basic assumptions that have underpinned the modern world, including its normative sense of the human and its beliefs about human agency, but also regarding its material practices such as the way we labor on, exploit, and interact with nature.« (Coole & Frost, 2010, 4)

Die Vorstellungen der modernen Philosophie, die hier herausgefordert werden, sind geprägt durch Descartes, der Materie als messbar und greifbar beschreibt und das Subjekt von ihr abgrenzt. Im Kontrast zu Materie wurden Menschen als rational, sich ihrer selbst bewusst, frei und selbstbestimmt verstanden. Durch einen Blick auf Materie als lebendig und aktiv ändert sich allerdings auch der Blick auf die Menschen, die dann nicht mehr als Akteur:innen, die über die Natur herrschen können und sollten, verstanden werden (Coole & Frost, 2010, 8ff.). Durch diese theoretischen Überlegungen soll es möglich sein, den politischen und ethischen Herausforderungen zu begegnen, zu denen die wissenschaftlichen und technischen Entwicklungen des 21. Jahrhunderts geführt haben. Beispielsweise eine globale Weltwirtschaft mit ihren ungleichen Verteilungen von Macht und Ressourcen, die sich unter anderem in der (Pendel-)Migration von Pfleger:innen zeigt, können so umfassender verstanden werden.

3.1.2 Agentieller Realismus: Grundannahmen und Begriffsdefinitionen

Insgesamt entwickelten sich im Rahmen Neuer Materialismen Strömungen, die sich auf unterschiedliche Grundlagen beziehen und im beschriebenen Rahmen ihre eigenen Schwerpunkte setzen. »[E]ine der wirkmächtigsten und einflussreichsten Positionen innerhalb des Neuen Materialismus [ist der Agentielle Realismus]« (Hoppe & Lemke, 2015, 267). Kern des Verständnisses im Agentiellen Realismus ist die Annahme, dass Akteur:innen erst in ihrem Zusammenspiel (entanglement)

entstehen. Die Radikalität dieses Ansatzes wird unter anderem in folgendem Zitat deutlich:

»To be entangled is not simply to be intertwined with another, as in the joining of separate entities, but to lack an independent, self-contained existence. Existence is not an individual affair. Individuals do not preexist their interactions; rather, individuals emerge through and as part of their entangled intra-relating. Which is not to say that emergence happens once and for all, as an event or as a process that takes place according to some external measure of space and of time, but rather that time and space, like matter and meaning, come into existence, are iteratively reconfigured through each intra-action, thereby making it impossible to differentiate in any absolute sense between creation and renewal, beginning and returning, continuity and discontinuity, here and there, past and future.«
(Barad, 2007, IX)

Diese Sätze, mit denen Barad das Vorwort ihres Buches *Meeting the Universe Halfway: Quantum Physics and the Entanglement of Matter and Meaning* (2007) beginnt, scheinen zunächst sehr abstrakt und stellen Grundannahmen, mit denen viele Menschen ihren Alltag gestalten, in Frage. Was soll es bedeuten, dass Akteur:innen nicht für sich genommen, sondern erst in der Intra-aktion entstehen? Wie kann mit diesen Grundannahmen umgegangen werden? Zur Umsetzung der Annahmen entwickelte Barad das Framework des Agentiellen Realismus. Die wesentlichen Begrifflichkeiten des Frameworks werden in diesem Unterkapitel ausführlicher dargestellt.²

Den Agentiellen Realismus hat Barad im Sinne einer Methodologie der Diffraktion entwickelt. Damit folgt Barad Donna Haraways Idee einer »diffraction« (Dolphijn & van der Tuin, 2012, 57), die als Kritik zu einer reflexiven Vorgehensweise entwickelt wurde. Während die Begriffe Diffraktion und Reflexion beide optische Phänomene beschreiben, ist der Kritikpunkt an der Reflexion, dass diese den Eindruck einer einzigen Wahrheit vermitteln würde, die nur zurückgeworfen werde. Die Diffraktion hingegen, die in der Physik das Zusammenspiel unterschiedlicher Wellenformen und die daraus entstehenden neuen Wellenmuster beschreibt, ermöglicht es auch als Metapher in der Verschränkung von unterschiedlichen Perspektiven zu denken. So können theoretische Perspektiven miteinander vermischt und erweitert oder auch gebeugt bzw. gebrochen werden. Barad wendet in ihrer Herstellung des Agentiellen Realismus die diffraktive Methodologie an

2 Leser:innen, denen der Zugang zum Agentiellen Realismus über die theoretischen Annahmen und Begrifflichkeiten schwer fällt, empfehle ich gegebenenfalls nach einem Blick in die Anwendungsbeispiele (Kapitel 3.2) oder die Ergebnisse (Kapitel 5) zur Theorie zurückzukehren.

und verbindet und erweitert vor allem die Arbeiten von Niels Bohr, Michel Foucault und Judith Butler (Barad, 2018a). Aus den Arbeiten des Physikers Niels Bohr zur Quantenmechanik arbeitet Barad seine ontologischen Grundannahmen heraus und erweitert diese. Besonders relevant ist für sie Bohrs Erkenntnis einer Abhängigkeit der Ergebnisse von Beobachtungen von den verwendeten Apparaten. Barad erkennt dies an, kritisiert aber die mangelnde Konsequenz Bohrs, wenn er die am Experiment beteiligten Personen nicht als relevant für die Ergebnisse beschreibt. An dieser Stelle erweitert sie seine Ontologie. Dass eine Erweiterung der Einflussfaktoren um die beteiligten Personen wichtig ist, illustriert Barad anhand des Stern-Gerlach-Experiments (Barad, 2018a, 58ff.). Bei diesem Experiment sollte auf einer Glasscheibe die Verteilung von Atomen sichtbar werden. Das Experiment gelang erst, als ein Hilfswissenschaftler die Glasscheibe in den Händen hielt. Die Erklärung für dieses Phänomen fanden die Wissenschaftler³ in der Zigarre, die der Hilfswissenschaftler geraucht hatte. An dieser Stelle bringt Barad Foucaults Diskursbegriff ins Spiel. Relevant für die Ergebnisse des Experiments war sowohl die Tatsache, dass der Hilfswissenschaftler rauchte, als auch die Inhaltsstoffe der verwendeten Zigarre. Beides ist durch die vorherrschenden Diskurse beeinflusst. Einerseits war es für einen (männlichen) Hilfswissenschaftler angemessen, zu rauchen, andererseits hätte er bei einem höheren Einkommen vermutlich eine Zigarre mit anderen Inhaltsstoffen geraucht. Hätte einer der Faktoren nicht zugehört, wäre das gewünschte Ergebnis des Experiments nicht sichtbar gewesen. Relevant für die Ergebnisse einer Forschung ist folglich auch in welchen Diskursen sich die Forschenden bewegen.

Ausgehend von Foucaults Diskursbegriff beschreibt Barad Diskurse als »das, was dasjenige, das gesagt werden kann, einschränkt und ermöglicht« (Barad, 2018a, 32). Die Beschreibung davon, wie Macht sich auf Körper bezieht, hält sie dabei für weiterführend. Sie kritisiert allerdings, dass Foucault den Blick nur auf den konstruierten Körper und nicht auf die Materie richte (Barad, 2018b, 227). Folglich entwickelt sie ein posthumanistisches Verständnis von Diskurspraktiken, die sie darin als »spezifische materielle (Re-)Konfigurationen der Welt, durch die die Bestimmung von Grenzen, Eigenschaften und Bedeutungen differenziell vollzogen wird« (Barad, 2018a, 36) beschreibt. Die Verstehbarkeit als ontologische Leistung der Welt ist damit nicht nur den Menschen vorbehalten (Barad, 2018a, 36). Barad ergänzt die hier aufgemachte Perspektive von Bohrs ontologischen Grundannahmen mit der Erweiterung von Foucaults Diskursbegriff um Judith Butlers Modell der performativen Geschlechtlichkeit. In diesem Modell beschreibt Butler die Formung des Körpers durch die Sprache. Dabei geht sie von einer

3 Hier habe ich bewusst die männliche Form gewählt, da es sich um männliche Wissenschaftler handelte. Barad beschreibt das Geschlecht in Form von Zugehörigkeiten zu bestimmten Diskursen auch als relevant für den Erkenntnisprozess.

Prägung des Körpers durch den Diskurs aus. So wird vor allem das Geschlecht weniger biologisch als viel mehr diskursiv geformt. Barad hält diese Idee für weiterführend und folgt dem Gedanken einer Prägung von Körpern durch Diskurse. Allerdings kritisiert sie auch hier die fehlende Berücksichtigung der materiellen Komponente und passt dies entsprechend an. Durch die Verbindung dieser drei Perspektiven gelangt Barad zu ihrer Vorstellung eines Agentiellen Realismus. In diesem Konstrukt beschreibt sie materiell-diskursive Praktiken als »primäre [...] semantische [...] Einheiten [...], durch die (ontische und semantische) Grenzen konstituiert werden« (Barad, 2018a, 22).

Materie⁴ beschreibt Barad als flexibel und nicht eindeutig in naturwissenschaftlich oder gesellschaftlich hergestellt einteilbar (Barad, 2018a, 69). Damit widerspricht sie der alltagspraktischen Vorstellung von Akteur:innen, deren Eigenschaften und Außengrenzen von vornherein bestimmt sind. Sie geht im Gegensatz von einer Herstellung der einzelnen Akteur:in in den jeweiligen Phänomenen aus. Die Eigenschaften, die sich als relevant realisieren, sind in diesem Konzept gleichberechtigt von der diskursiven Praxis und von den materiellen Ausprägungen abhängig. Ontologisch und epistemologisch haben weder die diskursive Praxis, noch die naturwissenschaftlichen Eigenschaften eine Vormachtstellung.

»[M]aterial and discursive constraints and exclusions are entangled points to the limited validity of analyses that attempt to determine individual effects of material and discursive factors.« (Barad, 2018b, 233)

Barad beschreibt Materie damit als eine »Gerinnung von Tätigsein« (Barad, 2018a, 40), die »Substanz in ihrem intra-aktiven Werden« (ebd.) darstellt. Besonders deutlich wird die Flexibilität von Materie an den Außengrenzen eines Körpers, die sich nicht fest bestimmen lassen und ständig neu geformt werden (Barad, 2018a, 46f.). So kann beispielsweise eine Person als eigener Körper relevant werden, deren Außengrenze die Haut darstellt, es kann aber auch die Kleidung als Außengrenze gesehen werden, sodass die Kleidungsstücke als Teil der Person betrachtet werden. Diese Außengrenzen sind nur in einem **agentiellem Schnitt** (Barad, 2018a, 46) bestimmbar. Der agentielle Schnitt geschieht aus einer Beobachterperspektive, aus der heraus die Grenzen von Phänomenen und Akteur:innen gezogen werden. Diese Grenzziehungen sind notwendig, um Erkenntnisse zu ermöglichen. Da Grenzziehungen nie eindeutig sind, stellen sie immer bestimmte Relevanzsetzungen dar. Barad beschreibt dies in einem Interview zum Agentiellen Realismus wie folgt:

»It underlies the fact that knowing is a direct material engagement, a cutting together-apart, where cuts do violence but also open up and rework

4 Im folgenden Text sind die vorgenommenen Begriffsbestimmungen zur leichteren Orientierung fett markiert.

the agential conditions of possibility. There is not this knowing from a distance. Instead of there being a separation of subject and object, there is an entanglement of subject and object, which is called the ›phenomenon‹. Objectivity, instead of being about offering an undistorted mirror image of the world, is about accountability to marks on bodies, and responsibility to the entanglements of which we are part.« (Dolphijn & van der Tuin, 2012, 52)

In diesem Verständnis stellen **Phänomene** das spezifische Zusammenspiel und die Herstellung der Akteur:innen in einer Situation oder Handlung dar. Durch die Anwendung der agentuellen Schnitte werden in der Festlegung des Phänomens die Aspekte berücksichtigt, die im Fokus der Betrachtung stehen sollen. So wäre es theoretisch möglich, jedes Phänomen durch eine Betrachtung der Diskurse auf unterschiedlichen, nicht endenden Ebenen zu erforschen. Erkenntnisse sind allerdings praktisch nicht möglich, wenn nicht die Grenzen eines Phänomens gezogen werden. Innerhalb von Phänomenen werden Akteur:innen intra-aktiv hergestellt. Der Begriff der **Intra-aktion** ist für den Agentiellen Realismus zentral. Mit diesem Neologismus beschreibt Barad die Tätigkeit, in der Grenzen gezogen sowie Räumlichkeit und Zeitlichkeit intra-aktiv hergestellt werden. Die Abgrenzung vom Begriff der Interaktion betont das Werden der Akteur:innen in der Handlung, wohingegen in der Interaktion in der Regel die Akteur:innen schon vor der Handlung existieren. In der Intra-aktion wird auch festgelegt, welche Eigenschaften der Akteur:innen Relevanz erlangen (Barad, 2018a, 90ff.). In diesem Rahmen ist die Intra-aktivität weder klar festgelegt, noch durch unbegrenzte Möglichkeiten gekennzeichnet (Barad, 2018b, 236).

»[S]chrittweise Intra-aktionen [sind] die Dynamik, durch die Zeitlichkeit und Räumlichkeit in der Materialisierung von Phänomenen und der (wiederholten) Ziehung von Grenzen und ihrer konstitutiven Ausschlüsse erzeugt und schrittweise rekonfiguriert werden.« (Barad, 2018a, 90)

Auch **Apparate**, die Barad als »materielle (Re)Konfigurationen von Diskurspraktiken« (Barad, 2018a, 72) beschreibt, sind Phänomene. Die Grenzen und Einheiten eines Objektes sind nur innerhalb eines Phänomens bestimmt. Innerhalb eines Phänomens wird auch die jeweilige **Handlungsmacht** geprägt, die zu einem gewissen Teil durch die Materialität vorgeschlagen ist, aber erst in der Verbindung von Materialität und Diskurs im intra-aktiven Werden hergestellt wird (Barad, 2018b, 236). Wichtig ist, dass Handlungsmacht nicht immer eine bestimmte Richtung hat oder einer bestimmten Akteur:in zuzuordnen ist. Damit folgt Barad der Annahme von Foucault und Butler, dass Macht keine externe Kraft ist, sondern immer wieder hergestellt wird (Barad, 2007, 235). Dabei sind insbesondere »possibilities and accountability entailed in reconfiguring material-discursive apparatuses of bodily production, including the boundary articulations and exclusions that are marked

by those practices« (Dolphijn & van der Tuin, 2012, 54) zu berücksichtigen. In der Erkennung von Machtstrukturen geht es daher darum, wahrzunehmen, inwiefern Möglichkeiten eröffnet oder eingegrenzt werden. Dieses Verständnis von Macht verdeutlicht Barad anhand einer Arbeit von Leela Fernandes, die Machtbeziehungen von Arbeiter:innen in einer Jutespinnerei empirisch untersucht hat. Durch eine Berücksichtigung von menschlichen und nicht-menschlichen Akteur:innen wurde dabei eine verwobene Herstellung von Machtverhältnissen deutlich, die unter anderem durch die Gestaltung der Räumlichkeiten und durch das Verhalten der Arbeiter:innen gemeinsam hergestellt wurde (Barad, 2007, 223ff.). Diese verteilte Herstellung von Macht hätte mit der Vorstellung einer festen Zuordnung von Macht zu den jeweiligen Akteur:innen leicht übersehen werden können. Hier liegt eine wesentliche Stärke des Agentiellen Realismus, der es mit dieser Perspektive ermöglicht, Machtverhältnisse in ihrer Verteilung zu berücksichtigen und keine voreiligen Festlegungen zu treffen. Ein weiterer Begriff, der in den Beschreibungen bereits mehrfach vorkam, ist der Begriff der **Akteur:in**. In Anlehnung an Latours Verständnis können Akteur:innen als menschlich oder nicht-menschlich hergestellt werden (Latour, 2017, 123). Durch die Betonung nicht-menschlicher Akteur:innen wird deutlich, dass auch diese zur Herstellung der Phänomene beitragen.⁵

Diese Wandelbarkeit von Materie kann auch in beruflichem Pflegehandeln deutlich zum Vorschein kommen. So lassen sich auch ohne Datenmaterial erste Überlegungen anstellen, die die unbestimmten Grenzen und die Wandelbarkeit eines Menschenkörpers illustrieren. Wo verläuft beispielsweise die Grenze zwischen der Wunde einer Patient:in und dem entsprechenden Wundverband? Darüber hinaus stellt sich die Frage, wo agentielle Schnitte gesetzt werden, um das Phänomen der Wundversorgung zu betrachten. Es wäre vorstellbar, sowohl die Wundentstehung als auch die Lebensweise der jeweiligen Person und damit ihre sozialen Kontexte als auch die Abrechnungsmöglichkeiten und damit das gesamte Gesundheitssystem in die Betrachtungen einzubeziehen. Darüber hinaus könnten gesellschaftliche Diskurse über Wunden und über Gesundheit und Krankheit im Allgemeinen relevant sein. Je nachdem welche Aspekte des Phänomens durch den agentiellen Schnitt hervorgehoben werden, geraten unterschiedliche Akteur:innen und Apparate in das Zentrum der Betrachtungen. Ergebnis einer solchen Betrachtung kann beispielsweise die intra-aktive Herstellung der Akteur:innen sein. So kann die Pfleger:in als Teil des Apparates der Wundversorgung oder durch spezifische Handlungen und Ansprachen als einzelne Akteur:in in Erscheinung treten. Mit der Beschreibung der möglichen Grenzen dieses Phänomens wurde

5 Ziel ist es hier nicht, menschliche von nicht-menschlichen Akteur:innen zu unterscheiden und damit einen Dualismus aufzumachen, sondern gezielt auch die nicht-menschlichen Akteure in den Betrachtungen einzubeziehen.

die Bandbreite deutlich, die hier betrachtet werden kann. Ziel dieser Arbeit ist die Darstellung der Erkenntnismöglichkeiten, die diese Perspektive für die Betrachtung von Phänomenen beruflichen Pflegehandelns bereithält. Die agentiellen Schnitte, die den Fokus der Betrachtung bestimmen und vom theoretischen Fokus abhängig sind, sind in Kapitel 3.3 beschrieben. Ziel ist es, Relevanzsetzungen, die sich aus den dort beschriebenen Aspekten ergeben, induktiv aus dem Material heraus zu bestimmen. Bei der gesamten Interpretation soll der Agentielle Realismus den theoretischen Rahmen bilden, vor dem die Ergebnisse hergestellt werden. Insbesondere sind die folgenden zwei Punkte zu berücksichtigen:

- Die Herstellung der Akteur:innen geschieht erst in dem jeweiligen Phänomen. »Sie werden durch ihr Tätigsein in Kraft gesetzt und erhalten bestimmte Grenzen und Eigenschaften innerhalb von Phänomenen« (Barad, 2018a, 38).
- Die Grenze zwischen Menschlichem und Nicht-Menschlichem wird nicht vor Beginn der Analyse festgelegt (Barad, 2018a, 37). Erst innerhalb des sozio-materiellen Diskurses kann die Entstehung des Menschlichen rekonstruiert werden.

3.2 Anwendungsorientierung

Die theoretischen Grundlagen Neuer Materialismen und des Agentiellen Realismus im Speziellen wirken aufgrund der verbreiteten Denktradition der modernen Philosophie sowie alltagspraktischer Erfahrungen unter Umständen zunächst sehr abstrakt und schwer nachvollziehbar. Um die Perspektive besser einordnen zu können, wird in diesem Kapitel daher der Fokus auf konkrete Beispiele gelegt. Zu Beginn (Kapitel 3.2.1) steht die Anwendung in der Gesundheitsforschung im Mittelpunkt. Anhand von Forschung aus Perspektive Neuer Materialismen in diesem Bereich zeige ich exemplarisch den Mehrwert der Sichtweise auf und ordne diese Mehrwerte in für die Gesundheitsforschung relevante Themenbereiche ein. Anschließend (Kapitel 3.2.2) wird die Umsetzung der Perspektive Neuer Materialismen in empirischer Forschung in den Blick genommen. Anhand von bisher angewendeten Methoden stelle ich heraus, inwiefern die Grundprinzipien Neuer Materialismen berücksichtigt werden können.

3.2.1 Erste Erkenntnisse zum Mehrwert einer Anwendung Neuer Materialismen in der Gesundheitsforschung

Im Rahmen der theoretischen Perspektive kann die Herstellung der jeweiligen Akteur:innen sowie die Verteilung von Macht in den Blick genommen werden. Im Folgenden werden Ergebnisse im Bereich der Gesundheitsforschung aus Perspek-

tive Neuer Materialismen exemplarisch vorgestellt, um einen möglichen Mehrwert bezogen auf das Forschungsfeld darzustellen. Die Verknüpfung ist besonders aufgrund der im Gesundheitsbereich hohen Beteiligung von Körpern, die möglicherweise mit einer entsprechenden Vulnerabilität einhergeht und in einem stark durch Machtstrukturen beeinflussten Feld bearbeitet wird, relevant. In Bezug auf die Körperlichkeit der Akteur:innen kann beispielsweise die Herstellung von Alter eingebettet in Diskurse, soziale Praktiken und Materialitäten wahrgenommen werden. Dadurch wird es möglich, die Reproduktion sozialer Ungleichheiten und bestehende Machtstrukturen in den Blick zu nehmen (Wanka & Gallistl, 2018). Exemplarisch zeigt sich die Situiertheit von Alter in materiellen und immateriellen Umwelten unter anderem anhand von Rollatoren und schweren Jacken (Höppner & Urban, 2018). Beides wird vor allem von Menschen verwendet, die als alt gelesen werden. Durch den Einfluss der materiellen Gestaltung auf die Körperhaltung wird die Herstellung einer Person als alt unterstützt. So fördern sowohl ein Rollator als auch eine schwere Jacke eine gebeugte Körperhaltung sowie einen langsamen Gang. Dies wird wiederum mit Alter assoziiert (Höppner & Urban, 2018, 4).

Neben dem Alter kann auch die Herstellung von gesund und krank durch die Perspektive Neuer Materialismen differenzierter betrachtet werden. Dies zeigt sich beispielsweise in der Pränataldiagnostik, in der Praktiken der Wissensproduktion unter Verwendung von Apparaten den Fötus als gesund oder krank herstellen. In diesem Fall geht die Herstellung sogar darüber hinaus und beeinflusst auch, inwiefern ein Fötus als Kind oder als Ding gesehen wird (Hoppe, 2017, 35). Da diese Herstellungen weitreichende Folgen für den Umgang mit einer Schwangerschaft haben können, sollten diese Herstellungen und die damit verbundenen Fragen in den Blick genommen werden. Ähnliche Auswirkungen zeigen sich in der Bewertung von Körpern erwachsener Patient:innen, die als gesund oder krank und darüber hinaus teilweise als berechenbar hergestellt werden. Dies zeigte sich beispielsweise in einer Untersuchung, in der Mailkontakte zwischen Ärzt:innen und Patient:innen in den Blick genommen wurden. Unter Berücksichtigung der Dynamik von Macht und Performativität zeigte sich, dass vor allem körperliche Symptome und quantifizierbare Daten durch die Ärzt:innen als relevant hergestellt wurden (Visser & Davies, 2021).

Neben den Zuschreibungen an Körper, wie etwa Alter, Gesundheit und Krankheit, können mit der Perspektive Neuer Materialismen auch verschwimmende Körpergrenzen und die Intra-aktion mit nicht-menschlichen Akteur:innen in den Blick genommen werden. Exemplarisch zeigt dies an einer Arbeit zur Intra-aktion queerer Männer in Bezug auf ihre Sexualität unter Einbezug von Materie (Crath, Gaubinger & Rangel, 2019). In Form von Collagen von Körperbildern wurden menschliche und nicht-menschliche Akteur:innen sichtbar, die das Gesundheitsverhalten der Männer mitgestalten. Im damit beschriebenen »technologies-sexuality-health nexus« (ebd.) wurde beispielsweise eine Tasche mit

den wesentlichen Gegenständen für eine Übernachtung als besonders relevante Akteur:in sichtbar. Diese Tasche wurde in der Herstellung so nah am Körper platziert, dass es erscheint, als würden die Körpergrenzen verschwimmen (Crath, Gaubinger und Rangel, 2019, 13). Wesentliche nicht-menschliche Akteur:innen in den Blick zu nehmen, erscheint unter anderem sinnvoll, um ein möglichst vollständiges Bild der Intra-aktion zu erhalten. Dies zeigte sich auch bei einer Arbeit zur Anwendung digitaler Gesundheitsressourcen durch Frauen (Lupton & Maslen, 2019). Als relevante Akteur:innen wurden digitalen Ressourcen wie Suchmaschinen, Webseiten und Applikationen hergestellt. Es zeigte sich, dass diese Informationsquellen in der Regel in Kombination mit den Informationen von Ärzt:innen genutzt werden. Zudem zeigte die Untersuchung, dass die Frauen nicht nur nach Informationen für sich selbst, sondern auch für Familie und Freunde suchten und somit in unterschiedlichen Rollen vertreten waren (Lupton & Maslen, 2019, 5). Damit scheint eine Betrachtung einzelner Akteur:innen nicht ausreichend, um das komplexe Geschehen digitaler Gesundheitsversorgung in den Blick zu nehmen.

Im Sinne eines agentiellen Schnittes kann allerdings auch die Betrachtung einer einzelnen Akteur:in weiterführend sein, wenn damit die Vorannahmen über diese Akteur:in überprüft und gegebenenfalls korrigiert werden können. Dies zeigt sich beispielsweise in der Betrachtung der Herstellung humanoider Roboter aus der Perspektive situierten Wissens (Haraway, 1988). Mit Bezug auf die Pflege wurde deutlich, dass die Zuordnung von Subjekt/Objekt mit den damit verknüpften Dichotomien von warm/kalt nicht aufrecht erhalten werden kann. Der Interaktion mit dem Roboter ist in einer experimentellen Situation durch die Teilnehmer:innen durch ein »Wechselspiel zwischen der Ko-Konstruktion von subjekt- und objekthaften Eigenschaften und Verhaltensweisen, die sich als sowohl von Flexibilität als auch von Gleichzeitigkeit gekennzeichnet bestimmen lassen« (Graf & Treusch, 2020, 90) geprägt. Interessant wird dieser Blick auf Robotik in der Pflege auch mit Hinblick auf eine posthumanistische Perspektive auf Care-Arbeit, in der die Personenzentriertheit als wesentliches Merkmal von beruflichem Pflegehandeln hinterfragt wird (Smith & Willis, 2020). Eine Fokussierung auf eine einzelne Person ist schon allein deshalb nicht möglich, weil Pflegestationen in der Regel mit ca. 30 Patient:innen belegt werden, denen allerdings keine 30 Pfleger:innen gegenüber stehen (Smith & Willis, 2020, 60). Die posthumanistische Perspektive erlaubt es dann auch, Politik und Architektur als Faktoren, die wesentlich zur Ermöglichung und Verhinderung von Pflegearbeit beitragen, zu berücksichtigen (Smith & Willis, 2020). Hier stellt sich die Frage, inwiefern es clever sein kann, die Anforderung einer »warmen« Pflege an Roboter zu stellen, wenn die Bedingungen der »menschlichen« Pflege auch nicht so sind, dass die Pfleger:innen immer auf die individuellen Bedürfnisse der zu pflegenden Personen eingehen könnten.

Anhand dieser Beispiele wurden bereits die Herstellung von (Patient:innen)-körpern, das Zusammenspiel unterschiedlicher Akteur:innen, die Herstellung technischer Artefakte sowie der Einbezug von Politik und Architektur als Themenfelder, die aus Perspektive Neuer Materialismen im Rahmen der Gesundheitsforschung betrachtet werden können, deutlich. Dabei zeigte sich insbesondere die Möglichkeit, Macht als verteiltes Phänomen ständiger Wiederherstellung in den Blick nehmen zu können, als Mehrwert der Ergebnisse. Eine kondensierte Liste von Fragestellungen, die im Rahmen digitaler Gesundheitsversorgung entwickelt wurde, bildet entsprechend die aufgezeigten Themenbereiche ab. Die Fragen lauten:

- »What are the key humans and nonhumans, practices, imaginaries, assumptions, and discourses operating across different spaces and sites relating to health?
 - What conditions of action and possibility do users, developers, and promoters of health and medical technologies establish?
 - What can human bodies do when coming together with things and places?
 - How are health, illness, and health care configured and enacted?
 - How do humans incorporate and improvise with material objects and places?
 - What relational connections, affective forces, and agential capacities are generated?
 - What is the thing-power of these assemblages?
 - How is this thing-power constraining or enabling?
 - What are the potentials for thinking or doing otherwise?«
- (Lupton, 2019, 5)

Durch die betrachteten Beispiele und die formulierten Forschungsfragen wird die Relevanz agentieller Schnitte für die Ergebnisse, die sich in der Regel zwischen einem guten Überblick und einem hohen Grad an Detailliertheit bewegen, deutlich. Anhand der hier betrachteten Forschungen konnte Folgendes gezeigt werden:

- Bei der Betrachtung von Phänomenen des Gesundheitswesens kann die Perspektive des Agentiellen Realismus zu differenzierten Betrachtungen führen, die insbesondere die enge Verschaltung von Handeln und Technik sowie bestehende Machtstrukturen berücksichtigt.
- Eine weitgehende Offenheit in Bezug auf das methodische Vorgehen und die Ausprägung der Methodologie führt zu unterschiedlichen Vorgehensweisen. Dadurch variiert auch der Charakter der Ergebnisse stark. Diese Offenheit ermöglicht es, den Agentiellen Realismus im Sinne eines diffraktiven Lesens entsprechend dem eigenen Erkenntnisinteresse umzusetzen.

Für meine Arbeit haben diese beiden Punkte große Bedeutung. Es lässt sich ein großes Potenzial für die Betrachtung gesundheitsbezogener Fragestellungen aus der Perspektive Neuer Materialismen erkennen. Darüber hinaus zeigte sich die Abhängigkeit der Ergebnisse von der methodischen und methodologischen Vorgehensweise, in der sich das entsprechende Erkenntnisinteresse widerspiegelt. Davon ausgehend ergibt sich die Frage nach Möglichkeiten, die Perspektive Neuer Materialismen in empirischen Forschungsarbeiten zu berücksichtigen. Für einen Eindruck bisher diskutierter und angewendeter Vorgehensweisen werden im folgenden Unterkapitel exemplarisch die Methoden einzelner Arbeiten beschrieben.

3.2.2 Berücksichtigung der Perspektive Neuer Materialismen in empirischen Arbeiten

Nachdem die theoretischen Grundlagen dargestellt und der Mehrwert der Forschung im Gesundheitswesen gezeigt werden konnte, beschreibe ich in diesem Unterkapitel Überlegungen zur methodischen Vorgehensweise. Ziel einer methodischen Vorgehensweise vor dem Hintergrund der Perspektive Neuer Materialismen ist es, Materie in den Fokus der Betrachtung zu rücken, sie gleichzeitig als wandelbar wahrzunehmen und in ihrer Intra-aktion zu beschreiben. Darüber hinaus sollte gemäß einer diffraktiven Methodologie die Forscher:in als an der Herstellung des Phänomens beteiligte Akteur:in berücksichtigt werden. Im Folgenden werden unterschiedliche Vorgehensweisen und ihre Implikationen für die Ergebnisse exemplarisch dargestellt.

Das Ziel, Materie in der Forschung zu berücksichtigen, kann sowohl im Rahmen von Interviews als auch bei anderen Erhebungsmethoden genutzt werden. So können Interviews mit Fragen nach materiellen Aspekten geführt und anschließend inhaltsanalytisch ausgewertet werden, um einen ersten Zugriff auf die relevanten Akteur:innen und ihre Verschränkungen zu erhalten (siehe beispielsweise: Lupton & Maslen, 2019). Damit entsteht allerdings nur ein erster distanzierter Zugang, der keinen direkten Eindruck der Materie durch die Forscher:in erlaubt. Anders sieht das aus, wenn beispielsweise der Körper der befragten Person als materieller Aspekt betrachtet wird. Dazu gibt es beispielsweise die Möglichkeit, nonverbale Aussagen in die Transkription aufzunehmen, diese mit den verbalen Aussagen zu verknüpfen und anschließend sequenzanalytisch auszuwerten. Dies zeigte sich insbesondere dann als weiterführend, wenn die Herstellung des Körpers der befragten Person im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses steht (siehe beispielsweise: Höppner & Urban, 2018). Stehen andere Akteur:innen im Fokus des Forschungsinteresses, kann es auch interessant sein, Materie in Interviews einzubringen. Dies kann beispielsweise in Form von Fotos oder Alltagsgegenständen geschehen. Vorhandene materielle Aspekte können die befragte Person in ihren Erinnerungen unterstützen und ermöglichen es so, über Akteur:innen zu spre-

chen, die in Erzählungen ohne diesen Anreiz nicht zur Sprache gekommen wären. Gleichzeitig ermöglicht der Einbezug der Materie in die Interviewsituation der Forscher:in einen sinnlichen Zugang zum Phänomen zu erhalten (siehe beispielsweise: Hultin, 2019). Ein weiterer direkter Zugang zu Materie kann entstehen, wenn während eines Gesprächs materielle Artefakte geschaffen werden, die den Gesprächsinhalt visualisieren. Dazu wurde beispielsweise die Methode des Embodied Mapping entwickelt (Crath, Gaubinger & Rangel, 2019). In dieser Methode wurden in einem ersten Schritt Beobachtungen mit Tagebucheinträgen und unstrukturierten Interviews kombiniert und ausgewertet. Im zweiten Schritt hat eine Künstler:in in einem ko-konstitutiven Prozess gemeinsam mit den Teilnehmer:innen den in den Auswertungen entstehenden Körper gemalt. Die Teilnehmer:innen sprachen anschließend über das entstandene Bild und machten ihre Gefühle gegenüber den Zeichnungen transparent (ebd.). Diese in der künstlerischen Forschung entstandenen Körperbilder lassen Spielräume für Interpretationen, erlauben es aber gleichzeitig, die sprachlichen Grenzen zu überschreiten. Eine weniger aufwendige und häufig verwendete Methode stellt auch ein ethnografisches Vorgehen dar (siehe beispielsweise: Höppner & Urban, 2018; Latour, 2006, 7). Der direkte Eindruck einer Situation wird hier durch die Forscher:in aufgenommen, und ihre eigenen Gedanken können dabei berücksichtigt werden. Durch einen Fokus auf den jeweiligen Apparat ist auch diese Methode für eine Arbeit aus Perspektive Neuer Materialismen geeignet.

Zusammenfassend zeigt sich bereits an diesem Auszug von Möglichkeiten eine Eignung unterschiedlicher Methoden, um die Perspektive Neuer Materialismen in empirischer Forschung berücksichtigen zu können. Angewendet wurden sowohl kreative Zugänge und Methoden als auch bewährte Praktiken, in denen lediglich die Forschungspraktiken und Positionen neu begriffen und eingeordnet wurden. Relevant ist vor allem eine Grundhaltung zu Wahrnehmung soziomaterieller Aspekte (Hultin, 2019). Vor allem in den Methoden, die mit der Materie direkt arbeiten, ist auch eine Umsetzung der diffraktiven Methodologie möglich, in der die Herstellung des Phänomens durch die Forscher:in in besonderer Weise berücksichtigt werden kann. In jedem Fall zeigt sich auch, dass eine gegenstandsangemessene Entwicklung eines methodischen Vorgehens innerhalb der Perspektive Neuer Materialismen Spielraum für unterschiedliche Ausformungen lässt. Zudem werden in der Bandbreite der verwendeten Methoden unterschiedliche Ansätze und Fokusse deutlich, die von einer möglichst umfassenden Darstellung der beteiligten Akteur:innen bis zu einer Betrachtung einzelner Akteur:innen reichen. Bisher kaum berücksichtigt wurde die Rekonstruktion von Diskursen, die in der Intra-aktion wirksam werden. Im Folgenden wird zunächst die Fragestellung dieser Arbeit weiter ausdifferenziert, bevor anschließend auf die in dieser Arbeit verwendeten methodologischen Grundlagen eingegangen wird.

3.3 Forschungslücke und Fragestellung der Arbeit

Wie in der Gegenstandsbeschreibung dargestellt, sind materielle Aspekte in der Betrachtung pflegerischen Handelns bisher nur unzureichend berücksichtigt. Darüber hinaus werden neue Technologien in der Pflege überwiegend als dem Kern pflegerischen Handelns entgegenstehend betrachtet. Gleichzeitig zeigen aktuelle Arbeiten, die eine enge Verschränkung von Pflege und Technik annehmen, differenzierte Betrachtungen, die es ermöglichen, dass die Nutzung neuer Technologien angepasst erfolgen und damit unter anderem auch positive Effekte haben kann. Insbesondere Perspektiven der STS, die von einer gegenseitigen Beeinflussung von Technik und Handeln ausgehen, erwiesen sich als weiterführend. Mit dem Fokus auf Pflegehandeln als Care-Arbeit unter Berücksichtigung von materiellen Akteur:innen sollen sowohl Impulse für die Pflege(wissenschaft) als auch für die Technikentwicklung erarbeitet werden. Eine Strömung innerhalb der STS sind die Neuen Materialismen, die gezielt auch bestehende Machtstrukturen in den Blick nehmen. Arbeiten zu Themen der Gesundheitsforschung zeigen wesentliche Vorteile dieser Perspektive, insbesondere wenn die Herstellung von Körpern berücksichtigt werden soll. Für die Betrachtung beruflichen Pflegehandelns sind bisher kaum Arbeiten aus der Perspektive Neuer Materialismen bekannt. An dieser Forschungslücke setzt diese Arbeit an. Entsprechend des theoretischen Ansatzes Neuer Materialismen wurden dazu die folgenden Fragestellungen entwickelt:

Welche Interaktions- und Herstellungsmodi erhalten in beruflichem Pflegehandeln Relevanz?

Mit dem theoretischen Rahmen des Agentiellen Realismus kann diese Frage in folgende Unterfragen unterteilt werden:

- *Welche menschlichen und nicht-menschlichen Akteur:innen erlangen in beruflichem Pflegehandeln Relevanz?*
- *Welche Grenzziehungen finden statt?*
- *Wie ist Handlungsmacht verteilt?*
- *In welcher Form werden die jeweiligen Akteur:innen hergestellt?*

Die formulierten Fragen lösen eine dichotome Betrachtung pflegerischen Handelns auf und ermöglichen es, die Phänomene in ihrem intra-aktiven Werden in den Blick zu nehmen. Anhand der inhaltlichen Fragen können exemplarisch mögliche Mehrwerte und Grenzen der Perspektive des Agentiellen Realismus zur Betrachtung beruflichen Pflegehandelns aufgezeigt werden.

Mit dem Ziel eines empirischen Vorhabens und der Anwendung des Agentiellen Realismus wird der zweite Schwerpunkt dieser Arbeit relevant. Wie in Kapitel 3.2.2 gezeigt, benötigt die Anwendung der Perspektive Neuer Materialismen in

empirischer Forschung angepasste methodologische Vorgehensweisen. Da weder Grenzziehungen noch die Verteilung von Handlungsmacht oder die Herstellung der Akteur:innen direkt erfragt werden können, entsteht ein Spannungsfeld zwischen dem alltagsweltlichen Verstehen und der wissenschaftlichen Interpretation. Diesem Spannungsfeld kann methodologisch durch rekonstruktive Methoden begegnet werden (Maiwald, 2013). In bisherigen Arbeiten aus der Perspektive Neuer Materialismen wurden rekonstruktive Ansätze kaum berücksichtigt. Daher wird in dieser Arbeit ein rekonstruktives Vorgehen basierend auf bestehenden Verfahren entwickelt und umgesetzt.

4 Methodologie und Methode

In der theoretischen Betrachtung des Agentiellen Realismus wurde die Relevanz von sozialen Gesetzmäßigkeiten sowie von Materialitäten in der Herstellung der menschlichen und nicht-menschlichen Akteur:innen in der Intra-aktion deutlich. Gleichzeitig zeigt sich die Herausforderung in der Berücksichtigung beider Aspekte, die bisher zu unterschiedlichen Einzellösungen, in denen die Rekonstruktion von sozialen Gesetzmäßigkeiten nur selten berücksichtigt wurde, geführt hat. In dieser Arbeit habe ich daher eine innovative Methode entwickelt, in der bewährte Methoden und Methodologien diffraktiv verknüpft sind, um so sowohl eine Rekonstruktion sozialer Gesetzmäßigkeiten als auch eine Berücksichtigung von Materialitäten und den Einfluss der Forscher:in auf das Phänomen einzubeziehen. Diese Methode entstand in einer iterativen Vorgehensweise, wie sie für erkenntnisgenerierende Forschung als konstitutiv angesehen wird (Witt, 2001). Datenerhebung und -auswertung fanden entsprechend möglichst ineinander verschränkt statt. Dies bedeutet, dass schon früh im Forschungsprozess mit einer ersten Datenerhebung begonnen wurde. Diese Daten wurden zeitnah ausgewertet. So war es möglich, Erhebungs- und Auswertungsverfahren jeweils gemäß den gewonnenen Erkenntnissen anzupassen. Damit konnte berücksichtigt werden, dass »der Gegenstand [in qualitativer Forschung] vorläufig und erst nach erfolgreichem Abschluss des Findungsprozesses ganz bekannt [ist].« (Kleining, 1982, 233). Im Kern der entstandenen Methodologie steht ein rekonstruktives Vorgehen nach der Objektiven Hermeneutik, welche es ermöglicht, subjektübergreifende Handlungsstrukturen zu rekonstruieren und die damit für die Anwendung in Verbindung mit den Neuen Materialismen besonders interessant ist. Die Annahmen rekonstruktiver Methoden sowie die Grundprinzipien der Objektiven Hermeneutik und deren Anschlussstellen zum Agentiellen Realismus beschreibt der erste Teil dieses Kapitels (4.1). Da die Methodologie der Objektiven Hermeneutik bisher materielle Aspekte nur unzureichend berücksichtigt, habe ich die Datenerhebung und -auswertung entsprechend angepasst. Das Vorgehen im Rahmen dieser Arbeit schildert der zweite Teil (4.2). Anschließend (Kapitel 4.3) wird die Methodologie um einen selbstreflexiven Ansatz ergänzt, um eine bessere Einordnung der Ergebnisse zu ermöglichen und

damit die Objektivität¹ der Ergebnisse zu stärken. Dies berücksichtigt die Annahme des Agentiellen Realismus, dass die Forscher:in immer auch einen Einfluss auf die Ergebnisse hat. Mit der abschließenden Betrachtung des Protokollstatus (Kapitel 4.4) werden zudem mögliche Auswirkungen des Apparates auf die Ergebnisse dargestellt.

4.1 Berücksichtigung von sozialen Gesetzmäßigkeiten

Verfahren zur Berücksichtigung von sozialen Gesetzmäßigkeiten in empirischen Forschungsvorhaben wurden in der Sozialforschung bereits umfassend und sehr ausdifferenziert entwickelt. In diesem Kapitel wird zunächst dargestellt, warum ein rekonstruktives Verfahren zur Forschung bezüglich beruflichem Pflegehandeln aus Perspektive des Agentiellen Realismus besonders geeignet ist. Im Methodenspektrum rekonstruktiver Verfahren eignet sich insbesondere die Methodologie der Objektiven Hermeneutik. Im zweiten Teil des Kapitels werden die Grundannahmen der Methodologie sowie ihre Passung zur Perspektive Agentieller Realismen dargestellt.

4.1.1 Rekonstruktives Vorgehen

Da bisher kaum Erkenntnisse eines Verständnisses beruflichen Pflegehandelns aus Perspektive des Agentiellen Realismus vorliegen, wird zur Erforschung des Gegenstandes dieser Arbeit ein erkenntnisgenerierendes Vorgehen der qualitativen Forschung gewählt. Diese Verfahren bieten die Möglichkeit der umfassenden Betrachtung von strukturellen Zusammenhängen, die unter anderem in der Gesundheitsforschung relevant sind.

»Eine besondere Qualität der qualitativen Gesundheitsforschung liegt in dem strukturellen Zusammenhang zwischen Aspekten des gesellschaftlichen Wandels auf der einen Seite und den biografischen, lebensstilbezogenen und oft gesundheitsrelevanten/-riskanten Anpassungsstrategien der Menschen an diese Veränderungen auf der anderen Seite.« (Ohlbrecht, 2019, 91)

Zudem können bereits verhältnismäßig wenige Erhebungsdaten zu nutzbaren Ergebnissen führen. Dies ist insbesondere bei einer Beteiligung von vulnerablen Gruppen oder von Menschen mit seltenen Erkrankungen, bei denen nur schwer große Datenmengen erzielt werden können, von Vorteil (Ohlbrecht, 2019, 92).

1 Der diffraktiv entstandene Objektivitätsbegriff wird in der Diskussion ausführlicher dargestellt.

Im Rahmen beruflichen Pflegehandelns stellen die Patient:innen eine solche vulnerable Gruppe dar, bei deren Einbezug besonders sensibel vorgegangen werden sollte.

Innerhalb der qualitativen Verfahren werden subsumptions- und rekonstruktionslogische Vorgehensweisen unterschieden (vgl. Oevermann, 2002, 18). Erstere fassen in der Auswertung vor allem mehrere Datenpunkte zusammen, wohingegen letztere in einer detaillierten Betrachtung zugrundeliegende Strukturen aufdecken. Im Rahmen der qualitativen Gesundheitsforschung wird überwiegend das hauptsächlich subsumptionslogische Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse verwendet. Auch im Beispiel der digitalen Gesundheitsversorgung von Frauen, welches in Kapitel zwei beschrieben wurde, findet dieses Verfahren Anwendung. Wie andere subsumptionslogische Verfahren eignet sich auch die qualitative Inhaltsanalyse »immer dann, wenn es um größere Materialmengen geht und eine systematische, generalisierende Auswertung im Vordergrund steht. Wenn allerdings stärker die Tiefenstrukturen des Textes angestrebt werden, zeigen sich die Grenzen« (Mayring, 2010, 611). Dies zeigte sich auch im Beispiel der digitalen Gesundheitsversorgung von Frauen, in dem unterschiedliche Akteur:innen und ihre potenziellen Vernetzungen gesammelt, aber kaum Aussagen über die Interaktions- und Herstellungsmodi der Akteur:innen getroffen werden konnten (Lupton & Maslen, 2019)². Im Gegensatz zu diesem Beispiel ist es Ziel dieser Arbeit, die Tiefenstrukturen der Phänomene aufzudecken, um so sowohl materielle Aspekte als auch soziale Gesetzmäßigkeiten in den Blick nehmen zu können. Daher ist hier ein rekonstruktionslogisches Vorgehen mit einem Fokus auf die Interaktions- und Herstellungsmodi der Akteur:innen maßgeblich.

Rekonstruktive Verfahren richten sich in ihrer Theorie- und Typenbildung auf die »Rekonstruktion der Alltagspraxis der Erforschten bzw. auf [die] Grundlage der Rekonstruktion des Erfahrungswissens, welches für diese Alltagspraxis konstitutiv ist« (Bohnsack, 2008, 10). Die gängigen rekonstruktiven Verfahren folgen den Grundannahmen des Symbolischen Interaktionismus. Dieser wurde vor dem Hintergrund rasant wachsender amerikanischer Großstädte, in denen unter anderem schlechte Arbeitsbedingungen und ein um sich greifender Rassismus beobachtet werden konnten, entwickelt. Ziel war ein praktisches Verstehen der Probleme der Großstädte (Keller, 2012, 9ff.). Vor diesem Hintergrund liegt der Fokus des Symbolischen Interaktionismus auf einem humanistischen Verständnis der Akteur:innen. Dies drückt sich auch in den folgenden Grundannahmen des Symbolischen Interaktionismus aus:

2 Die Arbeit zur digitalen Gesundheitsversorgung von Frauen ist in den Kapiteln 3.2 und 3.2.2 näher beschrieben.

1. Menschen handeln Dingen gegenüber auf der Grundlage der Bedeutungen, die sie diesen Dingen zumessen.
2. Die Bedeutung wird aus der Interaktion mit Mitmenschen abgeleitet und entsteht in der Interaktion.
3. In einem interpretativen Prozess werden diese Bedeutungen verhandelt und ggf. abgeändert. (Blumer, 1980, S. 81)

Deutlich wird in diesen Grundannahmen eine Differenzierung zwischen Menschen und Dingen und ein anschließender Fokus auf die Handlung der Menschen. Im Bezug auf die erste Prämisse wird allerdings auch hier eine als fluide angesehene Bedeutung von nicht-menschlichen Akteur:innen deutlich. Auch das Entstehen von Bedeutung in der tatsächlichen Situation sowie eine mögliche Verhandlung und Änderung von Bedeutungen sind hoch anschlussfähig an die Perspektive des Agentiellen Realismus. Vor dem Hintergrund eines posthumanistischen Verständnisses passe ich die Annahmen im Rahmen dieser Arbeit wie folgt an:

1. Akteur:innen werden erst in den jeweiligen Phänomenen hergestellt.
2. Menschliche und nicht-menschliche Akteur:innen sind nicht im Vorhinein voneinander zu unterscheiden.
3. Grenzen von Phänomenen werden in Agentiellen Schnitten bestimmt.

Diese Anpassung ist bei einer Forschung aus der Perspektive des Agentiellen Realismus einzubeziehen. Die Methodologien, die in der Tradition des Symbolischen Interaktionismus entwickelt wurden, haben sich immer weiter ausdifferenziert und sind mittlerweile sehr vielfältig. Unterscheiden lassen sich beispielsweise kodierende Verfahren wie die Grounded Theory und sequenzanalytische Verfahren wie die Dokumentarische Methode und die Objektive Hermeneutik. Eine andere Unterscheidungskategorie bezieht sich auf die Zielstellung und benennt subjektive Sinnstrukturen oder objektive Bedeutungsstrukturen als herauszuarbeitende Ergebnisse. Da gemäß dem Verständnis des Agentiellen Realismus nicht einzelne Subjekte die Handlung bestimmen, sondern Phänomene intra-aktiv hergestellt werden, ist ein Vorgehen zur Rekonstruktion objektiver Bedeutungsstrukturen besonders weiterführend. Ein Verfahren, um objektive Bedeutungsstrukturen herauszuarbeiten, ist die Methodologie der Objektiven Hermeneutik. Darüber hinaus erfordert das zentrale Verfahren der Objektiven Hermeneutik, die Sequenzanalyse, einen detaillierten Blick auf das Material, wie er auch von Karen Barad gefordert wird (Barad, 2007, 92). Damit halte ich die Objektive Hermeneutik zur Arbeit aus der Perspektive des Agentiellen Realismus für weiterführend. Die Grundannahmen der Objektiven Hermeneutik werden im Folgenden dargestellt und im

Hinblick auf ihre Eignung für eine Arbeit aus der Perspektive des Agentiellen Realismus eingeordnet.

4.1.2 Objektive Hermeneutik

Die Methodologie der Objektiven Hermeneutik wurde in den 1970er Jahren von Ulrich Oevermann entwickelt. Ausgangspunkt war ein Forschungsprojekt zum Thema Elternhaus und Schule, in dem die Bedeutung von Sprachbarrieren für den Schulerfolg ermittelt werden sollte. Die Forschung in dem Projekt war zunächst quantitativ ausgerichtet. Allerdings zeigte sich, dass quantitative Verfahren nicht ausreichten, um den Gegenstand des Forschungsprojektes angemessen zu erfassen. Im Folgenden fasse ich die wesentlichen Grundannahmen der Objektiven Hermeneutik stichpunktartig zusammen, um sie im Anschluss mit den Annahmen des Agentiellen Realismus in Bezug zu setzen.³

- *Textinterpretation als Wirklichkeitswissenschaft*: Ein unmittelbarer Zugang zur Wirklichkeit wird im Rahmen der Objektiven Hermeneutik als unmöglich angesehen. Allerdings können Texte genutzt werden, um die Wirklichkeit zu erforschen. Dem liegt ein erweitertes Textverständnis zugrunde, demnach auch Bilder, Video- und Tonaufnahmen als Texte verstanden werden. Die ausdrucksmateriale Erscheinung eines Textes wird als Protokoll bezeichnet. Protokollformen sind geeignet, wenn in ihnen gesellschaftliche Regeln zum Tragen kommen können. Damit eignen sich beispielsweise offene Gespräche, Mitschriften von Veranstaltungen oder Dokumente, die im Rahmen gesellschaftlicher Tätigkeiten entstehen, wie Briefe oder Dokumentationen. Ein Protokoll kann genutzt werden, um den Text in seinem symbolischen Charakter zu lesen und Rückschlüsse über die Wirklichkeit zu ziehen. Da kein direkter Zugang zur Wirklichkeit möglich ist, kann die Qualität eines Protokolls nur durch ein anderes Protokoll überprüft werden.
- *Der Text als regelerzeugtes Gebilde*: »Es gehört zum Grundverständnis der Objektiven Hermeneutik, dass soziales Handeln regelerzeugtes und regelgeleitetes Handeln ist.« (Ohlbrecht, 2013, 7) Diese Regeln eröffnen Handlungsoptionen, die von den Individuen unterschiedlich genutzt werden können. Die Interpretation in der Objektiven Hermeneutik folgt der Annahme, dass auch der Text

3 Die hier dargestellte Zusammenfassung ist in ihrer Struktur an die Einführung zur Objektiven Hermeneutik von Andreas Wernet angelehnt (Wernet, 2009) Diese Monografie bietet eine umfassende Beschreibung der Vorgehensweise der Objektiven Hermeneutik sowie entsprechende Anwendungsbeispiele. Die methodologischen Grundlagen sind zudem im Manifest der Objektiven Hermeneutik von Ulrich Oevermann (2002) beschrieben.

durch Regeln erzeugt wird. Sind diese allgemeingültigen Regeln den Interpret:innen bekannt, können sie genutzt werden, um im betrachteten Material Auswahlmöglichkeiten zu erkennen.

- *Fall-Struktur-Rekonstruktion*: In der Objektiven Hermeneutik wird davon ausgegangen, dass die Auswahl der Handlungsoptionen innerhalb eines Falles einer Struktur folgt. Diese ähnlichen Muster beschreiben die Fallstruktur, die rekonstruiert werden soll. Es herrscht die Annahme, dass eine Fallstruktur sich in der Regel innerhalb eines Falles immer wieder reproduziert, sie kann allerdings auch transformiert werden, da die Struktur, die der Auswahl zugrunde liegt, nicht vollständig bindend ist.
- *Fallrekonstruktion als Sequenzanalyse*: Zur Rekonstruktion innerhalb eines Falles wird als zentrales Verfahren der Objektiven Hermeneutik die Sequenzanalyse genutzt. Dazu wird der Text in Einheiten eingeteilt, die in ihrer Abfolge die Auswahl an Handlungsoptionen deutlich machen. In der Interpretation, die in der Regel in Form von Interpretationsgruppen stattfinden sollte, werden zunächst anhand des Alltagsverständnisses der Interpret:innen Anwendungsfälle und Anschlussmöglichkeiten zu einer Einheit gesammelt. Der Blick auf die folgende Sequenz offenbart dann die Entscheidungen, die auf Grundlage der Handlungsoptionen getroffen wurden. Durch die Auswahl an Handlungsoptionen wird die angesprochene Strukturreproduktion oder Strukturtransformation vorgenommen.
- *Latente Sinnstruktur*: Die latente Sinnstruktur beschreibt die Struktur, der die Auswahl an Handlungsoptionen in einem bestimmten Fall folgt. Sind die Handlungsoptionen umfassend dargestellt, lässt sich in der Auswahl im jeweiligen Fall ein Sinn erkennen. Es besteht die Annahme, dass der gemeinte Sinn und der latente Sinn in der Regel nicht übereinstimmen. Dies liegt darin begründet, dass den Akteur:innen die zugrunde liegenden gesellschaftlichen Regeln und die sich daraus ergebenden Handlungsoptionen während der Handlung selbst meist nicht bewusst sind. Eine Rekonstruktion der latenten Sinnstruktur in Interpretationsgruppen ist allerdings möglich, da bei der Interpretation, im Gegensatz zur Alltagssituation, kein Handlungsdruck vorliegt. So kann eine extensive Interpretation zu Ergebnissen führen, über die die Akteur:innen zum Teil (zumindest zunächst) sehr überrascht sein dürften.
- *Fallstruktur Generalisierung*: Im Sinne eines rekonstruktiven Vorgehens wird die rekonstruierte Struktur als typisch im Hinblick auf das betrachtete Handlungsproblem gesehen. Auf der Grundlage dieser Struktur wird schließlich eine Theoriebildung in der Sprache des Falles angestrebt. Wurden mehrere Fall-

strukturen rekonstruiert, die teils Unterschiedlichkeiten und teils Gemeinsamkeiten aufweisen, kann eine Typenbildung das Ziel der Ergebnisdarstellung sein. Ähnliche Strukturen werden dann zu Typen zusammengefasst, die sich in wesentlichen Merkmalen von anderen Typen unterscheiden.

Anhand der dargestellten Grundannahmen der Methodologie der Objektiven Hermeneutik zeigen sich die Anschlussmöglichkeiten an den Agentiellen Realismus vor allem mit Bezug auf den verwendeten Strukturbegriff. In Tabelle 1 (S. 62) sind die wesentlichen Parallelen der Objektiven Hermeneutik mit dem Agentiellen Realismus übersichtsartig dargestellt. So lassen sich die objektiven Strukturen, die im Rahmen der Objektiven Hermeneutik als jenseits von konkreten Fällen für gültig beschrieben werden, mit dem im Rahmen des Agentiellen Realismus verwendeten Diskursbegriff in Verbindung bringen. Diskurse, wie sie von Karen Barad beispielsweise bei der Darstellung der Relevanz des Apparats für die Ergebnisse anhand des Stern-Gerlach-Experiments⁴ beschrieben werden (Barad, 2018a, 58ff.), sind auch außerhalb des Phänomens vorhanden. Relevant für die Ergebnisse des Experiments waren in diesem Fall insbesondere die Herstellung des Hilfswissenschaftlers als männlich und die damit verbundene Annahme, dass es angemessen ist, Zigarren zu rauchen, sowie die Tatsache, dass Hilfswissenschaftler in der Regel eher günstige Zigarren rauchen, weil sie über ein relativ geringes Einkommen verfügen. Da die Atome mit den Inhaltsstoffen genau dieser Zigarre reagieren, beeinflusst dies das Ergebnis des Experiments wesentlich. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass auch weitere Diskurse wie zum Beispiel zur Kleidung von Hilfswissenschaftlern die Intra-aktion beeinflussen. Da die Kleidung in diesem Fall allerdings keinen Einfluss auf das wesentliche Erkenntnisinteresse hat, kann sie vernachlässigt werden. So zeigt sich, dass erst in der Intra-aktion bestimmt wird, welche objektiven Strukturen oder Diskurse im jeweiligen Phänomen relevant werden. Darüber hinaus werden auch in der Objektiven Hermeneutik Strukturen nicht als vollständig unabhängig von Phänomenen verstanden. So wird die Relevanz der Zugehörigkeit zu einer Sprachengemeinschaft als wesentliche Voraussetzung zur Teilnahme an Interpretationen gesehen. Ein wesentlicher Kritikpunkt an der Objektiven Hermeneutik ist die Frage, inwiefern die Zugehörigkeit zu einer Sprachengemeinschaft schon ausreicht, oder ob nicht auch innerhalb einer Sprachengemeinschaft unterschiedliche Regeln gelten (Brüsemeister, 2008, 215). Die Festlegung eines Gültigkeitsraumes für die rekonstruierten Regeln entspricht einem Agentiellen Schnitt in der Objektiven Hermeneutik. So gewendet beziehen sich auch die mit der Objektiven Hermeneutik rekonstruierten Strukturen immer nur auf ein Phänomen. Deutlich wird dieser Bezug durch die Betonung

4 Eine ausführlichere Beschreibung des Stern-Gerlach-Experiments findet sich auch in Kapitel 3.1.2.

Tab. 1: Anknüpfungsmöglichkeiten von Objektiver Hermeneutik und Agentiellem Realismus

Objektive Hermeneutik	Agentieller Realismus	Gemeinsame Bedeutungen
Objektive Strukturen	Diskurse	Diskurse und objektive Strukturen strukturieren Handeln, ohne es vollständig zu bestimmen.
Falldefinition	Agentieller Schnitt	Forscher:innen definieren die Grenzen des Forschungsgegenstandes.
Fall	Phänomen	Das Phänomen und der Fall beschreiben, was für die jeweilige Forschung von Relevanz ist.
Fallstrukturen	Intra-aktionen	Im Phänomen werden bestimmte Fallstrukturen relevant, die sich in den Intra-aktionen zeigen.

der Relevanz der Falldefinition in der Objektiven Hermeneutik. In der Definition eines Falles wird sehr genau bestimmt, wozu die Daten Auskunft geben sollen. Abhängig von der Falldefinition wird auch die entsprechende Protokollform gewählt. Mit dieser »ausdrucksmaterialen Erscheinung der Wirklichkeit« wird die Form beschrieben, in der die erhobenen Daten vorliegen. Mit der Annahme, dass nie die Wirklichkeit an sich, sondern nur das jeweilige Protokoll interpretiert werden kann, findet sich in der Objektiven Hermeneutik eine erste Berücksichtigung des Apparatus, wie sie auch im Agentiellen Realismus gefordert wird.

Ein weiterer Anschlusspunkt ergibt sich in dem zentralen methodischen Verfahren der Objektiven Hermeneutik, der Sequenzanalyse. In der Sequenzanalyse wird die Strukturiertheit der Selektivität des jeweiligen Falles aufgedeckt (Wernet, 2009, 15). Zusammenfassend ist zu sagen, dass bei der Sequenzanalyse in einem schrittweisen Vorgehen Lesarten für die jeweilige Textabschnitte entwickelt werden. Durch die Betrachtung der Lesarten im Hinblick auf deren Gemeinsamkeiten werden die Erzeugungsregeln deutlich. In Abgrenzung der gewählten Ausdrücke zu weiteren Möglichkeiten, schälen sich die Auswahlregeln einer Sequenz heraus (Ausführungen zu Erzeugungs- und Auswahlregeln finden sich unter anderem bei Oevermann, 2002, 6f.). Die Betrachtung der jeweiligen Optionen und der Auswahlentscheidungen ermöglicht einen Blick auf die Machtstrukturen in dem Phänomen. Darüber hinaus leitet die Sequenzanalyse Forscher:innen zu einem detaillierten Blick auf die Daten an, wie er auch von Karan Barad gefordert wird (Barad, 2007, 92). Dabei werden die vorhandenen Daten in Abschnitte unterteilt. Stück

für Stück werden zunächst kontextfrei Lesarten und Anschlussmöglichkeiten für einen Abschnitt entworfen und anschließend mit dem tatsächlichen Anschluss verglichen. Die wesentlichen Prinzipien zum Vorgehen nach der Sequenzanalyse sind in den folgenden fünf Punkten knapp zusammengefasst:⁵

- *Kontextfreiheit*: Im ersten Schritt der Interpretation wird das Wissen über den jeweiligen Fall zunächst ausgeklammert, um möglichst viele Lesarten zu entwickeln, die die objektiven Strukturen wiedergeben. Im Gegensatz zum fallspezifischen Kontextwissen wird dabei das Wissen zum Gegenstand an sich einbezogen. Dieses externe Kontextwissen unterstützt die Bildung von Lesarten.
- *Wörtlichkeit*: Das Prinzip der Wörtlichkeit besagt, dass alles, was gesagt wurde, auch genau so interpretiert wird. Versprecher werden dabei einbezogen, da auch ihnen ein Bezug zu den aufzudeckenden Strukturen unterstellt wird.
- *Sequenzialität*: Im Rahmen der Sequenzialität wird ein Text immer Stück für Stück interpretiert. Dabei wird der Ablauf befolgt, den der Text vorgibt. Folgt die Interpretation dieser Abfolge, wird die spezifische Wahl deutlich, die auf die Besonderheit der Struktur des Falles hindeutet. Dies ist nur möglich, wenn zuvor die Optionen und Auswahlmöglichkeiten umfassend interpretiert wurden. Daher ist unbedingt eine vollständige Interpretation der jeweiligen Sequenzen notwendig.
- *Extensivität*: Um die spezifische Struktur rekonstruieren zu können, muss die Interpretation extensiv sein. Ziel ist es, die jeweiligen Lesarten ausschöpfend zu explizieren und dabei alle Elemente des Protokolls zu berücksichtigen.
- *Sparsamkeit*: Das Prinzip der Sparsamkeit bezieht sich darauf, wie die Lesarten gebildet werden sollen. So wird davon ausgegangen, dass nur Lesarten in Frage kommen, die ohne weitere Zusatzinformationen mit dem Text im Einklang stehen. Im Einzelfall kann dies dazu führen, Lesarten auszuschließen, die einer zu umfassenden Erklärung bedürfen und sich insofern nicht mehr vorrangig auf den Text an sich beziehen.

Die ursprünglich humanistische Methodologie der Objektiven Hermeneutik ist auch deshalb an den Agentiellen Realismus anschlussfähig, weil in ihr die Möglichkeit mit unterschiedlichen Materialsorten zu arbeiten, angelegt ist. So sind beispielsweise in der Interpretation von Paarfotos, Körper hoch relevant (Maiwald, 2019). Allerdings wird Materie in der Objektiven Hermeneutik bisher eher

5 Eine ausführliche Anleitung findet sich bei (Wernet, 2009).

als Teil der »Begleitumstände menschlicher Praxis« (Oevermann, 2002, 2) verstanden. Die Grundannahme ist die Folgende: »In der sinnstrukturierten Welt sind die Gegenstände nicht an sich existent, sondern in Form ihrer sinnstrukturierten Beschreibung« (Scherf, 2009, 303). Um Materie in einem posthumanistischen Verständnis einbeziehen zu können, sind demnach Anpassungen in der Methode der Objektiven Hermeneutik nötig. Welche Vorgehensweisen dazu im Rahmen der Datenerhebung und -auswertung vorgenommen werden können, beschreibe ich im folgenden Unterkapitel.

4.2 Einbezug von Materie: Datenerhebung und -auswertung

Im Rahmen des iterativen Forschungsprozesses fanden Datenerhebung und -auswertung verschränkt statt. Als eine Konsequenz dieser Verschränkung entwickelten sich auch die Maßnahmen zur Berücksichtigung von Materie aus den frühen Datenauswertungen, aufgrund derer ich die weiteren Erhebungen angepasst habe. In diesem Kapitel werden mit den durchgeführten Gesprächen zunächst die erste Phase der Datenerhebung sowie die ersten Auswertungen beschrieben (Kapitel 4.2.1). Im zweiten Teil folgt die daraus entstandene Datenerhebung in Form von Videoaufnahmen, die in ihrer Vorbereitung, Durchführung und Auswertung beschrieben wird (Kapitel 4.2.2).

4.2.1 Gespräche über Technik in der Pflege

Im ersten Schritt des Forschungsprozesses habe ich offene Gespräche mit Pflegenden zu Technik in der Pflege sowie zu allgemeinen Situationen in der Pflegepraxis geführt. Die Gewinnung der Teilnehmer:innen folgte einem pragmatischen Vorgehen und bezog sich auf mein erweitertes Umfeld. So gestaltete es sich nicht schwierig, Gesprächspartner:innen zu finden. Zunächst fragte ich eine allgemeine Bereitschaft der potenziellen Teilnehmer:innen ab. Anschließend erhielten die Teilnehmer:innen das entsprechende Informationsschreiben (Anhang A, S. 171). Alle angefragten Gesprächspartner:innen erklärten sich zu einem Gespräch bereit. Für die Auswahl der Gesprächspartner:innen war vor allem eine unterschiedlich lange Berufserfahrung ausschlaggebend. Eine Übersicht über die Teilnehmer:innen ist in Tabelle 2 (S. 65) dargestellt. Die Gespräche fanden je nach Wunsch der Teilnehmer:in telefonisch, in einem Besprechungsraum in der Universität, in meinem Wohnzimmer und im Wohnzimmer der Teilnehmer:innen statt. Insgesamt führte ich so sechs offene Gespräche, die zwischen 57 und 91 Minuten dauerten. Bei jedem Gespräch hatte ich einen Leitfaden (Anhang B, S. 173), den ich entsprechend des vorherigen Gesprächs und zwischenzeitlicher Blicke ins Material sowie

Tab. 2: Gesprächspartner:innen zu Technik in der Pflege (n=6)

Aktueller Einsatzbereich	Berufserfahrung	höchster Berufsabschluss
Qualitätsmanagement	ca. 30 Jahre	B.Sc. Pflege
Onkologie	ca. 7 Jahre	B.Sc. Pflege
Gynäkologie	ca. 30 Jahre	Kinderkrankenpflege
Notfallambulanz	ca. 15 Jahre	Gesundheits- und Krankenpflege
Qualitätsmanagement	ca. 20 Jahre	Gesundheits- und Krankenpflege
Intensivstation	ca. 1 Jahr	Gesundheits- und Krankenpflege

erster Auswertungen anpasste. Dabei habe ich sowohl die Einstiegsfrage als auch die Nachfragen immer weiter ausformuliert.

Die Gespräche transkribierte ich jeweils und wertete Auszüge der Transkripte im Rahmen von Interpretationswerkstätten aus. In den ersten Gesprächen konzentrierten sich die Fragen vor allem auf die Einstellung der Pfleger:innen zu Technik und auf mögliche zukünftige Anwendungsfälle. Allerdings entwickelte sich mein Erkenntnisinteresse im weiteren Verlauf der Forschung eher weg von den Vorstellungen von Technik hin zu Erkenntnissen über Pflegesituationen. Damit stellte ich immer mehr Fragen, die Erzählungen von Erlebnissen aus dem Pflegealltag erzeugten. Mein Ziel war es, anhand dieser Erzählungen die entsprechenden menschlichen und nicht-menschlichen Akteur:innen und ihre Herstellung im Phänomen zu rekonstruieren. Für die entstandenen Erzählungen steht der folgende Auszug einer Erzählung durch eine Pfleger:in exemplarisch:

*»(...) ja und das war eben so eine Situation, da haben wir uns dann lange gekümmert und haben auch gehofft, dass irgendwie was ist, äh, das nochmal was kommt, aber (.) ähm (.) und man macht dann (.) im Verlauf immer ein CT. Also man macht sowieso immer ein Kopf-CT und guckt was da los ist, ob da irgendwas kaputt gegangen ist, und ähm macht das im Verlauf dann immer nochmal weiter und ähm guckt wie sich das ja hm dann zeigt (.) u:nd (1) bei ihm hat sich dann eben so:: rauskristallisiert, dass da: nicht mehr ganz so viel (.) intakt war oben (.) im Kopf einfach [einatmen] zu lange °ohne Sauerstoff gewesen° (1) ja.«
(Sascha⁶, 00:28:37 – 00:29:16)*

Anhand dieses Auszugs wird deutlich, was sich auch im weiteren Datenmaterial zeigte. Es wird Technik (hier in Form eines Computertomographen [CT]) benannt, allerdings bleibt die Beschreibung des Einsatzes der Technik sehr grob und

6 Bei diesem Namen handelt es sich um das Pseudonym, unter dem ich das Gespräch archiviert habe.

in Bezug auf Herstellungsprozesse wenig aussagekräftig. Erste Analysen in objektivhermeneutischen Interpretationsgruppen zeigten, welche Art der Fallstrukturhypothesen zu diesem Material entwickelt werden können. So drückt sich in den Redeweisen *das nochmal was kommt* sowie in der Phrase *irgendwas kaputt gegangen ist* eine technikvermittelte Perspektive der Pfleger:in auf die Patient:in aus. So weist das Adjektiv *kaputt* auf eine Funktionalität, die nun nicht mehr gegeben ist. Damit steht das Funktionieren vor dem Menschsein im Zentrum des Handelns. Diese Perspektive könnte eine Möglichkeit sein, mit der Herausforderung umzugehen und in einer Situation zu handeln, die eigentlich aussichtslos erscheint. Zudem wird in der Erzählung das Dilemma der Entscheidung, wann jemand tot ist, deutlich. Diese Frage wird in der Erzählung durch das CT beantwortet. Damit trifft in der Erzählung das CT ohne den expliziten Einbezug weiterer Akteur:innen die Entscheidung, wie und ob die Betreuung fortgesetzt werden soll. Es zeigt sich hier eine Herstellung des CT als besonders relevante Akteur:in.

Dieser Interpretationsauszug zeigt die Charakteristik der Strukturen, die anhand von Gesprächen mit Pfleger:innen über Technik rekonstruiert werden können. Diese sind überindividuell in dem Sinne, als dass sie über den konkreten Fall hinaus relevant sind. Insgesamt zeigten die erstellten Fallstrukturhypothesen zu diesem und weiteren Gesprächen allerdings auch die Unmöglichkeit, die Materialität von Akteur:innen sowie nicht-menschliche Akteur:innen in diesem Material in angemessener Art und Weise zu berücksichtigen. So wurde die Notwendigkeit einer anderen Erhebungsform deutlich. Dies zeigte sich auch in meiner Arbeit in einem Forschungsprojekt zu Datenbrillen in der Pflege.⁷ In Gesprächen nach dem Einsatz von Prototypen einer Brillenanwendung zur Wunddokumentation gewann ich immer mehr den Eindruck, dass es Aspekte des Geschehens gibt, die in den Gesprächen nicht benannt werden. Daher entstand die Idee, in der Erhebung für die Untersuchung mit Beobachtungen insbesondere in Form von Videoaufnahmen zu arbeiten.

4.2.2 Videografie

Vor allem zwei Argumente waren ausschlaggebend für die Entscheidung, mit Videos zu arbeiten. Erstens ist das durch Videokameras aufgezeichnete Protokoll weniger selektiv als ein Beobachtungsprotokoll, bei dem im Moment der Aufzeichnung eine Entscheidung über die Relevanzen getroffen werden muss und damit

7 Es handelt sich hier um das BMBF-geförderte Verbundforschungsprojekt »Unterstützung der Ausführung von flexiblen Dienstleistungsprozessen durch Augmented Reality (ARinFLEX)« mit einer Laufzeit von 2016-2019, an dem ich als Vertreterin der pflegewissenschaftlichen Perspektive mitgearbeitet habe.

Interpretationen in die Aufzeichnung einfließen (Oevermann, 2009). Zweitens verändern Videokameras die Situation der Versorgung, allerdings ist die erwartete Beeinflussung höher, wenn ich in der Situation im Raum gewesen wäre und eine direkte Interaktion möglich gewesen wäre. Die Vorbereitungen zur Videoaufnahme, deren Durchführung und Auswertungen werden im Folgenden beschrieben.

In der Planung der Videoaufnahmen entschied ich mich dazu, eine in dem Verbundforschungsprojekt ARinFLEX entwickelte Anwendung zur Wunddokumentation einzubeziehen. Ziel war es, Krisenmomente zu erzeugen, in denen die latenten Strukturen der Phänomene besonders deutlich werden. Die entwickelte Anwendung hielt ich aus den folgenden Gesichtspunkten für besonders interessant:

- Die Brille wird durch Sprachkommandos bedient. Dies erschwert in dem Moment die Kommunikation der Pfleger:in mit der Patient:in, die für individualisiertes Pflegehandeln als ein wesentlicher Aspekt gesehen werden kann.
- Die Brille befindet sich im Gesichtsfeld der Pfleger:in. Auch dies könnte die Kommunikation und den Beziehungsaufbau erschweren.

Abbildung 1 zeigt die verwendete monokulare Datenbrille. Bei dieser Datenbrille ist ein kleiner Bildschirm seitlich an einem Gestell angebracht. Die Brille lässt sich über drei seitliche Knöpfe sowie über eine Sprachsteuerung bedienen. Sie enthält außerdem eine Kamera und hat damit die Möglichkeit, Foto- oder Videoaufnahmen anzufertigen.

Abb. 1: Vuzix M100 (Vuzix Corporation, o. J.)



Der Anwendungsfall, der durch den Prototypen unterstützt werden soll, ist die Dokumentation beim Wundmanagement. Durch die Anwendung der Datenbrille soll es möglich sein, die Dokumentation des Wundstatus während der Wundversorgung über eine Sprachsteuerung durchzuführen. Der verwendete Prototyp fragt die Felder der kontinuierlichen Wunddokumentation nacheinander ab und ermöglicht entsprechende Eingaben über englische Zahlen per Sprachsteuerung. Der Ablauf einer beispielhaften Anwendung ist in Abbildung 2 (S. 68) dargestellt.

In der Situation, in der der Prototyp ausprobiert wird, werden von der Brille keine Daten gespeichert oder übertragen. Den Pflegenden wurde allerdings mitgeteilt, dass dies das Ziel einer weiteren Umsetzung der Anwendung sein könnte. Es ist zu erwähnen, dass der Prototyp weder die Wunde vermessen noch Fotos der Wunde in guter Qualität anfertigen kann. Alles in allem handelt es sich um

Abb. 2: Screenshots der Anwendung zum Wundmanagement



einen sehr einfachen Prototypen, der weit weg ist von den Versprechungen von Augmented Reality, die sich in Werbevideos der Hersteller finden (siehe beispielsweise: Microsoft, 2021). Allerdings bildet dieser Prototyp den derzeitigen Stand der Technik ab. Obwohl die Entwicklung der Hardware immer weiter voranschreitet, beschreiben Studien zu Augmented Reality in der Pflege immer wieder die unterschiedlichen technischen Limitierungen der Geräte, die einem Einsatz in der Praxis bisher entgegen stehen (Wüller et al., 2019).

Zur Vorbereitung der Datenerhebung, die durch eine Videografie, eine mündliche Befragung und einen Kurzfragebogen erfolgte, stellte ich zunächst einen Ethikantrag (Anhang C, S. 175) bei der Ethikkommission der Universität Osnabrück.⁸ Ein Ethikantrag war vor allem aus zwei Gründen notwendig: Erstens wollte ich auch Daten von Patient:innen, die als potenziell vulnerable Gruppe gesehen werden können, erheben. Dazu gehören beispielsweise demenziell erkrankte Menschen, die einen großen Anteil der Menschen mit Wunden darstellen und daher in besonderem Maße von der Erhebung profitieren könnten. Der zweite Grund für den Ethikantrag liegt in der Sensibilität der aufgezeichneten Daten. Auf den Videoaufnahmen sollten auch die Gesichter der beteiligten Personen sichtbar sein. Damit lassen sich die Videos selbst nicht pseudonymisiert speichern. Zudem wollte ich bei Interpretationen in Forschungswerkstätten auch die Gesichter zeigen können, da ich davon ausging, dass diese wesentliche Aussagen über den Gemütszustand und die Beziehung zwischen Pflegenden und zu Pflegenden machen.

Die Rekrutierung von Teilnehmer:innen stellte sich zunächst als unproblematisch dar, da ein Arzt, der von meinem Projekt erfahren hatte, seine Hilfe anbot.

8 Das positive Ethikvotum ist in Anhang D (S. 197) angefügt.

Das Interesse dieses Arztes, das sich in dem Angebot ausdrückte, spiegelt die interessierten Reaktionen auf mein Forschungsprojekt wider, die ich an unterschiedlichen Stellen wahrnahm. Eine Kontaktaufnahme zu weiteren Kliniken wurde erwogen, allerdings aufgrund der geringen Anzahl der geplanten Erhebungen nicht durchgeführt. Schließlich wurde die Anfrage an die Pflegedienstleitung weitergeleitet, die die weiteren Planungen vornahm. Nach einer zusätzlichen Zustimmung des Betriebsrates wurden durch die Pflegedienstleitung sowie entsprechende Stationsleitungen einzelne Pfleger:innen als potenzielle Teilnehmer:innen der Erhebung angesprochen.

Die Erhebung von drei Aufnahmen und entsprechenden Gesprächen mit Pfleger:innen und Patient:innen konnte ich schließlich innerhalb von drei Wochen auf zwei Stationen durchführen. Während in diesen drei Fällen die Patient:innen der Teilnahme sofort zustimmten, gestaltete sich die Rekrutierung nicht immer so unkompliziert. So wurde die Datenerhebung bei einigen Patient:innen nicht durchgeführt, da diese nicht einwilligungsfähig waren und eine bevollmächtigte Person nicht in dem entsprechenden Zeitraum erreichbar war. Bei einer weiteren nicht einwilligungsfähigen Person hatte die Vollmachtnehmer:in ihre Zustimmung erteilt. Allerdings zeigte sich vor Ort, dass die Person sich Pflegehandlungen gegenüber zu diesem Zeitpunkt eher ablehnend verhielt. Da eine Ablehnung an einer Teilnahme an der Erhebung so schwer erkennbar sein könnte, entschied ich gemeinsam mit der Pfleger:in, diese Person von der Erhebung auszuschließen. Darüber hinaus lehnte eine einwilligungsfähige Patient:in ihre Teilnahme an der Forschung ab, da sie Aufnahmen ihres Gesichtes verhindern wollte. Im Anschluss an die drei Erhebungen signalisierten die Pfleger:innen eine weitere Bereitschaft Teilnehmer:innen zu rekrutieren. Da die Datenmenge allerdings bereits ausreichend erschien und nicht unnötig Patient:innen in die Forschung einbezogen werden sollten, fanden keine weiteren Erhebungen statt. Die Vorgehensweise bei der sequenzanalytischen Auswertung von Videomaterial ist wie folgt beschrieben:

»Protokolle, die aus realzeitlichen gerätevermittelten Aufzeichnungen entstehen, wie z.B. Videografien, werfen deshalb ein großes Problem auf, nämlich das der adäquaten Notation, damit wir sie analysieren können. [...] Wir haben uns angewöhnt, als ein grobes Hilfsmittel das folgende Ersatzverfahren zu verwenden: Alle zehn Sekunden ein Standbild aus einer videografischen Sequenz herauszunehmen, diese Standbilder hintereinander zu kleben wie ein Storybook und dann, wenn es innerhalb der zehn Sekunden ein ›Take‹ gibt, dann machen wir davon auch noch ein Standbild und fügen es in das Storybook ein.« (Oevermann, 2009, o. S.)

In einem ersten Schritt der Interpretation bin ich diesem Ratschlag gefolgt und habe Standbilder in Interpretationswerkstätten eingebracht. Es zeigte sich allerdings, dass weder die entsprechenden Intra-aktionen noch die Akteursgrenzen

anhand der Standbilder gut zu rekonstruieren waren. Daher entschied ich mich für das folgende Verfahren: Um der Realzeitlichkeit der Videos zu begegnen und das Material aufzubrechen, habe ich zunächst die transkribierte Tonspur der Videos sequenzanalytisch analysiert. Diese Analyse führte zu ersten Fallstrukturhypothesen, die insbesondere ein Vorhandensein unterschiedlicher Phänomene in den einzelnen Videos zeigte. Da in der Tonspur allerdings nur Akteur:innen vorkommen, die jeweils Töne von sich geben, kamen auch nur diese in den jeweiligen Interpretationen vor. Daher wurden die Interpretationen zunächst durch eine deutende Bildbeschreibung des Standbildes vom Beginn eines Phänomens ergänzt. Dadurch wird ein Überblick über die potenziellen Akteur:innen hergestellt. In der weiteren Analyse wurden jeweils kurze Sequenzen des Bildmaterials interpretiert und wechselseitig mit der Interpretation der Tonspur konfrontiert. In einem weiteren Schritt wurden die Interpretationen des Videomaterials mit den Analysen der anschließenden Gespräche in einen Zusammenhang gebracht. In den Gesprächen konnte vor allem erhoben werden, inwiefern sich die sichtbaren Strukturen des Videomaterials mit der Wahrnehmung der menschlichen Akteur:innen decken. So konnten mit Hilfe der Objektiven Hermeneutik latente Sinnstrukturen erzeugt werden, die materielle Aspekte einbeziehen. Die Verknüpfung und gegenseitige Erweiterung unterschiedlicher Ansätze bezeichnet Karen Barad als diffraktive Methodologie. Diese wurde im Rahmen der Datenerhebung und -auswertung bereits ansatzweise umgesetzt. Um die entstandenen Ergebnisse zudem besser einordnen zu können, beschreibe ich im Folgenden meine Ausgangslage und Vorgehensweise in dieser Arbeit.

4.3 Diffraktive Methodologie

Ziel einer diffraktiven Methodologie ist es, zu berücksichtigen, inwiefern Forscher:innen selbst Teil des diffraktiven Werdens sind (Barad, 2007, 91). Unter dem Begriff der Diffraktion wird, wie in Kapitel 3.1.2 beschrieben, eine gegenseitige Einflussnahme verstanden. Bildlich lässt sich diese mit dem physikalischen Phänomen des Aufeinandertreffens von Wellenformen vergleichen. Durch die gegenseitige Beeinflussung entstehen neue Wellenmuster, indem sich Wellenberge und Wellentäler teilweise ausgleichen oder verstärken. Im metaphorischen Bild grenzt Barad die Diffraktion von der Reflexion ab, in der, wie bei einem Spiegel, das Bild der Wirklichkeit unverändert zurückgeworfen wird. Die Kritik an dem Begriff der Reflexion bezieht sich darauf, dass es in diesem Verständnis eine eindeutige Wirklichkeit zu geben scheint, in der Akteur:innen außerhalb von Phänomenen existieren (Barad, 2007, 71ff.). Dadurch werde die gemeinsame Herstellung der Akteur:innen nicht ausreichend berücksichtigt. Wie eine diffraktive Methodologie umgesetzt werden soll, bleibt allerdings unklar. Ich gehe

davon aus, dass eine selbstreflexive Vorgehensweise eine gute Grundlage bildet, um in der anschließenden Ergebnisbetrachtung die gemeinsame Herstellung der Akteur:innen einbeziehen zu können. In diesem Unterkapitel beschreibe ich, warum ich dies für sinnvoll halte, wie ich dabei vorgegangen bin (Kapitel 4.3.1) und stelle erste selbst-reflexive Überlegungen zur Arbeit dar (Kapitel 4.3.2).

4.3.1 Ausgangslage und Vorgehensweise

Die Forderung nach einem (selbst-)reflexiven Vorgehen wurde unter anderem in der Geschlechterforschung immer wieder betont (Kink, 2017, 14ff.) und mit der Annahme begründet, dass die Forscher:in nicht nur das Feld analysiert, sondern selbst Bestandteil der Figuration des Feldes ist. Die Parallele in der Argumentation macht bereits die Anschlussfähigkeit an eine diffraktive Methodologie deutlich. Unter anderem mit der kritischen Standpunkttheorie (Sandra Harding) wurde eine Vorgehensweise entwickelt, die die Methoden selbst hinterfragt und eine gesellschaftliche Verortung der Ergebnisse betont (Harding, 1994). Zudem sollten gezielt die Perspektiven der nicht-herrschenden Gruppen berücksichtigt werden, um in Zukunft beispielsweise blinde Flecken bei feministisch relevanten Fragen zu vermeiden. Zur Hinterfragung der Methode sowie der eigenen Situiertheit, halte ich eine selbstreflexive Vorgehensweise in einem ersten Schritt für weiterführend. Zudem wird es ermöglicht, sich der eigenen Grenzen und Verzerrungen sowie dem Bezug der Erkenntnisse zur Forscher:innenperson bewusst zu werden und damit die Situiertheit des Wissens (Haraway, 1988) anzuerkennen. Als mögliche Elemente einer reflexiven Vorgehensweise werden beispielsweise Selbstreflexivität, eine Darstellung der theoretischen Perspektive, eine Rekonstruktion der Zusammensetzung des Feldes, eine Rekonstruktion auf Mikro- und Makroebene, sowie eine theoretische Zusammenfassung beschrieben (Baur, 2017). Im Rahmen dieser Arbeit ist die Darstellung der theoretischen Perspektive im vorherigen Kapitel (3) erfolgt. Auf die Zusammensetzung des Feldes gehe ich in der Diskussion näher ein. Zudem wird in den Ergebnissen eine Rekonstruktion auf Mikro- und Makroebene vorgenommen. Die Notwendigkeit eines Einbezugs beider Ebenen zeigt sich bereits in der Gegenstandsbeschreibung (Kapitel 2). Auch eine theoretische Zusammenfassung findet statt. Damit steht im Wesentlichen die Betrachtung der Selbstreflexivität aus, die in diesem Kapitel vorgenommen wird.

Einen Vorschlag für eine selbstreflexive Vorgehensweise beschreiben Franz Breuer, Petra Muckel und Barbara Dieris als Element der Reflexiven Grounded Theory (2019). Die Involviertheit der Forschenden in den Forschungsprozess und damit auf die Ergebnisse, die von Vertreter:innen standardisierter Forschung stark kritisiert wurde, wird als Kernelement der Methodologie positiv gewendet und als Ausgangspunkt für weiterführende Erkenntnisse genutzt (Breuer, 2003; Breuer, Mruck & Roth, 2002). Die Reflexion des Einflusses und der Rolle der

Forschenden gilt auch darüber hinaus als ein wesentliches Qualitätsmerkmal rekonstruktiver Sozialforschung (Strübing et al., 2018, 93). Diese Argumentation ist damit an die Diffraktive Methodologie anschlussfähig.

Als eine Strategie, den Raum für reflexive Gedanken zu schaffen, wird im Rahmen der Reflexiven Grounded Theory Methodologie ein regelmäßiges Führen von Forschungstagebüchern (Breuer et al., 2019, 169ff.) beschrieben. Ich habe mich dabei an der Methode des Freewritings⁹ orientiert. Diese habe ich sowohl routiniert in Form von »Morgenseiten« als auch in relevanten Entscheidungsprozessen und zur weiteren Sortierung genutzt. Darüber hinaus ist im Rahmen der Grounded Theory ein »Nosing Around« als erster Schritt des Forschungsprozesses beschrieben. Dieses »relativ zieloffene Herumhängen, Bummeln und Schnüffeln im Feld« (Breuer et al., 2019, 235) diene dazu, »ein Gespür für den Kontext und seine Bewohner, für ihre Denk- und Handlungsweisen« (ebd.) zu entwickeln. Dieses Nosing Around beschreibe ich im folgenden Kapitel als erste transparente Darstellung der Prägungen, die ich als Forscher:in in die Herstellung des Phänomens »berufliches Pflegehandeln aus Perspektive Neuer Materialismen« eingebracht habe.

Neben dem selbstreflexiven Vorgehen lässt sich die gegenseitige Herstellung von Phänomen und Forscherin auch im Entstehensprozess dieser Arbeit beobachten. So ist der Text, den Sie hier lesen, aus einer ständigen Überarbeitung von Rohtexten entstanden. Die Rohtexte habe ich nicht nur selbst ständig verbessert, sondern auch schon zu frühen Versionen Feedback von Forschungspartner:innen erhalten.¹⁰ Über die Arbeit am direkten Text hinaus, habe ich mein Forschungsprojekt regelmäßig in Forscher:innengruppen und Interpretationswerkstätten präsentiert und zur Diskussion gestellt.¹¹ In den Forscher:innengruppen wurde ich zunächst bei der Schärfung der Fragestellung sowie meiner Suche nach einer geeigneten Methode unterstützt. Auch im weiteren Verlauf habe ich immer wieder aktuelle Überlegungen und empirisches Material in Forschungsgruppen eingebracht. Dementsprechend ist dieses Forschungsprojekt intra-aktiv durch die Rückmeldungen und Gedanken aus unterschiedlichen Forschungszusammenhängen geprägt. Dabei ist es charakteristisch für diese Arbeit, dass diese Gruppen größtenteils interdisziplinär besetzt waren. Eine Interdisziplinarität kennzeichnet

9 Das Freewriting ist eine Schreibmethode, bei der den Gedanken freien Lauf gelassen werden soll. Für eine konkrete Beschreibung der Methode siehe (Wolfsberger, 2016, 141).

10 Dieses Vorgehen wird unter anderem von der Schreibtrainerin und -beraterin Judith Wolfsberger (2016) empfohlen.

11 Das waren unter anderem die »Interdisziplinäre Forschungswerkstatt für Doktorand:innen« an der Universität Osnabrück, die Interpretationswerkstatt von Prof. Dr. Kai-Olaf Maiwald an der Universität Osnabrück und selbst organisierte Treffen von Teilnehmer:innen am promotionsbegleitenden Studiengang an der OGVU in Magdeburg. Diese interdisziplinär ausgerichteten Gruppen habe ich teilweise um Interpretationssitzungen mit Pfleger:innen ergänzt.

auch den Hintergrund, den ich als Forscherin in die Arbeit an der Studie einbrachte. Wesentliche Aspekte dessen und die weiteren Entwicklungen im Forschungsprozess werden im Folgenden beschrieben.

4.3.2 Selbstreflexion zur Ausgangslage

Einen klaren Beginn meines Kontaktes zu den Feldern Pflege und Technik festzulegen, ist mir nicht möglich. Rückblickend betrachte ich mein duales Studium der Wirtschaftsinformatik als Beginn meiner intensiven Beschäftigung mit Technik, ihren Gestaltungsoptionen und mit den Möglichkeiten, die Umsetzung optimal zu organisieren. Aus heutiger Perspektive sehe ich in den Inhalten einen Fokus auf Aspekte der Technikentwicklung, bei dem gesellschaftliche Rahmenbedingungen nicht berücksichtigt wurden. So waren die Schwierigkeiten, Anforderungen zu identifizieren, immer wieder Thema, aber die unterschiedlichen Möglichkeiten, die potenzielle Nutzer:innen haben, diese zu formulieren, wurden nicht angesprochen. In der Grundhaltung wurde von positiven Auswirkungen einer gut funktionierenden Technologie ausgegangen. Diese positive Grundhaltung gegenüber den Möglichkeiten, die sich durch eine Technikunterstützung ergeben können, prägte auch im Rahmen dieser Arbeit meinen Blick auf den Forschungsgegenstand.

Im Anschluss an das Studium der Wirtschaftsinformatik begann ich ein duales Studium der Pflege. Ausschlaggebend für den Wechsel war mein Interesse daran, weiter zu lernen und mich in ein Feld mit einem direkteren Bezug zur Lebensrealität von Menschen zu begeben. Vor allem meine Erfahrungen in der Pflegepraxis stärkten meinen Eindruck einer hohen Relevanz der pflegerischen Versorgung. Es ist ein zentrales Element unseres Zusammenlebens, Menschen dabei zu unterstützen, ein gutes Leben führen zu können, gerade wenn sie auf Unterstützung angewiesen sind. Ich bemerkte aber auch den hohen Zeitdruck in der alltäglichen Arbeit und stellte fest, welchen Herausforderungen Pflegendе täglich ausgesetzt sind. Mein Körper meldete sich mit Rückenschmerzen und meine Hände vertrugen das Desinfektionsmittel nicht gut. Rückblickend deuten diese Beschwerden auf die Relevanz materieller Aspekte einer Pflеgetätigkeit für die Herstellung der Pflеger:innen hin, die Teil der Grundannahmen dieser Arbeit ist. Neben den materiellen Aspekten verstärkte sich immer wieder der Eindruck von eigenen Regeln, die im Feld wirken. Beispielsweise verstand ich bis zum Schluss nicht, warum viele Stationen, auf denen ich eingesetzt war, das Ziel hatten, die zu Pflегenden vor dem Frühstück gewaschen und versorgt zu haben. Nach dieser Regel kam es häufiger vor, dass Patient:innen noch vom Nachtdienst versorgt wurden, als dass eine Versorgung auf den Nachmittag verschoben wurde. Auch die Präsenz von Regeln und Diskursen im Pflеgealltag spiegelt sich in der Theorie- und Methodenauswahl dieser Arbeit.

Ich beendete mein duales Studium der Pflege frühzeitig, da ich für mich keine Chance sah, unter diesen Rahmenbedingungen die Arbeit so zu machen, wie ich es mir vorstellte. Dementsprechend sehe ich auch heute noch Forderungen nach einer »Mikropolitik« (vgl. Hülsken-Giesler & Depner, 2018) durch Pflegende kritisch und gehe eher davon aus, dass Veränderungen an anderer Stelle stattfinden müssen. In meinen Erfahrungen begründet sich meine Intention, Raum für Veränderungen in der Pflegepraxis zu schaffen. Dies ist rückblickend eine wesentliche Motivation für mein Dissertationsprojekt. Im Anschluss an das duale Pflegestudium studierte ich Gesundheitswissenschaften. In diesem Studium lag der Schwerpunkt bei den Gestaltungsmöglichkeiten des Gesundheitswesens auf unterschiedlichen Ebenen. Die Kombination meiner Erfahrungen in der Wirtschaftsinformatik, der Pflege und den Gesundheitswissenschaften führte zu meiner grundsätzlich positiven Haltung gegenüber Technik mit einem Fokus auf deren Gestaltungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen. Von einer entsprechenden theoretischen Sensibilität ist auszugehen.

Meine Identifikation als Forscherin begann schließlich mit meiner Anstellung in der Abteilung Pflegewissenschaft an der Universität Osnabrück. Dort arbeitete ich in einem BMBF-geförderten Forschungsprojekt zum Einsatz von erweiterten Realitäten in der Pflege.¹² Interessant ist dabei, dass ich sowohl in der Eigen- als auch in der Fremdwahrnehmung meine berufliche Identität als Wirtschaftsinformatikerin zumindest bei meiner Einstellung in der Abteilung Pflegewissenschaft beibehalten habe. Dies zeigt sich unter anderem in zwei Aspekten: Erstens war bei meiner Einstellung in der Abteilung auch ein Wirtschaftsinformatiker geladen, um meine Eignung zu beurteilen. Zweitens hielt ich selbst es für wichtig, auf meinem Türschild meine Qualifikation als Wirtschaftsinformatikerin zu erwähnen. Gleichzeitig sehe ich mich aber auch als Gesundheitswissenschaftlerin und als Pflegewissenschaftlerin. Für das hier beschriebene Promotionsprojekt hat dies die Folge, dass es inhärent aus einer interdisziplinären Perspektive durchgeführt wurde.

Bei meiner Arbeit im Forschungsprojekt kamen weitere Eindrücke und Erfahrungen hinzu, die meinen Blick entsprechend lenkten und meine Perspektive auf Technik in der Pflege weiter formten. Rückblickend sehe ich meine Erfahrungen als Forscherin als wesentliche Erweiterung meiner Perspektive von der Mikroebene der direkten Technikgestaltung hin zu einer Betrachtung der Makroebene, die auch die gesellschaftlichen Auswirkungen eines Technikeinsatzes in den Blick nimmt. Ausgangspunkt dafür können zum Beispiel die Erfahrungen aus Workshops mit Pflegedienstleitungen, Pflegenden, IT-Fachleuten und Wissenschaftler:innen sein. Ein Teilergebnis der Workshops sind die umfassenden Herausforderungen unseres

12 Projekttitel: Unterstützung der Ausführung von flexiblen Dienstleistungsprozessen durch Augmented Reality; Projektlaufzeit: 2016-2019.

Versorgungssysteme, die (zumindest nicht unmittelbar) durch einen Technikeinsatz bewältigt werden können. Ein Beispiel dafür ist der Fachkräftemangel in der Pflege. Es wird mehr qualifiziertes Personal benötigt. Diese Herausforderungen sind eher politischer und organisatorischer als technischer Natur.

Der Wandel meiner Perspektiven zeigt sich auch in der Entwicklung der Fragestellung für die Dissertation. Neben den Erfahrungen durch meine Arbeit im Forschungsprojekt erweiterte auch die direkte Auseinandersetzung mit meinem Promotionsprojekt meine Perspektive. Zu Beginn meines Promotionsprozesses war ich sehr an der Technik und an dem Thema des Forschungsprojektes orientiert und stellte die Frage: »Welche Möglichkeiten und Grenzen hat Augmented Reality im Einsatz zur Unterstützung Pflegenden?«¹³ Nach und nach wurde mir allerdings bewusst, wie stark diese Frage von einer einseitigen Ermöglichung oder Begrenzung des Pflegehandelns durch die Technologie ausging. Sowohl im Kontakt mit Forschungspartner:innen als auch in der Literatur wurde diese dichotome Perspektive immer wieder kritisch betrachtet. Darüber hinaus stellte ich in pflegewissenschaftlicher Literatur vermehrt eine ablehnende Haltung gegenüber einem Technikeinsatz in der Pflege fest. Mit meinen Erfahrungen davon, welche Möglichkeiten sich durch einen Technikeinsatz auch bieten können, ließ sich das nicht vereinbaren. Dementsprechend suchte ich nach einer anderen Perspektive auf Technik, die ich schließlich in den Neuen Materialismen fand. Rückblickend lässt sich der Wechsel meiner Rollen im Dissertationsprozess als Entwicklung von einer Mitarbeiterin in einem Forschungsprojekt zur Aneignung meines eigenen Projektes aus einer für mich passenden Perspektive beschreiben. Diese Entwicklung fand im Zusammenspiel mit unterschiedlichen Akteur:innen statt, deren Einfluss entsprechend in der Herstellung dieses Phänomens eine wesentliche Rolle spielt. Diese grobe Einordnung der Zusammenhänge vermittelt einen ersten Eindruck des intra-aktiven Werdens des hier dargestellten Phänomens. Die Anwendung einer rekonstruktiven Methodologie der Objektiven Hermeneutik, die im vorherigen Kapitel beschrieben wurde, hängt beispielsweise eng mit meiner Teilnahme am promotionsbegleitenden Studiengang »Bildungs- und Sozialforschung« an der OVGU Magdeburg zusammen. Die diffraktiv entstandenen methodologischen Grundlagen sowie die Einordnung des erhobenen Datenmaterials dieser Arbeit sind im Folgenden zusammenfassend dargestellt.

13 Forschungsfrage, die ich am 16.12.2016 in einer Forschungswerkstatt vorstellte.

4.4 Kernelemente des methodischen Vorgehens und Einordnung des empirischen Materials

Zusammengefasst wird die Methodologie dieser Arbeit durch eine diffraktive Lektüre von Neuen Materialismen, der Methodologie der Objektiven Hermeneutik und der feministischen Standpunkttheorie bestimmt. Damit folge ich der Annahme einer Herstellung der Akteur:innen in den Intra-aktionen, die durch sozio-materielle Diskurse vorstrukturiert sind, welche sich in Form latenter Sinnstrukturen rekonstruieren lassen. Die Kombination aus einer diffraktiven Vorgehensweise mit der Rekonstruktion latenter Sinnstrukturen ermöglicht es, das erfasste Phänomen umfassend zu betrachten. Zur Einordnung der Ergebnisse sowie um mögliche Erkenntnisse zu bestimmen, wird an dieser Stelle das erhobene Phänomen (bzw. der Protokollstatus¹⁴) näher betrachtet. Die folgende Einordnung dessen, was im Material protokolliert ist und wie die Protokollierungssituation das Protokoll beeinflusst, wurde im Rahmen von objektivhermeneutischen Interpretationsgruppen erarbeitet. Wie zuvor beschrieben, bestehen die erhobenen Daten hauptsächlich aus Videoaufnahmen eines experimentellen Nutzens einer prototypischen Implementation zur Wunddokumentation auf einer Datenbrille sowie Protokollen anschließender Gespräche.

Mit der Protokollierung durch Videoaufnahmen liegt ein direktes Protokoll vor. Durch einen audio-visuellen Eindruck von Handlungen der Akteur:innen unterscheiden sich Videoaufnahmen von Gesprächen, in denen der Habitus der Informant:innen über ihren sprachlichen Ausdruck nur indirekt rekonstruiert werden kann. Zu berücksichtigen ist allerdings, wie bei jedem Interpretationsvorhaben, inwiefern die protokollierte Wirklichkeit (prototypischer Einsatz von Datenbrillen in der Situation der Wundversorgung) Aufschluss über die interessierende Wirklichkeit geben kann. Zunächst ist festzustellen, dass der prototypische Einsatz der Datenbrille in der Erhebungssituation und durch die Aufnahme durch Videokameras ein experimentelles Setting erzeugt. Mit der Gestaltung eines experimentellen Settings sind komplexe Phänomene entstanden. In den protokollierten Intra-aktionen hat die Pfleger:in drei Handlungsprobleme gleichzeitig. Diese sind im Einzelnen:

- a) Wundversorgung und Interaktion mit der Patient:in
- b) Präsentation der Evaluation der Datenbrille für die Videokameras
- c) Umgang mit der Technik

14 Im Vorfeld der Interpretation werden im Rahmen der Bestimmung des Protokollstatus Überlegungen dazu angestellt, welchen Aufschluss das erhobene Protokoll in Bezug auf die Fallbestimmung geben kann (Wernet, 2009, 57).

In diesen Handlungsproblemen zeigt sich die Verquickung von realem und experimentellem Setting. »Real« in »der Struktur von Deutungsmustern, Habitusformationen oder generell Einflusststrukturen« (Loer, 2006, 353), also unabhängig von der Erhebungssituation vorhanden, sind die Pfleger:in, die Patient:in, der Raum und die Utensilien zur pflegerischen Versorgung sowie die Notwendigkeit der Wundversorgung. Künstlich, da durch die Erhebungssituation hergestellt, sind die Kameras, die die Handlungen protokollieren, sowie die Aufforderung, die Datenbrille zu testen. Insgesamt führt diese enge Verbindung zu einem Problem der Zurechenbarkeit. Es ist nicht unmittelbar deutlich, welches Handeln in der Regel einer Herstellung im beruflichen Pflegehandeln entspricht und inwiefern Handlungen sich aufgrund des experimentellen Settings verändern. Eine nähere Betrachtung der einzelnen Handlungsprobleme kann Hinweise auf die Auswirkungen der jeweiligen Aspekte geben. Daher werden diesbezügliche Überlegungen im Folgenden näher dargestellt.

Zu a): Die Wundversorgung als besondere Form der Pflege in den Blick zu nehmen, ist besonders interessant, um feststellen zu können, welche Rückschlüsse aus der Betrachtung einer Wundversorgung auch für weitere Phänomene beruflichen Pflegehandelns getroffen werden können. Darüber hinaus ist die Wundversorgung (auch ohne Datenbrille) allerdings (zumindest teilweise) als Interaktion konzipiert. Das spezifische Handlungsproblem besteht mindestens aus zwei Ebenen. Erstens muss die Wunde instrumentell versorgt werden. Dazu gibt es festgelegte Vorgehensweisen und Materialien, die angewendet werden. Zweitens stellt die Situation der Wundversorgung vor allem beim Öffnen des Verbandes eine hoch vulnerable Situation dar. Sowohl die Pfleger:in als auch die Patient:in wissen zuvor nicht genau, was sie erwartet, wenn der Verband geöffnet wird (existenzielle Relevanz). Für die Pfleger:in ist dieser Moment relevant, da sie prüfen muss, ob die von ihr angedachte weitere Versorgung der Wunde weiterhin angemessen ist, oder ob sie sich umstellen sollte. Für die Patient:in ist dieser Moment relevant, da diese sich fragt, ob die Wunde weiter heilt oder nicht. Weiterhin ist die Versorgung der Wunde häufig mit Schmerzen für die Patient:in verbunden. So kann es vorkommen, dass Patient:innen Angst vor der Versorgung der Wunde haben und entsprechend angespannt sind. Die Aufgabe der Pfleger:in ist es dann, die Patient:in darin zu unterstützen, mit dieser Angst umzugehen. Beim Verbinden der Wunde wurden die beschriebenen Unsicherheiten beseitigt, allerdings ist dies für die Patient:in von Relevanz, da diese in der Regel einige Tage mit dem Verband verbringen wird. Wenn etwas schlecht sitzt oder unbequem ist, dann wird das die Patient:in über einen längeren Zeitraum hinweg stören. Deutlich wird in diesen Überlegungen die hohe Relevanz des Körpers der Patient:in dessen alltagsweltlich verstandene Grenze, die durch die Haut dargestellt wird, die an der Stelle der Wunde verletzt ist. Diese Verletzung wird durch Verbandsmaterial verschlossen, sodass dieses in der Perspektive des Agentiellen Realismus (Barad, 2018a) auch als Bestandteil des

Körpers hergestellt werden kann. Die enge Verknüpfung von menschlichen und nicht-menschlichen Akteur:innen, die in der Pflege auch in anderen Situationen vorhanden ist, wird hier besonders deutlich.

Zu b): Da sowohl die Pfleger:in als auch die Patient:in informiert wurden, dass die hier durchgeführte Evaluation der Datenbrille gleichzeitig durch Videokameras aufgezeichnet wird, stellt auch dies ein Handlungsproblem dar, das sich auf die Durchführung der Wundversorgung auswirken könnte. Inwiefern diese Dokumentation der Evaluation für eine interessierte und forschende Öffentlichkeit in den Daten relevant ist, ist insgesamt schwer zu kontrollieren. Einen Hinweis können Relevanzsetzungen gegenüber der Kamera bieten. Generell handelt es sich um ein Phänomen, das dem Vorgehen der Videografie inhärent ist. Eine Besonderheit könnte sich hier durch das experimentelle Setting ergeben. Pfleger:in und Patient:in könnten versuchen, schon bei der Durchführung der Evaluation die Funktionsweise der Datenbrille möglichst umfassend zu dokumentieren. Dadurch, dass der Pfleger:in und der Patient:in im Vorfeld bekannt war, dass wir im Nachgang über die Anwendung sprechen werden und sie dann Gelegenheit zur Kommentierung haben, liegt dies allerdings nicht nahe.

Zu c): Da die Pfleger:in und die Patient:in sowie das Problem der Wundversorgung real sind, bleibt die Pfleger:in die verantwortliche Person in der Situation. Sie ist verantwortlich für das Wohlergehen der Patient:in und kann diese Verantwortung auch unter den Umständen der Erhebung nicht abgeben. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass insbesondere die Anforderung an die Bedienung der Brille die Pflegenden von der Versorgung ablenkt. Es bleibt zu prüfen, inwiefern diese Ablenkung für die Wundversorgung in besonderem Maße problematisch ist. Gegebenenfalls kann die Ablenkung exemplarisch für andere in der Pflegepraxis vorkommende Ablenkungen gesehen werden. Eine Patientenversorgung findet im beruflichen Pflegehandeln immer gerahmt von diversen Einflüssen und potenziellen Ablenkungen statt. Ablenkungen entstehen unter anderem dadurch, dass eine Pfleger:in in der Regel für mehrere Patient:innen gleichzeitig zuständig ist und so eine vollständige Konzentration auf die einzelne Patient:in erschwert wird (Smith & Willis, 2020, 60). Zudem ist es möglich, dass die durch die Brille erzeugte Krise dafür sorgt, dass die Pfleger:in ihre Handlungen weniger kontrollieren kann und so stärker auf habitualisierte Handlungsmuster zurückgreift. Inwiefern das zutreffend scheint, wird bei der Interpretation der Daten zu prüfen zu sein.

Wie im Kapitel 4.2.2 beschrieben, findet die Dokumentation des Wundstatus über die Eingabe englischer Zahlen durch die Pfleger:in statt. Dadurch erinnert diese Situation, vor allem durch zwei auffällige Parallelen, stark an einen Besuch bei einer Zahnärzt:in. Erstens werden auch dort kryptische Zahlenkombinationen genannt, mit denen die Ärzt:in der Arzthelfer:in den Status der Zahnbeurteilung mitteilt. Zweitens trägt die Zahnärzt:in teilweise auch eine Brille mit einer Lupe auf den Gläsern, die eine spezifische Perspektivik ausmacht. In der Situation, in

der die Zahnärzt:in die Dokumentation weitergibt, wird in der Regel keine Reaktion der Patient:in erwartet. Beiden Situationen ist gemein, dass die Patient:in, über die gesprochen wird, nicht die Adressat:in der Protokollierungshandlung ist. Diese ist in dem einen Fall die Arzthelfer:in und im anderen Fall die Datenbrille. Die Patient:in ist hier lediglich als »stumme Akteur:in« relevant.

Die Videoaufnahmen werden durch anschließende Gespräche mit den Pflegenden und den Patient:innen ergänzt. Diese Gespräche erweitern die direkten Protokolle durch die Videoaufnahmen um Protokolle des Habitus der beruflich Pflegenden sowie der Patient:innen. Die Gespräche können einerseits einen direkteren Zugang zu Orientierungen und Prozessen innerhalb der Personen liefern, andererseits bieten sie einen Einblick dahingehend, ob die latenten Strukturen den menschlichen Akteur:innen reflexiv zugänglich sind oder nicht. Insofern dienen die Interpretationen der Gespräche der Ergänzung der Interpretationen der Videoaufnahmen und der Schärfung und Ergänzung der dort gebildeten Fallstrukturhypothesen. Eine besondere Herausforderung ergibt sich aus der Zuordnung des jeweils Gesagten zum entsprechenden Fall, die jeweils einen Agentiellen Schnitt darstellt.¹⁵ Bei der Interpretation wird zu berücksichtigen sein, inwiefern eine solche Zuordnung möglich ist. Darüber hinaus werden durch diese zusätzliche Erhebung der Gespräche die Perspektiven der menschlichen Akteur:innen gegenüber denen der nicht-menschlichen Akteur:innen betont. Soweit möglich werde ich dieser einseitigen Perspektive durch einen gezielten Blick auf die nicht-menschlichen Akteur:innen im Bildmaterial der Videos begegnen.

15 Diese Herausforderung ergibt sich daraus, dass innerhalb einer Videoaufnahme mehrere Fälle auftreten. Dies wird in der Fallbeschreibung weiter erläutert.

5 Ergebnisse

Phänomene beruflichen Pflegehandelns

Sowohl die Fallbestimmung als auch die Bestimmung des Protokollstatus werden in der Objektiven Hermeneutik als essenziell vor der Textinterpretation beschrieben (Wernet, 2009). In dieser Arbeit haben sich beide Beschreibungen mit der Interpretation entwickelt. Im Sinne eines iterativen Vorgehens hat die Dateninterpretation die Fallbestimmung geformt und der Protokollstatus wurde bei der Interpretation erster Daten in besonderer Form deutlich und herausgearbeitet. Den Protokollstatus, der in Kapitel 4.4 genauer beschrieben ist, verstehe ich als Einordnung dessen, was in den Daten sichtbar werden kann. Die Fallbestimmung beschreibt das konkretisierte Erkenntnisinteresse und gibt damit Antwort auf die Frage, was in dieser Arbeit an den Daten interessiert. Mit anderen Worten: »Wozu sollen die Daten Auskunft geben?« Die Fallbestimmung dieser Arbeit ist in Kapitel 3.3 ausführlich dargestellt und in ihre theoretischen Bezüge eingeordnet. An dieser Stelle fasse ich die wesentlichen Aspekte zusammen, da diese für die Einordnung der Interpretation elementar sind.

Bei den hier zu rekonstruierenden Fällen handelt es sich um »Phänomene beruflichen Pflegehandelns«. In diesem Verständnis von institutionalisierter Pflegearbeit werden die Kriterien guter Care-Arbeit, die von Joan Tronto herausgearbeitet wurden, relevant.¹ In von Machtstrukturen geprägten Care-Beziehungen soll Care-Arbeit nach Möglichkeit individuell gestaltet werden können. Insbesondere zwischen den institutionellen Bedingungen und der Forderung Care-Arbeit möglichst individuell zu gestalten, kann leicht ein Spannungsfeld entstehen. Mit dem theoretischen Rahmen des Agentiellen Realismus stelle ich die folgenden Forschungsfragen an das Material, um einen möglichst differenzierten Einblick dazu zu erhalten, wie sich berufliches Pflegehandeln herstellt.

Welche Interaktions- und Herstellungsmodi erhalten in beruflichem Pflegehandeln Relevanz?

Mit dem theoretischen Rahmen des Agentiellen Realismus kann diese Frage in folgende Unterfragen unterteilt werden:

1 Eine ausführliche Beschreibung zu Care-Arbeit findet sich in Kapitel 2.1.1.

- *Welche menschlichen und nicht-menschlichen Akteur:innen erlangen in beruflichem Pflegehandeln Relevanz?*
- *Welche Grenzziehungen finden statt?*
- *Wie ist Handlungsmacht verteilt?*
- *In welcher Form werden die jeweiligen Akteur:innen hergestellt?*

Damit folge ich der Grundannahme des Agentiellen Realismus einer Herstellung von Akteur:innen in den jeweiligen Intra-aktionen. In Abgrenzung zu Interaktionen benutzt Karen Barad den Begriff der Intra-aktion, um zu beschreiben, dass in der Handlung die Akteur:innen erst entstehen. Da sich Interaktionen auf das zwischen den Akteur:innen stattfindende Handeln beziehen, war diese Begriffsneuschöpfung hier nötig.² Durch die Auswertung mit der Methodologie der Objektiven Hermeneutik nehme ich die latenten Sinnstrukturen in den Blick, die in den jeweiligen Phänomenen relevant werden und zur Herstellung der Akteur:innen beitragen.

Beschrieben werden einzelne Phänomene beruflichen Pflegehandelns. Wie in Kapitel 4.2.2 dargestellt, habe ich bei der Interpretation innerhalb des Materials ein kontrastierendes Sampling vorgenommen. Dadurch habe ich insbesondere Fälle interpretiert, die bei einem ersten Blick ins Material hinsichtlich der als relevant identifizierten Merkmale besonders unterschiedlich erschienen. In der Festlegung der Fallgrenzen habe ich jeweils agentielle Schnitte vorgenommen. Ich verstehe einen Fall als eine spezifische Herstellung der menschlichen und nicht-menschlichen Akteur:innen im Rahmen eines Phänomens. Dadurch lassen sich anhand einer Videoaufnahme mehrere Fälle rekonstruieren. In dieser Arbeit beschreibe ich zwei Fälle von Phänomenen beruflichen Pflegehandelns ausführlich, um einen empirisch fundierten Eindruck zu Phänomenen beruflichen Pflegehandelns zu ermöglichen. Zur besseren Orientierung beginnt jede Falldarstellung mit dem Transkript des Audios der Sequenz. Beim Lesen des Transkriptes sollte berücksichtigt werden, dass die Aussagen teilweise in der Betrachtung des Videos deutlich anders wirken, da ihre Einbettung in die Handlungen dann direkt deutlich wird. Diese Unterschiede werden in der Beschreibung der Fallrekonstruktion durch die Beschreibung der parallel ablaufenden Handlung und eine Einordnung der jeweiligen zeitlichen Dauer explizit erwähnt und bei der Interpretation berücksichtigt. Eine grobe Einordnung des Transkriptes ermöglicht die dargestellte Fallvignette. Sie fasst die wesentlichen Merkmale des Falles zusammen. Davon ausgehend werden in der Fallrekonstruktion die vorgenommenen Rekonstruktionen im Einzelnen beschrieben. Um vor dem Hintergrund der Komplexität des Videomaterials eine

2 Für weitere Ausführungen zum Begriff »Intra-aktion« siehe Kapitel 3.1.2.

leichtere Orientierung zu ermöglichen, sind alle Fallrekonstruktionen nach einem ähnlichen Muster aufgebaut. Zunächst führe ich über eine ausführliche Bildbeschreibung mit ersten Deutungen in die Situation ein. Dabei richte ich den Blick darauf, welche Akteur:innen in der Sequenz Relevanz erlangen könnten und wie diese Akteur:innen in dieser Anordnung hergestellt werden könnten. Die Interpretation beschreibe ich anschließend anhand der Videosequenzen. Dazu folge ich dem Ablauf der verbalen Aussagen und beschreibe die Handlungen, die im Video sichtbar sind. Sofern weitere Standbilder die Illustration des Geschehens unterstützen, füge ich anschließen auch diese ein. Zum Ende der Falldarstellung setze ich die Ergebnisse der Videointerpretation mit den Rekonstruktionen der im Anschluss stattgefundenen Gespräche in Bezug. Dazu stelle ich eine Sequenz des Gesprächs und die entsprechende Interpretation ausführlich dar. Jede Falldarstellung endet mit einem Blick auf den gesamten Fall, in dem die jeweiligen Interpretationsergebnisse miteinander in Beziehung gesetzt werden.

5.1 Fall 1: Pflegebedürftigkeits-Phänomen

Kern dieses Falles bildet die Vorbereitung der Versorgungs- und Erhebungssituation. Diese Sequenz habe ich ausgewählt, weil sie eine häufige Intra-aktion in beruflichem Pflegehandeln darstellt. Die Vorbereitungen der Versorgungssituation rahmen die entsprechenden Pflegehandlungen. Dabei erhalten alle Akteur:innen ihren Platz, um in der Pflegehandlung entsprechend zugänglich zu sein. In der Betrachtung der Videosequenz scheint diese gleichermaßen alltäglich und doch besonders. Diese Besonderheit zeigt sich in der Rekonstruktion der Herstellung der Akteur:innen. In Bezug gesetzt wird der Videoausschnitt mit Interpretationen von Ausschnitten der Gespräche, die ich im Anschluss an die Videoaufnahme mit der Pfleger:in und der Patient:in geführt habe. Als zu interpretierenden Ausschnitt habe ich jeweils den Beginn der Gespräche gewählt, da dieser den Rahmen für die entsprechenden Anschlussmöglichkeiten setzt (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, 255).

5.1.1 Videosequenz: »Das ist gut für Ihren Rücken«

*Claudia*³: *Dann fahre ich das Bett noch so ein bisschen hoch.*

Frau Heitmann: *Das ist gut für Ihren Rücken.*

Claudia: *RICHTIG. (...) Ach so, mein Namensschild mache ich mal noch ab.*

*Forscherin*⁴: *Ah genau.*

Frau Heitmann: (...) *(Schwester Claudia) ich konnte meinen Namen schreiben, ganz korrekt.*

*(Fall 01, 00:00:28 – 00:00:48)*⁵

Fallvignette

Auf den ersten Blick zeigen sich in der Betrachtung des Sprechaktes vor allem drei Akteur:innen, die in der Sequenz relevant werden. Auch die Herstellung der Akteur:innen als »Frau Heitmann«, »Claudia« und »Forscherin« scheint zunächst eindeutig. Wobei die meiste Handlungsmacht bei Claudia zu liegen scheint. Bei ausführlicher Interpretation unter Hinzuziehung der Bildspur des Videos wird allerdings ein deutlich komplexeres Geschehen sichtbar. Es werden Akteur:innen relevant, die sich in dem Transkript der Tonspur nicht zeigen. Zudem wird deutlich, an welchen Stellen Grenzziehungen stattfinden und welche Möglichkeitsräume durch die jeweiligen Akteur:innen eröffnet werden. Die entsprechenden Interpretationen sind im Folgenden umfassend dargestellt.

-
- 3 Bei den im gesamten Ergebniskapitel genutzten Personenbezeichnungen handelt es sich um Pseudonyme. Diese habe ich vergeben, um auch später im Text wieder auf die einzelnen Personen verweisen zu können. Obwohl auch die Namen ein eindeutiges Geschlecht zuweisen, verwende ich im Text zunächst weiterhin gegenderte Beschreibungen, da so deutlich wird, an welcher Stelle im Phänomen die Geschlechtszuschreibung stattfindet.
 - 4 Die Forscherin in den Transkripten ist gleichzeitig die Autorin dieses Buches. In den Transkripten benenne ich mich selbst als Forscherin, um die für die Interpretation notwendige Distanz herzustellen. Gleichzeitig macht diese Bezeichnung die Rolle, in der ich Teilnehmerin der Situation war, deutlich.
 - 5 Die hier dargestellten Transkriptauszüge in Verbindung mit den dargestellten Standbildern dienen dazu, die Interpretation nachvollziehbar darzustellen und stellen die Dokumentation des ausgewerteten Materials dar. Bei den Angaben handelt es sich um die Bezeichnung der Aufnahme, sowie die entsprechenden zeitlichen Sequenzen, die im Format hh:mm:ss angegeben sind. Ein vollständiges Transkript sowie eine zur Verfügung Stellung der Videoaufnahmen sind aufgrund dem in den Informationsschreiben festgelegten Umgang mit den sensiblen Daten (Anhang C) nicht angefügt.

Fallrekonstruktion

Abb. 3: Beginn der Sequenz⁶



Zur Einführung in die Situation betrachten wir zunächst das in Abbildung 3 dargestellte Standbild des Beginns der Sequenz. Auf der rechten Seite des Bildes ist eine stehende Person⁷ sichtbar. Die Körperhaltung ist der linken Seite des Bildes und einem darauf sichtbaren Bett zugewandt. Die rechte Hand berührt das Bett und scheint mit diesem zu interagieren. Die rechte Körperseite ist etwas nach unten gebeugt. Augenscheinlich kann das Bett ohne diese Bewegung nicht erreicht werden. Der Blick scheint nicht auf das Bett, sondern in den Raum gerichtet. Allerdings ist hier zu berücksichtigen, dass es sich um ein Standbild in einem Video handelt. Daher ist anhand des Standbildes nicht klar, ob dieser Blick nur einen kurzen Moment oder länger dauert. In der linken Hand hält die Person Gummihandschuhe, die durch die Anonymisierung im Bild schwer erkennbar sind, im Video ohne Anonymisierung aber anhand von Form und Farbe identifiziert werden können. Darüber hinaus wird ein Kasack sichtbar. Dabei handelt es sich um

-
- 6 Bei diesen Darstellungen handelt es sich um Standbilder der Videoaufnahme, die zur Anonymisierung unkenntlich gemacht wurden. Da es sich um sehr sensibles Material handelt, wurden die in unserem Diskursraum üblichen Identifizierungsmerkmale, wie Gesichter, überlagert. Darüber hinaus wurden die Farben entfernt und die Genauigkeit der Darstellung durch Filter reduziert, um eine Identifizierung zu verhindern.
- 7 Zur Orientierung im Bild werden in der Beschreibung Begriffe wie »Person« oder »Bett« zunächst alltagssprachlich verwendet. In welcher Form die Akteur:innen hergestellt werden und welche Grenzziehungen sich aufzeigen lassen, wird in der weiteren Beschreibung deutlich.

eine typische Arbeitskleidung für pflegerisches Personal. Der Kasack ist kurzärmelig, weit geschnitten und hat eine relativ große Tasche. So ermöglicht er eine große Bewegungsfreiheit, eine Arbeit mit den Händen, ohne dass die Ärmel schmutzig werden und die Mitnahme relevanter Gegenstände, ohne die Hände zu benutzen. Mit den Kasacks tragen die Pfleger:innen eine Einheitskleidung, die, wie bei Berufsuniformen üblich, keine Individualität zeigt. In der Brusttasche des Kasacks sind Stifte erkennbar. Diese deuten auf eine Notwendigkeit von schriftlichen Notizen hin. Über der Brusttasche ist ein weißer Fleck erkennbar. An dieser Stelle befindet sich ein Schild, auf dem der Name und die Berufsbezeichnung der Person erkennbar sind. In diesem Bild ist das Schild zur Anonymisierung mit einem weißen Rechteck überdeckt. Durch ihre Position, ihre Kleidung und das Namensschild wird die Person folglich als Pfleger:in hergestellt. Durch die einheitliche weite Kleidung ist eine Geschlechtlichkeit der Pfleger:in hier nicht erkennbar.

Hinter der Pfleger:in ist eine Fensterfront sichtbar, die von Gardinen gerahmt wird. Die Pfleger:in steht damit etwas eingezwängt zwischen Bett und Fensterfront. Die Position des Bettes lässt vermuten, dass es nicht so gedacht ist, dass die Person im Bett dieses über die der Fensterfront zugewandten Seite verlassen soll. Dies wäre sehr umständlich. Die schräge Position des Bettes zur Fensterfront lässt vermuten, dass dieses nicht immer so da steht. Dies deutet dann darauf hin, dass das Bett zur Vorbereitung der Aufnahme- und Versorgungssituation bereits verschoben wurde. Dass ein Pflegebett normalerweise an einer Fensterfront steht, scheint ungewöhnlich. Damit wird die Eigenschaft des Pflegebettes, eine möglichst leichte Zugänglichkeit zur Versorgung der darin liegenden Personen zu gewährleisten, konterkariert, da von der Fensterseite kein direkter Zugang zum Bett mehr möglich ist. Dies ermöglicht unterschiedliche Lesarten: 1) Das Bett wurde an das Fenster geschoben, weil dies bestimmte Vorteile hat (z. B.: Platzersparnis oder Wohlbefinden der Pat.) 2) Das Bett steht am Fenster, da ein Zugriff von der Seite in der Regel nicht notwendig ist.

Auf der Fensterbank der Front steht noch ein Behälter. Dieser passt nicht ganz auf die Fensterbank, was darauf hindeutet, dass er nicht dauerhaft dort steht. Es ist zu vermuten, dass die Pfleger:in den Behälter dort platziert hat, um damit die Versorgung der Person vorzubereiten. Insgesamt ist überraschend, dass der Behälter auf der weniger zugänglichen Seite des Bettes steht. Es wäre auch eine Platzierung auf dem Nachtschrank vorstellbar.

In der linken unteren Hälfte der Abbildung ist eine weitere Person sichtbar, die halb aufgerichtet auf einer Matratze und einem Kissen liegt. Eine Wölbung des Oberteils der Person deutet auf eine weibliche Herstellung hin. Betrachten wir zunächst den Gegenstand, auf dem die Person liegt, fällt als erstes ein großes Kissen ins Auge. Auf diesem Kissen ruhen der Kopf und der Oberkörper. Die oberen Ecken des Kissens ragen in die Luft, wodurch sie das Gesicht umrahmen. Auch an der Schulter ist das Kissen sehr füllig. Bei dieser Betrachtung kann eine

erste riskante Fallstrukturhypothese aufgestellt werden. Diese besagt, dass keine besonders klare Grenzziehung zwischen dem Kissen und der Person stattfindet. Die Person scheint hier als in das Kissen eingefasst und von diesem umfasst. Hätte die Person den Kopf angehoben, würde sie sich deutlich vom Bett abheben, dies ist hier allerdings nicht der Fall. Die Situiertheit der Person in der Tiefe des Kissens deutet eher darauf hin, dass sie hier nicht als hervorgehoben realisiert wird. Diese Position im Bett deutet durch den halb aufgerichteten Oberkörper eher auf eine Ruhephase als auf eine Schlafphase hin. Die Aufrichtung des Oberkörpers kommt hier nicht aus eigener Kraft und nicht durch das Kissen zustande. Sie ist Bestandteil der Unterlage, auf der das Kissen liegt. Bei dieser Unterlage scheint es sich um ein Bett zu handeln, dessen Kopfteil schräg gestellt werden kann. Die Möglichkeit ein Kopfteil schräg zu stellen, deutet darauf hin, dass man in dem Bett nicht nur schlafen will. Diese Möglichkeit könnte genutzt werden, wenn eine Person zum Beispiel gern im Bett liest oder fernsieht. Bei Betten von körperlich nicht eingeschränkten Menschen ist es eher unüblich, das Kopfteil schräg stellen zu können. Diese Möglichkeit ist aber Bestandteil klassischer, dreigeteilter Pflegebetten. Mit dem theoretischen Rahmen der Akteur-Netzwerk-Theorie wurden Zeitaufwand, Bauart und Konstruktion, Nähe und Distanz, Mehrarbeit und (Un-)Sicherheit als wesentliche Skripte von Pflegebetten herausgearbeitet (Heitmann-Möller & Remmers, 2017, 146ff.). Teilnehmende Beobachtungen und teilstrukturierte Interviews verweisen zudem auf die Relevanz des Zusammenspiels mehrerer Artefakte, das eine umfassende Betrachtung des gesamten Arrangements fordert (Heitmann-Möller & Remmers, 2017, 155). Welche Skripte des Pflegebettes sich in dem hier dargestellten Phänomen beruflichen Pflegehandelns realisieren, wird im Folgenden zu zeigen sein.

An der Kopfseite des Bettes, rechts von der Person, befindet sich ein hochgezogenes Bettgitter. Dieses ist in der Abbildung nicht sichtbar, aber als wesentlicher Teil des Bettes in der Interpretation zu berücksichtigen. Auch ein solches Bettgitter ist bei gesunden und selbstständigen Personen im häuslichen Umfeld eher unüblich. Genutzt werden diese Gitter als Schutz bei Kindern oder anderen unterstützungsbedürftigen Personen, damit diese nicht aus dem Bett fallen. Pflegebetten sind in der Regel mit Bettgittern ausgestattet. Dadurch, dass das Bettgitter in diesem Fall hochgezogen ist, erscheint die Person noch stärker von dem Bett eingeraht. Da augenscheinlich nur der obere Teil des Bettgitters hochgestellt ist, kann das Gitter gegebenenfalls als Aufstehhilfe genutzt werden. Dies scheint aufgrund der Lage der Person im Bett aber eher unplausibel. Darüber hinaus erschwert das hochgezogene Gitter den Zugriff auf den direkt neben dem Bett stehenden Nachtschrank, der hier nur knapp noch ins Bild ragt. Dadurch scheint die Person hier zunächst nicht als aktiv, sondern eher als Teil der »Verwahrstation Bett« gerahmt zu werden. Analog zu bereits bestehenden Überlegungen zu Rollatoren, die fragen: »Bin ich alt, weil ich einen Rollator benutze oder benutze ich einen Rollator, weil

ich alt bin?» (vgl. Höppner & Urban, 2018), kann hier gefragt werden: »Liege ich in einem Pflegebett, weil ich pflegebedürftig bin oder bin ich pflegebedürftig, weil ich in einem Pflegebett liege?«

Die Rahmung der Person als pflegebedürftig wird dadurch verstärkt, dass sie mit dem Gesäß nicht direkt auf dem Bettlaken, sondern auf einer Inkontinenzunterlage liegt. Die durch die Unterlage und durch das Bett geschaffenen passiven Rahmung widerspricht der Kleidung der Person. Ein gestreiftes Poloshirt sowie eine herkömmliche Stoffhose vermitteln den Eindruck, als sei die Person jeder Zeit bereit, aufzustehen und das Zimmer oder das Haus zu verlassen. Allerdings verweisen ein angelegtes Blutdruckmessgerät und ein Verband um den linken Arm der Person darauf, dass diese sich aktuell in medizinischer Behandlung befindet, untersucht und versorgt wird. Durch die Positionierung im Pflegebett, die Position der Pfleger:in sowie die medizinischen Messinstrumente wird diese Person als Patientin⁸ hergestellt. Blutdruckmessgeräte sind insbesondere deshalb interessant, weil sie es ermöglichen, den Körper eines Menschen zu vermessen. Wie bei anderen Quantifizierungstechniken werden auch hier Normwerte festgelegt, die bestimmen, ob eine Person als gesund oder als ungesund angesehen wird.⁹ Die Relevanz des Blutdruckmessgerätes in dieser Situation ist aber wohl eher, dass es die Patientin einschränkt. Diese Relevanz wird nicht direkt in dieser kurzen Sequenz, aber im anschließenden Gespräch mit Frau Heitmann deutlich.

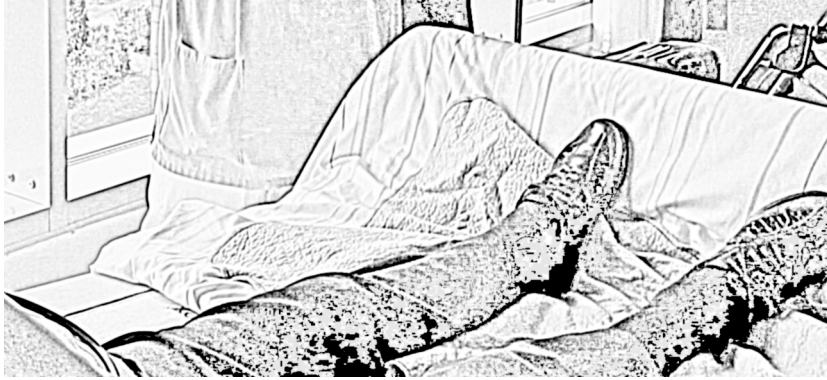
Der Blick auf die Patientin aus der Perspektive der Kamera am Fußende des Bettes kann ergänzt werden, um einen Ausschnitt aus dem Blick der zweiten Kamera, die am Kopfende des Bettes platziert ist. Dieser Ausschnitt passt zeitlich nicht zu dem obigen Standbild, kommt diesem aber möglichst nah. Ein Bild aus der zweiten Kamera zum gleichen Zeitpunkt wie das Bild aus der ersten Kamera liegt nicht vor, da diese Kamera noch nicht angestellt war. In diesem, in Abbildung 4 dargestellten Ausschnitt, wird allerdings die Perspektive auf die im Bett liegende Person erweitert.

Der Ausschnitt zeigt die ausgestreckten Beine der Patientin. Dadurch kommt die schon beschriebene Stoffhose stärker ins Blickfeld. Darüber hinaus trägt die Patientin Schuhe. Dies ist für Menschen, die in einem Bett liegen, eher ungewöhnlich. Es könnte auf einen kurzen Aufenthalt im Bett und den Plan bald wieder aufzustehen verweisen. Damit deuten die Schuhe in eine ähnliche Richtung wie das Poloshirt und die Stoffhose. Auch eine Inkontinenzunterlage und die Bettdecke, auf der die Schuhe liegen, trennen das Bett von den Schuhen und deuten auf

8 Da die Person neben der Rolle der Patient:in auch als weiblich hergestellt wird (s. o.), wird an dieser Stelle und im Folgenden Text die weibliche Form verwendet.

9 Inwiefern Körper im Gesundheitswesen als gesund oder krank hergestellt werden, arbeitete auch Annemarie Mol (2003) in einer ethnografischen Untersuchung zur Arteriosklerose heraus.

Abb. 4: Ansicht der Beine der Patient:in



eine nicht dauerhafte Situation. Scheinbar soll die Bettdecke nicht dreckig werden. Diese Decke liegt sauberlich zurückgeschlagen über dem Fußteil des Bettes. Hinter dem Fußteil ist ein Griff eines Rollators zu erkennen. Auch dieser deutet darauf hin, dass die Patientin zumindest mit Hilfsmitteln in der Lage ist, aufzustehen. Die Wirkung von Rollatoren auf die Wahrnehmung der Menschen, die an ihnen gehen, ist allerdings nicht nur ermächtigend, sondern entspricht auch den Zuschreibungen an bestimmte Altersbilder (für ausführlichere Ausführungen siehe: Höppner & Urban, 2018). In diesem Phänomen beruflichen Pflegehandelns stellt der Rollator bisher nur ein Randgeschehen dar.

Besonders interessant ist an dieser Bildbetrachtung die Herstellung der Patientin. Durch die Pfleger:in und das Pflegebett scheint die Rolle der Patientin eindeutig für diese Person beschrieben. Durch die Rahmung des Kissens wird die Patientin kaum als selbst vorhanden, sondern eher als Teil des Bettes hergestellt. Gleichzeitig verweist die Kleidung auf eine aktive Person, die jederzeit die Situation verlassen könnte und nicht so richtig in das Bett passt. Bereits hier deutet sich die Vielschichtigkeit der Person an, die nicht klar einer Kategorie zugeordnet werden kann und daher differenziert betrachtet werden sollte.

Zusammengefasst können anhand der Bildinterpretation bereits erste Aussagen über die relevanten Akteur:innen, die entstandenen Grenzziehungen, die Verteilung von Handlungsmacht sowie die Form der Herstellung der Akteur:innen getroffen werden. Es zeigt sich eine umfassende Liste an Akteur:innen, deren Grenzziehungen teilweise verwischen. So werden die Patientin, das Pflegebett, das Kissen, die Matratze und die Inkontinenzunterlage als gemeinsames Phänomen hergestellt. Dieses Phänomen nenne ich hier »Pflegebedürftigkeits-Phänomen«. In Abgrenzung dazu werden die Pfleger:in und ihre Kleidung als »Pflegephänomen«

hergestellt. Innerhalb der beschriebenen Phänomene lassen sich unterschiedliche Möglichkeitsräume und damit partielle Verteilungen von Handlungsmacht erkennen. So ermöglicht das Pflegebett unter anderem durch das hochgestellte Kopfteil, das Bett auch als Aufenthaltsort zu verwenden. Die Kleidung der Patient:in hingegen deutet auf ein mögliches Verlassen des Bettes hin. Die jeweiligen Akteur:innen und ihre Möglichkeitsräume sind in Tabelle 3 (S. 90) dargestellt.

Tab. 3: Akteur:innen und deren Möglichkeitsräume

Identifizierte Akteur:in	Darstellung in der Situation	Möglichkeitsräume
Pflegebedürftigkeits-Phänomen		
Patientin	halb liegende Person	Scheint auf äußere Ereignisse zu warten.
Schuhe der Patientin	kleiden die Person	Ermöglichen es, den Raum oder das Gebäude zu verlassen.
Bett	Pflegebett	Option, das Bett als Aufenthaltsraum zu nutzen; Arbeitserleichterung für Pflegerin.
Kissen	sehr füllig	Option, im Kissen zu versinken und sich zurückzulehnen.
Kopfteil	hochgestellt	Ermöglicht, im Bett zu sitzen.
Bettgitter	am Kopfteil hochgestellt	Kann als Aufstehhilfe genutzt werden.
Inkontinenzunterlage	Unterlage am Gesäß und an den Füßen	Ermöglicht, das Bett mit Schuhen zu belegen ohne es zu verschmutzen.
Blutdruckmessgerät	an Patientin angelegt	Herstellung der Patientin als gesund oder krank wird ermöglicht.
Verband	am Arm der Patientin	Arm kann genutzt werden, ohne dass die Wunde verschmutzt wird.
Pflege-Phänomen		
Pflegerin	stehende Person	Kann sich im Raum bewegen und das Bett bedienen.
Kasack	Kleidung der Person	Ermöglicht Arbeiten ohne Einschränkungen und mit wenig Individualität.
Namensschild	am Kasack befestigt	Ermöglicht Identifikation der Person.

Mit der Bildbeschreibung und den ersten Überlegungen zur Analyse wurde die Ausgangssituation etabliert, an die sich folgende Handlungen und Herstellungen anschließen: Sobald die Pfleger:in, wie im Standbild dargestellt, das Bett berührt und scheinbar den entsprechenden Knopf bedient, beginnt dieses sich nach oben zu bewegen. Mit der Bewegung des Bettes passt auch die Pfleger:in ihre Position an. Sie winkelt ihren rechten Arm leicht an und richtet gleichzeitig ihren Oberkörper etwas weiter auf, in der Gleichförmigkeit der Bewegungen von Bett und Pfleger:in wirken diese als zusammengehörig. Die Grenze zwischen beiden Akteur:innen verwischt. Frau Heitmann liegt während dieses Moments überwiegend regungslos im Bett, lediglich ihre Augenlider öffnen und schließen sich und ihr Brustkorb hebt und senkt sich sichtbar. Sie wird damit ohne Eigenaktivität im Raum bewegt, wobei gleichzeitig ihre Position im Bett konstant bleibt. Claudia bewegt hier Frau Heitmann folglich, indem sie in direkten Kontakt mit einem anderen Akteur des Pflegebedürftigkeits-Phänomens tritt und diesen bedient. Dadurch entsteht ein indirekter Kontakt zu Frau Heitmann. Nachdem Claudia das Bett 2 Sekunden hochgefahren hat, tätigt sie die folgende Aussage:

Claudia: Dann fahre ich das Bett noch so ein bisschen hoch.

Interessant ist die fehlende Pragmatik der Aussage, die unter anderem durch die zeitliche Einordnung entsteht. Hätte der Sprechakt vor dem Hochfahren des Bettes stattgefunden, könnte es sich um eine Information der Patientin handeln, die im Vorfeld einer potenziell übergreifigen Handlung wie dem Bett hochfahren als durchaus angemessen erscheint. Auch die Angabe zusätzlicher Informationen zur Erklärung der Handlung würde der Aussage Sinn verleihen. Obwohl beide Varianten leicht umzusetzen gewesen wären, wurden sie hier nicht gewählt. Zudem wendet Claudia den Blick während des Sprechaktes weg von Frau Heitmann hin zur Forscherin. Dadurch kann die Lesart entwickelt werden, dass Claudia sich hier eher als Experimentteilnehmerin als als Pflegende sieht und die Aussage zum Hochfahren des Bettes in normalen Pflegesituationen nicht oder in anderer Form tätigen würde. Vor dem Hintergrund der im Protokollstatus (Kapitel 4.4) beschriebenen Überlegungen, dass im Pflegealltag auch andere Ablenkungen der Pflegenden vorkommen, wird die Herstellung der Intra-aktion hier trotzdem ernst genommen. Zudem handelt es sich bei der Verbalisierung von Handlungen, auch nachdem diese durchgeführt wurden, um eine Vorgehensweise, die im Pflegehandeln häufig vorkommt. Dies wurde auch in Interpretationssitzungen mit Pfleger:innen beschrieben.¹⁰ Die Verbalisierung von Handlungen bezeichneten die Teilnehmer:innen als Mindestmaß an Kommunikation, das auch aufrecht erhalten werden kann, wenn eine Pfleger:in sich sehr auf eine Handlung konzentrieren

10 Die Interpretationssitzungen mit den Pfleger:innen stellen ein Teil der Datenauswertung dar, die in Kapitel 4.2 beschrieben ist.

muss oder anderweitig abgelenkt ist. Diese Ablenkungen könnten es verhindern, weitere Gespräche zu realisieren, auch wenn diese den Pfleger:innen wünschenswert erscheinen würden. Gleichzeitig gingen die Teilnehmer:innen davon aus, dass ihnen die hier sichtbare Form der Asynchronität selbst schon unterlaufen sein könnte. Dies zeigt sich eindrucksvoll in dem folgenden Zitat:

»Ich finde das in diesem Beispiel so interessant. Das kennt man ja von sich auch, aber man macht es trotzdem. Das ist ja so. Aber eigentlich merkt man es ja auch. Da findet man sich echt mega drin wieder. Das ist echt witzig.«¹¹

In der Ablenkung wird die Pfleger:in hier als eingebettet in weitere Zusammenhänge dargestellt. Diese Einbettung wird auch durch ein immer wiederkehrendes Piepen deutlich, welches im Videomaterial begleitend zur gesamten Aufnahme hörbar ist. Es deutet auf ein in Krankenhäusern weit verbreitetes System der Patient:innenklingel hin. Befindet sich eine Pfleger:in in einem Patient:innenzimmer, aktiviert sie die Anwesenheit. Ruft dann eine weitere Patient:in nach einer Pfleger:in wird dieser Ruf in Form eines Piepens in das Zimmer übertragen. Dieses Piepen markiert für die Pfleger:in, dass auch andere Patient:innen Unterstützung gebrauchen können. Wenn die Patient:in das Signal einordnen kann, wird sie die Markierung auch wahrnehmen. Durch die Patient:innenklingel erlangen folglich auch weitere Patient:innen in der Intra-aktion der Patientenversorgung Relevanz. Dies deutet auf den Versorgungsbedarf der gesamten Station hin. Da auf einer Station in der Regel mehrere Patient:innen versorgt werden, ist eine Versorgung, bei der die einzelne Patient:in im Zentrum steht, nicht möglich. Auf der Station müsste es dann entsprechen mehrere Zentren geben (Smith & Willis, 2020).

Neben der zeitlichen Einordnung sind weitere Aspekte des Sprechaktes interessant. Im ersten Eindruck sind hier eindeutig Claudia und das Bett als relevante Akteur:innen gerahmt. Wobei Claudia selbst als aktiv handelndes Subjekt und das Bett als Objekt dargestellt werden. Gleichwohl ermöglicht eine extensive Interpretation unter Berücksichtigung des Bildmaterials die Entwicklung einer gehaltvollen Hypothese, die darüber hinausgehende Akteurszusammenhänge nahelegt. Im Gegensatz zur möglichen Aussage »Dann fahre ich Sie noch ein bisschen hoch« spricht Claudia die Patientin hier nur indirekt durch die Benennung des Bettes an. Mit Blick auf das Videomaterial und die Wundversorgung ist bekannt, dass hier nicht das Bett allein, sondern insbesondere die Patientin im Bett hochgefahren wird. Dass Claudia hier nur das Bett anspricht, kann als Hinweis auf ihre Perspektive auf das Pflegebedürftigkeits-Phänomen gedeutet werden. Indem sie das Bett anspricht und hier die Patientin gleichzeitig meint, stellt sie Bett und

11 Aussage einer Interpretationsteilnehmer:in aus einer Interpretationssitzung im Januar 2020.

Patientin als miteinander verbunden dar, wie es bereits in der anhand des Bildes entwickelten Fallstrukturhypothese vermutet wurde.

Interessant sind hier darüber hinaus die Implikationen, die das Verb »fahren« mit sich bringt. Man kann zum Beispiel »einkaufen fahren«, »zur Arbeit fahren« oder »den Computer hochfahren«. Im Gegensatz zum Laufen wird beim Fahren immer ein Hilfsmittel verwendet. Wobei durch die Aussage »Dann fahre ich noch eben einkaufen« die Modalität des Fahrens nicht bestimmt ist. Die Sprecher:in könnte beispielsweise mit dem Auto, dem Bus oder dem Fahrrad fahren. Mit Blick auf die obige Handlungsbeschreibung ist bereits bekannt, dass Claudia das Bett mit dem eingebauten Motor nach oben fährt. Es zeigt sich, dass das Bett in seiner Bauart in diesem Fall die Modalität der Handlung bestimmt. Das hier beschriebene Design des Bettes und die Position des Knopfes nehmen direkten Einfluss auf die Körperhaltung der Pfleger:in. Die Positionierung, die diese einnimmt, ist der Patientin sehr nah. Wäre der Knopf an einem Kabel und beweglicher, müsste die Pfleger:in nicht so schief stehen. In dieser Sequenz ist nicht ersichtlich, ob das Bett es auch ermöglichen würde, die Einstellung aus einer größeren Distanz vorzunehmen. Klar ist auf jeden Fall, dass das Bett für den gewünschten Effekt nur ein bestimmtes Handlungsrepertoire zulässt. Damit zeigt sich deutlich eine aktive Beeinflussung der Intra-aktion durch die Skripte des Bettes. In der Anerkennung der Handlungsmacht des Bettes deutet sich eine Verwischung der sprachlich eröffneten Trennung von Subjekt und Objekt an.

Im Gegensatz zu Betten, die sich nicht in der Höhe verstellen lassen oder im Gegensatz zu Betten, die durch eine mechanische Bedienung mit dem Fuß verstellt werden, bietet dieses Bett durch die elektrische Verstellmöglichkeit eine potenzielle Arbeitserleichterung für die Pfleger:in. Da das Bett augenscheinlich durch das einfache Drücken eines Knopfes bedient wird, bestünde theoretisch die Option, dass Frau Heitmann das Bett selbst bedient und das Hochfahren damit steuert. Die Positionierung des Knopfes scheint dies allerdings nicht nahezu legen. Durch die Steuerung des Bettes von außen wird eine hierarchische Beziehung nahegelegt, in der die stehende Person über die Position der liegenden Person bestimmt. Die Handlungsvariation, einer Steuerung des Bettes durch die Person, die in ihm liegt, macht aber verschiedene Aspekte deutlich. Der Person, die das Bett steuert, muss klar sein, welche optimale Position erreicht werden soll. Würde Frau Heitmann diese Position bestimmen, wäre das kein Problem, bestimmt Claudia allerdings diese Position, so müsste die Steuerung in einem engen Abstimmungsprozess geschehen. Claudias Aussage *so ein bisschen hoch* stellt allerdings nur eine sehr vage Beschreibung der Zielposition des Bettes dar. In dieser vagen Aussage wird nochmal deutlich, dass es hier nicht um eine Erklärung des Vorhabens geht. Dann hätte Claudia zum Beispiel gesagt »Dann fahre ich das Bett noch auf meine Arbeitshöhe«. Hätte sie diese Erklärung geliefert, hätte die Aussage eine Pragmatik, der sie folgt.

Im Anschluss an das Hochfahren des Bettes könnte eine Ankündigung weiterer Handlungen oder eine Angabe von Handlungsanweisungen für Frau Heitmann oder eine Beschreibung des jetzt erreichten Zustandes folgen. Beispielhafte Aussagen sind »So. Jetzt können wir mit der Versorgung beginnen.«, »Und jetzt legen Sie bitte noch Ihren linken Arm auf die Seite« oder »Jetzt hole ich noch eben die Verbandsmaterialien und dann kann es los gehen.« Stattdessen nimmt Frau Heitmann noch während das Bett weiter hochfährt eine Reparaturleistung vor und füllt die entstandene Pragmatisierungslücke.

Frau Heitmann: Das ist gut für Ihren Rücken.

Mit dem Sprechakt *Das ist gut für Ihren Rücken* liefert Frau Heitmann die ausstehende Erklärung für das Hochfahren des Bettes. Damit wird Frau Heitmann als eine Person hergestellt, die hilfsbereit einspringt, um die Situation zu unterstützen. Gleichzeitig zeigt sie, dass sie bereits Erfahrungen mit Pflegesituationen hat und weist latent auf ihren Informationsbedarf und ein Bedürfnis, einbezogen zu werden, hin. Mit dem direkten Bezug auf Claudia und spezifischer auf *Ihren Rücken* stellt Frau Heitmann heraus, dass es bei der vorgenommenen Anpassung um die Pfleger:in geht. Analog zur Aussage der Pfleger:in, die die Patientin über das Bett angesprochen hat, wird hier die Pfleger:in über ihren Rücken angesprochen. Durch den Bezug auf diesen, für die Verrichtung von Pflegehandlungen essenziellen Körperteil, wird die Pfleger:in hier als funktional adressiert. Da der Bezug durch das Pronomen *Ihren* vorgenommen wird, wird eine professionelle Beziehung oder ein distanziertes Verhältnis deutlich. Damit reproduziert sich die Hypothese einer funktionalen Herstellung.

Während dieser Aussage blickt die Patientin die Pfleger:in nicht direkt an, sie bewegt allerdings den Kopf leicht in Richtung des Gesprochenen. Dabei hebt die Patientin ihren Kopf nicht an und bleibt weiterhin in das füllige Kissen eingebettet, das mit kaum sichtbaren Anpassungen der Form auf die Kopfbewegung reagiert und an den entsprechenden Stellen nachgibt. Der Blick der Pfleger:in wendet sich auch leicht in Richtung der Patientin. Das Bett bewegt sich weiterhin mit einer gleichförmigen Bewegung nach oben. Darüber hinaus sind im Videobild keine weiteren Bewegungen sichtbar.

Im Anschluss hätte die Pfleger:in die Möglichkeit, ausgehend vom Hinweis der Patientin, ein Gespräch zu beginnen. Allerdings sind die Anschlussmöglichkeiten hier begrenzt. Sie müssen sich auf die direkte Pflegesituation und potenzielle Rückenprobleme beziehen. Mögliche Anschlüsse sind ein darauf eingehen wie in der Aussage »Ja, stimmt. Kennen Sie sich damit aus?« oder ein schnelles Beenden der Diskussion »Ja stimmt. Können Sie mal eben den Arm heben?« Nicht möglich sind Aussagen wie »Ja, und was gibt es heute zum Mittag?« oder »Ja, da haben Sie recht, wie viele Kinder haben Sie denn?« Wäre die Patientin besonders hartnäckig, könnte sie auch selbst weiter fortfahren und ungefragt von ihren eigenen Erfahrungen

berichten. Zu bemerken ist noch, dass die Patientin ihren Ausspruch hier als Aussage formuliert. Diese ist als solches weniger nach einer Antwort fordernd als es eine Frage wäre. So ist es auch möglich die Aussage unkommentiert stehen zu lassen. Allerdings würde das eine Zurückweisung darstellen. Da die Aussage Gesprächsbereitschaft und ggf. auch ein Gesprächsbedürfnis signalisiert, bedeutet ein mangelndes Eingehen darauf immer auch eine Zurückweisung.

Claudia: RICHTIG. (5)

Bei dem Wort *RICHTIG* blickt die Pfleger:in die Patientin weiter an und nickt gleichzeitig etwas mit dem Kopf. Anschließend dreht sie den Kopf nochmal etwas zur Seite und blickt eher in die Kamera. Mit dem Wort *RICHTIG* antwortet Claudia auf das Gesprächsangebot von Frau Heitmann mit einer Bewertung. Diese Aussage kann man zum Beispiel in einer Quizshow erwarten als »Richtig. Damit haben Sie die Millionen gewonnen« oder in einer Lernsituation »Richtig. Du kannst dann jetzt die nächste Aufgabe machen.« Dabei wird die Bewertungskompetenz der Person, die die Aussage macht, deutlich. Hier geht es dann aber nicht darum, sich weiter auszutauschen. Das ist ja auch nicht nötig, da schon entschieden wurde, dass die Aussage richtig war. Mit dieser Intra-aktion wird die Rolle der Patientin durch die Pfleger:in eher als passiv gerahmt. Die implizite Einordnung der Patientin als hierarchisch untergeordnet, lehnt gleichzeitig eine Wahrnehmung und Realisierung dieser als Person ab. Frau Heitmann, die vorher den Kopf etwas zur Pflegerin gedreht hatte, dreht ihn nach diesem Ausspruch wieder nach rechts zurück. Sichtbar ist weiterhin das Heben und Senken ihres Oberkörpers. Der Rest ihres Körpers scheint ruhig zu liegen und sich in das Bett einzupassen. Damit passt Frau Heitmanns Reaktion sich der latenten Herstellung durch die Pfleger:in an und sie realisiert sich weiterhin eher als dem Pflegebedürftigkeits-Phänomen zugehörig.

Während der Aussage und auch danach noch zwei Sekunden lang hat die Pfleger:in die Hand an den Knöpfen des Bettes, fährt das Bett weiter nach oben und passt ihre Körperhaltung entsprechend an. Anschließend entfernt sich die Pfleger:in wieder vom Bett. Dazu bewegt sie zuerst ihr rechtes Bein vom Bett weg und lässt anschließend den Knopf los. Im Weggehen nimmt sie ihre linke Hand mit den Handschuhen zur rechten. Durch den Ausgangspunkt in den Beinen und das damit möglichst lange gedrückt Halten des Knopfes entsteht der Eindruck als wolle die Pfleger:in sich möglichst schnell vom Bett entfernen. In dieser Entfernung nimmt sie Abstand von dem Pflegebedürftigkeits-Phänomen und bewegt sich aus dem Kamerabild heraus. Die Pause im Anschluss an das *RICHTIG* verdeutlicht die Beendigung der Interaktion. Hätte Claudia doch noch auf Frau Heitmanns Aussage eingehen wollen, hätte sie das gekonnt. Durch die Pause würde das aber wesentlich erklärungsbedürftiger. Im Anschluss an die Pause tätigt die Pfleger:in die folgende Aussage.

Claudia: Ach so, mein Namensschild mache ich mal noch ab.

Mit dem Heraustreten aus der Situation des Pflegebedürftigkeits-Phänomens und dem Verweis auf ihr Namensschild, wird die Pfleger:in hier als Person hergestellt. Sie verweist zwar darauf, das Namensschild abnehmen zu wollen, scheint sich aber in diesem Moment eben an das Namensschild und ihre eigene Identität zu erinnern. Mit der Entfernung des Namensschildes spricht sie auch die Vorbereitung der Aufnahmesituation an, da sie das Namensschild in normalen Pflegesituationen nicht entfernt hätte. Interessant ist darüber hinaus die zeitliche Einordnung des Kommentars, der analog dem ersten Ausspruch aus der Sequenz den Eindruck einer habitualisierten Kommentierung von Handlungen verstärkt. In diesem Fall findet der Kommentar vor der Handlung statt. Demnach könnte es sich hier um eine Information der Patientin oder der Forscherin handeln. Als Experimentteilnehmer:in scheint es der Pfleger:in folglich durchaus möglich zu sein, die Kommentare vor den Handlungen auszudrücken.

Forscherin: Ah, genau.

Die Aussage der Forscherin bestätigt die Hypothese, dass sie mit der Aussage angesprochen war. Mit ihrer Antwort bestätigt sie die Entfernung des Namensschildes und macht gleichzeitig deutlich, dass auch sie dies nicht mehr im Blick hatte. Bei diesem Ausspruch lenkt Frau Heitmann den Blick in die Ecke des Raumes, in der vermutlich die Forscherin steht.

Frau Heitmann: (...) (Schwester Claudia) ich konnte meinen Namen schreiben, ganz korrekt.

Nach einer Pause bringt die Patientin sich wieder in die Situation ein. Sie beginnt mit einem leisen *Schwester Claudia*. Damit wird die Pflegerin¹² wieder als beruflich tätig und zudem als weiblich hergestellt. Der Begriff *Schwester* bezieht sich auf eine altertümliche Berufsbezeichnung für Gesundheits- und Krankenpfleger:innen. Eine Schwester kann eine Ordensschwester oder eine biologische Schwester sein. In beiden Fällen wird eine Verpflichtung und die Erwartung einer fürsorgenden Haltung deutlich. Mit der Benennung des Vornamens adressiert Frau Heitmann Claudia auch wieder sehr direkt und sucht ihre Aufmerksamkeit. Bei diesem Ausspruch hebt die Patientin ihren Kopf vom Kissen. Sie wirkt dadurch wesentlich aktiver und energiegeladener als zuvor, was sich auch in einer kräftigeren Sprache ausdrückt. Mit dem Bezug auf eine Selbstständigkeit in dieser basalen Fähigkeit, stellt die Patientin sich hier als Frau Heitmann her. Mit den Wörtern *ganz korrekt*

12 Da die Person an hier als weiblich hergestellt wird, wird an dieser Stelle und im Folgenden Text die weibliche Form verwendet.

wird latent die vertragsrechtliche Relevanz dieser Aussage betont. Im Fokus steht hier nicht das Erlebnis des Schreibens, sondern die Relevanz, die sich daraus ergibt.

Abbildung 5 zeigt, wie die Patientin beim Ausspruch des Wortes *schreiben* eine Schreibbewegung andeutet. Diese Bewegung gewinnt durch den Kontrast zur im Vorfeld ruhigen Körperhaltung eine besondere Bedeutung und zeigt im Zusammenspiel mit der veränderten Kopfhaltung und Sprache eine Änderung in der Herstellung der Akteur:in an, die jetzt nicht mehr als Patientin, sondern als Frau Heitmann hergestellt wird. Mit dieser Wandlung in der Herstellung schließe ich die Betrachtung dieses Falles.

Abb. 5: Frau Heitmann schreibt



Zusammenfassung

In der detaillierten Betrachtung des Falles zeigt sich eine hohe Relevanz den Zusammenspiels unterschiedlicher menschlicher und nicht-menschlicher Akteur:innen. In Tabelle 3 (S. 90) wird deutlich, wie viele Akteur:innen, die auf den ersten Blick nicht immer direkt Beachtung finden, in der Intra-aktion wirken. Würden die agentiellen Schnitte anders gesetzt, könnte diese Liste leicht ausgeweitet werden. Dies zeigt sich unter anderem am Grenzobjekt der Patient:innenklingel, die auf weitere Akteur:innen verweist. In diesem Fall zeigt sich allerdings besonders deutlich, wie die Patientin gemeinsam mit weiteren Akteur:innen als Pflegebedürftigkeits-Phänomen hergestellt wird. Insbesondere in der Bildbetrachtung wird klar, wie sehr die Grenzen zwischen der Patientin, dem Kissen, dem Pflegebett und der Kleidung verschwimmen. Hergestellt wird das Pflegebedürftig-

keitsphänomen hier auch durch die Pflegerin, die der Patientin die entsprechenden Tätigkeiten abnimmt und sie an dieser Stelle nicht einbindet. Darüber hinaus zeigt sich, wie jede einzelne Akteur:in einen eigenen Möglichkeitsraum eröffnet, von denen eine Auswahl in der Intra-aktion realisiert wird. So ist die Patientin in dem Pflegebedürftigkeitsphänomen graduell mit einer geringen Handlungsmacht ausgestattet. Damit wird die Patientin als auf Hilfe angewiesen und eher passiv hergestellt. Im angedeuteten Anschluss an die Sequenz ändert sich dieses Bild allerdings stark. Diese Änderung wird unter anderem durch die Aufrichtung des Oberkörpers der Patient:in deutlich. Für die Änderung in der Herstellung ist auch relevant, dass die Pflegerin aus dem Kamerabild heraustritt und sich ihrer eigenen Herstellung als Experimentteilnehmer:in zuwendet.

Die in den Beschreibungen deutlich gewordenen Machtverteilungen sollten im Verständnis guter Care-Arbeit in institutionellen Bedingungen klar anerkannt werden. Sind diese Verteilungen klar, zeigt sich auch, inwiefern die Möglichkeit vorliegt, die Care-Arbeit individuell zu gestalten, und auf welche Weise diese Möglichkeiten erweitert werden können. In der hier rekonstruierten Herstellung des Pflegebedürftigkeitsphänomens wird kaum eine Individualität der Patientin deutlich. Inwiefern sich die beschriebenen Machtstrukturen, Grenzziehungen und Herstellungen der Akteur:innen in den latenten Sinnstrukturen der Pflegerin und der Patientin zeigen, ist Gegenstand der folgenden Interpretationen der entsprechenden Ausschnitte aus den Gesprächen mit den Akteur:innen.

5.1.2 Pflegerin: »dass der nicht auf mich hört«

Forscherin: //Rascheln// Mhh(.) ja. Dann erzähl doch mal wie das war, so von (.) von Anfang bis Ende der: //

Claudia: Ja, also ich (.) ähm. Ja beim ersten Mal hatte ich echt ein bisschen Probleme, weil (1) mhh::, ja ich weiß gar nicht genau, warum. Also, ich hatte das Gefühl, dass das, dass dieser:: ja, dass der nicht auf mich hört sozusagen, ne? [Mhm (bejahend)] Ich hab immer two gesagt und der hat nichts (.) nichts gemacht. Und dann im normalen Gespräch ist er dann irgendwann mal weitergesprungen [...]
(Fall 01 Claudia, 00:00:00 – 00:00:31)

Fallvignette

Dieser Auszug aus dem Interview mit Claudia stellt den Beginn des Gesprächs dar. Das Gespräch habe ich mit Claudia geführt, nachdem diese die Datenbrille zur Dokumentation in der Versorgung von zwei unterschiedlichen Wunden angewendet hat. Geplant war zunächst nur die Dokumentation anhand von einer Wunde. Da die Wunddokumentation mit der Datenbrille allerdings nicht ganz funktioniert hatte, hat Claudia angeboten, die Brille bei der Versorgung einer weiteren Wunde auszuprobieren. Da Frau Heitmann sich mit einem erneuten Versuch einverstan-

den erklärte, testete Claudia die Datenbrille auch an der zweiten Wunde. Im ersten Eindruck zeigt dieser Abschnitt des Gesprächs vor allem Claudias Einstellung gegenüber der Datenbrille, die als prototypische Anwendung im Erhebungskontext eingesetzt wurde. Mit diesem Eindruck mag sich die Frage aufdrängen, warum dieser Gesprächsauszug geeignet ist, um mit der interpretierten Videosequenz in Verbindung gebracht zu werden. Allerdings drückt sich in der Beschreibung des Krisenmomentes in der Bedienung der Datenbrille auch Claudias Pflegeverständnis, ihr Technikverständnis sowie ihr Umgang mit dem Pflegebedürftigkeitsphänomen aus, welche sich in der Interpretation der Sequenz zeigen.

Fallrekonstruktion

Forscherin: //Rascheln// Mhh(.) ja. Dann erzähl doch mal wie das war, so von(.) von Anfang bis Ende der://

Das *Rascheln* zu Beginn der Sequenz deutet darauf hin, dass noch Vorbereitungen für den Beginn des Gesprächs getroffen werden. Das anschließende *Mhh(.) ja.* signalisiert dann ein sich Sammeln der Forscherin und entsprechend den Beginn des Gesprächs. Die eigentliche Erzählaufforderung ist dann der Teil *Dann erzähl doch mal wie das war, so von(.) von Anfang bis Ende der://*. Mit dieser Aufforderung gibt die Forscherin einen breiten Rahmen vor. Erzählungen sind abzugrenzen von Beschreibungen oder Berichten, indem sie die handelnden Akteur:innen einbeziehen und Raum für die Erlebnisse lassen. Die Einordnung *wie das so war* ermöglicht es, sowohl auf die eigenen Gefühle und Eindrücke als auch auf den allgemeinen Ablauf einzugehen. Die Rahmung *von Anfang bis Ende* fordert schließlich eine Ablauforientierung, die in der Regel zeitlich gewählt ist. Zum Schluss bleibt die Erzählaufforderung unvollständig, sodass nicht expliziert wird, welcher Ablauf erzählt werden soll. Unter Einbeziehung des Kontextes erlaubt dies der Pflegerin, sowohl auf die komplette pflegerische Versorgung als auch auf die Bedienung der Datenbrille näher einzugehen.

Ja beim ersten Mal hatte ich echt ein bisschen Probleme, weil

Mit dem Beginn der Sequenz nimmt Claudia eine Einordnung ihrer Aussage vor, mit den Worten *beim ersten Mal* bezieht sie sich auf ihren ersten Versuch, die Datenbrille zur Dokumentation des Wundzustandes zu nutzen. Unter Einbezug des Kontextwissens zeigt dies zugleich, dass Claudia sich hier auf den krisenhaften Moment bezieht, in dem die Bedienung der Datenbrille nicht wie geplant funktioniert hat. Sie beschreibt dieses Ereignis als *hatte ich echt ein bisschen Probleme*. Mit dem Begriff *Probleme* verweist sie auf etwas Schwerwiegendes, was einer Lösung bedarf. In diesem Fall kann damit der Versuch, die Brille in der realen Pflegesituation zu bedienen, gemeint sein. In der Pflegesituation besteht der Druck, eine adäquate Versorgung zu gewährleisten.

Besonders interessant ist an dieser Textstelle, dass sie die Probleme nicht der Technik zuschreibt, sondern angibt, sie selbst habe Probleme gehabt. Dies verweist darauf, dass sie sich als die verantwortliche Person sieht, die für das Gelingen der Situation zuständig war, erkennbar an der Konjunktion *weil*. Damit zeigt sich eine wesentliche Struktur ihres Verständnisses, wonach die Pflegeperson für das Gelingen der Pflegesituation verantwortlich ist. Daher ist es folgerichtig, dass sie hier nach einer Begründung sucht. Das weitere Akteur:innen hier eine Rolle spielen könnten, zeigt sich in ihren Formulierungen nicht.

(1) *mhh::, ja ich weiß gar nicht genau, warum.*

Mit der Pause und dem langgezogenen *mhh::* wird allerdings bereits deutlich, dass sie die Gründe für das Scheitern der Situation nicht artikulieren kann. Dies macht sie dann auch im zweiten Teil des Satzes explizit. Wenn Claudia hier tatsächlich nach den Gründen für die Dysfunktionalität der Brille sucht, ist diese Aussage nicht überraschend. Da sie die Anwendung nicht entwickelt hat, ist davon auszugehen, dass ihr die Gründe für die mangelnde Funktionalität nicht bekannt sind. Durch die Konfrontation mit einer Technik, die sie nicht bedienen kann und den gleichzeitigen Anspruch, selbst für die Situation verantwortlich zu sein, steht Claudia in diesem Fall vor einer besonderen Herausforderung. Interessant ist hier, dass sie mit den Worten *ich weiß gar nicht genau, warum* die gesuchte Erklärung als möglichst konkret und nachvollziehbar im Bereich des Rationalen rahmt.

Also, ich hatte das Gefühl, dass das, dass dieser:: ja, dass der nicht auf mich hört sozusagen, ne?

Mit diesem Satz setzt Claudia zu einem weiteren Erklärungsversuch für das Scheitern der Situation an. Hier bezieht sie sich nun nicht mehr auf (vermeintlich objektives) Wissen, sondern bringt ihre Gefühle ins Spiel. Bemerkenswert ist diese Aussage deshalb, weil sie einen Hinweis darauf gibt, dass für Claudia in Bezug auf die Brille nicht nur eine instrumentelle Logik, sondern auch ein intuitiver Zugang relevant ist. Mit dem Bezug auf das Gefühl wird die Aussage auch als subjektive Wahrnehmung gerahmt, die im Folgenden mit der Realität oder den Gefühlen anderer Personen abgeglichen werden kann.

Über diesen intuitiven Zugang hinaus zeigt sich im zweiten Teil des Satzes, dass Claudia die Datenbrille als lebendig rahmt. Die Aussage *der hört nicht auf mich* deutet auf eine Intentionalität hin, die im Alltagsverständnis technischen Akteur:innen in der Regel nicht zugeschrieben wird. Es zeigt sich hier eine absichtliche Verweigerung, die im Gegensatz zur Aussage »Der hört mich nicht«, nicht auf die Unfähigkeit das akustische Signal wahrzunehmen zurückzuführen ist. Die Aussage *der hört nicht auf mich* kann beispielsweise in Bezug auf einen Hund oder ein Kind getätigt werden, welche auf entsprechende Ansagen nicht reagieren und

sich weiter mit der von ihnen ausgewählten Tätigkeit beschäftigen. In diesen Beispielen wird deutlich, dass die Weisungsrichtung eigentlich klar ist, aufgrund der mangelnden Kooperation der empfangenden Seite allerdings bei der Weisungsgeber:in eine Hilflosigkeit besteht. Darüber hinaus verweist die Ansprache der Brille als *der* auf eine geschlechtliche Einordnung, die bei rein instrumentell betrachteten Gegenständen nicht zu erwarten wäre. Interessant ist dies besonders, da die Brille selbst keinen direkten Hinweis einer geschlechtlichen Zuordnung liefert. Es gibt weder eine Sprachausgabe, die wie bei vielen anderen technischen Assistent:innen in der Regel einem eindeutigen Geschlecht zuzuweisen ist, noch andere äußerliche Hinweise. Im Anschluss ist eine weitere Ausführung der Geschehnisse zu erwarten, die Claudia auch entsprechend liefert.

Ich hab immer two gesagt und der hat nichts (.) nichts gemacht.

Claudia beschreibt hier ihre Lösungsversuche, die sich in einer einförmigen Handlungsstrategie erschöpfen. Gleichzeitig wird die Personifizierung fortgeführt, indem sie äußert, dass sie von der Brille eine Handlung erwartet hätte. Im Zusammenhang mit dem intentionalen »nicht hören« schreibt Claudia dem Handeln der Brille hier eine soziale Komponente zu. Die Hypothese der Datenbrille als lebendig hergestelltem Akteur wird damit gestützt.

Und dann im normalen Gespräch ist er dann irgendwann mal weitergesprungen,

Hier wirkt es zunächst als hätte Claudia ein normales Gespräch mit der Brille geführt. Dieses normale Gespräch scheint sie als Alternative zu »two« zu setzen. Unter Einbezug des Kontextwissens aus dem Video wird deutlich, dass Claudia hier nicht die Kommunikation mit der Brille, sondern die Kommunikation mit der Patientin meinen muss. Im sprachlichen Ausdruck bestätigt sich hier die Fallstrukturhypothese, die in Bezug auf die Videoaufnahme entwickelt wurde: Die Grenzziehung zwischen der Patientin und der Technik ist nicht ganz klar.

Interessant ist auch die Rahmung des Gesprächs als *normales Gespräch*. Normal ist etwas, wenn es der Norm, bzw. durch die Norm vorgegebenen Regeln folgt. In Bezug auf ein Gespräch können diese Regeln je nach hierarchischen Bezügen und nach Gesprächsanlässen variieren. Sieht man das Gespräch im Video als Beispiel für ein *normales Gespräch* im Bereich der Pflege an, so könnten die Regeln hier sein, dass die Pflegerin ihren natürlichen Autoritätsanspruch durchsetzen kann und auf sie gehört wird. Eine Reaktion auf die Aussagen der Patientin scheint hier nicht grundsätzlich notwendig zu sein.

Im zweiten Teil des Satzes *ist er dann irgendwann mal weitergesprungen* bestätigt sich die Fallstrukturhypothese der Brille als männlich und willkürlich handelnden Akteur. Allerdings bietet das Verb *weitergesprungen* auch einen ersten Hinweis darauf, dass es sich hier nicht um eine als menschlich hergestellte Akteur:in handelt.

Kontextbeispiele, in denen zu einer menschlichen Akteur:in gesagt wird *Und dann im normalen Gespräch ist er dann irgendwann mal weitergesprungen* sind entsprechend konstruiert und gemäß der Sparsamkeitsregel der Interpretationen mit der Sequenzanalyse folgen, nicht angemessen. Insgesamt konnten anhand des kurzen Gesprächsauszeuges bereits einige interessante Fallstrukturhypothesen entwickelt werden, die im Folgenden zusammen gefasst werden.

Zusammenfassung

In der Interpretation des Gesprächsausschnittes des Interviews mit Claudia konnten Strukturen zum Technikverständnis, zum Pflegeverständnis und zu Grenzziehungen rekonstruiert werden. Die Datenbrille stellt Claudia in ihren Aussagen als lebendig und sogar vergeschlechtlicht dar. Zudem verhält sich Claudia zur Brille auch nicht nur auf einer rationalen, sondern auch auf einer emotionalen Ebene. Darin zeigt sich eindrucksvoll die Verschränkung der Perspektiven und die Notwendigkeit, dichotome Betrachtungsweisen zu überwinden, wird betont. Zugleich zeigt Claudia sich selbst hier als die für die Situation verantwortliche Person. In ihrer Ansprache an die Datenbrille zeigt sich ein Autoritätsanspruch, den sie natürlicherweise für sich selbst in Anspruch zu nehmen scheint. Damit sollte die Handlungsmacht in der Intra-aktion aus Claudias Sichtweise bei ihr selbst angesiedelt. Dies kann als ein möglicher Verweis auf die Annahme gesehen werden, dass die Handlungsmacht im Pflegehandeln in der Regel bei der Pfleger:in angesiedelt sein sollte, verstanden werden. Es wird allerdings gleichzeitig deutlich, wie wenig diese Machtverteilung gegenüber der Datenbrille durchgehalten werden kann. Claudias Autoritätsanspruch drückt sich allerdings auch in ihrer Haltung in Bezug auf die zu pflegende Person aus. Sie erwartet hier eher eine passive Mitarbeit als ein aktives Handeln. Diese Erwartungshaltung kann im Hinblick auf die Videosequenz als ein Teil der Begründung dafür gesehen werden, warum Frau Heitmann sich in dem Moment, in dem Claudia aus dem Videobild heraustritt wesentlich aktiver herstellt als zuvor. Auch eine Verwischung der Grenzziehung zwischen der Patientin und der Technik deutet sich in der Interpretation dieses kurzen Gesprächsauszeuges an. Ein Teil der Strukturen, die sich in Claudias Aussagen zeigen, scheinen auch in dem anhand der Videosequenz rekonstruierten Phänomen deutlich zu werden. Im Folgenden wird ein Gesprächsausschnitt mit der Patientin ausgewertet.

5.1.3 Patientin: »auf jeden Fall interessant«

Forscherin: Und wie war das jetzt mit der Wundversorgung?

Frau Heitmann: Das war gut.

Forscherin: Ja?

Frau Heitmann: Muss ich sagen. Es war auf jeden Fall interessant. Ne, dass Ihre Kollegin hier immer so alles beantworten muss. Und wie ging das jetzt? Wer stellte die Fragen? Die Brille, also das Hörgerät in der Brille wahrscheinlich, oder / (Fall01 Heitmann, 00:01:00 – 00:01:20)

Fallvignette

In diesem Gesprächsausschnitt fällt zunächst vor allem Frau Heitmanns Beschreibung der Datenbrille, von der sie annimmt, diese habe ein Hörgerät auf. Dieses Verständnis wirkt zunächst überraschend und ist nicht leicht einzuordnen. In einer ausführlichen Interpretation der Sequenz lassen sich allerdings eine aussagekräftige Fallstrukturhypothese zum Technikverständnis rekonstruieren. Zudem gibt der Ausschnitt Informationen darüber, wie Frau Heitmann sich selbst, die Pflegerin und die Forscherin herstellt. Im Folgenden werden die einzelnen Interpretationen ausführlich dargestellt.

Fallrekonstruktion

Forscherin: Und wie war das jetzt mit der Wundversorgung?

Die Einleitung dieser Frage mit dem *Und* deutet darauf hin, dass es sich hier nicht um den Beginn eines Gespräches, sondern um eine Fortführung handelt. Mit der Konjunktion *Und* wird allerdings ein neuer Aspekt eingeführt, weshalb dies als Beginn der auszuwertenden Sequenz gewählt wurde. Die offene Frage *wie war das jetzt* kann sich auf ein subjektives Empfinden, eine objektive Beschreibung oder eine Bewertung beziehen. Die Gesprächspartnerin kann sich demnach in ihrer Antwort für eine dieser Lesarten entscheiden und setzt damit eine entsprechende Relevanz. Auch die Eingrenzung *mit der Wundversorgung* lässt offen, welcher spezifische Aspekt dieser Versorgung nun erläutert werden soll. Insgesamt enthält die Frage so wenige Kontextinformationen, dass ein im Vorfeld geteiltes Wissen der Gesprächspartner:innen vorausgesetzt wird. Es deutet sich also an, dass beiden schon klar sein muss, was hier formuliert werden soll. Vermutlich handelt es sich dabei um etwas, das im Vorfeld geschehen ist. Es wird die Erwartungshaltung deutlich, dass es dazu auch etwas zu erzählen gibt. Die Gesprächspartnerin könnte diese Frage und damit die dahinter stehende Annahme nun zurückweisen oder eine Rückfrage in Bezug auf das vorausgesetzte geteilte Wissen stellen oder direkt mit der Beschreibung der Versorgung beginnen.

Frau Heitmann: Das war gut.

Ohne jedes Zögern oder Nachdenken antwortet Frau Heitmann mit der Aussage *Das war gut*. Das sich hier keine Reflexionsleistung zeigt, lässt drei unterschiedliche Lesarten zu:

- a) Die Bewertung ist Frau Heitmann so leicht und intuitiv möglich, dass sie über diese nicht weiter nachdenken muss.
- b) Frau Heitmann hat die Reflexionsleistung bereits im Vorfeld vollbracht und gibt hier nur wieder, was sie sich schon überlegt hatte.
- c) Die Antwort stellt keine ehrliche Bewertung, sondern eine schnelle sozial erwünschte Reaktion dar.

Neben der Form lässt auch der Inhalt der Aussage drei unterschiedliche Lesarten zu, da der Bezug dessen, was gut war, noch nicht vollständig geklärt ist. Frau Heitmann könnte hier entsprechend ihr eigenes Erleben benennen, eine objektive Bewertung aus der Beobachterperspektive vornehmen oder ein Werturteil dazu treffen, wie der Prozess der Wundversorgung an ihr durchgeführt wurde.

Forscherin: Ja?

Die Nachfrage der Forscherin kann als Hinweis zur Kenntnisnahme verstanden werden und fordert gleichzeitig eine weitere Explikation dessen, was gut war. Im Anschluss könnte Frau Heitmann ihre Aussage nochmals bestätigen und dann weiter ausführen und/oder genauer überlegen, was eigentlich ihre Kriterien sind.

Frau Heitmann: Muss ich sagen. Es war auf jeden Fall interessant. Ne, dass Ihre Kollegin hier immer so alles beantworten muss. Und wie ging das jetzt? Wer stellte die Fragen? Die Brille, also das Hörgerät in der Brille wahrscheinlich, oder /

Mit der Antwort *Muss ich sagen* drückt Frau Heitmann wortwörtlich aus, dass sie keine Wahl habe, etwas anderes zu sagen. Dies lässt die folgenden Lesarten zu: a) Ihr bleibt inhaltlich kein anderer Schluss b) In ihrer Rolle kann sie keine andere Aussage treffen. Welche dieser Lesarten zutreffend ist, wird im Folgenden zu klären sein.

Im Anschluss könnte Frau Heitmann jetzt ihre Bewertungskriterien benennen. Sie sagt: *Es war auf jeden Fall interessant*. Diese Aussage kann beispielsweise auf die Frage »Wie war das Essen gestern?« getroffen werden. Die entsprechende Antwort *Es war auf jeden Fall interessant* verweist auf eine neue Erfahrung, die man nicht unbedingt wiederholen will. Die Aussage setzt sich aus den Sequenzen *Auf jeden Fall* und *interessant* zusammen. Durch den ersten Teil wird deutlich, dass es sich hier um einen Aspekt von vielen handelt, der entweder besonders deutlich hervortritt oder der einzige Aspekt ist, über den hier Auskunft gegeben werden kann. Mit dem Begriff *interessant* kann vieles gemeint sein. Insofern handelt es sich hier um eine ausweichende Formulierung. Eine konkrete Benennung der Bewertungskriterien bleibt damit weiterhin aus. Durch den Bezug des Begriffes *interessant* auf

eine neue Erfahrung lässt sich die Fallstrukturhypothese erstellen, dass Frau Heitmann hier als Experimenteilnehmerin hergestellt wird. Denn die Erfahrung der Wundversorgung ist für sie nicht neu.

Ne, dass Ihre Kollegin hier immer so alles beantworten muss.

Mit der Aussage *Ihre Kollegin* wird der Forscherin und Pflegerin der gleiche Job oder das gleiche Unternehmen zugeschrieben. Die Forscherin wird damit als mit der Pflegerin assoziiert hergestellt. Im weiteren Teil des Satzes bestätigt sich, dass Frau Heitmann sich hier als Experimenteilnehmer:in versteht. Sie bezieht sich mit der Aussage auf ihre Beobachtungen über das Verhalten der Pflegerin in der Situation der Wundversorgung. Auffällig ist auch die Formulierung *immer so alles beantworten muss*. Damit wird klar, dass Frau Heitmann die Handlungsmacht nicht ausschließlich bei der Pflegerin sieht, sondern sehr viel eher annimmt, dass diese äußeren Zwängen ausgesetzt ist.

Und wie ging das jetzt? Wer stellte die Fragen?

Auch in diesen weiteren Fragen stellt Frau Heitmann sich als an Technik interessierte Person dar, die gern verstehen will, wie die Anwendung funktioniert. In ihrer Neugierde übernimmt sie eine aktive Rolle und wird in der Intra-aktion des Interviews damit selbst von der Befragten zur Fragenstellerin. Die hier beschriebene Herstellung von Frau Heitmann weicht damit deutlich von der in der Videosequenz beschriebenen Herstellung als Teil des Pflegebedürftigkeitsphänomens ab.

Die Brille, also das Hörgerät in der Brille wahrscheinlich, oder /

Über die eben formulierten Fragen hinaus führt Frau Heitmann hier noch eigene Vermutungen an, die ihre Herstellung als aktiv mitdenkend bestätigen. Die Ausführungen zu ihren Überlegungen ermöglichen schließlich einen ersten Zugriff auf ihr Technikverständnis. Mit der Ausgangsfrage *Wer stellt die Fragen?* fragt Frau Heitmann direkt nach einer menschlichen Akteur:in. In ihrer Antwort *Die Brille, also das Hörgerät in der Brille wahrscheinlich, oder* wird die hier bezeichnete Technik als menschlich gerahmt. Interessant ist der Versuch der Spezifikation der Aussage, indem Frau Heitmann nicht der Brille selbst, sondern einem Hörgerät in der Brille die Kompetenz, die Fragen zu stellen, zuschreibt.

Zusammenfassung

In dieser Sequenz des Gespräches mit Frau Heitmann stellt sie selbst sich als Experimenteilnehmerin, die aktiv ist und sich mitdenkend am Geschehen beteiligt, dar. Die Forscherin wird als zusammenhängend mit der Pflegerin hergestellt. Die Pflegerin wiederum ist von außen beeinflusst und muss im Rahmen des Experiments Fragen beantworten. Damit wird deutlich, dass auch Frau Heitmann zu

bemerken scheint, dass die Situation hier teilweise stärker durch die Datenbrille als durch Claudia bestimmt wird. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass auch Frau Heitmann die Datenbrille als menschlich herstellt. Aussagen über Grenzziehungen lassen sich anhand dieses Auszugs nicht treffen.

5.1.4 Blick auf den gesamten Fall

In der Gesamtbetrachtung des ersten Falles wird deutlich wie in der Intra-aktion in der Videosequenz Akteur:innen hergestellt werden. Dabei zeigt sich, dass einzelne Strukturen, die in der Pflegerin und der Patientin bereits angelegt waren, reproduziert werden, wohingegen sich andere Aspekte neu bilden. So scheint Claudia in ihrem Rollenverständnis einem natürlichen Autoritätsanspruch zu folgen, den sie in das Phänomen einbringt, der sich allerdings gegenüber den weiteren Akteur:innen im Phänomen nicht umsetzen lässt. Frau Heitmann hingegen stellt sich im Gespräch als Experimenteilnehmer:in dar. Diese Möglichkeit der Herstellung deutet sich im Abschluss der Videosequenz bereits an, ist aber nicht im Großteil der Sequenz sichtbar. In diesen Teilen wird Frau Heitmann eher als Teil eines Pflegebedürftigkeitsphänomens hergestellt, womit keine deutliche Grenzziehung mit anderen Akteur:innen sichtbar wird. In den Gesprächen zeigt sich darüber hinaus am Beispiel der Datenbrille, dass sowohl Claudia als auch Frau Heitmann Technik auch als menschlich herstellen können. Kennzeichnend für die menschlichen Anteile der Datenbrille scheint der Eindruck einer eigenen Handlungsmacht bzw. eines eigenen Willens zu sein. Im Gegensatz dazu werden die weiteren Akteur:innen eher als dinglich hergestellt und scheinen in dem Phänomen kaum über eigene Handlungsmacht zu verfügen. Individuelle Bedürfnisse oder direkte Zuwendung, als gegebenenfalls als menschlich zu beschreibende Aspekte, zeigen sich weder im Video noch in den Gesprächen.

Die einzelnen Interpretationen zeigen auch das Potenzial der Arbeit mit den unterschiedlichen Datenformen. Während ein Überblick über die als relevant hergestellten Akteur:innen sowie die Grenzziehungen zwischen den Akteur:innen vor allem im Videomaterial sichtbar werden, zeigen sich Einstellungen und Rollenvorstellungen einzelner Akteur:innen besonders gut in den anschließenden Gesprächen. Damit ist es möglich, die grundlegenden Einstellungen mit dem betrachteten Pflegephänomen in Bezug zu setzen. Nicht-menschliche Akteur:innen wurden in den Gesprächen nur in Form der Datenbrille relevant.

5.2 Fall 2: Typ Patient:in

Zur Rekonstruktion dieses Falles wird im Hauptteil eine Videosequenz verwendet, in der (analog zu Fall eins) die Vorbereitung der Erhebungs- und Versorgungssi-

tuation sichtbar wird. In der Vorbereitung zeigt sich, auf welche Art und Weise die Patient:in, die Pfleger:in und weitere Akteur:innen hergestellt werden. Anschließend werden Gesprächsauszüge mit der Pfleger:in und der Patient:in interpretiert. Diese Auszüge stellen jeweils den Beginn der Gespräche dar. In diesem Gesprächsbeginn werden erste Herstellungen von Akteur:innen deutlich. So lässt sich am Gesprächsauszug mit der Pfleger:in die Herstellung der Pfleger:in, der Patient:in sowie ein Verständnis von guter Pflege und ein Technikverständnis rekonstruieren.

5.2.1 Videosequenz: »Ich fahre mal ein bisschen tiefer, nicht erschrecken«

Peter: (17) Dann. Viel Spaß.

Frau Mühlenkamp: Danke. (lacht) (4)

Peter: So. Ich fahre mal ein bisschen tiefer, nicht erschrecken.

Frau Mühlenkamp: Ja.

Peter: (4) So. (13) Hm (bejahend), die Decke nehme ich kurz weg. (6) (klopfen) Ja!

Kommen Sie ruhig rein! So ist es gut. (4)

(Fall02, 00:00:37 – 00:01:17)

Fallvignette

In dieser Sequenz werden auf den ersten Blick zwei Akteur:innen hergestellt. Diese werden im Transkript als »Peter« und »Frau Mühlenkamp« bezeichnet. Die Redeanteile von Peter sind deutlich länger und lassen darauf schließen, dass er in diesem Phänomen den aktiven Part einnimmt. Die Kommentare von Frau Mühlenkamp sind im Gegensatz einsilbig und nur bestätigend. Sie scheint sich hier der Situation zu fügen. Die Aussage *Viel Spaß* wirkt ungewohnt für pflegerisches Handeln. Zudem ist es aus pflegerischer Perspektive auffällig, dass hier zuerst die Decke weggenommen und anschließend der Besuch herein gebeten wird, da dies möglicherweise eine Verletzung der Intimsphäre der Patient:in darstellen könnte. Eine extensive Interpretation der Situation unter Berücksichtigung des Videomaterials zeigt, auf welche Art und Weise die Patient:in und die Pfleger:in in diesem Phänomen hergestellt werden.

Fallrekonstruktion

Abbildung 6 zeigt das Standbild des Beginns der hier betrachteten Intra-aktion. Geprägt ist das Bild durch eine stehende Person in der Senkrechtachse und eine liegende Person in der Querachse. Zentral im Bild ist ein Handschlag sichtbar, der beide Personen miteinander verbindet. Mit dem Handschlag handelt es sich nicht um eine dem Pflegehandeln typische Geste, sondern um einen formalen Akt der Begrüßung, der üblicherweise im Pflegehandeln nicht in dieser Art stattfindet.

Abb. 6: Beginn der Sequenz



det. Üblich waren Begrüßungen per Handschlag hingegen bei Ärzt:innen oder in Bewerbungsgesprächen.¹³ Entsprechend wird mit dem Handschlag eine eher formelle Beziehung hergestellt. Weil der Handschlag selbst kein Pflegehandeln ist, unterscheidet er sich von Tätigkeiten wie dem Fühlen des Pulses zum Beispiel. Zum Pulsfühlen könnten die Personen ähnlich positioniert sein, die Bedeutung der Intra-aktion würde sich dann allerdings stärker auf die Berührung zur Datenerfassung als auf eine Berührung zum Beziehungsaufbau beziehen.

Allerdings strukturiert der Handschlag hier die Pflegehandlung vor. Zudem wird im Weiteren gezeigt, dass sich die hier etablierte Situation bestätigt. Ein Handschlag als Begrüßung oder (Vertrags-)besiegelung ist immer eine reziproke Handlung. Im Pflegesetting sticht der Handschlag insbesondere als Berührung, die kein Pflegehandeln ist, hervor. Mit dem Handschlag lässt sich die Fallstrukturhypothese entwickeln, dass beide Personen in dieser Intra-aktion als menschlich hergestellt werden. Typischerweise geben sich Menschen allerdings die Hand, wenn sie sich gegenüberstehen. In dieser Intra-aktion sind allerdings eine stehende und eine liegende Person beteiligt. Im Gegensatz zu einem Handschlag von

13 Mit dem Ausbreiten der Infektion mit dem Erreger SARS-CoV-2, die sich 2020 zu einer Pandemie entwickelte, wurden Hygienebestimmungen angepasst und entsprechend die Begrüßungen per Handschlag auch bei Ärzt:innen und Bewerbungsgesprächen vermieden. Da die Datenerhebung allerdings 2019 stattfand, beziehe ich mich hier auf die üblichen Verhaltensweisen vor der Pandemie.

zwei Personen, die sich gegenüber stehen, wird hier eine asymmetrische Intraaktion hergestellt. Die stehende Person ist der liegenden Person zugewandt und hat den Kopf nach unten geneigt. So ist ein direkter Blickkontakt möglich. Im anonymisierten Bild ist nicht erkennbar, ob die beiden sich tatsächlich anschauen. Im Video wird aber sichtbar, dass die stehende Person die liegende Person direkt anlächelt.

Die liegende Person ist im Bild nur durch die Hand und den Kopf als Person erkennbar. Vom Kopf in der Abbildung ist aufgrund der Anonymisierung hauptsächlich das Ohr sichtbar. Die Falten um das Ohr deuten auch auf ein faltiges Gesicht, welches in der Regel als ältere Person gelesen wird. Der Rest des (vermuteten) Körpers ist verdeckt. Direkt unterhalb des Halses wird ein Kleidungsstück sichtbar, welches nicht zu passen scheint und aufgrund des Faltenwurfs und der blassen, gleichmäßigen und unauffälligen Musterung die Konturen der Person verschwimmen lässt. Sowohl die Passform als auch die Musterung lassen darauf schließen, dass es sich hierbei nicht um ein Kleidungsstück handelt, welches die Person für sich ausgesucht hat. Mit Einbezug des Kontextes können wir darauf schließen, dass es sich hier um ein OP-Hemd handelt. Diese Hemden sind relativ weit und einheitlich und werden von Krankenhäusern zur Verfügung gestellt, wenn Personen für einen medizinischen Eingriff vorbereitet werden. Dadurch, dass die Person mit dem Hemd das Inventar des Krankenhauses um sich trägt, wirkt sie als in der Institution aufgelöst. Die Träger:in eines OP-Hemdes wird durch den Fokus auf eine medizinische Maßnahme als Patient:in hergestellt. Mit dem Hemd ist die Person auf die Behandlung vorbereitet und wartet auf den Moment, in dem, den Prozessen der Institution folgend, der Eingriff durchgeführt wird. Spezifisch für OP-Hemden ist die Tatsache, dass diese am Rücken in der Regel bis auf zwei dünne Bänder offen sind und knapp über den Oberschenkeln enden. Dadurch hat das OP-Hemd nicht die Funktion eines vollständigen Kleidungsstückes, welches den Körper warm hält und vor potenziell ungewollten Blicken schützt. Indem diese Eigenschaften fehlen, werden Träger:innen eines OP-Hemdes als an das Zimmer oder das Bett gebunden hergestellt. Damit erhalten diese Patient:innen eine abwartende und passive Position, eigenmächtige Handlungen sind nicht mehr naheliegend. Entsprechend der Überlegung einer Exponiertheit und des fehlenden Schutzes vor Kälte ist die Person durch eine Decke bis zur Brust zugedeckt. Die Musterung der Decke ist in schmalen Streifen erkennbar und der Faltenwurf der Decke verdeckt die Konturen der Patient:in weiter. Damit ist beispielsweise ein Rückschluss auf die Geschlechtlichkeit der Patient:in nicht möglich. Die Herstellung der Patient:in als konturlos erweitert die Fallstrukturhypothese um die Annahme, dass die Patient:in hier zwar als menschlich, aber nicht als individuell hergestellt wird. Inwiefern diese Hypothese zutrifft, wird im Weiteren zu zeigen sein.

Am Ende der Bettdecke ist ein Fußteil eines Bettes sichtbar. Bei genauem Blick auf den Faltenwurf der Decke wirkt es, als stießen die Füße der Patient:in direkt an das Fußteil an. Diese Position ist häufig nicht intendiert, kommt aber schnell vor, wenn die Patient:innen zum Fußteil des Bettes rutschen. Dies ist auch in diesem Fall naheliegend, denn auf der anderen Seite wird ein hochgestelltes Kopfteil sichtbar. Das Rutschen der Patient:in zum Fußende geschieht häufig durch den Druck des Oberkörpers, der in (halb) aufgerichteter Position entsteht. Insbesondere das am Kopfteil hochgestellte Bettgitter, auf dem sich ein Bedienfeld zur Einstellung der Position von Kopfteil und Fußteil befindet, stellt das Bett als Pflegebett her und stützt damit die Hypothese, dass die liegende Person als Patient:in hergestellt wird. Bemerkenswert am Pflegebett ist die Positionierung des Bedienfeldes. Da es sich auf der Innenseite des Bettes befindet, schafft es zunächst das Potenzial, dass die Patient:in ihre Position selbst verändern kann. Durch die Positionierung der Patient:in weit am Fußende des Bettes, scheint dieses Potenzial allerdings nur schwer realisiert werden zu können. Sowohl der rechte als auch der linke Arm der Patient:in können das Bedienfeld nur durch größere Verrenkungen erreichen.

Besonders sichtbar an der stehenden Person ist die Kleidung. Durch seinen spezifischen weiten, kurzärmeligen Schnitt, die breiten, rechteckigen Taschen und den spezifischen Ausschnitt ist das Oberteil als Kasack¹⁴ erkennbar. Durch diese Uniform für pflegerisches Personal wird die stehende Person als Pfleger:in hergestellt. Der Verweis auf eine berufliche Rolle wird zudem durch ein Namensschild gestützt, welches die Pfleger:in an der Brust trägt. Durch die Anbringung in der Mitte des Oberkörpers scheint das Namensschild eine zentrale Rolle einzunehmen. Daher wird es im Folgenden näher beschrieben, obwohl es aus Gründen der Anonymisierung in der Abbildung in Bezug auf seine Inhalte nicht sichtbar ist. In der oberen Zeile des Namensschildes ist das Logo des Krankenhauses abgebildet, sodass es fast ein Drittel der Karte einnimmt. Folglich wird die Pfleger:in mit dem Schild als der Institution zugehörig hergestellt. Am linken Rand des Namensschildes verläuft ein Barcode. In einem Barcode können Nummern oder Bezeichnungen kodiert sein. So sind Barcodes beispielsweise im Einzelhandel an den entsprechenden Gegenständen angebracht. Hier könnte der Barcode genutzt werden, damit die Pfleger:in sich identifizieren kann. Neben dem Barcode ist ein Foto des Gesichts der Pfleger:in zu sehen. Auch Bilder von Gesichtern auf Karten dienen üblicherweise der Identifizierung oder dem Ausweisen einer Person. Daneben ist der Name der Person abgedruckt. Auch dies ist üblich für einen Mitarbeiterausweis oder ein Identifikationsdokument. Überraschend erscheint die fehlende Berufsbezeichnung auf der Karte. Die Person wird damit durch das Namensschild

14 Dabei handelt es sich um die gleiche Berufskleidung, die auch Claudia in Fall eins trägt. Entsprechend sind Möglichkeiten der Herstellung auch in der Interpretation zu Fall 1 (Kapitel 5.1.1) beschrieben.

nicht als zugehörig zu einer Berufsgruppe, sondern vor allem als Teil der Institution hergestellt. Die besondere Zugehörigkeit der Pfleger:in zur Institution wird dadurch gestützt, dass die Farbe des Kasacks der Farbe des Logos und auch der Farbe des Bettlakens entspricht. Obwohl es hier nicht sichtbar ist, ist hier eine Abgrenzung zu Ärzt:innen zu erwarten, die in der Regel einen weißen Kittel tragen und so als »Halbgötter in Weiß« eher ihrer Rolle als der Institution zugeordnet werden.

In der Abbildung (Abb. 6, S. 108) kaum sichtbar, aber im Video klar erkennbar, trägt die Pfleger:in unter ihrem Kasack eine Kette. Diese deutet auf eine Individualität ihrer Person hin. Gerade weil Armbänder und Ringe aus hygienischen Gründen nicht angebracht und teilweise verboten sind, eignen sich Ketten als Ausdruck der Persönlichkeit. Die Art der Kette ist nicht filigran, sondern eher etwas gröber und stellt damit ein Schmuckstück dar, welches stärker männlich als weiblich assoziiert ist. Auch aufgrund der breiten Schulterpartie, der muskulösen Oberarme, kurzer Haare und einer flachen Brust kann die Person als männlich gelesen werden. Wie schon beschrieben ist die Kopfhaltung des Pflegers¹⁵ gesenkt und der Patient:in zugewandt. Eine gesenkte Kopfhaltung kommt auch vor, wenn eine Person beispielsweise ein Smartphone in der Hand hält und bedient. Die Aufmerksamkeit wird dabei fokussiert und Umgebungsfaktoren können nicht weiter wahrgenommen werden. In diesem Fall stützt die Körperhaltung die Hypothese, dass in dieser Intra-aktion die Patient:in zentral ist.

Neben der Kleidung des Pflegers stellt auch der in seinem Rücken erkennbare Pflegewagen seine Bedeutung als Pfleger her. Der Wagen hat mehrere Schubladen, die mit Beschriftungen versehen sind und so scheinbar zur Aufbewahrung dienen. Auf der Oberfläche des Wagens sind zudem Desinfektionsmittel, Ampullen und eine Unterlage vorbereitet. Zudem findet sich auf dem Wagen ein Spritzenabwurf und auch an der linken Seite ist ein Mülleimer angebracht. Mit dem Wagen wird der Pfleger als vorbereitet und organisiert hergestellt. Die Vorbereitung der Hilfsmittel ist nur dann möglich, wenn es einen vorgegebenen Ablauf gibt, der im Folgenden abgearbeitet werden wird. Allerdings lassen die Schubladen mit ihren Inhalten auch Raum für die Nutzung von Hilfsmitteln, deren Bedarf nicht vorhergesehen werden konnte. Der Wagen ist einerseits innerhalb der Institution vorbereitet und andererseits hat der Pfleger selbst diese spezifische Intra-aktion mit den Dingen vorbereitet, die auf dem Wagen bereit liegen. Auch die Position des Pflegers deutet darauf hin, dass er diese entsprechend vorbereitet hat. In seiner Positionierung zwischen dem Bett und dem Pflegewagen ist er relativ unflexibel und zwischen den Akteur:innen eingebunden.

15 Aufgrund der oben beschriebenen Herstellung der Person als männlich wird hier und im Folgenden die männliche Form verwendet.

Tab. 4: Akteur:innen und deren Möglichkeitsräume

Identifizierte Akteur:in	Darstellung in der Situation	Möglichkeitsräume
Patient:in	liegende Person	Ermöglicht es, wahrgenommen zu werden.
Uhr	trägt die Patient:in	Ermöglicht Individualität und selbstständige Zeiteinschätzung der Patient:in.
Bettdecke	verdeckt die Patient:in	Schutz der Intimsphäre der Patient:in.
OP-Hemd	eintönig, nicht ganz passend	Ermöglicht einen Zugriff auf den Körper der Patient:in und die Einordnung in die Institution; verunmöglicht selbstständiges Handeln der Patient:in.
Bett	Pflegebett	Ermöglicht eine rückschonende Versorgung.
Pfleger	stehende Person	Position ermöglicht Zugewandtheit zur Patient:in.
Kasack	Kleidung der stehenden Person	Stellt Pfleger als der Institution zugehörig dar.
Kette	trägt der Pfleger	Ermöglicht Individualität der Pfleger:in.
Namensschild	am Kasack angebracht	Ermöglicht Individualität des Pflegers.
Pflegewagen	Teil der Funktionalität des Pflegers	Ermöglicht eine effiziente Versorgung.
Handschlag	Beginn der Intra-aktion	Ermöglicht gleichberechtigte Beziehung.

Neben den hier beschriebenen Akteur:innen stellt auch die weitere Umgebung des Zimmers die Intra-aktion auf eine gewisse Art her. So ist hinter dem Pflegewagen ein weiteres Pflegebett zu erkennen, dass allerdings in dem Moment leer zu sein scheint. Bei diesem Bett ist auch das Kopfteil hochgestellt und ein Bettgallen vorhanden. Dies deutet darauf hin, dass diese Einstellung in diesem Zimmer Standard ist. Dies stützt die Fallstrukturhypothese, dass es einen »Typ Patient:in« gibt, der entsprechend ähnlich behandelt wird. Hinter dem Bett sind zugezogene Vorhänge sichtbar. Wie das gesamte Zimmer wirken die Vorhänge steril. In ihrer Position verdecken sie zudem den Blick nach draußen und versperren gleichzeitig den Blick nach innen. Neben der sterilen Gestaltung und dem weiteren Pflegebett

deutet auch die rechte Zimmerwand darauf hin, dass es sich hier um ein Zimmer mit Funktion handelt. Es wird eine Leiste sichtbar, an der Geräte angebracht werden können. Zudem ist ein Anschluss für Sauerstoff erkennbar, der einen Gesundheitsbezug nahelegt. Auch durch das Design dieses Zimmers ist eine Herstellung von Personen, die sich in diesem Raum bewegen, als Pfleger:in oder Patient:in naheliegend. Mit der Beschreibung des Bildes und der möglicherweise relevanten menschlichen und nicht-menschlichen Akteur:innen wurde die Ausgangssituation der Sequenz etabliert. Die als relevant hergestellten Akteur:innen und die von ihnen eröffneten Möglichkeitsräume sind zur besseren Übersicht in Tabelle 4 (S. 112) dargestellt. Im Folgenden wird anhand des Transkriptes der Tonspur in Kombination mit den Handlungsbeschreibungen interpretiert, auf welche Weise die einzelnen Akteur:innen weiter hergestellt werden.

Peter: (17) Dann. viel Spaß.

Die Aussage *Dann. Viel Spaß.* trifft Peter in der eben dargestellten Position in dem Moment des Handschlags und der Zugewandtheit. Diese Aussage erscheint in der Situation der Vorbereitung einer Wundversorgung unpassend, da es sich um eine vulnerable Situation handelt, in der nicht davon auszugehen ist, dass diese Spaß machen wird. Dieser Wunsch ist angebracht, wenn jemand auf dem Weg zu einem schönen Ereignis ist. Durch das *Dann.* wird ein Bezug zu einer bestimmten Situation oder einem im Vorfeld besprochenen Kontext deutlich. So kann die Achterbahnbetreiber:in beim Einsteigen den Passagieren sagen *Dann. Viel Spaß.* in diesem Beispiel, welches sich unter anderem auch auf einen Fallschirmsprung anwenden ließe, wird latent das kritische Moment der Situation hervorgehoben. Sowohl eine Achterbahnfahrt als auch ein Fallschirmsprung sollen Spaß machen, haben aber auch das Potenzial, die Teilnehmer:in zu überfordern. In gewisser Weise gilt dies auch für die Situation der Wundversorgung in diesem experimentellen Setting. Mit dem Einbezug des kritischen Moments und der Hoffnung, dass es trotzdem Spaß machen werde, zeigt der Pfleger, dass er sowohl die Versorgung der Patient:in als auch die Experimentsituation als Handlungsproblem für sich erkannt hat. Indem er die Patient:in hier direkt anspricht und durch den Handschlag auch noch seine Wahrnehmung von ihr als menschlich deutlich macht, zeigt er seine Verpflichtung ihr gegenüber und die Relevanz, sie einzubeziehen. Mit dem Wunsch nach Spaß kann er nicht die tatsächliche Wundversorgung meinen. Diese hat wohl die kritische Komponente, die dieser Wunsch auch haben kann, allerdings ist die positive Komponente, das Spaßige, bei einer normalen Wundversorgung für die Patient:in nicht zu vermuten. Daher wirkt die Aussage unter Einbezug des Kontextes auch deutlich unpassend. Zusammenfassend zeigt sich, dass Peter ein Einbezug der Patient:in wichtig zu sein scheint und gelingt. Allerdings lässt der Einbezug in dieser Form ein empathisches Moment für die Lage der Patient:in vermissen.

Frau Mühlenkamp: Danke (lacht) (4)

Hier linear dargestellt, kommt diese Antwort von Frau Mühlenkamp eigentlich so schnell, dass sie sich mit Peters vorherigem *Viel Spaß* überlagert und damit in der selben Körperhaltung und Bewegung stattfindet. Indem Frau Mühlenkamp hier zum *Danke* keine Ergänzungen vornimmt, akzeptiert sie scheinbar den Wunsch nach viel Spaß als auf sie allein bezogen. Hätte sie beispielsweise gesagt »Danke, Ihnen auch« hätte sie der Situation eine symmetrische Note geben und auf eine gleichberechtigte Beziehung hindeuten können. Damit beziehen sich hier sowohl der kritische als auch der unkritische Moment auf Frau Mühlenkamp. Durch das Lachen bestätigt Frau Mühlenkamp die Lesart eines kritischen Moments, dem sie hier im Rahmen eines nervösen Lachens begegnet. Grundsätzlich ist Lachen auch in spannungsgeladenen Kontexten eine häufige Reaktion. Ein Beispiel dafür ist schwarzer Humor. Hier kann das Lachen darauf deuten, dass Frau Heitmann sich ihrer Ausgeliefertheit sehr bewusst ist.

Die Pause im Anschluss an das Lachen ist nicht überraschend, weil die Intraaktion hier jetzt abgeschlossen sein kann. Wenn die Handlung mit den beiden Personen fortgeführt wird, ist jetzt der Punkt zu erwarten, der Spaß machen soll. Die Beendigung dieser kurzen Sequenz zeigt sich auch darin, dass der Handschlag direkt beendet wird. Peter blickt nach unten und nimmt einen Gegenstand aus dem Bett, der an einem Kabel befestigt ist. Bei dem Gegenstand handelt es sich vermutlich um die Patient:innenklingel, die es Frau Mühlenkamp ermöglicht, bei Bedarf Hilfe anzurufen. Peter sortiert das Kabel, dreht sich zur Wand und hängt den Gegenstand an einer Halterung an der Wand auf. Mit dem Entfernen der Patient:innenklingel aus dem Bett kann Frau Mühlenkamp jetzt nicht mehr selbstständig nach weiterer Unterstützung rufen. Damit wird Peter als derjenige hergestellt, der entscheiden kann, wann weitere Unterstützung angefordert wird. Frau Mühlenkamp kann damit eine weitere Handlung nicht selbstständig durchführen und ist so verstärkt von Peter abhängig. Sollte ihr nicht passen, was Peter macht, kann sie nur laut rufen. Dann wäre aber die Frage, ob sie wohl jemand hört. Die Patient:innenklingel selbst wird hier durch das Wegräumen als störend hergestellt. Wobei sie in den bisherigen Handlungen noch nicht gestört hat. Peters Gesichtsausdruck ist weiter freundlich und zugewandt. Seine Handlungen wirken hier habitualisiert und routiniert. Während dieser Handlungen liegt Frau Mühlenkamp ruhig in ihrem Bett und folgt Peter mit ihrem Blick, sie scheint keine Einwände gegen die Entfernung der Patient:innenklingel zu haben, beobachtet sein Vorgehen allerdings genau.

Peter: So. ich fahre mal ein bisschen tiefer, nicht erschrecken.

Nach dem Entfernen des Kabels machen Peters Hände eine Suchbewegung, die während des ausgesprochenen *So.* andauert. Der Ausspruch *So.* ist als doppelte

Adressierung lesbar. Damit sammelt Peter sich selbst und macht auch den Hörenden das Ende der Situation und den Beginn einer Interaktion oder einer gemeinsamen Situation deutlich. Üblich ist eine solche Aussage im Klassenzimmer, wenn die Lehrer:in mit dem Unterricht anfangen will oder beispielsweise zu Beginn einer Rede.

Während er sagt *ich fahr mal ein bisschen tiefer* legt Peter seine linke Hand auf die Stirn der Patient:in und legt die rechte Hand auf die Knöpfe des Bettes. Die entsprechende Position ist in Abbildung 7 (S. 115) dargestellt. Insbesondere mit der Hand auf der Stirn der Patient:in schafft Peter nun den Bezug zu Frau Mühlenkamp. Damit scheinen Sprechakt und Handlung komplementär zueinander. Auch bei dieser Berührung handelt es sich um einen Körperkontakt, der nicht direkt zur pflegerischen Handlung gehört. Interessant ist die Art und Weise, in der diese Handlung vollzogen wird. Peter blickt Frau Mühlenkamp dabei an und ist ihr zugewandt, allerdings fragt er sie nicht, ob es ihr helfen würde, seine Hand an dieser Stelle zu spüren, um ruhiger zu werden, sondern geht scheinbar davon aus, dass dies so ist. Frau Mühlenkamp scheint auch nicht irritiert über diese Handlung. Außerhalb einer Pflegesituation wäre es wohl sehr verwunderlich, wenn eine Person einer anderen die Hand auf die Stirn legen würde, ohne dies zu kommentieren oder um ein Einverständnis zu bitten. Mit diesem direkten Kontakt, der durch einen Blickkontakt unterstützt wird, zeigt Peter, wie seine Konzentration bei der Patient:in liegt. Allerdings scheinen die Vorlieben der Patient:in hier nicht relevant zu sein. Während Peter die Hand auf ihre Stirn legt, dreht Frau Mühlenkamp ihren Kopf. Zuvor hatte sie zur Seite geschaut, jetzt blickt sie Richtung Zimmerdecke.

Abb. 7: Kopfteil tiefer fahren



Mit dieser Aussage stellt der Pfleger sich wieder als die aktive Person dar. Als Subjekt des Satzes ist er es, der etwas tiefer fährt. Auffällig ist dabei, dass er nicht benennt, was überhaupt tiefer gefahren werden soll. Dieser Aussage fehlt sowohl der Bezug zur Patient:in als auch zu einem anderen Objekt. Entsprechend liegt die Betonung der Aussage hier auf der Handlung. Diese Aussage könnte beispielsweise in einem Parkhaus getätigt werden. Auf der Suche nach einem Parkplatz sagt die Fahrer:in zur Beifahrer:in: »Ich fahre mal ein bisschen tiefer.«, wenn sie auf den tieferen Ebenen der Garage die besseren Parkplätze vermutet. Mit dem Hinweis informiert die Fahrer:in dann die Beifahrer:in, sodass diese die vorgenommene Handlung einordnen kann. Um einen Hinweis zur Einordnung kann es sich auch in diesem Fall handeln. Latent wird auch transportiert, dass die sprechende Person entscheidet, was jetzt zu tun ist, aber die hörende Person einbezieht. Spezifisch für das Verb fahren ist, dass es ein Hilfsmittel benötigt. Beim Fahren bewegt man etwas oder man bewegt sich mit etwas, entsprechend ist ein Gefährt nötig. In diesem Fall liegt der Kontext der Aussage außerhalb der Zeilen. Damit wird die Aussage für die Adressat:in eindeutig auf das Bett bezogen. Neben dem Gefährt benennt Peter hier auch nicht, was gefahren wird. Dabei wäre es ein Leichtes gewesen zu sagen »ich fahre Sie mal ein bisschen tiefer« oder »ich fahre das Bett mal ein bisschen tiefer«. Die Aussage lässt folgende Lesarten zu:

- Das Objekt ist für Peters Handlungen nicht besonders relevant
- In dem fehlenden Objekt drückt sich das fehlende Durchdenken der Handlung und damit die starke Routinisierung aus.
- Durch den Blick- und Körperkontakt ist ein Einbezug des Objektes auf sprachlicher Ebene nicht notwendig

Durch das Drücken des Knopfes und die Änderung der Einstellungen der Bettes wird dieses hier genutzt, um eine Pflegesituation herzustellen. Durch den starken verbalen und physischen Bezug zur Patient:in wird das Bett in diesem Fall vor allem als Hilfsmittel zur Gestaltung der folgenden Intra-aktion hergestellt. Bei dem *nicht erschrecken* liegen Peters Hände noch auf den beschriebenen Positionen. Im Anschluss scheint er den Knopf zu drücken und das Kopfteil des Bettes bewegt sich nach unten. Die linke Hand, die den Knopf bedient ist durch das hochgezogene Bettgitter durchgesteckt und wirkt damit etwas eingeklemmt. Peters Position macht nochmal deutlich, dass der Knopf zur Bedienung des Bettes auch für ihn nicht optimal platziert ist. Eine gewünschte Bedienung durch die Pflegenden würde einen Knopf auf der Außenseite des Bettes nahelegen. Peters Bewegungen wirken allerdings routiniert als habe er schon mehrere Male Betten in dieser Position verstellt. Er probiert weder erst eine andere Position, noch scheint er sich am Bettgitter groß zu stören. Beim Runterfahren des Bettes geht auch Peters Körper mit.

Auch der Nachsatz *nicht erschrecken*, der auf den ersten Blick typisch für medizinische Handlungen erscheint, stellt Pfleger:in und Patient:in in einer spezifischen Art und Weise her. Wieder ist die Adressierung der Patient:in eindeutig, obwohl diese nicht direkt angesprochen wird. Vor allem mit dem Hinweis auf ein mögliches Erschrecken als Reaktion wird Frau Mühlenkamp wieder menschlich hergestellt, trotzdem wird sie gleichzeitig durch die Ansprache ohne direkten Bezug zu ihr selbst nicht in ihrer Individualität anerkannt. Diesen Hinweis kann man jeder Person routinisiert geben. Dabei werden keine individuellen Bedürfnisse oder Kenntnisse der jeweiligen Person berücksichtigt. Damit wird die Fallstrukturhypothese, dass Frau Mühlenkamp hier als ein »Typ Patient:in« hergestellt wird, unterstützt. Zum Hinweis *nicht erschrecken* konnten zwei Lesarten entwickelt werden. Es könnte sich hier einerseits um eine Erklärung für die Kommentierung des Tieferfahrens des Bettes und andererseits um eine Aufforderung zur Impulskontrolle und damit um eine Aufforderung für die Zusammenarbeit handeln.

Im Anschluss ist eine Reaktion der Patient:in zu erwarten. Sie könnte in die Affektkontrolle einwilligen oder einen weiteren Verfahrenshinweis geben und damit ihre eigenen Bedürfnisse ausdrücken. Letzteres ist allerdings hier nicht plausibel, da das Danke und das folgende Lachen bereits als Ergebnis in der Situation gelesen werden können. Würde die Patient:in sich jetzt als handelnde Person mit Gestaltungsmacht positionieren, würde sie neu hergestellt und ein neues Pflegephänomen würde beginnen. Da nicht nach einer Zustimmung gefragt ist, könnte Frau Mühlenkamp als nächstes aber auch gar nicht reagieren.

Frau Mühlenkamp: Ja

Das *Ja* äußert Frau Mühlenkamp schon während Peter noch sagt *nicht erschrecken*. Es scheint sich damit auf das *ich fahre mal ein bisschen tiefer* zu beziehen und kann hier als Zustimmung gedeutet werden. Peter hat diese Zustimmung allerdings nicht abgewartet, sondern war schon bei seinem nächsten Kommentar. Die Patient:in macht mit dieser Aussage deutlich, dass sie sich von Peter angesprochen gefühlt hat. Gleichzeitig stellt sie sich weiterhin als akzeptierende und passive Patient:in dar und bleibt einsilbig. Wie erwartet, äußert sie ihre eigenen und möglicherweise individuellen Bedürfnisse hier nicht, sondern fügt sich in die Situation, wie sie von dem Pfleger gestaltet wird.

Peter: (4) So. (13) Hm (bejahend), die Decke nehme ich kurz weg. (6)...

Das Ende des Tieferfahrens des Kopfteils markiert Peter mit dem *So*. Anschließend ändert er seine Haltung auf die in Abbildung 8 (S. 119) dargestellte Position. Dazu nimmt er die Hände von der Stirn und dem Knopf, greift um, stellt sich gerade hin und bedient mit der linken Hand nun scheinbar einen Knopf, der auf der Außenseite des Bettgitters liegt. Dieser Knopf scheint nahezulegen, dass er

vom Pflegepersonal und nicht von der Patient:in bedient wird. Peters Hand- und Körperhaltung wirken nun wesentlich entspannter, was darauf hindeutet, dass das Design des Bettes für diese Aufgabe ihm entgegen kommt. Den Knopf scheint er unkompliziert mit einem Finger der linken Hand bedienen zu können. Dabei ist sein Oberkörper aufgerichtet. Seine rechte Hand legt der Pfleger auf die Bettdecke unter der die Patient:in liegt. Durch den Druck auf die Bettdecke, wird ein indirekter Körperkontakt mit der Patient:in erzeugt. Auch hierbei blickt der Pfleger die Patient:in freundlich an, fragt sie aber nicht nach ihrem Einverständnis für die indirekte Berührung, die zudem mit dem Bauch der Patient:in als intimer als eine Berührung der Stirn zu betrachten ist.

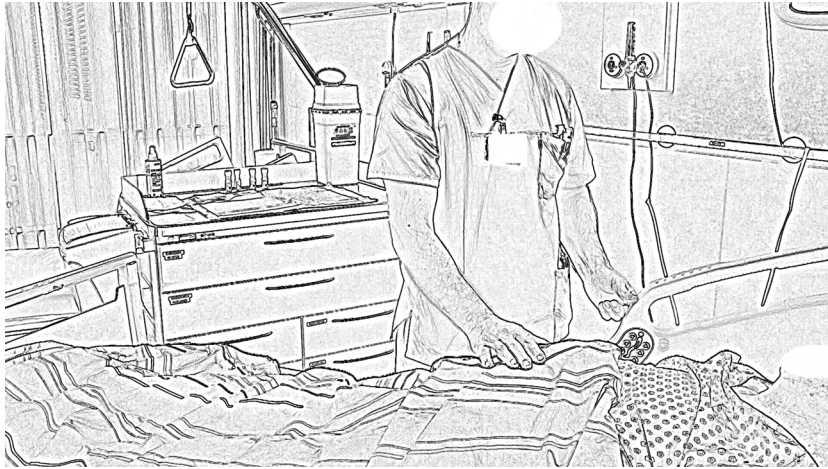
In der Pause von 13 Sekunden fährt der Pfleger das Bett hoch. Während er das macht, passt er seine Armhaltung entsprechend an und lässt seinen Blick auf Frau Mühlenkamp gerichtet. Die Mundwinkel sind dabei als hochgezogen erkennbar, sodass ein mutmachender, freundlicher Eindruck entsteht. Nachdem er das Bett schon ein paar Sekunden hochfährt, bewegt er seine rechte Hand hin und her als würde er Frau Mühlenkamp streichelnd beruhigen wollen. Damit scheint er den Körperkontakt durch die Bettdecke hindurch weiter herstellen zu wollen. Mit der Bewegung seiner Hand verändert er nochmal seinen Blick und zieht die Mundwinkel weiter nach oben. Diese Geste wirkt beruhigend und Mut machend.

Im Vergleich zum Herunterfahren des Kopfteils ist es auffällig, dass der Pfleger das Hochfahren des gesamten Bettes nicht kommentiert. Dies lässt die folgenden Lesarten zu:

- Peter hält das Hochfahren des Bettes für weniger kommentierenswert, weil es weniger überraschend ist.
- Peter hält es nicht für notwendig, weitere Aspekte zu kommentieren, da die Situation ja nun etabliert ist.
- Peter ist jetzt so sehr in seiner Routine, dass er die Kommentare vollständig vergisst.

Als das Hochfahren des Bettes noch nicht ganz abgeschlossen ist, geht Peter schon einen Schritt nach rechts, nimmt die rechte Hand hoch und begibt sich hier in eine andere Position. Als das Bett scheinbar seine Zielposition erreicht hat, greift er dann auch mit der rechten Hand um. Dabei ist sein Blick immer noch auf Frau Mühlenkamp gerichtet. Als er beide Hände an der Decke hat, um diese zu bewegen, kommentiert er dies durch die Aussage: *Hm (bejahend), die Decke nehme ich kurz weg.* Direkt danach hebt er die Decke an und bewegt sie zu den Füßen von Frau Mühlenkamp. Dabei richtet er den Blick jetzt auf die Decke selbst. Frau Mühlenkamp erleichtert ihm diesen Vorgang, indem sie ihre Arme hebt. So wird eine Uhr an ihrem Handgelenk sichtbar. Mit der Uhr sehen wir einen persönlichen Gegenstand von Frau Mühlenkamp. Interessant ist dies auch, weil sie die Uhr entweder

Abb. 8: Bett höher fahren



als Modeaccessoire trägt oder weil sie darüber informiert sein will, um welche Uhrzeit es sich handelt.

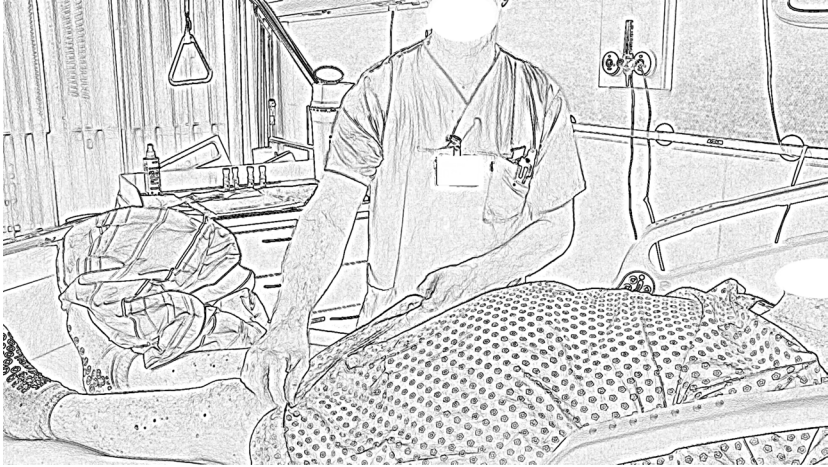
Peter legt die Decke schließlich zu Frau Mühlenkamps Füßen zusammen. Wie in Abbildung 9 (S. 120) zu sehen, greift er dann die Unterseite des OP-Hemdes, um dies anzuheben und anschließend auf Frau Mühlenkamps Bauch zu legen. Beim Weglegen der Decke und beim Hochlegen des Hemdes ist sein Blick auf die Gegenstände und Frau Mühlenkamps Körper gerichtet. Peter scheint seine Orientierung hier einen Moment weg von Frau Mühlenkamp und hin zur Decke gerichtet zu haben und Frau Mühlenkamp selbst wird als aktiver unterstützend hergestellt.

Mit der Entfernung der Decke wird Frau Mühlenkamp deutlich sichtbarer als in dem Moment, in dem sie unter der Decke lag. Jetzt wird erkennbar, dass sie tatsächlich keine Hose anhat. Allerdings trägt sie Stoppersocken, die an ihrem linken Bein sehr verrutscht aussehen, da der Stopperanteil nach oben gerutscht ist. In diesem Zustand kann der Socken seine Funktion, die im Vermeiden des Rutschens auf glatten Oberflächen liegt, nicht erfüllen. Es entsteht damit der Eindruck, dass die Socken in diesem Fall dem Wärmen der Füße und nicht dem Unterstützen des Laufens dienen. Mit dem Aufdecken der Bettdecke und die aktivere Darstellung von Frau Mühlenkamp als die Situation unterstützend, lässt sich eine Grenze des Phänomens ausmachen. Daher endet die Beschreibung der Intra-aktion hier.

Zusammenfassung

In der hier beschriebenen Interpretation wird die Herstellung eines »Typ Patient:in« besonders deutlich. Dieser Typ steht im Zentrum der Handlung und weist

Abb. 9: Decke entfernt



damit eine klare Grenzziehung zu weiteren Akteur:innen wie dem Pflegebett und der Bettdecke auf. Hergestellt wird der Typ Patient:in insbesondere durch die Ansprache und die damit verbundenen Handlungen durch den Pfleger als menschlich. Allerdings zeigen die Kleidung und die Aussagen von Pfleger und Patient:in auch, dass diesem Typ keine Individualität zugeschrieben wird. Besonders deutlich wird dies in den routinierten Handlungen des Pflegers und den einsilbigen Antworten der Patient:in. Der Pfleger selbst wird durch die sichtbaren Handlungen als dem Typ Patient:in zugewandt hergestellt. Gleichzeitig drücken die Kleidung und das Namensschild allerdings einen starken Bezug zur Institution des Krankenhauses aus. Es liegt nahe, dass der starke institutionelle Bezug eine mögliche Berücksichtigung von Individualität eher verhindern. Die Spannung zwischen Individualisierung und Institutionalisierung wird hier zugunsten einer vermeintlich individuellen, einheitlichen Handlung aufgelöst. Entsprechend wird auch der Pfleger als institutionell verortet hergestellt. So wird neben weiteren Akteur:innen über den Pfleger die Handlungsmacht der Institution in dem Phänomen repräsentiert.

5.2.2 Pfleger: »auf den Patienten konzentrieren«

Forscherin: Ja, dann: erzählen Sie mal so ganz von Anfang bis Ende, wie das jetzt war.

Peter: (Luftholen und Ausatmen) Es war interessant, ähm, die Technik, äh mal einbauen. Ähm, hat sich ein bisschen, äh, störend will ich nicht sagen, angefühlt. Aber ich habe schon gemerkt, da ist was da. Und ich musste mich jetzt auf zwei

Dinge gleichzeitig konzentrieren. Ich musste immer wieder switchen, und ich hatte innerlich so ein Gefühl, ich muss einen Break machen. Ich gucke, äh, das was die Brille anzeigt. Und dann, ähm, musste ich mich wieder auf den Patienten konzentrieren. Und dieses Hin- und Her-Switchen, ich hatte das Gefühl, ich muss immer so (.) nachdenken. Okay, jetzt muss da was lesen, was sagen und dann wieder auf die Patientin und dann ganz normal weitermachen. Da waren immer so gefühlt Unterbrechungen in mir drinne. [...]
(Fallo2 Peter, 00:00:02 – 00:01:02)

Fallvignette

Im ersten Eindruck bezieht sich Peters Aussage nicht auf den Fall, der soeben anhand des Videomaterials dargestellt wurde. Bei näherer Betrachtung lassen sich allerdings sowohl seine Orientierung als Pfleger als auch seine Perspektive auf die Patient:in rekonstruieren. Im Anschluss werden die Ergebnisse der Interpretation des Gesprächs mit den Interpretationsergebnissen der Videodaten in Beziehung gesetzt.

Fallrekonstruktion

Forscherin: Ja, dann: erzählen Sie mal so ganz von Anfang bis Ende, wie das jetzt war.

Analog zur Erzählaufforderung im Gespräch mit Claudia (Kapitel 5.1.2) ist hier eine Erzählung gewünscht, die durch den Ausdruck *von Anfang bis Ende* in einer zeitlich gewählten Ablauforientierung erwartet wird. Zudem soll sich die Erzählung mit den Worten *wie das jetzt war* auf ein Erleben in der Gegenwart konzentrieren. Die antwortende Person kann sich hier positionieren. Auch eine Antwort auf Ebene der Empfindungen ist möglich. Erwartbar wäre zum Beispiel ein Ablauf, der durch das eigene Erleben geschmückt wird. Die Rahmung der Schilderung als Erfolg oder Scheitern kann ein Teil der Erzählung sein.

Peter: (Luftholen und Ausatmen) Es war interessant, ähm, die Technik, äh mal einbauen.

Peter beginnt seine Antwort durch das Luftholen und Ausatmen mit einer Suchbewegung, damit macht er die Schwere der Erzählaufforderung deutlich. Besonders interessant ist der letzte Teil seiner Aussage: *ähm, die Technik, äh mal einbauen*. Die Füllwörter und die grammatikalischen Schwächen deuten auf eine Unsicherheit hin, die besonders auffällig ist, da sie sich im direkten Patient:innenkontakt nicht in dieser Form ausgedrückt hat. Darüber hinaus deutet die Formulierung *mal einbauen* darauf hin, dass bereits ein vorgegebener Ablauf oder eine Routine existierte, in die eine Technik eingebaut werden konnte. Damit wird die sozio-materielle

Verschränkung von materieller Technik und einem immateriellen Handlungsablauf deutlich. Diese zeigt sich auch im Ausdruck *einbauen*, welcher in der Regel im Rahmen handwerklicher Tätigkeiten verwendet wird, sich in dieser Sequenz allerdings auf eine Anpassung der Handlungen bezieht.

Ähm, hat sich ein bisschen, äh, störend will ich nicht sagen, angefühlt. Aber ich habe schon gemerkt, da ist was da. Und ich musste mich jetzt auf zwei Dinge gleichzeitig konzentrieren.

Der erste Teil dieser Formulierung zeigt wieder Peters Unsicherheit und seine Vorsicht im Ausdruck. Der letzte Satz ist allerdings für unsere Fragestellung besonders weiterführend. Dass Peter äußert, er müsse sich jetzt *auf zwei Dinge gleichzeitig konzentrieren*, ist aus mehreren Aspekten interessant. Erstens bedeutet eine Konzentration auf eine Sache, sich wirklich nur mit dieser zu beschäftigen und damit einen eindeutigen Fokus gesetzt zu haben. Eine Konzentration auf zwei Dinge gleichzeitig ist damit nicht möglich. Zweitens spricht Peter hier von *Dingen* auf die er sich konzentrieren müsste. Vor dem Hintergrund des Videomaterials könnte er hier die Datenbrille, die Patient:in, die Wundversorgung oder einen veränderten Ablauf mit diesem Begriff bezeichnen. Da sich auch im Videomaterial die Fokussierung auf die Patient:in deutlich zeigt, können wir hier davon ausgehen, dass diese eines der beiden Dinge darstellt, auf die Peter sich konzentrieren muss. In einer ersten Fallstrukturhypothese lässt sich vermuten, dass *sich auf zwei konzentrieren* für Peter ein wesentliches Merkmal pflegerischen Handelns darstellt.

Ich musste immer wieder switchen, und ich hatte innerlich so ein Gefühl, ich muss einen Break machen.

Hier ist auffällig, dass der Pfleger, der Auskunft über seine professionelle Arbeit gibt, im Slang antwortet. Dies kann darauf hinweisen, dass ihm in seiner Professionalität kein Vokabular zur Verfügung steht, in dem er diese Aspekte adäquat ausdrücken kann. Er greift dementsprechend auf umgangssprachliche Ressourcen zurück, um seine Eindrücke zu schildern. Darüber hinaus bezieht Peter sich hier auf sein *innerliches Gefühl* und stellt dieses als handlungsleitend dar. Im Gegensatz zur vorher benannten Konzentration stellt Peter hier eher einen Bezug zu seinem impliziten Wissen her. Wobei die Rahmung auf das Innerliche des Gefühls doppelt scheint und darauf hindeuten kann, dass es für dieses Gefühl keine offensichtlichen äußeren Einflüsse gibt. Dennoch rahmt Peter das Gefühl hier als besonders relevant für die Herstellung der Intra-aktion. In diesem Fall sagt das Gefühl ihm, dass er *einen Break machen* muss. Im Slang bedeutet dies, dass eine Pause notwendig wird, die mit einem Bruch einhergeht. Hier zeigt sich bestätigt, dass eine Konzentration *auf zwei Dinge gleichzeitig* nicht möglich ist. Stattdessen

wurde Peter in der Handlung deutlich, dass er den Fokus der Konzentration immer wieder wechseln musste. Im Folgenden wäre eine weitere Beschreibung der wechselnden Konzentration zu erwarten.

Ich gucke, äh, das was die Brille anzeigt. Und dann, ähm, musste ich mich wieder auf den Patienten konzentrieren.

Konkretisiert wird hier, was Peter zuvor als *zwei Dinge* bezeichnet hat. Dies bezog sich scheinbar auf *die Brille* und *den Patienten*. Seine Unsicherheit bezieht sich hier auf die Brille, die er durch die erste Nennung als besonders relevant rahmt. Mit der nicht alltäglichen Anforderung, sich auf die Datenbrille zu konzentrieren, zeigt sich der Krisenmoment, der durch das Einbringen der Brille in die Situation der Wundversorgung ausgelöst wurde. Anschließend beschreibt Peter wieder seinen eigentlichen Fokus, der in der Konzentration auf *den Patienten* liegt. Damit bestätigt sich die Benennung von Konzentration als wesentliches Element pflegerischen Handelns. Die Patient:in wird hier als das Objekt hergestellt, auf das man sich konzentrieren muss. Mit der Wahl der männlichen Form bezieht Peter sich hier nicht auf Frau Mühlenkamp, sondern eher auf einen Typ Patient:in. Im Zusammenhang mit der vorherigen Aussage wird der Typ Patient:in hier als ein Ding bezeichnet und damit entmenschlicht. Die Fokussierung auf *den Patienten* ist interessant, da sie die Kategorie Patient auf eine spezifische Art und Weise herstellt. Die Patient:in scheint im Zentrum der Pflegehandlung zu stehen und gleichzeitig aber nur als Oberkategorie ohne individuelle Aspekte sichtbar zu sein. Dies passt zu den Gesten des Zugewandtseins, die im Videomaterial sichtbar wurden, allerdings nicht situationsangepasst oder individuell angewandt wurden. Die entwickelte Fallstrukturhypothese kann hier entsprechend erweitert werden. Peters Pflegeverständnis besteht nicht nur darin, sich zu konzentrieren, es geht viel mehr darum, sich auf *den Patienten*, im Sinne eines Typ Patient:in, zu konzentrieren.

Und dieses Hin- und Her-Switchen, ich hatte das Gefühl, ich muss immer so (.) nachdenken. Okay, jetzt muss da was lesen, was sagen und dann wieder auf die Patientin und dann ganz normal weitermachen.

Interessant ist an dieser Passage die Formulierung *wieder auf die Patientin*. Im Gegensatz zur vorherigen Erwähnung, erhält die Patientin hier allein durch die Anpassung des weiblichen Geschlechts ein gewisses Maß an Individualität. Durch die Verwendung des Begriffs *Patientin* anstelle des Namens der Patient:in, bleibt allerdings eine gewisse Distanz erhalten. Damit wird die zu pflegende Person hier weiterhin in ihrer Patient:innenrolle hergestellt.

Im Anschluss erwähnt er noch *ganz normal weitermachen*. Unter Berücksichtigung des Kontextes ist es naheliegend, dass er damit die Wundversorgung anspricht. Spannend ist hier, dass er die Konzentration auf die Patient:in und die

Wundversorgung als getrennte Aspekte herstellt. Dies ist insbesondere dann plausibel, wenn er sich auch bei der Wundversorgung konzentrieren muss und sich daher nicht gleichzeitig auf die Patient:in konzentrieren kann.

Da waren immer so geföhlt Unterbrechungen in mir drinne.

Im letzten Satz kommt er nochmal auf die Unterbrechungen *in mir drinne* zu sprechen. Hier betont er wieder, wie stark seine Aufmerksamkeit hier auch bei seinem eigenen Gefühl war. Es steht zu vermuten, dass Peter auch ohne die Brille die Konzentration auf die Patient:in und die Wundversorgung nicht gleichzeitig durchführen kann und immer wechseln muss.

Der abgehackte Erzählstil und der Hinweis auf das Nachdenken deuten darauf hin, dass Peter in dem beschriebenen Szenario aus seiner Routine herausgeworfen ist. Damit bezieht sich die Beschreibung nicht auf den Teil des Videos, der in der entsprechenden Sequenz interpretiert wurde und in dem er sehr routiniert wirkt. Durch das Verlassen der Routine formuliert Peter hier aber, was für ihn in seinem Pflegehandeln wichtig ist. Das scheint ein Zusammenspiel von Nachdenken und Geföhlen zu sein, indem er sich der Patient:in und der entsprechenden Versorgung zuwendet.

Zusammenfassung

Es wurde gezeigt, dass Peter (berufliches) Pflegehandeln in diesem Gesprächsausschnitt als ein sich *auf den Patienten [K]onzentrieren* herstellt. Damit handelt er in seiner institutionalisierten Rolle und hat keine eigenen Ansprüche an das Phänomen. Die Patient:in, die im Zentrum der Konzentration steht, stellt er als menschlich, aber wenig individuell dar. Darüber hinaus zeigt sich, wie Fachwissen und Gefühl des Pflegers zusammenspielen. Dabei ist es das implizite Wissen, welches jeweils einen Wechseln in der Aufmerksamkeit auslöst. Das implizite Wissen oder das innere Gefühl wird damit als der wesentliche Treiber für das berufliche Pflegehandeln hergestellt. Die Datenbrille als Beispiel einer materiellen Technik wie auch das Wundmanagement als immaterielle Handlungstechnik zeigen sich in der Rekonstruktion als disruptiv. Beides erfordert vom Pfleger die volle Konzentration und verhindert damit eine gleichzeitige Aufmerksamkeit bei der Patient:in.

5.2.3 Patient:in: »Mir ist das egal.«

Forscherin: Also das ist so, dass das nicht jeder= hören kann und auch die Videos ist so, dass dass das nicht äh nicht so, dass sich das nachher jeder angucken kann.

Frau Mühlenkamp: Ja ja ja. Naja. Mir ist das egal.

Forscherin: Ja?

Frau Mühlenkamp: Ja. (lacht)

Forscherin: Wollen Sie mal erzählen, wie das jetzt gerade war? 00:00:24-1

Frau Mühlenkamp: Ja, wie war es? Normal irgendwie. Die Wunde (.) tat ein bisschen weh, aber (.) sonst (.) fand ich das alles ganz normal.

Forscherin: Wie ist denn normal?

Frau Mühlenkamp: Ja also war nichts äh (.) nichts Besonderes.

Forscherin: Hmh. Ja.

Frau Mühlenkamp: Ne. Ich hab mir das irgendwie äh schlimmer vorgestellt. Aber, war ja gar nicht so.

(Fall 02 Mühlenkamp, 00:00:03 – 00:00:49)

Fallvignette

Im ersten Eindruck erscheint diese Sequenz wenig aussagekräftig, da keine greifbaren Aussagen zur pflegerischen Versorgung getroffen werden. In den latenten Strukturen erhalten wir allerdings Auskunft darüber, wie Frau Mühlenkamp sich herstellt. Obwohl sie hier theoretisch die Möglichkeit gehabt hätte als Experimentteilnehmerin in Erscheinung zu treten und damit ihre Perspektive der Situation zu schildern, bleibt sie weiter in ihrer Patient:innenrolle. Diese Rolle realisiert sie als demütig und den Strukturen ergeben. Sie zieht sich hier ganz auf sich und ihren Körper zurück, der im Zentrum ihrer Wahrnehmung steht.

Fallrekonstruktion

Forscherin: Also das ist so, dass das nicht jeder= hören kann und auch die Videos ist so, dass dass das nicht äh nicht so, dass sich das nachher jeder angucken kann.

Bei diesem Eingangsstatement handelt es sich um einen Hinweis zum Umgang mit dem Material. Die Forscherin sichert der Patient:in einen Schutz vor einer größeren Öffentlichkeit zu und betont damit die Parameter, unter denen die Patient:in sich im Folgenden äußern kann. Im Anschluss ist eine Bestätigung der Parameter oder eine Wiederholung der Einwilligung in die Teilnahme am Forschungsvorhaben zu erwarten. Theoretisch könnte die Patient:in hier ihre Zustimmung auch noch widerrufen. Da sie aber im Vorfeld der Erhebung zugestimmt hat und das Gespräch schon beginnt, ist die Hürde für einen Widerspruch hier allerdings relativ hoch.

Frau Mühlenkamp: Ja ja ja. Naja. Mir ist das egal.

Die Aussage *Mir ist das egal* entspricht nicht der erwarteten Reaktion. Insbesondere unter Berücksichtigung des Kontextes und mit dem Wissen, dass es hier auch um die Einstimmung zur Verwendung von Videomaterial geht, in dem die Patient:in halb nackt in einem hoch vulnerablen Moment zu sehen ist, überrascht die

hier zum Ausdruck kommende Gleichgültigkeit. Erklären lässt sich dies durch die folgenden Lesarten:

- Die Patient:in weicht aus und möchte nicht weiter darüber nachdenken, was im Video zu sehen ist.
- Aufgrund ihrer Vorerfahrungen und der gewohnten Exponiertheit ist es der Patient:in tatsächlich egal, ob das Video einer größeren Öffentlichkeit zugänglich gemacht wird.

Welche dieser Lesarten sich bestätigt, wird im Folgenden zu zeigen sein. Auffällig ist darüber hinaus, dass die Patient:in selbst kurz angebunden bleibt und keine weiteren Erklärungen anführt. Sie hätte zum Beispiel sagen können: »Mir ist das egal, ich bin eh schon so alt« oder »Mir ist das egal, mich haben eh schon so viele Leute nackt gesehen.« Dass sie keine weiteren Erklärungen anführt, passt allerdings zu der Patient:innenrolle, die sie auch in der Videosequenz einnimmt. Auch dort ist sie eher kurz angebunden und stellt sich eher als Person mit wenig Handlungsmacht dar.

Forscherin: Ja?

Diese Nachfrage der Forscherin drückt Verwunderung aus und verlangt nach einer nochmaligen Bestätigung der vorherigen Aussage. Im Anschluss an diese Frage wären Aussagen wie: »Ja, wirklich«, »Ja, das können Sie mir ruhig glauben« oder »Ja, ich habe schon an mehreren Studien teilgenommen, ich weiß wie das läuft« erwartbar. Wobei die ersten beiden Aussagen nur eine Bestätigung und Bekräftigung des vorher Gesagten darstellen, wohingegen im letzten Beispiel eine Begründung geliefert wird. Die Notwendigkeit einer Erklärung wird durch den Ausdruck der Verwunderung durch die Forscherin aufgemacht. Daher scheint eine solche hier besonders naheliegend.

Frau Mühlenkamp: Ja. (lacht)

Auch hier bleibt die Patient:in in ihrer Rolle, die sie schon im Video ausgefüllt hat und die keine weitere Auskunft über sich selbst gibt. Eine mögliche Lesart für diese Aussage besteht darin, dass die Patient:in keine weitere Begründung liefert, da sie mit der Anerkennung der Begründungspflichtigkeit auch die Schambesetztheit der Situation anerkennen müsste. In ihrer jetzigen Reaktion kann sie sich von der Situation abwenden und muss nicht weiter darüber nachdenken. Es ist denkbar, dass die Abwendung der Situation Teil der Umgangsweise der Patient:in mit ihrer Vulnerabilität, der Abhängigkeit von anderen und dem Umgang mit schambesetzten Situationen ist. Darüber hinaus ist es möglich, dass Frau Mühlenkamp diese Patient:innenrolle im Laufe ihrer Patient:innenkarriere erlernt hat. Da sie in einem

Altenpflegeheim lebt, ist sie mit institutionellen Kontexten vertraut, in denen sie tagtäglich versorgt wird. In einer pflegerischen Versorgungspraxis sind schambe-setzte Situationen an der Tagesordnung und eine Umgangsweise muss entwickelt werden. Ihre Umgangsweise mit dem Schmerz der Auslieferung könnte darin bestehen, zu negieren, dass dieser überhaupt vorhanden ist.

Vor allem das Lachen deutet noch darauf hin, dass die Situation doch unangenehm ist. Es kann hier im Sinne eines Comic relief dazu dienen, kurzfristig die Spannung abzubauen, die dadurch entstanden ist, dass implizit auf die Vulnerabilität der Situation hingewiesen wurde. Dieses Antwortschema zeigt Frau Mühlenkamp auch zu Beginn der Videosequenz, in dem Moment, in dem der Pfleger ihr *Viel Spaß* wünscht. Daher liegt es hier nahe, dass es sich um eine grundsätzliche Strategie handelt, die Frau Mühlenkamp anwendet, wenn etwas kompliziert oder unangenehm wird.

Forscherin: Wollen Sie mal erzählen, wie das jetzt gerade war?

Mit dieser allgemeinen Frage die zunächst die Bereitschaft zur Erzählung abfragt, ist implizit die Aufforderung verbunden, mit den Schilderungen zu beginnen. Entsprechend muss diese geschlossene Frage nicht mit ja oder nein beantwortet werden, sondern eine Zustimmung kann auch durch den Beginn einer Erzählung deutlich gemacht werden. Die theoretische Möglichkeit, hier mit »Nein, kann ich nicht« zu antworten, ist möglich, da sie hier von der Forscherin gefragt wird und im Vorfeld einer Teilnahme an der Forschung zugestimmt hat, ist sie allerdings nicht so frei darin, die Frage jetzt zurückzuweisen.

Interessant ist diese Frage vor allem im Hinblick auf die im Vorfeld benannte Fallstrukturhypothese einer Negierung der Situation als Copingstrategie. Das erneute Nachfragen an dieser Stelle kann der Copingstrategie entgegenlaufen und damit doch zu einer Verneinung führen. Im Prinzip wird hier eine Assoziation zur Situation verlangt, obwohl Frau Mühlenkamp im Vorfeld eine Dissoziation nahelegt. Im Anschluss wird interessant sein, wie sie dies hier nun in Einklang bringt.

Zudem wird durch das *jetzt gerade* Bezug auf eine Situation genommen, die noch nicht lange her ist. Gleichzeitig verweist dieser Ausdruck *das* implizit auf das spezifische der soeben erlebten Situation. Die Unmittelbarkeit der Nachfrage legt aber nahe, dass noch kein Vorreflexionsprozess stattgefunden hat und demnach Erinnern und Erzählen in der folgenden Erzählung gleichzeitig stattfinden.

Erwartbar ist nun, dass Frau Mühlenkamp von ihren Erfahrungen mit der Versorgung unter Unterstützung der Brille berichtet. Sie könnte beispielsweise den Ablauf der Situation schildern oder nochmal nachfragen »Worauf wollen Sie jetzt hinaus?«

Frau Mühlenkamp: Ja, wie war es? Normal irgendwie. Die Wunde (.) tat ein bisschen weh, aber (.) sonst (.) fand ich das alles ganz normal.

Da die in dieser Antwort aufgedeckten, latenten Strukturen besonders interessant sind, werden die einzelnen Sequenzen im Folgenden einzeln aufgeschlüsselt. Zur Erläuterung der Interpretationen werden an dieser Stelle auch vermehrt kontextfreie Textbeispiele verwendet, um das Vorgehen bei der Interpretation an dieser relevanten Stelle besonders nachvollziehbar darzustellen.

Ja, wie war es?

Im ersten Teil der Antwort ist die Suchbewegung erkennbar, in der sich die erwartete Verknüpfung von Erinnern und Erzählen zeigt. Der damit begonnene Reflexionsprozess zeigt das Verständnis der Patient:in, dass ein Reflexionsprozess gefordert ist und eine Offenheit der Patient:in die Reflexion durchzuführen. Zudem drückt sich hier eine Vorstellung aus, von dem worüber nachgedacht werden kann, die allerdings noch unbestimmt bleibt. Trotz der Unbestimmtheit wird eine Korrektur der Frage der Forscherin vorgenommen, indem das *das* durch ein *es* ersetzt wird. Im Gegensatz zur Frage nach dem Spezifischen der Situation, fragt die Patient:in mit dem *es* eher nach einer Erlebnisperspektive. Damit wird die Gesamtsituation in den Blick genommen und kein Fokus auf die Änderung, die durch die Kameras und die Brille entstehen konnten, gesetzt.

Normal irgendwie.

Etwas wird als normal bezeichnet, wenn es Bekanntem entspricht und/oder gesellschaftlichen Konventionen folgt. Damit weicht es nicht vom Standard-Zustand ab. Die Bedeutung der Aussage *Normal irgendwie* wird in folgendem Kontextbeispiel deutlich. Die Antwort auf die Frage: »Wie war die Party unter Corona-Auflagen?« kann »normal irgendwie« lauten. Damit ist angesprochen, dass bis auf kleinere Einschränkungen wie gewohnt gegessen, getrunken und gefeiert werden konnte. Die Normalität, der für das Event wesentlichen Aspekte, konnte also trotz einiger Abweichungen gewahrt werden.

Was bedeutet es nun, wenn die Patient:in die im Video sichtbare Situation als im Wesentlichen den bekannten Abläufen und Konventionen folgend bezeichnet? Zunächst scheint dies irritierend, da die im Video sichtbaren Szenen einen sehr verunsicherten Pfleger zeigen, der mit einer Datenbrille versucht, eine hoch vulnerable, halb nackte Patient:in zu versorgen und sich stellenweise mehr auf die Brille als auf die Patient:in konzentriert. Für gesunde Personen erscheint die Situation der Patient:in zunächst wie eine Grenzerfahrung, in der an vielen Stellen die persönliche Würde verletzt wird. So führte der Blick auf das Video in Interpretationswerkstätten, insbesondere von Personen ohne Pflegeerfahrung, immer wieder zu schockierten Kommentaren bis zu dem Hinweis, dass es angebracht sein könnte, vor einer Interpretation eine Triggerwarnung anzubringen. Ausschlaggebend für diese Hinweise war die Ausgeliefertheit der Patient:in, die bei der Versorgung

einer schweren Wunde exponiert dargestellt wird in Kombination mit einer mangelnden Rücksichtnahme auf ihre Bedürfnisse und eine Unsicherheit des Pflegers. Entsprechend stellt sich die Frage, wie die Patient:in diese Situation als *normal irgendwie* bezeichnen kann. Dazu wurden die folgenden zwei Lesarten entwickelt:

- a) Die Patient:in empfindet die Situation nicht als *normal*, verwendet diesen Ausdruck aber, um sich nicht weiter an die Situation erinnern zu müssen und um die Frage damit zurückzuweisen, damit sie sich nicht weiter exponieren muss.
- b) Die Situation ist für die Patient:in tatsächlich »irgendwie normal«.

Die erste Lesart passt zur zuvor entwickelten Fallstrukturhypothese, in der es zur Patientenrolle von Frau Mühlenkamp gehört, Situationen zu ertragen und sich diesen gleichzeitig soweit möglich zu entziehen, um mit ihrer Lage umzugehen. Die zweite Lesart ist plausibel, wenn wir uns vor Augen führen, welche Aspekte des Pflegephänomens für Frau Mühlenkamp tatsächlich relevant sind und inwiefern sich diese verändert haben. In ihrer Rolle als Patient:in ist Frau Mühlenkamp immer wieder Pfleger:innen ausgeliefert, ihnen gegenüber exponiert und muss mit deren Unsicherheit umgehen. Gleichzeitig ist die Schwere ihrer Wunde nichts Neues für sie und sie wird gelernt haben, damit umzugehen. Auch eine eingeschränkte Rücksichtnahme auf individuelle Wünsche wird Frau Mühlenkamp, die in einem Altenpflegeheim lebt, vertraut sein, da institutionelle Anforderungen es in der Regel nicht erlauben, alle individuellen Wünsche auch zu berücksichtigen.

Beide Lesarten lassen sich auch ergänzend verstehen und erweitern und stützen so die zuvor aufgestellte Fallstrukturhypothese. Frau Mühlenkamp ist bereits durch ihre Erlebnisse und Kontexterfahrungen so sehr als Patient:in sozialisiert und hat sich in der entsprechenden Rolle eingefunden, dass sie gelernt hat, mit dieser durch eine Verdrängung und Akzeptanz umzugehen. Die für sie wesentlichen Aspekte der Pflegehandlung, die sich auf dessen Struktur beziehen, haben sich in der Situation des Experiments nicht verändert und können damit als *normal* bezeichnet werden. Kleinere Änderungen berührten nicht den Kern dessen, was sie als Pflegehandeln erlebt. Durch ihre Disposition als Patient:in gelingt es Frau Mühlenkamp hier auch nicht, sich als Experimentteilnehmer:in herzustellen. Daher gibt sie keine Informationen über die Änderungen in der Situation, die gegebenenfalls durch die Brille und die Kameras hervorgerufen sind.

Die Wunde (.) tat ein bisschen weh

Indem die Patient:in ihre Beschreibung der Situation mit dem Hinweis auf die Wunde und ihr eigenes Erleben beginnt, rahmt sie diese Aspekte als für sie besonders relevant. Auffällig ist hier, dass sie sich auch nicht auf die Wundbehandlung, sondern auf die Wunde als Akteur:in bezieht. Diese hätte sie auch als »meine

Wunde« bezeichnen können. Wie allerdings in der Beschreibung von Krankheitssymptomen üblich (»Wie geht es dir heute?« – »Der Hals tut noch ein bisschen weh, aber sonst geht es schon«), distanziert sie sich in dieser Formulierung ein Stück weit von ihrem eigenen Körper. Mit dem Bezug auf ihr eigenes Erleben und die Wunde beschreibt Frau Mühlenkamp hier das Einzige, zu dem sie wirklich Auskunft geben kann.

Zusammenfassung

In diesem Gesprächsausschnitt stellt Frau Mühlenkamp sich weiterhin als Person dar, die mit ihren eigenen Ansprüchen und Wünschen nicht in Erscheinung tritt. Dies entspricht ihrer Herstellung in der Videosequenz, in der sie als passive Patient:in realisiert wird. Das OP-Hemd und die Umgebung des Patient:innenzimmers, die im Video als diese Herstellung unterstützend rekonstruiert wurden, sind auch in der Gesprächssituation wirksam. Zudem deuten Frau Mühlenkamps Formulierungen darauf hin, dass sie bereits umfassende Pflegeerfahrungen gesammelt hat und in dieser Art ihre Herstellung als Patient:in weitgehend gefestigt ist. Ihr Verständnis von beruflichem Pflegehandeln entspricht damit der anhand der Videosequenz deutlich gewordenen Versorgung ohne Berücksichtigung der Individualität der Patient:in. Das Frau Mühlenkamp hier nicht direkt auf die Datenbrille eingeht, deutet darauf hin, dass diese in der Beurteilung der Situation für sie keine Relevanz hat.

5.2.4 Blick auf den gesamten Fall

Auch in der Interpretation zu diesem Fall wird die Relevanz der nicht-menschlichen Akteur:innen deutlich. So stützten Akteur:innen wie beispielsweise das OP-Hemd, die Bettdecke und der Kasack die institutionalisierte Herstellung der Patient:in und des Pflegers. Insbesondere die Patient:in wird in der Videosequenz, aber auch in dem Auszug des Gesprächs mit Peter, als im Zentrum der Pflegehandlung stehend, aber ohne individuelle Bedürfnisse, hergestellt. Die Grenzziehung der Patient:in zu den weiteren Akteur:innen ist damit deutlich. Ihre Herstellung im Video entspricht der Herstellung im anschließenden Gespräch, die durch Frau Mühlenkamps langjährige Erfahrungen als Patient:in gefestigt zu sein scheint. Bemerkenswert ist, wie sich in der Videosequenz Peters Vorstellung von Pflegehandeln als »sich auf den Patienten« fokussieren mit Frau Mühlenkamps Anspruchslosigkeit intra-agiert. So entsteht ein Phänomen, in dem die Patient:in im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht, aber selbst keine Bedürfnisse äußert, was dazu passt, dass Peters Handlungen wohl auf die Patient:in konzentriert sind, aber nicht der individuellen Person entsprechend angepasst werden. Gestützt wird dieses Vorgehen durch die weiteren Akteur:innen, die auf das institutionelle Setting verweisen, in dem die Patient:in als Patient:in, aber nicht als Individu-

um berücksichtigt zu werden scheint. Entsprechend liegt auch ein Großteil der Handlungsmacht innerhalb des Phänomens bei der Institution, die die Möglichkeiten, sich in dem Phänomen zu verhalten, vorgibt. Da sowohl Peter als auch Frau Mühlenkamp in den anschließenden Gesprächen in ihren jeweiligen Rollen bleiben, zeigt sich hier eine große Stimmigkeit der Interpretationen über die unterschiedlichen Datensorten hinweg.

Als Element, welches sich in der Videosequenz nicht zeigte, kommt im Gespräch mit dem Pfleger die Relevanz eines *inneren Gefühls* deutlich zum Ausdruck. Diese Form impliziten Wissens wird in Peters Aussagen als handlungsleitend gerahmt. Das Gefühl macht deutlich, wo der Fokus der Aufmerksamkeit gerade liegen sollte und gibt damit die Richtung der Konzentration vor. Dabei stellt Peter sowohl die Datenbrille als auch das Vorgehen der Wundversorgung als disruptiv für die Konzentration auf den Typ Patient:in dar. Damit wird deutlich, inwiefern nicht nur materielle, sondern auch immaterielle Akteur:innen die Situation beeinflussen können. Die Passung der unterschiedlichen Materialsorten zueinander deutet darauf hin, dass die in den Gesprächen über das Video hinaus wirksamen Strukturen die Perspektive des Videos gut ergänzen und so ein umfassendes Bild des Phänomens entsteht.

5.3 Zusammenfassung des Ergebniskapitels

Zunächst ist zusammenfassend festzuhalten, dass sich die Relevanz nicht-menschlicher Akteur:innen in beiden dargestellten Fällen zeigt. Dies zeigt sich bereits in der Quantität der relevanten nicht-menschlichen Akteur:innen, die sich anhand der Übersichtstabellen erkennen lässt (Tabelle 3 und Tabelle 4 [S. 90 und S. 112]) und wird in den Rekonstruktionen der Phänomene besonders deutlich. Gleichzeitig findet in beiden Fällen keine Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Patient:in statt. Darüber hinaus zeigen sich in beiden Fällen, in denen es mit der Vorbereitung einer Versorgungssituation um ähnliche Handlungen geht, unterschiedliche Herstellungen der jeweiligen Akteur:innen. Die Herstellungen der Patient:innen unterscheiden sich sowohl in ihren Grenzziehungen zu anderen Akteur:innen als auch in ihrer Herstellung als Person. Wobei die Herstellung als Person im zweiten Fall sich darauf bezieht, die Patient:in in das Zentrum der Aufmerksamkeit zu setzen. Eine Wahrnehmung der individuellen Bedürfnisse der Patient:in ist damit nicht gegeben, stattdessen treten die institutionellen Bedingungen in den Vordergrund. Auch die Pfleger:innen werden in unterschiedlicher Art und Weise hergestellt. Während die eher menschlich hergestellte Pflegerin in Fall 1 einen natürlichen Autoritätsanspruch geltend machen will, drückt sich in der Herstellung des Pflegers in Fall 2 eher das institutionelle Setting aus. Damit zeigen sich insgesamt unterschiedliche Herstellungen von Menschlichkeit,

die sich in der Relevanz und den Ansprüchen der Akteur:innen, allerdings nicht in besonderem Einfühlungsvermögen, ausdrücken. Entsprechend der unterschiedlich hergestellten Pflegephänomene unterschieden sich auch die Herstellungen der nicht-menschlichen Akteur:innen stark. Während beispielsweise das Pflegebett im ersten Fall ein wesentlicher Bestandteil des Pflegebedürftigkeitsphänomens ist, kommt es im zweiten Fall lediglich als Hilfsmittel zum Einsatz, welches eine klare Grenze zur Patient:in aufweist. Demnach konnte anhand von menschlichen und nicht-menschlichen Akteur:innen gezeigt werden, inwiefern sich die Herstellungen in der Intra-aktion abhängig vom jeweiligen Phänomen verändern können.

Neben den Grenzziehungen und den Herstellungen als menschlich und dingförmig zeigte sich auch die Handlungsmacht in den Fällen unterschiedlich verteilt. Dabei waren die Handlungsmöglichkeiten, die die Patient:innen hatten, in beiden Fällen sehr begrenzt. Aber auch die Pfleger:innen, die im ersten Eindruck die Situation zu bestimmen scheinen, haben nur eine begrenzte Handlungsmacht. Die Möglichkeiten, die in der Intra-aktion vorliegen, werden im Gegensatz stark von den institutionellen Bedingungen sowie von der entsprechenden Gestaltung der Akteur:innen beeinflusst. So gibt beispielsweise das Patientenbett die Möglichkeiten der Positionierung der Patient:in in gewissem Maße vor. Gleichzeitig ermöglicht auch die Kleidung der Patient:innen und der Pfleger:innen bestimmte Handlungen, wohingegen andere eher verunmöglicht werden. Wer welche Kleidung trägt, ist weitestgehend durch die Institution vorgegeben und verweist damit auf die Macht der Institution in der jeweiligen Situation. Darüber hinaus verweisen Grenzobjekte wie die Patient:innenklingel auf die Rahmenbedingungen der Intra-aktion und zeigen an, dass die Intra-aktion nicht losgelöst von weiteren Ansprüchen und Bedingungen stattfindet. Zudem deuten insbesondere die Rekonstruktionen anhand der Gespräche auf die Relevanz von Diskursen und Vorannahmen, die über die Patient:in und die Pfleger:in in der Intra-aktion wirksam werden.

In der Kombination der ausgewerteten Materialsorten zeigen sich zudem unterschiedliche Wirkungsweisen. Einige der Strukturen aus den Gesprächen zeigten sich auch in der Videosequenz als wirksam und deckten sich teilweise zwischen den befragten Akteur:innen. Diese deckungsgleichen Strukturen wurden teilweise um weitere Details ergänzt. So konnte die Einstellung der Akteur:innen sowie der Umgang mit unterschiedlichen Wissensformen anhand der Gespräche rekonstruiert werden, wohingegen diese Aspekte in den Videosequenzen weniger deutlich hervortraten. Darüber hinaus zeigten sich in den Gesprächen auch Strukturen, die in den Videosequenzen kaum sichtbar wurden. Dies ist besonders in der Herstellung der Patient:in in Fall 1 zu beobachten. Während Frau Mühlenkamp im überwiegenden Teil der Videosequenz als passiv und ohne viel Handlungsmacht hergestellt wurde, zeigte sie sich im Gespräch wie auch im abschließenden Teil der

Videsequenz in einer wesentlich aktiveren Rolle, in der sie sich eher als Experimentteilnehmer:in als als Patient:in realisierte.

6 Diskussion

Im Rahmen dieser interdisziplinären Untersuchung habe ich mit der Care-Debatte, der Pflegewissenschaft, dem Agentiellen Realismus und der Methodologie der Objektiven Hermeneutik unterschiedliche theoretische und methodische Ansätze diffraktiv miteinander ergänzt. In diesem Kapitel werden die entsprechenden theoretischen und methodischen Konsequenzen sowie der Mehrwert der entstandenen Ergebnisse vor dem Hintergrund der jeweiligen Disziplinen diskutiert. Der erste Teil des Kapitels (6.1) reflektiert die verwendeten Methoden im Hinblick auf entstandene Konzepte und die Auswirkungen auf die Ergebnisse. Im zweiten Teil (Kapitel 6.2) wird der theoretische Mehrwert der Ergebnisse für Entwicklungen im Bereich der Pflegewissenschaft und des Agentiellen Realismus betrachtet. Abschließend (6.3) werden aus den Ergebnissen und den theoretischen Überlegungen Implikationen für die Praxis abgeleitet.

6.1 Methodenreflexion

Das diffraktive Lesen der unterschiedlichen methodischen und theoretischen Ansätze führt zu einem erweiterten Objektivitätsbegriff, in dem sich die Methodologie der Objektiven Hermeneutik mit den Annahmen situierten Wissens gegenseitig ergänzt. In diesem Kapitel stelle ich zunächst den entstandenen Objektivitätsbegriff dar (6.1.1). Anschließend folge ich den entstandenen Prinzipien, indem ich die Auswirkungen des methodischen Apparates auf die Ergebnisse darstelle (6.1.2).

6.1.1 Schaltstelle der Methodenkombination: Objektivitätsbegriff der Arbeit

Die Betrachtung des Objektivitätsbegriffes in der Objektiven Hermeneutik und in den Science and Technology Studies zeigt, inwiefern sich die beiden Ansätze in einem diffraktiven Lesen gegenseitig erweitern lassen. Die in dieser Arbeit entstandene Form der Objektivität kann eine Grundlage für weitere Arbeiten mit der Objektiven Hermeneutik in den Science and Technology Studies sein und stellt

damit einen Beitrag zur Methodenentwicklung in den Science and Technology Studies dar. Gleichzeitig wird eine Diskussion über Objektivität in der Objektiven Hermeneutik und damit auch eine Entwicklung der Methodologie angeregt. Denn obwohl die Objektive Hermeneutik den Begriff der Objektivität in ihrem Namen trägt, finden sich kaum extensive Auseinandersetzungen mit der Bedeutung dieser für die Methodologie.

Für diese Arbeit gilt der Anspruch, Ergebnisse zu erzeugen, die von den einzelnen Akteur:innen unabhängig sind. Dies entspricht sowohl dem Ziel der Objektiven Hermeneutik, welches als Rekonstruktion »objektiver Bedeutungsstrukturen« beziehungsweise »latenter Sinnstrukturen« (Oevermann, 2002, 1f.) beschrieben wird als auch der Vorstellung eines »intraaktiven Werden[s]« (Barad, 2018a, 41) wie er im Rahmen des Agentiellen Realismus vertreten wird.

Mit dem Bezug auf »Objektive Bedeutungsstrukturen« verweist die Objektive Hermeneutik auf Strukturen, die jenseits von Kultur und Natur existieren (Reichert, 1995, 224) und über die »sprach-handlungsfähige Subjekte verfügen« (Wernet, 2009, 14).

»Objektiv« sind die Bedeutungen von Handlungen und Äußerungen, die sie erzeugen, deshalb, weil den Regeln eine allgemeine Geltung zukommt, unabhängig von der subjektiven Einschätzung der Akteure.« (Maiwald, 2013, 190)

Das Zusammenspiel der entsprechenden Regeln wird als Struktur des Falles verstanden. Unterschieden werden unter anderem universelle und historische Regeln (Loer, 2006, 362). Dabei wird davon ausgegangen, dass universelle Regeln »beispielsweise das intuitive Wissen um Sozialstruktur oder auch die Regeln der Sprache« (Wernet, 2009, 14) »die humane Sozialität überhaupt [konstituieren]« (Loer, 2006, 362). In dieser Sichtweise werden Akteur:innen ausgeschlossen, die diese »nichthintergehbaren Regeln« (Wernet, 2009, 14) nicht kennen oder nicht befolgen können. Damit würde die Methodologie der Objektiven Hermeneutik es nur erlauben, Aussagen über die erwähnten »sprach-handlungsfähige[n] Subjekte« (ebd.) zu treffen. Diese Begrifflichkeit impliziert eine Trennung zwischen Subjekt und Objekt und bezieht sich auch in der Gruppe der Subjekte nur auf bestimmte Menschen. Mit dem Bezug auf den Agentiellen Realismus sind für die Entstehung eines Phänomens allerdings sowohl menschliche als auch nicht-menschliche Akteur:innen relevant, die erst in der Intra-aktion entstehen. Dies wird in dieser Arbeit insbesondere durch die Verwendung der Videografien und die entsprechende Interpretation berücksichtigt. Die Ergebnisse zeigen, dass sich durch die Anwendung der Objektiven Hermeneutik nicht nur die Regeln der menschlichen Akteur:innen, sondern auch das intra-aktive Werden des Phänomens rekonstruieren lassen. Insofern kann der Begriff der Objektivität der Objektiven Hermeneutik hier ernst ge-

nommen werden, wenngleich das zugrunde liegende Regelverständnis angepasst zu verstehen ist.

Relevant für diese Untersuchung sind insbesondere kultur- und millieuspezifische Regeln, die in der Objektiven Hermeneutik als Ergänzung zu den universellen Regeln gesehen werden (Wernet, 2009, 14). Diese Regeln verweisen auf die im Agentiellen Realismus relevanten Diskurse¹ und begründen die Notwendigkeit des Einbezugs von Personen, denen diese Regeln geläufig sind, in die Dateninterpretation. In dieser Studie wurde dies berücksichtigt, indem nach Möglichkeit Personen mit Pflegeerfahrung in die Interpretationen einbezogen wurden (Kapitel 4.2).

Neben dem Objektivitätsverständnis der Objektiven Hermeneutik sind im Rahmen dieser Arbeit weitere Überlegungen zur Objektivität des Forschungsprozesses relevant. Diese beziehen sich unter anderem darauf, inwiefern die Werte von Forscher:innen in die Gestaltung und Durchführung von Forschungsprozessen einfließen. Eine Objektivität durch möglichst große Wertfreiheit herzustellen, wird insbesondere seit Thomas Kuhns 1977 veröffentlichten kritischen Ausführungen dazu als unplausibel angesehen. Kuhn legte beispielsweise die Unzulänglichkeit von vermeintlich objektiven Kriterien der Theorieauswahl dar. Wie soll zum Beispiel eine Entscheidung zwischen zwei Theorien, die einerseits eine große Reichweite und andererseits eine hohe Genauigkeit aufweisen, neutral erfolgen? (Kuhn, 1977, 321ff.).

Darüber hinaus hat der Blick in vergangene Forschung gezeigt, inwiefern auch als neutral gerahmte Vorhaben schon in der Formulierung der Forschungsinteressen über die Datengewinnung und -auswertung bis hin zur Ergebnisdarstellung nicht neutral sind. Darin spiegelt sich auch die Gestaltung der wissenschaftlichen Gemeinschaft wieder, die empirisch betrachtet in sich schon nicht divers ist, was auf eine nicht wertneutrale Auswahl hindeutet (Tsou, Richardson & Padovani, 2015). Dies hat unter anderem dazu geführt, dass androzentristische und sexistische Grundannahmen in Forschung eingeflossen sind, die nach klassischen Gütekriterien als qualitativ hochwertig bewertet würde. So wurde beispielsweise in der Medizin der Körper der Frau als dem Körper des Mannes ähnlich betrachtet, was zu einer Problematisierung von grundsätzlich »normalen« Vorgängen führte. So wurden Menstruation, Schwangerschaft, Geburt und Menopause als potenziell behandlungsbedürftig beschrieben.² Um die zugrunde liegenden Werte und Annahmen von Forschung aufdecken und in die Bewertung einbeziehen zu können, fordern Wissenschaftler:innen der STS ein Verständnis von Objektivität,

1 Für eine ausführliche Darstellung der Anschlussfähigkeit der Objektiven Hermeneutik an den Agentiellen Realismus siehe Kapitel 4.1.2.

2 Für eine ausführlichere Begründung zur Notwendigkeit eines anderen Objektivitätsbegriffes siehe beispielsweise: Harding (2019).

welches nicht von neutralen Wahrheiten ausgeht, sondern die Positionalität von Forschungsergebnissen berücksichtigt. Donna Haraway schreibt dazu:

»I want to argue for a doctrine and practice of objectivity that privileges contestation, deconstruction, passionate construction, webbed connections, and hope for transformation of systems of knowledge and ways of seeing.« (Haraway, 1988, 584f.)

Haraway nutzt die Metapher des Sehens, um damit die Probleme einer klassischen Vorstellung von Objektivität darzustellen. Klassische Methoden und Werkzeuge, die immer ausgefeilter wurden, hätten den Eindruck einer umfassenden Perspektive erweckt. Wechselt man aber das Werkzeug oder versetzt sich in die Perspektive einer anderen Akteur:in, stellt man fest, dass völlig neue Bilder entstehen können (Haraway, 1988, 581ff.). Um den Einbezug der Werte der Forscher:in berücksichtigen zu können, beschreibt Haraway das Konzept des situierten Wissens. Im Kern werden drei Aspekte zur Herstellung von situiertem Wissen beschrieben:

- a) Erstens wird anerkannt, dass nur eingeschränkte Perspektiven Objektivität ermöglichen. So bleibt immer Raum für Ergänzungen, Anpassungen und einen konstruktiven Diskurs. Dadurch können stets Perspektiven weiterer (auch benachteiligter) Gruppen einbezogen werden und es entsteht nicht die Illusion eines einzig gültigen und vollständigen Bildes.
- b) Zweitens wird eine eigene Positionierung als Schlüsselpraxis situierten Wissens beschrieben. Damit werden Ethik und Politik als Grundlage aller Wissenschaften anerkannt. Die Offenlegung der eigenen Position ermöglicht es, entsprechend Ergebnisse einzuordnen und an diese anzuknüpfen.
- c) Drittens wird es als notwendig erachtet, die Objekte des Erkenntnisinteresses als Akteur:innen wahrzunehmen und so ihre Perspektiven angemessen zu berücksichtigen. (Haraway, 1988, 582ff.)

Die eingeschränkte Perspektivität in dieser Arbeit ist in Kapitel 6.1.2 dargestellt. Die Reflexion der Auswirkungen des methodischen Apparates auf die Ergebnisse legt die Agentiellen Schnitte dieser Arbeit offen, macht damit ihre Begrenzungen deutlich und eröffnet den Raum für weiterführende Erkenntnisse. Meine eigene Positionierung habe ich unter anderem im Kapitel 4.3.1 dargestellt. Ausgehend von der Frage nach einem differenzierten Blick auf einen Technikeinsatz im Pflegehandeln entwickelte sich eine feministische Perspektive, der die Berücksichtigung der Bedingungen von Care-Arbeit ein Anliegen ist. Die Objekte des Erkenntnisinteresses habe ich unter anderem durch den Einbezug von Pfleger:innen in die Interpretation sowie durch die Erhebung von Videos als Datenmaterial berücksichtigt. Im Forschungsdesign sowie in der Entwicklung der Fragestellung wurden darüber

hinaus immer wieder interdisziplinäre Perspektiven eingenommen. Weitere Akteur:innen stärker in die frühen Phasen des Forschungsprozesses einzubeziehen, ist im Rahmen weiterer Arbeiten wünschenswert und wird in Kapitel 6.1.2 bei der Beschreibung der Einschränkungen meiner Perspektiven berücksichtigt.

Diese Arbeit folgt entsprechend einem Verständnis von Objektivität, in dem eine Struktur jenseits der einzelnen Akteur:innen rekonstruiert wird, die im Rahmen des situierten Wissens allerdings als eingeschränkte Perspektive gilt, die unter anderem vom Forschungsprozess und der Forscher:innenperson abhängig ist. Die Perspektive situierten Wissens schließt an die pflegewissenschaftliche Theoriebildung an, die nach einem Streit über »Einheitstheorien« (Moers & Schaeffer, 2014, 51) dazu überging, »Theorien geringer und mittlerer Reichweite« (Moers & Schaeffer, 2014, 55) zu entwickeln. Entsprechend sind die Ergebnisse dieser Arbeit immer in ihrer Situietheit zu betrachten. Die dargestellte Perspektive ist nicht vollständig, sondern unter anderem von dem methodischen Apparat abhängig.

6.1.2 Auswirkungen des methodischen Apparats auf die Ergebnisse

Vor dem Hintergrund des beschriebenen Objektivitätsbegriffes ordne ich im Folgenden die Vorgehensweise dieser Arbeit mit Bezug auf ihre Perspektivität ein und lege damit dar, inwiefern ein situiertes Wissen hergestellt wurde. Damit berücksichtige ich auch die Annahme der Neuen Materialismen, dass der Apparat die Ergebnisse eines Experiments wesentlich beeinflusst (Barad, 2018a, 58ff.). Das Experiment der Videoaufzeichnungen ist entsprechend durch den Apparat des Promotionsprozesses geprägt. Teil davon sind sowohl die (Weiter-)Entwicklung der Fragestellung und des Forschungsdesigns als auch die Theorieauswahl und Datenerhebung und -auswertung.

Zu erwähnen ist zunächst das iterative Vorgehen dieser Arbeit. Die frühen Gespräche mit Pfleger:innen ermöglichten es sowohl die Fragestellung als auch das weitere Vorgehen in der Datenerhebung anzupassen. Darüber fand die Perspektive von Pfleger:innen Eingang in die Entwicklung des Forschungsvorhabens. Die Impulse der Pfleger:innen sowie erste Interpretationen dieser führten im Zusammenspiel mit regelmäßigen Diskussionen des Forschungsvorhabens in interdisziplinären Forscher:innengruppen eine Verschiebung des Fokus von »Neuen Technologien« hin zu einer Betrachtung pflegerischen Handelns unter Berücksichtigung materieller Aspekte. Gleichzeitig konnten durch das Verständnis von Pflegetherbeit als Care-Arbeit gesellschaftliche Bedingungen sowie einer Anerkennung von Macht, eine Politik von Care und die Möglichkeit für individuelle Gestaltungen als Voraussetzungen für gute Care-Arbeit in Institutionen (Tronto, 2010, 162) einbezogen werden. In diesem Sinne durchlebte die Arbeit einen Wandel von einer androzentrischen hin zu einer feministischen Perspektive. Dadurch wurden

auch feministische Theorien wie die Neuen Materialismen relevant und bestimmen schließlich den Blick auf die Ergebnisse dieser Arbeit maßgeblich.

Ein Aspekt der Partialität dieser Arbeit wird schon in diesen ersten Gesprächen deutlich. Während die Perspektiven von Pfleger:innen somit schon in einer frühen Phase des Forschungsprozesses mit bedacht wurden, fanden Gespräche mit Patient:innen erst nach den Videoaufnahmen statt. Weder im Design noch in der Datenerhebung wurden darüber hinaus beispielsweise die Perspektiven von An- und Zugehörigen berücksichtigt. Vor dem Hintergrund des hier vorgenommenen Agentiellen Schnitts sind die hier gestellten Fragestellungen und Forschungsdesigns einzuordnen. Zudem ist für die Arbeit in den Forscher:innengruppen anzumerken, dass diese zwar interdisziplinär, allerdings auf anderen Ebenen überwiegend homogen besetzt waren. Die Teilnehmer:innen waren mehrheitlich weiße Menschen ohne körperliche Einschränkungen im Alter von 25 bis 35 Jahren. Vor allem dadurch, dass dies auch meine eigene Perspektive³ ist, sind die Perspektiven von nicht-weißen Menschen und Menschen mit Behinderung sowie von Menschen anderer Altersklassen im Forschungsprozess nicht berücksichtigt. Insbesondere für die Sichtweisen von körperlich eingeschränkten Menschen ist dies im Hinblick auf den Forschungsgegenstand relevant. Als ältere Menschen mit körperlichen Einschränkungen waren die Patient:innen an der Datenerhebung, allerdings nicht am Forschungsdesign oder an Auswertungsprozessen, beteiligt. Die Ergebnisse dieser Arbeit können entsprechend gut durch weitere Arbeiten mit einem stärkeren Einbezug von Patient:innen ergänzt werden.

Um die nicht-menschlichen Akteur:innen angemessen in die Forschung einbeziehen zu können, fanden im Anschluss an die ersten Gespräche Videoaufnahmen statt. Das Design dieser Erhebungssituation und der entsprechenden Rekrutierung wurde neben der Forscher:innenperson und die unterstützenden Forscher:innengruppen auch durch die Ethikkommission der Universität Osnabrück geprägt. Auch die Mitglieder der Ethikkommission waren weiße Menschen ohne körperliche Einschränkungen. Im Gegensatz zu den Teilnehmer:innen der Forschungsgruppen betrug ihr Altersdurchschnitt eher 55 bis 65 Jahre und sie waren jeweils Professor:innen unterschiedlicher Fachdisziplinen. Trotz einer erhöhten Sensibilität für ethische Themen kann es auch in dieser Gruppe folglich leicht vorkommen, dass beispielsweise Perspektiven nicht-weißer Menschen und von Menschen mit Behinderung nicht berücksichtigt werden. So wurde mein geplantes Vorgehen, den Feldzugang über die Institution Krankenhaus und die verschiedenen Hierarchieebenen zu wählen, nicht als problematisch thematisiert. Angesprochen wurden die Pfleger:innen, wie im Ethikantrag (Anhang C) beschrieben, nach einer Zustimmung des Betriebsrates schließlich durch ihre Vorgesetzten. Die interessierten Pfleger:innen sprachen dann die in Frage kommenden Patient:innen an. Es ist

3 Weitere Hinweise zu meiner eigenen Positionalität finden sich in Kapitel 4.3.2.

möglich, dass die Auswahl sich durch dieses Vorgehen auf Personen beschränkt hat, die gut an die Institution angepasst sind. Zudem habe ich so im Nachhinein hegemoniale Strukturen reproduziert, die zu einem Gefühl der Verpflichtung auf Seiten der Teilnehmer:innen geführt haben könnten. Dieses Gefühl könnte vor allem bei Patient:innen entstehen, die auch nach Abschluss der Forschung in einer direkten Abhängigkeit von den Pfleger:innen, die sie im ersten Schritt um eine Teilnahme bitten, stehen. Um eine widerwillige Teilnahme möglichst zu vermeiden, legte ich viel Wert auf eine umfassende eigene Aufklärung der Patient:innen und meinen eigenen Eindruck von der Situation. So zog eine Patient:in nach anfänglicher Zusage ihre Einwilligung zurück und ich beschloss gemeinsam mit einer Pfleger:in eine nicht-einwilligungsfähige Patient:in, deren Bevollmächtigte einer Teilnahme zugestimmt hatten, nicht einzubeziehen, da diese in dem Moment auch auf andere Pflegehandlungen abwehrend reagierte und so eine Ablehnung der Teilnahme nicht erkennbar gewesen wäre. Diese beiden Fälle zeigen, inwiefern ein sensibler Umgang mit der Forschungsteilnahme gepflegt wurde. Dennoch müssen auch die weiteren Ergebnisse vor dem Hintergrund der vorherrschenden und reproduzierten Abhängigkeitsverhältnisse betrachtet werden. In diesem Rahmen könnten beispielsweise Verhaltensweisen und Gesprächsinhalte als sozial erwünscht eingeordnet werden. Besonders deutlich wird ein möglicherweise hierarchisch eingebundenes Handeln im Gespräch mit Frau Mühlenkamp, wenn diese der Forscherin gegenüber von der Pflegerin als *Ihre Kollegin* spricht. Damit stellt Frau Mühlenkamp sowohl Forscherin und Pflegerin als auch das Forschungsvorhaben und die Institution Krankenhaus als eng miteinander verbunden dar. Aufgrund der vorgenommenen Betrachtung des Protokollstatus (Kapitel 4.4) sowie der umfassenden Interpretation gehe ich dennoch davon aus, dass Frau Mühlenkamp in der dargestellten Art und Weise weitestgehend ihrer Herstellung als Patient:in entspricht. Offen bleibt hier, inwiefern eine andere Ansprache beispielsweise eine Herstellung als Experimentteilnehmer:in und damit gegebenenfalls mehr Handlungsmacht auf Seiten von Frau Mühlenkamp unterstützt hätte. Die Frage der Stabilität des »Phänomens Patient:in« ist in weiteren Forschungen zu untersuchen.

Um keine weiteren Patient:innen und Pfleger:innen einer möglicherweise ungewollten Erhebungssituation auszusetzen und aufgrund der Fülle des bereits erhobenen Datenmaterials, beschloss ich die Erhebungen nach drei Videoaufnahmen zu beenden, obwohl von Seiten der Pfleger:innen großes Interesse an weiteren Erhebungen signalisiert wurde. In der Fülle des Datenmaterials zeigten sich bereits unterschiedliche Pflegephänomene, die im Rahmen dieser Arbeit nicht alle vollständig rekonstruiert werden können, daher war die Beendigung der Erhebung im Sinne des forschungsethischen Prinzips der Schadensvermeidung (von Unger, 2014, 18) angebracht. Allerdings ist damit auch ein relativ homogenes Sample entstanden. So waren alle Teilnehmer:innen weiß. Die Patient:innen waren jeweils älter als 70 Jahre, die Pfleger:innen waren im Alter von 35-55. Die Herstellungen

von nicht-weißen Menschen und von Menschen anderer Altersgruppen wurde entsprechend nicht erhoben und sollte Gegenstand weiterer Forschung sein. Darüber hinaus wurden auch durch die Auswahl des Wundmanagements als Anwendungsfall nur examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen im Setting Krankenhaus in die Forschung einbezogen. Der große Anteil an Care-Arbeit, der unter anderem durch Pendelmigrant:innen überwiegend im ambulanten Setting erbracht wird (Kniejska, 2016; Schilliger, 2015; Van Holten et al., 2013), kann vermutlich auch von einer Betrachtung aus Perspektive des Agentiellen Realismus profitieren und sollte somit Gegenstand weiterer Forschung sein.

Das Interesse an der Teilnahme der Forschung durch die Pfleger:innen war deshalb so groß, weil diese die Dokumentation des Wundzustandes mit einer Datenbrille ausprobieren wollten. Der Einbezug der Datenbrille und die damit entstandene experimentelle Situation sind auf mein frühes Forschungsinteresse an neuen Technologien und meine Mitarbeit in einem entsprechenden Forschungsprojekt zurückzuführen. Mit dem späteren Fokus der Arbeit auf Pflegehandeln unter Einbezug von materiellen Aspekten wäre eine Einbringung der Datenbrille nicht notwendig gewesen. Dies zeigt sich unter anderem daran, dass die Datenbrille in den ausgewerteten Videosequenzen nicht benutzt wird. Dennoch hat der Einbezug der Datenbrille auch positive Effekte. So wird in den anschließenden Gesprächen die Herstellung der Akteur:innen im Bezug auf den Einsatz der Datenbrille besonders deutlich. Zudem wurde durch das experimentelle Setting ein Krisenmoment erzeugt, in dem die Aufmerksamkeit nicht auf eine bewusste Veränderung der Intra-aktion gelegt werden konnte. Damit ist davon auszugehen, dass die Wundversorgung und die entsprechende Vorbereitung einem vergleichsweise unveränderten Ablauf entsprechen. Darüber hinaus setzen die Videoaufnahmen einen klaren Fokus auf die Intra-aktion innerhalb der Phänomene. Die Ausschnitte zeigten vor allem die Patient:in im Pflegebett, die das Zentrum der Aufnahmen bildete. Inwiefern die Intra-aktion auch durch Akteur:innen beeinflusst wird, die im Video nicht sichtbar sind, zeigt sich in den Daten beispielsweise am Grenzobjekt der Patient:innenklingel. Diese verweist eindrucksvoll auf die weiteren Patient:innen, die Unterstützung durch die Pfleger:in gebrauchen könnten. Zudem treten die Pfleger:innen in den Videoaufnahmen teilweise aus dem Bildausschnitt heraus, was auf einen weiteren Handlungsraum ihrerseits verweist. Ein Herauszoomen aus dem Videoausschnitt würde schließlich zeigen, dass die Zimmer der Patient:innen keine Einzelzimmer sind und teilweise auch weitere Patient:innen zugegen waren. Zudem erlebte ich, während ich auf dem Flur wartete, ein reges Treiben durch Patient:innen und Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die auf der Station tätig waren. Es kann davon ausgegangen werden, dass den Pfleger:innen im täglichen Stationsablauf die entsprechenden Routinen vertraut sind und sie ihre pflegerische Tätigkeit neben den Wünschen der Patient:innen an diesen ausrichten. Diese umfangreichen Prozesse liegen am Rande der in dieser Ar-

beit untersuchten Fragestellungen und wurden daher mit der Ausrichtung der Kamera und der Gestaltung der Gespräche auch nur am Rande berücksichtigt.

Darüber hinaus ist die Aufnahme eines Videos auch über die erhobenen Datentypen als selektiv zu betrachten. Visuelle und auditive Daten werden aufgenommen, wohingegen Stimmungen, Temperaturen und Gerüche beispielsweise nicht berücksichtigt werden. In der Interpretation konnten entsprechend nur diese Daten einbezogen werden. In den betrachteten Fällen scheinen Gerüche entsprechend keine Rolle zu spielen. Dennoch können diese insbesondere in der Wundversorgung besonders relevant sein. Intensive Gerüche von Wunden können beispielsweise zu Ekel und Scham führen. Gleichzeitig stellt der Wundgeruch auch einen guten Anhaltspunkt für den Wundzustand dar. Damit können Gerüche ein wesentliches Merkmal materieller Akteur:innen sein. Bei der Einordnung der Ergebnisse dieser Arbeit ist entsprechend zu bedenken, dass es neben den audiovisuellen Daten, die hier einbezogen wurden, weitere Aspekte beruflichen Pflegehandelns geben kann, die auf diese Art und Weise nicht mit untersucht wurden. Allerdings ermöglichte die Ergänzung der Videoaufnahmen um die anschließenden Gespräche mit Pfleger:innen und Patient:innen die Erhebung von Daten, die über die Videoaufzeichnung hinaus gehen. So konnte beispielsweise der Bezug der Pfleger:innen auf implizite Wissensformen und ihr Gefühl berücksichtigt werden. Darüber hinaus ließen sich die Vorstellungen von Pfleger:innen, Patient:innen und Technik als immaterielle Strukturen rekonstruieren. Allerdings bedarf auch die Durchführung der Gespräche einer Einordnung. So fanden die Gespräche direkt im Anschluss an die Videoaufnahmen im Setting Krankenhaus statt. Dies hatte beispielsweise zur Folge, dass die Kleidung der Teilnehmer:innen der Kleidung in den Videoaufnahmen entsprach. Zudem wurden als Ort durch die Pfleger:innen ein Essensraum und ein Pflegebüro gewählt, welche beide nicht völlig ungestört blieben. Die Patient:innen befragte ich hingegen in ihren Pflegebetten. Durch die Kleidung und die örtlichen Gegebenheiten liegt es nahe, dass die Pfleger:innen und die Patient:innen aus ihrer jeweiligen Rolle heraus antworteten. Eine Befragung mit anderer Kleidung im heimischen Wohnzimmer hätte womöglich andere Herstellungen der Akteur:innen sichtbar gemacht.

Zu guter Letzt beeinflusst auch die Darstellungsform der Ergebnisse, inwiefern diese verstanden werden können. In der Kombination aus Standbildern und Text habe ich ein möglichst umfassendes Bild der Phänomene dargestellt. Beim Lesen des Textes ist allerdings zu berücksichtigen, dass verschwimmende Akteurgrenzen und Herstellungen in der Intra-aktion im deutschen Sprachsystem nicht vorgesehen sind. So mag es Leser:innen an mancher Stelle schwierig erscheinen, ein Phänomen nicht als aus vorher bestehenden Akteur:innen zu lesen. Ich bitte dies beim Lesen zu bedenken und hoffe, dass eine Einordnung dennoch möglich ist.

6.2 Theoretischer Mehrwert

Mit den Ergebnissen dieser Arbeit wurde der Agentielle Realismus in der Betrachtung beruflichen Pflegehandelns empirisch angewendet. Entsprechend zeigten sich mögliche Weiterentwicklungen sowohl für die Pflegewissenschaft als auch für die Science and Technology Studies. Im ersten Teil dieses Kapitels (6.2.1) werden die Potenziale von Betrachtungen pflegerischen Handelns aus Perspektive des Agentiellen Realismus dargestellt. Im zweiten Teil des Kapitels (6.2.2) wird insbesondere die entwickelte methodologische Vorgehensweise als Mehrwert aus Perspektive Neuer Materialismen beschrieben.

6.2.1 Die Ergebnisse im Licht der Pflegewissenschaft

Wie in der Gegenstandsbeschreibung (Kapitel 2) dargelegt, werden materielle Aspekte bei der Betrachtung pflegerischen Handelns nur selten in den Fokus gerückt. Als relevant wahrgenommen wird ihre Bedeutung allerdings bei Überlegungen zu neuen Technologien in der Pflege. Bisher folgen diese Betrachtungen überwiegend anthropozentrischen Sichtweisen. In dichotomen Ansätzen werden beispielsweise Pfleger:in und Patient:in, gesund und krank, theoretisches und praktisches Wissen sowie menschliche und technische Pflege als Gegensatzpaare hergestellt (Kapitel 2.2.1). Erste Betrachtungen von Pflegehandeln aus der technopragmatischer Perspektive weisen über diese Ansätze hinaus und ermöglichen damit einen konstruktiveren Umgang auch in Bezug auf die Integration neuer Technologien in berufliches Pflegehandeln (Kapitel 2.2.2). Die Ergebnisse dieser Arbeit bestätigen diese Erkenntnisse und bieten damit eine Grundlage zur Weiterentwicklung der pflegewissenschaftlichen Theoriebildung. Aus Perspektive Neuer Materialismen können Pflege-theorien unter den folgenden Aspekten beleuchtet werden:

»[W]hat is matter? Why is it glorified or vilified? How do we undo the negative structures it has been put into service for that are destructive and harmful for the environment, and ask this very critical question of how matter comes to matter?« (Colman, 2020, 16f.)

Die Ergebnisse dieser Arbeit geben einen Einblick darin, was Materie in beruflichem Pflegehandeln sein kann und wie diese wirkmächtig wird. Die Relevanz materieller Aspekte zeigt sich zunächst in der Bedeutung nicht-menschlicher Akteur:innen in Phänomenen beruflichen Pflegehandelns. Deutlich wird dies unter anderem in der Übersicht der Akteur:innen, die in den jeweiligen Phänomenen wirksam werden. Es zeigt sich eindrucksvoll, welche große Mehrheit an Akteur:innen außen vor bleibt, wenn nur Pfleger:in und Patient:in, als klassischerweise menschlich verstandene Akteur:innen, berücksichtigt werden. Zudem entsteht mit

dem Blick auf die Pflegephänomene eine Möglichkeit einer posthumanistischen Betrachtung beruflichen Pflegehandelns.⁴ In dieser Perspektive jenseits dualistischer Betrachtungsweisen wird deutlich, dass nicht nur eine große Anzahl an nicht-menschlichen Akteur:innen Relevanz erlangt, sondern dass diese auch wesentliche Auswirkungen auf die Herstellung des jeweiligen Pflegephänomens haben. Im Folgenden stelle ich dar, welche neuen Perspektiven sich vor dem Hintergrund der Kriterien guter Care-Arbeit in Institutionen (Tronto, 2010, 162) aus den Ergebnissen dieser Arbeit ableiten lassen.

- *Die Möglichkeit Care-Arbeit individuell und besonders zu gestalten* wird wesentlich von den (Arbeits-)bedingungen beeinflusst. Zu diesen Bedingungen gehören die soziotechnischen Arrangements, die sich in den Pflegephänomenen zeigen. So deutet beispielsweise die Patient:innenklingel in ihrer Anwendung darauf hin, dass sich auf der Station noch weitere Patient:innen befinden, deren Bedürfnisse auch von den Pfleger:innen berücksichtigt werden sollten. Dadurch wird implizit eine begrenzte zeitliche Ressource zur Berücksichtigung der Wünsche der einzelnen Patient:innen deutlich. Darüber hinaus verweist auch die Herstellung der Patient:in als »Typ Patient:in« auf eine hier angebotene Herstellung ohne die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse. Es konnte gezeigt werden, dass diese Umgangsweise durch die menschlichen und nicht-menschlichen Akteur:innen intra-aktiv hergestellt wird. Um eine individuell gestaltete Care-Arbeit zu erreichen, ist es entsprechend notwendig das gesamte Phänomen in den Blick zu nehmen.
- Die Falldarstellungen zeigen insbesondere, inwiefern nicht-menschliche Akteur:innen an der *Verteilung von Macht in Care-Beziehungen* beteiligt sind. So führt beispielsweise das OP-Hemd zu einer Darstellung von Frau Mühlenkamp als Patient:in in einer annehmenden Rolle, die ihr nur wenig Handlungsspielraum lässt. Darüber hinaus wurde gezeigt, inwiefern auch die Handlungsmacht der Pfleger:in eingeschränkt wird. Unabhängig von Pfleger:in und Patient:in wurde die Wirkmächtigkeit der nicht-menschlichen Akteur:innen deutlich. Die geforderte Anerkennung von Macht in Care-Beziehungen (Tronto, 2010, 162) ist entsprechend nur unter Berücksichtigung aller menschlicher und nicht-menschlicher Akteur:innen vollständig umzusetzen.
- Unter Berücksichtigung der beiden oben genannten Punkte zeigt sich, dass eine *Politik von Care auf allen Ebenen der Institution* sowohl menschliche als auch nicht-menschliche Akteur:innen mitdenken muss. Damit sind unter anderem sowohl der Einkauf als auch die Organisation alltäglicher Abläufe einbezogen.

4 Diese wird auch an anderer Stelle gefordert (Smith & Willis, 2020).

So zum Beispiel Entscheidungen des Einkaufs oder auf Ebenen der Ablauforganisation, die ein hohes Maß an Privatsphäre und Bewegungsspielraum zulassen und eine aktive Herstellung der Patient:in ermöglichen.

Das Zusammenspiel zwischen sozialen Strukturen sowie menschlichen und nicht-menschlichen Akteur:innen aufzudecken ermöglicht die Perspektive Neuer Materialismen durch die Überwindung von Dualismen. Mit der Rekonstruktion anhand des empirischen Materials vermittelt diese Arbeit einen Einblick darin wie Pflegephänomene jenseits dualistischer Betrachtungsweisen gesehen werden können. Unter anderem in den unterschiedlichen Grenzziehungen zeigt sich, dass nicht im Vorfeld zwischen einer menschlichen und einer nicht-menschlichen Herstellung der Akteur:innen unterschieden werden kann. Dabei wird häufig davon ausgegangen, dass die Pflege, die durch klassischerweise als menschlich verstandene Akteur:innen erbracht wird, automatisch eine gute Pflege ist (Lapum et al., 2012). Mit Bezug auf die Kriterien guter Care-Arbeit in Institutionen konnte gezeigt werden, dass sowohl menschliche als auch nicht-menschliche Akteur:innen dazu beitragen können, die Grundlage für eine gute Pflege zu leisten (s. o.). Mit diesem Anschluss an die Care-Debatte wurde es ermöglicht, auch die gesellschaftspolitischen Aspekte von Pflegehandeln in den Blick zu nehmen. Mit einer Verbesserung der (Arbeits-)bedingungen, als wesentliche Grundlage um gute Care-Arbeit leisten zu können, werden die Ziele wieder relevant, für die die Akademisierung und die Professionalisierung der Pflege einmal standen und die aus dem Blick geraten sind (Krampe, 2009).

Darüber hinaus liefert der Blick auf die nicht-menschlichen Akteur:innen in den beschriebenen Phänomenen einen Hinweis darauf, warum Materie oder neue Technologien in pflegewissenschaftlicher Theoriebildung bisher überwiegend ablehnend betrachtet werden. So unterstützen beispielsweise das OP-Hemd und die Patient:innenklingel in ihrer Intra-aktion eher eine Herstellung der Patient:in jenseits von individuellen Bedürfnissen und deuten auf die Umsetzung ökonomischer Logiken. Dieses Phänomen konnte in einer kritischen Betrachtung von Technologie schon eher beobachtet werden (Gadow, 1984). Allerdings zeigt insbesondere der erste Fall, wie fluide die Herstellung der Patient:in sein kann. An diesem Beispiel wird besonders deutlich, dass es nicht einzelne nicht-menschliche Akteur:innen sind, die zu einer entmenschlichenden Betrachtung führen. Zudem zeigt sich, dass auch menschliche Akteur:innen und vorhandene Strukturen dazu beitragen das Pflegebedürftigkeitsphänomen herzustellen.

Eine Entwicklung von Pflege-theorien ausgehend von Grundannahmen des Agentiellen Realismus und unter Einbezug der Care-Debatte kann hier ein vollständigeres Bild liefern. Mit dem Einbezug nicht-menschlichen Akteur:innen kann so das Ziel verfolgt werden Pflege-theorien zu entwickeln, die sich in der Praxis auch umsetzen lassen. Dazu stellte es sich als relevant heraus, Theorie-

entwicklung nah an der Praxis zu betreiben.⁵ So kann auch die Relevanz von (nicht-menschlichen) Akteur:innen berücksichtigt werden, die im Vorfeld nicht bedacht wurden. Im Material zeigt sich dies beispielsweise an dem Grenzobjekt der Patient:innenklingel, die in dem jeweiligen Phänomen auf die Rahmenbedingungen der beruflichen Pflege hinweist. Da die Patient:innenklingel aber nicht im Zentrum des Forschungsinteresses stand, hätte sie in einer Laborsituation nicht als relevante Akteur:in in Erscheinung treten können. Allerdings beeinflusst jede Datenerhebung auch das untersuchte Phänomen. Um diesen Einfluss berücksichtigen zu können und situiertes Wissen zu erzeugen, zeigte sich in dieser Arbeit ein selbstreflexiver Ansatz (Kapitel 4.3.2) als weiterführend. Mit der Anerkennung der durchgeführten Agentiellen Schnitte bilden die hier erzeugten Ergebnisse eine Perspektive, die um weitere Aspekte ergänzt werden kann.

6.2.2 Agentieller Realismus

Der Mehrwert dieser Arbeit für den Agentiellen Realismus besteht in einem Beitrag zur Methodenentwicklung sowie der empirischen Anwendung des Agentiellen Realismus. Die hier entwickelte Methode stellt eine posthumanistische Erweiterung der Objektiven Hermeneutik dar. Wesentliche Anpassungen der Objektiven Hermeneutik habe ich vor allem in drei Aspekten vorgenommen. Erstens habe ich die Grundannahmen des Symbolischen Interaktionismus posthumanistisch erweitert (Kapitel 4.1). Die von Blumer (1980, 81) formulierten Annahmen folgen einem konstruktivistischen Ansatz. In der Erweiterung, die eine Herstellung der Akteur:innen in den jeweiligen Phänomenen, eine Unterscheidung von menschlichen und nicht-menschlichen Akteur:innen erst im Phänomen und die Grenzziehung von Phänomenen in Form von Agentiellen Schnitten beschreibt, werden dualistische Betrachtungsweisen überwunden und eine Anschlussfähigkeit an den Agentiellen Realismus entsteht. Zweitens habe ich den Einbezug von Materie, insbesondere über die Interpretation von Videodaten gewährleistet. Drittens habe ich die Interpretation mit der Objektiven Hermeneutik um den Einbezug selbstreflexiver Aspekte erweitert. So entstand die Grundlage für einen erweiterten Objektivitätsbegriff, der sowohl eine Gültigkeit jenseits einzelner Akteur:innen als auch eine Situiertheit des Wissens beschreibt (Kapitel 6.1.1). Die angewendete Vorgehensweise ermöglicht eine Kombination aus dem Einbezug materieller Aspekte und einem Fokus auf latente Sinnstrukturen. Damit weist sie über bestehende methodische Ansätze hinaus, die den Fokus eher auf der gegenseitigen Hervorbringung von menschlichen und nicht-menschlichen Akteur:innen (Clarke, 2011) oder auf der Überwindung von Grenzen unserer Sprache (siehe beispielsweise: Crath et al., 2019) legen.

5 Dies entspricht auch einer Forderung der »New Nursing Studies« (Ceci, Pols & Purkis, 2017).

Dass es bisher kaum Arbeiten aus der Perspektive Neuer Materialismen mit dem Bezug auf latente Sinnstrukturen gibt, kann daran liegen, dass Forscher:innengruppen, die mit dem Agentiellen Realismus arbeiten nur selten mit Forscher:innengruppen, die mit der Objektiven Hermeneutik arbeiten, in Kontakt kommen. Ein weiterer Grund kann allerdings sein, dass die Objektivitätsbegriffe der Objektiven Hermeneutik und der Science and Technology Studies als unvereinbar wahrgenommen wurden und darüber hinaus in der Objektiven Hermeneutik keine besondere Berücksichtigung materieller Aspekte vorgesehen war. Die in dieser Arbeit entwickelten Anpassungen der Objektiven Hermeneutik sowie der diffraktiv gelesene Objektivitätsbegriff machen die Methode allerdings auch im Rahmen des Agentiellen Realismus nutzbar. Damit ergeben sich auch Anknüpfungspunkte für weitere methodologische Entwicklungen. Denkbar ist neben weiteren Anwendungen der Objektiven Hermeneutik auch ein Einsatz weiterer rekonstruktiver Methoden im Rahmen Neuer Materialismen. So könnte beispielsweise die Anwendung der dokumentarischen Methode diffraktiv gelesen und entsprechend genutzt werden.

Neben der Methodenentwicklung stellt auch die empirische Anwendung Neuer Materialismen einen Mehrwert dieser Arbeit dar. Da es sich bei den Neuen Materialismen noch um eine vergleichsweise neue Theorietradition handelt, die sich stetig weiterentwickelt, existieren bislang vergleichsweise wenige empirische Arbeiten aus dieser Perspektive. Die Anwendung der Theorien und Begriffsinstrumente in empirischen Verfahren können die Plausibilität der Theorien zeigen und darüber hinaus zu einer Weiterentwicklung beitragen. So wird in den beschriebenen Phänomenen unter anderem deutlich, inwiefern die Herstellung der Akteur:innen erst in der Intra-aktion geschieht. Insbesondere anhand des in Fall eins (Kapitel 5.1) rekonstruierten Pflegebedürftigkeitsphänomens zeigt sich auch, wie die Grenzen zwischen Akteur:innen intra-aktiv entstehen. Besonders anschaulich wird die mangelnde Grenzziehung in der Einbettung von Frau Heitmann in ihrem Kopfkissen, welches durch die Umschließung des Körpers zu einer Herstellung von Frau Heitmann als Teil des Pflegebedürftigkeitsphänomens beiträgt. Allerdings wird auch an dieser kurzen Beschreibung eine Herausforderung der Darstellung der in der Intra-aktion entstehenden Akteur:innen deutlich. So mag unter Einbezug der verfügbaren sprachlichen Mittel immer wieder der Eindruck entstehen einzelne Akteur:innen existierten bereits vor der Herstellung im Phänomen. Im Rahmen dieser Arbeit wurde dieser Herausforderung durch detaillierte Beschreibungen der Phänomene begegnet.

Zudem werden durch die empirische Anwendung Diskussionen über potenzielle weitere Anwendungsfelder ermöglicht. Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen insbesondere die Vorteile der Perspektive Neuer Materialismen für die Pflegewissenschaft. So konnte gezeigt werden, wie in Pflegephänomenen die Akteur:innen intra-aktiv hergestellt werden (Kapitel 5). Es wurden Ansätze zur weiteren Ent-

wicklung pflegewissenschaftlicher Theoriebildung deutlich (Kapitel 6.2.1). Die in dieser Arbeit vorgenommenen Agentiellen Schnitte und die Situiertheit des entstandenen Wissens verweisen auf viele weitere Fragestellungen im Bereich der Pflegewissenschaft, die aus Perspektive Neuer Materialismen betrachtet werden könnten. Diese Fragestellungen können sich beispielsweise auf andere Settings wie Altenpflegeheime oder stärker auf die Struktur der Institutionen beziehen. Insbesondere Fragestellungen zur Politik von Care in Institutionen sind vor dem Hintergrund der Kriterien guter Care-Arbeit relevant. Der Mehrwert für die Pflegewissenschaft deutet zudem darauf hin, dass auch Betrachtungen weiterer gesundheitsbezogener Fragestellungen aus Perspektive des Agentiellen Realismus einen Mehrwert bieten, um insbesondere eine Reflexion über die Herstellung menschlicher Körper zu ermöglichen. Die Frage, wie eine Akteur:in als menschlich hergestellt wird und auch die Herstellung von Körpergrenzen werden hier besonders deutlich. Phänomene im Umgang mit dem Körper, wie die Wundversorgung eignen sich für die Veranschaulichung von verschwimmenden Körpergrenzen sehr. Da mit der Wunde die Haut als vermeintliche Grenze des Körpers verletzt ist und in der Regel mit entsprechenden Materialien abgedeckt wird. Zudem zeigt sich am Beispiel der Pflegewissenschaft und dem Einbezug in die Care-Debatte wie wichtig eine Berücksichtigung von Machtstrukturen insbesondere in weiblich konnotierten und daher potenziell zu gering bewerteten Arbeitsfeldern ist. Daraus ergeben sich interessante Anwendungsfelder für Neue Materialismen im Bereich weiterer Gesundheitsfachberufe, wie der Logopädie, Physiotherapie und der Hebammenkunde, die auch mit dem Körper arbeiten und dem Feld der Care-Arbeit zuzuordnen sind.

6.3 Implikationen für die Praxis

Im Ausgangspunkt dieser Arbeit begreife ich berufliches Pflegehandeln als Care-Arbeit und habe es damit in den Kontext der Care-Krise eingeordnet (Kapitel 2.1.1). Mit dem Verständnis von beruflichem Pflegehandeln als Care-Arbeit werden auch die Kriterien guter Care-Arbeit in Institutionen (Tronto, 2010, 162) für die Bewertung guter Pflege relevant. Durch die Anwendung des Agentiellen Realismus ergibt sich eine erweiterte Betrachtung der Kriterien, die in den Ergebnissen deutlich wird. Die Auswirkungen auf pflegewissenschaftliche Betrachtungen sind bereits erörtert (Kapitel 6.2.1). Darin werden die Kriterien guter Care-Arbeit in Institutionen mit dem Einbezug nicht-menschlicher Akteur:innen jenseits dichotomer Betrachtungen in den Blick genommen. Ausgehend von diesen Erweiterungen lassen sich mit Blick auf das Datenmaterial Implikationen für die Praxis beruflichen Pflegehandelns und damit auch für Technikentwicklung in der Pflege ableiten, die in diesem Kapitel erläutert werden. Zunächst werden die Implikationen für die

Pflegepraxis dargestellt und anschließend um die Auswirkungen für die Technikentwicklung für die Pflege ergänzt. Dieses Kapitel beginnt mit den Implikationen für die Pflegepraxis (6.3.1) und schließt mit Implikationen für Technikentwicklung in der Pflege an (6.3.2).

6.3.1 Berufliches Pflegehandeln

Vor dem Hintergrund der Kriterien guter Care-Arbeit ermöglichen die Ergebnisse dieser Arbeit insbesondere einen erweiterten Blick auf die Berücksichtigung von Machtstrukturen und individuellen Bedürfnissen in beruflichem Pflegehandeln. Der Einbezug der materiellen Agency sowie eine Betrachtung jenseits von Dualismen zeigten eine Herstellung der Patient:in als Pflegebedürftigkeitsphänomen (5.1) oder als »Typ Patient:in« (5.2). In beiden Fällen wurde die Patient:in nicht als Individuum hergestellt, wodurch eine Berücksichtigung individueller Bedürfnisse nicht stattfand. Zudem wurde deutlich, inwiefern die Handlungsmacht innerhalb des Phänomens neben den menschlichen auch bei den nicht-menschlichen Akteur:innen lag. Von diesen Perspektiven können Potenziale für die weitere Gestaltung beruflichen Pflegehandelns abgeleitet werden. Dazu lohnt zunächst ein Blick auf bisherige Maßnahmen und Modellprojekte, die das Ziel haben, individuelle Bedürfnisse der Patient:innen stärker zu berücksichtigen.

Als »innovatives Modell der Langzeitpflege« (Leichsenring, 2015) gilt derzeit beispielsweise das Buurtzorg Modell. Kern des Modells sind kleine, unabhängige und wohnortnahe Teams von Pfleger:innen, die die komplette Versorgung der Pflegebedürftigen sicherstellen. Dazu binden die Teams auch informelle Pfleger:innen in die Versorgung ein. Das Modell, welches in den Niederlanden entwickelt wurde, hat dort stetig weitere Verbreitung gefunden. Eine Übertragung in andere Länder wird aufgrund der hohen Kostenersparnis bereits geprüft. Auch in Deutschland findet Pflege nach den Organisationsprinzipien des Buurtzorg Modells bereits vermehrt Anwendung (Buurtzorg Deutschland Nachbarschaftspflege gGmbH, o. J.). Die Umsetzung in Deutschland wird im Hinblick auf entsprechende Anpassungsbedarfe der Pflegeversicherung wissenschaftlich evaluiert. Es wird davon ausgegangen, Impulse für eine Anpassung der in Deutschland geltenden Systeme zur ambulanten Versorgung zu erhalten (Hochschule Osnabrück, 2020). Eine Übertragung des Modells würde auch in Großbritannien eine weitreichende Anpassung des National Health Service (NHS) auf allen Ebenen erfordern (Lalani et al., 2019). In den notwendigen Anpassungen der Gesundheitssysteme wird deutlich, dass sich die Strukturen einzelner Organisationen aufgrund der weitreichenden Regulierungen nicht ohne weitreichende Anpassungen umsetzen lassen. Ohne eine Anpassung der Rahmenbedingungen besteht die Gefahr, dass das Modell eher der langfristigen Realisierung von Gewinnen als der Selbstbestimmtheit von alten und behinderten Menschen dient (Schönwiese, 2020, 126). Diese Gewin-

ne würden dann realisiert, indem unbezahlte Arbeit weitergehend an informelle Pflegende, die in der Regel marginalisierte Gruppen sind, ausgelagert wird.

Neben dem Buurtzorg Modell haben auch Ansätze des Primary Care Nursing das Ziel, den Einbezug individueller Interessen von zu Pflegenden zu fördern. In diesen Modellen ist einer Patient:in jeweils eine feste Pfleger:in zugewiesen, die im Idealfall über die gesamte Behandlungsdauer als zentrale Ansprechperson fungiert (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2019). Als wesentlich für die Umsetzung des Primary Care Nursing wird eine Klärung der jeweiligen Rollen beschrieben. Anpassungen auf Organisationsebene sind nur in geringem Maße vorgesehen (ebd.). Sowohl im Buurtzorg Modell als auch im Primary Care Nursing steht materielle Agency nicht im Fokus der Betrachtungen.

Ein weiteres Projekt, welches Patient:innen individuell betreut, ist die geriatrische Betreuung bei Operationen im Franziskus Hospital in Münster (Gurlit & Büttner, 2012). Patient:innen über 70 Jahren werden dort vor, während und nach Operationen durch eine Pfleger:in begleitet, die die Interessen der Patient:in im Blick behalten soll. Nicht-menschliche Akteur:innen wurden in diesem Modell in Form einer angepassten Sedierung im Zusammenhang mit einer persönlichen Betreuung während der Operation berücksichtigt. Dieses Angebot hat zu einer Verringerung eines Auftretens von Delirien geführt (Gurlit & Büttner, 2012). Bemerkenswert ist, dass sowohl in allen drei Modellen eine feste Zuordnung von Pfleger:innen zu Patient:innen die wesentliche Maßnahme zu sein scheint, die eine Berücksichtigung der Interessen der Patient:innen ermöglicht. Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen allerdings, wie sehr die Handlungsmacht der Pfleger:innen durch nicht-menschliche Akteur:innen beeinflusst wird. Entsprechend sollten die Pfleger:innen in die Gestaltung nicht-menschlicher Akteur:innen einbezogen werden.

Eine mögliche Grundlage für einen stärkeren Einbezug von Pfleger:innen sollen eine Anpassung der Ausbildungsstrukturen sowie eine stärkere interessenpolitische Organisation der beruflich Pflegenden bilden. In Studiengängen werden akademisierte Pflegende ausgebildet, die insbesondere durch ihre wissenschaftliche Ausbildung als kompetente Gesprächspartner:innen für Ärzt:innen hergestellt werden und darüber hinaus durch die Arbeit in Qualitätssicherung und Entwicklung die Pflegepraxis mitgestalten sollen. Allerdings scheint eine reine Akademisierung ohne den Bezug auf die politischen Rahmenbedingungen nicht zu einer Verbesserung der Situation der Pfleger:innen zu führen (Krampe, 2009). Entsprechend wird eine stärkere Interessensvertretung gefordert, die an die Herausforderungen von Pflege als Frauenberuf anschließt.

Die Ergebnisse dieser Arbeit verweisen auf einen hohen Handlungsbedarf, um die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse in beruflichem Pflegehandeln ermöglichen zu können. Die bisher vorgestellten Strategien stellen Anpassungen innerhalb beruflicher Pflege dar. Mit dem Blick auf eine angemessene Gestal-

tung Care-Arbeit werden auch Forderungen nach Arbeitszeitverkürzungen und einem bedingungslosen Grundeinkommen relevant (Fleischer, 2020). Darüber hinaus geht die Forderung einer Care-Revolution, die ein Verlassen des kapitalistischen Systems fordert (Winker, 2015). In beiden Forderungen wird deutlich, dass menschliche und nicht-menschliche Akteur:innen eng verknüpft sind. So erscheint es nicht ausreichend von den Care-Givern eine möglichst individualisierte Versorgung zu fordern, wenn ihnen die entsprechenden Rahmenbedingungen fehlen. Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen die Handlungsmacht nicht-menschlicher Akteur:innen und deuten damit darauf hin, dass auch entsprechende Anpassungen wirkungsvoll sein können. Dennoch sollten umfassende Anpassungen der Systeme und weitere Modellprojekte zur individuelleren Gestaltung von Institutionen nicht aus dem Blick geraten, denn die Care-Krise kann allein durch eine Anpassung der Akteur:innen nicht gelöst werden.

6.3.2 Technikentwicklung für die Pflege

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen die Relevanz materieller Agency in pflegerischem Handeln sowie den Mehrwert einer Perspektive jenseits von dualistischen Betrachtungsweisen. Zudem wurde deutlich, dass es das Ziel von Technikentwicklung sein sollte eine Berücksichtigung individueller Bedürfnisse der Patient:innen zu fördern und Pfleger:in und Patient:in möglichst viel Handlungsmacht einzuräumen. Um dieses Ziel zu erreichen, können die in dieser Arbeit angewendeten Methoden (Kapitel 4.2) genutzt werden. Gespräche über das Pflegehandeln können in einem ersten Schritt dazu dienen Situationen zu identifizieren, in denen Verbesserungsbedarf besteht. Eine Videografie realistischer Pflegesituationen, die anschließend ausführlich analysiert wird, kann in einem zweiten Schritt eine Rekonstruktion des Pflegephänomens und der Akteur:innen ermöglichen. Ausführliche Beschreibungen, wie sie in dieser Arbeit entstanden sind (Kapitel 5), können anschließend genutzt werden, um mögliche Entwicklungen anzustoßen.

Die vorgeschlagene Vorgehensweise kann als ein Methodenmix im Rahmen des partizipativen Designs verstanden werden. Insbesondere der Collective Resource Approach hat mit dem Widerspruch der Annahme, »dass der Einsatz von Computertechnologie die Beschäftigten dequalifiziere, die Arbeitsteilung verstärke, mehr Routine- und monotone Tätigkeiten hervorbringe und den Managern mehr Macht und Kontrolle über die Beschäftigten gebe« (Bath, 2009, 238) einen ähnlichen Ausgangspunkt wie diese Arbeit, die einseitigen Beeinflussungen pflegerischen Handelns durch Technik widerspricht. Kern des Collective Resource Approach ist die Anerkennung von Machtgefällen sowohl im Anwendungsfeld als auch zwischen Designer:in und Nutzer:in (ebd. 240). Auch im Rahmen dieser Arbeit wurden entsprechende Machtgefälle festgestellt (Kapitel 6.1.2). Die hier vorgenommenen Reflexionen verweisen auf die Notwendigkeit, bereits in den ersten Schritten einer

möglichen Technikentwicklung sensibel vorzugehen und möglichst früh diverse Gruppen einzubeziehen.

Während die Methoden in dieser Arbeit sich auf eine Betrachtung der aktuellen Situation stützen, kann zur Entwicklung weiterer Lösungen insbesondere eine Verknüpfung von feministischem Utopismus mit partizipativem Design weiterführend sein (Bardzell, 2018). So können benachteiligte Gruppen in der Entwicklung von erstrebenswerten Phänomenen einbezogen und damit ermächtigt werden. Ziel ist eine konstruktiv positive Beeinflussung von Entwicklungen im Bereich der Mensch-Computer-Interaktion (Bardzell, 2010). Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen das deutliche Potenzial, das in einer emanzipatorischen Gestaltung von materiellen Aspekten in den Phänomenen beruflichen Pflegehandelns liegt.

7 Zusammenfassende Schlussbetrachtung und Ausblick

Mit der Care-Krise und der Relevanz materieller Akteur:innen als Ausgangspunkte ist eine Arbeit entstanden, deren Ergebnis im Wesentlichen zeigt, inwiefern die verknüpften theoretischen Perspektiven und methodischen Ansätze es ermöglichen, neue Blickwinkel einzunehmen. Der Blick auf (pflege-)wissenschaftliche Theorien zeigte, dass bisher vor allem eine individuelle Beziehungsgestaltung sowie die Anwendung impliziter Wissensformen als Grundlagen zur Erbringung einer guten Pflege verhandelt wurden. In diesen Perspektiven werden in der Regel die Patient:in und die Pfleger:in als wesentliche Akteur:innen des Pflegehandelns betrachtet. Mit Blick auf »neue Technologien« in der Pflege wurde entsprechend die Dichotomie einer vermeintlich guten menschlichen mit einer schlechten/kalten technischen Pflege hergestellt. Technopragmatische Perspektiven weisen allerdings darauf hin, dass Pflege und Technik schon längst miteinander verschaltet sind und in der Berücksichtigung dieser engen Verknüpfung ein konstruktiver Umgang mit Technik in der Pflege möglich ist. Ziel dieser Studie war es entsprechend, vor dem Hintergrund der Care-Krise, berufliches Pflegehandeln unter Berücksichtigung aller relevanter Akteur:innen aus technopragmatischer Perspektive zu betrachten. Daraus ergab sich die folgende übergeordnete Forschungsfrage:

Welche Interaktions- und Herstellungsmodi erhalten in beruflichem Pflegehandeln Relevanz?

Um diese Frage beantworten zu können, wurden Neue Materialismen als theoretischer Rahmen der Arbeit gewählt. Ziel der Neuen Materialismen ist es, dualistische Betrachtungsweisen zu überwinden und so die Wirkung von Materie berücksichtigen zu können. Eine Strömung innerhalb der Neuen Materialismen ist der Agentielle Realismus, dessen Grundannahme eine Entstehung der Akteur:innen in der Intra-aktion ist. Der Blick auf die Anwendung Neuer Materialismen in der Gesundheitsforschung zeigte einen Mehrwert in diesem Feld, da insbesondere die Herstellung der Körper berücksichtigt werden kann.

Mit dem theoretischen Rahmen des Agentiellen Realismus wurde die aufgeworfene Forschungsfrage in folgende Unterfragen unterteilt:

- *Welche menschlichen und nicht-menschlichen Akteur:innen erlangen in beruflichem Pflegehandeln Relevanz?*
- *Welche Grenzziehungen finden statt?*
- *Wie ist Handlungsmacht verteilt?*
- *In welcher Form werden die jeweiligen Akteur:innen hergestellt?*

Empirische Arbeiten aus Perspektive Neuer Materialismen weisen eine Methodenvielfalt auf, die unterschiedliche Fokusse in den Ergebnissen hervorbringen. Es wurde deutlich, dass die Rekonstruktion von sozialen Gesetzmäßigkeiten, die in der Intra-aktion wirksam werden, bislang kaum berücksichtigt wurde. Die wirksamen sozialen Gesetzmäßigkeiten stellen allerdings einen wesentlichen Aspekt am Erkenntnisinteresse dieser Arbeit dar. Dadurch ergab sich neben dem inhaltlichen ein methodischer Fokus, indem die Anwendung eines rekonstruktiven Vorgehens zur Forschung aus Perspektive Neuer Materialismen nutzbar gemacht werden sollte. Dazu wurden in einem ersten Schritt die Grundannahmen des Symbolischen Interaktionismus um eine posthumanistische Perspektive erweitert. Im Rahmen dieser Arbeit gelten somit die folgenden Annahmen:

- a) Akteur:innen werden erst in den jeweiligen Phänomenen hergestellt.
- b) Menschliche und nicht-menschliche Akteur:innen sind nicht im Vorhinein voneinander zu unterscheiden.
- c) Grenzen von Phänomenen werden in Agentiellen Schnitten bestimmt.

In einem zweiten Schritt wurde die Objektive Hermeneutik als Methodologie rekonstruktiver Sozialforschung ausgewählt, da sie es ermöglicht, Strukturen zu rekonstruieren, die unabhängig von den Akteur:innen wirksam sind. Im diffraktiven Lesen der Objektiven Hermeneutik mit dem Agentiellen Realismus wurden insbesondere die folgenden vier Anknüpfungspunkte identifiziert:

- a) Objektive Strukturen (Objektive Hermeneutik) und Diskurse (Agentieller Realismus) strukturieren das Handeln ohne es vollständig zu bestimmen.
- b) In der Falldefinition (Objektive Hermeneutik) und im Agentiellen Schnitt (Agentieller Realismus) definiert die Forscher:in die Grenzen des Forschungsgegenstandes.
- c) Der Fall (Objektive Hermeneutik) und das Phänomen (Agentieller Realismus) beschreiben, was für die jeweilige Forschung von Relevanz ist.
- d) Im Phänomen werden Fallstrukturen (Objektive Hermeneutik) relevant, die sich in den Intra-aktionen (Agentieller Realismus) zeigen.

Zudem ermöglicht die Objektive Hermeneutik mit unterschiedlichem Datenmaterial zu arbeiten, was eine gute Grundlage zum Einbezug von Materie darstellt. Allerdings folgt die Objektive Hermeneutik anthropozentrischen Grundannahmen, indem sie ausschließlich soziale Gesetzmäßigkeiten berücksichtigt. Daher wurden in dieser Arbeit Anpassungen vorgenommen, um auch Materie entsprechend in die Untersuchung mit einbeziehen zu können. Eine Anpassung war die Erhebung von Videomaterial mit einem Fokus auf der Bildinterpretation bewegter Bilder. Die Notwendigkeit, Bildmaterial einzubeziehen, wurde unter anderem in der Interpretation von ersten Gesprächen mit Pfleger:innen deutlich. Darüber hinaus wurde die Objektive Hermeneutik in einem diffraktiven Vorgehen um Elemente zur Herstellung von situiertem Wissen ergänzt. In der Verknüpfung der unterschiedlichen Methoden entstand im Rahmen dieser Arbeit ein erweiterter Objektivitätsbegriff, der eine Anschlussfähigkeit der Objektiven Hermeneutik an den Agentiellen Realismus herstellt. Objektive Strukturen sehe ich damit als von der Wahrnehmung der Akteur:innen unabhängig, aber in der Herstellung durch die Forscher:in situiert. Entsprechend ist zu berücksichtigen, in welchem Rahmen die hier beschriebenen Ergebnisse erzielt wurden. Es wurde eine interdisziplinäre Perspektive mit Fokus auf die Pfleger:innen eingenommen. Grenzziehungen fanden außerdem in Richtung organisatorscher Strukturen statt.

In den Ergebnissen der Arbeit wurde die theoretische und methodische Verknüpfung anhand von zwei Phänomenen beruflichen Pflegehandelns umgesetzt. Zu beiden Fällen wurden jeweils die Analysen einer Videosequenz sowie Interpretationen von Gesprächsausschnitten dargestellt. Es zeigte sich eine große Bandbreite an menschlichen und nicht-menschlichen Akteur:innen, die im beruflichen Pflegehandeln Relevanz erlangten. Dabei wurde die Herstellung der Akteur:innen in der Intra-aktion deutlich herausgearbeitet. So zeigte sich im ersten Fall die Patientin als Teil eines Pflegebedürftigkeitsphänomens mit ihrer Umgebung verschwimmend und ohne eigene Handlungsmacht. Im zweiten Fall zeigte sich wie die Patient:in durch den Pfleger und die nicht-menschlichen Akteur:innen als »Typ Patient:in« hergestellt wurde. In beiden Fällen fand wenig individualisiertes Handeln mit den Patient:innen statt und die Grenzen zu den nicht-menschlichen Akteur:innen waren fließend.

Die Ergebnisse zeigen Mehrwerte im Bereich der Pflegewissenschaft und des Agentiellen Realismus sowohl auf theoretischer als auch auf praktischer Ebene. Für die Pflegewissenschaft bestätigen die Ergebnisse die Relevanz nicht-menschlicher Akteur:innen. Es zeigt sich insbesondere, inwiefern die (Arbeits-)bedingungen als Teil nicht-menschlicher Akteur:innen in pflegewissenschaftlicher Theoriebildung zu berücksichtigen sind. Entsprechend ist eine an die Praxis angebundene Forschungsperspektive zu bevorzugen. Der Mehrwert aus Perspektive des Agentiellen Realismus besteht vor allem in der methodischen Weiterentwicklung. So wurde deutlich, wie die Objektive Hermeneutik aus Perspektive des Agentiellen Realis-

mus gewinnbringend genutzt werden kann. Auch aus Perspektive der Objektiven Hermeneutik kann die hier vorgenommene posthumanistische Erweiterung neue Anwendungsfelder und Potenziale eröffnen. Ziel weiterer Forschung sollte es sein, an die jeweiligen Entwicklungen anzuknüpfen und entsprechend damit weiter zu arbeiten. Zudem sind im Rahmen dieser Arbeit situierte Ergebnisse entstanden, die um weitere Perspektiven zu ergänzen sind. So ist im Weiteren unter anderem die Perspektive von pflegenden Angehörigen interessant. Zudem ist in der Erarbeitung weiterer Fragestellungen ein hohes Maß an diversen Perspektiven auf allen Ebenen (Design inkl. Fragestellung, Durchführung und Interpretation) anzustreben. Darüber hinaus ließen die vorgenommenen Agentiellen Schnitte keinen tiefen Blick in die weiterführenden organisatorischen Strukturen zu. Forschungsarbeiten mit diesen Schwerpunkten können die hier entstandenen Erkenntnisse ergänzen und zu einem weiteren Bild beitragen. Eine umfassende Betrachtung von Care-Arbeit aus divergierenden Perspektiven mit wechselnden Fokuse und Agentiellen Schnitten kann eine Grundlage bilden, um »gute, neue, umfassende gesellschaftliche Lösungen zu finden, die den Zusammenhang von Care, Geschlechterverhältnissen, Ökonomie, Arbeitsorganisation, Zeitstrukturen und sozialer Gerechtigkeit im Blick haben.« (Initiative CareMachtMehr, 2013). Es erscheint wesentlich, berufliches Pflegehandeln auch in weiterer Forschung als Care-Arbeit zu begreifen und diese in ihrer gesellschaftlichen Einbettung zu berücksichtigen, um eine Grundlage für die Verbesserung der (Arbeits-)bedingungen und damit eine Grundlage der Verbesserung der Pflege zu schaffen.

Literaturverzeichnis

- Barad, K. (2007). *Meeting the universe halfway: Quantum physics and the entanglement of matter and meaning*. Duke University Press.
- Barad, K. (2018a). *Agentieller Realismus* (3. Aufl.). Suhrkamp.
- Barad, K. (2018b). Posthumanist Performativity: Toward an Understanding of How Matter Comes to Matter. In C. Åsberg & R. Braidotti (Hg.), *A Feminist Companion to the Posthumanities* (S. 223–239). Springer. Zugriff auf https://doi.org/10.1007/978-3-319-62140-1_19
- Bardzell, S. (2010). Feminist HCI: taking stock and outlining an agenda for design. In *Proceedings of the SIGCHI conference on human factors in computing systems* (S. 1301–1310).
- Bardzell, S. (2018). Utopias of participation: Feminism, design, and the futures. *ACM Transactions on Computer-Human Interaction (TOCHI)*, 25 (1), 1–24.
- Barnard, A. & Sandelowski, M. (2001). Technology and humane nursing care:(ir) reconcilable or invented difference? *Journal of advanced nursing*, 34 (3), 367–375.
- Bath, C. (2009). *De-Gendering informatischer Artefakte: Grundlagen einer kritisch-feministischen Technikgestaltung*. Open-Access-Veröffentlichung der Dissertation. Staats- und Universitätsbibliothek Bremen. Zugriff am 03.11.2021 auf <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:gbv:46-00102741-12>
- Baur, N. (2017). Process-Oriented Micro-Macro-Analysis: Methodological Reflections on Elias and Bourdieu. *Historical Social Research*, 42 (4), 43–74. Zugriff auf <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ss0ar-55218-8>
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.
- Bijker, W. E. (1987). The social construction of Bakelite: Toward a theory of invention. In W. Bijker, T. Hughes & T. Pinch (Hg.), *The Social Construction of Technological Systems*. MIT Press.
- Blumer, H. (1980). Der Methodologische Standort des Symbolischen Interaktionismus. In *Alltagswissen, Interaktion und Gesellschaftliche Wirklichkeit: 1: Symbolischer Interaktionismus und Ethnomethodologie. 2: Ethnotheorie und Ethnographie des Sprechens* (S. 80–146). VS Verlag für Sozialwissenschaften. Zugriff auf https://doi.org/10.1007/978-3-663-14511-0_4

- Bohnsack, R. (2008). *Rekonstruktive Sozialforschung* (7. Aufl.). Verlag Barbara Budrich.
- Braidotti, R. (2014). *Posthumanismus: Leben jenseits des Menschen*. Campus.
- Breuer, F. (2003). Subjekthaftigkeit der sozial-/wissenschaftlichen Erkenntnistätigkeit und ihre Reflexion: Epistemologische Fenster, methodische Umsetzungen. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 4 (2), Art. 25.
- Breuer, F., Mruck, K. & Roth, W.-M. (2002). Subjektivität und Reflexivität: Eine Einleitung. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 3 (3), Art. 9. Zugriff auf <https://doi.org/10.17169/fqs-3.3.822>
- Breuer, F., Muckel, P. & Dieris, B. (2019). *Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis* (4. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften. Zugriff auf <https://doi.org/10.1007/978-3-658-22219-2>
- Brüsemeister, T. (2008). *Qualitative Forschung: Ein Überblick*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Zugriff auf <https://doi.org/10.1007/978-3-531-91182-3>
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. (2015, September). *Intelligente Technik in der beruflichen Pflege. Von den Chancen und Risiken einer Pflege 4.0*. Zugriff auf https://inqa.de/SharedDocs/downloads/webshop/intelligente-technik-in-der-beruflichen-pflege?__blob=publicationFile
- Bundesarbeitsgericht. (2021, September). *16/21 – Gesetzlicher Mindestlohn für entsandte ausländische Betreuungskräfte in Privathaushalten*. Zugriff am 15.09.2021 auf <https://www.bundesarbeitsgericht.de/presse/gesetzlicher-mindestlohn-fuer-entsandte-auslaendische-betreuungskraefte-in-privathaushalten/>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2017). *Zweiter Gleichstellungsbericht der Bundesregierung* (Bd. 18). Zugriff am 07.11.2021 auf <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/119794/b69d114cfbe2b6c1d4e510da2d74fd8d/zweiter-gleichstellungsbericht-der-bundesregierung-bt-drucksache-data.pdf>.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2021). *Konzertierte Aktion Pflege*. Zugriff am 26.09.2021 auf <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html>
- Buurtzorg Deutschland Nachbarschaftspflege gGmbH. (o. J.). *Über uns – Weniger Bürokratie, mehr Zeit*. Zugriff am 15.09.2021 auf <https://www.buurtzorg-deutschland.de/ueber-uns/>
- Ceci, C., Pols, J. & Purkis, M. E. (2017). Chapter Two: Privileging Practices: Manifesto for »New Nursing Studies«. In T. Foth, D. Holmes, M. Hülsken-Giesler, S. Kreutzer & H. Remmers (Hg.), *Critical Approaches in Nursing Theory and Nursing Research: Implications for Nursing Practice* (S. 51–68). V&R Unipress.

- Clarke, A. E. (2011). Von der Grounded-Theory-Methodologie zur Situationsanalyse. In G. Mey & K. Mruck (Hg.), *Grounded theory reader* (S. 207–229). VS Verlag für Sozialwissenschaften. Zugriff auf https://doi.org/10.1007/978-3-531-93318-4_10
- Colman, F. (2020). Feminising politics: notes on material and temporal feminist modal logics in action. *Matter: Journal of New Materialist Research*, 1-22. Zugriff auf <https://doi.org/10.1344/jnmr.v1i1.29895>
- Conradi, E. & Vosman, F. (2016). *Praxis der Achtsamkeit: Schlüsselbegriffe der Care-Ethik*. Campus.
- Coole, D. & Frost, S. (2010). Introducing the new materialisms. In D. Coole & S. Frost (Hg.), *New materialisms: Ontology, agency, and politics* (S. 1–43). Duke University Press. Zugriff auf <https://doi.org/10.1215/9780822392996-001>
- Crath, R., Gaubinger, A. & Rangel, C. (2019). Studying the »sexuality-health-technology nexus«: a new materialist visual methodology. *Cult Health Sex*, 21 (11), 1290–1308. Zugriff auf <https://doi.org/10.1080/13691058.2018.1558456>
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and anti-racist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989 (1), 139–167.
- Criado-Perez, C. (2020). *Unsichtbare Frauen. Wie eine von Daten beherrschte Welt die Hälfte der Bevölkerung ignoriert*. btb.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. (o. J., Juli). *Darum brauchen wir Pflegekammern*. Zugriff am 19.09.2021 auf <https://www.dbfk.de/de/themen/Pflegekammer.php>
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. (2019). *Primary Nursing – Muster des Gelingens*. Zugriff am 07.11.2021 auf https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Primary-Nursing-Muster-des-Gelingens_15.07.2019.pdf
- Dinkelaker, S. (2018). National Belonging and Violent Norms of Gendered Migrant Citizenship. *Gender(ed) Thoughts, Working Paper Series*, 1, 8–23. Zugriff auf <https://doi.org/10.3249/2509-8179-gtg-5>
- Dolphijn, R. & van der Tuin, I. (2012). *New materialism: Interviews & cartographies*. Open Humanities Press. Zugriff auf <https://doi.org/2027/spo.11515701.0001.001>
- Evans, M. (2016). *Arbeitsbeziehungen der Care-Arbeit im Wandel* (Bd. 23). Friedrich Ebert Stiftung, Abteilung Wirtschafts- und Finanzpolitik.
- Evans, M., Hielscher, V. & Voss, D. (2018). *Damit Pflege 4.0 in der Pflege ankommt. Wie Technik die Pflege stärken kann*. Hans-Böckler-Stiftung. Zugriff auf https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_pb_004_2018.pdf
- Fisher, B. & Tronto, J. (1990). Toward a feminist theory of caring. In E. K. Abel & M. K. Nelson (Hg.), *Circles of care: Work and identity in women's lives* (S. 35–62). State University of New York Press.

- Fleischer, E. (2020). Von der Erwerbsarbeits- zur Tätigkeitsgesellschaft. Wie steht es um Care in den Zukunftsmodellen von Arbeit? In C. Steckelberg, B. Thiesen & V. Taube (Hg.), *Wandel der Arbeitsgesellschaft: Soziale Arbeit in Zeiten von Globalisierung, Digitalisierung und Prekarisierung* (S. 67–80). Verlag Barbara Budrich.
- Friesacher, H. (2010). Pflege und Technik – eine kritische Analyse. *Pflege & Gesellschaft*, 15 (4), 293–313.
- Gadow, S. (1984). Touch and technology: Two paradigms of patient care. *Journal of Religion and Health*, 23 (1), 63–69.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (o. J.). *Der Gemeinsame Bundesausschuss*. Zugriff am 25.04.2021 auf <https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/>
- GKV Spitzenverband. (2021). *Positionspapier zur Digitalisierung von Gesundheit und Pflege*. Zugriff am 04.05.2023 auf https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2021/Positionspapier_Digitalisierung_von_Gesundheit_und_Pflege_21-04-2021.pdf
- Goethe-Institut e.V. (o. J., Februar). *Migration unter dem Kafala System – Wenn Menschen zu Handelsware werden*. Zugriff am 19.09.2021 auf <https://www.goethe.de/prj/ruy/de/mig/21504593.html>
- Graf, P. & Treusch, P. (2020). »Und dann fängt er einfach an, den Ball auf den Boden zu werfen!« Einsichten in Interaktionsverhältnisse als Statusverhandlungen mit dem humanoiden Roboter Pepper. In J. Hergesell, A. Maibaum & M. Meister (Hg.), *Genese und Folgen der »Pflegerobotik«*. Beltz Juventa.
- Gurlit, S. & Büttner, B. (2012). *Der alte Mensch im OP. Praktische Anregungen zur besseren Versorgung und Verhinderung eines perioperativen Altersdelirs*. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Hamraie, A. (2017). *Building access: Universal design and the politics of disability*. University of Minnesota Press.
- Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14 (3), 575–599. Zugriff auf <https://doi.org/10.2307/3178066>
- Harding, S. (1994). *Das Geschlecht des Wissens. Frauen denken die Wissenschaft neu*. Campus.
- Harding, S. (2019). Stronger objectivity for sciences from below. *Em Construção: arquivos de epistemologia histórica e estudos de ciência* (5), 173–192. Zugriff auf <https://doi.org/10.12957/emconstrucao.2019.42584>
- Heitmann-Möller, A. & Remmers, H. (2017). Pflegebett und Agency. Eine Untersuchung aus der Perspektive der Akteur-Netzwerk-Theorie von Bruno Latour. In L. Artner, I. Atzl, A. Depner, A. Heitmann-Möller & C. Kollwe (Hg.), *Pflegedinge: Materialitäten in Pflege und Care* (S. 133–162). Zugriff auf <https://doi.org/10.14361/9783839438411-011>

- Hielscher, V., Kirchen-Peters, S. & Sowinski, C. (2015). Technologisierung der Pflegearbeit? Wissenschaftlicher Diskurs und Praxisentwicklungen in der stationären und ambulanten Langzeitpflege. *Pflege & Gesellschaft*, 20 (1), 5–19.
- Hochschule Osnabrück. (2020). *Nachbarschaftshilfe »buurtzorg«: Ein ausweg aus dem pflegenotstand?* Zugriff am 03.04.2021 auf <https://www.hs-osnabrueck.de/nachrichten/2020/02/nachbarschaftshilfe-buurtzorg-ein-ausweg-aus-dem-pflegenotstand/>
- Hoppe, K. (2017). Modifikation, Kontrolle, Optimierung – Eine agentiell-realistische Perspektive auf technologisch-medizinische Praktiken. *Sexuologie*, 24 (1/2), 31–38.
- Hoppe, K. & Lemke, T. (2015). Die Macht der Materie. Grundlagen und Grenzen des agentiellen Realismus von Karen Barad. *Soziale Welt*, 66 (3), 261–279. Zugriff auf <https://doi.org/10.5771/0038-6073-2015-3-261>
- Höppner, G. & Urban, M. (2018). Where and How Do Aging Processes Take Place in Everyday Life? Answers From a New Materialist Perspective. *Frontiers in Sociology*, 3 (7). Zugriff auf <https://doi.org/10.3389/fsoc.2018.00007>
- Hülsken-Giesler, M. (2008). *Der Zugang zum Anderen*. V&R Unipress.
- Hülsken-Giesler, M. & Depner, D. (2018). Demokratische Techniknutzung in der Pflege, oder: Kann die Pflege Mikropolitik? In S. Balzer, K. Barre, B. Kühme & W. v. Gahlen-Hoops (Hg.), *Wege kritischen Denkens in der Pflege – Festschrift für Ulrike Greb* (S. 84–100). Mabuse-Verlag.
- Hülsken-Giesler, M. & Remmers, H. (2020). *Robotische Systeme für die Pflege: Potenziale und Grenzen autonomer Assistenzsysteme aus pflegewissenschaftlicher Sicht*. V&R Unipress.
- Hultin, L. (2019). On becoming a sociomaterial researcher: Exploring epistemological practices grounded in a relational, performative ontology. *Information and Organization*, 29, 91–104. Zugriff auf <https://doi.org/10.1016/j.infoandorg.2019.04.004>
- Initiative CareMachtMehr. (2013). *Manifest 2013 – Von der Care-Krise zur Care-Gerechtigkeit*. Zugriff am 25.04.2021 auf <https://care-macht-mehr.com/manifest-2013-2/>
- Initiative CareMachtMehr. (2020). *Großputz! Care nach Corona neu gestalten: Ein Positionspapier zur Care-Krise aus Deutschland, Österreich, Schweiz* (Bd. 24). Zugriff am 25.04.2021 auf <https://care-macht-mehr.com/>
- Isfort, M., Weidner, F., Neuhaus, A., Kraus, S., Köster, V.-H. & Gehlen, D. (2010). *Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus*. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip).

- Kälble, K. (2005). Die ›Pflege‹ auf dem Weg zur Profession? Zur neueren Entwicklung der Pflegeberufe vor dem Hintergrund des Wandels und der Ökonomisierung im Gesundheitswesen. In J. Eurich, A. Brink, J. Hädrich, A. Langer & P. Schröder (Hg.), *Soziale Institutionen zwischen Markt und Moral: Führungs- und Handlungskontexte* (S. 215–245). VS Verlag für Sozialwissenschaften. Zugriff auf https://doi.org/10.1007/978-3-322-95696-5_12
- Keller, R. (2012). *Das Interpretative Paradigma: Eine Einführung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Zugriff auf <https://doi.org/10.1007/978-3-531-94080-9>
- Kink, S. (2017). Queer/Gender Perspektiven auf die Geschichte der Soziologie. In S. Moebius & A. Ploder (Hg.), *Handbuch Geschichte der deutschsprachigen Soziologie: Band 2: Forschungsdesign, Theorien und Methoden* (S. 131–152). Springer VS. Zugriff auf https://doi.org/10.1007/978-3-658-07608-5_6
- Kleining, G. (1982). Umriss zu einer Methodologie qualitativer Sozialforschung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 34 (2), 224–253.
- Klenner, C., Schulz, S. & Lillemeier, S. (2016). *Gender Pay Gap: die geschlechtsspezifische Lohnlücke und ihre Ursachen*. WSI Policy Brief, No. 7, Hans-Böckler-Stiftung, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI).
- Kliner, K., Rennert, D. & Richter, M. (2017). *BKK Gesundheitsatlas 2017. Gesundheit und Arbeit – Blickpunkt Gesundheitswesen*. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Kniejska, P. (2016). *Migrant Care Workers aus Polen in der häuslichen Pflege – Zwischen familiärer Nähe und beruflicher Distanz*. Springer VS. Zugriff auf <https://doi.org/10.1007/978-3-658-14206-3>
- Kohlen, H. (2018). Geschlechtergerechte Sorgearbeit im Horizont der Care-Ethik. In U. M. Gassner, J. von Hayek, A. Manzei & F. Steger (Hg.), (1. Aufl., S. 253–284). Nomos Verlagsgesellschaft. Zugriff auf <https://doi.org/10.5771/9783845293875-253>
- Kollewe, C., Heitmann-Möller, A., Depner, A., Böhringer, D., Atzl, I. & Artner, L. (2017). Pflegedinge – Materialitäten in Pflege und Care. In L. Artner, I. Atzl, A. Depner, A. Heitmann-Möller & C. Kollewe (Hg.), *Pflegedinge: Materialitäten in Pflege und Care* (S. 15–45). transcript Verlag.
- Krampe, E.-M. (2009). *Emanzipation durch Professionalisierung? Akademisierung des Frauenberufs Pflege in den 1990er Jahren: Erwartungen und Folgen*. Mabuse-Verlag.
- Kuhn, T. S. (1977). Objectivity, Value Judgment, and Theory Choice. In T. S. Kuhn (Hg.), *The Essential Tension: Selected Studies in Scientific Tradition and Change* (S. 320–339). University of Chicago Press.
- Künemund, H. (2015). Chancen und Herausforderungen assistiver Techniknutzenderbedarfe und Technikakzeptanz im Alter. *Technikfolgenabschätzung – Theorie und Praxis*, 24 (2), 28–35.

- Lachmund, J. (2014). Wiebe Bijker und Trevor Pinch: Der sozialkonstruktivistische Ansatz in der Technikforschung. In D. Lengersdorf & M. Wieser (Hg.), *Schlüsselwerke der science & technology studies* (S. 145–154). Springer VS. Zugriff auf https://doi.org/10.1007/978-3-531-19455-4_12
- Lalani, M., Fernandes, J., Fradgley, R., Ogunsola, C. & Marshall, M. (2019, Dezember). Transforming community nursing services in the UK; lessons from a participatory evaluation of the implementation of a new community nursing model in East London based on the principles of the Dutch Buurtzorg model. *BMC Health Services Research*, 19 (1), 945. Zugriff auf <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4804-8>
- Lapum, J., Fredericks, S., Beanlands, H., McCay, E., Schwind, J. & Romaniuk, D. (2012). A cyborg ontology in health care: traversing into the liminal space between technology and person-centred practice. *Nursing Philosophy*, 13 (4), 276–288. Zugriff auf <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2012.00543.x>
- Latour, B. (2006). Ethnografie einer Hochtechnologie: Das Pariser Projekt »Aramis« eines automatischen U-Bahn-Systems. In C. S. Werner Rammert (Hg.), *Technografie. Zur Mikrosoziologie der Technik* (S. 25–60). Campus.
- Latour, B. (2017). *Eine neue Soziologie für eine neue Gesellschaft. Einführung in die Akteur-Netzwerk-Theorie*. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.
- Leichsenring, K. (2015). »Buurtzorg Nederland« – Ein innovatives Modell der Langzeitpflege revolutioniert die Hauskrankenpflege. *ProCare – Aktuelle Information, Fort- und Weiterbildung für die Mitarbeiter der Gesundheits- und Krankenpflege*, 20 (8), 20–24. Zugriff auf <https://doi.org/10.1007/s00735-015-0548-9>
- Lemke, T. (2017). Einführung. In S. Bauer, T. Henemann & T. Lemke (Hg.), *Science and Technology Studies – Klassische Positionen und aktuelle Perspektiven* (S. 551–573). Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.
- Lillemeier, S. (2017). Sorgeberufe sachgerecht bewerten und fair bezahlen! Der »Comparable Worth-Index« als Messinstrument für eine geschlechtergerechte Arbeitsbewertung. *IAQ-Report*, 2017 (02). Zugriff auf <https://doi.org/10.17185/dupublico/45741>
- Lipp, B. (2020). Genealogie der Roboterpflege – Zur politischen Rationalität des europäischen Innovationsdispositivs. In J. Hergesell, A. Maibaum & M. Meister (Hg.), *Genese und Folgen der Pflegerobotik – Die Konstitution eines interdisziplinären Forschungsfeldes* (S. 18–45). Beltz Juventa.
- Loer, T. (2006). Streit statt Haft und Zwang – objektive Hermeneutik in der Diskussion. *sozialer sinn: Zeitschrift für hermeneutische Sozialforschung*, 7 (2), 345–374.
- Lupton, D. (2019). Toward a More-Than-Human Analysis of Digital Health: Inspirations From Feminist New Materialism. *Qualitative Health Research*, 29 (14), 1–12. Zugriff auf <https://doi.org/10.1177/1049732319833368>

- Lupton, D. & Maslen, S. (2019). How Women Use Digital Technologies for Health: Qualitative Interview and Focus Group Study. *Journal of Medical Internet Research*, 21 (1), e11481. Zugriff auf <https://doi.org/10.2196/11481>
- Maiwald, K.-O. (2013). Der mikroskopische Blick. Rekonstruktion in der Objektiven Hermeneutik. *sozialer sinn: Zeitschrift für hermeneutische Sozialforschung*, 14 (2), 185–205.
- Maiwald, K.-O. (2019). Stand by Me: Was können Fotografien über Paarbeziehungen aussagen? In D. Funcke & T. Loer (Hg.), *Vom Fall zur Theorie: Auf dem Pfad der rekonstruktiven Sozialforschung* (S. 217–254). Springer Fachmedien Wiesbaden. Zugriff auf https://doi.org/10.1007/978-3-658-22544-5_7
- Manzei, A. (2009). Neue betriebswirtschaftliche Steuerungsformen im Krankenhaus: wie durch die Digitalisierung der Medizin ökonomische Sachzwänge in der Pflegepraxis entstehen. *Pflege und Gesellschaft*, 14 (1), 38–53.
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In G. Mey & K. Mruck (Hg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 601–613). VS Verlag für Sozialwissenschaften. Zugriff auf https://doi.org/10.1007/978-3-531-92052-8_42
- Microsoft. (2021, Juli). *Introducing Microsoft Mesh [Video]*. YouTube. Zugriff am 05.10.2021 auf <https://www.youtube.com/watch?v=Jd2GKQqDtRg>
- Moers, M. & Schaeffer, D. (2014). Pflgetheorien. In D. Schaeffer & K. Wingenfeld (Hg.), *Handbuch Pflegewissenschaft* (S. 37–66). Beltz Juventa.
- Mol, A. (2003). *The Body Multiple. Ontology in Medical Practice*. Duke University Press.
- Müller, B. (2019). The Careless Society – Dependency and Care Work in Capitalist Societies. *Frontiers in Sociology*, 3, Artikel 44. Zugriff auf <https://doi.org/10.3389/fsoc.2018.00044>
- Norddeutscher Rundfunk. (2021, September). *Die 24-Stunden-Pflege gerät ins Wanken*. Zugriff am 14.10.2021 auf <https://www.tagesschau.de/wirtschaft/pflegekraefte-ausland-mindestlohn-urteil-101.html>
- Oevermann, U. (2002). Klinische Soziologie auf der Basis der Methodologie der objektiven Hermeneutik: Manifest der objektiv hermeneutischen Sozialforschung. *Institut für Hermeneutische Sozial- und Kulturforschung e.V.*. Zugriff am 14.10.2021 auf https://www.ihs.k.de/publikationen/Ulrich_Oevermann-Manifest_der_objektiv_hermeneutischen_Sozialforschung.pdf
- Oevermann, U. (2009). »Get Closer«: Bildanalyse mit den Verfahren der objektiven Hermeneutik am Beispiel einer »Google Earth« Werbung. In J. Döring (Hg.), *Geo-Visiotype: zur Werbegeschichte der Telekommunikation* (S. 129–177). Universitätsverlag.
- Oevermann, U. (2017). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In A. Combe & W. Helsper (Hg.), *Pädagogische Professionalität: Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (9. Aufl., S. 70–182). Suhrkamp.

- Ohlbrecht, H. (2013). Soziale Gesetzmäßigkeiten rekonstruieren: Zur Forschungsstrategie der objektiven Hermeneutik. In S. Maschke & L. Stecher (Hg.), *Enzyklopädie Erziehungswissenschaften Online*. Beltz Juventa. Zugriff auf <https://doi.org/10.3262/EE007130298>
- Ohlbrecht, H. (2019). Qualitative Methoden der empirischen Gesundheitsforschung. In R. Haring (Hg.), *Gesundheitswissenschaften, Reference Pflege – Therapie – Gesundheit* (S. 91–102). Springer. Zugriff auf https://doi.org/10.1007/978-3-662-58314-2_9
- Ostner, I. (2011). Care – eine Schlüsselkategorie sozialwissenschaftlicher Forschung? In A. Evers, R. G. Heinze & T. Olk (Hg.), *Handbuch Soziale Dienste* (S. 461–481). VS Verlag für Sozialwissenschaften. Zugriff auf https://doi.org/10.1007/978-3-531-92091-7_24
- Peplau, H. (2008). Interpersonale Beziehungen in der psychiatrischen Pflege. In D. Schaeffer, M. Moers, H. Steppe & A. Meleis (Hg.), *Pflegetheorien: Beispiele aus den USA* (S. 55–70). Huber.
- Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein K.d.ö.R. (o. J., Juli). *Abstimmung 2021*. Zugriff am 04.10.2021 auf <https://pflegeberufekammer-sh.de/informationen/abstimmung-2021/>
- Pols, J. (2012). *Care at a distance: on the closeness of technology*. Amsterdam University Press.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2014). *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch* (4. erweiterte Aufl. Aufl.). Oldenbourg Wissenschaftsverlag. Zugriff auf <https://doi.org/10.1524/9783486719550>
- Rammert, W. (2016). Technik, Handeln und Sozialstruktur. In *Technik – Handeln – Wissen: Zu einer pragmatistischen Technik- und Sozialtheorie* (2. Aufl., S. 3–39). VS Verlag für Sozialwissenschaften. Zugriff auf https://doi.org/10.1007/978-3-658-11773-3_1
- Reichertz, J. (1995). Objektive Hermeneutik. In U. Flick, E. v. Kardoff, H. Keupp, L. v. Rosenstiel & S. Wolff (Hg.), *Handbuch qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (2. Aufl., S. 223–228). Beltz Verlagsgruppe.
- Remmers, H. (2015, August). Natürlichkeit und Künstlichkeit: Zur Analyse und Bewertung von Technik in der Pflege des Menschen. *TATuP – Zeitschrift für Technikfolgenabschätzung in Theorie und Praxis*, 24 (2), 11–20. Zugriff auf <https://doi.org/10.14512/tatup.24.2.11>
- Remmers, H. (2019, Dezember). Pflege und Technik. Stand der Diskussion und zentrale ethische Fragen. *Ethik in der Medizin*, 31, 407–430. Zugriff auf <https://doi.org/10.1007/s00481-019-00545-2>
- Roller, K. & Jurczyk, K. (2018). Care als Schlüsselkategorie – für das Leben und die Forschung. *Soziologiemagazin*, 3, 5–13. Zugriff auf <https://doi.org/10.5282/ubm/epub.42289>

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2018). *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung*. Zugriff am 07.11.2021 auf https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf
- Sandelowski, M. (2000). Thermometers & telephones. *AJN The American Journal of Nursing*, 100 (10), 82–86.
- Schaeffer, D. (2011). Professionalisierung der Pflege–Verheißung und Realität. *Gesundheits-und Sozialpolitik (G&S)*, 65 (5-6), 30–37. Zugriff auf <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2011-5-6-30>
- Schaeffer, D., Moers, M., Steppe, H. & Meleis, A. (Hg.). (2008). *Pflege-theorien. Beispiele aus den USA*. Hans Huber.
- Scherf, M. (2009). Objektive Hermeneutik. In S. Kühl, P. Strodtholz & A. Tafertshofer (Hg.), *Handbuch Methoden der Organisationsforschung* (S. 300–325). VS Verlag für Sozialwissenschaften. Zugriff auf https://doi.org/10.1007/978-3-531-91570-8_15
- Schilliger, S. (2015). Globalisierte Care-Arrangements in Schweizer Privathaushalten. In E. Nadai & M. Nollert (Hg.), *Geschlechterverhältnisse im Post-Wohlfahrtsstaat* (S. 154–175). Beltz Juventa.
- Schmidt, K. (2017). Who Cares? Strukturelle Ungleichheiten in den Arbeits- und Berufsbedingungen der Pflege–Empirische Ergebnisse zu den Deutungs- und Bewältigungsmustern von Pflegekräften. *Femina Politica-Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft* (2), 89–101. Zugriff auf <https://doi.org/10.3224/feminapolitica.v26i2.07>
- Schmitt, S. (2018). Care-Lagen. Impulse und Potenziale einer Care-theoretischen Perspektivierung des Lebenslagenkonzepts. *Soziologiemagazin*, 11 (3), 39–56. Zugriff auf <https://doi.org/10.5282/ubm/epub.42290>
- Schönwiese, V. (2020). Partizipativ und emanzipatorisch – Ansprüche an Forschung im Kontext der Disability Studies. In D. Brehme, P. Fuchs, S. Köbsell & C. Wesselmann (Hg.), *Disability Studies im deutschsprachigen Raum – Zwischen Emanzipation und Vereinnahmung* (S. 114–131). Humboldt-Universität zu Berlin.
- Simon, M. (2019). Das deutsche DRG-System: Vorgeschichte und Entwicklung seit seiner Einführung. In A. Dieterich, B. Braun, T. Gerlinger & M. Simon (Hg.), *Geld im Krankenhaus: Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems* (S. 3–27). Springer Fachmedien Wiesbaden. Zugriff auf https://doi.org/10.1007/978-3-658-24807-9_1
- Smith, J. B. & Willis, E. (2020). Interpreting Posthumanism with Nurse Work. *Journal of Posthuman Studies*, 4 (1), 59–75. Zugriff auf <https://doi.org/10.5325/jpoststud.4.1.0059>
- Snaza, N., Sonu, D., Truman, S. E. & Zaliwska, Z. (2016). *Pedagogical matters: New materialisms and curriculum studies*. Peter Lang Publishing.

- Statistisches Bundesamt. (o. J., September). *Gender Pay Gap in der Europäischen Union*. Zugriff am 19.10.2021 auf https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/Bevoelkerung-Arbeit-Soziales/Arbeitsmarkt/Qualitaet-der-Arbeit/_dimension-1/07_gender-pay-gap.html
- Statistisches Bundesamt. (2020). *Krankenhäuser – Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung*. Zugriff am 11.12.2020 auf <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html>
- Statistisches Bundesamt. (2021, August). *Drei von vier Müttern in Deutschland waren 2019 erwerbstätig*. Zugriff am 03.08.2021 auf https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/03/PD21_No17_13.html
- Strübing, J., Hirschauer, S., Ayaß, R., Krähnke, U. & Scheffer, T. (2018). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. Ein Diskussionsanstoß. *Zeitschrift für Soziologie*, 47 (2), 83–100. Zugriff auf <https://doi.org/10.1515/zfsocz-2018-1006>
- Tronto, J. C. (2010). Creating caring institutions: Politics, plurality, and purpose. *Ethics and social welfare*, 4 (2), 158–171. Zugriff auf <https://doi.org/10.1080/17496535.2010.484259>
- Tsou, J. Y., Richardson, A. & Padovani, F. (2015). Introduction: Objectivity in Science. In F. Padovani, A. Richardson & J. Y. Tsou (Hg.), *Objectivity in Science: New Perspectives from Science and Technology Studies* (S. 1–15). Springer. Zugriff auf https://doi.org/10.1007/978-3-319-14349-1_1
- Van Holten, K., Jähnke, A. & Bischofberger, I. (2013). *Care-Migration-transnationale Sorgearrangements im Privathaushalt*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Van Loon, J. (2014). Michel Callon und Bruno Latour: Vom naturwissenschaftlichen Wissen zur wissenschaftlichen Praxis. In D. Lengersdorf & M. Wieser (Hg.), *Schlüsselwerke der Science & Technology Studies* (S. 99–110). Springer VS. Zugriff auf https://doi.org/10.1007/978-3-531-19455-4_8
- ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft. (o. J., Juli). *Komplex wie die Wirklichkeit*. Zugriff am 21.10.2021 auf <https://www.verdi.de/ueber-uns/organisation/++co++2ab3bae6-b914-11e0-6fc7-00093d114afd>
- Villa, P.-I. (2020). Corona-Krise meets Care-Krise – Ist das systemrelevant? *Leviathan*, 48 (3), 433–450. Zugriff auf <https://doi.org/10.5771/0340-0425-2020-3-433>
- Visser, L. M. & Davies, O. (2021). The becoming of online healthcare through entangled power and performativity: A posthumanist agential realist perspective. *Organization Studies*. Zugriff auf <https://doi.org/10.1177/0170840621997616>

- von Unger, H. (2014). Forschungsethik in der qualitativen Forschung: Grundsätze, Debatten und offene Fragen. In H. von Unger, P. Narimani & R. MBayo (Hg.), *Forschungsethik in der qualitativen Forschung: Reflexivität, Perspektiven, Positionen* (S. 15–39). Springer Fachmedien Wiesbaden. Zugriff auf https://doi.org/10.1007/978-3-658-04289-9_2
- Vuzix Corporation. (o. J.). *Vuzix products*. Zugriff am 08.08.2018 auf <https://www.vuzix.com/products>
- Wanka, A. & Gallistl, V. (2018). Doing Age in a Digitized World – A Material Praeology of Aging With Technology. *Frontiers in Sociology*, 3, Artikel 6. Zugriff auf <https://doi.org/10.3389/fsoc.2018.00006>
- Wernet, A. (2009). *Einführung in die Interpretationstechnik der objektiven Hermeneutik* (3. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften. Zugriff auf <https://doi.org/10.1007/978-3-531-91729-0>
- Wetterer, A. (2010). Konstruktion von Geschlecht. In R. Becker & B. Kortendiek (Hg.), *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung: Theorie, Methoden, Empirie* (S. 126–136). VS Verlag für Sozialwissenschaften. Zugriff auf https://doi.org/10.1007/978-3-531-92041-2_16
- Winker, G. (2015). *Care Revolution. Schritte in eine solidarische Gesellschaft*. transcript Verlag. Zugriff auf <https://doi.org/10.14361/transcript.9783839430408>
- Witt, H. (2001). Forschungsstrategien bei quantitativer und qualitativer Sozialforschung. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 2 (1), 9. Zugriff auf <https://doi.org/doi.org/10.17169/fqs-2.1.969>
- Wolfsberger, J. (2016). *Frei geschrieben: Mut, Freiheit und Strategie für wissenschaftliche Abschlussarbeiten* (4. bearbeitete Auflage Aufl.). Böhlau Verlag.
- Wüller, H., Behrens, J., Garthaus, M., Marquard, S. & Remmers, H. (2019). A scoping review of augmented reality in nursing. *BMC nursing*, 18 (1). Zugriff auf <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0342-2>

A Muster der Informationsschreiben zu den Gesprächen



Hanna Wüller,
Universität Osnabrück, Abteilung Pflegewissenschaft,
Barbarastraße 22c, 49076 Osnabrück
hanna.wueller@uos.de
0541/969-2683

Einladung zu einem Gespräch über Pflege und Technik

Sehr geehrte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen,

über die Pflegepraxis wissen Sie am besten Bescheid. Daher möchte ich gern anhand Ihrer Erfahrungen herausfinden an welchen Stellen in der Pflege ein Einsatz von Technik sinnvoll ist und wie ein Technikeinsatz Ihre Praxis beeinflusst. Zu diesem Thema führe ich im Rahmen meiner Promotion Gespräche mit Pflegenden. Ich freue mich, wenn auch Sie sich Zeit nehmen, um mich an Ihren Erfahrungen teilhaben zu lassen.

Das Gespräch kann an einem Ort stattfinden, den Sie auswählen. Gerne komme ich zu Ihnen oder lade Sie zu uns in die Universität ein. Damit ich Ihre persönlichen Erfahrungen aufnehmen kann, wäre es gut, wenn Sie sich dafür die Zeit nehmen, die es braucht. Erfahrungsgemäß dauert ein Gespräch ungefähr zwischen einer und eineinhalb Stunden.

Um während des Gespräches völlig bei Ihnen zu sein und trotzdem in der späteren Auswertung nichts zu vergessen, werde ich das Gespräch aufzeichnen. Die Daten werde ich im Rahmen meiner Promotion so nutzen, dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind.

Ich freue mich, wenn Sie mich unter den oben genannten Daten kontaktieren, damit wir weitere Fragen klären oder einen Termin zu einem Gespräch vereinbaren können.

Mit freundlichen Grüßen

Hanna Wüller

B Interviewleitfaden zu den Gesprächen

Leitfaden

16.03.18

<p>1) Biografischer Teil</p>	<p>Regieanweisung: „Auf die Anonymisierung hinweisen. Abgrenzung zu einem „normalen Gespräch“. Nochmal mein Thema benennen. „Sie können sich dazu so viel Zeit nehmen, wie Sie möchten. Ich werde Sie auch erst mal nicht unterbrechen, mir nur einige Notizen zu Fragen machen, auf die ich später dann noch eingehen werde.“</p> <p>Erzählimpuls: „Ich möchte Sie bitten, mir die Geschichte Ihrer Arbeit in der Pflege zu erzählen.“</p> <p>Nachfrageteil: Sie haben jetzt erzählt, dass ... Danach bin ich nicht mehr so genau mitgekommen. Können Sie mir das nochmal erzählen?</p>
<p>2) Fallbeschreibungen</p>	<p>Erzählimpuls: „Ich möchte Sie bitten, mir nun eine Situation aus ihrer Arbeit, in der Technik eine besondere Rolle gespielt hat, zu schildern.“</p> <p>Regieanweisung: Diese Situation können Sie im Vorhinein bereits geschildert haben oder noch nicht.</p> <p>Nachfrageteil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sie haben jetzt erzählt, dass ... Danach bin ich nicht mehr so genau mitgekommen. Können Sie mir das nochmal erzählen? - Können Sie „den Einfluss“ der Technik genauer beschreiben? - Wie hat sich der Einsatz der Technik ausgewirkt? - Können Sie nochmal genau beschreiben welche Entscheidungen Sie in der Situation getroffen haben? - Können Sie nochmal genau beschreiben wie Sie sich in der Situation gefühlt haben?
<p>3) Narrative Falldarstellungen</p>	<p>Regieanweisung: Ich könnte mir folgende Situation vorstellen: Mittlerweile tragen alle Pflegenden bei der Arbeit Datenbrillen. Mit diesen Brillen können Sie die Pflegedokumentation durchführen. Die Brille kann Ihnen aber auch jederzeit Hinweise zur Situation und relevante Informationen und Therapievorschläge anzeigen.“</p> <p>Erzählimpuls: „Wie würde diese Situation Ihre Überlegungen in der Pflege zu arbeiten beeinflussen?“</p> <p>Nachfrageteil: Sie haben jetzt erzählt, dass ... Danach bin ich nicht mehr so genau mitgekommen. Können Sie mir das nochmal erzählen?</p>
<p>4) Gesprächsabschluss</p>	<p>„Wir haben jetzt schon einiges besprochen. Fällt Ihnen noch etwas ein, dass Sie gern erzählen wollen?“</p>

C Ethikantrag

An den Vorsitzenden
der Ethikkommission
der Universität Osnabrück
Prof. Dr. Arndt Sinn
Dezernat 4

Ethikantrag: „Professionelles Pflegehandeln im Kontext neuer Technologien“

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Sinn,
sehr geehrte Mitglieder der Ethikkommission,

mit diesem Schreiben möchte ich die Ethikkommission unserer Universität bitten, sich auf ihrer Sitzung am 03.04.2019 mit beiliegendem Ethikantrag zu befassen und ein Ethikvotum herbeizuführen.

Vielen Dank für die Berücksichtigung des Antrages und freundliche Grüße



Hanna Wüller

1. Allgemeine Angaben

1.1. Titel des Vorhabens

Professionelles Pflegehandeln im Kontext neuer Technologien

1.2. Studienleitung und -durchführung

Hanna Wüller, M.Sc., Universität Osnabrück, Fachbereich Humanwissenschaften, Fachgebiet Pflegewissenschaft, Barbarastr. 22c, 49076 Osnabrück..

2. Angaben zum Gegenstand und zum Verfahren des Vorhabens

2.1 Ziel der Studie

In Deutschland wird bisher vor allem stark technikorienteerte Forschung im Bereich der pflegerischen Versorgung gefördert (Buhr, Dietzel, Gold, & Kohler, 2018, p. 29). Dies führt dazu, dass die Entwicklung von Prototypen zum Beispiel im Bereich von erweiterten Realitäten voran schreitet (vgl. Wüller, Behrens, Garthaus, & Remmers, 2017) und digitale Techniken bereits vermehrt in der Pflegearbeit eingesetzt werden (Hübner et al., 2015). Soziale Aspekte vor allem mit Blick auf die Pflegenden werden dabei außer Betracht gelassen. Dabei bedürfen die weitreichenden Veränderungen der Pflegearbeit einer „kritisch-reflexive[n] Auseinandersetzung mit den Bedingungen, Anforderungen und den zu erwartenden Veränderungen“ (Bräutigam et al., 2017, p. 55; Hielscher, Kirchen-Peters, & Sowinski, 2015). Das skizzierte Vorhaben setzt an dieser Stelle an und nimmt auch die Rahmenbedingungen eines Technikeinsatzes in den Blick. Es wird die Frage gestellt, wie ein Technikeinsatz die Pflegepraxis verbessern kann. Dabei werden Typen von Situationen entwickelt, die beispielhaft für Formen eines Technikeinsatzes stehen und damit richtungsweisend für weitere Technikentwicklungen sein können.

Um die Frage, inwieweit Technikeinsatz professionelles Pflegehandeln bereichert, beantworten zu können, wird das soziotechnische Arrangement in der Pflege exemplarisch an technischen Artefakten untersucht. Für die Auswahl der technischen Artefakte ist es besonders wichtig, dass sie im direkten Patientenkontakt angewendet werden. Betrachtet werden sollen der Einsatz eines Prototyps zum Wundmanagement, sowie ein Blutdruckmessgerät oder der Einsatz adäquater Artefakte. In Bezug auf den Einsatz der betrachteten Artefakte ergeben sich die folgenden Unterfragen:

1. *Welche Wissensformen werden bei einem Technikeinsatz von Pflegenden genutzt?*
2. *Wie gestaltet sich das Zusammenspiel zwischen Technik und implizitem Wissen in der direkten Patientenversorgung?*
3. *Welche Nutzungsformen von Technik lassen sich bei einem Technikeinsatz in der Pflege erkennen?*

2.2 Theoretischer Hintergrund

Die Pflegewissenschaft betrachtet einen Einsatz von neuen Technologien in der Pflege derzeit überwiegend aus einer technikedeterministischen Perspektive. So wird davon ausgegangen, dass der „technische Druck oder technologische Imperativ“ (Rammert, 2016, p. 21) professionelles Pflegehandeln stark erschwert oder gar unmöglich macht (vgl. Hülsken-Giesler, 2008; Remmers, 2015). Davon abgeleitet

werden Empfehlungen patientennahe und damit individualisierbare Tätigkeiten nicht durch einen Technikeinsatz zu substituieren (Remmers, 2016).

Eine andere Position beschreibt, dass Aspekte der Pflege, die nicht auf effizientes und rationales Verhalten zu reduzieren sind, Gefahr laufen mit einem Technikeinsatz marginalisiert zu werden (Barnard, 2016, p. 11). Dies kann als „technischer Drift“ (Rammert, 2016, p. 21 f.) bezeichnet werden. Dem entgegen steht die Idee Wertevorstellungen bereits bei der Technikentwicklung zu berücksichtigen und damit die Pflegepraxis positiv zu beeinflussen (Detweiler & Hindriks, 2016).

Weitere Betrachtungen zu einem Technikeinsatz sind einer sozialkonstruktivistischen Perspektive zuzuordnen. Die Manifestierung gesellschaftlicher Grundsätze in der digitalen Technik wird darin deutlich, dass davon ausgegangen wird, dass ein Technikeinsatz dann negative Folgen hat, wenn er einen weniger „care-full way of doing things“ (Coeckelbergh, 2015, p. 45) fördert, der allerdings bereits in der Pflegepraxis sichtbar und damit unabhängig von den neuen Technologien vorhanden sei (ebd.). Dem entspricht auch das Ergebnis einer ethnografischen Untersuchung zum Technikeinsatz auf Intensivstationen, das zeigt, dass in diesem Feld vor allem der Nutzen von Patientendaten sowohl als politisches Steuerungsinstrument als auch zur Patientendokumentation ein Problem darstellt (Manzei, 2011). Die „ökonomische „Logik““ (Rammert, 2016, p. 23) wird hier in medizinische Standards eingeschrieben (Manzei, 2011).

Technopragmatische Perspektiven weisen darüber hinaus darauf hin, Technikeinsatz als einseitig definiert zu betrachten. Die Relevanz dieser Perspektiven in der Pflege wird durch historische Betrachtungen technischer Artefakte wie Thermometer gestützt, die zunächst als Möglichkeit gesehen wurden, die Pflege aufzuwerten. Da zum Beispiel in der Vergangenheit auf Station jeweils nur ein Thermometer vorhanden war, entwickelte sich im weiteren Verlauf aus dessen Nutzung die Funktionspflege, die wiederum zu einer Abwertung der Pflegepraxis führte (Sandelowski, 2000). Dem folgend stellen nicht die Techniken ein Problem dar, sondern die Art und Weise ihrer Nutzung bestimmt deren Auswirkungen (Barnard & Sandelowski, 2001, p. 373), die jeweils im Einzelfall zu betrachten sind (Biljana, 2017).

Auch aktuellere Arbeiten stützen die Relevanz der Betrachtung von neuen Technologien in der Pflege aus technopragmatischer Perspektive. So weisen empirischen Untersuchungen zur Verwendung von Technik im ambulanten Bereich darauf hin, wie vielfältig die Folgen eines Einsatzes von Technik sein können. Besonders deutlich werden hier auch nicht intendierte positive Folgen des Technikeinsatzes. So zeigte sich zum Beispiel, dass eine Box, die die zu Pflegenden regelmäßig abfragt und damit die Besuche durch Pflegenden verringert, auch die Beziehung zwischen Pflegenden und zu Pflegenden stärken kann (Jeannette Pols, 2012, p. 31). Wie eine Technik genutzt und dann anschließend bewertet wird, ist unter anderem von den Werten der Anwenderinnen abhängig. Technik sollte demnach nie für sich, sondern immer im soziotechnischen Arrangement empirisch betrachtet werden (J. Pols, 2017).

Das vermutete Spannungsverhältnis zwischen impliziten Wissensformen und neuen Technologien wird, wie beschrieben, in der deutschen Pflegewissenschaft aus technikdeterministischer Perspektive genutzt, um gegen einen Einsatz von digitaler Technik in der Pflege zu argumentieren. Die Argumentationen aus dieser einseitigen Perspektive machen eine dezidierte Betrachtung des Technikeinsatzes kaum möglich und verhindern eine aktive Beteiligung der Pflege und Pflegewissenschaft an Technikentwicklungsprozessen. Gleichzeitig wird immer wieder betont, dass eine genaue Betrachtung der

Entwicklungstrends und der Einflussmöglichkeiten der Technik auf die Pflege nötig ist (Barnard, 2016, p. 8; Friesacher, 2010; Hülsken-Giesler & Depner, 2018; Remmers, 2015, p. 19).

Die ersten Ergebnisse der Betrachtung eines Einsatzes von neuen Technologien in der Pflege aus technopragsmatischer Perspektive ermöglichen einen differenzierteren Blick auf die starke Verflechtung zwischen Technikdesign und Techniknutzen sowie Komponenten wie die Rahmenbedingungen der Technikentwicklung, Technikenutzung und die Einstellungen und Prioritäten der Nutzer. Bisher bleibt unklar, wie diese Aspekte zusammen wirken und vor allem wie sich der Nutzen neuer Technologien positiv auf das professionelle Pflegehandeln auswirken kann.

2.3 Stichprobe, Vorgehen, Instrumente

Der vorliegende Ethikantrag bezieht sich auf die Durchführung von Untersuchungen mit erwachsenen Teilnehmer_innen. Dies sind Pflegenden und zu Pflegenden, die sich nach einer ausführlichen Beschreibung der Studie, Aufgabenstellung und ihrer Rechte (spezifiziert in den Teilnahmeinformationen) freiwillig bereiterklärt haben (Einverständniserklärung), an der Untersuchung teilzunehmen ("informed consent"). Nicht einwilligungsfähige Teilnehmer_innen werden einbezogen, wenn diese der Untersuchung soweit möglich zustimmen, kein ablehnendes Verhalten zeigen und die Vollmachthehaber_innen nach einer ausführlichen Beschreibung ihr Einverständnis gegeben haben.

Der Einbezug von nicht einwilligungsfähigen Personen und insbesondere demenziell Erkrankten ist vor allem vor dem Hintergrund einer steigenden Lebenserwartung und dem damit steigenden Risiko, an einer Demenz zu erkranken, relevant (Bundeszentrale für politische Bildung, 2015; Sütterlin, Hoßmann, & Klingholz, 2011; Weyerer, 2005). Der Einbezug demenziell erkrankter Personen hat eine besondere Relevanz für die Studie. Dabei ist zunächst allgemein festzustellen, dass es uns Menschen nahezu unmöglich ist, das Erleben eines Anderen vollkommen nachzuvollziehen. Bei demenziell erkrankten Menschen kommt hinzu, dass diese sich in fortgeschrittenen Phasen der Erkrankung nicht mehr verbal äußern können (Striffler, 2015). Die Besonderheiten im Bereich der Kommunikation und weitere Anforderungen von Menschen mit Demenz berücksichtigen zu können, sollte das Ziel der Pflege sein (Deutscher Ethikrat, 2012).

An einer Anwendung von Technik in der Pflege wird vor allem kritisiert, dass leibliche Aspekte sowie die Kommunikation und der Beziehungsaufbau mit den zu Pflegenden beeinträchtigt werden können. Der Einbezug der Personengruppe demenziell Erkrankter in die Untersuchung soll es ermöglichen, die Bedürfnisse dieser Menschen in der entsprechenden Situation erheben zu können. Die Ergebnisse können als Grundlage genutzt werden, Technik entsprechend zu entwickeln und einzusetzen.

Geplant sind Videografien eines Einsatzes von technischen Artefakten in der Pflege. Als technische Artefakte sollen ein Prototyp zur Unterstützung der Wunddokumentation auf einer Datenbrille sowie ein Blutdruckmessgerät eingesetzt werden. Die Artefakte werden im Folgenden dargestellt.

Funktionen der Anwendung zur Unterstützung des Wundmanagements sind die Möglichkeit einer digitalen Dokumentation während der Wundversorgung durch Spracheingaben und das Fotografieren der Wunde. Ein Beispiel einer Smart Glass ist in der folgenden Abbildung dargestellt.

Vorhabens auf ein Setting begrenzt. Die Entscheidung fiel hier für die akutstationäre Pflege. Dieses Setting ist besonders geeignet, weil der Technikeinsatz im Vergleich zu Altenpflege relativ hoch ist. Es wird eine Erhebung bis zur Sättigung der erhobenen Daten angestrebt. Da eine Auswertung gemäß der Methodologie der Objektiven Hermeneutik geplant ist, gehe ich davon aus, dass eine Sättigung bei 10-15 Erhebungen erreicht sein wird.

2.3.1 Untersuchungsablauf

Die Datenerhebung erfolgt durch eine Videografie, eine mündliche Befragung und einen Kurzfragebogen. Die Teilnehmer_innen werden durch die Kontaktpersonen vorgeschlagen. Dann werden sie über Inhalt und Dauer der Videografie und des Interviews und über das Ziel der Studie informiert. Es wird darauf hingewiesen, dass die Teilnahme freiwillig ist und jederzeit abgebrochen werden kann. Um die Erlaubnis, ein Video anzufertigen und das anschließende Gespräch aufzuzeichnen, wird gebeten. Bei nicht einwilligungsfähigen Personen wird die Erlaubnis für die Studienteilnahme im Vorfeld bei den Vollmachtnehmer_innen eingeholt. Die Vollmachtnehmer_innen werden darauf hingewiesen, dass Sie im Anschluss an die Aufnahme eine persönliche Einschätzung der Versuchsleitung zur Akzeptanz der Technologien durch die Vollmachtgeber_in erhalten können. Es wird darauf hingewiesen, dass die Daten pseudonymisiert (mit einem Code versehen) und verschlüsselt gespeichert werden. Die Speicherung der Daten ist im Kapitel 3.2 Datenschutz näher beschrieben.

Anschließend werden die Pflegenden gebeten, die Einverständniserklärung zu unterzeichnen. Nach der Unterzeichnung der Einverständniserklärungen und dem entsprechenden Gespräch, erhalten die Pflegenden eine Einführung in die Bedienung des technischen Gerätes. Die Pflegenden werden dabei auch darauf hingewiesen, dass sie bei nicht einwilligungsfähigen zu Pflegenden deren natürlichen Willen berücksichtigen und bei abweisendem Verhalten die Datenerhebung abbrechen sollen. Darüber hinaus werden die Pflegenden gebeten während der Aufzeichnung den Namen der zu Pflegenden Person nicht zu erwähnen.

Danach werden die zu Pflegenden, die einwilligungsfähig sind, gebeten die Einverständniserklärung zu unterzeichnen. Bei nicht einwilligungsfähigen zu Pflegenden findet soweit möglich ein weiteres Gespräch dessen Ziel die möglichst verständliche Information und Zustimmung der Teilnehmer_innen ist, statt. Nach Einwilligung der zu Pflegenden kann die Videografie beginnen. Die Studienleiterin erklärt den zu Pflegenden die Situation und stellt zwei Kameras, die die Situation filmen, im Zimmer auf. Gegenstände, die Rückschlüsse auf die Identität der zu Pflegenden Person zulassen, werden aus dem Blickfeld der Kameras entfernt. Anschließend werden die Kameras eingeschaltet. Die Studienleiterin verlässt den Raum. Die Pflegenden kann dann den Raum betreten und die Pflegeetätigkeiten durchführen.

Als Pflegeetätigkeit werden pflegerische Maßnahmen, die im Rahmen der aktuellen Versorgung notwendig sind, mit neuen technischen Hilfsmitteln durchgeführt. Ein technisches Hilfsmittel ist eine Datenbrille, die zur Dokumentation des Wundverlaufs bei der Wundversorgung geeignet ist.

Bei der Wundversorgung werden die Funktionen der Kamera wie eine Spracheingabe und eine Bildaufnahme genutzt, um die Anwendung testen zu können. Sämtliche Daten, die dabei generiert werden, werden sofort wieder gelöscht. Alternativ wird eine digitale Blutdruckmessung durchgeführt.

Im Anschluss an die Videoaufnahme der Anwendung des Artefaktes werden mit den Teilnehmer_innen Interviews zum Erleben der Situation geführt. Bei nicht einwilligungsfähigen Personen werden nur

Interviews geführt, soweit sich diese entsprechend äußern können. Videografie und Interview werden jederzeit abgebrochen, wenn dies von den Teilnehmer_innen gewünscht wird.

2.3.2 Instrumente

Während der Nutzung des technischen Artefaktes werden durch zwei Kameras Videoaufnahmen erstellt. Im Anschluss an die Videoaufnahmen, werden Gespräche mit den Pflegenden und den zu Pflegenden durchgeführt. Zur Erfassung des Erlebens der Pflegenden und der zu Pflegenden sollen folgende Interviewleitfäden eingesetzt werden. Tabelle eins stellt den Leitfaden dar, der bei der Befragung der Pflegenden eingesetzt werden soll. In Tabelle zwei ist der Leitfaden dargestellt, der in der Befragung der zu Pflegenden Anwendung finden soll.

Leitfrage	Weiterführende Frage
Bitte erzählen Sie mir, wie Sie den Nutzen der Technik erlebt haben. Bitte erzählen sie so ausführlich, als wäre ich nicht dabei gewesen.	1. Sind Ihnen bestimmte Aspekte besonders aufgefallen? 2. Haben Sie etwas anders gemacht als sonst?
Bitte erzählen Sie mir, auf welche Aspekte Sie bei der pflegerischen Versorgung besondere Aufmerksamkeit legen?	1. Haben Sie das Gefühl, ihre Aufmerksamkeit ist eher auf Patienten oder eher auf andere Dinge gerichtet? 2. Wie treffen Sie bei der Pflege Entscheidungen?
Welche technischen Hilfsmittel verwenden Sie in der pflegerischen Versorgung?	1. Welche Technologien haben Sie in der pflegerischen Versorgung als hilfreich/nützlich erlebt?
Würden Sie sich einen Einsatz weiterer Technologien wünschen?	1. Bei welchen Aspekten scheint Ihnen eine technische Unterstützung besonders sinnvoll? 2. Bei welchen Aspekten scheint Ihnen eine technische Unterstützung nicht sinnvoll?
Gibt es noch etwas, was noch nicht angesprochen wurde, was Sie hinzufügen möchten?	

Tabelle 1: Leitfaden Pflegende

Leitfrage	Weiterführende Frage
Bitte erzählen Sie mir, wie Sie diese Versorgung erlebt haben. Bitte erzählen sie so ausführlich, als wäre ich nicht dabei gewesen.	1. Bitte erzählen Sie genauer, wie mit der Versorgung begonnen wurde. 2. Welche Aspekte haben Sie positiv erlebt? 3. Welche Aspekte haben Sie negativ erlebt?
Bitte erzählen Sie mir von einer pflegerischen Versorgung, die Sie als besonders positiv erlebt haben.	1. Welche Aspekte der Versorgung sind Ihnen besonders positiv in Erinnerung? 2. Gibt es Aspekte bei der Versorgung, auf die Sie besonders achten?

Bitte erzählen Sie mir von einer pflegerischen Versorgung, die sie als besonders negativ erlebt haben.	
Gibt es noch etwas, was noch nicht angesprochen wurde, was Sie hinzufügen möchten?	

Tabelle 2: Leitfaden zu Pflegenden

Beide Leitfäden sind offen gehalten und lassen Raum für Berichte über individuelle Erfahrungen mit der Anwendung. Die Offenheit der Leitfäden ermöglicht es den Teilnehmer_innen, bisher nicht bedachte Aspekte, die für einen Technikeinsatz in der Pflege relevant sind, einzubringen. Stellen sich bei einem Interview weitere Aspekte als interessant heraus, können sie in dem Interview weiter nachgefragt und die folgenden Interviews daraufhin angepasst werden.

Nach der Befragung zum Erleben des Technikeinsatzes werden folgende persönliche Daten in einem Kurzfragebogen erhoben: Name, Anschrift, Alter, letzter Bildungsabschluss und letzte berufliche Anstellung. Daneben wird die Einwilligungsfähigkeit der Teilnehmer_innen vermerkt.

3. Ethische Überlegungen im Zusammenhang mit der Durchführung der Untersuchung

3.1 Einverständniserklärung

Alle Teilnehmer_innen werden vor Beginn der Videografie und Befragung über den Gegenstand der Untersuchung sowie über den Schutz ihrer persönlichen Daten informiert. Des Weiteren wird den Teilnehmer_innen die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Möglichkeit ihre Einwilligung jederzeit zurückzuziehen erklärt.

Außerdem werden die Teilnehmer_innen darauf hingewiesen, dass die Daten im Einklang mit den Empfehlungen der Deutschen Forschungsgemeinschaft zehn Jahre nach der Publikation aufbewahrt werden. Im Anschluss an die Erhebung werden die Teilnehmer_innen gefragt inwieweit sie einer Nutzung der Daten in weiteren Studien unter Mitwirkung der Studienleiterin zustimmen. Mit dieser Zustimmung verlängert sich die Löschrfrist der Daten entsprechend der Folgestudien.

Die Vermittlung dieser Informationen sowie das Einholen des Einverständnisses erfolgen mündlich und schriftlich.

3.2 Datenschutz

Der Datenschutz in Bezug auf die personenbezogenen Daten ist gewährleistet.

Alle persönlichen Daten werden pseudonymisiert und verschlüsselt gespeichert. Die Pseudonymisierungsliste wird getrennt aufbewahrt. Die Videodaten sind den pseudonymisierten Daten zugeordnet und werden mit diesen zusammen aufbewahrt. Die Aufbewahrung erfolgt getrennt von den Studiendaten. Zu den Daten haben neben der Studienleiterin die Betreuungspersonen der Arbeit Prof. Dr. Hartmut Remmers und Prof. Dr. Claude Draude Zugang.

Die Teilnehmer_innen werden darüber informiert, dass pseudonymisierte Transkripte der Interviews sowie einzelne Bildsequenzen aus den Videoaufnahmen im Rahmen von Arbeitsgruppen zur Objektiven Hermeneutik analysiert wird. Teilnehmer_innen der Arbeitsgruppen werden zur Verschwiegenheit

verpflichtet. Alle persönlichen Daten werden gemäß den Empfehlungen der Deutschen Forschungsgemeinschaft zehn Jahre nach der Publikation aufbewahrt. Sofern einer Nutzung der Daten in weiteren Studien zugestimmt wurde, verlängert sich der Aufbewahrungszeitraum entsprechend. Zusätzlich kann jede Teilnehmer_in jederzeit nach der Erhebung eine Löschung ihrer/seiner persönlichen Daten verlangen. Über dieses Recht und den oben genannten Umgang mit den Daten werden alle Teilnehmer_innen in der Einverständniserklärung in Kenntnis gesetzt (siehe Anhang 2 „Einverständniserklärung“).


3.3 Täuschung über Zweck der Studie

Es findet keine Täuschung statt. Die Teilnehmer_innen werden darüber informiert, dass es um (Aus-) Wirkungen eines Technikeinsatzes in der Pflege geht.

3.4 Risiken der Studie für die Untersuchungsteilnehmer

Es sind keine Risiken der Studie anzunehmen. Das Interview und die Videoaufnahme können jederzeit abgebrochen werden. Zudem ist es auf Grund der offenen Gestaltung der Fragen den Teilnehmer_innen jederzeit möglich, Themen, zu denen Sie sich nicht äußern wollen, zu vermeiden.

Osnabrück, den 28.02.2019



Hanna Wüller

Literatur

- Barnard, A. (2016). Radical nursing and the emergence of technique as healthcare technology. *Nursing Philosophy, 17*(1), 8-18. doi:10.1111/nup.12103
- Barnard, A., & Sandelowski, M. (2001). Technology and humane nursing care:(ir) reconcilable or invented difference? *Journal of Advanced Nursing, 34*(3), 367-375.
- Biljana, S. (2017). Situated technology in reproductive health care: Do we need a new theory of the subject to promote person-centred care? *Nursing Philosophy, 18*(1), e12159. doi:doi:10.1111/nup.12159
- Bräutigam, C., Enste, P., Evans, M., Hilbert, J., Merkel, S., & Öz, F. (2017). Digitalisierung im Krankenhaus: Mehr Technik-bessere Arbeit? *Study, 364*.
- Buhr, D., Dietzel, N., Gold, S., & Kohler, H. (2018). Digitalisierung politisch gestalten - Mehr. Besser. Anders. Für eine soziale Innovationspolitik *WISO Diskurs, 2018*(09).
- Bundeszentrale für politische Bildung. (2015). Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur. Bevölkerung in absoluten Zahlen, Anteile der Altersgruppen in Prozent, 1960 bis 2050. Retrieved from <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61541/altersstruktur>
- Coeckelbergh, M. (2015). Good healthcare is in the "how": The quality of care, the role of machines, and the need for new skills. In *Machine medical ethics* (pp. 33-47): Springer.
- Detweiler, C., & Hindriks, K. (2016). A survey of values, technologies and contexts in pervasive healthcare. *Pervasive and Mobile Computing, 27*, 1-13. doi:10.1016/j.pmcj.2015.09.002
- Deutscher Ethikrat. (2012). Demenz und Selbstbestimmung. *Stellungnahme, Berlin, 8, 20*.
- Friesacher, H. (2010). Pflege und Technik—eine kritische Analyse. *Pflege & Gesellschaft, 15*(4), 293-313.
- Hielscher, V., Kirchen-Peters, S., & Sowinski, C. (2015). Technologisierung der Pflegearbeit? Wissenschaftlicher Diskurs und Praxisentwicklungen in der stationären und ambulanten Langzeitpflege. *Pflege & Gesellschaft, 20*(1), 5-19.
- Hübner, U., Liebe, J., Hüßers, J., Thye, J., Egbert, N., Hackl, W., & Ammenwerth, E. (2015). *IT-Report Gesundheitswesen—Schwerpunkt: Pflege im Informationszeitalter*. Retrieved from Hannover:
- Hülken-Giesler, M. (2008). Der Zugang zum Anderen. *Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik. Osnabrück*.
- Hülken-Giesler, M., & Depner, D. (2018). Demokratische Techniknutzung in der Pflege, oder: Kann die Pflege Mikropolitik? In Sabine Balzer, Kirsten Barre, Benjamin Kühme, & W. v. Gahlen-Hoops (Eds.), *Wege kritischen Denkens in der Pflege - Festschrift für Ulrike Greb* (pp. 84-100). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Manzei, A. (2011). Zur gesellschaftlichen Konstruktion medizinischen Körperwissens. In *Körperwissen* (pp. 207-228): Springer.
- Pols, J. (2012). *Care at a distance: on the closeness of technology*: Amsterdam University Press.
- Pols, J. (2017). Good relations with technology: Empirical ethics and aesthetics in care. *Nursing Philosophy, 18*(1), 7. doi:10.1111/nup.12154

- Rammert, W. (2016). Technik, Handeln und Sozialstruktur. In *Technik - Handeln - Wissen: Zu einer pragmatischen Technik- und Sozialtheorie* (pp. 3-39). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Remmers, H. (2015). Natürlichkeit und Künstlichkeit - Zur Analyse und Bewertung von Technik in der Pflege des Menschen. *Technikfolgenabschätzung - Theorie und Praxis*, 24(2), 11-20.
- Remmers, H. (2016). Vorteile und Grenzen der Technisierung in der Pflege. Ein technikphilosophischer und berufssoziologischer Kommentar. In M. Dabrowski & J. Wolf (Eds.), *Menschenwürde und Gerechtigkeit in der Pflege*. Paderborn: Ferdinand Schöningh.
- Sandelowski, M. (2000). Thermometers & telephones - A century of nursing and technology. *American Journal of Nursing*, 100(10), 82-86. doi:10.2307/3522323
- Striffler, C. (2015). Territorialverhalten in einem Pflegeheim. In R. Hitzler & M. Gothe (Eds.), *Ethnographische Erkundungen: Methodische Aspekte aktueller Forschungsprojekte* (pp. 43-57). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Sütterlin, S., Hoßmann, I., & Klingholz, R. (2011). *Demenz-Report: Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können*: DEU.
- Weyerer, S. (2005). Themenheft 28" Altersdemenz".
- Wüller, H., Behrens, J., Garthaus, M., & Remmers, H. (2017). *Technologiebasierte Unterstützungssysteme für die Pflege – Eine Übersicht zu Augmented Reality und Implikationen für die künftige Pflegearbeit*. Paper presented at the ENI UMIT Hall.

Anhang

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Informationsschreiben für Teilnehmer_innen	S. II
Anhang 2: Informationsschreiben für Vollmachtnehmer_innen	S. IV
Anhang 3: Einverständniserklärung für Teilnehmer_innen	S. VI
Anhang 4: Einverständniserklärung für Vollmachtnehmer_innen	S. VIII
Anhang 5: Informationsschreiben zur weiteren Nutzung der Daten	S. X
Anhang 7: Einverständniserklärung zur weiteren Nutzung der Daten	S. XI
Anhang 8: Verpflichtung zur Wahrung der Vertraulichkeit und zur Beachtung des Datenschutzes	S. XII

—

—



Hanna Wüller, M.Sc., Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Universität Osnabrück, Abteilung Pflegewissenschaft,
Barbarastraße 22c, 49076 Osnabrück
hanna.wueller@uos.de
0541/969-2683

Informationsschreiben für Teilnehmer_innen zur Studie „Professionelles Pflegehandeln im Kontext neuer Technologien“

Sehr geehrte Teilnehmer_innen,

da derzeit vermehrt Technik in der Pflege eingesetzt wird, möchte ich herausfinden, wie ein Technikeinsatz die Pflegepraxis (Verhalten von Pflegenden und zu Pflegenden) beeinflusst. Zu diesem Thema führe ich im Rahmen meiner Promotion Videoaufnahmen und Gespräche zum Nutzen technischer Anwendungen in der Pflege durch. Der Ablauf der Studie ist so, dass zunächst die Anwendung von Technologie in der Pflegepraxis mit Videokameras aufgenommen wird. Anschließend führe ich Gespräche mit den Teilnehmer_innen dieser Studie zu deren Empfinden der Situation. Um mich während des Gesprächs völlig auf sie konzentrieren zu können, werde ich das Gespräch elektronisch aufzeichnen. Zur Auswertung werde ich eine schriftliche Fassung des Gesprächs anfertigen. Im Anschluss an das Gespräch bitte ich Sie einen Kurzfragebogen zu ihrer beruflichen Ausbildung und Erfahrung auszufüllen.

Die gesamte Erhebung wird voraussichtlich ca. eine Stunde dauern. Sollten Sie sich während der Durchführung gegen die weitere Teilnahme an der Studie entscheiden, können Sie die Videoaufnahme, das Gespräch und das Ausfüllen des Fragebogens jederzeit beenden ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen.

Die Daten werde ich so nutzen, dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind (Pseudonymisierung). Zur Auswertung des Videomaterials werde ich Bildsequenzen, in denen auch Ihr Gesicht zu erkennen sein wird, mit weiteren Forscher_innen gemeinsam in Interpretationsgruppen besprechen. Die Teilnehmer_innen der Interpretationsgruppe werden im Vorfeld zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Daten werden in pseudonymisierter Form, die keinen Rückschluss auf Ihre Person zulässt, publiziert.

Erfasste Daten werden gemäß den Empfehlungen der Deutschen Forschungsgemeinschaft zehn Jahre nach Publikation aufbewahrt. Im Anschluss an die Datenerhebung werde ich Sie fragen ob Sie einer Nutzung der Daten in weiteren Studien unter Mitwirkung der Studienleiterin zustimmen. Stimmen Sie diesem zu, verlängert sich der Aufbewahrungszeitraum der Daten entsprechend der Aufbewahrungsfrist der Folgestudien.

Im Rahmen dieser Studie möchte ich die Anwendung der folgenden zwei technischen Anwendungen betrachten:

1) Einsatz einer zur Wunddokumentation geeigneten Datenbrille.

Eine Datenbrille ist eine Brille mit einem kleinen Computer. Mit der hier genutzten Anwendung auf der Datenbrille kann die Dokumentation des Wundverlaufes während der Wundversorgung erfolgen. Dazu werden die Möglichkeiten der Brille Bild- und Sprachaufnahmen zu erstellen genutzt. Die dabei aufgezeichneten Daten werden aber nicht gespeichert. Eine Datenbrille ist im Folgenden dargestellt



Abbildung 2: Beispiel einer Datenbrille (Vuzix M100)³

2) Einsatz eines digitalen Blutdruckmessgerätes

Das digitale Blutdruckmessgerät ermöglicht ein Messen des Blutdrucks per Knopfdruck. Nach Anlegen der Manschette wird der Blutdruck automatisch gemessen. Zur besseren Vergleichbarkeit dieser kurzen Aktion soll der Blutdruck einmal digital, einmal herkömmlich und dann wieder digital gemessen werden. Ein digitales Blutdruckmessgerät ist im Folgenden dargestellt.



Abbildung 2: Beispiel für ein digitales Blutdruckmessgerät⁴

Es wird jeweils eine der beiden Technologien angewendet. Als Teilnehmer_in der Studie bitte ich Sie mir zu erlauben diese Anwendung aufzuzeichnen, mir anschließend über ihre Erfahrungen zu berichten und einen Kurzfragebogen zu ihrer Person auszufüllen.

Mit freundlichen Grüßen

Hanna Wüller, M.Sc.
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Universität Osnabrück, Abteilung Pflegewissenschaft

³ <https://www.vuzix.com/>

⁴ https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:2017_Sfigmomanometr_elektroniczny.jpg



Hanna Wüller, M.Sc., Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Universität Osnabrück, Abteilung Pflegewissenschaft,
Barbarastraße 22c, 49076 Osnabrück
hanna.wueller@uos.de
0541/969-2683

Informationsschreiben für Vollmachtnehmer_innen zur Studie „Professionelles Pflegehandeln im Kontext neuer Technologien“

Sehr geehrte Vollmachtnehmer_in,

da derzeit vermehrt Technik in der Pflege eingesetzt wird, möchte ich herausfinden, wie ein Technikeinsatz die Pflegepraxis (Verhalten von Pflegenden und zu Pflegenden) beeinflusst. Zu diesem Thema führe ich im Rahmen meiner Promotion Videoaufnahmen und Gespräche zum Nutzen technischer Anwendungen in der Pflege durch. Der Ablauf der Studie ist so, dass zunächst die Anwendung von Technologie in der Pflegepraxis mit Videokameras aufgenommen wird. Anschließend führe ich Gespräche mit den Teilnehmer_innen dieser Studie zu deren Empfinden der Situation. Um mich während des Gespräches völlig auf die Teilnehmer_innen konzentrieren zu können, werde ich das Gespräch elektronisch aufzeichnen. Zur Auswertung werde ich eine schriftliche Fassung des Gesprächs anfertigen. Im Anschluss an das Gespräch bitte ich Sie einen Kurzfragebogen zur beruflichen Ausbildung und Erfahrung der Teilnehmer_innen auszufüllen.

Die gesamte Erhebung wird voraussichtlich ca. eine Stunde dauern. Sollten Sie sich während der Datenerhebung anders entscheiden, können die Teilnehmer_innen die Videoaufnahme, das Gespräch und das Ausfüllen des Fragebogens jederzeit beenden ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen. Die teilnehmenden Pflegekräfte wurden besonders darauf hingewiesen, auch mimisches oder gestisches Abwehr- oder Ablehnungsverhalten der zu Pflegenden wahrzunehmen und auf dieses mit einem Abbruch der Datenerhebung zu reagieren.

Die Daten werde ich so nutzen, dass keine Rückschlüsse auf die Teilnehmer_innen möglich sind (Pseudonymisierung). Zur Auswertung des Videomaterials werde ich Bildsequenzen, in denen auch das Gesicht der zu Pflegenden Person zu erkennen sein wird, mit weiteren Forscher_innen gemeinsam in Interpretationsgruppen besprechen. Die Teilnehmer_innen der Interpretationsgruppe werden im Vorfeld zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Daten werden in pseudonymisierter Form, die keinen Rückschluss auf Personen zulässt, publiziert.

Im Rahmen dieser Studie möchte ich die Anwendung der folgenden zwei technischen Anwendungen betrachten:

1) Einsatz einer zur Wunddokumentation geeigneten Datenbrille.

Eine Datenbrille ist eine Brille mit einem kleinen Computer. Mit der hier genutzten Anwendung auf der Datenbrille kann die Dokumentation des Wundverlaufes während der Wundversorgung erfolgen. Dazu werden die Möglichkeiten der Brille Bild- und Sprachaufnahmen zu erstellen genutzt. Die dabei aufgezeichneten Daten werden aber nicht gespeichert. Eine Datenbrille ist im Folgenden dargestellt



Abbildung 3: Beispiel einer Datenbrille (Vuzix M100)⁵

2) Einsatz eines digitalen Blutdruckmessgerätes

Das digitale Blutdruckmessgerät ermöglicht ein Messen des Blutdrucks per Knopfdruck. Nach Anlegen der Manschette wird der Blutdruck automatisch gemessen. Zur besseren Vergleichbarkeit dieser kurzen Aktion soll der Blutdruck einmal digital, einmal herkömmlich und dann wieder digital gemessen werden. Ein digitales Blutdruckmessgerät ist im Folgenden dargestellt.



Abbildung 2: Beispiel für ein digitales Blutdruckmessgerät⁶

Wenn Sie es wünschen, kann ich Ihnen nach Sichtung der Videoaufnahme meinen persönlichen Eindruck der Einstellung ihrer Vollmachtgeber_in zu den Technologien geben.

Mit freundlichen Grüßen

Hanna Wüller, M.Sc.
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Universität Osnabrück, Abteilung Pflegewissenschaft

⁵ <https://www.vuzix.com/>

⁶ https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:2017_Sfigmomanometr_elektroniczny.jpg



Hanna Wüller, M.Sc., Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Universität Osnabrück, Abteilung Pflegewissenschaft,
Barbarastraße 22c, 49076 Osnabrück
hanna.wueller@uos.de
0541/969-2683

- a) zum Verbleib bei der Teilnehmer_in
- b) zum Verbleib bei der Versuchsleitung

Einwilligungserklärung für Teilnehmer_innen zur Teilnahme an der Studie „Professionelles Pflegehandeln im Kontext neuer Technologien“

Sehr geehrte Studienteilnehmer_in,

hiermit bitte ich Sie um Ihre Einwilligung zur Teilnahme an dem oben genannten Forschungsvorhaben und zur Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten, wie sie Ihnen in der Teilnahmeinformation und der Aufklärung näher erläutert worden sind.

Hiermit erkläre ich, _____, geboren am _____,
(Name, Vorname - bitte in Druckbuchstaben)

dass ich durch die Studienleiterin mündlich und schriftlich über das Wesen und die Bedeutung der wissenschaftlichen Untersuchungen im Rahmen der o.g. Studie informiert und aufgeklärt wurde und ausreichend Gelegenheit hatte, meine Fragen mit der Studienleiterin zu klären. Zudem habe ich eine Kopie der schriftlichen Studieninformation und der Einwilligungserklärung erhalten.

Mir ist bekannt, dass ich das Recht habe, meine Einwilligung bis zum Abschluss der Datenerhebung der Studie ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich zurückzuziehen, einer Weiterverarbeitung meiner Daten widersprechen und ihre Vernichtung verlangen kann.

Ich weiß und ich erkläre mich damit einverstanden,

1. dass im Rahmen der zur aktuellen pflegerischen Behandlung erforderlichen Maßnahmen eine Manschette zur elektronischen Blutdruckmessung (3-fache Messung; digital – herkömmlich - digital), alternativ eine Datenbrille zur Wunddokumentation, genutzt wird,



Abbildung 4: Beispiel einer Datenbrille (Vuzix M100)⁷



Abbildung 2: Beispiel für ein digitales Blutdruckmessgerät⁸

2. dass bei Nutzung der Datenbrille die Funktionen Sprachsteuerung und Bildaufnahme genutzt, diese Daten aber anschließend direkt wieder gelöscht werden,
3. dass die Studienleitung mit zwei Videokameras Aufnahmen der Wundversorgung bzw. der hieraus entstehenden Pflegesituation anfertigt,

⁷ <https://www.vuzix.com/>

⁸ https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:2017_Sfigmomanometr_elektroniczny.jpg

4. dass ich in einem Gespräch über meine Erfahrungen mit der Technologie berichte, dieses Gespräch elektronisch aufgezeichnet und zur Auswertung eine Abschrift des Gesprächs angefertigt wird,
5. dass ich einen Kurzfragebogen zu meinem beruflichen Hintergrund ausfülle und diese Daten zusammen mit den Video- und Tonaufnahmen gespeichert werden,
6. dass die Gesamtdauer der Erhebung ca. eine Stunde beträgt,
7. dass meine für den Zweck der o.g. Studie nötigen personenbezogenen Daten durch die Studienleiterin erhoben und pseudonymisiert verarbeitet sowie von den Code-Listen getrennt verschlüsselt und gesichert gespeichert werden, auch auf elektronischen Datenträgern;
8. das einzelne Bildsequenzen im Rahmen von wissenschaftlichen Interpretationsgruppen ausgewertet werden (objektive Hermeneutik, alle Gruppenteilnehmer_innen unterzeichnen eine Verschwiegenheitserklärung);
9. dass neben der Studienleiterin Prof. Dr. Hartmut Remmers und Prof. Dr. Claude Draude zum Zweck der Durchführung und wissenschaftlichen Verwertung der Studie Zugang zu den erhobenen, pseudonymisierten Daten haben;
10. dass die Studienergebnisse in pseudonymer Form, die keinen Rückschluss auf meine Person zulässt, veröffentlicht werden.
11. dass die Daten gemäß den Empfehlungen der Deutschen Forschungsgemeinschaft mindestens zehn Jahre nach der Publikation aufbewahrt werden.

Ich erkläre hiermit, dass ich freiwillig und unter Kenntnis der oben genannten Punkte teilnehme.

Osnabrück, _____

 (Unterschrift **Teilnehmer_in**)

Osnabrück, _____

 (Unterschrift **Studienleiterin**)



Hanna Wüller, M.Sc., Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Universität Osnabrück, Abteilung Pflegewissenschaft,
Barbarastraße 22c, 49076 Osnabrück
hanna.wueller@uos.de
0541/969-2683

- a) zum Verbleib bei der Teilnehmer_in
- b) zum Verbleib bei der Versuchsleitung

Einwilligungserklärung für Vollmachtnehmer_innen zur Teilnahme an der Studie „Professionelles Pflegehandeln im Kontext neuer Technologien“

Sehr geehrte Vollmachtnehmer_in,

hiermit bitte ich Sie um Ihre Einwilligung zur Teilnahme von _____ an dem oben genannten Forschungsvorhaben und zur Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten, wie sie Ihnen in der Teilnahmeinformation und der Aufklärung näher erläutert worden sind.

Hiermit erkläre ich, _____, geboren am _____
(Name, Vorname - bitte in Druckbuchstaben)

dass ich durch die Studienleiterin mündlich und schriftlich über das Wesen und die Bedeutung der wissenschaftlichen Untersuchungen im Rahmen der o.g. Studie informiert und aufgeklärt wurde und ausreichend Gelegenheit hatte, meine Fragen mit der Studienleiterin zu klären. Zudem habe ich eine Kopie der schriftlichen Studieninformation und der Einwilligungserklärung erhalten.

Mir ist bekannt, dass ich das Recht habe, meine Einwilligung bis zum Abschluss der Datenerhebung der Studie ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich oder die Vollmachtgeber_in zurückzuziehen und einer Weiterverarbeitung der Daten widersprechen und ihre Vernichtung verlangen kann.

Ich weiß und ich erkläre mich damit einverstanden,

1. dass im Rahmen der zur aktuellen pflegerischen Behandlung erforderlichen Maßnahmen eine Manschette zur elektronischen Blutdruckmessung (3-fache Messung [digital-herkömmlich-digital]), alternativ eine Datenbrille zur Wunddokumentation, genutzt wird,



Abbildung 5: Beispiel einer Datenbrille (Vuzix M100)⁹



Abbildung 2: Beispiel für ein digitales Blutdruckmessgerät¹⁰

2. dass bei Nutzung der Datenbrille die Funktionen Sprachsteuerung und Bildaufnahme genutzt, diese Daten aber anschließend direkt wieder gelöscht werden,
3. dass die Studienleitung mit zwei Videokameras Aufnahmen der Wundversorgung und der daraus resultierenden Pflegesituation anfertigt,

⁹ <https://www.vuzix.com/>

¹⁰ https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:2017_Sfigmomanometr_elektroniczny.jpg

4. dass die Vollmachtgeber_in in einem Gespräch über ihre Erfahrungen mit der Technologie berichtet, dieses Gespräch elektronisch aufgezeichnet und zur Auswertung eine Abschrift des Gesprächs angefertigt wird,
5. dass ich einen Kurzfragebogen zum beruflichen Hintergrund der Vollmachtgeber_in ausfülle und diese Daten zusammen mit den Video- und Tonaufnahmen gespeichert werden,
6. dass die Gesamtdauer der Erhebung ca. eine Stunde beträgt,
7. dass die für den Zweck der o.g. Studie nötigen personenbezogenen Daten durch die Studienleiterin erhoben und pseudonymisiert verarbeitet sowie von den Code-Listen getrennt verschlüsselt und gesichert gespeichert werden, auch auf elektronischen Datenträgern;
8. dass einzelne Bildsequenzen im Rahmen von wissenschaftlichen Interpretationsgruppen ausgewertet werden (objektive Hermeneutik, alle Gruppenteilnehmer_innen unterzeichnen eine Verschwiegenheitserklärung);
9. dass neben der Studienleiterin Prof. Dr. Hartmut Remmers und Prof. Dr. Claude Draude zum Zweck der Durchführung und wissenschaftlichen Verwertung der Studie Zugang zu den erhobenen, pseudonymisierten Daten haben;
10. dass die Studienergebnisse in pseudonymer Form, die keinen Rückschluss auf die Vollmachtgeber_in zulässt, veröffentlicht werden.
11. dass die Daten gemäß den Empfehlungen der Deutschen Forschungsgemeinschaft mindestens zehn Jahre nach der Publikation aufbewahrt werden.

Ich erkläre hiermit, dass ich freiwillig und unter Kenntnis der oben genannten Punkte teilnehme.

Osnabrück, _____

 (Unterschrift **Teilnehmer_in**)

Osnabrück, _____

 (Unterschrift **Studienleiterin**)



Hanna Wüller, M.Sc., Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Universität Osnabrück, Abteilung Pflegewissenschaft,
Barbarastraße 22c, 49076 Osnabrück
hanna.wueller@uos.de
0541/969-2683

Informationsschreiben zur weiteren Nutzung der im Rahmen der Studie „Professionelles Pflegehandeln im Kontext neuer Technologien“ erhobenen Daten

Sehr geehrte Teilnehmer_in,
sehr geehrte Vollmachtnehmer_in,

die Auswirkungen von Technikeinsätzen in der Pflege sind vielfältig. Im Rahmen der Studie „Professionelles Pflegehandeln im Kontext neuer Technologien“ kann ich nur Teilbereiche dieser Auswirkungen in den Blick nehmen. Da das Datenmaterial, das im Rahmen dieser Studie entsteht, sehr aussagekräftig sein kann, bitte ich Sie um Ihre Einwilligung zur Nutzung der Daten in weiteren Studien unter meiner Mitwirkung, die sich im Themenbereich der Technikauswirkungen in der Pflege befinden.

Im Rahmen der Studie „Professionelles Pflegehandeln im Kontext neuer Technologien“ sind folgende Datensätze entstanden: Kontaktdaten, Videoaufnahmen der Anwendung einer Technologie, Audioaufnahmen zum Gespräch über die Anwendung und eine Abschrift des Gesprächs. Sie können in der nachfolgenden Einwilligungserklärung selbst festlegen, welche dieser Daten in weiteren Studien verwendet werden dürfen.

Der Aufbewahrungszeitraum der Daten, deren weiteren Verwendung Sie zugestimmt haben, verlängert sich entsprechend der Aufbewahrungsfrist der Folgestudien. Die Daten werden dann weiterhin pseudonymisiert und von den Code-Listen getrennt verschlüsselt und gesichert gespeichert. Wissenschaftler_innen, die mit den Daten arbeiten, werden eine Nutzungsvereinbarung mit Regeln zum Datenschutz unterzeichnen.

Diese Einwilligung ist freiwillig und hat keine Auswirkungen auf ihre Teilnahme an der Studie „Professionelles Pflegehandeln im Kontext neuer Technologien“. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für Sie zurückziehen.

Mit freundlichen Grüßen

Hanna Wüller, M.Sc.
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Universität Osnabrück, Abteilung Pflegewissenschaft



Hanna Wüller, M.Sc., Wissenschaftliche Mitarbeiterin
 Universität Osnabrück, Abteilung Pflegewissenschaft,
 Barbarastraße 22c, 49076 Osnabrück
 hanna.wueller@uos.de
 0541/969-2683

- a) zum Verbleib bei der Teilnehmer_in
 b) zum Verbleib bei der Versuchsleitung

Einwilligungserklärung zur weiteren Nutzung der im Rahmen der Studie „Professionelles Pflegehandeln im Kontext neuer Technologien“ erhobenen Daten

Sehr geehrte Studienteilnehmer_in,
 Sehr geehrte Vollmachtgeber_in,

hiermit bitte ich Sie um Ihre Einwilligung zur Nutzung der im Rahmen der Studie „Professionelles Pflegehandeln im Kontext neuer Technologien“ erhobenen Daten für weitere Studien, an denen die Studienleitung beteiligt ist.

Hiermit erkläre ich, _____, geboren am _____,

(Name, Vorname - bitte in Druckbuchstaben)

dass ich durch die Studienleiterin mündlich und schriftlich über die Möglichkeit und den Rahmen weiterer wissenschaftlicher Untersuchungen unter der Verwendung von Daten, die im Rahmen der o.g. Studie erhoben wurden, informiert und aufgeklärt wurde und ausreichend Gelegenheit hatte, meine Fragen mit der Studienleiterin zu klären. Zudem habe ich eine Kopie der schriftlichen Studieninformation und der Einwilligungserklärung erhalten.

Mir ist bekannt, dass ich das Recht habe, meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich zurückzuziehen und einer Weiterverarbeitung meiner Daten widersprechen und ihre Vernichtung verlangen kann.

Ich erkläre mich damit einverstanden,

1. dass folgende Daten im Rahmen weiterer Studien unter meiner Mitwirkung genutzt werden (bitte ankreuzen):

- meine Kontaktdaten (Name und Anschrift)
- Videoaufnahmen der Techniknutzung
- die Audioaufnahme des Gesprächs zur Techniknutzung
- die Abschrift des Gesprächs zu Techniknutzung
- der Kurzfragebogen zu meinem beruflichen Hintergrund

2. dass sich die Aufbewahrungsdauer entsprechend der weiteren Studien verlängert;

3. dass die Studienergebnisse in pseudonymer Form, die keinen Rückschluss auf meine Person zulässt, veröffentlicht werden.

Ich erkläre hiermit, dass ich freiwillig und unter Kenntnis der oben genannten Punkte einer weiteren Nutzung der Daten zustimme.

Osnabrück, _____

(Unterschrift Teilnehmer_in)

Osnabrück, _____

(Unterschrift Studienleiterin)



Hanna Wüller, M.Sc., Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Universität Osnabrück, Abteilung Pflegewissenschaft,
Barbarastraße 22c, 49076 Osnabrück
hanna.wueller@uos.de
0541/969-2683

Verpflichtung zur Wahrung der Vertraulichkeit und zur Beachtung des Datenschutzes

Sehr geehrte Forscher_in,

da Sie im Zusammenhang mit Ihrer Teilnahme an der Forschungswerkstatt mit personenbezogenen Daten in Kontakt kommen, verpflichten Sie sich hiermit zur Beachtung des Datenschutzes, insbesondere zur Wahrung der Vertraulichkeit und des Datengeheimnisses.

Ihre Verpflichtung besteht umfassend. Sollten Sie auf dem zu interpretierenden Bildmaterial eine Person identifizieren können, dürfen Sie diese Information anderen nicht mitteilen oder zugänglich machen. Das Bild- und Textmaterial dürfen Sie nach der entsprechenden Interpretationssitzung weder analog noch digital aufbewahren. Sie müssen das entsprechende Material umgehend vernichten oder der Studienleiterin aushändigen.

Sie dürfen personenbezogene Daten selbst nicht ohne Befugnis verarbeiten und Sie dürfen anderen Personen diese Daten nicht unbefugt mitteilen oder zugänglich machen.

Ihre Verpflichtung besteht ohne zeitliche Begrenzung.

Osnabrück, _____

(Unterschrift der Verpflichtenden)

Osnabrück, _____

(Unterschrift der/des Verpflichteten)

D Ethikvotum



Ethik-Kommission

Der Vorsitzende

Frau
M. Sc. Hanna Wüller
Fachbereich 8
– im Hause –

Az.: 4/71043.5

Tel.: 969 4427

Osnabrück, 09.04.2019

Antrag von Hanna Wüller auf Stellungnahme zum Forschungsvorhaben „Professionelles Pflegehandeln im Kontext neuer Technologien“.

Sehr geehrte Frau Wüller,

auf der 66. Sitzung der Ethik-Kommission der Universität Osnabrück der Universität Osnabrück am 03.04.2019 wurde das oben genannte Forschungsprojekt beraten.

Die Kommission stellt fest, dass gegen den Antrag keine ethischen Bedenken bestehen, sofern folgende Auflagen erfüllt sind:

- Ergänzung des Wortes „mindestens“ vor „10 Jahre“ in „11.“ Der Einwilligungserklärung.

Abstimmungsergebnis: 5 Ja, 0 Nein, 0 Enthaltung(en)

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Arndt Sinn'.

Prof. Dr. Arndt Sinn

- Vorsitzender -

Pflegewissenschaft



Julia Inthorn, Rudolf Seising (Hg.)

Digitale Patientenversorgung

Zur Computerisierung von Diagnostik, Therapie und Pflege

2021, 264 S., kart., 12 SW-Abbildungen, 15 Farbabbildungen
30,00 € (DE), 978-3-8376-4918-5

E-Book:

PDF: 29,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-4918-9



Karsten Weber, Sonja Haug, Norina Lauer,
Annette Meussling-Sentpali, Christa Mohr, Andrea Pffingsten,
Georgios Raptis, Gudrun Bahr (Hg.)

Digitale Technik für ambulante Pflege und Therapie

Herausforderungen, Lösungen, Anwendungen
und Forschungsperspektiven

Oktober 2022, 336 S., kart.,
8 SW-Abbildungen, 12 Farbabbildungen
39,00 (DE), 978-3-8376-6235-1

E-Book: kostenlos erhältlich als Open-Access-Publikation

PDF: ISBN 978-3-8394-6235-5



Debora Frommheld, Ulrike Scorna,
Sonja Haug, Karsten Weber (Hg.)

Gute Technik für ein gutes Leben im Alter?

Akzeptanz, Chancen und Herausforderungen
altersgerechter Assistenzsysteme

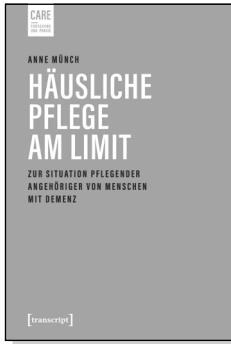
2021, 374 S., kart., 30 SW-Abbildungen, 5 Farbabbildungen
40,00 (DE), 978-3-8376-5469-1

E-Book: kostenlos erhältlich als Open-Access-Publikation

PDF: ISBN 978-3-8394-5469-5

**Leseproben, weitere Informationen und Bestellmöglichkeiten
finden Sie unter www.transcript-verlag.de**

Pflegewissenschaft



Anne Münch

Häusliche Pflege am Limit

Zur Situation pflegender Angehöriger
von Menschen mit Demenz

2021, 294 S., kart., 7 SW-Abbildungen

39,00 (DE), 978-3-8376-5554-4

E-Book:

PDF: 38,99 (DE), ISBN 978-3-8394-5554-8

**Leseproben, weitere Informationen und Bestellmöglichkeiten
finden Sie unter www.transcript-verlag.de**

